

# Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine

Kiirabi valdkonna aruanne



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti  
tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

#### Autorid:

Riina Sikkut

Laura Aaben

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekoda, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



#### **Poliitikauuringute Keskus Praxis**

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

[www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

[praxis@praxis.ee](mailto:praxis@praxis.ee)

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Sikkut, R., Aaben, L. 2017. Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020 vahehindamine. Kiirabi valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

# Sisukord

<b>Uuringu tulemuste lühikokkuvõte .....</b>	<b>4</b>
<b>Uuringu meetodika.....</b>	<b>5</b>
<b>Sissejuhatus .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Kiirabi valdkond Rahvastiku tervise arengukavas .....</b>	<b>8</b>
1.1. Kiirabi valdkonna eesmärgid .....	8
1.2. Kiirabi valdkonna tegevused .....	10
1.3. Kiirabi valdkonna indikaatorid .....	14
<b>2. Saavutatud muutused kiirabi valdkonnas .....</b>	<b>17</b>
2.1. Muutused kohalejõudmise ajas .....	17
2.2. Muutused brigaadide arvus ja personalis .....	18
2.3. Muutused visiitide arvus .....	21
2.4. Muutused teenuse kvaliteedis ja kättesaadavuses .....	23
2.5. Peamised edasimineked ja väljakutsed valdkonna ekspertide hinnangul.....	25
<b>Kasutatud kirjandus.....</b>	<b>30</b>

## Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

Rahvastiku tervise arengukava (RTA) võtab sihiks saavutada Eestis tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemine. Selle eesmärgi saavutamisel nähti rolli ka kiirabil. RTA algses versioonis (2008) on kiirabi valdkonda kajastatud põgusalt (eesmäärke, indikaatoreid ja meetmeid valdkonnale ei sõnastatud). RTA uuendatud versioonis (2012) seati üks tulemusindikaator (kiirabi keskmine kohalejõudmise aeg) ja planeeriti meetmed, kuid kiirabi-spetsiifilisi tulemuseesmäärke ei sõnastatud.

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. RTA-s ei ole kirjeldatud kiirabi valdkonna peamisi lahendamist vajavaid probleeme, mistõttu ei ole üheselt selge, millele tuginedes meetmed planeeriti ja milliseid probleeme sooviti meetmetega lahendada.
2. Soovitud muutuste sõnastamisel jääb arengukava väga üldsõnaliseks ja ebamääraseks, mistõttu ei ole võimalik anda objektiivset hinnangut, kuivõrd on täna kiirabiteenuse kvaliteet ja kättesaadavus parem kui RTA koostamise ajal.
3. Kiirabi valdkonnas on tänaseni aktuaalsed mitmed tervishoiusüsteemi toimimist mõjutavad probleemid (nt põhjendamata kiirabi väljakutsed, personalinappus jt). RTA senise rakendusperioodi jooksul ei ole need väljakutsed leidnud ühest ja süsteemset adresseerimist. See viitab RTA nõrgale seotusele kiirabi valdkonnaga ja vähesele võimekusele kaasas käia valdkonna muutuvate vajadustega.
4. Kiirabi valdkonnas on toimunud mitmed väga positiivsed arengud (nt kiirabireform, e-kiirabi käivitamine, töötingimuste ja -vahendite paranemine, stabiilne rahastamine jt), kuid valdkonna ekspertide hinnangul ei ole need arengud toimunud tänu RTA-le, sest valdkonna jaoks oluliste otsusteni jõudmine ei ole toimunud RTA-ga seotult.
5. Eestis ei toimu riiklikku kiirabi ravikvaliteedi ja väljakutsete seiret, mistõttu puudub terviklik ja andmetel tuginev ülevaade kiirabi valdkonna olukorrast.
6. Kiirabi on tervishoiusüsteemi osana mõjutatud ka teistest tervishoiu valdkondades toimuvatest arengutest (nt haiglate ja perearstide töökorraldusest). Seetõttu on oluline kiirabi valdkonna arengute ja reformide kavandamisel arvestada võimalike mõjudega väljaspool kiirabi.

Peamised **soovitused** kiirabi valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. RTA-sse lisada kirjelduse kiirabi valdkonna peamistest väljakutsetest, mille lahendamine on RTA üld-eesmärkide saavutamiseks vajalik. Lisaks tuleks valdkonna eesmärgid sõnastada selliselt, et need on üheselt arusaadavad, täpsed ja objektiivselt mõõdetavad.
2. E-kiirabi edasiste arendustööde osas võtta prioriteediks (a) töökindluse tõstmine, (b) võimaluste loomine haiglat kiirabile tagasiside andmiseks ja (c) analüüsimooduli arendamine.
3. Alustada kiirabi riiklike seireraportite koostamist, mis annavad regulaarselt ülevaate kiirabi peamiste kvaliteediindikaatorite seisust ja trendidest riigis.
4. Teostada täiendavad analüüsid (a) kiirabi kutsete üleprioritiseerimise, (b) kiirabi kutsete põhjendatuse ja (c) kiirabireformi mõjude osas, et kontrollida käesolevas uuringus kirjeldatud ekspertide hinnangute paikapidavust ja koguda sisendit kiirabi valdkonna edasiste reformide vajalikkuse kohta.

# Uuringu metoodika

Uuringu eesmärgiks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Kuivõrd põhjendatud ja realistlikud olid arengukavas planeeritud eesmärgid ja millisel määral eesmärgid saavutati?
2. Kuivõrd objektiivsed ja mõõdetavad olid arengukavas planeeritud indikaatorid ja kui realistlikud sihttasemed? Millisel määral indikaatorid täideti?
3. Kuivõrd aitasid planeeritud meetmed ja elluviidud tegevused saavutada arengukavas püstitatud eesmäärke? Juhul, kui arengukavas seatud eesmäärke ei saavutatud, siis millised on selle võimalikud põhjused?
4. Milliseid muudatused arengukava eesmärkides, indikaatorites ja tegevustes on vajalikud, et tulevikus saavutada arengukava eesmärgid?

Uurimusküsimustele vastuste leidmiseks kasutati järgmisi uurimismeetodeid: (a) dokumendianalüüs; (b) statistiline andmeanalüüs; (c) individuaalintervjuud ekspertidega; (d) grupiarutelu ekspertidega; (e) ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll.

## *Dokumendianalüüs*

Dokumendianalüüsi peamise osa moodustasid Rahvastiku tervise arengukava dokumendid (sh algne 2008. aastal koostatud ja 2012. aastal täiendatud versioon), rakendusplaanid ja iga-aastased tegevuskavad ja aruanded, kokku 34 dokumenti. Dokumentidele tuginedes koostati ülevaade kiirabi valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevustest ning analüüsiti nende vastavust RTA-s seatud eesmärkidele ja prioriteetidele. Täiendavad analüüsi kaasatud dokumendid on loetletud kasutatud kirjanduse nimekirjas.

## *Statistiline andmeanalüüs*

Statistilise andmeanalüüsi teostamiseks saadi andmed Terviseametist ja Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist. Analüüsi kaasati andmeid, mis võimaldasid hinnata eelkõige indikaatorite saavutustasemeid ja tegevuste tulemuslikkust.

## *Individuaalintervjuud ekspertidega*

Koostöös uuringu tellijaga lepidi kokku intervjueeritavate nimekiri, kuhu kuulus kolm eksperti ja kellest kõigiga viidi läbi individuaalne süvaintervjuu 2016. aasta kevad-suvel. Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Ühe intervjuu kestvuseks oli ligikaudu 1 tund ja intervjuu viidi läbi laiendatud poolstruktureeritud intervjuukava alusel. Uuringu tellija soovil oli intervjuu fookus seatud kiirabi kohale jõudmise ajale ja väljakutsete sisulisele kvaliteedile. Intervjueeritavatega sõlmiti kokkulepe, et nende nimesid vastavas uuringuraportis ei avalikustata.

Intervjuu kava:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA indikaatorid seirata kiirabi teenuste olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata kiirabi teenuste olukorda Eestis?

3. Kuivõrd on RTA-s seatud kiirabi kohale jõudmise eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud kiirabi kohale jõudmise aja paranemist?
5. Kuidas tegeletakse täna kiirabi väljakutsete sisulise kvaliteedi hindamise ja parandamisega?
6. Millised on olulisemad raskused/probleemid Eesti kiirabide töö korralduses viimase viie aasta jooksul?
7. Millised on olulisemad edasimineked Eesti kiirabide töö korralduses viimase viie aasta jooksul?
8. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades, sh erisused kohalejõudmise ajas ja teenuse sisulises kvaliteedis?
9. Milline on olnud RTA roll kiirabi korraldust puudutavates arengutes?
10. Milliseid tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama, et saavutada kiirabi kohalejõudmise ajas positiivseid muutusi nii linna- kui maapiirkondades?
11. Milliseid tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama, et saavutada kiirabi sisulises kvaliteedis positiivseid muutusi?
12. Millised kiirabi teenust puudutavad eesmärgid võiksid olla järgmise kümne aasta jooksul Eestis saavutatavad?
13. Kuivõrd tuleks tegevussuundade valikul tähelepanu pöörata koostöö parandamisele häirekeskusega (sh kutsete prioritseerimisele)?
14. Kuivõrd tuleks tegevussuundade valikul tähelepanu pöörata haigla ja kiirabi vahelise koostöö tõhustamisele?
15. Kuivõrd tuleks tegevussuundade valikul tähelepanu pöörata perearstide ja kiirabi vahelise koostöö tõhustamisele (sh perearsti roll A ja B kutsete osas)?

### *Grupiarutelu ekspertidega*

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku grupiarutelusse kaasatud ekspertide nimekiri, kuhu kuulus 8 eksperti, kes kõik esindasid erinevaid kiirabi valdkonnas tegutsevaid asutusi. Grupiarutelus ei osalenud eksperte, kellega viidi läbi süvaintervjuud. Grupiarutelule eelnevalt saadeti kõigile kutsututele tutvumiseks käesoleva raporti mustandversioon. Arutelu toimus septembris 2016, kestis kaks tundi ja osalesid nelja asutuse eksperdid. Osalejatega arutleti raportis esitatud üle ning osalejad said teha ettepanekuid raporti muutmiseks ja täiendamiseks. Arutelu eesmärgiks oli ekspertidega valideerida uuringu raportis esitatud järeldusi ja soovitusi.

### *Uuringuraporti kvaliteedikontroll*

Lisaks grupiarutelule võimaldati raporti mustandversioonile kirjalikku tagasisidet anda ka uuringu tellijatel ja uuringusse kaasatud ekspertidel (intervjueeritud ja grupiarutelule kutsutud eksperdid). Erilist tähelepanu paluti tagaside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Vastava tagasiside andsid raportile Sotsiaalministeeriumi, Häirekeskuse ja Terviseameti esindajad. Saadud tagasisidele tuginedes tehti raportis muudatused ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

## Sissejuhatus

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (RTA) on Eesti esimene laiapõhjaline tervise valdkonna arengukava, milles püstitatud strateegilised eesmärgid on erinevate tervisepoliitiliste otsuste lähtekohaks. Kiirabi valdkonnal kehtivat strateegiat ei ole, 1999. aastal koostati Eesti Kiirabi Liidu poolt Eesti kiirabi arengukontseptsioon 2000–2010 (1) ning 2006. aastal kiirabi arengukava 2007–2013 (2). Kiirabi valdkonna tegevussuunad on hõlmatud RTAs tervishoiusüsteemi arengu alaeesmärgi all.

Käesoleva analüüsi eesmärgiks on hinnata RTA kiirabi valdkonna eesmärkide ja tegevuste sobivust, sihipärasust ja tulemuslikkust ning anda soovitusi valdkonna tegevussuundadeks tulevikus. Analüüsi teostamiseks kasutatakse erinevaid meetodeid – intervjuud Eesti ekspertidega, gruppintervjuu valdkonna esindajatega, dokumendianalüüs ning andmeanalüüs (vt Lisa 1).

Haiglaeelse erakorralise meditsiiniabi kohta kasutab tervishoiuteenuste korraldamise seadus mõistet kiirabi. Kiirabi ülesandeks on eelkõige eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmane diagnoosimine ja ravi ning vajadusel abivajaja transport haiglasse. (3)

Eestis korraldab kiirabiteenuse osutamist Terviseamet Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas. Terviseamet sõlmib juriidiliste isikutega halduslepingud kiirabiteenuse osutamiseks. Kiirabi rahastatakse riigieelarvest ehk solidaarselt ning erakorraline meditsiiniabi on tasuta kõigile ega sõltu ravikindlustuse olemasolust, kodakondsusest vms. Seevastu hädaabi teadete vastuvõtmise ja kiirabile väljasõidukorralduste andmisega tegeleb Häirekeskus Siseministeeriumi valitsemisalas. Häirekeskuse ülesandeks kiirabikutsete töötlemisel on nende vastuvõtmine, abivajaduse iseloomu määramine, lähima kiirabibrigaadi leidmine, teejuhatuse andmine ja kiirabi haige seisundist informeerimine. (4)

Eestis osutavad kiirabi kolme erineva kvalifikatsiooniga töötajad - õed, arstid ja kiirabitehnikud. 2015. aasta seisuga oli Eestis 11 kiirabiteenuse osutajat, 102 (+2 projektipõhist) brigaadi, tehti üle 285 000 kiirabivisiidi, täidetud oli üle 1400 ametikoha, aastane eelarve moodustas üle 36 miljoni euro. (5,6)

Riikide kiirabi korraldus võib oluliselt erineda, sealjuures personali kvalifikatsiooni, kiirabiteenuse osutajate juriidilise vormi ja kiirabi rahastamise osas. Samas saab üldstatult öelda, et Euroopas on kiirabi teenus valdavalt suurema mahuga meditsiiniabi andmine sündmuskohal (mitte vaid elustamine ja võimalikult kiiresti haiglasse toimetamine nagu USAs, Kanadas ja Austraalias nõ parameditsiinilises kiirabis). Eluohtlikus seisundis patsient püütakse sündmuskohal kõigepealt stabiliseerida, vajadusel alustatakse ravi sündmuskohal. (7)

# 1. Kiirabi valdkond Rahvastiku tervise arengukavas

## 1.1. Kiirabi valdkonna eesmärgid

RTA koostamise protsessis läheneti probleemide kirjeldamisel tervishoiusüsteemile tervikuna ning kiirabispetsiifilisi asjaolusid välja ei toodud. Samas tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkus, inimressursside piiratus, pikad järjekorrad eriarstiabis, ebaühtlane esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus, puudulik infovahetus teenuseosutajate vahel ja tervishoiuteenuse osutajate tegevusnäitajate süsteemi puudumine mõjutavad ka kiirabiteenust.

Probleemikirjeldusest ja prioriteetidest lähtuvalt sõnastati strateegiline eesmärk 5 „Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu.“ Ning selle põhjal alaeesmärgid, kus patsiendikesksuse ja rahastamise jätkusuutlikkuse kõrval oli alaeesmärgiks (AE 5-2) „Kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine esmatasandi tervishoiuteenuste arendamise, aktiivravi haiglavõrgu optimeerimise ning hooldusravi/hoolekande arendamise kaudu.“

Üld- ja strateegilise eesmärgi asjakohasust ja omavahelist kooskõla hinnatakse RTA vahehindamise uuringu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi valdkonna vaheraportis. Käesolevas raportis on nad välja toodud selleks, et kirjeldada, milliste eesmärkide alla kiirabi valdkonna tegevused liigitati.

RTA uuendati 2012. aastal (rakendusperioodiks 2013–2016) ja kiirabi valdkonna jaoks tähendas see seda, et alaeesmärk (AE) 5-2 asendati meetmega M5 „Valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks.“ Seega on RTAs kiirabi teemad aastani 2012 sõnastatud ühtviisi ja alates 2013 veidi ümbernimetatult (nagu kirjeldatud joonisel 1). Joonisel 1 on oranžiga märgitud kiirabispetsiifilised meetmed ja tegevused, RTA üldised eesmärgid on märgitud sinistes kastides. Sealjuures on kiirabi meetet sõnastades välja toodud kaks aspekti – kiirabi kättesaadavus nõ tavaolukorras ning valmisolek hädaolukordadeks.



JOONIS 1. KIIRABI VALDKONNA SUHESTUMINE RTA EESMÄRKIDEGA



Aastatel 2007–2008 RTAd koostades oli kiirabis teenuseosutajate ja brigaadide arv juba 5 aastat stabiilne olnud. Teenust pakkus 24 teenuseosutajat, neist 14 olid 1–2 brigaadi pidajad ning arstibrigaadide osakaal oli pidevalt langemas (8). Kiirabi täiendavate ülesannete hulka kuulusid haigete meditsiiniline transport ja suurürituste meditsiiniline julgestamine, mis polnud õiguslikult kiirabi tegevusteks määratud. Valdonna probleemideks olid regulatsioonide aegumine või puudumine, nõrk koostöö erinevate partneritega (politsei ja päästeamet, häirekeskus, haiglad, perearstid), hädaolukordadeks valmisolek (sh operatiivjuhtimise oskused) ja personalipuudus. (2)

Kiirabi paigutamine tervishoiu valdkonna üldpilti on sobiv - kiirabiteenus on kvaliteetse tervishoiuteenus osa ning kiirabi annab olulise panuse ka RTA üldeesmärgi saavutamiseks ehk pikema eluea jaoks - kiirabi roll on suurim vigastuste, mürgistuste, elustamist vajavate juhtumite puhul. **RTA meetmeid ja tegevusi planeerides adresseeriti küll kiirabi igapäevast toimimist ning rolli hädaolukordades koos politsei, päästeameti ja kaitsevägega, kuid samas konkreetsemalt fookust probleemsetele aspektidele ei seatud, soovitud tulemusi ei sõnastatud ning indikaatoreid ei seatud.** 2012. aastal RTA uuendamise raames lisati kiirabi valdkonnale indikaator ja mõned oodatavad tulemused, kuid paraku ei saa öelda, et tegemist oleks olnud **ambitsioonikate või muutusele orienteeritud plaanidega.**

RTA eesmärkide saavutamiseks kiirabis muutuste tegemine ja nende suunamine praegusel moel sõnastatud tegevuste abil on keeruline. Selleks, et **suhteliselt üldsõnaline „kättesaadavuse tagamine“, „valmisolek“ vms oleks rakendatav, reaalse mõjuga ning aitaks suunata tegevusi, siis peaks olema ka üheselt arusaadav, milline on näiteks „optimaalne“ või „tagatud“ kättesaadavus** (sh kas see tähendab visiitide arvu, brigaadide arvu, kohalejõudmise aega, regionaalset võrdsust kohalejõudmise aegades vms). Samuti tuleks teada olemasolevat taset (ehk baastaset) ja soovitud muutuse ulatust (ehk sihttaset).

#### Järeldused

1. Kiirabi paigutamine RTA tervise valdkonna üldpilti on sobiv - kiirabiteenus on kvaliteetsete tervishoiuteenuste osa ja oluline on selle kättesaadavus, et saaks anda panuse RTA üldeesmärgi saavutamiseks ehk pikema eluea jaoks.
2. RTAs käsitletakse kiirabi valdkonda vaid meetme tasandil. Strateegiadokumendis ei ole välja toodud valdkonna peamisi probleemkohti ning RTA alguses versioonis (2009–2012) ei olnud sõnastatud ka soovitud tulemusi ja indikaatoreid. RTA 2012. aastal muudetud versioonis lisati indikaator (kiirabi kohalejõudmise aeg) ja oodatavad tulemused, kuid valdkonna probleeme jätkuvalt ei kajastatud.
3. Kuigi RTA pakkus head võimalust kiirabi valdkonna juhtimiseks, siis ambitsioonikaid plaane ja olulisi arengusuundi dokument ei sisalda. RTA mitte ei juhi vaid kirjeldab valdkonnas toimuvat.
4. Soovitud tulemused on sõnastatud väga üldsõnaliselt („Kättesaadavuse tagamine“, „Valmisoleku parandamine“), mis ei võimalda aru saada, mida täpsemalt soovitakse saavutada. Selleks, et planeerida soovitud tulemusteni viivaid tegevusi, peab olema üheselt arusaadav, milline näiteks see „optimaalne“ või „tagatud“ kättesaadavus on – kas see tähendab visiitide arvu, brigaadide arvu, kohalejõudmise aega, regionaalset võrdsust kohalejõudmise aegades vms. Samuti tuleks teada olemasolevat taset ja soovitud muutuse ulatust.

### Soovitused

1. Soovitame RTA-s lahti kirjutada peamised kiirabi valdkonna väljakutsed, mille lahendamine on RTA eesmärkide saavutamiseks kõige olulisem. Käesoleva analüüsiraporti peatükis 2.5 on esitatud ülevaade valdkonna ekspertide hinnangul kõige olulisematest väljakutsetest, mille lahendamisele tulevikus fookus seada.
2. Soovitame valdkonna eesmärgid sõnastada vastavalt SMART reeglile ehk eesmärk peab olema spetsiifiline (ehk üheselt arusaadav), mõõdetav (ehk võimaldab objektiivselt mõõta, kas eesmärgini on jõutud või mitte), ajastatud (ehk mis ajaks soovitakse eesmärgini jõuda), realistlik (ehk erinevaid piiranguid arvesse võttes saavutatav) ja täpne (ehk ei valgu laiali).

## 1.2. Kiirabi valdkonna tegevused

Järgnevalt on kirjeldatud, milliseid tegevusi planeeriti RTA meetmete all ellu viia ning kui paljud neist tegelikult rakendati. Elluviimise info allikaks on iga-aastased RTA tegevusaruanded. Tegevusi on rühmitatud (näiteks kui erinevatel aastatel on sõnastust veidi muudetud, kuid sisu sama) ja lühemalt nimetatud, et ülevaatlikult joonisele mahutada.

Perioodi 2009–2012 esimese kiirabispetsiifilise meetme „*Tagada kõigile abivajajatele optimaalse standardiseeritud kiirabiteenuse kättesaadavus*“ raames teostati RTA-st järgmisi tegevusi:

- 2009. ja 2010. aastal oli ainsaks rakendatud tegevuseks kiirabi rahastamine.
- 2011. aastal lisandus rahastamisele väikesaarte kiirabi tagamise logistikaskeemi rakendamine (kasutades vajadusel helikopteritransporti) ja esmaabiandjate koolitamine (Kihnul, Ruhnul ja Vormsil). Planeeritud oli ka mitteerakorralise transporditeenuse ja kiirabi meditsiinilise julgestamise teenuste osutamise reguleerimine, kuid seda ei teostatud.
- 2012. aastal jätkati rahastamise ja väikesaartele kiirabiteenuse osutamiseks aparatuuri soetamisega. Lisaks valmistati ette muudatusi kiirabi kvaliteedi ja kättesaadavuse nõuete kaasajastamiseks ning patsiendi transporditeenuse reguleerimiseks.

Nimetatud tegevused olid kõik süsteemi tasandile suunatud ning baastaseme hoidmiseks või väikeseks paranemiseks rakendatud tegevused. **Ainus suurem muutus oli väikesaarte jaoks teenuse parem kättesaadavus.** Samas olid käesoleva uuringu raames intervjueritud kiirabiteenuse osutajad rahul, et **majanduskriisi perioodil säilitati kiirabi rahastamise tase ja aastate jooksul suudeti tagada eelarve kasv.** Joonisel 2 on kirjeldatud aastate 2009–2012 tegevused (rohelisega on märgistatud ellu viidud tegevused, oranžiga venima jäänud tegevused).

Perioodi 2009–2012 teise kiirabispetsiifilise meetme „*Edendada kiirabiteenuse ja teiste teenuste osutajate koostööd operatiivteenistustega tagamaks valmisolek efektiivseks tegutsemiseks hädaolukordades*“ raames teostati järgmisi tegevusi:

- hädaabikutsete SMSi teel vastuvõtmine,
- hädaabiteadete menetlemise infotehnoloogiliste lahenduste parandamine,
- ühine sidesüsteem kiirabile, EMODEle ja päästeasutustele,

- ettevalmistused elektroonilise kiirabikaardi rakendamiseks,
- koolitused ja õppused hädaolukorras tegutsemise valmiduse tõstmiseks,
- hädaolukorra seaduse osas liiguti koostöös Siseministeeriumiga edasi, kuid nelja aasta jooksul regulatsioonide korrastamisega lõpule ei jõutud ning see kandus pidevalt edasi järgmistesse aastatesse;
- tegevusvaru hoidmist ja uuendamist rahastati, edasimineku toimus täiendavate antidootide varu loomisel.

Kokkuvõtlikult saab öelda, et spetsialistide tasandile suunatud tegevused nagu koolitused, varustuse parandamine jt konkreetsemad tegevused viidi ellu. Süsteemi tasandi tegevused regulatsioonide jms kujul jäid plaanitud mahus saavutamata, kuigi edasiliikumine toimus, sh hädaolukorra seaduse muutmine, mis puudutas paljusid osapooli. **Sisult olid tegevused olemasoleva parandamisele suunatud, e-kiirabi rakendamine oleks olnud uuendus, oluline muutus baastasemest, kuid jäi venima.**



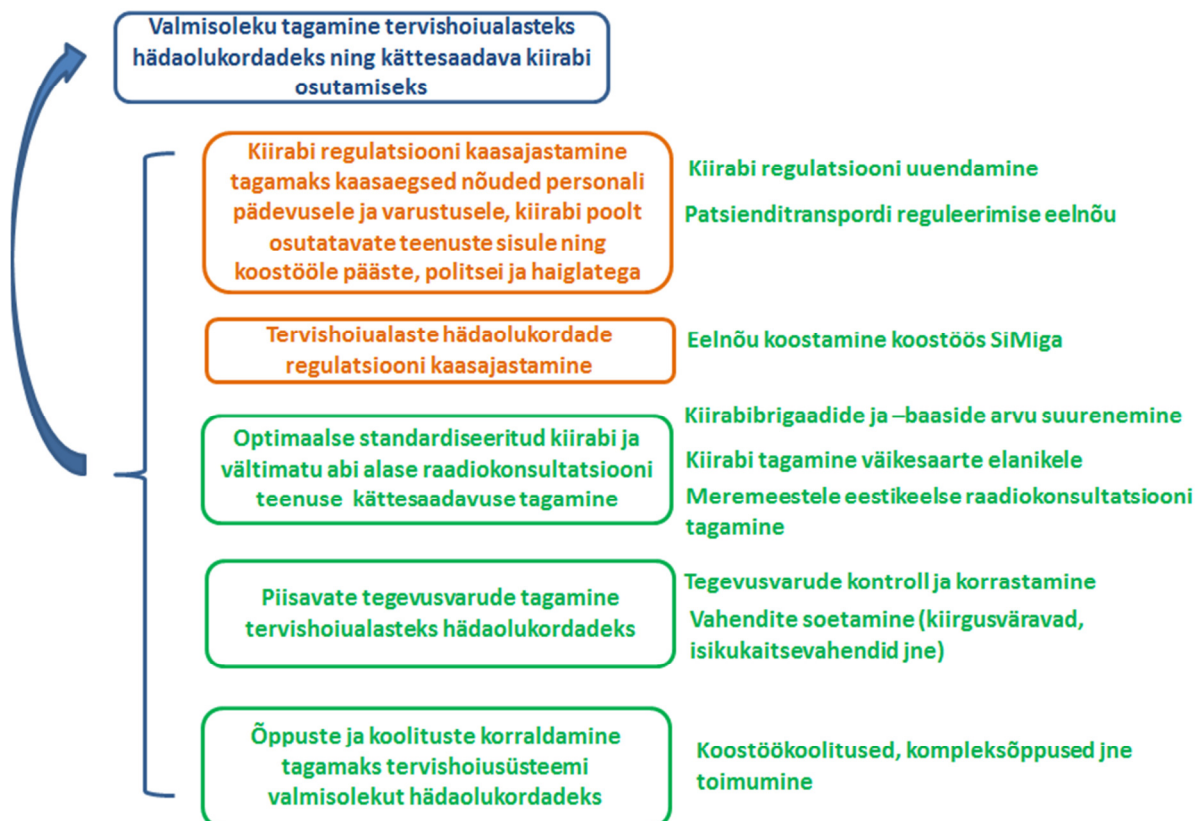
JOONIS 2. PERIOODIL 2009–2012 PLAANITUD JA ELLU VIIDUD TEGEVUSED

Perioodiks 2013–2016 sõnastati tervishoiusüsteemi alaeasmärgi asemel kiirabispetsiifiline meede M5 - „Valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks.“ Joonis 2 võtab kokku meetme raames planeeritud ja teostatud tegevused.

Sisuliselt jätkusid samad tegevused kui perioodil 2009–2012, kuid kahe suuna asemel olid tegevused jagatud viieks ja sisuliselt ainsa uue tegevusena oli mainitud raadiokonsultatsiooni tagamist. **Samas**

**toimus sel rakendusperioodil edasimineku, muutused olid suuremad ehk edasi liikusid ka eelmistel aastatel viibinud asjad:**

- Regulatsioonide puhul jõuti eelnõude koostamiseni ja kooskõlastamiseni (hädaolukorrad, kiirabi nõuded, patsienditransport).
- RTA aruannete kohaselt oli koolituste ja õppuste arv suurem, sh käesolevasse uuringusse kaasatud ekspertide andmetel on alates 2009. aastast muutunud suurõnnetustes ja hädaolukordades tegutsemise valmiduse koolitused süstemaatilisemaks ja alates 2011-2012 on õppused aastaringised ja ametkondadevahelised (Politsei- ja piirivalveamet, Päästeamet, Kiirabi jt). Valdavalt osalevad neil koolitustel kiirabi brigaadjuhid.
- Kiirabiteenuse kättesaadavuse parandamiseks suurenes nii brigaadide kui ka baaside arv, väikesaartel kiirabi tagamise parandamist jätkati-laiendati, meremeestele tagati eestikeelne raadiokonsultatsioon PERHis.
- Tegevusvarude korrastamine, varustuse soetamine.
- Olulisema mõjuga oli 2013. aastal teenuseosutajate valimiseks korraldatud avalik konkurss, mille käigus vähenes kiirabiteenust osutavate juriidiliste isikute arv, kuid suurenes nii brigaadide kui ka baaside arv, millel oli eeldatav mõju teenuse kvaliteedile ja kättesaadavusele. Teenuseosutajatele tekkis halduslepingus kohustus seirata oma tegevust, sh kvaliteeti.



**JOONIS 3. PERIOODIL 2013–2015 PLAANITUD TEGEVUSED JA ELLU VIIDUD TEGEVUSED**

Lisaks on teiste RTA meetmete all olevatest tegevustest kiirabi mõjutanud:

- E-riigi põhimõtete ja innovaatiliste lahenduste rakendamine hõlmas e-kiirabi<sup>1</sup> ja geograafilist positsioneerimist. E-kiirabi puhul oli esialgu plaan 2011. aastal rakendada, tegelikult liitus esimene teenuseosutaja 1. aprillil 2015, teised hiljem ja üks teenuseosutaja ei ole tänaseks veel liitunud.
- Motiveeritud töötajate optimaalse arvu tagamine - suurendati tervishoiutöötajate koolitustellimust.
- Teenuste kvaliteedi ja ohutuse jaoks ka kiirabiteenuse kvaliteedi regulaarne hindamine ja võrdlemine sihttasemega, mille juurutavad kiirabiteenuse osutajad. Samuti uuritakse regulaarselt inimeste rahulolu kiirabi teenusega.

Sekkumisloogikat ehk planeeritud tegevuste kaudu oodatud tulemuste ja loodetud mõju saavutamist RTA dokumentides ei kirjeldata. Aastate lõikes tegevuste liigitused muutuvad ja neid ühtselt võrrelda on keeruline. See ei puuduta vaid kiirabi valdkonda vaid kogu arengukava.

**Kui võrrelda rakendusperioode 2009–2012 ja 2013–2015, on arengut näha nii tegevuste planeerimises, elluviimises kui ka aruandluses, aga mitmed tegevused on lihtsalt veninud. Enamasti jäävad venima paljusid osapooli, mitmeid ministeeriume jne hõlmavad tegevused.**

Tegevustega olid kaetud spetsialistide tasand (spetsialistide teadmiste, oskuste ja koostöö parandamisele suunatud) ning süsteemi tasand (juhised, standardid, hindamised, seadusmuudatused jms). Individuaalne tasand (inimese teadmiste ja oskuste parandamisele suunatud) ning ühiskondlik tasand (ühiskondliku suhtumise ja teadlikkuse parandamisele suunatud) polnud fookuses, kuid tuleks tulevikus kaaluda, et inimesed teaksid, millal ja kuidas kiirabi kutsuda (nt Terviseamet plaanib lapsi nii esmaabivõtete kui ka kiirabi teemal üldisemalt koolitama hakata). **Tegevuste fookuseks oli enamasti baastaseme hoidmine või olemasoleva parandamine, vähem uute lahenduste käivitamine.**

#### Järeldused

5. Kui võrrelda perioode 2009–2012 ja 2013–2015, siis on arengut näha nii tegevuste planeerimises, elluviimises kui ka aruandluses, aga mitmed tegevused on venima jäänud.
6. Valdonna üheks suurimaks muutuseks viimase 10–15 aasta jooksul on kiirabiteenuse osutajate teeninduspiirkondade ümberkorraldamine. Lisaks tuli kiirabiteenuse osutajate lepingutesse juurde kohustus seirata oma tegevust ja selle kvaliteeti. RTAs ei ole selle reformiga seotud tegevusi kajastatud, mis viitab, et RTA roll valdkonnas suurte muutuste juhtimisel on marginaalne.

<sup>1</sup> E-kiirabi projekti eesmärk on võtta kasutusele kiirabi terviklahendus, mille osapoolteks on häirekeskus, kiirabiasutus, erakorralise meditsiini osakond, pere- ja eriarstid ning patsient. Kiirabikaardi andmed jõuavad kiirabi mobiilsest töökohast tervise infosüsteemi, kust neid saavad omakorda pärida erakorralise meditsiini osakond, pere- ja erialaarstid. Patsient saab vaadata enda kohta koostatud kiirabikaarte patsiendiportaalist.

## Soovitused

Tegevuste-spetsiifilised soovitused on esitatud aruande lõpus.

### 1.3. Kiirabi valdkonna indikaatorid

RTA esimesel rakendusperioodil (2009–2012) soovitud muutusi ei sõnastatud ja indikaatoreid ei seatud. Tulemusena kirjeldati aruannetes väljundit jah-ei skaalal (nt „Eelnõu koostatud“, „Koolitus on toimunud“ jne). Soovitud tulemusi (näiteks kättesaadavuse paranemist) ei hinnatud sisuliselt, pigem pinnapealselt ja väheseid olemasolevaid andmeid kasutades. **Kiirabivisiitide arvu suurenemise otsene tõlgendamine RTA aruannetes kui kättesaadavuse paranemine ei ole sisuliselt korrektne, sest visiitide arvu suurendamine ei ole kuidagi kiirabi tegevuse eesmärk. Pigem tuleb analüüsida, millest see suurenemine on tingitud – inimeste kehvem tervis, rohkem õnnetusi, pikad eriarstijärjekorrad vms.**

Aastast 2013 on kiirabiteenuse kättesaadavuse indikaatoriks kiirabi keskmine kohalejõudmise aeg kiirete kutsete korral<sup>2</sup> linna- ja maapiirkondades. Indikaatori sihttase on linnapiirkonnas alla 12 minuti, maapiirkondades alla 21 minuti, kuid **baastaset ehk mis oli kohalejõudmise aeg enne 2013. aastat, ei ole määratud. Ilma seda teadmata ei saa hinnata, kuivõrd suurt muutust sooviti saavutada ja kas seatud eesmärk oli realistlik.**

Ülejäänud oodatavad tulemused on sõnastatud endiselt kui jah-ei olukorrad, mille sisu ei ole defineeritud. Näiteks „Tervishoiusüsteemi valmisolek hädaolukordadeks on tagatud“, „Kiirabi ja vältimatu abi alase radiokonsultatsiooni teenus on kvaliteetne ja kättesaadav“, „Piisavad tegevusvarud on tagatud“. **Sellised indikaatorid ei anna vajalikku sisendit edasiste tegevuste planeerimiseks ega tegevusplaanide korrigeerimiseks.** Näiteks 2011. aasta tegevusaruande põhjal oli kiirabi optimaalne kättesaadavus tagatud – töötas 90 brigaadi. Tekib küsimus, et kui 2015. aastaks oli brigaadide arv kasvanud 102+2 peale, siis kas kättesaadavus on nüüd suurepärase, toimub ressursside raiskamine või on optimaalne kättesaadavus vahepeal ümber defineeritud?

Kiirabi kohalejõudmise aja indikaator on oluline ja rahvusvahelises võrdluses peamine kiirabi valdkonna arengute hindamisel kasutatav näitaja. Ainult siis saab kiirabi oma ülesannet hästi täita eluohtlike olukordade ja kriitilises seisundis patsientide puhul, kui kohalejõudmise aeg on piisavalt lühike. Tegemist on näitajaga, mille jaoks ka Eestis vastavaid andmeid kogutakse. Andmetest indikaatori väärtuse arvutamine nõuab aga praeguste tehniliste lahenduste juures suhteliselt palju lisatööd.

Samas saab kiirabi tegevuste hindamiseks kasutada ka teisi näitajaid. Ilmselt kõige arenenum indikaatorite-süsteem kiirabi jaoks on kasutusel Suurbritannias. Kõige kiiremate väljakutsete jaoks on seatud eesmärk, et 75% jaoks peab olema kohalejõudmise aeg 8 minutit, aga lisaks sellele mõõdetakse: 1) ägeda ST-elevatsiooniga müokardiinfarkti ravitulemus; 2) südameseiskumise puhul spontaanse vereringe taastumine; 3) elulemus (haiglast väljakirjutamiseni) südameseiskumise puhul; 4) insuldi

<sup>2</sup> Kohalejõudmise aja mõistet ei ole RTA-s täpsustatud, kuid ilmselt on mõeldud aega, mis kulub häirekeskuse poolt kiirabile antud teatest kuni patsiendi juurde jõudmiseni. Mõõdetakse ka aega häirekeskusesse tehtud kõnest kiirabi patsiendi juurde jõudmiseni ning kasutatakse väljendit reaktiooniaeg, et neid kahte eristada. Ja väljasõiduaeg on aeg väljasõidukorralduse andmisest väljasõiduni.

ravitulemus; 5) kõnede osakaal, mille puhul piisas telefonikonsultatsioonist või lahendati ilma EMOSse transportimata; 6) uue kutse tegemise määr pärast telefonikonsultatsiooni või ravi sündmuskohal; 7) kõne katkestajate osakaal; 8) aeg kõne vastuvõtmiseni; 9) patsiendi rahulolu; 10) aeg ravi alustamiseni kiirabi tervishoiutöötajal. (9)

Kiirabi arengukavas 2007–2013 on välja pakutud loetelu võimalikest indikaatoritest kiirabi rahastamise, koostöö, kättesaadavuse, kvaliteedi ja mitmetel teistel teemadel. Käesoleva uuringu raames intervjueeritud kiirabi valdkonna **ekspertid pidasid vajalikuks jälgida lisaks kohalejõudmise ajale ka elustamiste arvu elanikkonna kohta (olukorrad, kus ainult kiirabi aidata saab), ravijuhiste järgimist ja patsiendi rahulolu**. Neid iga kiirabiteenuse osutaja oma andmete põhjal ja võimekuse järgi ka analüüsib, kuid riigi tasandil kokkuvõtteid veel ei tehta (patsiendi rahulolu hõlmab iga-aastane uuring „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“). Lisaks toodi välja kiirabi sündmuskohal veedetud aja indikaator ning kiirabikutsete analüüsimine (näiteks mitu korda on inimene sama murega pöördunud kiirabi poole ja kutsete prioriteedi vastavus patsiendi tegelikule seisundile).

Kiirabiteenuse osutajatel on lepingutes kohustus kvartaalselt analüüsida nii oma brigaadide kohalejõudmise aegasid kui ka tegevuse vastavust ravijuhistele ning saavutama lepingus seatud kättesaadavuse- ja kvaliteeditasemed. **Kiirabiteenuse osutajatel on ootus, et riik vaataks samamoodi tervikpilti, samuti hindaks tagantjärele, kas tehtud otsused andsid saavutatud tulemuse.**

*„Konkurss lõppes ära 2014 ja me töötame selle uue mudeli järgi, nüüd võiks järeltõu teha.“<sup>3</sup>*

Andmete kogumise ja analüüsimise jaoks oli intervjueeritavatel kõrgendatud ootus e-kiirabi<sup>4</sup> suhtes. Selle kasutuselevõtt võimaldab rohkem andmeid koguda ja neid lihtsamini analüüsida. **Kahjuks ei vasta praeguseks e-kiirabi statistikamooduli töö kiirabiteenuse osutajate ootustele - loodetud mahus ja kujul andmeid sealt kätte ei saada.**

*„E-kiirabi üks kaudne mõte on see, et sealt tekib riigi tasandil ülevalt vaatav anonüümne statistikamoodul ja tõepoolest, kui see süsteem on töökindel ja usaldusväärne, on võimalik hinnata, teha uuringuid, mida iganes kiirabi kohta nende andmete põhjal, mida me ise sisestame, mis on väga mõistlik.“*

<sup>3</sup> Siin ja edaspidi on kaldkirjas väljavõtted intervjuudest, kui pole märgitud teisiti.

<sup>4</sup> Kõik teenuseosutajad peale Tallinna Kiirabi on e-kiirabiga liitunud. Tallinna Kiirabi esindaja sõnul ei ole nad liitunud seetõttu, et e-kiirabi ei ole veel piisavalt töökindel ning nende töö intensiivsuse juures ei saa tööprotsessi aeglustamise riski võtta. Kui e-kiirabi töökindlus on tagatud, siis on neil valmisolek hakata kasutama.

### Järeldused

7. RTA-s ei ole kiirabi valdkonna indikaatoritele sätestatud baastasemeid, mistõttu ei saa hinnata, kui võrd suur muutust sooviti saavutada ja kas seatud eesmärk oli realistlik. Samuti olid mitmed indikaatorid kvalitatiivsed (sealjuures sõnastatud väga üldsõnaliselt) ja seadmata olid sihttasemed, mistõttu ei ole üheselt võimalik mõõta nende saavutamist.
8. Selleks, et probleemide ulatust hinnata, nende tegelike põhjusteni jõuda ja oma tegevuste tulemusi mõõta, on vaja infot. Andmete kogumise ja analüüsimise jaoks oli kiirabiteenuse osutajatel kõrgendatud ootus e-kiirabi suhtes, et selle rakendamine võimaldab rohkem andmeid koguda ja neid lihtsamini analüüsida. Kahjuks ei vasta e-kiirabi statistikamooduli töö ootustele, loodetud mahus ja kujul andmeid sealt kätte ei saada.

### Soovitused

3. Täna on e-kiirabist riiklike andmete väljavõtmine väga ajamahukas ettevõtmine. Samas on selles süsteemis olemas palju väärtuslikke andmeid, mis võimaldavad mõõta olulisi indikaatoreid. Selleks, et neid andmeid saaks tulevikus aktiivsemalt kasutada kiirabi valdkonna olukorra hindamisel, tegevuste ja eesmärkide planeerimisel, soovitame teostada vastavad tehnilised arendused, mis võimaldaksid kiirabi andmeid koondada ja teha andmebaasidest näitajate kohta väljavõtteid.
4. Kiirabi valdkonna RTA indikaatorite kokku leppimiseks soovitame moodustada vastava ekspertrühma, kuna ekspertidel on parim ülevaade sellest, millised indikaatorid on sobivaimad kiirabi töö sisuliseks jälgimiseks ja hindamiseks. Ekspertühma võiks olla kaasatud ka e-kiirabi arenduste eest vastutav isik, et (a) ekspertrühm saaks indikaatorite valikul arvesse võtta ka andmete kättesaadavust e-kiirabist ja (b) e-kiirabi arendajad saaksid selgema pildi sellest, milliste andmete kogumise ja väljavõtmise tehniliste arenduste järele on vajadus. Käesolevasse uuringusse kaasatud ekspertide hinnangutele tuginedes soovitame ekspertrühmal kaaluda järgmisi indikaatoreid:
  - a) kiirabi keskmine kohalejõudmise aeg D-prioriteedi väljakutsete puhul;
  - b) elustamiste arv elanikkonna kohta;
  - c) brigaadide tegevuse vastavus ravijuhistele;
  - d) brigaadide tegevuse vastavus lepingus seatud kvaliteeditasemetele;
  - e) patsientide rahuolu;
  - f) põhjendamatute väljakutsete osakaal;
  - g) uute kutsete määr pärast telefonikonsultatsiooni või ravi sündmuskohal;
  - h) väljakutsete osakaal, mis ei vasta väljakutse tegelikule prioriteetsusele.



## 2. Saavutatud muutused kiirabi valdkonnas

### 2.1. Muutused kohalejõudmise ajas

Keskmine kohalejõudmise aeg on ainus kiirabi-spetsiifiline indikaator RTA-s. Paraku ei ole indikaatorile seatud baastaset, mistõttu ei ole võimalik hinnata, kuivõrd suur muutus on aastate jooksul aset leidnud. Käesoleva uuringu käigus ei õnnestunud vastavaid andmeid ka saada, sest tagasiulatuvate andmete väljavõtmine süsteemist ja keskmiste arvutamine on andmete omanikele liialt ajamahukas töö. Sellest tulenevalt saab öelda vaid seda, et 2013. aastal oli keskmine kiirabi kohalejõudmise aeg kiiretele kutsetele linna piirkonnas 12,1 minutit ja maapiirkonnas oli 22,1 minutit (eesmärk aastaks 2016 vastavalt alla 12 minuti ja alla 21 minuti). Järgnevate aastate kohta tegevusaruannetes indikaatorite väärtusi välja toodud ei ole ning 2016. aastaks seatud eesmärk püsib samal tasemel. Samas näitavad Terviseameti 2014. aasta kohta toodud andmed kiiremaid kohalejõudmise aegasid kõigi väljakutse prioriteetide<sup>5</sup> lõikes:

- D-prioriteet: Linn – 0:07:48 Maa – 0:13:31
- C-prioriteet: Linn – 0:10:31 Maa – 0:12:45
- B-prioriteet: Linn – 0:11:00 Maa – 0:12:57
- A-prioriteet: Linn – 0:15:19 Maa – 0:16:36

2014. aastaks kiirabiteenuse osutajate arv vähenes, baaside ja brigaadide arv suurenes ning see võib selgitada ka kohalejõudmise aja lühenemist. Kuigi praegused infotehnoloogilised lahendused ei võimalda agregeeritud kohaletulekuaja leidmist ning tuleb alandmetega tööd teha, tuleks iga-aastaselt indikaatori väärtused leida, kui soovitakse hinnata seatud eesmärgi saavutamist ning seirata, kas suudetakse ka saavutatud taset hoida.

Käesoleva uuringu raames intervjueritud eksperdid peavad kiirete kutsete puhul kohalejõudmise aega indikaatorina heaks. **Samas lõpmatult lühemaks ei saa kohalejõudmise aega viia ning seda mõjutavad ka liiklusolud, teeremondid, lumine talv jne. Võimalused kohalejõudmise aegu parandada oleks näiteks baaside ja/või brigaadide arvu suurendamine, inimeste teadlikkuse tõstmine selles osas, millal kiirabi kutsuda, positsioneerimise parandamine (nt Häirekeskusesse helistaja mobiilpositsioneerimine).**

Käesoleva uuringu tellija soovil võttis Praxis ühendust ka Läti ekspertidega, et saada ülevaade sellest, millist lähenemist on seal kiirabi kohalejõudmise aja parandamise osas kasutatud. Lätis oli varem kiirabiteenuse osutamine detsentraliseeritud, mistõttu oli teenuse kvaliteet piirkonniti ebaühtlane, lisaks oli erinevused sõidukites, IT-lahendustes ja varustuses, samuti polnud ühtlustatud tegutsemisjuhiseid, kõnede vastuvõtmist ega valdkonna juhtimist. Maailmapangaga koostöös valminud plaan Läti tervishoiureformiks hõlmas ka kiirabisüsteemi ümberkorraldamist. Selle tulemusena liideti pooleteise aasta jooksul 39-le omavalitsustele kuuluvad teenuseosutajad ning alates 2009. aastast osutab kiirabiteenust üks riiklik asutus.

<sup>5</sup> A(alfa)-prioriteediga väljakutse - abivajaja seisund ei ole erakorraline, ta seisund on stabiilne ning puudub oht abivajaja elule.

Kiirabibrigaadi väljasaatmine võib toimuda kahetunni jooksul.

B(bravo)-prioriteediga väljakutse - abivajaja seisund ei ole erakorraline ning puudub oht abivajaja elule. Kui ei ole D- ega C- prioriteediga väljakutseid, saadetakse kiirabibrigaad välja esimesel võimalusel, ent mitte hiljem kui kahe tunni jooksul.

C(charlie)-prioriteediga väljakutse - abivajaja seisund on raske ja võib olla eluohtlik. Kiirabibrigaadi väljasaatmine peab toimuma nelja minuti jooksul.

D(delta)-prioriteediga väljakutse - abivajaja seisund on eluohtlik. Kiirabibrigaadi väljasaatmine peab toimuma ühe minuti jooksul. (11)

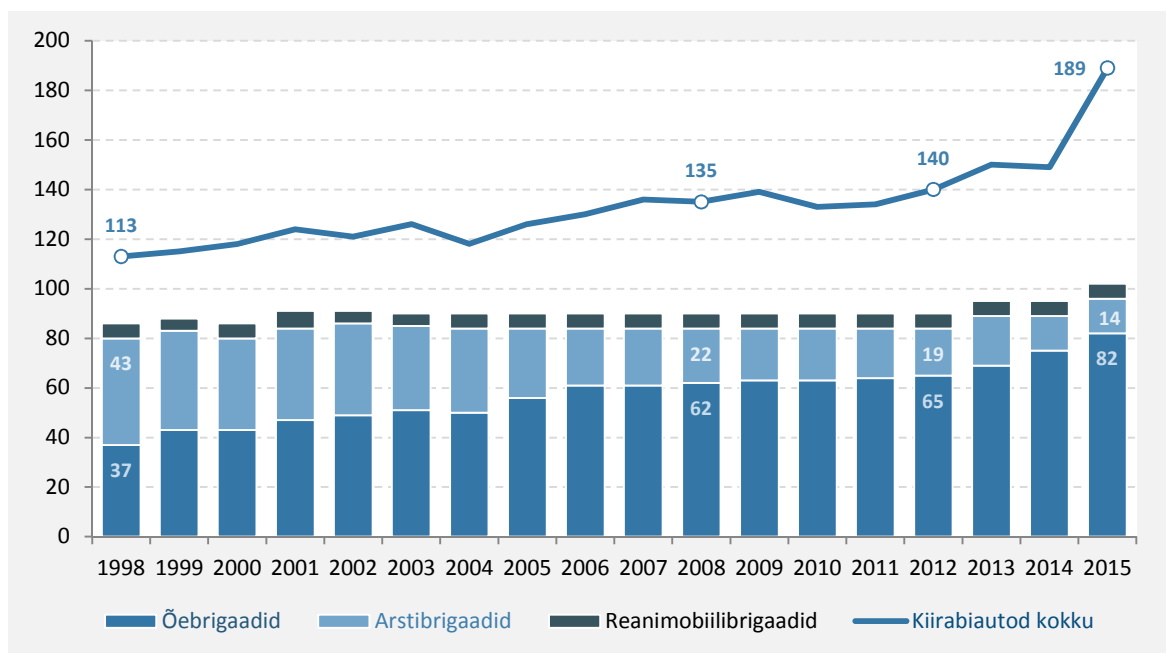
Lätis seiratakse regulaarselt järgmiseid kiirabi kohalejõudmise aega puudutavad näitajad:

- kõrgeima prioriteetsusega väljakutsete osakaal, mille kohalejõudmise aeg on alla 15 minuti linnas ja alla 25 minuti maapiirkondades (2015. aastal vastavalt 88,9% ja 82,5%);
- kõrgeima prioriteetsusega väljakutsete keskmine kohalejõudmise aeg linnas ja maapiirkondades (2015. aastal vastavalt 9,7 minutit ja 17,7 minutit). (16)

Rahvusvaheliselt jäävad kiirete kutsete kohalejõudmise aja eesmärgid vahemikku 5–15 minutit, sõltudes geograafiast, rahvastiku tihedusest jne. Kõige kõrgema prioriteediga kutsete puhul seatud kohalejõudmise aja eesmärk on näiteks Saksamaal 5 minutit, Suurbritannias, Iirimaa ja Hispaanias 8 minutit, Lätis 8–10 minutit, Norras 95% juhtudest 12 minutit, Ungaris, Leedus ja Hollandis 15 minutit. (10)

## 2.2. Muutused brigaadide arvus ja personalis

Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel vähenes kiirabiasutuste arv 1998. aasta 42 kiirabiasutuselt (sh 36 olid teiste tervishoiuasutuste allüksused) 2005. aastaks 24 kiirabiasutuseni ning püsis sel tasemel 8 aastat. 2013. aastaks oli Eestis 54 kiirabipiirkonda, mida teenindas 90 brigaadi. Aastast 2012 lisandus väikesaarte jaoks välja koolitatud 3 kohalikku esmaabibrigaadi. Kiirabibrigaadides töötas 1390 spetsialisti - 149 arsti, 783 õde ja 458 kiirabitehnikut. Sealjuures arstidest töötas täistööajaga 50, õdedest 513 ja kiirabitehnikutest 355 inimest. (5) Joonis 4 kirjeldab, et brigaadide arv oli pikalt stabiilne, autode arv mõnevõrra kasvas.



**JOONIS 4. KIIRABIBRIGAADIDE JA KIIRABIAUTODE ARV 1998–2015**

Allikas: TAI, Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas

Kiirabiteenust osutatakse pikaajaliste halduslepingute alusel. Viimase lepinguperioodi lõppedes kuulutas Terviseamet välja uue avaliku lepingupartnerite valiku kiirabiteenuse osutamiseks järgmiseks 3-5-aastaseks lepinguperioodiks. Vahepeal olid toimunud muudatused õigusaktides (mh siseturvalisuse kontseptsioonis) ja rahvastiku paiknemises (linnadesse liikumine) ning tekkinud erinevused

kohalejõudmise aegades isegi ühe maakonna siseselt (sest iga brigaad teenindas kutseid omas teeninduspiirkonnas, maakonnas oli keskmiselt kolm piirkonda). Seetõttu oli senistel 1–2 brigaadiga teenuseosutajatel keerulisem täita kiirabile kui elutähtsale teenusele kehtestatud uusi nõudeid - suutlikkus tagada ööpäevaringne operatiivjuhtimine ja võimekus täiendavate brigaadide töölerakendamiseks lühikese aja jooksul, samuti sündmuste kohapealse juhtimise võimekust olukorras, kus samaaegselt tegutsevad pääste, politsei ja kiirabi. (4)

Eesmärgiga ühtlustada kiirabiteenust ning kindlustada tegutsemine hädaolukorras, korrastati kiirabi teeninduspiirkondade jaotust. Kiirabibaaside asukohti muudeti, nihutades need haigla juurest abivajajale lähemale. Kiirabipiirkondi jäi 10, kiirabibaase tuleb kokku 60 ning kiirabibrigaadide arv kasvab lõppkokkuvõttes 117-ni.

2014. aastast tegutseb Eestis 11 kiirabiasutust, nende hulgas on ka SA Tallinna Lastehaigla, mis ei ole operatiivarvestuses. Viis suuremat kiirabiasutust on Tartu kiirabi (23 brigaadi), Tallinna kiirabi (22 brigaadi), Karell kiirabi (18 brigaadi), PERHi kiirabi (14 brigaadi) ning Pärnu Haigla kiirabi (9 brigaadi). Teistest asutustest osutavad kiirabiteenust Narva Haigla (4 brigaadi), Kuressaare Haigla (3 brigaadi), Lõuna-Eesti Haigla (3 brigaadi), Tõrva Tervisekeskus (3 brigaadi), Valga Haigla (3 brigaadi) ning Tallinna Lastehaigla (1 brigaad).

2015. aasta seisuga töötab riigis kokku 102 kolmeliikmelist kiirabibrigaadi. Arstibrigaade on 21 (sh 6 reanimobiilibrigaadi), ülejäänud on õebrigadid. Lisaks on Tallinna Kiirabis tööle rakendatud õebrigade vajadusel abistav kaheliikmeline arstibrigaad ning suvekuudel toimetab Tallinna kesklinnas kiirabi rattapatrull. PERHil on Kihnu, Ruhnu ja Vormsi saarel aastaringselt tööle rakendatud esmaste abistajate kaheliikmelised mobiilsed brigaadid, samuti töötab PERHis ööpäevaringselt õebrigade ja väikesaarte esmaseid abistajaid konsulteeriv arst. Karell Kiirabi koosseisus alustas 2015. aastal tööd kaheliikmeline kiirabi õebrigad asukohaga lisakus.

Kuigi tehtud muudatused tekitasid lepingupartnerite valiku perioodil teenuseosutajates küsimusi ja tõstatasid ühiskonnas arutelu kiirabiteenuse kättesaadavuse teemal, siis käesoleva uuringu raames intervjueeritud **eksperdid peavad kvaliteedi ja korralduse mõttes otsuseid heaks ning brigaadide arvu kasvu tehtud muudatuste positiivseks tulemuseks.**

Murekohana toodi välja, et **brigaadide üldarv küll paraneb, kuid kõige suurema rahvastiku tihedusega Tallinnas, kus on ka kõrgem erakorraliste olukordade risk, on töö intensiivsus maapiirkondadest oluliselt erinev ning ühel brigaadil tuleb teenindada suuremat arvu elanikke.**

Samuti pakuti välja järgmist:

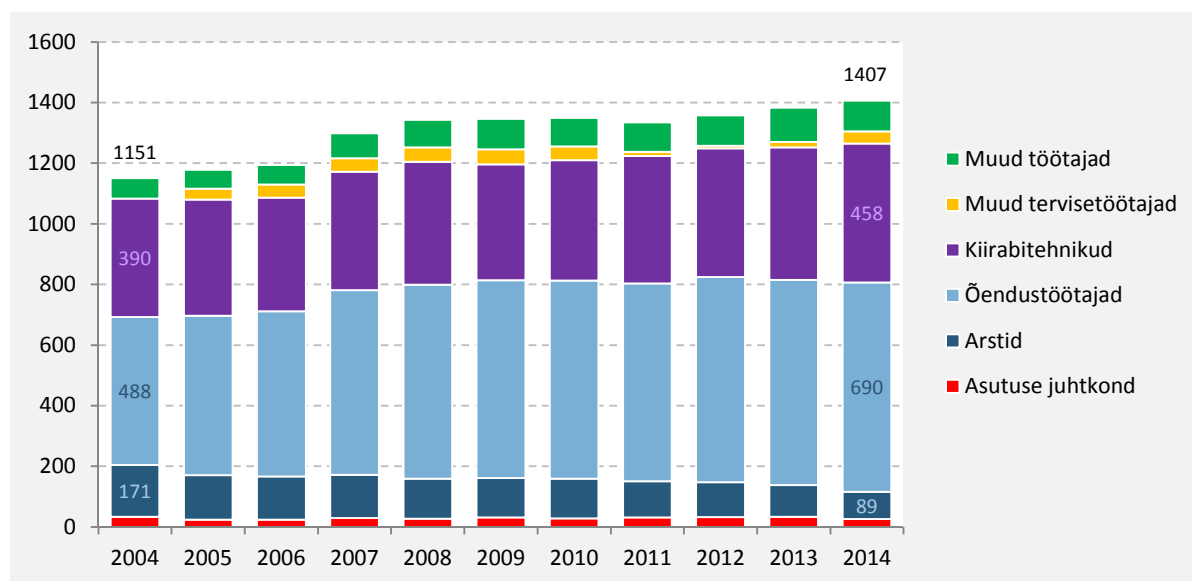
*„Võib-olla me peaksime rohkem liikuma sellise dünaamilise logistika poole, /---/ et kui suvisel perioodil muutub Lääne-Eesti piirkond puhkajatele atraktiivseks, siis me liigutame ka ressursi natukene sinnapoole.“*

Samas oli intervjueeritavatel üldine arusaam, et poole tunni või u 50 kilomeetri kaugusel olev brigaad on igati optimaalne. Kui üleriigiliselt ei ole ökonoomne pidada üleval sellist võrgustikku, et kiirabi jõuab vähem kui 10 minutiga kohale, et elu päästa, siis ülejäänud juhtumite puhul on ka pooletunnine kohalejõudmise aeg piisav.

Eestis on kolmeliikmeliste brigaadidega meditsiiniline kiirabi. Kiirabiteenuse osutajate täidetud ametikohtade profiili illustreerib joonis 5. Reanimobiilibrigaadi juhhib anestezioloog või erakorralise meditsiini arst. Arstibrigaadi juhhib arst, kelle minimaalselt nõutavaks kvalifikatsiooniks on arstikutse olemasolu ja 40-tunnine erakorralise meditsiini koolitus. Õebrigadi juhhib erakorralise meditsiini eriala õde. Iga brigaadi teiseks liikmeks võib olla kas õde või erakorralise meditsiini tehnik. Brigaadi kolmandaks

liikmeks on kiirabitehnik-autojuht, kes on läbinud 400 tunnise väljaõppe või erakorralise meditsiini tehnik, kes on läbinud alarmsõidukijuhi koolituse.

Arstibrigaadid on praegu läbisegi õebrigadidega ning sageli teevad õebrigadide tööd. Plaanis on teeninduspiirkonnad muuta nõ arstiteenuse aladeks, et arstibrigaadid paiknesid ühtlasemalt ja õebrigadidega tagatakse esmane kiire abistamine, arstibrigaadid liituvad vaid nende oskusi vajavate juhtumiste juures (nn randevuu-brigaad<sup>6</sup>). See võib suurendada vajadust kiirabiõdede järgi (kui jätkatakse kolmeliikmeliste brigadidega), kellest juba praegu on puudus. Seda peegeldavad ka TAI andmed – täidetud ametikohti on rohkem kui töötajaid, kes siis ilmselt töötavad mitmel kohal. Ka intervjuueeritud töid personalinappuse, suure kaadrivoolavuse ja töötajate riskasutuse välja valdkonna olulise probleemkohana.



JOONIS 5. TÄIDETUD AMETIKOHTADE ARV KIIRABIS 2004–2014

Allikas: TAI, Tervisstatistika ja terviseuuringute andmebaas

Õenduse eriala põhiõppes kiirabiõdesid ette ei valmistata, spetsialiseeruda saab pärast aasta aega üldõena töötamist. Suuremad kiirabiteenuse osutajad korraldavad töötajate koolitamist oma koolituskeskuse kaudu ise, kuid puudust tuntakse riigipoolset toetusest.

*„Ei tunneta väga kaasaaitamist. Keskpika ja pika planeerimisega tegelevad asutused ehk siis sotsiaalministeerium ja haridusministeerium [võiks tagada], et meil oleks mingisugune tegevuskava laual näiteks aastani 2025, et kusmaal me oleme siis olemasoleva tööjõuga ja mis meetmeid me oleme [olukorra parandamiseks] rakendama hakanud.“*

Kiirabitöötajatele on regulaarselt vaja trauma- ja elustamiskoolitusi, et need teadmised ja oskused oleksid olemas ja keerulisel sündmusel kasutatavad. Samas töid kõik intervjuueeritavad välja, et **sünnimuskohal politsei- ja päästametnikega võrdseks koostööks puuduvad kiirabil operatiivjuhtimise oskused**. Kui päästetöötajad ja politseinikud saavad operatiivjuhtimise oskused koolist, siis kiirabitöötajad mitte. Samas

<sup>6</sup> Randevuu-brigaad koosneb arstist ja autojuhist, kes liiguvad sõiduautoga. Praegune arstibrigaad koosneb kiirabiautoga liikuvast arstist, õest ja kiirabitehnikust.

on selles osas näha olukorra paranemist, sest 2016. aasta sügisest alustab Terviseamet brigaadijuhtide koolitamist sündmuskoha juhtimises ning ettevalmistamisel on eelnõu, millega luuakse kiirabi juhtimisstruktuur sündmuskohal (brigaadijuhid, väljuhid ja riiklikud operatiivjuhid).

*„Siin on vaja juhtimisalast kompetentsi /---/, kes suudaks manageerida sinna [sündmuskohta] lisaressursse, kes suudaks teavitada ka riigiinstitutsioone kuni ametiteni välja, vajadusel tellida ka helikopteri. Tavalisel brigaadil ei ole seda [oskusteavet].“*

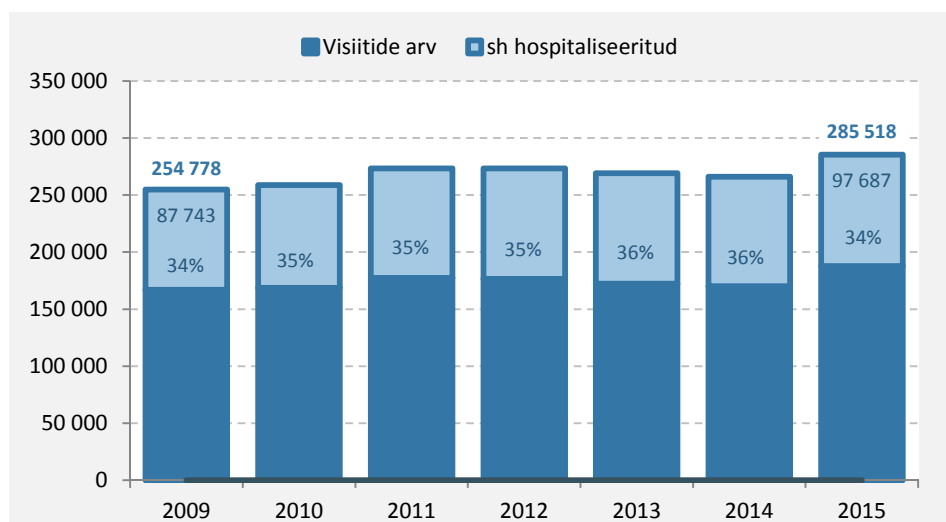
Personalinappusega toimetulekuks ja pikemaajaliseks kulude optimeerimiseks on välja pakutud kaheliikmeliste brigaadide rakendamist. See tähendaks ka toetavate üksuste loomist, kes vajadusel brigaadidele appi tulevad (näiteks arstid hulgitraumade korral, transpordimeeskond raske patsiendi tõstmiseks vms). Samuti muutusi kiirabitöötajate koolituses. Selles osas on kaalutud eeskuju võtmist Soome süsteemist, kus kiirabibrigaadid koosnevad õest ja parameedikust autojuhist, vajadusel liitub või konsulteerib neid arstibrigaad (12).

**Intervjueeritud eksperdid arvasid, et pikemas plaanis toimub kaheliikmelistele brigaadidele üleminek, seda nii majanduslikel põhjustel kui ka sunnitud sammuna personalipuuduse tõttu. Samas ei saa seda muutust kiiresti teha.**

*„Kaheliikmeliste brigaadidega saab meil olema kindlasti keeruline, üldjuhul on seal [teistes riikides] kaks meesterahvast. Meil on nii palju naisi kiirabisüsteemis. Arvan ka, et me ei saa lähima viie-kuue aasta jooksul seda muutust niimoodi ellu viia. Isegi siis, kui meile tekivad mingid kopterivariandid, aga seda analüüsi ei ole tehtud, et kuidas siis tagatakse kaheliikmelisel brigaadil see tugi.“*

### 2.3. Muutused visiitide arvus

Kiirabivisiitide arv on viimasel viiel-kuuel aastal pigem kasvanud, ületades 2015. aastal 285 000 visiiti, samal ajal kui traumade arv on languses. Hospitaliseeritud patsientide osakaal on püsinud 34-36% vahemikus (joonis 6).



**JOONIS 6.** KIIRABIVISIITIDE ARV JA HOSPITALISEERITUD PATSIENTIDE OSAKAAL (%), 2009–2015.

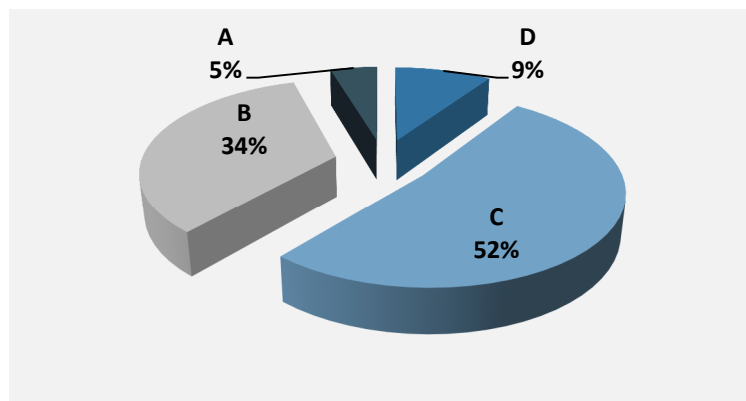
Allikas: Terviseamet

Käesoleva uuringu raames intervjueeritud eksperdid pidasid hospitaliseeritute arvu liialt madalaks ja signaaliks, et kiirabi teeb väljasõite, mida ta ei peaks tegema. Selline seisukoht tugineb kiirabi väljakutsete andmetele, mille kohaselt on üle 60% väljakutsetest C või D prioriteetsusega ehk inimesel on tõsine oht elule (joonis 7). Sellises ohtlikus seisus inimesed peaksid pea alati saama ka hospitaliseeritud, kuid andmed näitavad, et hospitaliseeritakse vaid kolmandik kõigist kiirabi patsientidest (joonis 6). See viitab, et tegelikke C ja D prioriteetsusega väljakutseid on oluliselt vähem ning paljusid väljakutseid hinnatakse prioriteetsemaks, kui need tegelikult on.

*„Kui eraldi vaadata Charliede ja Deltade hospitaliseerimist, siis ega näitaja väga suur ei ole. Eeldades ikkagi, et Delta on eluohtlik seisund, siis ta peaks ligi 100% minema hospitaliseerimisele, aga paraku ei lähe.“*

2015. aastal oli Häirekeskusel 465 500 juhtumit, neist 56% olid kiirabi kutsed, 39% politsei ja 5% päästjate väljakutsed. (13) Häirekeskuses võtab kõnesid vastu ilma meditsiinilise hariduseta päästekorraldaja, kes tegutseb ja annab kutsele prioriteedi vastavalt Kiirabi Liidu poolt koostatud juhendile. Ekspertide sõnul on juhend tänaseks aegunud ning 2016. aasta sügisel alustatakse selle uuendamist, et toetada päästekorraldaja otsusetegemist ning parandada seda, et C- ja D-prioriteediga kutsed oleksid tõesti need, kus patsiendi seisund nõuab kuni 4 minutiga väljasõitu.

*„Ma loodan, et kui see manuaal saab ülevaadatud, siis me näeme 2017. aasta lõpuks, kas see on aidanud muuta seda tänast pilti või mitte.“*



**JOONIS 7. KIIRABIVISIIDID PRIORITEETIDE LÕIKES 2015. AASTAL**

Allikas: Terviseamet

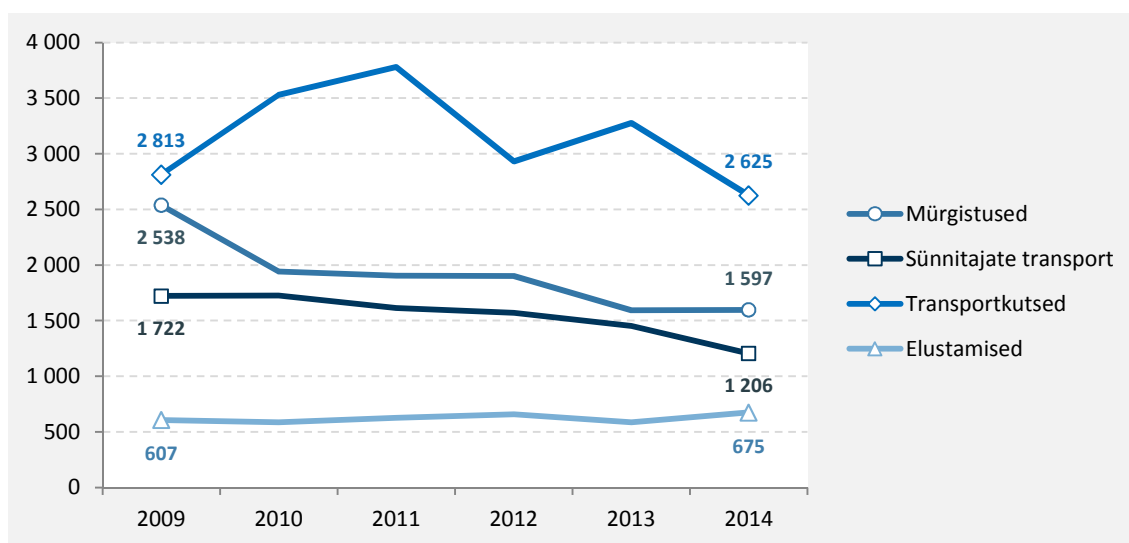
Käesoleva uuringu raames intervjueeritud kiirabi valdkonna ekspertide seas oli ka konsensus selles osas, et **nad lahendavad liialt sageli olukordi, mis tegelikult kuuluksid perearsti, pereõe või koduõe pädevusse.** Ekspertid leidsid, et kiirabi väljakutsete iseloom peegeldab tervishoiusüsteemi nõrkusi (nt eriarsti visiidile pääsemise pikad järjekorrad või puudujäägid perearstide töös). **Olukorras, kus teiste tervishoiuteenuste kättesaadavus halveneb, kasvab inimeste pöördumine kiirabi poole.** Ekspertide hinnangul aitab põhjendamata väljakutsete suurele arvule kaasa ka **inimeste madalat teadlikkust selle kohta, millal kiirabi kutsuda ja millal mitte.**

*„2010. aastal tõusis oluliselt kiirabi ja EMODE koormus. Ilmselt oli see seotud arstiabi rahastamise ja tööjõu lahkumisega, mis mõjutasid kogu tervishoidu ja tekkisid järjekordade pikened. Kiirabitöötaja täna väidab täie tõsidusega, et patsient kutsub teda sageli ilma põhjuseta.“*

„See oleks üks asi mida peaks seirama. Et võtta mingi piirkond ette ja vaadata, kui palju on neid kutseid näiteks lihtsalt köha-nohu, mis on tegelikult perearsti kutsed.“

Tegemist on pikalt probleemiks olnud teemaga ja ligi 15 aastat kehtib määrus, mille järgi on kiirabil, kui ta käib mõne patsiendi kerge haigestumise korral kohal mitu korda, lubatud oma teenuse arve esitada perearstile. Kuigi määrus on olemas, siis ekspertide sõnul praktikas kiirabi seda ei rakendata, sest välja ei ole mõeldud mehhanismi, kuidas see realselt töötaks. **Ekspertide hinnangul võimaldaks kiirabi koormust vähendada esmatasandi arstiabi kättesaadavuse parandamine ka väljapool tavapärast tööaega** (näiteks tervisekeskuses võimaldada pereõe vastuvõtte ka öhtuti ja/või nädalavahetustel).

Kolmanda probleemina nimetasid eksperdid **transportkutschete suurt osakaalu** (joonis 8), mis võtavad operatiivvarves olevalt brigaadilt ära võimaluse samal ajal osutada oma põhiteenust.



JOONIS 8. VALIK KIIRABIVISIITIDE TÜÜPE, 2009–2014.

Allikas: Terviseamet

## 2.4. Muutused teenuse kvaliteedis ja kättesaadavuses

Kiirabis, nii nagu kogu tervisevaldkonnas eesmärgistatakse teenuse kvaliteeti ja kättesaadavust, kuid nende defineerimise ja muutuste hindamise osas liigutakse edasi aeglaselt. **Tulemuseks on olukord, kus me võime küll heas usus loogiliselt järeldada, et teatud tegevused peaksid kvaliteedile ja/või kättesaadavusele pigem positiivselt mõjuma, kuid midagi kindlalt väita ei saa.**

### Kiirabiteenuse kvaliteet

Kiirabiteenuse kvaliteedi puhul on olulised nii meditsiinilise töö tase sündmuskohal, patsiendi rahulolu kui ka hädaolukordadega toimetulek. Selle tagamiseks on oluline ka kvalifitseeritud töötajate ja tehnika olemasolu, sujuv töökorraldus ja selged tööprotsessid. Regulaarselt kogutava info põhjal saab vaid öelda, et kaebusi kiirabi ravivigade suhtes on vähe, riiklikud patsientide rahuloluküsitlused näitavad, et patsientide rahulolu on viimastel aastatel üle 80% ning hädaolukordades toimetulekuks on korraldatud koolitusi, aga **tegeliku ravikvaliteedi ja hädaolukordadeks valmisoleku kohta info puudub.**

Kui arvesse võtta kiirabi valdkonna personalipuudust ja suurt kaadrivoolavust Tallinnas, probleeme e-kiirabi töökindlusega, suurt põhjendamatute kiirabi väljakutsete osakaalu ja asjaolu, et kõik intervjueeritavad tõid välja, et operatiivjuhtimise võimekus on võrreldes politsei ja päästjatega madal, siis on **keeruline kvaliteedi kohta midagi järeldada**. Vähemalt olid kõik intervjueeritud eksperdid kiirabiautode, varustuse tehnilise taseme ja baaside olmetingimustega rahul.

*„Ravikvaliteedis stabiilsuse saavutamine on otseses sõltuvuses sellest, kui püsiv kaader kiirabis püsib. Me ise õpetame või koolitame neid järje peale. Ja kui see kaader on püsiv, siis kuskil 3–5 aasta jooksul tekib selline püsiv kvaliteet. Kui see kaader on liikuv, siis ka kvaliteet püsib niioelda platoona ja on suhteliselt keskpärane.“*

Terviseamet kontrollib kiirabiteenuse osutajaid – varustuse vastavust, ruuminõuete täidetust, brigaadide koosseise ning pisteliselt ka patsiendi diagnoosi ja saadud ravi vastavust. **Praegu jälgib oma ravikvaliteeti iga teenuseosutaja ise, kuid puudust tuntakse haigla tagasisidest** - kiirabitöötajad sooviksid infot, kas nende pandud diagnoos oli õige, kas midagi oleks pidanud teistmoodi tegema. E-kiirabi praegu sellist infotagastust ei võimalda, kuid tulevikus peaks seda tegema.<sup>7</sup> Positiivse näitena võib välja tuua Tallinna Kiirabi PERHiga toimuva regulaarse raskete traumade arutelu. Samas ei peaks tagasisidestamine toimuma ainult kiirabi ja haigla vahel. Regulaarsed arutelud võiksid toimuda ka Häirekeskuse ja perearstidega, sotsiaalhoolekande puudustuste tõttu toimuvate korduvkütsete puhul ka kohaliku omavalitsuse esindajatega. RTA 2016. aasta tegevuskavas on planeeritud tegevus **„Jätkatakse ettevalmistusi muudatusteks kiirabiteenuse kvaliteedinõuete kaasajastamiseks, sh nõuded varustusele ja personalile ning koostööle Päästeameti, politsei ja haiglatega“**.

Uuringu „Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ põhjal on umbes kolmandik inimestest viimase kahe aasta jooksul endale või pereliikmele kutsunud kiirabi, neist ligi pooled tõsise haigestumise korral õhtul või öösel abi saamiseks. Inimeste osakaal, kes hindavad, et kiirabi jõudis kohale kiiresti, on püsinud 80% lähedal. 2015. aastal jäi 86% inimestest kiirabi tegevusega rahule. Põhiline osa kaebustest ja konfliktidest ei ole seotud mitte kiirabi ravitööga vaid suhtlemisega. Rahulolematuse peamised põhjused on kiirabibrigaadi ülbe, ebaviisakas, hoolimatu suhtlusstiil ja tajutud ebaprofessionaalsus. (14) Intervjueeritavad selgitavad elanike rahulolematuse võimalikke tagamaid järgmiselt:

*„Mis meile toob lõpuks selle kvaliteedi kehvenemise, kuna me oleme lihtsalt juba niivõrd hõivatud, ongi see, et kiirabitöötaja on kuidagi tüdinud nendest mitteprofiliilistest väljakutsetest.“*

### **Kiirabiteenuse kättesaadavus**

Nii nagu teenuse kvaliteedi puhul, on ka kättesaadavusel mitu dimensiooni – kohalejõudmise aeg, geograafiline kaetus teenusega (nt saared). Kättesaadavust mõjutavad baaside ja brigaadide arv, kiirabikutsete menetlemine ning õige prioritseerimise ja positsioneerimise võimekus.

Viimaste aastate jooksul on **lisandunud 12 kiirabibrigaadi, tehniline varustus ja positsioneerimise võimalused on läinud paremaks, väikesaartele on juurde tulnud esmaabiandjad ja loodud haiglatega konsulteerimise võimalus, kohalejõudmise aeg näib olevat lühem. Selle põhjal võib järeldada, et kättesaadavus on pigem paranenud.**

<sup>7</sup> Tervise infosüsteemis tekib epikriis, kui patsient haiglast välja kirjutatakse, mis võib olla nädalaid pärast kiirabi väljakutse toimumist. Seega poleks kiirabil praeguses olukorras lühema viitajaga võimalik patsiendi seisundi kohta infot saada, kui infosüsteemi tekib.



Arutelukohaks on praegu meditsiinilendude korraldamine, mis on oluline eriti väikesaarte jaoks. Seni on patsiendi väikesaartelt haiglasse transportimiseks kasutatud Politsei- ja Piirivalveameti lennukaid ja helikoptereid. Aastas toimub 150-200 meditsiinilendu, mis moodustab umbes 15% PPA kogulendudest, kuid ligi 70% kopteri lendudest. Tasutakse ainult reaalse kulu (nt kütus) eest, aastane kulu on ligikaudu 200 000 eurot. Probleemikohtadena PPA kopteri kasutamise puhul tuuakse välja pikk reageerimisaeg (väljasõiduni kulub umbes 30 minutit), maadumiseks peab olema sobiv plats ja väljalend sõltub ilmastikuoludest. Eraldi kiirabikopteri lendude puhul oleks väljasõiduajaks 5 minutit ja maandutaks sündmuskohale. Teiste riikide kogemust ja Eestis kiirabikopteri rakendamise võimalusi tuleb analüüsida. (15)

**Arvestades eespool välja toodud probleemkohti, ei saa öelda, et kiirabi ressurss oleks sihipäraselt kasutatud.** Eelkõige seetõttu, et kui kallis tehnika ja kõrgelt kvalifitseeritud meditsiinitöötajad suunatakse lahendama probleeme, mis on lahendatavad ka ilma vastava tehnikata ja madalama kvalifikatsiooniga meditsiinitöötajatega, siis ei ole tegu mõistliku ressursside kasutusega. **Samas ei ole võimalik sihipärasust suurendada vaid kiirabis muutusi tehes, vaid vajalikud on muutused tervishoiusüsteemi teistes elementides** (esmatasandi tugevdamine, eriarstiabi järjekordade lühendamine, regulatiivse selguse loomine patsienditranspordi osas). Nende kitsaskohtade lahendamata jätmine kajastub kiirabi suurenevas koormuses.

Viimastel aastatel on toimunud muutused kiirabi korralduses - kiirabi teenuseosutajate arv on vähenenud, brigaadide arv suurenenud, nõuete uuendamisega tegeletakse, e-kiirabi võimaldab infovahetust patsiendi ravivate erinevate osapoolte vahel jne. **Kiirabisüsteemis toimunud ümberkorraldustele tuleks hinnang anda selle põhjal, kas toimunud muutused võimaldavad paremini saavutada kiirabile seatud eesmärged (näiteks kvaliteedi, kättesaadavuse, integreeritud patsiendikäsitluse võimaldamise osas), kuid peale kohalejõudmise aja pole selgeid eesmärged kiirabi valdkonnas seatud.**

## 2.5. Peamised edasimineked ja väljakutsed valdkonna ekspertide hinnangul

Käesoleva analüüsi käigus viidi läbi intervjuud ja konsultatsioonid kiirabi valdkonna ekspertidega, kes töid välja peamised viimase kümnendi edusammud ja kitsaskohad, millega kiirabi valdkonna edasiste tegevuste planeerimisel peaks arvestama ja mille lahendamisse panustama.

### *Olulisemad edasimineked*

1. Valdkonna üheks suurimaks muutuseks viimase 10–15 aasta jooksul on **kiirabiteenuse osutajate teeninduspiirkondade ümberkorraldamine**.
2. Kiirabiteenuse osutajate lepingutesse on lisandunud **kohustus seirata oma tegevust ja selle kvaliteeti**, mis soodustab varasemast enam tähelepanu pööramist iga teenusepakkuja kvaliteedi parandamisele.
3. Pikaajalise arendustöö tulemusena on rakendunud **e-kiirabi**.
4. Paranenud on kiirabi kättesaadavus **väikesaartel**.
5. **Kiirabi tehniline varustus (sh kiirabiautod)** on Eestis heal tasemel ja aja jooksul oluliselt edasi arenenud.
6. Paranenud on **kiirabi töötingimused**, sh baaside olmetingimused.

7. Paranenud on **abivajaja asukoha positsioneerimine** tänu kasutustele võetud digikaardirakendusele.
8. Valdkonnas on mitmete olulisi tööprotsesse **standardiseeritud**, mis on ühtlustanud kiirabiteenuse osutamise kvaliteeti.
9. Loodud on **päästekorraldaja õppekava** Sisekaitseakadeemias.
10. **Elanikud on üldiselt rahul** kiirabi teenusega.
11. Valdkonna **rahastamine** on olnud järjepidev ja suudeti säilitada ka „masu“ ajal.

### *Olulisemad kitsaskohad*

1. **Kiirabikutsete menetlemine häirekeskuses.** Väga palju on kõrge prioriteediga väljakutseid, mis sisult ei ole nii kiiret tegutsemist nõudvad ning see paneb kiirabile põhjendamatult suure koormuse.<sup>8</sup>
2. **Põhjendamata vajadusega väljakutsete suur osakaal.** Täna on liialt paljude kiirabi väljakutsete põhjuseks terviseprobleemid, millega tegelemine on teiste tervishoiutöötajate (eelkõige perearstide ja –õdede kuid ka eriarstide) ülesanne. Sellised väljakutsed vähendavad kiirabi töötajate töömoraali, halvendavad kiirabiteenuse kättesaadavust ja kvaliteeti. Samuti raskendavad sellised kutsed Häirekeskuse tööd, sest neil ei ole abi küsivat inimest kuhugi mujale suunata (peale perearsti infotelefoni, kust sageli suunatakse inimene edasi kiirabisse või EMO-sse).
3. **E-kiirabi töökindluse parandamine ja analüüsimooduli töölesaamine.** E-kiirabi peaks kiirabi tööd toetama, aga praegu pigem pikendab visiidil oldud aega, kui hangub või andmed kaovad vms. Üks e-kiirabi rakendamise ajenditest oli ka mugav andmete kogumine ja analüüsimine, mis annaks riigi kohta tervikpildi kätte, kuid praegu see ei tööta.
4. **Püsiv personalinappus.** Personalinappus, just õdede puhul on kiirabis üldine ja kestev probleem, kuid puudub pikaajaline plaan selle olukorra lahendamiseks.
5. **Suur töökoormus ja töötajate riskasutus.** Tervishoiutöötajate arvusid kirjeldavatest andmetest on täna keerukas adekvaatseid järeldusi teha, sest väga laialt on levinud töötajate riskasutus ehk ühel töötajal on mitu töökohta, mistõttu kajastub üks töötaja mitme asutuse töötajate arvu seas. Seega tegelik töötajate arv võib olla väiksem kui statistikast näib. Samuti kaasneb töötajate riskasutusega suur risk töötajate läbipõlemiseks, kuna paljud töötavad rohkem kui täiskoormusega.
6. **Kiirabi tööst moodustab liialt suure osa transporditeenuse osutamine.** Haigete transpordiks kiirabi kasutamine võtab ära osa kiirabi tööajast ehk ajast, mille saaks panustada kiirabi põhilise ülesande täitmiseks. Tulevikus tuleks seda osa kiirabi tööst oluliselt vähendada ja kaaluda näiteks riikliku sotsiaaltranspordi teenuse arendamist.

<sup>8</sup> Päästekorraldajate juhend ja väljasõitmise kord on uuendamisel, üle vaadatakse päästekorraldajate õppekava. Mõne aasta pärast tuleks hinnata, kas tehtud muudatused on olnud soovitud mõjuga ehk kiirabikutsete õigemalt prioritseerimist.

7. **Haigalt tagasiside saamine.** Kiirabitöötajad ei saa jooksvalt ja regulaarselt tagasisidet oma ravitud patsientide kohta, mis võimaldaks oma kogemustest õppimist ja tõstaks motivatsiooni.
8. **Operatiivjuhtimise oskustest vajaka.** Lisaks meditsiinilistele teadmistele ja oskustele on keeruliste sündmuste puhul vaja olla politseile ja päästeametnikele hea partner ning juhtida meeskonna tegutsemist sündmuskohal, kuid erialane ettevalmistus selliseid oskusi praegu kiirabitöötajatele ei anna.
9. **Psühholoogilise toetuse saamist kiirabitöötajatele pole korraldatud.** Emotsionaalselt keeruliste juhtumitega toimetulekuks ja läbipõlemise ennetamiseks ei ole kiirabitöötajatel võimalik saada tuge, ka praegune rahastamissüsteem seda ei kata.<sup>9</sup>
10. **Inimeste teadlikkus madal.** Kuigi inimesed teavad hästi häirekeskuse telefoninumbrit, siis teadmised selles osas, millal üldse kiirabi kutsuda, on kehvad.
11. **Tervishoiu valdkonna juhtimine hädaolukorras.** Tervishoius tuntakse puudust juhtimisest ka „rahu ajal“, kuid puudub plaan, kuidas erakorralises olukorras kiiresti koordineerida kiirabi, raviasutuste ja teiste osapoolte tegutsemist.<sup>10</sup>
12. **Kiirabi reformimise jätkamine.** Kuigi suured ümberkorraldused on süsteemis tehtud, siis tuleb nende tegemist jätkata ka tulevikus, lähtudes rahvastiku regionaalsest paiknemisest. Aga enne, kui hakata uusi reformisamme planeerima, tuleks teostada põhjalik analüüs praeguse reformi tulemustest.

\*\*\*

Uuringu raames läbi viidud ekspertide intervjuudest ja konsultatsioonidest selgus palju olulist informatsiooni valdkonna viimase kümne aasta probleemide ja edasimineku kohta, mis aitasid saada kiirabi valdkonnas toimuvast tervikliku pildi. Paraku sisaldas ekspertidelt kogutud informatsioonis palju sellist, mis ei leia RTA-s kajastamist. Nii näiteks ei ole RTA-s adresseeritud kiirabi põhjendamatute väljakutsete teemat, mis on just seda tüüpi probleem, mille paremaks lahendamiseks RTA kui sektoriülene strateegiadokument sai loodud – lahendamiseks on vaja teha muudatusi laiemalt tervishoiusüsteemis, mitte vaid kitsalt kiirabis.

Uuringu käigus paluti kiirabi valdkonna ekspertidel anda oma hinnang ka sellele, kui võrd on kiirabi valdkonna edasiminekuks toimunud tänu RTA-le. Ekspertide arvamus selles osas oli konsensuslik – **RTA ei ole mänginud nendes arengutes olulist rolli, sest valdkonna oluliste otsuste tegemine ei ole toimunud RTA raames ega sellega seotult.**

---

<sup>9</sup> *Ei ole kiirabispetsiifiline teema, ka mujal tervishoiusüsteemis puudub psühholoogilise toe võimalus. Teenuse rahastamine võiks toetada/motiveerida teenuseosutajatel psühholoogilise toe pakkumist.*

<sup>10</sup> *Hädaolukordades tegutsemise regulatsioonid on uuendamisel, nn suurõnnetuste puhul valmistatakse ette seadusemuudatusi.*

**Järeldused**

9. Kiirabi kohalejõudmise aja paranemise osas ei ole käesoleva uuringu raames võimalik järeldusi teha.
10. Ekspertide hinnangul on kiirabireform olnud edukas ja aidanud kaasa kiirabiteenuse kvaliteedi ja korralduse paranemisele.
11. Ekspertide hinnangul tuleb kiirabil tegeleda terviseprobleemidega, mis ei ole eluohtlikud ja kiiret reageerimist vajavad ehk tegelevad patsientidega, kes on jäänud mujal tervishoiusüsteemis abita (ei pääse pika järjekorra tõttu eriarstile, perearst ei tee oma tööd korralikult vms). Ka kiirabikutsete andmed viitavad sellele, et kiirabi vastab kutsetele, mis pole nõo päris kiirabikutset. Üle poole väljakutsetest C- või D-prioriteediga ehk kiiret reageerimist nõudva olukorraga, kuid sisuliselt ei ole tegemist nii raske juhtumiga. RTA dokumentatsioon ei viita sellele, et selle probleemi adresseerimisega oleks tegeletud.
12. Olulise osa kiirabi kutsetest moodustavad haigete transpordikutsed, mis võtavad brigaadilt ära võimaluse samal ajal osutada oma põhiteenust.
13. Kiirabiteenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse hindamiseks ei ole RTA-s seatud objektiivselt mõõdetavaid indikaatoreid, mistõttu ei ole võimalik anda sellele ka ühest hinnangut. Samuti ei ole RTA-s kogu senise rakendusperioodi vältel teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse mõistet täpsustatud. Ühelt poolt paistab, et kaebusi kiirabi osas on vähe, tehniline varustus on hea, abivajajani jõutakse kiiremini ja elanikkonna rahuolu teenusega on kõrge. Teisalt tuleb kiirabil tegeleda liialt palju põhjendamatute väljakutsetega, probleemiks on suur kaadrivoolavus, töötajate riskasutamine ja suur ülekoormus ning operatiivjuhtimise võimaks on võrreldes politsei ja päästjatega madal.
14. Eestis ei toimu riiklikku kiirabi ravikvaliteedi seiret. Varasemaga võrreldes on oluline edasiminekuks, et kõik kiirabi teenuse osutajad on kohustatud jälgima oma ravikvaliteeti.
15. Ekspertid tõid välja hulga selliseid valdkonna probleeme, mida RTA ei adresseeri. See viitab RTA nõrgale seotusele kiirabi valdkonnaga ja vähesele võimekusele kaasas käia valdkonna muutuvate vajadustega.
16. Ekspertide hinnangul ei ole RTA-l olnud kiirabi valdkonnas toimunud arengute mõjutamisel rolli, sest valdkonna oluliste otsuste tegemine ei ole toimunud RTA raames ja sellega seotult.

## Soovitused

6. E-kiirabi on lõpuks rakendatud ning ootused tema tuleviku osas on suured, kuid kiiresti tuleks tegeleda (a) e-kiirabi töökindluse tõstmisega, (b) võimaluste loomisega haiglatel kiirabile tagasiside andmiseks ja (c) analüüsimooduli arendamisega. Töökindluse tõstmine on oluline selleks, et e-kiirabiga liituksid kõik kiirabiteenuse osutajad ja sellest saaks töövahend, mis on kiirabitöötajatele tõhusaks abiks. Kõigi teenusepakkujate liitumine on aga oluline selleks, et süsteemi koonduksid kõigi riiklike teenuseosutajate andmed. Haiglatelt tagasiside saamine on vajalik, et aidata kiirabil paremini hinnata oma töö kvaliteeti ja teha otsuseid kvaliteedi parandamise osas. Analüüsimooduli arendamine on prioriteetne, sest ilma selleta ei ole võimalik teostada regulaarseid ja piisavalt põhjalikke andmeanalüüse riiklike kiirabi arengute ja vajaduste kohta.
7. Soovitame alustada kiirabi riiklike seireraportite koostamist, mis annavad regulaarselt ülevaate kiirabi peamiste kvaliteediindikaatorite seisust ja trendidest riigis. Seireraportite koostamine võimaldab jooksvalt jälgida kiirabi tööd, leida üles võimalikud probleemkohad ja neile kiirelt reageerida. Seireraportite koostamise eelduseks on e-kiirabi analüüsimooduli valmimine, mis võimaldab lihtsalt ja kiiresti süsteemist välja võtta indikaatorite andmeid.
8. Soovitame teostada kiirabi kutsete analüüsi, millega kontrollida käesolevas uuringus kirjeldatud ekspertide hinnangute paikapidavust, eelkõige kiirabikutsete üleprioritiseerimise ja põhjendamatute kutsete osas. Analüüsi teostamine on vajalik, et saada põhjalikum teadmine probleemi ulatusest ja põhjustest. Ilma vastava teadmista ei ole võimalik planeerida asjakohaseid meetmeid olukorra parandamiseks.
9. Kui tervishoiu rahastamine pingestub veelgi, rahvastikutihedus väheneb ja tervishoiutöötajate nappus ei leevene, siis on sellega toimetulekuks vaja pikaajalist strateegilist plaani ka kiirabile. Sellega seoses soovitame teostada erinevate tulevikutsenaariumide analüüsi, sh analüüsida ka kaheliikmelistele brigaadidele ülemineku võimalikke kasusid ja riske. Täiendavalt soovitame teostada kiirabireformi tulemuste ja mõjude analüüsi, mis annaks teadmise selle kohta, kuidas on tehtud muudatused aidanud parandada Eestis kiirabiteenuse kättesaadavust ja kvaliteeti. Analüüsi üheks väljundiks võiks olla ka ülevaade kiirabisüsteemi ees seisvate peamiste väljakutsetega, mille lahendamisele peaksid edasised reformid keskenduma. Samas tuleb kiirabis muutusi planeerides arvestada sellega, et ta on tervishoiusüsteemi osa ning mõjutatud ka sotsiaalvaldkonnas toimuvatest arengutest. See tähendab, et muutused haiglavõrgus ja esmatasandi arstiabis mõjutavad kiirabi koormust ning kiirabis toimuv omakorda puudutab teisi tervishoiusüsteemi osi. Seega kiirabis muutusi kavandades ja reformi mõju hinnates tuleb arvestada ka mõjudega väljaspool kiirabi.

## Kasutatud kirjandus

1. Eesti kiirabi arengukontseptsioon 2000–2010. Eesti Kiirabi Liit.  
[<http://www.kiirabi.ee/index.php?tid=IRsJYihkLOKhTxR0uXXu7LiO6HxR6lRggdLJjUa8>]
2. Eesti kiirabi arengukava 2007–2013.  
[[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/kiirabi\\_arengukava\\_2007\\_-\\_2013.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/kiirabi_arengukava_2007_-_2013.pdf)]
3. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus  
[<https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leiaKehtiv>]
4. Terviseameti kodulehekülg, ülevaade ümberkorraldustest kiirabis 2014  
[<http://terviseamet.ee/tervishoid/kiirabi/uemberkorraldused-kiirabis-2014.html>]
5. Terviseamet (2016) Ettekanne "Kiirabiteenuse kättesaadavus"
6. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 iga-aastased tegevuskavad ja aruanded  
[<https://www.sm.ee/et/tervis>]
7. Wikipedia artikkel "Ambulance"  
[<https://en.wikipedia.org/wiki/Ambulance>]
8. Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas  
[<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>]
9. Association of Ambulance Chief Executives, National Performance  
[<http://aace.org.uk/national-performance/>]
10. Bos N, Krol M, Veenvliet C, Plass AM (2015) Ambulance care in Europe. Organization and practices of ambulance services in 14 European countries. NIVEL
11. Vabariigi Valitsuse määrus nr. 44 "Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord"
12. Sotsiaalministeerium (2016) memo "Soome külastus 05.04.2016 (medikopteri teemal)"
13. Häirekeskuse pressiteade 13.01.2016  
[<http://uudised.err.ee/v/eesti/9b9b22e0-fc9d-4b97-8ebb-9790cb1cf448/hairekeskus-aitas-abivajajaid-mullu-465-000-korral>]
14. TNS Emor (2015) Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile.  
[[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised\\_pressiinfo/arstiabi\\_uuringu\\_aruanne\\_2015\\_tnsemor\\_16122015.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/arstiabi_uuringu_aruanne_2015_tnsemor_16122015.pdf)]
15. Sotsiaalministeerium (2016) Esitlus "Meditsiinilennud ja medikopteri rakendamise võimalused Eestis"
16. SEMS ülevaade (2016) "State Emergency Medical Service in Latvia"



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2017

