

Sisekaitseakadeemia
Sisejulgeoleku instituut

Heleri Pärmik

**PÄÄSTE ESMAREAGEERIJATE RAKENDAMINE
ABIANDJATENA INTEGRERITUD ESMAABI
OSUTAMISEL ABIVAJAJA ELUOHTLIKU SEISUNDI
KORRAL: TÄNANE SEIS JA PERSPEKTIIVID**

Magistritöö

Juhendaja: Häli Allas, MA

Kaasjuhendaja: Anne Valk, MBA

Tallinn 2021

ANNOTATSIOON

Sisejulgeoleku instituut	Kaitsmise kuu ja aasta: juuni 2021
<p>Töö pealkiri eesti keeles: Pääste esmareageerijate rakendamine abiandjatena integreeritud esmaabi osutamisel abivajaja eluohtliku seisundi korral: tänane seis ja perspektiivid</p> <p>Töö pealkiri inglise keeles: The use of firefighters as first respondents of integrated first aid in a life-threatening situation: the current situation and perspectives.</p> <p>Töö on kirjutatud eesti keeles ja inglisekeelse resümeeaga. Töö pikkus koos lisadega on 109 lehekülge, mille põhiosa moodustab 72 lehekülge. Töö kirjutamisel on kasutatud 163 nii eesti kui ka inglise keelseid allikaid. Andmete illustreerimiseks on magistriöös 10 tabelit, 4 joonist ja 6 lisa.</p> <p>Lühikokkuvõte: Uurimisprobleem on esitatud küsimusena, millised on pääste esmareageerijate kaasamise võimalused ja vajadused abiandjana integreeritud esmaabi teenuse kontekstis abivajaja eluohtliku seisundi korral. Uurimisprobleemile vastuste leidmiseks püstitati viis uurimisküsimust.</p> <p>Töö eesmärgiks on selgitada välja pääste esmareageerijate ja kiirabi koostöö hetkeseis ja eeldused elupäästva esmaabi osutamisel ning integreeritud elupäästva esmaabi teenuse rakendamise tulevikuperspektiivid. Tegemist on empiirilise uurimistööga, kus uurimisstrateegiaks on valitud fenomenograafiline uuring ning andmekogumise meetodina kasutatakse poolstruktureeritud intervjuusid, mis salvestuste abil transkribeeritakse. Seejärel viiakse läbi kvalitatiivne sisuanalüüs analüüsitarkvara NVivo abil.</p> <p>Magistritöö eesmärk ja uurimisülesanded täideti ning probleemile ja uurimisküsimustele leiti vastused. Magistritöö tulemusena selgus, et päästjaid rakendati esmaabi andmiseks aastatel 2019 ja 2020 kokku 34. korral, peamised demograafilised tegurid, mis Eestit tuleviku võivad mõjutada on rahvastiku vananemine ja hajaasustuse teke. Ühtlasi on päästjatel olemas peamised vahendid elupäästva esmaabi andmiseks, aga võiks lisaks olla ka AED. Samuti on päästjatel valmisolek anda esmaabi, kuid see takerdub vähese praktilise õppe taha. Esimesed võimalikud koostöö piirkonnad peaksid olema Hiiu maakond, Saare maakond, Lääne maakond, Rapla maakond, Ida-Viru maakond, Võru maakond, Valga maakond kui ka laiemalt Kesk-Eesti, Lääne-Eesti ja väikesaared. Peamised ettepanekud on: Sotsiaalministeeriumi ja Siseministeeriumi koostöös liikuda integreeritud elupäästva esmaabi süsteemi arendamise suunal, esialgu kaugemates piirkondades ja panustada Päästeameti sisese esmaabi täienduskoolituse süsteemi rakendamiseks.</p>	
Lisad: -	
Võtmesõnad: Päästeamet, Kiirabi teenusepakkujad, esmaabi, abivajaja eluohtlik seisund, integreeritud esmaabi, Siseministeerium, Sotsiaalministeerium	
Võõrkeelsed võtmesõnad: Fire Department, Ambulance, first aid, life-threatening situation, integrated first aid, Republic of Estonia Ministry of The Interior, Republic of Estonia Ministry of Social Affairs.	
Säilitamise koht: Sisekaitseakadeemia raamatukogu	
<p>Töö autor: Heleri Pärmik</p> <p>Olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Kõik magistritöö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, seisukohad, kirjalikest allikatest ja mujal allikatest saadud informatsioon on nõuetekohaselt viidatud. Olen nõus oma magistritöö avaldamisega elektroonilises keskkonnas.</p>	
Allkiri: /allkirjastatud digitaalselt/	
Vastab magistritöö nõuetele	Allkiri:
Juhendaja: Häli Allas	/allkirjastatud digitaalselt/
Vastab magistritöö nõuetele	Allkiri:
Kaasjuhendaja: Anne Valk	/allkirjastatud digitaalselt/
Kaitsmisele lubatud	Allkiri:
Sisejulgeoleku instituudi direktori ülesannetes: Anne Valk	/allkirjastatud digitaalselt/

MÕISTETE LOETELU

Abiandja – kiirabibrigaad, Päästeameti ning Politsei- ja Piirivalveameti üksus, keda Häirekeskus või Politsei- ja Piirivalveamet saadab välja abi andma (Vabariigi valitsus, 2019, § 2).

Eluohtlik seisund – patsiendi seisund, kelle elu on otseselt ohus ning vajab kohest abi (Tervise- ja tööminister, 2019, § 4).

Esmaabi – haavatule, vigastatule või äkki haigestunud (enne arsti saabumist) antav esialgne abi (Eesti Keele Instituut, 2020).

Esmareageerija – (first responder) – esimesena päästesündmuse sündmuskohale jõudnud päästeressurss (kutseline või vabatahtlik päästemeeskond). Mõistet kasutatakse eelkõige päästesündmusele kohalejõudmise (alarmeerimisest kohalejõudmiseni) ressursiarvutustel ja teenuste kvaliteedi analüüsimisel. (Ivanov, *et al.*, 2017, lk 8)

Kiirabi – ambulatoorne tervishoiuteenuse eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2020, § 16).

AED – kaasas kantav seade, mida kasutatakse ventrikulaarse fibrillatsiooni ja pulsita ventrikulaarse tahhükardia diagnoosimiseks ja raviks. AED annab abivajaja rindkerele elektrilise šoki, mille abil peatada eluohtlikud südamerütmi häired, ühtlasi võimaldab see seadeldis taastada südame jätkusuutlik pulss. AED on mõeldud kasutamiseks nii üldsusele kui ka väljaõppinud esmaabi andjatele (AEDCPR, 2020).

PA – Päästeamet

KA – Kiirabi

D (delta)-prioriteediga väljakutse – abivajaja seisund on eluohtlik ja otseselt ohus (Vabariigi Valitsus, 2019).

SISUKORD

ANNOTATSIOON	2
MÕISTETE LOETELU	3
SISSEJUHATUS	5
1. AVALIKUS SEKTORIS INTEGREERITUD TEENUSE RAKENDAMINE JA SELLE PERSPEKTIIVID ESMASE ABI VALDKONNAS	9
1.1 Integreeritud teenuse kujunemine avalikus sektoris	9
1.1.1 Teenuse arendamise erinevad komponendid ja nende olulisus	10
1.1.2 Teenuse integreerimine avalikus sektoris ja avaliku halduse reformide mõjutused	15
1.2 Teenuse pakkumist mõjutavad tegurid avalikus sektoris.....	21
1.3 Teenuse rakendamine elupäästva esmaabi kontekstis	28
2. INTEGREERITUD ELUPÄÄSTVA ESMASE ABI TEENUS JA SELLE RAKENDAMINE.....	39
2.1 Metoodika ja valim	39
2.2 2019. ja 2020. aasta statistika pääste esmareageerijate rakendamisest elupäästva esmaabi andmisel	43
2.3 Ekspertintervjuude kokkuvõte	47
2.4 Ekspertintervjuude analüüs	62
2.5 Järeldused ja ettepanekud.....	72
KOKKUVÕTE.....	75
SUMMARY	77
VIIDATUD ALLIKATE LOETELU	78
LISAD.....	97
Lisa 1. Kiirabi- ja päästevõrgustikud Eestis.....	97
Lisa 2. Ekspertintervjuude valim	99
Lisa 3. Intervjuu küsimused	100
Lisa 4. Uurimisinstrument.....	103
Lisa 5. Eluhtlikus seisundis abivajaja sündmused statistikas	105
Lisa 6. Koodipuu vastavalt uurimisküsimusele	107

SISSEJUHATUS

Demograafilise olukorra muutudes ajas, on oluline strateegiad kohandada selliselt, et säilitada kodanikele ette nähtud põhiõigused. Eesti Vabariigi põhiseaduses on toodud põhiõigustena õigus elule ja õigus tervisele (Põhiseadus, 2015, § 16, § 28). Sellest tulenevalt on igal Eesti kodanikul õigus esmaabi teenusele, mis aitab säilitada tema elu erakorralise õnnetuse või terviseseisundi puhul. Üle maailma põhjustab üha suuremat muret olukord, kus professionaalne abi ehk kiirabi ei jõua piisavalt kiiresti abivajajani. Pikemad kiirabi reageerimise ajad on seotud mitme erineva teguriga, näiteks asub abivajaja maapiirkonnas, mis asub lähimast kiirabijaamast kaugel. (Svensson, *et al.*, 2020, p. 6,7; Roberts, *et al.*, 2014, p. 1) Eluohtlikus seisundis abivajaja väljakutsete reageerimisaja lühendamiseks võetakse üha enam kasutusele päästjaid, keda rakendatakse sündmuskohal esmareageerijatena (Svensson, *et al.*, 2020, p. 6). Eesti kontekstis on abivajaja eluohtliku seisundi korral Häirekeskusel õigus vaba kiirabibrigaadi puudumisel teeninduspiirkonnas saata sündmuskohale esmaabi andmiseks selleks tegevuseks pädev abivajajale lähemal asuv päästemeeskond või edastada väljakutse andmed Politsei- ja Piirivalveametile politseipatrulli välja saatmise otsustamiseks (Vabariigi Valitsus, 2019, § 5). Selle õigusliku sätte rakendamine ja põhjused lähimate päästemeeskondade kontekstis praktikas on seni teadmata.

Eestis on eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks loodud kiirabi (Tervishoiuteenuse seadus, 2020, § 16). Esmageerijate kasutamine abivajaja eluohtliku seisundi korral võimaldab toetada vältimatu arstiabi kättesaadavust. Nende ülesanne on hoida patsienti seni elus kuni saabub vältimatu abi kiirabiteenuse pakkuja näol. (Sun & Wallis, 2011, p. 673). Ühtlasi on ka päästeasutuse eesmärk turvalise elukeskkonna kujundamine ja hoidmine, ohtude ennetamine ning operatiivne ja professionaalne abistamine (Päästeseadus, 2019, § 2). Maailmas on erinevate ressursside arv langustrendis, millega toime tulemiseks on esile tõusnud teenuse integratsiooni mõiste. Selle abil on võimalik ühendada sektorite üleseid valdkondi, kasutada ressursse otstarbekamalt ja sealjuures rahuldada kliendi vajadusi, säilitades teenuse kvaliteeti. (Minkman, 2016, p. 38; Winters *et al.*, 2016, p. 1)

Eesti Vabariigile on OECD koostanud kaks hindamisraportit, millest esimese 2011. aastal „Ühtsema valitsemise poole“ ja teise 2015. aastal „Valitsusülese strateegilise suutlikkuse ja

piiride üleste e-teenuste edendamine“. Hindamisraportites joonistuvad välja Eesti mõistes kaks olulist probleemi, millest esimene on see, et Eestis valitseb hübriidne valitsemisstruktuur, mis hõlmab endas tugevaid vertikaalseid mudeleid, kus iga ministeerium moodustab niinimetatud silotorni (OECD, 2011, lk 5). 2015. aasta OECD raport viitab sellele, et tuleb tugevdada ministeeriumide vahelist koostööd ja luua mitut sektorit hõlmavaid strateegiaid, mis aitaks kaasa riigi ressursi võrdsemale ümberjaotamisele (OECD, 2015, lk 5). Ministeeriumid teevad koostööd minimaalsel tasandil ning tegutsevad selle nimel, et säilitada haldusalas olevate üksuste, asutuste tööd ja täita ministeeriumidele ette nähtud strateegiaid ja tegevuskavasid. Teine probleem, mida OECD 2011. aasta hindamisraport välja toob on see, et Eesti peaks liikuma ühtsema valitsuse poole, et kasutada piiratud finants- ja inimressursse otstarbekalt (OECD, 2011, lk 4). Probleem viitab sellele, et Eesti ühiskond on vananemas, millega kaasneb tööealiste ehk maksumaksjate arv ja väheneb maksutululaekumine. Veelgi olulisemaks on muutunud riigi eelarvesse laekuvate tulude otstarbekas jaotamine. Seega käesoleva magistr töö raames uuritakse ressursside otstarbekamat jaotamist ja sektori ülest koostööd integreeritud elupäästva esmaabi teenuse mõistes.

Teema on **aktuaalne**, kuna lisaks OECD 2011. ja 2015. aastal välja antud hindamisraportitele, on Riigikogus moodustatud probleemkomisjon, mille eesmärgiks on riigireformi arengusuundade väljatöötamine. Riigireformi töögrupp toob välja, et riigi tegevaparaat ei tee omavahel koostööd ning puudub koostöö ühiskonnagruppidega (Riigikogu, 2018). Eesti Vabariigi õiguskantsleri hinnangul seisab Eesti silmitsi probleemiga, kus ei olda valmis muutusteks ja tööks, mis muutustega kaasnevad. Õiguskantsleri hinnangul peab Eesti hakkama lähitulevikus looma kokkuhoidvaid lahendusi. (Madise, 2018) Välja toodud tähelepanekutest järeldub, et Eestis on probleem, kus kulutatakse ressursse üleliigselt ja püsitakse oma töö turvalistes raamides. Lisaks toob Riigikontroll 2020. aastal koostatud aruandes välja, et sarnaselt jätkates ei ole Eesti riik enam võimeline ühetaoliselt ja ühtlase kvaliteediga avalikke teenuseid pakkuma, mis tuleneb nii finantsilistest kui ka inimeste puudusest tingitud asjaoludest (Riigikontroll, 2020, lk 1). Eelnevast tulenevalt on finants- ja inimressursside vähenemine süvenev probleem, kus asutuste koordineeritum koostöö võib parandada elupäästva esmaabi teenuse kättesaadavust üle kogu Eesti.

Magistritöö **uudsus** seisneb selles, et varem ei ole kirjutatud teadustööd, kus integreeritud teenusena vaadeldakse esmaabi osutamist. Eelnevalt on kirjutatud kaks lõputööd Sisekaitseakadeemia päästekolledžis – „Kiire meditsiinilise abi kättesaadavus Eesti elanikele Kagu-Eesti näitel“ (Käst, 2019) ja „Esmaabi täiendkoolituste parendamise vajalikkus Lääne päästkeskuse esmareageerijate näitel“ (Lehtsaar, 2018). Esimese lõputöö tulemusest selgus, et uuringu piirkonnas esineb kiirabil probleeme ette nähtud ajaga väljakutsetele reageerimisega ehk kiirabi ei jõua osaliselt täita oma ettenähtud norme ja vajaks alternatiivseid meetodeid (Käst, 2019, lk 37). Teisest lõputööst selgus, et uuringus osalejate teadmised on heal tasemel, ent nad vajaksid rohkem praktiseerimist ja täienduskoolitusi (Lehtsaar, 2018, lk 40–41). Käesolev magistritöö erineb viimastest selle poolest, et läheneb elupäästva teenuse kujundamisele integreeritud teenuse mõistes ning soovatakse kujundada elupäästva esmaabi teenust Päästeameti ja kiirabi teenuse pakkujate üleselt.

Eelnevast tulenevalt otsitakse magistritöös vastust **uurimisprobleemile**, millised on pääste esmareageerijate kaasamise võimalused ja vajadused abiandjana integreeritud esmaabi teenuse kontekstis abivajaja eluohtliku seisundi korral? Lähtudes uurimisprobleemist, on sõnastatud viis uurimisküsimust:

1. Kuidas rakendatakse Eestis hetkel päästemeeskondi abivajaja eluohtliku seisundi korral?
2. Kuidas demograafiline olukord võib mõjutada esmaabi teenuse pakkumist abivajaja eluohtliku seisundi puhul?
3. Millised lahendused võimaldavad pääste esmareageerijatel osutada abiandjatena esmaabi eluohtlikus seisundis abivajajale enne kiirabi saabumist?
4. Millised on päästemeeskonna kaasamise võimalused osutada abiandjana esmaabi abivajaja eluohtliku seisundi korral?
5. Kuidas pakkuda Eestis väiksema reageerimisajaga elupäästva esmaabi teenust, ja millised on siinjuures integreeritud teenuse osutamise tulevikuperspektiivid kiirabi ja päästemeeskondade seisukohalt?

Magistritöö **eesmärk** on selgitada välja pääste esmareageerijate ja kiirabi koostöö hetkeseis ja eeldused elupäästva esmaabi osutamisel ning integreeritud elupäästva esmaabi teenuse rakendamise tulevikuperspektiivid. Selle eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgnevad uurimisülesanded:

1. Analüüsida teadusallikaid integreeritud teenuse olemusest ja selle kujundamisest avalikus sektoris elupäästva esmaabi teenuse kontekstis;
2. Anda ülevaade, millisel määral on rakendatud Eestis lähimal asuva päästemeeskonna esmaabi andmise võimekust 2019. aastal ja 2020. aastal;
3. Analüüsida intervjueeritavate seisukohti päästemeeskondade elupäästva esmaabi andmise ja võimekuse osas ning integreeritud esmaabi teenuse pakkumise võimalusi;
4. Sünteesida teoreetiliste lähtekohtade ja intervjuude tulemusi, mille põhjal teha ettepanekud kiirema esmaabi teenuse osutamiseks abivajaja eluohtliku seisundi korral.

Magistritöös viiakse läbi kvalitatiivne empiiriline uuring. Uuringuosas kirjeldatakse Häirekeskuse edastatud andmeid päästjate rakendamise kohta esmaabi osutamiseks abivajaja eluohtliku seisundi korral aastatel 2019. ja 2020. Seejärel kasutatakse uurimisstrateegiana fenomenograafilist uuringut, mille eesmärk on uurida erinevuste ja muutuste keskseid omadusi selles, kuidas inividid konkreetset nähtust mõistavad (Saljo, 1988, p. 36; Barnard, *et al.*, 1999, p. 213). Erinevad arusaamad ja mõtted moodustavad terviku, mis annavad fenomenile laiapõhjalise arusaama (Booth, 1997, p. 135). Selle magistritöö puhul on fenomeniks esmaabi andmine abivajajale eluohtliku seisundi korral. Kvalitatiivse uuringu andmekogumise meetodina kasutatakse poolstruktureeritud ekspertintervjuusid, kus intervjueeritavate puhul kasutatakse eesmärgistatud valimit (*purposive sampling*) (Teddlie & Yu, 2007, p. 80). Intervjuude tulemusena kaardistatakse, kuidas osutada väiksema reageerimisajaga esmaabi abivajaja eluohtliku seisundi korral ametiülese koostöö abil.

Magistritöö koosneb teoreetilisest käsitlest ja uuringu osast. Esimeses peatükis käsitletakse teoreetilisest aspektist teenuse kujundamise ülesehitust, erisusi avalikus sektoris ning valitsusalade ülest koostööd, mille tulemusena luua valdkondade ülene teenus esmaabi teenuse kontekstis. Samuti käsitletakse esmaabi olulisust abivajaja eluohtliku seisundi puhul, ning kuidas osutatakse esmaabi teenust haigla-eelses etapis erinevates riikides esmareageerija tasandil. Teises peatükis tutvustatakse uuringuks valitud meetodikat, selgitatakse valimit, antakse ülevaade Häirekeskuse statistikast ja analüüsitakse tehtud intervjuusid. Seejärel tehakse järeldused ja ettepanekud, et suurendada elupäästva esmaabi teenuse pakkumise efektiivsust, vähendamata sealjuures inimeste heaolu.

1. AVALIKUS SEKTORIS INTEGREERITUD TEENUSE RAKENDAMINE JA SELLE PERSPEKTIIVID ESMASE ABI VALDKONNAS

1.1 Integreeritud teenuse kujunemine avalikus sektoris

Teenuse mõistet kasutatakse mitmes erinevas tähenduses, alustades personaalse teenuse mõistest kuni teenuse kui tooteni välja (Gronroos, 1988, p. 10). Ühtlasi on teenused osa inimeste igapäevaelust ja need koosnevad paljudest elementidest. Üheks elemendiks on teenuse disain, mis kujundab teenuse olemuse ja eesmärgi. Teenuse disaini mõiste on välja kasvanud algsest kitsast teenuse osade üksikasjalikust tõlgendusest ja hõlmab nüüd kogu teenuse arendamise protsessi, rõhutades kliendi kogemust ja disaini olulisust (Goldstein, *et al.*, 2002, p. 122; Holopainen, 2010, p. 606). Erinevalt tootest ei ole teenuse komponendid füüsilised, vaid pigem protsesside, inimeste oskuste ja materjalide kombinatsioon, mis peavad olema sobivalt integreeritud või kavandatud teenuse saamiseks. (Goldstein, *et al.*, 2002, p. 121; Holopainen, 2010, p. 598, Ostrom, *et al.*, 2010, p. 12) Teenuse keskkond on lähiminevikus märkimisväärselt muutunud. Tarbija jaoks muutuvad teenused järjest lihtsamaks ning hõlpsamini kasutatavaks. Tegelikult muutub teenuse disainimise protsess järjest keerulisemaks, hõlmates erinevaid rakendusi ja säilitades samas kasutajasõbralikkuse. (Patriocio & Fisk, 2013, p. 188). Kliendi jaoks mugava teenuse loomine nõuab teenusepakkujate järjepidevaid uuendusi nii era- kui ka avalikus sektoris.

Avaliku sektori olemust selgitatakse kirjanduses erinevalt. Kõige lihtsamalt seletades, tegeleb avalik sektor valitsusele määratud eraldistega, kuid on enam kui valitsuse haldus. Avalik sektor hõlmab mitmesugust majandustegevust, millega tegelevad riigiasutused, mitte eraettevõtted. (Herman, 2015, p. 4) Samas Potts & Kastle (2010, p. 123) hinnangul ei ole avalik sektor turuosa, vaid institutsionaliseeritud monopol, mille organisatsioonid innovatsiooni kaudu ei konkureeri, vaid haldavad oma osa avalikus sektoris. Seega, avaliku sektori arendamine loob terviklikuma ja efektiivsema juhtimise kogu avalikus sektoris üldiselt. Oma otsustes lähtub avalik sektor tõhusa majanduse põhimõttest, kus võimalikult vähese kuluga saavutada võimalikult palju. (Potts & Kastle, 2010, p. 123) Rahandusministeerium selgitab Eesti kontekstis avaliku sektori mõistet kui riigi ja kohaliku omavalitsuse kõiki ülesandeid, mida osutatakse erinevat tüüpi haldusorganite kaudu. Avaliku sektori asutused jagunevad juriidilisel alusel ameti- ja hallatavateks asutusteks, äriühinguteks ja tulundusasutuseks, avalik-õiguslikeks asutusteks, sihtasutuseks ja

mittetulundusühinguteks. (Rahandusministeerium, 2020) Avaliku sektori teenuste pakkumise kontekstis on lõpptarbijaks inimene (Voorberg, *et al.*, 2015, p. 1334).

Järgnevalt käsitletakse läbi ajaloo avalikku sektorit puudutanud reforme ja analüüsitakse, kuidas need on teenuse kujundamist mõjutanud. Ühtlasi selgitatakse välja, millised on teenuse arendamise erinevad komponendid ning teenuse arendamise erisused avalikus sektoris.

1.1.1 Teenuse arendamise erinevad komponendid ja nende olulisus

Maailmas toimub üha enam sündmusi, mis muudavad inimesed tarbitavate teenuste osas nõudlikumaks. Seetõttu peavad teenuste pakkujad järgima trende ja vastama inimeste vajadustele. Järgnevas peatükis käsitletakse maailma ressursside vähenemist ja selle mõju teenuse pakkumisele, teenuste olulisust ja teenuse arenduse lähtekohti. Ühtlasi vaadeldakse teenuse innovatsiooni olemust, ning millist osa sellest hõlmab teenuse disain.

Majandus- ja ühiskonnateadlased on leidnud, et ühiskonna jätkusuutlikkus on kriitilise tähtsusega, ning seda on võimalik tagada ressursside säästmise, ökoloogilise teadlikkuse tõstmise ja heaolu jätkusuutlikkuse kaudu (Meng, 2014, p. 84). Nii inimeste kui ka looduslike ressursside vähenemise tõttu on oluline üle vaadata teenuste pakkumise tulud ja kulud. Seega on ressursid muutumas järjest olulisemaks, mistõttu tuleb kaaluda alternatiivsete meetmete kasutuselevõttu, mille abil pikemas perspektiivis säilitada teenuse pakkumist. Seda põhjusel, et rahalised vahendid ja muud ressursid (aeg, personal, vahendid ja muud) on piiratud. Aega, mis teenuse pakkumisel ühele kliendile pühendatakse, ei saa kulutada teisele. (Schreiner *et al.*, 2006, p. 28) Teenusepakkuja jaoks on olulisim mõelda ja kavandada muutuvaid tarbijate vajadusi, üksnes siis suudab teenusepakkuja pikas perspektiivis täita tarbijate ootused (Meng, 2014, p. 94). Seega on jätkusuutlikkuse tagamiseks oluline ressursside säästmine. Samas ei saa ressursse säästa teise kliendi arvelt, mistõttu on vajalik alternatiivsete meetmete kasutuselevõtt, mis aitavad pikas perspektiivis teenuse pakkumist säilitada.

Teenindussektori tähtsus on erinevates riikides üle maailma tõusutrendis. Näiteks 2018. aastal moodustas see ligikaudu 61% sisemajanduse koguproduktist (SKP), sealhulgas Eestis 2019. aastal 62,5% (The World Bank, 2021). Järjest enam loovad paljud riigid innovaatilisi

lahendusi (Gonçalves, *et al.*, 2017, p. 327; Snyder, *et al.*, 2016, p. 2401), aga eriti vajalik on innovatsioon teenuste valdkonnas, selleks et tulla toime uute ühiskondlike ja äriiliste väljakutsega (Gallouj, 2015, p. 80; Gallouj & Windrum, 2009, p. 141). Üks raampõhimõtte teenuste loomisel on inimesekeskne (inglise k *people-centred approach*) lähenemine, mis on oluline ühiskonna vastupanuvõime ja elanikkonnakaitse arendamisel (Riigikantselei & Siseministeerium, 2018). Inimesekeskse lähenemisviisi puhul on oluline ühendada investeeringud, oskused, innovatsioon ja keskkond, mille eesmärgiks on katkestada pikaajaline puuduste tsüklid (Cranford-Lee & Hunter, 2009, p. 424). Kui lähtuda inimesekesksest lähenemisest tervishoiuteenuse valdkonnas, siis see tähendab inimeste ja kogukondade asetamist tervishoiusüsteemide keskmesse. Sellise lähenemise puhul rõhutatakse, et inimene ise vastutab oma tervise eest ning ei ole üksnes passiivne teenuse saaja. Kogutud andmete põhjal on võimalik järeldada, et inimesekeskset tervishoiusüsteemid on tõhusamad, maksavad vähem ja suurendavad reageerimisvõimet tervishoiukriisidele. (World Health Organization, 2021) Seega on nii teenuse pakkumine kui ka teenuse saamine seotud inimesega. Kuna teenuste tarbijad muutuvad vastavalt ühiskonnale järjest nõudlikumaks, nõuavad ka teenused järjepidevat arengut.

Teenuse arendamisel on lisaks teenuse arendamise etappidele mitte vähem olulisem roll teenuse kvaliteedil. Teadlased on jõudnud seisukohale, et kvaliteetse teenuse komponendid on kliendikeskne lähenemine, motiveeritud töötajad, pakutava teenuse kvaliteedi standardi mõistmine, tõhus mõõtmis- ja tagasisidestamise süsteem ja tõhus kliendi eest hoolitsemine (Seth, *et al.*, 2005, p. 946). Teenuste arendamise abil on võimalik luua soodne väljund ressursside kasutamise, avaliku heaolu ning teenuse ja tajutava väljundi vahel. Arenduse tulemusena saab luua sujuvamaid tööprotsesse, uusi tehnoloogiaid või rakendada teenuste ja toodete uut kombinatsiooni. (Næss, *et al.*, 2014, p. 291) Teenuse arendus ei piirdu aga üksnes eelpool tooduga, mille alusel on teenuse arendamisel võimalik kokku hoida ja erinevaid valdkondi kombineerida.

Teenuse arendus on seega oluline protsess, kuhu töötajad, kasutajad ja kodanikud, ehk kokkuvõttes hulk inimesi, panustavad oma teadmiste ja kogemustega, mida toetavad ka laialdased teadusuuringud. Arenduse eesotsas on juhtkond, kellele ülejäänud arenduses osalejad alluvad. (Næss, *et al.*, 2014, p. 291) Teenuse arendamine jaotub lihtsalt vaadatuna nelja etappi – disain, analüüs, arendus ja täielik käivitamine (Yu & Sangiorgi, 2018, p. 41). Teenuse arendamise etapis võib kõige keerukumaks osutada teenuse arendamise algus.

Selles osas on vajalik kinnitada idee tuum, mida arendada, ning määrata, kes teenuse kujundamise rahastamise eest peaks vastutama (Yu & Sangiorgi, 2018, p. 52). Kuigi peamiselt räägitakse teenuse arendamisel neljast etapist, milleks on eelpool toodud disain, analüüs, arendus ja täielik käivitamine, siis tegelikkuses on väga olulisel kohal ülalpool toodud hindamis- ja uurimisetapp, millest kogu teenuse kujundamine alguse saab. Hindamine võimaldab uurimise ja rakendamise ühendada üheks ühiseks protsessiks. Teenuse arendamine, kui protsess, võib toetada mitmeid erinevaid teenuse innovatsiooni protsesse. Siinjuures on oluline tuua välja, et teenuse arendamine on spetsiifilisem ning võib kogu innovatsioonist toetada kindlat osa (Gremyr, *et al.*, 2014, p. 129). Teenuste arendamine keskendub uue pakkumise väljatöötamise protsessile, samal kui teenuse innovatsioon keskendub pigem protsessi tulemusele (Patricio, *et al.*, 2017, p. 3). Seega on teenuse arendus algus teenuse innovatsiooniks.

Teadlased on teenuse innovatsiooni mõistet püüdnud selgitada erinevalt. Osalt selgitatakse, et innovatsioon on keeruline ja sõltub, kuidas seda praktikas rakendatakse (Snyder, *et al.*, 2016, p. 2401), samas võib seda määratleda kui uut protsessi või teenuse pakkumist, mille organisatsioon rakendab ja võtab vastu, ning loob väärtust ühe või mitme teenusevõrgu osalise jaoks (Snyder *et al.*, 2016, p. 2401; Witell, *et al.*, 2016, p. 2863). Edukas innovatsioon on uute protsesside, toodete, teenuste ja tarneviiside loomine ja juurutamine, mille tulemusena paranevad märkimisväärselt asutuse või objekti tulemuslikkus ja tõhusus (Alburi, 2005, p. 51). Uuenduste algatamine hõlmab tavaliselt kolme etappi – ideede väljatöötamine, organisatsiooni tegevusest ajendatud probleemid ja takistused ning uuenduste välja töötamine. Innovatsiooni väljatöötamine hõlmab paljusid protsesse, millest erilist jõupingutust nõuab idee muundamine konkreetseks uuenduseks. (Walker, 2003, p. 94) Teenuse innovatsioonis on teenuse kujundamisel võtmeroll, sest teenuse kujundamist viivad ellu uuenduslikud ideed läbi disainilahenduse läbimõtleamise protsessi (Ostrom, *et al.*, 2010, p. 14). Teenuse innovatsioonitüüpidega on võimalik eristada vastavalt protsessiuuendusi (näiteks tehnoloogilised), toote või teenuse uuendusi (näiteks uus pass), valitsemisalasid uuendusi (näiteks töövõime, mitte puude vaatamine) (Bekkers & Trummers, 2018, p. 210). Teenuse innovatsioon hõlmab mitmeid etappe, millest peamised on ideede genereerimine, analüüs ja nõudluse määratlemine, kontseptuaalne kujundus, arendamine, juurutamine, jälgimine ja kontrollimine. Neid etappe kasutatakse nii teenuste kujundamise, uute teenuste arendamise kui ka teenuste väljatöötamise juures. (Cavalcante, *et al.*, 2020, pp. 286). Teenuse innovatsioon nõuab kindlat juhendit, mis eeldab selget probleemi või strateegiat,

mida konkreetse teenuse innovatsioon saaks paremaks muuta. See põhineb kliendikesksel lähenemisel, mis koos teenusedisainiga rõhutab kliendi olulisust ja muudab kliendi aktiivsemaks asjaolu tõttu, et klient tunnetab enda panust teenuse kujunemisel (Rubalcaba, *et al.*, 2012, p. 709; Blomkvist, *et al.*, 2010, p. 308). Sellistes teenindussektorites nagu tervishoid, haridus ja avalikud teenused, on innovatsioon inimeste heaolu parandamisel ülioluline. Iga teenuse innovatsiooni oluline aspekt on teenuse disain.

Teenuse disaini kirjandus hõlmab teenuste innovatsiooni protsessi esimesi etappe (ideede genereerimine, esialgne analüüs ja määratlus ning kontseptuaalne disain) ja hõlmab kliendisuhtluse käigus ühtlasi väärtuse loomise protsessi. See on kujunenud vahendiks, millega toetada organisatsioonide teenuste innovatsiooni probleemide visualiseerimise, sõnastamise ja lahendamise kaudu ehk probleemide muutmise läbi võimalikeks tulevasteks teenusteks. (Cavalcante, *et al.*, 2020, pp. 283–284) Teenuse disainimisel on võimalik rääkida kolmest olulisemast etapist – ettevalmistamine, elementide identifitseerimine ja suhete loomine. Esimeses ehk ettevalmistavas etapis tehakse kindlaks toote või teenuse eesmärk, kontseptsioon ja üksikasjalikud komponendid. Täpsustatakse sidusrühmad, sealhulgas kliendid ja teenusepakkujad. Teises etapis joonistatakse toode või teenus paberile ning kaardistatakse iga teenuse või toote osa elemendid ja tegevused. Kolmandas ehk viimases etapis on oluline luua seos tootepiirkonna, teeninduspiirkonna ja tugipiirkonna vahel, et saada terviklik ülevaade teenuse tarbijatest. (Geum & Park, 2011, p. 1608) Seega, eelpool toodust tulenevalt, on teenuse arendus, innovatsioon ja disain omavahel tihedalt seotud, moodustades ühtse terviku. Samas ei pruugi teenuse uuendamine toimuda üksnes sektorisiselt.

Sektoriuülese teenuse osutamist on määratletud kui iseseisvat, kuid omavahel ühendatud sektoreid, mis töötavad koos, et paremini vastata tarbijate vajadustele ning parandada teenuse osutamise kvaliteeti ja tõhusust. Sektoriuülese koostöö raames kasutatakse peamiselt väljendit integratsioon, kus on olulisel kohal mõisted meeskond, meeskonnatöö ja juhtimiskorraldus (Winters, *et al.*, 2016, p. 1,5). Teenuste integreerimise põhiidee on luua sujuvad teenindusprotsessid, tagada teenindusrajatiste optimaalne kasutamine ja kaasata organisatsioonide ja kasutajate uuendusvõime. (King & Meyer, 2006, p. 483) Integreeritud teenus pakub kliendile suuremat väärtust. Klassikalises teenuste arendamise mudelis on kolm peamist etappi. Strateegiline etapp, teenuse kujundamise etapp ja rakendamise ja arendamise etapp. Esimest ehk strateegilist etappi nimetatakse ka kontseptuaalseks

kavandamise etapiks. Selles etapis kirjeldatakse probleemi, mida on vaja lahendada, kellele teenuste integreerimine vajalik on, strateegilised otsused seoses teenuse arenduse ideekavandiga ja kontseptsiooni valik. Teises etapis töötatakse välja integreerimise kontseptsioon, teostus ja detailid. (Trevisan & Brissaud, 2017, pp. 627-628) Teenuse integreerimise puhul peetakse oluliseks juhtimise kompetentsi, organisatsioonilist valmisolekut ja töötajate kaasamist. Juhtimise komponent on oluline, sest sisaldab endas nii organisatsiooni juhtimist, visiooni jagamist kui ka organisatsiooniliste süsteemide ja protsessi selgust. (Aitken & von Treuer, 2014, pp. 167-168) Kokkuvõtvalt on võimalik välja tuua, et teenuste integreerimine aitab üle erinevate sektorite luua sujuvamaid ja kliendile mugavamaid teenuseid.

Teenuste lõimimisel võib esineda mitmeid probleemkohti, mis on peamiselt poliitilised/juriidilised, struktuurilised, operatiivsed/juhtimisalased või kultuurilised (Kernaghan, 2005, p. 119). Lisaks töötajate ärevus ja hirm, segadus uute ülesannete ees, integreeritud teenuse vajaduse mõistmine, asutuse vahelise suhtluse puudumine, vähene arusaam töörollidest ja väline surve, et näha integreerimise kasutegureid (Callaly *et al.*, 2011, p. 30). Nende probleemkohtade ületamiseks on võimalik kasutada lähenemisviise, mis hõlmavad uute teenuste osutamise mudelite loomist, partnerluse täiustamist, tõhusa juhtimisraamistiku loomist ja rahastuse hankimist (Kernaghan, 2005, p. 119). Teenuste lõimimine või ühiste pidepunktide leidmine ei pruugi toimuda üksnes ühe asutuse või haldusala piirides, vaid ka asutuse või haldusala üleselt. Selle kohta on teadlased välja toonud mõiste innovatsiooni miljöö, mille alusel ei peaks innovatsiooni läbi viidama konkreetsetes organisatsioonides, vaid organisatsioonid peaksid olema valmis jagama oma ressursse (näiteks ideid, teadmisi ja inimesi) ka teiste organisatsioonidega. Innovatsiooni miljöö kasutuselevõttuga on võimalik lahendada sidusrühmade vahelise koostöö ja ühisloome protsessina ühiskondlikke probleeme. (Voorberg, *et al.*, 2015, p. 1334) Seega on teenuste lõimimine oluline märksõna, mida tuleks rakendada erinevate organisatsioonide vahel, mille eesmärgiks on jagada ressursse. Selle tulemusena on võimalik lahendada ühiskondlike probleeme.

Samuti on Aitken ja von Treuer (2014, pp. 159-160) välja toonud viis tõhusa teenuse integreerimise komponenti, milleks on organisatsiooniline valmisolek, personali kaasamine, juhtimine, meeskonna töö ning koostöö ja suhtlemine. Nende komponentide abil on võimalik hoida selget suunda ja põhimõtteid teenuse integreerimise protsessis.

Tabel 1. Aitken ja von Treuer tõhusa teenuse integreerimise komponendid (autori koostatud)

Komponendid	Vajalikud tegevused
Organisatsiooniline valmisolek	Organisatsioonide esindajad on pühendunud koostöö kavandamisele ja on valmis kohandama organisatsioonilisi, struktuurilisi ja meeskonnaprotsesse.
Personali kaasamine	Töötajad suhtuvad positiivselt tööühmade moodustamise ja teenuse integreerimisse. Töötajad on kaasatud muudatuste sisse viimise protsessi.
Juhtimine	Juhid on muudatuste suhtes positiivse hoiakuga, selgitatakse ühist visiooni töötajatele, sidusrühmadele ja kogukonnale.
Meeskonnatöö ja koostöö	Meeskonnatöö – soodustab ühtekuuluvust ja saavutab arenduse abil soovitud meeskonna tulemused. Koostöö – suhtlusvõrgustiku omamine erinevate osapooltega, mille abil navigeerida keerulistes ja tundlikes poliitilistes küsimustes.
Suhtlemine	Nii organisatsioonide siseselt kui ka organisatsioonide vahel toimub suhtlemine, kus kuulatakse ära mõjutatud osapooled ja arutatakse probleemkohti ühiselt.

Järeldades eeltoodust, on teenuse arendamisel mitmeid aspekte, nagu kellele teenust arendatakse, milline on selle kvaliteet, ning kuidas arendust ellu viiakse. Teenuse arendamisega võib kaasneda ka innovatsioon. Kuid oluline on määrata, millises mahus sellega teenust uuendatakse. Sektoriülese teenuse arendamiseks kasutakse integratsiooni mõistet, mille abil avalikus sektoris ja tervishoiuvaldkonnas inimeste heaolu parandada.

1.1.2 Teenuse integreerimine avalikus sektoris ja avaliku halduse reformide mõjutused

Teenuse uuendusi ja ka integreerimist tehakse ka avalikus sektoris. Järgnevalt antakse ülevaade teenuse integreerimist mõjutanud avaliku halduse reformidest ja teenuse integreerimise erisustest avalikus sektoris ning takistustest, mis võivad aeglustada teenuse integratsiooni.

Organisatsioonide institutsionaalse uurimise keskmes on alati küsimus, miks ja kuidas organisatsioonimudelid arenevad ja lagunevad. Institutsionaalse teooria vaatenurgast lähtudes, on juhtimisvõtted kultuuriline nähtus, mille kujundavad reaalsus ja areng (Abrahamson, 1996, p. 261). Avaliku sektori organisatsioonide arendamine hõlmab struktuuride, protsesside läbivaatamist ning juhtimissüsteemide ümberkujundamist. Sellega muudetakse klientidele ehk inimestele avalikud teenused sujuvamaks, mis pikemas perspektiivis kasvatab inimeste heaolutunnet. (Ongaro & Kickert, 2020, p. 118) Avaliku

sektori arengu alustalaks peetakse esmakordselt 1980. aastatel Austraalias ja Uus-Meremaal rakendatud uut avaliku halduse ideed (inglise k *New Public Management* ehk NPM), mis tõi avaliku sektori organisatsioonis kasutusele tsentraliseerituma ning lõimitud juhtimismudeli (Hood & Dixon, 2015, pp. 265; Christensen, 2012, p. 643). Sisse toodud erasektori juhtimispõhimõtete rakendamise eesmärgiks oli parandada avalike teenuste pakkumist, võimaldades teenuste paindlikumat arendamist (Osborne, 2006, pp. 378–379; Næss, *et al.*, 2014, p. 293). Esimese uue avaliku halduse reformi kriitikaks kujunes ühemõõtmelisuus ja võimetus tulla toime järjest areneva pluralistiku maailmaga (Osborne, 2006, p. 380; Hood & Dixon, 2015, p. 265). Samas kasvas juhtide võimekus lahendada erinevaid probleeme ning järjest olulisemaks muutus organisatsioonisisese sotsiaalse võrgustiku loomine (Ammons & Rivenbark, 2008, p. 304; Provan & Kenis, 2007, p. 233; Ferlie, *et al.*, 2011, p. 316). Seega, esimene ulatuslik avaliku halduse reform tõi endaga kaasa avaliku sektori paindlikuma teenuste arendamise, kuid ühemõõtmeline lähenemine andis aluse uue avaliku halduse reformiks.

1990. aastatel alustati Austraalias, Kanadas, Uus-Meremaal ja Ühendkuningriigis uue avaliku halduse reformiga ehk uue avaliku valitsemisega (inglise k *New Public Governance* ehk NPG), mille raames keskenduti rohkem poliitiliste ja halduskeskuste tugevdamisele ning püüeldi parema kooskõlastamise poole sektorite sees ja vahel (Christensen, 2012, p. 649). Järgmise uue avaliku halduse reformiga seati eesmärgiks tõhusam teenuse pakkumine ja paindlike haldusprotsesside kaudu paremate tulemuste saavutamine. Reformi võtmeroll oli juhtimismehhanismil, mis põhines usaldusel, kodanike kaasamisel ja avaliku- ning erasektori vaheliste suhete ühildamisel. (Pedersen & Johannsen, 2018, p. 648) Juhtimismudeli abil on võimalik vaadelda teenuste osutamise omavahelist seotust, hinnata avalike teenuste ja avaliku teenindamise kohustuste keskkonda (Osborne, 2006, p. 384). Seega, uus reform tõi esile tõhusama teenuse pakkumise ja erinevate osapoolte kaasamise teenuste arendamise protsessi.

Avalikule haldusele on lähenemisviisid ajas pidevalt muutunud, mida kinnitab ka see, et avalike teenuste mudeleid kujundatakse järjest enam inimestele, kus esikohal on nende vajadused ja heaolu (Inaunen, *et al.*, 2010, p. 632; Bao, *et al.*, 2012, p. 445). Nõustudes eelnevaga inimeste olulisuse osas, lisab Howard (2015, p. 254), et uus avalik valitsemisreform (NPG) andis poliitilistele juhtivtöötajatele suurema kontrolli ning võitles haldusliku killustatusega. See tõi endaga kaasaegse juhtimise, mis läbi ressursside

kasutamise aitab tagada riiklikke ja piirkondlikke strateegilisi eesmärke ning täita ühiskonna ootusi. (Patapas, *et al.*, 2014, p. 25) Lisaks on uuest avaliku halduse põhimõttest kujunenud integreeritud juhtimismudel, mis avaliku sektori kontekstis tähendab valitsusalaste organisatsioonide koostööd. (Inaunen, *et al.*, 2010, p. 632) Järelikult, lisaks eelnevale lisandus avaliku halduse põhimõtetele ka inimesekeskne lähenemine ning organisatsioonide koostöö rõhutamine.

Eelpool toodud reformid avaldavad endiselt mõju avaliku sektori uuendustele. Sellest tulenevalt on kasvanud uuenduste sisseviimine avalikus sektoris üle kogu maailma ja innovatsioonist on saanud lahutamatu osa uue avaliku halduse paradigmat (Sorensen & Torfig, 2016, p. 4). Uus avalik valitsemine on kontseptuaalne mudel, mis aitab mõista ja hinnata 21. sajandi avaliku poliitika rakendamise ja avalike teenuste osutamise tegelikkust, ning selgitada välja, millised on tõelised väljakutsed (Osborne, 2010, pp. 413–414).

Seega, avaliku halduse juhtimise tõhustamiseks kasutavad valitsused poliitiliselt juhitud integratsiooni. Integratsiooniprotsessi käigus lõimitakse lahendamist vajavad probleemid ministeeriumi haldusalasse kuuluva asutuse tegevuskavadesse ning alustatakse integratsiooni vertikaalselt ehk haldusala siseselt. (Howard, 2015, p. 242). Vertikaalsel tasandil kaardistatakse haldusala ühised huvid ja prioriteedid erinevates asutustes ja juhtimistasanditel (McCandless, *et al.*, 2015, p. 2). Haldusala sisene lõimimine ja probleemide kirjeldamine võimaldab leida ühisosi ka teiste ministeeriumi haldusala asutustega, mille abil korraldada ministeeriumideülest ehk horisontaalset integratsiooni. (Howard, 2015, p. 242). Iga lõimimine võib olla riskantne ja keerukas, samas aitab keskendumine kokkuleppe eesmärkidele, ressursside panustamisele ja ühiste eeliste saamisele jõuda eduka integreerimiseni (Gulati, *et al.*, 2012, pp. 532, 537). Järeldades eeltoodust, on eelnevate avalike halduse reformide tulemina jõutud integratsioonini, mis leiab aset nii vertikaalsel kui ka horisontaalsel tasandil.

Avaliku halduse üks olulisemaid väärtuseid on see, et avaliku sektori juhid ei pea omavahel konkureerima, mis hõlbustab ühiste pidepunktide osas erinevate teenusepakkujate vahelist koostööd. (Ramia & Carney, 2010, p. 265). Uue avaliku halduse paradigma (inglise keeles *New Public Governance*) rõhutab, et koostöö on edasiviiv jõud, mille abil luua uusi lahendusi ja ellu viia innovatsiooni, stimuleerides vastastikust ja ümberkujundavat õppimist (Sorensen & Torfig, 2016, p. 4) Avalikku sektorit on võimalik uuendada sellisel juhul, kui ideed

muutuvad ja uusi ideid toetavad kas akadeemilised teadlased või praktikud (Reiter & Klenk, 2018, p. 14–15). Avalikus sektoris on muudatuste sisseviimine ajamahukas ning otstarbekuse kaalutlusel on vaja teha analüüse ning teaduslikke tõestusi. Samas regulatsioonide sisseviimisega on kaasnud ressursside ümberjaotamine, avalike teenuse laienemine ning jõukuse kasv (Anttiroiki & Valkama, 2016, p. 675). Seega on koostöö abil võimalik teha uuendusi avalikus sektoris, kuid oluline on välja tuua, et avaliku sektori uuendused on mahukad protsessid. Samas on nende abil võimalik ressursse ümber jaotada ning laiendada avalikke teenuseid.

Valitsusasutuste võimukeskmetes on tekkinud vertikaalsed struktuurid, mis põhjustavad avalike teenuste kättesaadavuse probleeme. Probleemi lahendamiseks on järjest enam hakatud panustama vabatahtlikesse, mis ei ole kaasa toonud loodetud edu. Teenused on katkendlikud ja alaoptimeeritud. (Shaw & Rosen, 2013, p. 62; Anttiroiki & Valkama, 2016, p. 676) Killustatuse vastu võitlemisel peab poliitiline püüdlus hõlmama vertikaalse juhtimistasandi integreerimist, mille kaudu täidesaatvatel poliitikutel on kohustus suurendada oma suutlikkust ühiskondlike probleemide lahendamisel (Howard, 2015, p. 243). Avaliku sektori mitmemõõtmeline killustatus nõuab parandusi, mis tuginevad teenuste integreerimise ideele. Integreerimine ministeeriumide tasemel hõlmab erinevate ministeeriumide osalust jagatud teenuses. (King & Meyer, 2006, p. 483) Seega aitab vertikaalne integratsioon kaardistada puudused, mida on võimalik koostöö abil lahendada. Ühtlasi võimaldab see horisontaalseks integratsiooniks ette valmistada lähtekohad.

Valdkondlikud partnerlusstrateegiad viitavad sellele, et erinevate osapoolte võimekuse ühendamisel suureneks sotsiaalsete probleemide lahendamise tõhusus. (Andrews & Entwistle, 2010, p. 679) Partnerlussuhted on oluline vahend elanikkonna tervise parandamisel, sest koostöö võimaldab teadmiste edasiandmist ja laiendada tervisealaste algatuste haaret ja mõju (Johnston & Finegood, 2015, p. 4). Koostööpoliitika ja teenuste innovatsioon võivad aidata kaasa kulude vähendamisele, samas kasvatades suutlikust lahendada võimatuna näivaid probleeme ning uute protseduuride loominguine kujundamine võib parandada avaliku sektori demokraatlikku tegevust (Sørensen & Torfig, 2016, p. 13) Teenuste integreerimine on muutunud avalike teenuste osutamisel keskseks küsimuseks, mille abil rahuldada inimeste vajadusi ja saavutada paremaid tulemusi tervisliku seisundi, hoolduse või elukvaliteedi ja kulude osas (Van Duijn, *et al.*, 2019, p. 1; Minkman, 2016, p.

38). Seega on teenuste integratsioon oluline abivahend, mille abil tagada inimeste vajaduste rahuldamine läbi sektoriteülese koostöö.

Sõltumata riigist ja rahvusvahelistest erinevustest viiakse avalikus sektoris üle maailma läbi innovatsiooni sarnastel alustel ning teiste riikide eeskujul proovitakse leida sarnaseid pidepunkte (Borins, 2001, p. 729). Tänapäeval peetakse avalikus sektoris innovatsiooni vahendiks, mille abil suurendada võimekust uuendusliku poliitika, teenuste, organisatsiooniliste ülesehituste ja protseduuride väljatöötamisel, rakendamisel ja levitamisel (Sørensen & Torfing, 2016, p. 2). Avaliku sektori teemade paljususe tõttu on eesmärgid tihti määratletud ebatäpselt ning keskenduvad otsestelt vajaduste rahuldamisele. Näiteks on viimasel ajal teadusuuringute huviorbiidis kiirabi teenuse jõudlus ja selle soovimatud tagajärjed. (Wankhade, 2011, p. 384–385) Teiste riikide praktika rakendamisel on oluline teha kokkuvõtted selle kohta, kuidas süsteem praegu töötab, millised võimekused on juba olemas ning mis vajavad veel arendamist.

Avaliku sektori haldusalasse kuuluvad ametid on muutuste sisse viimisel keerulisemas olukorras kui erasektoris tegutsevad ettevõtted, sest teenuste pakkumine on sõltuv seadustest, eelarvetest ja poliitilistest otsustest. (Bejerot & Hasselbladh, 2013, p. 1358; Næss, *et al.*, 2014, p. 291) Uuringud näitavad, et innovatsiooni eeliste ärakasutamiseks peavad valitsused loobuma kontrollist pakiliste poliitikaküsimuse üle ja võtma vastu strateegiad, mis toetavad teadliku enesejuhtimise võimekuse arengut (Österberg & Qvist, 2018, p. 293; Sørensen & Torfing, 2016, p. 833). Samas tuleb nentida asjaolu, et kui haldusala töötajad soovivad läbi viia muutust, mis ei lähe kokku poliitiku peamiste lähtekohtadega, on oluline, kuidas lähenetakse innovatsiooni vajavale valdkonnale.

Avaliku sektori kontekstis defineeritakse innovatsiooni kui peamiselt tahtlikku jõupingutust uue avaliku poliitika, teenuste, organisatsiooni ja protseduuride kavandamiseks, realiseerimiseks ja levitamiseks (Torfing, 2018, p. 1). Innovatsiooniks on mitmeid võimalusi, näiteks juurutada uusi tehnoloogiaid, täiustada protsesse, kaasata asutusi või üksikisikuid väljaspool avalikku sektorit või suurendada töötajate mõjuvõimu. (Borins, 2001, p. 729) Majandus areneb pidevalt, mis nõuab ka avaliku sektori ja poliitika arendamist koos loodavate teenustega. Samuti on oluline välja tuua, et avalikus sektoris tegeletakse konkreetsete valdkondadega ning eesmärgipäraseks tegevuseks on vajalik nende arendamine (Potts & Kastle, 2010, pp. 126-127; Shockely, *et al.*, 2006, p. 215) Esialgselt

loodud universaalsed teenused nõuavad muutusi vastavalt ühiskonnas toimuvatele demograafilistele muutustele (Alburi, 2005, p. 51). Ühiskonna vajadused muutuvad ajas ja seetõttu on oluline pidev arenemine. Muudatusi on võimalik sisse viia pikaajalise vaate alusel, sest üksnes lühiajalise plaani vaatamine võib pikas perspektiivis viia kriisini.

Avaliku sektori innovatsiooni tutvustatakse poliitikatsüklite kaudu. Poliitiline volitus annab haldusala asutustele võimaluse arenemiseks, laienemiseks või uue asutuse loomiseks. Riigiasutused peavad muudatuste elluviimisel lähtuma poliitilisest mandaadist. Avalikus sektoris tehtavate muudatuste nõrkuseks on poliitiliste muudatuste sisseviimine, mida pakuvad väljaspool sektorit tegutsevad agentuurid, mille tõttu võivad jääda ametnike tähelepanekud lahendusteta. (Mergel ja Desouza, 2013, p. 883) Kirjanduses on toodud kaks eeldust avaliku sektori innovatsiooni läbiviimiseks – esiteks, kui avalik sektor ei ole suutnud valdkonna siseste uuendustega kaasa minna ning teiseks, kui avalikus sektoris sisse viidud uuendused aitavad kaasa sarnase edu saavutamisele nagu erasektoris. (Walker 2003, p. 95; Albury, 2005, p. 51; Hartley, 2005, p. 35; Potts & Kastle, 2010, p. 130) Näiteks ei ole tänapäevased tervishoiuteenused 21. sajandi väljakutseteks sobilikud. Üha kriitilisemaks on muutumas hädavajaliku tervishoiu kättesaadavus, mida aitaks lahendada integreeritud inimesekesksete tervishoiuteenuste raamistik. Vajalik on täiendavate rahaliste ressursside suunamine, haldamine ja teenuse osutamise põhimõtete ümberkujundamine. Sellised sammud aitavad kaasa üldise katvuse suunas, mille abil liikuda inimestele mõeldud tervishoiusüsteemide poole. (World Health Organization, 2020)

Eelnevast saab järeldada, et teenuste uuendamine on oluline protsess, mis koosneb erinevatest etappidest. Tihti võib teenuse uuendamine nurjuda keerukuse ja selles peituvate takistuste tõttu. Küll aga leiab teenuste uuendamine üha suuremat kajastamist ja praktiseerimist üle kogu maailma, sest inimeste vajadused muutuvad ajas. Vastavalt peavad arenema ka avalikus sektoris pakutavad teenused. Avalikus sektoris on uuenduste sisseviimine sõltuv poliitilistest tsüklitest ning innovatsiooniga tegeletakse siis, kui valdkonna probleem on muutunud kriitiliseks. Avaliku sektori innovatsiooni oluliseks märksõnaks on tõusmas sektoriülene koostöö, mille alusel pakkuda inimestele lihtsamaid ja tõhusamaid ning riigile säästlikumaid teenuseid.

1.2 Teenuse pakkumist mõjutavad tegurid avalikus sektoris

Maaailma demograafiliste muudatuste tõttu on muutumas üha olulisemaks inimeste elu ja tervisega seotud teenuste arendamine. Seda näevad ette mitmed organisatsioonid üle kogu maailma. Järgnevas peatükis antakse ülevaade avaliku väärtuse kontseptsioonist ja sellest, kuidas see mõjutab teenuse pakkumist ning üldiselt teguritest, mis avalikus sektoris mõjutavad teenuse pakkumist.

OECD on 2019. aastal välja antud kogumikus kirjeldanud, et avaliku väärtuse kontseptsiooni järgi on teenuste korraldamise lähtepunktiks inimese vajadused, mitte süsteemi loogika. Kesksel kohal on küsimus, millist väärtust avaliku teenusega pakutakse ehk millist kasu loob organisatsioon teenuse kasutajale. Avalik väärtus koosneb nii majanduslikust kasust kui ka komponentidest, mis on näiteks ligipääsetavus, võrdsete võimaluste tagamine jms. Seega on avalik väärtus tugevalt seotud konkreetse teenuse kontekstiga. Muuhulgas on avalik väärtus kasutajast sõltuv – kuidas kasutaja väärtust rakendab ning enda jaoks kasutab. Seega on väärtuste loomisel kesksel kohal partnerlus (suhtlus, koostöö), seoste nägemine ja panus laiemale ning pikemaajalisele mõjule. (Riigikontroll, 2020, lk 58 ref. OECD, 2019) Borins (2001, p. 715) on seisukohal, et organisatsioonide fookus on muutumas ja seisneb kliendi maksimaalse rahulolu saavutamises. Ühtlasi on üle maailma erinevates avaliku sektori valdkondades välja töötatud mitmeid programme, millest igaüks vastab konkreetsele vajadusele. Seega ei pruugi need ühiskonna arenedes vastata klientide ehk inimeste nõudmistele ning vajavad seetõttu integreerimist (Borins, 2001, p. 715).

Teenuse pakkumist mõjutavad mitmed tegurid, millest olulisemad on inimese vajadustele kiire reageerimine, vertikaalset lähenemist asendavad horisontaalsed põhimõtted ja ühises informumis laialdasem informatsiooni jagamine (Seth, *et al.*, 2005, p. 914). Samas ei pruugi uuenduse sisseviimine olla eeldustel põhinev, vaid vajalik. Tegurid, nagu poliitilisest süsteemist tulenevad algatused, kriisid ning uued tehnoloogilised võimalused võivad suunata avaliku sektori tähelepanu lahendusi vajavatele kitsaskohtadele. Eriti oluline on mõiste „kriis“, sest kriisi tõttu joonistuvad välja näiteks võimetus jõuda sihtgruppideni või võimetus rahuldada riiklikku nõudlust ressursside piiratuse tõttu. (Borins, 2001, p. 725) Eeltoodust tulenevalt võivad erinevad tegurid olla aluseks muutustele. Muutuste sisseviimise juures on kõige olulisem jälgida endiselt seda, et muutus pakuks inimestele suuremat rahuldust.

Mõiste „kriis“ kõige värskemaks näiteks peetakse hetkel koroonapandeemiat, mis on haaranud kogu maailma (Brinks & Ibert, 2020, p. 275). 2019. aastal sai Hiina ühest provintsist alguse COVID-19 viirus, mille mõjud on juba praegusel hetkel kogu maailmale hindamatu väärtusega. COVID-19 viirusega võitlemisel on välja tulnud erinevate ühiskondade terav ebavõrdsus. Samuti on ilmnunud, kui oluline on organisatsioonide ja ühiskonna omavaheline koostöö. Ettevõtted ja asutused teevad omavahel koostööd selleks, et erinevate sektorite vahel maandada kriisist tekkinud ebavõrdsust. (Babuji, *et al.*, 2020, p. 1205) Vastuvõtlikkus viiruse osas on selgelt toonud esile, kui võrdsed on kõik inimesed hoolimata vanusest, haridusest, rikkusest ja paljudest muudest erinevustest. Koroonaviirus on maailma mõjutanud viisil, mida pole teinud ükski lähiaja kriisidest. Selle mõju varieerumine ühiskondade, populatsioonide, organisatsioonide ja üksikisikute lõikes on suur. Koroonakriisi mõju ja ulatus aitab tulevikus välja töötada strateegiaid ressursside mobiliseerimiseks ja ühiskondlike probleemide lahendamise toetamiseks. (Bapuij, *et al.*, 2020, pp. 1067–1068) Näiteks on teadlased juba praegu välja toonud, et 2019. aastal alguse saanud koroonaviiruse mõjud vaimsele tervisele võivad olla laastavad.

Koostatud hinnangute põhjal väidetakse, et kriisist tulenevalt võib suurened ka suitsiidide arv. Seetõttu on koroonakriisi valguses eriti esile tõusnud vaimse tervise üldiste tavade ja põhimõtete jälgimine. Suitsiidid võivad tuleneda nii sellest, et inimesed tunnevad end üksikuna kui ka sellest et töökoormus on oluliselt tõusnud. (Gunnell, *et al.*, 2020, p. 468) Koroonakriis toob kõige enam esile kriisi tervishoiuvaldkonnas, kuid see puudutab ka kõiki teisi sektoreid. Koroonakriis ja sellega kaasnev majanduskriis panid riigi toimimise järsult proovile, mis on kinnituseks, et avalike teenuse jätkusuutlikkus ei ole oletuslik tulevikuteema, millega tegelemist saab ühest valitsemistsüklist edasi lükata teise (Riigikontroll, 2020, lk 56). Seega on 2019. aastal alguse saanud pandeemia tõstnud esile probleemid, mis on kogu aeg eksisteerinud, kuid nende lahendusi on aastast aastasse edasi lükatud. Alustades üksikisiku vaates vaimsest tervisest ja lõpetades tervishoiuvaldkonnas riikliku toimepidevuse probleemiga. Sellest tulenevalt on üle Eesti eriti suure tähelepanu all inimeste tervis ja abi andmise võimekuse säilitamine.

Kuid juba enne koroonapandeemiat hakkasid valitsused üle kogu maailma keskenduma sellele, et pakkuda järjest enam integreeritud ja inimesekeskseid teenuseid. Selliste teenuste kujundamine võimaldab teenuste osutamist korraldada pigem inimeste kui valitsuse

vaatenurgast. (Kernaghan, 2005, p. 119) Näiteks esimene samm Eesti kontekstis oli kohaliku halduse reform 2000. aastate alguses, mille järel liiguti haldusreformi suunal. Tõsisemalt tõusis riigireformi teema uuesti esile ühiskonna surve 2015. aasta Riigikogu valimistel. (Rahandusministeerium, 2017, p. 573) Riigireformi eesmärgiks sai luua tasakaalus, tõhus ja avatud riik, et kaasnevate demograafiliste muudatustega kaasa minna ning tagada kõikidele kodanikele piiratud ressursidega kvaliteetseid teenuseid. Riigireformi elluviimiseks koostati mitmeid tegevuskavasid, kus üheks tegevuseks on näiteks riigimajade loomine erinevates piirkondades ehk kus koondatakse erinevad riiklike teenusepakkujad ühte hoonesse. (Rahandusministeerium, 2019) Poliitikakirjanduse järgi on põhimõtted nagu vastupidavus, tõhusus ja bürokraatia vähendamine koostöö aluseks (Kane, 2018, p. 80). Seega on integreeritud teenuste pakkumine võimalus, mille abil suurendada asutuste vahelist koostööd ja vähendada bürokraatiat, samal ajal muutes teenused tõhusaks ja vastupidavaks.

Inimesekeskse ja integreeritud tervishoiuteenuste globaalne strateegia pakub võimaluse tervishoiusüsteemide terviklikumaks kujundamiseks (World Health Organization, 2015, p. 5). Riigikontroll on 2020. aastal koostatud raportis välja toonud, millises seisus on avalikud teenused väljaspool kõige suuremaid asustusi ehk Harju- ja Tartumaal. Aastaruandes käsitletakse esmatahtsaid ehk esmaseid teenuseid, millest sõltub inimeste igapäevane toimetulek ja heaolu või elu ja tervis. Riigikontrolli ülevaate põhjal on võimalik järeldada, et Eesti ei ole võimeline enam olemasoleva inimressursiga pakkuma ühekülgset avalikke teenuseid. Suurimad murekohad on perearstide arvu kahanemine ja nende vananemine, kuid välja tuuakse ka päästjate arvu kahanemist. (Riigikontroll, 2020, lk 1) Üksnes teenuse osutamise parandamise abil on võimalik säilitada inimestele kvaliteetsed tervishoiuteenused, mis vastavad nende ootustele ja vajadustele. Inimesekesksete ja integreeritud tervishoiuteenuste abil on võimalik pakkuda kvaliteetsemaid ja rahaliselt jätkusuutlikumaid tervishoiuteenuseid. Selliselt arendatud teenused võimaldavad üksikisikute ning kogukondade probleemidele paremini reageerida. (World Health Organization, 2015, p. 9) Kiireloomuline vajadus mitme asutuse koostöö või koostalitlusvõime järele on hädaabiteenistuste vahel mitte ainult riigi julgeolekut ähvardavate ohtude muutuva iseloomu tõttu, vaid ka avaliku sektori terava eelarvesurve tõttu ohutute ja kvaliteetsete teenuste osutamiseks (Wankhade & Murphy, 2012, pp. 4–5). Eelpool toodust tulenevalt, on Eestis reaalne vajadus integreeritud ja inimesekeskse tervishoiusüsteemi rakendamise järele. Näiteks hädaabiteenistuste koostöö rakendamine integreeritud ja inimesekeskse

tervishoiusüsteemi kujundamisel võimaldab ressursse paremini kasutada ja säilitada kvaliteetsete teenuste pakkumine.

Maaailma terviseorganisatsiooni inimesekeskne globaalne strateegia ja integreeritud tervishoiusüsteem on püstitanud üleskutse kogu maailma tervishoiuteenuste rahastamisele, haldamisele ja osutamisele (World Health Organization, 2015, p. 9). Organisatsioon julgustab valima poliitikat ja erinevaid sekkumisviise, mis vastavad kõige paremini konkreetse riigi riiklikele, piirkondlikele või kohalikele vajadustele ning kohandama neid vastavalt oma prioriteetidele, võimetele ja ressurssidele. Nendeks on inimeste ja kogukondade kaasamine ja võimaluste suurendamine, juhtimise ja vastutuse tugevdamine, hooldusmudeli ümberorienteerumine, teenuste koordineerimine sektorisiselt ja sektorite vahel ning soodsa keskkonna loomine. (World Health Organization, 2020) Tervishoiuvaldkonna oluline osa on kiirabiteenus, mis võrreldes varasemaga on olulisel määral muutunud. Kui varem oli kiirabiteenuse eesmärgiks viia patsiendid võimalikult kiiresti ja tõhusalt kliinilisele või meditsiinilisele ravile, siis praegu on kiirabiteenuse eesmärgiks pakkuda inimeste mitmesugustele haiglaeelsetele seisunditele kiireloomulisi tervishoiuteenuseid, kui seisund on tõsine või isegi eluohtlik. (Murphy, *et al.*, 2019, p. 81; Pollock, 2013, p. 220; Wankhade, 2011, p. 387) Seoses kiirabi rolli muutumisega ajas, on viimasel ajal esile tõusnud kiirabiteenuse pakkumise võimekus üldiselt. Seda tuleb kohandada vastavalt piirkondadele ning kohalikele vajadustele, jälgides inimesekeskse lähenemise printsiipi.

Peaaegu kõigis Euroopa Liidu riikides on eakate osakaal elanikkonnas kasvutrendis, mille põhjuseks on vanemaealiste pikem eluiga ning vähene sündimus (Pollitt, 2015, p. 8; Harper, 2014, p. 5). Demograafilistest teguritest kujundavad Euroopat enim eelpool toodud rahvastiku vananemine, sündimuse langus ja erinevad rändevood. Kõige madalam on sündimus Ida- ja Lõuna-Euroopas, kusjuures Ida-Euroopas on lisaks kõige madalam inimeste sisseränne ning ka töötava elanikkonna väljaränne. Demograafiliste tegurite mõju rahvatervisele sõltub sellest, kuidas riigid muutustega arvestavad ja nendele reageerivad. Vanuse struktuuri ja etnilise koosseisu muutused koormavad tervishoiu- ja hoolekandesüsteeme veelgi, mistõttu vajavad need hoolikamat planeerimist. (England & Azzopardi-Muskat, 2017, p. 9) Eelpool toodust tulenevalt, seisab Euroopa Liit tervikuna silmitsi kasvava tervishoiu- ning pensionikoormusega ning tööjõu eeldatava vähenemisega. Rahvastiku vananemise olemus tuleneb sündimuse, suremuse ja rände suundumuse

koosmõjust (Lutz, *et al.*, 2019, p.19). Seega, ühiskonna vananemine on trend, millega ühiskond peab arvestama ning hindama tõsiselt selle vajadusi (Timonen & Kautto, 2014, p. 280). Selline demograafiline trend avaldab olulist mõju eelarvepoliitikale ja majandusele. Eakate osakaal, kes ei tööta, on peagi suurem kui tööealiste osakaal, mis viib selleni, et väiksem tööjõud peab proportsionaalselt üleval pidama suuremat ehk pensioniealist elanikkonda. Vanemaelised tarbivad suurel hulgal tervishoiuteenuseid ning vajavad ka sotsiaalhooldust, mis on rahalises mõistes riiklikus plaanis suured kuluallikad. (Pollitt, 2015, p. 8; Harper, 2014, p. 5–6)

Samas, mis puudutab rännet, siis Euroopa Liit on rahvusvahelise rände üks sihtpiirkondi, mis on samamoodi muutumas demograafilist arengut mõjutavaks teguriks. Seega tuleb rännet arvestada ühe muutujana demograafilises keskkonnas. Olulisemateks mõjutajateks on kolmandatest riikidest liikmesriiki sisenevate sisserändajate arv, nende haridustase, võime konkureerida tööturul ja sulanduda ühiskonda. (Lutz, *et al.*, 2019, p. 8) Statistikaameti andmete põhjal on 2019. aasta andmetel riiki sisserändajate arv kasvanud 4,1%, samas on kasvanud ka väljarändajate arv 22,1%. Sisserändajate hulgas moodustavad suurema osa Eesti ja Euroopa Liidu kodanikud, vähemal määral muu kodakondsusega inimesed ning Ukraina ja Venemaa kodakondsusega inimesed. Kui 2018. aastal oli Eesti riiki sisserändajate arv 17 547, siis 2019. aastal oli see 18 259, mis näitab väikest tõusutrendi. (Statistikaamet, 2021) Seega on rahvastiku vananemine üks esiletõusvamaid demograafilisi probleeme Euroopas, mille kõrvale hakkavad tõusma ka erinevad rahvastikurändega seotud muutused. Vähesel määral on tõusvas joones ka Eestisse rändavate inimeste arv.

Rahvastiku vananemise kontekstis on Riigikontroll välja toonud, et Eesti rahvastik vananeb, noorte arv väheneb ning sellega seonduvalt suurenevad tervishoiu ja sotsiaalkaitsekulud. Lisaks eeltoodule, inimeste majandusliku heaolu paranedes kasvavad ka inimeste ootused, mis tähendab, et nähakse teiste riikide eeskujusid olukordade lahendamisel ning soovitakse sarnaseid lahendusi näha ka oma koduriigis. (Riigikontroll, 2020, lk 54) Statistikaamet on koostanud 2019. aastal rahvastikuproгноosi aastaks 2080. Hetkel hinnatakse 65-aastaste ja vanemate osakaaluks rahvastikus ligikaudu 20%, mis kasvab ühtlaselt 2060. aastaks 30%-ni. Oluline on välja tuua, et sealjuures tööealiste (15–64-aastased) osakaal rahvastikus väheneb 8,6 protsendipunkti. (Statistikaamet, 2019) Lisaks rahvastiku vananemisele, süvendab regionaalseid erinevusi linnastumine, eeslinnastumine, koondumine tõmbekeskustesse ning ääremaastumine. Rahvaarv kasvabki enam Harjumaal, sealhulgas

Tallinnas. Tartu maakonna rahvaarv püsib samuti väikeses kasvutrendis. Kõigis ülejäänud maakondades elanike arv väheneb. Kõige suurem on elanike arvu vähenemine Ida-Viru, Järva, Valga ja Jõgeva maakonnas. Kahaneva rahvaarvuga maakondades on elanikkond keskmisest vanem ja neis kujundab rahvastikku peamiselt suremus. (Riigikontroll, 2020, lk 53) Seega, rahvastiku vananemine on ka Eesti kontekstis tõsine demograafiline tegur, millega teenusete kujundamisel arvestada tuleb. Samamoodi nagu ka inimeste riigi sisene ränne, kus koondutakse peamiselt Harju- ja Tartumaale, ning maapiirkondades elavad inimesed hajaasustustes.

Eeltoodust tulenevalt on kõige mõjukamad demograafilised tegurid Eesti kontekstis rahvastiku vananemine, muukeelse kultuuri sisseränne ning inimeste riigisisene ränne ja ääremaastumine. Nende tegurite mõjul kasvavad tulevikus nii tervishoiu- kui sotsiaalkulutused, ning riigisisene ränne muudab avalike teenuste ühtlase kvaliteediga pakkumise üleriigiliselt keerulisemaks.

Riik ei ole ressursside puudusest tulenevalt võimeline pakkuma kõiki teenuseid. Teenuse kvaliteedi säilitamiseks pakuvad erinevaid teenuseid ka erasektoris tegutsevad ettevõtted. Toimetuleku võimekuse suurendamiseks on võimalus jaotada ülesandeid nii avaliku- kui erasektori vahel. (Andrews & Entwistle, 2010, p. 680) Teisisõnu, tuues näite Eesti olukorrast, kus erakorralise meditsiini valdkond kuulub peamiselt ühe ministeeriumi ehk Sotsiaalministeeriumi haldusalasse, kus igapäevaselt kiirabiteenuse korraldaja on Terviseamet ja teenust pakuvad Eestis eraettevõtjad. (Sotsiaalministeerium, 2017) Seda põhjusel, et riigil endal ei ole avalikus sektoris võimekust sellist teenust pakkuda. Seega, teenuse kvaliteedi säilitamise mõistes on erakorralise meditsiini valdkond antud eraettevõtjate pädevusse. Avaliku sektori partnerluse loomine toimub ka teistel põhjustel, millest üheks on näiteks geograafiline asukoht. Näiteks teenuse pakkujad saavad sellisel viisil koostööd tehes suurendada kvaliteetse teenuse ulatust ning kokkuvõttes kuludelt säästa. (Andrews & Entwistle, 2010, p. 680) Seega on riiklikust aspektist vaadelduna igati mõistlik teenuseid jaotada kvaliteedi säilitamise eesmärgil ka erasektori ettevõtete haldusesse. Näiteks kinnitab geograafilise piirkonna koostöö võimalust ka eelpool toodud tähelepanek, mille kohaselt ei ole Eesti tulevikus võimeline pakkuma ühekülgset ja ühtlase kvaliteediga teenuseid.

Tervishoiusüsteemid üle maailma vajavad põhimõttelisi muutusi, sest inimesed elavad kauem. Vanemaealiste ülalpidamine on kulukas, sest tõenäoliselt on neil kroonilised haigused, mis vajavad ennetamist ja sekkumist. Inimesekeskse ja integreeritud tervishoiuteenuste arendamine on oluline, et vältida killustatud, ebatõhusat ja jätkusuutmatut tervishoiusüsteemi. (World Health Organization, 2015, p. 9) Üks põhilisi probleeme, millega erakorralist vältimatut arstiabi pakuvad teenuseosutajad ehk kiirabi teenuse osutajad silmitsi seisavad, on ülerahvastatus ehk olukord, kus liigne abivajavate patsientide arv ületab kiirabiressursi personali võimekuse (Cremonesi, *et al.*, 2015, pp. 507; Hoot & Aronsky, 2008, p. 126; Montefiori, *et al.*, 2017, p. 796). Rahvusvahelises kirjanduses on välja toodud kaks peamist erakorralist abi vajavat kasutajate rühma. Esimesse rühma kuuluvad need, kes kasutavad erakorralist abi põhiarstiabi asemel ehk seda tüüpi patsiendid kasutavad kiirabi ressursi ebaotstarbekalt mitteägeda hoolduse jaoks, mis tegelikkuses erakorralise abi valdkonda ei kuulu. Nende arstiabi vajadus on tihti seotud sotsiaalse probleemiga, nad on näiteks vanemad inimesed või kasutavad erakorralise abi pakkujat näiteks suhtlemise eesmärgil. (Andren & Rosenqvist, 1987, p. 825; Fuda & Immekus, 2006, p. 9) Teine rühm inimesi on need, kes vajavad erakorralist abi eluohtliku seisundi tõttu, mis suurendab nende vajadust hädaabi teenuste järele. Sageli on eluohtlik seisund tingitud kroonilistest haigustest. (Blank, *et al.*, 2005, p. 140; Lucas & Sanford, 1998, p. 564) Oluline on välja selgitada, kuidas toimub inimesele elupäästva esmaabi andmine ning millistest komponentidest see koosneb.

Eestis on vältimatu arstiabi andmine Sotsiaalministeeriumi haldusala ülesanne (Hädaolukorra seadus, 2020, § 36). Kui vaadelda Tervishoiuteenuste korraldamise seadust, siis on vältimatu arstiabi tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse (Tervishoiuteenuse korraldamise seadus, 2020, § 5). Igal Eesti Vabariigi territooriumil viibival inimesel on õigus saada vältimatut abi (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2020, § 6).

Eelnevast saab järeldada, et maailm on muutumas ja sellega seoses inimeste ootused teenustele. Järjest enam on esile tõusmas riiklik vastutus ning riikidele seatud ootusi on võimalik tagada läbi koostöö ja sealjuures näha tulekuvisioni. Magistratöö kirjutamise hetkel on kestmas ülemaailmne koroonakriis, mille lõplik mõju ei ole veel selgunud. See viirus on näidanud, et kõik inimesed on võrdsed ja tervishoiusüsteemi toimepidevus on elulise tähtsusega. Eesti kontekstis on üheks suurimaks demograafiliseks murekohaks

rahvastiku vananemine, kuid sellega koos ka inimeste riigisisene ränne ja elamine hõreasustustes. Riigikontrolli prognoosi kohaselt ei ole Eesti enam võimeline peale Harju- ja Tartumaa ühetaoliselt üle riigi teenuseid pakkuma. Viimastel aastatel on üle maailma esile tõusnud kiirabiteenuse pakkumine ja selle jõudlus. Seoses inimeste arvu kasvuga, ületab nõudlus kiirabiteenuse pakkumise. Seega on ka Eesti mõistes vajalik kiirabiteenuse pakkumine kriitiliselt üle vaadata ning seeläbi tagada tervishoiusüsteemi toimepidevus üleriigiliselt.

1.3 Teenuse rakendamine elupäästva esmaabi kontekstis

Elupäästev esmaabi on eluliselt oluline, kui inimene on eluohtlikus seisundis. Demograafiliste muutuste süvenemisel võib elupäästva esmaabi vajadus süveneda. Seejuures on oluline arendada ka elupäästva esmaabi andmise teenust, et igal inimesel oleks sõltumata asukohast võimalus elupäästvale esmaabile. Järgnevas peatükis käsitletakse elupäästva esmaabi mõistet, selgitatakse välja, kellel on õigus abistada eluohtlikus seisundis abivajajat, kuidas päästjaid rakendatakse mujal maailmas esmaabi andmiseks ning milline on Eestis tegutsevate päästjate elupäästva esmaabi väljaõpe. Peatüki lõpus käsitletakse hiljuti kirjutatud lõputööde seisukohti päästjate võimalikkusest anda esmaabi.

Haiglaeelne erakorraline abi on ajast sõltuv ning lihtsate meetodite rakendamine on eluliselt oluline. Varases staadiumis abi andmine võib pidurdada haiguse progresseerumist ning vähendada hilisemaid tüsistusi. Haiglaeelset abi võivad osutada kõrvalseisjad, pääste- või politseiteenistuse töötajad, kuid kõige sagedamini osutavad seda kiirabiteenuse pakkujad. (Wilson, *et al.*, 2015, pp. 2526, 2530) Nagu ka eelpool toodud, on elupäästmise alustamine varajases staadiumis ülioluline. Eluohtliku seisundi korral on ellujäämisahelas kõik lülid väga olulised, alustades kõnekeskuses kõne vastuvõtmisest kuni varajase abi ja edasise ravini. Viimasel ajal on üle maailma esile kerkimas probleem, kus professionaalne abi ,ehk kiirabi, ei jõua piisavalt kiiresti abivajajani. Pikemad kiirabi reageerimise ajad on seotud ebapiisava kiirabi ressursi, kiirabi suure kasutamise või abivajaja asukohaga maapiirkonnas, mis asub lähimast kiirabijaamast kaugel. (Svensson, *et al.*, 2020, p. 6,7; Roberts, *et al.*, 2014, p. 1)

Eluohtlikus seisundis abivajaja väljakutsete reageerimisaja lühendamiseks võetakse üha enam kasutusele lahendusi, kus saadetakse sündmuskohale esmareageerijad (Svensson, *et*

al., 2020, p. 6) Esmareageerijate kasutamine abivajaja eluohtliku seisundi korral võimaldab vältimatu arstiabi kättesaadavust. Nende ülesanne on hoida patsienti elus seni kuni saabub vältimatu abi kiirabiteenuse pakkuja näol. (Sun & Wallis, 2011, p. 673) Näiteks on nii politsei- kui ka päästeametnikel võimalik enne erakorralise meditsiinilise abi saabumist kasutada elustamiseks AED-d. (Hansen, *et al.*, 2015, p. 304). Üha enam on esmareageerijatena hakatud kasutama päästjaid. (Svensson, *et al.*, 2020, p. 6; Høyer & Christensen, 2009, p. 2; Hollenberg, *et al.*, 2009, p. 1782; Boyle, *et al.*, 2010, p. 77) Päästjate kasutamine esmareageerijatena ägedate meditsiiniliste seisundite korral sai alguse 1980. aastate keskpaigas Ameerika Ühendriikides (Weaver, *et al.*, 1986, p. 1020) ja 1980. aastate lõpus Kanadas (Shuster & Keller, 1993, p. 722). Päästjate ja teiste operatiivtöötajate kasutamine esmareageerijatena võimaldas vähendada aega inimese teadvuse kaotamisest kuni abi saabumiseni. (Boyle, *et al.*, 2010, p. 77) Ootused päästjatele on AED-kasutamise oskus, ehk eluohtliku esmaabi andmine südameseiskumise korral, ning teised kergemad esmaabivõtted. (Svensson, *et al.*, 2020, p. 7; Høyer & Christensen, 2009, p. 3; Boyle, *et al.*, 2010, p. 77) Päästjad on harjunud probleeme lahendama ja neid koolitatakse ettearvamatute ja ootamatute olukordade juhtimiseks (Svensson, *et al.*, 2018, p. 121). Ühtlasi on päästjate osutatud abi olnud professionaalne ja hilisemas etapis aidanud kaasa patsientide kiiremale paranemisele. (Svensson, 2020, p. 12; Hasselqvist-Ax, *et al.*, 2017, p. 9) Kinnitust on leidnud ka asjaolu, et päästjad, kellel varasem kokkupuude esmaabiga puudub, on koolituse tulemusel pädevad esmareageerijad. AED kasutamise õpetamisel ning selle kasutamise abil on päästjaid võimalik integreerida olemasolevasse esmaabi mudelisse. (Smith, *et al.*, 2001, p. 150)

Eluohtlikus seisundis patsiendiga on tegemist, kui tema elu on otseselt ohus. (Tervise- ja tööminister, 2020, § 4). Esmaabi on esmane ravi ägeda haiguse või vigastuse korral, mille abil on võimalik päästa inimese elu, ennetada edasist haiguse kulgu või vigastusi ja soodustada taastumist. (Singletari *et al.*, 2020, p. S286; Flabouris & Bridgewater, 1996, p. 48) Eestikeelses kirjanduses nimetatakse kiireloomulist abi elupäästvaks esmaabiks, mille eesmärgiks on taastada ja/või säilitada kannatanu elutähtsad funktsioonid professionaalse abi saabumiseni. Peamised komponendid on elustamine, suure välise verejooksu peatamine, šokiseisund ning teadvuseta kannatanu abistamine. (Eesti Haigekassa, 2010, lk 3, 8, 10–12) Abivajajal, kes ei reageeri ja ei hing normaalselt, on tõenäoliselt tekkinud südameseiskus ja ta vajab kohe elustamist.

Viivitamatu elustamise alustamine suurendab ellujäämise võimalust vähemalt kahe- kuni neljakordselt. Ülemaailmne elustamise ravijuhis kinnitab, et elustamise korral on oluline nii südamemassaaži tegemine kui patsiendi hingatamine. (Perkins, *et al.*, 2015, p. 83) Samas hapnik on küll kõige laialdasemalt kasutatav ravim, kuid seda saavad määrata üksnes meditsiinitöötajad või vastava pädevusega inimesed. (Bittermann, 2009, p. 1) Euroopa elustamisnõukogu toob oma juhises välja, et defibrillatsioon 3–5 minuti jooksul pärast inimese kokkuvarisemist, suurendab tema ellujäämise võimalust 50–70%. Selleks, et võimaldada elustamise korral inimesele ellujäämiseks vajalikku defibrillatsiooni, on vajalik suurendada üleriigilist AED-de kättesaadavust ja paremat AED-de võrgustikku. (Perkins, *et al.*, 2015, p. 83) Inglisekeelses kirjanduses tähendab mõiste CPR (*cardiopulmonary resuscitation*) kõige lihtsakoelisemat elustamise oskust, mis kõige tõenäolisemalt parandab haiglaeelses etapis abivajaja ellujäämise võimalust. Ühtlasi on elustamistreening päästjatele oluline, sest annab baaselustamise õpetuse. (Nichol, *et al.*, 2015, p. 2204) Juhiseid täiskasvanu südameseiskumisel esmase elustamise korral nimetatakse ingliskeelses kirjanduses BLS (inglise k *basic life support*) – hingamisteede, hingamise ja vereringe tugi ilma muude seadmeta kui isikukaitsevahendid. Ühtlasi hõlmab BLS ka automatiseeritud defibrillaatori ehk AED kasutamist. (Perkins, *et al.*, 2015, p. 81). Põhiline erinevus CPR ja BLS vahel on see, et CPR on kõige esmasem elustamisvõte, kui BLS võimaldab või soovitab ka näiteks automaatse defibrillaatori kasutamist ehk lisavahendeid, mis soodustavad inimese ellujäämisprotsenti. Eestikeelses kirjanduses nimetatakse esmast elustamise lihtsustatud põhireeglit elustamise ABC-ks (A-inglise k *airways*, B-inglise k *breathing*, C-inglise k *circulation*) (Haigekassa, 2010). Elustamise ABC koosneb kolmest komponendist, millest A on hingamisteede avamine, B on hingamise kontrollimine, C on alustamine südamemassaažiga.

Traumast tingitud verejooks on kogu maailmas oluline haigestumuse ja suremuse põhjus. Suure verejooksu puhul võib inimene surra viie minuti jooksul, seega on enne kiirabi saabumist hädavajalik, et esmaabi andjad kiirelt verejooksu peatavad. Verejooksu sulgemiseks on esialgu piisavad ka käepärased vahendid, millega verejooksu kohale survet avaldada. (Charlton, *et al.*, 2020, pp. 235–236) Eluohtrike verejooksude sulgemine on sama oluline kui abivajaja eluohtriku seisundi puhul elustamine, kus viivitamatu tegutsemine võib päästa inimese elu (Levy & Jacobs, 2016, p. 1103). Eelpool toodust tulenevalt on nii verejooksud kui ka elustamine eluohtrikud seisundid, mille korral on kiire abi kriitilise tähtsusega.

Haiglaeelne erakorralise abi andmine on rahvusvaheliselt erinev, mis on pidevas muutuses seoses demograafiliste ja poliitiliste muutustega. Üldiselt eristatakse kahte liiki kiirabiteenuse süsteeme: Prantsuse-Saksa mudel (inglise k *Franco-German model*) ja Anglo-Ameerika mudel (inglise k *Anglo-American model*). Prantsuse-Saksa mudeli töötajad on peamiselt arstid ja/või meditsiiniõed, mille eesmärgiks on hinnata ja ravida patsiente kohapeal. Kiirabi ja kiiret tervishoidu käsitletakse eraldi eelnevalt kehtestatud transpordirežiimiga. Anglo-Ameerika mudelis kasutatakse teenistuses parameedikud (erineva haridustaseme ja kvalifikatsiooniga), kes vastutavad esmase hindamise ja ravi eest enne haiglasse suunamist või transportimist. Erakorralise ja vältimatu abi ühendus on sujuvalt reguleeritud. (Williams, 2015, p. 47) Prantsuse-Saksa mudel on kasutusel näiteks Saksamaal, Prantsusmaal ja Maltal. Anglo-Ameerika mudel on kasutusel näiteks Ameerika Ühendriikides, Kanadas ja Uus-Meremaal. Samas selleks, et vastata tervishoiu vajadustele, rakendatakse üha enam kombineeritud mudeleid haiglaeelse erakorralise abi pakkumiseks. (Al-Shaqsi, 2010, p. 320) Päästeameti visiooni kohaselt soovitakse päästealase turvalisuse poolest jõuda Põhjamaade tasemele (Päästeamet, 2016, lk 21). Seetõttu kirjeldatakse ka magistritöös, Eestile lähimates Põhjamaades Soomes ja Rootsis, päästjate rakendamist elupäästva esmaabi andmisel.

Näiteks Soomes on kasutusel riiklikel kriteeriumidel põhinev lähetussüsteem. Dispetšerid, kes vastavad hädaabikõnedele, kasutavad astmelist reageerimist AED-ga varustatud tuletõrjeautodega, mis asuvad lähemal kui esimesed reageerivad kiirabiüksused. Kiirabi põhitasandil töötavad peamiselt riiklikus päästekoolis koolitatud päästjad. Nimetatud päästjate koolitus kestab 1,5 aastat, millest kolmandik on seotud kiirabiteenuse pakkumisega. Kõrgemal kiirabitasandil töötavad meditsiiniõed ja parameedikud 4-aastase õppega. Põhitasemega kiirabibrigaadi oskused hõlmavad AED kasutamist ja muid eluohtliku seisundiga seotud tegevusi, ent sellel tasandil ei manustata ühtegi veenisest ravimit (Jormakka & Saikko, 2015, p. 186). Paljudel väiksematel omavalitsustel ja kogukondadel pole eraldi kiirabijaama, selle asemel osutab piirkonnas haiglaeelset erakorralist abi esmatasandi reageerimisüksus koostöös vabatahtlike päästjatega. (Rasi, 2014, p.11) Kõrgemal reageerimistasandil manustatakse veenisisesid ravimeid. Soome meditsiinisüsteemis korraldavad maapealset transporti kiirabi või parameedikud. Arstidega mehitatud kiirabibrigaade kasutatakse reageerimiseks teise või kolmanda astmena. (Langhelle, *et al.*, 2004, p. 14)

Näiteks Rootsis on kiirabi ja päästjad eraldi organisatsioonides, aga osades maakondades on rakendatud praktikat, kus päästjad saadetakse eluohtlikus seisundis abivajajaga seotud väljakutsele, kui lähemal asuv kiirabi on kaugel. Päästjate sündmuskohale saatmise puhul on oluline pöörata tähelepanu, et päästjad on esmareageerijad üksnes siis, kui nad jõuavad sündmuskohale enne kiirabi. Päästjad on varustatud AED-aparaatidega ning neil on võimalik pakkuda abivajajale esmaabi ja turvalist keskkonda. (Svensson, *et al.*, 2020, p. 6; Hollenberg, *et al.*, 2009, p. 1782) Haiglaeelses erakorralises etapis esmareageerivad päästjad on läbinud 4-tunnise täiskasvanute BLS-koolituse ning sealjuures korranud üle ka AED-kasutamise. (Hasselqvist-Ax, *et al.*, 2017, p.2–3) Õnnetuspaigas osutavad päästjad kiirabi saabumiseni erakorralist abi. Rootsi süsteemis päästjad patsienti ei transpordi, kuid abistavad neid vajadusel raskete haiguste või vigastuste korral, kui lähimal asuv kiirabibrigaad on kaugemal. (Abelsson, 2020, p. 247) Päästjate rakendamine erakorralises meditsiinisüsteemis esmareageerijatena enne kiirabi saabumist on vähendanud esmase abi kohalejõudmise aega olulisel määral nii maa- kui ka linnapiirkondades (Nordberg, *et al.*, 2015, p. 148).

Eestis kuulub kiirabiteenuse pakkumine Sotsiaalministeeriumi haldusalasse, kus kiirabiteenuse rahastamine on seotud Haigekassaga, kuid riiklikku järelevalvet kiirabiteenuse osutamise üle korraldab Terviseamet (Sotsiaalministeerium, 2019, lk 13). Eestis reguleerib tervishoiuteenuste pakkumist tervishoiuteenuste korraldamise seadus, milles kirjeldatakse, et Eestis tagab kiirabi eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmaseks diagnoosimiseks abivajaja transpordi haiglasse. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 16). Kiirabibrigaadide koosseisud on jaotatud kolmeks – reanimobiili-, arsti- ja õebrigadiks. Kiirabibrigaad on kolmeliikmeline. Kõigile kiirabibrigaadi liikmetele on määruse alusel kehtestatud hariduse nõuded, kus kõige tavapärasem brigadi tase on õebrigad. Selle brigadijuht peab olema õde, kellel on töökogemus ning vähemalt 240-tunnine kiirabibrigaadijuhi täienduskoolitus. Kiirabibrigaadi teiseks liikmeks võib olla erakorraline meditsiinitehnik või tingimustele vastav üliõpilane, kes on läbinud vähemalt 60-tunnise täienduskoolituse. Kiirabibrigaadi kolmas liige võib olla isik, kellel on alarmsõiduki juhtimise õigus, ning kes on läbinud vähemalt 400-tunnise kiirabitehniku täienduskoolituse. (Tervise- ja tööminister, 2019) Eelpool toodust tulenevalt, on võimalik järeldada, et Eestis on haiglaeelse erakorralise abi pakkumisel kasutusel Prantsuse-Saksa

udel, kus töötavad peamiselt arstid ja/või meditsiiniõed, mille eesmärgiks on hinnata patientide seisundit ja ravida kohapeal.

Samuti on Vabariigi Valitsuse kehtestanud määruse, mis reguleerib kiirabibrigaadide ja nende pidajate, haiglate, pääste- ja politseiasutuste ning Terviseameti kiirabialast koostööd. Määruses on kehtestatud ka abiandja mõiste, kes on kiirabibrigaad, Päästeameti ning Politsei- ja Piirivalveameti üksus, keda Häirekeskus või Politsei- ja Piirivalveamet saadab välja abi andma (Vabariigi Valitsus, 2019, § 2). Abiandja mõistele ei ole määruse raames kehtestatud vajalikke esmaabi andmise oskusi. Abiandjatest üksnes kiirabibrigaadile on toodud kohustusliku väljaõppe maht, mida kirjeldati eelpool. Samuti on abivajaja eluohtliku seisundi korral Häirekeskusel õigus vaba kiirabibrigaadi puudumise korral saata esmaabi andmiseks selleks tegevuseks pädev abivajajale lähemal asuv päästemeeskond, või edastada väljakutse Politsei- ja Piirivalveametile politseipatrulli väljasaatmiseks. Oluline on välja tuua määruses sätestatu, et sellise väljakutse korral tuleb väljakutsele saata ka lähemal asuv kiirabibrigaad, kui see vabaneb. (Vabariigi Valitsus, 2019, § 5) Seega on lähemal asuva päästemeeskonna või politseipatrulli kasutamise näol tegemist sarnase olukorraga nagu oli toodud esmareageerijate puhul. Nende ülesandeks on samuti oma pädevuse piires eluohtlikus seisundis abivajajale osutada esmaabi kuni kiirabibrigaadi ehk vältimatu arstiabi saabumiseni. Üksnes Eesti kontekstis, ei ole magistr töö autorile teadaolevalt Eestis väljastatud päästjatele AED-aparaate ning nende elupääste võimekus on seotud olemasolevate vahenditega. Määruse alusel on lisaks kiirabibrigaadile õigus välja saata ka päästemeeskond, juhul kui abivajaja on erakorralises või eluohtlikus seisundis ja asub raskesti ligipääsetavas kohas või transportimisel esineb takistusi (Vabariigi Valitsus, 2019, § 5).

Juriidilises kontekstis on igal osalejal (päästeteenistusel, politseil ja kiirabil) määratletud pädevus, ehkki tegelikult on nende töös palju sarnast. Näiteks sündmuse puhul, kus kõik eelpool toodud osapooled on esindatud, tegutseb iga pool oma valdkonna ülesannetega, ehkki eesmärk on üks – vähendada avalikkusele suunatud riske, neid maandada ning osutada abi. Seetõttu tuvastavad reageerivad osalejad koos vajaduse abile ja kavandavad tervikuna oma tegevused. (Svensson, 2018, p. 209) Akadeemikud ja praktikud tunnevad ühe suuremat huvi hädaabiteenuste arendamise vastu. Põhjus seisneb sellest, et hädaabiteenistus panustab laiemalt sotsiaalsete, majanduslike ja keskkonnaalaste probleemide lahendamisse. Hädaolukordi lahendavate ametite kogukonna killustatus on sageli takistuseks nende

organisatsioonide tihedamale suhtlemisele. Sarnaselt on ka Eestis, kus Politsei- ja Piirivalveamet ning Päästeamet kuuluvad Siseministeeriumi valitsemisalasse (Siseministeerium, 2016) ning kiirabiteenuse pakkujaid on Eestis 10 (Terviseamet, 2021), millest ainukesena SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla kuulub Sotsiaalministeeriumi haldusalasse (Sotsiaalministeerium, 2016). Eelpool toodud kiirabiteenuse pakkujad moodustavad üle Eesti ühtlase kiirabivõrgustiku (Lisa 1 – joonis 2).

Kui vaadelda Eestis tegutsevat kiirabisüsteemi ning päästesüsteemi, siis on päästesüsteemil eelis teenuse kvaliteedistandardi osas. Päästeamet on riiklik institutsioon ning ministeerium nii tehtavate auditite raames kui ka erinevate küsitluste kaudu hoiab ameti tegevuse fookuses ning kooskõlas ka kliendirahuloluga. Seda näitab 2018. aastal tehtud institutsioonide usaldusväärse uuring, millest selgub, et Päästeametit peab Eestis keskmiselt usaldusväärseks 97% ning väga usaldusväärseks 59% uuringule vastajatest. (Turu-uuringute AS, 2018, lk 6) Siinkohal on võrdlusmoment Eestis toimiv kiirabisüsteem ning selle kvaliteet. Praxise koostatud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamises on välja toodud, et kiirabi kvaliteetse teenuse komponendid võiksid olla: sündmuskohal toimetuleku meditsiiniline tase, patsiendi rahulolu ja ka toimetulek hädaolukordadega. Patsientide rahulolu on viimastel aastatel kasvanud üle 80%, kuid tegeliku ravikvaliteedi ja hädaolukordadega toimetuleku kohta informatsioon puudub (Poliitikauuringute keskus, 2017, lk 23). Lisaks on vahehindamises konkreetselt välja toodud, et kuna operatiivjuhtimine meditsiinilise poole pealt on võrreldes pääste ja politseiga väga madal, siis on keeruline eraldi kiirabi teenuse kvaliteeti hinnata.

Päästeameti strateegias on välja toodud, et linnastumise suurenemisega toimub rahvastiku hõrenemine maapiirkondades, mis muudab ka päästeteenuse väheste väljakutsete arvu tõttu kallimaks. Seetõttu on Päästeamet rakendanud sellistes piirkondades vabatahtlike päästjaid, kuid neid ei jagu igasse piirkonda. Päästeamet on loonud üle-eestilise päästevõrgustiku, kuhu kuuluvad nii kutselised- kui ka vabatahtlikud päästekomandod (Lisa 1 – Joonis 3). Ühtlasi on Päästeamet avatud koostööle erasektori ettevõtetega, mille abil säilitada komandod ka hõredama asustusega piirkondades (Päästeamet, 2016, lk 10, 16).

Päästeameti siseselt on esmaabi täiendusõppe plaan ja kord välja töötamisel. Päästeameti edastatud andmete kohaselt läbis esmaabi koolituse 2019. aastal 85 otseselt päästesündmusel osalevat päästetöötajat ja ametnikku. 2020. aastal oli esmaabikoolituse läbinud ametnike arv

24, mida Päästeamet põhjendas koroonaviiruse levikuga. Päästeametil puudub ülevaade kutseliste päästjate kohta, kes lisaks päästele töötavad paralleelselt ka kiirabiteenuse pakkuja juures. Üksnes on teada paralleelselt kiirabis töötavate päästeametnike arv, kes väljakutsetele reageerivad ja neid on vastavalt piirkondadele Ida Päästkeskuses 7, Lõuna Päästkeskuses 9, Lääne Päästkeskuses 3 ja Põhja Päästkeskuses 5. Päästeameti kinnitusel on väljatöötamisel ametisisene esmaabi täienduskoolituse süsteem, kuid hetkel see puudub. Eelpool toodust tulenevalt nähtub, et iga päästja väljaõppesse kuulub ka elupäästva esmaabi täienduskoolitus ning sõltuvalt õppetasemest on selle maht erinev. (Päästeamet, 2021)

Eestis õpetatakse kutselisi päästjaid Sisekaitseakadeemia päästekolledžis, kus on üheaastane päästja õppekava ning kolmeaastane rakenduskõrgharidus päästeteenistuse õppekaval. Päästja õppe raames õpetatakse „Päästetööd“ aine raames päästjatele elupäästvat esmaabi päästetöödel. Esmaabi aine eesmärgiks on õppekava rakenduskavas seatud, et pärast õppeaine läbimist on päästja võimeline andma elupäästvat esmaabi. Aine maht on 32 teooria tundi, 48 praktilist tundi ja 24 tundi iseseisvat tööd, mis tähendab, et kokku on esmaabiõpet 104 tundi. Tundide raames õpetatakse päästjatele muuhulgas ka nii elustamise ABC-d, traumahaige käsitlemist, eluohtlikke seisundeid ja tegutsemist nende korral. Elustamise ABC hõlmab endas teadvuseta kannatanu asendeid, elutunnuste kontrollimist ja elustamist nii abivahenditega kui abivahenditeta. Traumahaige käsitlemist sisaldab näiteks verejooksude sulgemist, lahastamist, traumahaige asendeid (Sisekaitseakadeemia, 2020, lk 14–15) Päästeteenistuse rakenduskõrgharidusõppes õpetatakse päästjatele esmaabi „Päästetööde alused“ aine raames, kus ühe osana õpetatakse kannatanutele andma ka vältimatut esmaabi oma kompetentsuse piires olemasolevate vahenditega, tagades elutähtsate funktsioonide toimimise (Sisekaitseakadeemia, 2019, lk 7). Päästeameti vabatahtlikud päästjad koolitatakse välja Päästeametis ning nad läbivad elupäästva esmaabi õppe. Selle alusel vabatahtlik päästja muuhulgas kasutab ohutult ja tulemuslikult elupäästva esmaabi võtteid ning nende käsutuses olevaid esmaabi vahendeid. Elupäästva esmaabi õppeteemadeks on näiteks elustamise ABC, traumakannatanu käsitlemist ja verejooksude sulgemine. Vabatahtliku päästja elupäästva esmaabi väljaõppe kestab 16 akadeemilist tundi, millest 6 tundi on praktiline osa. (Päästeamet, 2021) Siinkohal on oluline välja tuua, et aktiivne õppimise osa on õppimine läbi käelise tegevuse. Õppimine toimub läbi praktiliste tegevuste, mida juhendab kogenum spetsialist. Praktiline kogemus on õppimise vajalik osa, mis täiendab teoreetilist õppematerjali (Permaul, 2009, p. 3). Eriti elustamise väljaõppe puhul ei ole piisav

üksnes kirjalike materjalide läbitöötamine, oluline roll on nii praktilisel kui ka õpitud oskuste rakendamisel (Høyer & Christensen, 2009, p. 2).

Sisekaitseakadeemia päästekolledžis on Jaanus Lehtsaar varasemalt kirjutanud lõputöö „Esmaabi täiendkoolituste parendamise vajalikkus ja suunad Lääne päästkeskuse esmareageerijate näitel“ ja Helena Käst „Kiire meditsiinilise abi kättesaadavus Eesti elanikele Kagu-Eesti näitel“. Lehtsaare uuringu tulemusena selgus, et Lääne päästkeskuses on 79% päästjatest huvitatud omandama kiirabitehniku haridust, kui Päästeamet on nõus koolitust rahastama. Sama uuringu raames tõi Lehtsaar välja, et meditsiiniga seotud väljakutsete arv on tõusvas trendis. (Lehtsaar, 2018, lk 40–41) Käst jõudis uuringu tulemusena järeldusele, et Kagu-Eesti piirkonnas ei toeta kiirabibaaside paiknemine kiirabi kohalejõudmise ajakriteeriumit, mille kohaselt abivajaja eluohtliku seisundiga seotud väljakutsel (D-prioriteediga väljakutse) jõuab 55% asemel kiirabibrigaad sündmuskohale 68% juhtudest 15 minuti jooksul ja 90% asemel jõuab 84% juhtudest 21 minuti jooksul. Ühtlasi on Käst jõudnud oma lõputöös tulemuseni, et ajalist kriteeriumi ületanud väljakutsed jäävad päästekomandode paiknemiskohtade lähedusse, millest tulenevalt oleks olnud juhtumitel võimalik kasutada lähima päästemeeskonna reageerimise printsiipi. (Käst, 2019, lk 35–36) Oluline on välja tuua, et mõlema lõputöö järeldustest selgub, et rohkem tuleks panustada päästjate elupäästva esmaabi väljaõppesse, mille abil tõuseb päästjate elupäästva esmaabi andmise pädevus (Käst, 2019, p. 37) ja suurendada ka praktilise õppe osakaalu, mis annaks päästjatele rohkem enesekindlust elupäästva esmaabi andmiseks (Lehtsaar, 2018, lk 40).

Järgnevas tabelis kirjeldatakse tõhusa teenuse integreerimise komponentide abil integreeritud esmaabi teenuse vajalikke tegevusi.

Tabel 2. Tõhusa teenuse integreerimise komponendid (autori koostatud).

Komponendid	Vajalikud tegevused
Organisatsiooniline valmisolek	Sotsiaal- ja Siseministeerium kaardistavad integreeritud esmaabi teenuse vajaduse. Seejärel edastavad informatsiooni vastavalt kiirabi teenusepakkujatele ja Päästeametile. Päästeamet edastab Siseministeeriumile informatsiooni vajalike vahendite soetamise kohta, kaardistab ka asutuse sisesed võimalikud ressursid integreeritud esmaabi osutamiseks. Kiirabi teenusepakkujad edastavad Sotsiaalministeeriumile informatsiooni millises mahus ja milliste vahendite eest on võimalik päästjaid koolitada ja panustada esmaabi väljaõppe arendamisse.

Personali kaasamine	Sotsiaal- ja Siseministeeriumi koostöös moodustatakse erinevate regioonide esindajate ja spetsialistide abil töörühmad, kus seatakse tingimused ja võimalused esmaabi integreerimiseks. Kiirabi teenusepakkujad koondavad asutuse siseselt ressursid, kellel on võimalik koolitusi läbi viia ja täiendavate ülesannetega tegeleda.
Juhtimine	Sotsiaal- ja Siseministeerium on positiivse hoiakuga integreeritud esmaabi osutamise osas. Siseministeerium selgitab Päästeametile, et integreeritud esmaabi osutamine on kooskõlas Päästeameti eesmärgiga, ühtlasi on ühine missioon päästa inimeste elusid. Täienduskoolituse süsteemi olemasolul on võimalik rakendada teadmisi ka igapäevaelus. Sotsiaalministeerium on positiivse hoiakuga, kiirabi töötajatele selgitatakse koostöö vajalikkust elupäästva esmaabi andmisel ja nende ülesandeid.
Meeskonnatöö ja koostöö	Meeskonnatöö – nii Sotsiaal- kui ka Siseministeeriumi haldus- ja valitsemisala siseselt toimib ühine meeskonna töö, mille abil oma organisatsiooni poolt panustada maksimaalselt elupäästva esmaabi osutamisse. Koostöö – nii Sotsiaal- kui ka Siseministeeriumi haldus- ja valitsemisalade vahel toimub koostöö, mille abil luua ühistel põhimõtetel integreeritud esmaabi.
Suhtlemine	Nii ministeeriumite kui ka Päästeameti ja kiirabi teenuse pakkujate tasandil toimub põgus suhtlemine, kus nii Sotsiaal- kui ka Siseministeeriumi haldus- ja valitsemisala eksperdid tunnevad end võrdsete osapooltena.

Kokkuvõtvalt on võimalik välja tuua, et teenuse pakkumise seisukohalt on järjest olulisemaks muutumas alternatiivsete meetodite kasutamine, mis võimaldavad ressursse kasutada otstarbekamalt. Teenuste arendamine on seotud inimesekeskse lähenemisega ja selleks, et vastata inimeste vajadustele, nõuavad teenused järjepidevat arengut. Sektoriülese koostöö kirjeldamiseks kasutatakse integratsiooni mõistet, mille abil pakkuda inimesele suuremat rahulolu. Ehkki teenuste integreerimine võib osutuda keeruliseks, on selle abil võimalik lahendada ühiskondlikke probleeme. Avaliku halduse reformid on avaldanud teenuse integreerimisele mõju, kasvatades läbi teenuse loomise inimeste heaolutunnet, muutes teenused paindlikumaks, kaasates erinevaid osapooli ning rõhutades inimesekeskset lähenemist ja koostööd erinevate poolte vahel. Avaliku sektori teenuste integreerimine leiab esialgu tavaliselt aset vertikaalselt ning seejärel horisontaalselt ehk valitsemisalade üleselt. Viimastel aastatel on esile tõusnud integreerimise olulisus tervishoiu ning sotsiaalvaldkonnas, sest demograafilised muutused nagu rahvastiku vananemine ja inimeste ränne seavad väljakutsed, mille parandamiseks vanemad tervishoiumudelid ei sobi. Samas on tervishoiuteenuste pakkumine oluline komponent, mis tõstab inimeste heaolu- ja turvatunnet. Üks viimase aja suuremaid kriise on koroonapandeemia, mis on

tervishoiusüsteemide vastupidavuse küsimuse veelgi esile tõstnud. Eriti päevakajaline on kiirabijõudluse küsimus, sest rahvast on üha rohkem ja inimeste ränne ei võimalda enam sellisel kujul kiirabiteenust pakkuda. Samas on elupäästva esmaabi andmisel oluline iga minut ning seetõttu on hakatud abivajaja eluohtliku seisundi korral kaasama esmareageerijaid, kes hoiavad abivajajat elus seni kuni saabub vältimatu abi ehk kiirabi. Üha enam on esmareageerijatena kaasatud päästjaid, kes on harjunud lahendama probleeme ning tulema toime ettearvamatutes ja ootamatutes olukordades. Selline lahendus on määruse alusel ka Eestis, kus on võimalus kasutada esmaabi väljaõppe saanud päästjaid eluohtlikus seisundis patsiendi abistamiseks, kuid rakendamist uuritakse magistritöö empiirilises osas.

2. INTEGREERITUD ELUPÄÄSTVA ESMASE ABI TEENUS JA SELLE RAKENDAMINE

Magistritöö raames viis autor läbi empiirilise uuringu, mille eesmärgiks oli välja selgitada Päästeameti esmareageerijate tänane esmase abi andmise võimekus abivajaja eluohtliku seisundi korral ning kaardistada võimalikud perspektiivid ja koostöökohad kiirabiteenuse pakkujatega üle Eesti, mille abil tulevikus pakkuda eluohtlikus seisundis abivajajale kiiremat esmase abi teenust. Esimeses alapeatükis kirjeldatakse kasutatud meetodikat, selgitatakse valimi moodustamise aluseid ning intervjuudega seotud asjaolusid. Teises alapeatükis kirjeldatakse Häirekeskuse edastatud statistikat 2019. ja 2020. aastal, kus kasutati pääste esmareageerijaid elupäästva esmaabi andmiseks abivajaja eluohtliku seisundi korral. Statistika kirjeldamisel tuuakse välja, kui palju seda võimekust kasutati eelpool toodud aastatel ning millistes piirkondades seda võimekust on kasutatud. Kolmandas peatükis analüüsitakse ekspertintervjuusid ning tehakse kokkuvõte. Neljandas ehk viimases alapeatükis tuuakse teoreetiliste lähtekohtade analüüsi ja empiirilise uuringu põhjal ettepanekud.

2.1 Meetodika ja valim

Magistritöös viiakse läbi kvalitatiivne empiiriline uuring. Uuringu esimeses osas vaadeldakse Häirekeskuse edastatud statistilisi andmeid selle kohta, kui palju on 2019. ja 2020. aastal rakendatud lähemal asuvat päästemeeskonda lähima kiirabibrigaadi puudumisel esmaabi andmiseks abivajajale eluohtliku seisundi puhul. Uuringu teises osas viiakse läbi ekspertintervjuud. Uuringu teises osas kasutatakse fenomenograafilist uurimisstrateegiat. Fenomenograafia põhimõte seisneb selles, et kokku kogutakse erinevate inimeste mõtted ja arusaamad nähtuse ehk fenomeni kohta. Erinevad arusaamad ja mõtted moodustavad terviku, mis annavad fenomenile laiapõhjalise arusaama. Fenomenograafia on keskendunud erinevate nähtuse kogemise viisidele, nende tundmisele ja nendega seotud oskuste omandamisele. Eesmärk pole leida fenomenile ainuõiget seletust, vaid inimeste kogemuste põhjal kujundada fenomenile seletus ja laiem arusaam. (Booth, 1997, p. 135; Reid & Petcoz, 2002, p. 3; Örnek, 2008, p. 2) Samuti on fenomenograafilise uurimisviisi eelduseks, et inimestel võib olla fenomenist mitu ettekujutust, kuid sellest fenomenist teatud asjad kerkivad esile, ent teised asjaolud taanduvad (Marton, 1992, lk 259). Samas käsitletakse siiski kõiki kogutud andmeid ühisel eesmärgil, mis tähendab mõistmise varieerumist kogu

valimis ning ei keskenduta üksikisikute vastustele (Tight, 2015, p. 321). Intervjuude käigus variatsioonide kogumine võimaldab uuringu objekti rikkalikult kirjeldada (Loughland, *et al.*, 2002, p. 190). Fenomenograafia keskendub subjekti kogemuse avastamisele ja sellele, mida intervjueeritav peab uuritava nähtuse juures kõige olulisemaks. Ühtlasi toimib fenomenograafia vahendina seoste uurimiseks subjekti ja objekti vahel ning nähtuse kogemise erinevate viiside vahel (Boon, *et al.*, 2007, p. 209–210). Sellest tulenevalt on fenomenograafilise uuringu abil võimalik määratleda aspektid, mis on samas olukorras osaleva rühma piires erinevad, mis muudavadki olukorra nägemise ühe viisi kvalitatiivselt erinevaks (Reid & Petcoz, 2002, p. 3) Fenomenograafilises uuringus vastanute arv jääb tavaliselt vahemikku 10–30 intervjueeritavat. Valim peab olema piisavalt suur, et tagada piisav variatsioon, kuid liiga suur andmemaht muudab haldamise võimatuks, kuna kasutatakse väga põhjalikku analüüsimeetodit. Fenomenograafilises uuringus kasutatakse poolstruktureeritud küsimusi, mis tähendab, et need on avatud, võimaldades vastajal valida, millele ta soovib oma vastuses keskenduda. (Stenfors-Hayes, *et al.*, 2013, p. 264) Empiirilises uuringus kasutatakse andmekogumismeetodina poolstruktureeritud ekspertintervjuusid, kus kasutatakse intervjueeritavate puhul eesmärgistatud valimit (inglise keeles *purposive sampling*) (Teddlie & Yu, 2007, p. 80). Eesmärgistatud valimi puhul on uurijal võimalik otsida intervjueeritavaid vastavalt sellele, kes uuritavat teemavaldkonda kõige paremini haldavad ning oskavad uuritava nähtuse kohta jagada teavet ning kogemusi (Etikan, *et al.*, 2016, p. 2).

Tabel 3. Andmekogumismeetodid uurimisküsimuste lõikes (autori koostatud)

Uurimisküsimus	Andmekogumismeetod
1. Kuidas rakendatakse Eestis hetkel päästemeeskondi abivajaja eluohtliku seisundi korral?	Kirjeldav statistika ja ekspertintervjuud (küsimused SoM 8/SiM 9-10)
2. Kuidas demograafiline olukord võib mõjutada esmaabi teenuse pakkumist abivajaja eluohtliku seisundi puhul?	Ekspertintervjuud (küsimused 1–2)
3. Millised lahendused võimaldavad pääste esmareageerijatel osutada abiandjatena esmaabi eluohtlikus seisundis abivajajale enne kiirabi saabumist?	Ekspertintervjuud (küsimused SoM 4–7/SiM 4,6,7)
4. Millised on päästemeeskonna kaasamise võimalused osutada abiandjana esmaabi abivajaja eluohtliku seisundi korral?	Ekspertintervjuud (küsimused SoM 11–12/SiM 5, 8, 11–12)
5. Kuidas pakkuda Eestis väiksema reageerimisajaga elupäästva esmaabi teenust ja millised on siinjuures integreeritud teenuse osutamise tulevikuperspektiivid kiirabi ja päästemeeskondade seisukohalt?	Ekspertintervjuud (küsimused 13–16)

Uuringu raames viidi intervjuud läbi Sotsiaalministeeriumi (lühend SoM) ja Siseministeeriumi (lühend SiM) valitsemis- ja haldusala esindajatega. Tabelist 3 nähtub, milliste andmekogumismeetoditega saadakse uurimisküsimustele vastused. Sotsiaalministeeriumi haldusalast valiti spetsialisti tasandil intervjueeritavateks Eesti kiirabiteenuse pakkujate esindajad, kes omavad kõige täpsemat ülevaadet regiooni esmase abi pakkumise ning vajaduste kohta. Ühtlasi intervjueriti Sotsiaalministeeriumi esindajaid, mille eesmärgiks oli kaardistada ministeeriumi strateegiline vaade ning ka magistritöös toodud idee rakendamise võimalikkus. Lisaks eeltoodule sooviti kaasata uuringusse Terviseameti esindajaid, kuid nemad keeldusid intervjuust oluliselt suurenenud töökoormuse tõttu. Magistritöö autor soovis kaasata ka kõik kiirabiteenuse pakkujate esindajad üle Eesti, keda on kokku 10 (Terviseamet, 2021). Nendest osales uuringus 5, kes haldavad suuremat turuosa Eestit teenindavatest kiirabibrigaadidest – Tallinna Kiirabi, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kiirabikeskus, Sihtasutus Tartu Kiirabi, Karell Kiirabi AS ja Kuressaare Haigla Sihtasutuse kiirabi (Lisa 2). Muuhulgas vastasid Pärnu Haigla kiirabi, Valga haigla kiirabi ja Lõuna-Eesti haigla kiirabi, et epidemoloogilise olukorra tõttu ei ole neil võimalik ajalise ressursi puuduse tõttu intervjuud läbi viia. Ühtlasi jäi kättesaamatuks Narva Haigla kiirabi. Magistritöö autor välistas ise SA Tallinna Lastehaigla esindajaga intervjuu läbiviimise, sest nende valduses on Tallinnas 1 reanimobiil, mis sõidab välja üksnes lastega seotud kriitiliste olukordade puhul kui tavakiirabi appi kutsub. Põhiosa SA Tallinna Lastehaigla reanimobiili sõitudest moodustavad narkoosiga seotud uuringute transpordid. (Tallinna Lastehaigla Toetusfond, 2021) Seega ei oleks SA Tallinna Lastehaigla kaasamine andnud uuringule lisaväärtust, sest igapäevaseid kiirabisõite need autod ei tee. Kiirabiteenuse pakkujatega intervjuude läbiviimine võimaldas kaardistada üle-eestilist olukorda abivajaja eluohtliku seisundi puhul esmaabi andmise vaatenurgast.

Teise osapoolena viidi intervjuud läbi Siseministeeriumi haldus- ja valitsemisala esindajatega, kellest spetsialisti tasandil valiti intervjueeritavateks nelja regiooni (põhi, lõuna, ida, lääs) päästekeskuste esindajad, kes omavad regioonide mõistes kõige realistlikumat ülevaadet hetkeolukorra ja vajaduste kohta. Samuti kaasati Päästeameti peamajast päästetöö osakonna esindaja ning peadirektori asetäitja. Lisaks Päästeameti töötajatele kaasati eksperdina Sisekaitseakadeemia päästekolledži esindaja, et saada terviklik päästesüsteemi vaade ning Siseministeeriumi esindaja, kaardistamaks ministeeriumi strateegilist vaadet ning testimaks magistritöös toodud idee rakendamise võimalikkust (Lisa 2, tabel 2). Algselt võeti ühendust päästekeskuste juhtidega. Nemad

suunasid ülesanded vastavalt edasi asjatundlikele spetsialistidele. Regiooni esindajate intervjuerimine võimaldas kõige selgemalt aru saada regioonide hetkeolukorrast ja koolitusvajadusest elupäästva esmaabi perspektiivis. Peadirektori asetäitja ning päästetöö osakonna esindaja kaasamine andis strateegilisema vaate Päästeameti peamaja poole pealt. Oluline on välja tuua, et ministriumide tasandil intervjuude vajalikkus selgus pärast eelnevat ekspertidega intervjuude läbiviimist ning seepärast viidi need läbi ka oluliselt hiljem, kuid samas võimaldas see luua tervikliku vaate ministriumide valitsemise- ja haldusalas. Ekspertintervjuud viidi läbi perioodil 10.02.2021–17.03.2021 (Lisa 2, tabel 2). Valitsemis- ja haldusala erisus tuleneb sellest, et Päästeameti ja Siseministriumide esindajad on Siseministriumide valitsemisala esindajad, aga Sisekaitseakadeemia on haldusala astus, seetõttu on tegemist Siseministriumide haldusala esindajaga.

Intervjuude läbiviimiseks kasutati seoses epidemoloogilise olukorraga peamiselt digitaalseid rakendusi Zoom või Skype for Business. Zoomi vahendusel viidi intervjuud läbi Sotsiaalministriumide haldusala esindajatega ning Skype for Business rakenduse abil Siseministriumide valitsemisala esindajatega. Vastavalt asutusele kasutati rakendust, mida selles haldusalas oli võimalik kasutada. Ühtlasi viidi läbi pilootintervjuud nii Sotsiaalministriumide haldusala esindajaga (Taavet Reimers, 10.02.2021) kui ka Siseministriumide haldusala esindajatega (Jaanis Otsla, 11.02.2021). Pilootintervjuude järel lisandusid pääste esindajatele kaks küsimust (Lisa 3). Intervjuude küsimused olid koostatud kahele sihtgrupile – Sotsiaalministriumide haldusala esindajatele ja Siseministriumide valitsemis- ja haldusala esindajatele, küsimuste mõte oli sarnane, kuid lähtuti siiski intervjueritava ametikoha teadmistest. Päästeameti peadirektori asetäitja intervjuu küsimused olid vähesel määral erinevad võrreldes teiste intervjueritavatega, kuna eesmärgiks oli omandada Päästeameti kui terviku strateegilisemat vaadet teemale. Enamik Päästeameti peadirektori asetäitja intervjuu küsimustest olid siiski analüüsivad koos teiste intervjuudega. Erinevad küsimused täiendasid teiste intervjueritavate vastuseid. Kõik intervjuude küsimused on toodud uurimisinstrumendis (Lisa 4).

Kõikidele intervjueritavatele edastati enne intervjuud küsimused, et ekspertidel oleks võimalik end põhjalikumalt ette valmistada ning anda sisulisemaid vastuseid. Ühtlasi oli küsimustikus selliseid küsimusi, mis vajasisid põhjalikumat ettevalmistust ning perspektiivide osas laiemapindset kaalumist ning läbimõtlemit. Intervjuude järel intervjuud transkribeeriti. Kõik intervjueritavad nõustusid magistritöös osalema nimeliselt. Ekspertintervjuude

alguses küsiti kõigi intervjuueeritavate käest luba nende nime avaldamiseks ja intervjuu digitaalseks salvestamiseks. Salvestamiseks kasutati nutitelefonis diktofonirakendust, mille järel kõik helifailid transkribeeriti töödeldavasse formaati. Seejärel viidi läbi kvalitatiivne sisuanalüüs NVivo andmeanalüüsi tarkvara abil. Andmete analüüsimiseks intervjuud kodeeriti, mis võimaldas andmeid korrastada. Koodid tähistavad uuringu käigus kogutud informatsiooni ning grupeerivad need vastavalt. Koodid koosnevad erineva mahuga sõnadest, lõikudest, fraasidest ja lausetest. (Basi, 2003, pp. 143–144) Kodeerimine annab ülevaate kogutud andmetest, mis võimaldab neid hiljem seostada uurimisküsimustega (Elliott, 2018, p. 2851). Intervjuude kodeerimise tulemusena loodi uurimisküsimuste alusel kategooriad ning alamkategooriad, mille alla koondati vastavalt intervjuuküsimuste vastuste koodid. Kodeerimise järel kasutati NVivo analüüsifunktsioone, et välja selgitada ekspertintervjuude ühisosad ja erisused.

2.2 2019. ja 2020. aasta statistika pääste esmareageerijate rakendamises elupäästva esmaabi andmisel

Statistiliste andmete kirjeldamise eesmärk on leida osaliselt vastus esimesele uurimisküsimusele, milles uuritakse, kuidas rakendatakse Eestis hetkel päästemeeskondi abivajaja eluohtliku seisundi korral. Statistika kirjeldamise abil selgitatakse välja kui palju on päästjaid kasutatud elupäästva esmaabi andmiseks aastatel 2019. ja 2020. Andmete saamiseks edastati Häirekeskusele päring, mille raames edastati magistritöö autorile statistilised andmed kahe erineva failina. Häirekeskuse edastatud 2019. ja 2020. aasta statistika koostamise jaoks võeti välja kõik väljakutsed ehk sündmused, kuhu on reageerinud koos pääste ja kiirabi ning mille sündmuse liik on „abi osutamine“. Sündmuseliik „abi osutamine“ valitakse, kui on vaja päästet appi kiirabi väljakutsele ust avama, inimest tõstma või andma elupäästvat esmaabi. Eelpool kirjeldatud viis on ainuke, et teada saada, kui palju on olnud väljakutseid, kus päästjad olid esmase abi osutajad abivajaja eluohtliku seisundi korral. Häirekeskuse statistikas on välja toodud üksnes Delta-prioriteediga väljakutsed, kuhu on kiirabi ja pääste reageerinud koos. See tähendab, et nende sündmuste puhul on Häirekeskuse päästekorraldaja hinnanud sündmuse prioriteediks abivajaja eluohtliku seisundi, mille puhul on õigus Vabariigi Valitsuse määruse § 5 alusel saata sündmuskohale lähima kiirabibrigaadi puudumisel lähemal asuv päästemeeskond või politseipatrull (Vabariigi Valitsus, 2019, § 5).

2019. aasta statistika juures on oluline täpsustada, et Häirekeskuse statistika puudutab aastast perioodi, mis tähendab, et 2019. aasta statistika on koostatud 01.04.2019 kuni 31.03.2020 (kaasa arvatud). Seda sellel põhjusel, et esimese edastatud päringu alusel oli soov saada aastase intervalliga väljakutsete arvu. Kuna 2019. aasta esimese kolme kuu (01.01.2019–31.03.2019) lisainfo ei olnud enam süsteemi talletunud, siis alustati väljakutsete läbivaatamist alates kuupäevast 01.04.2019. 2019. aastal oli väljakutseid, kus reageerisid kiirabi ja pääste koos, 676. Nendest 155 sündmuse puhul on sündmuse lisainfo umbisikustatud, mis tähendab, et Häirekeskusel ei olnud võimalik selgeks teha, millisel põhjusel pääste sündmusele kaasati. Seega leiab magistritöö autor, et kirjeldavat statistikat ei saa pidada täielikuks ülevaateks 2019. aasta kohta, sest ei ole teada, mis on 155 väljakutse sisu, mille kohta andmed puuduvad. 2019. aasta statistika koostamiseks tuuakse kirjelduses välja üksnes perioodi 01.04.2019 kuni 31.12.2019 väljakutsete arv. 2019. aastal oli 21 sellist väljakutset, kuhu olid koos reageerinud päästjad ja kiirabi, ning kuhu pääste esimesena jõudis.

Tabel 4. 2019. aasta sündmuste arv regioonide lõikes (autori koostatud).

Pääste piirkond	Väljakutsete teema, arv			Väljakutsete arv
Regioon	Eluhtlik seisund	Transport	PA tööül.	Kokku
Põhi	1	-	2	3
Lõuna	8	-	-	8
Ida	3	-	-	3
Lääne	5	1	1	7
Kokku	17	1	3	21

Tabelis 4 on toodud koondandmed pääste piirkondade lõikes. Vastavalt väljakutsetele analüüsiti, milliste väljakutsete puhul oli tegemist abivajaja eluhtliku seisundiga. Analüüsi tulemusena selgus, et 2019. aastal oli Eestis kokku 17 väljakutset, kus päästjad osutasid esmaabi eluhtlikus seisundis abivajajale. Kõige rohkem kasutati päästjaid esmareageerijatena Lõuna-Eesti piirkonnas eluhtlikus seisundis abivajajale esmaabi andmiseks (8 väljakutset). Edasi järgnevad Lääne-Eesti (5 väljakutset), seejärel Ida-Eesti (3 väljakutset) ja Põhja-Eesti (1 väljakutse).

Statistika põhjal nähtub, et kõige enam on ühes aastas saadetud väljakutsetele esmaabi andma kahel korral – Põltsamaa komando, Viljandi komando, Võru komando ja Aravete komando (Lisa 5, tabel 3). Eraldi oli kogutud statistikas väljakutsete kirjelduses välja toodud

ühendus ka Häirekeskuse meedikuga, kes päästjaid vajadusel juhendas. Toodud andmetest nähtub, et üheksal korral seitsmeteistkümnest juhendas päästjaid ka Häirekeskuse meedik. Ühtlasi selgub väljakutsete kirjeldusest, et kuuel korral elustasid päästjad abivajajat ja edastasid sündmuskohalt kiirabile vajalikku informatsiooni, kolmel korral andsid abivajajale vajaliku asendi ja katsid soojalt, ning ühe väljakutse kohta informatsioon puudub. Seega 2019. aastal tegelesid päästjad eluohtlikus seisundis abivajaja väljakutsetel kõige enam elustamise ning saabuvale kiirabibrigaadile informatsiooni edastamisega. Olemasoleva statistika kirjelduses ei ole välja toodud, milliseid abivahendeid päästjad abiandmisel kasutasid.

2020. aastal perioodil 01.04.2020 kuni 31.12.2020 oli sündmuseid, kus reageerisid koos pääste ja kiirabi, kokku 562. Pääste oli nendest sündmustest esimesena kohal 60 korral, millest elustamisega seotud väljakutseid oli 15. Väljakutsetele lisatakse esimese päringu perioodi 01.01.2020–31.03.2020 väljakutsed, kus oli tegemist elustamisega. Ehk kokku oli 2020. aastal 17 väljakutset, kus päästjad osutasid esmaabi eluohtlikus seisundis abivajajale.

Tabel 5. 2020. aasta sündmuste arv regioonide lõikes (autori koostatud).

Pääste piirkond	Väljakutsete teema, arv			Väljakutsete arv
Regioon	Eluohtlik seisund	Transport	PA tööül.	Kokku
Põhi	1	-	-	1
Lõuna	6	-	-	6
Ida	3	-	-	3
Lääne	7	-	-	7
Kokku	17	-	-	17

Tabelis 5 on toodud koondandmed pääste piirkondade lõikes. Vastavalt väljakutsetele analüüsi, milliste väljakutsete puhul oli tegemist abivajaja eluohtliku seisundiga. Analüüsi tulemusena selgus, et kõik väljakutsed olid seotud eluohtlikus seisundis abivajajale antava esmaabiga. Sellest tulenevalt oli Eestis 2020. aastal 17 väljakutset, kus päästjad osutasid esmaabi eluohtlikus seisundis abivajajale esimesena. Kõige rohkem kasutati päästjaid Lääne-Eesti piirkonnas esmareageerijatena eluohtlikus seisundis abivajajale esmaabi andmiseks (6 väljakutset). Edasi järgnevad Lõuna-Eesti (6 väljakutset), seejärel Ida-Eesti (3 väljakutset) ja Põhja-Eesti (1 väljakutse).

Statistikas välja toodud andmete põhjal nähtub, et kõige enam on ühes aastas saadetud väljakutsetele esmaabi andma kolmel korral – Tõstamaa Päästekomando ja see järel Elva komando (2 väljakutset) (Lisa 5, tabel 4). Eraldi oli kogutud statistikas väljakutsete kirjelduses välja toodud ühendus ka Häirekeskuse meedikuga, kes päästjaid vajadusel juhendas. Toodud andmetest nähtub, et neljateistkümnelt korral seitsmeteistkümnelt juhendas päästjaid ka Häirekeskuse meedik. Ühtlasi selgub väljakutsete kirjeldusest, et neljateistkümnelt korral elustasid päästjad abivajajat, kolmel korral edastasid sündmuskohalt kiirabile vajalikku informatsiooni ja ühel korral andsid abivajajale vajaliku asendi. Seega, 2020. aastal tegelesid päästjad eluohtlikus seisundis abivajaja väljakutsetel kõige enam elustamisega. Olemasoleva statistika kirjelduses ei ole välja toodud, milliseid abivahendeid päästjad abiandmisel kasutasid.

Kirjeldava statistika kokkuvõttena on võimalik järeldada, et aastatel 2019 ja 2020 on kasutatud päästjaid eluohtlikus seisundis abivajajaga seotud väljakutsetele kokku 34. korral. Kõige enam on kasutatud seda võimalust Lõuna- ja Lääne-Eestis võrdselt 14 korral. Sellele järgnes kokku 6 väljakutsega Ida-Eesti ning 3 väljakutsega Põhja-Eesti. Oluline on välja tuua, et 2019. aastal koostatud statistika koondamisel oli 155 väljakutset, mille puhul ei olnud teada, miks päästjaid kutsuti, seega ei ole võimalik neid ka antud statistikas kirjeldada. Samuti on oluline välja tuua, et konkreetse statistika puhul on tegemist eluohtlikus seisundis abivajajaga seotud väljakutsega. Häirekeskuse edastatud statistika kohaselt on võimalikud esialgsed koostöö piirkonnad Lääne- ja Lõuna-Eestis ning järgmisena Ida-Eestis. Selleks, et saada täielikku ülevaadet kindlate piirkondade osas on vajalik ka kiirabi Delta-prioriteediga väljakutsete analüüs, millistesse piirkondadesse kiirabi neile ette nähtud aja jooksul ei jõua. Kui eelpool toodud analüüsi ja statistika põhjal teha kokkuvõtted, siis on võimalik teha järeldused kindlate koostöö kohtade osas.

Nii Lehtsaare kui Kästi lõputööd Lääne-Eesti ja Kagu-Eesti piirkondade kohta kinnitavad eelpool olevat statistikat. Lehtsaar on oma lõputöö järeldustes välja toonud, et meditsiiniga seotud väljakutsete arv on tõusutrendis ning Käst on leidnud, et Kagu-Eestis paiknevad kiirabijaamad ei toeta kiirabi indikaatorite alusel abivajajani jõudmist (lk 34–35). Samas tuleb rõhutada, et uuenduste sisseviimisel arvestades statistikat, peab see olema korralikult koostatud. See tähendab, et see vajaks süvenenumat ja põhjalikumat analüüsi, millistel juhtudel, või kuidas päästjaid kasutada. Hetkel kogutud statistika annab vajaliku ülevaate selles osas, kuidas on praegu üldises mõttes päästjaid eluohtlikus seisundis abivajajaga

seotud väljakutsetele kaasatud. Samas leiab töö autor, et selline statistika on vaid üks indikaatoritest, mida arvesse võtta elupäästva esmaabi väljakutsete teenindamisega seotud süsteemi parandamisel.

2.3 Ekspertintervjuude kokkuvõte

Poolstruktureeritud intervjuude eesmärk on leida vastus kõigile viiele uurimisküsimusele. Selleks intervjuueriti 14 eksperti, kes töötavad igapäevaselt Sotsiaalministeeriumi haldusalas ja Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusalas. Sotsiaalministeeriumi haldusalas töötavad eksperdid on kiirabiteenuse pakkujate esindajad ja Sotsiaalministeeriumi esindaja. Siseministeeriumi haldusalas töötavad eksperdid on Sisekaitseakadeemia esindaja, valitsemisalas töötavad eksperdid on Päästeameti ametnikud ja Siseministeeriumi esindaja.

Intervjuude analüüsimiseks kodeeriti intervjuude vastused viide kategooriasse vastavalt uurimisküsimustele. Nendeks on: „Päästjate rakendamine“, „Demograafilised tegurid“, „Lahendused elupäästva esmaabi andmiseks“, „Päästjate kaasamise võimalused“ ja „Koostöömeetmed“. Uurimisküsimuste juures on mõned erisused Sotsiaal- ja Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala küsimustes, neid analüüsitakse uurimisküsimuse juures viimastena. Ühtlasi on järgnevas tabelis eristatud, millised teemad on üksnes Sotsiaalministeeriumi haldusala ekspertidele esitatud (märkega KA), ja millised on Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala ekspertidele esitatud (PA). Samuti on allpool tabelis toodud uurimisküsimused ja sellele vastavad kategooriad ja alamkategooriate pealkirjad. Koodide pealkirjad on toodud koodipuus (Lisa 6). Alamkategooriate teemad ja koodid kirjeldatakse ekspertintervjuude kokkuvõtte kirjelduses.

Tabel 6. Uurimisküsimused ja nende vastavused intervjuu analüüsi koodidega (autori koostatud).

Uurimisküsimused	Kategooriad	Alamkategooriad
Uurimisküsimus 1	1.Päästjate rakendamine	1.1 Praegune rakendamine 1.2 Päästjate elupäästvad väljakutsed 1.3 (KA) Päästjad Kiirabis
Uurimisküsimus 2	2.Demograafilised tegurid	2.1 Demograafilised tegurid 2.2 Tegurite mõju
Uurimisküsimus 3	3.Lahendused elupäästva esmaabi andmiseks	2.1 Teadmised ja oskused 2.2 Vajalikud vahendid 2.3 Koolitused

Uurimisküsimus 4	4.Pääste kaasamise võimalused	4.1 Päästjate võimalused 4.2 Kergemad seisundid 4.3 (PA) Hinnang päästjate esmaabi andmise oskusele 4.3 (PA) Valmisoleku hinnang
Uurimisküsimus 5	5. Koostöömeetmed	5.1 Kiirem esmaabi 5.2 Kiirabi-pääste koostöö kohad 5.3 Koostöö piirkonnad 5.4 (KA) Kiirabi-Pääste roll 5.4 (PA) Päästeameti roll

Uurimisküsimus 1. Ekspertintervjuude käigus kogutud informatsiooni põhjal selgitatakse, kuidas rakendatakse päästjaid eluohtlikus seisundis abivajajale esmaabi andmisel, kui palju ekspertide enda hinnangul on päästjaid elupäästva esmaabi andmiseks kasutatud, ning milline on ligikaudne päästjate arv kiirabis. Esimene kategooria „**Päästjate rakendamine**“ vastab esimesele uurimisküsimusele, kuidas hetkel päästemeeskondi rakendatakse abivajaja eluohtliku seisundi korral (Lisa 6, tabel 5).

Kategooria esimene alamkategooria 1.1 nimetusega „Praegune rakendamine“ vastab küsimusele, kuidas rakendatakse praegu päästjaid kiirabiga seotud väljakutsetel. Kõige enam töid eksperdid välja, et ühistel väljakutsetel teevad päästjad peamiselt enda tööga seotud ülesandeid (11 eksperti) või aitavad kiirabil patsiente transportida (11 eksperti). Lisaks on ekspertide sõnul päästjatel olemas vahendid, mille abil tuua kannatanuid ära maastikult. Ekspertid töid üksikutel juhtudel välja kiirabi abistamine, lahastamine, õppustel masskannatanute kogumispunktide ettevalmistamine ja üks ekspert ei osanud vastata.

„Piirkonniti on kaasamine võib-olla natukene erinev. Ma saan rääkida Tallinna piirkonnast, et Päästeamet on meie igapäevane koostööpartner, eelkõige siis ütleme kompleksündmustel, on need siis päästesündmused, tulekahju, liiklusavarii või mingi kahtlane ese ja nii edasi.“ (KA1, 2021)

„Üldiselt jah, kaasatakse meie päästjaid kõige enam patsiendi transportimiseks. Kui on raskekaaluline patsient, siis meid kutsutakse appi tõstma. Tõusev trend on maastikult kannatanute ära toomine. Põhjusel, et meil on hiljuti soetatud päris suur hulk maastikusõidukeid ehk ATV-d ja UTV-d. Tänu sellele on meil ka käimasoleval hetkel päris palju sündmuseid tulnud, kus toome suusarajalt, suusamäelt kannatanuid ära.“ (PA2, 2021)

Alamkategoria 1.2 nimetusega „Päästjate elupäästvad väljakutsed“ seob endas ekspertide seisukohti selle osas, mis puudutab senist kokkupuudet väljakutsetega, kus esmase abi andja on olnud päästja. Lisaks ka küsimust, kuidas on ekspertide hinnangul viimasel viiel aastal kasutatud võimalust lähima kiirabibrigaadi puudumisel saata sündmuskohale lähemal asuv päästemeeskond. Sotsiaalministeeriumi haldusala esindajad ehk peamiselt kiirabiteenuse pakkujad vastasid üldiselt, et neid väljakutseid, kus päästet enne on rakendatud, on pigem väga vähe ja üksikud korrad, kuid kui on selline juhtum olnud, siis on kiirabiteenuse pakkuja tagasiside igati positiivne.

„Ma oskan välja tuua ühte, kus oli krambisündroomiga inimene, kiirabibrigaad oli kaugel, saadeti päästjad. Selleks hetkeks oli patsient teadvusele tulnud ja päästjad viisid patsiendi perearsti juurde. Koostöö üldiselt on väga hea ja vägagi positiivne.“ (KA3, 2021)

Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala ekspertide ülesandeks oli hinnata, kui palju on viimase 5 aasta jooksul päästjaid kasutatud elupäästval väljakutsel. Kokku oli Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala eksperte 8, kellest enamus töid välja, et neid juhtumeid on vähe ja üks ekspert toob välja, et seda ei rakendata. Samas hindab üks ekspert, et olemasolev statistika ei pruugi olla õige ja neid kutseid võib olla rohkem, kui päästjaid välja saadetakse. Lisaks hindasid osad eksperdid, kuidas nähakse seda tulevikus. Selles osas on Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala eksperdid ettevaatlikud, sest kaks ei pea seda vajalikuks, ja üks ekspert tõi eraldi välja, et seda süsteemi oleks võimalik muuta üksnes juhul, kui Sotsiaalministeerium näitab teema vastu huvi. Sarnaselt toob välja veel üks ekspert, et seda olukorda on võimalik muuta üksnes riikliku huvi olemasolul.

„Ma arvan, et pigem väga harva /.../ Ja ma arvan, et /.../ pole ka võib-olla Häirekeskusel, kellele on tegelikult see volitus antud, eks ju, saata raskematel kutsetel pääste. Ma arvan, et talle on genoomi sisse kirjutatud nii-öelda otsida ikkagi lähim vaba kiirabi, kui et selle asemel saata pääste.“ (PA5, 2021)

Alamkategoria 1.3 nimetusega „(KA) Päästjate arv kiirabis“ – oli hindamiseks üksnes Sotsiaalministeeriumi haldusala ekspertidele, kes hindasid oma intervjuudes, kui palju töötab päästjaid juba praegusel ajal paralleelselt ka kiirabis. Kokku intervjuueriti 5 kiirabi teenusepakkujat, kellest ainult ühe teenusepakkuja juures päästjaid ei tööta, kuid teised ütlevad, et töötab pigem palju ja tagasiside nende tööle on igati positiivne.

„Hästi paljudes päästeautodes on olemas vähemalt üks isik, kes töötab kiirabis, tal on teadmised olemas. Ja tegelikult on olemas ka Häirekeskuse meedik, kes vajadusel saaks juhendada.“ (KAI, 2021)

Uurimisküsimus 2. Ekspertintervjuude käigus kogutud informatsiooni põhjal selgitatakse välja demograafilised tegurid, mis ekspertide arvates on mõjutanud kiirabiteenuse ja päästeteenuse pakkumist. Teine kategooria „**Demograafilised tegurid**“ vastab uurimisküsimusele – kuidas demograafiline olukord võib mõjutada esmaabi teenuse pakkumist abivajaja eluohtliku seisundi korral. Kahe küsimuse põhjal moodustavad alamkategooriad, mida kirjeldatakse allpool (Lisa 6, tabel 5).

Esimene alamkategooria on 2.1 nimetusega „Demograafilised tegurid“. Siinjuures on oluline märkida, et ekspertide välja toodud demograafilised tegurid ei erinenud teineteisest, sõltumata teenuse erinevusest, mida teenusepakkujad osutavad. Kõige enam nimetati demograafilistest teguritest rahvastiku vananemist (11 eksperti) ning inimeste riigisisest rännet ja sellest tingitud hajaasustusega seotud probleeme (11 eksperti). Kõige populaarsemaid seisukohti nagu demograafiline vananemine ja hajaasustusega seotud probleemid on võrdselt välja toodud nii Sotsiaalministeeriumi haldusala kui Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala esindajad. Lisaks toodi välja sotsiaalsed tegurid (5 eksperti) ja muukeelne kultuur (3 eksperti). Järgmisena tõid peamiselt Sotsiaalministeeriumi haldusala esindajad välja sotsiaalsete tegurite probleemi. Nad nendivad, et viimasel ajal on juurde tulnud suitsiidseid inimesi ja inimesed tunnevad end üksikult, millega võib kaasneda ka alkoholiprobleem. Samuti märgitakse, et vanemad inimesed kutsuvad kiirabi suhtlemise eesmärgil, samas nooremate puhul nimetatakse tõusva trendina abitust ning internetist probleemidele lahenduste otsimist. Internetist otsitakse seletusi oma sümptomitele, millele leitakse internetis tõenäoliselt mõni eluohtliku haigusseisundi vaste ja seejärel kutsutaksegi kiirabi. Noorema generatsiooni abitust toovad välja ka Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala esindajad, kuid eelkõige selles tähenduses, et rohkem kutsutakse päästjaid olmemuredega seotud väljakutsetele, või kui inimene läheb näiteks loodusesse ja eksib ära. Muukeelse kultuuri osakaalu suurenemist mainivad peamiselt Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala esindajad, mis tähendab, et nendeni on raskem jõuda näiteks ennetustööga, sest muukeelsed kasutavad teisi informatsiooniallikaid. Samuti elavad muukeelsed inimesed suuremates leibkondades

väiksemates elukohtades ehk ka ohtusid tekib rohkem. Ka kiirabiteenuse pakkuja toob välja, et muukeelse kultuuriga inimesed kipuvad kasutama kiirabiteenust rohkem.

Üksikutel kordadel toodi välja ka selliseid demograafilisi tegureid nagu raskendatud ligipääs, haiglate tsentraliseerimine, perearsti kättesaadavus. Demograafilise tegurina nimetas üks ekspert Päästeseaduse § 2, mille alusel peab Päästeamet pidevalt monitoorima võimalikke demograafilisi tegureid ning kujundama oma teenust vastavalt ühiskonnale.

Rahvastiku vananemine:

„Kõige lihtsam on alati öelda, et elanikkonna vanuseline koosseis ehk mida vanem elanikkond, seda rohkem on krooniliste haiguste esinemist ja seda rohkem on ka haiguste ägenemist ja kõike muud. Ütleme ka haigemaid inimesi üldiselt, kes abi vajavad.“ (SoM, 2021)

Hajaasustus:

„Meie regioonis kindlasti asustuse tihedus mängib kõige suuremat rolli, et hajaasustusega piirkonnas ei ole kõige olulisem see, mitu inimest sul seal külas on, vaid see, kui suur piirkond on nii-öelda katta.“ (KA2, 2021)

Teine alamkategorია 2.2 nimetusega „Tegurite mõju“ kätkeb endas eelmises küsimuses toodud tegurite mõjusid väljakutsetele, kus abivajaja on eluohtlikus seisundis. Tuleb tõdeda, et küsimuse juures osutus kõige populaarsemaks vastus, mille kohaselt ei oska eksperdid seda hinnata (4 eksperti). Järgnes vastus, et kohalesõidu aeg on pikenenud (3 eksperti). Sotsiaalministeeriumi haldusala esindaja hinnangul on pikenenud kohalesõidu aega põhjustanud ka see, et Haigekassa indikaatoreid ei ole rahvastiku paiknemise tõttu iga kord võimalik täita. Ühtlasi toovad sama haldusala eksperdid välja, et kiirabibrigaadi juurde panemine väljakutsete mahu suurenemisel ei ole mõistlik. Seda põhjusel, et tõenäoliselt ei tasu uue brigaadi töösse panek ennast ära, pigem oleks vaja paremini kasutada juba olemasolevaid ressursse. Samuti toodi välja, et ei ole mõjutanud (2 eksperti). Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala eksperdid toovad välja, et demograafiliste muutuste tõttu võib muutuda keerulisemaks ka päästjate värbamine just kaugemates piirkondades. Lisaks nenditi, et väljakutsete maht on suurenenud (2 eksperti). Huvitava asjaoluna ka, et eelpool toodud demograafilised tegurid on mõjutanud päästjate värbamist negatiivses suunas (2 eksperti). Ühel korral toodi välja, et teema kohta puudub info.

Pikenenud kohalesõidu aeg:

„Nende kutsete arv, kus abi saabumine võtab rohkem aega, muutub ajas. Minule tundub, et see läheb suuremaks. Ehk siis haakub selle teenuse kättesaadavusega. Kuna teenused koonduvad nendesse kohtadesse, kus elab rohkem inimesi.“ (PA2, 2021)

Väljakutsete maht suureneb:

„Kui vaatame demograafilise poole pealt rahvastiku vananemist, siis kindlasti vananev rahvastik vajab rohkem kiirabiteenust, kuna eluohtlikke seisundeid, äkkaigestumisi, infarkti, insulti esineb pigem selles grupis rohkem. /.../ Ja loomulikult, kuna rahvastiku arv on tihedam, on ka liikluskoormus suurem, õnnetusi juhtub rohkem. Need õnnetused on näiteks seotud transpordivahenditega, jalakäijatega või tänapäeval ka kergliiklusvahenditega, on need jalgrattad või tõukerattad.“ (KA1, 2021)

Uurimisküsimus 3. Ekspertintervjuude käigus kogutud informatsiooni põhjal selgitatakse välja võimalikud lahendused päästjate kontekstis elupäästva esmaabi andmiseks. Teine kategooria „**Lahendused elupäästva esmaabi andmiseks**“ – vastab kolmandale uurimisküsimusele, millised teadmised ja oskused on päästjale eluohtlikus seisundis abivajajale esmaabi andmiseks vajalikud (Lisa 6, tabel 5).

Esimene alamkategooria 3.1 nimetusega „Teadmised ja oskused“ kätkeb endas päästjatele vajalikke teadmisi ja oskusi eluohtlikus seisundis abivajajale esmaabi andmiseks. Enim hindavad eksperdid vajalikuks elustamise ABC teadmisi ja oskusi (12 eksperti), seejärel verejooksude sulgemist (9 eksperti) ning lahastamist (6 eksperti). Lisaks toodi välja asendi andmine (3 eksperti), traumahaige käsitus (3 eksperti), tekiga katmine (2 eksperti), triaaži oskus (2 eksperti), teadvuse hindamine (2 eksperti), hingamisteede avamine (2 eksperti), lisavigastuste vältimine (2 eksperti) ja kiirabi abistamine (2 eksperti). Üksikutel kordadel töid eksperdid välja ka põletuste esmaabi ja teise päästja abistamise.

„Päästelt ootaks natuke enamat, kui lihtsalt esmaabi kursuse läbinud tavakodanikult. Võiks olla oskus teha südamemassaaži koos ventilatsiooniga /.../. Elustamiseks piisab ambust ja kahest käest, /.../ ma ei usu, et on vajadus selleks, et eluohtlikul seisundi korral päästemeeskond kogu kutse ära teenindaks, vaid pigem see, et keegi alustaks kvalifitseeritud

abi andmist enne, kui kiirabi kohale jõuab. Kiirabi ei pruugi nii kiiresti kohale jõuda. “(KA2, 2021)

„Muidugi verejooksude sulgemine, mida päästjad peavad teadma nii amputeerimise, amputatsiooni kui ka muude erinevate verejooksude korral. “ (PA3, 2021)

Teise alamkategoriat 3.2 nimetusega „Vajalikud vahendid“ alla on koondatud elupäästva esmaabi andmiseks vajalikud vahendid. Siia kuuluvad nii olemasolevad vahendid kui ka need, mida soovitakse. Olemasoleva varustuse kohapealt andis üks kiirabiteenuse pakkuja hinnangu, mis toob välja, et peamised vahendid on päästjatel juba autodes olemas. Küll aga on siinkohal oluline välja tuua, millised vahendid võiks olla autodes minimaalselt, ja selle juures nimetati kõige enam hapnikku (8 eksperti) ja ideaalis võiks, kas komandode peale või olulistest kohtades, olla autodes ka AED-d (8 eksperti). Näiteks on ühe päästekomando raames selline pilootprojekt ka juba käivitatud. Lisaks toodi välja ka verejooksu peatamise vahendid (4 eksperti), mis on hetkel päästeautode põhivarustuses. Samuti toodi esile lahaseid, mis on seotud jäsemete lahastamisega (4 eksperti) ja Epipen – adrenaliini automaatsüstlad eluohtliku allergilise reaktsiooni maandamiseks (3 eksperti). Vähem nimetati aspiraatorit (1 ekspert), termotekki (1 ekspert) ning üks ekspert ei osanud olukorda hinnata.

„Hapnik võiks olla, minu teada ei ole neil lubatud tänasel hetkel. Aga see võiks lisaks olla, sest kui räägime efektiivsest elustamisest ja hapnikuvajadusest, siis kui me ambulante, ei ole välisõhk paraku piisav. Oleks ikkagi vaja hapnikku, siis oleks efektiivsem. “ (KA5, 2021)

„Meil, sellesama Tõstamaa näitel on tegelikult olemas nüüd pilootprojekt, kus soetatakse või on juba tegelikult soetatud autole AED-masin. Et kuna nii-öelda see piirkond asub perifeerias või kiirabi sinna jõuab väga pika aja pärast./.../ Mulle teadaolevalt soetas selle Pärnu haigla, oma finantsilistest vahenditest. Peale väljaõppe läbiviimist peakski AED päästeauto peal olema. Näiteks Skandinaavia suunas mõeldes, Norras pidavat AED olema juba igas päästeautos“. (PA2, 2021)

Järgnevalt alamkategoriat 3.3 nimetusega „Koolitused“ alla on koondatud kõik koolitusega seotud küsimused, mis puudutasid nii koolituse teemasid, ajalist kestust, täienduskoolitusi kui ka koolituse läbimise intervalle. Põhikoolituse raames toodi välja, et minimaalselt peaks

päästja läbima 40-tunnise esmaabi koolituse, kuid ideaalis läbiksid nad 400-tunnise erakorralise meditsiini tehniku koolituse. Täienduskoolituse osas toovad eksperdid välja, et läbida võiks elustamise ja traumakannatanu käsitle. Vajalikuks peetakse ka vähemalt igal aastal esmaabi täienduskoolitust, mis hõlmab nii teoreetilist kui ka praktilist käsitlust ja kestab 16-tundi. Samas tuuakse välja, et kvartaalselt oleks oluline ka juhtumite analüüs või kaks korda aastas koolitused. Selliselt korraldatud koolitused võimaldavad ühtlaselt hoida päästjate elupäästva esmaabi võimet. Päästjad ise kinnitavad, et esmaabi alase täienduskoolituse läbimise intervall erineb piirkonniti. Näiteks Lääne piirkonnas viidi viimati esmaabi kontaktõpe läbi 2015. aastal, samas Ida piirkonnas oli see aastal 2020. Lõuna päästkeskuse esindaja kinnitab, et süsteem on küll olemas ja ette on nähtud kaks korda poole aasta jooksul täienduskoolitus, kuhu iga päästja ei jõua. Põhja päästkeskuse esindaja on samuti ebakindel. Küll aga toovad päästjad välja, et teoreetilised materjalid on olemas ja need väga põhjalikud. Nendega tutvumiseks on aeg ette nähtud, kuid praktiline õpe vajab süstematiseerimist. Ka Päästeameti peamaja esindajad toovad välja, et neil ei ole koostatud kindlat esmaabi õppe läbimise süsteemi. Selle vajadust nähakse, kuid ei ole teadmist, kuidas seda teha. Ühtlasi tuuakse intervjuudes välja, et esmaabi on küll Päästeameti vaates oluline, kuid sellealane täiendamine ei ole vähemalt praegu esiplaanil. Samuti tellitakse esmaabi koolitused ametisse ning nende puhul jälgitakse, et päästjatel oleks võimalik omandada esmaabi andmise kohta põhitõdesid.

Esmaabi baaskoolitus:

„Päästjate kontekstis esmaabi andmiseks nelikümmend tundi ehk üks korralik õppenädalal oleks piisav tegelikult.“ (KA2, 2021)

Täienduskoolitus:

„Ma usun, et see täiendkoolitus, kui põhikoolitus läbitud, nii iga-aastane niisugune täiendkoolitus võiks olla 16-tunnine. Kaks 8-tunnist päeva, mille ülesehitus on enam-vähem pooleks: ühel päeval korraldatakse üle teooria ja teine päev tehakse praktilisi harjutusi.“ (KA1, 2021)

„Kas on ette nähtud selline kindel kalender, mille järgi päästjad peavad mingi aja tagant läbima esmaabi temaatilise täiendkoolituse? Ei, seda meil kehtestatud ei ole. Me väga hästi teame, et meil on seda vaja ja me tahaksime seda teha. Aga meil on see probleem, et me ei

tea, kuidas seda teha. Ennekõike oleks meil vaja nagu justkui elustamist vaja harjutada.“
(PA4, 2021)

Samas on Siseministeeriumi esindaja seisukohal, et esmaabi andmise oskus ei erine kuidagi teistest päästja teadmistest ja oskusest. Kuigi neid oskusi ja teemasid on päästjal palju, siis esmaabi teadmine ja oskus ei ole teistest kehvemal positsioonil. Samuti toob ministeeriumi esindaja välja, et töötajate oskusi tuleb hinnata, mis võiks sisalduda asutuse koolitusplaanis. Ühtlasi toob ekspert välja, et toetama peab töötaja individuaalseid teadmisi ja oskusi, nende arendamist ja hoidmist, kui tööülesanded seda nõuavad.

„Esmaabiteadmised-oskused ei erine kuidagi teistest teadmistest-oskustest, mida päästjal on väga palju. Tegelikult peab tööandja perioodiliselt hindama oma töötajaid. Selline hindamine võib sisalduda ka asutuse siseses koolitusplaanis. Oluline on toetada ka individuaalselt oskuste-teadmiste hoidmist ja tõstmist.“ (SiM, 2021)

Uurimisküsimus 4. Ekspertintervjuude käigus kogutud informatsiooni põhjal selgitatakse välja, kuidas päästjaid praegu rakendatakse ning tuuakse võimalikud perspektiivid. Seega on neljas kategooria „**Päästjate perspektiiv**“, mis vastab uurimisküsimusele, millised on päästemeeskonna kaasamise võimalused abivajaja eluohtliku seisundi korral (Lisa 6, tabel 5).

Alamkategooria 4.1 nimetusega „Päästjate võimalused“ kirjeldab ekspertide arvamust selles osas, milline võiks olla päästjate roll kiirema esmaabi pakkumisel abivajaja eluohtliku seisundi korral. Enamus Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala esindajad ei erista vabatahtlikke ja kutselisi päästjaid. Oluline on välja tuua, et enamus (13 eksperti) töid välja, et kui abivajaja eluohtliku seisundi puhul päästeressurss on lähemal ja vaba, siis ei ole inimese elu mõistes küsimustki, vaid sinna tuleb saata kiirem abi, et päästa inimese elu. Samas üksikud eksperdid on erinevatel seisukohtadel. Positiivse poole pealt hinnatakse, et esmaabi teenuse arendamine pääste ja kiirabi kontekstis, võimaldab poolte koostööl teineteist ka sündmustel paremini mõista ja abistada. Ühe lahendusena tuuakse välja, et tuleks teatud hulgale päästjatele korraldada parameedikoo koolitus ning integreerida päästjad vastavalt piirkondadesse, kus integreeritud esmaabi süsteemi rakendamine oleks vajalik. Samuti tuuakse lahendusena välja, et sündmuskohale jõudvat päästemeeskonda peaks juhendama Häirekeskuse meedik. Kaks eksperti toovad esile, et pääste perspektiivist tuleks

esmaabi teenuse arendamist vaadata vastavalt piirkonnale ja kriitilise pilguga, mitte üle Eesti ühtlaselt. Üksikult toodi ka välja, et praegu töötav kiirabi ja päästesüsteem on sobilik ja ei vaja muutmist. Üksikult toid eksperdid välja elustamise (5 eksperti), informatsiooni edastamise sündmuskohalt (2 eksperti), psühholoogilise toe (2 eksperti), seisundi hindamise (2 eksperti), traumahaige käsitlemise (2 eksperti), verejooksude sulgemise (2 eksperti). Üksikutel kordadel toodi välja ka anafülaktilise šoki korral tegutsemine, asendi andmine, lisahapniku manustamine ja põletuste esmaabi.

„Tegelikult vabatahtlikud päästjad ei erine kutselistest päästjatest, me peame tagama päästjatele ehk kõikidele esmareageerijatele ühtsed teadmised ja oskused.“ (SiM, 2021)

„Kui brigaadil kulub kohale jõudmiseks 25–30 minutit, siis üks inimene ei ole võimeline elustama selle aja jooksul. Kui päästekomando on sellise sündmuse lähedal ja jõuaks varem enne kiirabi, siis päästjatel on oluliselt rohkem jõudu reeglina kui abivajaja lähedastel, lisaks julgust rohkem.“ (KA3, 2021)

„Ministeeriumi tasandil on hetkel kavandamisel kiirabi üks-kaks-kolm reform ehk selline tänase meditsiinilise kiirabi võib-olla paindlikumaks muutmine ja vastavalt abivajadusele ka liikmete arvu määramine. See on üks teema ja sealjuures siis ikkagi taasühendamise või ka ikkagi tõesti päästjate tihedam seostamine eriti kaugemates piirkondades. Sellistes piirkondades avaldaks see mõju ja tõstaks üldist kogukondlikku turvalisust. Vastasel korral võib-olla siin mõnest piirkonnast kaob ka see tänane üksik päästeauto ära. Aga kui me suudame selle panna kokku, kiirabi ja vältimatu abi vajamisega, ja sellega, et päästjad suudavad ka nõustada lihtsamate tervisehädade korral oma piirkonna inimesi, siis eeltoodu tõstab üldist turvalisust, ja ma arvan, et see võiks olla tänane suund.“ (SoM, 2021)

Alamkategooria 4.2 nimetusega „Kergemad seisundid ja pääste“ – puhul hindasid eksperdid oma intervjuudes, kas ja millistel põhjustel peaksid päästjad esmaabi teenust osutama ka kergematel juhtudel. Osad eksperdid olid nii ühe kui ka teise vastuse poolt, mis tähendab, et konkreetset eksperdide arvuga vastused ei võrdu. Küsimuse juures tõi enamus peamiselt välja, et pääste ei peaks lahendama kergemaid esmaabi juhtumeid (10 eksperti), samas oli ekspertide intervjuudes ka välja toodud, et teatud juhtudel siiski võiks osutada ka kergematel juhtudel esmaabi (5 eksperti). Üks ekspert ei osanud seda hinnata. Üks ekspert toob lisaks välja, et selline muudatus eeldaks kindlasti seadusandluse muutmist.

„Ma ei ütleks, et see oleks hea mõte, et tegelikult päästjatel on omad ülesanded, kui et nad on hõivatud mingisuguse kiirabi kergema juhtumiga.“ (KA3, 2021)

Neljanda kategooria juures puudutasid kaks küsimust üksnes Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala esindajaid ja olid seotud esmaabi andmise hinnanguga oma piirkonna päästjatele, ning ka esmaabi andmise valmisolekuga erinevates piirkondades. Alamkategooria 4.3 nimetusega „(PA) Hinnang päästjate esmaabi andmise oskusele“ alusel hindasid päästjad esmaabi andmise oskust viiepallisüsteemis, kus 1 on kesine ja 5 on väga hea. Ekspertide hinnangust nähtub, et kolmes ringkonnas (idas, läänes ja lõunas) hinnatakse päästjate esmaabi andmise oskust peamiselt hindegaga 3, kuid põhja piirkonnas hindegaga 4. Selline hinnangute erinevus võib tuleneda sellest, et kui vaadelda ka kiirabide ja päästekomandode võrgustikke (lisa 1), nähtub, et Põhja piirkond, sealhulgas Tallinn on kiirabidega tihedamini kaetud kui ülejäänud Eesti. Muud piirkonnad peale Põhja-Eesti tunnetavad rohkem vastutust ja näevad igapäevaselt oma töös seda, kui oluliseks päästjaid peetakse, ning kuidas nad on kohustatud ka esmaabi osutama. Töö peatükist 2.1 selgub samuti, et Põhja piirkonnas on esmaabiga seotud väljakutseid teistest piirkondades vähem. Samas on oluline välja tuua, et Päästeameti peamajas hinnatakse päästjate esmaabi andmise oskust siiski kõrgemalt kui regioonipõhiselt. Ehkki nad ka ise tunnistavad, et treeningust on vajaka ja päästjad ei tunne end väga kindlalt. Lääne- ja Ida Päästkeskuste esindajad märgivad, et esmaabi on nende töös väga oluline, kuid leiavad sarnaselt eelmises punktis toodule, et esmaabi väljaõpe on puudulik ja eriti viimastel aastatel, kuid oluline on õpitud taseme hoidmine. Seda tunnistavad ka päästkeskuste esindajad, et päästekolledžis saadav esmaabi on väga heal tasemel, kuid edasine täiendusõpe, vähemalt nende piirkondades, on puudulik.

„Ma pigem ütleksin hindeks kolm, kolm miinus. Meditsiin on oluline valdkond päästetöös ja iga inimese päästmine peaks algama või lõppema esmaabi andmisega, sest inimesed ei kutsu abi, kui neil midagi viga ei ole. Päästjad ei tohiks olla sellise suhtumisega, mina päästan ja kiirabi osutab esmaabi. Leian, et traumahaige käsitus, see peab olema põhiasi päästjatel. Meie süsteemi puudus on see, et me küll saame väga sisulise esmaabiõppe Päästekolledžis. /.../ Seejärel tulevad inimesed teenistusse. /.../ Ja probleem on täna see, et meil ei ole korralikku meditsiinalast väljaõppe süsteemi, mille abil saaksime end esmaabialaselt

vormis hoida. Traumahaige käsitlese teemadel sellist Ida Päästkeskuses ei ole.“ (PA3, 2021)

„Julgeksin oletada, et see on ikkagi tugev neli. Et, jah täna ise tunneme, et kõige rohkem jääb vajaka just sellest elustamise õppest või treenimisest, et vahendeid selleks napib, ma mõtlen just õppevahendeid. Ja väga tihedalt seda ei saa treenida. Siin ei saa salata seda, et ega päästjad ei tunne ennast väga kindlalt esmaabi andes.“ (PA4, 2021)

Alamkategoria 4.4 nimetusega „(PA) Valmisoleku hinnang“ kätkeb endas hinnangut sellele, kuidas eksperdid hindavad päästjate valmisolekut anda esmaabi. Taaskord nähtub sarnane muster nagu eelmises punktis – Ida, Lääne ja Lõuna Päästkeskuste esindajad leiavad, et valmisolek on olemas ja see ka kindlasti paraneks, kui saaks Päästeameti siseselt tööle korraliku ja järjepideva esmaabi väljaõppe koolitussüsteemi. Kohati tuuakse isegi välja, et päästjad ootavad praktilisi esmaabialaseid täienduskoolitusi. Põhja Päästkeskuse esindaja valmisolekut ei hinda ning peab seda meeskonna peale täiesti piisavaks. Päästeameti peamaja esindajad nendivad, et esmaabi, kui selline, on oluline ning toovad sealjuures ka välja, et inimelu päästmine on kõige olulisem. Sellele järgnevad muud, nagu vara ja keskkond. Aga sarnaselt eelmise punktiga, tuuakse ka selles välja, et see on oluline, aga koolituste järjekorras jäänud pigem tahaplaanile. Siit peegeldub kohatine vastuolu, kus Ida, Lääne ja Lõuna piirkonna esindajad tõstavad tugevalt esile esmaabi õppe vajaduse ning ka valmisoleku, kuid peamajas selgitatakse samas, et see ei ole koolituskalendris esiplaanil. Siin tekib uurijal küsimus miks – kui neljast piirkonnast kolmes tuntakse tugevalt vajadust ja kinnitatakse valmisolekut.

„Vastus on hinnanguline. Minu vaatest on see valmisolek olemas. Motivatsioon on olemas. Veel enam aitab seda tõsta süsteemne esmaabialase täiendkoolituse süsteem. Samuti on minu hinnangul päästjad motiveeritud osalema integreeritud esmaabi süsteemis. Seda kinnitavad ka juba toimunud reaalsed sündmused, kus päästjad on kohale jõudnud enne kiirabibrigaadi ja alustanud adekvaatsete esmaste elupäästvate tegevustega. Kiirabibrigaadide hinnang päästjatele on olnud väga positiivne.“ (PA1, 2021)

Uurimisküsimus 5 on seotud võimalike koostöökohtadega ja piirkondadega elupäästva esmaabi andmiseks. Seega viies kategoria nimetusega „**Koostöö meetmed**“ vastab viiendale uurimisküsimusele, kuidas pakkuda Eestis väiksema reageerimisajaga elupäästvat

esmaabi teenust, ja millised on siinjuures integreeritud teenuse osutamise tulevikuperspektiivid kiirabi ja päästemeeskondade seisukohast (Lisa 6, tabel 5).

Antud alamkategooria 5.1 nimetusega „Kiirem esmaabi“ raames käsitleti teemat, milline võiks olla kiirem esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtriku seisundi korral, mida Eestis rakendada võiks. Mõned eksperdid tõid eraldi välja ka asjaolud, mis puudutavad kiirema esmaabi andmist lähtudes pääste seisukohast. Samas tõid eksperdid oma vastustes välja ka konkreetseid lahendusi, mida Eesti raames võiks rakendada kiirema elupäästva esmaabi rakendamiseks. Kõige enam toodi intervjuudes välja päästjate rakendamist (6 eksperti), kodaniku oskuste arendamist (6 eksperti) ja nutilahendusi (6 eksperti). Ekspertide hinnangul on päästjatega koostöö juba praegu piirkonniti väga hea, seega nende laialdasem kasutamine elupäästva esmaabi andmisel oleks loomulik kulg. Ühtlasi on päästevõrgustik üsna lai ning seda suurem on tõenäosus, et lähemal asuv kiirabi saaks osutada elupäästvat esmaabi kuni kiirabi saabumiseni. Kodanike oskuste arendamist mainisid eksperdid ka selles kontekstis, et esmaabi koolitamine peaks algama juba põhikoolis. Ühtlasi leitakse, et Eestis on palju esmaabikoolituse läbinud inimesi, keda oleks võimalik koondada erinevate nutirakenduste abil. Ühe võimaliku lahendusena toodi välja selline rakendus, mille järgi on Häirekeskusel võimalik vastavalt abivajaja asukohale kaardistada lähimad esmaabiandjad ja vajadusel saata nemad appi. Kõige olulisem on aeg – mida kiirem on elupäästev abi, seda suurem on võimalus päästa inimese elu. Samuti nimetati ekspertintervjuudes AED võrgustiku loomist üle Eesti (4 eksperti), operatiivteenuste (politsei, pääste, kiirabi) võrgustiku kasutamist (3 eksperti). Üksikult toodi välja ka olemasoleva kiirabivõrgustiku muutmist ning leiti, et tänane süsteem on piisav.

Päästjate rakendamine:

„Tegelikult räägime jätkusuutlikkuse puhul alati sellest, et palju teenuse ülalpidamine maksab, nii varustuse, hoone, inimeste väljaõppe osas. Tegelikult võib-olla on võimalus rakendada ka näiteks Soome mudelit kuskil, kus meil päästjad näiteks omavad kiirabi teadmisi-oskusi ja teevad näiteks segavalveid kiirabiautoga, kui on vaja. Kui näiteks Sotsiaalministeerium või Terviseamet, kes tegelikult kiirabivõrgustiku eest vastutab, hindab seda reaalseks võimaluseks, siis tasub kaaluda, veel analüüsida, kas selline muudatus, mõju, mis efekti ta annab.“ (SiM, 2021)

Kodanike oskuste arendamine:

„Tegelikult süsteem kui selline peaks algama juba elanikuna, koolitusest. Me saaksime tagada palju paremad tulemused, palju kiiremad tulemused, kui elanikkonna koolitus toimuks juba lapsepõlves. See tähendab seda, et põhikoolist alates näiteks iga-aastased kohustuslikud esmaabitunnid.“ (KA5, 2021)

Alamkategooria 5.2 nimetusega „Kiirabi-pääste koostöö“ raames antakse ülevaade kiirabi teenusepakkuja ja Päästeameti võimalikest koostöökohtadest. Selle küsimuse juures leidsid eksperdid enim, et esimene koostöökoht oleks kindlasti koolitused, mida kiirabi teenuse pakkujad saaksid päästjatele korraldada (10 eksperti). Suuremad koolituskeskused nagu näiteks Tallinna Kiirabi ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla avaldasid otsesest valmisolekut päästjatele koolituse pakkumiseks, kuid tõenäoliselt on see võimalus ka Karell Kiirabil ja Tartu kiirabil. Sellele järgnesid ühised õppused (5 eksperti), mille abil tegelikkuses ekspertide hinnangul on võimalik õppida ja hinnata teadmisi ning leida tuleviku jaoks parenduskohad. Samuti toodi välja ka praktika võimalused (5 eksperti) sarnaselt politseile, mille puhul kiirreageerijad käivad juba praegusel ajal kiirabis praktilal oma meditsiiniliste oskuste värskendamiseks ja lihasmälu säilitamiseks. Samuti toodi välja eluohtlikus seisundis patsisendi kiirem abistamine (3 eksperti). Üksikult toodi välja lisaks elustamine, informatsiooni edastamine, kõrvaliste inimeste eemale suunamine, telemeditsiini kasutamine, traumahaige käsitus, varustuse planeerimine. Toodi ka välja, et rohkem koostöökohti ei ole vaja.

Koolitused:

„Ja tegelikult võiks seda koostööd selles osas ka vaadata, et kuidas me koos elupäästvat esmaabi inimestele anname. Või siis vastupidiselt, kiirabi hoopis juhendab meid, õpetab meid koostöö raames, kuidas anda ja millised on põllul olulised asjad, mida me oskama või teadma peaksime.“ (PA3, 2021)

Koostööõppused:

„Koostööõppused on see koht, kus tegelikult ju õpitakse ja hinnatakse oskusi-teadmisi. Ja ka sündmuste järgselt. Kui ikkagi tegelikult on suur ja oluline sündmus suurte kannatanutega, või mingisugune muu suuremat tähelepanu nõudev sündmus, siis tegelikult tehakse ka päästesündmuste või kiirabisündmuste järgselt analüüsi, hinnatakse seda.“ (SiM, 2021)

Alamkategooria 5.3 nimetusega „Koostöö piirkonnad“ raames antakse ülevaade, millised on ekspertide arvates võimalikud koostööpiirkonnad. Peamiselt tuuakse märksõnadena välja kõik piirkonnad, kus on hõredam asustus ja tuuakse ka välja, et neid piirkondi on üle kogu Eesti. Tuuakse välja nii Hiiu maakond, Saare maakond, Lääne maakond, Rapla maakond, Ida-Viru maakond, Võru maakond, Valga maakond kui ka laiemalt Kesk-Eesti, Lääne-Eesti ja väikesaared (Lisa 1, joonis 3). Täpsemate asutustena toodi esile:

Lääne maakond: Noarootsi poolsaar, Nõva, Risti, Haapsalu, Pärnu linn (suvisel perioodil);

Rapla maakond: Rapla, Märjamaa, Kohila, Järvakandi;

Ida-Viru maakond: Iisaku, Alutaguse;

Võru maakond: Võru, Antsla, Setumaa;

Valga maakond: Lüllemäe.

Alamkategooria 5.4 nimetusega „(KA) Kiirabi-pääste roll“ vastasid alustuseks Sotsiaalministeeriumi haldusala eksperdid küsimusele, milline võiks olla kiirabi teenusepakkuja / Päästeameti roll esmaabi teenuse pakkumisel abivajaja eluohtliku seisundi korral. Sotsiaalministeeriumi haldusala ekspertide hinnang näitab, et päästjaid hinnatakse kompetentsete partneritega ning neid usaldatakse elupäästva esmaabi andmisel. Ühtlasi leidis kinnitust, et Sotsiaalministeeriumi haldusala eksperdid näevad seda vajadust ka oma töös, seades esikohale inimese ja tema elu päästmise. Selline ekspertide hinnang loob suurepäraseid eeldused ning kinnitab ka tegelikkuses vajadust elupäästva esmaabi süsteemi arendamiseks, kus päästjatelt oodatakse võimalusel esmase ja kõige ohtlikuma abi andmist inimelu päästmiseks. Kõik intervjueritavad eksperdid on välja toonud, et pääste roll peaks olema kiirema esmaabi andmine eluohtlike seisundite korral.

„Ega tegelikult on kaks põhilist asja eluohtliku seisundi korral, /.../. Kui me verejooksu peata, siis inimene sureb minutitega, ja kui me elustamist ei alusta, siis sellest midagi head ei tule.“ (KA5, 2021)

Alamkategooria 5.4 nimetusega „(PA) Päästeameti roll“ vastasid Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala eksperdid küsimusele, kuidas on võimalik Päästeametil suurendada panust esmaabi andmisel abivajaja eluohtliku seisundi korral. Peamiselt toovad Siseministeeriumi eksperdid välja, et oluline on enda jaoks teha selgeks, mis on elupäästev esmaabi, mida Päästeamet tahab ja suudab pakkuda, et töötada välja korralik esmaabi väljaõppe. Samuti on oluline roll praktilisel õppel ja selle ühtsel üleriigilisel korraldusel.

Samas tuuakse välja, et Päästeamet peaks oma panust suurendama suurõnnetusteks valmisoleku puhul.

Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala eksperdid hindavad, et kõige paremini saab Päästeamet kaasa aidata parema esmaabi andmisel, praktilise väljaõppe korraldamisega, nagu ka eelnevalt on välja toodud. Omakorda eeldab praktilise väljaõppe korraldamine ka üldisemalt ametisisese esmaabi korraldamise ülevaatamist, mida on samuti ka eelnevates punktides välja toodud. Ühtlasi tõi üks ekspert välja võimaliku kava, kuidas hakata esmaabi andmise väljaõpet parandama asutuse siseselt.

„Ja sellepärast me ütleme, et inimelu päästva esmaabi andmine on päästjate kõige olulisem kutseoskus. Tegelikult peaks olema, mitte vooliku käsitlemise oskus. Ja kui ta voolikut ja muud varustust käsitleda oskab kõige paremini, peaks ta ikkagi inimesele suutma hinge sisse puhuda, selle jaoks me olemegi, et inimest päästa, kaitsta. (PA3, 2021)

Ekspertintervjuude käigus vastati kõigile viiele uurimisküsimusele. Ekspertintervjuude analüüs koos järelduste ja ettepanekutega on toodud järgnevates alapeatükkides.

2.4 Ekspertintervjuude analüüs

Selles magistritöö peatükis analüüsitakse ekspertintervjuude tulemusi ning tuuakse välja empiirilise uuringu ja teooria lähtekohtade peamised sarnasused ja erinevused.

Esimeses kategoorias „**Päästjate rakendamine**“ analüüsitakse kolme alamkategooria „**Praegune rakendamine**“, „**Päästjate elupäästvad väljakutsed**“ ja „**(KA) Päästjate arv kiirabis**“ koode. Vabariigi Valitsuse välja antud määruse kohaselt on päästjatel võimalik peamiselt kolmel juhul reageerida eluohtlikus seisundis abivajaja seotud väljakutsetele. Nendeks olukordades on: lähima kiirabibrigaadi puudumisel eluohtlikus seisundis abivajajale abi andmiseks, patsient on raskesti ligipääsetavas kohas või abistamiseks patsiendi transportimisel (käesolev töö, lk 33). Ekspertide hinnangul kasutatakse päästjaid kõige enam just raskesti ligipääsetava asukoha või transpordi abi vajadusel. Samas toovad eksperdid välja, et päästjate rakendamine võib piirkonniti erineda. Näiteks Tallinna piirkonnas kohtutakse enim kompleksündmustel, kus igal operatiivteenistusel on oma tööülesanne. Analüüsides päästjate reageerimist elupäästvatel väljakutsel selgub, et

Häirekeskuse statistika alusel rakendati 2019. ja 2020. aastal kokku 34. korral (käesolev töö, lk 46). Eksperdid toovad välja, et päästjaid rakendatakse elupäästva esmaabi andmiseks vähe. Samas toob Sotsiaalministeeriumi haldusala esindaja esile, et kokkupuude on alati positiivne, mis loob head alused edaspidiseks integreeritud koostööks. Ühe eksperdi hinnangul ei ole Häirekeskusel tõenäoliselt harjumust päästjaid välja saata ning otsitakse alternatiivi pigem kiirabiteenuse pakkujatelt. Siiski tõi üks ekspert välja, et päästjate tihedam kasutamine abiandjatena on hea mõte, kuid see tuleb korralikult läbi mõelda ja kaaluda erinevaid aspekte.

Ka teoreetilise käsitluse kohaselt kasutatakse eluohtlikus seisundis abivajaja abistamiseks üha enam päästjaid, kelle ülesanne on võimalusel hoida abivajaja elus hoidmine kuni kiirabi saabumiseni. Ühtlasi on päästjad harjunud lahendama ootamatuid olukordi ja probleeme, seega on päästjate näol tegemist väärtusliku ressursiga, mida kasutada. Päästjate kasutamine esmareageerijatena võimaldab vähendada aega inimese kokkuvarisemisest kuni abi saabumiseni (käesolev töö, lk 30) Ühtlasi õpetatakse päästjatele elupäästva esmaabi võtteid (käesolev töö, lk 35), mida toetab ka Päästeametis loodav esmaabi täiendusõppe süsteem (käesolev töö, lk 34). Kiirabi teenusepakkujad märgivad, et viie teenusepakkuja juurest nelja juures töötavad igapäevaselt ka päästjad. See tähendab, et neil on läbitud vähemalt 400-tunnine erakorralise meditsiinitehnika koolitus (käesolev töö, lk 32). Samas puudub Päästeametil ülevaade kutseliste päästjate kohta, kes teise kohana töötavad kiirabis (käesolev töö, lk 35). Seega, täpne kiirabitöötajate osakaal Päästeametis jääb konkreetse magistritöö raames välja selgitamata. Eeltoodust tulenevalt kasutatakse pääste esmareageerijaid abiandjatena elupäästva esmaabi andmisel abivajaja vähesel määral, kuid neid tuleks kasutada rohkem, sest edukat praktikat näitavad erinevad uuringud, väljaõpe Päästekolledžis ja koostatav Päästeameti ülene esmaabi täiendusõppe süsteem.

Teises kategoorias „**Demograafia ja selle mõju elupäästvale esmaabile**“ analüüsitakse alamkategoriate „**Demograafilised tegurid**“ ja „**Tegurite mõju**“ koode. Teoreetilises käsitluses välja toodud seisukohtade alusel on kõige tugevamat mõju avaldavad demograafilised tegurid rahvastiku vananemine, inimeste riigisisene ränne ja ääremaastumine ning muukeelse kultuuri sisseränne (käesolev töö, lk 26). Rahvastiku vananemise probleem on sedavõrd teravalt esile tõusnud, et ka Euroopa Liidus üldiselt on vanemaelise elanikkonna osakaal tõusutrendis (käesolev töö, lk 24) ning tööealine elanikkond ei suuda vanemaelisi üleval pidada (käesolev töö, lk 25). Seda kinnitasid ka

uuringutulemused. Ekspertintervjuude käigus toodi esile, et kõige enam on teenuse pakkumist mõjutamas rahvastiku vananemine ning riigisisene ränne ja ääremaastumine. Inimeste kaugemates piirkondades elamine muudab ka kiirabide reageerimise keerukamaks, kus vahemaad on väga pikad, mille tõttu kiirabi pikem reageerimisaeg on tõusutrendis (käesolev töö, lk 28). Sotsiaalministeeriumi haldusala ekspert on samuti välja toonud, et piirkonnas ei ole oluline, mitu inimest külas on, vaid kui suur on piirkond, mida tuleb katta (käesolev töö, lk 51). Järgnevalt märkisid eksperdid sotsiaalsete tegurite mõju, mida võib pidada esimeseks võimalikuks koroonakriisi mõjuks ning ka teadlased on kinnitanud, et suhtlemisvaeguse ja liigse koormuse tõttu ei pruugi enam inimesed oma probleemidega toime tulla ning otsivad väljapääsu suitsiidi abil (käesolev töö, lk 22). Nii ekspertide kui ka teadlaste hinnangul kasutab vananev elanikkond hajaasustustes kasutavad kiirabiressurssi suhtlemise eesmärgil (käesolev töö, lk 27). Ekspertid märkisid ka muukeelse elanikkonna kasvu, mis Eesti Statistikaameti andmetel on vähesel määral tõusmas (käesolev töö, lk 25). Seega hetkel näitab see väikest tõusu, kuid võib viidata tulevikus olulisele probleemkohale, kuidas muukeelse elanikkonnani jõuda.

Statistikaameti andmetel oli 2016. aastal üle 65-aastaste osakaal ligikaudu 20%, kuid aastaks 2060 kasvab see 30%-ni (käesolev töö, lk 25). Vanemaaliste osakaalu tõus on stabiilne, mis joonistub ka ekspertintervjuudest välja, kus enamus eksperte ei oska veel hinnata tegurite mõju teenuse pakkumisele. Samas toodi välja väljakutsete kohalesõidu aja pikemine, mis viitab otseselt rahvastiku vananemise ja hajaasustusega seotud demograafiliste tegurite süvenemisele tulevikus. Suurem riigisisene ränne kaugematesse piirkondadesse süvendab hajaasustuste teket, mis omakorda pikendab kiirabi reageerimisaega. Demograafiliste muutuste tulemusena on keerukamaks muutumas ka päästjate värbamine kaugemates piirkondades (käesolev töö, lk 23), mida kinnitavad ka tehtud ekspertintervjuud. Seega, näiteks päästjate värbamise raskenemine on üks oluline põhjus, mille pärast tuleks mõelda lahendustele, mis hõlmavad erinevaid ametkondi. Olemasoleval kujul on päästevõrgustiku säilitamine elupäästev lüli kiirabiteenuse pakkujate väljakutsetele reageerimise aja pikenemise ja eluohtlikus seisundis abivajaja vahel. Väljakutsete mahu suurenemise aspekt võib olla samuti seotud otseselt eelmises punktis toodud rahvastiku vananemise või näiteks sotsiaalse teguriga (käesolev töö, lk 64).

Kolmandas kategoorias „**Lahendused elupäästva esmaabi andmiseks**“ analüüsitakse alamkategooriate „**Teadmised ja oskused**“, „**Vajalikud vahendid**“ ja „**Koolitused**“ koode.

Eluohulik seisundis patsiendiga on tegemist juhul, kui tema elu on otseselt ohus (käesolev töö, lk 29). Eluohulikud seisundid nagu südame äkksurm ja suured verejooksud vajavad viivitamatut sekkumist, mis võivad päästa inimese elu (käesolev töö, lk 30). Seda kinnitavad ka ekspertintervjuud, mille kohaselt on päästjatel kõige olulisemad teadmised ja oskused elustamise ABC ja suurte verejooksude kohta. Elustamise ABC puhul on vajalikud teadmised hingamisteede avamise, hingamise kontrollimise ja südamemassaaži alustamise kohta. Verejooksude sulgemise puhul on kõige olulisem kasvõi käepäraste vahenditega avaldada haavale survet. (käesolev töö, lk 30) Kusjuures mõlemad tegevused on elulise tähtsusega, sest võivad päästa inimese elu. Ekspertide hinnangul võiks päästja omada rohkem teadmisi ja vahendeid kui tavaline inimene. Näiteks on päästjatel ambu, millega abivajajale õhku juurde anda. Ambu on vahend, mille abil abivajajale tagada parem ventilatsioon.

Esmareageerijate ehk Eesti õigusraamistikus abiandjate kõige olulisem abivahend on AED, mille abil on võimalik inimese ellujäämist suurendada 50–70% (käesolev töö, lk 30). Seda põhjusel, et AED on mõeldud kasutamiseks nii tavainimestele kui ka väljaõppinud medikutele, sest seda on ohutu kasutada. Ekspertintervjuudes kinnitatakse AED vajalikkust. Sealjuures tuuakse välja, et selline pilootprojekt on ka käivitatud, kus Tõstamaa komandole on soetatud AED-aparaat, kuid täielikult projekti käivitamine pole õnnestunud, sest täiendavad koolitused on läbi viimata. Eksperti hinnangul on Tõstamaa päästekomando sellises perifeerses asukohas, mille tõttu ka Pärnu Haigla eraldas vahendid AED soetamiseks (käesolev töö, lk 53). AED osas tõid eksperdid ka välja, et kui ei ole võimalik koheselt kõigile AED võimekust tagada, siis piisaks esialgu ka kaugemate piirkondade päästeautode varustamisest. Ühtlasi tuuakse elupäästva esmaabi andmisel esile, et hingatamine on sama oluline kui südamemassaaži tegemine (käesolev töö, lk 30). Ka eksperdid toovad välja, et päästeautodes võiks olemas olla hapnik. Samas kui vaadelda Eesti õigusraamistikus olevat abiandja mõistet, siis ei ole selles reguleeritud vajalikke esmaabi andmise teadmisi, oskusi või standardit päästemeeskonna kontekstis (käesolev töö, lk 33). Ekspertid toovad esile, et efektiivsema elustamise puhul on hapnik oluline abivahend, sest ainuüksi välisõhuga ambuga hingatamine ei ole piisav. Arvestades asjaolu, et hapnik on ravim ning hapnikravi saavad määrata meditsiinitöötajad või selleks pädevad isikud (käesolev töö, lk 29), siis päästjad abiandjatena eeltoodu alla ei kvalifitseeru. See tähendab, et päästjad saavad kehtiva õigusraamistiku alusel ehk abiandjatena abi osutada üksnes nende vahenditega, mis on lubatud ka tavainimestele. Seega, ekspertide poolt välja toodud hapniku kui ravimi lisamine

ei ole võimalik, sest päästjatel abiandjatena puuduvad täiendavad õigused ravimeid abiandmiseks kasutada.

Kutselised päästjad saavad Päästekolledžis õppides üle 100 tunnise esmaabikoolituse, kõrgharidusõppes õppivate päästjate esmaabi täpne tundide arv on teadmata. Vabatahtlikele päästjatele õpetatakse Päästeametis esmaabi 16 tundi (käesolev töö, lk 35). Kõik eelpool toodud tasandid omandavad elupäästvaks esmaabiks vajalikud teadmised ja oskused, kuid kõige põhjalikuma väljaõppe saavad kutselised päästjad Päästekolledžis (käesolev töö, lk 35). Ekspert hinnangute põhjal selgus, et päästjate esmaabi baaskoolitus peaks kestma vähemalt 40 tundi, mis päästjate kutseõppe tasemel on täidetud, kuid muudes tasandites vajab täiendamist. Näiteks Soomes läbivad päästjad 1,5 aastase õppe, millest kolmandik on esmaabi väljaõpe ehk nad saavad automaatselt ka parameedikuna tunnistuse (käesolev see töö, lk 31). Eestis nõuaks sellise süsteemi rakendamine olulisi muudatusi pääste väljaõppe korraldamisel. Samuti arvestades Eestis toimivat Prantsuse-Saksa meditsiinimudelit (käesolev see töö, lk 32), ei pruugi väljaõpetatud parameedikud praegusel kujul täiel määral leida kasutust. Ekspertide hinnangul peaks esmaabi täiendusõpe toimuma iga-aastaselt vähemalt 16-tunnise koolitusena, kus on 8 tundi teooriat ja 8 tundi praktikat, teemadeks elustamine ja traumakannatanu käsitus. Näiteks on Rootsis päästjate esmareageerijatele tehtud eraldi BLS koolitus, kus on õpetatud ka AED kasutamist (käesolev töö, lk 32). Ekspertide toodud 40 tunni hinnang põhines minimaalsel koolitusmahul, seega on praegune päästjate väljaõpe sobilik ja asjakohane. Seega, et kasutada päästevõrgustikku ühtlaselt, eriti laialdast vabatahtlike võrgustikku, tähelepanu tuleks pöörata päästeteenistuse esmaabiõppe tundidele ja üle vaadata vabatahtlike päästjate esmaabi baaskoolituse tundide arv.

Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala ekspertide hinnangul on päästjate meditsiiniline väljaõpe üle Eesti ebaühtlane. Seda kinnitab asjaolu, et Päästeameti ülene esmaabi koolitussüsteem on välja töötamisel, kuid hetkel see puudub (käesolev töö, lk 34). See tähendab, et Päästekolledžis omandatud teadmised ei leia Päästeameti siseselt täiendamist, samas on praktiline kogemus õppimise vajalik osa, eriti elustamise puhul (käesolev töö, lk 35–36). Päästeekspertid toovad välja, et päästekolledžis õpetatud esmaabi koos praktilise osaga on väga oluline ja asjalik. Päästeametis töötades peetakse esmaabi küll oluliseks, kuid vajaka jääb praktilisest koolitusest. Põhja Päästkeskuses ei osatud nimetada koolituse korraldamise intervalli, Lõuna Päästkeskuses oli see kaks korda kvartalis, Ida Päästkeskuses toimus viimati praktiline õpe eelmisel aastal (2020) ja Lääne Päästkeskuses

2015. aastal. Ekspertid hindavad kõrgelt teoreetilisi materjale, kuid peavad puudulikuks praktilist väljaõpet. Seega on vajalik Päästeameti koolituskalendri koostamisel jälgida praktilise õppe olemasolu. Ühtlasi tõi üks ekspert esile, et intervjuu ajal esmaabialane koolituskalender puudus, sest puudusid vajalikud teadmised selle koostamiseks. Samas on oluline välja tuua, et Siseministeeriumi esindaja hindab esmaabi andmise oskust sama oluliseks, nagu muid päästja oskusi. Järelikult on Päästekolledžis omandatud teadmised väga vajalikud, kuid neid ei arendata Päästeameti siseselt edasi. Seega oleks vajalik kehtestada Päästeametis iga-aastane 16-tunnine esmaabi koolituse süsteem, mille juures on eriti oluline silmas pidada praktilise õppe osakaalu, mis võimaldab päästjatel realselt harjutada elupäästva esmaabi võtteid. Sellise süsteemi väljatöötamine on vajalik päästekolledžist saadud esmaabi oskuste meelde tuletamiseks ja säilitamiseks.

Neljandas kategoorias „**Päästjate perspektiivid**“ analüüsitakse alamkategoriate „**Päästjate võimalused**“, „**Kergemad seisundid ja pääste**“, „**(PA) Hinnang päästjate esmaabi andmise oskusele**“ ja „**(PA) Valmisoleku hinnang**“ koode. Eluohtlikus seisundis abivajaja reageerimisaja lühendamiseks kasutatakse üha enam esmareageerijatena päästjaid, et vähendada reageerimisega väljakutsetele eluohtliku väljakutse puhul (käesolev see töö, lk 28–29; 31–32). Ka ekspertide hinnangul tuleb päästjate ressursi kasutada otstarbekamalt, kui lähim kiirabibrigaadi on kaugel. Eesti kontekstis nõuaks päästjate kasutamine abiandjatena esmaabi teenuse arendamist ja innovatsiooni, mis pikemas perspektiivis kasvataks inimeste heaolu tunnet (käesolev töö, lk 13, 15-16). Eestis pakuvad peamiselt kiirabiteenust eraõiguslikud kiirabi teenusepakkujad, kellel on sõlmitud rahastamislepingud Haigekassaga (käesolev töö, lk 32). Sellest tulenevalt on ka ekspertide hinnangul mõistlik hinnata, kuidas päästjaid Eesti kontekstis rakendada elupäästva esmaabi andmisel. Magistritöö teoreetilisest käsitlusest tuuakse näiteid mitmetest riikidest. Seadusandluse alusel võib kasutada päästjate ressursi nagu Rootsis, kus sarnaselt Eestile on nii kiirabi kui päästjad erineva ministeeriumi haldusalas. Nii Rootsi kui ka Eesti süsteemi kohaselt kaasatakse päästjaid abivajaja eluohtliku seisundi korral üksnes juhul, kui pääste jõuab kohale kiiremini, kui lähemal asuv kiirabibrigaad (käesolev töö, lk 32-33).

Sotsiaalministeeriumi eksperdi sõnul on kavandamisel kiirabi reform, mille abil muudetakse meditsiinilise abi saamine paindlikumaks. Paindlikuma meditsiinilise abi kujundamise juures on oluline ka päästjate tihedam seostamine esmaabi andmisega, eriti kaugemates piirkondades. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni hinnanguga, mille alusel ei ole seni

kasutatud tervisehoiusteemid jätkusuutlikud (käesolev töö, lk 11, 23). Ühtlasi rõhutab eeltoodu inimesekeskset abi andmist, mille abil on võimalik säilitada elupäästva esmaabi võimekusi üle Eesti, ka kaugemates piirkondades, samas hoides kokku riiklike kulusid. Inimesekeskne lähenemine soosib ka vastavalt piirkonnale abiandmise mudeli kujundamist, mida maailmas üha enam rakendada, et vastata inimeste vajadustele ehk ekspertide hinnangul mudeli kohandamine vastavalt piirkonnale on aktuaalne üle maailma (käesolev töö, lk 24, 26, 31). Lisaks toetab päästjate süvendatumat kaasamist 2019. aastal kirjutatud lõputöö (käesolev töö, lk 36). Seega on päästjate süvendatum kaasamine elupäästva esmaabi andmisel kooskõlas nii ekspertide hinnangu kui ka teoreetiliste käsitlustega.

Päästjate kasutamine esmareageerijatena on riigiti erinev. Näiteks Soome päästjate väljaõpe ongi olulisel määral seotud kiirabiga ja nad osutavad ka kiirabiteenust, samas kui Rootsis kasutatakse päästjaid üksnes abivajaja eluohtlike seisundite korral (käesolev see töö, lk 31–32). Ka Eestis õpetatakse päästjatele kergemate seisundite korral esmaabi andmist (käesolev see töö, lk 35), kuid magistr töö autor hindab ekspertide hinnangut sõltuvaks Eestis kehtivast kiirabisüsteemist. Eksperdid märkisid asjaolu, et Eestis ei oleks mõistlik päästjaid rakendada kergemate väljakutsete puhul kui eluohtlik seisund. Kui päästjad hakkaks teenindama kergemate tervislike seisunditega väljakutseid, kaoks nende mõte ning oleks vaja spetsiifilisemaid teadmisi. Seega, kuigi teoreetiline käsitlus toob välja näiteid, kus päästjaid rakendatakse ka kergemate seisundite puhul, ei näe eksperdid Eestis selle rakendamise vajadust. Seda enam, et hetkel ei luba seda ka õigusruum.

Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala ekspertide hinnangul on esmaabi andmise oskus Lõuna, Ida ja Lääne piirkonnas hinde „3“ vääriline ja Põhja piirkonnas „4“. Ka Päästeameti peamaja töötajad hindasid päästjate esmaabioskusi hindega „4“. Kokku on intervjuueeritavate keskmine hinne esmaabi osutamisele 3,5. Eksperdid nendivad asjaolu, et siiani on olnud kiirabiteenuse pakkujate tagasiside positiivne, kuid praktiline treening võimaldaks esmaabi andmise oskust olulisel määral tõsta. Magistr töö autor toob hinnete erinevuse osas võimaliku seose antud magistr töö 2.1 osaga, kus analüüsiti Häirekeskuse statistikat. Häirekeskuse statistika alusel oli nii 2019. kui ka 2020. aastal kõige vähem elupäästva esmaabiga seotud väljakutseid Põhja-Eestis (käesolev töö, lk 44, 45). Seega võib olla kõrgem hinne seotud sellega, et päästjatel on vähem kokkupuuteid, nad ei oska reaalselt hinnata oma teadmisi ega tea sündmuste põhjal, millistest teadmistest jääb vajaka. Samas

päästjad, kes teenindavad ka elupäästva esmaabiga seotud väljakutseid, näevad kriitilisi väljaõppekohti, millest neil on puudu ja oskavad seetõttu ka oskusi realistlikumalt hinnata.

Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala ekspertide hinnangul on elupäästva esmaabi andmise valmisolek nii Lõuna, Ida kui ka Lääne piirkondades olemas. See kasvaks veelgi juhul, kui Päästeamet koostaks koolituskalendri, milles sisaldub ka regulaarne ja praktiline esmaabi väljaõpe. Ühtlasi on siinjuures taaskord oluline välja tuua, et võimalik seos on sellel, et maapiirkondades tuntakse inimeste ees rohkem vastutust. See tähendab, et maapiirkondades võib kiirabi saabumine võtta kohati kauem aega, ning tõenäosus, et pääste esimesena sündmuskohale jõuab, on suurem. Vaadates nii kiirabi- kui ka päästevõrgustikku üle Eesti (käesolev töö, lisa 1), siis on ka märgatav vahe selles, kui palju kiirabibrigaade on Tallinnas ja Põhja-Eestis *versus* milline on kiirabibrigaadide asustustihedus näiteks Lääne-Eestis. Põhja päästkeskuse esindaja ei soovinud oma piirkonna päästjatele esmaabi andmise valmisoleku kohaselt hinnangut anda. Magistritöö teoreetilises käsitluses on samuti esile toodud, et üha enam kasutatakse esmaabiandjatena sündmuskohal päästjaid (käesolevtöö, lk 28-29). Seega, kuna päästjatel on juba praegu olemas valmisolek anda esmaabi, on ka Eestis eeldus olemas, et päästjaid kasutada ka rohkem elupäästva esmaabi andmiseks. Oluline on aga siiski välja tuua, et regulaarse esmaabialase koolituskalendri välja töötamine on Päästeametis vajalik.

Viendas kategoorias „**Koostöö meetmed**“ analüüsiti alamkategooriaid „**Kiirem esmaabi**“, „**Kiirabi-pääste koostöö**“, „**Koostöö piirkonnad**“ ja „**(KA) Kiirabi-Pääste roll**“ ja „**(PA) Päästeameti roll**“ koode. Sektoriülese koostöö ehk integratsiooni abil on võimalik lahendada ühiskondlike probleeme ka avalikus sektoris (käesolev töö, lk 13–14, 17). Ekspertide hinnangul on elupäästva esmaabi andmiseks enne kiirabi kõige kiirem kasutada päästjaid. Elupäästva esmaabi andmiseks päästjate kasutamine on, nagu ka eelnevalt toodud, maailmas tõusev trend (käesolev töö, lk 28–29). Samas eeldab integreerimine alustuseks asutusesisest endasse vaatamist ning seejärel on võimalik liikuda asutuste ülese integratsiooni suunal (käesolev töö, lk 18). Seega, elupäästva teenuse integreerimise puhul märgivad eksperdid, et kui Sotsiaalministeerium või Terviseamet, kes kiirabivõrgustiku eest vastutab, hindavad reaalseks võimaluseks päästjate kaasamist abi andmisel kauges piirkondades, siis tasuks seda kaaluda. Seega, Eesti kontekstis peaks Sotsiaalministeerium probleemi kaardistama (selle teemalise reformi kavandamise tõi Sotsiaalministeeriumi ekspert välja alamkategoorias 3.3) ja seejärel asuma võimaliku partneri ehk

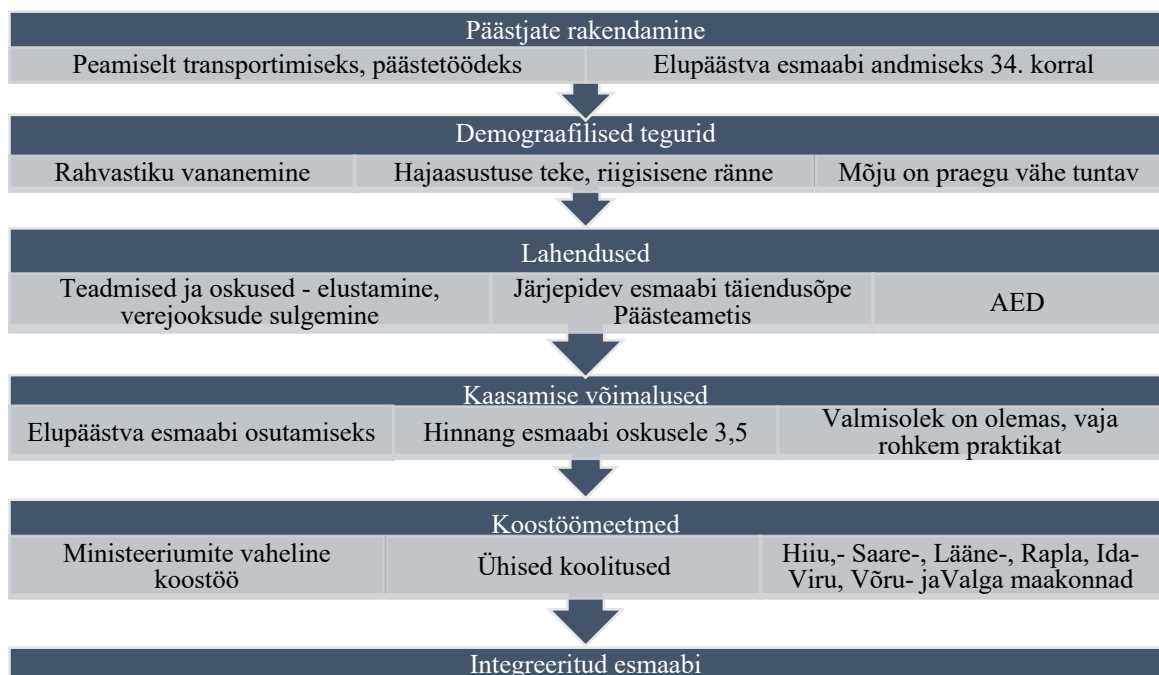
Siseministeeriumiga läbirääkimistele. Sellisel juhul on võimalik asuda arutama integreeritud esmaabi teenuse pakkumist Sotsiaal- ja Siseministeeriumi vahel, mille eesmärk on tagada üle Eesti katkematu ja väiksema reageerimisajaga elupäästva esmaabi andmise võimekus. Oluline on ministeeriumite juhitud integratsioonil puhul järgida tõhusa teenuse integreerimise komponente nagu organisatsiooniline valmisolek, personali kaasamine, juhtimine, meeskonna- ja koostöö ning suhtlemine (käesolev töö, lk 15). Siiski, integreeritud esmaabi tasand tuleb kujundada vastavalt riiklikele vajadustele. Näiteks Soomes vastutavad põhikiirabi taseme eest päästekoolis koolitatud päästjad, kellel on AED kasutamise ja muude eluohtlike seisundite korral oskus tegutseda. Ühtlasi ei manustata ühtegi veenisest ravimit ja sellega tegeleb kõrgema taseme kiirabi (käesolev töö, lk 31). Ka eksperdid tõid välja Soome mudeli võimaliku kasutamise, kuid seda ka üksnes juhul, kui Sotsiaalministeerium selle osas initsiatiivi näitab. Eestis Siseministeeriumi valitsemisalas tegutseva Päästeameti eelis elupäästva esmaabi kasutamisel on olemasolevad esmaabiteadmised ning üle-Eestiline päästevõrgustik.

Üks võimalus, mida eksperdid elupäästva esmaabi osutamiseks välja tõid, oli kodanike oskuste arendamine. Teadlaste hinnangul ei ole vabatahtlike kasutamine sellisel moel kaasa toonud loodetud edu, vaid teenused on katkendlikud ja alaoptimeeritud (käesolev töö, lk 18). Teoreetilisest osast ilmnes, et elupäästva esmaabi rakendamisel ei saa jääda lootma üksnes vabatahtlike või kodanike julgusele, sest nende osalus ei ole kohustuslikus vormis reguleeritud. Magistritöö autori arvates peaks kodanike kaasamisel jälgima, et see ei jääks ainukeseks võimalikuks lahenduseks, sest kauges piirkonnas ei pruugi olla vabatahtlikke, kes saavad osutada elupäästvat esmaabi. Samas esmaabi õpetus iseenesest võib muuta inimese mõttemaailma juba lapsena, kus noor mõistab, et peab ise oma tervise eest vastutama ning jälgib tervislikumaid eluviise, mis võib aidata vältida eluohtlike seisundite tekkimist. Viimane ekspertide hinnang puudutab IT-lahendusi, kus ühe võimaliku lahendusena toodi esmaabi andjate kaardistamist, kes läbi nutirakenduse saaksid end märkida aktiivseks ja võimalusel anda elupäästvat esmaabi.

Teenuste arendamisel on oluline teha koostööd, sest üksnes siis on võimalik ületada probleemkohti ja luua toimivaid lahendusi (käesolev töö, lk 14). Lisaks on partnerlusstrateegiate abil võimalik suurendada sotsiaalvaldkondade alast toimetulekut (käesolev töö, lk 18). Eksperdid hindasid, et esmane võimalik kiirabi teenusepakkuja ja Päästeameti koostöökoht võiks olla ühised koolitused. See tähendaks seda, et praktikud ehk

kiirabiteenuse pakkujad saaksid päästjatele korraldada elupäästva esmaabi koolitusi. Praktikute kasutamine koolitustel võimaldab päästjatel õppida kõige värskemate kogemuste ning algoritmide järgi. Samuti tõid eksperdid välja olulise koostöökohana koostööõppusi, kus on võimalik hinnata oskusi-teadmisi ja saada teada, millised teadmised on vajaka ning vajavad täiendamist. Integreerimise protsessis võib esineda riske, ent keskendumine eesmärkidele ja ressursside panustamisele aitab saavutada ressursside otstarbekama kasutuse (käesolev töö, lk 17).

Maailma Tervishoiu Organisatsioon on seisukohal, et tervishoiumudeli ümberkujundamiseks on sobilikud nii lahendused, mis võivad hõlmata senise mudeli ümberorienteerumist, teenuste koordineerimist sektorite vahel ja sektorite siseselt kui ka vajaliku keskkonna loomist (käesolev töö, lk 24). Ekspertide hinnangul selgus, et elupäästva esmaabialase koostöö rakendamiseks on sobilikud kõik hõredama asustusega piirkonnad üle Eesti. Toodi esile nii Hiiu-, Saare-, Lääne-, Rapla-, Ida-Viru-, Võru- ja Valga maakond kui ka laiemalt Kesk-Eesti, Lääne-Eesti ja väikesaared (Lisa 1, joonis 3). Ühtlasi kinnitab ka Riigikontrolli hinnang, et Eesti ei ole enam tulevikus võimeline pakkuma ühetaoliselt esmatähtsaid teenuseid väljaspool Harju- ja Tartumaad (käesolev töö, lk 27). Ekspertide intervjuudes toodi just Lõuna, Ida ja Lääne piirkondades välja kõrge päästjate valmisolek elupäästva esmaabi andmiseks. Seega on olemas eeldused päästjate valmisoleku osas ja piirkonnad, kus alustuseks integreeritud esmaabi teenust rakendada.



Joonis 1. Uuringu tulemused integreeritud elupäästva esmaabi osutamiseks (autori koostatud).

Joonisel 1 on toodud uuringu kokkuvõtlikud tulemused, mille kohta peamised järeldused ja ettepanekud tuuakse järgmises peatükis.

2.5 Järeldused ja ettepanekud

Magistritöö teoreetilise käsitlemise, kirjeldava statistika ning ekspertintervjuude analüüsiga leiti vastused töös püstitatud viiele uurimisküsimusele. Peamiste järeldustena saab uuringu põhjal välja tuua järgmised aspektid:

1. Päästjaid rakendatakse eluohtlikus seisundis abivajajaga seotud väljakutsetel peamiselt päästealaste ülesannete lahendamiseks ja patsiendi transportimiseks. Abiandjatena rakendati päästjaid 2019. ja 2020. aastal vähesel määral ehk kokku 34 korral. Samas töötab juba praegusel hetkel päästeteenistujaid kiirabiteenuse pakkujate juures, kellel on kiirabi kvalifikatsioonidele vastavad teadmised elupäästva esmaabi andmiseks.
2. Demograafilised tegurid nagu rahvastiku vananemine ja hajaasustuste tekkimine mõjutavad eluohtlikus seisundis abivajaja teenindamisega seotud väljakutseid hetkel vähesel määral, kuid tuleviku perspektiivis tuleb nendele pöörata tähelepanu.
3. Päästjatel on võimalik panustada integreeritud elupäästva esmaabi teenusesse, kui luua ametisisene esmaabi täienduskoolituse süsteem, mis toimiks iga-aastaselt 16-tunnise õppena. Koolitusel peaks õpetama nii elustamist kui ka traumahaige kannatanu käsitlemist, kus 8 tundi on teoreetiline osa ja 8 tundi praktiline osa. Elupääste võimekust aitab parandada AED-aparaatide kasutuselevõtmine vähemalt kaugemate piirkondade päästeautodes.
4. Kehtiva seadusandluse kohaselt on Pääste esmareageerijate peamine kaasamise võimalus abiandajana elupäästva esmaabi andmiseks seni kuni saabub kiirabi. Samuti leiavad eksperdid, et kui lähemal asuv pääste ressurss on vaba, siis tuleb seda kasutada, sest päästjate ressursi abil on võimalik päästa inimeste elusid. Päästjatel on valmisolek anda elupäästvat esmaabi, kuid see takerdub vähese praktilise õppe taha. Praeguse süsteemi alusel ei ole mõistlik rakendada päästjaid abi andmiseks kergematel juhtudel kui eluohtlik seisund.
5. Väiksema reageerimisajaga integreeritud elupäästva esmaabi teenuse osutamiseks on vajalik Sotsiaal- ja Siseministeeriumi vaheline koostöö. Integreeritud elupäästva esmaabi osutamise esimeseks koostöökohaks on ühiste koolituste korraldamine. Tuleviku perspektiivis peetakse võimalikuks ka Soome mudeli kasutuse võttu, seda

juhul kui Sotsiaalministeerium vajadust näeb. Integreeritud elupäästva esmaabi rakendamise võimalikud lähtekohad on Lääne-Eesti, Lõuna-Eesti, Kagu-Eesti, Kesk-Eesti, Ida-Virumaa, Raplamaa, Pärnu ja väikesaared.

Tuginedes magistritöö teoreetilistele seisukohtadele, uuringule ja selle põhjal tehtud järeldustele, esitab magistritöö autor ettepanekud päästjate esmaabi väljaõppe süsteemi parendamiseks ja integreeritud teenuse arendamiseks Sotsiaal- ja Siseministeeriumi valitsemisala asutuste vahel.

Ettepanekud Sotsiaalministeeriumile:

- kaardistada kiirabiteenuse pakkujate statistika alusel, millistes piirkondades ei jõua kiirabi neile ette nähtud Haigekassa indikaatorite piires D-prioriteediga väljakutsetele:
 - ⇒ Selle tulemusena kaardistada piirkonnad, kus on vajalik integreeritud esmaabi pakkumine;
- koostada plaan, kuidas aidata kaasa Päästeameti elupäästva esmaabi väljaõppele, mis puudutab integreeritud esmaabi andmist;
- koostöös spetsialistidega selgitada välja, millised teadmised on päästjatele vajalikud integreeritud esmaabi osutamiseks;
- tagada finantsilised vahendid Päästeametile integreeritud esmaabi väljaõppe tagamiseks.

Ettepanekud Siseministeeriumile:

- korraldada audit päästjate esmaabi andmise oskuste kohta – millised koolituskavad on olemas, millal viimati läbiti, kuidas korraldatakse, kuidas hinnatakse päästjate esmaabi andmise oskust;
- koostöös Sotsiaalministeeriumiga välja selgitada päästjate esmaabi andmise vajadus elupäästva esmaabi andmisel;
- koostöös Sotsiaalministeeriumiga leida ühised pidepunktid integreeritud esmaabi süsteemi loomiseks kaugemates piirkondades.

Ettepanekud Päästeametile:

- koguda kokku andmed selle kohta, kui palju on reaalselt piirkondades päästjaid, kes töötavad kiirabis, et selgitada välja, kui suur on tegelikult asutusesisene ressurss, kellel on läbitud vastavalt erakorralise meditsiinitehnika koolitused;
 - ⇒ selle tulemusena on võimalik välja selgitada, kuidas on Päästeameti siseselt võimalik korraldada järjepidev praktiline esmaabi täienduskoolitus;
 - ⇒ selle tulemusena on perspektiivis võimalik välja selgitada, kui palju on kiirabi standarditele vastava koolitusega päästjaid;
- koguda Päästkeskustelt tõene informatsioon selle kohta, millal on päästjad viimati läbinud esmaabi koolitused üksikisiku lõikes;
- võimaliku esmaabi täiendusõppe soovitusel vastavalt ekspertide ja magistratöö teoreetilisele uuringule:
 - ⇒ iga aasta järel läbib iga valveteenistuja 16-tunnise esmaabi alase täienduskoolituse: 8t teooriat/8t praktikat. Teemadeks elustamine ja traumakannatanu käsitlemine; teooria on võimalik läbida e-koolitusena, praktika kontaktkoolitusena; sisaldab vajadusel teemasid, mis on vajalikud integreeritud esmaabi andmiseks (nt AED, jms):
 - ⇒ esmaabi oskuseid hinnatakse päästjate põhiselt; tagatakse kvaliteetsed koolitajad;
 - ⇒ teiste päästealaste täienduskoolituste käigus käsitletakse ka esmaabi teemasid, mille abil on võimalik suurendada läbitud esmaabi täienduskoolituse tunde; päästealaste tegevused (ennekõike baasteenus, veepääste jms) on väga tihedalt seotud kannatanutele abi andmisega;
 - ⇒ koostööõppused koos kiirabiga või ka politseiga, mille käigus hinnatakse ka päästjate elupäästva esmaabi andmise oskusi;
- edastada ministerruumile reaalne vajadus elupäästva esmaabi väljaõppe finantsiliste vahendite tagamiseks.

KOKKUVÕTE

Magistritöös otsiti vastust **uurimisprobleemile**, kuidas riik saab demograafilisi muutusi arvestades olemasoleva ressursiga pakkuda inimestele elupäästvat esmaabi teenust abivajaja eluohtliku seisundi korral. Magistritöö **eesmärk** oli välja selgitada abivajajale eluohtliku seisundi korral elupäästva esmaabi andmise võimalused päästja esmareageerija tasandil. Eesmärgi saavutamiseks püstitati neli uurimisülesannet. Magistritöö raames viidi läbi fenomenograafiline uuring, mille raames viidi läbi 14 ekspertintervjuud ja uuriti Häirekeskuse statistikat.

Magistritöö **esimene uurimisülesanne** oli analüüsida teadusallikaid integreeritud teenuse olemusest ja selle kujundamisest avalikus sektoris elupäästva esmaabi teenuse kontekstis. Selle uurimisülesande raames analüüsiti teadusallikaid, mille abil selgitati välja avaliku halduse erinevad reformid. Samuti põhjused teenuse integreerimiseks, ning kuidas seda korraldada avalikus sektoris. Ühtlasi selgitati välja elupäästva esmaabi olulisus, ja kuidas pakutakse integreeritud esmaabi mujal riikides.

Teine uurimisülesanne oli anda ülevaade, millisel määral on rakendatud Eestis lähemal asuva päästemeeskonna esmaabi andmise võimekust 2019. ja 2020. aastal. Uurimisülesande raames kirjeldati empiirilises uuringus Häirekeskuselt saadud statistikat 2019. ja 2020. aasta kohta, mille alusel reageerisid päästjad eluohtlikus seisundis abivajaja väljakutsele esmaabi andmiseks kokku 34. korral. Ka eksperdid hindasid päästjate väljakutsetele reageerimist võrdlemisi väheseks, kuid samas peavad kiirabi teenuse pakkujaid päästjaid olulisteks koostööpartneriteks.

Kolmas uurimisülesanne oli analüüsida intervjuueeritavate seisukohta päästemeeskondade võimekust anda elupäästvat esmast abi. Ekspertide hinnangul on kõige olulisemad oskused elustamine ja verejooksude sulgemine, mida õpetatakse ka juba praegu Sisekaitseakadeemia päästekolledžis päästjate elupäästva esmaabi õppe raames. Samuti selgus, et päästjatel on olemas peamised vahendid elupäästva esmaabi andmiseks, kuid vajalik oleks ka AED-aparaadi lisamine, mille abil tõsta elustamise kvaliteeti. Küll aga ilmnes ekspertintervjuude käigus, et Päästeametisise esmaabi täienduskoolituse süsteem vajab reguleerimist ning üle ametilist täienduskoolituse programmi koostamist. Ühtlasi hindavad nii

Sotsiaalministeerium kui ka Siseministeerium oluliseks arutelukohaks kaugemates punktides integreeritud teenuse loomist, kus ka päästjad osutavad esmaabi. Need ideed on hetkel reformi planeerimise tasandil.

Neljas uurimisülesanne oli sünteesida teoreetiliste lähtekohtade ja intervjuude tulemusi, mille põhjal teha ettepanekud kiirema esmase abi teenuse osutamiseks abivajaja eluohtliku seisundi puhul. Tuginedes teoreetilisele käsitlusele, empiirilisele uuringule ja andmeanalüüsi tulemustele, selgus, et peamiste demograafiliste teguritena mõjutavad Eestit tulevikus rahvastiku vananemine ja hajaasutuse teke, mille tõttu ei ole võimalik üle Eesti pidada eraldi Päästeameti komandosid ning kiirabi teenusepakkujate tugikeskuseid. Samuti selgus, et peamised vahendid elupäästva esmaabi andmiseks on päästjatel olemas, kuid lisaks võiks olla päästeautodes AED. Päästjatel on valmisolek anda esmaabi, kuid see takerdub vähese praktilise väljaõppe taha. Samas peavad kiirabiteenuse pakkujate päästjaid olulisteks partneriteks ja nendega ollakse valmis tegema koostööd. Peamiste koostöökohtadena nähakse sealjuures hajaasustusega piirkondi.

Ekspertintervjuude analüüsist ja autori järeldustest on peamised ettepanekud järgmised:

- Sotsiaalministeeriumi ja Siseministeeriumi koostöös liikuda integreeritud elupäästva esmaabi süsteemi arendamise suunal, esialgu kaugemates piirkondades;
- panustada Päästeametis esmaabi täienduskoolituse süsteemi rakendamiseks.

Magistritöö tulemusi saab kasutada Päästeametis esmaabi täienduskoolituse süsteemi loomiseks. Täiendavate uuringutena on võimalik teha väiksemas mahus töid, mis uurivad, kuidas on läbi ajaloo päästjaid ja elupäästvat esmaabi Eestis kasutatud. Või näiteks kaardistada kõikide päästkeskuste komandode kiirabitöötajate kontsentratsioon päästjate hulgas, selgitamaks, kui paljud neist oleksid valmis koolitama esmaabi alaseltsi oma päästekomando päästjaid. Lisaks on võimalik kaardistada kõigi piirkondade esmaabi andmise oskusi (Lääne piirkonnas kirjutati sellesisuline lõputöö aastal 2018) ja luua hindamissüsteem, kuidas päästjate esmaabi andmise oskusi hinnata.

SUMMARY

The master's thesis "The use of firefighters as first respondents of integrated first aid in a life-threatening situation: the current situation and perspectives" is relevant, because all over the world firefighters are used as first respondents in a life-threatening situation. In Estonia there has been pointed out several times, that Estonia needs to create more economical solutions that save both human and financial resources. Therefore, this master's thesis examines the more efficient allocation of resources and cross-sectoral cooperation in the context of an integrated life-saving first aid service.

The research problem outlines the possibilities and needs of involving firefighters as first responders in the context of an integrated first aid service of a life-threatening situation? The aim of this master's thesis is to find out the current situation of the cooperation between firefighters and ambulance services and future perspectives for the implementation of an integrated life-saving first aid. It is a phenomenographic study in which semi-structured interviews were used as a data collection method, which were transcribed by using recordings. Qualitative content analysis was then performed using NVivo analysis software.

The aim and research tasks of the master's thesis were accomplished, and the problems and research questions were answered. As a result of the master's thesis firefighters were used as first respondents to provide first aid for 34 times in 2019 and 2020, the main demographic factors that may affect Estonia's future are population aging and sparsely populated areas. Firefighters also have the main tools of providing life-saving first aid, but there could also be an AED. Firefighters are also ready to provide first aid, but this is hampered by a lack of practical training. The first possible areas of co-operation should be Western-Estonia, Southern- Estonia, South-Eastern Estonia, Central-Estonia, Ida-Virumaa, Rapla County, Pärnu and the small islands. The main proposals are:

- in collaboration with Republic of Estonia Ministry of The Interior and Republic of Estonia Ministry of Social Affairs move towards the development of an integrated life-saving first aid system, initially in remote areas;
- contribute inside Estonian Rescue Board to the implementation of the first aid in-service training system.

VIIDATUD ALLIKATE LOETELU

Abelsson, A., 2020. First response emergency care – experiences described by firefighters. *International Journal of Emergency*, 8(3), pp. 247-258.

Abrahamson, E., 1996. Management fashion. *Academy of Management Review*, 21(1), pp. 254-285.

AEDCPR, 2020. *What is AED?*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.aedcpr.com/articles/what-is-aed/> [Kasutatud 28.03.2021]

Al-Shaqsi, S., 2010. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 25(4), pp. 320-323.

Albury, D., 2005. Fostering innovation in public services. *Public Money and Management*, 25(1), pp. 51–56.

Ammons, D.N. & Rivenbark, W.C., 2008. Factors Influencing the Use of Performance Data to Improve Municipal Services: Evidence from the North Carolina Benchmarking Project. *Public Administration Review*, 68(2), pp. 304-318.

Andrén, K. G., & Rosenqvist, U., 1987. Heavy users of an emergency department—A two year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 25(7), pp. 825–831.

Andrews, R. & Entwistle, T., 2010. Does Cross-Sectoral Partnership Deliver? An Empirical Exploration of Public Service Effectiveness, Efficiency, and Equity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(3), pp. 679–701.

Anttiroiko, A.-V., & Valkama, P., 2016. Post-NPM-style service integration: partnership-based brokerage in elderly care. *International Journal of Public Sector Management*, 29(7), pp. 675–689.

Aitken, K. & von Treuer, K., 2014. Organisational and leadership competencies for successful service integration. *Leadership in Health Services*, 27(2), pp. 150-180.

Bapuji, H., de Bakker, F. G. A., Brown, J. A., Higgins, C., Rehbein, K., & Spicer, A., 2020. Business and Society Research in Times of the Corona Crisis. *Business & Society*, 59(6), pp. 1067-1078.

Bapuji, H., Patel, C., Ertug, G., & Allen, D. G., 2020. Corona Crisis and Inequality: Why Management Research Needs a Societal Turn. *Journal of Management*, 46(7), pp. 1205-1222.

Bao, G., Wang, X., Larsen, G. L. & Morgan, D. F., 2012. Beyond New Public Governance: A Value-Based Global Framework for Performance Management, Governance, and Leadership. *Administration & Society*, 45(4), pp. 443-467.

Basit, N., 2003. Manual or electronic? The role of coding in qualitative data analysis. *Educational Research*, 45(2), pp. 143-154.

Bejerot, E. & Hasselbaldh, H., 2013. Forms of Intervention in Public Sector Organizations: Generic Traits in Public Sector Reforms. *Organization Studies*, 34(9), pp. 1357–1380.

Bekkers, V. & Tummers, L., 2018. Innovation in the public sector: Towards an open and collaborative approach. *International Review of Administrative Sciences*, 84(2), pp. 209-213.

Bittermann, H., 2009. Bench-to-bedside review: Oxygen as a drug. *Critical Care*, 13(1), pp. 1-8.

Blank, F. S. J., Li, H., Henneman, P. L., Smithline, H. A., Santoro, J. S., Provost, D., & Maynard, A. M., 2005. A Descriptive Study of Heavy Emergency Department Users at an Academic Emergency Department Reveals Heavy ED Users Have Better Access to Care Than Average Users. *Journal of Emergency Nursing*, 31(2), pp. 139–144.

Blomkvist, J., Holmlid, S. & Segelström, F., 2010. Service Design Research: Yesterday, Today and Tomorrow, This is Service Design Thinking, Publisher: BIS , pp. 306 – 313.

Borins, S., 2001. Public management innovation in economically advanced and developing countries, *International Review of Administrative Sciences* 67(4), pp. 715-731.

Boon, S., Johnston, B. & Webber, S., 2007. A phenomenographic study of English faculty's conceptions of information literacy. *Journal of Documentation*, 63(2), pp. 204–228.

Booth, S., 1997. On Phenomenography, Learning and Teaching. *Higher Education Research & Development*, 16(2), pp. 135–158.

Boyle, M., Williams, B., Bibby, C., Morton, A. & Huggins, C., 2010. The first 7 years of the metropolitan fire brigade emergency responder program – an overview of incidents attended. *Open Access Emergency Medicine*, 2, pp. 77-82.

Brinks, V., & Ibert, O., 2020. From Corona Virus to Corona Crisis: The Value of An Analytical and Geographical Understanding of Crisis. *Tijdschrift Voor Economische En Sociale Geografie*, 111(3), pp. 275-287.

Buckmaster, R., & Lexicographer, C., 2006. The *Dictionary of Internal Security*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://dict.sisekaitse.ee> [Kasutatud 06.12.2018]

Cavalcante, M.B, Hidalgo, A., Carvalho, H.G & Carvalho, G.D.G., 2020. Service innovation tools: a literature review. *International Journal of Innovation*, 8(2), pp. 276-304.

Charlton, N. P., Swain, J. M., Brozek, J. L., Ludwikowska, M., Singletary, E., Zideman, D., Epstein, J., Darzi, A., Bak, A., Karam, S., Les, Z., Carlson, J. N., Lang, E. & Nieuwlaat, R., 2021. Control of Severe, Life-Threatening External Bleeding in the Out-of-Hospital Setting: A Systematic Review. *Prehospital Emergency Care*, 25(2), pp. 235-267

Christensen, T., 2012. Global Ideas and Modern Public Sector Reforms: A Theoretical Elaboration and Empirical Discussion of a Neoinstitutional Theory. *American Review of Public Administration*, 42(6), pp. 635–653.

Cremonesi, P., di Bella, E., Montefiori, M., & Persico, L., 2015. The Robustness and Effectiveness of the Triage System at Times of Overcrowding and the Extra Costs due to

Inappropriate Use of Emergency Departments. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13(5), pp. 507–514.

Duijn, S., Zonneveld, N., Montero, A.L., Minkman, M. & Nies, H., 2018. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), pp. 1–13.

Eesti Haigekassa, 2010. Elupäästev esmaabi vigastuste korral.

Eesti Keele Instituut, 2020. *Sõnaveeb*. [Võrguteavik] Leitav: <https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/dsall/detail/esmaabi/1> [Kasutatud 03.03.2020]

Eesti Vabariigi Põhiseadus (2015) RT I, 15.05.2015, 2

Elliott, V. (2018). Thinking about the Coding Process in Qualitative Data Analysis. *The Qualitative Report*, 23(11), pp. 2850-2861.

England, K. & Azzopardi-Muscat, N., 2017. Demographic trends and public health in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(4), pp. 9–13.

Etikan I., Musa, S.A. & Alkassim, R.S., 2016. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), pp. 1-4.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S. & Bennett, C., 2011. Public policy networks and ‘wicked problems’: a nascent solution?. *Public Administration*, 89(2), pp. 307-324.

Flabouris & Bridgewater, 1996. An Analysis of Demand for First-Aid Care at a Major Public Event. *Prehospital and Disaster Medicine*, 11(1), pp. 48-54.

Fuda, K. K., & Immekus, R., 2006. Frequent Users of Massachusetts Emergency Departments: A Statewide Analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 48(1), pp. 9-16e.8

Gallouj, F., Weber, K. M., Stare, M., & Rubalcaba, L., 2015. The futures of the service economy in Europe: A foresight analysis. *Technological Forecasting and Social Change*, 94, pp. 80-96

Gallouj, F., & Windrum, P., 2009. Services and services innovation. *Journal of Evolutionary Economics*, 19(2), pp. 141-148.

Geum, Y. & Park, Y., 2011. Designing the sustainable product-service integration: a product-service blueprint approach. *Journal of Cleaner Production*, 19(2011), pp. 1601-1614.

Goldstein, S. M., Johnston, R., Duffy, J. A. & Rao, J., 2002. The Service Concept: The Missing Link in Service Design Research? *Journal of Operations Management*, 20(2), pp. 121-134.

Gonçalves, A. D., Cardoso, H. H. R., Carvalho, H. G., Carvalho, G. D. G., & Stankowitz, R. F., 2017. Panorama view of Innovation in Brazilian Small Businesses. *International Journal of Innovation*, 5(3), pp. 325-334.

Gremyr, I., Witell, L., Löfberg, N., Edvardsson, B., & Fundin, A., 2014. Understanding new service development and service innovation through innovation modes. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 29(2), pp. 123–131.

Gronroos, C., 1988. Service Quality: The Six Criteria Of Good Perceived Service Quality. *Review of Business*, 9(3), p. 10.

Gulati, R., Wohlgezogen, F., & Zhelyazkov, P., 2012. The Two Facets of Collaboration: Cooperation and Coordination in Strategic Alliances. *The Academy of Management Annals*, 6(1), pp. 531–583.

Gunnell, D., Appelby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C., & Pirkis, J., 2020. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), pp. 486-471.

Hansen, C. M., Kragholm, K., Granger, C. B., Pearson, D. A., Tyson, C., Monk, L., Corbett, C., Nelson, R.D., Dupre, M.E., Fosbøl, E.L, Strauss, B., Fordyce, C.B., McNally, B. & Jollis, J. G., 2015. The role of bystanders, first responders, and emergency medical service providers in timely defibrillation and related outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: Results from a statewide registry. *Resuscitation*, 96, pp. 303–309.

Harper, 2014. Introduction: conceptualizing social policy for the twenty-first-century demography. Rmt: Harper, S., Hamblin, K., Hoffaman, J., Howse, K. & Leeson, G. *International Handbook on Ageing and Public Policy*. United Kingdom: Edward Elgar Publishing limited, pp. 5-13.

Hartley, J., 2005. Innovation in governance and public services: Past and present. *Public Money and Management*, 25(1), pp. 27-34.

Hasselqvist-Ax, I., Nordberg, P., Herlitz, J., Svensson, L., Jonsson, M., Lindqvist, J., Ringh, M., Claesson, A., Björklund, J., Andersson, J.-O., Ericson, C., Lindblad, P., Engerström, L. Rosenqvist, M., Hollenberg, J., 2017. Dispatch of firefighters and police officers in out-of-hospital cardiac arrest: a nation-wide prospective cohort trial using propensity score analysis. *Journal of the American Heart Association*, 6(10), pp. 1-10.

Herman, C., 2015. The public sector and equality. *Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development*, 16(1), pp. 4-21.

Hollenberg, J., Riva, G., Bohm, K., Nordberg, P., Larsen, R., Herlitz, J., Pettersson, H., Rosenqvist, M. & Svensson, L., 2009. Dual dispatch early defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest: the SALSA-pilot. *European Heart Journal*, 30(14), pp. 1781-1789.

Holopainen, M., 2010. Exploring service design in the context of architecture. *The Service Industries Journal*, 30(4), pp. 597-608.

Hood, C. & Dixon, R., 2015. What We Have to Show for 30 Years of New Public Management: Higher Costs, More Complaints. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 28(3), pp. 265-267.

Hoot, N. R., & Aronsky, D., 2008. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), pp. 126–136.

Howard, C., 2015. Rethinking post-NPM governance: the Bureaucratic struggle to implement one-stop-shopping for government services in Alberta, *Public Organization Review*, 15(2), pp. 237-254.

Høyer, C., & Christensen, E., 2009. Fire fighters as basic life support responders: A study of successful implementation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(1), pp. 1-7.

Hädaolukorrasedus (2020) RT I, 17.05.2020, 3

Inaunen, E., Rost, K., Frey, B. S., Homberg, F. & Osterloh, M., 2010. Monastic Governance: Forgotten Prospects for Public Institutions. *The American Review of Public Administration*, 40(6), pp. 631-653.

Ivanov, V., Angelstok, F., Ojala, T. & Marvet, T., 2017. *Päästetöö terminite seletav sõnaraamat*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia

Kane, E., 2018. Collaboration in the Emergency services. Rmt: Murphy, P. & Greenhalgh, K, toim-d. *Leadership & Management of Emergency Services: Ambulance, Fire & Rescue, and Police. Fire and Rescue services*. Switzerland: Springer International Publishing

Kernaghan, K., 2005. Moving towards the virtual state: integrating services and service channels for citizen-centred delivery. *International Review of Administrative Sciences*, 71(1), pp. 119–131.

King, G., & Meyer, K. (2006). Service integration and co-ordination: a framework of approaches for the delivery of co-ordinated care to children with disabilities and their families. *Child: Care, Health and Development*, 32(4), 477–492.

Käst, H., 2019. *Kiire meditsiinilise abi kättesaadavus Eesti elanikele Kagu-Eesti näitel. Lõputöö*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.

Johnston, L. & Finegood D., 2015. Cross-sector partnerships and public health: challenges and opportunities with the private sector, *Frontiers in Public Health Services and Systems Research*, 4(6), pp. 1–7.

Jormakka, J. & Saikko, S., 2015. International Perspectives: Finnish Ambulance Services in 2020. Rmt: Wankhade, P. & Mackway-Jones, K., toim-d. *Leadership & Management of Emergency Services: Ambulance, Fire & Rescue, and Police*. Ambulance services. Switzerland: Springer International Publishing.

Langemets, M., Tiits., M., Valdre, T., Veskis L., Viks, Ü. & Voll, P., 2009. Päring. Rmt: Eesti keele seletav sõnaraamat. [Võrgumaterjal] Tallinn: Eesti Keele Sihtasutus. Leitav: <http://www.eki.ee/dict/ekss/> [Kasutatud: 06.12.2018]

Langhelle, A., Lossius, H. M., Silfvast, T., Björnsson, H. M., Lippert, F. K., Ersson, A., & Søreide, E., 2004. International EMS Systems: the Nordic countries. *Resuscitation*, 61(1), pp. 9–21.

Lehtsaar, L., 2018. *Easmaabi täiendkoolituste parendamise vajalikkus ja suunad Lääne Päästkeskuse esmareageerijate näitel. Lõputöö*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia

Levy, M. J., & Jacobs, L. M., 2016. A Call to Action to Develop Programs for Bystanders to Control Severe Bleeding. *JAMA Surgery*, 151(12), pp. 1103-1104.

Loughland, T., Reid, A., & Petocz, P., 2002. Young People's Conceptions of Environment: A phenomenographic analysis. *Environmental Education Research*, 8(2), pp. 187–197.

Lucas, R. H., & Sanford, S. M., 1998. An Analysis of Frequent Users of Emergency Care at an Urban University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 32(5), pp. 563–568.

Lutz, W., Amran, G., Bélanger, A., Conte, A., Gailey, N., Ghio, D., Grapsa, E., Jensen, K., Loichinger, E., Marois, G., Muttarak, R., Potančoková, M., Sabourin, P. & Stonawski, M., 2019. *Demographic Scenarios for the EU - Migration, Population and Education*. Luxembourg: European Publications Office.

Marton, F., 1992. Phenomenography and the art of teaching all things to all men. *Qualitative Studies in Education*, 5(3), pp. 253-267.

Mccandles, E., Abitbol, E. & Donasis, T., 2015. Vertical integration: a dynamic practice promoting transformative peacebuilding. *Journal of Peacebuilding & Development*, 10(1), pp. 1-9.

Mehde, V., 2006. Governance, Administrative Science, and the Paradoxes of New Public Management. *Public Policy and Administration*, 21(4), pp. 60-81.

Meng, J., 2014. Sustainability: A Framework of Typology Based on Efficiency and Effectiveness. *Journal of Macromarketing*, 35(1), pp. 84-98.

Mergel, I. & Desouza K.C., 2013. Implementing open innovation in the public sector: The case of Challenge. gov. *Public Administration Review*, 73(6), pp. 882–890.

Minkman, M., 2016. The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development. *Journal of Integrated Care*, 24(1), pp. 38–52.

Montefiori, M., di Bella, E., Leporatti, L., & Petralia, P., 2017. Robustness and Effectiveness of the Triage System in the Pediatric Context. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(6), pp. 795–803.

Murphy, P. & Greenhalgh, K., 2018. Fire and Rescue Services: Leadership and Management Perspectives. Springer: Berlin.

Murphy, P., Wankahde, P. & Lakoma, K., 2019. The strategic and operational landscape of emergency services in the UK. *International Journal of Emergency Services*, 9(1), pp. 69-88.

Næss, O., Opedal, S., & Nesvåg, S. M., 2014. Room for Action? How Service Managers in Three Scandinavian Cities Experience their Possibilities to Develop their Services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), pp. 289–307.

Nichol, G., Leroux, B., Wang, H., Callaway, C. W., Sopko, G., Weisfeldt, M., Stiell, I., Morrison, L.J, Aufderheide, T. P., Cheskes, S., Christenson, J., Kudenchuk, P., Vaillancourt, C., Rea, T. D., Idris, A. H., Colella, R., Isaacs, M., Straight R., Stephens, S., Richardson, J., Condle, J., Schmicker, R. H., Egan, D., May, S., & Ornato, J. P., 2015. Trial of Continuous or Interrupted Chest Compressions during CPR. *New England Journal of Medicine*, 373(23), pp. 2203–2214.

Nordberg, P., Jonsson, M., Forsberg, S., Ringh, M., Fredman, D., Riva, G., Hasselqvist-Al, I. & Hollenberg, J., 2015. The survival benefit of dual dispatch of EMS and fire-fighters in out-of-hospital cardiac arrest may differ depending on population density – A prospective cohort study. *Resuscitation*, 90, pp. 143–149.

OECD, 2019. Public Value in Public Service Transformation. [Vörguteavik] Leitav: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/47c17892-en/1/1/1/index.html?itemId=/content/publication/47c17892-en&_csp_=be902f204a0ee0e1bf599cf31fab15b6&itemIGO=oecd&itemContentType=book [Kasutatud 19.11.2020]

Osborne, S. P., 2006. The New Public Governance?. *Public Management Review*, 8(3), pp. 377-387.

Osborne, S. P., 2010. *The new public governance?* New York, NY: Routledge.

Ostrom, A.L., Bitner M.J., Brown, S.W., Bukhard, K.A., Gpul, M., Smith-Daniels, V., Demirkan, H. & Rabinovich, E., 2010. Moving Forward and Making a Difference: Research Priorities for the Science of Service. *Journal of Service Research*, 13(1), pp. 4-36.

Patapas, A., Raipa, A. & Smalskys, V., 2014. New Public Governance: The Tracks of Changes. *International Journal of Business and Social Research*, 4(5), pp. 25-32.

Patricio, L., Gustafsson, A. & Fisk, R., 2017. Upframing Service Design and Innovation for Research Impact. *Journal of Service Research*, 21(1), pp. 1-14.

Pedersen, K. H. & Johannsen, L., 2018. New Public Governance in the Baltic States: Flexible Administration and Rule Bending. *Public Performance & Management Review*, 41(3), pp. 648-667.

Perkins, G.D., Handley, A.J., Koster, R.W., Castréne, M., Smyth, M.A., Theresa Olasveengeng, T., Monsieurs, K.G., Raffayj, V., Gräsnerk, J.-T., Wenzell, V., Ristagno, G., & Soar, J., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, 95(2015), pp. 81-99.

Permaul, J. S., 2009. Theoretical bases for service-learning: implications for program design and effectiveness. *New Horizons in Education*, 57(3), pp. 1-7.

Pollitt, C., 2015. Be prepared? An outside-in perspective on the future public sector in Europe. *Public Policy and Administration*, 31(1), pp. 3–28.

Pollock, A.C., 2013. Ambulance services in London and Great Britain from 1860 until today: a glimpse of history gleaned mainly from the pages of contemporary journals. *Emergency Medicine Journal*, 30(3), pp. 218-222.

Pozner, C. N., Zane, R., Nelson, S. J., & Levine, M., 2004. International EMS Systems: The United States: past, present, and future. *Resuscitation*, 60(3), pp. 239–244.

Potts, J. & Kastle, T., 2010. Public sector innovation research: What's next? *Innovation: Management, Policy & Practice*, 12(2), pp. 122-138

Provan, K.G. & Kenis, P., 2007. Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), pp. 229-252.

Poliitikauuringute Keskus Praxis, 2017. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Kiirabi valdkonna aruanne. [Võrgumaterjal] Leitav: http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-kiirabi_Praxis.pdf [Kasutatud 05.02.2020]

Päästeamet, 2021. *Vabatahtliku päästja elupäästva esmaabi õppe kord. Käskkiri. Peadirektori 25.01.2021 käskkiri nr 1.1-3.1/14.*

Päästeseadus (2018) RT I, 28.12.2017, 53

Rahandusministeerium, 2017. Haldusreform artiklikogumik 2017. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://haldusreform.fin.ee/static/sites/3/2018/07/haldusreform-2017.pdf> [Kasutatud 10.02.2020]

Rahandusministeerium, 2019. *Riigivalitsemise reform.* [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.rahandusministeerium.ee/et/riigivalitsemise-reform> [Kasutatud 10.02.2020]

Rahandusministeerium, 2020. *Riigihaldus.* [Võrguteavik] Leitav: <https://www.rahandusministeerium.ee/et/riigihaldus> [Kasutatud 22.11.2020]

Ramia, G. & Carney, T., 2010. The rudd government's employment services agenda: is it post-NPM and why is that important?“, *Australian Journal of Public Administration*, 69(3), pp. 263-273.

Rasi, M., 2014. Comparing Emergency Medical Services and Paramedic Education Between Finland and Inland. Kupio: Savonia.

Reid, A., & Petocz, P., 2002. Students Conceptions of Statistics: A Phenomenographic Study. *Journal of Statistics Education*, 10(2), pp. 1-18.

Reiter, R. & Klenk, T., 2018. The manifold meaning of 'post-New Public Management' – a systematic literature review. *International Review of Administrative Sciences*, 85(1), pp. 11-27.

Riigikantselei, 2011. *OECD hindamisdokumendi „Public Governance Reviews. Estonia. Towards a Single Government Approach. Assessment and Recommendations“ (OECD, 2011) mitteametlik tõlge* [Võrgumaterjal] Leitav: https://www.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/oecd_hindamisdokument_eeesti_keeles.pdf [Kasutatud 22.11.2018]

Riigikantselei, 2015. *OECD riigivalitsemise raport. Eesti ja Soome. Valitsuseülese strateegilise suutlikkuse ja piiriüleste avalike e-teenuste edendamine*. [Võrgumaterjal] Leitav: https://www.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/oecd/finest_assessment_recommendations_draft_glossy_word_est_loplik.pdf [Kasutatud 06.12.2018]

Riigikontroll, 2020. *Esmatähtsate teenuste tulevik*. [Võrguteavik] Leitav: <https://www.riigikontroll.ee/LinkClick.aspx?fileticket=0B6r9AfvDEI%3d&tabid=163&mid=647&language=et-EE&forcedownload=true> [Kasutatud 13.11.2020]

Roberts, A., Nimegeer, A., Farmer, J. & Heanley, D.J., 2014. The experience of community first responders in co-producing rural health care: in the liminal gap between citizen and professional. *BMC Health Services Research*, 14(1), pp. 1-10.

Rubalcaba, L., Michel, S., Sundbo, J., Brown, S.W. & Reynoso, J., 2012. Shaping, organizing, and rethinking service innovation: a multidimensional framework. *Journal of Service Management*, 23(5), pp. 696-715.

Seth, N., Deshmukh S.G. & Vrat, P., 2005. Service quality models: a review. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22(9), pp. 913– 947.

Singletary, E.M., Chair, Zideman, D.A., Vice Chair, V., Bendall, J.C., Berry, D.C., Borra, V., Carlson, J.N., Cassan, P., Chang, W.T., Charlton, N.P., Djärv, T., Douma, M.J., Epstein, J.L., Hood, N.A, Markenson, D.S, Meyran, D., Orkin, A.M, Sakamoto, T., Swain, J. M. & Woodin, J. A., 2020. 2020 International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 142(16), pp. S284-S334.

Shuster, M., & Keller, J. L., 1993. Effect of fire department first-responder automated defibrillation. *Annals of Emergency Medicine*, 22(4), pp. 721–727.

Sisekaitseakadeemia, 2019. *Päästeteenistuse eriala õppekava*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.sisekaitse.ee/sites/default/files/inline->

files/Lisa%205_RAK%20Paasteteenistuse%20oppekava%202019%20...pdf [Kasutatud 01.02.2021]

Sisekaitseakadeemia, 2020. *Päästja õppekava moodulite rakenduskava*. [Võrgumaterjal]
Leitav: <https://www.sisekaitse.ee/sites/default/files/inline-files/Päästja%20moodulite%20rakenduskava%202019%202020.pdf> [Kasutatud 01.02.2021]

Siseministeerium, 2016. *Valitsemisala asutused*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.siseministeerium.ee/et/organisatsioon-kontaktid/valitsemisala-asutused> [Kasutatud 14.12.2020]

Siseministeerium, 2019. *Valdkondadeülene ennetustegevus*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.siseministeerium.ee/et/eesmark-tegevused/ennetustegevus/valdkondadeulene-ennetustegevus> [Kasutatud 10.02.2020]

Smith, K. L., Peeters, A., & McNeil, J. J., 2001. Results from the first 12 months of a fire first-responder program in Australia. *Resuscitation*, 49(2), pp. 143–150.

Sørensen, E., & Torfing, J., 2009. Making governance networks effective and democratic through meta- governance. *Public Administration*, 87(2), pp. 234-258.

Sørensen, E. & Torfing, T., 2016. Metagoverning Collaborative Innovation in Governance Networks. *American Review of Public Administration*, 47(7), pp. 1-19.

Sotsiaalministeerium, 2016. *Haldusala asutused*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.sm.ee/et/haldusala-asutused> [Kasutatud 14.12.2020]

Sotsiaalministeerium, 2019. *Tervishoiusüsteemi programm 2019-2022*. [Võrgumaterjal]
Leitav: https://www.sm.ee/sites/default/files/lisa_8_tervishoiususteemi_programm_2019_2022_0.pdf [Kasutatud 12.01.2020]

Statistikaamet, 2019. *Rahvastikuproгноos näitab rahvaarvu vähenemise aeglustumist.* [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.stat.ee/et/uudised/pressiteade-2019-077> [Kasutatud 12.11.2020]

Statistikaamet, 2021. *Ränne.* [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.stat.ee/et/avastatistikat/valdkonnad/rahvastik/ranne> [Kasutatud 04.02.2021]

Stenfors-Hayes, T., Hult, H., & Dahlgren, M. A., 2013. A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical Education*, 47(3), pp. 261–270.

Sun, J. H., & Wallis, L. A., 2011. The emergency first aid responder system model: using community members to assist life-threatening emergencies in violent, developing areas of need. *Emergency Medicine Journal*, 29(8), pp. 673–678.

Svensson, S., 2018. *Command and Control of Fire and Rescue Operations in Sweden.* Rmt: Murphy, P. & Greenhalgh, K., toim-d. *Leadership & Management of Emergency Services: Ambulance, Fire & Rescue, and Police.* *Fire and Rescue services.* Switzerland: Springer International Publishing

Svensson, A., Elmqvist, C., Fridlund, B., Rask, M., Andresson, R. & Stening, K., 2020. Using firefighters as medical first responders to shorten response time in rural areas in Sweden. *Australian Journal of Rural Health*, 28(1), pp. 6-14.

Tallinna Lastehaigla Toetusfond, 2021. *Reanimobiil päästab elusid.* [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.toetusfond.ee/anneta/soovide-nimekiri/lastereanimobiil-haiglale> [Kasutatud 25.03.2021]

Teddlie, C. & Yu, F., 2007. Mixed methods sampling a typology with examples. *Journal of mixed methods research*, 1(1), pp. 77-100.

Tervise- ja tööminister, 2019. *Sotsiaalministeeriumi korraldatavate elutähtsate teenuste kirjeldus ja toimepidevuse nõuded.* Määrus. RT I, 15.01.2019, 4.

Tervise- ja tööminister, 2020. *Sotsiaalministeeriumi korraldatavate elutähtsate teenuste kirjeldus ja toimepidevuse nõuded.* RT I, 26.11.2020, 3

Terviseamet, 2013. *Kiirabi osutajad kõikjal Eestis on valitud*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.terviseamet.ee/et/uudised/kiirabi-osutajad-koikjal-eestis-valitud> [Kasutatud 14.12.2020]

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (2020) RT I, 17.05.2020, 12

The World Bank, 2021. *Services – value added (% of GDP)*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://data.worldbank.org/indicator/NV.SRV.TOTL.ZS> [Kasutatud 06.01.2021]

Tight, M., 2015. Phenomenography: the development and application of an innovative research design in higher education research. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(3), pp. 319–338.

Timonen, V. & Kautto, M., 2014. Sustaining the Nordic welfare model in the face on population ageing. Rmt: Harper, S., Hamblin, K., Hoffaman, J., Howse, K. & Leeson, G. *International Handbook on Ageing and Public Policy*. United Kingdom: Edward Elgar Publishing limited, pp. 279-290.

Trevisan, L. & Brissaud, D., 2017. A system-based conceptual framework for product-service integration in product-service system engineering. *Journal of Engineering Design*, 28(10-12), pp. 627–653.

Turu-uuringute AS, 2018. *Institutsioonide usaldusväärsus IV kvartal 2018 Siseministeerium*. [Võrguteavik] Leitav: https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Uuringud/Avaliku_korra_t_agamine/2018_iv_sim_aruanne_avalik.pdf [Kasutatud 06.02.2020]

Vabariigi Valitsus, 2019. *Kiirabi, haiglase, pääste- ja politseiasutuste ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord. Määrus. RT I, 22.12.2018, 22*.

Van Duijn, S., Zonnevald, N., Montero, A.L., Minkman, M. & Nies, H., 2018. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), pp. 1–13.

Voorberg, W. H., Bekkers, V.J.J.M. & Tummers L.G., 2015. A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review* ,17(9), pp. 1333–1357.

Walker, 2003. Evidence of the Management of Public Services Innovation. *Public Money & Management*, 23(2), pp. 93-102.

Wankhade, P., 2010. Performance measurement and the UK emergency ambulance service. Unintended consequences of the ambulance response time targets. *International Journal of Public sector*, 24(5), p. 384-402.

Wankhade, P. & Murphy, P., 2012. Bridging the theory and practice gap in emergency services research: a case for a new journal. *International Journal of Emergency Services*, 1(1), pp. 4-9.

Wankhade, P. & Mackway-Jones, K., 2015. Ambulance Services: Leadership and Management Perspectives. Springer, New York, NY.

Weaver, W. D., Copass, M. K., Hill, D. L., Fahrenbruch, C., Hallstrom, A. P., & Cobb, L. A., 1986. Cardiac arrest treated with a new automatic external defibrillator by out-of-hospital first responders. *The American Journal of Cardiology*, 57(13), pp. 1017–1021.

Williams, B., 2015. Management of Emergency Demand. Rmt: Wankhade, P. & Macway-Jones, K. toim-d. *Leadership & Management of Emergency Services: Ambulance, Fire & Rescue, and Police. Ambulance Services Leadership and Management Perspectives*. Switzerland: Springer International Publishing

Wilson, M. H., Habig, K., Wright, C., Hughes, A., Davies, G., & Imray, C. H. E., 2015. Pre-hospital emergency medicine. *The Lancet*, 386(10012), pp. 2526–2534.

Winters, S., Magalhaes, L., Kinsella, E.A. & Kothari, A., 2016. Cross-sector Service Provision in Health and Social Care: An Umbrella Review. *International Journal of Integrated Care*, 16(1): 10, pp. 1–19.

Witell, L., Snyder, H., Gustafsson, A., Fombelle, P. & Kristensson P., 2016. Defining service innovation: A review and synthesis. *Journal of Business Research*, 69(8), pp. 2863-2872.

World Health Organization, 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. [Võrgumaterjal] Leitav: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?jsessionid=8054C1F07943BDCBEAA44041817E6BBA?sequence=1 [Kasutatud 30.11.2019]

World Health Organization, 2020. [Võrgumaterjal] Leitav: https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Overview_IPCHS_final.pdf?ua=1 [Kasutatud 10.02.2020]

World Health Organization, 2020. WHO Framework on integrated people-centred health services. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> [Kasutatud 10.02.2020]

WHO, 2021. *Service delivery and safety. What are people-centred health services.* [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/> [Kasutatud: 05.04.2021]

Õiguskantsler, 2018. Põhiseaduse väärtus ning apollooniline ja dionüüsiline reformivaim. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://www.oiguskantsler.ee/et/õiguskantsler-ülle-madise-kõne-riigikogus-olulise-tähtsusega-riikliku-küsimuse-arutelul--0> [Kasutatud 22.11.2018]

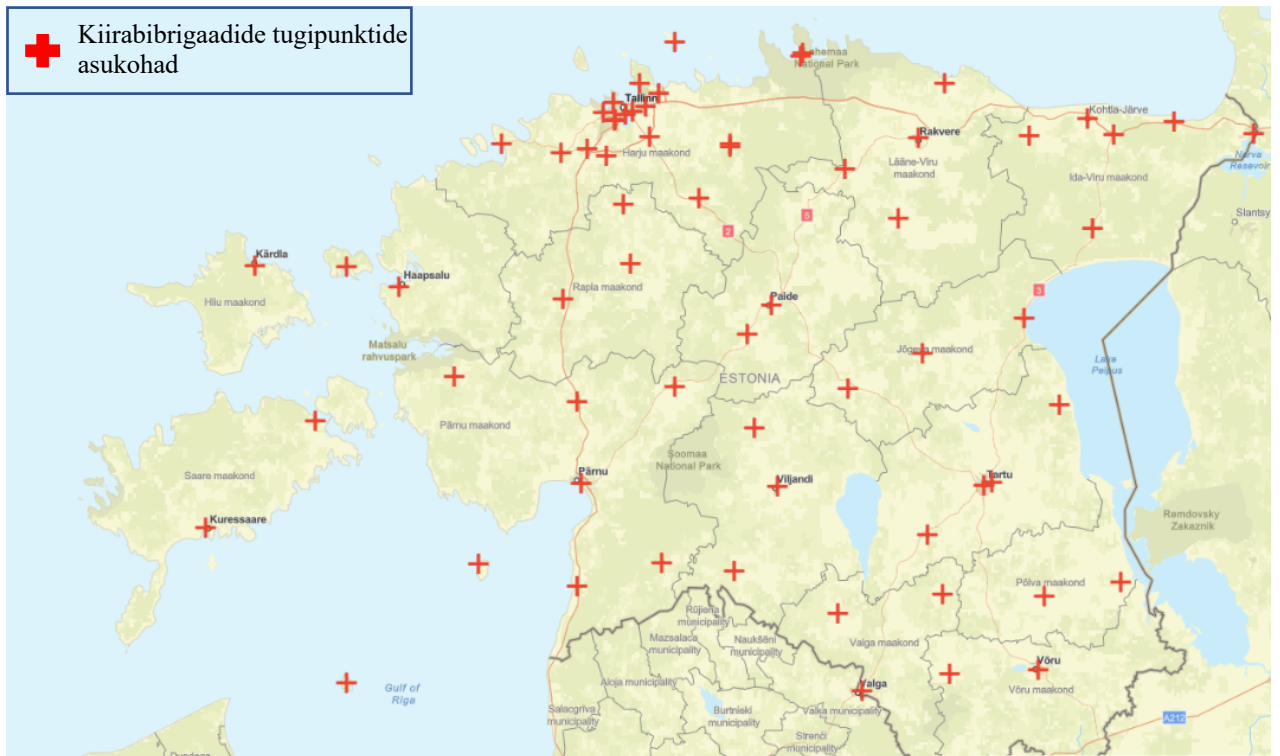
Örnek, 2008. An overview of a theoretical framework of phenomenography in qualitative education research: An example from physics education research. *Asia-Pacific Forum on Science Learning and Teaching*, 9(2), pp. 1-14.

Österberg, E.E. & Qvist, M., 2018. Public Sector Innovation as Governance Reform: A Comparative Analysis of Competitive and Collaborative Strategies in the Swedish Transport Sector. *Administrative & Society*, 52(2), pp. 292-318.

Yu, E. & Sangiorgi, D., 2018. Service Design as an Approach to Implement the Value Cocreation Perspective in New Service Development. *Journal of Service Research*, 21(1), pp. 40-58.

LISAD

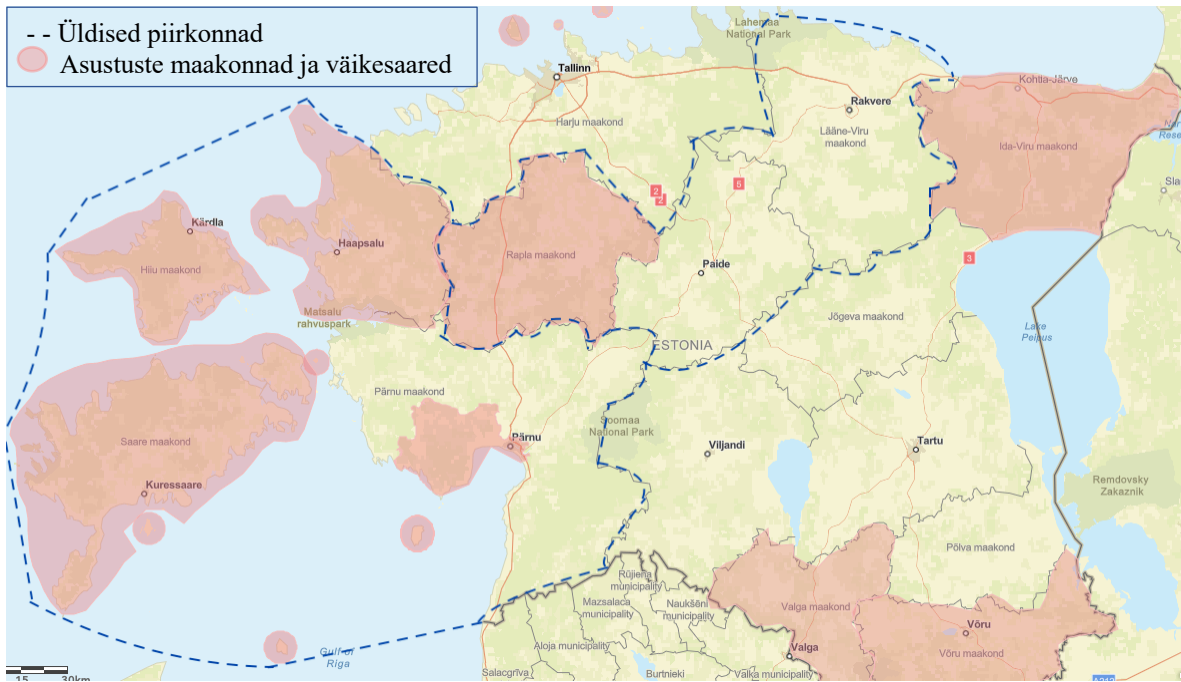
Lisa 1. Kiirabi- ja päästevõrgustikud Eestis



Joonis 1. Kiirabiteenuse pakujate võrgustik üle Eesti, autori koostatud.



Joonis 2. Päästevõrgustik üle Eesti. (Päästamet, 2021)



Joonis 3. Magistritöö tulemusena kaardistatud üldised piirkonnad ja asustuste nimetuste maakondade piirid koostöö piirkonnad integreeritud esmaabi osutamiseks (autori koostatud).

Lisa 2. Ekspertintervjuude valim

Tabel 1. Ekspertintervjuude valim (autori koostatud)

	Eksperti nimi	Asutus	Töökoht	Intervjuu läbi viimise aeg ja kestus	Läbiviimise koht ja viis
Kiirabi teenusepakkujad	Taavet Reimers (KA1)	Tallinna Kiirabi	Operatiivjuht	10.02.2021 35 min	Tallinn, suuline
	Lilian Lääts (KA2)	PERH kiirabikeskus	Kiirabikeskuse juhataja	11.02.2021 34 min	Tallinn, suuline
	Mihkel Laidna (KA3)	SA Kuressaare haigla	EMO ja kiirabi osakonna juhataja	17.02.2021 43 min	Zoom rakendus
	Andras Laugamets (KA4)	SA Tartu Kiirabi	Brigaadi liige, koolituste läbiviija	22.02.2021 1t 40min	Zoom rakendus
	Õne Bartoševitš (KA5)	AS Karell Kiirabi	Harju-Viru piirkonna juht ja juhatuse liige	26.02.2021 24 min	Tallinn, suuline
SoM	Agris Koppel (SoM)	Sotsiaalministeerium	Tervisesüsteemi arendamise osakonna juhataja	17.03.2021 51 min	Zoom rakendus
SKA	Jaanis Otsla (SKA)	Päästekolledž	Direktori asetäitja	11.02.2021 50 min	Tallinn, suuline
Päästeamet	Tiit Piiskoppel (PA)	Lõuna päästekeskus	Valmisoleku büroo	12.02.2021 1t 27 min	Skype for Business rakendus
	Mihkel Uueküla (PA2)	Lääne Päästekeskus	Valmisoleku büroo	16.02.2021 1t 31 min	Skype for Business rakendus
	Indrek Pung (PA3)	Ida Päästekeskus	Valmisoleku büroo	17.02.2021 58 min	Skype for Business rakendus
	Rasmus Laar (PA4)	Päästeamet	Päästetöö osakond	18.02.2021 54 min	Tallinn, suuline
	Tauno Suurkivi (PA5)	Päästeamet	Peadirektori asetäitja	25.02.2021 44 min	Tallinn, suuline
	Marko Rüü (PA6)	Põhja Päästekeskus	juht	03.03.2021 28 min	Skype for Business rakendus
SiM	Marko Pöld (SiM)	Siseministeerium	Pääste ja kriisireguleerimispoliitika osakonna nõunik	12.03.2021 1t 8 min	Skype for Business rakendus

Lisa 3. Intervjuu küsimused

Sotsiaalministeeriumi haldusala ekspertide intervjuu küsimused:

Põhiosa:

1. Millised demograafilised tegurid on Teie arvates kõige enam mõjutanud kiirabiteenuse pakkumist?
2. Kuidas eelpool nimetatud tegurid on mõjutanud teenindatavate väljakutsete arvu, kus on tegemist eluohtliku seisundiga?
3. Kirjeldage esmaabi mõistet abivajaja eluohtliku seisundi korral?
4. Millised teadmised ja oskused on päästjale olulised esmaabi andmiseks eluohtlikus seisundis abivajajale?
5. Millised vahendid on päästjatele vajalikud esmaabi andmiseks eluohtlikus seisundis abivajajale? Millised on minimaalsed/ideaalsed vahendid, mis võiksid päästeautos olemas olla?
6. Millises mahus peaks päästja läbima esmaabi koolituse abivajajale eluohtliku seisundi
7. Palun iseloomustage vajalikku esmaabi algkoolitust (teemad; maht).
8. Palun iseloomustage sobilikku esmaabi täienduskoolitust (ajaline intervall; teemad tundide maht).
9. Kuidas rakendatakse peamiselt päästjaid väljakutsetel, kus reageeritakse koos kiirabiga?
10. Kui palju on Teie kiirabis kokkupuuteid väljakutsetega, kus esmase abi andja on sündmuskohal olnud Päästeamet/päästja?
11. Kui palju töötab Teie kiirabikeskuses kiirabiautodes inimesi, kes teise töökohana on ka päästjad?(ligikaudu)
12. Milline roll võiks olla päästjatel kiirema esmaabi pakkumisel abivajaja eluohtliku seisundi korral?
13. Kas päästjad võiks osutada esmaabi ka kergematel juhtudel kui eluohtlik seisund? Miks?
14. Milline võiks olla kiirema esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtliku seisundi korral, mida Eestis võiks rakendada?
15. Milline võiks olla kiirabiteenuse pakkuja/Päästemeti roll esmaabi teenuse pakkumisel abivajaja eluohtliku seisundi korral?
16. Millised võiksid olla võimalikud koostöökohad kiirabiteenuse pakkuja ja Päästeameti vahel abivajaja eluohtliku seisundi korral esmaabi andmisel (edaspidi integreeritud esmaabi)?
17. Millistes piirkondades oleks vajalik integreeritud esmaabi teenus abivajaja eluohtliku seisundi korral?

Lõpposa:

18. Kas soovite midagi täiendavalt lisada?

Siseministeeriumi valitsus- ja haldusala ekspertide intervjuu küsimused:

Põhiosa:

1. Millised demograafilised tegurid on Teie arvates kõige enam mõjutanud päästeteenuse pakkumist?
2. Kuidas eelpool nimetatud tegurid on mõjutanud väljakutsete arvu, kus abivajaja eluohtliku seisundi korral on olnud vaja kaasata päästjaid?
3. Kirjeldage esmaabi mõistet abivajaja eluohtliku seisundi korral?
4. Millised esmaabi teadmised ja oskused on vajalikud päästjatele esmaabi osutamiseks abivajaja eluohtliku seisundi puhul?
5. Hinda oma piirkonna päästjate esmaabi andmise oskust 5 palli süsteemis – 1 on kesine ja 5 on väga hea? Põhjenda (lisandus peale pilootintervjuu läbi viimist)
6. Millised vahendid on päästjatel esmaabi andmiseks eluohtlikus seisundis abivajajale?
Milline varustus ideaalis võiks kuuluda päästjate esmaabivahendite kotti esmaabi andmiseks abivajaja eluohtliku seisundi korral?
7. Millise ajalise intervalliga läbivad päästjad esmaabi temaatilisi koolitusi/täienduskoolitusi Teie piirkonnas?
8. Kuidas hindad oma piirkonna päästjate esmaabi andmise valmisolekut? (lisandus peale pilootintervjuu läbi viimist)
9. Kuidas rakendatakse peamiselt päästjaid väljakutsetel, kus reageeritakse koos kiirabiga?
10. Kuidas on Teie arvates kasutatud võimalust päästjate sündmuskohale saatmiseks lähima kiirabibrigaadi puudumisel viimase 5 aasta lõikes?
11. Milline roll võiks olla vabatahtlikel- ja päästjatel kiirema esmaabi pakkumisel abivajaja eluohtliku seisundi korral?
12. Kas päästjad võiks osutada esmaabi ka kergematel juhtudel kui eluohtlik seisund? Miks?
13. Milline võiks olla kiirem esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtliku seisundi korral, mida Eestis võiks rakendada?
14. Kuidas on Päästeametil võimalik suurendada panust esmaabi andmisel abivajaja eluohtliku seisundi korral?
15. Millised on võimalikud koostöökohad kiirabiteenus pakkuja ja Päästeameti vahel abivajaja eluohtliku seisundi korral esmaabi andmisel (edaspidi integreeritud esmaabi)?
16. Millistes piirkondades oleks vajalik integreeritud esmaabi teenus abivajaja eluohtliku seisundi korral?

Lõpposa:

17. Kas soovite midagi täiendavalt lisada?

Siseministeriumi valitsemisala ekspertide intervjuu küsimused, kohandatud Päästeameti peadirektori asetäitjale vastamiseks:

Põhiosa:

1. Millised demograafilised tegurid on Teie arvates kõige enam mõjutanud päästeteenuse pakkumist?
2. Kuidas eelpool nimetatud tegurid on mõjutanud väljakutsete arvu, kus abivajaja eluohtliku seisundi korral on olnud vaja kaasata päästjaid?
3. Kirjeldage esmaabi mõistet abivajaja eluohtliku seisundi korral?
4. Millised esmaabi teadmised ja oskused on vajalikud päästjatele esmaabi osutamiseks abivajaja eluohtliku seisundi puhul?
5. Millised vahendid oleksid olulised Päästeametile abivajaja eluohtliku seisundi korral esmaabi andmiseks?
6. Millisel kohal on praegusel ajal esmaabi andmise tähtsus Päästeametis? Kuidas on esmaabi andmise õpetamise olulisus ajas muutunud?
7. Milliseks hindate Päästeameti rolli elupäästva esmaabi andmisel üldiselt abivajaja eluohtliku seisundi korral?
8. Kuidas on Teie arvates kasutatud võimalust päästjate sündmuskohale saatmiseks lähima kiirabibrigaadi puudumisel viimase 5 aasta lõikes?
9. Milline roll võiks olla vabatahtlikel- ja päästjatel kiirema esmaabi pakkumisel abivajaja eluohtliku seisundi korral?
10. Kas päästjad võiks osutada esmaabi ka kergematel juhtudel kui eluohtlik seisund? Miks?
11. Milline võiks olla kiirem esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtliku seisundi korral, mida Eestis võiks rakendada?
12. Millised on võimalikud arenguperspektiivid Päästeametis esmaabi andmise seisukohast vaadatuna?
13. Kuidas on Päästeametil võimalik suurendada panust esmaabi andmisel abivajaja eluohtliku seisundi korral?
14. Millised võiksid olla võimalikud koostöökohad kiirabiteenuse pakkuja ja Päästeameti vahel abivajaja eluohtliku seisundi puhul esmaabi andmisel (edaspidi integreeritud esmaabi)?
15. Millistes piirkondades oleks vajalik integreeritud esmaabi teenus abivajaja eluohtliku seisundi korral?

Lõpposa:

16. Kas soovite midagi täiendavalt lisada?

Lisa 4. Uurimisinstrument

Tabel 2. Uurimisinstrument (autori koostatud).

Uurimisküsimused	Sotsiaalministeeriumi haldusala	Siseministeeriumi valitsemis- ja haldusala	PA peadirektori asetäitja
1.Kuidas rakendatakse Eestis hetkel päästemeeskondi abivajaja eluohtriku seisundi korral?	Kuidas rakendatakse peamiselt päästjaid väljakutsetel, kus reageeritakse koos kiirabiga?	Kuidas rakendatakse peamiselt päästjaid väljakutsetel, kus reageeritakse koos kiirabiga?	
	Kui palju on Teie kiirabis kokkupuuteid väljakutsetega, kus esmase abi andja on sündmuskohal olnud Päästeamet/päästja?	Kuidas on Teie arvates kasutatud võimalust päästjate sündmuskohale saatmiseks lähima kiirabibrigaadi puudumisel viimase 5 aasta lõikes?	Kuidas on Teie arvates kasutatud võimalust päästjate sündmuskohale saatmiseks lähima kiirabibrigaadi puudumisel viimase 5 aasta lõikes?
	Kui palju töötab Teie kiirabikeskuses inimesi, kes teise töökohana on ka päästjad?(ligikaudu)		
2. Kuidas demograafiline olukord võib mõjutada esmaabi teenuse pakkumist abivajaja eluohtriku seisundi puhul?	Millised demograafilised tegurid on Teie arvates kõige enam mõjutanud kiirabiteenuse pakkumist?	Millised demograafilised tegurid on Teie arvates kõige enam mõjutanud päästeteenuse pakkumist?	Millised demograafilised tegurid on Teie arvates kõige enam mõjutanud päästeteenuse pakkumist?
	Kuidas eelpool nimetatud tegurid on mõjutanud teenindatavate väljakutsete arvu, kus on tegemist eluohtriku seisundiga?	Kuidas eelpool nimetatud tegurid on mõjutanud väljakutsete arvu, kus abivajaja eluohtriku seisundi korral on olnud vaja kaasata päästjaid?	Kuidas eelpool nimetatud tegurid on mõjutanud väljakutsete arvu, kus abivajaja eluohtriku seisundi korral on olnud vaja kaasata päästjaid?
3.Millised lahendused võimaldavad pääste esmareageerijatel osutada abiandjatena esmaabi eluohtrikus seisundis abivajajale enne kiirabi saabumist?	Millised teadmised ja oskused on päästjale vajalikud esmaabi andmiseks eluohtrikus seisundis abivajajale?	Millised teadmised ja oskused on päästjale vajalikud esmaabi andmiseks eluohtrikus seisundis abivajajale?	Millised teadmised ja oskused on päästjale vajalikud esmaabi andmiseks eluohtrikus seisundis abivajajale?
	Millised vahendid on päästjatele vajalikud esmaabi andmiseks eluohtrikus seisundis abivajajale? Millised on minimaalsed vahendid, mis võiksid päästeautos olemas olla?	Millised vahendid on päästjatel esmaabi andmiseks eluohtrikus seisundis abivajajale?	Millised vahendid oleksid olulised Päästeametile abivajaja eluohtriku seisundi korral esmaabi andmiseks?
	Palun iseloomustage vajalikku esmaabi algkoolitust (teemad; maht)	Millise ajalise intervalliga läbivad päästjad esmaabi täienduskoolitus?	Millisel kohal on praegusel ajal esmaabi andmise tähtsus Päästeametis?
	Palun iseloomustage sobilikku esmaabi täienduskoolitust (ajaline intervall; teemad; tundide maht)		Kuidas on esmaabi andmise õpetamise olulisus on ajas muutunud?
4.Millised võimalused on	Milline roll võiks olla päästjatel kiirema esmaabi	Milline roll võiks olla vabatahtlikel- ja päästjatel	Milline roll võiks olla vabatahtlikel- ja päästjatel

päästemeeskonna kaasamisel abiandjana esmaabi osutamisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	pakkumisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	kiirema esmaabi pakkumisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	kiirema esmaabi pakkumisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?
	Kas päästjad võiks osutada esmaabi ka kergematel juhtudel kui eluohtrlik seisund? Miks?	Kas päästjad võiks osutada esmaabi ka kergematel juhtudel kui eluohtrlik seisund? Miks?	Kas päästjad võiks osutada esmaabi ka kergematel juhtudel kui eluohtrlik seisund? Miks?
		Kuidas hindate päästjate esmaabi andmise valmisolekut?*	Milliseks hindate Päästeameti rolli elupäästva esmaabi andmisel üldiselt abivajaja eluohtrliku seisundi korral?
		Hinda päästjate esmaabi andmise oskust 5 - palli süsteemis – 1 on kesine ja 5 on väga hea. Kuidas antud hinnet parandada?*	Millised on võimalikud arengu perspektiivid Päästeameti esmaabi andmise seisukohast vaadatuna?
5.Kuidas pakkuda Eestis väiksema reageerimisajaga elupäästva esmaabi teenust ja millised on siinjuures integreeritud teenuse osutamise tulevikuperspektiivid kiirabi ja päästemeeskondade seisukohalt?	Milline võiks olla kiirem esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtrliku seisundi korral, mida Eestis võiks rakendada?	Milline võiks olla kiirem esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtrliku seisundi korral, mida Eestis võiks rakendada?	Milline võiks olla kiirem esmaabi teenuse rakendamise süsteem eluohtrliku seisundi korral, mida Eestis võiks rakendada?
	Milline võiks olla kiirabiteenuse pakkuja/Päästeameti roll esmaabi teenuse pakkumisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	Kuidas on Päästeametil võimalik suurendada panust esmaabi andmisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	Kuidas on Päästeametil võimalik suurendada panust esmaabi andmisel abivajaja eluohtrliku seisundi korral?
	Millised on võimalikud koostöökohad kiirabiteenuse pakkuja ja Päästeameti vahel abivajaja eluohtrliku seisundi korral esmaabi andmisel (edaspidi integreeritud esmaabi)?	Millised on võimalikud koostöökohad kiirabiteenuse pakkuja ja Päästeameti vahel abivajaja eluohtrliku seisundi korral esmaabi andmisel (edaspidi integreeritud esmaabi)?	Millised on võimalikud koostöökohad kiirabiteenuse pakkuja ja Päästeameti vahel abivajaja eluohtrliku seisundi korral esmaabi andmisel (edaspidi integreeritud esmaabi)?
	Millistes piirkondades oleks vajalik integreeritud esmaabi teenus abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	Millistes piirkondades oleks vajalik integreeritud esmaabi teenus abivajaja eluohtrliku seisundi korral?	Millistes piirkondades oleks vajalik integreeritud esmaabi teenus abivajaja eluohtrliku seisundi korral?
	Kas soovite midagi täiendavalt lisada?	Kas soovite midagi täiendavalt lisada?	Kas soovite midagi täiendavalt lisada?

* Lisandus peale pilootintervjuu läbi viimist.

Lisa 5. Eluohtlikus seisundis abivajaja sündmused statistikas

Tabel 3. Eluohtlikus seisundis abivajaja sündmuste arv 2019. aasta – regioonide põhiselt, sündmuse asustuse, korduvuse, päästekomandade ja Häirekeskuse meedikuga ühendamise andmed (autori koostatud).

Sündmuse asustus	Korduvus	Päästekomando	Ühendus HK meedikuga	HK määratud eluohtlik seisund	Osutatud abi
Põhja regioon					
Kuusalu vald	1	Loksa	Jah	Teadvuseta abivajaja	Soojalt katmine
Lõuna regioon					
Põltsamaa vald	2	Põltsamaa	Jah/Ei	Hingamisseiskus/ Teadvushäire	Elustamine
Räpina vald	1	Räpina	Jah	Uppumine	Elustamine
Viljandi linn	2	Viljandi	Ei/Ei	Insult, Halvatus/ Jäseme trauma	Informatsiooni edastamine/Informatsiooni edastamine
Võru maakond	2	Võru	Jah/ Jah	Hingamisseiskus/ Hingamisseiskus	Elustamine/ Elustamine
Otepää vald	1	Otepää	Ei	Lamab maas	Informatsiooni edastamine
Ida regioon					
Narva linn	1	Info puudub	Jah	Insult/Halvatus	Asendi andmine
Tapa vald	1	Info puudub	Ei	Insult/Halvatus	Info puudub
Sillamäe linn	1	Sillamäe	Ei	Krambid	Asendi andmine
Lääne regioon					
Järva vald	2	Aravete	Ei	Hingamisseiskus/ Teadvushäire	Elustamine/ Informatsiooni edastamine
Lääneranna vald	1	Lihula	Jah	Kukkumine kõrgusest	Soojalt katmine, informatsiooni edastamine
Häädemeeste vald	1	Info puudub	Jah	Teadvushäire	Asendi andmine
Põhja-Pärnumaa vald	1	Vändra	Jah	Jäsemetrauma	Verejooksu sulgemine
Haapsalu linn	1	Haapsalu	Ei	Teadvushäire	Elustamine
Hiumaa	1	Käina	Jah	Krambid	Soojalt katmine, informatsiooni edastamine

Tabel 4. Eluohlikus seisundis abivajaja sünduste arv 2020. aasta – regioonide põhiselt, sündmuse asustuse, korduvuse, päästekomandode ja Häirekeskuse meedikuga ühendamise andmed (autori koostatud).

Sündmuse asustus	Korduvus	Päästekomando	Ühendus HK meedikuga	HK määratud eluohlik seisund	Osutatud abi
Põhja regioon					
Tallinn	1	Kesklinn	Jah	Hingamisseiskus	Elustamine
Lõuna regioon					
Jõgeva vald	1	Jõgeva	Jah	Teadvushäire	Elustamine
Elva vald	2	Elva	Jah	Krambid/ Hingamisseiskus	Elustamine/ Elustamine
Peipsiääre vald	1	Alatskivi	Jah	Teadvushäire	Elustamine
Viljandi vald	1	Mustla	Jah	Hingamisseiskus	Elustamine
Mulgi vald	1	Abja-Paluoja	Jah	Lamab maas	Informatsiooni edastamine
Ida regioon					
Narva-Jõesuu linn	1	Narva-Jõesuu	Ei	Teadvushäire	Elustamine
Alutaguse vald	1	Iisaku	Jah	Hingamisseiskus	Elustamine
Viru-Nigula vald	1	Kunda	Jah	Kukkumine kõrgusest	Asendi andmine, informatsiooni edastamine
Lääne regioon					
Pärnu linn	3	Tõstamaa 2-1 korral, Pärnu	Jah/Jah/Jah	Hingamisseiskus/ Jäsemetrauma/ Hingamisseiskus	Elustamine/ Elustamine/ Elustamine
Lääneranna vald	1	Tõstamaa	Jah	Hingamisseiskus	Elustamine
Häädemeeste vald	1	Häädemeeste	Jah	Hammustus/ Nõelamine	Elustamine
Saaremaa vald	1	Kihelkonna	Jah	Hingamisseiskus	Elustamine
Hiiumaa	1	Kärdla	Ei	Krambid	Informatsiooni edastamine

Lisa 6. Koodipuu vastavalt uurimisküsimusele

Tabel 5. Uurimisküsimused 1-5 koodipuu (NVivo programmi põhjal, autori koostatud).

Kategooria/koodi nimetus	Kordus intervjuudes	Viidete arv
Kategooria 1: Päästjate rakendamine		
Alamkategooria 1.1: Praegune rakendamine	2	2
Koodid:		
1.1.1 Päästjate oma tööülesanded	11	16
1.1.2 Transport	11	18
1.1.3 Kiirabi abistamine	1	1
1.1.4 Lahastamine	1	2
1.1.5 Õppustel masskannatanu kogumispunkti ette valmistamine	1	1
1.1.6 Ei oska vastata	1	1
Alamkategooria 1.2: Päästjate elupäästvad väljakutsed	12	18
Alamkategooria 1.3: (KA) Päästjate arv kiirabis	6	10
Kategooria 2: Demograafia ja selle mõju elupäästvale esmaabile		
Alamkategooria 2.1 Demograafilised tegurid	2	2
Koodid:		
2.1.1 Rahvastiku vananemine	11	13
2.1.2 Inimeste riigisisene ränne-hajaasustus-pikad vahemaad	11	19
2.1.3 Sotsiaalsed tegurid	5	10
2.1.4 Muukeelne kultuuriruum	3	3
2.1.5 Raskendatud ligipääs	2	2
2.1.6 Haiglate tsentraliseerimine	1	1
2.1.7 Perearsti kättesaadavus	1	1
2.1.8 Viide Päs	1	3
Alamkategooria 2.2: Tegurite mõju	2	2
Koodid:		
2.2.1 Ei oska hinnata	4	4
2.2.2 Pikenev kohale jõudmise aeg	3	4
2.2.3 Ei ole mõjutanud	2	3
2.2.4 Väljakutsete arvu suurenemine	2	4
2.2.5 Päästjate arvu kahanemine	2	2
2.2.6 Puudub ülevaade	1	1
Kategooria 3: Lahendused elupäästva esmaabi andmiseks		
Alamkategooria 3.1: Teadmised ja oskused	6	7
Koodid:		

Kategooria/koodi nimetus	Kordus intervjuudes	Viidete arv
3.1.1 Elustamise ABC	12	19
3.1.2 Verejooksude sulgemine	9	9
3.1.3 Lahastamine	6	6
3.1.4 Asendi andmine	3	3
3.1.5 Traumahaige käsitlemine	3	4
3.1.6 Tekiga katmine	2	2
3.1.7 Triiaži oskus	2	2
3.1.8 Teadvuse hindamine	2	2
3.1.9 Hingamisteede avamine	2	2
3.1.10 Lisavigastuste vältimine	2	2
3.1.11 Kiirabi abistamine	2	2
3.1.12 Põletuste esmaabi	1	2
3.1.13 Teise päästja abistamine	1	1
Alamkategooria 3.2: Vajalikud vahendid	1	1
Koodid:		
3.2.1 On juba olemas	9	19
3.2.2 Hapnik	8	10
3.2.3 AED	8	10
3.2.4 Verejooksu peatamise vahendid	4	6
3.2.5 Lahased	4	4
3.2.6 Epipen - adrenaliin	3	5
3.2.7 Aspiraator	1	1
3.2.8 Termotekk	1	1
3.2.9 Ei oma ülevaadet	1	1
Alamkategooria 3.3: Koolitused	3	8
Koodid:		
3.3.1 Ajaline kestus	5	10
3.3.2 Läbimise intervall	8	12
3.3.3 Teemad	9	25
Kategooria 4: Päästjate perspektiiv		
Alamkategooria 4.1: Päästjate võimalused esmaabi osutamiseks	13	25
Koodid:		
4.1.1 Elustamine	5	6
4.1.2 Informatsiooni edastamine	2	4
4.1.3 Psühholoogiline tugi	2	3
4.1.4 Seisundi hindamine	2	2
4.1.5 Traumahaige käsitus	2	2
4.1.6 Verejooksude sulgemine	2	2

Kategooria/koodi nimetus	Kordus intervjuudes	Viidete arv
4.1.7 Anafülaktilise šokiga tegelemine	1	1
4.1.8 Asendi andmine	1	1
4.1.9 Manustada lisahapnikku	1	1
4.1.10 Põletused	1	1
Alamkategooria 4.2: Kergemad seisundid ja Pääste	1	2
Koodid:		
4.2.1 Ei ole vajalik	10	16
4.2.2 On vajalik	5	7
4.2.3 Ei oska hinnata	1	1
Alamkategooria 4.3: (PA) Hinnang päästjate esmaabi andmise oskusele	7	19
Alamkategooria 4.4: (PA) Valmisoleku hinnang	8	12
Kategooria 5: Koostöö meetmed		
Alamkategooria 5.1: Kiirem esmaabi	4	4
Koodid:		
5.1.1 Päästjad	6	9
5.1.2 Kodaniku oskused	6	12
5.1.3 Nutilahendused	6	8
5.1.4 AED võrgustik	4	6
5.1.5 Operatiivteenused	3	4
5.1.6 Olemasoleva kiirabivõrgustiku muutmine	1	1
5.1.7 Tänapäevane süsteem on piisav	1	1
Alamkategooria 5.2: Kiirabi-Pääste koostöö	4	7
Koodid:		
5.2.1 Koolitamine	10	13
5.2.2 Koostöö õppused	5	7
5.2.3 Praktika	5	5
5.2.4 Eluohtliku seisundi korral kiirem abi	3	3
5.2.5 Elustamine	1	1
5.2.6 Informatsiooni edastamine sündmuskohalt	1	1
5.2.7 Kõrvaliste inimeste eemal hoidmine	1	1
5.2.8 Telemeditsiin	1	1
5.2.9 Traumahaige käsitlemine	1	1
5.2.10 Varustuse planeerimine	1	1
5.2.11 Rohkem ei ole vaja	1	1
Alamkategooria 5.3: Koostöö piirkonnad	14	28
Alamkategooria 5.4: (KA) Kiirabi-Pääste roll	4	6
Alamkategooria 5.4: (PA) PA roll	8	20