

Psühhiaatrilise abi seaduse muutmise seaduse (ohjeldusmeetmete regulatsiooni kohaldamisala laiendamine) eelnou seletuskiri

1. Sissejuhatus

1.1. Sisukokkuvõte

Eelnõuga luuakse selge õiguslik alus ohjeldusmeetmete kasutamiseks vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuse osutamisel, kui patsiendi psüühikahäirest tingitud käitumine kujutab otsest ohtu tema enda või teiste elu ja tervise jaoks. Selleks:

1) laiendatakse psühhiaatrilise abi seaduse (PsAS) ohjeldusmeetmete regulatsiooni kohaldamisala ka juhtudele, kui psüühikahäirega patsient viibib ravil vabatahtlikult või saab tervishoiuteenust väljaspool psühhiaatriaosakonda;

2) kohandatakse kehtivat regulatsiooni selliselt, et

- eraldusruumi paigutamine oleks ka edaspidi lubatud vaid tahtest olenematu psühhiaatrilise ravi käigus haigla psühhiaatriaosakonnas;
- tervishoiutöötaja pideva järelevalve all on kõik patsiendid, kelle suhtes on kohaldatud mõnd ohjeldusmeetet kuni ohjeldusmeetme kasutamise lõpuni;
- ohjeldusmeetmete rakendamise dokumenteeritakse ravidokumentides (mitte ilmtingimata haigusloos), mis võimaldab kiire ja põhjaliku ülevaate ohjeldusmeetmete rakendamisest.

Praktikas on probleemiks juhtumid, kus patsiendi vaimne seisund muudab tema käitumise ohtlikuks nii talle endale kui ka teistele. Sellistes olukordades tuleb vahetu ohu vältimiseks rakendada ajaliselt piiratud ohjeldusmeetmeid. Kehtiv õigus lubab tervishoiuteenuse osutamisel ohjeldusmeetmeid rakendada üksnes juhul, kui patsient on paigutatud statsionaarsesse psühhiaatriaosakonda tahtest olenematu psühhiaatrilise ravi raames. Praktikas esineb aga olukordi, kus patsient viibib ravil vabatahtlikult või saab tervishoiuteenust väljaspool psühhiaatriaosakonda – näiteks intensiivravis, erakorralise meditsiini osakonnas või kiirabis, kus ohjeldusmeetmetega sekkumise vältimatu vajadus on erinevatel põhjustel suhteliselt sagedane.

Ohjeldusmeetmete rakendamine on intensiivne vabaduspõhiõiguse riive, mistõttu peab selleks olema seadusest tulenev selge alus. Õigusliku raamistiku loomine ohjeldusmeetmete rakendamiseks tagab patsientide ja tervishoiutöötajate ohutuse, tervishoiuteenuste ühtlase kvaliteedi ja ravi tulemuslikkuse.

1.2. Eelnõu ettevalmistajad

Eelnõu ja seletuskirja on koostanud Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna nõunik Made Bambus (made.bambus@sm.ee). Seletuskirja mõjuanalüüsi on koostanud analüüsi ja statistika osakonna analüütik Gerli Põdra (gerli.podra@sm.ee). Eelnõu juriidilise ekspertiisi on teinud Sotsiaalministeeriumi õigusosakonna õigusnõunik Kaidi Meristo (kaidi.meristo@sm.ee). Eelnõu ja seletuskiri keeleteoimetatakse pärast esimest kooskõlastusringi.

1.3 Märkused

Eelnõuga muudetakse PsAS redaktsiooni RT I, 31.12.2024, 24. Kuna see seadus reguleerib psüühikahäirega¹ isikute ravi ja hõlmab juba olemasolevaid mehhanisme ohjeldusmeetmete rakendamiseks, on PsAS asjakohane õigusakt, mida eelnõus kirjeldatud eesmärgi saavutamiseks muuta. Eelnõule eelnevas väljatöötamiskavatsuses (VTK) pakuti teise lahendusena vastava regulatsiooni lisamist tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse (TTKS). Ohjeldusmeetmete rakendamine puudutab äärmiselt tundlikku õigusküsimust – isiku vabaduse piiramist meditsiinilise sekkumise raames ja sellega seonduvaid õigussuhteid. TTKS reguleerib laiemalt tervishoiuteenuste korraldust ja rahastamist ning ei ole suunatud üksikisiku põhiõiguste vahetu piiramise olukordade käsitlemisele. Ohjeldusmeetmete kohaldamine ei ole pelgalt tervishoiuteenuse korralduslik küsimus, vaid isikuvabaduse piiramisega seotud õiguslik meede, mis nõuab kitsamat ja sihipärasemat regulatiivset raamistikku, mille suudab pakkuda PsAS.

Eelnõu ei ole seotud ühegi muu menetluses oleva eelnõuga ega Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammiga.

Eelnõu ei ole seotud Euroopa õiguse rakendamisega.

Eelnõu koostamisel on tuginetud Eesti rahvastiku tervise arengukavale 2020–2030², mis toetab inimkesket ja pöhväärtusi austavat tervishoiukorraldust.

Eelnõu väljatöötamisel olid kasutusel Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Tallinna Lastehaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla, Tallinna Kiirabi ja Tartu Kiirabi töötajate hulgas läbiviidud anonüümse küsitluse tulemused.

Eelnõu ei ole seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse tähenduses.

Eelnõu seadusena vastuvõtmiseks on vajalik Riigikogu poolthääle enamus.

Riigikogu sotsiaalkomisjoni 12.mai 2025. a istungil andsid sotsiaalministeeriumi esindajad ülevaate VTK-st, kus tõstatati ka küsimus ohjeldusmeetmete reguleerimise vajadusest sotsiaalhoolekande ja hariduse valdkonnas. Käesolev eelnõu käsitleb siiski ohjeldusmeetmete rakendamist üksnes valitud tervishoiuteenuste osutamisel. Sotsiaalvaldkonnas on vastava regulatsiooni vajadus hetkel analüüsimisel ning kavandatavad muudatused töötatakse välja tervishoiuvaldkonna muudatuste eeskujul. Üheks oluliseks põhjuseks, miks sotsiaalvaldkonnas ei ole veel vastavat regulatsiooni kehtestatud on käimasolev kinnise lasteasutuse teenuse ja erihoolekande süsteemi ümberkorraldamine. Seetõttu tuleb ohjeldusmeetmete regulatsiooni kujundamisel arvestada ka paralleelselt muudetavate teenusmodelitega, et tagada terviklik ja kooskõlas olev õigusraamistik

2. Seaduse eesmärk

Seaduse eesmärk on võimaldada vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi teenuse osutamisel rakendada ohjeldusmeetmeid patsiendi suhtes, kellel on raviteenuse

¹ Psüühikahäire PsAS-i tähenduses on kehtivale rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile¹ vastav psüühiline seisund või käitumishäire, mille hulka kuuluvad nii orgaanilised psüühikahäired (nt dementsus), psüühikoaktiivsete 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.

² Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 | Sotsiaalministeerium

osutamise ajal orgaaniline või psühhoaktiivsete 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.

Õiguskantsler³ on juhtinud tähelepanu, et kehtiv õigus patsiendi eelneva nõusolekuta ohjeldusmeetmete rakendamist vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi teenuse osutamisel ei võimalda⁴. Ohjeldusmeetmete rakendamine on intensiivne vabaduspõhiõiguse riive, mistõttu peab selleks vastavalt PS § 20 lõikele 2 olema seadusest tulenev selge alus. Olukorra õiguslik reguleerimatus suurendab nii inimõiguste rikkumise kui ka tervishoiuteenuse kvaliteedi languse riski. 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 õiguskaitse taotlemise võimaluste osas, samuti on tervishoiutöötajate koolitus ebaühtlane ja mittesüsteemne.

Eeltoodust tulenevalt keskendub eelnõu vajadusele luua seaduslik alus ohjeldusmeetmete rakendamiseks nendes olukordades, mida kehtiv õigusruum ei hõlma, kuid mil patsiendi ohjeldamine tervishoiuteenuste osutamiseks on vältimatu.

Kavandatud regulatsiooni järgi laiendatakse kehtivas PsAS-is sätestatud ohjeldusmeetmete rakendamise põhimõtteid, mis seni kohaldasid vaid haigla psühhiaatriaosakonda tahtest olenemata ravile paigutatud raske psüühikahäirega patsiendi suhtes, ka psüühikahäirega patsiendile vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi osutamisel ja kohandatakse seda vastavalt. See tähendab, et:

- Tervishoiuteenuse osutaja võib rakendada patsiendi suhtes ohjeldusmeedet üksnes juhul, kui see on tegeliku otsese ohu kõrvaldamiseks vältimatult vajalik patsiendi enda või teiste isikute elu või tervise kaitseks.
- Ohjeldusmeetmeid rakendatakse ainult viimase abinõuna, kui kõik teised olukorda deeskaleerivad meetmed on osutunud ebapiisavaks või ebatõhusaks.
- Rakendatav ohjeldusmeede peab olema proportsionaalne ja sobiv seatud eesmärgi saavutamiseks. Ohjeldusmeede peab olema võimalikult leebe arvestades patsiendi seisundit, käitumist ja olukorra asjaolusid.
- Ohjeldusmeedet võib rakendada lühiajaliselt, üksnes nii pikaks ajaks, kui see on vältimatult vajalik ohu kõrvaldamiseks. Meetme kestust tuleb regulaarselt hinnata ning meede tuleb lõpetada esimesel võimalusel.
- Ohjeldusmeetmete valikul lähtutakse patsiendi seisundi kliinilisest hindamisest ning meetme rakendamine toimub arsti või vältimatu vajaduse korral õe otsusel ja pideval jälgimisel.

Lubatud on kasutada füüsilist ohjeldamist (isiku kinnihoidmine füüsilise jõu abil eesmärgiga piirata isiku liikumist ja liigutuste ulatust), mehaanilist ohjeldamist (mehaaniliste vahendite, sealhulgas ohjeldamisrihmade kasutamine eesmärgiga piirata isiku liikumist ja liigutuste ulatust) ning ohjeldamist ravimite abil (isikule ravimite manustamine tema tahte vastaselt isiku rahunähtude leevendamiseks). Eraldusruumi paigutamine on ohjeldusmeetmena endiselt lubatud vaid raske psüühikahäirega patsiendi suhtes, kes on

³ Õiguskantsleri [31.01.2023 märgukiri nr 6-1/221695/2300520](#) tervise- ja tööministrile.

⁴ ÜRO on 10.12.1984 vastu võtnud piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni ja selle fakultatiivse protokolli. 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 ennetusametuse funktsiooni, mis tähendab ka kohustust kontrollida kõiki asutusi, kus peetakse isikuid nende tahte vastaselt või kus võidakse piirata nende põhiõigusi.

tema tahtest olenematu ravi kohaldamiseks paigutatud haigla psühhiaatriaosakonda. Farmakoloogilist ohjeldamist võib kasutada üksnes arsti korraldusel, kuna õde saab manustada ravimeid ainult arsti otsusel ja raviplaani alusel. Mehaanilise ohjeldamise vahendid peavad olema selleks ette nähtud, vastama kehtestatud ohutus- ja hügieeninõuetele ning nende kasutamine peab toimuma viisil, mis ei põhjusta patsiendile asjatut valu ega tervisekahjustust. Kõigi kasutatud ohjeldusmeetmete kohaldamine tuleb dokumenteerida ning tagada patsiendi pidev jälgimine ja vajadusel meditsiiniline sekkumine kogu meetme rakendamise kestuse vältel.

- Tervishoiuteenuse osutajal on kohustus dokumenteerida kõik ohjeldusmeetme rakendamise asjaolud, sealhulgas rakendamise põhjus, meetmete liik, rakendamise alguse ja lõpetamise kellaeg. Ohjeldusmeetme rakendamisel teavitatakse patsiendi seaduslikku esindajat või patsiendi omast esimesel võimalusel, kui see on teostatav ning patsiendi huvides.
- Terviseamet teostab riikliku järelevalvet kehtestatud nõuete täitmise üle. Lisaks tuleb tervishoiuteenuse osutajal teavitada Terviseametit igast juhtumist, mille korral ohjeldusmeetmete rakendamine kestab rohkem kui 24 tundi järjest.
- Õiguskantsler täidab ÜRO 10.12.1984. a piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni ja selle fakultatiivse protokolli kohast ennetusasutuse funktsiooni. See tähendab ka kohustust kontrollida kõiki asutusi, kus võidakse piirata isikute põhiõigusi.
- Patsiendil või tema seaduslikul esindajal on õigus esitada kaebus ohjeldusmeetme rakendamise õiguspärasuse hindamiseks. Tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud tagama kaebemenetluse läbipaistvuse ja sõltumatuse.

3. Eelnõu sisu ja võrdlev analüüs

Eelnõu punktiga 1 täpsustatakse § 1 lõikes 1 sätestatud PsAS reguleerimisala selliselt, et oleks üheselt selge, et seaduse reguleerimisalasse kuulub psüühikahäire käsitlemine (ohjeldusmeetmete rakendamine) ka vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja statsionaarse õendusabi käigus. Eelnõu järgi reguleerib seadus isikule psühhiaatrilise abi andmise korda ja tingimusi ning isikule psühhiaatrilise abi andmisel tekkivaid suhteid tervishoiuasutustega, sealhulgas psüühikahäire käsitlemisel vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi käigus; sätestab riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustused psühhiaatrilise abi korraldamisel ning isiku õigused psühhiaatrilise abi saamisel.

Punktiga 2: muudetakse paragrahvi 14 lõikes 1 sätestatud ohjeldusmeetmete rakendamise tingimusi ja sõnastatakse see järgmiselt:

„(1) Tervishoiuteenuse osutaja võib vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi osutamisel rakendada psüühikahäirega isiku suhtes ohjeldusmeetmeid, kui isiku psüühikahäire tõttu, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida on tekkinud otsene oht isiku enda või teise elule, tervisele või julgeolekule ja muud vahendid ohu kõrvaldamiseks, sealhulgas vestlus, veenmine ja suuline rahustamine, ei ole osutunud küllaldaseks.“

Muudatus laiendab ohjeldusmeetmete kohaldamise olukordi ning võimaldab kasutada ohjeldamist ka vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi või õendusabi raames. Kuid seda vaid juhul, kui:

- 1) patsiendil on tervishoiuteenuse osutamise ajal kehtivale rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile⁵ vastav psüühiline seisund või käitumishäire;
- 2) psüühikahäire piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida;

⁵ [RHK-10-V Psüühika- ja käitumishäired](#)

- 3) psüühikahäirest tingitud käitmine seab ohtu patsiendi enda või teiste isikute elu, tervise või julgeoleku;
- 4) tekkinud oht on vahetu;
- 5) muud, vähem intensiivsemad vahendid ohu kõrvaldamiseks, sealhulgas vestlus, veenmine ja suuline rahustamine, ei ole osutunud küllaldaseks.

Praktilisi näiteid olukordadest, millele muudatus laieneb:

Näide 1 - Kiirabi

Psüühikahäirega inimene (nt psühhoaktiivsete ainete mõju all olev isik) ründab kiirabitöötajat transportimise ajal. Seni puudus selge alus ohjeldusmeetme rakendamiseks (nt mehaaniline fikseerimine ohjeldusrihmadega). Muudatus lubab ohjeldusmeetme rakendamist proportsionaalselt, dokumenteeritult ja pideva järelevalvega.

Lubamatu ohjeldamise näiteid kiirabis:

- Joobe tõttu segaduses inimene, kuid ta ei ole agressiivne ega kujuta endast ohtu. Kiirabitöötajad otsustavad inimese siiski ohjeldusrihmadega fikseerida kogu transportimise ajaks, pelgalt „ennetuseks“, kuigi otsest vägivalda ega ohtu pole.
- Kiirabi kutsutakse isikule, kes on ärev ja räägib segaselt. Ta keeldub autosse minemast, kuid ei ole vägivaldne ega ohusta kedagi. Kiirabi surub teda maapinnale ja hoiab kinni kuni politsei saabumiseni.

Ohjeldusmeetmeid võib kasutada ainult siis, kui on otsene oht isiku enda või teiste elule, tervisele või julgeolekule. Pelgalt rahutus või segadus ei ole piisav alus füüsilise piirangu rakendamiseks. Füüsiline piiramine peab olema viimane abinõu pärast teiste võimaluste ammendumist (nt vestlus, rahustamine) ning siin polnud agressiooni ega ohtu, ainult vastutöötamine, mis ei õigusta jõudu.

Näide 2 - Statsionaarne eriarstiabi (intensiivravi)

Patsient on narkoosijärgselt rahutu, rebib endalt veenikanüüle, hingamismaski või muud aparatuuri, sonde või dreene. Muudatus võimaldab õiguspärast ajutist ohjeldamist (nt füüsilist kinnihoidmist, mehaanilist ohjeldusrihmadega fikseerimist), kuni oht möödub.

Lubamatu ohjeldamise näiteid intensiivravis:

- Patsient ärkab narkoosist, avab korraks silmad ja liigutab rahutult käsi, kuid ei proovi aktiivselt eemaldada kanüüle ega muid seadmeid. Tervishoiutöötajad seovad ta automaatselt rihmadega voodi külge „ennetava meetmena“ ilma, et reaalne oht oleks hinnatud.
- Patsient fikseeritakse mehaaniliselt, sest ta rebis kanüüli. Pärast rahunemist ja teadvuse selginemist jäetakse rihmad peale „igaks juhuks“, kuigi oht on kadunud.

Ennetav ohjeldamine ilma konkreetse ohuta on keelatud, iga olukorda tuleb hinnata individuaalselt ja ohjeldamine on lubatud vaid tegeliku ohu korral. Dokumenteerimine ja pidev järelevalve on seadusest tulenev nõue. Ohjeldus ilma nende tingimusteta on ebaseaduslik.

Näide 3 – Statsionaarne õendusabi

Dementsusega patsient muutub agressiivseks, ründab personali või teisi patsiente või käitub muul viisil, mis on ohtlik nii talle endale kui ka ümbritsevatele. Seni polnud selge, kas sellises osakonnas ja sellise patsiendi puhul tohib rakendada ohjeldusmeetmeid (nt füüsiline ohjeldamine, mehaaniline ohjeldamine, ravimite manustamine ehk farmakoloogiline ohjeldamine). Muudatus võimaldab seaduslikku sekkumist, säilitades patsiendi ja ümbritsevate turvalisuse.

Lubamatu ohjeldamise näiteid statsionaarses õendusabi osakonnas:

- Dementsusega patsient on desorienteeritud, tõuseb korduvalt voodist ja jalutab ringi, kuid ei ole agressiivne ega kujuta endast otsest ohtu. Töötajad otsustavad ta siiski mehaaniliselt voodi külge fikseerida, „et ta kuhugi ei läheks“.
- Patsient ründab teist patsienti, sekkutakse, olukord rahuneb, kuid patsient jäetakse mehaaniliselt fikseerituks pikemaks ajaks „igaks juhuks“ isegi siis, kui ta enam ei käitu agressiivselt.
- Patsient on rahutu, kõnnib palju ringi, räägib valjuhäälselt, hüüab solvanguid, küsib korduvalt samu küsimusi ja võib segada teiste patsientide rahu, kuid ta ei ole agressiivne ega kujuta endast otsest ohtu endale ega teistele.

Ohjeldamine tuleb lõpetada kohe, kui vahetu oht on kõrvaldatud. Ohjeldamise järelvalve ja olukorra hindamine peavad olema pidevad. Sõnaline agressioon ei õigusta füüsilise jõu kasutamist.

Muudatus ei laiene:

Näide 4 – Õendusabi osutamine üldhooldekodus

Alates 2020. aastast rahastab Tervisekassa õendusteenust üldhooldekodudes. Õde hindab hooldekodu elanike terviseseisundit, aitab jälgida ja ellu viia arsti poolt patsiendile koostatud raviplaani. Arsti loal võib õde teha patsiendile raviprotseduure nagu näiteks valuravi, samuti anda ravimeid või eemaldada haavaõmbluseid. Õde tegeleb ka nõustamise ja haiguste ennetamisega. Näiteks jälgib õde hooldekodu elanike meeleoluhäirete ja dementsuse tunnuseid. Kuid üldhooldekodu õendusabi teenusele käesolev regulatsioon ei laiene ehk ohjeldusmeetmete kasutamine üldhooldekodu patsientidele õendusabi osutamise raames ei ole lubatud. Üldhooldekodus osutatav õendusabi ei ole statsionaarne õendusabi.

Punktiga 3 täpsustatakse paragrahvi 14 lõike 2 punkti 4 täiendatakse pärast tekstiosa „eraldusruumi paigutamine –“ tekstiosaga „käesoleva seaduse § 11 lõikes 1 sätestatud asjaoludel“. Teisi sama paragrahvi samas lõikes nimetatud ohjeldusmeetmeid st füüsilist ohjeldamist, ohjeldamist ravimite abil ja mehaanilist ohjeldamist võib rakendada vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi osutamisel. Eraldusruumi paigutamine on ohjeldusmeetmena endiselt lubatud vaid raske psüühikahäirega patsiendi suhtes, kes on tema tahtest olenematu ravi kohaldamiseks paigutatud haigla psühhiaatriaosakonda. Muudatuse eesmärk on see, et eraldusruumi paigutamine ei ole praktikas rakendatav kiirabi ja vältimatu abi puhul ning eraldusruumi paigutamine ei ole patsiendile turvaline ka statsionaarses eriarstias ja õendusabis esinevate ohjeldamismeetmete rakendamist nõudvate juhtumite puhul.

Punktiga 4 tunnistatakse kehtetuks paragrahvi 14 lõike 3 kolmas lause, mille kohaselt peab kehtiva seaduse järgi arst enne ohjeldusmeetme rakendamist isiklikult ja vahetult hindama isiku seisundit ja tegema otsuse rakendatava ohjeldusmeetme kohta. Muudatuse eesmärk on lähtuda paindlikumast ja

kaasaegsemast käsitlest ohjeldusmeetmete rakendamise otsustamisel, arvestades erinevate juhtumite dünaamikat ning tervishoiuasutuste töökorraldust. Muudatus võimaldab kiiremat ja paindlikumat esmast tegutsemist juhtumites, kus on vaja kiiresti reageerida isiku või teiste elu või tervist ohustavatele olukordadele ning kus arsti füüsiline kohapealne kohalolek ei pruugi olla viivitamata võimalik.

Punktidega 5 ja 6 muudetakse paragrahvi 14¹ lõiget. Planeeritava muudatuse järgi peab patsient, kelle suhtes ohjeldusmeetmeid rakendatakse, olema edaspidi tervishoiutöötaja pideva järelevalve all kõigi ohjeldusmeetmete rakendamise ajal. Kehtiva redaktsiooni kohaselt peab pideva järelevalve all olema vaid isik, kelle suhtes rakendatakse mehhaanilist ohjeldusmeetet Teiste ohjeldusmeetmete puhul on sätestatud vaid tervishoiutöötaja järelevalve kohustus, kuid see võib olla ka perioodiline. Kõik ohjeldusmeetmed on intensiivsed isiku põhiõigusi piiravad sekkumised, mistõttu peab nende rakendamise ajal isik olema katkematu, vahetu ja pideva järelevalve all, tagamaks nii isiku turvalisust kui ka õiguspärast kohtlemist. Muudatuse eesmärk on tagada parem vastavus proportsionaalsuse ja inimväärikuse põhimõtetele, samuti toetada paremini õiguslikku selgust ning ohjeldusmeetmete dokumenteeritavust ja järelevalvet.

Punktiga 7 paragrahvi 14¹ lõikes 2 asendatakse lauseosa „vajaduse märgib arst isiku haigusloos“ lauseosaga „vajadus dokumenteeritakse“

Kehtiva seaduse järgi peab arst kontrollima isiku, kelle suhtes on rakendatud ohjeldusmeetet, seisundit ja hindama ohjeldusmeetme rakendamise vajadust vastavalt isiku seisundile kuni ohjeldusmeetme rakendamise lõpetamiseni. Ohjeldusmeetme rakendamise jätkamise vajaduse märgib arst isiku haigusloos. Ka edaspidi säilib arsti kohustus kontrollida isiku seisundit ja hinnata ohjeldusmeetme rakendamise vajadust, kuid dokumenteerimiskohustus jääb laiemalt tervishoiuteenuse osutajale ning ka dokument, milles ohjeldusmeetmete rakendamist kirjeldatakse ei pruugi alati olla haiguslugu. Mõiste „haiguslugu“ võib kitsendada dokumenteerimiskohustust olukordades, kus andmed sisestatakse tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemi teiste dokumentide koosseisus, näiteks kiirabi või õendusabi dokumentatsiooni. Samuti on muudatuse eesmärk laiendada dokumenteerimiskohustust teistele pädevatele tervishoiutöötajatele, kes võivad praktikas olla need, kes esmaselt otsustavad ohjeldusmeetme vajalikkuse üle ja/või teevad selle kohta esmase sissekande. Muudatus aitab kaasa suuremale paindlikkusele praktikas (sh kiirabi, erakorraline meditsiin, statsionaarne õendusabi) ja vastavusele (digitaalse) ravidokumentatsiooni korraldusele, kus erinevad tervishoiutöötajad võivad teha sissekandeid ning ka selgemale õiguskeelele, mis ei eelda üksnes arsti sekkumist olukordades, kus otsustusvõime ja vastutus võib olla ka teistel erialaspetsialistidel. Muudatus ei vähenda meditsiinilist vastutust ega kvaliteedinõudeid, vaid loob tööjaotust võimaldava raamistiku.

Punktiga 8 tunnistatakse kehtetuks paragrahvi 14² lõike 1 tekstiosa „isiku haigusloos ning sellele lisaks“. Kehtiva seaduse järgi dokumenteerib tervishoiuteenuse osutaja ohjeldusmeetme rakendamise isiku haigusloos ning sellele lisaks kohas ja viisil, mis võimaldab anda kiire ja üldistatud ülevaate tervishoiuteenuse osutaja rakendatud ohjeldusmeetmete kohta.

Muudatusega kehtetuks tunnistatav tekstiosa kõrvaldab formaalse dubleerimisnõude ning võimaldab dokumenteerimist paindlikumalt ja digitaalse andmehalduse põhimõtetega kooskõlas olevana. Ohjeldusmeetmete üldised dokumenteerimisnõuded tagavad vajaliku sisulise ja süsteemse andmekogumise, mistõttu ei ole eraldi viide haigusloosse kandmisele õigustehniliselt enam põhjendatud. Muudatus ei mõjuta dokumenteerimiskohustuse sisu ega ulatust, vaid suurendab õiguselgust ja väldib õigusnormide ebavajalikku dubleerimist.

Punktiga 9 paragrahvi 14² lõikes 2 asendatakse sõna „haigusloole“ lauseosaga „ravidokumentide juurde“.

Muudatus tehakse põhjusel, et mõiste „ravidokumendid“ hõlmab laiemat hulka terviseandmeid koondavaid dokumente kui ainult haiguslugu – see on kooskõlas tänapäevaste terviseandmete dokumenteerimise ning säilitamise nõuetega, sh elektrooniliste terviseandmete süsteemide struktuuriga. Praktikast ei pruugi kõik ohjeldusmeetmeid käsitlevad dokumendid olla otseselt seotud konkreetse haiguslooga (nt kiirabikaart, õendusabi kokkuvõtte, digiloo kannete süsteem). Muudatus võimaldab paindlikumat ja süsteemsemat dokumenteerimist, tagades samas nõutava jälgitavuse ja andmete kättesaadavuse. Terminoloogiline täpsustus toetab ka andmekaitse ja järelevalve põhimõtteid, vähendades õigustõlgenduse riske. Muudatus ei vähenda dokumenteerimiskohustuse sisu ega selle tähtsust, vaid korrigeerib terminoloogiat, et see vastaks kehtivale tervishoiuandmete haldamise praktikale ja parandaks õigusnormi selgust.

Punktiga 10 paragrahvi 14² lõike 2 teises lauses asendatakse sõna „haigusluku“ sõnaga „ravidokumendi“. Muudatuse põhjus on sama, mis eelmises punktis.

Paragrahviga 2 kehtestatakse eelnõu seadusena jõustumise aeg, milleks on 1. märts 2026.

4. Eelnõu põhiseaduspärasus

PS § 28 esimene lõige sätestab igaühe õiguse tervise kaitsele. Selle sätte kohaselt peab riik tagama tervishoiuteenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi, eriti olukordades, kus isik ei suuda oma tervise eest ise seista, näiteks psüühikahäire korral. Riigil tuleb tagada, et tervise teenuse osutamisel võetaks kasutusele sobivad meetmed inimese elu ja tervise kaitseks. Eelnõus sätestatud regulatsioonid on suunatud just sellele eesmärgile, tagada psüühikahäirega isikutele õigeaegne, adekvaatne ja inimese põhiõigusi tagav abi. Eelnõu eesmärgiks on tagada inimeste elu ja tervise kaitse, ennetades olukordi, kus isiku psüühikahäirest tingitud käitumise tõttu tervise teenuse osutamisel kujuneb otsene oht isiku enda või teiste elule või tervisele.

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.⁶

PS § 20 lõige 1 sätestab õiguse vabadusele ja isikupuutumatusel, välja arvatud kindlalt piiritletud eesmärkidel ja tingimustel, mis tulenevad § 20 lõikest 2, kus üheks isiku vabaduse võtmist õigustavaks eelduseks on sätestatud vaimuhaigus⁷ ning tingimus, et ta on seetõttu endale või teistele ohtlik. Ohjeldusmeetmete rakendamine on intensiivne vabaduspõhiõiguse riive, mistõttu peab selleks olema seadusest tulenev selge alus.

Kavandatav regulatsioon lubab tervishoiuteenuse osutamisel rakendada psüühikahäirega isiku suhtes ohjeldusmeetmeid, kui isiku psüühikahäire tõttu, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida on tekkinud otsene oht isiku enda või teise elule, tervisele või julgeolekule.

PS § 11 sätestab, et õigusi ja vabadusi tohib piirata ainult kooskõlas põhiseadusega. Need piirangud peavad olema demokraatlikus ühiskonnas vajalikud ega tohi moonutada piiratavate õiguste ja

⁶ RKPKJko 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.

⁷ 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](#).

vabaduste olemust. Sellest tuleneb, et põhiõiguse riivel peab olema põhiseadusega kooskõlas olev ehk legitiimne eesmärk ja riive peab olema eesmärgi saavutamiseks proportsionaalne (sobiv, vajalik, mõõdukas). Põhiõiguse riive on eesmärgi saavutamiseks sobiv vahend siis, kui see aitab mingil moel kaasa eesmärgi saavutamisele. Riive on vajalik aga üksnes juhul, kui eesmärki pole võimalik saavutada mõnda teist, põhiõigusi vähem piiravat meetet kasutades.⁸ Piirangud ei tohi kahjustada seadusega kaitstud huvi või õigust rohkem, kui see normi legitiimse eesmärgiga on põhjendatav. Kasutatud vahendid peavad olema proportsionaalsed soovitud eesmärgiga.⁹

Vastavust proportsionaalsuse põhimõttele tuleb Riigikohtu pikaajalise praktika järgi hinnata kolmeastmeliselt – kõigepealt abinõu sobivust, siis vajalikkust ja vajadusel ka proportsionaalsust kitsamas tähenduses ehk mõõdukust.¹⁰

Sobivus

Meede on sobiv, kui see aitab kaasa legitiimse eesmärgi saavutamisele.

Eelnõu eesmärgiks on tagada inimese elu ja tervise kaitse, ennetades olukordi, kus isiku psüühikahäire tõttu kujuneb otsene oht isiku enda või teiste elule või tervisele. Tegemist on legitiimse eesmärgiga PS § 28 tähenduses Olukordades, kus patsiendi vaimsest seisundist tingitud käitumine muudab patsiendile raviteenuste osutamise võimatuks, ohustades seega tema elu ja tervist aga võib ohustada ka teiste isikute elu ja tervist, on ohjeldusmeetmete rakendamine tihti ainus võimalik lahendus tekkinud otsese ohu vältimiseks. Õigusliku raamistiku loomine ohjeldusmeetmete rakendamiseks tagab patsientide ja tervishoiutöötajate ohutuse, tervishoiuteenuste ühtlase kvaliteedi ja ravi tulemuslikkuse. Seega on muudatus sobiv seatud eesmärgi saavutamiseks.

Vajalikkus

Meede on vajalik, kui eesmärki ei ole võimalik saavutada mõne muu vähem piirava vahendiga.

Ohjeldusmeetmete lubamine ka vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi või õendusabi osutamisel võib reaalses kriitilises olukordades olla vältimatult vajalik ja ainus tõhus viis ohu maandamiseks. Eelnõu seletuskirjast nähtub, et ohjeldusmeetmete rakendamisele alternatiivsed meetmed – nt üksnes suuline veenmine või vestlus – ei pruugi olla piisavad olukordades, kus vaimse häire tõttu puudub isikul enesekontroll. Planeeritava regulatsiooni järgi on ohjeldusmeetmete rakendamine lubatud vaid äärmuslikel juhtudel ja alles siis kui vähem invasiivsed meetmed ei osutu küllaldaseks.

Olukorras, kus ei ole võrreldavaid ja eelnõu eesmärgi saavutamiseks sama tulemuslikke alternatiive, tuleb meetmeid pidada vajalikuks.

Mõõdukus

Meetme mõõdukuse hindamisel tuleb kaaluda ühelt poolt põhiõigusse sekkumise ulatust ja intensiivsust, teiselt poolt aga eesmärgi tähtsust. Tervise kaitse on põhiseaduslik väärtus, mille tagamine võib õigustada ka intensiivset riivet. Vabaduse võtmise kohaldajail tuleb aga alati hinnata

⁸ RKPJKo 21.06.2019. aasta otsus nr 5-18-5, p 65.

⁹ [Põhiseaduse kommenteeritud väljaanne](#), § 11, p 30.

¹⁰ [Põhiseaduse kommenteeritud väljaanne](#), § 11, p 31.

selle põhjendatust, kestust ja mõjusid ning kaaluda, kas konkreetses olukorras on selle eesmärki võimalik saavutada ka vähem riivavate meetmetega.¹¹ 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. Eelnõu sätestab selged piirid ohjeldusmeetmete kohaldamiseks. Otsese ohu olemasolu ja leebemate meetmete mittepiisavuse hindamise nõue, st nõue kohaldada ohjeldusmeetmeid vaid vältimatult vajaliku (viimase) abinõuna isiku elu ja tervise kaitseks, kohustus rakendada meedet lühiajaliselt, vaid reaalse vahetu ohu kestuse ajal ning arsti otsusel või kinnitusel, tagavad meetme kasutamise mõõdukuse. Meetme rakendamise dokumenteerimise (kontrollitavuse) ja patsiendi pideva jälgimise nõue tervishoiutöötaja poolt, Terviseameti teostatav järelevalve, õiguskantsleri kontrollimehhanismid ning kohtulik kontroll vähendavad ohjeldusmeetmete meelevaldse kasutamise ja patsiendi väärkohtlemise ohtu. Seega saab meedet pidada proportsionaalseks.

Ohjeldusmeetmete rakendamine puudutab ka **PS § 18** sätestatud keeldu allutada isikuid piinamisele, julmale, ebainimlikule või inimväärikust alandavale kohtlemisele. See keeld on absoluutne inimõigus, mis tähendab, et sellest keelust ei tohi kalduda kõrvale mitte mingis olukorras. Eelnõus sätestatud nõuded, sh kasutusaja piirang, tingimus, et mehaanilist ohjeldusmeedet, kui kõige intensiivsemat ohjeldamist, võib rakendada üksnes jälgimisruumis ning et ükski patsient, kelle suhtes meedet kasutatakse, ei tohi olla teiste patsientide nägemisulatuses, aitavad välistada inimväärikust alandavat või julma kohtlemist.

Järeldus

Eelnõus kavandatud muudatused teenivad legitiimset eesmärki – kaitsta inimeste elu ja tervist. Loetletud abinõud on proportsionaalsed, need aitavad kaasa eelnõu eesmärgi saavutamisele ning kaaluvad üles riive õigusele vabadusele ja isikupuutumatusel. Tervikuna saab eelkirjeldatud arvestades kinnitada, et eelnõus toodu on kooskõlas põhiseadusega.

5. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele

Eelnõu on vastavuses Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni¹² artikliga 3, mis keelab piinamise ning ebainimliku või alandava kohtlemise ja artikliga 5, mis sätestab õiguse vabadusele ja isikupuutumatusel; Euroopa Liidu põhiõiguste harta¹³ artiklitega 1, 3 ja 6, mis tagavad inimväärikuse, füüsilise ja vaimse puutumatusel ning isikuvabaduse; ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooniga¹⁴, 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 konventsiooniga¹⁵ ning muude Euroopa Nõukogu soovitude ja juhiste, mis rõhutavad, et igasugune ohjeldusmeede peab olema põhjendatud, ajaliselt piiratud, dokumenteeritud ja allutatud tõhusale järelevalvele.

6. Seaduse mõjud

Kehtiv regulatsioon võimaldab ohjeldusmeetmete rakendamist üksnes tahtevastase psühhiaatrilise abi raames statsionaarses psühhiaatriaosakonnas ega kata olukordi, kus patsiendi käitumine kujutab

¹¹ 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.

¹² Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon–Riigi Teataja.

¹³ Euroopa Liidu põhiõiguste harta.

¹⁴ Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll–Riigi Teataja.

¹⁵ ÜRO piinamise ja muu julma, ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise vastane konventsioon.

otsest ohtu, kuid ravi toimub väljaspool haigla psühhiaatriaosakonda või vabatahtlikul alusel. Kavandatava PsAS-i muudatuse eesmärk on laiendada seaduslikku regulatsiooni vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabi kontekstis, et tagada võimalus õiguspäraseks sekkumiseks ka nendes olukordades.

Mõju avaldub eelkõige kolmele sihtrühmale: patsientidele, tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuse osutajatele. Patsientide jaoks paraneb turvalisus ja õiguste kaitse, töötajatele luuakse selge tegutsemisraamistik ning TTO-del tekib kohustus ajakohastada sisekorrad ja tagada töötajate pädevus. Õigusselguse suurenemine on muudatuse oluline kaasnev mõju, kuid kuna see ei too kaasa sisulisi muutusi sihtrühmadele, ei käsitleta seda mõjuanalüüsis eraldi.

Muudatuse elluviimisel on oodata eeskätt sotsiaalset mõju – see hõlmab mõju tervisele, töökeskkonnale, heaolule ja põhiõigustele. Tervishoiuteenuse osutajatele avaldub ka mõõdukas administratiivne ja vähene majanduslik mõju, sealhulgas vajadus väiksemateks infotehnoloogilisteks arendusteks. Mõjude olulisust on hinnatud sihtrühma suuruse, mõju ulatuse, avaldumise sageduse ja ebasoovitavate mõjude riski alusel.

Sihtrühm 1 - patsiendid, kellel ohjeldusmeetmeid kasutatakse

Sihtrühma kuuluvad vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabiteenuse saajad. Potentsiaalne ohjeldusmeetmete kasutamise vajadus on suurim intensiivravis, erakorralise meditsiini osakonnas ja kiirabis viibivate patsientide puhul. Ohjeldamismeetmete rakendamist kasutatakse patsientidel vaid juhul, kui patsiendi psühhikahäirest tingitud käitumine kujutab otsest ohtu enda või teiste elu ja tervise jaoks.

2024. aastal sai statsionaarset eriarstiabi ligikaudu 119 000 ja statsionaarset õendusabi enam kui 13 700 patsienti. Intensiivravi osutati enam kui 34 000 isikule.¹⁶ Eesti haiglate erakorralise meditsiini osakondades ja muudes erakorralise abi vastuvõttudes osutati 2024. aastal teenust enam kui 507 000 patsiendile, kellest 84 000 hospitaliseeriti.¹⁷ Kiirabi andis 2023. aastal abi ligi 169 000 patsiendile 268 000 korral.¹⁸ Täpset statistikat ohjeldamismeetmeid potentsiaalselt vajavate patsientide kohta saadaval ei ole, kuid tõenäoliselt jääb nende patsientide arv alla 5% kogurahvastikust (ehk alla 69 000 isiku aastas)¹⁹, mistõttu on mõjutatud sihtrühma suurus väike.

Kavandatav muudatus suurendab patsiendiohutust, vähendab enese, teiste patsientide ja tervishoiutöötajate vigastamise riski, võimaldades sekkuda, kui leebemad vahendid ei toimi. Samuti vähendab see ohjeldamise mitteläbiviimisest või selle ebaõigest kasutamisest tekkida võivaid kahjulikke tagajärgi, sest muudatus tagab, et meetmeid kasutatakse vaid õiguspäraselt, minimaalselt ja sihipäraselt. Positiivne mõju avaldub ravitulemuste kvaliteedis, näiteks olukordades, kus ohjeldamismeetmega takistatakse raviseadmete eemaldamist, ravivea või trauma teket. Seeläbi toetab muudatus ravi eesmärgipärast ja tõhusat kulgu, vähendades vajadust katkestada ravi seetõttu, et patsiendi käitumine muutub kontrollimatuks.

Muudatused loovad selge, kitsalt piiritletud õigusraamistiku, mis lubab ohjeldamismeetmetega sekkuda ainult vältimatu ohu korral ning sealjuures tuginetakse meetmete rakendamisel proportsionaalsuse, ajutisuse ja viimase abinõu põhimõttele. Loodav õigusraamistik seab esikohale patsiendi inimväärikuse: kehalist puutumatust piiratakse vaid hädavajalikus ulatuses, iga otsus peab olema läbipaistev, põhjendatud ja dokumenteeritud, sekkumise ajal tagatakse pidev jälgimine ning pärast meetme lõppu peetakse taastav vestlus, et selgitada põhjusi ja vähendada traumajärgset mõju.

¹⁶ Tervisekassa. [Kõik teenused | Tervisekassa](#).

¹⁷ Tervise Arengu Instituut. [KE33: Erakorraliste patsientide lahkumine haigla liigi järgi. PxWeb](#).

¹⁸ Tervisekassa. [Kiirabikaartide analüüs 2023](#).

¹⁹ Statistikaamet. [RV0212: RAHVASTIK | Aasta, Vanus, Näitaja ning Sugu. Statistika andmebaas](#).

Ohjeldamine on lubatud üksnes siis, kui oht patsiendi või teiste elule ja tervisele ületab sekkumisest tuleneva võimaliku kahju. Ohjeldamismeetmete rakendamise vajalikkuse otsuse langetab pädev tervishoiutöötaja, kes vastutab sekkumise meditsiinilise ja eetilise põhjendatuse eest. Kavandatavad muudatused vastavad Eesti põhiõigusele ja rahvusvahelistele inimõiguste standarditele.

Kokkuvõttes on mõju ulatus patsientide sihtrühma jaoks keskmine ning mõju avaldumise sagedus sõltub tervishoiuteenuste kasutamise kestusest ja patsiendi psühholoogilisest seisundist. Näiteks operatsioonilt naasnud desorienteeritud patsiendi puhul võib mõju olla lühiajaline ja väikese sagedusega, samas kui statsionaarsel ravil viibiva dementse patsiendi puhul võib vajadus sekkumiseks olla korduv ja kestm. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine: ohjeldusmeetmed on olemuselt vabadusõigust piiravad ja võivad harvadel juhtudel põhjustada ka füüsilist kahju, kuid sobivate ja nõuetekohaste ohjeldusmeetmete kasutamine on vähem kahjustavam, kui ohjeldamata jätmine. Samal ajal aitab õigusselge regulatsioon koos rakendamistingimuste täpsustamisega vältida meelevaldsust ning suunab tervishoiutöötajaid tegutsema läbimõeldult, tõenduspõhiselt ja õiguspäraselt. Eelnevat arvesse võttes on patsientide avaldunud mõju oluline: muudatuste keskmes on nii turvalisuse suurendamine kui ka põhiõiguste kaitse tugevdamine olukordades, kus meditsiiniline sekkumine on vältimatu.

Sihtrühm 2 – tervishoiutöötajad

Kavandatav muudatus mõjutab otseselt vältimatu abi, kiirabi, statsionaarse eriarstiabi ja õendusabiteenuse osutamisega seotud tervishoiutöötajaid, kellel tekib õiguspärane võimalus rakendada ohjeldusmeetmeid olukordades, kus patsiendi käitumine seab ohtu elu või tervise.

Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas 2024. aasta seisuga tervishoiusüsteemis kokku 27 806 spetsialisti, kellest tegutsevad tervishoiutöötajaid oli kokku umbes 16 000. Arste oli 2024. aastal 4911, sealhulgas 285 anestezioloogi ja intensiivraviarsti, 218 erakorralise meditsiini arsti ja 352 kirurgi. Õdesid oli kokku 9374, sealhulgas 836 anesteesia-intensiivraviõde ja 917 erakorralise meditsiini õde.²⁰ Statsionaarse ravi osutamisega seoses kuuluvad sihtrühma ka paljude muude erialade arstid ja õed ning kõik kiirabibrigaadide töötajad (108 brigaadis)²¹. Peamine mõju avaldub erakorralise meditsiini, intensiivravi ja kiirabi töötajatele, kes moodustavad umbes 20% kõikidest tervishoiutöötajatest. Mõjutatud sihtrühma suurus on keskmine.

Ohjeldusmeetme rakendamise otsuse võib langetada iga selleks pädev tervishoiutöötaja, mitte üksnes arst. See toetab olukordi, kus sekkumine viibib, sest arst ei ole kohapeal ning järgitakse kaasaegset praktikat, mis annab professionaalsetele ja pädevatele õdedele suurema otsustusõiguse. Muudatused annavad tervishoiutöötajatele selge õigusliku aluse sekkuda olukorras, kus patsiendi käitumine seab ohtu elu või tervise. Võimalik, et seni õigusliku ebakindluse tõttu tegemata jäänud sekkumised nüüd teostuvad, kuid samal ajal väheneb põhjendamatu või ebaõige ohjeldamine. Selgus vähendab juriidilist ebakindlust ja võimaldab tegutseda kiiresti, vähendades seeläbi nii patsientide, kolleegide kui ka enda vigastamise riski. Suureneb tööohutus ning töötajate psühholoogiline turvatunne. Meetmete rakendamine on vajalik ka tervishoiuteenuste kvaliteedi hoidmiseks ja ravi tulemuslikkuse tagamiseks.

Eelnõule eelnenud väljatöötamiskavatsuse tarbeks tervishoiutöötajate seas läbiviidud küsitlusuuringu põhjal kasutas ohjeldusmeetmeid iga päev keskmiselt 9% vastanutest ning vähemalt ühel korral kuus kokku keskmiselt 45% vastanutest. Kuivõrd uuring põhines vaid 70

²⁰ Tervise Arengu Instituut. [THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi. PxWeb.](#)

²¹ Tervise Arengu Instituut. [TTO30: Kiirabiasutused, brigaadid ja kiirabiautod. PxWeb.](#)

tervishoiuasutuses töötava isiku vastustel, siis põhjanevaid järeldusi ohjeldusmeetme kasutamise vajaduse sageduse kohta teha ei saa.

Muudatusega tervishoiutöötajate töökoormus ei suurene. Kaasneb täiendkoolituse läbimise vajadus, mis mahub üldise erialase täiendõppe raamidesse ega too kaasa püsivat lisakoormust. Ohjeldusmeetmete rakendamisega kaasneb dokumenteerimiskohustus, kuid standardse elektroonse vormi kasutamisel on tegemist mõneminutilise ajakuluga. Vastupidi on ohjeldamismeetmete õigeaegse ja õiguspärase rakendamisega võimalik vältida ravitöö katkestusi ning seeläbi personali tööaega kokku hoida.

Kokkuvõttes on tervishoiutöötajatele avalduva mõju ulatus ja sagedus olenevalt töö iseloomust väike kuni keskmine. Ebasoovitavate mõjude risk on väike ning on vähesel määral seotud lisanduva dokumenteerimisajaga. Arvestades, et ka mõjutatud sihtrühma suurus on keskmine, siis tervishoiutöötajatele avalduv mõju oluline oma kvaliteedis, kuid mõõdukas mahus – kokkuvõttes oluline mõju. Sihtrühm saab pakkuda kvaliteetset teenust senisest ohutumas keskkonnas, lähtudes seejuures õiguslikust alusest.

Sihtrühm 3 – TTO-d

2024. aastal rahastas Tervisekassa statsionaarse eriarstiabi või iseseisva õendusabi teenust 47 TTO-le (sh 24 statsionaarset eriarstiabi ja 37 õendusabi pakkuvat asutust). Intensiivravi pakkuvaid asutusi oli 20 ning erakorralise meditsiini osakond oli 19 asutuses.²² Kiirabiasutusi ehk kiirabibrigaadi pidajaid, kus töötab 108 kahe- kuni kolmeliikmelist kiirabibrigaadi, on Eestis kokku 10.²³ Kõikidest ettevõtetest (2024. aasta seisuga 158 378) moodustab sihtrühm²⁴ alla 1%, mistõttu puudutab sihtrühm küll väikest, kuid kõrge vastutusega asutuste rühma.

Seadusemuudatus ühtlustab seni killustunud praktikad, vähendab õigusvaidluste ja mainekahju riski ning toetab raviasutuste vastutuskindlustust (väheneb kahjunõuete tõenäosus ning kindlustusmaksete surve).

Püsivat halduskoormuse suurenemist TTO-dele muudatusega ei teki, kuid lisandub ajutine administratiivse töökoormuse tõus. Muudatuse jõustumisel tekib vajadus asutusesiseste dokumentide (nt sisekorraeeskirjad, ohjeldusprotokollid ja riskihindamise vormid) ajakohastamiseks või loomiseks, kuid tegemist on ühekordse tööga, mille saab teha tavapärase kvaliteedisüsteemi raames. Ohjeldusmeetmete rakendamise dokumenteerimist lihtsustab standardne elektroonne vorm, mis eeldab väiksemahulisi IT-arendusi TTO infosüsteemis (suurusjärgus mõned tuhanded eurod) ega nõua uue andmekogu loomist. Ühekordsed IT- ja sisekorrakulud tasanduvad väiksema vigastuste arvu, töökatkestuste harvenemise ja kindlustusvaidluste vähenemise kaudu.

Kuna seadus sätestab, et ohjeldusmeetmeid tohib rakendada ainult vastava pädevuse saanud töötaja, peab iga TTO korraldama või tagama oma personalile täienduskoolituse. Koolitus peaks katma ohjeldusmeetme rakendamise, jälgimise, dokumenteerimise ja ohjeldusmeetme rakendamise järgselt peetava vestluse põhimõtted. Koolituse maht ja vorm ei ole kindlaks määratud: selle võib läbi viia sisekoolitusena, osta sisse teenusena või kasutada erialaliitude pakutavaid koolitusi. Hinnanguliselt võiks vajaliku sisu ära katta 4–8 tunnine koolitus, mistõttu saaks seda potentsiaalselt rakendada ka olemasoleva erialase täiendõppe plaani raamides.

²² Tervisekassa. [Kõik teenused | Tervisekassa](#).

²³ Tervise Arengu Instituut. [TTO30: Kiirabiasutused, brigaadid ja kiirabiautod. PxWeb](#).

²⁴ Statistikaamet. [ER021: STATISTILISSE PROFIIILI KUULUVAD ETTEVÕTTED | Tegevusala \(EMTAK 2008\) ning Aasta. Statistika andmebaas](#)

Kokkuvõttes toob muudatus TTO-dele peamiselt ühekordse kohanemiskoormuse, ent toob püsiva kasu õigusliku selguse, teenuste kvaliteedi ja tööohutuse osas.

7. Eelnõu terminoloogia

Seadusemuudatusega ei võeta kasutusele uut terminoloogiat.

8. Rakendusaktid

Eelnõu rakendamiseks muudetakse sotsiaalministri 24.10.2024 määrust nr 43 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded“, lisades määruse ohjeldusmeetmete rakendamise juhendi koostamise nõude.

9. Seaduse jõustumine

Seadus jõustub 1. juulil 2026.a.

Muudatustega laiendatakse ohjeldusmeetmete rakendamise regulatsiooni kohaldamisala ning täpsustatakse dokumenteerimis- ja järelevalvenõudeid. Muudatused mõjutavad mitmeid tervishoiuasutusi (sh kiirabi, eriarstiabi, õendusabi), kes vajavad aega sisekorraeskirjade/juhendite täiendamiseks, töötajate juhendamiseks ning vajadusel infosüsteemide kohandamiseks. Lisaks tuleb tervishoiuteenuse osutajatele tagada võimalus tutvuda uue regulatsiooniga ja viia vajaduse korral läbi täiendkoolitused personalile, kes tegelevad ohjeldusmeetmete otsustamise, dokumenteerimise ja järelevalvega.

10. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon

Eelnõu koostamisse on panustanud lai ring eksperte ning asjaomaseid huvirühmi. Eelnõu koostamisele eelnes väljatöötamiskavatsus (VTK), mille eesmärk oli kaardistada probleemi olemus, hinnata regulatiivse sekkumise vajalikkust ning kirjeldada võimalikke õiguslikke lahendusvariante. Eelnõu aluseks olev VTK edastati kooskõlastamiseks ja arvamuse avaldamiseks järgmistele asutustele ja organisatsioonidele: Justiits- ja Digiministeerium, Õiguskantsleri Büroo, Terviseamet, Tervisekassa, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Õdede Liit, Eesti Haiglate Liit, Eesti Kiirabi Liit, Eesti Arstide Liit, Eesti Patsientide Liit, Tartu Ülikooli Kliinikumi patsientide nõukoda ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla patsiendinõukoda.

VTK ettevalmistamise eel saadeti anonüümne küsimustik Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Tallinna Lastehaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla, Tallinna Kiirabi ja Tartu Kiirabi ravijuhtidele või ülemarstidele, kes jagasid seda asjakohastes struktuuriüksustes (nt erakorralise meditsiini osakond, kirurgiakliinik, sisekliinik, nakkuskliinik, õendusabikliinik ning anestesioloogia- ja intensiivravikliinik). Kogutud tagasiside aitas täpsemalt määratlada probleemkohti ja valdkondi, millele kavandatav regulatsioon peaks laienema.

12. mai 2025. aasta Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungil andsid Sotsiaalministeeriumi esindajad komisjonile ülevaate VTK sisust ja sellele saadud tagasisidest.

Seaduseelnõu koostajad on kahel korral kohtunud ka Õiguskantsleri Kantselei esindajatega, et tutvustada kavandatavaid muudatusi ning koguda sisendit nende põhiseaduspärasuse ja rakendatavuse kohta. Kohtumine Justiits- ja Digiministeeriumi esindajatega toimus 4. juunil 2025.

aastal eesmärgiga täpsustada tervishoiuteenuste liike ja seaduse kohaldamisega seotud konteksti, millele kavandatav regulatsioon laieneb.

Eelnõu esitatakse kooskõlastamiseks Justiits- ja Digiministeeriumile ning arvamuse avaldamiseks Õiguskantsleri Büroole, Terviseametile, Tervisekassale, Eesti Puuetega Inimeste Kojale, Eesti Õdede Liidule, Eesti Haiglate Liidule, Eesti Kiirabi Liidule, Eesti Arstide Liidule, Eesti Psühhiaatrite Seltsile, Eesti Patsientide Liidule, Tartu Ülikooli Kliinikumi patsientide nõukojale ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla patsiendinõukojale eelnõude infosüsteemi (EIS) kaudu.

Algatab Vabariigi Valitsus „...“ „.....“ 2025. a.