



riigikontroll
National Audit Office of Estonia

Kiirabi korraldus

Kas kiirabi kasutatakse ja juhitakse eesmärgipäraselt?

Kokkuvõte auditeerimise tulemustest

Teadmiseks, et

kiirabi väljakutsed jagatakse raskusastme järgi nelja kategooriasse A-st D-ni, kus A tähistab madalaima prioriteediga sündmust ning D viitab abivajaja eluohtlikule seisundile.

Riigikontrolli peamised järeldused

2004. a kiirabi auditi peatähelepanekud:

- Päästekorraldajad ei saa ametlikku tagasisidet oma tegevuse korrektsuse kohta, kuna andmeid kiirabi kutsete prioriteetide kohta ei koguta.
- Ligikaudu veerand väljakutsetest ei ole kiirabitöö.
- Kiirabi kasutatakse mitte-erakorraliste patsientide haiglatevaheliseks transportimiseks.
- Kuna puudus on meditsiinilise ettevalmistusega päästekorraldajatest, hinnatakse tihti kutsete raskusastet üle. Samal ajal aga ei tee keegi järelevalvet häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle.

Loetelu jätkub järgmisel leheküljel

Kiirabi mõte on osutada vältimatut abi olukordades, kus inimeste elu ja tervis on ohus. Eestis kiirabi sageli sellel eesmärgil ei kasutata ja seetõttu võivad inimesed jääda elupäästva abita. Sel on mitmeid põhjuseid: paljude kiirabikutsete raskusaste hinnatakse tegelikkusest kõrgemaks, kiirabi kasutatakse tihti mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks haiglate vahel ja osa kiirabi sündmustest kuuluvad tegelikult perearstide või sotsiaaltöötajate vastutusalasse. Need kiirabi valdkonna probleemid on olnud kaua lahendamata, sest valdkonnal puudub selge juht, kiirabi korraldamise ülesanded on killustunud ja vastutus on hajus.

Kiirabi ei kasutata tihti eesmärgipäraselt, sellele viitab muu hulgas märkimisväärne erinevus Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide väljakutsete raskusastmete hinnangutes. Häirekeskus hindas kolmandiku kutsetest mitte-erakorralisteks (A- ja B-prioriteediga väljakutseteks), ent kiirabibrigaadide hinnangul oli nende osakaal kaks kolmandikku. Sündmustele tegelikust kõrgema raskusastme andmine on teatava piirini loomulik, kuid märkimisväärsed erinevused Häirekeskuse ja brigaadide hinnangutes viitavad vajadusele analüüsida süsteemsemalt väljakutsete menetlemise korraldust.

Hajusa vastutuse tõttu on mitmed probleemid olnud kaua lahenduseta. Kiirabi saadab välja Häirekeskus, mis on Siseministeeriumi valitsemisalas, ent kiirabi väljakutsete menetlemise reeglite kinnitaja Terviseamet on Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas. Ministeeriumite koostöö kiirabi väljakutsete menetlemisega tõstatunud probleemide lahendamisel ei ole toiminud, näiteks ei ole osalised hädaabikõnede vastuvõtja eeldatud meditsiiniliste teadmiste tasemes suutnud kokku leppida. Selles küsimuses on vaja, et Siseministeerium võtaks probleemide lahendamisel juhtrolli. Samal ajal peaks Sotsiaalministeerium ja Terviseamet asuma eri asutuste koostöös juhtima kiirabi väljakutsete menetlemise reeglite muutmist.

Haiglad kasutavad kiirabi liiga tihti nagu taksot, et transportida mitte-erakorralisi patsiente. Kaks kolmandikku patsientide haiglatevahelisest transpordist oli A- ja B- ehk madala prioriteediga. Nende sõitude tegemiseks peaks haiglad kiirabi asemel kasutama muud transporti, ent kiirabi tellimine on haiglate jaoks lihtne ja sellega ei kaasne neile kulusid. Siiski, süsteemi kui terviku jaoks on operatiiv-arvestuses olevate brigaadide kasutamine plaaniliseks transpordiks kallis ja mõnes piirkonnas võib kiirabi seetõttu kriitilisel hetkel puududa.

Erakorralise meditsiini osakonna arstide hinnangul esineb kiirabitöötajate ravitegevuses olulisi vigu harva. Sellegipoolest vajavad kiirabitöötajad oma töö kvaliteedi tagamiseks ja

- Tervishoiuameti puuduva kompetentsi tõttu pole suudetud korraldada kiirabikonkurssi ega uuendada lepinguid.
- Eelnevast tulenevalt on kiirabi valdkonna juhtimine nõrk ning mitmed kiirabitööd puudutavad küsimused on reguleerimata.

Allikas: Riigikontrolli audit „Esmase erakorralise arstiabi korraldus“

Kiirabiteenuse arendamiseks praegusest põhjalikumalt tagasisidet.

Kiirabitöötajad ei saa sisulist ja süsteemset tagasisidet selle kohta, kas brigaad käsitles patsiente õigesti. Kokku ei ole lepitud, milliseid ja kui täpseid andmeid haigla kiirabitöötajatele tagasiside andmiseks kasutada võib ning kui kaua neid säilitatakse. Vajadus on adekvaatse ja süsteemse tagasiside järele, mida toetaks kohane IT-lahendus e-kiirabis või mujal.

Sotsiaalministeerium ei ole suutnud tervishoiuteenuste omavahelist ning tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimitust selliselt suurendada, et see toetaks kiirabi eesmärgipärast kasutamist.

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna kitsaskohad peegelduvad kiirabis: abivajajad kutsuvad sageli kiirabi (mis on oluliselt kallim teenus), selmet pöörduda perearsti või sotsiaaltöötaja poole. Nemad aga ei saa inimeste abivajadusest, mis nende tööloiku puudutab, teada, sest andmevahetus kiirabi ja omavalitsuste, perearsti ja haiglate vahel on puudulik.

Kiirabis on digilahenduste laiendamise potentsiaal hea. Näiteks oleks brigaadide tõhusamaks kasutamiseks ja teenuse kvaliteedi tõstmiseks võimalik laiendada telemeditsiini kasutamist ning juurutada e-kiirabis kliiniline otsustustugi, kuid need uuendused Tervisekassa lähituleviku plaanidesse veel ei kuulu.

Terviseamet on täitnud nii kiirabiteenuse planeerimise, korraldamise kui ka järelevalve ülesandeid poolikult. Kõigis nendes ülesannetes on amet olnud pigem passiivne kui probleeme ennetav ja lahendav. Järelevalvest tulenevat teavet ei kasutata kiirabivaldkonna ajakohastamiseks.

Kokkuvõtteks, kuivõrd Sotsiaalministeerium ei ole võtnud valdkonna juhi rolli ega astunud samme kiirabi kitsaskohtade lahendamiseks, on valdkond arenenud isevoolu teel.

Sotsiaalministeeriumil ei ole kaua olnud selget seisukohta, millist kiirabi Eesti riik soovib ja suudab ülal pidada. Valdkond on aastaid olnud arengusuundadeta, kiirabibrigaadide teeninduspiirkondade jaotust ei ole piisava põhjalikkusega analüüsitud, et hinnata nende optimaalsust, avalikku konkurssi teeninduspiirkonda parima teenuseosutaja valimiseks ei ole kaua toimunud.

Riigikontrolli soovitud terviseministrile:

- Võtta kiirabi valdkonnas juhtohjad enda kätte ja tagada, et Terviseamet ja Tervisekassa täidavad neile õigusaktidega pandud ülesandeid.
- Parandada tervishoiuteenuste, kaasa arvatud kiirabi ja perearstiabi omavahelist ning tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimitust. Selleks valmistada ette vajalikud õigusaktide muudatused ja planeerida IT-arendused.

Riigikontrolli
peamised soovitused

- Lõpetada operatiivarvestuses olevate kiirabibrigaadide kasutamine mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks, et nad ei koormaks sellega kiirabi. Kehtestada haiglatele kord mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks.

Riigikontrolli soovitud Tervisekassa juhatuse esimehele:

- Korraldada kiirabibrigaadi pidajate valikuks avalik konkurss.
- Vaadata üle kiirabi mõõdikud ja veenduda, et mõõdetakse kõiki olulisi kiirabi osutamise aspekte ning et kõikide mõõdikute jaoks vajalikke andmeid on võimalik koguda ja analüüsida.

Riigikontrolli soovitud Terviseameti peadirektorile:

- Asuda iga-aastaselt seirama Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide väljakutsete raskusastmetele antud hinnanguid ning analüüsida, kas väljakutsete menetlemise korraldus vajab muutusi.
- Vaadata koostöös Tervisekassaga üle kiirabi teeninduspiirkondade arv, paiknemine ja brigaadide jaotus teeninduspiirkondade kaupa, vajadusel viia ellu vajalikud muudatused.
- Teha järelevalve kiirabiasutuste üle süsteemseks ning vaadata üle kiirabi valdkonna õigusaktide aja- ja asjakohasus.

Auditeeritute vastused

Terviseminister täheldas, et auditi soovitustest on abi kiirabisüsteemi korraldamisel, ning kinnitas, et ministeerium on koostamas kiirabi arengusuundi koos tegevuskavaga. Eelnõu näeb ette ka kiirabi juhtrühma loomise, sest see võimaldab ministeeriumil saada senisest parema ülevaate Terviseameti ja Tervisekassa tegevuste täitmisest kiirabi valdkonnas. Dokumentide valmimine on kavandatud 2025. aasta I kvartalis. Arengusuunad ja tegevuskava annavad osapooltele selged juhised kiirabi valdkonna süsteemseks arendamiseks, sh meditsiinilise transpordi alal. Sotsiaal- ja tervisevaldkonna paremaks lõimimiseks plaanib ministeerium 2025. aasta maiks koostada integreeritud teenuste korraldusmudeli analüüsi ja ettepanekud. Selleks vajalikud IT-arendused plaanitakse teha e-tervise strateegia rakendamise käigus.

Tervisekassa juhatuse esimees nõustus auditi peamiste järeldustega ja kinnitas, et Tervisekassa jätkab ka edaspidi kiirabivaldkonna toetamist oma vastutusala piires. Tervisekassa kuulutab kiirabi avaliku konkursi välja 2025. a II poolaastal. Tervisekassa jätkab 2025. aastal kvaliteedi-indikaatorite arendamisega. See on pidev protsess. Samuti panustab Tervisekassa uutesse digilahendustesse, sh telemeditsiini võimekuse arendamisse.

Siseministeerium märkis, et päästekorraldaja õppekava on uuendamisel ning jätkub arutelu päästekorraldaja õppe edasiste suundade üle. Siseministeerium kinnitas, et võtab arvesse soovitud ühiselt arutada terviseministriga, kuidas tulevikus täiendavalt kiirabi väljasaatmise üle järelevalvet korraldada. Täiendavalt esitab

Siseministeerium Häirekeskusele ja Terviseametile ootuse uuendada kiirabisündmuste menetlemiseks loodud manuaali tüüpjuhtumeid, mille prioriteete hindasid kiirabi ja Häirekeskus aruandes enim erinevalt.

Terviseameti peadirektor nõustus, et Häirekeskuse ja kiirabi brigaadijuhtide prioriteetide hinnangute erinevuse võrdlus on hea võimalus tõhustada koostööd asutuste vahel ja kaalub brigaadide hinnangute andmise muutmist kohustuslikuks. Samas leiab Terviseamet, et Riigikontrolli kiirabi brigaadijuhtide hinnangute põhjal tehtud analüüs ja järeldused on liiga lihtsustatud. Lisaks on peadirektori selgituse kohaselt kiirabibrigaadide teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ning piirkondade vahelise jaotuse aluseks olnud perioodilised andmeanalüüsid (2014, 2019 ja 2024), millest tulenevad järeldused ja muudatuste vajadus kajastatakse Tervisekassa 2025. aasta kiirabiteenus avalikus konkursis. Peadirektor nõustus, et kuni uue ohuproгноoside käsitlemise kasutusele võtmisele 2022. aastal oli kiirabi järelevalve pigem kaebustele reageeriv. Kiirabi valdkonna õigusaktide aja- ja asjakohasuse hindamise kohta märkis Terviseameti peadirektor, et amet on teinud pidevat koostööd kiirabipidajate ja Häirekeskusega.

Riigikontrolli kommentaar: Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide hinnangute võrdlus oli abivahend selgitamiseks, kas hinnangud sündmuste prioriteetidele kattuvad või mitte. Selline võrdlus annab ettekujutuse, kas triaazimise korraldus vajab edasist analüüsi ja muutmist või mitte. Võrdlus on sobilik seetõttu, et väljakutsete manuaal ja kiirabibrigaadid tuginevad oma töös samale dokumendile¹. Lisaks on erialakirjanduses korduvalt analüüsitud kiirabi ressursi kasutamise efektiivsust sama meetodi abil.

Auditi käigus ei selgunud, millele täpselt tugines 2012. aastal tehtud Terviseameti analüüs, mis on praeguse kiirabi teeninduspiirkondade jaotuse ja brigaadide paiknemise aluseks, ning milliseid tegureid selles hinnati. Tervisekassa analüüsis 2019. ja 2024. aastal kiirabibrigaadide kohalejõudmise aegu. Teisi olulisi tegureid, näiteks brigaadide hõivatus ja ümbruskonna HVA-haiglate võimekus tervishoiuteenuseid pakkuda, Tervisekassa analüüsid ei sisaldanud.

Samuti on oluline märkida, et Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa tegevusest ja selgitustest ei ilmne, kes, kuidas ja millal otsustas eelnevalt mainitud analüüsides tulemusel teeninduspiirkondi ning brigaadide paiknemist muuta või mitte. Arvestades, et kiirabi on elutähtis teenus ning kiirabiteenus osutamiseks kulub suur hulk raha, peavad teeninduspiirkondade jaotuse ja brigaadide paiknemise kohta tehtud otsused olema dokumenteeritud ja tehtud valikute alused üheselt selged.

¹ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord”. Lisa 1.

Sisukord

Valdkonna ülevaade	6
Kiirabi ei kasutata tihti eesmärgipäraselt	11
Väljakutsete triaažimise praktikas on küsitavusi	11
Päästekorraldajate meditsiinialane ettevalmistus ei ole väljakutsete käsitlemise uue mudeliga kooskõlas	15
Kiirabi kasutatakse liiga tihti mitte-erakorraliste patsientide haiglatevaheliseks transportimiseks	18
Kiirabitöötajad käsitlevad patsiente enamasti juhiste kohaselt	22
Kiirabitöötajad vajavad kvaliteedi tagamiseks sisukamat tagasisidet	24
Kiirabi juhtimine ja korraldamine ei toeta kiirabibrigaadide eesmärgipärasest kasutamist	28
Terviseamet on täitnud oma ülesandeid poolikult	28
Tervisekassa ei ole kuni viimase ajani analüüsinud teeninduspiirkondade jaotust	32
Sotsiaalministeeriumil on kiirabi tuleviku asjus selged seisukohad kaua puudunud	39
Riigikontrolli soovitused ning Sotsiaalministeeriumi, Siseministeeriumi, Terviseameti, Tervisekassa ja Häirekeskuse vastused	47
Auditi iseloomustus	61
Riigikontrolli varasemaid auditeid ja ülevaateid erakorralise arstiabi, kiirabi ja tervishoiuteenuste järelevalve valdkonnas	68
Lisa A. Kiirabibrigaadide hinnangud väljakutse prioriteetidele juhtumitüüpide kaupa	69
Lisa B. Terviseameti järelevalvemenetlused	70
Lisa C. Kiirabi mõõdikud	71
Lisa D. Ülevaade 2004. aasta auditi tähelepanekutest ja lahendamata probleemidest	73

Valdkonna ülevaade

Kiirabiteenuse osutamise korraldus

1. Kiirabi on ööpäevaringselt valmis osutama meditsiiniabi olukorras, kus abivajaja vajab seda vältimatult, näiteks õnnetusjuhtumist tingitud vigastuste, traumade ning mürgistuste ja ägedate erakorraliste haigestumiste korral.² Kiirabi osutab kiirabibrigaad Häirekeskuselt saadud väljasõidukorralduse alusel. Kiirabibrigaadi pidaja on elutähtsa teenuse osutaja.³

2. Eestis osutavad kiirabiteenust avaliku konkursiga leitud juriidilised isikud, kellega Tervisekassa sõlmib kiirabi rahastamise lepingud. Kiirabiteenust võib osutada sellekohase tegevusloaga

- äriühing;
- füüsilisest isikust ettevõtja, sihtasutus;
- riigi või kohaliku omavalitsuse asutus.⁴

3. Eestis on kiirabi teeninduspiirkonnad jaotatud 10 kiirabibrigaadi pidaja (siin aruandes lühemalt kiirabiasutuse) vahel. Nendest

- seitse on osa haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglatest (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinna Lastehaigla, Narva Haigla, Pärnu Haigla, Kuressaare Haigla, Valga Haigla, Lõuna-Eesti Haigla);
- kolme asutajate ring on laiem: Tartu Kiirabi (asutajad Tartu Ülikooli Kliinikum ja Tartu linn), Tallinna Kiirabi (Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti hallatav asutus) ja Karell Kiirabi (eraettevõtte).

4. Eestis on ette nähtud, et ööpäevaringselt on valves vähemalt 102 kolmeliikmelist kiirabibrigaadi⁵. Neist 82 on öe-, 14 arsti- ja 6 reanimobiilibrigaadid. Täiendavalt eksisteerib üks kaheliikmeline õebrigaad (Iisakus), üks kaheliikmeline arstlik toetusbrigaad (Tallinna kesklinnas) ja neli esmase abi brigaadi väikesaartel (vt selgitus p-s 146).

5. Olukordades, kus kiirabi vajadus on tavaolukorrast suurem (nt libeduse, suurürituse, pühade ajal), komplekteerivad kiirabiasutused kokkuleppel Terviseametiga lühiajaliselt lisabrigaade. Väljasõitude vahelisel ajal asuvad brigaadid kiirabibaasides, mida on kokku 61 (vt joonis 1).

Reanimobiilibrigaadid on mõeldud kriitilises seisundis patsientide abistamiseks. Reanimobiilibrigaadi juht on alati kas erakorralise meditsiini arst või anestesiooloog.

Patsientide transpordiks kasutatakse reanimobiiliautot, helikopterit, lennukit, piirivalve või vabatahtliku merepääste kaatrit.

Allikas: Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend

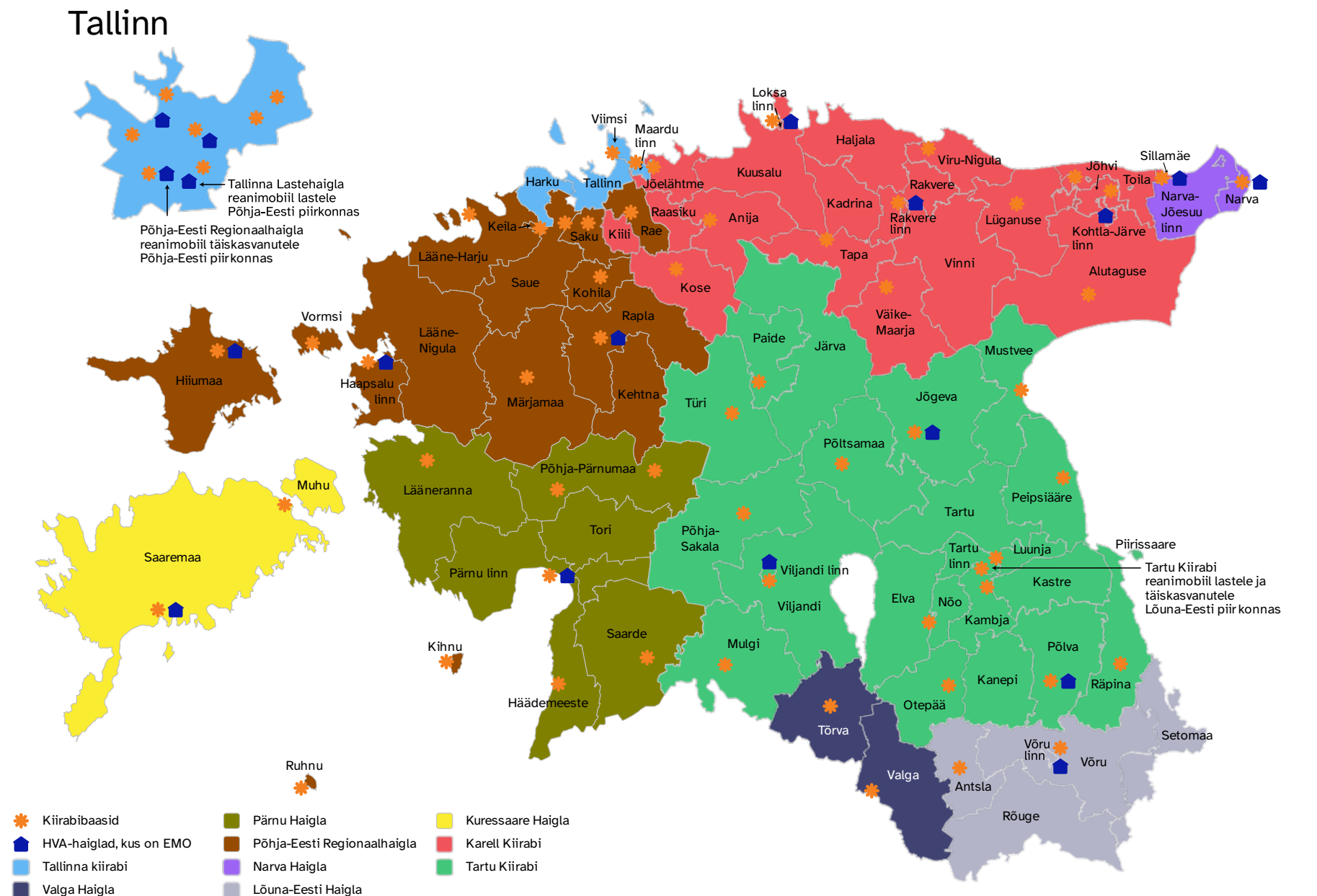
² Terviseameti veebileht, 13.08.2024.

³ Tervishoiukorralduse seadus, § 17.

⁴ Tervishoiukorralduse seadus, § 18.

⁵ Tervise- ja tööministri 19.12.2017. a määrus nr 57, § 2.

Joonis 1. Kiirabibaaside ja haiglavõrgu arengukava haiglate paiknemine



Allikas: Maa-amet ja Tervisekassa

6. Kiirabi juhtimise, korraldamise ja rahastamise ülesanded on jagatud järgmiselt:

- Sotsiaalministeerium on sotsiaal- ja tervisepoliitika kujundaja ning vastutab muu hulgas kiirabi valdkonna eesmärkide püstitamise ja nende saavutamiseks vajalike tingimuste loomise eest;
- kiirabi kui teenuse osutamist planeerib ja korraldab Terviseamet, kes kinnitab kiirabibrigaadide teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ning jaotuse teeninduspiirkondade vahel.⁶ Samuti teeb Terviseamet kiirabiteenuse üle järelevalvet;
- Tervisekassa korraldab kiirabiasutuste valikuks konkursi, sõlmib võitjatega kiirabi rahastamise lepingud⁷ ja kontrollib lepingute ning kvaliteedimõõdikute täitmist;
- Häirekeskus edastab brigaadidele kiirabi väljakutseid.

Väljakutsete statistika

Teadmiseks, et

hädaabinumbri kõnedest viiendik on ekslikud, mille korral näiteks lapsed või nutikellad valivad kogemata hädaabinumbri.

Lisaks on hädaabinumbrile pidevalt helistajaid. Enim helistas üks inimene 2023. a kokku 2659 korda (s.t üle 7 korra päevas). Üle 1000 korra helistas veel kaks inimest.

2023. a oli 20 kõige enam hädaabinumbrile helistanud inimeste kõnede aeg kokku ligi 249 tundi. Üldistatult kaotas Häirekeskus 2023. a 20 sari-helistaja tõttu ligi 14 000 kiiret reageerimist (D-prioriteediga) vajava kõne jagu aega.

Allikas: Häirekeskus

Tüüpjuhtum on enam levinud sündmuste kirjeldus, mis põhineb kriteeriumitel, mis iseloomustavad seisundit või olukorda, mille alusel päästekorraldaja annab ohuhinnangu. Igale kriteeriumile on määratud kiirusprioriteet, mille alusel saadetakse välja vajalik(ud) kiirabibrigaad(id).

7. 2023. aastal helistasid Eesti elanikud hädaabinumbri 112 ligi 1,2 miljonit korda. Abi tuli välja saata 387 973 korral ehk 34%-l juhtudest. Suurima osa väljasaadetud abist moodustasid kiirabisündmused (67%), millele järgnesid politsei- (27%) ja päästesündmused (5%).⁸

8. Kiirabi väljakutse prioriteedi ehk triaaži kategooria määrab Häirekeskuse päästekorraldaja. Triaaži kategooriad on kinnitatud Vabariigi Valitsuse määrusega.⁹ Kategooriaid on neli:

- A – abivajadus ei ole erakorraline; seisund on stabiilne ning puudub oht abivajaja elule, kuid kiirabi vajadus on lähtuvalt kiirabi tüüpjuhtumitest tuvastatud;
- B – abivajadus ei ole erakorraline; seisund ei vaja kiiret sekkumist, kuid inimene võib vajada diagnostikat ja/või ravi, samuti võib abivajaja seisundi kohta puududa täpne teave;
- C – abivajadus on erakorraline ja abivajaja seisund võib olla potentsiaalselt eluohtlik; või esineb kõrgendatud oht abiandja elule või tervisele;
- D – abivajaja seisund on eluohtlik, s.t tema elu on otseselt ohus.

9. Päästekorraldaja määrab väljakutse prioriteedi Terviseameti peadirektori käskkirjaga kinnitatud kiirabi **tüüpjuhtumite** loetelu ja juhiste ning selles määratud ohuhinnangute alusel (edaspidi lühidalt manuaal või ka väljakutsete manuaal)¹⁰.

⁶ Tervishoiukorralduse seadus, § 17¹.

⁷ Tervishoiukorralduse seadus, § 17² ja 17³.

⁸ Siseturvalisuse 2023. aasta tulemusaruanne. Siseministeerium, 2024.

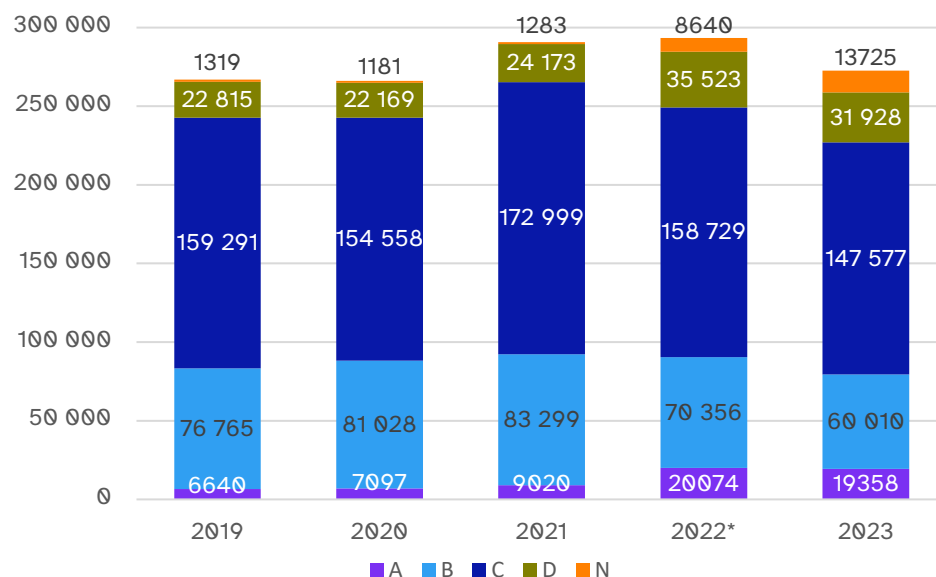
⁹ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord“. Lisa 1.

¹⁰ Terviseameti peadirektori 25.02.2019. a käskkiri nr 1.1.-1/19/17 „Kiirabi tüüpjuhtumite ja juhiste kinnitamine“.

10. Manuaalis on lisaks neljale eelmainitud triaazikategooriale ka viies kategooria (N), mis määratakse siis, kui inimese seisund ei ole erakorraline või eluohtlik, kuid inimene vajab tervishoiualast nõustamist. Päästekorraldaja saab soovitada, et inimene helistaks ise perearstiabi nõuandetelefonile või pöörduks perearsti poole.

11. Aastatel 2019–2023 püsis kiirabi väljakutsete arv aastas sarnasel tasemel: Eesti elanikud helistasid Häirekeskusesse kiirabi kutsumiseks üle 270 000 korra aastas (vt joonis 2).

Joonis 2. Kiirabi vajadusega ja vajaduseta (s.t N-kutsetega) sündmuste arv aastatel 2019–2023



* Alates 2022. aprillist on Häirekeskuses kasutusel uus manuaal, mistõttu väljakutsete jaotus muutus

Allikas: Häirekeskus

12. Aastatel 2019–2023 oli kõige enam C-prioriteediga kiirabisündmusi (57%). D-prioriteediga sündmusi oli 10%. Selliseid sündmusi, mis Häirekeskuse hinnangul ei olnud eluohtlikud (prioriteetid A ja B), oli enam kui kolmandik.

Rahastamise ülevaade

13. Kuni 2019. aasta lõpuni tasuti kiirabiteenuse eest Sotsiaalministeeriumi eelarvest, sealt edasi Tervisekassa eelarvest. Kui eriarstiabi eest maksab Tervisekassa teenusepõhiselt (s.t esitatud raviarvete alusel), siis kiirabi puhul tasutakse aja eest, mil brigaadid peavad olema valmis väljakutsele reageerima. Teisisõnu, kiirabi rahastatakse valmisoleku põhjal, tasu ei sõltu väljakutsete arvust.

14. Kiirabi rahastamisele kulus 2023. aastal 78,9 miljonit eurot. Perioodil 2013–2023 oli kiirabi kulude kasv keskmiselt 11% aastas, kõikides 6% kuni 18% vahel. Riigi tervishoiukulud tervikuna kasvasid samal ajal keskmiselt 9% aastas. Kokku on kümne aastaga kiirabiteenuse kulud kasvanud üle kahe korra (vt joonis 3). Täiendavalt said kiirabiasutused

2021. ja 2022. aastal COVIDi-pandeemia ja Ukraina põgenikega seoses 9,7 miljonit eurot.

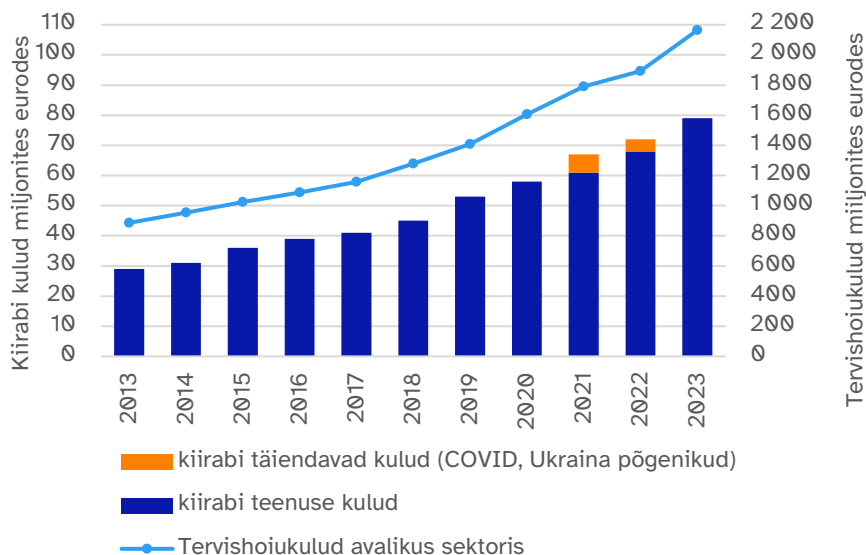
Tabel 1. Brutopalk (eurot tunnis)

	2019	2024
Arst	15,44	27,14
Õde	8,22	14,40
Erakorralise meditsiini tehnik	7,40	12,42
Kiirabitehnik	6,98	12,00

Allikas: Kiirabi ja meditsiinilise
kaugkonsultatsiooni teenuse eest
tasumise tingimused ja kord

15. Kiirabi rahastuse suurenemise peamiseks teguriks on olnud tervishoiutöötajate palgakasv: perioodil 2019–2023 kasvas arsti, õe ja kiirabi-tehniku tunnipalk olenevalt ametirühmast 67–76% (vt tabel 1).

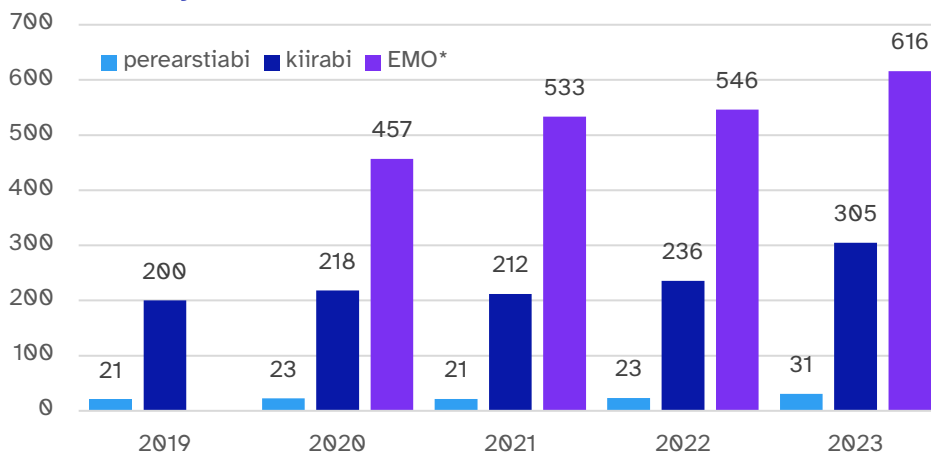
Joonis 3. Kiirabiteenuse kulude kasvutrend võrrelduna tervishoiukulude kasvuga



Allikas: Riigi majandusaasta koondaruanded, Tervisekassa majandusaasta aruanne, Tervise Arengu Instituudi statistika

16. 2023. aastal maksis üks kiirabi väljakutse keskmiselt 305 eurot. Ühe perearsti visiidi keskmine maksumus oli ca kümme korda odavam ehk 31 eurot (vt joonis 4). Erakorralise meditsiini osakonnas (EMO) oli 2023. aastal ühe ravijuhu keskmine maksumus 616 eurot. See näitab, et mitte-erakorralise seisundiga patsiendid on otstarbekam suunata perearsti juurde.

Joonis 4. Kiirabi väljakutse, perearsti vastuvõtu ja erakorralise meditsiini osakonna ravijuhu keskmine maksumus eurodes



* Erakorralise meditsiini ravijuhtude rahastuse mudeli muutuse tõttu ei ole 2019. aasta andmed järgnevat aastatega võrreldavad.

Allikas: Tervisekassa ja Häirekeskus

Auditi käigus tehtud analüüsid

Vältimatu abi on tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.

Allikas: Tervishoiukorralduse seadus, § 5

Riigikontroll hindas

kas Häirekeskus saadab kiirabibrigaadi välja vältimatut meditsiinilist abi vajavatele inimestele.

Kiirabikaart on kiirabi teenuse osutamist tõendav dokument, mis vormistatakse iga väljakutse ja iga patsiendi kohta, kellele osutatakse kiirabiteenust.

Allikas: Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord

17. Auditi metoodika põhjalikum kirjeldus on aruande peatükis „Auditi iseloomustus“. Audit keskendus perioodile 2019–2023. Kiirabi kasutamise eesmärgipärasuse hindamiseks Riigikontroll

- korraldas intervjuud osapooltega ning külastas kiirabibaase;
- võrdles Häirekeskuse ja kiirabibrigaadi hinnanguid väljakutsete prioriteetidele ning analüüsis patsientide haiglatevahelist transporti;
- korraldas haiglavõrgu arengukava haiglate EMODEs kaks küsitlust, millest esimene puudutas seda, kuidas kiirabibrigaadid patsiente käsitlevad, ja teine haiglatevahelist transporti.

Kiirabi ei kasutata tihti eesmärgipäraselt

18. Kiirabi on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse.¹¹ Lihtsamalt võib kiirabi defineerida kui erakorralist haiglaeelset abi, selle mõte on anda meditsiiniabi olukorras, kus abivajaja vajab seda **vältimatult**.

19. Ka Terviseamet jt osapooled rõhutavad, et kiirabi tuleks kutsuda vaid ägedate ning erakorraliste haigestumiste ja seisundite korral. Kiirabi ei ravi kroonilisi haigusi (v.a selle ägedas faasis), ei väljasta haigus- ja hoolduslehti, retsepte, saatekirju haiglasse ja uuringutele ega transpordi mittekiirabilisi patsiente.¹²

Väljakutsete triaažimise praktikas on küsitavusi

20. Kiirabi kui teenus toimib eesmärgipäraselt, kui kiirabibrigaade (väljaõppinud töötajad ja vajaliku varustusega autod) kasutatakse vältimatu abi andmiseks. Lisaks peab abi inimesteni jõudma õigel ajal. Kui brigaad(id) on näiteks pikalt hõivatud mitteerakorralise väljakutsega, ei ole nende kasutamine eesmärgipärane ja vältimatut abi vajavate inimeste tervis või elu võib ohtu sattuda.

21. Vältimatu abi tagamine sõltub sellest, kas päästekorraldaja määrab kiirabikutsele õige prioriteedi või mitte. Tuleb arvestada, et päästekorraldaja määrab prioriteedi sissetuleva kõne alusel, seejuures ei saa ta abivajaja sõnu kahtluse alla seada ja peab lähtuma kõnes kuuldust ja väljakutsete manuaalist.

22. Kiirabibrigaadil, kes kohapeal tegelikku olukorda näeb, on võimalik **kiirabikaardil** märkida sündmuse prioriteedile oma hinnang. Vastava välja täitmine ei ole kohustuslik ja seda tehakse harva.

23. Seetõttu palus Riigikontroll kiirabiasutustelt, et perioodil 09.10.–08.11.2023 teeksid brigaadid sündmuste prioriteetide kohta märkeid,

¹¹ Tervishoiukorralduse seadus, § 5 ja § 16.

¹² Terviseameti veebileht, 04.09.2024.

võttes aluseks kiirabi ning teiste asutuste koostöö korra¹³. Eesmärk oli tuvastada, kas poolte hinnangud sündmuste prioriteedile kattuvad või mitte, milline on erinevuste ulatus ja kas triaažimise korraldus (sh manuaal) vajab muutmist.

Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide hinnangute võrdlus

Tabel 2. Kiirabi vajavate väljakutsete menetlemise ja neile reageerimise ajad minutites

Prioriteet	Häirekeskus saadab kiirabi välja	Kiirabi väljasõit kutse saamisest
A	< 120	< 10
B	< 60	< 5
C	< 4	< 3
D	< 1	< 1

Allikas: Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord, [lisa 1](#)

Teadmiseks, et

tasub meeles pidada, et kiirabibrigaad saab patsienti nähes anda täpsema hinnangu. Seega ei saa alati öelda, et päästekorraldajad tingimata väljakutsete raskusastet manuaali abil valesti määraks.

24. 09.10.–08.11.2023 oli 21 900 väljakutset, kiirabibrigaadid andsid oma hinnangu sündmusele 12 300 korral ehk ligi 56%-l juhtudest. Detailsem brigaadide hinnangute statistika tüüpjuhtumite kaupa on toodud [lisa A](#). Enim olid brigaadid võrreldes Häirekeskuse määratud prioriteetidega eriarvamusel järgmiste tüüpjuhtumite puhul: ebaselge probleem, rindkerevalu ja südamehaigused, kõhu- ja seljavalu.

25. Väljakutsete triaažimise praktika analüüsimisel on oluline mõista, et teatav ületriiaažimine on loomulik ja lubatud. Päästekorraldaja peab kõne jooksul, s.t piiratud aja ja vähese info tingimustes otsuseid langetama. Mõningane sündmuste ülehindamise määr aitab maandada riski, et abist jääb ilma tõsise abivajadusega inimene, kes ei suuda olukorda adekvaatselt kirjeldada.

26. Samas ei saa tegelikust kõrgema või madalama triaažikategooria andmise määr olla väga suur. Liigne ületriiaažimine kurnab ressursse, alatriiaažimine on patsientidele ohtlik. Tulenevalt abivajaja seisundist on oluline vahe, kui kiiresti Häirekeskus brigaadi välja saatma peab ja kui kiiresti kiirabibrigaad peab pärast kutse saamist välja sõitma (vt tabel 2).

27. Üle- ja alatriiaažimise lubatavat määra ei ole riigid defineerinud. Samas on näiteks Põhja-Ameerikas kasutusel juhend (*Field Triage Guidelines*), milles kokkulepe on olemas: ületriiaažimise sobilik määr on 25–35% ja alatriiaažimisel mitte rohkem kui 5%.¹⁴ Teaduskirjanduses on kasutatud samu kriteeriume¹⁵ ehk tegemist on analüütilise vahendiga, mis aitab hinnata kiirabi kasutamise efektiivsust.

28. Nimetatud 25–35% ületriiaažimise taseme juures ei jää kriitilist abi vajavad patsiendid tähelepanu alt välja. See tähendab küll arvestatavat ressursikulu, kuid teisalt peetakse seda määra üldiselt vastuvõetavaks kompromissiks.

29. Joonisel 5 on esitatud Häirekeskuse ja kiirabibrigaadi sündmustele antud hinnangute võrdlus. Vertikaalsel teljel on tulpades Häirekeskuse määratud prioriteedid (A–D) 2023. aasta oktoobri kiirabisündmustele. Tulpade sisejaotus (horisontaalne telg) näitab kiirabi hinnangut samadele sündmustele.

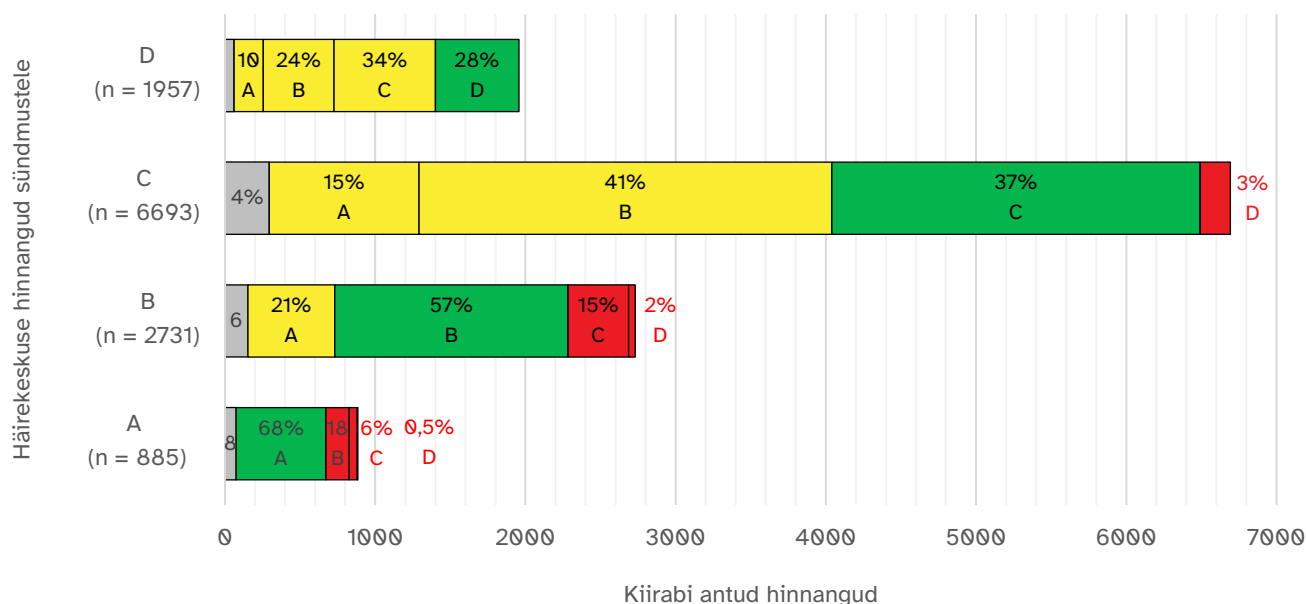
¹³ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord.“ [Lisa 1](#).

¹⁴ Lupton JR, Davis-O'Reilly C, Jungbauer RM, Newgard CD, Fallat ME, Brown JB, Totten AM. Under-Triage and Over-Triage Using the Field Triage Guidelines for Injured Patients: A Systematic Review. *Prehospital Emergency Care* 2022;27:38–45.

¹⁵ Riigikontrolli esmane otsing teaduskirjanduse andmebaasis andis seitse sellise analüüsi vastet.

30. Riigikontrolli analüüs näitas, et kui Häirekeskus määras kõrgeima prioriteedi (D) kokku 1957 sündmusele, siis kiirabi hinnangul vastas selles kategoorias märgitud sündmustest D-prioriteedile vaid 28% (märgitud joonisel rohelisega), ülejäänud väljakutsete raskusaste oli madalam (joonisel kollasega): 34% vastas kiirabi arvates C-prioriteedile, 24% B- ning 10% A-prioriteedile.

Joonis 5. Kiirabibrigaadide ja Häirekeskuse hinnangud väljakutse prioriteedile perioodil 09.10.–08.11.2023



* Roheline näitab Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide hinnangute kokkulangevust; kollane tähistab Häirekeskuse ületriaažimist ja punane alatriaazimist; halliga on märgitud juhtumid, kus brigaadi hinnangul ei olnud vaja kiirabi välja kutsuda (samuti mõned juhtumid, kui patsienti ei olnud või sõit annulleeriti). NB! Halliga märgitud hinnangud ei ole alljärgnevatel punktides olukorra kirjeldamisel arvestusse võetud.

Allikas: Riigikontroll Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse andmete alusel

31. Häirekeskuse ja kiirabi hinnangute võrdlus näitab, et Eestis esineb suhteliselt enim D-prioriteediga kutsete ületriaažimist. Pääste- korraldajad hindasid kiirabi brigaadide arvates 68% D-kutsete raskus- astet üle. Teisel kohal on C-prioriteediga kutsed, päästekorraldajad hindasid 56% C-kutsete raskusastet üle. See viitab, et kiirabi ressursse ei kasutata optimaalselt: sündmuste ületriaažimise määr on ca kaks korda kõrgem kui eelmainitud soovitatav 20–35%.

32. Alatriaazimise soovituslikuks määraks peetakse erialases teaduskirjanduses kuni 5%. Riigikontrolli analüüs näitas, et Häirekeskus alahindas 24% A-prioriteediga kutsete ja 17% B-kutsete raskusastet (joonisel 5 punane ala). See tähendab, et kiirabi hinnangul oli tegemist Häirekeskuse määratud kõrgema prioriteetiga sündmusega ja abi oleks pidanud jõudma inimeseni kiiremini. Häirekeskuse määratud C-kutsetest oli alatriaazimise 3%-l juhtudest, mis on soovituselises piiris.

33. Eestis on varem Tallinna ja Tartu Kiirabi analüüsinud väljakutsete esialgse prioriteedi ja hiljem määratud raskusastme lahknevusi

Teadmiseks, et

1. 2005. a leidis Tallinna Kiirabi, et häirekeskus hindas 62% D- ja 33% C-kutsete raskusastet üle.¹⁷
2. 2008. a leidis Tallinna Kiirabi, et häirekeskus hindas 70% D- ja 60% C-kutsete raskusastet üle.¹⁸
3. 2009. a leidis Tartu Kiirabi, et häirekeskus hindas 31% D-kutsete raskust astet üle.¹⁹

Järelevalve kiirabikutsete menetlemise üle

(vt vasakkast). Tulemustele tuginedes on Eesti Kiirabi Liit (EKL) teinud Sotsiaalministeeriumile ettepaneku, et kiirabi kvaliteedi arendamisse tuleks kaasata ka Häirekeskus.¹⁶

34. Praegu Terviseamet (mille peadirektor kinnitab manuaali) üle- või alatriaazimist ei seira. Selline analüüs aga võiks olla kasulik, et kaardistada suuremaid kõikumisi Häirekeskuse ja brigaadide hinnangutes, uurida nende põhjuseid ning vajaduse korral muuta triaazi aluseid või tuvastada muid õppimise kohti. Eelduseks on, et kiirabi-brigaadide hinnanguid sündmuste raskusastmele kogutaks süsteemselt.

35. Riik on kiirabi kutsete menetlemisele ja väljasaatmisele kehtestanud nõuded: kiirabi väljasaatmise ajad on kehtestatud valitsuse määrusega²⁰, väljakutsete manuaali kinnitab Terviseameti peadirektor²¹, hädaabiteadete menetlemise korra siseminister²². Nõuetest kinnipidamist saab kontrollida nii enese- kui ka välise kontrolli kaudu.

36. Häirekeskuse kvaliteedijuhtimissüsteemi oluliseks osaks on enesehindamine. Kvaliteedi tagamisel on aga igas organisatsioonis tähtis ka välishindamine, mille eesmärk on anda nii organisatsioonile kui ka seotud osapooltele objektiivset infot organisatsiooni tegevuse ja tulemuste kohta.

37. Häirekeskus kuulub Siseministeeriumi valitsemisalasse. Ministeerium auditeeris 2022. aastal hädaabinumbri 112 toimimist ja täheldas, et kvaliteedinõuded ja -mõõdikud on Häirekeskuses paigas, kuid puudus kindlus, et neid nõudeid täidetakse.²³ Samas moodustavad kiirabisündmused hädaabisündmustest kaks kolmandikku. Järelevalvet selle üle, kas ja kuidas Häirekeskus täidab just nimelt kiirabikutsete menetlemise ja väljasaatmise nõudeid, tehtud ei ole.

38. Kiirabi kasutatakse sageli olukordades, kus vältimatut meditsiinilist abi ei vajata. Selliseid väljakutseid, mis Häirekeskuse hinnangul ei olnud eluohtlikud (prioriteetid A ja B), oli Riigikontrolli analüüsitud perioodil

¹⁶ Kõrgvee, A. Eesti kiirabi arengusuunad aastani 2035, EKL sisend. Ettekanne kiirabikonverentsil, 2024.

¹⁷ Novak, V., Aarna, A., Kukk, M. Väljakutsete prioriteetide võrdlev hinnang Tallinna Kiirabi väljakutsete põhjal. Ettekanne kiirabikonverentsil, 2005.

¹⁸ Tammper, P. Häirekeskuse edastatud väljakutsete tüüpjuhtumite ja kiirusprioriteetide hinnanguline võrdlus tegelikkusega. Ettekanne kiirabikonverentsil, 2009.

¹⁹ Reinhard, V., Laugamets, A. D-kutse – kas kiirabil on ikka kiire? Ettekanne 2005. aasta kiirabikonverentsil, 2009.

²⁰ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord”. Lisa 1.

²¹ Terviseamet peadirektori 25.02.2019 a käskkiri nr 1.1.-1/19/17 „Kiirabi tüüpjuhtumite ja juhiste kinnitamine”.

²² Siseministri 13.06.2017. a määrus nr 26 „Hädaabiteadete menetlemise kord ja hädaabiteadete menetlemise toimimisele esitatavad nõuded”.

²³ Hädaabinumbri 112 toimimine. Auditi lõpparuanne. Siseministeerium, 2022.

kolmandik, samal ajal kui kiirabibrigaadide hinnangul oli neid kaks kolmandikku.

39. Teatav väljakutsete üle- või alatriaazimine on loomulik. Samas kurnab ületriaazimine ressursse ja alatriaazimine on patsientidele ohtlik. Eestis on nii üle- kui ka alatriaazimise määr teaduskirjanduses toodud soovituslikust tasemest suurem. See näitab tarvidust seirata väljakutsete menetlemist Häirekeskuses senisest süsteemsemalt, et tuvastada selle muutmise vajadused ning võimalused. Samuti viitab see Terviseameti otsustamatusele muuta kiirabi väljakutsete manuaali, kuigi Häirekeskus on vastavaid ettepanekuid teinud.

40. Lisaks üle- või alatriaazimise seirele on tarvis teha järelevalvet kiirabi väljasaatmise kiiruse ja hädaabiteadete menetlemise korra üle. Kuivõrd Häirekeskus on Siseministeeriumi valitsemisalas, peab järelevalve toimuma Siseministeeriumi eestvedamisel, kaasates vajaduse korral Sotsiaalministeeriumit ja Terviseameti, kes vastutavad kiirabi eesmärkide seadmise ja korraldamise eest.

Päästekorraldajate meditsiinialane ettevalmistus ei ole väljakutsete käsitlemise uue mudeliga kooskõlas

Riigikontroll hindas

milline on päästekorraldajate meditsiinilise väljaõppe ja manuaaliga seotud täienduskoolituse maht.

Teadmiseks, et

kiirabibrigaadi väljasaatmise vajaduse määramisel on kaks peamist lähenemist:

- **Avatud küsimused inimese abivajaduse selgitamiseks.** Päästekorraldaja kuulab, millised on abivajaja põhilised sümptomid ja **valib kaebuste põhjal kriteeriumi, mis viitab konkreetsele tüüpjuhtumile.** See eeldab meditsiiniteadmisi.
- **Jah-/ei-vastustega küsimused ja ettemääratud tegevused.** Päästekorraldaja liigub etteantud küsimuste pidi ja iga helistaja vastus määrab selle, milline on järgmine küsimus. See lähenemine ei eelda meditsiinilist haridust.

Allikas: Bohm K, Kurland L. The Accuracy of Medical Dispatch – a Systematic Review. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2018, 26.

41. Et Häirekeskuse päästekorraldajad oskaksid võimalikult adekvaatselt hinnata abivajaja seisundit, peavad neil olema piisavad meditsiinilised teadmised. Kui päästekorraldaja hinnang sündmusele on ebatäpne, võib juhtuda, et järgnevates väljakutse etappides ei õnnestu patsiendile vajalikku abi osutada.²⁴

42. Eesti uuendas väljakutsete töötlemise manuaali 2022. aastal. Eeskujuks võeti Taani mudel (vasakkastis esimene variant), millele on omane, et päästekorraldajad filtreerivad kõnesid ja suunavad need edasi asjakohasele ametkonnale: kiirabile, päästele või politseile. Eesti päästekorraldajad ühtaegu nii menetlevad kõnesid kui ka saadavad abi välja. See on Eesti ja Taani mudeli oluline erinevus.

43. Häirekeskuses on olemas meedikud, kes päästekorraldajaid abistavad. Meedikud annavad kuni kiirabi saabumiseni abivajajale või teda aitavale inimesele esmaabi juhiseid. See ülesanne on ka 2022. aastal kasutusele võetud manuaali n-ö sisse kirjutatud, kuid kõik päästekorraldajad praegu iseseisvalt esmaabi juhiseid veel anda ei suuda. Meedikule suunatakse ka haiglatevahelise transpordi väljakutsed (vt p 59) ja nad toetavad päästekorraldajaid keerulisemate sündmuste korral.

44. Samas ei suuda kõikidel juhtudel meedikud neile suunatud kõnesid menetleda, sest terve Eesti peale on neid korraga valves vaid üks või kaks (vaatamata sellele, et Häirekeskus on viimastel aastatel meedikuid

²⁴ Kiirabi väljakutsete ja kiirabi väljasõidukorra projekti 18.09.2017. a koosoleku protokoll nr 8.

Teadmiseks, et

Taanis saadetakse kiirabi 100 000 elaniku kohta 2,5 korda vähem välja kui Eestis.

Allikas: Häirekeskus ja Eesti Statistikaamet, Taani Riigikontroll ja Statistikaamet

juurde värvanud). Häirekeskus ei kogu infot nende kõnede arvu kohta, mis tuleks suunata meedikutele, aga millega nad tegeleda ei jõua.

45. Koos uue kriteeriumitel põhineva manuaali tulekuga kasvas Eestis D-väljakutsete osakaal 2021. aasta 9%-lt 2022. aasta 12%-ni ehk kolmandiku võrra. 2023. aastal jäi D-väljakutsete osakaal võrreldes 2022. aastaga samaks. Ka Häirekeskuse ja kiirabi sündmustele antud hinnangute võrdlus näitas (p 31), et erinevus on kõige suurem just D-kutsete puhul.

46. On neli põhimõttelist võimalust, kuidas seletada D-kutsete ületriaažimise võrdlemisi suurt määra:

- Eesti päästekorraldajatel ei ole meditsiinivaldkonna tasemeharidust;
- Eesti päästekorraldajate meditsiinilise tasemeõppe ja/või täienduskoolituse maht ei ole olnud piisav;
- puudub võimalus suunata kõik kiirabikõned meditsiinilise haridusega töötajale nagu Taanis (Eestis seda eeldust ei seatudki);
- manuaal on ebatäpne ehk tüüpjuhtumite valimise kriteeriumides on küsitavusi.

47. Viimasena nimetatud võimalust on analüüsitud eelmises alapeatükis. Ülejäänud variantidest on Riigikontrollile intervjuu andnud osapoolte sõnul kõige realistlikum variant olukorda parandada see, kui pakkuda päästekorraldajatele piisavat meditsiinilist väljaõpet kas tasemeõppes, täienduskoolitustena või mõlemat.

48. Ühist arusaama piisava meditsiinilise õppe mahu kohta tasemeõppes ja sellega seonduvalt, kui palju täienduskoolitust vajavad varem kutse omandanud päästekorraldajad, ei ole. Häirekeskuse arvates on praegune õppemaht piisav, kuid EKLi hinnangul vajavad päästekorraldajad praegusest suuremas mahus meditsiiniõpet.

49. Päästekorraldajad omandavad erialased teadmised Sisekaitseakadeemias.²⁵ Päästekorraldaja põhiõppes on meditsiiniliste kutsete menetlemise õppeaine, mille maht on alates 2018. aastast 15 EAPd (ca 400 tundi). See moodustab põhiõppe mahust veerandi. Kiirabi-sündmused moodustavad kaks kolmandikku hädaabi sündmustest ja neid olukordi, kus päästekorraldajal on vaja häid meditsiiniteadmisi, on küllaltki palju.

Nõustamiskutsed

50. Üks uue manuaali kasutusele võtmise positiivne aspekt oli nõustamiskutsete (n-prioriteediga sündmused) arvu kasv. Tegemist on kutsetega, kus päästekorraldaja hinnangul ei ole helistaja seisund erakorraline või eluohtlik, kuid inimene vajaks tervishoiualast

²⁵ Häirekeskus pakub päästekorraldajatele ka täienduskoolitusi, nt enne uue manuaali rakendamist koolitati varem Sisekaitseakadeemia lõpetanud seda manuaali kasutama.

nõustamist. Päästekorraldaja saab soovitada inimesel helistada perearstiabi nõuandetelefonile või pöörduda perearsti poole.

51. Mida täpsemalt suudavad päästekorraldajad selliseid kutseid teistest eristada, seda eesmärgipärasem on kiirabi ressursi kasutamine. 2023. aastal oli nõustamiskutsete arv 13 700, mis on ligi 11 korda enam kui 2019. aastal.

Riigikontrolli järelused

52. Häirekeskusel puudub õigus osutada tervishoiuteenust, seetõttu ei ole neil kohustust meedikuid tööle võtta. Need meedikud, kes Häirekeskuse palgal on, ei jõua menetleda kõiki neile suunatud kiirabikutseid. Arvestades tervishoiutöötajate teravat puudust Eestis, ei ole tulevikus meedikute arvu suurendamine Häirekeskuses realistlik. See tähendab, et kehtima jääb praegune mudel, milles kiirabi väljakutseid menetlevad päästekorraldajad.

53. Viimase kaalutluse tõttu on vaja tagada, et päästekorraldajad suudaksid tulevikus esmaabi juhiseid anda ja menetleda ka transpordikutseid. Selleks vajavad päästekorraldajad aga täiendavat meditsiinilist õpet. Lisaks on vaja täpsustada haiglatevahelise transpordi tellimise kriteeriume ja tagada, et haiglad neid järgiks (vt järgmine alapeatükk).

54. Päästekorraldajad järgivad väljakutsete manuaali juhiseid, kuid neid on kritiseeritud manuaali puuduliku rakendamise pärast. Riigikontrolli üle- ja alatriiaažimise analüüs ning osapoolte ütlused viitavad sellele, et probleem võib olla kas ebapiisavas (täiendus-) koolituses, vajaduses korrigeerida manuaali või on tarvis teha mõlemat.

55. Ühest küljest on selge, et päästekorraldajatele peab õige triiaažikategooria määramiseks ja esmaabi juhiste andmiseks olema tagatud piisavas mahus meditsiinialane (täiendus-)koolitus. Teisest küljest on probleem, et puudub selge kokkulepe, mis on piisav maht.

56. Eelnevad kitsaskohad on osapooltele teada. Ent selgust selles, mida teha, ei ole saavutatud, sest vastutus on hajus ja probleemide lahendamisel ei ole olnud eestvedajat. Riigikontrolli hinnangul on manuaali ülevaatamisel eestvedamise ja kokkuleppe saavutamise ülesanne Terviseametil, sest manuaali kinnitab ameti peadirektor.

57. Päästekorraldajate meditsiinialase (täiendus-) õppe mahus kokkuleppeni jõudmise ning sellele vastava tasemehariduse ja täienduskoolituse tagamise (rahastamise) küsimused ei ole Häirekeskuse otsustada. Neid küsimusi saab lahendada ainult eri asutuste koostöös. Häirekeskus kuulub Siseministeeriumi valitsemisalasse ja seetõttu peaks neis küsimustes olema eestvedaja Siseministeerium.

Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet tõdeb, et uue tüüpjuhtumi manuaali edu eelduseks on alati olnud kutse töötuse ja kutse prioriteedi määramisel tervishoiutöötaja olemasolu, mida

Häirekeskusel ei ole või on toetavas funktsioonis vähesel määral. Päästekorraldajatele pakutav 400 h meditsiinilise tasemeõppe maht on ameti hinnangul piisav, kuivõrd see vastab peaaegu tervishoiu kõrgkooli pakutava erakorralise meditsiini tehnika tasemele, kuid küsitav on selle õppe sisu kvaliteet, õppe tagamise järjepidevus ning praktiline kogemus käsitleda erakorralist patsienti. Ameti hinnangul ei ole Häirekeskuses piisavas mahus õeharidusega töötajaid, kes suudaksid päästekorraldajaid toetada.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll nõustub, et uue väljakutsete manuaali eduka rakendamise eelduseks on kas tervishoiutöötaja olemasolu või siis päästekorraldaja väga heal tasemel väljaõpe. Riigikontroll juhib tähelepanu, et kui Terviseamet on seisukohal, et päästekorraldajate meditsiinilise õppe kvaliteet on puudulik, siis on Terviseametil õigus probleeme tõstatada ja teha ettepanekuid õigusaktide muutmiseks, et põhimõtteline vastuolo süsteemis (et manuaal eeldab meditsiiniharidust) lahendada. Jääb selgusetuks, miks seda tehtud ei ole, sh miks on Terviseameti peadirektor manuaali kinnitanud.

Kiirabi kasutatakse liiga tihti mitte-erakorraliste patsientide haiglatevaheliseks transportimiseks

Riigikontroll hindas,

kas kiirabi kasutatakse ainult vältimatut abi vajavate patsientide haiglatevaheliseks transportimiseks.

Riigikontroll palus 19 haigla võrgu arengukava (HVA) haiglal selgitada, kuidas nende asutuses patsientide transport toimub, sh

- millal kasutatakse patsiendi transportimiseks kiirabi ja millal muud (haigla-) transporti;
- kas ja millised on muu transpordi kasutamise puhul varustuse erinõuded;
- kas muu transpordi kasutamise kohta on olemas juhised;
- kui sageli kasutatakse patsientide transpordiks kiirabi ja kui sageli muid võimalusi.

58. Üks kiirabikutsete alaliik on transpordi väljakutsed. Patsiente on pidevalt tarvis kas eri tervishoiuasutuste või sama asutuse eri hoonete vahel transportida (siin on nimetatud seda kõike kokku haiglatevaheliseks transpordiks). Selleks kasutatakse operatiivarvestuses olevaid kiirabibrigaade.

59. Valiku, kas kasutada kiirabi või haigla enda korraldatud meditsiinilist transporti, langetab ravi- või valvearst. Kiirabi kasutamine tuleb täiendavalt läbi rääkida Häirekeskuse meedikuga. Viimane saab vajaduse korral (arvestades manuaalis sätestatud kriteeriumeid) transpordi väljakutse prioriteeti muuta.

60. Manuaali kohaselt tohib kiirabi kasutada peamiselt patsiendi transportimiseks kõrgema etapi haiglasse. Varem olid kriteeriumid seatud vaid C- ja D-prioriteediga transpordikutsetele ehk olid kirjeldatud seisundid, mille puhul kiirabi võib kasutada. 2024. aastal sätestas Terviseamet manuaalis kriteeriumid ka B-prioriteedi ja N-prioriteediga kutsetele.

61. Terviseamet täpsustas manuaalis, millal haigla peab kasutama muud meditsiinilist transporti ja mis juhtudel võib päästekorraldaja kiirabi väljasaatmisest keelduda. Patsiendi veost võib keelduda, kui

- transportimise ainsaks põhjuseks on, et patsient peab olema lamavas asendis või tal on liikumispuue;
- teda soovitakse viia kõrgema etapi haiglasse protseduurile või uuringule, kuid tema üldseisund on stabiilne;

Haiglavõrgu arengukava haiglate küsitluse tulemused

- teda soovitakse viia koju/hooldusravile/hoolekandetasutusse või tal puudub oma transpordivõimalus.

62. Samad juhised saatis Terviseamet 2024. aastal ka HVA-haiglatele,²⁶ kellele need on soovituslikud. Kuivõrd Häirekeskusel on kohustus manuaali järgida, on tekkinud probleem, et raviarstid ikkagi soovivad kiirabibrigaade kasutada ka siis, kui Häirekeskuse meediku hinnangul see vajalik ei ole. Terviseameti uute haiglatevahelise transpordi soovituste jõustamine on praktikas osutunud keeruliseks muu hulgas põhjusel, et haiglate võimalused haigete transportimiseks erinevad.

63. Ootuspäraselt kasutavad HVA-haiglad patsiendi transportimisel kiirabi siis, kui tema seisund on kriitiline ja ta on vaja viia haiglasse, kus on abi andmiseks paremad tingimused. Kriitilised patsiendid on raskes seisundis EMO-patsiendid või statsionaarsel ravil viibivad patsiendid, kelle seisund ootamatult halveneb.

64. Samas tellivad haiglad kiirabi ka siis, kui patsiendi transpordi vajadus on pikalt ette teada. See läheb vastuollu kiirabi eesmärgiga anda kiireloomulist vältimatut abi.

„Suuri probleeme haiglatevahelise transpordiga ei ole. Hea on, kui saame teavitada kiirabi pikemast sõidust paar päeva ette, et ka nemad saaksid oma tööd planeerida.“

„Probleem on, et kiirabibrigaad saadetakse patsienti transportima vahetuse lõpus, kuigi patsiendi seisund ei ole aegkriitiline. Sellises olukorras oleks otstarbekas oodata ära valvesse tulev vahetus.“

Allikas: HVA-haiglate vastused Riigikontrollile

65. Mõned haiglad on koostanud ise juhendi, millal peaks raviarst kiirabi asemel tellima muu transpordi. 2023. aastal oli selline juhend olemas 19 haiglast viies. Lisaks oli ühes haiglas juhend koostamisel. Seega ei ole enamikus HVA-haiglates haiglatevahelise transpordi tellimise reeglid selgelt paigas.

66. Küsitlusest selgus, et HVA-haiglad ei pea arvet selle üle, mis mahus nad kiirabi haiglatevaheliseks transpordiks kasutavad, kuna kiirabi tellib iga raviarst ise. Muu transpordi kasutamise üle peavad HVA-haiglad arvestust erineval viisil. Hinnanguliselt kasutasid HVA-haiglad muud meditsiinilist transporti 2023. aasta oktoobris ligi 3300 korda.

67. Küsitlusele vastanud haiglate andmetel võib öelda, et kulud meditsiinilisele transpordile (oma sõidukitele, kütusele, personalile või teenuse tellimisele jms) kõiguvad hinnanguliselt paarikümne tuhandest kuni poole miljoni euronii aastas haigla kohta. Kulu sõltub haigla suurusest, aga oluline on, et kiirabibrigaadi tellimisega patsientide

²⁶ Terviseameti 05.04.2024. a kiri HVA-haiglatele.

transportimiseks haiglatele mingeid kulusid ei kaasne. Oma transpordi ülalpidamine on haiglatele täiendav kulu. Ent tervishoiusüsteemi kui terviku jaoks kiirabi mitte-eesmärgipärane kasutamine on kallim.

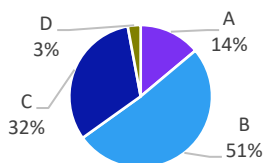
Teadmiseks, et

HVA-haiglad märkisid, et transpordi puhul on oluline võimekus transportida istuvat, ratastooli ja (raamiga) lamavas asendis inimest. Olulised on ka hapniku andmise ning saatja kaasamise võimalused. Saatjateks võivad olla õde, kiirabitehnik, õendus- või hooldustöötaja või ka muu inimene, kel pole meditsiinilist haridust.

Allikas: Riigikontrolli küsitlus

Haiglatevahelise transpordi statistika

Joonis 6. Haiglatevahelise transpordi kutsete osakaal prioriteetide kaupa 2023. aastal



Allikas: Häirekeskus

68. Haiglate arvates on praegusteks kitsaskohtadeks veel see, et

- meditsiinilisele transpordile ei ole Sotsiaalministeerium kehtestanud ametlikke nõudeid (vt ka vasakkast), mistõttu selle kvaliteedis ning kättesaadavuses on märkimisväärsed erinevused;
- Häirekeskuse ja raviarsti vahel tekib eriarvamusi selles, kas patsient vajab transportimist teise haiglasse või mitte;
- haiglates on aktiivravi kohtade puudus ja patsienti pole kuhugi saata;
- haiglatel ei ole endal raha transpordibrigaadi ülalpidamiseks, kuna Tervisekassa hinnakiri ei kata kõiki meditsiinitranspordi kulusid;
- saartel on kopteriühenduse kättesaadavus lünklik.

69. Kiirabi kasutamine madala prioriteediga transpordisündmustel on põhjendamatult, kuna see vähendab piirkonnas operatiivvarvestuses oleva ressursi kättesaadavust. Sestap analüüsis Riigikontroll 2023. aastal ka transpordi statistikat ehk juhtumeid, kus kiirabi väljasaatmise põhjusena on Häirekeskus märkinud patsiendi transportimise.

70. 2023. aastal oli kokku ca 5700 kiirabi transpordi väljakutset, neist üle poole moodustasid Häirekeskuse hinnangul A- ja B- ehk madala prioriteediga väljakutsed (vt joonis 6). Suurim A- ja B-prioriteediga transpordisündmuste osakaal oli Harjumaal, kus need moodustasid üle 75% sõitudest. Kiirabil läks sellisteks sõituteks Harjumaal kokku ca 55 ööpäeva jagu töötunde. Võrdluseks, 2003. aastal oli Põhja-Eesti Häirekeskuses A- ja B-prioriteediga transpordikutsete osakaal 78%.²⁷

71. Kõikides maakondades olid kiirabibrigaadid vältimatut abi mittevajavate inimeste (A- ja B-prioriteediga) transporditeenuse osutamisega hõivatud aasta peale kokku enam kui 246 ööpäeva. Tõenäoliselt on see arv tunduvalt suurem, kuid andmete kvaliteet (vt ka punktid 111–112) ei lubanud täpsemat ülevaadet anda.

72. Kiirabi transpordi väljakutsete kestuse statistika on esitatud joonisel 7. Näiteks Ida piirkonnas kulub kiirabil patsiendi transpordiks ühest haiglast teise keskmiselt 172 minutit. Brigaad loetakse vabaks, kui ta on patsiendi üle andnud. Oluline on aga tähele panna, et palju aega kulub brigaadil veel oma teeninduspiirkonda naasmisele.

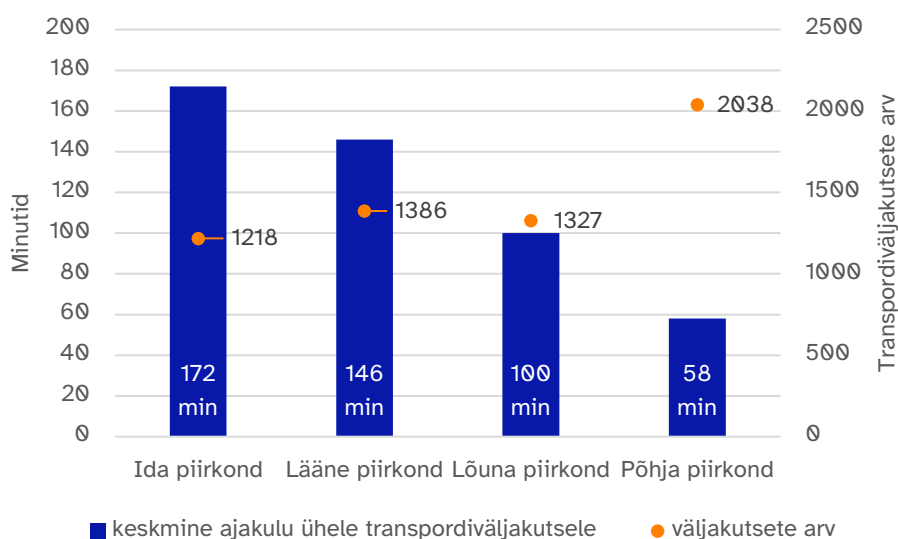
²⁷ Esmase erakorralise arstiabi korraldus. Riigikontroll, 2004.

Teadmiseks, et

erakorralise meditsiini eriala arengukava 2013–2020 sedastas, et on vaja arendada välja eraldi transporditeenus, et teenindada madala prioriteediga kutseid ja vähendada nende osakaalu kiirabi töös.

Allikas: Erakorralise meditsiini eriala arengukava 2013–2020

Joonis 7. Ühele haiglatevahelise transpordi kutsele keskmiselt kulunud aeg (kuni patsiendi üleandmiseeni ehk brigaadi vabanemiseni, minutites) piirkonniti* 2023. aastal



* Ida piirkond – Ida- ja Lääne-Viru maakond;

Lääne piirkond – Hiiu, Järva, Lääne, Pärnu, Rapla ja Saare maakond;

Lõuna piirkond – Jõgeva, Põlva, Tartu, Valga, Viljandi ja Võru maakond;

Põhja-piirkond – Harjumaa.

Allikas: Häirekeskus

Riigikontrolli järelused

73. Haiglad kasutavad kiirabi sageli selliste patsientide transpordiks, kelle seisund ei ole erakorraline: kaks kolmandikku haiglatevahelisest transpordist moodustasid A- ja B- ehk madala prioriteediga väljakutsed. Haiglate jaoks on tegu mugava ööpäevaringse teenusega, täiendavaid kulusid kiirabi kasutamisega ei kaasne. Samas on tervishoiusüsteemile tervikuna sellise lahenduse pidamine kallis.

74. Haiglad ei tee midagi lubamatut, kuid sellises suures ulatuses kiirabibrigaadide kasutamine n-ö taksoteenuse osutamiseks on probleem, kuna stabiilsete patsientide vedu toimub valves oleva operatiivarvestuses oleva ressursi arvelt ja seetõttu võib mõnes piirkonnas kiirabi kriitilisel hetkel puududa.

75. Riigikontrolli hinnangul tuleks stabiilses seisundis (A- ja B-prioriteediga) patsientide uuringutele saatmiseks kasutada muud transporti, milleks on haigla enda transport (vajadusel spetsiaalse varustusega auto). Selle puudumisel peaks haigla transpordi tellima lepinguliselt (meditsiinilise) transporditeenuse pakkujalt või tellima kiirabiasutuselt eraldi tasulist teenust, mitte kasutama selleks operatiivarvestuses olevat ressursi.

76. Terviseamet peaks manuaalis määrama ka A-prioriteediga transpordikutsete kriteeriumid, et oleks veel selgem, milliste seisundite puhul on HVA-haiglad kohustatud kasutama enda transporti. Kuivõrd haiglad Terviseameti soovituslike (mitte-erakorraliste patsientide) haiglatevahelise transportimise juhiseid alati ei järgi, peaks Sotsiaalministeerium haiglatele selle kohustuslikus korras kehtestama. Teiseks

võimaluseks on suurendada kiirabibrigaadide arvu, luues eraldi transpordibrigaadid, kuid see eeldab täiendavat raha.

Kiirabitöötajad käsitlevad patsiente enamasti juhiste kohaselt

Riigikontroll palus

HVA-haiglate EMOde valvearstidel anda hinnang kiirabibrigaadide tööle. Ühe kuu jooksul tuli üles märkida juhtumid, kus tuvastati

- alareageerimine;
- ülereageerimine;
- olulisi puudujääke patsiendi käsitles;
- selliste patsientide EMOsse toomine, kes pigem vajasis sotsiaalset abi.

77. Et hinnata, kas kiirabibrigaadid käsitlevad patsiente vastavalt kiirabi tegevusjuhendile ja vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele²⁸, tegi Riigikontroll veebiküsitluse 19 HIV-haigla EMOs. Küsitlus puudutas 09.10.–08.11.2023 kiirabiga EMOsse toodud patsiente. Riigikontroll palus infot juhtude kohta, kus kiirabi ja EMO hinnangud erinesid (vt vasakkast).

78. Perioodil oli kokku ligi 21 900 väljakutset. Kuna tegu oli vabatahtliku ülesandega, ei täitnud kõik valvearstid ja kõik EMOd Riigikontrolli küsitlust. EMO töötajad saatsid Riigikontrollile ankeedi 133 sellise juhtumi kohta, kus oldi eriarvamusel. Seega esines arvamuste lahknevust väga vähe.

79. Teisisõnu näitab probleeme kajastavate ankeetide väike arv, et EMO arstide hinnangul järgib kiirabi patsientide käsitlemisel ravijuhiseid ning vigu esineb harva. Samal seisukohal oli Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts, kelle arvates ei too kiirabi EMOsse üldiselt patsiente, kes ei vaja erakorralist abi. Võimalike vigade analüüs on siiski informatiivne ja aitab peamisi kitsaskohti tuvastada. See on oluline, kuna brigaadil on haiglavälises keskkonnas piiratud võimalused täpse diagnoosi panemiseks.

EMO valvearstide näiteid ülereageerimise kohta:

- patsient nõudis EMOsse viimist, kuna kiirabi ei aita;
- patsient soovis arsti konsultatsiooni;
- „kiirabi osutas takso-teenust“, s.t et esines mitmeid juhtumeid, kus korduvaid väljakutseid teinud inimene toodi haiglasse, kuigi patsient oleks võinud ise järgmisel päeval haiglasse minna.

Allikas: Riigikontrolli küsitlus

80. Riigikontrollile saadetud kaasustest oli enim ülereageerimist (64 juhtumit²⁹). Nende juhtumite puhul paistis silma, et juba kiirabibrigaad hindas Häirekeskuse määratud prioriteedi madalamaks.

81. Ka EMO arstide hinnangul moodustasid selle rühma valdava osa patsiendid, kelle seisund ei vajanud kiiret ja erakorralist sekkumist ning keda oleks saanud aidata perearst. Samuti oli juhtumeid, kus EMO arstide hinnangul oleks kiirabibrigaad pidanud patsiendi viima madalama taseme haiglasse.

82. Alareageerimist oli vähem (23 juhtumit). Nendes kaasustes oli

- peamiseks puuduseks kriitilise patsiendi toomisest ette teavitamata jätmine. Kiirabiasutused kommenteerisid intervjuudes, et mitte-teavitamist esineb eelkõige siis, kui patsiendi seisund on raske ning brigaad tegeleb näiteks sõidu ajal patsiendi stabiliseerimisega või patsiendi seisund halveneb vahetult enne haiglasse jõudmist;

²⁸ Võlaõiguseadus, § 762.

²⁹ Ühe patsiendi käsitlemisel võis korraga esineda mitu küsitavust. Seega ei võrdu järgmistes punktides nimetatud juhtumite arv 133-ga.

- teiseks puuduseks reanimobiili mittekasutamine, kuigi EMO arstide hinnangul oleks see vajalik olnud;
- kolmandaks murekohaks see, et patsienti ei viidud õige taseme haiglasse, mistõttu tekkis täiendav viivitus õige ravi alustamises.

83. Kui 77 korral märkisid EMO arstid, et kiirabi tegevuses oli patsiendi käsitlemises vajakajäämisi, neist 48 juhul kaasnes puuduliku käsitlemisega ala-/ülereageerimine või sotsiaalabi vajadus ning 29 juhul oli tegu ainult kiirabi puuduliku tegevusega. Selliste asjade kohta sooviksid kiirabi-töötajad täpsemat tagasisidet, et tulevikus neid vältida. Näiteks oli valuravi EMO arstide arvates ebapiisav 29 juhtumist 14 korral.

84. 35 juhul vajab patsient EMO arstide arvates pigem sotsiaalset abi kui haiglasse toomist ja nad hindasid neid juhte ülereageerimiseks. Silma torkavad üksi elavad abi vajavad eakad, kroonilised haiged, raviskeemi mittejärgivad inimesed, lõppstaadiumis vähihaiged, vaimse tervise probleemidega, aga ka joobes inimesed.

85. Ka kiirabitöötajad mõistavad, et taolised juhtumid peegeldavad sotsiaalsüsteemi nõrkusi. Samas, kuivõrd kiirabibrigaad tegutseb n-ö eesliinil ja on vahetult silmitsi inimeste kõikvõimalike muredega, siis esineb juhte, kus konkreetsel ajahetkel abi andmiseks muidu sotsiaalabi vajavad inimesed ikkagi hospitaliseeritakse.

86. Riigikontroll uuris ka seda, kui palju väljakutseid tehakse hooldekodudesse, kus on olemas õde, võrreldes nende hooldekodudega, kus õde puudub. 2023. aasta oktoobris oli hooldekodudesse ca 1000 kiirabi väljakutset. Kõigist selle perioodi kiirabikutsetest moodustas see alla 5%. Neist omakorda 40% olid A- ja B-prioriteediga sündmused. Domineeris surmajuhtumi kinnitamine, kuid kiirabi kutsuti ka kateetri vahetuseks, lamatishaavandi hoolduseks, süsti tegemiseks.

87. Statistikast ei ilmne, et need hooldekodud, kus kohapeal õe ametikoht puudub, teeks A- ja B-prioriteediga väljakutseid sagedamini, kui need, kus õde on olemas. Seega ei vähenda õdede olemasolu hooldekodus kiirabi koormust, sest neil ei ole õigust ilma arsti juuresolekuta teatud toiminguid teha.

88. Kiirabi käsitleb patsiente vastavalt tegevusjuhendile ning olulisi vigu esineb harva. Pigem on probleem selles, et teiste valdkondade puudused n-ö kanduvad üle kiirabisse ja brigaade kasutatakse tihti juhtudel, kus inimese seisund ei ole erakorraline või kui inimene vajaks hoopis sotsiaalabi või perearsti või (eri-) õe abi.

Teadmiseks, et

Häirekeskuse uuringu järgi oli 2022. aastal veerand hädaabi kõnedest seotud sotsiaalprobleemidega.

Politsei- ja Piirivalveameti, Sotsiaalkindlustusameti, Päästeameti ja kohalike omavalitsuste vaatekohast on nende infovahetus kiirabi ja tervishoiuasutustega puudulik ning info sotsiaalprobleemidega inimeste kohta on neile raskesti kättesaadav.

Allikas: [Numbrile 112 tehtud kõnedes esinevate sotsiaalprobleemide kaardistus](#). Häirekeskus

Kiirabi väljakutsed hooldekodudesse

Riigikontrolli järeldused

Kiirabitöötajad vajavad kvaliteedi tagamiseks sisukamat tagasisidet

Riigikontroll hindas,

kas kiirabi käsitleb patsiente juhistest lähtudes.

89. Et kiirabiteenus vastaks kiirabi tegevusjuhendile ja vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele, on tarvis toimivat kvaliteedi tagamise süsteemi. Sh on tähtis nii enese- kui ka välishindamine.³⁰ Tagasiside saamine välistelt osapooltelt aitab parandada kiirabi diagnostilist täpsust ning tõsta patsiendiohutust.³¹ Ka uuringud näitavad, et kiirabitöötajatele tagasiside andmine parandab ravikvaliteeti ja patsientide tervisetulemeid ning toetab töötajate kaasatust ja vaimset tervist.³²

90. Haiglal on kohustus kiirabiasutuse juhtkonda teavitada vaid ohtlikest juhtumitest (ravivigadest).³³ Selle kohta, kas brigaadi käsitles patsiente õigesti, kiirabitöötajad alati tagasisidet ei saa. Kuna ühtsetes tagasiside andmise põhimõtetes ei ole kokku lepitud, on tagasiside andmise praktika haiglates ja kiirabiasutustes erinev:

- Kiirabi brigaadid, kelle pidajad on HVA-haiglad, saavad üldiselt EMO-lt igapäevaselt tagasisidet. Näiteks osalevad osas HVA-haiglates kiirabitöötajad igahommikustel (haigla valve ülevõtmise) koosolekutel.
- HVA-haiglatest eraldiolevate kiirabiasutuste töötajad üldiselt tagasisidet ei saa. Seda võidakse mõnel juhul anda mitteformaalselt, näiteks telefoni teel.

Teadmiseks, et

EKL on uue e-kiirabi arendamise asjus korduvalt märkinud, et puudub süsteem, kus kiirabi võiks saada haiglatelt tagasisidet. Praegu kasutusel olevas e-kiirabi süsteemis vajalikku lahendust teha võimalik ei ole, kuna kõikidel haiglatel on oma infosüsteemid ja need ei ühildu.

91. Kiirabitöötajad ütlesid Riigikontrollile, et soovivad oma tegevuse kohta enam tagasisidet. Kuna haiglavälises keskkonnas on diagnoosimiseks piiratud võimalused, on kiirabil tavaliselt mitu hüpoteesi, mis patsiendil viga võib olla. Seega tahetakse hiljem teada, kas midagi oleks pidanud teistmoodi tegema, kas esialgne diagnoos oli õige, et osata järgmisel korral seisundit paremini ära tunda.

92. Riigikontrollile märgiti, et tagasiside andmist aitaks parandada see, kui kiirabi brigaadijuhil oleks võimalus vaadata oma patsientidele EMOs pandud diagnoosi ja 24 tunni jooksul tehtud uuringuid. Või võiks kokku lepitud liiki andmed piiratud ajaks n-ö liikuda e-kiirabisse. Tervisekassa selgitusel uus e-kiirabi esimeses etapis taolist lahendust ei sisalda, kuna see ei ole esmavajalik.

Riigikontrolli järeldused

93. Kiirabi brigaadid vajavad kvaliteeditaseme hoidmiseks ja arendamiseks adekvaatset tagasisidet. Praegu annab EMO kiirabi tööle

³⁰ Endeshaw B. [Healthcare Service Quality-Measurement Models: a Review](#). Journal of Health Research 2021;35:106–117.

³¹ Wilson C, Janes G, Lawton R, Benn J. [Types and effects of feedback for emergency ambulance staff: a systematic mixed studies review and meta-analysis](#). BMJ Qual Saf 2023;32:573–588.

³² Wilson C, Howell AM, Janes G, Benn J. [The role of feedback in emergency ambulance services: a qualitative interview study](#). BMC Health Serv Res 2022;22:296.

³³ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord“, § 10.

tagasisidet lünklikult. Kiirabile tagasiside andmiseks on vaja õiguslikku alust (et oleks selge, milliseid andmeid, millise täpsusega ja millisel kujul tohib edastada või peab edastama ning kui kaua andmeid säilitatakse) ja IT-lahendust (et teabevahetus oleks automaatne).

94. Riigikontrolli arvates ei ole kiirabibrigaadide kasutamine eesmärgipärane, sest Häirekeskus hindab manuaali alusel osa väljakutsete raskusastet üle, kiirabi väljasaatmise korralduse (kiirabi teadete menetlemine, manuaal, väljasaatmise kord jms) üle järelevalvet ei tehta, päästekorraldajate optimaalse meditsiinilise ettevalmistuse mahu suhtes ei ole üksmeelt ja kiirabi kasutatakse liiga tihti mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks.

Riigikontrolli soovitused

95. Riigikontrolli soovitused terviseministrile:

- parandada koostöös sotsiaalkaitseministriga kiirabitöötajate, perearstide ja sotsiaaltöötajate vahelist infovahetust. Jätkata sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuste lõimimisega, et vähendada nende kiirabi väljakutsete arvu, kus patsienti saaks aidata perearst või sotsiaaltöötaja (soovitust tuleb vaadata koos teise peatüki soovitusena, p 182, teine lõik);

Terviseministri vastus: Analüüsime ja valmistame ette sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuste lõimimist. Meie eesmärk on luua integreeritud sotsiaal- ja tervishoiukorraldus, sealhulgas hõlmates kiirabi. Integreeritud teenuste korraldusmudeli väljaarendamisesse on kaasatud nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonna spetsialistid. Plaanime korraldusmudeli analüüsi ja ettepanekud esitada Vabariigi Valitsusele 2025. aasta maikuus.

- luua kiirabitöötajatele võimalus saada oma tööle süsteemset tagasisidet (nt võimalus, et kiirabibrigaadi juht näeb teatud andmeid oma patsientide käsitlemise kohta EMOs). Selleks on vaja läbi arutada andmekaitse küsimused ja vajaduse korral muuta õigusakte. Samuti on eelduseks IT-arenduste läbimõtlemine ja elluviimine;

Terviseministri vastus: IT-arendusi, mis toetavad soovitud täitmist, viiakse ellu e-tervise strateegia rakendamise raames. E-tervise strateegia toetab kiirabi IT-süsteemide arendamist, tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimimist ning auditi tulemuste rakendamist tervikuna.

- lõpetada operatiivarvestuses olevate kiirabibrigaadide kasutamine mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks, et nad ei koormaks sellega kiirabi. Kehtestada haiglatele kord mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks, arvestades haiglate võimekust transporti korraldada.

Teadmiseks, et

2004. aasta auditis tegi Riigikontroll kiirabi kasutamise mitte-erakorraliste patsientide transportimise kohta järgmised soovitused:

- Lõpetada kiirabibrigaadide kasutamine patsientide transpordiks, kui selleks puudub erakorraline vajadus.
- Tagada järelevalve kaudu, et kiirabi ei kasutata patsientide transpordiks ühest haiglast teise haiglasse ilma erakorralise vajaduseta.

Allikas: Riigikontrolli audit „Esmase erakorralise arstiabi korraldus“

Terviseministri vastus: Meditsiinilise transpordi arendamine, sealhulgas nii sisulise võimekuse suurendamine kui ka seda toetava korralduse loomine, on käsitletud kiirabi arengusuundade eelnõus.

96. Riigikontrolli soovitused siseministrile:

- leppida koostöös terviseministri, Terviseameti, Häirekeskuse ja Eesti Kiirabi Liiduga kokku, milline on päästekorraldaja meditsiinilise õppe optimaalne maht. Vaadata koostöös Sisekaitseakadeemiaga üle ning vajaduse korral muuta päästekorraldaja õppekava;

Siseministeeriumi vastus: Häirekeskuse päästekorraldaja õppekava on uuendamisel ning uus versioon kinnitatakse 2024. aasta detsembri lõpus. Õppekava muutmise protsessis osalevad Häirekeskuse, Sisekaitseakadeemia ning Politsei- ja Piirivalveameti esindajad. Samuti on õppekava uuendamise protsessi kaasatud Terviseamet, kes esindab muu hulgas Eesti Kiirabi Liitu. 06.12.2024. a seisuga ei olnud uuendatud õppekava veel kinnitatud.

Kui päästekorraldaja uuendatud õppekava on kinnitatud, teeb Siseministeerium osapooltele (Terviseamet, Häirekeskus, Eesti Kiirabi Liit ja Sisekaitseakadeemia) ettepaneku kohtumiseks, et Häirekeskus ja Sisekaitseakadeemia saaksid uuendatud õppekava tutvustada. Kohtumisel saavad kõik osapooled arutada ka päästekorraldaja õppe edasiste suundade üle, võttes arvesse nii 112-teenuse tulevikuaarendusi – s.o videokõne ja reaalaja tekstiedastuse meetodite lisandumine – kui ka aruandes välja toodud kitsaskohti.

Häirekeskuse peadirektori vastus: Välja on toodud päästekorraldajate meditsiiniliste teadmiste vastavust. Sisekaitseakadeemias on alates 2018. aastast päästekorraldaja meditsiiniteadete menetlemise tunde tõstetud 234 tunnilt 390 tunnile just seetõttu, et aastal 2017 alustas Terviseamet uute tüüpjuhtumite ja juhiste protsessi. Terviseameti poolt kinnitatud tüüpjuhtumite ja juhiste rakendamisel arvestati sellega, et nendega hakkab tööle päästekorraldaja, mitte tervishoiutöötaja.

- leppida koostöös terviseministri ja Terviseametiga kokku, kuidas tehakse järelevalvet Häirekeskuse kiirabi väljasaatmise korralduse üle (täpne rollijaotus) ja asuda regulaarset järelevalvet tegema.

Siseministeeriumi vastus: Praegu korraldab Siseministeerium 112-teenusele järelevalvet Häirekeskuse partnerite rahulolu-uuringute kaudu. See tähendab, et igal aastal annavad 112-teenusele tagasisidet nii Päästeamet, Politsei- ja Piirivalveamet kui ka Terviseamet koos kiirabi korraldajatega.

Võtame arvesse aruande soovitusi ning kohtume terviseministriga, et arutada ühiselt, kuidas tulevikus täiendavalt kiirabi väljasaatmise üle järelevalvet korraldada. Lisaks esitab Siseministeerium Häirekeskusele ja Terviseametile ootuse uuendada kiirabisündmuste menetlemiseks

loodud manuaali. Esmajärjekorras vajavad analüüsi need tüüpjuhtumid, mille prioriteete hindasid kiirabi ja Häirekeskus aruandes enim erinevalt.

97. Riigikontrolli soovitused Terviseameti peadirektorile:

- määratleda väljakutsete manuaalis senisest täpsemalt A-prioriteediga transpordikutsete kriteeriumid;
- asuda iga-aastaselt seirama Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide väljakutsete raskusastmetele antud hinnanguid (soovitust tuleb vaadata koos järgmise peatüki soovitusel p-s 184).

Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet koostöös kiirabi-pidajate, Eesti Kiirabi Liidu ja Häirekeskusega jätkab tüüpjuhtumite manuaali parendamist vastavalt vajadusele. Terviseamet hindab, kas ja kuidas ning milliste ressurssidega on võimalik tõendus põhise lähenemisega edaspidi võrrelda Häirekeskuse ja kiirabi brigaadijuhtide antud hinnanguid kutsete prioriteetidele.

Häirekeskuse peadirektori vastus: Kiirabi korralduse auditeerimisel on välja toodud, et kiirabibrigaadid võrdlevad päästekorraldaja määratud prioriteeti kohapealse olukorraga, märkides omapoolse prioriteedi. Häirekeskus nõustub, et selline tagasiside on vajalik. Asjakohase sisendi saab, kui kiirabibrigaadi hindamine toimub vastavalt Terviseameti tüüpjuhtumitele ja juhistele. Kiirabibrigaad saab välja tuua kohapealse hinnangu, määrates sobiva kriteeriumi, mis vastab kohapealse olukorrale. Tervikpildi saamiseks on oluline analüüsida tervet abi andmise ahelat sama metoodikaga vastavuses Terviseameti tüüpjuhtumite ja juhistega. Häirekeskus analüüsib asutusesiselt regulaarselt hädaabiteate vastavust, lähtudes Terviseameti tüüpjuhtumitest ja juhistest.

Riigikontrolli kommentaar: Kiirabibrigaadid lähtusid väljakutsete prioriteedi hindamisel valitsuse määruses³⁴ sätestatud kriteeriumitest, millele tugineb ka Terviseameti peadirektori kinnitatud väljakutsete manuaal. Lisaks asutusesisesele hädaabiteadete menetlemise vastavuse hindamisele on sama oluline välishindamine. See tagab osapooltele objektiivse info kiirabiteadete menetlemise kvaliteedi kohta.

³⁴ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord.“ Lisa 1.

Kiirabi juhtimine ja korraldamine ei toeta kiirabibrigaadide eesmärgipärast kasutamist

Riigikontroll hindas,

- kas Terviseamet analüüsis regulaarselt (minimaalselt kord viie aasta jooksul) kiirabi teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ja brigaadide jaotuse muutmise vajadust;
- kas Terviseamet tegi 2019.–2023. a kiirabi-asutuste üle süsteemset järelevalvet (on reageerinud ilmnenud probleemidele ning teinud aastaplaanist lähtudes korralist järelevalvet).

Kiirabi teeninduspiirkondade planeerimine

Tabel 3. Kiirabi kättesaadavuse nõuded alates 2007. aastast

Asustus-tihedus km ² kohta	Vähemalt üks brigaad
< 20 000	15 000 – 20 000 elaniku kohta
> 20 000	30 000 – 35 000 elaniku kohta
Erandid	
Hiiu maakond	1 brigaad
Saare maakond	3 brigaadi

Allikas: „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijäriekorra püdamise nõuded“

98. Kiirabivaldkonna juhtimise, korraldamise ja rahastamisega tegelevad Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Tervisekassa. Riigikontroll analüüsis, kuidas on need asutused oma ülesandeid täitnud.

Terviseamet on täitnud oma ülesandeid poolikult

99. Terviseameti ülesanne on kiirabiteenuse planeerimine, korraldamine ja järelevalve, sh

- kiirabi teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ja brigaadide jaotuse kinnitamine teeninduspiirkondade kaupa;³⁵
- tüüpjuhtumite ja juhiste kinnitamine, mille alusel Häirekeskus kiirabi välja saadab;³⁶
- kiirabiteenuse tegevuslubade menetlemine ja väljastamine;³⁷
- koostöös Tervisekassaga kiirabibrigaadi ajutise asendamise korraldamine³⁸ ja kiirabi välijuhtide töökorra kinnitamine³⁹;
- koostöös teiste asutustega riigikaitseliste töökohtade määramine ja õppuste läbiviimine⁴⁰.

100. Kiirabi kättesaadavuse, sh teeninduspiirkondade arvu ja kiirabi-brigaadide paiknemise aluseks on elanike arv ning asustustihedus (vt tabel 3). Praegune teeninduspiirkondade jaotus ja brigaadide paiknemise kord kehtestati 2014. aastal. Selle aluseks oli teeninduspiirkondade jaotuse analüüs, mis valmis 2012. aastal Terviseameti ja Sotsiaalministeeriumi koostöös. 2014. aastal vähenes teeninduspiirkondade arv 54-lt 10-le, kiirabibaaside arv tõusis 56-lt 61-ni ja brigaadide arv 90-lt 102-ni.

101. Riigikontroll uuris, millele 2012. aasta analüüs tugines (elanike arvu ja asustustiheduse kriteeriumide kõrval). Kuivõrd analüüsi teinud ametnikud on töölt lahkunud, ei osanud Terviseamet seda kommenteerida. Samuti ei ole säilinud dokumente, mis selgitaks kaalutlusi, millest Terviseamet ja Sotsiaalministeerium 2014. aastal muudatuste tegemisel lähtusid.

³⁵ Tervishoiukorralduse seadus, § 17¹.

³⁶ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord“, § 3.

³⁷ Tervishoiukorralduse seadus, § 40 ja § 41.

³⁸ Tervishoiukorralduse seadus, § 17¹.

³⁹ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord“ § 7.

⁴⁰ Tervishoiukorralduse seadus, § 58¹ ja § 59.

Kiirabiteenuse korraldamine

102. Teatav selgusetus teeninduspiirkondade jaotuse alustes on mainimist vääriv probleem, sest teeninduspiirkonnad ja kiirabibrigaadide arv on kaua samad olnud. Juba 2014. aastal tehti kriitikat, et otsustamise alused ei olnud selged ja läbipaistvad.⁴¹

103. Lisaks läksid 2018. aastal kiirabi rahastamise lepingud üle Tervisekassale. Enne seda Terviseamet uut teeninduspiirkondade jaotuse analüüsi ei teinud. See samm oleks olnud ootuspärane, sest 31.12.2018 lõppes kiirabi rahastamise lepingute periood ja uus algas 2019. aastal. Seega oleks enne lepingute pikendamist uue teeninduspiirkondade analüüsi tegemine olnud aja- ja asjakohane ülesanne.

104. Terviseameti ülesandeks on tagada kiirabiteenuse korraldamine. Vajaduse korral teeb amet Sotsiaalministeeriumile ettepanekuid õigusaktide muutmiseks ja väljatöötamiseks.

105. Riigikontroll leidis järgmisi küsitavusi kiirabiteenuse korraldamises:

- Haiglatevahelise transpordi kasutamise reeglid on osalt olemas, osalt mitte. Olemasolevad reeglid on osa väljakutsete manuaalist. Häirekeskusele on reeglid kohustuslikud, kuid haiglatele mitte ja haiglad ei pea neist alati kinni. Seda kitsaskohta ei ole Terviseamet kaua suutnud lahendada, sest ameti arvates on kiirabi kasutamine mitte-erakorraliste patsientide veoks probleem, mis tuleb üksikute haiglatöötajate ebakorrektsetest otsustest, mitte süsteemi ebakõladest (vt p 70).
- 2023. aastal muutis Sotsiaalministeerium kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõudeid. Nõuded kehtestab tervisevaldkonna eest vastutav minister, kuid ministeeriumile edastatud muudatusettepanekute esitaja ja põhjendaja oli EKL.⁴² On loomulik, et huvi- kaitse organisatsioon osaleb õigusloome protsessides. Samas oleks Terviseamet võinud ise vastavad ettepanekud kokku panna ja Sotsiaalministeeriumile esitada, sest see on osa ameti ülesannetest (vt p 107–108).

„Terviseamet on kiirabiteenuse korraldaja, kuid juhtimis- otsuseid ja suuniseid sealt ei tule [---] – ettepanekuid teevad pigem kiirabiasutused oma statistika pealt. Terviseamet ise analüüsi ei tee, kui ministeerium talle vastavat korraldust ei anna. Terviseamet võiks võtta rohkem initsiatiivi kiirabi korraldamisel ja monitoorida olukorda ning teha selle alusel ettepanekuid teenuse parendamiseks.“

Allikas: intervjuu kiirabi valdkonna osapoolega

⁴¹ Arstide puudus ja kiirabireform. Eesti Arstide Liidu kommentaar Riigikogule, 21.01.2014.

⁴² Eesti Kiirabi Liidu pöördumine Sotsiaalministeeriumi poole 24.03.2023.

Teadmiseks, et

Terviseamet seadis eesmärgiks, et

- sama tüüpjuhtumi puhul on kiirabi ooteaja erinevus alla 5% aastas;
- esmase diagnoosi ja lõpliku diagnoosi lahknevus on alla 5% aastas;
- ravijuhistest põhjendamatult erinevate käsitluste osakaal kiirabis on alla 1% aastas.

Allikas: Terviseameti arengukava 2015–2020

Järelevalve kiirabiteenuse osutamise üle

Teadmiseks, et

Terviseamet on järelevalve käigus leidnud järgmisi puudusi:

- Kiirabibrigaad on alustanud väljasõitu lubatust hiljem, kuid on käsitsi väljasõidu aja varasemaks märkinud.
- Häirekeskuse väljasõidu-korraldus on brigaadile edastatud hiljem kui kiirabikaardil märgitud väljasõidukorralduse aeg.
- Menetlustoimingu ajal oli puudu osa kiirabibrigaadi tegevuseks vajalikke meditsiiniseadmeid, tarvikuid, vahendeid ja ravimeid.
- Kiirabikaartidel ei täideta kõiki vajalikke andmevälju või täidetakse neid puudulikult.
- Kiirabikaart vormistati valele inimesele (põhjuseks nimede ja sünniaastate sarnasus).

Andmete kvaliteet

- Terviseamet seadis 2015–2020. aasta arengukavas kiirabi valdkonna eesmärgiks, et 2020. aasta lõpuks on ootamatu terviserikke korral inimestele tagatud ühesuguse ajalise kättesaadavuse ja kvaliteediga vajadusepõhine kiirabiteenus (vt täpsemalt vasakkast). Kuni 2019. aastani, mil kiirabi rahastamine Tervisekassale üle anti, Terviseamet kiirabi kvaliteedi eesmärkide saavutatust ei hinnanud, sest neid andmeid ei olnud võimalik kiirabi analüüsi- ja statistikamoodulist automatiseeritud kujul välja võtta ja n-ö käsitsi arvutamine oleks olnud väga töö- ja ajamahukas. Samal põhjusel ei saa ka kiirabiasutused praegu kõikide mõõdikute kohta automatiseeritult Tervisekassale andmeid esitada (vt p 129).

106. Perioodil 2019–2021 Terviseamet plaanilist järelevalvet kiirabiteenuse osutamise üle ei teinud. 2021. aastal toimus kodanike kaebustest ajendatuna üks ja 2022. aastal kaks järelevalvemenetlust. Need puudutasid kiirabiteenuse osutamisel dokumentide vormistamise nõuetekohasust ja brigaadi väljasõidu aegade tagantjärele muutmist. Kaebustest viimane oli täiendava analüüsi tegemise ning ohu-prognooside (millel põhineb plaaniline järelevalve) koostamise aluseks.

107. Aastatel 2022–2023 tegi Terviseamet 12 plaanilist järelevalvet ja kontrollis üheksat kiirabiasutust kümnest (vt lisa B). Ainsana ei kontrollitud Valga Haiglat. Järelevalve fookuses oli C- ja D-kutsetele väljasõitmise aegadest kinnipidamine, nõutud varustuse olemasolu ja kiirabiteenuse osutamise dokumenteerimine (sh väljasõiduaegade tagantjärele muutmise kahtlus).

108. Terviseamet tuvastas kiirabiasutuste tegevuses puudusi (vt vasakkast). 15 järelevalvemenetlusest kolm lõppes ettekirjutusega, ühel juhul määras Terviseamet ettekirjutuse mittetäitmise eest ka sunniraha.

109. Riigikontroll analüüsis järelevalvetoimingute dokumente ja leidis, et Terviseamet tuvastas muu hulgas selliste ravimite puudumise, millel on pikaajalised tarneraskused, mida Eestis ei müüda või mida peetakse patsientidele potentsiaalselt ohtlikuks. Järelevalve ajal tekkis kiirabi-asutustel küsimus, miks Terviseamet nõudis selliste ravimite olemasolu, mille potentsiaalne ohtlikkus on olnud juba mõnda aega teada.

110. Terviseameti selgituse kohaselt puudus ametil ekspertteadmine selle kohta, et kiirabibrigaadi varustuse nõuded võivad olla aegunud. Riigikontrolli hinnangul on probleem selles, et plaaniline järelevalve ei toiminud pikka aega ja seetõttu võisid nõuded olla ammu aegunud. Riigikontroll juhib tähelepanu, et Terviseameti järelevalveametnike üheks ülesandeks on tuvastada õigusaktide täiendamise vajadus ja osaleda oma töövaldkonda puudutavas õigusloomes.

111. Kiirabiteenuse nõuetekohasuse hindamisel on oluline andmete kvaliteet, mille pealt seda tehakse. Riigikontroll leidis auditi analüüside tegemisel, et

Riigikontrolli järelused

- kiirabibrigaadi liikumisega seotud ajalised näitajad olid osaliselt eksitavad (nt jõudis andmete järgi brigaad mõnel juhul sündmuselt tagasi baasi varem, kui sai Häirekeskuselt väljakutse korralduse);
- mõnedel kiirabikaartidel oli andmeid puudu (nt puudusid kas Häirekeskuse juhtumi number ja prioriteet, tüüpjuhtumi kood või ajalised näitajad nagu väljasõidukorralduse saamise aeg, sündmuskohale jõudmine, vabanemine jm).

112. Kiirabikaartide mittetäieliku info üheks põhjuseks on tehnilised häired. See murekoht loodetavasti paraneb pärast uue e-kiirabi juurutamist. Teisest küljest ilmnes Terviseameti järelevalve dokumentidest, et kiirabitöötajad ei täida alati kõiki vajalikke andmevälju või täidetakse neid puudulikult.

113. On tavaline, et huvikaitse organisatsioon esitab poliitikategemise protsessides oma ettepanekuid. Teisalt on huvide konflikti ennetamiseks tarvis, et Terviseamet (ja Sotsiaalministeerium) oleks tasakaalustaja rollis ega laseks muutuste tegemisel (nt valdkonna määruste uuendamise ettepanekute tegemisel) end liigselt mõjutada (isegi kui tegemist on vaid ohuga, mis ei ole praktikas realiseerunud).

114. Osapoolte ütluste kohaselt on valdkonna probleemide lahendamisel eestvedajaks olnud EKL ja/või kiirabiasutused. Ka Riigikontroll leidis, et Terviseamet on kiirabiteenuse osutamisel olnud passiivne ehk pigem reaktiivne kui probleeme ennetav ja aegsasti lahendav. Näiteks:

- kiirabiteenuse planeerimises oli teeninduspiirkondade jaotuse analüüs tegemata enne kiirabi rahastamise lepingute üleandmist Tervisekassale 2018. aasta lõpus ja uue kiirabiteenuse rahastamise lepinguperioodi algust 2019. aasta alguses. Lisaks olid kiirabi-brigaadide varustuse nõuded vananenud, nende uuendamise ettepaneku tegi EKL, mitte Terviseamet;
- kiirabi korraldamisel on küsitavuseks see, et väljakutsete manuaali muutmise vajadus on olnud mõnda aega üleval (sh transpordi väljakutsed), ent selgeid otsuseid muudatuste vajaduse ja sisu kohta ei ole tehtud. Lisaks ei hinnanud Terviseamet kiirabi kvaliteedinäitajaid, et tuvastada parendusvõimalusi;
- teenuse järelevalves algas plaaniline tegevus alles 2022. aastal, enne seda põhines järelevalve kaebustel ega olnud kokkuvõttes piisav.

Tervisekassa ei ole kuni viimase ajani analüüsinud teeninduspiirkondade jaotust

Riigikontroll hindas,

kas Tervisekassa täidab kõiki õigusaktidega talle kiirabi korraldamiseks antud ülesandeid.

Avaliku konkursi korraldamine Teadmiseks, et

konkurss tuleb teha mõne objektiivse tingimuse esinemise korral, nt kui senine asutus loobub või asutuse tegevusluba tunnistatakse kehtetuks. Samas on mõne tingimuse puhul kaalutlemise ruumi küllaldaselt, nt kui küsimuse all on teenuse vastavus nõuetele või teeninduspiirkondade jaotuse muutumise vajadus.

Allikas: [Tervishoiuteenuste korralduse seadus](#), § 17² ja § 17³

Teadmiseks, et

auditiaruande eelnõu koostamise ajal 2024. a augustis valmis Tervisekassal uus analüüs, mis käsitles kiirabi kutsete jagunemist üle Eesti ja seda, kui kiiresti brigaadid kohale jõuavad. Analüüsis on nenditud, et tõenäoliselt on Eestis juurde vaja kuni nelja brigaadi.⁵⁰

Ent analüüs ei käsitle kiirabi kättesaadavuse seisukohalt olulisi tegureid:

- rahvastiku prognoosi KOVi-tasemel;
- plaanitavaid muutusi haiglavõrgus;
- seda, milliseid tervishoiuteenuseid on HVA-haiglad suutelised pakkuma;
- kiirabibrigaadide hõivatust.

115. Tervisekassa kiirabiga seotud ülesanded on järgmised:

- korraldada kiirabibrigaadi pidaja valikuks avalik konkurss;⁴³
- sõlmida konkursil võitnud kiirabiteenuse osutajatega haldusleping kolmeks kuni viieks aastaks;⁴⁴
- kontrollida rahastatud teenuste kvaliteeti;⁴⁵
- arendada e-kiirabi⁴⁶.

116. Tervisekassa rahastab kiirabiteenuse osutamist 2019. aastast alates. 2018. aasta detsembris⁴⁷ otsustas Tervisekassa juhatus, et sõlmib perioodiks 01.01.2019–31.12.2021 lepingu kõigi kiirabiasutustega, kellel oli varem kehtiv leping Terviseametiga. 2021. aasta detsembris⁴⁸ otsustas juhatus lepinguid veel kord pikendada kuni 31.12.2024. Taas kord pikendati lepinguid 2024. aasta novembris⁴⁹ kuni 31.12.2026.

117. Seega ei ole Tervisekassa kiirabiasutuste valikuks avalikku konkursi veel korraldanud. Konkursi korraldamine või selle tegemata jätmine on kaalukas otsus, sest

- kiirabi eelarve on küllaltki suur: 2023. aastal kulus kiirabiteenuse osutamisele ca 79 miljonit eurot. Kokku kulus aastatel 2019–2023 kiirabiteenuse osutamisele ligi 324 miljonit. Lisaks on tegu elutähtsa teenusega;
- elanike arvus ja paiknemises on viimase 15–20 aasta jooksul toimunud olulisi muutusi. Näiteks on viimase 10 aasta jooksul Harjumaa elanike arv kasvanud üle 76 200, sh Tallinna rahvaarv üle 46 500, ent kiirabibaaside asukohad peaaegu muutunud ei ole;
- konkurss tuleb teha teeninduspiirkondade jaotuse muutmise korral, seetõttu on piirkondade aja- ja asjakohasuse hindamine oluline ülesanne.

118. Võiks eeldada, et Tervisekassa on põhjalikult analüüsinud avaliku konkursi korraldamise vajadust ja/või lepingute konkursita pikendamise põhjendatust. Samas, arvestades kahes eelmises punktis toodud asjaolusid, on üleval küsimus, kas 2018. aasta detsembris tehtud kiirabi puudutav oluline otsus (sh otsus mitte korraldada avalikku konkursi) tugines olukorra adekvaatsele hinnangule.

⁴³ [Tervishoiuteenuste korraldamise seadus](#), § 17³.

⁴⁴ [Tervishoiuteenuste korraldamise seadus](#), § 17².

⁴⁵ [Tervisekassa seadus](#), § 2.

⁴⁶ [Tervisekassa veebileht](#), 23.09.2024.

⁴⁷ Tervisekassa juhatuse [20.12.2018. a otsus nr 673](#).

⁴⁸ Tervisekassa juhatuse [23.12.2021. a otsus nr 504](#).

⁴⁹ Tervisekassa juhatuse [06.11.2024. a otsus nr 392](#).

⁵⁰ [Kiirabikaartide analüüs 2023](#). Tervisekassa, 28.08.2024.

119. Oluline on tähele panna, et avaliku konkursi korraldamise vajaduse üle otsustamisel on Tervisekassal küllaltki lai kaalutlemise ruum. Ent Tervisekassa juhatuse otsustest ja Riigikontrollile antud selgitustest ei ilmnenu, millistest kaalutlustest lähtuvalt asus Tervisekassa juhatus 2018. aasta detsembris seisukohale, et senised teeninduspiirkonnad vastavad tegelikule vajadusele⁵¹. Lepingute konkursita pikendamise otsuseid selgitavad dokumendid puuduvad.

120. Tervisekassa tegi alles 2019. aasta novembris analüüsi⁵², milles leiti, et brigaadides on väljakutsetele reageerimise ajad vastanud nõuetele, kuid seoses rahvastiku vananemisega on tulevikus oodata väljakutsete arvu suurenemist. Teeninduspiirkondade muutmise vajadust analüüsis käsitletud ei ole.

121. 2019. aasta analüüs ei puuduta ka teisi kiirabi kättesaadavuse ning teeninduspiirkondade ja brigaadide paiknemise seisukohalt olulisi asjaolusid. Näiteks oleks lisaks elanike arvule ja asustustihedusele tarvis arvestada ka haiglate asukohti, suuremat liikumiskiirust võimaldavate maanteed lähedust ja teel olevaid takistusi (nt raudtee ülesõidukohad) ning seda, milliseid tervishoiuteenuseid haigla on suuteline pakkuma. Võrdluseks, 20 HVA-haiglast 11 on üldhaiglad, kus viimastel aastatel on tervishoiuteenuste arv vähenenud, ja seetõttu võib olla vaja patsient kaugemale viia (vt vasakkast).

122. Tervisekassa tegevuse hindamisel on vaja arvestada, et Tervisekassa juhatus peab otsuste tegemisel lähtuma riigi tervishoiupoliitikast. Näiteks on Sotsiaalministeeriumi veetav kiirabi arengusuundade koostamine veninud, sest vastu pole suudetud võtta teisi olulisi arengudokumente (esmatasandi tervishoiu arengukava, haiglavõrgu arengusuunad⁵³), mis on kiirabi arengusuundade kujundamiseks vajalikud.

123. See tähendab, et kiirabi valdkonnas ei ole pikka aega olnud kokkulepet reformide vajalikkuse ja sisu asjus. Ühest küljest muudab kindla plaani puudumine Tervisekassa juhatuse jaoks oluliste otsuste tegemise keerukaks. Teisest küljest on ka avaliku konkursi tegemata jätmine väga kaalukas otsus.

124. Tervisekassa enda sõnul on kavas konkurss korraldada 2025. aasta teises pooles. Kuivõrd kiirabi valdkond on kaua ilma arengudokumendita toiminud ja viimane avalik konkurss jääb aastate taha, oleks Riigikontrolli arvates konkursi võinud korraldada ka varem, ilma arengusuundadeta (nt klausliga, et uus konkurss tehakse mingil ajal pärast kiirabi arengusuundade uue dokumendi vastuvõtmist).

Teadmiseks, et

näiteks 2019. a oli pediaater 11 üldhaiglas, kuid 2021. a vaid viies, pulmonoloogia-teenus kadus samal perioodil viiest haiglast.

Eesti Haiglate Liidu sõnul on haiglates teenuste vähenemise peamiseks põhjuseks eriarstide puudus.

Allikas: [Eesti tervishoiu suundumused](#), Riigikontroll, 2022

⁵¹ Tervisekassa juhatuse 20.12.2018. a otsus nr 673.

⁵² Kiirabi brigaadide ja -kaartide analüüs. 22.11.2019. Tervisekassa.

⁵³ Vabariigi Valitsus kinnitas „Haiglavõrgu arengusuunad 2040“ pärast auditi toimingute perioodi lõppu 19.12.2024.

Kiirabiteenuse kvaliteedi mõõtmine

Kiirabi mõõdikud 2023. a

1. Kiirabi reageerimisaeg D-kutsetel linnas kuni 7 ja maa- piirkonnas kuni 14 minutit.
2. Elustamiskatsete arv brigaadi kohta aastas 100 000 elaniku kohta.
3. Haigla eelteavitusega insuldi- juhtude osakaal kõikidest insuldi juhtudest.
4. STEMI⁵⁴ patsiendi hospitali- seerimine reperfusiooni teostavasse haiglasse.
5. Insuldiga patsiendi hospitali- seerimine rekanaliseerivat protseduuri teostavasse haiglasse.
6. Traumakeskusesse esmaselt hospitaliseeritud raske traumaga patsientide osakaal kõikidest raske traumaga hospitaliseeritud patsientidest.
7. Patsientide osakaal haiglas kinnitatud STEMI patsientidest, kes müokardiinfarktiga hospitaliseeriti reperfusiooni teostavasse haiglasse.
8. Spontaanse vereringe taastu- misega lõppenud elustamis- katsete osakaal kõikidest elustamiskatsetest kiirabi vahetutes teenindus- piirkondades.

Allikas: Tervisekassa

125. Tervisekassa rahastab tervishoiuteenuseid ja kontrollib, kas teenused vastavad lepingutes kokku lepitud kriteeriumitele. Riigikontroll analüüsis, kuidas on Tervisekassa hinnanud kiirabi osutamise kvaliteeti ja taganud kiirabi kättesaadavuse.

126. Peamine vastutus teenuse kvaliteedi tagamise eest lasub kiirabiasutustel endil.⁵⁴ Samas on kokku lepitud kaheksa riiklikku mõõdikut (vt vasakkast), mille täitmise kohta peavad kiirabiasutused Tervisekassale esitama aruande koos kvaliteedi eneseanalüüsiga.

127. Riigikontroll palus Tervisekassalt kõigi kiirabiasutuste kvaliteedi aruandeid 2019. a II poolaasta ja 2023. a II poolaasta kohta. Ilmnes, et 2019. aasta aruanded sisaldavad andmeid ainult kiirabi reageerimisaja kohta D-prioriteediga kutsetel. 2023. a II poolaasta kohta olid Tervisekassal olemas vaid kuue asutuse aruanded kümnest. Lisaks oli info aruannetes esitatud erineval kujul ja eri detailsusega. Seetõttu ei ole andmeid võimalik omavahel võrrelda.

128. Riiklike mõõdikute peamised küsitavused seisnevad selles, kas kõikide mõõdikute sihttasemed on mõõdetavad, saavutatavad ja asjakohased (vt täpsemalt [lisa C](#)):

- Mõõdetavuses oli küsimärke, sest osa mõõdikute taset ei olnud võimalik automaatselt välja arvutada või mõõdiku taseme arvutamiseks oli vaja koguda haiglatelt lisaandmeid (millele kiirabiasutustel juurdepääse ei olnud), ja sestap on osa andmetest ebatäpsed.
- Saavutatavuses oli küsitavus seotud suurte ajaliste erinevustega brigaadide reageerimisel D-kutsetele: kui mõni brigaad saavutas sihttaseme ligi 100%, siis teine vaid 14%. Kiirabiasutuste selgituse kohaselt oli üheks põhjuseks kiirabibaasi kaugus abivajajast. See viitab, et kiirabi kättesaadavus on paikkonniti ebaühtlane ja on vaja analüüsida brigaadide paiknemist (seda ei ole aga pikema aja vältel tehtud).
- Asjakohasuses oli küsitavus, sest mõõdikud katavad kiirabiteenuse osutamise aspekte vaid osaliselt: mõõdikud keskenduvad protsessile (ehk patsientidega tehtud toimingutele), kuid katmata on tulemuste (nt patsientide rahulolu, kiirabi kättesaadavus) ja nn struktuuri- väljundite (nt ruumid, personali töökoormus, rahastamine) mõõtmine.⁵⁶

⁵⁴ Sotsiaalministri 15.12.2004. a määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“, § 3.

⁵⁵ ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkt.

⁵⁶ Vaas, K. Estonian Ambulance Quality Indicators' Comprehensiveness in Service Measuring Compared to International Practice—An Umbrella Review. Tallinn Technical University, 2024.

129. 2024. aastal ehk pärast auditis hõlmatud perioodi lõppu uuendati mõõdikute sõnastust, kuid muudatused lahendavad küsitavusi osaliselt:

- Mõõdetavus: haiglatelt kiirabiasutused enam andmeid küsima ei pea, ent kõigi mõõdikute väärtuste arvutamiseks vajalikke andmeid ei ole jätkuvalt võimalik (automaatselt) koguda.
- Saavutatavus: D-kutsetele reageerimise ajaline nõue asendati keskmise ja mediaan-reageerimisaja ehk trendi mõõtmisega (vt ka [lisa C](#)). See võib aidata kaasa olukorra adekvaatsemale iseloomustamisele, kuid see ei vähenda kiirabi kättesaadavuse suuri erinevusi.

130. Selgitusi sihttasemete mittesaavutamise kohta on kvaliteedi-aruannetes esitanud vaid suuremad kiirabiasutused, põhjuseid ei ole Tervisekassa kiirabiasutustega arutanud. Kiirabiasutused sooviksid kvaliteediaruande kohta Tervisekassalt tagasisidet, kuid Tervisekassa ei ole kogutud andmete pinnalt teinud kiirabiasutusteülest analüüsi ega jälgi seega kiirabi sisulist kvaliteeti Eestis.

Kiirabi digilahendused

Digilahendused ehk digitaalsed tervisetehnoloogiad on mobiilirakendused, programmid ja tarkvarad, mida kasutatakse tervishoiusüsteemis ning mis võivad olla eraldiseisvad või kombineeritud muude toodete või teenustega.

Allikas: Tervisekassa

131. Digilahendused on tervisevaldkonna heatasemelise toimimise eelduseks. Nende arendamise eest vastutab Tervisekassa, kes on muu hulgas seadnud eesmärgiks, et andmed on ravi osapoolte jaoks kiirelt leitavad ja kasutatavad.⁵⁷ Seejuures peab olema võimalik andmeid sujuvalt asjassepuutuvate osapoolte vahel vahetada.

132. Kiirabis on digilahenduste olemasolu, töökindlus ja funktsionaalsus eriti oluline. Kiirabiasutused kasutavad e-kiirabi, mille kaudu brigaadid saavad näha tervise infosüsteemi andmeid ning dokumenteerida oma tegevused juhtumi lahendamisel.

133. E-kiirabi koosneb

- kiirabi mobiilsest töökohast, kus brigaad loob ja täidab elektroonilise kiirabikaardi;
- kiirabiportaalist, kus hallatakse brigaadide tööajagraafikuid (seda praktikas selleks ei kasutatud);
- kiirabi analüüsi ja statistika moodulist brigaadide töö analüüsimiseks.

134. Digilahenduste potentsiaali ärakasutamiseks on olemas üks oluline eeldus: e-kiirabi on ühtne riiklik digitaalne süsteem, mida kasutavad kõik kiirabiasutused. Samas on e-kiirabi kasutamises ilmnenu mitmed kitsaskohad, näiteks halb kasutajamugavus ja töökindlus, andmevahetuse aeglus.

135. Täpsemalt on kiirabiasutustel probleeme

Riigikontroll uuris,

milliseid digilahendusi kiirabis kasutatakse ning kas need toetavad andmevahetust ja kiirabibrigaadide eesmärgipärast tööd.

E-kiirabi uuendamine

⁵⁷ Tervisekassa arengukava 2022–2025.

- E-kiirabi hangumisega, tehtud sissekannete kadumise ja teistkordsel sisestamisel topelt kiirabikaartide tekkimisega, mis on põhjustanud lisatööd;
- analüüsimoodulist kõigi kiirabiasutuste kohta andmete väljavõtmisega ja analüüsimisega, mistõttu on automatiseeritud analüüside tegemine piiratud ja andmete analüüs ajamahukas;
- e-kiirabiga, mis ei võimalda teistele osapooltele (nt perearstidele või sotsiaaltöötajatele) teateid edastada ja vastupidi. E-kiirabi ja haiglate infosüsteemid ei ole liidestatud. Mõned haiglad on ise arendanud IT-lahenduse, mis automaatselt pärib tervise infosüsteemist kiirabikaarte, et nende EMO saaks operatiivselt kiirabibrigaadi saabumise teavitusi.

136. 2024. aastal plaaniti võtta kasutusele uuendatud e-kiirabi. Ettevalmistamise käigus ilmnenu oluliste puuduste tõttu lükkus uue e-kiirabi katsetamine edasi, nii et uuendatud süsteem on kavas kasutusele võtta 2025. aastal.⁵⁸

137. Kui varem ei olnud e-kiirabil otsest „omanikku“ (oli teenuse haldur, kes asus koos taristu ja kasutajatoega Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuses (TEHIK)), siis uue e-kiirabi tooteomanik ja arendaja on Tervisekassa. See loob paremad eeldused e-kiirabi arendamise juhtimisprobleemide lahendamiseks.

138. Uuendatud e-kiirabis on uus tehniline lahendus ja riistvara ning sellega peaks paranema ka kasutajamugavus. Samas ei muutu e-kiirabis andmete edastamise viis. 2024. aasta tööplan ei sisaldanud mõnesid olulisi muudatusi, mida kiirabiasutused vajavad.

139. Arendustegevuste seis on järgmine:

Teadmiseks, et

Eestis kasutatakse meditsiinidokumentide, sh kiirabikaartide edastamiseks tervise infosüsteemi dokumendipõhist andmevahetust.

See tähendab, et andmed liiguvad valmis tervik-dokumentidena, millest andmeid osadena (nt konkreetseid andmevälju) automaatselt eraldada ja edastada ei saa.

Allikas: Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus

- Kiirabikaart on dokument, mida ei saa praegu osadeks jagada, kuigi see oleks teoreetiliselt üks võimalus andmete tõhusamaks edastamiseks teistele osalistele ja/või nendele teadete koostamiseks (nt kui vaja on jagada vaid teatud osa kiirabikaardi infost, vt vasakkast).
- TEHIK alustab järk-järgult üleminekut uuele andmestandardile 2025. aastal. Uues andmestandardis ei liigu enam kogu kiirabikaart, vaid sellel olevad andmed, mis loob tehnilise eelduse konkreetsete andmeväljade info teistele osapooltele edastamiseks. Millal e-kiirabi uuele andmestandardile üleminek toimub, ei ole teada.
- Lisaks tehnoloogilisele lahendusele vajab tõhusam teadete edastamine õiguslikke muudatusi. Muu hulgas on tarvis kokku leppida, mis sündmus täpselt käivitab andmete edastuse, milliseid andmeid edastatakse ja kuidas neid edasi kasutatakse.

⁵⁸ Sotsiaalministeeriumi 07.11.2024. a vastus Eesti Kiirabi Liidu märkukirjale.

Kliiniliste otsustustugede kasutamine

Kliiniline otsustustugi on infotehnoloogiline lahendus, mis on loodud tervishoiutöötajatele, et toetada nende otsuseid.

Eestis on kasutusel järgmised kliiniliste otsuste tugisüsteemid:

- [Ravimite koostoime otsustustugi](#) kontrollib ravimi välja- kirjutamisel patsiendi retsepte ning ravimite kliiniliselt olulisi koostoimeid.
- [Patsiendipõhine otsustustugi perearstidele ja -õdedele](#) analüüsib patsiendiga seotud teavet ja annab masin- loetavate terviseandmete põhjal soovitusi.
- [Teabehalduse otsustustugi](#) pakub tervishoiutöötajatele tõendus- põhiseid soovitusi, hoiatusi ja juhiseid ravi kohta (ei kasuta selleks konkreetse inimese terviseandmeid).

Allikas: [Tervisekassa](#)

Telemeditsiin

- Ka kvaliteedimõõdikute kõiki andmeid ei saa kiirabiasutused e-kiirabi arenduse esimeses etapis automaatselt välja võtta. Tervisekassa selgitusel on töö arenduspartneri ja TEHIKuga selles suunas alanud, aga kindlat ajakava ei ole kokku lepitud.
- Selleks, et ise kiirabiandmeid analüüsida ja nende õigsust kontrollida (kiirabiasutuste esitatud info alusel) vajab Tervisekassa tervise infosüsteemi kiirabiandmetele ligipääsu. 2024. aasta detsembri seisuga Tervisekassal seda ligipääsu ei olnud.

140. Kliiniliste otsustustugede eesmärk on vähendada kulusid ja suurendada patsiendiohutust⁵⁹ ning hoida kokku tervishoiutöötajate aega info käsitlemisel.⁶⁰ Eestis on praegu kasutusel kolm kliinilist otsustoe süsteemi (vt vasakast). Tervisekassa üheks eesmärgiks on arendada edasi selliseid lahendusi, mis abistaks tervishoiutöötajaid kliiniliste otsuste tegemisel.

141. Kiirabis on olemas tegevusjuhend⁶¹, mida brigaad saab ka e-kiirabi süsteemis lugeda. Samas tegevusjuhendiga seotud otsustustuge või nutikaid kontrole, mis kiirabitöötajaid abistaks, e-kiirabis ei kasutata.

142. Kiirabiasutused vaatavad kiirabikaardid (enamasti n-ö käsitsi) üle ja kontrollivad, et seal ei oleks vormilisi vigu. Samuti hinnatakse sisuliste ebatäpsuste esinemist, näiteks seda, kas brigaad on tegevusjuhendit järginud. Analüüsi tegija annab brigaadijuhile järgmisel päeval teada, kui ta kiirabikaartide ülevaatamisel vigu või küsitavusi leidis.

143. Suurematel kiirabiasutustel on päevas sadu väljakutseid (nt Tallinna Kiirabil ca 250–300). Seega võiks kvaliteedi hindamise hõlbustamiseks kiirabikaartide täitmise kontroll olla (osaliselt) automatiseeritud. Näiteks saaks automaatselt kontrollida, kas konkreetse haigusseisundi puhul manustatud ravimid olid õiged vms.

144. Tervisekassa selgitusel ei ole kliinilist otsustustuge võimalik enne kasutusele võtta, kui on kokku lepitud kiirabikaartide ja tegevusjuhendi seosed. Kiirabiasutused ütlesid, et e-kiirabi uuendamisel on nutikatest lahendusest juttu olnud, kuid e-kiirabi uuendamise esimene etapp neid ei hõlma ning pole teada, kas ja millal kiirabi otsustustugi võiks tekkida.

145. Üheks potentsiaaliks digilahenduseks tervishoius on **telemeditsiin**, mis kiirabis tähendab seda, et mujal (baasis) olev arst nõustab info- ja sidetehnoloogiavahendite kaudu sündmuskohal viibivat brigaadi ja vajaduse korral aitab raviotsuseid teha. Ka uuringud viitavad,

⁵⁹ Bashiri A, Alizadeh Savareh B, Ghazisaeedi M. [Promotion of prehospital emergency care through clinical decision support systems: opportunities and challenges](#). Clin Exp Emerg Med 2019;6:288–296.

⁶⁰ Chen Z, Liang N, Zhang H, Li H, Yang Y, Zong X, Chen Y, Wang Y, Shi N. [Harnessing the Power of Clinical Decision Support Systems: Challenges and Opportunities](#). Open Heart 2023;10.

⁶¹ [Kiirabi tegevusjuhend](#). Teine, parandatud trükk. Eesti Haigekassa. 2021.

Telemeditsiin ehk tervishoiu kaugteenus on tervishoiuteenuse pakkumine distantst info- ja kommunikatsioonitehnoloogia abil.

See hõlmab turvalist terviseandmete edastamist teksti, heli, video või muul kujul, et diagnoosida, ravida ja jälgida haigusi.

Allikas: Euroopa Komisjon

Teadmiseks, et

PERHi analüüs näitas, et telemeditsiini lahendus on lühendanud ägeda südamelihaseinfarktiga patsientide haiglasse jõudmise aega. Aeg kiirabi saabumisest patsiendi juurde kuni koronaarinterventsiooni alguseni lühenes 44%.

Samuti oli 30 päeva elulemus telemeditsiini grupi patsientidel 100%.

Allikas: [Telemeditsiini mõju STEMI-patsiendi käsitlemisele](#), 2019

Riigikontrolli järeldused

et telemeditsiini aitab vähendada põhjendamatut hospitaliseerimist⁶² ning parandada patsientide tervise tulemusi ja vähendada kulusid⁶³, seda nii kiirabis kui ka tervishoius üldiselt.

146. Eestis kasutavad telemeditsiini kaks kiirabiasutust: Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) ja Tallinna Kiirabi.

- PERHi väikesaarte brigaadid koosnevad kahest esmase abi andjast, kes ei ole tervishoiutöötajad, ning brigaadijuhist, kelleks on telemeditsiini arst, kes teeb raviotsused. Telemeditsiiniarst paikneb Tallinnas.
- Tallinna Kiirabis töötab kaheliikmeline arstlik toetusbrigaad ehk nn randevuubrigaad, mis kasutab varem sündmuskohale jõudnud õebrigade toetamiseks spetsiaalset telemeditsiini võimekusega autot. Patsiendi transportimise võimekus randevuubrigaadil puudub, kuid võimalik on jälgida patsiendi tervisenäitajaid.

147. Eri kiirabiasutustel on teeninduspiirkonna iseärasustest ning HVA-haiglate ning brigaadide paiknemisest tulenevalt erinev arstliku toe vajadus. Telemeditsiini arstlik tugi ei pea tingimata olema kiirabiasutustes, asukohast olulisem on toe ööpäevaringne kättesaadavus. See võib olla ka piirkonna HVA-haigla EMOs. Telemeditsiini arstil ei tohiks kiirabi valve ajal olla muid kohustusi, samas peaks tal olema ülevaade teeninduspiirkonnas olevate haiglate võimekusest, brigaadide asukohtadest ning ligipääs tervise infosüsteemile.⁶⁴

148. Kiirabi arengusuundade vastuvõtmise edasilükkumine on pidurdanud valdkonnas vajalike reformide tegemist, sh Tervisekassa kiirabi avaliku konkursi läbiviimist. Samas ei ilmne Tervisekassa selgitustest, millistest kaalutlustest lähtuvalt asus Tervisekassa juhatus seisukohale, et senised teeninduspiirkonnad vastavad tegelikule vajadusele ja avalikku konkurssi korraldada pole olnud tarvis.

149. Riigikontrolli arvates on tegevuskeskkonna muutusi ja avaliku konkursi mõtet arvestades olnud küllalt põhjuseid korraldada avalik konkurss (nt 2018. aastal, mil kiirabi rahastamise leping Tervisekassale üle anti).

150. Kiirabiasutustel ei ole võimalik kvaliteedi kohta kõiki andmeid (automaatselt) esitada. Lisaks ei kasuta Tervisekassa ka olemasolevat infot teenuse parendamiseks. Kogutud andmete alusel ei ole võimalik

⁶² Langabeer JR, Gonzalez M, Alqusairi D, Champagne-Langabeer T, Jackson A, Mikhail J, Persse D. [Telehealth-Enabled Emergency Medical Services Program Reduces Ambulance Transport to Urban Emergency Departments](#). West J Emerg Med 2016;17:713–720.

⁶³ Su JS, Quinn E. [EMS Telemedicine in the Prehospital Setting](#). [Updated 2023 Nov 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

⁶⁴ Eesti Kiirabi Liidu sisend Eesti kiirabi arengukavasse 2024–2035. 2024.

kiirabi kvaliteeti terviklikult hinnata ning Tervisekassal puudub seetõttu lõpuni adekvaatne pilt kiirabi toimimise tasemest ja võimelünkadest.

151. Digilahenduste potentsiaali realiseerimiseks on tarvis juurutada mitmeid uuendusi, mida e-kiirabi arenduse esimeses etapis ei ole veel plaani võetud ja mille elluviimise tähtajad pole teada. Näiteks teadete vahetamine sotsiaalabi vajaduse asjus, perearsti teavitamine või võimalus kvaliteedi hindamiseks vajalikke andmeid automaatselt välja võtta. Lisaks on potentsiaali ka telemeditsiini kasutamise laiendamises ehk selle juurutamiseks enamates kiirabiasutustes ning kliinilise otsustustoe loomises kiirabi jaoks.

Sotsiaalministeeriumil on kiirabi tuleviku asjus selged seisukohad kaua puudunud

Riigikontroll hindas,

kas Sotsiaalministeerium on määranud, millist kiirabi Eesti vajab, ning juhib kiirabi eesmärkide seadmist ja saavutamist. Sh

- on koostanud kiirabi arengusuunad (eesmärgid, tegevusplaani, tulemuste hindamise korralduse);
- tagab valdkonna õigusaktide aja- ja asjakohasuse;
- tagab Terviseameti, Tervisekassa jt osaliste ülesannete ja vastutuse selguse.

Teadmiseks, et

alates 2022. a on Tallinna EMOdes saanenud olukorrad, kus kiirabibrigaadidel ei ole võimalik patsiente kokkulepitud aja jooksul haiglale üle anda. Järjekordade põhjuseks on, et voodikohtade arv ei vasta Tallinna elanike arvule (EMO voodikohtade miinimum on püsinud sama aastast 2004).

Brigaadide EMO järjekorras seismise probleem ilmestab, kuidas tervishoius kaua lahendamata probleemid kiirabi tööd oluliselt mõjutavad ja kättesaadavust ohustavad.

152. Sotsiaalministeerium vastutab tervishoiupoliitika kujundamise eest ja peab tagama selle elluviimise. Eraldiseisevat arengukava kiirabil alates 2014. aastast enam ei ole. Viimane rahvastiku tervise arengukava aastateks 2020–2030, kus on sätestatud tervishoiupoliitika laiemad sihid, ei sisalda kiirabi arenguvajadusi ega eesmärke.

153. 154. EKL on alates 2012. aastast korduvalt pöördunud Sotsiaalministeeriumi poole palvega alustada uue kiirabi arengukava koostamist, kuna aastate jooksul on nii tegevuskeskkond kui ka valdkond ise on oluliselt muutunud.⁶⁵ Sotsiaalministeeriumil on ülesanne koostada uuendatud kiirabisüsteemi arengusuunad 2024. aastal.⁶⁶

154. See tähendab, et Sotsiaalministeeriumil ei ole kaua olnud selget seisukohta, millist kiirabi Eesti riik soovib ja suudab ülal pidada. Mitmed valdkonna probleemid on pikka aega olnud lahendamata (vt [lisa D](#)).

„Eestis tervishoidu ei juhita. Tervishoid juhib ennast ise. Tinglikult võiks öelda, et ettevõtte Eesti Tervishoid juhatuses on kolm liiget – Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Tervisekassa. Kui kõiki juhatuse liikmeid käsitleda võrdsetl ning juhatuse esimees puudub, siis otsuseid vastu ei võeta. Iga juhatuse liige saab talle ebaseadmisel teemad teisele liikmele lükata ning keegi vastutust ei võta.“

Allikas: intervjuu kiirabi valdkonna osapoolega

155. Sotsiaalministeerium tõdes ka ise Riigikontrollile, et kui Terviseametilt, Tervisekassalt või EKLilt ei ole tulnud ettepanekuid kiirabivaldkonna õigusaktide muutmiseks, siis ministeerium on

⁶⁵ Eesti Kiirabi Liidu pöördumine Sotsiaalministeeriumi poole 06.02.2012; Eesti Kiirabi Liidu pöördumine Sotsiaalministeeriumi poole 19.11.2021.

⁶⁶ Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis on ülesande täitmise tähtajaks 29.11.2024.

Tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna teenuste loomine

Teadmiseks, et

2023. a oleks iga perearsti nimistu saanud hinnanguliselt keskmisel seitse teavitust nädalas kiirabisse pöördumise kohta (eeldusel, et kutsed jaguneksid nimistute vahel võrdselt).

Teadmiseks, et

kiirabikaardile on küll märgitud patsiendi perearsti nimi ja kontaktid, kuid teavitust brigaadijuht e-kiirabi kaudu perearstile edastada ei saa. Probleemiks on seegi, et perearsti kontakt-andmed ei ole alati õiged.

Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja kontakte e-kiirabis ei ole. Samuti ei ole kiirabitöötajal võimalik edastada teateid sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrisse.

Õigusaktide aja- ja asjakohasus

eeldanud, et need on aja- ning asjakohased. Seega ei ole Sotsiaalministeerium täitnud kiirabivaldkonna juhi rolli.

156. Kuigi kiirabi eesmärk on vältimatu abi osutamine, tegelevad brigaadid sageli küsimustega, mis ei ole kiireloomulised ja kuuluvad pigem perearsti- või sotsiaalabi vastutusalasse. Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 on seatud eesmärk loimida paremini tervise ja sotsiaalvaldkonna teenused.⁶⁷

157. Praegu ei ole kiirabis ühtseid põhimõtteid ja praktikat, kuidas lahendada sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutseid. Kuivõrd kiirabitöötajatel ei ole sotsiaaltööst alast ettevalmistust, võivad sotsiaalprobleemid kergesti jääda lahendamata või korduma.⁶⁸

158. Et inimene saaks talle vajalikku abi, on oluline, et kiirabi saaks hõlpsasti teavitada perearste ja sotsiaaltöötajaid nende abi vajavatest inimestest. Praegu otsustab iga brigaadijuht ise, millal on vaja perearsti või sotsiaaltöötajat sündmusest informeerida. Teavitamine toimub telefoni või e-kirja teel ning see suurendab kiirabi töökoormust.

159. Seejuures on sotsiaalhoolekandlise abi vajadusest teavitamine kohustuslik⁶⁹ ja kiirabil ei ole õiguslikku takistust omavalitsuste sotsiaaltöötajate teavitamiseks. Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel on vaja kokku leppida ja õigusaktis reguleerida, milliseid (tervise-) andmeid edastada tohib ja mida (ning kuidas) sotsiaaltöötaja kiirabilt saadud infoga edasi teeb, et isikuandmed oleks kaitstud.

160. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus ei sätesta, kas ja kuidas kiirabibrigaadi juht saaks perearstile saata teavitusi tema nimistu patsientide kohta ja edastada isikuandmeid. Tervishoiuteenuse osutajatel (sh kiirabil ja perearstidel) on õigus isikuandmeid (sh terviseandmeid) töödelda tervishoiuteenuse siseselt.

161. Seega ei ole Sotsiaalministeerium kiirabi valdkonnas seni suutnud tervishoiuteenuste omavahelist ning tervise- ja sotsiaalvaldkonna loimitust suurendada. See eeldab muudatusi tööprotsessides ja õigusaktides (et andmekaitse küsimused oleksid lahendatud) ning IT-arendusi. Näiteks võiks patsiendi nõusolekul olla võimalik saata tervise infosüsteemist teated sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrisse.

162. Kui politsei- ja päästeteenust pakub riik (kuigi kohati koostöös vabatahtlikega), siis kiirabiteenus ostetakse sisse avaliku konkursiga. See tähendab, et konkursi võitnud kiirabiasutused peavad ise endale sobivad ruumid leidma või need (ümber) ehitama.

⁶⁷ Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Sotsiaalministeerium, 2019.

⁶⁸ Soolep, A, Gusarov, E ja Uibu, E. Sotsiaalprobleemidega seotud väljakutsed kiirabi töös. Sotsiaaltöö 2019, 4, 68–76.

⁶⁹ Sotsiaalhoolekande seadus, § 13.

163. Riik on kiirabibaaside ruumidele kehtestanud nõuded⁷⁰, kuid need ei puuduta kiirabibaasi planeeringut ja praktikas on nii hooned kui ka väliala väga erinevad. On baase, mis on ehitatud nii, et brigaadil oleks võimalik baasist kiiresti väljuda ja sõita näiteks D-kutsele ettenähtud ühe minutiga. Samal ajal on baase, mis kiirabi vajadustele hästi ei vasta.

164. Mõned kiirabiasutused on ise mõõtnud ja võrrelnud erinevatest kiirabibaasidest väljasõitmise aegu. Väljasõidu aeg on lühem baasides, mis on ehitatud kiirabi vajadustest lähtudes.

Teadmiseks, et

erinevalt politseiametnikest ja päästeteenistujatest ei ole kiirabitöötajatel tervise-nõudeid. Samas eeldab ka kiirabitöö head füüsilist ja vaimset seisundit. Sarnaselt politsei ja päästega hõlmab kiirabi töötamist vahetustega, ebaühtlast füüsilist koormust, kõrgenenud vaimse pinget ja ohu olukordi.

Allikas: kiirabiasutuste intervjuud Riigikontrollile

165. Terviseamet on järelevalvet käigus tuvastanud, et brigaadid ei suuda kinni pidada D-väljakutsetele seatud reageerimise ajast (vt p 108). Muu hulgas on kiirabiasutused seda selgitanud asjaoluga, et ühe minutiga baasist väljumine on baasi füüsilise keskkonna tõttu ebarealistlik. Näiteks on takistuseks autode parkimiskoha kaugus välisuksest, baasi asumine kõrgel korrusel, väljumisteel mitu kiibiga avatavat ust või parklast teiste autode vahelt väljamanööverdamisele kuluv aeg.

166. Kiirabibaasid asuvad enamasti üüripindadel. Baasi jaoks sobilike ruumide leidmine on kiirabiasutuste jaoks suur väljakutse, sest sobivat kinnisvara teeninduspiirkonnas ei pruugi olla. Spetsiaalsete baaside rajamist on muu hulgas takistanud kiirabiasutuste ebakindlus tuleviku suhtes, mis on tingitud avaliku konkursi edasilükkumisest. Kiirabiasutused märkisid, et kui riik teeninduspiirkodade jaotuse üle vaatab ja korraldab avaliku konkursi, tekib neil tuleviku suhtes suurem kindlus ja paraneb motivatsioon kinnisvarasse investeerida.

Kiirabitöötajate mitmes kohas töötamine

167. Sarnaselt teiste tervishoiuvaldkondadega on ka kiirabis tervishoiutöötajate puudus. On tavaline, et kiirabitöötajad teevad ületunde ja töötavad mitmes kohas. Ohukohaks on inimeste ülekoormus ja läbipõlemine.

168. See tekitab riski, et väsinud inimesed eksivad patsientide tervist puudutavate otsuste tegemisel või kannatab teenuse kvaliteet muul moel. Mitmes kohas töötamise puhul on probleem ka see, et kiirabi-asutustel on keeruline vajaduse korral asendajaid leida, sest kiirabitöötajad on muul ametikohal hõivatud.

Teadmiseks, et

2019.–2023. a kontrollis Tööinspeksioon kahte kiirabiasutust ning tuvastas puudusi igapäevase ja igapäevase puhkeaja nõuetest kinnipidamisel. Kontrolle jätkatakse.

Allikas: Tööinspeksioon

169. Nimetatud kitsaskohad on valdkonnas teada, kuid häid lahendusi pole. Nii tegelevad igapäevaselt ja n-ö rohujuure tasandil olukorra lahendamiseks kiirabiasutused ise oma parima äranägemise ja võimaluste kohaselt. Järelevalvet töö- ja puhkeaja reeglite täitmise üle teeb Tööinspeksioon.

170. Omaette probleem on usaldusväärse ületunnistatistika puudumine ja süsteemi tasandil adekvaatse info puudumine mitmes kohas töötamise kohta. Mitmes kohas töötamise ulatuse selgitamiseks võrdles

⁷⁰ Sotsiaalministri 25.01.2002. a määrus nr 25 „Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“, § 59.

Riigikontroll nende kiirabiasutuste töötajate andmeid, kes väljakutseid teenindavad, Maksu- ja Tolliameti töötamise registri andmetega.

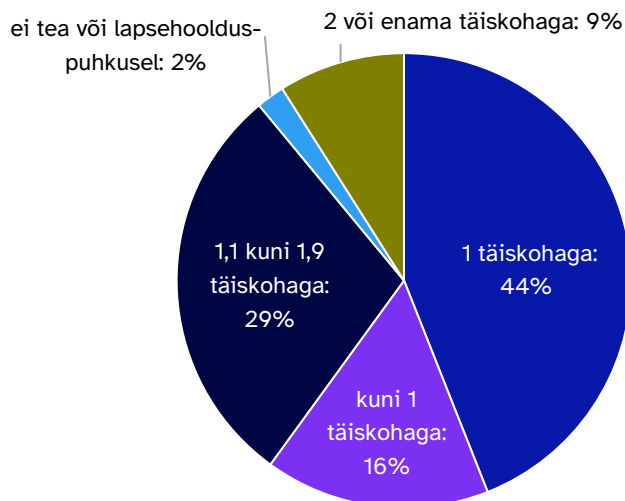
171. Selgus, et 38% sellistest töötajatest töötas suurema koormusega kui täiskoormus (1,0, vt joonis 8). Enim töökohti (7) oli ühel brigaadijuhil, kelle hinnanguline töökoormus oli 3,1 täistööajaga ametikohta.

Joonis 8. Väljakutseid teenindavate kiirabitöötajate hinnanguline koormus (s.o täistööajaga ametikohta arv)

Teadmiseks, et

enim töötasid rohkem kui ühel töökohal brigaadijuhid (66%). Brigaadide teistest liikmetest (õed või era-korralise meditsiini tehnikud) 54% ning kolmandatest liikmetest (alarmsõiduki juhtimise õigust omavad era-korralise meditsiini tehnikud või kiirabitehnikud) 60%.

Allikas: kiirabiasutused, Maksu- ja Tolliamet



Allikas: Riigikontroll, kiirabiasutuste ning Maksu- ja Tolliameti andmete alusel

Teadmiseks, et

töölepingu seadus ei piira töötaja võimalust töötada mitme tööandja juures erinevate töölepingutega.

Töötervishoiu- ja tööohutuse seadus aga kohustab töötajat tagama, et töötamine mitme tööandja juures ei ohusta tema enda ega teiste elu ja tervist.

172. Üle kolmandiku kiirabikutseid teenindavatest töötajatest töötab lisaks kiirabile ka politseis, päästes, kaitseväes, Kaitseliidus, HVA-haiglas või Tallinna Munitsipaalpolitseis. Seega on küllalt inimesi, kes töötavad mitme elutähtsa teenuse osutaja juures ja oluline on paika panna, millise tööandja juurde riigikaitseametis ametikohal töötavad inimesed kriisilukorras siirduvad (probleem ei piirdu ainult kiirabitöötajatega).

173. Lahendus ei tähenda mitmes ametikohas töötamise keelamist, pigem oleks vaja õigusaktiga luua töökohtade järjestus kriisilukorras tööle minemisel. See eeldab, et tulevikus on töötajal kohustus teavitada tööandjaid oma teistest töökohtadest.

Osaliste rollid ja vastutus

174. Kiirabi juhtimise ja korraldamise muudab keerukaks tõik, et lisaks Sotsiaalministeeriumile on selles roll ka Siseministeeriumil. Päästekorraldajad on päästeametnikud, kes omandavad eriala Siseministeeriumi valitsemisalas olevas Sisekaitseakadeemias. Samas moodustavad hädaabisündmustest enamiku just kiirabisündmused ja kiirabi väljasaatmise nõuded kehtestab Terviseamet, mis on Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas.

175. Valdkonna osapoolte hinnangul toimib koostöö operatiivsel tasemel Häirekeskuse ja Terviseameti vahel hästi. Ent strateegilisel tasemel on

Teadmiseks, et

Tervisekassa rahastab kiirabiteenuse osutamist, korraldab avaliku konkursi. Täiendavalt vastutab Tervisekassa ka e-kiirabi haldamise eest (varem TEHIK). Eraldiseisva juriidilise isikuna on Tervisekassal võrreldes valitsusasutuste hallatavate asutustega (nt Terviseamet) suurem tegutsemisvabadus. Samas on Sotsiaalministeerium Tervisekassa nõukogus üks mitmest osapooltest ja Tervisekassa tegevuse suunamise võimalused on piiratud.

Riigikontrolli järeldused

Riigikontrolli soovitus

ametkondade koostöö napp, s.t et ministeeriumid ei ole teinud koostööd, et lahendada nende valitsemisala asutustel kiirabiteenuse pakkumisel tekkinud probleeme. Sotsiaalministeerium ei ole kiirabiteenuse pakkumisega seotud probleemide lahendamise ja selleks koostöö tegemise vajadust Siseministeeriumiga tõstatanud (vt p 35–36).

176. Teiseks institutsionaalseks ebakõlaks on see, et kiirabi korraldamise ülesandeid on antud Tervisekassale, mis on olemuselt kindlustusfond ja peaks tegelema tervishoiuteenuste rahastamisega, mitte nende korraldamisega. Ebakõla tekib sellest, et Sotsiaalministeeriumi võimalused kiirabivaldkonnas toimuvat otseselt suunata ja mõjutada kahanesid, sest Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa vahel on koordinatsioonisuhe, mitte alluvussuhe.

177. Osa kiirabi korraldamise ülesannete andmine Tervisekassale tähendab lisaks ka ressursi (raha ja inimesed) ja koos sellega poliitika-kujundamiseks vajaliku kompetentsi liikumist riigi „tuumikust“ kaugemale.

178. Sotsiaalministeerium on valdkonna kitsaskohtadest teadlik, kuid ei ole pikka aega astunud samme nende lahendamiseks (vt ka [lisa D](#)). Ministeerium märkis Riigikontrollile, et ta ise valdkonna õigusaktide muutmist ei algata, ent seda ei tee ka Terviseamet ja ministeerium ametilt olukorra kohta aru ei päri. Nii on valdkonna poliitika kujundamine libisenud huvikatse organisatsiooni ja kiirabiasutuste kätte.

179. Probleemide vinduma jäämise üheks põhjuseks on valdkonna institutsionaalne killustatus. See muudab valdkonna juhtimise ülesande Sotsiaalministeeriumi jaoks keerulisemaks, kuid ei tee seda võimatuks. Pigem joonib valdkonna fragmenteeritus alla vajaduse mõelda läbi, kuidas valdkonda paremini juhtida ja osapooli kokku tuua. Praktikas tähendab see näiteks ka, et tuleb tagada kiirabi arengusuundade elluviimine.

180. Samuti vajab lahendamist küsimus, kuidas tagada kiirabi kui elutähtsa teenuse ohutus tavaolukorras ning toimepidevus kriisiolukorras, lähtudes asjaolust, et arvestatav osa kiirabitöötajatest ei tööta ainult ühe tööandja juures.

181. Riigikontrolli arvates on kiirabivaldkonna juhtimine, korraldamine ja järelevalve olnud puudulik. Seda näitab asjaolu, et mitmed probleemid on pikalt lahendamata. See on soodustanud kiirabibrigaadide mitteesmärgipärast kasutamist.

182. Riigikontrolli soovitus terviseministrile:

- võtta kiirabi valdkonnas juhtohjad enda kätte ja tagada, et Terviseamet ja Tervisekassa täidavad neile õigusaktidega pandud

ülesandeid alates avaliku konkursi korraldamisest kuni valdkonna nõuete ülevaatusele ning teevad vajaduse korral nende ülesannete muutmiseks ettepanekuid;

Terviseministri vastus: Koostame praegu kiirabi arengusuundi, mille eelnõu edastasime ka teile. Näeme eelnõus ette kiirabi juhtrühma loomise ja selle juhtimise ministeeriumi poolt. See võimaldab meil saada senisest oluliselt parema ülevaate Tervisekassa ja Terviseameti tegevuste täitmisest kiirabi valdkonnas ning seirata tegevuste elluviimist. Kinnitame arengusuunad koos tegevuskavaga 2025. aasta I kvartalis ja anname sellega osapooltele selged juhised kiirabi valdkonna süsteemseks arendamiseks.

- suurendada tervishoiuteenuste omavahelist ning tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimitust. Selleks valmistada ette vajalikud õigusaktide muudatused ja planeerida IT-arendused (nt andmekogude ja registrite põhimäärused jm taoline), mis võimaldaks tulevikus operatiivselt teateid vahetada kiirabi, perearstide ja sotsiaaltöötajate vahel (nt saata patsiendi nõusolekul tervise infosüsteemist sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrisse teateid);

Terviseministri vastus: Analüüsime ja valmistame ette sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuste lõimimist. Meie eesmärk on luua integreeritud sotsiaal- ja tervishoiukorraldus, sealhulgas hõlmates kiirabi. Integreeritud teenuste korraldusmudeli välja arendamisesse on kaasatud nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonna spetsialistid. Plaanime korraldusmudeli analüüsi ja ettepanekud esitada Vabariigi Valitsusele 2025. aasta maikuu.

IT-arendusi, mis toetavad soovitusete täitmist, viiakse ellu e-tervise strateegia rakendamise raames. E-tervise strateegia toetab kiirabi IT-süsteemide arendamist, tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimimist ning auditi tulemuste rakendamist tervikuna.

- leppida koostöös teiste valdkondade ministritega kokku põhimõtted, mille alusel otsustatakse, millise tööandja juurde riigikaitseametnikohal töötavad inimesed kriisilukorras siirduvad. Näiteks võiks riigikaitseametnikohal töötajal olla kohustus teavitada tööandjaid oma teistest töökohtadest.

Sotsiaalministeeriumi vastus: Riigikaitseametnikoha määramise põhimõtted otsustatakse tsiviilkriisi ja riigikaitse seaduse eelnõus.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontrollile teadaolevalt nimetatud eelnõu seda küsimust ei lahenda.

183. Riigikontrolli soovitused Tervisekassa juhatuse esimehele:

- korraldada kiirabibrigaadi pidajate valikuks avalik konkurss ning hinnata regulaarselt (nt viie aasta tagant), kas kiirabi teeninduspiirkondade jaotus vastab tegelikule vajadusele;

- vaadata üle kiirabi mõõdikud ja veenduda esiteks selles, et mõõdetakse kõiki olulisi kiirabi osutamise aspekte, ja teiseks selles, et kõikide mõõdikute jaoks vajalikke andmeid on võimalik koguda ja analüüsida. Teha mõõtmise tulemused, analüüs ja järeldused kiirabiasutustele kättesaadavaks ning tagada leitud parendusvõimaluste elluviimine;
- võtta tööplaani rakendada e-kiirabis kliiniline otsustustugi, mis tugineb kiirabi tegevusjuhendile. Toetada telemeditsiinilise arstliku toe juurutamist ja oludele kohandamist kõigis kiirabiasutustes, kes seda soovivad ja vajavad.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Kiirabibrigaadi pidajate avalik konkurss on plaanipärane tegevus. Tervisekassa kuulutab kiirabi avaliku konkursi välja 2025. a II poolaastal. Vastavate ettevalmistustega on alustatud, sh viidud läbi teeninduspiirkondade analüüs. Kuigi varasemalt pole kiirabi teeninduspiirkondade ja brigaadide paiknemise seire olnud Tervisekassa ülesanne, on nii 2019. kui ka 2024. aastal teostatud vastav analüüs (viimase analüüsiga saab tutvuda [siin](#)). Edasiste tegevuste planeerimiseks saab Tervisekassa tuge kiirabi arengusuundade kavast, mille koostamist veab Sotsiaalministeerium.

Kvaliteediindikaatorite arendamine on pidev protsess, millega jätkame ka 2025. aastal. Tervisekassa panustab uutesse digilahendustesse, sh telemeditsiini võimekuse ja kvaliteedimõõdikute arendamisse. Tervisekassa toetab kiirabi korralduses ühise selge sihi loomist ja avatud koostööd Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja teiste valdkonna partneritega.

Riigikontrolli kommentaar: Tervisekassa 2019. ja 2024. aasta kiirabikaartide analüüsid käsitlevad ennekõike väljakutsetele kohale jõudmise aegasid. Analüüsides ei ole käsitletud aga näiteks rahvastiku muutusi omavalitsustes, liikumiskiirusi ja teel olevaid takistusi, HVA-haiglate võimekust tervishoiuteenuseid pakkuda ning brigaadide hõivatust.

Kiirabi kvaliteedimõõdikute arendamisel on lisaks praegusele protsessi mõõtmisele oluline tähelepanu pöörata ka tulemuste ja nn struktuuri-väljundite mõõtmisele.

184. Riigikontrolli soovitused Terviseameti peadirektorile:

- otsustada kiirabi sündmuste raskusastme määramise analüüsimisele tuginedes väljakutsete menetlemise manuaali ja/või teiste väljakutsete korraldust puudutavate õigusaktide muutmise vajadus (soovitust tuleb vaadata koos eelmise peatüki soovitusega p-s 97);

Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet võtab Riigikontrolli soovitusi arvesse.

- tagada kiirabi valdkonna korraldamisel, et planeeri-teosta-seira-korrigeeeri tsüklid toimiks. Selleks jätkata ohuproгноosidel põhinevat järelevalvet kiirabiasutuste üle ja teha järelevalvest tuleva teabe alusel ettepanekuid kiirabivaldkonna arendamiseks. Muu hulgas kontrollida tõhusamalt kiirabikaartide täitmist, et parandada andmete kvaliteeti;

Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet jätkab senise praktikaga, kus ohuproгноosides tuuakse esile järelevalve prioriteetsed suunad. Demingi ringi kasutamise asjakohasuse meeldetuletamise eest tänane, toome selle protsessis ülesleitavamalt välja.

- vaadata koostöös Tervisekassaga üle kiirabi teeninduspiirkondade arv, paiknemise ja brigaadide jaotus teeninduspiirkondade kaupa ning kinnitada vajalikud muudatused (vt p 183 esimest soovitus).

Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet selgitab, et analüüse on tehtud regulaarselt, viimane neist aastal 2024, mille järeldusi võetakse arvesse 2025. aastal Tervisekassa läbiviidavas kiirabiteenuse hankes.

Riigikontrolli kommentaar: 2019. ja 2024. aastal analüüsis kiirabikaarte Tervisekassa. Kummaski analüüsis ei käsitletud väljakutse järel patsiendini jõudmise kiiruse kõrval teisi kiirabi kättesaadavuse seisukohalt olulisi tegureid. Lisaks on oluline märkida, et Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa tegevusest ja selgitustest ei ilmne, kes, kuidas ja millal otsustas eelmainitud analüüside tulemusel teeninduspiirkondi ning brigaadide paiknemist muuta või mitte. Arvestades, et kiirabi on elutähtis teenus ning kiirabiteenuse osutamiseks kulub suur summa, peavad teeninduspiirkondade jaotuse ja brigaadide paiknemise kohta tehtud otsused olema jälgitavad.

/allkirjastatud digitaalselt/

Ines Metsalu-Nurminen
auditiosakonna peakontrolör

Riigikontrolli soovitused ning Sotsiaalministeeriumi, Siseministeeriumi, Terviseameti, Tervisekassa ja Häirekeskuse vastused

Riigikontroll andis auditi käigus tehtud tähelepanekute põhjal Sotsiaalministeeriumile, Siseministeeriumile, Terviseametile ja Tervisekassale mitmeid soovitusi. Terviseminister saatis oma vastuse Riigikontrolli soovitustele 12.12.2024, Siseministeeriumi pääste- ja kriisivalmiduse asekanstler 06.12.2024, Terviseameti peadirektor 08.12.2024 ja Tervisekassa juhatuse esimees 02.12.2024. Häirekeskuse peadirektor edastas oma kommentaarid 04.12.2024.

Üldised kommentaarid auditiaruande kohta

Siseministeeriumi vastus: Täname põhjaliku aruande eest kiirabiteenuse korraldamise teemal. Selle kirjaga vastame aruandes väljatoodud soovitustele, mis on suunatud siseministrile. Samuti soovime jagada oma seisukohti aruandes esitatud väidete kohta ning juhtida tähelepanu mõningatele aspektidele, mis meie hinnangul võivad mõjutada audiitorite hinnangu korrektsust.

Siseministeeriumi täiendused p 96 toodud soovituste vastuse juurde:

1) Konteksti loomiseks lisame, et alates 2018. aastast on meditsiiniteadete menetlemise maht päästekorraldaja õppes võrreldes politsei- ja päästeteadete menetlemise mahuga märgiliselt suurem. Täpsemalt jaotuvad osakaalud järgmiselt:

- meditsiiniteadete menetlemise maht – 390 h;
- politseiteadete menetlemise maht – 182 h;
- päästeteadete menetlemise maht – 156 h.

Tasub ka märkida, et tüüpjuhtumeid, mida päästekorraldaja peab õppe jooksul omandama, on politseivaldkonnas kiirabi valdkonnaga võrreldes enam kui poole rohkem. Täpsemalt jaotuvad tüüpjuhtumid arvuliselt järgmiselt:

- kiirabivaldkonna tüüpjuhtumeid – 37;
- politseivaldkonna tüüpjuhtumeid – 81;
- päästevaldkonna tüüpjuhtumeid – 29.

Ekki uus päästekorraldaja õppekava ei ole 06.12.2024. a seisuga kinnitatud, siis meditsiiniteadete menetlemise mahu vähendamist ei ole uues õppekavas planeeritud.

2) Konteksti loomiseks lisame, et Häirekeskus annab 112 kõne saabudes ohuhinnangu Terviseameti kinnitatud manuaali järgi ühe minuti jooksul vaid kuuldu ja küsimustele saadud vastuste põhjal ning helistaja juttu usaldades. Seejuures tuleb arvestada, et helistajad võivad oma tervisemuresid nii üle- kui ka alahinnata. Kiirabibrigaad saab seevastu hinnata ohtu kohapeal kõiki meeli ja vastavaid eriteadmisi kasutades.

Lisaks esitab Siseministeerium Häirekeskusele ja Terviseametile ootuse uuendada kiirabisündmuste menetlemiseks loodud manuaali. Esmajärjekorras vajavad analüüsi need tüüpjuhtumid, mille prioriteete hindasid kiirabi ja Häirekeskus aruandes enim erinevalt.

1. Üle- ja alatriaazimise määr

Aruandes väidetakse, et kiirabi väljakutsete triaazimisel on küsitavusi, viidates märkimisväärsele erinevusele Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide hinnangutes raskusastmete osas. Selle põhjal jõuti järeldusele, et ületriaazimise määr Eestis ületab rahvusvaheliselt soovitatavat taset. Siseministeerium leiab, et aruande hinnang ei ole korrektne ega tõenduspõhine. Kasutatud metoodika ei võimalda teha sedavõrd üldistatud järeldusi ning aluseks on võetud ebasobiv juhis üle- ja alatriaazi hindamiseks. Aruandes viidatakse Põhja-Ameerika juhendile Field Triage Guidelines (FTG), mille järgi on ületriaazi sobilik määr 25–35% ja alatriaazi puhul kuni 5%. FTG on aga mõeldud füüsiliste traumade triaaziks, mistõttu ei sobi seda kasutada üldiste meditsiiniliste hädaolukordade puhul. Selline lähenemine viib eksitavate järeldusteni. Teaduskirjanduses puuduvad ühtsed standardid üle- ja alatriaazi hindamiseks. Rõhutatakse^{71, 72}, et triaazikriteeriumid tuleb kohandada vastavalt kohalikele oludele ja tervishoiusüsteemi eripäradele. Ei ole otstarbekas rakendada ühe piirkonna standardeid teises

⁷¹ Grossman, D. C., Kim, A., Macdonald, S. C., Klein, P., Copass, M. K., & Maier, R. V. (2010). Urban-rural differences in prehospital care of major trauma. Journal of Trauma, 42(4), 723–729.

⁷² Newgard, C. D., Zive, D., Holmes, J. F., et al. (2011). A critical assessment of the out-of-hospital trauma triage guidelines for physiologic abnormality. Journal of Trauma, 70(6), 1331–1338.

kontekstis. Seetõttu palume lõpparuandes loobuda väitest, et ületriaažimise määr Eestis on rahvusvaheliselt soovitatavast tasemest oluliselt kõrgem.

Riigikontrolli kommentaar: Kuigi Ameerika Ühendriikides kasutusel oleva juhendi (*Field Triage Guidelines, FTG*) kriteeriumid puudutavad traumapatsiente, on teaduskirjanduses kasutatud sama juhendit ning üle- ja alatriaažimise kriteeriume kõikide kiirabi väljakutsete analüüsimisel.^{73, 74} Teaduskirjanduses on seda tehtud uurimise eesmärkidel ehk selleks, et välja selgitada, millise prioriteediga väljakutsete ja/või tüüpjuhtumite puhul on hinnangute erinevus piisavalt suur, et täiendav analüüs ette võtta ning seejärel süsteemi vajadusel muuta. Riigikontroll tegi sama.

Riigikontroll jagab seisukohta, et triaaži hindamise kriteeriumid tuleks kohandada kohalikele oludele ja tervishoiusüsteemi eripäradele. Eestis seda aga seni tehtud ole, kohalikele oludele kohandatud standard puudub. Seega olid FTG ja teaduskirjanduse kriteeriumid parimaks võimalikuks kättesaadavaks võrdlusaluseks. Auditis tehtud analüüsi kordamine (mida on Riigikontroll aruandes soovitanud) looks võimaluse Eesti andmeid eri ajaperioodidel analüüsida, et seekaudu parenduskohti leida.

Et Riigikontrolli mõte veel paremini aruandes välja tuleks, on sõnakasutust täpsustatud ning lisatud, et mõõdupuuks on võetud teaduskirjanduses kasutatud lähenemine.

Siseministeeriumi vastus:

2. Üldistatud hinnangud

Lisaks juhime tähelepanu, et aruande järeldused põhinevad piiratud valimil, mis ei võimalda teha üldistusi kogu kiirabisüsteemi kohta. Aruandes analüüsiti andmeid ühe kuu perioodil (09.10.–08.11.2023), mil toimus 21 900 väljakutset. Kiirabibrigaadid hindasid sündmuste prioriteete 12 300 korral, mis moodustab umbes 56% väljakutsetest. Arvestades, et aastas toimub keskmiselt 270 000 väljakutset ja raskemaid juhtumeid on 180 000 (66%), moodustab aruande valim vaid 5% raskemate juhtumite koguarvust. Statistiliselt usaldusväärsete järelduste tegemiseks on vajalik suurem ja esinduslikum valim, mis hõlmab pikemat ajaperioodi ja erinevaid piirkondi. Ühe kuu andmete põhjal ei saa teha üldistusi kogu triaažimiskorralduse kohta. Samuti märgime, et 44% juhtumite kohta hinnangut ei antud. Aruandes ei ole selgitatud, kuidas hindamised jagunesid kiirabibrigaadide vahel ning milline oli positiivsete ja negatiivsete hinnangute osakaal. Suur mittevastamise määr võib viidata nn vabatahtliku vastamise kallutatusse, kus negatiivsete kogemustega isikud on uuringus osalemise suhtes motiveeritumad. Selline kallutus on tervishoiuvaldkonna uuringutes hästi dokumenteeritud ja võib moonutada tulemusi.⁷⁵ Arvestades valimi väiksust ja võimalikke kallutusi, palume lõpparuandes vältida üldistatud hinnangute andmist ning piirduda tulemuste statistilise esitamisega koos meetodika piirangute selgitamisega.

Riigikontrolli kommentaar: Valimi moodustamine on aja jm ressursside piiratuse tõttu auditite standardpraktika. Auditis oli ajaliseks raamiks ühekuuline periood oktoobris–novembris 2023. Sel ajal oli kiirabibrigaadide hinnatud väljakutseid 12 300. Seega tekkis valim, mis on piisavalt esinduslik, et teha 270 000 juhtumi suuruse üldkogumi kohta järeldusi usaldusnivool 95% ja veamääraga 1%.

Valimi esinduslikkus oli piisav:

- Perioodil 09.10.–08.11.2023 teenindas kiirabi väljakutseid 130 brigaadi, kellest hinnangu andis 92%. Hinnangu jätsid märkimata 11 brigaadi, kes teenindasid hinnatud perioodil kokku vaid 94 väljakutset.
- Ülejäänud 119 brigaadi andis oma hinnangu keskmiselt 56%-le väljakutsetest ehk 12 300-le. Üldiselt peetakse piisavaks vastamise määra 30–50%. Seega oli 56%-line vastamise määr piisav, et teha üldkogumi kohta järeldusi.

Siseministeeriumi vastus:

3. Sündmuste osakaalu seos õppemahuga

Aruanne selgitab, et meditsiiniliste kutsete menetlemise õppeaine moodustab 25% kogu päästekorraldaja õppest ning Eesti Kiirabi Liidu hinnangul peaks seda osakaalu õppes suurendama. Seda hinnangut toetab aruandes esitatud argumentatsioon, et keskmiselt on 67% kõikidest 112-sündmustest kiirabisündmused, võrdluses PPA sündmuseid on 27% ja päästesündmuseid 5%.

Selle konteksti põhjal saab teha justkui loogilise järelduse, et kui reaalses elus on kiirabi sündmuseid 67%, siis meditsiinialane õpe ei tohiks moodustada vaid 25% kogu õppest. Aga kui pöörata see argument teistpidi, siis – kui pääste valdkonna sündmuseid on 5%, siis see ei tähenda, et päästekorraldaja õppes peaks järelikult olema päästevaldkonnaga seotud õpet vaid 5%. Ehk – sündmuste mahu ja õppe mahu vahele ei saa tõmmata sirgjoonelist järeldust. Näiteks tuleb

⁷³ Torlén K, Kurland L, Castrén M, Olanders K, Bohm K. [A comparison of two emergency medical dispatch protocols with respect to accuracy](#). Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2017 Dec 29;25(1):122.

⁷⁴ Dami F, Golay C, Pasquier M, Fuchs V, Carron PN, Hugli O. [Prehospital triage accuracy in a criteria based dispatch centre](#). BMC Emerg Med 2015 Oct 27;15:32.

⁷⁵ Cook, J. V., Dickinson, H. O., & Eccles, M. P. (2009). [Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study](#). BMC Health Services Research, 9, 160.

õppemahu osakaalude hindamisel võtta arvesse ka tüüpjuhtumite arvu, mida Häirekeskuse päästekorraldaja peab 112 kõnede menetlemiseks tundma. Häirekeskuse vaates on kiirabi valdkonnas tüüpjuhtumeid kokku 37, ent politseivaldkonnas on tüüpjuhtumeid võrdluseks 81 ning päästevaldkonnas 29.

Terviseameti vastus: Täname ja tunnustame Riigikontrolli selle põhjaliku aruande läbiviimise eest sellises keerulises ja kompleksses valdkonnas, nagu seda on tervishoid. Alljärgnevalt esitab Terviseamet omapoolsed kommentaarid ja seisukohad.

Lk 3 on Riigikontrolli soovitus Terviseameti peadirektorile: 1) asuda iga-aastaselt seirama Häirekeskuse ja kiirabi brigadide väljakutsete raskusastmetele antud hinnanguid ning analüüsida, kas väljakutsete menetlemise korraldus vajab muutusi.

Selgitame, et analüüsimist ja tagasisidestamist tehakse pidevalt koostööpartneritega, sh Häirekeskuse ja Eesti Kiirabi Liiduga (EKL) ning sellest annab tõestust Terviseameti peadirektori 25.02.2019. a käskkiri nr 1.1.-1/19/17 „Kiirabi tüüpjuhtumite ja juhiste kinnitamine“ (tüüpjuhtumi manuaal). Dokumendi väljatöötamisse kaasati nii EKL kui ka Häirekeskus. Tegemist on uue lähenemisega, mis võrreldes varasema manuaaliga erineb oluliselt. Selle käivitamise järel on manuaali rakendamist seiratud ja jooksvalt ka analüüsitud ning vajaduspõhiseid muudatusi sisse viidud, sh selle rakendamiseks vajalikke aluseid töhustatud, nt nagu Terviseameti toetus Häirekeskusele, eesmärgiga koolitada varasemast rohkem päästekorraldajaid teatud tüüpjuhtumite käsitlusest. Manuaali täiustamise protsess on pidev, mitte ühekordne tegevus.

Riigikontrolli palvel ja kiirabipidajate kiirabi brigadijuhtide poolt läbi viidud hinnangute andmine Häirekeskuse kutsetele on tervitav tegevus, mille võimalus on kiirabi brigadijuhtidel e-kiirabi platvormil alati vabatahtlikkuse printsiibil olnud, kuid siiani ei ole seda võimalust suuresti kasutatud. Terviseamet näeb selles võimalust tõhustada koostööd asutuste vahel ja kaalub hinnangute andmise muutmist kohustuslikuks andmeväljaks, mille peab brigadijuht alati täitma. See nõuab siiski arendustööd e-kiirabi süsteemis kui ka õigusaktide muudatust, samuti teavitustööd kiirabipidajate ja Häirekeskuse poolt.

Samas leiab Terviseamet, et kiirabi brigadijuhtide hinnangute põhjal tehtud analüüs on oma olemuselt nõrk nii meetodiliselt kui ka sellest tehtud järeldused on liialt lihtsustatud ning kokkuvõttes ei ole omavahel võrreldavad. Selgitame, et tüüpjuhtumi manuaal, mille alusel Häirekeskus määrab väljasõidukorralduse triaazi kategoria, on detailne ja põhjalik dokument, mis põhineb tõendusmaterjalil ja on praktikas end tõestanud. Selline lähenemine on kasutusel ka mitmetes teistes riikides nagu Taani ja Norra. Kiirabi brigadijuhtidel puudub meetodika ja juhised, mille alusel tehti hinnanguid ning seega võib ühe brigadijuhi hinnangu alus ja lähenemine eristuda täielikult teise brigadijuhi hinnangu alusest. Kiirabi brigadijuhid andsid enda eksperthinnangu ja ei lähtunud eraldi väljatöötatud juhenditest vms kooskõlastatud ja tõendusmaterjalist dokumentidest. Kuna seda paluti Riigikontrolli palvel lühikese perioodi vältel hinnata, on asjakohane ka esile tuua, et brigadijuhid ei ole harjunud sellist hindamist tegema ehk neil ei ole ka enamuse kogemust ja vilumust sellist tagasisidet anda. Suure tõenäosusega on kutsete prioriteedid mingis mahus ülehinnatud, kuid mitte nii palju, kui selles lihtsa meetodikaga analüüsis tahetakse näidata. Kui otsustatakse edasi liikuda kiirabipidajapoolse kutse prioriteedi tagasisidestamisega ehk antakse omapoolne hinnang, siis ei ole võimalik seda teha ilma täiendavate juhiste väljatöötamiseta.

Riigikontrolli kommentaar: Kiirabi brigadid lähtusid Riigikontrolli palvel väljakutsete prioriteetsuse hindamisel valitsuse määruses⁷⁶ sätestatud kriteeriumitest, millele tugineb ka Terviseameti peadirektori kinnitatud väljakutsete manuaal. Seetõttu oli Riigikontrolli analüüsi tarbeks (mille eesmärk oli viidata võimalikele parenduskohtadele ja tuua esile edasise analüüsi vajadus) meetodiliste lähtekohtade ühtlus piisav. Kui Terviseameti hinnangul võivad kiirabi brigadid meetodikast (s.t valitsuse määrusest) eri moodi aru saada ja olukordi tõlgendada teistmoodi, kui seda tehakse Häirekeskuses, siis on vajadus osapoolte arusaamu ühtlustada juba üsna sisuline.

Lisaks arvestas Riigikontroll andmete analüüsimisel ja soovitude kujundamisel sellega, et kutsete prioriteedid võivad olla kas üle- või alahinnatud (kasvõi sel põhjusel, et kiirabi brigadijuhtidel on rohkem infot sündmuste hindamiseks kui Häirekeskuses).

Terviseamet on märkinud veel, et Eestis kasutusele võetud väljakutsete manuaal tugineb Taanis ja Norras kasutusel olevatele manuaalidele, mis on ennast praktikas tõendanud. Siinjuures on Riigikontrolli arvates vaja tähele panna ka seda, kuidas kiirabikutsete menetlemine on nendes riikides korraldatud. Taanis teevad päästekorraldajad vaid kõnede eelvaliku ja suunavad need edasi asjakohasele ametkonnale: kiirabile, päästele või politseile. Norras kasutatakse kolme hädaabitelefoni, eraldi kiirabi, politsei ja pääste jaoks. Nii Taanis kui ka Norras on kiirabikõnede vastuvõtjal meditsiiniline haridus. Eestis menetlevad päästekorraldajad ühtaegu nii kõnesid kui ka saadavad abi välja. Need on väga olulised Eesti ning Taani ja Norra mudelite erinevused.

Terviseameti vastus: Selgitame, et Terviseamet kinnitab kiirabi brigadide teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ning jaotuse teeninduspiirkondade vahel, mille eelduseks on antud teemadel andmeanalüüs ja sellest tehtud järeldused. Selliseid

⁷⁶ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord.“ Lisa 1.

analüüse on viidud läbi perioodiliselt aastatel 2014, 2019, 2024, millest viimane on valminud käesoleva aasta suvel ja tänaseks ka kinnitatud ning avalikustatud. Seega on olukorda süsteemselt analüüsitud ning ka vajaduspõhiselt tehtud muudatusi. Nendest analüüsides tehtud järeldused ja muudatusvajadused kajastatakse tulevases Tervisekassa kiirabiteenuse hankes.

Riigikontrolli kommentaar: Terviseamet analüüsis kiirabi teeninduspiirkondade jaotust koostöös Sotsiaalministeeriumiga 2012. aastal. Analüüsi täpsema sisu kohta amet selgitusi esitada ei osanud, mistõttu ei ole Riigikontrollil võimalik hinnata, kas analüüs sisaldas kiirabibrigaadide paiknemise ja teeninduspiirkondade jaotuse hindamiseks vajalikke tegureid. Riigikontroll vaatas läbi Tervisekassa 2019. ja 2024. aastal tehtud kiirabikaartide analüüsid, mis käsitlevad ennekõike väljakutsetele kohale jõudmise aegu. Analüüsid ei käsitle teisi kiirabi kättesaadavuse seisukohalt olulisi tegureid nagu rahvastiku muutused omavalitsustes, liikumiskiirus ja teel olevaid takistused, HVA-haiglate võimekus tervishoiuteenuseid pakkuda. Teisisõnu on viidatud analüüsid olnud poolikud ega anna täit kindlust, et teeninduspiirkondade jaotus on parim võimalik.

Terviseameti vastus: Selgitame, et Terviseamet on oma järelevalve ressursi suunanud enne uut ohuproгноoside lähenemise kasutusele võtmist kiirabi järelevalvesse vajaduspõhiselt, suuresti reageerivana, nt kaebustepõhiselt. Terviseametil kasutusel ohuproгноoside süsteem, mille alusel hinnatakse ja kujundatakse terviklähenedamine järelevalve prioriteetsusele. Kiirabi on ohuproгноosi alusel viimased kaks aastat ühe prioriteetse suunana järelevalves kirjeldatud ning seda viiakse läbi ennetavalt, kuid jätkuvalt ka reageerivana ehk kaebuste/juhtumite põhisel. Terviseamet on lisaks teatud juhtumite põhjal lähenenud ka konkreetsetele teemadele laiemalt, mille tõenduseks on nt 2023. aastal valminud kiirabi väljasõidu aegade muutmise andmeanalüüs kõikide kiirabipidajate lõikes.

Lisaks selgitame, et kiirabi valdkonna õigusaktide ajakohasuse üle on amet teinud pidevat koostööd koostööpartneritega nagu kiirabipidajad või Häirekeskus. 2023. aastal läbiviidud kiirabi järelevalve käigus selgusid kiirabi varustuse teatud artiklite mittevajalikkus, mida Terviseamet palus täiendavalt analüüsida ja hinnata EKLil. Liidu tagasisidel tehti muudatusettepanekud Sotsiaalministeeriumile, mis jõustus 01.01.2024. Lisaks selgitame, et järelevalve käigus ei selgunud ainult mittevajalikkus, vaid x ravimite ohtlikkus, tarneraskused ning ravijuhiste ja õigusaktides välja toodud ravimite/vahendite mittekattuvus. Kiirabide väitel sisaldas määrus ravimeid/vahendeid, mida ravijuhised x juhtumite puhul enam kasutada ei soovitanud või polnud tõenduspõhised. Seega peaks siinkohal olema ja on see koostöö vastastikune. Kui EKL teab, et määruse nõuded ei ole ajakohased, sisaldavad ebavajalikke või lausa ohtlikke vahendeid, ei pea ootama tingimata järelevalvet, et teha ka omalt poolt ettepanekuid muudatuste siseseviimiseks. Arusaadavalt on Terviseameti roll muudatusettepanekute tegemine, kuid ka EKL (jt liidud/seltsid), kuhu kuuluvad valdkonna eksperdid, olles kursis enda erialaste arengutega, saavad neid teha, et kiiremini lahendus leida. Lisaks on Terviseamet olnud kaasatud Sotsiaalministeeriumi kiirabi arengusuundade koostamisse, kus on samuti koostöös kiirabipidajatega arutatud õigusaktide muudatusvajadusi.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll tutvus Terviseameti järelevalve dokumentidega, millest selgus, et kiirabiasutus oli Terviseameti tähelepanekutele vastates selgitanud, et tegemist oli ohtliku ravimiga või selle tarnimisega on raskusi. See tähendab, et Terviseametil oli info, mille alusel oli võimalik teha ettepanekuid õigusaktide muutmiseks, ootamata ära EKL ettepanekuid. Kiirabi järelevalve ja kiirabiteenuse korraldamine (sh ettepanekud õigusaktide muutmiseks) on Terviseameti ülesanne, mille täitmisel ei saa jääda lootma huvikaitse organisatsiooni initsiatiivile ja eestvedamisele.

Terviseameti vastus: Lk 1. *Kiirabi ei kasutata tihti eesmärgipäraselt, sellele viitab muu hulgas märkimisväärne erinevus Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide väljakutsete raskusastmete hinnangutes.*

Terviseamet selgitab eespool oma vastuses nr 1 põhjalikult (vt eelmine lehekülj), miks seda võrdlust ei ole võimalik tõsiselt võtta ja ei anna õiglast hinnangut olukorrale ega saa ka teha asjakohaseid järeldusi. Häirekeskusele annab info helistaja, selle analüüsil määratakse manuaali kasutades kutse prioriteetsus. See on täiesti aktsepteeritav, et kutse raskusastet nii langetatakse kui ka tõstetakse, kui sündmuse hindamisse sekkub meedik, kes on selleks pädev. Meedik saabub kiirabiga.

Lk 1 äärisel. *Ligikaudu veerand väljakutsetest ei ole kiirabitöö.*

Terviseamet selgitab, et kiirabikutsete prioriteetsuse aste annab mõista, et on olemas ka madalama prioriteetsusega abivajajad ehk ei ole vaid eluohtlikus seisundis patsiente. See on normaalne, et inimesed hindavad oma tervisemuresid üle ja samuti ka alahindavad. Näitena saab tuua ka peremeditsiini süsteemi, kus erakorralisi patsiente peab suutma vastu võtta pöördumise päeval. Sageli on inimese olukord sedavõrd ägenenud, et kiirabi kutsuda või haigla erakorralise meditsiini osakonda suunata on asjakohane. Pöördvõrdeliselt toimub sama ka kiirabisüsteemis, kus inimesed alahindavad enda probleemi ja algselt madala prioriteediga kutse on hoopis mitu korda kõrgem, kui kiirabi kohale jõuab. Samuti ka algselt Häirekeskuse määratud kõrgema prioriteetsusega kutse võib osutuda madalamaks, sest helistaja hindab muret üle, on ärevuses vms tunnetuslik esialgne info, kuna inimesed ei pruugi osata enda seisundist anda adekvaatset ülevaadet. Häirekeskuse päästekorraldaja määrab kutse tüüpujuhtumi manuaali ja abivajaja selgituste põhjal.

Riigikontrolli kommentaar: Lehekülje 1 vasakserval on võrdluseks toodud Riigikontrolli 2004. aasta auditi „Esmase erakorralise arstiabi korraldus“ peamised tähelepanekud, et lugejal tekiks võrdlusmoment valdkonna ajalooga.

Kiirabikutsete prioriteetsuse hindamise kohta kirjutab Riigikontroll aruande punktis 39, et tervisemurede ülehindamine on teatud ulatuses normaalne ning aktsepteeritav. Ent probleem on suur erinevus Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide C- ja D-kutsete prioriteetsuse hinnangutes, mis viitab vajadusele süsteemselt koguda ja hinnata kiirabibrigaadide tagasisidet väljakutsetele ning tarvidusele analüüsida, kas märkimisväärne prioriteetide erinevus on Eesti kontekstis aktsepteeritav või mitte. Sõltuvalt sellise analüüsi tulemustest on vaja hinnata manuaali või päästekorraldajate koolituse muutmise vajadust.

Terviseameti vastus: Lk 1. *Kiirabi kasutatakse liiga tihti nagu taksot, et transportida mitteerakorralisi patsiente.*

Terviseamet nõustub, et haiglatevahelises koostöös Häirekeskuse ja kiirabipidajatega on võimalik koostööd tõhustada, sh ka läbi tüüpjuhtumite manuaali täpsustamise ja päästekorraldajate koolitamise. Seda on ka Terviseamet teinud 2024. aastal, teavitades ja selgitades HVA haiglatele, mille põhjal võib rakendada kiirabi patsiendi transpordiks, ning samuti on muudetud tüüpjuhtumite manuaali. Samas on Riigikontrolli väide, nagu kiirabi kasutatakse taksona, tihti kontekstist väljas, kuivõrd tegu on siiski patsientide transpordiga ehk tegu ei ole pelgalt terve inimese sõidutamisega ühest punktist teise, mille eest tasub patsient. Inimene vajab jätkuvalt haiglaravi ning enamjaolt toimuvad sellised meditsiinilised transportimised madalama astme haiglast kõrgema etapi haiglasse, mis annab mõista, et patsient vajab kõrgematasemelist eriarstiabi. Lisaks on mainimisväärt, et selliseid meditsiinilisi transporditeid teostatakse kogu kiirabikutsetest alla 1%.

Riigikontrolli kommentaar: Auditi käigus selgitas Terviseamet, et 2024. aasta teavituse näol oli tegemist juhistega ehk nõuannetega, mitte haldusaktiga, millega Terviseamet kohustaks haiglaid reegleid järgima. Probleem aga on nimelt selles, et haiglad pahatihti neid juhiseid ei järgi. Transpordikutsetest umbes pool ei ole erakorralised ehk nendel juhtudel ei peaks kasutama operatiivarvestuses olevat kiirabibrigaadi. Haigla peaks mitte-erakorraliste patsientide sõidutamiseks kasutama muud transporti, milleks on haigla enda transport (vajadusel spetsiaalse varustusega auto). Selle puudumisel peaks haigla transpordi tellima lepinguliselt (meditsiinilise) transporditeenuse pakkujalt või tellima kiirabiasutuselt eraldi tasulist teenust.

Terviseameti vastus: Lk 2 äärisel Tervishoiuamet. Tervishoiuamet oli aastatel 2002–2009. Aastal 2010 moodustati Tervisekaitseinspeksiooni, Tervishoiuameti ja Kemikaalide teabekeskuse ühendamisel uus asutus – Terviseamet.

Riigikontrolli kommentaar: Leheküljel 2 vasakserval on võrdluseks toodud Riigikontrolli 2004. aasta auditi „Esmase erakorralise arstiabi korraldus“ peamised tähelepanekud ja toona oli tegu Tervishoiuametiga.

Terviseameti vastus: Lk 2. *Terviseamet on täitnud nii kiirabiteenuse planeerimise, korraldamise kui ka järelevalve ülesandeid poolikult. Kõigis nendes ülesannetes on amet olnud pigem passiivne kui probleeme ennetav ja lahendav. Järelevalvest tulenevat teavet ei kasutata kiirabivaldkonna ajakohastamiseks.*

Terviseamet ei nõustu, et ülesandeid oleks teostatud poolikult, ning see ei selgu ka Riigikontrolli aruandest. Palun tuua konkreetset välja, millises menetluse etapis Terviseamet töö peatab, et lugeda järelevalvet poolikuks? Vastuväited sellele leiab eelnevatest ameti kommentaaridest kui ka kiirabi teeninduspiirkondade regulaarsetest analüüsides, teostatud järelevalve menetlustest ja õigusaktide muudatusettepanekust. Lisaks on loodud tüüpjuhtumite manuaal, see rakendatud ja uuendatud. Lisaks teeb Terviseamet igapäevaselt otsuseid lisabrigaadide käivitamiseks, kiirabi toimepidevuse arendamiseks, kriisikoolituste ja õppuste planeerimiseks, samuti vajaliku toimepidevust toetavate hangete läbiviimine. Toimib pidev koostöö nii EKL-i, kiirabipidajatega ja teiste koostööpartneritega nagu Politsei- ja Piirivalveameti, Päästeameti, Häirekeskuse ja Kaitsevägega. Terviseamet kuulub alalise liikmena põhjamaade Nordic EMS-i liitu, mille eesmärk on töötada välja ja võrrelda riigiti kiirabi kvaliteediindikaatoreid, mida kõrvutades tõendus põhiste teadusartiklite tulemustega, tehakse järeldusi, mis on parimad praktikad, mida oleks võimalik liitu kuuluvate riikidel üksteiselt üle võtta või siis täiustada teiste riikide kogemuste ja praktika põhjal. Eesti on silmapaistev enda heade tulemustega, andes märku meie kiirabisüsteemi väga heast tasemest. Hinnang, et amet on olnud pigem passiivne kui probleeme ennetav ja lahendav, on meelevaldne. Sellise lähenemisega ei oleks kiirabide toimepidevusega üldse tegeletud, vaatamata sellele oleme kiirabide toimepidevust suutnud viimastel aastatel märkimisväärselt tõsta.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontrolli hinnang, et Terviseamet on oma ülesandeid täitnud poolikult, on ammendavalt kirjeldatud peatükis „Terviseamet on täitnud oma ülesandeid poolikult“ ja kokkuvõtlikult sedastatud punktides 113 ja 114.

Terviseameti vastus: Lk 2. *Lõpetada operatiivarvestuses olevate kiirabibrigaadide kasutamine mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks, et nad ei koormaks sellega kiirabi. Kehtestada haiglatele kord mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks.*

Terviseamet selgitab, et selline kord on kehtestatud tüüpjuhtumite manuaalis ning täiendavalt on teavitatud HVA haiglaid, millisel juhul on patsiendi transport kiirabiga õigustatud.

Riigikontrolli kommentaar: Soovitus on suunatud terviseministrile. Terviseamet selgitas auditi käigus, et 2024. aasta teavituse näol oli tegemist juhistega, mitte haldusaktiga, millega Terviseamet kohustaks haiglaid reegleid järgima. Seega on juhised haiglatele soovituslikud ning nende jõustamine on praktikas osutunud keeruliseks. Näiteks: kui Häirekeskusel on

kohustus manuaali järgida, siis haiglate raviarstid soovivad mõnikord kiirabibrigaade kasutada ka siis, kui Häirekeskuse meediku hinnangul see põhjendatud ei ole. Seega on probleem lõplikult lahendamata.

Terviseameti vastus: P 19. *Ka Terviseamet jt osapooled rõhutavad, et kiirabi tuleks kutsuda vaid ägedate ning erakorraliste haigestumiste ja seisundite korral. Kiirabi ei ravi kroonilisi haigusi, ei väljasta haigus- ja hoolduslehti, retsepte, saatekirju haiglasse ja uuringutele ega transpordi mittekiirabilisi patsiente.*

Ei ole korrektne väita, et kiirabi ei ravi kroonilisi haigusi. Krooniliste haiguste ägenemine võib sageli olla erakorraline või kiirabi kutse tüüpjuhtumite järgi nagu nt vererõhu hüppeline tõus. Seega ravib kiirabi kroonilist haigust, leevendades selle ägedat faasi.

Riigikontrolli kommentaar: P 19 tekst pärineb Terviseameti veebilehelt, kus on kirjas järgmine info:

Pea meeles!

- Kiirabi kutse õnnetusjuhtumist tingitud vigastuste, traumade ning mürgistuste ja ägedate erakorraliste haigestumiste ning seisundite korral;
- kiirabi ei ravi kroonilisi haigusi;
- kiirabi ei väljasta haigus- ja hoolduslehti, retsepte, saatekirju haiglasse ja uuringutele;
- kiirabi ei teosta mittekiirabilist patsientide transporti.

Riigikontroll täpsustas siiski aruande teksti ning lisas, et kiirabi ei ravi kroonilisi haigusi (v.a selle ägedas faasis).

Terviseameti vastus: Lk 15 äärisel ja p 39. 2008. a leidis Tallinna Kiirabi, et häirekeskus hindas 70% D- ja 60% C-kutsete raskusastet üle. 2009. a leidis Tartu Kiirabi, et häirekeskus hindas 31% D-kutsete raskust astet üle. ... Samuti viitab see Terviseameti otsustamatusle muuta kiirabi väljakutsete manuaali, kuigi Häirekeskus on vastavaid ettepanekuid teinud.

Terviseamet tõdeb, et teatud kiirabi väljasõidu prioriteetide ületriaažimine on ühelt poolt probleemkoht ja teisalt taotluslik nähtus, kuivõrd 0%-ni ei olegi võimalik seda tulemust saavutada, sest alatriaazimise risk on liiga kõrge ja tagajärjed inimese tervisele ja elule liiga tõsised. Hetkel me teame Tallinna Kiirabi näitel, et deltakutsete ületriaažimine on umbes kuni 15% ja soov oleks saada see 10%-le. Need varasemad hinnangud toovad taas esile selliste tagantjärele eksperthinnangu kaheldavuse, kuivõrd märgitud on, et ühel aastal on 70% ja järgmisel aastal on 31%. Väljakutseid tehti erinevates linnades, kuid Häirekeskus töötles siiski kutseid sama manuaali alusel, mille aluspõhimõtte erines tänapäevasest manuaalist ehk oli rohkem otsustuspuu põhimõttel töötav ega vajanud sellises mahus meditsiinilist väljaõpet päästekorraldajatelt, nagu hetkel kasutusel olev manuaal nõuab.

Samas väide, et Terviseameti otsustamatuse tõttu ei ole tüüpjuhtumite manuaali uuendatud, on väär, kuivõrd koostöökohtumistel on välja toodud vajaduspõhised muudatused, mis on ka praktikas ellu viidud. Arusaamatuks jääb, mille alusel Riigikontroll Terviseameti otsustamatust hindab.

P 40. *Lisaks üle- või alatriaazimise seirele on tarvis teha järelevalvet kiirabi väljasaatmise kiiruse ja hädaabiteadete menetlemise korra üle. Kuivõrd Häirekeskus on Siseministeeriumi valitsemisalas, peab järelevalve toimuma Siseministeeriumi eestvedamisel, kaasates vajaduse korral Sotsiaalministeeriumit ja Terviseameti, kes vastutavad kiirabi eesmärkide seadmise ja korraldamise eest.*

Terviseamet ei saa ega tee järelevalvet Häirekeskuse töö üle, kuna ei ole ühtegi õigusakti, mis sedasi sätestaks ja annaks ametile sellise ülesande. Terviseamet on teinud mahuka andmeanalüüsi kiirabi väljasõidu kiiruse ja aegade muutmise kohta. Lisaks on teostatud perioodiliselt andmeanalüüsi kiirabi teeninduspiirkondade jaotuse osas, kus analüüsiti ka väljasõidu ja kohalejõudmise aegasid sündmuskohale. Kiirabide väljasõiduaegadest kinnipidamise osas on 2023 ja 2024 tehtud mitmeid järelevalvemenetlusi, samuti ettekirjutusi. Oleme isegi ühe ettekirjutuse vaidega Ringkonnakohtu otsuse ootel. Terviseamet on samuti tihedas koostöös Häirekeskusega, kus regulaarselt kohtutakse ja jagatakse omavahel analüüse ja andmeid.

Riigikontrolli kommentaar: Lisaks sellele, et Terviseameti teeb järelevalvet kiirabiasutuste üle, on oluline teha järelevalvet ka selle üle, kas Häirekeskus järgib kiirabi väljasaatmise aegu ning väljakutsete manuaali. Kuna Häirekeskus kuulub Siseministeeriumi valitsemisalasse, on p-s 40 öeldud, et järelevalve tegemisel peab juhtrollis olema Siseministeerium. Kuivõrd väljakutsete manuaali kehtestab Terviseameti peadirektor, on Häirekeskuse üle järelevalve tegemisel tähtis teha koostööd Terviseameti ja vajaduse korral Sotsiaalministeeriumiga.

Terviseameti vastus: P 45. *Koos uue kriteeriumitel põhineva manuaali tulekuga kasvas Eestis D-väljakutsete osakaal 2021. aasta 9%-lt 2022. aasta 12%-ni ehk kolmandiku võrra. 2023. aastal jäi D-väljakutsete osakaal võrreldes 2022. aastaga samaks. Ka Häirekeskuse ja kiirabi sündmustele antud hinnangute võrdlus näitas (p 31), et erinevus on kõige suurem just D-kutsete puhul.*

Terviseamet juhib tähelepanu antud punkti näitele, mis ilmestab hästi Riigikontrolli Häirekeskuse ja kiirabibrigaadijuhtide prioriteetide määramise võrdluse mittevõrreldavust ja probleemi ulatust. Deltakutsete osakaal tõusis 3%. Samas on

arusaadav, et manuaali testperioodil tulevad välja muudatused ja manuaali korrigeeritakse. Samuti on avalikus sektoris veel haruldane, et teadlikult ja kokkuleppel suuri muudatusi piloteeritakse.

P 46. *On neli põhimõttelist võimalust, kuidas seletada D-kutsete ületriaažimise võrdlemisi suurt määra.*

Terviseamet juhib tähelepanu varasemalt esile toodud asjaolule, et aruandes käsitletud hindamise metoodika või selle puudumine, mille järgi võrreldi kutsete prioriteete, ei ole asjakohane ning on osa „põhimõttelisest võimalusest“, miks aruandes käsitletud ületriaazeerimise järelendus on tekkinud.

Teisalt, Terviseamet tõdeb ning selgitab, et kiirabisüsteem nagu üleüldiselt tervishoiusüsteem on keeruline ja kompleksne ning detailirohke ning siin osutada vaid ühele või teisele probleemile ja/või lahendusele ei ole selgust loov. Ameti hinnangul on vaja kõikide nende esile toodud punktidega edasi töötada, kuivõrd igat aspekti on võimalik tõhustada, sh tüüpjuhtumi manuaali. Lisaks tõdeb amet, et uue tüüpjuhtumi manuaali edueelduseks on alati olnud kutse töötuse ja kutse prioriteedi määramisel tervishoiutöötaja olemasolu, mida Häirekeskusel ei ole või on toetavas funktsioonis vähesel määral. Päästekorraldajatele pakutav 400 h meditsiinilise tasemeõppe maht on ameti hinnangul piisav, kuivõrd see vastab peaaegu Tervishoiu kõrgkooli pakutava erakorralise meditsiini tehnika tasemele, kuid küsitav on selle õppe sisu kvaliteet, õppe tagamise järjepidevus ning praktiline kogemus käsitleda erakorralist patsienti. Ameti hinnangul ei ole Häirekeskuses piisavas mahus õeharidusega töötajaid, kes suudaksid päästekorraldajaid toetada.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll nõustub, et uue tüüpjuhtumi manuaali rakendamise edu eeldus on kutse töötlemisel ja selle prioriteedi määramisel kas tervishoiutöötaja olemasolu või siis päästekorraldaja väga heal tasemel väljaõpe. Sh viitab Terviseamet oma vastuses Riigikontrollile väljaõppe puudulikule kvaliteedile. Riigikontroll juhib tähelepanu, et Terviseametil on õigus probleeme tõstatada ja/või teha ettepanekuid õigusaktide muutmiseks, et põhimõtteline vastuolu süsteemis (et manuaal eeldab meditsiiniharidust) lahendada. Jääb selgusetuks, miks seda tehtud ei ole, sh miks on Terviseameti peadirektor manuaali kinnitanud.

Terviseameti vastus: P 52. *Häirekeskusel puudub õigus osutada tervishoiuteenust, seetõttu ei ole neil kohustust meedikuid tööle võtta. Need meedikud, kes Häirekeskuse palgal on, ei jõua menetleda kõiki neile suunatud kiirabikutseid. Arvestades tervishoiutöötajate teravat puudust Eestis, ei ole tulevikus meedikute arvu suurendamine Häirekeskuses realistlik. See tähendab, et kehtima jääb praegune mudel, milles kiirabi väljakutseid menetlevad päästekorraldajad.*

Terviseameti hinnangul ei ole see asjakohane järelendus, kuivõrd iga asutus saab kirjeldada ära ametikoha nõuded vastavalt ametikoha ülesannetele. Antud juhul on Häirekeskuses juba pikemat aega tööl erinevatel ametikohtadel tervishoiutöötaja haridusega spetsialistid. Kui Riigikontroll on mõelnud sõna meedik all arsti, siis ei pea olema Häirekeskuses tööl arstid. Samuti ei pea Häirekeskus olema tervishoiuteenuse osutaja, et võtta tööle endale tervishoiutöötaja haridusega inimesed (sh õed), kes suudaksid päästekorraldajatest paremini tüüpjuhtumite alusel määrata kutse prioriteeti.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontrollile teadaolevalt on valdav enamus Häirekeskuses töötavatest meedikust õeharidusega. Häirekeskusel on võimalik tervishoiutöötajaid tööle võtta, kuid selleks puudub kohustus. Kui Terviseamet on seisukohal, et kiirabikutsete menetlemine eeldab meditsiinilist haridust, siis on vaja muuta ka kiirabikutsete menetlemise korraldust ning päästekorraldajate kutsestandardit.

Terviseameti vastus: P 58. *Üks kiirabikutsete alaliik on transpordi väljakutsed. Patsiente on pidevalt tarvis kas eri tervishoiuasutuste või sama asutuse eri hoonete vahel transportida (siin nimetatud seda kõike kokku haiglatevaheliseks transpordiks). Selleks kasutatakse operatiivarvestuses olevaid kiirabibrigaade.*

Antud väitest jääb mulje, et muul viisil transportimisi ei teostata. Terviseamet ei nõustu, et meditsiiniliseks transpordiks kasutatakse vaid operatiivarvestuses olevaid kiirabibrigaade. Transporti teostavad nii haigla enda sõidukid, eraettevõtted, kiirabipidajate enda eraldi arvestuses olevad transpordibrigaadid.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll on teadlik, et lisaks operatiivarvestuses olevatele kiirabibrigaadidele kasutavad haiglad ka muud transporti. Aruande p-s 60 on selgitatud, et hinnanguliselt kasutasid HVA-haiglad muud meditsiinilist transporti 2023. aasta oktoobris ligi 3300 korda.

Terviseameti vastus: P 60. *Manuaali kohaselt tohib kiirabi kasutada peamiselt patsiendi transportimiseks kõrgema etapi haiglasse. Varem olid kriteeriumid seatud vaid C- ja D-prioriteediga transpordikutsetele ehk olid kirjeldatud seisundid, mille puhul kiirabi võib kasutada. 2024. aastal sätestas Terviseamet manuaalis kriteeriumid ka B-prioriteedi ja N-prioriteediga kutsetele.*

Terviseamet leiab, et Riigikontrolli auditis on vastukäivad väited, kuivõrd on etteheide, et meditsiiniliste transportkutsete puhul pole selgust loodud Terviseameti poolt, kuid siin punktis tuuakse esile, et amet on vastavad muudatused ellu viinud.

Riigikontrolli kommentaar: Aruande p-s 60 on Riigikontroll selgitanud, et seisundid, mille puhul võib kiirabi kasutada, on väljakutsete manuaalis kirjeldatud B-, C-, D- ja N-prioriteediga kutsete kohta. Manuaalis ei ole kirjeldatud A-prioriteediga

transpordikutsete kriteeriume. Riigikontrolli arvates tuleks ka need seisundid manuaali lisada (p 76). St, et probleemidest osa lahendati, ent mitte kõik.

Terviseameti vastus: P 71. *Kõikides maakondades olid kiirabibrigaadid vältimatut abi mittevajavate inimeste (A- ja B-prioriteediga) transporditeenuse osutamisega hõivatud aasta peale kokku enam kui 246 ööpäeva. Tõenäoliselt on see arv tunduvalt suurem, kuid andmete kvaliteet ei lubanud täpsemat ülevaadet anda.*

Jääb arusaamatuks, miks on käsitletud antud ülevaadet haiglatevahelise transpordi kontekstis. Tüüpjuhtumite manuaalis on A ja B kutsete prioriteedid põhjusega kirjas, mis klassikalises mõistes ei ole vältimatu abi tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi, kuid on sellegipoolest piisav põhjus saata välja kiirabi, kuivõrd tegu on erakorralise haigestumise/õnnetusega, mis vajab kiiremat abi.

Riigikontrolli kommentaar: P-s 71 pidas Riigikontroll silmas olukordi, kus haiglate vahel toimub n-ö plaaniline transport. Kui patsiendi seisund ei ole erakorraline, siis ei pea teda operatiivarvestuses oleva brigaadiga transportima, sest selleks võib haigla kasutada oma transporti või tellida transpordibrigaadi kiirabiasutuselt.

Terviseameti vastus: P 94. *Riigikontrolli arvates ei ole kiirabibrigaadide kasutamine eesmärgipärane, sest Häirekeskus hindab manuaali alusel osa väljakutsete raskusastet üle, kiirabi väljasaatmise korralduse (kiirabi teadete menetlemine, manuaal, väljasaatmise kord jms) üle järelevalvet ei tehta, päästekorraldajate optimaalse meditsiinilise ettevalmistuse mahu suhtes ei ole üksmeelt ja kiirabi kasutatakse liiga tihti mitteerakorraliste patsientide transportimiseks.*

Terviseamet ei nõustu põhiväitega, et kiirabi kasutamine ei oleks eesmärgipärane. Selline väide loob kuvandi, et kiirabi-süsteem ei tööta. Kiirabi teeb edukalt aastas suurusjärgus 300 000 kutset. Häirekeskus menetleb ja saadab õigeaegselt kutsed välja Terviseameti kinnitatud tüüpjuhtumite manuaali järgi, mis baseerub tõendus põhisel ja praktikas laialt kasutusel oleval aluspõhimõtetel. Võrreldes eelmise manuaaliga on deltakutsete arv kasvanud protsentuaalselt 3%. Koostöökohtumised, mille läbi süsteemi parendatakse, toimuvad regulaarselt ja on viidud sisse vajaduspõhised muudatused. Tervisekassa 2024 aastal läbiviidud andmeanalüüs kiirabi teeninduspiirkondade vaatest näitas, et Eesti on kiirabiga hästi kaetud mõningate probleemkohtadega. Kiirabi reageerib ja jõuab kohale suures osas kvaliteediindikaatori sihttaseme järgi. Ülehospitaliseerimist esineb vähe. Kaebusi, mille alusel tuleb alustada riiklikku järelevalvet, on kutsete mahu vaatest kaduvväike arv. Terviseamet teostab järelevalvet kiirabiteenuse üle ohuprognooside alusel, mille järeldustel tehakse ka muudatusettepanekuid õigusaktide ajakohastamiseks. Kiirabipidajad kui elutähtsa teenuse osutajad tagavad ja arendavad enda teenust ka kriisilukordades, mida toetab Terviseamet erinevate toetusmeetmete kaudu, sh infrastruktuuride investeringute, õppuste ja koolituste ja planeerimise toetuste näol. Eesti kiirabi on kättesaadav kõigile Eesti riigi pinnal viibivatele inimestele ööpäevaringselt, sõltumata teiste tervishoiuteenuste kättesaadavuse piirangutest.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll on aruande p-s 88 nõustunud, et kiirabi käsitleb patsiente vastavalt tegevusjuhendile ning olulisi vigu esineb harva. Samas märgib, et probleem on selles, et teiste valdkondade puudused n-ö kanduvad üle kiirabisse ja brigaade kasutatakse tihti juhtudel, kui inimese seisund ei ole erakorraline või kui inimene vajaks hoopis sotsiaalabi või perearsti või (eri-) õe abi. See on kokkuvõtlik tähelepanek, mis lubab väita, et kiirabi ei kasutata sageli eesmärgipäraselt. Probleemi võib ka nii sõnastada, et kiirabiteenus maksab riigile rohkem kui näiteks perearstiabi või sotsiaalteenused, ja seetõttu on väga oluline, et iga valdkond ja/või teenuseosutaja tegeleks just nende probleemide lahendamiseks, mis on tema ülesanne.

Teiseks, kui kiirabibrigaadide kohalejõudmise aegsids on analüüsitud, siis selle üle, kas Häirekeskus menetleb ja saadab kiirabi välja õigel ajal, ei ole ükski väline asutus järelevalvet teinud. Samas võiks selline täiendav analüüs anda infot Häirekeskuse tegevuse ja tulemuste kohta. Tervisekassa 2019. ja 2024. aasta kiirabikaartide analüüsid käsitlevad ennekõike väljakutsetele kohale jõudmist, ent analüüsid ei käsitle teisi kiirabi kättesaadavuse seisukohast olulisi tegureid.

Terviseameti vastus: P 103. *Lisaks läksid 2018. aastal kiirabi rahastamise lepingud üle Tervisekassale. Enne seda Terviseamet uut teeninduspiirkondade jaotuse analüüsi ei teinud. See samm oleks olnud ootuspärane, sest 31.12.2018 lõppes kiirabi rahastamise lepingute periood ja uus algas 2019. aastal. Seega oleks enne lepingute pikendamist uue teeninduspiirkondade analüüsi tegemine olnud aja- ja asjakohane ülesanne.*

Terviseamet juhib tähelepanu, et 2019. aastal valmis andmeanalüüs teeninduspiirkondade kohta, mille järelduste alusel hinnati muudatusvajadusi. Leiti, et muudatusi ei ole vaja teha. Analüüsiga said tutvuda nii kiirabipidajad kui ka Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ja Tervisekassa. Ei ole ka õige väita, et varasemalt selliseid analüüse pole tehtud, kui ka siin aruandes on see esile toodud. Ei ole ka aru saada, miks see ootuspärane on, kui vaid rahastamise protsess läks Terviseametilt üle Tervisekassale, mitte muud sisulised ülesanded nagu teeninduspiirkondade kinnitamine. Samuti ei tehtud Tervisekassa poolt uut kiirabiteenuse hanget, mille eelduseks selline analüüs oleks olnud.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontroll on vastuseks Terviseametile oma lk-l 51 kommentaaris selgitanud, mis küsitavused on seoses 2019. ja 2024. aasta analüüsidega üleval.

Terviseameti vastus: P 105. 2023. aastal muutis Sotsiaalministeerium kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõudeid. Nõuded kehtestab tervisevaldkonna eest vastutav minister, kuid ministeeriumile edastatud muudatusettepanekute esitaja ja põhjendaja oli EKL. On loomulik, et huvikaitse organisatsioon osaleb õigusloome protsessides. Samas oleks Terviseamet võinud ise vastavad ettepanekud kokku panna ja Sotsiaalministeeriumile esitada, sest see on osa ameti ülesannetest.

Terviseamet selgitab, et 2022.–2023. aastal läbiviidud järelevalve kiirabipidajate, sh varustuse nõuete üle andis tulemuseks, et teatud varustusartiklid, sh ravimid, ei ole enam asjakohased ja tuleks muuta õigusakti tasemele, millest antud nõuded tulevad. Terviseamet koondas koostöös EKLiga need konkreetsed artiklid kokku ja kiirabi liidu eksperdid hindasid nende asjakohasuse üle, mille järel need esitati Sotsiaalministeeriumile. Selline protsess oli kooskõlastatud Terviseametiga. On täiesti alusetu väita, et puudus koostöö või tahe muudatusettepanekuid teha, need tehti koostöös EKLiga. Küsimus, kes lõpuks ettepanekud kokku paneb, ei muuda ettepanekute sisu ega olulisust. Me teeme valdkonnas usalduslikku koostööd.

P 110. Riigikontroll juhib tähelepanu, et Terviseameti järelevalveametnike üheks ülesandeks on tuvastada õigusaktide täiendamise vajadus ja osaleda oma töövaldkonda puudutavas õigusloomes.

Terviseamet teadvustab enda rolli hästi ning selgitab, et osaleme õigusloome protsessis vastavalt vajadusele ja kaasatusele Sotsiaalministeeriumi poolt. Lisaks on amet teinud jooksvalt koostöökohtumistel Sotsiaalministeeriumiga ettepanekuid õigusaktide muudatusteks. Õigusloome protsessis ei osale vaid järelevalveametnikud, vaid ka teenuse juht, tervishoiu-teenuste osakond, õigusosakond ning juhtkond. Näidetena võib esile tuua tegevusloa nõuete uuendamise või meditsiinilise julgestuse üritustel või haiglatevahelise transpordi liigi loomises. Sotsiaalministeerium on alustanud nende protsessidega, kuid see on erinevatel põhjustel venima jäänud.

Riigikontrolli kommentaar: Riigikontrollile esitatud Terviseameti järelevalve dokumentidest ja osapoolte ütlustest selgus, et kiirabiasutused on ameti kontrolli tähelepanekutele vastates selgitanud Terviseametile, millised ravimid on ohtlikud või mille tarnimisega on raskusi. Sellest lähtuvalt oli Terviseametil võimalik ise teha ettepanekuid õigusaktide muutmiseks, ootamata algatust EKLilt.

Terviseameti vastus: P 113. On tavaline, et huvikaitse organisatsioon esitab poliitikategemise protsessides oma ettepanekuid. Teisalt on huvide konflikti ennetamiseks tarvis, et Terviseamet (ja Sotsiaalministeerium) oleks tasakaalustaja rollis ega laseks muutuste tegemisel (nt valdkonna määruste uuendamise ettepanekute tegemisel) end liigselt mõjutada (isegi kui tegemist on vaid ohuga, mis ei ole praktikas realiseerunud).

Terviseamet ei mõista, mille alusel selline soovitus Riigikontrollilt tehakse. Terviseamet seisab hea koostöö tava ja kaasamise eest, sh kaasab kiirabi ja erakorralise meditsiini valdkonna eksperte erinevate seltside kaudu, kuid ka eraldi-seisvaid sõltumatuid eksperte. Samuti osaleb ja kuulub Terviseamet erinevatesse rahvusvahelistesse ühingutesse nagu Nordic EMS, kus omandatakse uusi teadmisi, sh parimaid praktikaid, et Eesti süsteeme korrastada ja parendada. Vaatamata kaasamisele ja koostööle säilitab Terviseamet igas valdkonnas oma otsustuspädevuse. Lisaks soovime rõhutada, et koostöö on väärtus, mida nii meie kui ka partnerid hindavad kõrgelt!

Riigikontrolli kommentaar: P 113 mõte on selgitada, et riigiasutused ei saa oma ülesannete täitmisel olla liigeses sõltuvuses ühe huvikaitse organisatsiooni panusest. Isegi kui huvikaitse organisatsioon koondab ja esindab valdkonna eksperte, peab riigiasutus oma põhiülesandeid suutma ka huvikaitsjatest sõltumatult ellu viia. Eelnev ei välista tihedat koostööd osapoolte vahel.

Terviseameti vastus: P 114. Kiirabiteenuse planeerimises oli teeninduspiirkondade jaotuse analüüs tegemata enne kiirabi rahastamise lepingute üleandmist Tervisekassale 2018. aasta lõpus ja uue kiirabiteenuse rahastamise lepinguperioodi algust 2019. aasta alguses. Lisaks olid kiirabibrigaadide varustuse nõuded vananenud, nende uuendamise ettepaneku tegi EKL, mitte Terviseamet.

Mille alusel jäeldab Riigikontroll, et teeninduspiirkondade analüüs oleks pidanud tehtama enne Tervisekassale üleinemist? Rahastamise kohustuse üleandmine oli vaid lepingu rahastaja muutmine. Uut kiirabihanget ei tehtud 2019. aastal, vaid rahastamine hakkas toimuma Tervisekassa kaudu. Uus hange tuleb Tervisekassa poolt aastal 2025 ja vajalik teeninduspiirkondade kokkuleppimine on selle hanke aluseks. Toimunud muudatus oli pigem valdkonnas raamatu-pidamislik, mille eelduseks ei olnud teeninduspiirkondade ümberhindamine. 2019. aastal valmis ka mainitud analüüs, mis näitas, et teeninduspiirkondasid ja muid aspekte ei ole vaja muuta. 2024. aastal tehtud analüüs näitas suures joones sama, v.a mõned üksikud piirkonnad, mille kättesaadavus on ajas halvenenud ning vajab tõenäoliselt muudatust lisaressursi näol (kiirabibaas lähemale või täiendavate brigaadide loomine).

Riigikontrolli kommentaar: Kiirabiteenuse osutamise lepingu pikkus on 3–5 aastat ning enne uute lepingute sõlmimist või olemasolevate pikendamist hinnatakse seaduse kohaselt konkreetsete teeninduspiirkondade vajadust kiirabi järele ja kiirabi

kättesaadavust ning muid tegureid.⁷⁷ Kiirabi rahastamise lepinguid pikendati 2019. aasta 1. jaanuarist ja vastav otsus tehti enne seda, s.t 2018. aasta lõpus. Ent a) Tervisekassa analüüs valmis tagantjärele ja b) analüüs ei peaks piirduma peamiselt brigaadide kohalejõudmise aegade analüüsimisega. Seega võib väita, et olulised ja suure rahalise mahuga otsused (milleks on ka ilma avaliku konkursita lepingute pikendamine) tehti ilma põhjaliku analüüsita või tehti (osaline) analüüs pärast kaalukate otsuse tegemist.

Terviseameti vastus: P 114. *Kiirabi korraldamisel on küsitavuseks see, et väljakutsete manuaali muutmise vajadus on olnud mõnda aega üleval (sh transpordi väljakutsed), ent selgeid otsuseid muudatuste vajaduse ja sisu kohta ei ole tehtud. Lisaks ei hinnanud Terviseamet kiirabi kvaliteedinäitajaid, et tuvastada parendusvõimalusi.*

Selgitame, et tüüpjuhtumite manuaal on mahukas, keerukas ja detailne juhend, mille muutmine ei ole lihtne ja seda ei tohiks teha kergekäeliselt, kuivõrd see mõjutab otseselt inimeste tervist ja elu. Muudatusettepanekuid konkreetsete tüüpjuhtumite osas tuleb analüüsida süvitsi ja kaaluda läbi kõik riskid ja ristsuhted teiste tüüpjuhtumitega. Uue tüüpjuhtumite manuaali rakendamise järgselt otsustati kollektiivselt koostööpartneritega, et esialgu jälgitakse uue süsteemi käivitamist, mis võtab arusaadavalt aega. Seejärel vaadeldi andmeid, mida saaks varasemate andmetega võrrelda ja hinnata, kas ja mida on vaja muuta. Seda ka tehti ning ettepanekutena olid nii teatud tüüpjuhtumite muutmise vajadused, kuid ka teatud tüüpjuhtumite käsitlemise koolitamisvajadused päästekorraldajatele. Mõlemal juhul on astunud ka samme ja need ellu viidud, olgu selleks Terviseameti rahaline toetus Häirekeskusele päästekorraldajate koolitamiseks või tüüpjuhtumite muutmine ning ka haiglatevahelise transpordi korralduse muutmine.

P 114. *Teenuse järelevalves algas plaaniline tegevus alles 2022. aastal, enne seda põhines järelevalve kaebustel ega olnud kokkuvõttes piisav.*

Terviseametile jääb selgusetuks väide, et järelevalve kiirabiteenuse üle ei ole varasemalt olnud piisav. Terviseameti järelevalve oli teadlikult varasemalt reageeriv, mitte ennetav ehk prognoosipõhine. Reageeriti kaebuste ja vihjete põhised ning menetleti vastavalt menetluspraktikale, mis on kooskõlas õigusaktidega ning järelevalve ohuprognoosiga. Terviseameti järelevalve ressursid on piiratud nii nagu igas teises asutuses ja järelevalve suundi prioriseeritakse ametis tervikuna. Oluline on ka ära mainida, et aastatel 2020–2022 tegeles Terviseamet ja ka kiirabid tervishoiuvalduse hädaolukorra lahendamiseks COVID-19 ülemaailmse pandeemiaga, mis nõudis ametilt sh järelevalve ressursi ümberkorraldamist. Terviseamet järgib alates 2022. aastast uut lähenemist järelevalve planeerimises, mis põhineb teenuste ohuprognooside alusel.

Riigikontrolli kommentaar: Kui järelevalve reageeris varem vaid kaebuste ja vihjete põhjal, siis võis osa probleeme märkamata jääda. Vt ka Riigikontrolli eelnevat kommentaari p 105 kohta.

Riigikontrolli soovitus	Auditeeritute vastused
Sotsiaal- ja tervisevaldkonna vaheline infovahetus, kiirabitöötajatele tagasiside andmine ja mitte-erakorraliste patsientide transportimine 95. Riigikontrolli soovitus terviseministrile: - parandada koostöös sotsiaalkaitseministriga kiirabitöötajate, perearstide ja sotsiaaltöötajate vahelist infovahetust. Jätkata sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuste loimimisega, et vähendada nende kiirabi väljakutsete arvu, kus patsienti saaks aidata perearst või sotsiaaltöötaja (soovitust tuleb vaadata koos teise peatüki soovitusena, p 182, teine lõik); p 88 - luua kiirabitöötajatele võimalus saada oma tööle süsteemset tagasisidet (nt võimalus, et kiirabi-brigaadi juht näeb teatud andmeid oma patsientide käsitlemise kohta EMOs). Selleks on vaja läbi arutada andmekaitse küsimused ja vajaduse korral muuta õigusakte. Samuti on eelduseks IT-	Terviseministri vastus: Analüüsime ja valmistame ette sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuste loimimist. Meie eesmärk on luua integreeritud sotsiaal- ja tervishoiukorraldus, sealhulgas hõlmates kiirabi. Integreeritud teenuste korraldusmudeli väljaarendamisesse on kaasatud nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonna spetsialistid. Plaanime korraldusmudeli analüüsi ja ettepanekud esitada Vabariigi Valitsusele 2025. aasta maikuuks. Terviseministri vastus: IT-arendusi, mis toetavad soovitusete täitmist, viiakse ellu e-tervise strateegia rakendamise raames. E-tervise strateegia toetab kiirabi IT-süsteemide arendamist, tervise- ja sotsiaalvaldkonna loimimist ning auditi tulemuste rakendamist tervikuna.

⁷⁷ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 17².

arenduste läbimõtlemine ja elluviimine; p 93	
• lõpetada operatiivvestuses olevate kiirabi-brigaadide kasutamine mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks, et nad ei koormaks sellega kiirabi. Kehtestada haiglatele kord mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks, arvestades haiglate võimekust transporti korraldada. p 76	Terviseministri vastus: Meditsiinilise transpordi arendamine, sealhulgas nii sisulise võimekuse suurendamine kui ka seda toetava korralduse loomine, on käsitletud kiirabi arengusuundade eelnõus.
Päästekorraldajate meditsiinilise õppe maht ja järelevalve Häirekeskuse üle 96. Riigikontrolli soovitus siseministrile: • leppida koostöös terviseministri, Terviseameti, Häirekeskuse ja Eesti Kiirabi Liiduga kokku, milline on päästekorraldaja meditsiinilise õppe optimaalne maht. Vaadata koostöös Sisekaitseakadeemiaga üle ning vajaduse korral muuta päästekorraldaja õppekava; p-d 52-57	Siseministeeriumi vastus: Häirekeskuse päästekorraldaja õppekava on uuendamisel ning uus versioon kinnitatakse 2024. aasta detsembri lõpus. Õppekava muutmise protsessis osalevad Häirekeskuse, Sisekaitseakadeemia ning Politsei- ja Piirivalveameti esindajad. Samuti on õppekava uuendamise protsessi kaasatud Terviseamet, kes esindab muu hulgas Eesti Kiirabi Liitu. 06.12.2024. a seisuga ei olnud uuendatud õppekava veel kinnitatud. Kui päästekorraldaja uuendatud õppekava on kinnitatud, teeb Siseministeerium osapooltele (Terviseamet, Häirekeskus, Eesti Kiirabi Liit ja Sisekaitseakadeemia) ettepaneku kohtumiseks, et Häirekeskus ja Sisekaitseakadeemia saaksid uuendatud õppekava tutvustada. Kohtumisel saavad kõik osapooled arutada ka päästekorraldaja õppe edasiste suundade üle, võttes arvesse nii 112-teenuse tulevikuarendusi – s.o videokõne ja reaalse tekstiedastuse meetodite lisandumine – kui ka aruandes välja toodud kitsaskohti. Häirekeskuse peadirektori vastus: Välja on toodud päästekorraldajate meditsiiniliste teadmiste vastavust. Sisekaitseakadeemias on alates 2018. aastast päästekorraldaja meditsiiniteadete menetlemise tunde tõstetud 234 tunnilt 390 tunnile just seetõttu, et aastal 2017 alustas Terviseamet uute tüüpjuhtumite ja juhiste protsessi. Terviseameti poolt kinnitatud tüüpjuhtumite ja juhiste rakendamisel arvestati sellega, et nendega hakkab tööle päästekorraldaja, mitte tervishoiutöötaja.
• leppida koostöös terviseministri ja Terviseametiga kokku, kuidas tehakse järelevalvet Häirekeskuse kiirabi väljasaatmise korralduse üle (täpne rollijaotus) ja asuda regulaarset järelevalvet tegema. p-d 38-40	Siseministeeriumi vastus: Praegu korraldab Siseministeerium 112-teenusele järelevalvet Häirekeskuse partnerite rahulolu-uuringute kaudu. See tähendab, et igal aastal annavad 112-teenusele tagasisidet nii Päästeamet, Politsei- ja Piirivalveamet kui ka Terviseamet koos kiirabi korraldajatega. Võtame arvesse aruande soovitusi ning kohtume terviseministriga, et arutada ühiselt, kuidas tulevikus täiendavalt kiirabi väljasaatmise üle järelevalvet korraldada. Lisaks esitab Siseministeerium Häirekeskusele ja Terviseametile ootuse uuendada kiirabisündmuste menetlemiseks loodud manuaali. Esmajärgkorras vajavad analüüsi need tüüpjuhtumid, mille prioriteete hindasid kiirabi ja Häirekeskus aruandes enim erinevalt.
Väljakutsete manuaali täiendamine ja Häirekeskuse ning kiirabibrigaadide väljakutsete raskustasemetele antavate hinnangute seire 97. Riigikontrolli soovitus Terviseameti peadirektorile:	Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet koostöös kiirabipidajate, Eesti Kiirabi Liidu ja Häirekeskusega jätkab tüüpjuhtumite manuaali parendamist vastavalt vajadusele. Terviseamet hindab, kas ja kuidas ning milliste ressurssidega on

- määratleda väljakutsete manuaalis senisest täpsemalt A-prioriteediga transpordikutsete kriteeriumid; p 76 - asuda iga-aastaselt seirama Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide väljakutsete raskusastmetele antud hinnanguid (soovitust tuleb vaadata koos järgmise peatüki soovitusel p-s 184). p 34	võimalik tõenduspõhise lähenemisega edaspidi võrrelda Häirekeskuse ja kiirabi brigaadijuhtide antud hinnanguid kutsete prioriteetidele. Häirekeskuse peadirektori vastus: Kiirabi korralduse auditeerimisel on välja toodud, et kiirabibrigaadid võrdlevad päästekorraldaja määratud prioriteeti kohapealse olukorraga, märkides omapoolse prioriteedi. Häirekeskus nõustub, et selline tagasiside on vajalik. Asjakohase sisendi saab, kui kiirabibrigaadi hindamine toimub vastavalt Terviseameti tüüpjuhtumitele ja juhistele. Kiirabibrigaad saab välja tuua kohapealse hinnangu, määrates sobiva kriteeriumi, mis vastab kohapealsele olukorrale. Tervikpildi saamiseks on oluline analüüsida tervet abi andmise ahelat sama metoodikaga vastavuses Terviseameti tüüpjuhtumite ja juhistega. Häirekeskus analüüsib asutusesiseselt regulaarselt hädaabiteate vastavust, lähtudes Terviseameti tüüpjuhtumitest ja juhistest. Riigikontrolli kommentaar: Kiirabibrigaadid lähtusid väljakutsete prioriteedi hindamisel valitsuse määramises sätestatud kriteeriumidest, millele tugineb ka Terviseameti peadirektori kinnitatud väljakutsete manuaal. Lisaks asutusesisesele hädaabiteadete menetlemise vastavuse hindamisele on sama oluline välishindamine. See tagab osapooltele objektiivse info kiirabiteadete menetlemise kvaliteedi kohta.
Kiirabi valdkonna juhtimine, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkondade lõimitus, kiirabitöötajate mitmel riigikaitseametlikul ametikohal töötamine 182. Riigikontrolli soovitus terviseministrile: võtta kiirabi valdkonnas juhtohjad enda kätte ja tagada, et Terviseamet ja Tervisekassa täidavad neile õigusaktidega pandud ülesandeid alates avaliku konkursi korraldamisest kuni valdkonna nõuete ülevaatamiseni ning teevad vajaduse korral nende ülesannete muutmiseks ettepanekuid; p-d 155, 178	Terviseministri vastus: Koostame praegu kiirabi arengusuundi, mille eelnõu edastasime ka teile. Näeme eelnõus ette kiirabi juht-rühma loomise ja selle juhtimise ministeeriumi poolt. See võimaldab meil saada senisest oluliselt parema ülevaate Tervisekassa ja Terviseameti tegevuste täitmisest kiirabi valdkonnas ning seirata tegevuste elluviimist. Kinnitame arengusuunad koos tegevuskavaga 2025. aasta I kvartalis ja anname sellega osapooltele selged juhised kiirabi valdkonna süsteemseks arendamiseks.
suurendada tervishoiuteenuste omavahelist ning tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimitust. Selleks valmistada ette vajalikud õigusaktide muudatused ja planeerida IT-arendused (nt andmekogude ja registrite põhimäärused jm taoline), mis võimaldaks tulevikus operatiivselt teateid vahetada kiirabi, perearstide ja sotsiaaltöötajate vahel (nt saata patsiendi nõusolekul tervise infosüsteemist sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrisse teateid); p 161 161	Terviseministri vastus: Analüüsime ja valmistame ette sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuste lõimimist. Meie eesmärk on luua integreeritud sotsiaal- ja tervishoiukorraldus, sealhulgas hõlmates kiirabi. Integreeritud teenuste korraldusmudeli välja arendamiseks on kaasatud nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonna spetsialistid. Plaanime korraldusmudeli analüüsi ja ettepanekud esitada Vabariigi Valitsusele 2025. aasta maikuus. IT-arendusi, mis toetavad soovitusel täitmist, viiakse ellu e-tervise strateegia rakendamise raames. E-tervise strateegia toetab kiirabi IT-süsteemide arendamist, tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimimist ning auditi tulemuste rakendamist tervikuna.
leppida koostöös teiste valdkondade ministritega kokku põhimõtted, mille alusel otsustatakse, millise tööandja juurde riigikaitseametlikul ametikohal töötavad inimesed kriisilukorras siirduvad. Näiteks võiks riigikaitseametlikul ametikohal töötajal olla kohustus teavitada tööandjaid oma teistest töökohtadest. p-d 172-173	Sotsiaalministeeriumi vastus: Riigikaitseametlikoha määramise põhimõtted otsustatakse tsiviilriisi ja riigikaitse seaduse eelnõus. Riigikontrolli kommentaar: Riigikontrollile teadaolevalt nimetatud eelnõu seda küsimust ei lahenda.

Avaliku konkursi korraldamine, kiirabi mõõdikute arendamine ja kasutamine, kliinilise otsustustoe kasutusele võtmine ja telemeditsiini kasutamise laiendamine 183. Riigikontrolli soovitud Tervisekassa juhatuse esimehele: • korraldada kiirabi brigadi pidajate valikuks avalik konkurss ning hinnata regulaarselt (nt viie aasta tagant), kas kiirabi teeninduspiirkondade jaotus vastab tegelikule vajadusele; p-d 124, 148 • vaadata üle kiirabi mõõdikud ja veenduda esiteks selles, et mõõdetakse kõiki olulisi kiirabi osutamise aspekte, ja teiseks selles, et kõikide mõõdikute jaoks vajalikke andmeid on võimalik koguda ja analüüsida. Teha mõõtmise tulemused, analüüs ja järeldused kiirabiasutustele kättesaadavaks ning tagada leitud parendusvõimaluste elluviimine; p-d 128–130 • võtta tööplaani rakendada e-kiirabis kliiniline otsustustugi, mis tugineb kiirabi tegevusjuhendile. Toetada telemeditsiinilise arstliku toe juurutamist ja oludele kohandamist kõigis kiirabiasutustes, kes seda soovivad ja vajavad. p 144 144	Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Kiirabi brigadi pidajate avalik konkurss on plaanipärane tegevus. Tervisekassa kuulutab kiirabi avaliku konkursi välja 2025. a II poolaastal. Vastavate ettevalmistustega on alustatud, sh viidud läbi teeninduspiirkondade analüüs. Kuigi varasemalt pole kiirabi teeninduspiirkondade ja brigadide paiknemise seire olnud Tervisekassa ülesanne, on nii 2019. kui ka 2024. aastal teostatud vastav analüüs (viimase analüüsiga saab tutvuda siin). Edasiste tegevuste planeerimiseks saab Tervisekassa tuge kiirabi arengusuundade kavast, mille koostamist veab Sotsiaalministeerium. Kvaliteediindikaatorite arendamine on pidev protsess, millega jätkame ka 2025. aastal. Tervisekassa panustab uutesse digilahendustesse, sh telemeditsiini võimekuse ja kvaliteedi-mõõdikute arendamisse. Tervisekassa toetab kiirabi korralduses ühise selge sihi loomist ja avatud koostööd Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja teiste valdkonna partneritega. Riigikontrolli kommentaar: Tervisekassa 2019. ja 2024. aasta kiirabikaartide analüüsid käsitlevad ennekõike väljakutsetele kohale jõudmise aegsid. Analüüsides ei ole käsitletud aga näiteks rahvastiku muutusi omavalitsustes, liikumiskiirusi ja teel olevaid takistusi, HVA-haiglate võimekust tervishoiuteenuseid pakkuda ning brigadide hõivatust. Kiirabi kvaliteedimõõdikute arendamisel on lisaks praegusele protsessi mõõtmisele oluline tähelepanu pöörata ka tulemuste ja nn struktuuriväljundite mõõtmisele.
Väljakutsete manuaali ja õigusaktide uuendamine, järelevalve tõhustamine ning kiirabi teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ja brigadide jaotuse ülevaatamine 184. Riigikontrolli soovitud Terviseameti peadirektorile: • otsustada kiirabi sündmuste raskusastme määramise analüüsimisele tuginedes väljakutsete menetlemise manuaali ja/või teiste väljakutsete korraldust puudutavate õigusaktide muutmise vajadus (soovitust tuleb vaadata koos eelmise peatüki soovitusel p-s 97); p 114	Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet võtab Riigikontrolli soovitusel arvesse.
• tagada kiirabi valdkonna korraldamisel, et planeeri-teosta-seira-korrigaatori tsükkel toimiks. Selleks jätkata ohuprognosid põhinevat järelevalvet kiirabiasutuste üle ja teha järelevalvest tuleva teabe alusel ettepanekuid kiirabivaldkonna arendamiseks. Muu hulgas kontrollida tõhusamalt kiirabikaartide täitmist, et parandada andmete kvaliteeti; p-d 109, 111–112	Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet jätkab senise praktikaga, kus ohuprognosid esile järelevalve prioriteetsed suunad. Demingi ringi kasutamise asjakohasuse meeldetuletamise eest tänane, toome selle protsessis ülesleivatamalt välja.
• vaadata koostöös Tervisekassaga üle kiirabi teeninduspiirkondade arv, paiknemise ja	Terviseameti peadirektori vastus: Terviseamet selgitab, et analüüse on tehtud regulaarselt, viimane neist aastal 2024, mille

brigaadide jaotus teeninduspiirkondade kaupa ning kinnitada vajalikud muudatused (vt p 183 esimest soovitus). p-d <u>100-103</u>	järeldusi võetakse arvesse 2025. aastal Tervisekassa läbiviidavas kiirabiteenuse hankes. Riigikontrolli kommentaar: 2019. ja 2024. aastal analüüsis kiirabikaarte Tervisekassa. Kummaski analüüsis ei käsitletud väljakutse järel patsiendini jõudmise kiiruse kõrval teisi kiirabi kättesaadavuse seisukohalt olulisi tegureid. Lisaks on oluline märkida, et Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa tegevusest ja selgitustest ei ilmne, kes, kuidas ja millal otsustas eelmainitud analüüsides tulemusel teeninduspiirkondi ning brigaadide paiknemist muuta või mitte. Arvestades, et kiirabi on elutähtis teenus ning kiirabiteenuse osutamiseks kulub suur summa, peavad teeninduspiirkondade jaotuse ja brigaadide paiknemise kohta tehtud otsused olema jälgitavad.
---	---

Auditi iseloomustus

Auditi teema on seotud riigi pikaajalises arengustrateegias „Eesti 2035” kirjeldatud arenguvajadustega valdkonnas AV2 „Inimese tervis ja eluiga” ning ÜRO seatud säästva arengu eesmärgiga „Hea tervis ja heaolu”.



Auditi eesmärk

Auditi eesmärk oli hinnata kiirabibrigaadide kasutamise eesmärgipärasust ning kiirabi korralduse eest vastutavate asutuste tegevust.

Hinnangu andmise kriteeriumid

- Kiirabi saadetakse välja vältimatut abi vajavatele patsientidele.
- Kiirabibrigaadid käsitlevad patsiente juhustest lähtudes.
- Kiirabi kasutatakse ainult vältimatut abi vajavate patsientide transportimiseks.
- Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Tervisekassa juhivad ja korraldavad kiirabiteenuse osutamist eesmärgistatult:
 - Terviseamet analüüsib regulaarselt (minimaalselt kord viie aasta jooksul) kiirabi teeninduspiirkondade arvu, paiknemise ja kiirabibrigaadide jaotuse muutmise vajadust.
 - Terviseamet tegi 2019.–2023. aastal kiirabiasutuste üle süsteemset järelevalvet.
 - Tervisekassa täidab kõiki õigusaktidega talle kiirabi korraldamiseks antud ülesandeid (nt korraldab kiirabiasutuste valikuks avaliku konkurssi, sõlmib konkursil võitnud kiirabiasutustega lepingu kolmeks kuni viieks aastaks ning kontrollib kiirabiteenuse kvaliteeti).
 - Sotsiaalministeerium on määratlenud, millist kiirabi Eesti vajab, ning juhib kiirabi eesmärkide seadmist ja saavutamist, sh on koostanud kiirabi arengusuunad (sh eesmärgid, tegevusplaani ja tulemuste hindamise korralduse), juhib Terviseameti tegevust ja pärib ametilt aru ja tagab Terviseameti jt osaliste rollide ja vastutuse selguse.
- Kiirabi saab automaatsete teavituste kaudu anda kohalikule omavalitsusele või perearstile märku abivajajast ja saab ise juhtumipõhist tagasisidet oma töö kvaliteedi parandamiseks.

Täiendavalt uuris Riigikontroll,

- milline on päästekorraldajate meditsiinilise väljaõppe ja uue väljakutsete manuaali kasutamise täienduskoolituse maht;
- milliseid digilahendusi kiirabis kasutatakse ning kas need toetavad andmevahetust ja kiirabibrigaadide eesmärgipärasest tööd;
- kui suur hulk kiirabitöötajaid töötab mitmel ametikohal.

Auditi ulatus

Auditeeritud olid

- Sotsiaalministeerium, kelle ülesanne on kavandada tervishoiupoliitikat (sh koordineerida arengusuundade koostamist) ja korraldada selle elluviimist, et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus;
- Tervisekassa, kelle ülesanne on korraldada kiirabiteenuse avalik konkurss rahastada kiirabiteenuse osutamist. Tervisekassal on samuti kohustus veenduda, et ostetavat teenust osutatakse kvaliteetselt;
- Terviseamet, kes korraldab kiirabiasutuste tegevuslubade väljastamist ja kiirabiteenuse osutamist; kinnitab kiirabibrigaadide teeninduspiirkondade arvu ja paiknemise ning kiirabibrigaadide jaotuse teeninduspiirkondade kaupa; korraldab koostöös Tervisekassaga kiirabibrigaadi ajutist asendamist ning teeb järelevalvet kiirabiasutuste tegevuse üle;
- Häirekeskus, kes edastab Terviseameti peadirektori kinnitatud väljakutsete manuaali alusel kiirabikutseid brigaadidele ja korraldab patsientide transporti haiglasse ja haiglale vahel. Häirekeskus asub Siseministeeriumi valitsemisalas.

Lisaks intervjueriti tervishoiuvaldkonna eri osapooli (vt tabel 4).

Auditeeritud periood oli 2019.–2023. aasta.

Tabel 4. Auditi käigus intervjueritud inimesed

Intervjueritud inimesed	Asutus	Intervjuu aeg
Tiina Sats – raviteenuste osakonna juhataja Marko Tähnas – partnerlussuhete osakonna juhataja Reet Luts – partnersuhtlusosakonna peaspetsialist Taavi Talve – arendusosakonna projektijuht Tanel Kaju – raviteenuste osakonna peaspetsialist	Tervisekassa	03.04.2023
Heli Paluste – tervisesüsteemi arendamise osakonna tervishoiuõrgru juhataja Nikita Panjuškin – tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik Eleri Lapp – tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik	Sotsiaalministeerium	10.04.2023
Ragnar Vaiknemets – peadirektori asetäitja Timo Täht – tervishoiuteenuste osakonna juhataja Kalev Pahla – tervishoiuteenuste osakonna nõunik Katrin Roosipuu – tervishoiuteenuste osakonna peaspetsialist	Terviseamet	11.04.2023
Raul Adlas – peaarst	Tallinna Kiirabi	14.04.2023
Lilian Lääts – juhatuse esimees Andres Laugamets – juhatuse liige Ago Kõrgvee – juhatuse liige Veronika Reinhard – juhatuse liige Taavet Reimers – juhatuse liige Raul Adlas – juhatuse liige	Eesti Kiirabi Liit	27.04.2023
Õne Bartoševič – juhatuse liige Ivetta Sakkart-Linnard – juhatuse liige	Karell Kiirabi	15.06.2023
Ain Suurkaev – juhatuse esimees Pille Vahe – EMO õendusjuht Markel Paljupuu – õendusjuht Liis Otsavel – ravijuht Sandra Mustasaar – kvaliteedispetsialist	Rakvere Haigla	21.06.2023
Arne Kailas – juhataja asetäitja, sotsiaalteenuste ja -toetuste osakonna juhataja	Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet	28.06.2023
Sirli Seegar – arendusosakonna sotsiaalvaldkonna ekspert	Häirekeskus	07.07.2023
Vassili Novak – juhatuse esimees Tanel Lepik – juhatuse liige Lilian Lääts – juhatuse liige Sander Poks – juhatuse liige	Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts	08.08.2023

Annika Uue – juhatuse liige Kuido Nõmm – juhatuse liige		
Sindia Jürgenson – arendusosakonna meditsiinivaldkonna ekspert Kerli Kaal – arendusosakonna analüütik	Häirekeskus	15.08.2023
Tõnis Jaagus – tervise talituse juhataja Pille Kink – teenuste juht Ilona Vares – testija Laine Mokrik – jurist	Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus	16.08.2023
Sindia Jürgenson – arendusosakonna meditsiinivaldkonna ekspert Pille Saar – arendusosakonna meditsiinivaldkonna juhtiv ekspert	Häirekeskus	05.10.2023
Ragnar Vaiknemets – peadirektori asetäitja Erkki Osolainen – peadirektori asetäitja Kalev Pahla – tervishoiuteenuste osakonna nõunik	Terviseamet	09.10.2023
Heli Paluste – tervisesüsteemi arendamise osakonna tervishoiuvõrgu juht Nikita Panjuškin – tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik	Sotsiaalministeerium	09.10.2023
Arkadi Popov – juhatuse esimees	Lääne-Tallinna Keskhaigla	03.11.2023
Marko Tähnas – partnerlussuhete osakonna juhataja	Tervisekassa	25.10.2023, 22.11.2023
Katrin Roosipuu – tervishoiuteenuste osakonna nõunik osakonnajuhataja ülesannetes Kalev Pahla – tervishoiuteenuste osakonna nõunik	Terviseamet	22.11.2023
Silver Ratnik – eriarstiabi teenusejuht Marko Tähnas – partnerlussuhete osakonna juhataja Tanel Kaju – raviteenuste osakonna peaspetsialist	Tervisekassa	24.11.2023
Marita Mühlberg – operatiivjuht Margit Kallas – meditsiinivaldkonna ekspert	Häirekeskus	21.12.2023
Liisa Ojangu – menetlusvaldkonna juht Kadri Levand – tervishoiuvaldkonna tiimijuht Terje Enula – jurist	Andmekaitse Inspeksioon	13.02.2024
Kristiina Mäemets – juhataja Raivo Rohtla – arst	Ida-Tallinna Keskhaigla erakorralise meditsiini keskus	16.02.2024
Marko Tähnas – partnersuhtluse osakonna juhataja Reet Luts – arendusosakonna projektijuht Laura-Liisa Liivamägi – partnersuhtluse osakonna peaspetsialist	Tervisekassa	26.02.2024
Diana Ingerainen – juhatuse liige	Eesti Perearstide Selts	23.02.2024
Lilian Lääts – juhataja Alvar Andres Virkus – õendusjuht Martin Kütimets – kiirabiosakonna juhataja Margus Haiba – õendusjuht Olga Kurissoo – õendusjuht	Põhja-Eesti Regionaalhaigla kiirabikeskus	11.03.2024
Mihkel Laidna – erakorralise meditsiini osakonna ja kiirabi juhataja Angela Siinor – kiirabi õendusjuht	Kuressaare Haigla	20.03.2024
Lauri Kõrgvee – kiirabijuht Tuuli Paju – ravijuht Karin Laube – koolitusjuht	Tartu Kiirabi	11.04.2024
Eve Kivimägi – erakorralise meditsiini osakonna juhataja Kevin Lumi – kiirabi osakonna juhataja Jana Trolla – õendusjuht Agnes Aart – ravijuht	Lõuna-Eesti Haigla	19.04.2024
Leia Järve – kiirabi vanemõde Tuuli Albrant – erakorralise meditsiini osakonnajuhataja kt ja vanemõde	Valga Haigla	25.04.2024
Veronika Reinhard – anestesioloogia, intensiivravi ja erakorralise meditsiini kliiniku juhataja Jevgeni Gužovski – kiirabi osakonna juhataja	Narva Haigla	08.05.2024

Auditi käsitlusviis

Andmeanalüüs ja küsitlused

Andmeanalüüsi tegemiseks küsiti järgmist:

- Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse (TEHIK) kiirabikaartide väljavõtted 2023. aasta kohta;
- Häirekeskuse kiirabikutsete väljavõtted 2019.–2023. aasta kohta;
- Maksu- ja Tolliametilt töötamise registri väljavõtted kiirabi väljakutseid teenindavate töötajate kõigi töökohtade kohta seisuga oktoober 2023;
- kiirabiasutustelt kiirabi väljakutseid teenindavate töötajate nimekirjad seisuga oktoober 2023;
- Statistikaameti andmed rahvastiku paiknemise kohta.

Häirekeskuse ja kiirabibrigaadi prioriteetide hinnangute võrdlus

Päästekorraldajatel on kohustus anda igale kiirabisündmusele ohuhinnang ehk määrata prioriteet. Kiirabibrigaadidel on võimalik kiirabikaardil märkida ka oma hinnang sündmuse prioriteedile, kuid see ei ole kohustuslik. Riigikontroll palus kiirabiasutustelt, et brigaadid teeks perioodil 09.10.–08.11.2023 sündmuste prioriteetidele kohta märkeid ja hindaks neid „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö korra“ alusel⁷⁸. Eesmärk oli tuvastada, kas pääste- korraldajate ja kiirabibrigaadide hinnangud sündmuste prioriteedile kattuvad või mitte ning milline on erinevuste ulatus.

Ameerika Ühendriikides on kasutusel juhend (*Field Triage Guidelines*), milles on kokkulepitud üle- ja alatriaažimise kriteeriumid:

- ületriiažimise sobilik määr on 25–35% ning
- alatriiažimisel mitte rohkem kui 5%.⁷⁹

Kuigi need kriteeriumid puudutavad traumapatsiente, kasutatakse teaduskirjanduses samu kriteeriume kõikide kiirabi väljakutsete kohta.^{80 81}

Võrdlus tugines TEHIKu kiirabikaartide väljavõttele. Hinnataval perioodil 9.10–8.11.2023 teenindas kiirabi väljakutseid 130 brigaadi, kellest hinnangu andsid 92%. Hinnangu jätsid märkimata 11 brigaadi, kes teenindasid perioodil kokku 94 väljakutset. Ülejäänud 119 brigaadi andis oma hinnangu keskmiselt 55%-le ehk 12 300 väljakutsele.

Ülevaade kiirabi kasutamise kohta patsientide haiglalevaheliseks transportimiseks

Ülevaate aluseks on Häirekeskuse kiirabikutsete väljavõtte tüüpjuhtumi „Spetsiifiline ülesanne“ kohta 2023. aastal. Selle tüüpjuhtumi alla kuulus haiglalevaheline (sh ka haigla korpuste vaheline) transport, aga ka teiste ametkondade ja teenistuste abistamine (nt meditsiiniline julgestus), õppustel osalemine. Ülevaade hõlmas sündmusi, mis algasid ja lõppesid haiglas. Välja jäid sündmused, mis algasid mujal,

⁷⁸ Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määrus nr 119 „Kiirabi, haiglale, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord“. Lisa 1.

⁷⁹ Lupton JR, Davis-O'Reilly C, Jungbauer RM, Newgard CD, Fallat ME, Brown JB, Totten AM. *Under-Triage and Over-Triage Using the Field Triage Guidelines for Injured Patients: A Systematic Review*. Prehospital Emergency Care 2022;27:38–45.

⁸⁰ Torlén K, Kurland L, Castrén M, Olanders K, Böhm K. *A comparison of two emergency medical dispatch protocols with respect to accuracy*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017 Dec 29;25(1):122.

⁸¹ Dami F, Golay C, Pasquier M, Fuchs V, Carron PN, Hugli O. *Prehospital triage accuracy in a criteria based dispatch centre*. BMC Emerg Med. 2015 Oct 27;15:32.

näiteks perearstikeskuses, hooldekodus, sadamas, lennujaamas. See tähendab, et algsest 7523 sünnimusest oli haiglatevahelise transportimise sündmusi 5729.

Patsientide haiglatevahelisele transportimisele kulunud aja arvutamise aluseks oli brigaadi kiirabi-baasist väljumise aeg tagasijõudmiseni. Brigaad arvatakse vabaks, kui ta on patsiendi haiglale üle andnud, kuid oluline on arvestada ka seda, kui palju aega läheb brigaadil veel oma teeninduspiirkonda naasmiseks. Kiirabi transpordi väljakutsete kestuse arvutamisel on oluline andmete kvaliteet, mille alusel arvutused tehakse. Transpordi väljakutsete analüüsi tegemisel ilmnes, et kiirabibrigaadi liikumisega seotud ajalised näitajad olid osaliselt eksitavad. Näiteks jõudis andmete järgi brigaad mõnel juhul sündmuselt tagasi baasi varem, kui sai Häirekeskuselt korralduse välja sõita.

Veebiküsitlus erakorralise meditsiini osakondades

Lisaks korraldas Riigikontroll haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglate (19) erakorralise meditsiini osakondades veebiküsitluse, mille käigus paluti anda hinnang kiirabi tööle perioodil 09.10.–08.11.2023. HVA-haiglate EMODE valvearstidel paluti anda hinnang kiirabibrigaadide tööle ning üles märkida juhtumid, kus tuvastati

- 1) alareageerimine, s.t patsient oli raskes seisundis, aga
 - ei olnud kasutatud reanimobiili;
 - teda ei olnud viidud õige taseme haiglasse, mistõttu oli tekkinud õige ravi saamisel lisaviivitus;
- 2) ülereageerimine, s.t patsient oli toodud EMOSse, kuid
 - ta ei vajanud vältimatut või erakorralist abi ehk talle määrati EMO triaaži käigus madalam kategooria;
 - patsienti oleks võinud käsitleda piirkondliku haigla asemel madalama astme haiglas;
- 3) olulisi puudujääke patsiendi käsitluses;
- 4) selliste patsientide EMOSse toomine, kes pigem vajasid sotsiaalset abi. Näiteks oli kukkunud vanainimene, kes haiglaravi otseselt ei vajanud, kuid iseseisvalt kodus hakkama ei saanud vms.

Vastused sisestati otse Riigikontrolli küsitluskeskkonda. Küsimused koostati koostöös Eesti Erakorralise Meditsiini Seltsiga. Veebiküsitluse andmed seoti TEHIKust päritud kiirabikaartide andmetega. Neljas haiglas (Ida-Viru Kesonhaigla, Lõuna-Eesti, Kuressaare ja Hiiumaa haigla) ei olnud arstide hinnangul küsitluse kriteeriumitele vastavaid juhtumeid. Viljandi Haigla ei pidanud võimalikuks küsitlusele vastata, sest nende hinnangul ei olnud küsimused sobilikud.

Küsitlus haiglatevahelise transpordi korraldamise kohta

Täiendavalt palus Riigikontroll HVA-haiglatel (19), kus on erakorralise meditsiini osakond, kirjeldada, kuidas on nende haiglates korraldatud patsientide haiglatevaheline transport, vastates järgmistele küsimustele:

- Millal kasutatakse patsiendi transportimiseks kiirabi ja millal muud transporti?
- Kas ja millised on muu transpordi kasutamise puhul varustuse erinõuded?
- Kas muu transpordi kasutamise kohta on olemas juhised?
- Kui sageli kasutatakse patsientide transportimiseks kiirabi ja kui sageli muud transporti?

Ülevaade kiirabitöötajate mitmes kohas töötamise kohta

Selleks, et selgitada, kui ulatuslik on kiirabitöötajate mitmes kohas töötamine, võrdles Riigikontroll kiirabiasutuste töötajate andmeid Maksu- ja Tolliameti töötamise ja maksukohustuslaste registri andmetega. Riigikontroll palus kiirabiasutustel saata Maksu- ja Tolliametile töötajate kohta, kes teenindavad kiirabi väljakutseid (olenemata lepingu liigist), 31.10.2023. aasta seisuga järgmised andmed:

- töötaja isikukood;
- töötaja ametikoht (esimene, teine ja kolmas brigaadi liige). Kui töötajal olid asutuses täiendavad ametiülesanded lisaks kiirabi väljakutsetel käimisele, märgiti see eraldi;
- töötaja koormus brigaadiliikmena ning võimaluse korral eraldi teise ametikoha koormus.

Tuginedes kiirabiasutuste andmetele, palus Riigikontroll Maksu- ja Tolliametil töötamise ja maksukohustuslaste registrist väljastada kiirabi väljakutseid teenindavate töötajate kohta järgmised andmed (31.10.2023. a seisuga):

- kõik tööandjad (olenemata lepingu liigist);
- tööandja tegevusvaldkond;
- töötamise liik (tööleping, töövõtu- või käsundusleping);
- töötaja kõik ametinimetused;
- töötaja tööaja määrad igal ametikohal (kui on märgitud);
- info selle kohta, kui töötaja oli ka füüsilisest isikust ettevõtja (koos tema tegevusvaldkonnaga).

Dokumendianalüüs

Dokumendianalüüsi aluseks oli järgmised materjalid:

- Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa, Terviseameti, Häirekeskuse põhimäärused ja tegevusaruanded;
- Sotsiaalministeeriumi, Siseministeeriumi ja Terviseameti tööplaanid;
- tervishoiuteenuste korraldamise ja kiirabi valdkonnaga seotud seadused ning määrused;
- päringud Terviseametile, Tervisekassale, Sotsiaalministeeriumile, Häirekeskusele, Siseministeeriumile, HVA-haiglale ja kiirabiasutustele;
- riiklikud ja valdkondlikud arengukavad ja tulemusaruanded;
- Terviseameti ja Tervisekassa lepingud kiirabipidajatega;
- Terviseameti järelevalve dokumendid;
- Tervisekassa juhatuse otsused;
- Eesti Kiirabi Liidu aastakonverentside ettekanded;
- kiirabiasutuste aruanded kvaliteedimõõdikute täitmise kohta;
- päästekorraldajate õppekavad.

Paikvaatlus

Täiendavalt külastas Riigikontroll kiirabibaase Tallinnas, Tartus, Pärnus, Narvas, Valgas, Kehras, Antslas, Kohilas, Raplas ja Sakus.

Auditi lõpetamise aeg

Auditi toimingud lõpetati 02.09.2024.

Auditi meeskond

Auditijuht Rauno Vinni, audiitorid Eva-Maria Asari, Ingrid Hindrikson, Kristi Loide.

Kontaktandmed

Auditi kohta saab lisainfot Riigikontrolli kommunikatsiooniüksusest
tel +372 640 0777, e-post riigikontroll@riigikontroll.ee

Auditiaruande elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel www.riigikontroll.ee.

Auditiaruande kokkuvõte on saadaval ka inglise keeles.

Auditiaruande number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on 80112.

Riigikontrolli postiaadress on:

Kiriku 2/4

15013 TALLINN

Tel +372 640 0700

riigikontroll@riigikontroll.ee

Riigikontrolli varasemaid auditeid ja ülevaateid erakorralise arstiabi, kiirabi ja tervishoiuteenuste järelevalve valdkonnas

07.03.2024 – Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel

01.11.2022 – Eesti tervishoiu suundumused

06.11.2020 – Esmatähtsate avalike teenuste tulevik

15.06.2020 – Eesti Haigekassa tegevus tervishoiuteenuste riigihangete korraldamisel

11.11.2019 – #e-riik. Riigikontrolöri kokkuvõte e-riigiga seotud tähelepanekutest

23.10.2018 – Erakorraline meditsiin

17.01.2014 – Riigi tegevus e-tervise rakendamisel

08.04.2011 – Perearstiabi korraldus

13.09.2007 – Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate tegevuse üle

14.09.2004 – Esmase erakorralise arstiabi korraldus

31.12.1999 – Riigi valmisoleku kontrollimine kiirabiteenuste ostmiseks erasektorilt

Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee.

Lisa A. Kiirabibrigaadide hinnangud väljakutse prioriteetidele juhtumitüüpide kaupa

Tabel 5. Kiirabi hinnangud väljakutse prioriteetidele tüüpjuhtumite* kaupa perioodil 09.10.–08.11.2023

Tüüpjuhtum	Brigaad hindas prioriteedi madalamaks	Brigaad jättis hinnangu samaks	Brigaad hindas prioriteedi kõrgemaks	Kokku toimunud tüüpjuhtumid (sh need, millele brigaad jättis hinnangu andmata)
Ebaselge probleem	773	965	180	3 693
Rindkerevalu ja südamehaigused	948	686	104	3 120
Kõhuvalu ja seljavalu	761	625	115	2 705
Teadvushäire, halvatus ja pearinglus	598	301	28	1 555
Jäsemevalu – haavad, luumurrud ja traumad	241	380	91	1 329
Vigastused	357	241	18	1 193
Hingamisprobleemid	264	267	94	1 139
Spetsiifiline ülesanne	203	219	57	1 008
Haige laps	271	203	18	924
Psüühikahäire ja suitsiid	266	132	7	801
Peavalu	57	166	29	484
Teadvuseta täiskasvanu	130	95	2	476
Krambihoog	136	113	7	473
Surmajuhtum	20	145	3	419
Palavik	65	104	23	341
Liiklusõnnetus	61	75	2	306
Kõrva-nina-kurguprobleemid	42	61	17	232
Uroloogia	96	32	1	218
Verejooks (mittetraumaatiline)	91	32	5	217
Alkohol, mürgistus ja üledoos	44	47	7	201
Vägivald ja väärkohtlemine	47	34	6	190
Diabeet ehk suhkruhaigus	25	54	15	181
Põletus, tulekahju ja elektritrauma	15	21	6	172
Allergiline reaktsioon	42	20		108
Sünnitus	14	22	9	78
Günekoloogiline probleem ja rasedus	14	23	5	75
Võõrkeha hingamisteedes	12	17		49
Hüpotermia ja hüpertermia	13	6	4	43
Silmaprobleemid	10	6	2	39
Mürgistus lapsel (kuni 16-aastane)	8	12	3	38
Nahk ja lööve	6	13		37
Kemikaalid ja gaasid	6	7	2	35
Looma- ja putukahammustus	5	8		21
Teadvuseta laps (kuni 8-aastane)	3	1		12
Uppumine	2	1		3
Suurõnnetused ja katastroofid				1
KOKKU	5 646	5 134	860	21 916

* Tüüpjuhtum on enam levinud sündmuste kirjeldus, mis põhineb kriteeriumitel, mis iseloomustavad seisundit või olukorda, mille alusel päästekorraldaja annab ohuhinnangu. Igale kriteeriumile on määratud kiirusprioriteet, mille alusel saadetakse välja vajalik(ud) kiirabibrigaad(id).

Allikas: kiirabikaardid

Lisa B. Terviseameti järelevalvemenetlused

Tabel 6. Terviseameti järelevalvemenetlused kiirabiasutuste üle 2019.–2023. aastal

Aasta	Kontrollitud asutus	Järelevalve sisu	Järelevalve tulemus
2019		järelevalvemenetlusi ei olnud	
2020		järelevalvemenetlusi ei olnud	
2021	Tallinna Kiirabi	kiirabiteenuse dokumenteerimine kaebuse alusel	menetlus lõpetatud
2022	Narva Haigla	kiirabiteenuse dokumenteerimine, D- ja C-prioriteediga, väljasõiduaegade nõuetekohasus, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid	menetlus lõpetatud, tehti ettekirjutus
2022	Karell Kiirabi	kiirabiteenuse dokumenteerimine, D- ja C-prioriteediga väljasõiduaegade nõuetekohasus, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid	menetlus lõpetatud
2022	Kuressaare Haigla	kiirabiteenuse dokumenteerimine, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid, D- ja C-prioriteediga väljasõiduaegade nõuetekohasus	menetlus lõpetatud
2022	Tallinna Kiirabi	kiirabiteenuse dokumenteerimine, väljasõidu, sündmuskohale jõudmise, lahkumise, vabanemise ning baasi jõudmise aja märkimine, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid	menetlus pooleli, tehti ettekirjutus ja määrati sunniraha
2022	Tallinna Kiirabi	kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid	menetlus pooleli
2022	Tallinna Kiirabi	kiirabiteenuse dokumenteerimine kaebuse alusel	menetlus lõpetatud
2022	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	kiirabiteenuse dokumenteerimine, väljasõidu, sündmuskohale jõudmise, lahkumise, vabanemise ning baasi jõudmise aja märkimine, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid	menetlus lõpetatud
2022	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	väljasõidu, sündmuskohale jõudmise, lahkumise, vabanemise ning baasi jõudmise aja märkimine	menetlus lõpetatud
2022	Tartu Kiirabi	kiirabiteenuse dokumenteerimine, väljasõidu, sündmuskohale jõudmise, lahkumise, vabanemise ning baasi jõudmise aja märkimine, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid	menetlus lõpetatud
2022	Pärnu Haigla	kiirabiteenuse dokumenteerimine, kiirabibrigaadi varustus, vajalikud ravimid, D- ja C-prioriteediga väljasõiduaegade nõuetekohasus	menetlus lõpetatud, tehti ettekirjutus
2023	Lõuna-Eesti Haigla	kiirabiteenuse dokumenteerimine kaebuse alusel	menetlus lõpetatud
2023	Karell Kiirabi	väljasõidu, sündmuskohale jõudmise, lahkumise, vabanemise ning baasi jõudmise aja märkimine	menetlus lõpetatud
2023	Tallinna Lastehaigla	reanimobiilibrigaadi varustus ja vajalikud ravimid	menetlus lõpetatud

Allikas: Terviseamet

Lisa C. Kiirabi mõõdikud

Tabel 7. 2023. aastal kehtinud kiirabi mõõdikud ja probleemid nende kohta info kogumisel

Mõõdik 2023. a	Sihttase 2023. a	Probleem	2024. a muudatused	Kommentaar
Kiirabi mõõdik 1: kiirabi reageerimisaeg D-prioriteediga kiirabikutsete korral kiirabi vahetus teeninduspiirkonnas linnas/maapiirkonnas.	Vähemalt 75% D-prioriteediga kutsete korral jõuavad brigaadid kohale linnas 7 ning maal 14 minutiga.	Peamine probleem mõõdiku arvutamisel oli tihe- ja hajaasustuse eristamine pärast 2017. a haldusreformi. Brigaadi teeninduspiirkond võis hõlmata nii linna kui ka maapiirkonda. Mõõdik 1 oli ainuke mõõdik, mille kohta esitatud andmeid oli võimalik kiirabiasutuse ti võrrelda. Andmed näitavad, et reageerimisaegades olid brigaadide erinevused väga suured. Mõni brigaad saavutas sihttaseme 14%-l juhtudest ja teine 100%-l juhtudest. Ühes kiirabiasutuses ei täitnud maal ükski brigaad eesmärki ning linnas ainult üks brigaad ületas sihttaseme.	Mõõdiku uus nimetus on „Kiirabi reageerimisaja mediaan ja keskmine reageerimisaeg D-prioriteediga kiirabikutsete puhul“. Mõõdiku arvutamisel võetakse arvesse ühe kiirabibaasi kõikide brigaadide reageerimisaegade mediaan ja keskmine D-prioriteediga kiirabikutsete korral ning eraldi oma teeninduspiirkonna D-prioriteediga kiirabikutsete mediaanreageerimisaeg ja keskmine. Loobutud on reageerimisaja kestuse sihist: enam ei ole kiirabil kohustus jõuda kohale teatud aja piires. Mõõdetakse ainult ajalisi trendi.	Teeninduspiirkonna sisese ja välise reageerimisaja eristamine on oluline. Samas ei ole ainult ajalise trendi jälgimine piisav. Keskmisel ja mediaanreageerimisajal peaks olema ka ajaline sihttase, kui mitme minutiga brigaad sündmuskohale jõudma peaks. Suured erinevused reageerimisaegades näitavad, et kiirabi kättesaadavus on paikkonniti ebaühtlane ja vaja on analüüsida brigaadide paiknemist. Reageerimisaja ajalisest sihist / kestusest loobumine sellele kaasa ei aita.
Kiirabi mõõdik 2: elustamiskatsete arv kiirabibrigaadis aastas 100 000 elaniku kohta.	Vähemalt kolm elustamiskatset aastas kiirabiasutuse iga kiirabibrigaadi kohta.	Mõõdiku puhul ei ole kõigi kiirabibrigaadide kohta võimalik infot esitada. Mõõdiku andmete allikas on e-kiirabi ja Statistikaamet. 2017. a haldusreformi järel muutusid külade ja valdade piirid ning enam pole võimalik välja võtta kõikide brigaadide teeninduspiirkondade elanike arvu Statistikaameti avalikust andmebaasist.	Mõõdiku sõnastust ei muudetud.	Statistikaamet avaldab avalikus andmebaasis elanike arvu oma-valitsuse täpsusega. Kui brigaadi teeninduspiirkond hõlmab väiksemat üksust (nt Alatskivi), siis on elanike arvu teadasaamiseks vaja teha Statistikaametile tasuline päring.
Kiirabi mõõdik 3: haigla eelteavitusega insuldijuhtude osakaal kõikidest insuldijuhtudest.	Kiirabibrigaadid eelteavitavad haiglaid vähemalt 80% insuldijuhtude kohta.	Mõõdiku kohta ei olnud võimalik andmeid e-kiirabist automaatselt välja võtta. Kiirabiasutused arvutasid seda käsitsi või jätsid andmed esitamata. Lisaks e-kiirabile olid mõõdiku andmete allikana lisatud ka Tervisekassa raviarved. Ent Tervisekassa ise kiirabi mõõdikuid ei arvutanud ega edastanud kiirabile raviarvete andmeid.	Mõõdikust loobuti. Tervisekassa selgitusel mõõdiku sihttaseme täitmisega probleeme ei olnud.	Kuna selle mõõdiku kohta oli andmete esitamine vabatahtlik, ei teinud seda kõik kiirabiasutused. Seega ei ole kvaliteediaruannete alusel võimalik hinnata, kas kõigis kiirabiasutustes vastas mõõdiku täitmine sihttasemele.
Kiirabi mõõdik 4: ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarktiga patsiendi hospitaliseerimine reperfusiooni teostavasse haiglasse 80	Kiirabibrigaad hospitaliseerib vähemalt 80% ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarktiga patsientidest reperfusiooni teostavasse	Mõõdiku kohta oli andmete kogumine raskendatud, sest kiirabikaartidele ei märgita patsiendi haiglale üleandmise aega. Mõõdiku arvutamisel lähtutakse ajast, mil brigaad on haiglast vabaks saanud.	Uues sõnastuses on hospitaliseerimise aega pikendatud 100 minutini. Selgitusena on lisatud, et kuna kiirabikaart ei võimalda mõõta täpset aega, mil patsient haiglale üle anti, vaid aega, mil brigaad on vaba ja valmis uut kutset	Alates 26.08.2024 on võimalik kiirabikaardile märkida patsiendi haiglale üleandmise aeg, kuid see märgi ei ole masinloetav. Sõnastuse muudatus lahendab probleemi osaliselt, sest üleandmise

Mõõdik 2023. a	Sihttase 2023. a	Probleem	2024. a muudatused	Kommentaar
minuti jooksul alates kiirabibrigaadi sündmuskohale saabumisest.	haiglasse 80 minuti jooksul.		teenindama, on mõõdikule lisatud 20 minutit üleandmiseks-valmistumiseks.	aega ei ole võimalik automaatselt välja võtta. Mõõdiku täitmist ei ole võimalik analüüsida.
Kiirabi mõõdik 5: insuldiga patsiendi hospitaliseerimine rekanaliseerivat protseduuri teostavasse haiglasse 80 minuti jooksul alates väljasõidu-korralduse saamisest.	Kiirabibrigaad hospitaliseerib vähemalt 80% insuldiga patsientidest rekanaliseerivat protseduuri teostavasse haiglasse.	Mõõdiku kohta oli andmete kogumine raskendatud, sest kiirabikaartidele ei märgita patsiendi haiglale üleandmise aega. Mõõdiku arvutamisel lähtutakse ajast, mil brigaad on haiglast vabaks märgitud. Lisaks e-kiirabile olid mõõdiku andmete allikana lisatud ka Tervisekassa raviarved. Ent Tervisekassa ise kiirabi mõõdikuid ei arvutanud ega edastanud kiirabile raviarvete andmeid.	Uues sõnastuses on hospitaliseerimise aega pikendatud 100 minutini. Selgitusena on lisatud, et kuna kiirabikaart ei võimalda mõõta täpset aega, mil patsient haiglale üle anti, vaid aega, mil brigaad on vaba ja valmis uut kutset teenindama, on mõõdikule lisatud 20 minutit üleandmiseks-valmistumiseks.	Alates 26.08.2024 on võimalik kiirabikaardile märkida patsiendi haiglale üleandmise aeg, kuid see märke ei ole masinloetav. Sõnastuse muudatus lahendab probleemi osaliselt, sest üleandmise aega ei ole võimalik automaatselt välja võtta. Mõõdiku täitmist ei ole võimalik analüüsida.
Kiirabi mõõdik 6: traumakeskusesse esmaselt hospitaliseeritud raske traumaga patsientide osakaal kõikidest raske traumaga hospitaliseeritud patsientidest.	Kiirabibrigaad hospitaliseerib vähemalt 80% rasketest traumadest traumakeskusesse.	Mõõdiku kohta ei olnud e-kiirabi analüüsi ja statistikamoodulist võimalik andmeid automaatselt välja võtta. Kiirabiasutused arvutasid seda käsitsi või ei esitanud andmeid selle kohta. Trauma raskuse määratlemiseks kasutati traumaskoori, mida arvutati käsitsi. Nt 2023. a oli Tartu Kiirabis 336 traumakoodiga kiirabikaarti, millest raske patsiendi skoorile vastas 48.	Sõnastuse muutmise järel traumaskoori enam arvutama ei pea. Trauma raskuse hindamise aluseks on eluliste näitajate ohtlikud muutused (teadvushäire, hingamispuudulikkus, šokk).	Käsitsi traumaskoori enam arvutama ei pea ning mõõdiku arvutamiseks vajalikud andmed on e-kiirabis olemas.
Kiirabi mõõdik 7: patsientide osakaal haiglas kinnitatud ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarktiga patsientidest, kes müokardiinfarktiga hospitaliseeriti reperfusiooni teostavasse haiglasse.	Vähemalt 90% müokardiinfarktiga reperfusiooni teostavasse haiglasse hospitaliseeritustest saab haiglas kinnituse ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti kohta.	Mõõdiku kohta täpsete andmete kogumine eeldas juurdepääsu haigla infosüsteemidele, terviseinfosüsteemile ja pildipangale. Kiirabi pidi teada saada, kas infarkti hüpotees sai haiglas kinnituse. Eesmärk oli mõõta, kas brigaad tunneb ära patsiendi, kellel võiks olla vaja trombolüüsi. Mõõdiku mõte on koguda andmeid selle kohta, kas trombolüüsivajaduse alarmiga toodud patsiendid jõuavad haiglasse õigel ajal.	Uues sõnastuses loobuti haigla kinnitusest. Edaspidi esitatakse andmed ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarktiga patsientide kohta, kes hospitaliseeriti reperfusiooni teostavasse haiglasse.	Muudatus lahendab andmekogumise probleemi.
Kiirabi mõõdik 8: vere- ringe spontaanse taastamisega lõppenud elustamiskatsete osakaal kõikidest elustamiskatsetest kiirabi vahetutes teeninduspiirkondades.	Spontaanne vereringe taastub vähemalt 20%-l elustamiskatsetest ja vähemalt 40%-l esmaselt diagnoositud defibrilleeritava rütmiga vereringe seiskumiste korral.	Mõõdiku kohta täpsete andmete kogumine eeldas juurdepääsu haigla infosüsteemidele. Juhul kui elustamiskatse jätkus patsiendi üleandmiseni haiglasse, siis peeti elustamiskatset edukaks, kui patsient kirjutati elusana haiglast välja.	Elustamiskatse on edukas, kui selle tulemusena taastub patsiendi spontaanne vereringe haiglaeelsel etapil ning haige hospitaliseeritakse sündmuskohalt haiglasse elustamisjärgses seisundis.	Muudatus lahendab andmekogumise probleemi. E-kiirabis on andmed haiglaeelse etapi kohta olemas.

Allikas: Tervisekassa ja Riigikontroll

Lisa D. Ülevaade 2004. aasta auditi tähelepanekutest ja lahendamata probleemidest

Tabel 8. Riigikontrolli 2004. aasta auditi „Esmase erakorralise arstiabi korraldus“ soovitused ja senini lahendamata probleemid kiirabivaldkonnas

2004. a auditi tähelepanekud ja soovitused	Probleemi sisu ja muutused võrreldes auditiga	Olukord 2023. aastal
Töötada välja esmase erakorralise arstiabi korralduse mudel, kus on arvestatud kõikide süsteemiosade koosmõju tervishoiuteenuse kättesaadavusele patsiendi jaoks. Teavitada inimesi aktiivselt erinevatest esmase erakorralise arstiabi saamise võimalustest (sh öösiti ja nädalavahetustel) ning selle osutamise kohtadest. Teha koostöös siseministri ja Tervishoiuametiga aktiivset teavitustööd (sh vene keeles) inimeste seas, et selgitada mh neile järgmisi asjaolusid: • kiirabi ja perearstiabi tööjaotust (sh õigust teiselele arvamusele); • seda, millal peaks abi saamiseks kutsuma kiirabi, pöörduma EMOsse või perearsti poole.	Inimestel ei ole perearsti tööaja välisel ajal muid arstiabi saamise võimalusi, kui kutsuda kiirabi või pöörduda EMOsse. 2017. a andis Eesti Perearstide Selts koostöös Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsiga välja juhendi „<u>Perearst või EMO</u>“, kus on toodud soovitused, milliste probleemide korral pöörduda EMOsse ning milliste puhul perearsti poole. 2017. a oli tööajaväliseid vastuvõtte võimaldavaid perearste 73 (ca 9% kõigist perearstidest) 15 omavalitsuses. 2021. a langes tööajavälised vastuvõtte tegevate arstide arv ligi kolmandiku võrra (48 arsti ehk ca 6% kõigist perearstidest, 13 omavalitsuses). Suurematest linnadest ei olnud 2022. aasta oktoobri seisuga Tartus, Pärnus ja Narvas ühtki perearsti, kellel oleks haigekassa rahastatud tööajaväliline vastuvõtt. Samas on nendes linnades olemas tervisekeskused – Tartus neli, Pärnus ja Narvas üks.⁸²	Perearstidel ei ole kohustust osutada tööajavälist erakorralist haiglavälisest arstiabi. Riigikontrolli arvates on perearstide tööajavälise vastuvõtte tarvilikkuse hindamisel väljakutseks see, et teenust ei pakuta mitte inimeste vajaduse järgi, vaid perearstide tööajavälise vastuvõtu pakkumise võimekuse alusel. <u>Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüsis</u> soovitati ühe tegevusena EMOde ja kiirabi koormuse vähendamiseks luua suurematesse linnadesse perearstide valvekeskused, mis oleks avatud nädalavahetusel ja argipäevadel töövälisel ajal. Auditi ajal valvekeskuste loomist otsustatud ei olnud.
Käivitada 2004. a jooksul perearsti nõuandetelefon, mis suurendab esmase arstiabi kättesaadavust patsiendile ning vähendab eeldatavasti kiirabi tööd. Juhul kui infotelefon ei aita vähendada kergete kutsete osakaalu, tuleb kaaluda suuremates linnades perearsti öövalve rakendamist.	2005. a loodi üleriigiline ööpäevaringne perearsti nõuandetelefon 1220, et anda abi ajal, mil perearstiabi ei ole kättesaadav (nt väljaspool tööaega, puhkepäevadel) või kui terviseprobleemi tõttu ei ole vaja kohe perearsti vastuvõtule minna.⁸³ 2023. a tegid Eesti inimesed nõuandetelefonile 297 148 kõnet (ca 800 kõnet päevas), mis on ⅓ võrra vähem kui 2022. a. Kõnede arvu vähenemine oli tingitud koroonaviiruse leviku vähenemisest.⁸⁴	Päästekorraldajad soovivad hädaabinumbri 112 helistanud inimestel, kelle terviseprobleem ei ole erakorraline, helistada nõuandetelefonile 1220 või pöörduda perearsti poole. Selliste nõustamiskõnede osakaal oli 2023. a ca 5% kiirabisündmustest (13 725), mis on ligi 11 korda enam kui 2019. a (1319 sündmust, 0,5%).⁸⁵
Tagada koostöös siseministriga kiirabi väljakutsete töötlemise ühtse juhendi võimalikult kiire väljatöötamine ja kasutusele võtmine kõigis häirekeskustes.	2004. a võttis kiirabikõnesid vastu neli piirkondlikku häirekeskust. Et puudus ühtne kiirabi väljakutsete töötlemise juhend, töötasid häirekeskused erinevate juhiste alusel ning hindasid kiirabikutsete raskusastet erinevalt. 2004. a moodustati Päästeameti neljast piirkondlikust häirekeskusest Siseministeeriumi valitsemisalas asuv üks Häirekeskus. 2008. a võeti kasutusele ühine kutse-töötlusmanuaal, mis koosnes suletud küsimustest ja ettemääratud tegevustest. Küsimustel oli kindel järjekord ja päästekorraldaja ei	2022. a kevadel võttis Häirekeskus kasutusele uue kutsetöötlusmanuaali. Vastupidi varasema manuaali rangete algoritmidega protokollidele kasutatakse uue manuaali küsimustikus avatud küsimusi, selleks et selgitada välja, millist ja kui kiiret abi inimene vajab. Selline lähenemine annab kõne vastuvõtjale rohkem tegutsemisvabadust, et kasutada oma töökogemust

⁸² Ülevaade riigi vara kasutamisest ja säilimisest 2021.–2022. aastal. Eesti tervishoiu suundumused. Riigikontroll, 2022.

⁸³ Perearsti nõuandetelefoni veebileht.

⁸⁴ Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni 1220 tegevusaruanded haigekassale 2021. ja 2022. aasta kohta.

⁸⁵ Häirekeskuse andmed. Sündmuste liikide aruanne, kiirabisündmused 01.01.–31.12.2023 ja 01.01.–31.12.2019.

2004. a auditi tähelepanekud ja soovitused	Probleemi sisu ja muutused võrreldes auditiga	Olukord 2023. aastal
	saanud küsimustest mööda minna. Iga helistaja vastus määras järgmise küsimuse. Küsimustiku kasutamine ei eeldanud kõne vastuvõtjalt meditsiinilist ettevalmistust.	abivajaja seisundi tuvastamisel. ^{86, 87} Uue manuaali kasutamine eeldab meditsiinilist eriharidust.
Hakata koguma regulaarselt andmeid kutsete prioriteetide kohta, et hinnata häirekeskuste prioritseerimise adekvaatsust.	Häirekeskused hindavad paljude kutsete raskusastet üle, kuna on puudus meditsiinilise ettevalmistusega päästekorraldajatest. Hetkel kutsete raskusastme kohta infot riiklikult ei koguta ning ametlikult kinnitatud kiirabikaardil puudub ka lahter prioriteedi muutmise kohta.	Brigaadil on võimalik kiirabikaardile lisada oma hinnang väljakutse prioriteetidele, ent selle märkimine on vaba-tahtlik ja seda tehakse harva. Häirekeskuse ja kiirabi-brigaadide määratud prioriteetide erinevuste seire annaks päästekorraldajatele tagasisidet oma tegevuse kohta ja võimaldaks neil oma tööd parandada.
Tagada koostöös siseministriga, et abivajajale saadetakse raske prioriteediga väljakutse korral lähim kiirabi-brigaad, sõltumata brigaadi teeninduspiirkonnast.	Häirekeskustel puudus info brigaadide asukohast reaalselt. GPSi ehk asukoha määramise automaatset süsteemi kiirabiautodel ei olnud. Väljakutsele saatis häirekeskus talle teadaolevalt abivajajale lähima brigaadi. See ei pruukinud aga info puudulikkuse tõttu tegelikult abivajajale kõige lähemal asuda.	Kiirabiautod on varustatud GPSiga ning Häirekeskused on reaalselt info brigaadide asukohast. D-kutsele saadab Häirekeskus välja lähima vaba brigaadi sõltumata brigaadi teeninduspiirkonnast. Selle lahenduse puuduseks on, et kodupiirkonnast kaugemal (nt transpordikutsel) olevad brigaadid ei saa haiglast lahkudes kohe kodupiirkonda naasta, kui brigaad saadetakse (nt Tallinna linnas) D-kutsele. Sellisel juhul peab brigaadi kodupiirkonda teenindama naaberpiirkonna brigaad. Lisaks ei ühendata hädaabinumbritele helistades abivajajat tema piirkonnas asuva häirekeskusega. Sissetulevad kõned jaotatakse kõikide päästekorraldajate vahel (üle Eesti asuvate keskuste peale kokku) põhimõttel, et järgneva kõne saab kõige pikemalt vaba olnud päästekorraldaja.
Tagada koostöös siseministriga päästekorraldajate meditsiiniline ettevalmistus. See tagab erinevate häirekeskuste päästekorraldajate ühtlase taseme ning parandab kutsete töötlemise kvaliteeti.	Päästekorraldajad on jätkuvalt päästemetnikud, kuid meditsiinalase õppe maht on võrreldes 2004. a kasvanud 264 tunnilt ca 400 tunnile.	63% 112-sündmustest moodustavad kiirabi sündmused. Vajadus parandada päästekorraldajate meditsiini-teadmisi on jätkuvalt päevakohane, eelkõige seoses 2022. a kasutusele võetud manuaaliga.
Tagada koostöös siseministriga järelevalve häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle ning vajadusel muuta olemasolevaid kutsetöötlemise ajanorme realistlikumaks.	Sotsiaalministeerium selgitas, et häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle teeb järelevalvet Siseministeerium. Tervishoiuamet (praegu Terviseamet) ei kontrollinud järelevalve käigus häirekeskuste kutsete edastamise kiirust. Operatiivkontrolli kutsete menetlemise üle tegid häirekeskused ise.	Hädaabikutsete, s.t kiirabikutsete menetlemise kvaliteeti jälgib Häirekeskus. Eraldi välist kvaliteedi-kontrolli kiirabikutsete menetlemise üle ei tehta. Terviseamet, Siseministeerium ei jälgi Häirekeskuse kiirabi väljasaatmise aegu.

⁸⁶ Dami F, Heymann E, Pasquier M, Fuchs V, Carron P-N, Hugli O. Time to Identify Cardiac Arrest and Provide Dispatch-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation in a Criteria-Based Dispatch System. Resuscitation 2015;97.

⁸⁷ Ellensen EN, Wisborg T, Hunskaar S, Hunskaar S, Zakariassen E. Dispatch Guideline Adherence and Response interval—a Study of Emergency Medical Calls in Norway. BMC Emerg Med 2016;16:40.

2004. a auditi tähelepanekud ja soovitused	Probleemi sisu ja muutused võrreldes auditiga	Olukord 2023. aastal
Vaadata perioodiliselt üle logistiline skeem ja kiirabibrigaadide arvu määrus, arvestades tervishoiupoliitilisi otsuseid ning rahvastiku ja haiglavõrgu paiknemise muutusi.	2004. a oli Eestis 26 kiirabiasutust, 90 kiirabibrigaadi, 24 teeninduspiirkonda ja 46 kiirabibaasi. Viimane teeninduspiirkondade, kiirabibrigaadide paiknemise ja arvu analüüs toimus 2012. a, kui toimus viimane avalik konkurss kiirabiasutuste valimiseks. Alates 2014. a on Eestis kümme kiirabiasutust ning kümme teeninduspiirkonda, 102 kolmeliikmelist kiirabibrigaadi ja 61 kiirabibaasi.	Alates 2014. a ei ole kiirabi teeninduspiirkondade jaotust ja brigaadide paiknemist ning arvu muudetud (kuigi oluliselt on muutunud inimeste paiknemine). Lisaks elanike arvule ja asustustihedusele on tarvis arvestada ka haiglate asukohti, suuremat liikumiskiirust võimaldavate maantee lähedust ja teel olevaid takistusi (nt raudtee ülesõidukohad) ning seda, milliseid tervishoiuteenuseid haigla on suuteline pakkuma. Võrdluseks, 20-st HVA-haiglast 11 on üldhaiglad, kus viimastel aastatel on tervishoiuteenuste arv vähenenud ja vaja võib olla patsient viia kaugemale. Vabariigi Valitsus kinnitas „Haiglavõrgu arengusuunad 2040“ 19.12.2024.⁸⁸ Arengusuundade tegevuskavast lähtudes lepitakse HVA-haiglate teenusepakettides kokku 2025. a.
Koguda regulaarselt brigaadipidajatelt andmeid, et tagada kiirabi tööst ja patsientidest selge ülevaade. Põhjalikumalt ja süsteemsemalt tuleks analüüsida, • milline on kiirabi töö prioriteetide lõikes, arvestades ka piirkondi ning seda, millistel kellaaegadel, nädalapäevadel on kiirabi koormatus suurem/väiksem; • kas järgitakse kohalejõudmise norme raskete kutsete korral; kui kaua kestab kiirabi väljakutse; • kui hea on häirekeskuse ülevaade brigaadide liikumisest; • kuidas mõjutavad kiirabi osutamist vastuvõetavad otsused teistes tervishoiuvaldkondades.	Riiklikult ei koguta piisavalt andmeid ega tehta analüüse, mis võimaldaks saada adekvaatset ülevaadet kiirabi tööst. Elementaarse statistika ja analüüsi puudumine näitas kiirabi valdkonna juhtimise nõrkust ja süsteemist.	<u>Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüsi</u> kohaselt ei koguta alates 2015. a (kui loodi e-kiirabi) enam kiirabistatistikat. E-kiirabi analüüsi ja statistikamoodul ei võimalda aga lihtsasti andmeid välja võtta. Seetõttu kiirabiasutuste ülest andmete analüüsi ei tehta. Regulaarseid analüüse selle kohta, kuidas teistes tervishoiuvaldkondades vastuvõetavad otsused mõjutavad kiirabi osutamist, tehtud ei ole.
Enam kui aasta jooksul pole suudetud lõplikku otsust teha kiirabipakkujate konkursi kohta.	Konkursi tähtaegade edasilükkamise üheks põhjuseks oli vajalike analüüsides puudumine (nt logistiline analüüs brigaadide paiknemise kohta). Teisteks põhjusteks oli ülevaate puudumine kiirabiasutuste tegelikest kulutustest; kriteeriumite puudumine, mille alusel valida üks teenuseosutaja, kui piirkonnast oli mitu pakkujat.	2013. a konkursile eelnenud teeninduspiirkondade ja brigaadide paiknemise analüüsi kohta materjale säilinud ei ole. Samuti pole avalikku konkursi läbi viidud. Konkurss on viibinud mh põhjusel, et on puudunud seisukoht, millist kiirabi riik soovib ja suudab ülal pidada (s.t kiirabi arengusuunad olid kokku leppimata).

⁸⁸ Vabariigi Valitsuse 19.12.2024. a istungi protokolli 63 päevakorra punkt 24.

2004. a auditi tähelepanekud ja soovitused	Probleemi sisu ja muutused võrreldes auditiga	Olukord 2023. aastal
		2024. a tegi Tervisekassa kiirabikaartide analüüsi, ent ei käsitlenud selles kiirabi kättesaadavuse seisukohalt olulisi tegureid, näiteks rahvastiku prognoosi KOVi-tasemel, HVA-haiglate erinevat suutlikkust pakkuda tervishoiuteenuseid või kiirabibrigaadide hõivatust.
Määrata kindlaks kiirabireanimobiilide kasutamise eesmärk ja kord ning tagada nende juhtimine häirekeskuse kaudu.	Osa reanimobiilibrigaadide väljakutsete kohta ei edastatud teavet häirekeskusele ning keskusel puudus operatiivinfo brigaadi väljasaatmiseks. Oli juhtumeid, kus reanimobiile kasutati transpordiks ka kerge prioriteediga kutsetel.	<u>Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväge ning Terviseameti kiirabialase koostöö korra</u> kohaselt kehtestab Terviseamet kiirabibrigaadi, sh reanimobiili väljasõiduplaani. Selles on päästekorraldajale juhised, millisel juhul tuleb välja saata kiirabi ja/või reanimobiilibrigaad. Reanimobiilibrigaadid on arvel Häirekeskuses.
Töötada välja massiürituste meditsiinilise julgestamise kord.	Tervishoiuameti (praegu Terviseamet) hinnangul pidi meditsiinilise julgestuse olemasolu korraldama ja kulud kandma ürituse korraldaja, kuid määruse puudumisel on meditsiiniline järelevalve jäänud kohati maksumaksja kanda (s.t ürituse korraldaja ei ole eraldi lepinguga ostanud kiirabiteenust või on teinud seda minimaalselt).	Meditsiinilise julgestamise teenuse osutamine ei eelda kiirabiteenuse tegevusloa omamist. Teenust osutavad nii kiirabiasutused kui ka eraettevõtted hinnakirja alusel. Eraldi määrust massiürituste meditsiinilise julgestamise nõuete kohta koostatud ei ole, s.t et teenust osutavate inimeste pädevust ega varustust ei kontrollita. Korrakaitse seaduse kohaselt kehtestab omavalitsus nõuded avaliku ürituse korraldamiseks. Ürituste meditsiiniline julgestamine toimub ürituse turvaplaani ja riskiastme alusel kas kiirabibrigaadiga, esmaabipunktiga või üksiku meditsiinitöötajaga. Teenuse eest tasub korraldaja.
Suurendada Tervishoiuameti (praegu Terviseamet) kompetentsi lepingute koostamisel ja nende täitmise kontrollimisel. Teha selles vallas koostööd pikaajalise kogemusega haigekassaga (praegu Tervisekassa).	Tervishoiuamet (praegu Terviseamet) ei suutnud korraldada kiirabikonkurssi ega uuendada lepinguid. Juba väljakuulutatud kiirabikonkurssi tähtaeg lükati edasi ja hiljem konkurss lõpetati (s.t teenusepakujatega lepinguid ei sõlmitud).	Terviseamet korraldas viimase avaliku konkursi 2013. a ja sõlmis kiirabiasutustega lepingud aastateks 2014–2018. Seejärel vähendati Terviseameti ülesandeid kiirabivaldkonnas. Alates 2019. a rahastab kiirabi Tervisekassa, ent uut avalikku konkurssi ei ole seni korraldatud.
Kaaluda arstibrigaadide vajalikkust ning alustada arstibrigaadide järkjärgulist muutmist õebrigadeideks. Kaaluda kaheliikmeliste kiirabibrigaadide loomist. Kaheliikmelisi kiirabibrigaade võiks kasutada eeskätt suuremates linnades, kus on vajaduse korral lihtne saata välja lisabrigaad. Võtta kasutusele osajaajalised brigaadid suuremates linnades (Tallinn, Tartu, Pärnu, Narva). Osajaajalised	2004. a oli 35 arsti-, 49 õe- ja 6 reanimobiilibrigaadi. 2014. a-st on 102 kolmeliikmelist kiirabibrigaadi, millest 14 on arsti- ja 82 õebrigadeid, reanimobiilibrigade on 6. Täiendavalt on Iisakus (Ida-Virumaa) kaheliikmeline vähendatud koosseisuga õebrigade ning Tallinnas kaheliikmeline arstlik toetusbrigade, mis vajadusel läheb appi väljakutsel juba viibivale õebrigadeile või reageerib esmaselt kiirabi kõrge astmega väljakutsetele. Tallinna Kiirabis on suvekuudel ka kaheliikmeline kiirabi jalgrattapatrull, mille tööpiirkond on Tallinna vana- ja südalinn. Väikesaartel (Kihnu, Vormsi, Prangli ja Ruhnu) on esmaabiandjad, kes töötavad kahe-	Õebrigadeide osakaal on kasvanud 54%-lt 80%-ni. Kaheliikmelisi brigadeide laialdaselt ei kasutata. <u>Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüs</u> kordas Riigikontrolli 2004. a soovitus kaheliikmeliste õebrigadeide kasutamiseks tiheasustusega piirkondades, kus eeldatav kohalejõudmise aeg jääb alla 15 minuti (mis võimaldab vajadusel lisabrigadei kiire kohalejõudmise).

2004. a auditi tähelepanekud ja soovitused	Probleemi sisu ja muutused võrreldes auditiga	Olukord 2023. aastal
brigaadid võimaldavad hoida kokku ressursse ajal, kui kiirabi töökoormus on väike.	kaupa. Nende brigaadide kolmas liige ja brigaadijuht on PERHi kiirabikeskuse telemeditsiinarst, kes esmaabiandjaid distantsilt juhendab. Suvekuudel on brigaadijuhid valves saartel kohapeal.	Samuti eeldab see kiirabibrigaadide paiknemise analüüsimist, et brigaadide paiknemine vastaks piirkondlikele vajadustele.
Tagada koostöös haridus- ja teadusministriga kiirabiõdede ning -tehnikute koolitus meditsiiniharidust pakkuvates õppeasutustes.	Aastani 2006 said kiirabis arstina töötada ja brigaadi juhtida ka üldmeditsiinilise haridusega arstid ning kõik muu eriala arstid. Kiirabibrigaadi koosseisu nõuded on täiendatud. Arstibrigaadi juht peab olema erakorralise meditsiini arst või anestezioloog. Õe-brigaadi juht peab olema erakorralise meditsiini või intensiiv-õenduse õde või õde, kel on vähemalt 2-aastane töökogemus õena, sellest vähemalt aastane töökogemus kiirabibrigaadi teise liikmena. Brigaadi teine liige võib olla õde või erakorralise meditsiini tehnik; kolmas liige alarmsõiduki juhtimise õigusega kiirabitehnik või erakorralise meditsiini tehnik.	Erakorralise meditsiini, intensiivõenduse või erakorralise meditsiini tehnika eriala on võimalik omandada tervishoiu kõrgkoolides. Kiirabitehnikuks saab õppida suuremate kiirabiasutuste koolituskeskustes. 2004. a oli probleem, et kiirabi-brigaadi koosseisu nõuded ei sätestanud täpselt, et lisaks brigaadi juhile peab meeskonda kuuluma ka teine meditsiinitöötaja. Ülejäänud brigaadiliikmed võisid olla meditsiinihariduseta kiirabitehnikud. Enam see nii pole.
Määrata perearsti tööjuhendis kindlaks, millal perearst peab tegema koduviisi ja millal võib ta koduviisidist keelduda. Kiirabi ja perearsti koostöö ning tasaarvelduse kord ei toimi.	Riigikontrolli kiirabikutsete analüüs näitas seost perearsti koduviitide ja kiirabikutsete vahel. Mida rohkem koduviisi perearst nimistu kohta tegi, seda vähem oli nimistu kohta kiirabikutseid. Alates perearstisüsteemi loomisest on koduviitide osakaal üha kahanenud. 2002. a (7%) oli võrreldes 1998. a (13%) koduviitide osakaal kõikidest perearsti visiitidest ligi kaks korda väiksem. <u>Sotsiaalministri 19.12.2001. a määrus</u> sätestab perearsti ja kiirabi koostöö ning tasaarvelduse korra. Määrus paneb kiirabiasutusele kohustuse teatada perearstile ühe tööpäeva jooksul tema nimistu liikmetele tehtud kiirabivisiitidest ning annab mõlemale poolele õiguse esitada nõue valdkonda mittekuuluva töö eest. Kiirabi ja perearsti vahel tasaarveldamist auditi ajal ei toimunud.	Perearstide koduviitide osakaal oli jätkuvalt languses (2022. a 0,5% perearstide kõikidest visiitidest). Tingimusi, millal peab perearst tegema koduviisi ja millal nendest keelduda võib, kehtestatud ei ole. Määrus kehtis muutmata kujul edasi. Kiirabiasutused ei ole esitanud perearstidele koduviitide eest arveid. Arvete esitamise eelduseks on lepingu olemasolu kiirabiasutuse ja perearstide vahel. Selliseid lepinguid sõlmitud ei ole.
Koostöös haigekassaga (praegu Tervisekassa) tagada kiirabiandmete võrdlemine perearsti töö näitajatega (visiitide arv, koduviitide arv, kindlustamata isikute arv ja sooritatud visiidid).	Puudusid andmed, mille alusel hinnata perearstide koduviitide mõju kiirabikutsetele. Kiirabikaardil oli olemas lahter patsiendi perearsti nime märkimiseks, kuid seda täideti vähe. Olemasolevad andmed ei võimaldanud analüüsida, miks on ligi 1/3 kiirabikutseid mittekiirabilise iseloomuga ning milline on selle mõju süsteemi kogukuludele. Sotsiaalministeerium selgitas, et tervishoiuanalüüsi teeb tervise info- ja analüüsiosakond, kes jagab tulemusi kõigile koostööpartneritele. Milliseid kiirabi ja perearsti töö näitajaid oli kavas koguma hakata, vastusest ei selgu.	Kiirabikaardil on patsiendi perearsti nimi ja telefoni number. Perearstide koduviitide või teiste perearsti töö näitajate ja kiirabisse pöördumise vahelisi seoseid ei ole Sotsiaalministeerium, Terviseamet ega Tervisekassa analüüsinud.
Ühtlustada esmatasandi arstiabi lisatasud (visiiditasu) nii erakorralise meditsiini osakonnas kui ka kiirabis.	Kiirabi kutsumine on Eestis tasuta (ka siis kui kiirabi viib patsiendi haiglasse). Ent ise EMOSse pöördumise ja perearsti koduviisi eest tuleb maksta visiiditasu. Ettepanek kaotada EMOs visiiditasu ei ole leidnud toetust.	Kiirabi kutsumine on jätkuvalt tasuta. Ise EMOSse pöördumisel tuleb maksta visiiditasu 5 eurot. Perearstidel on samuti õigus koduviisi eest küsida tasu kuni 5 eurot.

2004. a auditi tähelepanekud ja soovitused	Probleemi sisu ja muutused võrreldes auditiga	Olukord 2023. aastal
Lõpetada kiirabibrigaadide kasutamine patsientide transpordiks, kui selleks puudub erakorraline vajadus. See aitab vähendada brigaadide hõivatust ning tagab brigaadide parema valmisoleku neile pandud ülesannete täitmiseks ja võimaldab hoida kokku kiirabi põhitöös vajalikke ressursse. Töötada välja sõidukulude hüvitamise kord, kus oleks selgelt sätestatud patsiendi võimalused saada transporditeenust tervishoiuasutusse ja tagasi, et vältida kiirabi kasutamist tavatranspordiks. Sõidukulude hüvitamine vähendab kutseid, kus kiirabi on tellitud ainult selleks, et jõuda tasuta haiglasse. Tagada järelevalve kaudu, et kiirabi ei kasutata patsientide transpordiks ühest haiglast teise ilma erakorralise vajaduseta.	Sotsiaalministeerium nõustus, et kiirabi kasutamine patsiendi transpordiks ei ole ratsionaalne, kui selleks puudub erakorraline vajadus. Ministeerium lisas, et algatatud on uus haigete transporditeenuse juurutamine: väljatöötamisel on eraldi teenus, kuna eakate, laste, liikumispuudega jt patsientide transpordi vajadus on katmata. Taolist eraldi teenust loodud ei ole ning plaaniliste haigete transpordi teenust tervishoiusüsteemis ei eksisteeri. Samuti nõustus Sotsiaalministeerium ettepanekuga, et riiklikult peab korraldama mitte-erakorraliste abivajajate transportimise haiglasse. Ministeerium selgitas täiendavalt, et 2004. a käisid koostöös haigekassa (praegu Tervisekassa), Sotsiaalministeeriumi ja Tervishoiuametiga (praegu Terviseamet) erinevate võimaluste üle läbirääkimised.	Mitte-erakorraliste patsientide transportimiseks kasutatakse jätkuvalt sageli kiirabi. See viitab kiirabi mitte-eesmärgipärasele kasutamisele. Patsiendi transport haiglasse plaanilise hospitaliseerimise korral ja selle rahastamine on Eestis jätkuvalt lahendamata. Praegu on selgusetu, kes peaks pakkuma transporditeenust ning kuidas peaks toimuma selle rahastamine. Sätestamata on, kas haiglasse jõudmine on patsiendi enda mure või peaks see mõningal määral olema ka riigi või omavalitsuse vastutus. Järelevalvet kiirabi kasutamise üle mitteerakorraliste patsientide transportimisel ühest haiglast teise tehtud ei ole.
Lihtsustada vale kiirabiväljakutse, -sõidu korral rakendatava sanktsiooni määramist.	Teadlikult vale väljakutse või väljasõidu põhjustamise eest oli patsienti võimalik karistada karistusseadustiku § 278 järgi rahatrahviga kuni kolmsada trahviühikut või arestiga. Seda karistust oli raske rakendada, kuna selle määramiseks pidi kiirabibrigaad ise tegema politseile avalduse, kuid see oli aeganõudev ja tülikas.	2023. a töötas Siseministeerium välja <u>päästeseaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu välja-töötamise kavatsuse</u>, mis mh käsitleb Häirekeskuse töö häirimise või takistamise eest vastutusele võtmist. See lahendab osaliselt 2004. a auditis tõstatatud probleemi. Seadusemuudatuse ettepanekute eesmärk on ohjata pahatahtlikult hädaabinumbri tööd häirijaid. Seadusemuudatus annaks politseile õigusliku aluse viia läbi menetlustoiminguid, et selgitada välja, kes või mis neid kõnesid teeb. Karistusseadustiku järgi⁸⁹ on operatiivteenistustele teadlikult vale väljakutse tegemine väärtegu, mille eest saab karistada rahatrahvi või arestiga. Ent see säte ei näe ette vastutust põhjendamatute 112-kõnede tegemise eest. Selle sätte alla läheks kiuslikud helistajad, kes päästekorraldajate peale karjudes hädaabiliini kinni hoiavad; ning inimesed, kes on hädaabiliini tööd halvanud teenustökestusrünnaku taga.
Informeerida koostöös haigekassaga (praegu Tervisekassa) inimesi laiemalt teisese arvamuse saamise õigusest ning kontrollida regulaarselt teadlikkuse rahulolu uuringute kaudu, kas nad on sellest teadlikud.	Tervisekassa on viinud alates 2001. a läbi küsitlust „<u>Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile</u>“.	Tervisekassa rahulolu-uuring ei hõlma teisese arvamuse saamise õigust.

⁸⁹ Karistusseadustik, § 278 lg 1.