

Väljatöötamiskavatsus

Patsientide ohjeldusmeetmete rakendamine vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi teenuse osutamisel

1. Lahendatav probleem

Tervishoiutööajad puutuvad oma töös kokku olukordadega, kus patsiendi vaimne seisund¹ muudab tema käitumise ohtlikuks nii talle endale kui ka teistele². Sellistes olukordades tuleb vahetu ohu vältimiseks rakendada ajaliselt piiratud ohjeldusmeetmeid³.

Kehtiv õigus lubab tervishoiuteenuse osutamisel ohjeldusmeetmeid rakendada üksnes juhul, kui patseint on paigutatud haigla psühhiaatriaosakonda tahtest olenematu psühhiaatrilise abi raames (PsAS § 14). Praktikas esineb aga olukordi, kus patsient viibib ravil vabatahtlikult või saab tervishoiuteenust väljaspool psühhiaatriaosakonda – näiteks intensiivravis, EMO-s või kiirabis, kus samuti esineb ohjeldusmeetmetega sekkumise vajadus. Ka õiguskantsler⁴ on juhtinud tähelepanu, et kehtiv õigus ei võimalda patsiendi eelneva nõusolekuta ohjeldusmeetmete rakendamist vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi teenuse osutamisel⁵.

Ohjeldusmeetmete rakendamine on intensiivne vabaduspõhiõiguse riive (PS § 20), mistõttu peab selleks olema seadusest tulenev selge alus. Asutusesisesed juhendid ja ravistandardid ei saa asendada õigusakti. Õigusliku aluseta tegutsemine võib viia olukorrani, kus:

- patsiendi õigusi rikutakse meelevaldselt või ebaproportsionaalselt;
- tervishoiutöötaja väldib sekkumist õigusliku ebakindluse tõttu;
- ohjeldusmeetmeid ei dokumenteerita ega kontrollita;
- puudub selgus õiguskaitset taotlemise võimaluste osas;
- tervishoiutöötajate koolitus on ebaühtlane ja mittesüsteemne.

Olukorra õiguslik reguleerimata jätmine suurendab nii inimõiguste rikkumise kui ka tervishoiuteenuse kvaliteedi languse riski.

Eeltoodust tulenevalt keskendub väljatöötamiskavatsus (VTK) vajadusele reguleerida tagada seaduslik alus ohjeldusmeetmete rakendamiseks nendes olukordades, mida kehtiv õigusruum ei hõlma, kuid mis meditsiinipraktikas on vältimatud.

¹ nt narkoosijärgne segadusseisund, deliiriumist, dementsusest või psühhootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- või käitumishäire

² Patsient võib näiteks rebida endalt ära eluliselt vajalikke meditsiiniseadmeid (nt kanüül, kateeter), ei püsi voodis või käitub vägivaldselt.

³ Füüsiline (nt kinni hoidmine) või mehaaniline ohjeldamine (nt käte fikseerimine), ravimite manustamine rahutuse leevendamiseks, eraldusruumi paigutamine (PsAS § 14).

⁴ Õiguskantsleri 31.01.2023 märgukiri nr 6-1/221695/2300520 tervise- ja tööministrile.

⁵ ÜRO on 10.12.1984 vastu võtnud piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni ja selle fakultatiivse protokoll. Eesti ühines konventsiooniga 01.06.2002 ja fakultatiivne protokoll jõustus Eesti Vabariigi suhtes 17.01.2007. Alates 2007. aastast täidab õiguskantsler seaduse kohaselt eelnimetatud konventsiooni alusel ennetusasutuse funktsiooni, mis tähendab ka kohustust kontrollida kõiki asutusi, kus peetakse isikuid nende tahte vastaselt või kus võidakse piirata nende põhiõigusi.

2. Eesmärk

Eelnõu eesmärk on luua selge ja õiguspärane raamistik ohjeldusmeetmete rakendamiseks tervishoiuteenuste osutamisel juhtudel, mil patsiendi psüühikahäirest tingitud käitumine kujutab otsest ohtu tema enda või teiste elu ja tervise suhtes. Regulatsioon peab tagama, et ohjeldusmeetmeid kasutatakse vaid erandjuhul⁶, lähtudes minimaalse jõu kasutamise printsiibist, austades põhiõigusi ning tagades õiguskindluse nii patsientidele kui ka tervishoiutöötajatele.

Eesmärgi saavutamiseks sätestatakse seadusega:

- ohjeldusmeetmete kasutamise tingimused;
- võimalike ohjeldusmeetmete liigid;
- ohjeldusmeetme kasutamise otsustamise pädevus (arst, äärmisel juhul õde);
- ohjeldusmeetme kasutamise jälgimine;
- nõuded dokumenteerimisele;
- ohjeldusmeetme rakendamise järgne vestlus;
- ohjeldusmeetme kasutamisest teatamine ja järelevalve;
- patsiendi õiguste tagamise mehhanismid.

Regulatsioon peab olema kooskõlas rahvusvaheliste ja Euroopa Liidu inimõiguste standarditega, sealhulgas:

- Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni⁷ artikliga 3, mis keelab piinamise ning ebainimliku või alandava kohtlemise ja artikliga 5, mis säteastab õiguse vabadusele ja isikupuutumatusel;
- Euroopa Liidu põhiõiguste harta⁸ artiklitega 1, 3 ja 6, mis tagavad inimväärikuse, füüsilise ja vaimse puutumatus ning isikuvabaduse;
- ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooniga⁹, mis keelab vaimse tervise häirete alusel diskrimineerimise ja seab piirid sundravi ja füüsiliste piirangute kasutamisele;
- ÜRO piinamise ja muu julma, ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise vastane konventsiooniga¹⁰;
- Euroopa Nõukogu soovitude ja juhistega, mis rõhutavad, et igasugune ohjeldusmeede peab olema põhjendatud, ajaliselt piiratud, dokumenteeritud ja allutatud tõhusale järelevalvele.

Kooskõla nende rahvusvaheliste ja Euroopa standarditega aitab tagada, et patsiendi õigusi austatakse igas olukorras ning välditakse meelevaldseid ja ebaproportsionaalseid sekkumisi tervishoius. Ka Eesti rahvastiku tervise arengukava 2020–2030¹¹ toetab inimkesket ja põhiväärtusi austavat tervishoiukorraldust.

3. Võimalikud lahendused

⁶ Isiku kinnipidamine on niivõrd intensiivne meede, et see on õigustatud üksnes juhul, kui on kaalutud teisi leebemaid meetmeid ning leitud, et need ei ole piisavad, kaitsmaks inimest ennast või teisi (EIKo 34806/04, X. vs. Soome, 03.07.2012).

⁷ Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon–Riigi Teataja.

⁸ Euroopa Liidu põhiõiguste harta.

⁹ Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll–Riigi Teataja.

¹⁰ ÜRO piinamise ja muu julma, ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise vastane konventsioon.

¹¹ Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 | Sotsiaalministeerium

3.1 Võimalikud mitteregulatiivsed lahendused

Mitte midagi tegemine

Mitte midagi tegemisel on tõenäoline, et tervishoiuteenuse osutamisel kasutatakse jätkuvalt isiku vabadust piiravaid sekkumisi (nt rahutu, agressiivne, endale või teistele ohtlik patsient fikseeritakse) ning patsiendi ennast kahjustava tegevuse (nt sondi lahtirebimine) puhul ei valita ohu kõrvaldamiseks kõige sobivamat, kohasemat ja säästvat toimingut. Samuti suureneb oht, et esitatakse põhjendatud nõudeid tervishoiuteenuse osutajate ja nende töötajate vastu, kelle tegevus võis olla kantud küll heast tahtest hoida ära inimese võimalik ohtlik käitumine enda või teiste suhtes, kuid milleks puudus seaduslik alus. Samuti on tõenäoline, et esineb õiguslikust ebakindlusest tingitud tegevusetust – tervishoiuteenuse osutaja jätab võimalikele ohtulukordadele reageerimata.

Senise regulatsiooni parem rakendamine

Ohjeldusmeetmete rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel on kehtivas õiguses lubatud (PsAS-ist tulenevalt) ainult tahtest olenematu psühhiaatrilise abi osutamisel haigla psühhiaatriaosakonnas. Kehtivat regulatsiooni ei saa tõlgendada laiendavalt¹² teistele tervishoiuteenustele (vältimatu abi, kiirabi, statsionaarne eriarstiabi ja õendusabi). Seega senise regulatsiooni „parem rakendamine“ ei kõrvalda tuvastatud õiguslõnga probleemi ega suurenda õiguskindlust.

3.2 Võimalikud regulatiivsed lahendused

Ohjeldusmeetmete rakendamine väljaspool kehtiva PsAS-i reguleerimisala nõuab PsAS-i muutmist või seaduse tasandil uue regulatsiooni loomist.

Alternatiiv 1: PsAS-i muutmine

Muuta PsAS-i selliselt, et seaduses sätestatud ohjeldusmeetmete rakendamise regulatsiooni (PsAS §-d 14–14⁴) hakatakse kohaldama ka nendele patsientidele, kes ei ole võetud nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras ravile haigla psühhiaatriaosakonda, kuid kellel on raviteenuse osutamise ajal orgaaniline või psüühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tekkinud psüühika- või käitumishäire, mis piirab patsiendi võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida ning psüühikahäirest tingitud käitumise tõttu on tekkinud otsene oht patsiendi enda või teiste elule või tervisele.

PsAS muutmine probleemi lahendamiseks on põhjendatud, kuna see seadus reguleerib psüühikahäirega¹³ isikute ravi ja hõlmab juba olemasolevaid mehhanisme ohjeldusmeetmete rakendamiseks. Regulatsiooni laiendamine ei puudutaks kõiki tervishoiuteenuseid, vaid piirduks vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi teenuse osutamisel tekkivate juhtumitega. Eelnõu koostamisel tuleb analüüsida:

- millised meetmed on sobilikud eri keskkondades (nt kas eraldusruumi kasutamine on mõistlik vältimatu abi kontekstis);
- millistel tingimustel võiks otsuse langetada õde, mitte arst;

¹² Kolk, T., Truu, M. Põhiseaduse § 20 kommentaarid, p 51. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum, 2020.

¹³ Psüühikahäire PsAS-i tähenduses on kehtivale rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile¹³ vastav psüühiline seisund või käitumishäire, mille hulka kuuluvad nii orgaanilised psüühikahäired (nt dementsus), psüühhoaktiivsete ainete (nt alkohol, hallotsinogeenid, opioidid) tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired, neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (nt rasked stressireaktsioonid) ja muud taolised seisundid, mille tõttu on praktikas tekkinud äärmine vajadus patsienti tervishoiuteenuse osutamisel ohjeldada.

- kuidas tagada proportsionaalsuse ja ajalisuse põhimõtted ka kiiresti muutuvates olukordades.

Alternatiiv 2: Regulatsiooni lisamine tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse (TTKS)

Lisada TTKS-i eraldi peatükk, mis sätestab ohjeldusmeetmete liigid ja nende rakendamise tingimused ja korra väljaspool PsAS-i kehtivusala. TTKS reguleerib tervishoiuteenuste osutamise korraldust tervikuna ning sellesse raamistikku oleks võimalik integreerida ka ohjeldusmeetmete rakendamise regulatsiooni. Olenemata planeeritava regulatsiooni asukohast tuleb ka siin arvestada, et ohjeldusmeetmete rakendamise puhul on tegemist väga intensiivse põhiõiguste riivega ning lähtuda eespool nimetatud põhimõtetest (vt 2. ptk „Eesmärgid“ ja 3. ptk „Võimalikud regulatiivsed lahendused. Alternatiiv 1“).

PsAS-i muutmise alternatiiv sobitub paremini olemasolevasse õigusraamistikku psüühikahäiretega isikute kohtlemise osas, samas kui TTKS-i muudatus võimaldab laiemat konteksti käsitleda tervishoiusüsteemi sees. Lõplik valik sõltub eelnõu koostamise käigus tehtavast mõjuhindamisest ja kooskõlastustest.

3.3. võimalike lahenduste puutumus põhiõigustega

PS § 28 sätestab õiguse tervise kaitsmisele. Riigil tuleb tagada, et terviseteenuse osutamisel võetaks kasutusele sobivad meetmed inimese elu ja tervise kaitsmiseks. Kuigi tervisepõhiõigus on kaalukas põhiõigus, mille realiseeritavus annab eeldused teiste põhiõiguste realiseerimiseks, ei saa sellele põhiõigusele automaatselt omistada suuremat kaalu kui mõnele teisele põhiõigusele, vaid neid tuleb kaaluda koos teiste põhiõigustega.¹⁴

PS § 20 lõige 1 sätestab õiguse vabadusele ja isikupuutumatusse, välja arvatud kindlalt piiritletud eesmärkidel ja tingimustel, mis tulenevad § 20 lõikest 2, kus üheks isiku vabaduse võtmist õigustavaks eelduseks on sätestatud vaimuhaigus¹⁵ ning tingimus, et ta on seetõttu endale või teistele ohtlik. Õigust vabadusele ja isikupuutumatusse on rikutud, kui isikult on võetud vabadus vastuolus PS § 20 lõikes 2 sätestatud tingimustega (seadusliku aluseta, seaduses sätestatud menetluskorda rikkudes, PS-is loetletud eesmärkidega kokkusobimatul põhjusel) või ebaproportsionaalselt pikaks ajaks. Vabaduse võtmine peab olema demokraatlikus ühiskonnas vajalik ega tohi moonutada füüsilise vabaduse olemust (PS § 11). Isegi kui vabaduse võtmine toimub seaduslikul alusel ja seaduses ette nähtud korras ning see alus ja kord on kooskõlas põhiseadusega, võib vabaduse võtmine siiski olla põhiseadusvastane oma ebaproportsionaalsuse tõttu. Vabaduse võtmise kohaldajail tuleb alati hinnata selle põhjendatust, kestust ja mõjusid ning kaaluda, kas konkreetses olukorras on selle eesmärgi võimalik saavutada ka vähem riivavate meetmetega.¹⁶ Ohjeldusmeetmete rakendamine on niivõrd intensiivne meede, et see on õigustatud üksnes juhul, kui on kaalutud teisi leebemaid meetmeid, ning leitud, et need ei ole piisavad, kaitsmaks inimest ennast või teisi.

Samuti tuleb ohjeldusmeetmete rakendamisel lähtuda PS §-s 18 sätestatud piinamise või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise keelust. See keeld on absoluutne inimõigus, mis tähendab, et sellest keelust ei tohi kalduda kõrvale mitte mingis olukorras.

¹⁴ RKPJKo 18.06.2019, 5-19-26/13; RKÜKo 22.12.2014, 3-4-1-30-14; RKÜKo 09.12.2013, 3-4-1-2-13.

¹⁵ PsAS-is ja SHS-is kasutatakse mõistet psüühikahäire, mis on samas defineeritud kui kehtivale rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile vastav psüühiline seisund või käitumishäire. Nimetatud klassifikaator on avaldatud Sotsiaalministeeriumi [kodulehel](#).

¹⁶ Kolk, T., Truu, M. Põhiseaduse § 20 kommentaarid, p 51. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum, 2020.

4. Uuringud ja kaasatud osapooled

Probleemi tuvastamisel ja lahendusvõimaluste leidmisel tugineti õiguskantsleri varasematele tähelepanekutele¹⁷, samuti Riigikontrolli auditile „Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel“ (2024)¹⁸, mille eesmärk oli anda hinnang tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise eest vastutavate riigiasutuste tegevusele ja juhtida tähelepanu võimalikele kitsaskohtadele. Eelnimetatud audit sedastas, et tervishoiuteenuste kvaliteedi määratluse üks osa on patsiendi rahulolu ja teenuse vastavus tema tervises seisundile. Kvaliteetsed tervishoiuteenused aitavad inimestel paremini tervisemuresid lahendada ja riigil kulutusi ohjata. Tervishoiuteenuse kvaliteeti defineeritakse tervishoiuteenuse omaduste kogumina, mis iseloomustab teenuse vastavust kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmistele, olemasolevatele ressurssidele, kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi rahulolule ja tervises seisundi vajadustele.

Probleemi veel täpsema defineerimise eesmärgil pöördus Sotsiaalministeerium Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Tallinna Lastehaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla, Tallinna Kiirabi ja Tartu Kiirabi ravijuhtide ning ülemarstide poole ettepanekuga korraldada nende juhitavates asutustes anonüümne küsitlus <https://adr.rik.ee/som/dokument/16796107> perioodil 18.10.2024–15.11.2024. Küsitlusele vastas kokku 70 töötajat, kellest 49% olid õed, 42% arstid ja 9% muu personal. Töötajate töökogemus tervishoius jäi vahemikku 4–40 aastat. Peamiste ohjeldusmeetmete kasutamise põhjusena toodi esile olukordi, kus patsient oli endale või teistele isikutele ohtlik kas haigusest või anesteesiast (dementsus, deliirium, traumahaige, raske infektsioon) või psühhoaktiivsetest ainetest põhjustatud psüühika- ja käitumishäirete tõttu. Sagedamini tuli ohjeldusmeetmete kasutamist ette intensiivravipalatis ja statsionaarses osakonnas, kus on vaja tagada, et patsient ei eemaldaks endalt näiteks kanüüli, stoomi või kateetrit, ja agressiivse, desorienteeritud abivajaja puhul kiirabis. Ettepanekud, mida sooviti Sotsiaalministeeriumiga patsientide ohjeldamise teemal jagada, olid suunatud teema olulisuse esiletõstmisele ning tervishoiutöötaja ohutuse, otsustusõiguse ja õigusselguse tagamisele.

5. Mõju

Kavandatava muudatuse mõju avaldub eelkõige statsionaarse ravi, intensiivravi, EMO ja kiirabi patsientidele ning neid teenuseid osutavatele tervishoiutöötajatele. Soovitud lahenduse rakendamisel on oodata eeskätt sotsiaalset mõju. Muudes valdkondades olulist mõju ei tuvastatud, mistõttu ei ole neid mõjuanalüüsis esitatud. Mõju olulisuse tuvastamiseks on hinnatud sihtrühma suurust, mõju avaldumise sagedust, mõju ulatust ja ebasoovitavate mõjude kaasnemise riski.

Sotsiaalne mõju

Sihtrühm 1: patsiendid, kellel ohjeldusmeetmeid kasutatakse

¹⁷ Õiguskantsleri 31.01.2023 märgukiri nr 6-1/221695/2300520 tervise- ja tööministrile: [Sotsiaalministeeriumi avalik dokumendiregister](#).

¹⁸ [Lõppenud auditid](#).

Potentsiaalne ohjeldusmeetmete kasutamise vajadus on suurim intensiivravis, erakorralise meditsiini osakonnas ja kiirabis viibivate patsientide puhul. Samuti võib ohutuse tagamiseks ohjeldamise vajadus tekkida statsionaarset eriarsti- või õendusabi saavatel patsientidel.

2024. aastal sai statsionaarset eriarstiabi ligikaudu 119 000 ja statsionaarset õendusabi enam kui 13 700 patsienti. Intensiivravi osutati enam kui 34 000 isikule.¹⁹ Eesti haiglate erakorralise meditsiini osakondades ja muudes erakorralise abi vastuvõttudes osutati 2023. aastal teenust kokku ligi 499 000 patsiendile, kellest 83 000 hospitaliseeriti.²⁰ Kiirabi andis 2023. aastal abi ligi 169 000 patsiendile 268 000 korral.²¹ Tõenäoliselt jääb nende patsientide arv, kelle puhul tekib reaalselt ohjeldusmeetmete rakendamise vajadus, alla 5% kogurahvastikust (alla 69 000 isiku aastas²²), mistõttu on mõjutatud sihtrühma suurus väike.

Eestis tervishoiutöötajate seas korraldatud küsitlusuuringu põhjal kasutas ohjeldusmeetmeid iga päev keskmiselt 9% vastanutest ning vähemalt ühel korral kuus kokku keskmiselt 45% vastanutest. Kuivõrd uuring põhines vaid 70 tervishoiuasutuses töötava isiku vastustel, siis põhjapanevaid järeldusi ohjeldusmeetme kasutamise vajaduse sageduse kohta teha ei saa.

Soovitud lahenduse jõustumine suurendab patsiendiohutust, vähendab enese, teiste patsientide ja tervishoiutöötajate vigastamise riski ning parandab ravitulemuste eesmärgipärasust (nt ennetatakse ravimite manustamiseks vajalike seadmete eemaldamist jms). Kuigi ohjeldusmeetmete rakendamine kujutab endast patsiendi vabaduspõhiõiguste riivet ning võib põhjustada mõningat füüsilist kahju (nt nahakahjustuste või hematoomide tekke risk füüsilise või mehaanilise ohjeldamise korral), on nende kasutamise eelduseks võimalikult minimaalne, sihipärane ja proportsionaalne rakendamine vastavalt ohu ulatusele ja kestusele. Seetõttu jääb negatiivne mõju patsiendile võimalikult väikseks ning kaalub üles riskid, mis tekiksid ohjeldusmeetmete kasutamata jätmisel. Praegu kasutatakse ohjeldusmeetmeid praktikas ohutuse tagamiseks ka ilma selge seadusliku aluseta, mistõttu aitab õiguslik regulatsioon ning tervishoiutöötajate teadlikkuse ja pädevuse suurendamine tagada, et neid rakendatakse viisil, mis austab patsiendi inimväärikust, kaitseb tema põhiõigusi ning võimaldab tervishoiutöötajatel valida sobivaima ohjeldusmeetme ja rakendada seda õigesti.

Mõju ulatus, avaldumise sagedus ja ebasoovitavate mõjude kaasnemise risk

Eelnevat arvestades võib välja tuua, et mõju ulatus on patsientide sihtrühma jaoks keskmine ning mõju avaldumise sagedus sõltub tervishoiuteenuste kasutamise ajalisest kestusest ja patsiendi psühholoogilisest seisundist, mis ohjeldamise vajaduse tingib. Näiteks operatsioonilt naasnud desorienteeritud patsiendi jaoks on mõju avaldumise sagedus väike, kuid pikemal perioodil statsionaarsel ravil viibiva dementse patsiendi jaoks võib mõju avaldumise sagedus olla ka keskmine kuni suur. Ebasoovitavate mõjude kaasnemise risk on keskmine: ohjeldusmeetmete kasutamine on vabaduspõhiõiguste riive ning sellega võib kaasneda ka füüsiline kahju, kuid meetmete kasutamise seaduslik reguleerimine on võrreldes kehtiva olukorraga, kus ohjeldusmeetmeid ilma seadusliku aluse ja suunisteta kasutatakse, patsiendi seisukohast siiski positiivne muudatus, mis suurendab patsiendiohutust. Kokkuvõttes on tegemist olulise mõjuga.

¹⁹ Tervisekassa. [Kõik teenused | Tervisekassa](#).

²⁰ Tervise Arengu Instituut. [KE33: Erakorraliste patsientide lahkumine haigla liigi järgi. PxWeb](#).

²¹ Tervisekassa. [Kiirabikaartide analüüs 2023](#).

²² Statistikaamet. [RV0212: RAHVASTIK | Aasta, Vanus, Näitaja ning Sugu. Statistika andmebaas](#).

Sihtrühm 2: tervishoiuteenuse osutajad, kiirabipidajad ja ohjeldusmeetmeid kasutavad tervishoiutöötajad

2024. aastal rahastas Tervisekassa statsionaarse eriarstiabi või iseseisva õendusabi teenust 47 tervishoiuteenuse osutajale (sh 24 statsionaarset eriarstiabi ja 37 õendusabi pakkuvat asutust). Intensiivravi pakkuvaid asutusi oli 20 ning erakorralise meditsiini osakond oli 19 asutuses.²³ Kiirabiasutusi ehk kiirabibrigaadi pidajaid, kus töötab 102 kahe- kuni kolmeliikmelist kiirabibrigaadi, on Eestis kokku 10.²⁴ Arste oli 2023. aasta seisuga kokku 4772, sealhulgas 275 anesthesioloogi ja intensiivraviarsti, 230 erakorralise meditsiini arsti ja 310 kirurgi. Õdesid oli kokku 9103, sealhulgas 888 anesteesia-intensiivraviõde, 899 erakorralise meditsiini õde ja 368 operatsiooniõde. Statsionaarse ravi osutamisega seoses kuuluvad sihtrühma ka paljude muude erialade arstid ja õed. Tervishoiutöötajaid kokku oli 27 095.²⁵ Arvestades, et peamine mõju avaldub erakorralise meditsiini, intensiivravi ja kiirabi töötajatele, on mõjutatud sihtrühma suurus keskmine (9% kõikidest tervishoiutöötajatest).

Õigusliku aluse loomine ohjeldusmeetmete rakendamiseks tagab, et patsientide ja tervishoiutöötajate ohutus on kaitstud, tööohutus paraneb ning tervishoiutöötajad ei pea enda turvalisuse nimel tegutsema ebaseaduslikult. Meetmete rakendamine on vajalik ka tervisehoiuteenuste kvaliteedi hoidmiseks ja ravi tulemuslikkuse tagamiseks.

Muudatuse jõustumisel on vähene mõju tervishoiutöötajate töökoormusele: kasutatud ohjeldusmeetodid tuleb dokumenteerida, tõsta tervishoiutöötajate teadlikkust, viies läbi koolitusi, vajaduse korral täiustada tööprotsesse. Kuid oluline halduskoormuse kasv ei ole tõenäoline.

Kokkuvõttes saavad tervishoiuteenuse osutajad ja tervishoiutöötajad võimaluse pakkuda kvaliteetset teenust senisest ohutumas keskkonnas, lähtudes seejuures õiguslikust alusest. Sihtrühma seisukohalt on tegemist olulise mõjuga.

6. Edasine väljatöötamine

VTK ettevalmistamist juhib Sotsiaalministeerium.

VTK esitatakse kooskõlastamiseks Justiitsministeeriumile, Terviseametile, Tervisekassale, Eesti Puuetega Inimeste Kojale, Eesti Õdede Liidule, Eesti Haiglate Liidule, Eesti Kiirabi Liidule, Eesti Arstide Liidule, Eesti Patsientide Liidule, Tartu Ülikooli Kliinikumi patsientide nõukojale ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla patsiendinõukojale. VTK edastatakse Riigikogu sotsiaalkomisjonile teadmiseks.

Kooskõlastamisel esitatava tagasiside põhjal koostatakse seaduse muutmise eelnõu. Kooskõlastamisel ootame lisaks üldistele tähelepanekutele osapoolte eelistusi ja tagasisidet väljapakutud regulatiivsete lahendusalternatiivide kohta. Poliitikamuudatuse mõju tulenevalt valitud lahendusalternatiividest hinnatakse täpsemalt VTK järel koostatava eelnõu seletuskirjas. Tagasiside ja arvamused palume esitada 30 kalendripäeva jooksul ametlikule

²³ Tervisekassa. [Kõik teenused | Tervisekassa](#).

²⁴ Tervise Arengu Instituut. [TTO30: Kiirabiasutused, brigaadid ja kiirabiautod. PxWeb](#).

²⁵ Tervise Arengu Instituut. [THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi. PxWeb](#).

kooskõlastamisele esitamisest. Esitatud ettepanekud võivad huvigruppide ettepanekute toel muutuda ja kavandatavad muudatused esitatud raamistikus täieneda või täpsustuda.

Eeldatav Vabariigi Valitsuse istungile esitamise aeg on 01.11.2025.

Eeldatav õigusakti jõustumise aeg on 01.02.2026.

Lisa 1. Küsitluse kokkuvõte

Sotsiaalministeerium

Tervishoiuteenuste osakond

Made Bambus made.bambus@sm.ee

Nõunik