

Esmase erakorralise arstiabi korraldus

KONTROLLIARUANNE

nr 2-5/04/104
14.09.2004

Esmase erakorralise arstiabi korraldus

Tallinn
2004

Kokkuvõte

Riigikontroll auditeeris esmase erakorralise arstiabi korraldust. Auditi käigus uuriti, kui tõhusalt kasutatakse olemasolevaid kiirabiressursse, kas kiirabi teeb tööd, milleks ta on loodud, ning kuidas juhivad kiirabibrigaade häirekeskused. Samuti auditeeriti kiirabivaldkonna juhtimist Sotsiaalministeeriumis ja Tervishoiuametis.

Kiirabi on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse. Kiirabiteenust osutab 90 kiirabibrigaadi, mille rahastamiseks eraldati riigieelarvest 2004. aastal ligikaudu 173 mln krooni. Samas vajab kiirabi Sotsiaalministeeriumi tehtud kulude arvestuse kohaselt aastas ligi 215 mln krooni. Selline suur vahe tegeliku rahastamise ja Sotsiaalministeeriumi kuluarvestuse vahel sunnib kriitiliselt üle vaatama kiirabi töökorralduse. Kuna kiirabi ei ole ainuke esmase erakorralise arstiabi osutaja, tuleb selle korraldust vaadelda koos perearstiabi ja haiglate erakorralise meditsiini osakondadega.

Olulisemad tähelepanekud

Tänane süsteem ei taga erakorralise arstiabi optimaalset kättesaadavust. Kui tegu pole eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgitusega, ei ole kiirabi kasutamine põhjendatud. Samal ajal ei ole inimestel perearsti tööaja välisel ajal piisavalt muid võimalusi arstiabi saada. Senini on välja arendamata perearsti nõuandetelefon, teavitustöö haiglate erakorralise meditsiini osakondade tööst ja võimalustest on puudulik, korraldamata on transporditeenuse pakkumine patsientidele, kes seda vajavad.

Kiirabibrigaadide töökorraldus on liiga kulukas. Peaaegu poolte kiirabibrigaadide (41) koosseisus on arstid, kuid selle tööga saaksid suures osas hakkama ka õed. Samuti on kõik kiirabibrigaadid kolmeliikmelised, kuigi mujal maailmas kasutatakse väiksemaid brigaadikoosseise. Kõik kiirabibrigaadid on valmisolekus ööpäev ringi, arvestamata kaks korda väiksemat kutsete arvu öösi. Muutes kiirabi senist töökorraldust oleks võimalik kokku hoida kümneid miljoneid kroone.

Ligikaudu veerand väljakutsetest ei ole kiirabitöö. Kerged kiirabikutsed, mis ei vaja kohest sekkumist, moodustavad kiirabi tööst ligikaudu 70%. Otseselt mittekiirabilise töö osakaal on umbes 27%, millest vähemalt 10% kuulub perearsti töövaldkonda ning 6% on lihtsalt patsientide transportimine haiglasse või haiglast koju.

Häirekeskuste tegevus ei ole alati efektiivne. Puudub ühtne kiirabi väljakutsete töötlemise juhend, mistõttu häirekeskused töötavad erinevate juhiste alusel ning hindavad kiirabikutsete raskusastet erinevalt. Juhendi puudumine põhjustab ka kiirabi liiga kergekäelist väljasaatmist, sest puudub alus kutses loobumiseks. Samuti ei suuda häirekeskused kinni pidada kutsete töötlemiseks ettenähtud ajast ning esineb juhtumeid, kus kiirete kutsete puhul ületab tegelik kutsete töötlemise aeg mitu korda kehtestatud normatiive.

Kiirabi valdkonna juhtimine on kohati nõrk. Riiklikult ei koguta piisavalt andmeid ega teostata analüüse, mis võimaldaks saada ülevaadet kiirabi tööst. Elementaarse statistika ja analüüsi puudumine näitab juhtimise süsteemitust. Enam kui aasta jooksul pole suudetud lõplikku otsust teha kiirabipakkujate konkursi kohta. Mitmed kiirabitööd puudutavad küsimused on reguleerimata (kiirabi kasutamine massiüritustel, reanimobiilide töökorraldus). Samuti pole suudetud järgida väljatöötatud kiirabilogistika dokumenti.

Peamised soovitused sotsiaalministrile

Erakorralise arstiabi kättesaadavuse parandamiseks ning juhtimise tõhustamiseks soovitab Riigikontroll järgmist:

- Töötada välja esmase erakorralise arstiabi korralduse mudel, kus on arvestatud kõikide süsteemi osade koosmõju tervishoiuteenuse kättesaadavusele patsiendi jaoks.

- Käivitada 2004. aasta jooksul perearsti nõuandetelefon, mis suurendab esmase arstiabi kättesaadavust patsiendile ning vähendab eeldatavasti kiirabi tööd
- Teavitada inimesi aktiivselt erinevatest esmase erakorralise arstiabi saamise võimalustest (sh öösiti ja nädalavahetustel) ning selle osutamise kohtadest.
- Koostöös siseministriga tagada kiirabi väljakutsete töötlemise ühtse juhendi võimalikult kiire väljatöötamine ja kasutusele võtmine kõigis häirekeskustes.
- Vaadata perioodiliselt üle logistiline skeem ja kiirabibrigaadide arvu määrus, arvestades tervishoiupoliitilisi otsuseid ning rahvastiku ja haiglavõrgu paiknemise muutusi.

Kiirabibrigaadide kulude vähendamiseks ning kiirabi ressursi paremaks kasutamiseks soovitab Riigikontroll järgmist:

- Kaaluda arstibrigaadide vajalikkust ning alustada arstibrigaadide järkjärgulist muutmist õebrigaadideks.
- Kaaluda kaheliikmeliste kiirabibrigaadide loomist. Kaheliikmelisi kiirabibrigaade võiks kasutada eeskätt suuremates linnades, kus on vajadusel lihtne saata välja lisabrigaad.
- Võtta kasutusele osaajalised brigaadid suuremates linnades (Tallinn, Tartu, Pärnu, Narva). Osaajalised brigaadid võimaldavad hoida kokku ressursse ajal, kui kiirabi töökoormus on väike.
- Lõpetada kiirabibrigaadide kasutamine patsientide transpordiks, kui selleks puudub erakorraline vajadus.

Siseministri ja sotsiaalministri vastused Riigikontrolli ettepanekutele on toodud aruande lõpus.

Sisukord

Sissejuhatus	7
Valdkonna ülevaade	7
Auditi iseloomustus.....	8
1. Kiirabibrigaadide töökorraldus	10
1.1. Arsti- ja õebrigaadide töö on vaatamata erinevale maksumusele sarnane	10
1.2. Kõikides maakondades ei ole arstibrigaade ka praegu	11
1.3. Kolmeliikmelise brigaadi nõuet ei täideta alati.....	11
1.4. Kiirabi on ajaliselt ebaühtlaselt hõivatud.....	12
1.5. Valitseb kiirabipersonali, eelkõige kiirabiõdede ja -tehnikute puudus	14
Ettepanekud sotsiaalministrile	15
2. Mittekiirabilise töö osakaal.....	17
2.1. Kergete ja mittekiirabiliste kutsete osakaal on suur.....	17
2.2. Väljaspool perearsti tööaega puudub patsiendil alternatiiv esmatasandi arstiabi saamiseks	18
2.3. Kiirabi teeb transporditööd	22
2.4. Puudub riiklik teavitus esmase erakorralise arstiabi saamise võimalustest.....	24
Ettepanekud sotsiaalministrile	25
3. Häirekeskuste tegevus kiirabiressursside kasutamisel	28
3.1. Puudub ühtne juhend kiirabikutsete töötlemiseks.....	28
3.2. Meditsiinilise ettevalmistusega dispetsereid on vähe	29
3.3. Häirekeskused töötlevad kutseid üle kehtestatud ajanormi.....	31
3.4. Häirekeskustel puudub info brigaadide asukohast reaalajas	32
Ettepanekud sotsiaalministrile	33

4. Kiirabivaldkonna juhtimine	35
4.1. Statistika kogumine kiirabi töö kohta on puudulik	35
4.2. Pole suudetud korraldada kiirabikonkurssi ega uuendada lepinguid	35
4.3. Väljatöötatud kiirabilogistikat ei ole järgitud	36
4.4. Reguleerimata on olulised valdkonnad	38
Ettepanekud sotsiaalministrile	39
Lisad	41
1. Auditi aruandes kasutatud mõisted	42
2. Kiirabi väljakutse prioriteedid.....	43
3. Kiirabi ja häirekeskuste juhtimisahel	44
4. Auditis kasutatud metoodika kirjeldus	45
5. Nõuded, mida kiirabiõde ja üldarst brigaadi juhina võrreldes spetsialiseerunud arstiga ei pea oskama	48
6. Arsti- ja õebrigaadid 2003. aastal maakonniti.....	49
Sotsiaalministri ning siseministeeriumi rahvastiku ja regionaalala asekancleri kantsleri ülesannetes vastused.....	50

Sissejuhatus

Auditi eesmärk: aidata kaasa kiirabi hõivatuse vähenemisele, et seeläbi parandada abi kättesaadavust raskete juhtude korral, tõhustades kiirabi teenusepakkumist ja ressursikasutust.

Auditi objekt: esmase erakorralise arstiabi pakkumise korraldus, s.o kiirabiteenuse pakkumine, perearstisüsteemi ja häirekeskuste korralduse mõju kiirabiteenusele.

Auditeeritud periood: peamiselt 2003. aasta ja 2004. I poolaasta. Audit korraldati 2004. aasta esimesel poolaastal.

Auditeeritud asutused: Sotsiaalministeerium, Siseministeerium, Tervishoiuamet ja Päästeamet.

Auditi korraldasid auditijuht Kristjan Paas ning audiitorid Siiri Suits ja Laura Maran. Auditisse oli eksperdina kaasatud TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini arst-õppejõud Annika Õim.

Valdkonna ülevaade

Esmase arstiabi kättesaadavuse tagamise üks tähtsamaid komponente on kiirabiteenuse pakkumise hea korraldus.¹ Kiirabi kättesaadavus sõltub sellest, kuivõrd on kiirabibrigaadid hõivatud teiste ülesannetega ning kui tõhusalt kasutatakse olemasolevaid ressursse. Samuti aitab kiirabi töökorraldust parandada kiirabikutsete tõhus töötlemine, et väljakutsele läheks lähim brigaad ning kiirabi koormataks võimalikult vähe mittevajalike väljakutsetega.

Kiirabi valdkonna juhtimine on Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas ning valdkonna korraldamisega tegeleb Tervishoiuamet. Lisaks tegelevad veel kiirabi töökorraldusega regionaalsed häirekeskused, mida juhib Päästeamet.² Nende pädevuses on kiirabibrigaadide väljasaatmisega seotud otsused, sh kiirabikutsete prioritseerimine.³ Esmase arstiabi teenust pakuvad lisaks kiirabile ka perearstid ning haiglates paiknevad erakorralise meditsiini osakonnad (EMO-d). Nii perearstide kui EMO-de kättesaadavus mõjutab otseselt kiirabi tööd, tekitab lisasurvet kiirabile ning vähendab kiirabi kättesaadavust.

Kiirabiteenuse pakkumist 26 teenusepakkuja ja 90 kiirabibrigaadi kaudu on viimasel kahel aastal korraldanud 2002. aastal loodud Tervishoiuamet. Kiirabi tegevust rahastatakse riigieelarvest, eraldise suurus kiirabile oli 2003. aastal ca 170 miljonit krooni. Ülevaade kiirabi rahastamisest on toodud tabelis 1. Sotsiaalministeeriumi välja töötatud kiirabi kulumudeli kohaselt peaks praeguste brigaadide arvu ja meeskonna suuruse juures kiirabi eelarve olema ligikaudu 215 miljonit. Suurima osa ehk 65–70% kiirabibrigaadide kuludest moodustab palgakulu.

Tabel 1. Kiirabi rahastamine aastatel 2003–2005

Aasta	Eraldis eelarvest, kr	Eraldis lisaeelarvest, kr
2003	157 732 000	10 000 000
2004	172 732 000	–
2005	182 732 000 (kavandatud)	–

Allikas: Tervishoiuamet

Kiirabi kättesaadavuse üheks näitajaks on kohalejõudmise kiirus raskete kutsete korral, mille puhul vajatakse kiiret arstiabi. Tabelis 2 on kiirabi kohalejõudmisajad Põhja-Eesti ja Lõuna-Eesti häirekeskuse teeninduspiirkonnas raskete kutsete korral. Kohalejõudmisaja sisse on arvatud nii kutse töötlemisaeg häirekeskustes kui ka kiirabibrigaadi kohalesõit pärast kutseteate saamist. Kiirabi kohalejõudmine raskete väljakutsete korral on väga erinev. Linnades jõuab kiirabi raske kutse korral kohale

¹ Auditis kasutatud mõistete seletused on esitatud lisas 1.

² Kiirabi ja häirekeskuste juhtimisahel on välja toodud lisas 3.

³ Kiirabikutsete prioriteetide definitsioonid on toodud lisas 2.

enamasti 15 minuti jooksul, kuid mitte 7 minuti jooksul, nagu näeb ette Eesti Kiirabi Liidu sisene norm. Probleemsem on kiirabi kohalejõudmine maapiirkondades, kus see võib isegi raskete kutsete puhul aega võtta üle 30 minuti.

Tabel 2. Kiirabi kohalejõudmise aeg C- ja D-prioriteediga kutse korral Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuses linna- ning maapiirkonnas

Piirkond	P-Eesti (Tallinn)	P-Eesti (Harju)	L-Eesti (Tartu)	L-Eesti (maa)
Kohalejõudmisaeg C-prioriteediga kutse korral, %				
Kuni 7 min	51,1	24,3	28,8	19,4
7–15 min	36,3	38,5	59,4	38,2
15–30 min	8,9	27,1	11,0	34,5
Üle 30	3,6	10,1	0,8	7,9
Kohalejõudmisaeg D-prioriteediga kutse korral, %				
Kuni 7 min	51,8	24,2	32,0	21,0
7–15 min	35,4	38,2	56,1	38,2
15–30 min	9,1	28,3	10,7	33,8
Üle 30	3,8	9,3	1,2	7,1

Allikas: Riigikontrolli analüüs

Ülevaate kiirabi teenuste kasutusest annab tabel 3. On näha, et võrreldes põhjamaadega kasutatakse Eestis kiirabiteenuseid palju: kutseid 1000 inimese kohta aastas on Eestis ligi kaks korda rohkem.

Tabel 3. Kutsete arv 1000 inimese kohta Eestis ja põhjamaades 2003.aastal

Riik	Eesti	Island	Norra	Rootsi	Soome	Taani
Kutsete arv 1000 inimese kohta	180	77	101	101	98	101

Allikad: Tervishoiuamet; Statistikaamet; Langhelle et al. International EMS Systems: the Nordic Countries

Auditi iseloomustus

Auditi aruanne koosneb neljast peatükist. **Esimeses peatükis** on analüüsitud kiirabibrigaadide töökorraldust ning hinnatud, kas olemasolevat ressursi kasutatakse optimaalselt. Ühtlasi on pakutud välja lahendusi brigaadide töö tõhusamaks korraldamiseks, mis võimaldaks kokku hoida nii raha- kui ka inimressurssi.

Teises peatükis on uuritud, kui suur on kiirabi hõivatus mittekiirabilise tööga, ning pakutud välja lahendusi selle töö vähendamiseks.

Kolmandas peatükis on käsitletud kiirabibrigaadide väljasaatmist ning kiirabikutsete töötlemist ja prioritseerimist Päästeametile kuuluvate häirekeskuste kaudu. Ühtlasi antakse soovitusi häirekeskuste töö paremaks korraldamiseks.

Neljandas peatükis on vaadeldud kiirabi üldist juhtimist ning antud soovitusi selle tõhustamiseks.

Auditi meeskond kasutas tähelepanekute kogumiseks ja kontrollimiseks peamiselt järgmist **metoodikat** (täpsem metoodikakirjeldus on lisas 3):

- Korraldati intervjuud Sotsiaal- ja Siseministeeriumi, Tervishoiuameti, Päästeameti ja häirekeskuste esindajatega ning kiirabiteenuse pakkujate ja perearstidega. Vajadusel teostati lisapäringuid.
- Analüüsiti kiirabi ja häirekeskuse töökorraldust Lõuna- ja Põhja-Eesti Häirekeskuse teeninduspiirkonnas, mis hõlmab üle poole Eesti kiirabi tööst (2003. a oli nendes kahes piirkonnas kokku 149 389 väljakutset, kiirabi väljakutsete koguarv Eestis oli 268 009). Kutsete ajalise jaotuvuse analüüsiks kasutati valimina häirekeskuste kiirabi-väljakutsete 2003. aasta viie nädala andmeid.

- Korraldati kiirabikaartide ekspertanalüüs mittekiirabilise töö eraldamiseks ning kiirabi väljakutsetele häirekeskuste määratud prioriteetide kattuvuse võrdlemiseks hilisema prioriteediga. Analüüsi tegi TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini arst-õppejõud valitud brigaadide 2003. aasta ühe nädala andmete põhjal (kokku 900 kiirabikutset).
- Analüüsiti Sotsiaalministeeriumi välja töötatud kiirabi kulumudelit hindamaks, milliseid muudatusi ettepanekud rahaliselt kaasa toovad.
- Uuriti, kuidas on välismaal kiirabi korraldatud, ning võrreldi seda Eesti olukorra ja Riigikontrolli ettepanekutega.
- Korraldati meediaanalüüs, et selgitada, millist teavitustööd on tehtud esmase erakorralise arstiabi kohta Eesti suuremate ajalehtede kaudu.

1. Kiirabibrigaadide töökorraldus

Kiirabi kättesaadavuse tagamiseks ning optimaalseks toimimiseks on oluline kasutada olemasolevaid ressursse võimalikult tõhusalt. Praegu moodustavad kiirabi eelarvest suurima osa personalikulud. Arvestades üha kasvavat survet meditsiinitöötajate palgatõusuks, võib arvata, et personalikulude osatähtsus kiirabi kuludes kasvab veelgi. See tähendab, et tuleks üha enam leida võimalusi kiirabi töökorralduse tõhustamiseks, et vältida olukorda, kus me ei suuda olemasolevat kiirabivõrgustikku ülal pidada.

1.1. Arsti- ja õebrigaadide töö on vaatamata erinevale maksumusele sarnane

Eestis on kasutusel meditsiinilised kiirabibrigaadid ning kiirabibrigaadi juht peab olema meditsiinilise kesk- või kõrgharidusega.⁴ Kiirabibrigaadid jagunevad kolmeks:

- Arstibrigaadi juhib erakorralise meditsiini eriala omandanud arst.
- Õebrigaadi juhib erakorralise meditsiini eriala omandanud õde.
- Reanimobiilibrigaadi juhib anestezioloog või erakorralise meditsiini arst.

Brigaadi liikmeteks võivad olla erakorralise meditsiini arst või anestezioloog (edaspidi ühendmõiste “spetsialiseerunud arst”), erakorralise meditsiini õde ning kiirabitehnik. Aastani 2006 saavad kiirabis arstina töötada ja brigaadi juhtida ka üldmeditsiinilise haridusega arstid ning kõik muu eriala arstid (edaspidi ühendmõiste “üldarst”; mõiste “kiirabi arst”, kui mõeldakse nii spetsialiseerunud kui ka üldarste). Samas ei sätesta määrus, kas lisaks brigaadi juhile peab meeskonda kuuluma ka teine meditsiinitöötaja või võivad ülejäänud brigaadiliikmed olla meditsiinihariduseta kiirabitehnikud. Enamasti on brigaadide ülejäänud liikmeteks õde ja kiirabitehnik. Erandina kasutab Tallinna Tuletõrje- ja Päästeamet brigaadijuhust õe kõrval kaht parameedikut või kiirabitehnikut, kellel meditsiiniharidus puudub. Tervishoiuameti hinnangul on selline meeskond ülaltoodud määrusega küll vormiliselt kooskõlas, kuid ei ole kooskõlas määruse mõttega, mille kohaselt peaks brigaadi kuuluma kaks meditsiiniharidusega liiget.⁵

Brigaadi juhina nõutakse kiirabi arstidelt ja õdedelt sarnaseid oskusi

Lisas 5 on välja toodud erinevused nii üldarsti- ja õebrigaadilt kui ka spetsialiseerunud arstilt ja üldarstilt nõutavate oskuste vahel. Määruses olevad diagnostikanõuded on samad nii õele, üldarstile kui ka spetsialiseerunud arstile. Identsed on ka muud brigaadijuhile vajalikud oskused. Protseduuridest ja ravimitest peab spetsialiseerunud arst oskama õe või üldarstiga võrreldes kasutada rohkem nelja spetsiifilist elustamisvõtet, teha narkoosi ning manustada nelja südameravimit. Osa neist saab õde või üldarst asendada selliste protseduuride või ravimitega, mis patsiendi kuni haiglasse viimiseni stabiilses seisundis hoiavad. Spetsialiseerunud arstiga brigaadi oskusi vajatakse reaalselt vähem kui 1% väljakutsetel.⁶

Õe- ja arstibrigaadid on võrdsed ka Vabariigi Valitsuse 23.01.2002. a määruse nr 44 “Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord” järgi, mis ei sätesta juhtumeid, kus häirekeskus peaks väljakutsele saatma näiteks kindlasti arstibrigaadi.

Arsti- ja õebrigaadide töötulemused on sarnased

Arstibrigaadidega riikides on haigete hospitaliseerimise protsent võrreldes parameditsiinilise kiirabiga⁷ maadega suhteliselt väike. Parameditsiinilise kiirabikorraldusega riikides hospitaliseeritakse 90–95% kiirabi kutsunud patsientidest. Häirekeskuste kutsete analüüsi põhjal hospitaliseeritakse patsient kesk-

⁴ Sotsiaalministri 19. detsembri 2001. a määrus nr 131 “Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend”

⁵ Intervjuu Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja H. Giliga

⁶ Auditisse kaasatud eksperdi hinnang.

⁷ Arstide või õdede asemel osutavad kiirabiteenust vastava väljaõppega, kuid meditsiinihariduseta kiirabitöötajad ehk parameedikud. Selline kiirabikorraldus on näiteks USA-s.

miselt 39%-l kõikidest kutsetest (vt tabel 4). Õebrigade puhul on see osakaal ligikaudu 41% ning arstibrigadeidel 38%. Raskete kutsete puhul on arsti- ja õebrigade hospitaliseeritud patsientide osakaalus vaid üheprotsendine erinevus.

Tabel 4. Hospitaliseeritud patsientide osakaal arsti- ja õebrigades 2003. aastal⁸

Hospitaliseeritud kutsete %	Kerged kutsed (A, B), %	Rasked kutsed (C, D), %	Kutsed kokku, %
Õebrigadid	40,3	43,4	41,2
Arstibrigadid	35,3	42,6	37,7
Kõik brigadid kokku	37,6	43,0	39,3

Allikas: Põhja- ja Lõuna Eesti Härekeskus, Riigikontrolli analüüs

Praegu rahastab Tervishoiuamet 35 arstibrigadi ja 49 õebrigadi, lisaks on nii Tartus kui ka Tallinnas 3 reanimobiilibrigadi.⁹ Arstibrigadi asendamisel õebrigadiga väheneksid kulutused ühe brigadi kohta aastas ligi 392 000 krooni võrra.¹⁰ Tegemist on vahega palgakuludes, sest brigadide varustuse nõuetes erinevusi ei ole.

1.2. Kõikides maakondades ei ole arstibrigade ka praegu

Määruse järgi peab igas maakonnas olema vähemalt üks arstibrigad ning piirkonnas, mille asustustihedus on üle 20 inimese km² kohta, vähemalt üks arstibrigad 35 000 inimese kohta.¹¹

Arstibrigadi nõuet maapiirkondades põhjendatakse eelkõige vajadusega anda haigele abi kohapeal, et vältida haige transportimist haiglasse, kust tema tagasisõidutamiseks võimalusi ei ole.¹² Samal ajal ei ole arstibrigadi Lääne, Lääne-Viru ja Võru maakonnas¹³ (vt lisa 6), mistõttu nendes maakondades ei täideta määru esitatud nõuet ning elanikkonnale ei ole tagatud arstibrigadi abi.

Arstibrigadide puudumise peamiseks põhjusteks nimetavad nii Tervishoiuamet kui ka brigadi- pidajad ise arstide puudust ning suuremaid palganõudeid, kui praegune rahastamine lubab. Tervishoiuamet on teadlik nõude mittetäitmisest ning on teinud Sotsiaalministeeriumile ettepaneku määrust muuta, sest määruse täitmine on osutunud tegelikkuses võimatuks.

1.3. Kolmeliikmelise brigadi nõuet ei täideta alati

Kiirabibrigad on kolmeliikmeline erakorralise meditsiini alase ettevalmistusega isikute rühm, kes osutab kiirabi. Tervishoiuameti peadirektoril on õigus anda kiirabibrigadi pidajale erandkorras kuni 20 päevaks kaheliikmelise brigadi väljasõiduluba.¹⁴

Üheks põhjuseks, miks kolmeliikmeline brigad on vajalik, nimetavad teenusepakkujad patsientide transportimist, mida kahel inimesel on raske teha. Samal ajal on aga enamik kiirabitöötajatest naised (93% õdesid ning 63% arste) ning brigadi ainukeseks meesliikmeks on tavaliselt kiirabitehnikust autojuht.¹⁵ Seega ei ole praegugi suurema osa brigadide puhul loodud eelduseid patsientide transpordiks ning selleks kasutatakse tihti lähedaste abi.¹⁶

⁸ Prioriteetide seletused on toodud lisa 2.

⁹ Allikas: Tervishoiuamet

¹⁰ Aluseks on võetud Sotsiaalministeeriumi kiirabi kulumudelil olevad tunnipalgad: 50 kr arstil ning 25 kr õel ja tehnikul.

¹¹ Vähemalt ühe arstibrigadi nõue igas maakonnas kehtis auditi tegemise ajal ning oli kehtestatud sotsiaalministri 21.12.2001. a määrusega nr 149 "Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded", § 5 lg 4. Sotsiaalministri 22.06.2004. a määruses nr 84 on see nõue alates 06.07.2004 kaotatud.

¹² Intervjuud kiirabiteenuste pakkujatega, härekeskuste ja Tervishoiuametiga

¹³ Tervishoiuameti vastus Riigikontrolli päringule

¹⁴ Sotsiaalministri 19. detsembri 2001. a määrus nr 131 "Kiirabibrigadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend"

¹⁵ Tervishoiuameti kiirabitöötajate uuring

¹⁶ Intervjuud kiirabiteenuse pakkujatega

Teiseks põhjendavad teenuse pakkujad kolmeliikmelise brigaadi vajadust, viidates elustamisele: elustamine on füüsiliselt raske töö, mida kaks inimest ei jaksa kaua teha. Suurlinnades, kus kiirabi-brigaadid paiknevad tihedamalt, on logistiliselt lihtsam saata kutse järel elustamisvajaduse korral välja kolmeliikmeline brigaad või appi teine brigaad. Elustamiskatseid esineb kõikidest kiirabikutsetest vaid 0,2%: seda näitab nii Riigikontrolli kiirabikaartide analüüs kui ka riikliku statistika võrdlus Eestis tehtud elustamiskatsete analüüsiga.¹⁷ Tallinnas on võimalike elustamist vajavate kutsete arv nädalas keskmiselt 2–3. Seega ei kasva kiirabi (ega ka päästemeeskondade) koormus oluliselt, saates elustamisvajaduse korral kaheliikmelisele brigaadile appi lähima teise brigaadi, reanimobiili, haiglas oleva valvearsti või päästemeeskonna.

Vastuväide sellisele korraldusele on peamiselt häirekeskuste töö senisest keerulisemaks muutumine, sest brigaadide väljasaatmisel tuleb arvestada selle liikmete arvu. Tegelikult eksisteerivad aga praegugi erisugused brigaadid, mida häirekeskused saadavad erineva iseloomuga väljakutsele. Arsti-brigaadid saadetakse eelistatult kohale lastega seotud kutsete korral, aga ka kaugemate kutsete puhul, et vältida patsiendi edasi-tagasi transportimist. Tallinna Kiirabis on üks kaheteistkümnest brigaadist spetsialiseerunud ainult lastebrigaadiks ning on mehitatud pediaatritega. Tallinna Tuletõrje- ja Päästameti brigaade saadetakse eelistatult välja avalikus kohas lamavate abivajajate puhul ning kutsete korral, kus on vaja teha koostööd päästetöötajate või politseiga (tulekahjud, kuriteod).

Eestis on juba praegu 2-liikmelisi brigaade. Näiteks oli 2-liikmeline Iisakus tegutsev lisabrigaad, mille tegevus kestis 6 kuud¹⁸ üle määrukses lubatud 20 päeva. Loksas kiirabis on töötajate puudusel vähemalt üks vahetus 2-liikmeline.¹⁹ Põhja-Eesti Häirekeskusele esitatud päringust ilmnes, et aeg-ajalt sõidab häirekeskuse teeninduspiirkonnas üksikuid 2-liikmelisi brigaade veelgi, peamiselt suutmatuse tõttu haigestunud kiirabitöötajat kiiresti asendada.

Ka mitu kiirabiteenuse pakkujat on mõõnnud, et Tallinnas ei ole tõenäoliselt tarvis hoida 3-liikmelisena kõiki brigaade.²⁰

Palgakulud ühe brigaadi kohta väheneksid ligi 392 000 krooni võrra aastas juhul, kui vähendada õe- või arstibrigaadi koosseisu ühe õe võrra. Praeguse kolmeliikmelise arstibrigaadi asendamisel kahe-liikmelise õebrigaadiga väheneksid kulud brigaadi kohta ligi 784 000 krooni võrra aastas.²¹

1.4. Kiirabi on ajaliselt ebaühtlaselt hõivatud

Kiirabi-brigaadi pidaja peab tagama teenuse kättesaadavuse 24 tundi ööpäevas.²² Tervishoiuamet käsitleb seda nõudena tagada kõikide brigaadide valmisolek kutseks 24 tundi ööpäevas ning nõuab kõikide brigaadide ööpäevaringset valmisolekut ka oma lepingutes brigaadipidajatega. Selline käsitus pole aga põhjendatud, sest kutsete arv on ööpäeva jooksul ebaühtlane.

Kiirabikutsete ajaline jaotumine ööpäevas on üldjoontes ennustatav. Joonis 1 toob välja viie nädala kiirabikutsete ajalise jaotumise kahe häirekeskuse teeninduspiirkonnas. Mõlemas piirkonnas hakkab kutsete arv vähenema õhtul pärast 21, saavutab madalaima taseme hommikul kella 4-ks ning hakkab oluliselt suurenema 7–8 paiku. Kutsete analüüs näitas, et ühtemoodi jaotuvad nii kerged (A ja B) kui ka rasked (C, D) kutsed, samuti ei leitud erinevust linna ja maapiirkonna vahel. Eeldatavasti jaotuvad kutsed niimoodi ka ülejäänud Eestis.

¹⁷ Sipria, A., Novak, V., Popov, A., Veber, A. Haiglavälised elustamiskatsed Eestis 1999–2001. <http://www.kiirabi.ee>

¹⁸ Oktoobrist 2003 kuni aprillini 2004. Tervishoiuameti vastus Riigikontrolli päringule

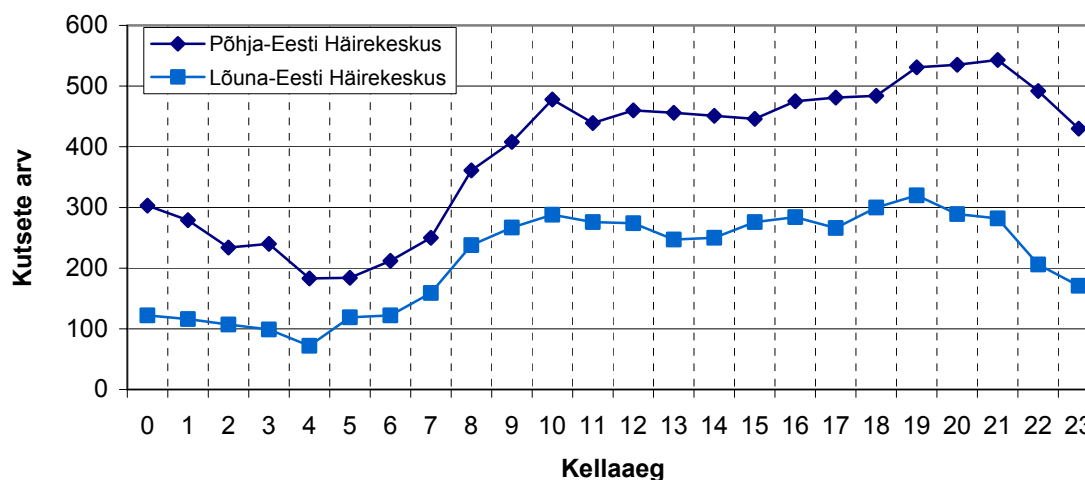
¹⁹ Intervjuu Loksas kiirabi juhiga, Riigikontrolli kiirabikaartide analüüs

²⁰ Intervjuud kiirabiteenuse pakkujatega

²¹ Aluseks on võetud Sotsiaalministeeriumi kiirabi kulumudelisis olevad tunnipalgad: 50 kr arstil ning 25 kr õel ja tehnikul.

²² Sotsiaalministri 21.12.2001. a määrus nr 149

Joonis 1. Kutsete jagunemine ööpäevas Põhja- ja Lõuna-Eesti häirekeskuse teeninduspiirkonnas



Allikas: Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse viie nädala kutsed

Kuna valvesolevate kiirabibrigaadide arv on kogu ööpäeva kestel sama, on brigaadid väikse koormusega ajal tühivalves ning tippaegadel ei pruugi jõuda suure hõivatuse tõttu kiiresti abivajajani.

Seda probleemi aitab lahendada osajaliste brigaadide kasutuselevõtt ehk brigaadide arvu vähendamine ajal, kui kiirabikutsete arv on tõenäoliselt väike, nt 8 tundi öösiti. Tabelis 5 on omavahel võrreldud kutsete keskmist arvu tunnis väikse ning suurema koormusega ajavahemikul. Kutsete arv suure koormusega ajal on Põhja-Eesti Häirekeskuses ligikaudu kaks korda suurem kui väikse koormusega ajal. Lõuna-Eesti Häirekeskuses on erinevus veelgi suurem. Järelikult, rakendades vähem hõivatud ajal kaks korda väiksemat arvu kiirabibrigaade, jääks kutsete arv ehk töökoormus ühe brigaadi kohta keskmiselt samaks. Arvestades teatud riskipuhvrit, sest kutsete arv võib kõikuda ning kõik kutsed pole ajaliselt ühepikkused, saaks ööseks vähendada brigaadide arvu vähemalt kolmandiku võrra. Siiski ei ole otstarbekas brigaade osajaliseks muuta maapiirkondades, kus hõreda inimasustuse tõttu on kiirabibaasis üks või kaks brigaadi. Brigaadide arvu võiks ööseks vähendada just suuremates linnades (Tallinn, Tartu, Pärnu ja Narva), kus on vähemalt 3 kiirabibrigaadi. Näiteks võiks Tallinnas praeguse 16 brigaadi asemel öösel valves olla 5–6 brigaadi vähem.

Tabel 5. Kutsete keskmise arvu võrdlus väikse ja suure koormuse ajal

Ajavahemik	Põhja-Eesti	Lõuna-Eesti
Väike koormus (8 tundi)	236	116
Suur koormus (16 tundi)	467	264
Erinevus kordades	2,0	2,3

Allikas: Põhja- ja Lõuna Eesti häirekeskus, Riigikontrolli analüüs

Brigaadide osajaliseks muutmisest kokku hoitava ressursi varal on brigaadipidajatel võimalik vajadusel luua varuautode baasil lisabrigaade neil aegadel, kui kutsete arv on keskmisest oluliselt suurem. Sellised ajad on nii häirekeskuste juhatajate ja brigaadipidajate kui ka kutsete analüüsi põhjal peamiselt riiklikud pühad, mil perearstikeskused on kinni kauem kui tavaliselt.

Näide. Osajalisi kiirabibrigaade kasutatakse ka mitmes naaberriigis. Rootsis oli 2000. aastal 64% kiirabibrigaadidest 24-tunnises valves ning ülejäänud 36% 12-tunnises päevases valves.²³ Norras olid 2001. aastal 24% tavakiirabibrigaadidest osajalised.²⁴

²³ Gärdelef, B. Ambulance and emergency services in Sweden. – Ettekanne konverentsil Nordic-Baltic EMS Conference “Tallinn 2000”, <http://www.kiirabi.ee>

1–3 kiirabibrigaadi sulgemine ööseks ja lisamine päevaseks ajaks oli ette nähtud ka Eesti kiirabi logistikadokumendis²⁵, kus kaaluti seda ühe lahendusena Tallinnas tollase (2001. a) 14 brigaadi päevase koormuse vähendamiseks. Praeguseks on brigaadide arvu suurendatud, kuid brigaade osajaliseks muudetud ei ole. Koormuse vähendamiseks tipaegadel on samas dokumendis plaanitud avada osajalisi kiirabibrigaade päevas 12 tunniks Tartusse ja Elvasse, kuid ka seda pole praeguseks tehtud.

Jättes ühe arstibrigaadi valvest välja ööpäevas kaheksaks tunniks, säästetakse sellega ühe brigaadi kohta ligikaudu 44 000 krooni kuus ehk 522 000 krooni aastas. Õebrigaadi valvest väljajätmine kaheksaks tunniks säästab vastavalt kuus 33 000 ning aastas 391 000 krooni.²⁶ Arvestades aga, et öise töö eest makstakse tasu 1,5 koefitsiendiga, oleks rahaline sääst tegelikkuses iga brigaadi pealt veelgi suurem.

1.5. Valitseb kiirabipersonali, eelkõige kiirabiõdede ja -tehnikute puudus

Erakorralise meditsiini õenduse arengukava prognoosib kiirabisüsteemis aastaks 2015 vajaduse ligikaudu 600 õe järele.²⁷ Erakorralise meditsiini eriala arengukava prognoosib aastaks 2015 arstide vajaduseks kiirabisüsteemis vaid 70–80.²⁸ Mõlemas arengukavas on välja toodud põhimõtteline suundumus arstibrigaadidelt õebrigaadidele. Sama suundumust järgib ka sotsiaalministri määruse “Tervishoiuteenuste kättesaadavuse nõuded”²⁹ uus eelnõu, kus enam ei nõuta vähemalt ühe arstibrigaadi olemasolu maakonnas. Arstibrigaadide asendamine õebrigaadidega tekitab aga omakorda vajaduse suurema arvu väljaõppinud kiirabiõdede järele. Osaliselt leevendaks seda osajaliste ja kaheliikmeliste brigaadide rakendamine.

Tervishoiuameti korraldatud kiirabitöötajate uuringust selgub, et praegu töötab vajadusega võrreldes 30 arsti rohkem, kiirabiõdesid on aga puudu 160 ning kiirabitehnikuid 22 (vt tabel 6). Samal ajal töötavad paljud arstid, õed ja kiirabitehnikud mitme tööandja juures ning kiirabis vaid osalise koormusega.³⁰ Seega on personali puudus kiirabis veelgi suurem.

Tabel 6. Kiirabitöötajate arv praegu ning tegelik vajadus 41 arstibrigaadi ja 49 õebrigaadi korral

	Arstid	Õed	Kiirabitehnikud
Arv kiirabis	235	535	428
Vajadus praeguse brigaadide arvu korral	205	695	450
Erinevus vajadusega võrreldes	üle 30	puudu 160	puudu 22

Allikas: Tervishoiuamet. Kiirabitöötajate uuring

Nii suur kiirabitöötajate puudus võrreldes praeguste brigaadide täitmiseks vajalike ametikohtadega näitab ühelt poolt seda, et tehakse palju ületunnitööd, ning teisest küljest seda, et osa kiirabibrigaade ei pruugi tõenäoliselt olla valves kolmeliikmelisena.

Kõik kiirabitöötajad ei ole omandanud vajalikku kvalifikatsiooni

Aastani 2006 võivad kiirabis töötada ka üldmeditsiinilise haridusega arstid ning õed.³¹ Praegu on registreeritud kiirabiarstidest üldmeditsiini või muu erialaga arste kokku 96 (vt tabel 7). See tähendab, et alates 2006. aastast langeb kiirabisüsteemist välja oluline hulk ilma vajaliku spetsialiseerumiseta arste. Kuigi osa praegustest residentidest võib selleks ajaks olla juba spetsialiseerunud erakorralise

²⁴ Norra statistika, http://www.ssb.no/english/subjects/03/02/speshelseamb_en/arkiv/tab-2002-06-25-01-en.html

²⁵ Eesti kiirabi logistika. Eesti Kiirabi Liit, 2001

²⁶ Aluseks on võetud Sotsiaalministeeriumi kiirabi kulumudelil olevad tunnipalgad: 50 kr arstil ning 25 kr õel ja tehnikul.

²⁷ Allikas: http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/erakorralise_meditsiini_oendus_20011123.pdf

²⁸ Allikas: http://www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Erakorraline_meditsiin_tt_20011204.doc

²⁹ Sotsiaalministri 21.12.2001. a määrus nr 149

³⁰ Intervjuud kiirabiteenuse erinevate pakkujatega

³¹ Sotsiaalministri 19. detsembri 2001. a määrus nr 131 “Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend”

meditsiini erialale, on tõenäoline, et paljud neist ei jää tööle kiirabisse.³² Erakorralise meditsiini või anesteesia-intensiivravi õenduse eriala puudub 131 kiirabiõel. Kiirabitehnikutest ei vasta praegu kehtivatele nõuetele viiendik uuritud valimist.

Tabel 7. Vajaliku eriala omandanud kiirabiarstide ja -õdede ning kiirabitehnikute arv ja osakaal

	Arstide arv	% arstidest	Õdede arv	% õdedest	Tehnikute arv**	% tehnikutest
Vajalik kvalifikatsioon olemas*	136	57,9	382	71,4	132	79,5
Ilma vajaliku kvalifikatsioonita	96	40,9	131	24,5	34	20,5
Andmed puuduvad	3	1,3	22	4,1	–	–
Kokku	235	100,0	535	100,0	166	100,0

* Vajalikuks kvalifikatsiooniks on arstide ja õdede puhul erakorralise meditsiini või anesthesioloogia eriala, kiirabitehnikute puhul 400-tunnine väljaõpe.

**Kiirabitehnikute valim ei ole kõikne, kokku on 428 kiirabitehnikut.

Allikas: Kiirabitöötajate uuring. Tervishoiuamet

Meditsiiniikoolides ei ole võimalik õppida erakorralise meditsiini õeks ning riiklikult korraldamata on ka kiirabiõdede täienduskoolitus. Üldõenduse õppekava läbinu omandab erakorralise meditsiiniõe eriala alles pärast aastast praktiseerimist kiirabis või erakorralise meditsiini osakonnas ning lisaks läbides täienduskoolitusi, mida korraldab iga kiirabiteenuse pakkuja oma kiirabiõdedele eraldi. Ühtselt on koolitus korraldamata ka kiirabitehnikutele. Seetõttu ei ole eri teenusepakkujate juures töötavate kiirabiõdede töö kvaliteet ühtlane³³ ning osa kiirabis töötavatest kiirabitehnikutest on nõuetele vastava väljaõppeta.

Ettepanekud sotsiaalministrile

Kiirabibrigaadide kulude vähendamiseks ning kiirabi tööks vajalike töötajate ettevalmistamiseks soovime järgmist:

- **Kaaluda arstibrigaadide vajalikkust ning alustada arstibrigaadide järkjärgulist muutmist õebrigadideks.** See võimaldab hoida kokku ressursi ning ühtlustada teenuse pakkumist tingimustes, kus mitmes maakonnas ei suudeta tagada arstibrigaadi olemasolu.
- **Kaaluda kaheliikmeliste kiirabibrigaadide kasutusele võtmist.** Kaheliikmelisi kiirabi-brigaade võiks kasutada eeskätt suuremates linnades, kus on lihtne vajaduse korral saata appi lisabrigaad. See võimaldab kergemate kutsete korral kulusid vähendada ning kasutada kolmeliikmelist brigaadi või lisabrigaadi abi vaid raskete juhtude korral, mille osakaal on suhteliselt väike.
- **Võtta kasutusele osaajalised brigaadid suuremates linnades** (Tallinn, Tartu, Pärnu, Narva). Osalise tööajaga brigaadid võimaldavad hoida kokku ressursse ajal, kui kiirabi töökoormus on väike, ning ühtlasi suurendada vajadusel brigaadide arvu siis, kui töökoormus on suur (nt riiklikel pühadel).
- **Tagada koostöös haridus- ja teadusministriga kiirabiõdede ning -tehnikute koolitus meditsiiniharidust pakkuvates õppeasutustes.** Piisava hulga erakorralise meditsiini õdede ettevalmistamine annab võimaluse asendada arstibrigaade õebrigadidega ning leevendada väljaõppinud õdede puudust kiirabis. Samuti võimaldab riiklik koolitus või väljaõpe saada tööle väljaõppinud kiirabitehnikuid.

³² Intervjuu Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja H. Giliga ja kiirabi büroo peaspetsialisti L. Henniga

³³ Intervjuud kiirabiteenuse pakkujatega

Sotsiaalministri vastus

Sotsiaalminister vastab, et kolme esimese ettepaneku osas tuleb teha eelnevad analüüsid ning et kõigi kolme ettepaneku samaaegne rakendamine seab ohtu teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse.

Nii õebrigade asendamine arstibrigaadidega kui ka kaheliikmeliste brigade kasutusele võtmine võib oluliselt vähendada teenuse kvaliteeti ja suurendada hospitaliseerimisi.

Õebrigadid hospitaliseerivad patsiente 5% rohkem kui arstibrigaadid, ning kui selle 5% patsientide keskmine ravikestus ületab 4 päeva, siis on haiglate lisakulud suuremad kui brigade pealt saavutatud kokkuhoid.

Sotsiaalminister leiab ka, et täiendavaid õebrigade saab rakendada vaid olukorras, kus on ette valmistatud piisavalt kiirabiõdesid, viidates Riigikontrolli järeldusele, et õdedest valitseb puudus.

Kaheliikmelisi brigade rakendamiseks saab Tervishoiuameti peadirektor praegu anda ajutise loa.

Õdede koolitamiseks on käimas Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi ning meditsiiniikoolide projekt, mille tulemusena töötatakse välja muu hulgas ka intensiivõenduse õppekava. Vastava koolitusega peaks alustatama 2005/06. õppeaastal. Kiirabitehnikute koolitust pakuvad suuremate brigadepidajate koolituskeskused.

Riigikontrolli seisukoht

Riigikontroll ei eeldagi kõigi ettepanekute kohe ja korraga elluviimist, kuid samas ootame, et sotsiaalminister koostaks konkreetse kava meie ettepanekute rakendamiseks.

Võimaliku kvaliteedihalvenemise õe- ja kaheliikmeliste brigade puhul kompenseerib võimalus maksta kokkuhoitavate kulude arvelt kiirabitöötajatele suuremat palka ning seeläbi motiveerida personali.

2. Mittekiirabilise töö osakaal

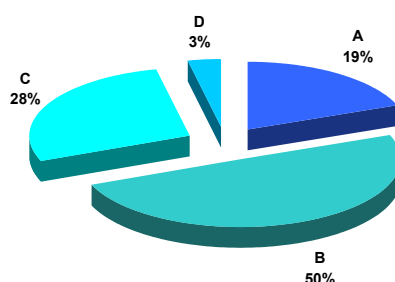
Kiirabi on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse.³⁴ Praegusel ajal teeb kiirabi väga palju sellist tööd, mis toodud definitsiooni alla ei sobi. Nii teeb Eestis kiirabi suhteliselt palju tööd, mis kattub perearsti töövaldkonnaga, või siis täidab muid ülesandeid, mida ei oleks kiirabil otstarbekas teha.

2.1. Kergete ja mittekiirabiliste kutsete osakaal on suur

Riigikontroll analüüsis Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskusesse saabunud kiirabikutseid ning tuvastas, et kõige suurema osa moodustavad kerged kutsed (A- ja B-prioriteediga). Nende osakaal üle Eesti on ligikaudu 70%. Rasked kutsed (C ja D) moodustavad kõikidest kutsetest ligikaudu 30%. Prioriteetide definitsioonide (vt lisa 2) põhjal ei ole enamik kutsetest erakorralised ega eluohtlikud ning seega ei pruugi otseselt vajada kiirabiteenust.

Ekspertanalüüs kiirabikaartide põhjal tuvastas, et mittekiirabilise töö osakaal on ~27%³⁵ kogu kiirabi tööst. Sellest 10% on selline töö, mida peaks tegema perearst; 6% hõlmab tavatransport; 8% moodustavad kutsed, mis ei vaja kiirabi (3% oli selliseid kutseid, millele oli kiirabikaardi põhjal raske hinnangut anda, kas vajati perearsti abi või ei olnud üldse arstiabi tarvis). Suurim mittekiirabilise töö osakaal on A- ja B-kutsete seas, vastavalt 39% ja 28%.³⁶ Kui mittekiirabilise töö (ei kuulu kiirabi definitsiooni alla) osakaal on nii suur, võib tekkida oht, et ei olda piisavalt kättesaadavad kiirabi töö hulka käivate kutsete jaoks (väheneb reageerimisaeg).

Joonis 2. Kutsete jaotus prioriteetide järgi



Allikas: Põhja-, Lõuna-Eesti Häirekeskuse andmed

Näide. Kiirabi kutsumise põhjuseid³⁷

“Tulge kontrollige, kas ma olen rase.”

“Mis ma perearsti tüütan.”

“Mul tuba sassis, ei taha perearsti kutsuda, te kiirabis olete kõigega harjunud!”

³⁴ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 16. Vastu võetud 09.05.2001. a, jõustunud 01.01.2002. a, § 12–15 jõustub 01.01.2005 a ja § 22 lõike 2 osa jõustus 01.01.2003. a.

³⁵ n = 716, mittekiirabilise töö osakaal on 27%; 95% tõenäosusega jääb mittekiirabilise töö osakaal vahemikku 23,7–30,3% kiirabi kogu tööst.

³⁶ A-kutsete puhul n = 197, mittekiirabilise töö osakaal 38,5%; 95% tõenäosusega jääb mittekiirabilise töö osakaal vahemikku 31,7–45,3%. B-kutsete puhul n = 290, mittekiirabilise töö osakaal 28,2%; 95% tõenäosusega jääb mittekiirabilise töö osakaal vahemikku 23–33,4%.

³⁷ Intervjuud kiirabiteenuse pakkujatega

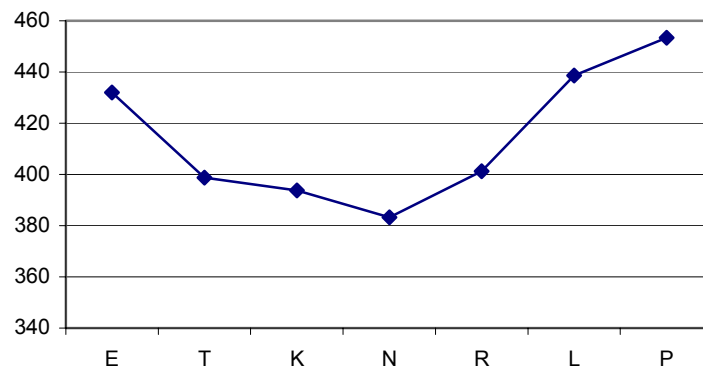
2.2. Väljaspool perearsti tööaega puudub patsiendil alternatiiv esmatasandi arstiabi saamiseks

Kergete kutsete arv suureneb väljaspool perearsti tööaega

Eestis võtab perearst vastu tööajal, 40 tundi nädalas (vastuvõtt 20 tundi, lisaks koduvisiitide aeg). Vastuvõtuajad peavad olema igal tööpäeval ajavahemikul kella 8.00–18.00. Perearsti tegevuskoht peab olema avatud tööpäeviti vähemalt kaheksa tundi päevas.³⁸ Seega on perearstiabi osutamine tööajaga piiratud ning muul ajal peab inimene abi saamiseks kutsuma kiirabi või pöörduma ise erakorralise meditsiini osakonda (traumapunkti). Seetõttu on loomulik, et inimene kutsub kiirabi õhtutundidel ja nädalavahetustel välja ka kergema probleemiga, mis otseselt ei vaja erakorralist abi.

Riigikontrolli tehtud kiirabikutsete analüüs näitas, et nädalavahetusel ületab kutsete arv nädala sees tehtud kutsete arvu. Jooniselt 3 on näha, et nii laupäeval kui ka pühapäeval tehtud kutsete arv on suurem kui ülejäänud nädalapäevadel. Keskmiselt tehakse nädalavahetusel 10% rohkem kutseid kui nädala sees.

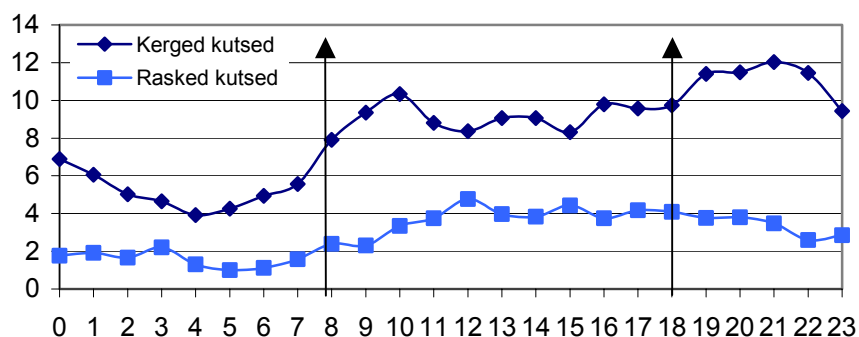
Joonis 3. Keskmine kiirabikutsete arv Põhja- ja Lõuna-Eesti piirkonnas päevade lõikes



Allikas: Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse 5 nädala kutsed

Ka kutsete kellaajaline jaotus ööpäevas näitab, et pärast tööpäeva lõppu, alates 18.00 hakkab kergete kutsete arv suurenema. Kõige rohkem ongi kiirabil tööd vahetult pärast perearsti tööpäeva lõppu kuni 22.00, seejärel hakkab kutsete arv vähenema. Raskete kutsete arv kõigub vähem kui kergete kutsete arv ning on suhteliselt stabiilne. Rohkem tuleb raskeid kutseid ette päeval ning vähem öösel.

Joonis 4. Kutsete jaotus 24 tunni lõikes (noolte vahel perearsti tööaeg)



Allikas: Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse 5 nädala kutsed

³⁸ Perearsti tööjuhend. Sotsiaalministri 29.11.2001. a määrus nr 117

2003. aastal korraldas EMOR Haigekassa tellimisel uuringu “Elanike rahulolust arstiabiga” (vt tabel 8), kus muu hulgas uuriti, kelle poole eelistaksid inimesed öhtu- ja öötundidel või nädalavahetusel tekkiva terviseprobleemi korral pöörduda.

Tabel 8. Inimeste eelistused öhtu- ja öötundidel või nädalavahetusel tekkiva terviseprobleemi korral

Kuhu eelistatakse pöörduda öhtu- ja öötundidel või nädalavahetusel tekkiva terviseprobleemi korral	2002, %	2003, %	Muutus
Eelistan kutsuda kiirabi	49	53	↑
Helistan kõigepealt oma perearstile	25	22	↓
Pöördun ise haigla valvetuppa (EMO)	10	15	↑
Kutsun koju oma perearsti	7	5	↓
Muu	9	6	↓

Allikas: EMOR, 2003

Haigla valvetuppa (EMO-sse) eelistatakse pöörduda kõige sagedamini seetõttu, et sealt saab kiiret abi, samuti on sellise valiku ajendiks sageli sobiv asukoht. Kiirabi poole eelistatakse pöörduda eelkõige seetõttu, et saadav abi on kiire (kolmandik juhtudest), perearst ei tule koju või pole kättesaadav, kiirabi on mugav ja lihtne, kompetentne, ainuke võimalus, ei taheta perearsti häirida, inimestele on sisse jäänud harjumus.

Tabelist 8 on näha, et aasta jooksul suurenes inimeste hulk, kes kutsuksid kiirabi või pöörduksid ise haigla valvetuppa, ning vähenes inimeste hulk, kes kontakteeruksid oma perearstiga. See, et ise haigla valvetuppa pöörduvate inimeste arv on kasvanud, on positiivne, kuna näitab, et inimeste teadmised erinevatest abi pakkuvatest institutsioonidest on paranenud. Nagu näidetest näha, toovad vastused kiirabi poole pöördumise eelistustest välja nii harjumuse kui ka perearsti kättesaadavuse probleemi.

Näide. EMOR-i uuringust selgunud põhjused, miks kutsuda kiirabi

"Kiirabi tuleks kiiremini, sest perearst ei pruugi kohal olla. Kiirabi poole pöördumine hoiaks aega kokku."
 "Senini minu perearst palus väljaspool tööaega tekkivate probleemide korral pöörduda kiirabi poole."
 "Nemad osutavad siis abi, kui polikliinikud suletud on."
 "Muud mõtet ei tule nagu pähe, harjumus, ainus teadaolev moodus."
 "Kõige kiirem ja usaldusväärsem arstiabi."
 "Olen harjunud kiirabiga ja perearstiga ei ole kogemust."

Mitmes riigis on perearsti tööpäeva pikkusest tekkivaid probleeme abi kättesaadavusel üritatud lahendada perearstivalvega väljaspool tööaega (Taani, Holland, Saksamaa, Inglismaa, Uus-Meremaa).³⁹ Alljärgnevalt on toodud näide Inglismaalt ja Saksamaalt.

Perearsti öövalve⁴⁰

Näide. Inglismaal pakuvad perearstid ööpäevaringset abi esmatasandi erakorralise abi keskustes ning telefoni teel spetsiaalsel hädaabinumbril. Saksamaal on perearst kohustatud pakkuma 24 tundi koduvisiidi teenust. Mõlemas riigis on teenuse paremaks pakkumiseks perearstid piirkonniti ühinenud. Saksamaal on koguni perearstidel oma väikesed häirekeskused, et arst oleks paremini kättesaadav ning jõuaks võimalikult kiiresti ühe patsiendi juurest teise juurde.

Ka Eestis on räägitud perearstide öövalvest kui kättesaadavuse probleemi lahendusest. Sotsiaalministeeriumi hinnangul pole meditsiiniliste (arstide ja õdede) kiirabibrigaadide puhul mõtet Eestis üles ehitada

³⁹ Dixon, A., Mossialos, E. Health care systems in eight countries: trends and challenges. European Observatory on Health Care Systems, 2002

⁴⁰ Platz, E., Bey, T., Walter, F. G. International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country; O'Donnell, C., McConnachie, A., Moffat, K., Drummond, N., Wilson, P., Ross, S. Cross sectional study of social variation in use of an out of hours patient transport service

perearsti valveteenust. Võimalik oleks see ainult Tallinnas ja veel mõnes suuremas linnas (Tartu, Pärnu, Jõhvi), sest eeldab vastavate keskuste tekkimist ja piisava arvu perearstide olemasolu.⁴¹ Valveteenuse alternatiivina peaks käivituma üle-eestiline perearsti 24 h nõuandetelefon, kuid selle töölepanek on veninud. Projekti ettevalmistuse lõpparuanne⁴² valmis 2003. a novembris. Projekti arendus seisab praegu sobiva pakkuja leidmise taga ning Haigekassa sõnul ei käivitu see enne 2005. a algust.⁴³ Eeldatavalt võiks selle rakendamine vähendada osaliseltki kergemate kutsete (A ja B) osakaalu kiirabi töös.

Kiirabi poole pöördutakse, kuna perearsti ei usaldata

Perearsti vastuvõtu ajal teenindab perearst oma patsiente ise ning tänu sellele peaks kergete (A ja B) kiirabikutsete osakaal vähenema. Analüüs näitab, et kergete kutsete arv perearsti tööajal küll väheneb võrreldes kutsete arvuga tippkellaajal 18.00–22.00, kuid on siiski suhteliselt suur (vt joonis 4). Riigikontrolli tehtud intervjuudest selgusid järgmised kiirabi eelistamise põhjused:

- Puuduvad suhted perearstiga või need on halvad, arsti kättesaadavuse probleemi tõttu on tekkinud usaldamatus.
- Arstlik kiirabi on meditsiiniliselt suhteliselt suurte võimalustega.
- Teadmatus teise arvamuse küsimise võimaluse kohta.

Perearsti nimistute suurus ning kättesaadavuse suhteliselt ranged tingimused on vähendanud perearsti võimet tegeleda kõikide oma patsientidega. See omakorda kahjustab perearsti-patsiendi suhet ning võib põhjustada patsientide usalduse vähenemist. EMOR-i uuringu põhjal on 11% inimestest perearsti juurde minemata jätmise põhjusena toonud arsti või õe ebasõbraliku suhtumise. Viimase 3 aasta jooksul on perearsti vahetanud 15% inimestest, kellest omakorda ligikaudu viiendik on teinud seda rahulolematuse tõttu. Piirkonnas, kus on tugev perearst (nt Harjumaa läänepoolses osas), on kiirabikutseid vähe, sest inimene on perearstiga harjunud ja usaldab teda.⁴⁴

Riigikontroll analüüsis kiirabikaarte ning ekspert andis omapoolse hinnangu, kas kiirabikutse kuulub perearsti töövaldkonda (ei saa samastada kerge kutsega, kuna ka kerge kutse võib olla põhjendatud kiirabitöö). Analüüs näitab, et kutseid, mis kuuluvad perearsti töövaldkonda, tehakse suhteliselt stabiilselt, hoolimata nädalapäevast (perearsti vastuvõtupäevadest). Nende osakaal on ligikaudu 10%, kuid intervjuudes nimetati hinnanguliselt selleks osakaaluks ka kuni 20%.⁴⁵ Ööpäevas esineb perearsti töövaldkonda kuuluvaid kiirabikutseid rohkem ajavahemikul 7.00–12.00 ja vahetult enne tööpäeva lõppu 17.00–18.00.

Intervjuudest kiirabiteenuse pakkujatega selgus, et kergete kutsete korral patsient tunnistab tihti häirekeskuse dispetšerile või kiirabiarstile, et ta ei tahtnud pöörduda perearsti poole ning eelistas kutsuda kiirabi. Põhjuseks on oma perearsti usaldatavus, kättesaadavuse probleemid või soov saada teise arsti arvamust perearsti diagnoosi ja raviotsuse kohta.⁴⁶

Usaldust kiirabi vastu suurendab arstibrigaadide olemasolu. Kiirabi kutsudes on patsiendil ühtlasi võimalik saada diagnoos ning ravi kiirabivahendite piires. Eriti toimitakse nii maapiirkondades, kus kergemate kutsete puhul on kiirabiarstil lihtsam (ka kulusid säästvam) anda kohapeal abi kui viia haiglasse. Sellise tegevusega aga eiratakse tervishoiuteenuste korraldamise seadust, mille järgi kiirabi “teeb vaid esmase diagnoosi ja ravi eluotlikku haigestumise korral”.

⁴¹ Intervjuu Sotsiaalministeeriumi tervishoiu osakonna juhataja I. Normetiga

⁴² Projekti “Perearsti nõuandetelefon” ettevalmistamine, lõpparuanne, 30.11.2003. a. Koostaja Baltcom Eesti AS

⁴³ 17.06.2004. a BNS-i uudis “Haigekassa toetab perearsti nõuandetelefoni loomist”

⁴⁴ Intervjuu Põhja-Eesti Häirekeskuse juhataja E. Rinnega

⁴⁵ Intervjuu perearstide seltsi esimehe M. Tiigiga, Tallinna Kiirabi peaarsti R. Adlasega, PERH-i kiirabiüksuse juhataja J. Tšislovaga

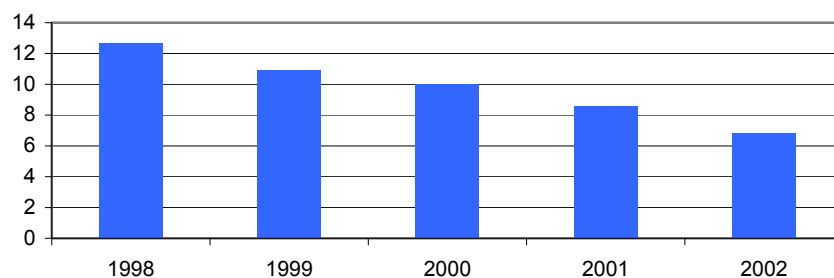
⁴⁶ Intervjuu Tallinna Kiirabi peaarsti R. Adlasega, PERH-i kiirabiüksuse juhataja J. Tšislovaga, Lõuna-Eesti Häirekeskuse juhataja asetäitja U. Kohuga

Intervjuudest kiirabiteenuse pakkujatega selgus, et aeg-ajalt tuleb ette selliseid kutseid, kus patsient soovib kiirabilt saada teisest arvamust perearsti pandud diagnoosi ning raviotsuse kohta. Tihti pole aga patsiendid teadlikud, et neil on õigus teisele arvamusele ja et seda tasustatakse pearaha alusel. Kuna teenust tasustatakse pearahast, siis pole perearst ise motiveeritud seda tegema ning ta ei teavita patsienti sellest võimalusest.⁴⁷ Ka Haigekassa ei ole tähelepanu pööranud inimeste teadlikkuse parandamisele teisele arvamuse küsimise võimaluse kohta (EMOR-i rahvastiku-uuringutes vastavat teemat ei käsitleta).

Perearstid teevad vähe koduvisiite

Perearsti tööjuhendis on öeldud, et “perearst teeb tema nimistus olevaile patsientidele vajadusel koduvisiite.”⁴⁸ Alates perearstisüsteemi loomisest on koduvisiitide osakaal pidevalt kahanenud. 2002. aastal oli võrreldes 1998. a koduvisiitide osakaal kõikidest perearsti visiitidest ligi kaks korda väiksem.

Joonis 5. Koduvisiitide osakaal (% koguvisiitidest)



Allikas: Sotsiaalministeerium⁴⁹

Lisaks sellele, et koduvisiitide arv on vähenenud, pöörduakse kiirabisse ka juhul, kui perearst on keeldunud koduvisiidist. EMOR-i uuringu põhjal nimetas seda kiirabi kutsunud inimestest 8% kutse põhjusena. Samas pole õigusaktidega kindlaks määratud, millal perearst koju peab minema ning millistel juhtudel võib sellest keelduda. Kohustuste täpsem sätestamine võimaldaks perearstil teenindada inimesi, kes kindlasti vajaksid koduvisiiti, ning keelduda juhul, kui inimese kohaletulek praksisesse on võimalik ning tulemuslikum. Perearstide arvamusel võib regulatsioon hoopis suurendada koduvisiitide arvu, sest tekivad juhud, kui perearst kindlasti ei saa keelduda koduvisiidist.⁵⁰

Põhja-Eesti Häirekeskuse sõnutsi on piirkondi, kus perearstid üldse koduvisiite ei tee või teevad väga vähe (nt Kuusalu).⁵¹ Ka Haigekassa andmete põhjal võib väita, et osa keskmise suurusega nimistuga perearste teeb teistega võrreldes oluliselt vähem koduvisiite. Kuigi inimesed võiksid sellisel juhul pöörduda ise perearsti vastuvõtule või erakorralise meditsiini osakonda, on neil lihtsam kutsuda kiirabi.

Lõuna-Eesti Häirekeskuse hinnangul on ka neil probleeme mõne piirkonnaga, kus perearsti koduvisiitide arv on väike (Alatskivi, Kallaste) ja kiirabivisiitide arv inimese kohta on keskmisest oluliselt suurem (eriti A- ja B-kutsete osas).⁵² Puudub täpne statistika nende perearsti nimistu liikmete kiirabikutsete arvu kohta, mistõttu puudub otseselt võimalus hinnata koduvisiitide tegemise mõju kiirabikutsetele.

Tallinna ja Tartu perearstide nimistute liikmete sooritatud kiirabikutsete analüüs toob välja väikese negatiivse seose koduvisiitide ja kiirabikutsete vahel: mida rohkem tehakse koduvisiite perearsti

⁴⁷ Intervjuu Eesti Perearstide Seltsi esimehe M. Tiigiga; sotsiaalministri 03.10.2002. a määrus nr 121 “Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika”

⁴⁸ Sotsiaalministri 29.11. 2001. a määrus “Perearsti tööjuhend”

⁴⁹ Sotsiaalministeeriumi abiministri K. Mandi ettekanne TÜ kliinikumi 200. juubeli konverentsil, 2004

⁵⁰ Intervjuu Kuusalu perearstidega

⁵¹ Intervjuu Põhja-Eesti Häirekeskuse juhataja E. Rinnega, intervjuu Kuusalu perearstidega

⁵² Intervjuu Lõuna-Eesti Häirekeskuse juhataja asetäitja U. Kohuga

nimistu liikme kohta, seda vähem on nimistu liikme kohta kiirabikutseid.⁵³ Nende perearstide nimistutes, kes teevad rohkem koduvisiite, otsivad patsiendid vähem abi kiirabilt.

Riiklikult andmeid perearstide nimistu liikmete kiirabikutsete arvu kohta ei koguta, seega ei ole laiahaardelisem analüüs võimalik. Need andmed peaksid tulema kiirabikaardilt, kus on vastav lahter, kuhu kirjutada perearsti nimi, kuid seda ei täideta peaaegu üldse.

Lisaks sellele, et perearstide koduvisiitide sooritamine on kahanenud, on ka patsiendil suurem huvi kutsuda endale kiirabi, sest perearstidel on koduvisiidi eest seadusega õigus küsida kuni 50 krooni⁵⁴ visiiditasu. EMOR-i uuringu põhjal piiraksid 50-kroonise tasu puhul perearsti kojukutsumist 51% vastajatest. Seevastu kiirabi on tasuta ja abi kutsutakse ka siis, kui patsiendi tervislik seisund ei ole erakorraline ega eluohtlik, vaid soovitakse vältida perearsti koduvisiiditasu. Tallinna Kiirabi peaarsti hinnangul kasvas kutsete arv pärast perearsti koduvisiiditasu kehtestamist.

Kiirabi ja perearsti koostöö ning tasaarvelduse kord ei toimi

Sotsiaalministri 19. detsembri 2001. a määrus sätestab perearsti ja kiirabi koostöö ning tasaarvelduse korra.⁵⁵ Määrus võeti vastu, sest järjest enam hakkasid sagenema perearsti töövaldkonda kuuluvad kiirabikutsed. Muu hulgas sätestab määrus brigaadipidaja kohustuse teatada perearstile ühe tööpäeva jooksul tema nimistu liikmetele tehtud kiirabivisiitidest ning annab mõlemale poolele õiguse esitada nõue valdkonda mittekuuluva töö eest. Intervjuudest kiirabiteenuse osutajatega selgub, et määrust järgitakse vähe. Osa brigaadipidajaid on seisukohal, et teatamine on patsiendi ülesanne.⁵⁶ Kiirabi ja perearsti vahelist tasaarveldamist peaaegu ei toimu. Tasaarvelduse mittetoimimise peamiseks põhjuseks tuuakse raskust kutse määramisel perearsti või kiirabi töö valdkonda ning valdav osa brigaadipidajatest tunnistab, et ei kasuta seda võimalust.⁵⁷

2.3. Kiirabi teeb transporditööd

Patsiendi transport haiglasse plaanilise hospitaliseerimise korral ja selle rahastamine on Eestis lahendamata juba 6–7 aastat.⁵⁸ Haiglavõrku tsentraliseerides on patsiendi suurenenud transpordikulud jäänud piisava tähelepanuta, mistõttu inimesed kasutavad kiirabi transpordiks ka olukorras, kus nad varem seda ei oleks teinud. Praegu on selgusetu, kes peaks pakkuma transporditeenust ning kuidas peaks toimuma rahastamine. Sätestamata on, kas haiglasse jõudmine on patsiendi enda mure või peaks see mõningal määral olema ka riigi vastutus. Kuna transpordi korral ei ole vaja kolmeliikmelist brigaadi ega kalli varustusega autot, siis peaks selle jaoks olema eraldi transpordivahend, mille kulud on väiksemad.

Riigikontrolli korraldatud ekspertanalüüsi põhjal võib välja tuua, et keskmiselt 6% analüüsitud kutsetest oli transporditöö. Neist pooltel juhtudel oli vaja kandraami (patsient pidi olema lamavas asendis), kuid ka sellise väljakutse jaoks ei ole vaja täisvarustuses kiirabiautot ega -töötajaid.

Põhja-Eesti Häirekeskuses esineb kutseid, mis ongi esitatud transpordikutsena. Aastal 2003 oli neid 398 ning nendest kutsetest on hospitaliseeritud ~75%. A- ja B-prioriteediga ehk kergeid kutseid on 398-st 310 (78%). Need arvud näitavad, et ka ametlikult (häirekeskuses ülesmärgituna) kasutatakse kiirabi tavatranspordiks.

Tartu Kiirabil on transpordikutsete teenindamiseks olemas 2 eraldi autot, kus ei ole spetsiaalset kiirabiauto varustust ning mille brigaadis on 2 meedikuharidusega meest. Samas on teenus tasuline⁵⁹ ning

⁵³ Seose tugevus on Tallinnas –0,06 ja Tartus –0,07

⁵⁴ Ravikindlustusseadus, § 69

⁵⁵ Määrus "Kiirabi ja perearstide koostöö ning tasaarveldamise kord"

⁵⁶ Intervjuu Falck Eesti AS päästedivisjoni juhataja U. Piiriga, PERH-i kiirabiüksuse juhataja J. Tšislovaga

⁵⁷ Intervjuu Sotsiaalministeeriumi abiministri K. Mandiga

⁵⁸ Intervjuu Haigekassa juhatuse liikme A. Vasega

⁵⁹ Linnas on tunnihind 200 kr, kui vahemaa on üle 20 km, on hind 7 kr/km.

seda tellib valdavalt Tartu Ülikooli Kliinikum (~90% kutsetest). Tellimine käib peamiselt kiirabi kaudu.⁶⁰ Kuna tavakodanikule on teenus suhteliselt kallis, siis seda palju ei kasutata.

Teatud lahenduse pakub ravikindlustuse seaduse nõue, et aastast 2005⁶¹ hakkab Haigekassa teatud transporditeenust rahastama (nt kompenseerima bussipileteid). Haigekassa juhatuse liikme sõnul ei saa see olla massiline, vaid seda tehakse ainult erakorralistel juhtudel.⁶² Käesoleva auditi ajal (juuni 2004) polnud Sotsiaalministeerium veel sellekohast määruse eelnõu välja töötanud.

Praegu on patsiendi transpordi korraldamine haiglasse jäetud perearsti ülesandeks. Sotsiaalministri määrusega on ette nähtud, et Haigekassa tasub pearaha arvel vajadusel haige veo eest haiglasse.⁶³ Sätestamata on aga tasumise kord.

Perearstil on kõige lihtsam korraldada transporti kiirabi kaudu. Kui tegu pole erakorralise transpordiga (kuulub kiirabi tööülesannete hulka), ei tohiks patsient ega perearst kasutada kiirabi. Samas on kiirabi ainuke tasuta võimalus haiglasse jõudmiseks. Riigikontrolli tehtud intervjuudes toodi esile juhtumeid, kus perearstid on soovitanud või lausa õpetanud, mida tuleb telefonis öelda, et kiirabi kohale tuleks. Üksikasjalikke kirjalikke juhendeid kiirabi kutsumiseks on brigaadid leidnud ka patsientide juurest telefoni kõrvalt.⁶⁴

Probleeme süvendab asjaolu, et Eestis ei pea patsient maksma kiirabi kutsumisel lisatasu (omaosalusmäär), kuigi seda tuleb teha nii perearsti koduviisiidil kui ka erakorralise meditsiini osakonda pöördumisel (maksta visiiditasu). Praeguse riikliku korralduse järgi on EMO-l õigus küsida 50-kroonist visiiditasu, kui patsient läheb ise EMO-sse kohale.⁶⁵ Seevastu kiirabi kutsumine on tasuta ning 50-kroonist tasu ei pea patsient maksma ka siis, kui kiirabi ta EMO-sse transpordib. Olukorrast tingituna ongi patsiendil kerge vigastuse/haiguse korral odavam tellida kiirabi kui pöörduda oma sõidukiga traumapunkti.

Sotsiaalministeeriumis valmis 2004. aasta jaanuaris “Ravikindlustuse seaduse muutmise ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse” eelnõu, kus muu hulgas tehti ettepanek kaotada visiiditasu vältimatu arstiabi eest (EMO-des). Eelnõu ei leidnud sotsiaalkomisjonis ja Riigikogus toetust, sest eelnõus puudus alternatiiv saamata jääva tulu kompenseerimiseks. Visiiditasu puudutava uue, parandatud eelnõu esitab Vabariigi Valitsus sügisel. Seni on EMO-l õigus küsida 50-kroonist visiiditasu.

Erinevate visiiditasude tõttu ei ole patsient motiveeritud kaaluma kiirabi kutsumise alternatiive, seepärast tuleks tasud ühtlustada. Samal ajal on omavastutus kiirabi kutsumisel mujal maailmas levinud ning seda rakendatakse, kui kutse pole meditsiiniliselt õigustatud või tuleb katta transpordikulud.

Näide. Patsiendi omavastutuse rakendamine

Kanadas: Kui tegu pole trauma või tõsise haigusjuhtumiga, peab patsient maksma keskmiselt 45 dollarit kutse kohta. Kui kutse pole meditsiiniliselt põhjendatud, peab patsient tasuma 240 dollarit. Arve kiirabiteenuse osutamise eest patsiendile esitab omavalitsus ning see välistab võimaluse, et kiirabiteenuse pakkuja võiks patsiendiga manipuleerida (<http://city.toronto.on.ca/ems>).

Saksamaal: Patsient tasub transpordikulude eest 13 eurot (~200 kr), kui teda on vaja haiglasse sõidutada (v.a alla teatud sissetulekupiiriga inimesed, sotsiaallabi saajad) (http://www.bmgs.bund.de/downloads/04_Krankenversicherung.pdf).

Rootsis: Kiirabitransport haiglasse (meditsiiniuasutusse) maksab 5,5–6,5 eurot (soodustused vanematele ning puuetega inimestele) (Health care systems in eight countries: trends and challenges. European Observatory on Health Care Systems).

⁶⁰ Tartu Kiirabi juhatuse liikme K. Paju vastus Riigikontrolli päringule

⁶¹ Ravikindlustuse seaduse § 64 ja 90 kohaselt jõustub sõidukulude hüvitis alates 01.01.2005. a.

⁶² Intervjuu Haigekassa juhatuse liikme A. Vasega

⁶³ Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetoodika. Sotsiaalministri 03.10.2002. a määrus nr 121

⁶⁴ Intervjuu Lõuna-Eesti Härekeskuse juhataja asetäitja U. Kohuga

⁶⁵ Ravikindlustusseadus, § 70 lg 1, § 72 lg 1

Teadlikult vale väljakutse või väljasõidu põhjustamise eest on patsienti võimalik karistada karistusseadustiku § 278 järgi rahatrahviga kuni kolmsada trahviühikut või arestiga. Väärteo kohtuväliseks menetlejaks on politseiprefektuur ja Päästeamet.⁶⁶ Trahv vale väljakutse eest on vajalik ka kiirabi-teenuse pakkujate arvates, kuid praeguse korralduse järgi halvasti rakendatav, kuna selle määramiseks peab brigaad ise tegema politseile avalduse, mis on aeganõudev ja tihti tülikas.⁶⁷ Seetõttu rakendatakse seda harva. Trahvi määramise lihtsustamine aitaks ohjeldada selliseid patsiente, kelle kutse on meditsiiniliselt täiesti põhjendamata või huligaanne. Samal ajal eeldab see nõuandva institutsiooni olemasolu, et patsient saab kahtluse korral küsida, kas kiirabi kutsumine on tarvilik või mitte. Seda funktsiooni võiks hakata täitma perearsti nõuandetelefon. Trahvi määramise lihtsustamine eeldab, et õigus seda määrata ning sisse nõuda on täpselt kokku lepitud.

Tavatranspordi kutsete arvu suurendavad ka haiglad. Kiirabi kasutamine haiglatevaheliseks transpordiks kergematel juhtudel ei ole vajalik, kuid on haiglatele mugav. Mitteerakorralistel või -eluotlikel juhtudel tuleks haiglatevaheliseks transpordiks kasutada muid vahendeid kui kiirabi. Selleks on ka Haigekassa ette näinud veoteenuse, mille eest makstakse 3 kr/km, kui kasutatakse tervishoiuteenuse osutaja sõidukit (va kiirabi).⁶⁸ Kui kiirabi tegeleb haiglatevahelise transpordiga, suurendab see tema hõivatust ja vähendab valmisolekut.

2.4. Puudub riiklik teavitus esmase erakorralise arstiabi saamise võimalustest

Ühe probleemiallikana näeb Riigikontroll vähest teavitustööd, mistõttu inimesed ei ole teadlikud oma võimalustest arstiabi saamisel ning kiirabi, perearstide ja EMO rollidest tervishoiusüsteemis. Ei teata, millal ja kuhu tuleb pöörduda, mida tuleks teha, kui oma perearst ei osutu sobivaks, keeldub koduvisiidist, kuidas küsida teisest arvamust jms. Ka kiirabi-teenuse pakkujad ise on maininud teavitustöö vajadust. Olulisena on välja toodud ka patsiendi teavitus: kuidas peaks andma informatsiooni oma olukorrast, asukohast ja mida saab patsient teha, et tagada võimalikult kiire abi kohalejõudmine.

Teavitustöö vähesuse näitena võib siinkohal tuua venekeelse elanikkonna, kes kasutab sagedamini kiirabi-teenuseid.⁶⁹ Põhja-Eesti Häirekeskuse juhataja hinnangul moodustavad üle poole kiirabi kutsujatest vene keelt rääkivad inimesed. Riikliku statistika järgi on Ida-Virumaal kiirabilt abi saanute arv 100 inimese kohta suurim.⁷⁰ Kuna puudub statistika kiirabi patsientidest rahvuste kaupa, on Riigikontrollil raske hinnata, kas tegu on pigem rahvusliku või piirkondliku eripäraga või mõlemaga koos, kuid probleemi võiks mõlemal juhul lahendada parema venekeelse teavitustööga perearsti ja kiirabi rollidest tervishoiukorralduses.

Tervishoiuamet ja Sotsiaalministeerium nimetavad peamiseks teavitusallikaks pressiteateid ning Interneti-kodulehekülgi (THA, Sotsiaalministeerium, Haigekassa). Lisaks vastatakse järelepärimistele ning teabenõuetele. Sellise teavituse tulemusena saavad infot inimesed, kes ise on teabest huvitatud, mistõttu see jõuab suhteliselt kitsa ringini. Mingil määral on kiirabi-teenuse pakkujate sõnutsi teavitusele kaasa aidanud Eesti Televisioonis näidatav kiirabi argipäevatööd kajastav saade “112”.⁷¹

Riigikontroll analüüsis 2002.–2004. aasta jooksul suurimates üleriigilistes päevalehtedes (Eesti Päevaleht, Postimees, Õhtuleht, Maaleht) ilmunud artikleid järgnevatel teemadel:

- Milliste probleemidega tuleks kiirabi kutsuda, millisel juhul pöörduda perearsti poole?
- Kas ja millisel juhul saab perearsti koju kutsuda?

⁶⁶ Karistusseadustik, väärteomenetlusseadustik

⁶⁷ Intervjuud kiirabi teenuste pakkujatega

⁶⁸ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu, § 10

⁶⁹ Intervjuu Tallinna tuletõrje- ja päästeameti peaarsti U. Valdjaga, Põhja-Eesti Häirekeskuse juhataja E Rinnega, EMOR-i uuring “Elanike rahulolust arstiabiga”

⁷⁰ Sotsiaalministeeriumi andmed

⁷¹ Intervjuu Tallinna Tuletõrje- ja Päästeameti peaarsti U. Valdjaga

- Kuidas saab küsida teisest arvamust perearsti pandud diagnoosi või ravi kohta?
- Perearsti vahetamise või kaebuste esitamise võimalus.
- Kas teatakse, et haiglate erakorralise meditsiini osakonda ehk traumapunkti tuleb ise kohale minna? Kus EMO-d asuvad? Milliste terviseprobleemidega tuleks EMO-sse pöörduda?

Nimetatud teemadel on Eesti Päevalehes ilmunud 22, Postimehes 27, Õhtulehes 6 ning Maalehes 3 artiklit. Valdav osa artiklitest on päevapoliitilised. Mõne üksiku artikli on kirjutanud perearstid, mõni intervjuu on tehtud tervishoiujuhtidega. Peale päevapoliitiliste sündmuste on artiklite ajendiks peamiselt häirekeskuse eksimused kutse riski hindamisel või talvine libedaperiood, mis suurendab õnnetuste arvu, ning sellega seoses räägitakse perearstiabi ja visiiditasudest. Artiklites on räägitud perearstiga telefoni teel konsulteerimisest, kuid otseselt pole antud infot selle kohta, kuidas küsida teisest arvamust või millisel juhul peaks pöörduma perearsti poole, millisel kiirabisse või EMO-sse. Seega, otsene ja teadlik teavitustöö vähemalt suuremates riigilehtedes on olnud puudulik.

Ettepanekud sotsiaalministrile

Kiirabibrigaadide töökoormuse vähendamiseks soovitame järgmist:

- **Töötada välja esmase erakorralise arstiabi korralduse mudel**, kus on arvestatud kõikide süsteemi osade koosmõju tervishoiuteenuse kättesaadavusele patsiendi jaoks. Mudel peaks korrastama kiirabi, perearsti, EMO-de ja transporditeenuse pakkumise tööjaotust ning parandama esmase erakorralise arstiabi kättesaadavust.
- **Määrata perearsti tööjuhendis kindlaks, millal perearst peab tegema koduvisiite ja millal võib ta koduvisiidist keelduda.** See aitab patsiendil selgemini teadvustada juhud, kunas perearst peab koduvisiidi sooritama ning ei ole vaja kutsuda kiirabi.
- **Tagada perearsti infotelefoni võimalikult kiire käivitamine**, et inimestel oleks võimalik saada arstlikku konsultatsiooni ka perearstide töövälisel ajal. Perearsti infotelefon aitab vähendada kergete kutsete osakaalu kiirabikutsete seas, luues patsiendile alternatiivi esmase abi saamiseks. **Juhul kui infotelefon ei aita vähendada kergete kutsete osakaalu, tuleb kaaluda suuremates linnades perearsti öövalve rakendamist.**
- **Lõpetada kiirabibrigaadide kasutamine patsientide transpordiks, kui selleks puudub erakorraline vajadus.** See aitab vähendada kiirabibrigaadide hõivatust ning tagab brigaadide parema valmisoleku neile pandud ülesannete täitmiseks. Lisaks võimaldab hoida kokku kiirabi põhitöös vajalikke ressursse
- **Töötada välja sõidukulude hüvitamise kord**, kus oleks selgelt sätestatud patsiendi võimalused saada transporditeenust tervishoiuasutusse ja tagasi, et vältida kiirabi kasutamist tavatranspordiks. Sõidukulude hüvitamine vähendab kutseid, kus kiirabi on tellitud ainult selleks, et jõuda tasuta haiglasse.
- **Tagada järelevalve kaudu, et kiirabi ei kasutata patsientide transpordiks ühest haiglast teise ilma erakorralise vajaduseta.** See võimaldab hoida kokku kiirabi põhitöös vajalikke ressursse ning vähendada kiirabi hõivatust.
- **Ühtlustada esmatasandi arstiabi lisatasud (visiiditasu) nii erakorralise meditsiini osakonnas (EMO-s) kui ka kiirabis.** Selleks tuleks kas ära kaotada visiiditasud (EMO-s) või rakendada lisatasu ka kiirabiga EMO-sse saabujale, et tagada patsientide võrdne kohtlemine (kui on tegu põhjendamata kiirabikutsetega). Kui kiirabi kutsumine on patsiendi jaoks tasuta ning ise

EMO-sse minnes tuleb maksta visiiditasu, soodustatakse olukorda, kus patsiendid on huvitatud kiirabi kutsumisest.

• **Lihtsustada vale kiirabiväljakutse, -sõidu korral rakendatava sanktsiooni määramist:**

- Tervishoiuametil töötada välja teadlikult valede kiirabiväljakutsete või -sõitude põhjustamise juhtumite fikseerimise kord.
- Sätestada kiirabibrigaadipidaja kohustus edastada Tervishoiuametile kõik andmed teadlikult vale kiirabiväljakutse või -sõidu põhjustamise kohta.
- Määrata Tervishoiuametile kohustus esitada politseiprefektuurile vääртеoteade teadlikult vale kiirabiväljakutse või -sõidu põhjustamisega seotud vääртеo kohta.

Sanktsiooni lihtsustamine võimaldab seda paremini rakendada, see omakorda vähendab meditsiiniliselt põhjendamata ja huligaanseid väljakutseid.

• **Koostöös Haigekassaga informeerida inimesi laiemalt teise arvamuse saamise õigusest ning kontrollida regulaarselt korraldatavate teadlikkuse rahuolu uuringute kaudu, kas nad on sellest teadlikud.** See võimaldab vähendada nende kutsete arvu, kus patsient on tellinud kiirabi, sest ei usalda oma perearsti pandud diagnoosi või raviotsust. Uuringutesse kaasamine annab ülevaate patsientide teadlikkusest oma õigustest.

• **Koostöös Siseministri ja Tervishoiuametiga tuleb teha aktiivset teavitustööd (sh vene keeles) inimeste seas, et selgitada neile järgmisi asjaolusid:**

- kiirabi ja perearstiabi tööjaotus (sh õigus teisele arvamusele);
- abi saamise võimalus haiglate erakorralise meditsiini osakonnast;
- EMO asukoht;
- juhud, kui peaks abi saamiseks kutsuma kiirabi, pöörduma EMOsse või perearsti poole;
- arsti väljakutsumise asemel arsti juurde minek on patsiendile kasulik (täpsema diagnoosi, uuringute tegemise jm võimalus);
- õige käitumine kiirabi kutsumisel.

Aktiivse teavitustöö tulemusel peaksid vähenema kiirabikutsed, mis ei kuulu kiirabitöö hulka.

Sotsiaalministri vastus

Sotsiaalministri sõnul on erakorralise arstiabi korraldus välja töötatud ja rakendatud. Vajalik on korrastada kiirabi, perearsti ja haigla vahelist tööjaotust, samuti analüüsida erinevate mudelite sidumise ning koostöö parendamise võimalusi.

Vastuses on nenditud, et koduvisiitide ja nendest keeldumise loetelu koostamine on võimalik, ning nõustatud, et kiirabi kuritahtliku väljakutsumise eest peaks olema võimalus rakendada sanktsioone.

Minister märgib, et EMOR-i uuringus “Elanike rahulolu arstiabiga” on alates 2003. a käsitletud patsientide teadlikkust ning eri aastatel küsimusi oluliselt ei muudeta. Teavitustööd teevad Eesti Haigekassa, Tervishoiuamet ning Sotsiaalministeerium klienditeenindajate, meedia ja Interneti kaudu.

Vastuses on toodud järgmised kavandatud või konkreetsed sammud:

- perearsti ööpäevaringse infotelefoni eeldatav käivitumine 01.01.2005. a;

- väljatöötatav eraldi teenus vanurite, laste, liikumispuudega jt patsientide transpordiks;
- läbirääkimised Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja Tervishoiuametiga mitmeerakorraliste abivajajate haiglatranspordi korraldamisel;
- algatatud uue haigete transporditeenuse juurutamine tervishoiusüsteemis;
- kava kaotada visiiditasu võtmine EMO-des. Seda arutatakse Vabariigi Valitsuses sügisel ravikindlustuse seaduse muudatuse raames.

Riigikontrolli seisukoht

Riigikontrollile jääb mitme ettepaneku vastuse puhul arusaamatuks, kas ja kuidas sotsiaalminister kavatses väljatoodud probleemidega tegeleda ning tehtud ettepanekuid rakendada. Kavandatud sammudest on konkreetsena välja toodud vaid kaks: infotelefoni käivitamine ning visiiditasu kaotamine EMO-des. Ülejäänud sammude puhul jääb selgusetuks, milline on tegevuskava ning mis ajaks plaanib sotsiaalminister kavandatu ellu viia.

3. Häirekeskuste tegevus kiirabiressursside kasutamisel

Kiirabi tööd mõjutab otseselt patsientide väljakutsetest saadud info täpsus. Kiirabi väljakutsete vastuvõtmine ja töötlemine on häirekeskuste ülesanne. Kuna häirekeskuste tööd korraldab siseminister ning kiirabi tööd sotsiaalminister, siis on oluline tagada koostöö kahe ministri vahel.

3.1. Puudub ühtne juhend kiirabikutsete töötlemiseks

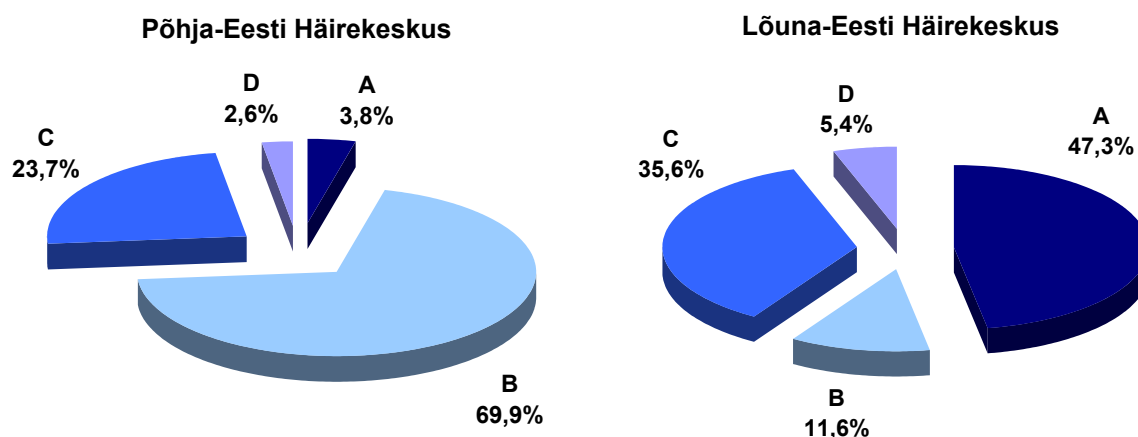
Valitsuse määruses on nimetatud kiirabi väljakutse neli prioriteediaset (vt lisa 2) ning antud iga prioriteedi üldine kirjeldus ja ajanorm, mille piires kutse tuleb brigaadile edastada.⁷² Kord, kuidas häirekeskuse dispetšer prioriteedi välja selgitab, on aga riiklikult reguleerimata: ühtne meditsiiniliste hädaabiteadete vastuvõtmise ja prioritseerimise juhend häirekeskuste jaoks puudub.

Häirekeskuste hindavad väljakutseid erinevalt

Ühtse korra puudumise tõttu töötavad häirekeskused erinevate tegevusjuhiste alusel. Põhja-Eesti Häirekeskus kasutab Rootsi algoritmi⁷³ tõlget ning kutsete töötlemiseks Tallinna Kiirabi väljatöötatud kutsete liigitamise süsteemi.⁷⁴ Lõuna-Eesti Häirekeskuses on kasutusel Eesti Kiirabi Liidu väljatöötatud juhend, mis eeldab, et dispetšer on meditsiiniharidusega.⁷⁵ Erineva juhendi ja liigitamistava tõttu erineb kahes häirekeskuses nii kiirabi väljasaatmise praktika, lähtudes määruses kinnitatud prioriteetidest, kui ka väljakutsete tüüpjuhtude jaotus. Üheks silmatorkavaks näiteks on avalikus kohas lamavate inimeste liigitus: Põhja-Eesti Häirekeskus kokkuleppe järgi on see C-prioriteediga kiire kutse⁷⁶, Lõuna-Eestis sõltub prioriteet kõrvalolijate antud kirjeldusest ja võib osutuda kergeks, s.o A- või B-prioriteediga kutseks. Ühtse juhendi puudumise tõttu ei ole võimalik koguda ka üle-eestilist ühtset statistikat, mille alusel võrrelda piirkondi omavahel, ega analüüsida kutseid prioriteetidest lähtudes.

Joonisel 6 on välja toodud kahe häirekeskuse prioriteetide jagunemine. Jooniselt on näha, et suurim erinevus kahe häirekeskuse töös seisneb kerge A- ja B-kutsete osakaalus. Kui Põhja-Eestis on A-prioriteet märgitud väljakutsetele 3,5% juhtudest, siis Lõuna-Eestis on seda tehtud 45% juhtudest. Kokku on Põhja-Eesti Häirekeskuses kergeid kutseid 73% ning Lõuna-Eesti häirekeskuses 56%.

Joonis 6. Kutsete jagunemine prioriteetide kaupa Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuses



Allikas: Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse 2003. aasta kutsed. Riigikontrolli analüüs

⁷² Vabariigi Valitsuse 23.01.2002. a määruse nr 44 "Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord", § 5

⁷³ Rootsis on parameditsiiniline kiirabi.

⁷⁴ Intervjuu Põhja-Eesti häirekeskuste esindajatega

⁷⁵ Ööpik, A. Erakorralise meditsiiniabi dispetšerite tööjuhised. Eesti Kiirabi Liit, 1999

⁷⁶ Meditsiiniteadete töötlemise juhendi projektdokument, intervjuu Päästeameti häirekeskuste osakonnas

Tabel 9 annab ülevaate häirekeskuse esialgse ja auditisse kaasatud eksperdi hinnangulise prioriteedi võrdlusest Põhja- ja Lõuna Eesti Häirekeskuses. Tabelist on näha, et kõige suurem erinevus kahe häirekeskuse hinnangute kattuvuses eksperdi hinnanguga on A- ja B-prioriteediga kutsetel.

Tabel 9. Esialgse prioriteedi kattumine hilisema prioriteediga

Prioriteet	Põhja-Eesti, %	Lõuna-Eesti, %	Erinevus, %
A	35,4	65,3	29,9
B	57,5	37,0	20,5
C	55,2	59,2	3,1
D	55,6	61,5	5,9

Allikas: Valitud brigaadide kiirabikaartide analüüs. Eksperdi hinnang

Kuna praegu ei ole reguleeritud väljakutsest keeldumise võimalust, jääb häirekeskuste dispetšeritel keeldumise korral risk süüdi jääda. Seetõttu saadetakse kiirabi igaks juhuks välja ka suhteliselt tühiste kutsete korral.

Kiirabikutsete töötlemise juhendi projekt venib

Meditšiinikutsete töötlemise juhendi väljatöötamiseks on siseminister moodustanud töörühma, mis koosneb Sotsiaalministeeriumi, Siseministeeriumi, Tervishoiuameti, häirekeskuste ja kiirabiteenuse osutajate esindajatest.⁷⁷ Töörühm on koostanud projektdokumendi, mis näeb ette vajaduse

- töötada välja ühtsed meditsiiniteadete tüüpjuhtumid;
- koostada igale tüüpjuhtumile vastavad algoritmid ja algoritmidevahelised seosed;
- koostada esmaabijuhendid;
- seadustada algoritmid ja esmaabijuhendid.

Juhendi väljatöötamise maksumuseks on töörühm hinnanud ligi 1,8 miljonit ning umbes niisama palju maksaks selle viimine digitaliseeritud kujule.⁷⁸ Seni ei ole kokku lepitud, kumma ministeeriumi eelarvest peaks vastav investeering tulema. Praegu ei ole selleks raha eraldatud ei Sotsiaal- ega Siseministeeriumi valitsemisala eelarvest, samuti ei ole kindlaks määratud täheaegu. Päästeameti hinnangul peaks juhendi väljatöötamist rahastama Sotsiaalministeerium ning hilisema digitaliseerimisega tegelema Päästeamet⁷⁹, Sotsiaalministeerium peab aga kogu projekti väljatöötamist ja rahastamist Siseministeeriumi kohustuseks⁸⁰.

3.2. Meditsiinilise ettevalmistusega dispetšereid on vähe

Kehtiva korra järgi võtab õnnetusteate häirekeskuses vastu päästekorraldaja, kes töötleb õnnetusteate ise või suunab ebaselge probleemiga meditsiinilist abi taotleva õnnetusteate edasiseks töötlemiseks valvearstile või meditsiinilise haridusega päästekorraldajale.⁸¹ Miinimumnõudena peab igas häirekeskuses olema vahetuses vähemalt üks valvearst või meditsiinilise haridusega päästekorraldaja ehk dispetšer, kuid norme häirekeskuse koosseisule ei ole esitatud.

Meditšiiniharidusega dispetšereid ei suudeta häirekeskustesse leida

Teistes piirkondades peale Tartu (Lõuna-Eesti Häirekeskus) ei suudeta dispetšerikohti meditsiiniharidusega töötajatega täita, Tartus on aga meditsiini personali rohkem ning piirkonna keskmine palk

⁷⁷ Siseministri 17.02.2003. a käskkiri nr 65

⁷⁸ Meditsiiniteadete töötlemise juhendi projektdokument, intervjuu Päästeameti häirekeskuste osakonnas

⁷⁹ Päästeameti vastus Riigikontrolli päringule

⁸⁰ Sotsiaalministeeriumi vastus Riigikontrolli päringule

⁸¹ Vabariigi Valitsuse 23.01.2002. a määrus nr 44 "Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord", § 4

väiksem.⁸² Enamasti töötavad häirekeskustes meditsiiniharidusega dispetšerid ning mitmes häirekeskuses ei ole iga valve ajal tööl vähemalt üht meditsiiniharidusega dispetšerit (nt Lääne-Eesti ning maakondlikud häirekeskused). Selle kompenseerimiseks on mitmele dispetšerile võimaldatud täienduskoolitust.⁸³

Lõuna-Eesti Häirekeskuses on valves regulaarselt 6 inimest, kellest 3 on pääste- ning 3 meditsiiniharidusega. Kokku on dispetšeritest meditsiiniharidusega 45%, osa neist töötab ka poole kohaga kiirabis. Sissetuleva kõne võtab esmalt vastu päästeharidusega dispetšer ning niipea, kui kõne seostatakse haiguse, valu või kiirabi vajadusele viitava väitega, suunatakse kõne ümber meditsiiniharidusega dispetšerile. Lõuna-Eesti Häirekeskuse andmetel kulub kiirabivajaduse väljaselgitamiseks ning kõne ümbersuunamiseks keskmiselt 8 sekundit, mis ei kahjusta väljakutse töötlemise kiirust.⁸⁴

Põhja-Eesti häirekeskus täidab vaid määruses esitatud miinimumnõuet: igas vahetuses töötab üks valvearst. Sissetuleva kõne võtab vastu meditsiiniharidusega päästekorraldaja ehk dispetšer, kes on saanud vastava 4-kuulise väljaõppe. Kõne suunatakse arstile eelkõige juhul, kui on vaja juhendada elustamist. Juhul kui arst on vaba, suunatakse kõne talle ka siis, kui päästekorraldaja ei suuda välja selgitada kutse põhjust või kui abivajaja vajab lihtsalt meditsiinilist nõustamist.

Meditsiiniharidusega päästekorraldajad nõustavad abivajajaid rohkem

Väiksem kergete kutsete osakaal Lõuna-Eesti Häirekeskuses näitab, et meditsiiniharidusega dispetšerid oskavad ja julgevad abikutsujaid rohkem telefonitsi nõustada ning saadavad kergete kutsete korral välja selle võrra vähem brigaade. Samuti viitab sellele ligi 10% võrra väiksem mittekiirabiliste kutsete osakaal Lõuna-Eesti Häirekeskuses võrreldes Põhja-Eesti Häirekeskusega (vt tabel 10).

Tabel 10. Kiirabiliste ja mittekiirabiliste kutsete osakaal Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuses

Häirekeskus	Kiirabitöö, %	Mittekiirabiline töö, %
Põhja-Eesti	75,3	24,7
Lõuna-Eesti	84,3	15,7

Allikas: Valitud brigaadide kiirabikaartide analüüs. Eksperdi hinnang

Häirekeskused hindavad paljude kutsete raskusastet üle

Kuna puudus on meditsiiniharidusega ettevalmistusega päästekorraldajatest, siis hinnatakse tihti kutsete raskusastet üle. Teatud osa ülehinnatud kutseid on loomulik vältimaks riski, et abist jääb ilma patsient, kes ei suuda olukorda piisavalt täpselt kirjeldada, kuid ülehindamise osakaal ei saa olla väga suur. Nendes riikides, kus on kasutusel arstlikud kiirabibrigaadid, hindab häirekeskus enamasti kõnesid eriti hoolikalt: millise raskusastmega on tegemist ning kas patsient vajab ilma arstita baastervishoiuteenust või arsti ja transpordivõimalusega abi. Näiteks on selline süsteem Itaalias.⁸⁵

Itaalias, kus häirekeskustes töötavad meditsiiniharidusega dispetšerid, analüüsiti kiirabi väljakutseid.⁸⁶ Analüüsiti 8602 “kollase” prioriteediga kutset, mille definitsiooniks on “seisund on kriitiline ning abiandmist ei tohi edasi lükata” ja mis sisuliselt vastab Eesti C-prioriteediga kutsele. Tabelis 11 on välja toodud nimetatud analüüsi võrdlus samalaadse analüüsiga, mille Riigikontroll tegi kiirabikaartide põhjal. C-prioriteediga kutsetest kattus hilisema prioriteediga mõlemas häirekeskuses tunduvalt vähem kutseid kui Itaalias.

⁸² Intervjuud Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse esindajatega, meditsiiniteadete töötlemise juhendi projektdokument

⁸³ Häirekeskuste ja Päästeamet vastus Riigikontrolli päringule

⁸⁴ Intervjuu juhataja asetäitja U. Kohuga.

⁸⁵ Pace, A. Trauma care systems in Italy. *Injury, International Journal of Care Injured* 2003, 34, 693–698

⁸⁶ Sama

Tabel 11. C-prioriteediga kutsete kattuvus hilisema prioriteediga Itaalias ja Eesti häirekeskustes

	Analüüsitud kutsete arv	Samaks jäänud kutsete osakaal, %	Ülehinnatud kutsete osakaal, %	Alahinnatud kutsete osakaal, %
Itaalia	8602	83,6	12,0	4,4
Põhja-Eesti	116	55,2	44,0	0,9
Lõuna-Eesti	103	59,2	37,9	2,9

Allikad: Kiirabikaartide analüüs (eksperdi hinnang)

Võrdlus Itaalia analüüsi tulemusega viitab, et Eesti häirekeskused ei suuda kutsete tegelikke prioriteete piisavalt korrektselt määrata. Peamine erinevus Itaalia häirekeskustega seisneb kutsete prioriteetide ülehindamises, samal ajal kui alahindamist esineb Eestis isegi vähem. Tulemused on nii Põhja- kui Lõuna-Eesti Häirekeskuses suhteliselt võrdsed. See aga näitab, et kuigi meditsiinitöötajatega häirekeskuses on tulemused mõnevõrra paremad, ei suuda isegi meditsiinipersonal korrektse juhendi puudumisel prioriteete selgelt määrata.

Andmeid kutsete prioriteetide kattuvuse kohta tuleks koguda regulaarselt, et hinnata häirekeskuste prioritseerimise adekvaatsust. Hetkel sellist infot riiklikult ei koguta ning ametlikult kinnitatud kiirabikaardil puudub ka lahter prioriteedi muutmise kohta.⁸⁷ Seega ei saa dispetšerid ametlikku tagasisidet oma tegevuse korrektsuse kohta, mis võimaldaks neil oma tööd parandada.

3.3. Häirekeskused töötlevad kutseid üle kehtestatud ajanormi

Üheks kiirabiteenuse osutamise tulemuslikkuse näitajaks on kiirabi kohalejõudmise aeg eri piirkondades.⁸⁸ Seda aega arvestatakse alates häirekeskuse poolt kutse edastamisest kuni kiirabi kohalesoitmiseni. Mitmes riigis – näiteks Austrias, Belgias, Saksamaal, Inglismaal ja Rootsis⁸⁹ – on kehtestatud normajad, mille jooksul alates abivajaja helistamisest peab kiirabibrigaad kohale jõudma. Sageli on eraldi sätestatud aeg kohalejõudmiseks linnas ja maapiirkonnas. Erinevates riikides on normajaks 15–25 minutit, linnapiirkonnas on see aeg lühem.

Näide. Inglismaal on eesmärgiks seatud 75% eluohtriku prioriteediga hinnatud kutsete korral kohale jõuda 8 minutiga ning mitteeluohtrikuks hinnatud kutsete korral jõuda kohale 95% juhtudest linnapiirkonnas 14 ja maapiirkonnas 19 minutiga. Eesmärgi täitmist jälgitakse erinevate piirkondade ja aja-perioodide kaupa. (Allikas: Ambulance Services, England: 2003–04, <http://www.dh.gov.uk>)

Šotimaal on tiheda asustusega piirkondades seatud eesmärgiks jõuda kohale 50% juhtudest 7 minutiga, 95% juhtudest 14 minutiga, keskmise rahvastikutihedusega piirkonnas vastavalt 8 (50%) ja 18 minutiga (95%) ning väikse rahvastikutihedusega piirkonnas 8 (50%) ja 21 minutiga (95%). (Allikas: The Scottish Ambulance Service: A Service for Life. NAO report 1999)

Sissejuhatuses on toodud kiirabi kohalejõudmise aeg kahe häirekeskuse piirkonnas 7, 15 ja 30 minuti kriteeriumeid arvestades (vt tabel 2). Kiirabi kohalejõudmise aega mõttes tuleb aga arvestada, et selles sisaldub ka aeg, mis kulub häirekeskuse dispetšeril kutse hindamiseks ning vaba brigaadi leidmiseks. Riigikontroll analüüsis Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse C- ja D-prioriteediga kutsete töötlemiskiirust, kus C-kutse puhul tuleb brigaad välja saata 4 ja D-kutse puhul 1 minuti jooksul (vt lisa 2). Tabelist 12 on näha, et Lõuna-Eesti Häirekeskuses on tunduvalt suurem nende kutsete osakaal, mis ületavad seaduses ette nähtud ajalimiite. See on ilmselt ka üheks pikema kohalejõudmise aja põhjuseks võrreldes Põhja-Eestiga. Samal ajal on võimalik, et erinevates häirekeskustes on kasutusel erinev ajasisestamise praktika ning osa tulemuste erinevusi võib tuleneda sellest.

⁸⁷ Sotsiaalministri 6. mai 2002. määruse nr 76 “Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord”, lisa 29

⁸⁸ *Call Response Time (CRT)*

⁸⁹ Ruppert, M. (2002) Emergency Medical Service in Germany and Europe. Ettekanne konverentsil International Conference on Safety in Transportation

Tabel 12. C- ja D-prioriteediga kutsete edastamise kiirus Põhja- ja Lõuna Eesti Häirekeskuses linna- ning maapiirkonnas

Piirkond	P-Eesti (Tallinn)	P-Eesti (Harju)	L-Eesti (Tartu)	L-Eesti (maa)
C-prioriteediga kutsete edastamine, %				
alla 4 minuti	89,0	87,2	54,9	60,6
4–15 minutit	8,9	6,9	39,8	35,9
15 minutit ja üle	2,1	5,9	5,4	3,5
D-prioriteediga kutsete edastamine, %				
alla 1 minuti	67,8	29,6	12,5	24,8
1–4 minutit	27,6	63,0	68,8	58,2
4–15 minutit	2,3	3,7	15,2	14,9
15 minutit ja üle	2,3	3,7	3,6	2,1

Allikas: Lõuna- ja Põhja-Eesti häirekeskuste viie nädala kutsed. Riigikontrolli analüüs

Tervishoiuamet ei ole seni häirekeskuste kutsete edastamise kiirust kontrollinud, operatiivkontrolli on teinud häirekeskused ise. Päästeameti hinnangul saab adekvaatset kontrolli häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle teostada alles pärast kutsete töötlemise juhendi väljatöötamist ning kinnitamist.⁹⁰

3.4. Häirekeskustel puudub info brigaadide asukohast reaalajas

Häirekeskustel peab olema pidev ülevaade kiirabibrigaadide asukohast ning kiirabibrigaadid on kohustatud teavitama häirekeskust oma asukohast ja tegutsemisvalmidusest, andes pidevalt teavet oma asukoha, vabanemise ja teeasumise kohta.⁹¹

Tulenevalt ülaltoodust saavad häirekeskused infot brigaadi paiknemise kohta, kui brigaad asub kiirabi-jaamas, abivajaja juures, haiglas ning kui ta vabanenud. Ülejäänud aja kohta teab häirekeskus vaid, et brigaad on teel ühest eelmainitud asukohast teise. Reaalajas teel olevate brigaadide asukohainfo puudub. GPS-i ehk automaatset asukoha määramise süsteemi kiirabiautodel ei ole ning brigaadide suuliselt edastatav asukohainfo ei põhine kaardisüsteemil.

Häirekeskustel puudub teave ka nende brigaadide asukohast, kes on jätnud häirekeskuse vastavalt määrusele teavitamata. Häirekeskuste edastatud andmetes puudus näiteks 10% juhtudest (Põhja-Eesti 5%, Lõuna-Eesti 18%) märke sündmuskohale jõudmise kellaja kohta, mistõttu on alust oletada, et puudus ka täpne asukohainfo. Kuigi märke brigaadide vabanemise aja kohta on enamasti kirjas, puudus nt Põhja-Eesti Häirekeskuses tagasi kiirabibaasi jõudmise aeg 32% juhtudest.

Väljakutsele saadab häirekeskus talle teadaolevalt abivajajale lähima brigaadi. See ei pruugi aga info puudulikkuse tõttu tegelikult abivajajale kõige lähemal asuda. Kiirabiteenuse pakkujad on välja toonud juhtusid, mil kutsele saadeti kaugem brigaad, sest info teise brigaadi lähemal asumise kohta puudus.⁹²

Tallinnas, kus brigaadid paiknevad suhteliselt lähestikku, on brigaadi täpse asukoha mitteteadmistest tulenev risk väiksem, kuid siiski olemas. Piirkondades, kus brigaadid paiknevad hõredalt, on brigaadide tegeliku asukoha info igal ajahetkel aga palju olulisem ning sellest võib sõltuda elustamise õnnestumine.

Ei omata ülevaadet teiste häirekeskuste piirkonnas olevate brigaadide asukohast

Problemaatiline on lähima brigaadi väljasaamine ka häirekeskuste piirkondade äärealadel. Inimene ühendatakse kiirabisse helistamisel selle häirekeskusega, kelle teeninduspiirkonnas ta parajasti asub, kuid see ei taga lähima brigaadi tema juurde saatmist. Näiteks ei saadeta Võsule mitte lähedal asuvat

⁹⁰ Päästeameti vastus Riigikontrolli päringule

⁹¹ Vabariigi Valitsuse 23.01.2002. a määrus nr 44 “Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord”, § 11

⁹² Intervjuud kiirabiteenuse osutajatega

Loksa brigaadi, vaid kaugemal olev Rakvere brigaad, sest kõne võtab vastu Lääne-Viru häirekeskus. See probleem väheneb praeguste osaliselt säilinud maakondlike häirekeskuste ühendamisel, kuid jääb ka nelja häirekeskuse korral alati püsima. Seetõttu on häirekeskusel vaja teada, kus asuvad naaberpiirkondade kiirabibrigaadid, et vajadusel neid välja saata.

Tabel 13. Häirekeskuste teeninduspiirkonnad ning nende ühendamine

Häirekeskus	Asukoht	Teeninduspiirkond
Põhja-Eesti (regionaalne)	Tallinn	Tallinn, Harju ja Rapla maakonnad (Raplamaa liitus 01.03.2004)
Lõuna-Eesti (regionaalne)	Elva	Põlva-, Võru-, Tartu-, Valga-, Jõgeva-, Viljandimaa (Võrumaa liitus 01.06.2004)
Ida-Eesti (regionaalne)	Jõhvi	Ida-Viru maakond (01.07.2004 liitub Lääne-Viru häirekeskus)
Lääne-Eesti (regionaalne)	Pärnu	Pärnu maakond, Läänemaa
Lääne-Virumaa	Rakvere	Lääne-Viru maakond (01.07.2004 ühineb Ida-Eesti häirekeskusega)
Järvamaa	Paide	Järva maakond (liitub Põhja-Eesti Häirekeskusega vähemalt aastaks 2007)
Saaremaa	Kuresaare	Saare maakond (liitub Lääne-Eesti Häirekeskusega vähemalt aastaks 2007)
Hiiumaa	Kärdla	Hiiu maakond (liitub Lääne-Eesti Häirekeskusega vähemalt aastaks 2007)

Allikas: Päästeamet, häirekeskused

Häirekeskuste ühendamine suurendab vajadust brigaadide positsioneerimise järele

Kõikide brigaadide reaalsest asukohast ülevaate saamine muutub tähtsaks häirekeskuste ühendamisel ning nende teeninduspiirkonna suurenemisel. Kui häirekeskuste süsteemi väljatöötamise algusaegadel oli Eestis 15 maakondlikku häirekeskust, siis nüüdseks on jäänud 4 regionaalset ja 4 maakondlikku häirekeskust. Täpsemalt on häirekeskuste asukoht, nende teeninduspiirkond ja ühendamine välja toodud tabelis 13. Ühelt poolt parandab häirekeskuste ühendamine äärealade probleemi, kuid muudab keerulisemaks päästekorraldajate töö. Kui maakondlikes häirekeskustes on päästekorraldajate hallata suhteliselt vähe kiirabibrigaade (nt Järvamaal 2), siis suurtes regionaalsetes häirekeskustes on igal päästekorraldajal vaja ülevaadet omada rohkem kui paarikümne brigaadi asukohast. Niisamuti muutuvad ühendamisel suuremaks häirekeskuste piirkonnad ning ühe maakonna tundmisest ei piisa. Seega muutub järjest vajalikumaks brigaadide edastatava asukohainfo sidumine kaardiga.

Ettepanekud sotsiaalministrile

Kiirabi väljakutsete kvaliteetsemaks töötlemiseks ning seeläbi kiirabi ressursi paremaks kasutamiseks soovitame järgmist:

- **Koostöös siseministriga tagada kiirabi väljakutsete töötlemise ühtse juhendi võimalikult kiire väljatöötamine ning kasutusele võtmine kõigis häirekeskustes.** Ühtne ja ametlik juhend vabastab häirekeskuse dispetšeri vastutusest juhul, kui ta keeldub brigaadi välja saatmast põhjendamata kutse korral, ning annab kindluse, et raskeid kutseid töödeldakse vajaliku tähelepanu ja kiirusega. Lisaks võimaldab see koguda objektiivseid andmeid ning analüüsida erinevaid piirkondi võrreldavate andmete alusel.
- **Koostöös siseministriga tagada, et abivajajale saadetakse raske prioriteediga väljakutse korral lähim kiirabibrigaad, sõltumata brigaadi teeninduspiirkonnast.** See võimaldab vähendada kiirabi reageerimisaegu, eriti maapiirkonnas, kus brigaadid asuvad hõredamalt, ning suurendada kiirabiteenuse kättesaadavust.
- **Koostöös siseministriga tagada päästekorraldajate meditsiiniline ettevalmistus.** See tagab erinevate häirekeskuste päästekorraldajate ühtlase taseme ning parandab kutsete töötlemise kvaliteeti.
- **Tagada koostöös siseministriga järelevalve häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle ning vajadusel muuta olemasolevaid kutsetöötlemise ajanorme realistlikumaks.** See võimaldab saada ülevaadet kiirabi reageerimisajast ning leida kiirabi viibimise korral selle põhjus.

Sotsiaalministri vastus

Sotsiaalminister ütleb oma vastuses, et kiirabi väljakutsete töötlemise juhendi valmimist koordineerib peamiselt Siseministeerium ning et ta on valmis koostööks ja toetab vajadusel Siseministeeriumi algatatud rahataotlust.

Järelevalve tagamisel lubab minister suurendada Sotsiaalministeeriumi (Tervishoiuameti) rolli järelevalves, öeldes, et praegu juba teostab Siseministeerium vastavat järelevalvet üldises korras.

Riigikontrolli seisukoht

Kiirabikutsete töötlemise ühtse juhendi väljatöötamise küsimus peab saama lahenduse. Kuna tegemist on ministeeriumideülese valdkonnaga, mille lahendamisel pole ministrid kokkuleppele jõudnud, soovitab Riigikontroll sotsiaalministril ja siseministril pöörduda selle küsimusega Vabariigi Valitsuse poole.

4. Kiirabivaldkonna juhtimine

Kiirabi töö korraldamine on sotsiaalministri ülesanne. Seda ülesannet täidab Tervishoiuamet, kus on erakorralise meditsiini osakond. Osakonna ülesannete hulka kuulub kiirabi tegevuse ja hädaolukorras valmisoleku korraldamine ning järelevalve kiirabiteenuse pakkujate üle.⁹³

4.1. Statistika kogumine kiirabi töö kohta on puudulik

Mitmed kiirabiga seotud probleemid jäävad väideteks, kuna puudub elementaarne statistika, mis hõlmaks nii kiirabi kui ka kogu esmatasandi tervishoiuteenuste süsteemi: kiirabi-perearst-EMO. Näiteks ei teata perearsti koduvisiitide sooritamise mõju kiirabikutsetele: kiirabikutset iseloomustama jääval kiirabikaardil on olemas spetsiaalne lahter, kuhu tuleks märkida patsiendi perearst, kuid seda täidetakse vähe. Kuna seda ei täideta, on raske analüüsida kahe süsteemi seoseid (ka rahaliselt). Kuigi peatükis 2.2 on analüüsitud kiirabikutseid Tartu ja Tallinna perearstide nimistute põhjal, on vastavad andmed üldjuhul raskesti kättesaadavad (vajavad eraldi päringut) ning omavahel halvasti seotavad.⁹⁴ Seega ei ole kättesaadav statistika piisav, et analüüsida, miks on ligi kolmandik kiirabikutseid mittekiirabilise iseloomuga ning milline on selle mõju süsteemi kogukuludele. Samuti ei koguta riiklikult andmeid, mille põhjal analüüsida häirekeskuste tegevust üldiselt, ega teata, kui kiiresti jõuab kiirabi kohale. Käesolevas auditis on seda eraldi päringu alusel saadud andmete põhjal analüüsitud peatükkides 3.2 ja 3.3.

Probleemina võib lisaks välja tuua ka statistika puudumise ravikindlustuseta inimeste kiirabi kasutamise kohta. Perearstiabi saavad ainult need, kes on võimelised selle eest maksma; need, kellel võimalused puuduvad, saavad tasuta esmatasandi abi sisuliselt ainult kiirabilt. Kuna kiirabi annab abi kõigile hoolimata kindlustatusest⁹⁵, ei ole siiani vastavasisulist statistikat kogutud. Seega pole analüüsitud, kas praegune korraldus on ressursside kasutamisest lähtudes kõige tõhusam. Perearstide selts on teinud ettepaneku, et riik peaks tagama perearstiabi ka kindlustamata isikutele⁹⁶, kuid kuna puudub korrektne statistika, on võimatu hinnata, milline oleks optimaalne lahendus.

Kokkuvõttes tuleks riigil analüüsida kiirabi tööd põhjalikumalt ja süsteemsemalt: milline on kiirabi töö prioriteetide lõikes, arvestades ka piirkondi ning seda, millistel kellaaegadel, nädalapäevadel on kiirabi koormatus suurem/väiksem; kas järgitakse kohalejõudmise norme raskete kutsete korral; kui kaua kestab kiirabi väljakutse; kui hea on häirekeskuse ülevaade brigaadide liikumisest; kuidas mõjutavad kiirabiteenuse osutamist vastuvõetavad otsused teistes tervishoiuvaldkondades jne. Kõiki neid aspekte tuleb teenuse efektiivsema osutamise nimel jälgida.

4.2. Pole suudetud korraldada kiirabikonkurssi ega uuendada lepinguid

Sotsiaalminister kinnitas oma 07.03.2003. a määrusega nr 43 kiirabi osutajate valimiseks avaliku konkursi korraldamise korra. Järgnevalt on välja toodud konkursi kulg⁹⁷:

- 18.03.2003. a kuulutas Tervishoiuamet sotsiaalministri määruse alusel konkursi välja. Konkursil osalemise sooviavalduse esitamise tähtaeg oli 14.04.2003. a ja pakkumiste esitamise tähtaeg 23.05.2003. a kell 16.00.
- 22.04.2003. a otsustas kiirabikonkursi komisjon konkursi tähtaega pikendada kuni 1. oktoobrini 2003. a.
- 08.09.2003. a otsustas komisjon edasi lükata pakkumiste esitamise tähtaja.

⁹³ Sotsiaalministri 6. septembri 2001. a määruse nr 96 "Tervishoiuameti põhimäärus"

⁹⁴ Ainukesena kogub infot perearstide nimistute liikmete sooritatud kiirabikutsete arvu kohta Tartu Kiirabi.

⁹⁵ "Õigus saada kiirabiteenust on igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival isikul." Tervishoiuteenuste korraldamise seadus

⁹⁶ Intervjuu Eesti Perearstide Seltsi esimehe M. Tiigiga

⁹⁷ Tervishoiuameti vastus Riigikontrolli päringule

- 01.06.2004. a otsustas kiirabi konkursi komisjon tunnistada kiirabi avaliku konkursi pakkumismenetluse kehtetuks.

Konkursi tähtaegade edasilükkamise põhjused on kiirabi komisjoni 22. mai 2003. a protokollil alusel kokkuvõttlikult järgmised:

- vajadus enne avaliku konkursi jätkamist logistika üle vaadata;
- kiirabi eelarve on kulupõhine, samas ei ole ülevaadet kiirabi tegelikust senisest rahade kulutamisest;
- konkursi pakkumiste hindamiseks puudusid täiendavad kriteeriumid – pole argumente teenuse osutaja väljavalimiseks ega kellelegi äraütlemiseks, kui piirkonnast on mitu pakkujat;
- läbi olid töötamata riigi kiirabibrigaadide loomise võimalused kiirabi jätkusuutlikkuse tagamiseks.

8. septembri 2003. a komisjoni istungiks oli Tervishoiuamet analüüsinud kiirabikutseid Põhja-Eesti häirekeskuse teeninduspiirkonnas ning teatud määral kiirabi majanduslikku tegevust. Samas peeti üheks konkursi korraldamise takistuseks vastuvõtmata riigieelarvet, mistõttu valitses kindlusetus ka kiirabi eelarve osas. Otsustati analüüsida Tallinna-Harju regiooni baasil riigi kiirabi loomise võimalusi ja kutsuda kokku töörühm riigi kiirabi moodustamiseks. Konkursi korraldatakse aga regioonide kaupa, mis võimaldab Tallinna-Harju piirkonna jätta viimaseks.

Komisjoni istungi protokollide analüüsi alusel on seega konkursi läbikukkumise üheks põhjuseks selleks vajalike analüüside teostamata jätmine. Kuigi konkursi edasilükkamise ajaks ei olnud brigaadipidajad oma pakkumisi edastanud, oli enamik brigaadipidajaid konkursi peatamise ajaks nõuete kohase, väga detailse ja põhjaliku pakkumise asjatult ette valmistanud. Seoses konkursi tähtaja pikene misega pikendas Tervishoiuamet olemasolevaid, 2002. aastal Tervishoiuameti poolt Sotsiaalministeeriumist üle võetud lepinguid kiirabipakkujatega. Vanu lepinguid täiendati uute lisadega Tervishoiuameti peadirektori käskkirjadega 28. aprillil 2003. a, 25. juulil 2003. a, 29. oktoobril 2003. a ning 13. jaanuaril 2004. a.⁹⁸ Seega ei ole ka kiirabiteenuse osutajatega sõlmitud lepinguid võrreldes 2002. aastaga sisuliselt muudetud ega uuendatud.

Praeguste lepingute halva kvaliteedi toob välja ka 2003. aasta lõpus Sotsiaalministeeriumi siseauditi osakonna korraldatud Tervishoiuameti audit⁹⁹, kajastades ka vastava kompetentsi puudumist era-korralise meditsiini osakonnas. Auditi järeldused on järgmised:

- Eraldiste jaotamine kiirabibrigaadipidajate vahel ei toimu selgetel ja kindlatel alustel.
- Kiirabibrigaade ei ole seoses kiirabikonkursi korraldamisega rahastatud kooskõlas kehtivate õigusaktidega.
- Protseduurireeglid rahade kasutamise üle otsustamiseks ja raha eraldamiseks ei ole piisavad.
- Kiirabibrigaadi pidajatega sõlmitud lepingud on üldsõnalised. Lepingus ei ole sätestatud Tervishoiuameti õigust ja kohustust kontrollida kiirabi tegevust ning kiirabile eraldatud summade sihipärast kasutamist.

4.3. Väljatöötatud kiirabilogistikat ei ole järgitud

Sotsiaalministeeriumi tellitud ja Eesti Kiirabi Liidu välja töötatud kiirabi logistikadokumendi¹⁰⁰ järgi oli Eestis 2001. aastal 87 kiirabibrigaadi, sama arvu sätestab ka kehtiv ministri määrus¹⁰¹. Praegu on Eestis 90 brigaadi.

⁹⁸ Tervishoiuameti peadirektori käskkirjad vastavalt nr 13, 17, 20 ja 3

⁹⁹ Sisekontrollisüsteem Tervishoiuametis. Sotsiaalministeeriumi siseaudit nr 11-2/7-2003

Tabelis 14 on toodud logistikadokumendis plaanitud peamised muudatused, mille toimumisajaks oli kavandatud enamasti 2002. või 2003. aasta ning võrreldud neid olukorraga käesoleval, 2004. aastal. Juurde on plaanitud luua 1 brigaad nii Harjumaal, Jõgeva-, Järva-, Pärnu-, Tartu- kui ka Võrumaal. Üheski nimetatud maakonnas brigaadi juurde loodud ei ole, seevastu on aga Harjumaal juurde loodud koguni 3 brigaadi, mistõttu Tallinnas on nüüd reanimobiile arvestamata endise 14 asemel 16 brigaadi, kuigi kiirabipidajad on väitnud, et Tallinnas saaks hakkama ka 14 brigaadiga.¹⁰² Ümber paigutada oli kavandatud brigaad Järva, Lääne-Viru, Pärnu, Viljandi ja Võru maakonnas, kuid neist üheski ei ole seda tehtud. Järvamaal on kavandatud 3 brigaadi asemel 4 brigaadi. Reanimobiilibrigaadiks on muutmata brigaadid Ida-Virumaal ja Pärnumaal.

Kuigi nii kiirabi arengudokument¹⁰³ kui ka praegused tervishoiujuhid on välja toonud vajaduse seoses muudatustega haiglavõrgus kiirabibrigaadide paiknemine üle vaadata¹⁰⁴, pole uut analüüsi tehtud. Seega ei ole ka kindlust, kas algselt logistikadokumendist erinevad muudatused tagavad teenuse parima kättesaadavuse ja tõhususe. Samuti pole analüüsitud, mida on toonud kaasa plaanitud muudatuste tegemata jätmine.

Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja sõnul on enamiku muudatuste tegemata jätmise põhjuseks kiirabikonkursi läbikukkumine, mille tõttu on pikendatud vaid olemasolevaid lepinguid.¹⁰⁵

Tabel 14. Logistikadokumendis ette nähtud suuremad muudatused brigaadide paiknemises

Maakond	Kavandatud muudatus	Eeldatav realiseerimisaeg ja maksumus	Tegelik olukord aastal 2004
Harjumaal	Tallinnas 14 brigaadi asemel 15 brigaadi või 1–3 brigaadi sulgemine öösel ja lisamine päeval	Kohe, lisaraha ei vaja	16 (+ 1 Viimsis) brigaadi, osaajalisi brigaade pole. Kulu: 3 brigaadi rahastamine
Ida-Virumaa	Tuua 1 Jõhvi või Puru brigaadidest Iisakusse	2002, vajalik esmane investeering 200 000 kr baasi loomiseks	Asendust ei toimunud, kuni aprillini 2004 töötas kaheliikmeline brigaad
	Muuta üks brigaad reanimobiilibrigaadiks		Reanimobiili maakonnas ei ole
Jõgevamaal	Avada lisabrigaad Jõgeval	Jõgeva haigla sulgemisel, esmane investeering 500 000 kr, edasi brigaadi maksumus	Lisabrigaadi ei ole loodud, kuigi Jõgeva haigla on muudetud kohalikuks haiglaks, kuhu ei hospitaliseerita
Järvamaal	1 Paide kiirabibrigaad paigutada Mäo risti suurema liiklusköormusega ajaks	2002, 100 000 kr baasi loomiseks	Pole üle viidud
	Avada brigaad Türil	2003, esmaselt 700 000 kr, edasi 1 brigaadi maksumus	Pole avatud
Pärnumaal	Viia Pärnu brigaad Häädemeestele	2002, avamiseks 200 000, edasi brigaadi maksumus	Pole üle viidud
	Avada Pärnus lisabrigaad	2003, avamiseks 500 000 kr, edasi brigaadi maksumus	Pole avatud
	Muuta üks Pärnu kiirabibrigaad reanimobiilibrigaadiks	2003	Reanimobiili maakonnas pole
Raplamaal	Säilitada 3 brigaadi (Rapla, Kohila, Märjamaa)	2002	4 brigaadi (Raplas 2)
Tartumaa	Avada osalise tööajaga (12 t) brigaadid Tartu ja Elvasse	Esmane investeering 1 mln kr, edasi kokku 1 brigaadi rahastamine	Pole avatud
Viljandimaa	Viljandi 1 brigaad tuua kesklinna	2002, esmane investeering baasi loomiseks	Pole üle viidud
Võrumaal	Avada brigaad Vastseliinas	2003, vajalik esmane investeering 700 000 kr, edasi 1 brigaadi rahastamine	Pole avatud

Allikas: Eesti kiirabi logistika, 2001

¹⁰⁰ Eesti kiirabi logistika. Eesti Kiirabi Liit, 2001

¹⁰¹ Sotsiaalministri 19. detsembri 2001. a määrus nr 135 "Riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arvud", § 2 lg 1

¹⁰² Kiirabi avaliku konkursi komisjoni 22. mai 2003. protokoll nr 3

¹⁰³ Eesti kiirabi arengukontseptsioon 2000–2010

¹⁰⁴ Kiirabi avaliku konkursi komisjoni 22. mai 2003. protokoll nr 3

¹⁰⁵ Intervjuu Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja H. Giliga

4.4. Reguleerimata on olulised valdkonnad

Puudub selgus reanimobiilibrigaadide kasutamise osas

Lisaks arsti- ja õebrigadele pakuvad kiirabiteenust reanimobiilibrigaadid. Sotsiaalministri määrus “Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend” määrab reanimobiilibrigaadi juhiks anestezioloogi või erakorralise meditsiini arsti ning esitab lisavarustuse nõuded reanimobiilibrigaadile võrreldes tavalise kiirabibrigaadiga. Seega on kehtivate määrustega reguleeritud küll reanimobiilibrigaadide nõuded, kuid mitte nende kasutamine ja eesmärk.

Tallinna kiirabi logistikadokument¹⁰⁶ kirjeldab reanimatsioonibrigaadi erinevust muust brigaadist personali pideva statsionaarse kogemusega ja seega parema kvalifikatsiooniga, millest tulenevalt tuleks reanimobiile saata välja eelkõige raskete väljakutsete korral.

Ühtse kasutamiskorra puudumisest tulenevalt kasutakse Lõuna- ja Põhja-Eesti häirekeskuse piirkonnas reanimobiile väga erinevalt (vt ka tabel 15).

Tabel 15. Lõuna- ja Põhja-Eesti reanimobiilide tööprofili võrdlus piirkondade kõikide brigaadide väljakutsetega

	Kergete kutsete osakaal, %	Kutsete arv brigaadi kohta päevas	Häirekeskuse teavitamine väljasõitudest
Lõuna-Eesti lastereanimobiil	–	1,1	ei
Lõuna-Eesti haigla EMO reanimobiil	–	–	ei
Lõuna-Eesti tavatööd tegev reanimobiil	11,4	6,3	jah
Kõikide Lõuna-Eesti brigaadide keskmine	59,0	7,0	–
Põhja-Eesti lastereanimobiil	–	1,0	ei
Põhja-Eesti reanimobiil 1	47,6	4,1	jah
Põhja-Eesti reanimobiil 2	61,8	2,1	jah
Kõikide Põhja-Eesti brigaadide keskmine	75,9	9,9	–

Allikas: Põhja-Eesti Häirekeskus, Tervishoiuamet

Tartus teeb üks reanimobiilidest tavalist kiirabitööd ning selle tööd juhitakse häirekeskuse kaudu. Reanimobiilibrigaadi rakendatakse tavabrigaadiga võrreldes rohkem raskemate juhtude korral. Teine Tartu reanimobiil asub haigla EMO-s ning selle väljasõite koordineerib valvearst. Selle brigaadi väljasõit on aeganõudev, mistõttu seda kasutatakse peamiselt transpordiks.¹⁰⁷ Häirekeskusele selle reanimobiili väljakutsete kohta teavet ei edastata, mistõttu häirekeskusel ei ole brigaadi väljasaatmiseks operatiivinfot.

Tallinnas transpordivad mõlemad reanimobiilid patsiente peamiselt ühest haiglast teise ning sõidavad välja piirkondlike haiglate arstide väljakutse alusel.¹⁰⁸ Reanimobiilid teavitavad Põhja-Eesti Häirekeskust oma väljasõitudest ning neid kasutatakse osaliselt ka teeninduspiirkonna siis, kui teised brigaadid on hõivatud. Tegelikult on häirekeskusel reanimobiili saatmine väljakutsele aga raske ning seda juhtub harva, sest transporditööd tehes viibivad reanimobiilid tihti Harju maakonnast väljaspool. Suur kergete kutsete osakaal nende reanimobiilide korral näitab, et parema varustuse ning kvalifikatsiooniga brigaade kasutatakse suhteliselt palju erakorralist transporti mittevajavateks sõitudeks.

Lastereanimobiile rakendatakse mõlemas piirkonnas vähe: keskmiselt 1 kutse päevas. Häirekeskuseid lastereanimobiilide väljasõitudest ei teavitata.

¹⁰⁶ Tallinna kiirabiteenistuse funktsionaalse logistika skeem. 2001

¹⁰⁷ Intervjuu Lõuna-Eesti Häirekeskuse juhataja asetäitja U. Kohuga

¹⁰⁸ Intervjuu Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja H. Giliga, päring Põhja-Eesti Häirekeskusest

Kiirabiteenuste osutamine massiüritustel on reguleerimata

Massiüritus on mis tahes ruumis või piiratud alal vabas õhus inimeste massilise kogunemisega seotud üritus, kus korraga viibib üle 50 inimese.¹⁰⁹ Praegu ei ole riik reguleerinud, kuidas korraldatakse massiürituste meditsiiniline julgestamine: kes pakub teenust, kas selleks kasutatakse tavabrigaadi või rakendatakse lisabrigaad(e), kes kannab kulud, kas maksumaksja või korraldaja jne. Tervishoiuameti hinnangul peab meditsiinilise julgestuse olemasolu korraldama ja kulud kandma ürituse korraldaja, kuid määruse puudumisel on siiani mitmel üritusel jäetud meditsiiniline järelevalve maksumaksja kanda (st ürituse korraldaja ei ole eraldi lepinguga ostnud kiirabiteenust või on teinud seda minimaalselt). Kui tegu on massiüritusega, siis piirkonda alaliselt teenindav brigaad ei pruugi olla võimeline tagama kogu abi vajadust, eriti kui tegu on suure riskiga üritusega. Kui midagi juhtub, siis ka kulud suurenevad märgatavalt ning ei ole selge, kes peaks need kandma. Seetõttu peaks vähemalt kommertsürituse korraldajal olema riigi poolt määratud kohustus teha meditsiiniline riskianalüüs ning tagada üritusel piisav meditsiiniline julgestus.

Näitena võib siinkohal tuua 29.–30. mail 2004 korraldatud ürituse “Tallinn Airshow”, mis oma iseloomult oli suure riskiga massiüritus, kuid üritusel puudus meditsiiniline julgestus.¹¹⁰

Ettepanekud sotsiaalministrile

Kiirabi valdkonna paremaks juhtimiseks soovitame järgmist:

- **Koguda regulaarselt brigaadipidajatelt andmeid, et tagada kiirabi tööst ja nende klientidest selge ülevaade.** Soovitame lisaks praegu kogutavatele andmetele koguda statistikat ka järgmiste teemade kohta:
 - Kindlustamata inimeste tehtud kutsete prioriteet ja arv.
 - Erineva prioriteediga kiirabikutsete arv perearstide/aja/piirkonna kaupa.
 - Kiirabibrigaadi ajaline hõivatus, läbisõidetud kilomeetrid.
 - Kiirabibrigaadide kohalejõudmise aeg erinevates piirkondades, sh aeg, mis kulub häirekeskustel kutsete töötlemiseks.
 - Häirekeskuste antud prioriteetide kattumine tegelike prioriteetidega.
- **Koostöös Haigekassaga tagada kiirabiandmete võrdlemine perearsti töö näitajatega** (visiitide arv, koduviisiitide arv, kindlustamata isikute arv ja sooritatud visiidid). Andmete võrdlemine võimaldab hinnata perearstide tööd ning võtta vastu seda puudutavaid otsuseid.
- **Määrata kindlaks kiirabireanimobiilide kasutamise eesmärk ja kord ning tagada nende juhtimine häirekeskuse kaudu.** See kindlustab esiteks, et reanimobiile kasutatakse abibrigaadina raskete kutsete korral ning nad ei sõida pikkadele kerge prioriteediga kutsetele, ning teiseks tagab häirekeskustele võimaluse kogu ressursi optimaalseks kasutamiseks.
- **Töötada välja massiürituste meditsiinilise julgestamise kord.** See tagab selge kiirabibrigaadide kasutuse ja tasustamise massiüritustel ning garanteerib inimestele vajaliku abi.
- **Suurendada Tervishoiuameti kompetentsi lepingute koostamisel ja nende täitmise kontrollimisel.** Teha selles vallas koostööd pikaajalise kogemusega Haigekassaga. See

¹⁰⁹ Siseministri 8. septembri 2000. a määrus nr 55 “Tuleohutuse üldnõuded”

¹¹⁰ Intervjuu Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja H. Giliga

võimaldab ennetada edaspidi selliseid olukordi, kus juba väljakuulutatud kiirabikonkursi tähtaeg lükatakse edasi ja hiljem lõpetatakse konkurss, ning täiendada teenusepakkujatega sõlmitud lepinguid.

- **Vaadata perioodiliselt üle logistiline skeem ja kiirabibrigaadide arvu määrus**, arvestades tervishoiupoliitilisi otsuseid ning rahvastiku ja haiglavõrgu paiknemise muutusi. See võimaldab teha otsuseid, mis muudavad tervishoiusüsteemi kogukulutused väiksemaks.

Sotsiaalministri vastus

Sotsiaalminister toob vastuses välja, et on juba alustatud tervisestatistika süsteemi kaasajastamist ja vastavusse viimist rahvusvaheliste nõuete ning kaasaegsete tehnoloogiliste võimalustega. Ühtlasi selgitatakse peamisi tehnilisi muudatusi, mis tulevikus võimaldavad kasutajal ise endale meelepärased andmeridu moodustada ning analüüsi teostada.

Minister lubab koostöös Tervishoiuametiga täpsustada reanimobiili kasutamise korda ja eesmärki.

Sotsiaalminister nõustub ettepanekuga, et on vaja täpsustada massiürituste meditsiinilise julgestamise korda, kuid selle väljatöötajana ning peamise koordineerijana näeb ta Siseministeeriumi.

Tervishoiuameti kompetentsi suurendamiseks on Tervishoiuametis vastamise ajaks täidetud seni täitmata õigusosakonna töötaja ametikoht ning edaspidi hinnatakse järjepidevalt ameti tegevust kiirabi korraldamisel.

Minister nõustub seoses tervishoiusüsteemis toimunud muudatustega, et vaja on üle vaadata ka kiirabi logistiline skeem. Valminud on kiirabibrigaadide arvu määrase muudatuse eelnõu, kus rahastatavate brigaadide arv on muudetud.

Märt Kivine
Peakontrolör
Tulemusauditi osakond

Lisad

1. Auditi aruandes kasutatud mõisted

Arstibrigaad – kiirabibrigaad, mida juhib erakorralisele meditsiinile spetsialiseerunud või erakorralise meditsiini residentuuri läbinud arst.

EMO ehk **erakorralise meditsiini osakond** – üldhaiglas, keskhaiglas ja piirkondlikus haiglas asuv ööpäev ringi avatud üksus, mis osutab erakorralist tervishoiuteenust.

Esmane erakorraline arstiabi – esmane erakorraline arstiabi, mida pakuvad kiirabi, EMO ning perearst.

Häirekeskus – Päästeameti asutus, mis võtab ööpäev ringi vastu õnnetusteateid kiirabi vajavate jt kannatanute kohta ning annab väljasõidukorraldusi kiirabibrigaadidele.

Kerge kutse – A- või B-prioriteediga kutse.

Kiirabi – ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse.

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

Kiirabibaas ehk **tugibaas** – kiirabibrigaadi alalise paiknemise koht, kus on vajalikud personaliruumid ja tingimused kiirabiautode parkimiseks.

Kiirabibrigaad, ka **brigaad** – kolmeliikmeline erakorralise meditsiini alase ettevalmistusega isikute rühm, kes osutab kiirabi.

Kiirabitehnik – kiirabibrigaadi liige, kes on vähemalt keskhariidusega, saanud erakorralise meditsiini alase väljaõppe vähemalt 400 tunni ulatuses ja tunnistuse selle kohta.

Mittekiirabiline töö – kiirabi väljakutsed, mis ei kuulu kiirabiteenuse hulka.

Osaajaline (kiirabi)brigaad – (kiirabi)brigaad, mis on valves vähem kui 24 tundi ööpäevas.

Teisene arvamus – õigus pöörduda teise perearsti poole, kui patsient ei ole rahul oma perearsti määratud diagnoosi või raviotsusega, ning saada tema sõltumatu arvamus.

Prioritiseerimine, ka töötlemine – väljakutsele prioriteedi määramine.

Päästekorraldaja ehk **dispetšer** – häirekeskuse töötaja, kes tegeleb õnnetusteade töötlemisega ning väljasõidukorralduste andmisega kiirabibrigaadidele.

Raske kutse – C- või D-prioriteediga kutse.

Reanimobiilibrigaad – kiirabibrigaad, mida juhib anestezioloog või erakorralise meditsiini arst.

Tavatransport – transport, mille osutamine kiirabiautoga ja meditsiinipersonali järelevalve all ei ole meditsiiniliselt põhjendatud.

Väljakutse ehk **kiirabikutse** ehk **kutse** – töödeldud õnnetusteade, mille puhul on vajalik kiirabi-brigaadi väljasõit.

(Väljakutse) prioriteet – päästekorraldaja või valvearsti esmane hinnang olukorrale ja abivajaja seisundile (vt ka lisa 2).

Väljasõidukorraldus – häirekeskusest kiirabibrigaadile antud korraldus liikumiseks abivajaja(te) juurde.

Õebrigaad – kiirabibrigaad, mida juhib erakorralise meditsiini eriala omandanud õde.

2. Kiirabi väljakutse prioriteedid

Väljakutse prioriteet on päästekorraldaja või valvearsti esmane hinnang olukorrale ja abivajaja seisundile.

A(alfa)-prioriteediga väljakutsega on tegemist juhul, kui abivajaja seisund ei ole erakorraline, tema seisund on stabiilne ning puudub oht abivajaja elule. Kiirabibrigaad tuleb välja saata kahe tunni jooksul. Kui abivajaja asub avalikus kohas ning samal ajal ei ole D-, C- ega B-prioriteediga väljakutseid, saadetakse kiirabibrigaad välja esimesel võimalusel. Abivajajal soovitatakse võimalusel pöörduda perearsti poole.

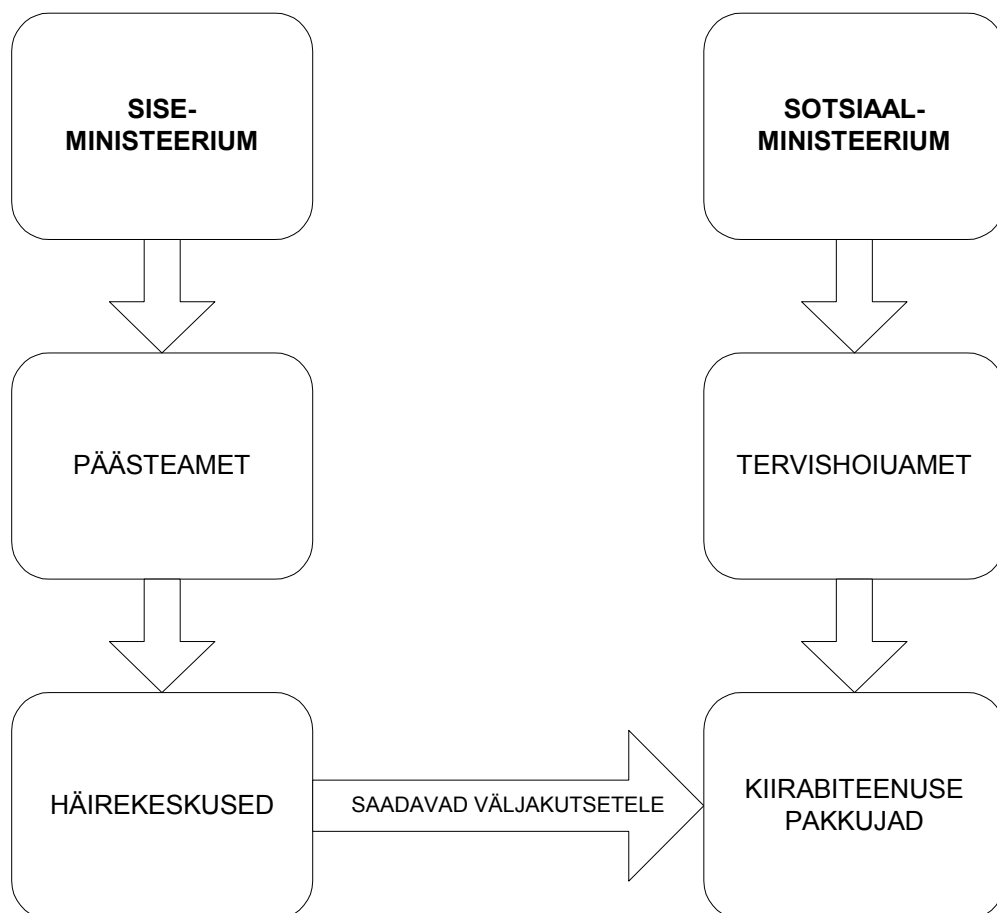
B(bravo)-prioriteediga väljakutsega on tegemist juhul, kui abivajaja seisund ei ole erakorraline ning puudub oht abivajaja elule või meditsiiniteade pärineb isikult, kes ei oska anda abivajaja seisundi kohta mingit teavet. Kui samal ajal ei ole D- ega C-prioriteediga väljakutseid, saadetakse kiirabibrigaad välja esimesel võimalusel, ent mitte hiljem kui kahe tunni jooksul.

C(charlie)-prioriteediga väljakutsega on tegemist juhul, kui abivajaja seisund on raske ja võib olla eluohtlik. Kiirabibrigaad tuleb välja saata nelja minuti jooksul. Vaba kiirabibrigaadi puudumisel peab päästekorraldaja või valvearst katkestama varasema A- või B-prioriteediga kutse täitmise ning saatma kiirabibrigaadi C-prioriteediga väljakutsele.

D(delta)-prioriteediga väljakutsega on tegemist juhul, kui abivajaja seisund on eluohtlik. Kiirabibrigaad tuleb välja saata ühe minuti jooksul. Vaba kiirabibrigaadi puudumise korral peab päästekorraldaja või valvearst katkestama varasema A- või B-prioriteediga väljakutse täitmise ning suunama kiirabibrigaadi D-prioriteeti omavale väljakutsele. C-prioriteediga väljakutse on lubatud katkestada juhul, kui seda võimaldab patsiendi tervises seisund.

Allikas: Vabariigi Valitsuse 23. jaanuari 2002. a määrus nr 44 "Kiirabi, haiglate ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord", § 5

3. Kiirabi ja häirekeskuste juhtimisahel



4. Auditis kasutatud metoodika kirjeldus

Kiirabikaartide analüüsi kasutati intervjuudes kuulnud või teiste analüüsides tulemuste kontrollimiseks, eelkõige aga osakaalu leidmiseks: mil määral teeb kiirabi mittekiirabilist tööd (perearsti töövaldkonda kuuluvat, tavatransporti) ning kui võrd langevad häirekeskuste pandud kutsete prioriteetid kokku tegelikkusega. Kaarte analüüsis ekspert, kelleks oli Tartu Ülikooli Kliinikumi erakorralise meditsiini arst-õppejõud Annika Õim.

Kiirabikaartide valim koosnes ühe nädala (12.–18. mai 2003) kiirabikaartidest ning moodustati Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse teeninduspiirkonna baasil (sh nii arsti- kui ka õebrigadid). Nädal valiti selline, kus ei oleks riiklike pühasid või mingil muul põhjusel märgatavalt rohkem kutseid (libedaperiood, gripiviiruste periood). Kokku analüüsiti 878 kiirabikaarti ning analüüsitavad brigadid olid:

- 1) SA Tartu Kiirabi – Tartu linna üks arsti-, üks õe- ja üks reanimobiilibrigaad, Mustvee õebrigaad;
- 2) SA Jõgeva Haigla – üks õebrigaad;
- 3) SA Tallinna Kiirabi – üks arsti- ja üks õebrigaad;
- 4) Tallinna Tuletõrje- ja Päästeamet – üks õebrigaad;
- 5) SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla – üks arstibrigaad (Keila), üks õebrigaad (Kehra), üks reanimobiilibrigaad;
- 6) AS Falck Pääste – üks arstibrigaad;
- 7) OÜ Loksa Ravikeskus – üks õebrigaad.

Kõigi brigadide puhul vaadeldi häirekeskuse poolt antud prioriteedi ja kohapealse olukorra kokkulangevust. Hinnangu muudab subjektiivsemaks asjaolu, et pole teada täpne kutse esitamise viis (kutsuja võib ka liialdada, purjus olla, valetada vms, aga häirekeskus seda ju ei tea). Analüüs põhineb kiirabikaardil kirjas olnul. Uuringu eesmärgiks oli ka välja selgitada kiirabi poolt tehtavas töös sisalduv perearsti töö ja transpordi osatähtsus, lisaks elustamise ja surma konstateerimise osakaal.

Analüüsi tulemused esitas ekspert tabelina, kus on ära toodud brigaditüüp, kutse prioriteet hinnanguline prioriteet, kutse aeg, lõpptulemus, hinnanguline abitüüp (kas kiirabi, perearsti või tavatranspordi kutse) ning vajadusel lühikommentaar. Järgnevalt on välja toodud Põhja-Eesti ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse piirkonna üldanalüüs ja koondkokkuvõte.

1. Lõuna-Eesti Häirekeskuse piirkond
 - Visiite oli kokku vaadeldud perioodil 339.
 - Prioriteet häirekeskuse järgi ja tegelikkuses langes kokku 180 juhul.
 - Tõeliselt kiirabi vajavaid juhtumeid oli 268.
 - Perearsti tööd tehti 35 juhul.
 - Transporditeenust (ei vaja meditsiinilist jälgimist) osutati 19 juhul.
 - Kiirabi mittevajavaid sõite oli 19.

Kuna Tartu maakonnas on transpordiks, mis ei vaja meediku juuresolekut, eraldi olemas kaks autot, siis ei ole Tartu ja Tartumaa kutseid analüüsides peetud kiirabi tööks patsientide vedu.

Perearsti tööks on arvatud krooniliste kaebustega ja halveneva tervises seisundiga patsientide külastused, samuti esimese ja teise päeva viirusinfektsioonid.

Kiirabi tööks ei saa pidada kerge ninaverejooksu peatamist kooli hambaarsti kabinetis, lapse marraskil peopesa puhtakspesemist vms. Krambihoo puhul võiks häirekeskus patsiendiga pikemalt vestelda, sest iga epileptiline krambihoo teadaoleva epilepsiaga patsiendil ei vaja alati kiirabi. Oleks loogiline eeldada, et krambihoo möödudes muudab häirekeskus vähemalt visiidi prioriteeti, kui mitte ei teata brigadile väljakutse tühistamise otsusest (on ka juhtumeid, kus brigaad on saadetud 15–20 km kaugusele ja kohale jõudes on krambihoo ammu möödas ja ka teadvus selge). Kiirabi vajavad siiski seeriakrampide ja epileptilise staatusega haiged.

Eraldi on kokku võetud need sõidud, millele mingit põhjendust leida ei suudetud. Võib ju perearsti tööd nõudvate kutsete puhul põhjendada, et mingit arstiabi inimene ju vajas, ning sedasama võib täheldada ka raamitranspordi puhul.

2. Põhja-Eesti Häirekeskuse piirkond

- Visiite oli kokku 539.
- Prioriteet häirekeskuse järgi ja tegelikkuses langes kokku 271 juhul
- Tõeliselt kiirabi vajavaid juhtumeid oli 375.
- Perearsti tööd tehti 55 juhul.
- Transporditeenust (ei vaja meditsiinilist jälgimist) osutati 30 korral.
- Kiirabi mittevajavaid sõite oli 50.

Hindamise printsiibid olid üldiselt samad. Transportimise puhul arvestati, et Tallinnas ja Harjumaal ei ole väidetavalt transpordi jaoks eraldi autot. Seega tuli protsentuaalselt transpordisõite vähem.

Torkab silma, et Põhja-Eesti Häirekeskus saadab oma brigaade tunduvalt kergemini välja alkoholiga liialdanud inimeste juurde. (See võib tuleneda ka nende suuremast hulgast Harjumaal.)

3. Kokkuvõte

- Visiite oli 878.
- Prioriteet häirekeskuse järgi ja tegelikkuses langes kokku 451 korral (51,37%).
- Tõeliselt kiirabi vajavaid juhtumeid oli 643 (73,23%).
- Perearsti tööd tehti 90 (10,25%) juhul.
- Transporditeenust osutati (ei vaja meditsiinilist jälgimist) 49 korral (5,58%).
- Kiirabi mittevajavaid sõite oli 69 (7,85%).

Vajab rõhutamist, et transpordil Lõuna-Eesti ja Põhja-Eesti Häirekeskuse teeninduspiirkonnas on vägagi erinev tähendus, sest Tartumaal on olemas eraldi transportauto.

Statistika analüüs

- Kasutati riiklikku üldstatistikat kiirabi, häirekeskuste ja perearstide kohta.
- Kiirabikutsete statistika Põhja- ja Lõuna-Eesti Häirekeskuse 2003. aasta 5 nädala kutsete põhjal. Andmed sisaldasid kutse täitnud brigaadi nimetust, kutse prioriteeti, kuupäeva ja järgnevaid kella-aegu: kutse saabumine häirekeskusesse, teatamine kiirabibrigaadile, brigaadi väljasõit, kohalejõudmine patsiendi juurde, patsiendi juurest lahkumine, hospitaliseerimine ning uuesti vaba olek. Iga kutse juures on märges, kas patsient on hospitaliseeritud või mitte. Analüüsitud 5 nädalat valiti ühtlaste vahedega (~ iga kümnes nädal) ning jälgiti, et sisse ei satuks mitut riigipüha. Valimisse jäid nädalad: 24.02–02.03; 12.04–18.04; 12.05–18.05; 14.07–20.07; 22.09–28.09; 8.12–14.12.
- Statistika Tallinna ja Tartu 2003. a perearstide nimistute liikmete sooritatud kiirabikutsete kohta. Tallinna andmetest puudusid Falcki (3) ning Tallinna Tuletõrje- ja Päästeameti (2) brigaadide tehtud väljasõidud. Tartu andmed sisaldasid ainult neid perearste, kelle nimistus oli aasta jooksul üle 30 kiirabiväljakutse. Andmete erisuse tõttu pole analüüsimisel neid ühitatud. Eesmärk oli võrrelda perearsti nimistu liikmete sooritatud kiirabikutsete arvu samas nimistus tehtud koduviitide arvuga ning ka kindlustamata inimeste osakaaluga (Haigekassast tehtud päring).

Kiirabi kulumudeli analüüsi kasutati selle mõõtmiseks, milliseid muudatusi soovitus rahaliselt kaasa toob. Auditis on lähtutud kulumudelis esitatud 5,1 koefitsiendist ühe brigaadiliikme töökoha täitmisel ning palgakuludest vastavalt 50 kr tunnis arstidel ning 25 kr ödedel ja kiirabitehnikutel.

Välismaa praktika analüüsi kasutati näidetes teistes riikides kiirabisüsteemi korralduse kohta. Analüüsiti järgmiseid kategooriaid:

- Millist kiirabistatistikat kogutakse?
- Kas ja milline on patsiendi omaosalus?
- Millised on kiirabi kohalejõudmise ajalimiidid ning nende määramise viis?

Intervjuusid kasutati valdkonnaga seotud inimeste seisukohtade saamiseks. Korraldatud intervjuud:

- Sotsiaalministeeriumi abiminister K. Mand (30.01.04);
- Siseministeeriumi sisejulgeoleku asekanstler K. Timberg ja Siseministeeriumi sisejulgeoleku poliitikaosakonna kriisireguleerimisbüroo peaspetsialist H. Laaneots (10.06.06);
- Haigekassa juhatuse liige A. Vask (13.02.04);
- Tervishoiuameti erakorralise meditsiini osakonna juhataja H. Gil (11.02.04; 09.06.04);
- Lõuna-Eesti Häirekeskuse juhataja asetäitja U. Kohu (19.03.04);
- Päästeameti Häirekeskuste osakonna juhataja J. Laev, juhataja asetäitja E. Hauvmann ning Põhja-Eesti Häirekeskuse juhataja E. Rinne (05.02.04);
- Tallinna Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuameti juhataja asetäitja E. Tomberg (09.03.04);
- PERH-i erakorralise meditsiini osakonna juhataja R. Paberit (08.01.04, lisaintervjuu 04.05.04);
- SA Tartu Kiirabi juhatuse liige ja TÜK anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku direktor A. Kõrgvee ning SA Tartu Kiirabi juhatuse liige K. Paju (04.03.04);
- Tallinna Kiirabi peaarst R. Adlas (09.01.04);
- Falek Eesti AS-i päästedivisjoni juhataja U. Piir (31.03.04, täiendav intervjuu 04.05.04);
- Tallinna Tuletõrje ja Päästeameti peaarst U. Valdja (01.06.04);
- PERH-i kiirabiüksuse juhataja, Saku kiirabibrigaadi arst J. Tšislova (09.06.04);
- Loksa kiirabi juhataja T. Haljaste (11.03.04);
- Eesti Perearstide Seltsi esimees M. Tiik (09.01.04);
- Kuusalu vallas perearstid O. Pikk, S. Kari (11.06.04).

Päringuid esitati lisainfo või statistika saamiseks järgmistele asutustele:

- Tervishoiuamet,
- Haigekassa,
- Sotsiaalministeerium,
- Häirekeskused,
- Päästeamet,
- Siseministeerium.

Meediaanalüüsiga uuriti, millised on inimeste võimalused teemaga seonduva teabe saamiseks suuremate riigi päevalehtedest (Eesti Päevaleht, Postimees, Maaleht, Õhtuleht) (teostas K. Gottlob). Uuriti järgnevatel teemadel ilmunud artiklite arvu ja sisu:

- Milliste probleemidega tuleks kiirabi kutsuda, millisel juhul pöörduda perearsti poole?
- Kas ja millisel juhul saab perearsti koju kutsuda?
- Kuidas saab küsida teisest arvamust perearsti pandud diagnoosi või ravi kohta?
- Kuidas vahetada perearsti või esitada kaebust?
- Info, et haiglase erakorralise meditsiini osakondadesse ehk traumapunktidesse saab ise kohale minna. Milliste probleemidega saab sinna pöörduda ning kus EMO-d asuvad?

EMOR-i uuringu analüüs. Uuringust “**Elanike rahulolust arstiabiga**” 2003. a kasutati andmeid selle kohta, millised on inimeste teadmised ja eelistused erinevate esmase arstiabi pakkujate kohta ning milline on nendega rahulolu.

5. Nõuded, mida kiirabiõde ja üldarst brigaadi juhina võrreldes spetsialiseerunud arstiga ei pea oskama

Nõutavate oskuste liik (arv)	Õde	Üldarst
Diagnostika (35)	Erinevused puuduvad	Erinevused puuduvad
Raviprotseduurid (43)	Ei pea oskama 5 protseduuri	Ei pea oskama 4 protseduuri
	Üldarst ja õde ei pea oskama järgmist: narkoosi tegemine (anestesioloogia); südame ümbert sinna kogunenud vedeliku eemaldamine patsiendi elu päästmiseks (perikardi punkteerimine); kanüüli paigutamine arteri ja kopsude läheduses asuvasse veeni (tsentraalse veeni punkteerimine); hingamisteede avamine toru abil patsiendil, kellele on manustatud lihaseid lõõgastavat ravimit (endotrahheaalne intubatsioon müorelaksantide kasutamisega). Õde ei pea oskama järgmist: rindkere õõnde sattunud õhu või vedeliku eemaldamine (pleuraõõne dreeneerimine).*	
Muud oskused (7)	Erinevused puuduvad	Erinevused puuduvad
Ravimid (58)	Ei pea oskama manustada 7 ravimit	Ei pea oskama manustada üht ravimit
	Üldarst ja õde ei pea oskama manustada üldanesteetikumi (propafool). Õde ei pea oskama manustada 4 rütmihäiret vähendavat ravimit (verapamiil, metoprolool, propafenoon, digoksiin);* üldanesteetikumi (naatrium-oksübutüraat); sünnitusjärgse emakaverejooksu ärahoidjat (oksüdotsiini)*.	

* Tegevused või ravimid, mida üldarstil või õel on võimalik ajutiselt teistega asendada.

Allikas: Sotsiaalministri 19.12.2001. a määrus nr 131 "Kiirabiõde ja üldarst brigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend", lisa 1 ja 2

6. Arsti- ja õebrigadid 2003. aastal maakonniti

Maakond	Arstibrigaade	Õebrigade	Reanimobiili- brigaade
Tallinn	9	7	3
Ida-Virumaa	7	5	
Tartumaa	3	4	3
Harju (v.a Tallinn)	5	4	
Lääne-Viru	0	5	
Pärnu	3	4	
Valga	1	2	
Võru	0	3	
Viljandi	1	3	
Põlvamaa	2	1	
Jõgevamaa	1	2	
Järva	1	1	
Rapla	1	2	
Saare	1	2	
Lääne	0	3	
Hiiu	1		
EESTI KOKKU	35	49	6

Allikas: Tervishoiuamet, Statistikaameti andmebaas

Sotsiaalministri ning Siseministeeriumi rahvastiku ja regionaalala
asekantsleri kantsleri ülesannetes vastused



Hr Kristjan Paas
Riigikontroll
Narva mnt 11 a
15013 TALLINN

Tele 08.07.2004. nr 2-7.1-TA/04/994

Mele 18.08.2004. nr. 13.1-5/6770

Esmase erakorralise arstiabi korraldus

Lugupeetud härra Paas

Käesolevaga edastame Teile omapoolsed seisukohad Riigikontrolli poolt koostatud 2-4/04/58 kontrollaruande " Esmase erakorralise arstiabi korraldus " eelnõus tehtud ettepanekutele.

1. Kaaluda arstibrigaadide vajalikkust ning alustada arstibrigaadide järkjärgulist muutmist õebrigadideks.

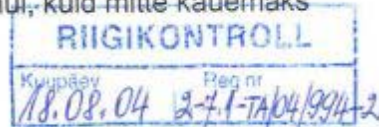
Antud ettepanek vajab täiendavat analüüsi, seda ka majanduslikus tähenduses. 5%-line hospitaliseerimise kasv (erinevus õe- ja arstibrigaadide hospitaliseerimise protsendis A ja B kutsete osas) tähendab ligikaudu 100000 kr täiendavat kulu haiglaravile (haiglaravi päeva keskmine maksumus 1000 kr). Kui täiendavalt hospitaliseeritute keskmine ravikestus ületab 4 päeva, on kokkuhoid, mida saavutatakse kiirabi kuludes (riigieelarve) väiksem täiendavatest kuludest, mida teeb haigla (ravikindlustus). Täiendavate õebrigadide rakendamine on võimalik olukorras, kus on ette valmistatud küllaldaselt kiirabiõdesid (vt riigikontrolli tõstatatud õdede ettevalmistuse probleem)

Oleme võtnud eesmärgiks minna üle õebrigadidele järkjärgult koos erakorralise meditsiini arenguga Eestis .

2. Kaaluda kaheliikmeliste kiirabibrigaadid kasutusele võtmist.

Senine praktika kaheliikmeliste brigaadidega on üksikujuhtumite tasemel, mis ei võimalda usaldusväärset analüüsi. Selle otsuse langetamisel tuleb põhjalikult analüüsida teiste riikide kogemust. Kaheliikmeliste brigaadide rakendamine võib oluliselt tõsta hospitaliseerimist ning mõjutada kiirabi teenuse kvaliteeti, mistõttu pakutud kulude kokkuhoidu ei teki.

Tervishoiuameti peadirektoril on õigus anda kiirabibrigaadi pidajale erandkorras ja määratud tähtajaks kirjalik luba kaheliikmelise kiirabibrigaadi väljasõitudeks märkides loale selle väljaandmise põhjuse. Loa võib anda kiirabi kohaloleku tagamiseks riikliku tähtsusega suurürituse läbiviimisel või muu põhjendatud ja tavaolukorrast erineva olukorra puhul, kuid mitte kauemaks kui 20 päevaks.



Ettepanekut tuleb tõsisemalt kaaluda juhul, kui jätkub kiirabi alarahastamine.

3. Võtta kasutusele osaaajalised brigaadid suuremates linnades

Ettepanek on Sotsiaalministeeriumis arutusel olnud, kuid kiirabi teenuse üheks osaks on ka valmisoleku ostmise. Nõustume, et ettepanek on rakendatav ning põhimõtteline töö selles valdkonnas ka toimub. Tervishoiuametil koostamisel analüüs ettepaneku rakendamiseks (saadav tulu, teenuse kvaliteedi- ja kättesaadavuse analüüs ja kiire operatiivressursi taastamine reaalse vajaduse korral). Samuti on vajalik läbi viia ettevalmistav töö häirekeskuste ja brigaadipidajatega.

Ettepanekut tuleb tõsisemalt kaaluda juhul, kui jätkub kiirabi alarahastamine.

Tõenäoliselt tuleks kolme eeltoodud ettepaneku puhul teha valik, mida rakendada. Kõigi kolme ettepaneku samaaegne rakendamine seab ohtu teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse.

4. Tagada koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumiga kiirabiõdede ning –tehnike koolitus meditsiiniharidust pakkuvates õppeasutustes.

Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi ning meditsiiniõpetajate vahel on käivitumas koostöö projekt, mille eesmärgiks on õdede 40 AP erialase koolituse õppekavade väljatöötamine neljal õenduse erialal (terviseõendus, vaimse tervise õendus, intensiivõendus ja kliiniline õendus) ning õppekavade testimine tööalase koolituse kaudu. Projekti aluseks on 2003. aastal Sotsiaalministeeriumi tellimisel valminud dokument "Õdede erialase koolituse põhimõtted". Õppekavade valmimine on planeeritud 2005. aasta jooksul ning koolitusega peaks alustatama 2005/ 2006. a õppeaastal, seni jätkub üldõdede täiendkoolitus tööandja poolt. Kiirabitehnikute koolitust pakuvad suuremate kiirabibrigaadi pidajate koolituskeskused.

5. Töötada välja esmase erakorralise arstiabi korralduse mudel.

Erakorralise arstiabi korraldus on välja töötatud ja rakendatud, vajalik on korrastada kiirabi, perearstiabi ja haigla vahelist tööjaotust. Samuti analüüsida erinevate mudelite sidumise ning koostöö parendamise võimalusi.

6. Määrata perearsti tööjuhendis kindlaks, millal perearst peab tegema koduvisiite ja millal võib ta koduvisiidist keelduda.

Kohustuslike koduvisiitide ja nendest keeldumise loetelu koostamine on võimalik: Määratlada saab patsiendi tervislikku seisundit, mille korral on patsiendil õigus perearst koju kutsuda. Vahel võib kojukutse olla põhjendatud/tingitud ka sotsiaal-majanduslikest põhjustest, mis ei võimalda arsti juurde pöörduda iseseisvalt.

7. Tagada perearsti infotelefoni võimalikult kiire käivitumine.

Vastavalt Eesti Haigekassa nõukogu otsusele 17.juuli 2004. a. nr 15 "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu" muutmiseks ettepanekule oleme vastavasisulisel eelnõu ettevalmistanud ning planeerinud eelnõu viia Vabariigi Valitsuse istungile, mille tulemusena perearsti ööpäevaringne infotelefon peaks käivituma 01.01.2005

8. Lõpetada kiirabibrigaadide kasutamine patsientide transpordiks, kui selleks puudub erakorraline vajadus.

Väljatöötamisel on eraldi teenus kuna katmata vajadus vanurite, laste, liikumispuudega jt patsientide transpordi osas on olemas.

9. Töötada välja sõidukulud hüvitamise kord.

Nõustume Teie ettepanekuga, et riiklikult peab korraldama mitteerakorraliste abivajajate transportimise haiglasse. Koostöös Eest Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja Tervishoiuametiga käivad läbi rääkimised erinevate võimaluste üle.

10. Tagada järelevalve kaudu, et kiirabi ei kasutata patsientide transpordiks ühest haiglast teise ilma erakorralise vajaduseta.

Nõustume Teie ettepanekutega. Kiirabibrigaadi kasutamine patsiendi transpordiks on ebaratsionaalne, kui selleks puudub erakorraline vajadus. Algatatud on uus haigete transpordi teenuse juurutamine tervishoiusüsteemi.

11. Ühtlustada esmatasandi arstiabi lisatasud (visiiditasu) nii erakorralise meditsiini osakonnas (EMO-s) kui kiirabis.

Kavas ei ole rakendada täiendavat omaosalust kiirabi visiidi eest. Külla aga oleme planeerinud kaotada visiiditasu võtmine EMO`des vältimatu abi osutamise eest. Sotsiaalministeeriumil on plaanis esitada vastav ravikindlustuse seaduse muudatus Vabariigi Valitsusele sügisel.

12. Lihtsustada kiirabi vale väljakutse, -sõidu korral rakendatava sanktsiooni määramist.

Nõustume Teie ettepanekuga, et kiirabi kuritahtliku väljakutsumise eest peaks olema võimalus rakendada sanktsioone.

13. Koostöös Haigekassaga informeerida inimesi laiemalt teisese arvamuse saamise õigusest ning kontrollida regulaarselt korraldavate teadlikkuse rahulolu uuringute kaudu, kas nad on sellest teadlikud.

Eesti Haigekassa tellib igal sügisel EMORilt uuringu teemal "Elanike rahulolu arstiabiga". Uuringus keskendutakse peamiselt elanike rahulolule arstiabi kättesaadavuse ja kvaliteediga, kuid 2003. aastal lülitas haigekassa esmakordselt küsitlusse ka kindlustatute teadlikkust puudutavad küsimused. Aastate lõikes küsimusi oluliselt ei muudeta. Põhjusel, et oleks võimalik inimeste rahulolu ja teadlikkuse muutumist jälgida.

14. Koostöös Siseministri ja Tervishoiuametiga tuleb teha aktiivset teavitustööd (sh vene keeles) inimeste seas, et selgitada neile järgmisi asjaolusid.

- kiirabi perearsti tööjaotus (sh õigus teisesel arvamusele);
- abi saamise võimalus haiglate erakorralise meditsiini osakonnast;
- EMO asukoht;
- juhud, kui peaks kutsuma abi saamiseks kiirabi, pöörduma EMO`sse, või perearsti poole;
- arsti väljakutsumise asemel arsti juurde minek on patsiendile kasulik (täpsema diagnoosi, uuringute tegemise võimalus);
- õige käitumine kiirabi korral

Regulaarset teavitustööd teevad nii Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium kui ka Tervishoiuamet klienditeenindajate, meedia ja kodulehtede kaudu.

15. Koostöös siseministriga tagada kiirabi väljakutsete töötlemise ühtse juhendi võimalikult kiire väljatöötamine ning kasutusele võtmine kõigis häirekeskustes.

Nõustume Teie ettepanekuga, et vajalik on välja töötada ja seadustada meditsiiniliste hädaabiteadete vastuvõtmise ja prioritseerimise ühtne juhend või kord häirekeskuste päästekorraldajate jaoks. Oleme seisukohal, et eelnimetatud juhendi välja töötamise peamiseks

koordineerijaks ja rahastajaks on Siseministeerium, kuna nimetatud juhend on põhiliseks töövahendiks Siseministeeriumi alluvuses olevate häirekeskuste päästekorraldajatele. Samuti oleme valmis koostööks juhendi välja töötamisel ning oleme valmis toetama Siseministeeriumi rahataotlust juhendi väljatöötamiseks.

16. Koostöös siseministriga tagada päästekorraldajate meditsiiniline ettevalmistus

Meile teadaolevalt läbib päästekorraldaja algkoolituse käigus meditsiinilise algväljaõppe (264 tundi), mis valdavalt toimub kiirabipidajate koolituskeskustes.

17. Tagada koostöös siseministriga Tervishoiuameti järelevalve häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle ning vajadusel muuta olemavaid kutsetöötlemise ajanorme realistlikumaks.

Häirekeskuste kiirabikutsete töötlemise üle teostatakse järelevalvet üldises korras Siseministeeriumi poolt ning peame vajalikuks suurendada Tervishoiuameti rolli järelevalves.

Esmane kutsetöötlus/hinnang peab jääma 1 minuti piiresse (Vabariigi Valitsuse 23. jaanuari 2002. a määrus nr 44 „Kiirabi, haiglale ning pääste- ja politseiasutuste kiirabialase koostöö kord“ (RT I 2002, 12, 61), selle aja jooksul peab olema määratud kas abivajaja tervises seisund on eluohtlik ning kiirabibrigaadi väljasaatmine peab toimuma ühe minuti jooksul.

18. Koguda regulaarselt brigaadipidajatelt andmeid, et tagada kiirabi tööst ja nende klientidest selge ülevaade.

Sotsiaalministeeriumil on heameel teada anda, et oleme alustanud tervisestatistika süsteemi kaasajastamist statistika vastavusse viimiseks rahvusvaheliste nõuete ning kaasaegsete tehnoloogiliste võimalustega.

Eelnevast tulenevalt on sellel ja järgnevatel aastatel Sotsiaalministeeriumi tervise info ja analüüsi osakonna töö keskendunud tervisestatistiliste aruannete esitamissageduse, andmekoosseisu, esitamisviisi ja esitajate ringi süstemaatilisele läbivaatamisele, viies järk-järgult sisse vajalikke muudatusi ning püüdes sealjuures vähendada algandmete agregeerituse taset. Andmetöötlus on kavandatud teostada spetsialiseeritud andmetöötlusprogrammiga, mis võimaldab laiendada standardtabelitega esitatavate tunnuste hulka. Selle järel kui on teostatud varasemate aastate andmete ühtlusarvutused, püüame asuda välja arendama kasutajasõralikku andmeesitlus-süsteemi, mis võimaldab olemasolevate tunnuste ulatuses kasutajal ise endale meelepäraseid andmeridu moodustada ning analüüsi teostada.

Hetkel kehtiva regulatsiooni kohaselt (sotsiaalministri 28.12.2001. a määrusega nr 158 "Tervishoiustatistiliste aruannete vormid ning nende esitamise kord" RTL 2002, 8, 78; 2003, 13, 171; 2003, 128, 2075) esitab kiirabiteenuse osutaja Tervishoiuametile kvartaliaruande "Kiirabi töö" vormi (lisa 22) järgi kvartalile järgneva kuu 10. kuupäevaks elektroonselt A-veebis ja allkirjastatud arvutiväljatrükkina. Tervishoiuamet edastab Eesti koondaruande 15. kuupäevaks Sotsiaalministeeriumile.

19. Koostöös haigekassaga tagada kiirabiandmete võrdlemine perearsti töö näitajaga.

Alates 01.10.2003.a teostab tervishoiualaseid süsteemi analüüsi Sotsiaalministeeriumi tervise info-ja analüüsi osakond ning tagasisidet antaks vajadusel kõigile koostööpartneritele.

20. Määrata kindlaks kiirabireanimobiilide kasutamise eesmärk ja kord ning tagada nende juhtimine häirekeskuse kaudu

Reanimobiilide töö eesmärgiks on intensiivravi vajavate haigete haiglale vaheline transport ning vajadusel abi osutamine kiirabibrigaadidele keerukamatel juhtudel haiglaeelsel etapil. Sotsiaalministeerium koostöös tervishoiuametiga täpsustab reanimobiilide kasutamise korda ja eesmärgi.

21. Töötada välja massiürituste meditsiinilise julgestamise kord

Massiürituste korraldaja peab hetkel kehtiva regulatsiooni kohaselt (Avaliku koosoleku seadus RT I 1997 30, 427; /.../; 2002 63, 387) ürituse korraldamiseks saama loa kohalikult omavalitsuselt, kes omakorda kooskõlastab ürituse toimumise kohaliku politsei-, kiirabi- ja päästeasutusega. Nõustume Teie ettepanekuga, et on vajadus täpsustada massiürituste meditsiinilise julgestamise korda, kuid nimetatud korra väljatöötajana ning peamise koordineerijana näeme Siseministeeriumi.

22. Suurendada Tervishoiuameti kompetentsi lepingute koostamisel ja nende täitmise kontrollimisel.

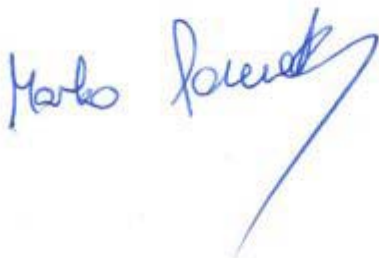
Käesolevaks hetkeks on Tervishoiuametis täidetud õigusosakonna töötaja ametikoht. Samuti juhime vajadusel Tervishoiuameti tähelepanu, et kiirabibrigaadidega sõlmitavad lepingutes oleks sätestatud Tervishoiuameti õigused ja kohustused kontrollimaks kiirabide tegevust ja kiirabidele eraldatud summade sihipärasest kasutamist ning samuti oleks tagatud kohustuste lahusus.

23. Vaadata perioodiliselt üle logistiline skeem ja kiirabibrigaadide arvu määrus.

Kiirabibrigaadide arvu määrase muudatuse eelnõu on käesoleval hetkel valminud ning eelnõus on muudetud riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arvu. Samuti nõustume Teie ettepanekuga, et logistiline skeem vajab ülevaatamist, seoses toimuvate muudatustega tervishoiusüsteemis.

Täname Teid tehtud ettepanekute eest ja soovime meeldivat koostööd edaspidiseks.

Lugupidamisega



Marko Pomerants
Minister

Marek Seer 626 9135
marek.seer@sm.ee



SISEMINISTEERIUM

Hr Märt Kivine
Riigikontroll

Teie 08.07.2004 nr 2-7.1-TA/ 04/ 995
Meie 23.07.2004 nr 9.1-1-1/ 5906

Kontrollaruande "Esmase
erakorralise arstiabi korraldus" eelnõu

Austatud härra peakontrolör

Siseministeeriumil ei ole täiendavaid märkusi ja ettepanekuid "Esmase erakorralise arstiabi korraldus" kontrollaruande eelnõule ning toetame riigikontrolli seisukohti väljakutsete töötlemise ühtse süsteemi väljatöötamisel.

Täna riigikontrolli suure ja olulise panuse eest erakorralise arstiabi valdkonna probleemide väljaselgitamisel.

Lugupidamisega

Einike Uri
Rahvastiku ja regionaalala asekanstsler
kantsleri ülesannetes

SB 042348

Harry Kattai 612 5156
harry.kattai@sisemin.gov.ee

Pikk 61
15065 TALLINN
Reg. kood 70000562

Telefon 612 5001
Telefon 612 5002
Faks 612 5087
E-post sisemin@sisemin.gov.ee

Konto 10220027689012
Viite nr 1200000362
Saaja Rahandusministeerium
Eesti Ühispank

