

Sisekaitseakadeemia

Sisejulgeoleku instituut

Nikita Panjuškin

**KAITSEVÄE KAASAMISE VAJADUS JA VÕIMALUSED  
EESTI TERVISHOIUSÜSTEEMI TOIMEPIDEVUSE  
TOETAMISEL TSIVIILKRIISIDES**

Magistritöö

Juhendajad:

Anne Valk, MBA

Riho Männik, MA, MSc

Tallinn 2023

## SISEKAITSEAKADEEMIA MAGISTRITÖÖ ANNOTATSIOON

Sisejulgeoleku instituut	2023
<p>Töö pealkiri eesti keeles: Kaitseväge kaasamise vajadus ja võimalused Eesti tervishoiusüsteemi toimepidevuse toetamisel tsiviilkriisides</p> <p>Töö pealkiri inglise keeles: The necessity and possibilities of involving the Estonian Defense Forces to support the consistency of the healthcare system during the civil crises</p> <p>Lühikokkuvõte: magistritöö on koostatud eesti keeles inglise keelse kokkuvõttega, see koosneb 99 leheküljest, millest 77 lehekülge moodustab põhiosa, tööl on neli lisa. Keskne uurimisprobleem on sõnastatud küsimusena: milline on Kaitseväge kaasamise vajadus ja võimalused Eesti tervishoiusüsteemi toimepidevuse toetamisel tsiviilkriisides? Magistritöö eesmärk on välja selgitada tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö vajaduste ja võimaluste hetkeseis Eestis tsiviilkriisides ning selle tõhustamise võimalused. Tegemist on kirjeldava uuringuga, mille uurimismeetodiks on poolstruktureeritud ekspertintervjuud (tsiviil- ja sõjaväe esindajatega).</p> <p>Magistritöö raames viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud 28 valdkonna eksperdiga kahes etapis: esialgu intervjueriti tsiviileksperthe, saades teada tervishoiuvaldkonna vajadusi tsiviil-sõjalise koostöö järele; seejärel intervjueriti sõjaväeeksperte, uurides kaitsejõudude võimaluste vastavust eelmainitud vajadustele. Ekspertintervjuude tulemuste põhjal analüüsiti võrdlevalt koostöö vajadusi ja võimalusi ning seeläbi saavutati uurimiseesmärk. Põhilised järeldused: tsiviil-sõjaline koostöö on valdkonniti ebahühtlane, kuid küllaldane olulisemate koostööpartneritega; sisendid koostöö vajaduste ja võimaluste kohta suuresti kattuvad ja peegeldavad COVID-19 kriisiaegset praktikat.</p>	
Võtmesõnad: tsiviil-sõjaline koostöö, tervishoid, kriisireguleerimine, Kaitseväge, Kaitsealiit, Terviseamet	
Võrkeelsed võtmesõnad: civil-military coordination, healthcare, crisis management, Estonian Defence Forces, Estonian Defence League, The Health Board, healthcare system, civil crisis, resilience	
Säilitamise koht: Sisekaitseakadeemia	
<p>Töö autor: Nikita Panjuškin</p> <p>Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik lõputöö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, seisukohad, kirjalikest allikatest ja mujalt allikatest saadud info on nõuetekohaselt viidatud. Annan Sisekaitseakadeemiale tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose reprodutseerimiseks säilitamise ja elektroonilise avaldamise eesmärgil, sealhulgas Sisekaitseakadeemia raamatukogu digikogusse lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni. Annan loa teose üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Sisekaitseakadeemia veebikeskkonna kaudu sealhulgas Sisekaitseakadeemia raamatukogu digikogu kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni. Olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.</p>	
Allkiri: /allkirjastatud digitaalselt/	
Vastab lõputöö nõuetele	
Juhendaja: Riho Männik	Allkiri: /allkirjastatud digitaalselt/
Vastab lõputöö nõuetele	
Kaasjuhendaja: Anne Valk	Allkiri: /allkirjastatud digitaalselt/
Kaitsemisele lubatud	
Instituudi juhataja: Erkki Koort	Allkiri: /allkirjastatud digitaalselt/

# SISUKORD

SISUKORD .....	3
MÕISTETE JA LÜHENDITE LOETELU .....	4
SISSEJUHATUS .....	6
1. TSIVIIL-SÕJALINE KOOSTÖÖ TSIVIILKRIISIS .....	12
1.1 Tsiviil-sõjalise koostöö olemus ja selle rahvusvahelised arengusuunad .....	12
1.2 Tsiviil-sõjaline koostöö tsiviilkriisi lahendamisel erinevates riikides.....	21
2. KAITSEJÕUDUDE KAASAMISE VAJADUS JA VÕIMALUSED TSIVIILKRIISIS ....	35
2.1 Uuringu meetodika tutvustus.....	35
2.2 Ekspertintervjuude tulemused .....	38
2.3 Uurimistulemuste analüüs .....	66
2.4 Järeldused .....	75
KOKKUVÕTE .....	79
SUMMARY .....	81
Lisa 1. Intervjuuküsimused tsiviilekspertidele .....	89
Lisa 2. Intervjuuküsimused sõjaväeekspertidele .....	90
Lisa 3. Intervjuude koodipuu.....	92
Lisa 4. Tervishoiu vajadusi ja ootusi ning kaitsejõudude võimekusi koondavad tabelid.....	95

## MÕISTETE JA LÜHENDITE LOETELU

Hädaolukord – „Sündmus või sündmuste ahel või elutähtsa teenuse katkestus, mis ohustab paljude inimeste elu või tervist, põhjustab suure varalise kahju, suure keskkonnakahju või tõsiseid ja ulatuslikke häireid elutähtsa teenuse toimepidevuses ning mille lahendamiseks on vajalik mitme asutuse või nende kaasatud isikute kiire kooskõlastatud tegevus, rakendada tavapärasest erinevat juhtimiskorraldust ning kaasata tavapärasest oluliselt rohkem isikuid ja vahendeid.“ (Hädaolukorra seadus, 2017, § 2)

Tervishoiusündmus – „Sündmus, mis on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse“ (Vabariigi Valitsus, 2021)

Kaitsejõud – käesolevas töös Kaitseväge ja Kaitsealiidu (k.a. Naiskodukaitse) ühine nimetus

Kaitseväge meditsiiniteenistus – vastavalt Eesti Keele Instituudi sõjanduse, julgeoleku- ja kaitsepoliitika terminibaasile Militerm (2008): „Eesti Kaitseväge tugiteenistus, mida juhib meditsiiniteenistuse ülem või Kaitseväge peaarst, kes allub Kaitseväge juhatajale. Meditsiiniteenistuse ülesanded on ravi ja meditsiinalase väljaõppe planeerimine ning korraldamine Kaitseväes ja Kaitseväge varustamine meditsiinivahenditega.“

Kaitseväge ressursid – käesoleva töö raames Kaitseväge isikkoosseis, varustus, erivõimekused ja ekspertiis.

Kriisireguleerimine (kriisiohje) – „Meetmete süsteem, mis hõlmab hädaolukorra ennetamist, hädaolukorraks valmistumist ja hädaolukorra lahendamist“. (Hädaolukorra seadus, 2021, §2)

Tervishoiutöötaja – tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2022, §3) mõistes arst, hambaarst, õde ja ämmaemand, kui nad on registreeritud Terviseametis.

Tervishoiuteenus – vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seadusele: „Tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema terviseseisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. Tervishoiuteenuste loetelu kehtestab valdkonna eest vastutav minister.“ (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2022, §2)

Tervishoiusüsteem – Terviseameti tegevusvaldkond Terviseameti põhimääruse tähenduses (Tervise- ja tööminister, 2022, §6)

Tsiviilkriis – „Olukord, mis võib põhjustada tõsiseid ja ulatuslikke häireid ühiskonna toimimises või ohustada vahetult paljude inimeste elu ja tervist või põhjustada suure varalise, majandusliku või keskkonnakahju, sealhulgas loodusõnnetus, katastroof või nakkushaiguse levik.“ (Tsiviilkriisi ja riigikaitse seaduse eelnõu, 2023, §2)

CBRN – meditsiini- ja päästevaldkonnas levinud akronüüm, mis koosneb sõnadest *chemical*, *biological*, *radiological*, *nuclear* (keemiline, bioloogiline, radioloogiline ja tuuma [kaitse])

HMIMMS ja MIMMS – (*Hospital*) *Major Incident Medical Management and Support*, suurõnnetuse lahendamise meetodika.

KVA SKMK – Kaitseväe Akadeemia sõja- ja katastroofimeditsiinikeskus.

MEDEVAC – sõnade „*medical evacuation*“ e. meditsiiniline evakuatsioon akronüüm. Mõnikord mõistakse termini all sõidukit, mida kasutatakse meditsiinilise evakuatsiooni eesmärgil.

TTSK ja TSK – (tervishoiualane) tsiviil-sõjaline koostöö

TTO – Tervishoiuteenuste osutaja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse tähenduses (2022, §4), käesoleva töö raames juriidiline isik.

ROLE-1 kuni ROLE-4 – arstiabi tasemed vastavalt NATO klassifikatsioonile (NATO Standardization Office, 2019, 2-12)

## SISSEJUHATUS

Magistritöö uuritav valdkond on tervishoiualane tsiviil-sõjaline koostöö (edaspidi TTSK või TSK). TSK eesmärgid on enamasti seotud olukorra stabiliseerimisega, taastamisega, arenguga ning muude pikaajaliste eesmärkidega kriisireguleerimise käigus (Gökalp, 2020 p. 31). TSK peamine eesmärk on vastastikune ressurside ja teadmiste vahendamine asutuste vahel – see on eriti tähtis katastroofi tekkimise faasis (Kaneberg, *et al*, 2016, p.11; Smaliukiene jt, 2020, p. 1105). TSK arendamine aitab vältida võimekuse dubleerimist ja inimressursi ebaratsionaalset kasutamist (Smaliukiene jt, 2020, p. 1105; Khorram-Manesh, *et al*, 2021, p. 443).

Töö fookuses on riigisisene tsiviil-sõjaline koostöö mittesõjalise kriisi korral ja selleks ettevalmistus. Magistritöös uuritakse koostööd tervishoiusüsteemi ja Kaitseväge vahel. Koostööd Kaitseväega avatakse vähesel määral tulenevalt organisatsiooni panusest COVID-19 kriisi ohjamisel. Teemat avatakse kõikvõimalike kriiside vaates, olgu selleks siis toimepidevushäired, nagu näiteks elektrikatkestuse tagajärjed, masskannatanutega olukord, epideemia või muu. Piirduakse ainult nende kriisiolukordadega, mille käigus puudub julgeolekuoht.

TSK on viimastel aastakümnetel muutunud. Keerulised kriisiolukorrad, mille arv on alates 20. sajandi lõpust pidevalt tõusnud, nõuavad erinevate sõjaliste- ja tsiviilorganisatsioonide samaaegset tegutsemist (Khorram-Manesh, 2018, p. 649; Cameron, 2020, p. 1; Araghizadeh, *et al*, 2020, p. 219; Jaff, *et al*, 2022, p. 1). Leitakse, et üle maailma on sõjaväeorganisatsioonide ülesehitus viimastel aastakümnetel muutunud, täites siseriiklikult üha suuremat rolli (Wilén, 2021, p. 22). Nakkushaigused ja looduslikud ning inimtekkelised katastroofid, millega riigid tänapäeval kokku puutuvad, ei ole samad, mis varasematel aastatel. Ohtude muutudes muutub ka nendele reageerimine: tänapäeval peetakse tähtsaks ühist institutsioonidevahelist lähenemist, mille puhul kriisidele ei reageeri üksikud riigiasutused, vaid mitmed korraga või isegi riik terviklikult, kaasa arvatud erasektor. See tõstab oluliselt TSK tähtsust: institutsioonidevahelisel lähenemisel võib sõjavägi täita võtmerolli, sest sõjalised organisatsioonid suudavad tagada efektiivse juhtimise ning täita võimelüngad enda ressursidega (Jabbar & Makki, 2021, p. 1; Khorram-Manesh, *et al*, 2021, p. 443; Wilén, 2021, p. 21; Bollen & Kalkman, 2022, p. 80). Arvestades asjaolu, et tsiviilasutustel ei ole alati

piisavaid võimekusi, et likvideerida hädaolukorra tagajärge, peavad riigid koostama TSK plaanid (Araghizadeh, *et al*, 2020, p. 219).

Erakorralised sündmused põhjustavad omakorda sekundaarseid mõjusid ühiskonnale ja infrastruktuurile (Smaliukiene jt, 2020, p. 1105). Nii võib tervishoiusündmusest tekkinud hädaolukord, mida uuritakse käesolevas töös, saada alguse politsei- või päästesündmusest või näiteks piiriülesest kiirgussündmusest.

TTSK on sajandite jooksul olnud laialdane. Näiteks võib tuua sõjameditsiini panuse rahvatervise edendamisse: just sõjaväelased leiutasid malaariavastased ravimid, kollatõve vaktsiinid, arendasid nakkushaiguste leviku piiramise meetmeid (Gibson-Fall, 2021 p.156). See toimus, sest sõjameditsiini ülesandeks ei ole ainult haavade ravimine, vaid peamiselt sõdurite tervise edendamine ja selle kaudu lahingvalmiduse tõstmine (Michaud jt, 2019 p. 277). Samas tulevad just sõjameditsiinist uued vahendid (nt. arteriaalsed žgutid), teadmised ja tegevusjuhendid traumahaige käsitlemiseks. (Howard, *et al*, 2019, p. 606; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 197)

Riiklik tervishoiusüsteem peab olema valmis erinevateks katastroofi stsenaariumiteks nagu loodusõnnetused, epideemiad, terrorirünnakud ning muud suurõnnetused (Back, *et al.*, 2019, p 284). Kuigi sõjaväge käsitletakse tihti kui „viimast võimalust“ katastroofide tagajärgede likvideerimisel, on sõjaväe meditsiiniteenistusest saanud tänaseks elanikkonna ja võimude oluline toetaja hädaolukorras paljudes NATO ja EL riikides, mille poole pöörduetakse kriiside ajal järjest rohkem. (Ratchev & Tagarev, 2018, p. 138; Gibson-Fall, 2021 p.156; Khorram-Manesh, *et al*, 2021, p. 443).

Magistritöö teema **aktuaalsus** tuleneb ühtlasi Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 ja Siseturvalisus arengukava 2020-2030 eesmärkidest. Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 näeb inimkeskse tervishoiu alaeesmärgi saavutamise lahendusteena personali võimekuse kasvatamist ning juhtimise ja vastutuse tugevdamist. Lahendustee näeb ette tervishoiutöötajate valmiduse saada hakkama ootamatult suurenenud abi osutamise vajadusega. Kriisideks vastupanuvõime suurendamine, tervishoiutöötajate puuduse vähendamine ja abi kättesaadavuse parandamine on kuulutatud prioriteetseteks sekkumisteks (Sotsiaalministeerium, 2020, lk. 34). Siseministeeriumi poolt koostatud Siseturvalisuse arengukavas 2020-2030 on välja toodud, et kõik ministeeriumid, elutähtsa teenuse osutajad ja

hädaolukorra riskianalüüside koostamisega seotud asutused peavad tagama valmisoleku kriisiolukorra lahendamiseks. Kriisiennetus ja selleks valmistumine on arengukava olulisemate suundumuste hulgas (Siseministeerium, lk. 29). Magistritöö tulemused toetavad lisaks eeltoodule ka Riigikaitse arengukava 2022-2031 olulist arendustegevust, milleks on haiglate masskannatanutega sündmuste lahendamise võimekuse suurendamine (Riigikantselei, 2021, lk. 20)

Magistritöö aktuaalsust toetab samuti tsiviilkriiside ja riigikaitse seaduse väljatöötamine, mis toimub samal ajal magistritöö koostamisega (Lorents, 2021; Tooming, 2021; Tsiviilkriisi ja riigikaitse seaduse eelnõu, 2023). Uues seaduses ajakohastatakse kriisireguleerimise mehhanismid ning ühtlustatakse tsiviil- ja sõjalisteks kriisideks valmistumist, mis toob kaasa tsiviil-sõjalise koostöö olulisuse suurenemise. Kõnealuse seaduse väljatöötamine toob kaasa kriisireguleerimise mehhanismide kaasajastamise kõikides asjassepuutuvates valdkondades, kaasa arvatud tervishoius – selle protsessi käigus on muuhulgas võimalik kasutada magistritöö tulemusi. Magistritöös tuginetakse seadustele, mis kehtivad selle koostamise hetkel, sest uuest tsiviilkriiside ja riigikaitse seadusest tulenevad õigusruumi muudatused ei ole veel jõustunud. Magistritöö väärtus ei kahane pärast kehtivate seaduste kehtetuks tunnistamist, sest uuritav fenomen ei ole õigusruum, vaid tsiviil-sõjalise koostöö võimalused.

Magistritöö aktuaalsust toetab muuhulgas Kaitseväe põhimääruse uuendamine, millega kaasneb Kaitseväe struktuuri ümberkorraldus diviisi loomise näol (Vabariigi Valitsus, 2018, §9<sup>1</sup>). Autorile on isiklikust töökogemusest teada, et põhimääruse muutmisega planeeritakse olulisi muudatusi Kaitseväe meditsiiniteenistuse töös ja seetõttu on magistritöö väärtuslik tsiviil-sõjalise koostöö uuenduste planeerimisel. Magistritöö tulemused on muuhulgas tähtsaks sisendiks autori enda töövaldkonnas.

Kaitsevägi on pakkunud oma toetust COVID-19 kriisi lahendamisel, kui suunas 2020. aasta aprillis mobiilse välihaigla Saaremaale toetama Kuressaare Haiglat (Purju, 2021, p. 7). Tegemist oli esmakordse juhtumiga, mil Kaitseväe meditsiiniteenistus on osutanud üldhaiglale abi tervishoiuteenuste osutamisel. Tulenevalt pretsedendi loomisest tuleb hinnata kaasamise efektiivsust ja vajalikkust, et leida kinnitust, kui otstarbekas on Kaitseväe kaasamine tulevaste kriiside lahendamisel. 2018. aastal toimus Kaitseväe suurõppuse „Siil 2018“ raames meditsiiniline õppus „Tervex“, mille käigus analüüsiti, kas Eesti tsiviilhaiglad on võimelised kriisi korral toetama Kaitseväge. Kaitseväe peaarst kolonelleitnant Targo Lusti kirjutas ajakirjas



Sõdur (2018, lk 45), et õppuse käigus selgus üldhaiglate ressursside piiratus, mis omakorda ohustab tervishoiuteenuste osutamise jätkusuutlikkust kriisi ajal. „Tervex“ õppust korraldati 2022. aastal, kuid selle tulemusi avalikest allikatest tuvastatud ei ole.

Uuringutes on leitud, et ka välismaal puututakse TTSK-s kokku tegevusjuhendite puudusega, mille tõttu puudub ekspertidel ühine arvamus selle kohta, kuidas ja millisel moel tuleb sõjaväge tervishoiukriiside lahendamisel rakendada (Boland, *et al*, 2020, p. 105; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 210; Jaff, *et al*, 2022, p. 2). See tõstatab teema uurimise vajaduse rahvusvahelises plaanis.

Kristi Nero (2015, lk. 72) koostas Sisekaitseakadeemias magistr töö teemal „Eesti tervishoiusüsteemi valmisolek hädaolukordadeks“, mille kaks olulist järeldust on, et Eestis on reguleerimata võimalused mobiliseerida tervishoiuvaldkonna reserve (vabatahtlikud, Kaitsevägi jms) hädaolukorra lahendamiseks ning, et tervishoiusüsteemi kriisireguleerimine vajab suurt arengut. Nimetatud järeldused toetavad samuti käesolevas töös käsitletava teema aktuaalsust ja vajalikkust. Eesti tervishoiusüsteemi korraldus on alates 2015. aastast oluliselt muutunud ning Kristi Nero järeldused vajavad kinnitust või üle vaatamist. TSK-d on Eestis varemgi uuritud. Näiteks koostas Mati Parts (2018, lk. 27) Kaitseväe Akadeemias magistr töö teemal „Politsei- ja piirivalveameti nägemus Kaitseväe kaasamisest korralduslikes ülesannetes vahetu sunni kasutamise õigusega“, milles jõudis järeldusele, et Kaitseväe kaasamine korralduslikes valdkonnas on Eestis vähetõenäoline ning on eeldatud ainult teatud erijuhtumitel. Mikk Golubtsov (2020, lk. 76) koostas Sisekaitseakadeemias magistr töö teemal „Kaitseväe ja Politsei- ja Piirivalveameti ülese lennuvahendite riskikasutamise vajadus ja võimalused“, mille tulemustest selgub, et riiklike lennuvahendite kasutamine peaks olema terviklik, järgides „valitsus-kui-tervik“ põhimõtet – ehk ei ole otstarbekas eraldada Kaitseväe ja teiste asutuste võimalusi.

Käesoleva töö **uudsus** väljendub selles, et erinevalt eelpool mainitud uuringutest uuritakse tsiviil-sõjalist koostööd Eestis tervishoiu aspektist. Kaitseväe Akadeemia magistr tööde raames ei ole varasemalt TTSK-ga seotud temaatikat uuritud. Viimase kümne aasta jooksul ei ole Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis, Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ja Sisekaitseakadeemias kaitstud lõputöodes käsitletud tervishoiualast tsiviil-sõjalist koostööd.

Eestis korraldab Terviseamet tervishoiuteenuse osutajate tööd hädaolukorraks valmistumisel ning selle lahendamisel (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2022, § 59). Tervishoiusüsteemi toimepidevus kriisideks on Terviseameti tegevusvaldkond vastavalt selle põhimäärusele (2022, §6). Lisaks sellele koostab Terviseamet tervishoiusündmustest põhjustatud hädaolukorra riskianalüüsi (Vabariigi Valitsus, 2021). Sotsiaalministeerium korraldab Eesti Vabariigis vältimatu arstiabi toimepidevust, mis on tunnistatud elutähtsaks teenuseks (Hädaolukorra seadus, 2017, § 36). Elutähtsa teenuse „raskete tagajärgedega või pikaajaline katkestus“ võib olla hädaolukorra välja kuulutamise põhjuseks (Hädaolukorra seadus, 2017, § 14). Kuna Terviseamet on Sotsiaalministeeriumi valitsemisala valitsusasutus, mis täidab juhtimis- ja järelevalvefunktsioone (Tervise- ja tööminister, 2022, §1), delegerib Sotsiaalministeerium Terviseametile hädaolukorra juhtimise, eesmärgiga täita ülesannete jäävuse printsiipi (Hädaolukorra seadus, 2017, § 3). Selle printsiibi järgimine tähendab, et Terviseamet täidab juhtimis- ja järelevalvefunktsioone nii tava- kui kriisiolukorras. Vajadus uurida Kaitseväge kaasamise vajadust ja võimalusi toetada tervishoiusüsteemi hädaolukorra lahendamisel tuleneb sellest, et hädaolukorra juhtival asutusel ehk tervishoiualase hädaolukorra korral on Terviseametil õigus anda teistele riigiasutustele, kaasa arvatud Kaitseväge, korraldused ja volitused (Hädaolukorra seadus, 2017, § 14).

Kavandatava magistritöö **keskne uurimisprobleem** on sõnastatud küsimusena: milline on Kaitseväge kaasamise vajadus ja võimalused Eesti tervishoiusüsteemi toimepidevuse toetamisel tsiviilkriisides?

Teema paremaks käsitlemiseks on määratletud järgmised **uurimisküsimused**:

1. Milline on olnud tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö senine praktika Eestis?
2. Millised on tervishoiusüsteemi vajadused Kaitseväge toetuse osas tsiviilkriis ja selleks valmistumisel?
3. Millist tuge saab Kaitseväge pakkuda tervishoiusüsteemile tsiviilkriisiks valmistumisel ja selle lahendamisel?

Magistritöö **eesmärk** on välja selgitada tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö vajaduste ja võimaluste hetkeseis Eestis tsiviilkriisides ning selle tõhustamise võimalused.

Eesmärgi täitmiseks on püstitatud järgnevad **uurimisülesanded**:

1. Analüüsida teoreetiliste allikate põhjal tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö olemust ja võimalusi tsiviilkriisides teiste riikide näitel;
2. Analüüsida tervishoiuvaldkonna ekspertide (edaspidi: tsiviilekspertid) hinnanguid Eesti tsiviil-sõjalist koostööd soodustavate ja takistavate tegurite ning koostöövajaduse ja -võimaluste osas tsiviilkriisis ja selleks valmistumisel;
3. Analüüsida Kaitseväe võimalusi toetada Eesti tervishoiusüsteemi tsiviilkriisiks ettevalmistumisel ning selle lahendamisel;
4. Teha ettepanekud tsiviil-sõjalise koostöö arendamiseks ja soodustamiseks Eestis.

Kavandatava kvalitatiivse magistritöö uurimisstrateegia on kirjeldav uurimus (*descriptive research*), mis võimaldab koguda andmeid erinevatest allikatest, et uurida erinevate spetsialistide kogemusi ja visiooni (Nassaji, 2015, p. 129). Magistritöö erinevateks allikateks peetakse erineva valdkonna ja taustaga ekspertide intervjuusid. Uuringu käigus intervjueriti 28 eksperti, kes töötavad kiirabis, peremeditsiinis, õendusabivaldkonnas, haiglates, sõjaväelistes organisatsioonides või tegelevad tervishoiusüsteemi korraldamisega. Käesolev strateegia sobib varasemalt uurimata nähtuse esmaseks kirjeldamiseks (Grimes & Schulz, 2002, p. 148). Autorile teadaolevalt TTSK-d Eestis seni uuritud ei ole.

Magistritöö **uurimismeetodiks** on poolstruktureeritud ekspertintervjuud.

Magistritöö koosneb kahest peatükist. Esimeses peatükis analüüsitakse TTSK teoreetilisi lähtekohti, keskendudes selle olemusele ja senisele praktikale mujal maailmas. Töö empiirilises osas uuritakse tervishoiusüsteemi esindajate seisukohti TTSK vajadustest Eestis. Saadud andmete alusel uuritakse Kaitseministeeriumi valitsemisala esindajatelt, milliseid vajadusi on võimalik täita. See tähendab, et ekspertintervjuude läbiviimiseks koostati kaks erinevat küsimustikku ning uuring jagati kaheks etapiks. Uuringute tulemusena analüüsiti intervjuude käigus saadud andmeid ja tehti järeldused.

# 1. TSIVIIL-SÕJALINE KOOSTÖÖ TSIVIILKRIISIS

## 1.1 Tsiviil-sõjalise koostöö olemus ja selle rahvusvahelised arengusuunad

Käesolevas alapeatükis kirjeldatakse, kuidas toimib tsiviil-sõjaline koostöö tsiviilkriisis teistes riikides. Võrreldakse tsiviil- ja sõjaliste organisatsioonide reageerimist kriisidele ning üldiseid kriisireguleerimise põhimõtteid. Alapeatükis tuuakse välja faktorid, mis suunavad riike rakendama sõjaväe kriisiolukorra lahendamisel ning sellega kaasnevat riski. Antakse ülevaade sõjaväe kaasamisega seonduvatest eelistest ja riskidest ning tsiviil-sõjalist koostööd takistavatest asjaoludest ja nende ületamise võimalustest. Alapeatüki lõpus tuuakse välja valdkonna võimalikud tuleviku arengusuunad.

TSK mõistel on kaks selgelt eristuvat haru: koostöö tsiviilorganisatsioonidega sõjaliste eesmärkide saavutamiseks ja sõjaliste üksuste kaasamine tsiviilkoostööpartnerite tegevuse toetamiseks (Mazurkiewicz, 2018, p. 70-71). Magistritöös keskendutakse teisele harule, jättes sõjalised operatsioonid töö fookusest välja. Sõjalisi üksusi on võimalik rakendada riigisiselt või saata välismaale teise riigi toetamiseks kriisi ajal (Boland, *et al*, 2020, p. 99). Töös keskendutakse riigisisesele TSK-le.

Sõjaväelased panustavad järjest rohkem suurte kriiside ohjamisele ning sellel on kaks peamist põhjust. Esiteks, olemasolev rahvusvaheline kogemus näitab, et sõjavägi täidab väga hästi humanitaarseid ülesandeid kriiside ajal konfliktipiirkonnas nii välismaal kui ka kodumaal. Teiseks, sõjaväeorganisatsioonide struktuur muutub: täna peab sõjavägi oma funktsioonide täitmiseks omama väga palju erinevaid struktuure, mille tegevusvaldkond on üsna lai, esindab erinevaid institutsioone ja kohati sobib tsiviilülesannete täitmiseks. TSK toimib sarnaselt teiste institutsioonide koostööle – jagades oma võimekusi ja ekspertiisi, tõstetakse eesmärkide saavutamise võimet. Sõjaväelaste suurimaks eeliseks on kriiside ajal range distsipliin, juhtimisstruktuur ja kohanemisvõime. Uuringutest selgub, et sõjalised organisatsioonid laiendavad enda lahinguväliseid funktsioone, mis ei ole alati seotud riigikaitsega kitsas tähenduses. (Kaneberg, *et al*, 2016, p.11; Ratchev & Tagarev, 2018, p. 140; Smaliukiene jt, 2020, p. 1106; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 197; Juvan, 2022, p. 77)

Mitmed faktorid nagu kriisi ulatus, tsiviil- ja sõjaväestruktuuride rahastamine ning varasem kriisiohje kogemus, riigijuhtimise süsteem ja riigikord suunavad tsiviilvõime kaasama

kriisiohjesse sõjaväge. Mida ulatuslikum on kriis ja mida suurem ressursipuudus tsiviilasutustel on, seda suurema tõenäosusega kaasatakse kriisilahendusse sõjaväelasi. Mida rohkem on riik sõjaväkke „investeerinud“, seda suuremad on selle võimalused panustada kriisiohjesse ja seda suurema tõenäosusega neid võimalusi kasutatakse. See tõenäosus on veelgi suurem, kui sõjaväe ressursid on mõeldud riskikasutamiseks. Mida rohkem panustas sõjavägi tsiviilkriiside reguleerimisse minevikus, seda suuremad on rahva ja võimude ootused tulevikus. Arengumaades on kriisireguleerimisega tegelevad asutused tihti alarahastatud ja seetõttu on nendes riikides sõjaväe kaasamise tõenäosus suurem. Paindliku administratiivsüsteemiga riigid kaasavad sõjaväge harvem, sest suudavad kriisiohjeks operatiivselt kasutada olemasolevat tsiviilressurssi. Keerulise bürokraatliku süsteemiga riigid kasutavad sõjaväe abi rohkem, kui vajavad kiiret ressursside mobiliseerimist. Sõjaväelaste kaasamise sagedus on otseses sõltuvuses usaldusega institutsiooni vastu riigis. Erinevad ka sõjaväelaste abi kasutamise viisid – humanitaarkriiside käigus väldivad demokraatlikud riigid vahetu sunniga seonduvate ülesannete delegeerimist, militariseeritud ning autokraatlikes riikides on see tavapärane. Üldjuhul ei anna demokraatlikud riigid kriisireguleerimisel sõjalistele organisatsioonidele domineerivat rolli, vaid ainult tsiviilasutuste toetamisfunktsiooni. Juhul, kui sõjavägi osaleb või on hiljuti osalenud suurtes sõjalistes operatsioonides, võib organisatsiooni võimekus kriisireguleerimisse panustada olla madal ning kaasamine on vähetõenäoline. (Ratchev & Tagarev, 2018, p. 141-143; Erickson, *et al*, 2022, pp. 4-5)

Riigid kasutavad sõjaväe struktuure muuhulgas tervishoiukriiside ajal (Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 201). Sõjameditsiini eelis seisneb selles, et sõjaväelased omavad palju personali, parimaid tehnilisi vahendeid, läbivad regulaarselt täiendõpet ning saavad kiiresti oma ressursse mobiliseerida igas geograafilises piirkonnas (Michaud jt, 2019, p. 280; Smaliukiene jt, 2020, p. 1111; Khorram-Manesh, *et al*, 2021, p. 445). Sõjaväelaste ressursside mahukus omab erilist tähendust kriisi ajal, kui tsiviilasutuste võimalused ei vasta vajadusele (Smaliukiene jt, 2020, p. 1111). Tsiviilhaiglate traumahaigete käsitlemise võimekus on tavaliselt väga piiratud, kuna rahuajal ei saabu haiglatesse korraga suurt hulka kannatanuid. Selle võimekuse suurendamine kriisi ajal on tähtis põhjus koostöö arendamiseks (Khorram-Manesh, 2018, p. 649). Mõned riigid arvestavad sõjaväeüksustega kui tsiviilteenistuste koostööpartneri, mitte „viimase võimalusega“ kui planeerivad oma võimekust reageerida ootamatutele kriisidele (Michaud jt, 2019, p. 278). Näiteks, Ladina-Ameerikas peetakse humanitaarkriise riigi julgeolekuohuks ning seetõttu on sõjaväe kaasamine nende lahendamisse rutiinne tegevus (Acacio, *et al*, 2022, p. 3).

Militariseeritud riigid, nagu Pakistan, peavad tsiviilkatastroofide korral sõjaväge hoopis esmareageerijaks (Jabbar & Makki, 2021, p. 2). Euroopa Liidu liikmesriigid integreerivad samuti oma sõjaväestruktuure kriisireguleerimise plaanidesse, mis annab võimaluse reageerida ootamatutele olukordadele kiiresti ja suure jõuga (Mazurkiewicz, 2018, p. 64). Üldistavalt võib öelda, et sõjaväelaste kaasamine hädaolukorra lahendamisse on nähtus, mis toimub kogu maailmas (Araghizadeh, *et al.*, 2020, p. 222). Tsiviil-sõjalise koostöö ulatus on tihti otseses sõltuvuses üldise militariseerimise taseme ning riigi elanikkonna suurusega – väiksematele riikidele on omane ressursside riskasutamine (Strömberg, 2019, p. 49-50).

Sõjalistel organisatsioonidel on väga spetsiifiline võimekus, aga ka suured piirangud võrreldes tsiviilorganisatsioonidega (Michaud, *et al.*, 2019, pp. 279). Selle põhjuseks on muuhulgas see, et sõjaväeorganisatsioonid ei ole algselt loodud täitma humanitaar- või tervishoiuülesandeid, meditsiiniteenistus moodustab neist ainult väikese osa (Gibson-Fall, 2021, p. 156; Jaff, *et al.*, 2022, p. 5). Tsiviilvaldkonna toetusüksuse moodustamine on keeruline protsess, mis nõuab värbamist, finantseeringuid, õigusraamistikku, varustuse soetamist ja väljaõppesüsteemi loomist (Goniewicz jt, 2019, p. 5, Michaud jt, 2019, p. 278). Selliste üksuste juhtimine on keeruline, kuna sõjaväejuhid ei ole reeglina meditsiinivaldkonna spetsialistid ning nad ei oska mõelda ja tegutseda kui tervishoiutöötajad. Sõjaväe peamine eesmärk on turvalisuse tagamine, tervishoiuteenuste pakkumine on kõigest selle alaeesmärk, kuigi rahvatervise toetamine võib olla kooskõlas sõjaväeorganisatsiooni enda või üleriigiliste eesmärkidega (Michaud jt, 2019, p. 277-278). Sõjaväelaste panus kriisides on üldjuhul kiire, kuid lühiajaline ja ei aita likvideerida katastroofi tagajärgi pikaajalises perspektiivis. Mõnikord võib sõjaväe kohalolek isegi häirida teiste asutuste töid, näiteks, kui kriisipiirkonnas tekib lendude prioriseerimise vajadus (Michaud, *et al.*, 2019, pp. 283).

Töö iseloomu tõttu puutuvad sõjamedikud traumadega kokku harvem, kui nende kolleegid tsiviilsektoris, kuigi vigastuste iseloom, millega nad töötavad, on oluliselt tõsisem. Näiteks näevad sõjaväemedikud oma praktikas oluliselt rohkem jäsemete amputatsioone, lahtiseid luumurde ja põletikulisi haavu. Teiste sõnadega, sõjaväe meditsiinikeskustes käsitletakse vähem patsiente, kuid nende seisund on tavaliselt raskem kui tsiviilsektori traumakeskustes (Stinner jt, 2017, p. 11). Katastroofi korral võib eeldada suurt sõjameditsiinile iseloomulike vigastustega kannatanute hulka (Goniewicz jt, 2019, p. 4).

Tsiviil- ja sõjameedikute töö põhimõtted on masskannatanutega olukordades suuresti kattuvad (Bollen & Kalkman, 2022, p. 82). Meedikud kasutavad sarnaseid esmase abi andmise printsiipe (kannatanute triaaž ehk sorteerimine, trauma käsitlemise algoritmid), suursündmuse lahendamise algoritme ning taastusraviprogramme (muuhulgas psühhiaatriline abi). Sõjalistelt missioonidelt saadud teadmised katastroofimeditsiini valdkonnast ja strateegiast on oluliselt arendanud tervishoiuorganisatsioone. Sõjaväe kogemusest on tulenevalt traumahaigete käsitlemisest tekkinud erinevad koolkonnad. Kogemuste jagamine on rikastanud nii sõja- kui tsiviilarstide teadmisi ja vähendanud traumahaigete surmajuhtude arvu. (Back, *et al.*, 2019, p. 284; Khorram-Manesh, *et al.*, 2021, p. 443)

Terrorirünnakute tagajärjel puutuvad tsiviilmedikud oma töös kokku sõjameditsiiniga – näiteks, kui tekib korraga palju kannatanuid ja nende traumad on sarnased sõjavigastustega. Sõjameedikute kaasamine selliste ohvrite abistamisel on kasulik nende väljaõppe tõttu (Hollingsworth & Breeze, 2020, p. 57). Sõjakirurgid saavad jagada oma kogemusi haiglate ettevalmistamisel masskannatanutega olukordadega toimetulekuks. Mõned välismaa organisatsioonid nagu *Association of American Medical Colleges* ja *German Medical Faculty Association* soovivad õpetada katastroofimeditsiini aluseid kõikidele tervishoiuvaldkonna tudengitele. Ka Eestis läbivad kõik arsti- ja õendustudengid sellise väljaõppe. (Varblane, *et al.*, 2014, p. 10; Ünlü, *et al.*, 2016, p. 109; Back, *et al.*, 2019, p. 284)

Tsiviilmedikute tavapärase töö iseloom ei näe ette tegelemist suurõnnetustega, kuid tänapäevased ohud (epideemiad, äkkrünnakud ja muud kriisilukorrad) nõuavad selleks valmisolekut. Tervishoiutöötajate ettevalmistus sellisteks olukordadeks on tihti puudulik. Tsiviil- ja sõjameedikute samaaegne reageerimine sündmusele, milles paljud inimesed saavad kannatada, on kasulik, sest sõjameedikud saavad jagada kogemusi tsivilistidega. Sõjaväearstide väljaõpe näeb ette, et nad peavad töötama erinevates meeskondades, mille liikmetel on erinev taust ja kellega eelnev koostöö puudub – selline ettevalmistus soodustab koostööd tsiviilarstidega kriisi ajal. (Varpio, *et al.*, 2021, p.2)

Tsiviil- ja sõjameditsiini integratsioon on vajalik ka muudel põhjustel. Näiteks toetuvad tsiviilmedikud donorivere varule, mida on vajalik kasutada olukordades, kus haiglatel tuleb korraga tegeleda paljude traumahaigetega. Sõjameedikud kaardistavad vabatahtlikke, keda kutsutakse meditsiinikeskusesse verd loovutama vahetult pärast vajaduse tekkimist. Mõned autorid on jõudnud järeldusele, et tsiviilmedikud sõltuvad liiga palju tundlikust

infrastruktuurist ning sõjaline lähenemine on asjakohane olukordades, kus logistiline ahel on liiga keeruline ja/või ebakindel: näiteks piirkonnas, mis asub kaugel linnadest või kui valmistatakse katastroofideks, mille käigus infrastruktuuri (nt. verepanga) töö võib olla häiritud. (Goforth, *et al.*, 2016, pp. 51-57)

Tsiviil-sõjaline koostöö on kriisi ajal sujuvam, kui tsiviil- ja sõjameedikud kohtuvad omavahel regulaarselt foorumitel, konverentsidel jms. Ühtlasi tasub sõjameedikuid kaasata tsiviilmedikute rutiinsesse töösse – see pakub neile uusi teadmisi ja laiendab erialast profiili. Sõjameedikute katastroofimeditsiini väljaõpe peab muuhulgas sisaldama riigi- ja rahvusvahelist seadusandlust, et tunda erinevate riigisiseste ja rahvusvaheliste organisatsioonide rolli kriisireguleerimisel. Struktuurüksuste ülemad peavad jälgima, kuidas tsiviil-sõjaline koostöö välismaal toimub, et õppida parimatest näidetest. (Michaud jt, 2019, p. 282)

Tsiviilvõimude esindajad on humanitaarkriiside käigus motiveeritud tegema koostööd sõjaliste organisatsioonidega, sest nad tegutsevad kiiresti ja kindlameelselt ning nende kaasamine kriisiohjesse varjab tsiviilasutuste suutmatust reageerida erakorralistele sündmustele. Tsiviilasutuste esindajate vaates on sõjaväelaste kaasamine kriisiohjesse loogiline, sest ei vaja palju rahalist ressursi: sõjalisi organisatsioone finantseeritakse pidevalt, ehk kriisi tekkimise hetkel on neil võimekus ja valmisolek juba tagatud. Kuid samal ajal ei tea tsiviilasutuste esindajad alati sõjaliste organisatsioonide tegelikke võimekusi ja kipuvad neid üle hindama. (Cuny, 2015, p. 153; Bollen & Kalkman, 2022, p. 80; Acacio, *et al.*, 2022, p. 2)

Uuringutes tuuakse välja, et katastroofi korral sõjaväe rakendamisel võivad peamiseks takistuseks saada juriidilised faktorid. Sõjaväelaste rakendamine on raskendatud või võimatu, kui sündmus toimub piiriüleselt: ÜRO juhiste järgi saab sõjaväelasi kasutada katastroofi tagajärgede likvideerimisel riigist väljaspool ainult viimase meetmena (Goniewicz jt, 2019, p. 1; Michaud jt, 2019, p. 280; Boland, *et al.*, 2020, p. 99; Jaff, *et al.*, 2022, p. 5). Muu takistus on sõjaväelaste pidev hõlmatus väljaõppega: kriisi korral ei pruugi nad olla enda teenistuskohas, vaid mõnes muus piirkonnas õppusel. Samuti takistavad koostööd erinevad juhtimisahelad – regionaalsed tsiviilvõimud ei saa anda korraldusi sõjaväelastele, seetõttu on oluline moodustada koordineerimis- või juhtimisplaan juba enne kriisi algust. Vastavate kriisiplaanide puudumisel muutub TSK käivitamine keeruliseks, sest koostöösalistel ei ole selget juhtimisstruktuuri ning organisatsioonid püstitavad endale erinevad eesmärgid ja prioriteedid.



Sõjaväeorganisatsioonide struktuur on hierarhiline ja tsentraliseeritud; tsiviilasutused on suurel määral iseseisvad ja detsentraliseeritud. Julgeolekustruktuuride töö eeldab koostööpartneritega väga piiratud info jagamist, mis takistab laialdast ja läbipaistvat koostööd (Michaud jt, 2019, p. 277). Sõjaliste- ja tsiviilasutuste organisatsioonikultuur on väga erinev ja ei ole koostööpartneritele alati üheselt arusaadav (Bollen & Kalkman, 2022, p. 79-80). Mõned autorid toovad välja, et sõjaväe kaasamine tervishoiukriiside lahendamisse toob kaasa tervishoiusüsteemi militariseerimise, mis omakorda tekitab inimõiguste rikkumise ohu. Lõpuks võib tervishoiuasutuste toetamine võtta üle ressursi, mis on vajalik sõjaliste ülesannete täitmiseks. (Michaud jt, 2019, p. 276; Goniewicz, *et al.*, 2019, p. 3; Araghizadeh, *et al.*, 2020, p. 222; Kalkman, 2020, p. 101; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 197; Khorram-Manesh, *et al.*, 2021, p. 445; Jaff, *et al.*, 2022, p. 7-8; Acacio, *et al.*, 2022, p. 3)

Sõjaliste organisatsioonide kaasamine tsiviilkriiside ohjeldamiseks võib järgnevatel põhjustel olla isegi kahjulik:

- Juhul, kui valitsus eeldab, et sõjaväelased riigi hädaolukorras „päästavad“, ei panusta riik aktiivselt tsiviilasutuste toimepidevusse ja kriisireguleerimise võimekuse arendamisse.
- Sõjaväelaste riigisisene kasutamine võib olla vastuolus kehtivate seadustega. See tähendab, et võimuesindajad eiravad seadusi, kui rakendavad kriisi lahendamisel sõjaväelasi, mis omakorda ohustab demokraatiat.
- Sõjaväelased ei pruugi austada enda rahva vabadust ja õigusi, kui tegutsevad karmilt, eriti kriisi ajal. Lisaks sellele võtavad sõjaväelased, kellel on kiire ja kindel juhtimisstruktuur, otsused vastu oluliselt kiiremini kui tsiviilorganisatsioonid. Selle tõttu võib tekkida mulje, et tsiviilesindajad ei ole suutelised kriisi reguleerima ning esineb oht, et sõjaväelased hakkavad võtma üle kogu juhtimisfunktsiooni.
- Lõpuks, sagedane sõjaväestruktuuride rakendamine riigisiselt takistab tsiviilasutuste arengut (enda võimekuse arendamise asemel loodavad nad koostööle) ning suurendab riigiasutuste sõltuvust nendest. Sõltuvuse tekkimisel saavutavad sõjaväejuhid riigivõimude üle suurema mõjuvõimu, nõuavad oma organisatsioonile ebamääraselt suurt eelarvet ning muid privileege. (Kalkman, 2020, p. 101; Jenne & Martinez, 2021, p. 81; Acacio, *et al.*, 2022, p. 3)

Selleks, et TSK oleks efektiivne ja demokraatlikule riigikorrale võimalikult ohutu, tuleb jälgida põhimõtteid, mis on toodud järgnevas tabelis 1.

Tabel 1. Põhimõtted, mida peab jälgima seoses sõjaväe kaasamisega humanitaarkriisides (Ratchev & Tagarev, 2018, pp. 159-160; autori koostatud)

<b>Põhimõte</b>	<b>Lühikirjeldus</b>
Tsiviilvõimud jäävad alati otsuste langetajateks.	See garanteerib, et kriisireguleerimine toimib tsiviilvõimude plaani kohaselt, mitte sõjaväelaste initsiatiivil.
Sõjaväelaste sekkumine on läbipaistev ning poliitikute poolt juhitud.	Kaitseminister on tsiviilvõimude esindaja kaitsejõududes ning omab täielikku võimu nende tegevuse üle. Ühtlasi kannab ta nende tegevuse üle kogu poliitilist ja juriidilist vastutust.
Juhtimisskeemi iga tasandi tipus on tsiviilvõimud.	Riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasemel määravad ülesanded ja tegevuskavad tsiviilvõimud. Sõjaväelased juhivad ainult enda üksusi.
Sõjavägi peab jälgima subsidiaarsuse ja proportsionaalsuse printsiipe.	Sõjalised üksused peavad olema kaasatud kriisi lahendamisse mitte kõrgemal tasemel ja mitte suuremas mahus, kui olukord nõuab.
Sõjaväe kaasamine on ajutine meede.	Sõjaväe peamine ülesanne on riigi kaitse väliste ohtude eest. Tsiviilvõimud ei saa planeerida, et sõjaväelased reageerivad rutiinselt riigisestele kriisidele ning panustavad nende lahendamisse pika aja jooksul.
Kriisiohjesse kaasatakse vajaliku kogemusega personali ning varustus sobib määratud ülesannete täitmiseks.	Kriisiplaanid peavad nägema ette, milliste ülesannete täitmiseks on võimalik kaasata sõjaväge. Sõjalised juhid peavad eelnevalt määrama, millised üksused vajadusel abipalvele reageerivad ning varustama neid vajalike vahenditega.

Sõjaväelaste kaasamise probleeme saab leevendada, kui riik valmistab ette kindla tegevusplaani, mis määrab sõjaväelaste kaasamise ja koostöökorra teiste organisatsioonidega. Selleks, et sõjaväe kaasamine oleks efektiivne, soovitatakse sõjalistel organisatsioonidel selleks eelnevalt ette valmistada kvalifitseeritud personal ning kriisi käigus allutada sõjaväelasi tsiviiljuhtidele. Teenistujad peavad eelnevalt läbima vastava väljaõppe ja neile peab olema määratud kindel valmisolekutase (Goniewicz jt, 2019, p. 4). Sõjalised üksused, kes osalevad tsiviilsektori toetamises, peavad olema jagatud väikestesse gruppidesse, mida integreeritakse tsiviilasutustega. Sellisel juhul on võimalik vältida liigset militariseerimist ning tsiviilvõimudel on lihtsam sõjaväeüksusi efektiivselt juhtida järgides subsidiaarsuse (ehk lähimuse) põhimõtet. Subsidiaarsus tähendab kriisiohje meetmete rakendamist võimalikult madalal tasandil

(Siseministeerium, 2017, lk. 22). Tähtis on jälgida, et sõjaväelastel ei oleks võimalust kasutada sundi, kui nad osalevad humanitaarkriiside lahendamisel. Selliste ülesannete täitmisel on mõistlik usaldada sõjaliste üksuste juhtimine mitte rivi-, vaid erialaohvitseridele. Tuuakse välja, et TTSK on kasulik nii tsiviil- kui ka sõjameditsiini organisatsioonidele, kuid sõjaväelaste rakendamine kriiside ajal on võimalik ainult juhul, kui sõjaväel on oma rahva seas piisavalt hea maine. (Cuny, 2015, p. 172; Adini, *et al*, 2016, p. 5; Khorram-Manesh, 2018, p. 650; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 201)

Järgnevalt tuuakse kokkuvõtlikus tabelis 2 välja peamised sõjaväe kaasamisega seonduvad eelised, puudused ja takistused humanitaarkriisi ohjeldamisel. Tabel on koostatud tuginedes teemakohase kirjanduse analüüsile.

Tabel 2. Sõjaväelaste rakendamise eelised, puudused ja takistused humanitaarkriiside lahendamisel (Cuny, 2015, p. 153; Goforth, *et al.*, 2016, pp. 51-57; Kaneberg, *et al*, 2016, p.11; Khorram-Manesh, 2018, p. 650; Ratchev & Tagarev, 2018, p. 140; Back, *et al.*, 2019, p. 284; Goniewicz *jt*, 2019, p. 1-5; Michaud *jt*, 2019, p. 276-282; Araghizadeh, *et al*, 2020, p. 222; Smaliukiene *jt*, 2020, p. 1106-1111; Kalkman, 2020, p. 101; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 197-201; Gibson-Fall, 2021, p. 156; Jenne & Martinez, 2021, p. 81; Khorram-Manesh, *et al*, 2021, p. 443-445; Varpio, *et al*, 2021, p.2; Jaff, *et al*, 2022, p. 5-8; Juvan, 2022, p. 77; Bollen & Kalkman, 2022, p. 79-80; Acacio, *et al*, 2022, p. 2-3; autori koostatud)

<b>Eelised</b>	<b>Puudused</b>	<b>Takistused</b>
Sõjaväel on palju struktuurüksusi, mis esindavad erinevaid töövaldkondi	Rakendamine võtab ära ressursi, mida oleks kasutatud sõjaliste eesmärkide täitmiseks	Sõjavägi ei ole loodud täitma humanitaarülesandeid
Range distsipliin, juhtimisstruktuur ja kohanemisevõime	Sõjaväe rakendamine võib häirida teiste asutuste tööd	Sõjaväejuhid ei ole tervishoiuvaldkonnas kompetentsed
Võimekus kiiresti mobiliseerida suuri ressursse	Selge kriisiplaanita püstitavad sõjaväelased oma eesmärgid ja töötavad omaette	Teenistujatele, keda töösse rakendatakse, peab tagama eelnevalt vastava väljaõppe ja määrama valmisolekutaseme
Personal läbib regulaarselt kriisireageerimise täiendõpet ning organisatsioonidel on head tehnilised vahendid	Sõjaväe rakendamine võib kaasa tuua ühiskonna liigse militariseerimise ja kahjustada inimõiguste tagamist	Toetusüksuste moodustamine on keeruline ja ressursimahukas protsess

<b>Eelised</b>	<b>Puudused</b>	<b>Takistused</b>
Tsiviiltöötajad võtavad üle parimad praktikad	Eeldus, et sõjavägi on "riigi päästja", demotiveerib valitsust arendama tsiviilasutuste võimekusi kriisidele reageerida	Sõjaväestruktuuride rakendamine on äärmiselt keeruline piiriüleste sündmuste korral
Aitavad tagada infrastruktuuri toimekindluse	Esineb oht, et sõjaväelased võtavad kriisijuhtimise üle	Teistsugune töökultuur võrreldes tsiviilasutustega (informatsiooni ei jagata, julgeolekut peetakse liialt tähtsaks)
Personali ja vahendite eelnev olemasolu teeb kaasamise rahaliselt odavaks	Elanikud võivad kannatada, kui sõjaväelased rikuvad inimõigusi	Koostöö teiste asutustega on ebaselge eelnevalt kooskõlastatud plaanide ja juhtimisstruktuurita
Sõjaväelased suudavad töötada meeskondades, millel puudub varasem koostöökogemus	Tsiviilvõimud ei tea üldjuhul, mis on sõjaväelaste tegelikud võimekused	Sõjaväeorganisatsioonide rakendamiseks peab neil olema piisavalt hea maine
		Sõjaväelased on üldjuhul hõivatud väljaõppega ja ei pruugi reageerida piisavalt kiiresti

Tabelist 2 selgub, et sõjaväelased suudavad oluliselt suurendada tsiviilasutuste võimekust kriisiohjeks, tehes seda kiiresti ja professionaalselt, kuid riigi julgeoleku ja inimõiguste hinnaga. Sõjaväelaste kaasamine riigisiseste kriiside korral vähendab riigi võimet seista vastu välistele ohtudele. Teine põhiprobleem on juhtimise võimalik ülevõtmine sõjaliste juhtide poolt ning liiga karm tegutsemine, mis võib kaasa tuua tsiviilvõimude juhtiva rolli kaotamise ehk liigse militarismi ning inimõiguste eiramise. Sõjaväelaste kaasamine kriisiohjesse vajab suurt eeltööd – ilma koostööplaanideta, mis oleks moodustatud õigeaegselt ning sõjaliste organisatsioonide ettevalmistuseta on koostöö äärmiselt raskendatud, partneritele ebaselge ja ebaefektiivne.

Toetudes eelpool toodule, võib eeldada, et TTSK areneb edaspidi järgnevates suundades:

- Tsiviil- ja sõjaliste organisatsioonide koostöö arendamine strateegilisel tasandil.
- Tsiviil- ja sõjaliste kriisireguleerimise mehhanismide ühtlustamine.
- Sõjaväe kaasamisega seotud militariseerimise probleemi lahendamine.

Sõjavägi täidab tulevikus kriisi ajal tsiviilasutuste võimelüngad, kuid ei välista võimalust, et nad hoopis distantseeruvad kriisireguleerimise funktsioonist, keskendudes riigi sõjalisele kaitsele (Malešič, 2015, p. 993).

Tuuakse välja, et sõjaväe toetuse võimalused tsiviilsektorile humanitaarkriiside ajal on alauuritud ja pole hetkel piisavalt selged. Tõhusa koostöö eelduseks on eelnevalt kindlaks määratud ülesanded ja tegevusjuhendid, mida sõjavägi peab kriisi ajal täitma. Tänapäeval rakendavad mitmed riigid oma sõjaväeorganisatsioone viimase meetmena olukordades, kus tsiviilasutused ei suuda enam kriisi lahendada – selline koostöö on ebaefektiivne, mistõttu ei soovi tsiviilasutuste esindajad teha aktiivset koostööd sõjaväelastega. Tuuakse välja vajadust uurida riigisisese kriisireguleerimise militariseerimist. (Malešič, 2015, p. 981; Wilen, 2021, p. 21; Jenne & Martinez, 2021, p. 83; Jaff, *et al*, 2022, p. 8; Bollen & Kalkman, 2022, p. 86; Erickson, *et al*, 2022, p. 1, 15)

Alapeatükis käsitletu põhjal võib järeldada, et sõjaväestruktuuride kaasamine mitte-sõjaliste kriiside puhul omab teatud eeliseid. Koostöö laiendamise põhjuseks on uued hübriidohud ning nendele vastav tervishoiusüsteemi areng. Sõjaväeorganisatsioonidel on mitmekesised võimekused, toimepidevus ja kerksusvõime, mis on vajalik kriisiolukorra lahendamiseks. See puudutab meditsiiniteenistust isegi suuremal määral, kui sõjaväelasi üldiselt – sõjameditsiini üksused on loodud selleks, et tegutseda rohkete raskes seisundis kannatanutega olukordades. See tähendab, et nad võivad hädaolukorra lahendamisel tegutseda isegi tõhusamalt, kui nende tsiviilpartnerid. Tsiviil-sõjaline koostöö peab olema suuremahuline ka nn „rahuajal“, sest nii saab lahendada koostööd takistavaid probleeme, et ootamatult tekkinud kriisi lahendamine oleks kiire ja tõhus. Siiski tasub meeles pidada, et sõjaväe kaasamisega on seotud poliitilised, julgeoleku- ja muud ohud, mistõttu saab seda kriisiohjeks rakendada ainult siis, kui tsiviilvõimekused ei ole piisavad.

Järgmises peatükis tehakse ülevaate TSK toimimisest välismaal, et toetada koostöövõimaluste ja -vajaduste uurimist Eestis.

## **1.2 Tsiviil-sõjaline koostöö tsiviilkriisi lahendamisel erinevates riikides**

Antud alapeatükis kirjeldatakse TSK praktikaid erinevates riikides, eesmärgiga tuua välja mitmekesised TSK vormid ning saada aru nende toimimisest või sellest, kuidas nad mõjutavad

teisi riigis toimuvaid protsesse. Alapeatükis pööratakse eraldi tähelepanu TSK-le COVID-19 kriisi ajal.

Looduslikud ja inimtekkelised katastroofid nõuavad tihti kiiret ja efektiivset reageerimist, mida sõjalised struktuurid suudavad pakkuda. Erinevad riigid arvestavad võimalusega rakendada neid kriisidele reageerimisel ja taastamisel, eelkõige nendes valdkondades, kus tsiviilasutused tunnevad ressursside puudust (nt *CBRN* sündmuste korral). Sõjalistel organisatsioonidel on üldjuhul olemas vastava väljaõppega personal, vajalik varustus ja võimalus reageerida sündmustele operatiivselt. Kuid siiski on riigiti sõjaorganisatsioonide rakendamise maht erinev. (Tagarev & Ratchev, 2018, pp. 167-168)

Järgnevalt tuuakse näiteid erinevate riikide tsiviil-sõjalisest koostööst. Näidete valikukeskendutakse sõjaväestruktuuride kriisiolukorras rakendamise erinevatele võimalustele.

**Indoneesia** sõjaväel on vastavalt kaitseministeeriumi valgele raamatule 14 põhifunktsiooni, mille hulgas on reageerimine riigisisestele katastroofidele, humanitaarabi käsitlemine ja põgenike abistamine. Sõjaväel on palju õigusi, näiteks võivad nad alustada tööd kriisipiirkonnas enne, kui valitsus on selle heaks kiitnud – eesmärk on vältida bürokraatiast tingitud ajalist viivitust. Riiklikul kriisikeskusel, kuhu kuuluvad nii ministeeriumide kui ka sõjaväestruktuuri esindajad, on samuti suured volitused. Valitsus määrab iga kriisi raskusastme, kuid kriisikeskus lahendab olukorda iseseisvalt ning vajadusel enne valitsuselt korralduse saamist. Kriisikeskuse pädevuses on muuhulgas riikliku kriisireguleerimise poliitika kujundamine. Sõjaväe eestvedav roll kriisireguleerimises on põhjendatud sellega, et Indoneesias on sagedased looduslikud katastroofid, mis mõjutavad paljusid inimesi – seetõttu peab valitsus neid julgeolekuohuks. (Dieng, 2020, p. 11-12)

Vaatamata sellele, et sõjaväge peetakse Indoneesias kriisiolukordades kiirreageerijaks, antakse korraldused riiklikul tasemel ja seetõttu võivad need viibida. Eriti kui valitsus kinnitab, et tegemist on regionaalse kriisiga ning riiklik juhtimistasandi aktiveerimine ei ole vajalik. Nii juhtus 2018. aastal Palu-Donggalas, kus toimus maavärin, millele järgnes tsunami. Tegemist oli piirkondliku hädaolukorraga, kuid regionaalsete võimude käsutuses olevad asutused olid õnnetuse tagajärjel tegevusvõimetud. Tekkis suur ressursipuudus, kuid riikliku abi taotlemine oli keeruline ja aeganõudev. (Dieng, 2020, p. 49-66)

**Prantsusmaal** ei ole spetsiifilisi seadusi, mis reguleeriks riigisisest tsiviil-sõjalist koostööd hädaolukorras, kuid 2013. aastal andis president välja kaitsepoliitika valge raamatu, mis lubab valitsusel kaasata sõjaväge riigisiseste kriiside korral ning kirjeldab sõjaväe toetuse mahtu ja iseloomu. Aastatel 2009-2019 kutsus Prantsusmaa valitsus sõjaväe riigisiseste kriiside lahendamisel appi mitu korda aastas, millest kõige suuremaks võib pidada terrorivastast operatsiooni „*Opération Sentinelle*“ 2016. aastal (Dahlberg & Dalgaard-Nielsen, 2020, p. 2; Opillard, *et al.*, 2020, p. 246). Riiklikul tasemel on kriisireguleerimise juhtimisorganites laialt esindatud sõjaväelased, kuigi kriisikeskust juhib peaminister. Selline struktuur, kus sõjalise komponendi laialdane kasutamine on võimalik, kuid jääb tsiviilvõimude kontrolli alla ja funktsiooniks on peamiselt tsiviilasutuste toetamine, on omane enamikule Euroopa riikidest. (Ratchev & Tagarev, 2018, p. 151)

Prantsusmaa merevägi toetab igapäevaselt tsiviiltervishoiusüsteemi. Mereväe arstid ja õed reageerivad helikopteritega mereõnnetustele, kus vajatakse meditsiinilist abi. Nad töötavad rutiinselt väeosade meditsiinikeskustes, kus teenindavad sõjaväelasi, kuid saades väljakutse, reageerivad tsiviilasutuste korraldusel mereõnnetustele 15 minutiga. Sõjaväe rakendamine ülesande täitmiseks on otstarbekas tänu sõjaväebaaside geograafilisele paiknemisele mandril ja sõjalaevade patrulli marsruutidele. Meedikute väljaõpe toetab samuti selliste ülesannete täitmist. Siiski leiavad autorid, et merepäästeülesanded võivad tulevikus üle minna tsiviilasutustele. Sõjameditsiini kasutamine merepäästesündmustel on ennast õigustanud, mistõttu hakkasid tsiviilvõimud moodustama tsiviilmeeskondi, millel on sõjaväelastega sarnane väljaõpe ja organisatsioon. Nende meeskondade ilmumist peetakse heaks tsiviil-sõjalise koostöö näiteks, millest võitsid tsiviilasutused, mis võtsid üle kogemuse ning sõjavägi, kes sai kinnituse, et meedikute väljaõpe vastab reaalsele vajadusele. (Guénot, *et al.*, 2019, pp. 98-100)

Vaatamata sellele, et eelmises alapeatükis tuuakse välja vastuargumendid sõjaväe rutiinsele kaasamisele tsiviilülesannetes, on mereväekopterite reageerimine mereõnnetustele sõjaväele kasulik, sest annab võimaluse teenistujatele rakendada ja arendada oma oskusi ja teadmisi. Prantsusmaa on näide demokraatlikust riigist, kus tsiviil-sõjaline koostöö on mahukas nii rahu- kui kriisiajal, kuid riigi militariseerimise tase on madal.

**Brasiilia** võimud kasutavad armeed siseriiklike kriiside ohjeldamiseks regulaarselt (Jenne & Martinez, 2021, p. 81). 2016. aastal rakendasid Brasiilia võimud sõjaväelasi, et võidelda

tervishoiukriisiga, mis oli tingitud Zika viiruse epideemiast. Sõjaväelased tegelesid enamjaolt sääsetõrjega, kuid samuti jagasid elanikele ja turistidele tervisealast infot ja täitsid muid ülesandeid. Sõjaväelaste rakendamine Brasiilias oli riskantne, sest varasemalt osalesid sõjaväelased riigisisestes sõjalistes operatsioonides, mis olid suunatud elanikkonna vastu – seetõttu vajab humanitaaroperatsioon tõhusat meediakampaaniat ning üldine efektiivsus oli madal (riigis on piirkondi, kus sõjaväelastel on ohtlik olla). Vaatamata sellele oli sõjaväelaste panus väärtuslik, sest nende töö iseloom näeb ette ranget distsipliini, hierarhiat ja kindlat juhtimisahelat – see andis võimaluse kriisiga võitlemiseks kiiresti mobiliseerida palju inimesi. Otsus rakendada võitlusesse epideemiaga 220 tuhat sõjaväelast, oli poliitiline ja eksperdid hindavad seda erinevatmoodi: osad arvavad, et see näitas, et Brasiilia valitsus on vastutusvõimeline ja julgeb rahvatervise nimel vastu võtta radikaalseid otsuseid; teised väidavad, et sõjaväe kasutamine oli vajalik väga nõrga tervishoiusüsteemi päästmiseks. Nii suur humanitaaroperatsioon andis sõjaväelastele hea võimaluse parandada oma mainet. (Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 201-203; Jaff, *et al*, 2022, p. 1)

Täna on **Rootsi** sõjavägi kujundatud olema valmis täitma TTSK ülesandeid, k.a. laiapindse riigikaitse osana. Tervishoiusüsteemiga partnerluse kontseptsioon eeldab ressursside jagamist, enda töökorralduse korrigeerimist vastavalt vajadusele, partnerite omavahelist tundmist ja austamist. Rootsi kriisireageerimise ja –reguleerimise süsteem põhineb organisatsioonide vahelisel koostööl. (Khorram-Manesh, *et al.*, 2020, p. e1496)

Rootsis on eraldiseisev sõjaväe tervishoiusüsteem, mille esindajad tegelevad igapäevaselt sõjaväelaste terviseprobleemidega, mis ei ole seotud lahingvigastustega ning teevad palju koostööd kolleegidega tsiviilsektorist. Koostöö käigus jagavad sõjaväemedikud tsiviilarstidega sõjameditsiini kogemust, aitavad koostada traumahaige käsitlemise tegevusjuhendeid ning valida parima varustuse selliste kannatanute abistamiseks. Eksperdid eeldavad, et sõjaväe- ja tsiviiltervishoiusüsteemide sümbioos aitab riigil tulevikus paremini vastu seista sõjalistele ja humanitaarkriisidele. Tuuakse välja, et eraldiseisva sõjaväe tervishoiusüsteemi loomine sobib oma kõrge hinna tõttu ainult suurriikidele, mis osalevad või planeerivad lähitulevikus osaleda sõjalistes operatsioonides. Teistele riikidele sobib ühine integreeritud tervishoiusüsteem. (Khorram-Manesh, *et al.*, 2021, pp. 443-444)



**Poolas** teevad territoriaalsed kaitsejõud aktiivselt koostööd tervishoiusüsteemiga, valmistumaks võimalikeks suurõnnetusteks ning pakuvad tsiviilsektorile katastroofi korral kohalikul tasemel olulist laiapindset toetust (Goniewicz jt, 2019, p. 2).

Territoriaalsed kaitsejõud on Poolas kriisireguleerimise protsessi integreeritud regionaalsel tasemel. Selline lähenemine ühtib Eestis kasutusel oleva lähimuse printsiibiga – „kriisireguleerimisülesandeid täidetakse /.../ võimalikult madalal vajalikul tasandil“ (Hädaolukorra seadus, 2017, § 3). Leitakse, et printsiibi järgimiseks on vaja luua detsentraliseeritud juhtimisstruktuur. Selleks, et üksus saaks elanikkonnale õigeaegselt appi tulla, peab see olema üsna mobiilne ning tegutsema oma reageerimispiirkonnas igapäevaselt elanikkonnale ja koostööpartneritele nähtavalt. Isikkoosseis peab valdavalt koosnema kohalikest elanikest. (Goniewicz, *et al.*, 2019, p. 3)

Muuhulgas on uue loodud väeliigi funktsioonideks päästeoperatsioonide teostamine elanikkonna abistamiseks looduskatastroofide korral, ühiskonna kaitsmine destabilisatsiooni ja väärinfo eest ning küberkaitse. Poola Vabariigi Kaitseministeeriumi kriisireguleerimise plaani kohaselt võib valitsus rakendada sõjaväge looduskatastroofi tagajärgede likvideerimisel järgmiste eesmärkide täitmiseks: ohtude seiramine, otsingud, alade piiramine, evakuatsiooni läbiviimine, korrakaitse tagamine looduskatastroofi piirkonnas, vara kaitse, kommunikatsioonide tagamine. (Goniewicz, *et al.*, 2019, p. 2)

**Leedu Vabariigi** relvajõudude esindajad teevad kriisireguleerimise valdkonnas (s.t. nii ettevalmistamisel kui reageerimisel) koostööd vabariigi ministeeriumide ja ametite ning kõikide kohalike omavalitsustega. Nende sõnul võivad koostööst kõik osapooled, sest kriisi likvideerimine kindlustab muu hulgas riigi julgeolekuolukorra. Lisaks sellele on sõjaväe- ja tsiviilasutustel erinevad võimekused, mille liitmine aitab saavutada eesmärke. Leedus koosneb TSK sellistest koostöövormidest nagu koostööõppused, planeerimine, infovahetus. Järjepidev koostöö õppustel ja planeerimisel aitab sõjaväe ja tervishoiusüsteemi esindajate vahel luua „ühise keele“, mis tuleb kriisi ajal kasuks. Kriisijuhtimine võib olla nii sõjaväelaste kui tsiviilasutuste esindajate käes, sõltudes kriisi iseloomust. (Smaliukiene jt, 2020, p. 1109-1114)

Kuigi Leedu Vabariigi seadused näevad ette tsiviil-sõjalise koostöö võimalusi kriisiolukorras, takistab selle laiemat kasutamist organisatsioonidevaheliste koostöölepingute ja koostöömehhanismide puudus regionaalsel tasemel. Tsiviilasutuste esindajad toovad välja

vajaduse saada ligipääs piiratud juurdepääsuga dokumentidele, mille puudumine takistab koostööd. (Smaliukiene jt, 2020, pp. 1110-1112)

Õppetunnid, mis tulenevad käesoleva alapeatüki näidetest ning mida tasub pidada meeles Eesti tsiviil-sõjalise koostöö korraldamisel, on koondatud tabelisse 3.

Tabel 3. Rahvusvahelisest kogemusest tulenevad õppetunnid (autori koostatud)

Indoneesia	1. Sõjaväe rutiinne kaasamine tsiviilkriiside lahendamisse on põhjendatud, kui kriise on palju ja nad põhjustavad julgeolekuohu; 2. Koostöö koordineerimine liiga kõrgel strateegilisel tasemel takistab reageerimise kiirust ja paindlikkust, mis on kriisiohjeks vajalikud.
Prantsusmaa	Sõjaväe läbimõeldud kaasamine kriisiohje protsessidesse ning isegi siseturvalisuse valdkonna rutiinsesse tegevusse võib olla kasulik ja turvaline.
Brasiilia	Sõjaväelaste rakendamine siseriiklikesse humanitaaroperatsioonidesse parandab nende mainet, kuid eelneva halva maine korral on nende efektiivsus madal.
Rootsi	Väga aktiivne koostöö tsiviil- ja sõjameditsiini vahel on kasulik mõlemale valdkonnale.
Poola	Poolas rakendatav lähenemine eeldab sõjaväe kaasamist regionaalsel tasemel mitmekesiste funktsioonide täitmiseks, kuid tervishoiualase kriisi korral sekkub sõjavägi vaid toetustegevustega, sõjameedikud tervishoiuteenuseid ei osuta.
Leedu	Leedu spetsialistid lähtuvad sellest, et kiire kriisi lahendamine kindlustab julgeolekuolukorra, mistõttu tuleb sõjaväge aktiivselt kriisiohjesse kaasata.

TSK hädaolukorras **Euroopas** on üldistavalt kirjeldatud järgnevas tabelis 4.

Tabel 4. Euroopa riikides levinud tsiviil-sõjalise koostöö praktikad (Tagarev & Ratchev, 2018, pp. 169-170; autori koostatud)

Tsiviilasutuste ressursside suurendamine toetuse abil	Koostöövorm, kus sõjaväelased täidavad ainult toetusfunktsiooni ja alluvad tsiviilasutuste esindajatele. Sobib, kui sõjaväelased asuvad geograafiliselt lähedal või tsiviilasutus vajab kiiresti palju täiendavat inimressurssi.
Sõjaväeressursside eraldamine tsiviilasutustele	Personali (spetsialistide), varustuse (telgid, tekid, veepuhastusvarustus), transpordi (nt. rasketehnika) laenamine tsiviilasutustele, kes juhivad kriisiohje protsessi.
Kriisireageerimise rakendamise üksuste	Sellised üksused eksisteerivad ainult teatud riikides ning üldjuhul täidavad võimelünki (näiteks <i>CBRN</i> ). Selliste üksuste juhtimine võib toimida

	sõjaliste kanalite kaudu või neid allutatakse kriisistaabi alluvusse. Mõnes riigis tegelevad sellised üksused kriisi ennetamisega igapäevaselt.
Sõjaväeorganisatsioonid vastutavad osaliselt tsiviilfunktsioonide täitmise eest	Selline praktika nõuab eelnevat pikaajalist võimekuse loomist. Ei sobi eelneva planeerimise ja väljaõppeta.
Julgeoleku- ja politseifunktsiooni toetamine	Vajab kindlat juhtimist tsiviilasutuste poolt. Riskantne praktika, sest sõjaväelased võivad kasutada vahetut sundi enda rahva esindajate vastu. Rakendatakse juhul, kui sisejulgeolekuohud on tavapärasest oluliselt suuremad.

Esitatud näidetest järeldub, et paljudes Euroopa riikides on hädaolukorras TSK laialdane. Sõjavägi võib täita väga erinevaid, kuid valdavalt toetavaid funktsioone. Sõjaväestruktuurid valmistuvad „rahuajal“ toetama tsiviilasutusi kriisi ajal, ehk mõistavad enda rolli tsiviilasutuste koostööpartnerina. Erinevate Euroopa riikide TSK peamine sarnasus seisneb selles, et tsiviilvõimud säilitavad omapoolse juhtimise kriisireguleerimise protsessis, kuigi koostööpraktikad varieeruvad. Nende Euroopa riikide hulgast, mida käesolevas töös vaadeldakse, on ainult Leedus võimalik teatud tingimustel juhtimise üle andmine sõjaväejuhtidele.

Võrreldes Euroopaga on teistes riikides TSK kohati veelgi mahukam ja sagedasem. Kõrgelt militariseeritud või sagedaste kriisiolukordadega riikides võib sõjaväelaste panus riigisisestes kriisides olla kiire ja ulatuslik.

### **1.2.1 Tervishoiualane tsiviil-sõjaline koostöö erinevates riikides COVID-19 kriisi lahendamisel**

Ülemaailmne COVID-19 pandeemia tekitas väga paljude riikide tervishoiusüsteemis kriisi. See pretsedent on käesoleva magistr töö vaates oluline, sest annab võimaluse uurida, kuidas erinevad riigid on rakendanud sõjaväestruktuure, reageerides samal ajal sarnasele olukorrale. Ootamatus pandeemias ilmnesid riikide kriisideks ettevalmistuse, kaasa arvatud TTSK tugevad ja nõrgad küljed. Pandeemia sundis paljusid riike kriisiohjeks kasutama enda sõjaväge, mis tõestas, et kaasaegse sõjaväe roll on oluliselt laiem, kui riigi sõjaline kaitse (Wilén, 2021, p. 20). Kirjeldatakse, et 1. augustiks 2020 oli 95% riikidest kaasanud pandeemiast tingitud kriisi ohjesse sõjaväge, 66% olid andnud sõjaväelastele ülesandeid, mis seonduvad

tervishoiusüsteemi toetamisega (Erickson, *et al*, 2022, p. 9). Varasemalt kasutasid riigid sõjaväestruktuure siseriiklikult inimtekkeliste ja looduslike katastroofide tagajärgede likvideerimisel, kuid COVID-19 kriisi käigus tekkis neil uus eesmärk: tervishoiusüsteemi toetus epideemia ajal. (Wilén, 2019, p. 28; Khorram-Manesh, *et al.*, 2022, p. 13; Juvan, 2022, p. 73-74)

Pandeemia ajal rakendasid riigid üle maailma tervishoiukriisi lahendamisel sõjameedikuid. Sõjaväe panus varieerus sõltuvalt pandeemiaeelsetest kriisiplaanidest, kriisi ulatusest riigis, tervishoiusüsteemi vastupidavusest ja isegi kultuurilistest ja institutsionaalsetest omapäradest. Mõned riigid ei kasutanud sõjaväe meditsiiniteenistust tervishoiusektoris üldse, teised rakendavad sõjameedikuid rutiinselt ka tavapärasel ajal ja kolmandad kutsusid sõjaväge tervishoiusüsteemi tugevdamiseks appi ainult eriolukorras kindlatel tingimustel. Sõjaväeorganisatsioonidel on huvi pandeemiast tulenevale kriisile reageerimise vastu, sest kriis ohustab nende enda võimet riiki kaitsta. Lisaks näitab panus pandeemia ohjeldamisse ühiskonnale, et sõjavägi on vajalik ja efektiivne. (Gibson-Fall, 2021, p. 156; Reis, 2021, p.2; Yan, *et al*, 2020, p. 762; Kamradt-Scott & Smith, 2020, p. 198)

Paljud riigid puutusid kokku tervishoiutöötajate ja -varustuse puudusega. Selleks, et vähendada kriisi mõju, kasutati kõiki kättesaadavaid reserve, kaasa arvatud sõjaväge. Kriisi mõju leevendamiseks oli vaja kiiret ja suuremahulist reageerimist, mis ongi sõjaväelastele omane (Acacio, *et al*, 2022, p. 2). Sõjaväelasi rakendati nii kodumaal kui saadeti ka teiste riikidesse. Sõjaväe toetus tsiviilsektorile tervishoiukriisi ajal ei piirdu meditsiiniressursi suurendamisega. Sõjaväelased viisid läbi logistilisi operatsioone, et toetada kohalikke omavalitsusi, nende abil tugevdati piirikaitset, kohati suunati sõjatööstust tootma isikukaitsevahendid, mõnes riigis puhastasid sõjaväelased tänavaid ja viisid läbi testimisi. Mõned Euroopa riigid delegeerisid sõjaväele osa politsei funktsioone nagu elanike liikumise jälgimine ja liikumispiirangute järelevalve. COVID-19 pandeemiale sarnase olukorraga on varem kokku puutunud mitmed Aafrika riigid 2014-2016 aastatel Ebola viiruse epideemia käigus, seega on tervishoiuvaldkonna toetamiseks rakendatud sõjameditsiini ka enne käesolevat pandeemiat, kuid mitte globaalselt. (Villarreal, 2020, p. 231; Kalkman, 2020, p. 99-100; Wilén, 2021, p. 22; Juvan, 2022, pp. 73-79)

Sõjaväe kaasamisega pandeemia kriisi lahendamisse seonduvad teatud ohud. Näiteks võib tuua sõjaväelaste nakatumise riski. Sõjaväelaste majutustingimused, töökorraldus ja muud aspektid

välitavad sotsiaalse distantseerumise võimalusi. Sõdurid nakatavad tsiviiliskuid, kui nakkus nende endi seas kiiresti levib. Mitmed faktorid ohustavad sõdurite vaimset heaolu: selleks on nii nakatumise oht, kui ka pikenenud välislähetused, uudsed tööülesanded, milleks ei ole eelnevat väljaõpet jms. Pandeemia ajal jäeti ära suurõppused – see ohustab julgeolekuolukorda, sest sõjaväelased ei saa testida oma võimeid ja viia läbi nõutaval tasemel väljaõpet. Sõjaväe ressursi eraldamine tsiviilkriisi ohjeldamiseks vähendab riigikaitseks kättesaadavate ressursside mahtu. Lisaks sellele võib sõjaväestruktuuride rakendamine piirangute järelevalveks kahjustada nende mainet oma riigis. (Wilén, 2019, p. 27-29)

Sõjaväeorganisatsioonide huvid pandeemiast tingitud kriisi ohjeldamises osalemiseks on välja toodud järgnevas tabelis 5.

Tabel 5. Sõjaväeorganisatsioonide huvid pandeemiast tingitud kriisi ohjeldamises osalemiseks (Kalkman, 2020, p. 100; autori koostatud)

Oht julgeolekuolukorrale	Epidemiast tingitud piirangud ning haigestumised sõjaväelaste hulgas piiravad organisatsioonide tegevusvõimalusi.
Poliitiline huvi	Sõjaväestruktuurid tõestavad enda vajalikkust ning sunnivad selle kaudu valitsust suurendama nende eelarvet.
„Kriitilise tähtsusega roll“	Sõjaväelased näitavad enda töövõimet ja –kultuuri, koostöö arenedes võtavad järjest rohkem juhtimist üle ning samal ajal õpetavad tsiviilasutustele kriisi lahendamist soodustava juhtimisstruktuuri loomist.

Järgnevalt tuuakse näiteid TSK-st pandeemia ajal erinevates riikides, mis illustreerivad eelnevalt kirjeldatud sõjaväe kaasamisega seotud kasu ja ohtude realiseerumist.

2020. aastal käivitati **Prantsusmaal** „*Operation Resilience*“, millega kaasati 15 000 sõjaväelast nakkushaigusest tekkinud kriisi ohjeldamisse. See oli võimalik tänu sellele, et Prantsusmaal on juriidilised alused sõjaväe kasutamiseks ohu korral rahvatervisele samad, nagu ka muude kriiside puhul. 2020. aasta märtsis paigaldas Prantsusmaa sõjameditsiiniüksus 30-kohalise välihaigla Alsace linna tervishoiusüsteemi toetamiseks. Sõjaväelaste poolt püstitatud välihaigla oli sisustatud intensiivraviks vajaliku varustusega ning ravistandardid olid identsed tavahaiglatega. Lisaks sellele tegelesid sõjaväelased haigete transpordiga erinevate haiglate vahel selleks, et vältida haiglate ülekoormust või suunata patsienti talle sobivasse raviasutusse üle kogu riigi – selleks kaasati õhu- ja mereväeüksused. Operatsiooni käigus

moodustati ainulaadsed „tervishoiu toetamise üksused“, mis täitsid järgnevaid ülesandeid: toetasid haiglate üldist funktsioneerimist, tegelesid haigete ja kaupade transpordiga, haiglate füüsilise kaitsega. Ka sõjaväehaiglad võtsid vastu peaaegu 10 000 COVID-19 koroonaviirusesse haigestunud patsienti, kelle hulgas olid nii sõjaväelased kui ka paljud tsiviilisikud. (Kalkman, 2020, p. 99; Deserts, *et al*, 2020, p. 361, Opillard, *et al.*, 2020, p. 241; Gad, *et al*, 2021, p. 238; Pasquier, *et al*, 2021, p. 1; Juvan, 2022, p. 81)

Prantsusmaa sõjaväe panus kriisiohjesse oli Euroopa riikidele omane: kuigi sõjavägi reageeris suurte jõududega, oli kogu jõupingutus suunatud tsiviilsektori toetamisele seal, kus ilmnesisid suurimad võimelüngad.

**Hiina** Rahvavabastusarmee osales aktiivselt COVID-19 kriisi ohjeldamises Hiinas – pakkudes muuhulgas tervishoiusüsteemile meditsiinipersonali ja vahendeid. Sõjaväelased koostasid epidemioloogilisi protokolle, mille abil võeti nakatumine kontrolli alla ja ennetati uusi nakatumisi. Sõjaväe tervishoiuspetsialistid aitasid kaasa vaktsiini väljatöötamisele. (Prathibha, 2020, p. 1)

Rahvavabastusarmee reageeris kiiresti COVID-19 ohule: 2020. aasta jaanuaris saatis õhuvägi epideemia ohjeldamiseks Wuhani 1600 meedikut. Järgmiseks kuuks oli Wuhanis juba 6600 spetsialisti Hiina erinevatest regioonidest. Wuhani saadetud meedikud, olid eelnevalt töötanud erinevates väeliikides ja kaitseringkondades. Kokku töötas Wuhani haiglates umbes 10 000 sõjameedikut, kes muuhulgas juhtisid infektsioonihaigete ravi tsiviilhaiglates. Kolm haiglat läksid üle sõjaväe vahetu juhtimise alla. Sõjaväelaste abi maht suurenes proportsionaalselt kriisi eskaleerumisega ning tervishoiuvaldkonna vajadustega. Ainuüksi Wuhani saadeti 8500 tonni majapidamistarbeid, 31 600 komplekti isikukaitsevahendeid ja muud varustust ning 4 miljonit kaitsemaski. Selleks kasutati kokku 130 transpordivahendit. Kriisiohje toimus nii riiklikul kui kohalikul tasemel. 28 väiksemat sõjaväeringkonda saatsid enda personali kohalikele omavalitsustele appi: nad tegelesid desinfektsiooni, transpordi ja epidemioloogilise propaganda ülesannetega. (Kalkman, 2020, p. 99; Prathibha, 2020, pp. 4-5)

Rahvavabastusarmee koordineeris oma allüksuste vahel abi tsiviilsektorile vastavalt suurenevale vajadusele. Kaitseringkonnad, mille koormus seoses kriisiga oli väiksem, abistasid teisi: näiteks, Ida Kaitseringkonna üldhaigla saatis oma personali Tiibetisse, mis asub Lääne Kaitseringkonna piirkonnas. (Prathibha, 2020, p 5)

Hiina Rahvavabariik on väga militaristlik riik ning valitsus ja elanikkond eeldasid sõjaväelt kiiret ja suuremahulist ohule reageerimist. Hiinas toimus osaline kriisijuhtimise funktsiooni üleandmine sõjaväele – see on omane militaristlikele riikidele. Sellise lähenemise korral võib oodata inimõiguste rikkumist ning tänaseks on olemas andmed, mis kinnitavad, et see ka toimus (Joseph, 2020, p. 10).

**Pakistani** näide pakub erilist huvi, sest sõjavägi omab selles riigis kõikide kriiside lahendamisel juhtivat rolli. 2019. aastal uuendati Pakistanis „*National Disaster Response Plan*“. Uuenduse eesmärk oli moodustada terviklik üleriigiline kriisireguleerimise lähenemine. Siiski sai valitsus 2020. aastal palju kriitikat, sest uus kriisiplaan ei sobinud hästi epideemiast tingitud kriisi ohjeldamiseks. Sõjaväe domineeriva rolli põhjus kriisireguleerimises on ilmselt riigi geograafiline asukoht: Pakistanis toimub palju maavärinaid, üleujutusi ja muid paljude kannatanutega looduskatastroofe, mis vajavad kiiret ja suuremahulist reageerimist, mida sõjavägi suudab pakkuda. (Jabbar & Makki, 2021, p. 2-4)

2020. aasta alguses olid Pakistani tervishoiusüsteemi ressursid väga piiratud (valdkond tugevalt alarahastatud). Spetsiifilise hädaolukorra plaani puudumise tõttu koostas valitsus „*National Action Plan*“ vahetult pärast seda, kui Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) oli teavitanud, et tegemist on pandeemiaga. Tsiiviilasutused polnud kriisiks valmis: ei olnud tegevusplaan, rahalisi vahendeid, isikukaitsevahendeid. Enneolematu kriis tõi kaasa senisest suurema TSK, sest sõjaväelastel oli varasem kriisiohje kogemus ning teatud võimekus. Valitsus moodustas „*National Command Operation Centre*“ (NCOC), mis on ühine tsiiviil- ja sõjaväestaap. NCOC-i moodustamine aitas võtta vastu kiireid otsuseid ning määrata kriisiohjeldamise strateegilised suunad. NCOC tegeles majanduslike probleemidega, töötas välja nakatumise ennetamise meetmeid, moodustas olukorrateadlikkuse süsteemi ning tegeles paljude muude valdkondadega. (Jabbar & Makki, 2021, p. 4- 5)

Lisaks juhtimisfunktsioonile andsid Pakistani sõjaväelased olulise panuse logistiliste ülesannete täitmisel: üle kogu riigi transporditi teste, ravimeid, isikukaitsevahendeid. Liikumispiirangute kehtestamine külades ja linnades oli ka üks sõjaväe ülesanne. Isegi sõjaväehaiglad profileeriti ümber tsiiviilpatsientide jaoks mõeldud nakkushaiglateks. (Jabbar & Makki, 2021, p. 5)

Pakistan on näide riigist, mille kõrge militariseerimine on seotud sagedaste kriisiolukordadega ning alarahastatud tsiviilsektori kriisireguleerimise mehhanismidega. Pakistanis mängib sõjavägi kriisiohjes suurt rolli, panus on kiire, suuremahuline ning sõjaväelased on kaasatud juhtimisse riiklikul tasandil.

**Argentiina** sõjavägi panustas samuti väga palju oma riigis COVID-19 kriisi lahendamisse. Kuid erinevalt Pakistanist säilitasid tsiviilvõimud omapoolse juhtimise. Argentiina näide on huvitav selle poolest, et kriisireguleerimise juhtiv ministeerium oli tervise- ja kaitseministeerium ning kaitseministeerium oli selle alluvuses. 80% kaitseministeeriumi teenistujatest osalesid kriisiohjes ühel või teisel moel. Nagu ka eelnevates riikides, seisnes sõjaväelaste panus logistilises toes, meditsiinipersonali ja -varustuse üleandmises tervishoiusüsteemile, kuid mitte avaliku korra kaitses. Sõjaväelastel oli keelatud kasutada enda ülesannete täitmisel vahetut sundi ning isegi kanda relvi. Sõjaväelased aitasid kriisi ajal ühtlasi ka siseministeeriumit, kuid nende funktsioonid piirdusid jälgimisega: näiteks sõjaväe helikopterid jälgisid tänavatel inimesi, kuid sõjaväelased ei sekkunud, kui elanikud liikumispiiranguid eirasid – sellest teavitati politseid. (Acacio, *et al*, 2022, p. 8-9)

Argentina on näide riigist, kus sõjaväelasi rakendati sarnasel viisil nagu Euroopas. Tulemuseks on efektiivne toetus tsiviilsektorile inimõigusi rikkumata (Acacio, *et al*, 2022, p. 9).

**El Salvadori** näide on samuti iseloomulik, sest selles riigis realiseerusid sõjaväe kaasamise riskid. Kriisi käigus andis valitsus juhtimise üle kindralile, kes andis aru ainult presidendile. Muud tsiviilvõimude järelevalvet ei olnud. Sõjaväelased kaasasid kriisijuhtimisse sisejulgeoleku esindajaid, kellega koos jagati suurt kontrollimatut võimu. Julgeolekustruktuurid täitsid kriisiohjeldamise käigus paljusid ülesandeid, kuid sellega kaasnesid vahetu sunni laialdane kasutamine ning arvukad kinnipidamised piirangute eiramise tõttu. Selline lähenemine tõi kaasa isegi tervishoiusüsteemi osalise militariseerimise: piirangute eirajaid saadeti karantiinikeskustesse, mida juhtisid tervishoiutöötajad, kuid kohapeal oli suur hulk sõdureid ja politseinikke. Karantiinikeskustes rikuti massiliselt inimõigusi. (Acacio, *et al*, 2022, p. 12)

Riigid nii Euroopas kui ka mujal maailmas kasutasid koroonakriisi ohjeldamisel sõjaväeüksusi. Sõjaväelasi rakendati erinevas mahus ja erinevate tööde teostamiseks, sõltuvalt sõjaväe struktuurist (professionaalne või ajateenijate armee), kättesaadavusest ja võimekusest.



Üldistavalt võib öelda, et sõjaväelaste rakendamise maht ei vastanud kriisi suurusele: mõnes riigis oli sõjaväe roll kriisiohjeldamises minimaalne ja teistes, kus militarismi tase on kõrge, hoopis juhtiv. Tuleb mainida, et demokraatlikes riikides hoidsid COVID-19 kriisi ajal tsiviilasutused juhtimise enda käes (Wilén, 2019, p. 28). Täidetud funktsioone võib jaotada kolmeks sagedasemaks: tervishoiusüsteemi abistamine vältimaks arstiabi kättesaamatuks muutumist; välihaiglate püstitamine; sõjameedikute suunamine tsiviilhaiglatesse tööle ning kaheks harvemini esinevaks: rahva liikumise kontroll (politsei funktsioonide toetamine) ja suveräänsuse kindlustamine (nt piirikontroll). Harvem kasutasid Euroopa riigid õhuväevõimekust, et tuua oma kodanikke kodumaale, kui tavapärased lennud ära jäeti. (Wilén, 2021, p. 22; Gad, *et al*, 2021, p. 238; Opillard, *et al.*, 2020, p. 253; Gibson-Fall, 2021 p.155)

Sõjaväelaste poolt enim täidetud funktsioonid on välja toodud koondtabelis 6.

Tabel 6. Sõjaväe poolt täidetud funktsioonid COVID-19 kriisi ajal Euroopa riikides (Opillard, *et al.*, 2020, p. 253; autori koostatud)

Arstiabi kättesaadavuse toetamine	Sage
Välihaiglate püstitamine	Sage
Meedikute suunamine tsiviilhaiglatesse tööle	Sage
Politsei funktsioonid	Harv
Suveräänsuse kindlustamine	Harv
Välispoliitilised (kodanike toomine välismaalt)	Üksikjuhtumid

Täna võib kindlalt öelda, et sõjaväelased ja nende paralleelne meditsiinisüsteem võivad oluliselt suurendada tervishoiusüsteemi võimekust COVID-19 pandeemia ajal, kuid nende rakendamine ei ole alati majanduslikult ratsionaalne – sõjaväe rakendamisega seonduvad suured kulud. Kirjanduses tuuakse välja, et sõjalised organisatsioonid üle maailma demonstreerisid enda võimet olukorraga adapteeruda ja enda kodumaal kriisile reageerides täita väga erinevaid ülesandeid, mis omakorda tekitab arutelu selle üle, milliseid funktsioone peab kaasaegne sõjaväestruktuur riigis täitma. Pandeemia käigus tõestasid sõjaväestruktuurid üle maailma enda tähtsat rolli kriisiohjes. Võib eeldada, et edaspidi arvestavad riigid rohkem sõjaväe kui institutsiooniga, millel on kriisireguleerimise valdkonnas omad funktsioonid, kaasa arvatud epideemia korral. (Wilén, 2021, p. 25-29; Gad, *et al*, 2021, p. 241; Jenne & Martinez, 2021, p. 80; Erickson, *et al*, 2022, p. 13).

Ülemaailmne pandeemia tõi esile sõjaväe uue rolli XXI sajandi praktikas: sõjaväelised organisatsioonid ei kaitse enam riike ainult välise sõjalise sissetungi eest, vaid on lisaks oluline tsiviilkriisi lahendamise instrument. Käesoleva peatüki andmed kinnitavad väidet, et tsiviilsõjaline koostöö on tõhus ja mahukas, kui sellel puuduvad olulised takistused nagu liigne bürokraatia. Mõnes riigis realiseerusid sõjaväestruktuuride rakendamisega militariseerimise ja inimõiguste rikkumiste riskid – see tõestab, et sõjaväe kaasamine peab olema läbimõeldud ja ei tohi olla vajalikust mahukam.

Autor leiab, et magistritöö oleks väärtuslikum, kui käesolevas peatükis oleks saanud välja tuua TSK näiteid (COVID-19 kriisist, muudest hädaolukordadest või nendeks ettevalmistamisest) selgelt militaristliku valitsusrežiimiga riikidest, kuid autor ei tuvastanud kättesaadavatest allikatest (*Google Scholar, EBSCO, SAGE*) vastavateemalisi aktuaalseid uuringuid. Võib oletada, et vastavasisuliste uuringute puudus on tingitud sellest, et maailmas ei ole jäänud palju militaristlikke riike ning nendes ei soodustata sõjalisi teemasid käsitlevate uuringute rahvusvahelist avalikustamist.

## 2. KAITSEJÕUDUDE KAASAMISE VAJADUS JA VÕIMALUSED TSIVIILKRIISIS

### 2.1 Uuringu metoodika tutvustus

Käesoleva uuringu strateegia on kirjeldav (*descriptive research*), mis näeb andmekogumise meetodina ette poolstruktureeritud intervjuude kasutamist. Kirjeldava uuringu strateegia rakendamisel analüüsitakse andmeid paralleelselt uute andmete kogumisega. See sobib eesmärgiga jagada uuring kaheks etapiks: esimeses etapis uuritakse tervishoiusüsteemi esindajate (edaspidi *tsiviilekspertid*) vajadusi ja ootusi Kaitseväe toetuse osas tsiviilkriisis; teises etapis intervjuueeritakse julgeolekuvaldkonna esindajaid (edaspidi *sõjaväekspertid*). Nende intervjuueerimiseks koostakse eraldi küsimustik tuginedes tsiviilekspertidega läbi viidud intervjuude tulemustele. Kogu andmekogumise protsess on suunatud nähtuse kirjeldamisele. (Lambert & Lambert, 2012, p. 255-256)

Empiirilise uuringu andmekogumise meetod on poolstruktureeritud intervjuud ehk eelnevalt planeeritud intervjuud, mille käigus esitakse intervjuueeritavale lahtisi küsimusi ning vajadusel dialoogi käigus tekkivaid lisaküsimusi. Käesolevas uuringus suheldakse ekspertidega individuaalselt, üldjuhul distantsilt, kasutades *Microsoft Teams* arvutiprogrammi, mis võimaldab intervjuude salvestamist hilisemaks transkribeerimiseks. Üksikud intervjuud on läbi viidud füüsilisel kohtumisel. Transkribeerimisel kasutatakse veebirakendust „Veebipõhine kõnetuvastus“ (Olev & Alumäe, 2022). Distantsilt intervjuueerimine on sobivam ekspertidele, kes asuvad erinevas linnas ning tagab paindlikumaid ajaplaneerimise võimalusi, kuid ei mõjuta andmete kvaliteeti. Kõige tähtsam küsimus, mis määrab intervjuu fookuse, esitakse esimesena. Esitatavaid küsimusi kohandatakse lähtudes intervjuueeritava eksperti taustast juhul, kui see on uuringule väärtuslik. Küsimustike koostamisel lähtutakse peamiselt eesmärgist vastata uurimisküsimustele ning tuginetakse I peatükis kirjanduse ülevaatest saadud sisenditele. (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006, p. 314-316)

Intervjuudest saadud andmete analüüsiks kasutatakse kodeerimist ehk intervjuude transkribeeritud lõikude grupeerimist ja sorteerimist ning seejärel jagamist omavahel seotud gruppideks (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006, p. 318; Williams & Moser, 2019, p. 47). Selleks kasutatakse *Microsoft Excel* arvutiprogrammi, mis pakub võimalust kvalitatiivseid andmeid

grupeerida. Koodide grupeerimine toimub etapiviisiliselt: alustatakse avatud kodeerimisest (*open coding*), mille käigus saavutatakse suurem kogus koodi ehk sarnase sisuga ütluseid. Seejärel sarnased esialgsed koodid grupeeritakse alakategooriateks telgkodeerimise (*axial coding*) kaudu ning teise järgu koodidest sünteesitakse tuumikkoodi (*selective coding*) ehk koodide kategooriaid. Esimese uuringuetapi (intervjuud tervishoiuekspertidega) tulemuste põhjal koostatakse küsimustik teise etapi jaoks (intervjuud Kaitseväe esindajatega) ning täiendavaid andmeid analüüsitakse analoogselt. (Walia, 2015, p. 2-3; Williams & Moser, 2019, p. 54)

Üksikud eksperdid saatsid pärast intervjuud e-posti teel oma vastustele täiendusi. Kirjadest saadud sisendid on kodeeritud sarnaselt intervjuude sisule.

Ekspertide valikul lähtutakse maksimaalse variatiivsuse valimist ehk otsitakse võimalikult erineva taustaga eksperte (Koerber & McMichael, 2008, p. 464). Antud uuringu puhul see tähendab, et esimeses etapis otsitakse eksperte, kellel on töökogemus tervishoiusüsteemi erinevates valdkondades ning teises etapis Kaitseministeeriumi valitsemisalas, peamiselt Kaitseväes. Saturatsiooni saavutamiseks ja teema laiemaks avamiseks kasutatakse lisaks lumepallivalimit ehk intervjueritava eksperdi soovitusi järgnevate intervjueritavate valikul (Cohen & Arieli, 2011, p. 424; Bhardwaj, 2019, p. 162). Lumepallivalim on sobilik, sest autorile on teada ainult üksikud eksperdid, kes kvalifitseeruvad antud magistr töö teemal intervjuerimiseks, kuid autor eeldab, et intervjueritavad suunavad autorit teiste magistr töö tingimustele vastavate erialaekspertide juurde. Lumepallivalimi kasutamisel tuleb arvestada kallutatuse ohuga, kuid antud uuringu puhul on see aktsepteeritav, sest Eestis on TSK valdkonnas vähe eksperte. Lumepallivalimit kasutatakse saturatsiooni tunnuseks: saturatsiooni loetakse saavutatuks, kui intervjueritavad eksperdid suunavad uurijat valdavalt juba intervjueritud kolleegide poole.

Uuringu esimeses etapis püütakse tsiviilekspertide intervjuerimise käigus välja selgitada TTSK vajadusi ja ootusi (intervjuu küsimused on välja toodud lisas 1) ning seeläbi vastata kahele esimesele uurimisküsimusele. Intervjueritud tsiviilekspertide nimekiri on välja toodud tabelis 7.

Tabel 7. Tsiviilekspertide intervjuude loetelu (autori koostatud).

<b>Nimi</b>	<b>Asutus ja ametikoht</b>	<b>Staaž valdkonnas (aastas)</b>	<b>Kuupäev</b>	<b>intervjuu pikkus (minutites)</b>	<b>Koodide arv</b>
CIV1	Sotsiaalministeerium	20	11.01.23	22	48
CIV2	Sotsiaalministeerium	20	09.01.23	28	39
CIV3	Terviseamet	3	19.01.23	27	19
CIV4	Terviseamet	5	06.01.23	43	46
CIV5	Terviseamet	7	17.01.23	23	22
CIV6	Tallinna kiirabi	21	13.01.23	28	34
CIV7	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	6	09.01.23	17	35
CIV8	Tartu kiirabi	28	17.01.23	28	57
CIV9	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	35	25.01.23	31	34
CIV10	Lääne-Tallinna Keskaigla	16	06.01.23	39	46
CIV11	Pärnu Haigla	35	10.02.23	44	39
CIV12	Lõuna-Eesti Haigla	38	07.02.23	51	52
CIV13	Tartu Ülikooli Kliinikum	32	03.03.23	25	19
CIV14	Põhja-Eesti Regionaalhaigla	28	20.03.23	37	33
CIV15	Tartu Ülikooli Kliinikum	8	21.02.23	17	23
CIV16	Valga Haigla	17	13.03.23	29	24
CIV17	Perearst	10	25.01.23	28	23
CIV18	Perearst	10	20.02.23	32	25
CIV19	Perearst	25	22.02.23	19	21
CIV20	Õendusabi	8	22.02.23	17	13
CIV21	Õendusabi	8	23.02.23	31	22

Teises etapis intervjueritakse sõjaväeeksperte. Nende intervjuuküsimuste koostamisel lähtutakse osaliselt sisendist, mis on saadud eelmises etapis. Sõjaväeekspertidele esitatakse vajadusel täpsustavad lisaküsimused, mis on vajalikud, et hiljem võrrelda ja viia tervishoiuvaldkonna vajadused kokku sellega, mida Kaitseväge poolelt on võimalik pakkuda. Intervjuude käigus vastatakse kolmandale uurimisküsimusele ning täiendatakse eelmiste küsimuste vastuseid. Intervjueritud sõjaväeekspertide nimekiri on välja toodud tabelis 8.

Tabel 8. Sõjaväeekspertide intervjuude loetelu (autori koostatud).

Nimi	Asutus ja ametikoht	Staaž valdkonnas (aastas)	Kuupäev	intervjuu pikkus (minutites)	Koodide arv
MIL1	Kaitsevägi	25	01.03.23	112	69
MIL2	Kaitsevägi	18	03.03.23	39	43
MIL3	Kaitseliit	30	03.03.23	56	33
MIL4	Naiskodukaitse	7	06.03.23	36	35
MIL5	Kaitseministeerium (töötas kuni 2022)	22	07.03.23	31	34
MIL6	Kaitsevägi	Üle 20	07.03.23	61	61
MIL7	Kaitsevägi	14	17.03.23	24	33

Magistritöös loobutakse teadlikult tsiviil-sõjalist koostööd reguleerivate dokumentide analüüsist, sest paralleelselt magistritöö koostamisega toimub uue tsiviilkriiside ja riigikaitse seaduse väljatöötamine. Seaduse eeldatav jõustumise aeg on 2024. aasta algus (Valitsuse kommunikatsioonibüroo, 2023). Seaduse vastuvõtmisega kaasnevad ulatuslikud eriseaduste kohandused, kaasa arvatud Kaitseväge korralduse seaduses, korrakaitse seaduses ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ning rakendusaktide loomine (Tsiivilkriisi ja riigikaitse seaduse eelnõu, 2023, lk. 77, 80, 113). Sellest tulenevalt oleks magistritöö koostamise ajal tehtud dokumendi analüüs kaitsmise järgselt aktuaalne vaid pool aastat. Alternatiivina on kirjeldatud ametiabi taotlemise protsess ja sellega kaasnevad takistused, tuginedes ekspertintervjuude tulemustele. Ekspertide kogemuse uurimine seoses vananevate regulatsioonidega pakub võimalust parandada senised puudused mainitud rakendusaktide koostamisel.

Teema avamine on piiratud, sest ligipääs magistritööle on avalik. Tegemist on tundliku teemaga, milles palju detailset infot on piiratud ligipääsuga. Käesoleva magistritöö koostamisel loobutakse sihilikult piiratud ligipääsuga info kasutamisest, et tagada huvilistele magistritöö vaba kättesaadavus.

## 2.2 Ekspertintervjuude tulemused

Uuringu käigus on ekspertidega läbi viidud 28 poolstruktureeritud intervjuud. Tsiivil ekspertide tausta võib jagada viieks valdkonnaks: tervishoiukorraldus (Sotsiaalministeeriumi ja Terviseameti esindajad), kiirabi, haiglad, peremeditsiin ja õendusabi. Intervjuude eesmärk on

leida vastused kahele uurimisküsimusele: „*Milline on olnud tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö senine praktika Eestis?*“ ja „*Millised on tervishoiusüsteemi vajadused Kaitseväe toetuse osas tsiviilkriisis ja selleks valmistumisel?*“. Sõjaväeekspertide tausta võib jaotada kolmeks kategooriaks: Kaitsevägi, Kaitseliit (k.a. Naiskodukaitse) ja Kaitseministeerium. Nendega läbi viidud intervjuude eesmärk on leida vastus uurimisküsimusele „*Millist tuge saab Kaitsevägi pakkuda tervishoiusüsteemile tsiviilkriisiks valmistumisel ja selle lahendamisel?*“ ning täiendada vastuseid eelnevatele uurimisküsimustele.

Intervjuude analüüsimiseks kodeeriti vastused 6 kategooriasse:

1. Tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö senine praktika Eestis.
2. Tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö hetkeseis Eestis.
3. Kaitsejõudude tsiviilkriisidesse kaasamise ratsionaalsus.
4. Tervishoiusüsteemi vajadused koostöö osas kaitsejõududega.
5. Kaitsejõudude võimalused toetada kriisiolukorras tervishoiusüsteemi.
6. Tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö arenguvõimalused Eestis.

Kategooriate jagunemine alakategooriateks ja koodideks on välja toodud Lisas 3. Käesolevas alapeatükis peetakse intervjueeritavate poolt „*Kaitseväe*“ all kohati silmas kõiki Eesti sõjalisi struktuure – see tuleneb sellest, et tsiviilekspertid tihti ei erista neid organisatsioone ja nimetavad kõikide sõjaliste organisatsioonide esindajaid kaitseväelasteks. Autor kasutab Kaitseväe ja Kaitseliidu (k.a. Naiskodukaitse) koondnimena terminit „*kaitsejõud*“.

**Esimeses kategoorias** on koondatud ekspertide sisendid senise TTSK praktikate kohta. **Esimeses alakategoorias (1.1)** on välja toodud koostöönäited väljaspool kriisiaega. Põhiliste koostöökohtadena toovad eksperdid välja Kaitseväe Akadeemia Sõja- ja katastroofimeditsiinikeskuse (KVA SKMK) poolt läbi viidavad tegevused, peamiselt erinevad koolitused arstiteaduskonna- ja õendustudengitele ning tervishoiutöötajatele. Sõja- ja katastroofimeditsiini kursus, mida tõid välja 12 eksperti, on kohustuslik õppeaine kõigile õe põhiõppe ja arstiteaduskonna üliõpilastele. Ekspertid üldiselt kiidavad kursust ja tunnistavad, et töötajad, kes on selle läbinud, omavad häid teadmisi, et alustada tööd erakorralise või katastroofimeditsiini valdkonnas. Tunnistatakse, et tudengite õppest on kasu nii tervishoiusüsteemile kui ka kaitsejõududele: „*See tegelikult on toonud /.../ väga suurt kasu nii Kaitseväele endale kui ka tsiviilkriisideks valmisoleku mõttes. Sel väljaõppel on vaieldamatult*

*kõige suurem roll, mida Kaitsevägi saab anda /.../ tsiviilsektorisse. /.../ Mitte ainult ei ole piiratud nende inimestega, kes on Kaitseväe reservis või Kaitseväes töötavad, vaid see hõlmab kogu ühiskonda“ (MIL5). 15 eksperti nimetasid oluliseks koostööpunktiks spetsiifilisi koolitusi tervishoiutöötajatele, mis puudutavad eelkõige traumahaige käsitlust ja suurõnnetuse lahendamise metoodikat, aga ka troopilist meditsiini. Ekspertid kiidavad, et Kaitseväe abil toodi Eestisse rahvusvaheliselt tunnustatud koolitused ja arendati tervishoiutöötajate teadmisi. Neid koolitusi mainiti ainult 1 peremeditsiini esindaja poolt ja mitte kordagi õendusabivaldkonna esindajate poolt.*

Sõja- ja katastroofimeditsiini konverentsi (10 eksperti) peetakse samuti oluliseks koostöö näiteks. Konverentsile kutsutakse väga lai ring valdkonna esindajad ning jagatakse rahvusvahelist kogemust. Tervex ja teised sarnased koostööõppused (8 eksperti) on järgmine SKMK tegevus TSK valdkonnas. Õppustele kaasatakse muuhulgas liitlasi, et omandada Eestis rahvusvahelist kogemust. Koostööõppusi mainisid valdavalt haiglate esindajad ning nende sõnul on Kaitseväe korraldatud õppused üldiselt keerulisemate stsenaariumitega kui haiglate enda rutiinsed õppused. Mainitakse, et tihti eelnevad väliõppustele lauaõppused.

Kaitseväe suureks panuseks tervishoiu tugevdamisel loetakse parameedikute väljaõpetamist (8 eksperti), sest õppimise ajal läbivad nad praktika tervishoiuteenuse osutajate (edaspidi *TTO*, teisisõnu haigla või kiirabiasutus) juures ning tihti alustavad parameedikute eriala omandanud inimesed ajateenistuse või tegevteenistuse ajal tööd tervishoiusüsteemis, peamiselt kiirabis. Osa nendest alustab hiljem õpinguid tervishoiukõrgkoolides (CIV11, MIL2). Üks ekspert tõi välja, et varasemalt saadeti asendusajateenijaid muuhulgas tööle haiglatesse. Mainiti, et parameedikute praktika tsiviilasutustes loob koostöösilla: „*Meil on olnud Kaitseväega suhteliselt tihe koostöö tänu sellele, et meie oleme praktikabaas“ (CIV6). Ühtlasi tõi 2 eksperti välja, et ka tsiviilarstid on töötanud Kaitseväes – neid saadeti missioonipiirkondadesse, kus oli võimalik saada ainulaadseid kogemusi: „*Tsiviiltervishoiusüsteemist on inimesed käinud missioonidel erinevates kriisikolletes ja on sealt selle teadmise tagasi tulnud ja oma tavapärasele tööle naasnud“ (CIV5). Seega võib koondavalt öelda, et mõlema valdkonna esindajad on töötanud koostööpartneri juures ehk TSK on Eestis personali vahendamise näol toimunud mõlemapoolselt.**

Lisaks sellele mainiti (5 eksperti), et Kaitsevägi osaleb koos oma liitlastega tervishoiu kriisiplaanide koostamisel riiklikul tasemel ning ühes haiglas *TTO* tasemel. Liitlased teevad



ühtlasi koostööd TTO-dega, lähtudes oma eesmärkidest: „*Liitlaste meditsiinikomponent oli alati kontaktis /.../ haiglatega selleks, et uurida, millist abi saavad liitlaste sõdurid meie Eesti haiglates ja kuidas toimub evakueerimine nendesse haiglatesse. Kõik see logistika oli meil alati läbi mõeldud, läbi harjutatud. /.../ Ameerika kopterid on käinud seal lastehaigla taga maandumisplatsil*“ (CIV10).

Järgnevalt välja toodud koostöö kokkupuuteid mainiti harvem. Kaitsevägi on toetanud selliste suursündmuste meditsiinilist julgestamist nagu laulupidu, presidendimatki, *Rally Estonia* ja Tartu maraton Lõuna-Eestis (3 eksperti): „*Välihaigla mingid moodulid läksid sinna ja minu teada ka MEDEVAC [e. meditsiinilise evakuatsiooni] võimekust maastikuvõimekusega masinatega oleme toetanud*“ (MIL2). Kaitsejõudude abil arendati Eestis taastusravi võimalusi (2 eksperti): „*Sõjavigastatute abistamine läks süsteemsemaks alates 2009. aastast, kui Kaitseministeerium panustas eelarveliselt tsiviilmeditsiini, kui sai valmis taastusravikeskus ja mis siis oligi teistmoodi, et me tegelikult ühendasime tsiviil-militaarkoostöö. Selleks, et aidata sõjas pihta saanud inimesi, me oluliselt arendasime amputatsioonijärgse taastusravi kompetentsi ja proteesivalmistamise kompetentsi kogu tsiviilühiskonnale*“ (CIV1). Ka seda peeti koostöö näiteks (2 eksperti), et Kaitsevägi tarbib pidevalt tervishoiuteenuseid: „*Kogu eriarstiabi teenus tuleb tsiviiltervishoiust, me kasutame sedasama võrku, mis neil on*“ (MIL1). Ukrainas sõjas haavata saanud võitlejad, keda on Eestis eelnevatel aastatel ravitud, jõudsid Eestisse tänu koostööle Kaitseväega (1 ekspert). Naiskodukaitse panustab rutiinselt tervishoidu läbi elanikkonna esmaabikoolituste ning omab koostöölepingut toetamiseks vajadusel Häirekeskust (1 ekspert).

Järgmises **alakatgoorias (1.2)** tuuakse välja varasemad kriisiolukorrad, mille lahendamisel Kaitsevägi on osalenud. Ekspertid tõid välja järgnevad olukorrad:

- Pärnu metanooli tragöödia (1);
- Pärnu üleujutus (1);
- lumetorm Padaorus (7);
- lumetorm Tallinnas (2);
- Võru haigla evakueerimine (1).

Märkimisväärne on see, et kõikidel juhtumitel teostasid kaitsevälased toetavaid tegevusi, aga ei osutanud vahetult meditsiinilist abi ning abistasid enamjaolt TTO-sid, kes asuvad

sõjaväelinnakute läheduses: „Lumetorm. Meil oli haigla ümber vaja lund koristada, lihtsalt lumekoristusmasinad ja kõnniteed, aga meie ainus kojamees ei jõudnud seda teha. /.../ Saadeti viiskümmend poissi, kes rookisid haigla ümbert lume ära, et patsiendid pääseksid ligi. See on väga lihtne näide, aga arvestades neid lokatsioone, kus Kaitsevägi asub, siis miks mitte ka niisugust abi anda“ (CIV9).

**Kolmandas alakategoorias (1.3)** on koondatud sisendid kaitsejõudude toetuse kohta COVID-19 kriisi ajal. 8 eksperti, enamasti tervishoiusüsteemi korraldajad ja sõjaväeekspertid, ütlesid, et see kriis muutis oluliselt valdkonna suhtumist TSK-sse: „Oleks seda küsinud enne COVID-19 kriisi, siis võib-olla oleks vastanud hoopis teistmoodi, et enne COVID-19 kriisi ka õiguslikult oli see kuidagi niimoodi võimalik, aga piiratud tingimustel.“ (CIV2). Tunnistatakse, et TSK on oluliselt arenenud: „Viimase kolme aastaga on see koostöö teinud tohutu hüppearengu. /.../ Me oleme üksteist üles leidnud, /.../ enne seda kindlasti ei oldud nii teadlikud ja oli kasutamata ressursse. /.../ Nüüd ma arvan, et on see rada sisse tallatud“ (MIL4).

15 eksperti töid välja, et kaitsejõud olid suureks abiks kriisi strateegilisel juhtimisel: „COVID epideemia väga hästi näitas, et meil olid mitmed kõrgetasemelised kolonelid ja üldse planeerijad laias mõttes, kes tulid ja õpetasid asutustele, millel ei olnud sellist kriisireguleerimise staapi üldse. Nad töid oma staabi protseduurid ja kogemused koos oma meeskondadega. Meil oli olemas staabiveebel, kes pani asjad liikuma, otsis välja vajadused, tõi infokillud kokku, pani mingisugusesse rutiinsesse protseduuri, staabi rütmina, lahingu rütmina. /.../ teatud kaitseväelased on siiaaani väga tõsiselt seotud Terviseametiga. Ja väga paljud on saanud 2020. aasta algusest seda tarkust siia tuua ja rakendada“ (CIV4). Sõjaväeekspertid rõhutasid korduvalt, et Kaitseväelisel oli väga suur roll staabitöö toetamisel, tsiviilekspertid mainisid seda ainult üksikutel juhtudel – eeldatavasti tuleneb see sellest, et tsiviilekspertid ei keskendu tihti sellele, millisesse organisatsiooni konkreetne sõjaväelane kuulub.

Suur osa ekspertidest (21) töid välja Kaitseväe poolt Kuressaare haigla toetamist välihaiglaga kui tähelepanuväärset TSK pretsedenti: „See oli mitmetasandiline koostöö, seal oli tegelikult Kaitsevägi, Kaitseministeerium, Terviseamet, Sotsiaalministeerium, Haigekassa ja siis haigla ja Päästeamet ka. Tegelikult kolm ministrit ja /.../ kolm ministeeriumi kaasatud sinna tegevusse ja allasutused. /.../ Olid Kaitseväe meedikud ja tsiviilmeedikud. /.../ Kõik see oli ad hoc lahendus. Eks ta tänu sellele sai võimalikuks, et kõik need inimesed, kes selles protsessis

*osalesid, kõik olid orienteeritud probleemi lahendamisele. Minu meelest oli seal /.../ positiivne mudel, et /.../ sellest tekkis ühine asi“ (MIL1).*

Siiski on hinnangud välihaigla tööle erinevad. Neli eksperti tunnistasid, et selle aktiveerimine oli väga kasulik ja positiivne. Samuti ütlesid neli eksperti, et välihaigla potentsiaal on väga spetsiifiline ja avaldub ainult kindlatel tingimustel: *„Nad suudavad täita oma nišši ainult teatud stsenaariumite korral. Selline stsenaarium võikski olla näiteks eraldatud piirkond nagu saar, kus populatsiooni ei ole palju ja kus on väike haigla tegutsemas, mida on vaja toetada teatud väikse ressursiga.“* (CIV10). Kõige rohkem (5 eksperti) kaheldi välihaigla rakendamise pretsedendi efektiivsuses: *„See oli poliitiline otsus, et riik toetab Saaremaad, aga tegelikult oli see ju päris suur vahendite investeering sinna, kus haigeid peaaegu ei põetatudki. Läksid kraanad kohale, tõstsid haigla lahti, hulk vabatahtlikke läks sinna, aga patsientide hõive jäi väga madalaks“* (CIV14). Negatiivsed hinnangud on seotud sellega, et välihaigla saadeti Saaremaale hilinemisega, pärast kriisi tippetke. Kõik hinnangud on antud tsiviilekspertide poolt.

Lisaks sellele peeti oluliseks koostöökomponendiks Kaitseväe parameedikute saatmist haiglatesse (13), kus nad teatud määral asendasid haigestunud personali ja tegelesid COVID-osakondades haigetega ning Kaitseväe poolt hingamisaparaatide ja muu meditsiinilise aparatuuri laenamist haiglatele (7). Ekspertid tunnistasid, et see oli tol hetkel väga vajalik: *„Üksinda selle varustuse kasutuselevõtt oli ikkagi väga suur abi“* (CIV11).

8 eksperti tõid välja, et Kaitsevägi toetas tervishoidu isikukaitsevahendite eraldamisega, kuid mõned tsiviilekspertid ei jäänud rahule nende kvaliteediga. Kaitsevägi toetas samuti riigi poolt soetatud uute isikukaitsevahendite ladustamisega, sest riigil ei olnud nende hoiustamiseks vaba laopinda (MIL6).

4 eksperti mainisid, et kaitsejõud toetasid riiklikku vaktsineerimise kampaaniat. Naiskodukaitse oli selles äärmiselt aktiivne: ainuüksi Tartus panustati 2021. aastal nelja kuu jooksul 1300 töötunniga (MIL4), kuigi sellega panus ei piirdunud.

Teisi koostöövaldkondi mainiti mitte enam kui 3 eksperti poolt. Kokkuvõtvalt väljendus kaitsejõudude toetus tervishoiule COVID-19 kriisi käigus järgnevates tegevustes:

- Strateegilise juhtimise toetamine.

- Kuressaare haigla toetamine välihaigla näol.
- Parameedikute saatmine haiglatesse tööle.
- Hingamisaparaatide ja muu meditsiinilise varustuse laenamine haiglatele.
- Isikukaitsevahendite üleandmine ja hiljem hoiustamine tervishoiuvaldkonnale.
- Haiglates haigete voo juhtimine Kaitseliidu ja Naiskodukaitse esindajate poolt.
- Kübervõimekuste arendamine Kaitseväe ja Kaitseliidu poolt, näiteks patsientide registri arendamise näol.
- Vaksineerimise läbiviimine.
- Hooldekodude personali asendamine Naiskodukaitse liikmete poolt.
- Vabatahtlike rakendamine töötamaks 1247 infotelefonil (433 töötundi 16 Naiskodukaitse liikme poolt).
- Tartu Kiirabi dekontaminatsiooni jaama töö korraldamise toetamine.

Eksperdid mainivad samuti, et mõned tegevused, milleks kaitsejõududel oli valmisolek, ei realiseerunud, sest nende järele vajadus puudus. Nendeks tegevusteks olid abistava personali saatmine perearstikeskustesse (CIV18); kiirabibrigaadide mehitamine assisteerivate liikmetega (nn. teine liige) (CIV6); regionaalse kiirabiressursi tõstmine, s.t. kiirabibrigaadide moodustamine (CIV2).

18 eksperti, kaasa arvatud kuus sõjaväeeksperti seitsmest, tunnistavad, et kaitsejõudude toetus tervishoiule COVID-19 kriisi ajal oli efektiivne ja parajalt mahukas: *„Nii palju kui mina tunnetasin, oli väga efektiivne. Mahuliselt oli neid ka ikka seal nii palju kui vaja. Aitasid meil lõpuks ellu jääda ja mitte päris hulluks minna“* (CIV2). Üldiselt kiideti muuhulgas toetuse mahtu: *„See maht oli täitsa piisav ja ma ei näinud mitte ühtegi korda, kui mina seal toimetasin, et oleks abi ära öelnud“* (CIV1). Üks ekspert avaldas arvamust, et Kaitseväe toetus võis olla kohati isegi liigselt mahukas: *„Mul jäi mulje tegelikult, et see oli natuke liiga peale pressiv, et nad tahtsid katsetada ja rohkem õppida ja proovida, kuidas nende välihaigla töötab, sest iseenesest seal ju lisavoodikohti vaja ei olnud, seal oli haiglas sees piisavalt ruumi“* (CIV9).

Kaaludes Kaitsevält abi taotlemise vajadust, tuleb silmas pidada, et kõik ei vaja alati nende abi (2): *„Meie selles esmatasandi staabis /.../ olukord oli selline, et /.../ meil ei olnudki seda lisaressurssi vaja, et see jäi ainult kergeks aruteluks“* (CIV18). Samuti on tähtis teadvustada, et abi vastuvõtmine võib olla keeruline (2) olukorras, kus TTO-1 ei ole niigi vaba ressursi:

„Viimane punt poisse jäi võtmata, sellepärast, et nende logistikat ja majutust ei suudetud kuidagi korraldada. Leiti, et on lihtsam neid mitte võtta, kui hakata vaatama, /.../ kus nad magavad ja kus nad söövad“ (CIV7).

7 tsiviileksperti rõhutasid, et Kaitseliit täitis COVID-19 kriisi ohjes olulist rolli. Võib arvata, et Kaitseliidu panus on veelgi olulisem, kuid käesoleva uuringu intervjuuküsimused olid ainult Kaitseväe kohta ja sisendid, mis puudutavad Kaitseliitu, on saadud vaid nendelt ekspertidelt, kes ise seda välja tõid. Lisaks ei suuda eksperdid alati eristada Kaitseliidu ja Kaitseväe panust: „Ma mingil hetkel ei suutnud võib-olla vahet teha, millal tegutses Kaitseliit, aga millal otseselt Kaitsevägi. Kaitseliit ka aitas väga palju“ (CIV1).

Järgmise **kategooria (2)** sisendid kirjeldavad tsiviil-sõjalise koostöö hetkeseisu. Esimeses **alakategoorias (2.1)** on koondatud ekspertide üldised hinnangud kehtivale olukorrale.

13 eksperti tunnistasid, et TTSK on Eestis hetkel hea. Nende ekspertide hulgas on lisaks teistele peaaegu kõik tervishoiu korraldamise valdkonna esindajad: „Kui oleks niisugune kümne palli skaala, siis ma paneks kindlasti kaheksa või üheksa“ (CIV8). Selles kategoorias selgineb COVID-19 kriisi roll koostöö korraldamisel: „Enne oli ka hea, aga COVID-i tõttu on väga palju selginenud. Meie go-to partner tervishoiukriisides on Kaitsevägi“ (CIV4). Ekspertid on arvamusel, et senist head koostööd tuleb hoida ka edaspidi: „Me peaksime selle sideme, mis on praegu tekkinud, säilitama ja hästi palju plaane ja igasuguseid valmisoleku teemasid ja regulatsioone koos arutama“ (CIV2). Toodi välja, et projektipõhine koostöö Kaitseväega on alati tulemuslikum: „Kui ma [tegelen projektiga] laiapindse riigikaitse vaates, ei saa keegi öelda, et /.../ nüüd me paneme selle [projekti] kinni, sest meil ei ole enam vaja seda. Kui sa teed Kaitseväega koos, on sul nagu ekstra turvakaitse, et sa saad oma missiooni viia lõpuni. Aga see missioon ei ole minu isiklik, see on riigi võimekuse tõstmine“ (CIV14).

11 eksperti, kelle hulgas on mõlemad õendusabi valdkonna ja mõlemad peremeditsiini esindajad, väidavad, et senine koostöö Kaitseväega on puudulik: „Meil on /.../ väeosa siin kõrval otse, aga ei ole mingit ettepanekut tulnud mingisuguseks koostööks. /.../ Ma arvan, et sealt sünniks koostöö küll, aga siis peaks omavahel suhtlema, mingeid kokkuleppeid tegema“ (CIV20). Võib järeldada, et Kaitseväe koostöö tervishoiusüsteemiga ei ole valdkonniti ühtlane: koostööd riiklikul tasemel kiidetakse, aga peremeditsiini ja õendusabi valdkondade esindajad

ei tunne kaasatust. Lisaks ütlesid mitmed eksperdid, et senine TSK ei ole olnud piisavalt süsteemne, vaid tihti peale on juhuslik või on sõltuvuses isiklikest tutvustest (MIL1).

Sõjaväeekspertidelt küsiti, kas nende arvates on kõik osapooled koostösse piisavas mahus kaasatud. Ühelt poolt on eksperdid arvamusel, et kaitsejõud teevad koostööd kõikide oluliste osapooltega: „*Pigem on kaasatud vajalikud osapooled, tegelikult meil on hea koostöö Terviseametiga. COVID-i ajal /.../ nemad teadsid, mida meie teeme*“ (MIL2). Teiselt poolt tunnistasid eksperdid, et kõik tervishoiusüsteemi valdkonnad ei ole koostösse ühtlaselt kaasatud: „*Me võib-olla isegi ei tea, missugused need valdkonnad on ja teistpidi ei ole ilmselt ka see tervishoiuvaldkond väga kursis, missugused need koostöövõimalused Kaitseväe ja eriti Kaitseväe jaoks võiks olla*“ (MIL3). Kaitseväe esindaja põhjendas, miks koostööd peremeditsiiniga läbi ei viida: „*Perearstid /.../ natuke ignorantselt jätsime välja, sest ei olnud ressursi nendega tegelemiseks. /.../ Neil puudub selline struktuur, et neid /.../ juhtida. Nendega koostöö tegelikult tähendabki /.../ üksikinimestega koostööd*“ (MIL1).

Tunnistati, et peaks tegema koostööd suurema koostööpartnerite ringiga: „*[Perearstikeskused] peaksid kriisis või sõjaajal lahti olema. Keegi haigestub ägedalt, kasvõi respiratoorselt, ega see kuskile ei kao. Siis on neil vaja natukene võtta seda koolitust peale, kuidas näiteks pisikirurgiat saada ja see on nüüd see, mida võiks teha [Kaitseväe poolt] hästi laialt esmatasandile üleriigilise projektina. Ja teiseks, hambaarstid on väga erinevates foorumites, ka Eesti arstide päevadel tulid, ütlesid, et kuulge, palun andke meile ka rolle, et me tahaksime teada, /.../ kas me jääme lahti? Nad tahavad seda teada. /.../ Ükski osa või kild ei tohi tänasest tervishoiust välja kukkuda alates sissetoojatest, tarbijatest kuni kõikide nende teenusepakkujateni, mis on esmatasand, apteek, hambaravi*“ (MIL6).

Sõjaväeekspertide ütlustest selgus vastus küsimusele, miks mõned osapooled ei ole seni koostösse suuremas mahus kaasatud olnud: „*Meie kindlasti ei jõua igale poole, nagu ma ütlesin, meil lihtsalt ei ole ka võimekust*“ (MIL4). Ekspertide visioon probleemi lahendusest on samuti välja toodud: „*Tegelikult oleks mõistlik teha vastav selline koostöökokkuleppe, kus oleksid koostöövaldkonnad fikseeritud koos mingi tegevuskava või teekaardiga*“ (MIL3). Kokkuvõtteks võib öelda, et kõik tervishoiuvaldkonnad, kes seda vajavad, ei ole TSK-sse ühtlaselt kaasatud. Kaitseväe esindajad ei tea alati, kes need osapooled on ja millised on nende vajadused koostöök. Teatud valdkondadega ei ole võimalik teha koostööd keskselt, sest valdkond koosneb väga suurest eri osapooltest, kellega peab koostööd tegema eraldi – see on

liialt mahukas töö. Kaitsevägi näeb oma keskse koostööpartnerina Terviseametit ning teeb koostööd peamiselt nendega, keda Terviseameti esindajad ühise laua taha kutsuvad.

**Teises alakategoorias (2.2)** koondati sisendeid TTSK-d soodustavate ja takistatavate faktorite kohta. Tähtsaimaks soodustavaks faktoriks nimetati läbivalt (20 eksperti) Eesti riigi väiksust ja isiklike suhete olemasolu: „*Oleme nii väike riik, et kõik tunnevad kõiki. Et kui on abi vaja, siis see käib nagu niisuguste vastastikuste kokkulepetega ja info liigub hästi*“ (CIV7). Isiklikud suhted soodustavad piirkondlikku koostööd: „*Brigaadiülem on öelnud, et kui haiglal on mingit abi vaja ja Kaitsevägi saab teda aidata, võib temale helistada, aga õnneks ei ole mul seda vaja olnud*“ (CIV12). Korduvalt mainiti, et tsiviil- ja sõjameedikute ühine hariduskäik seob neid omavahel: „*Nad on ju enamuses tegelikult samadest koolidest tulnud*“ (CIV1). Tähtis on rõhutada, et isiklike suhete olemasolu mainisid kõik kiirabi esindajad, enamik tervishoiu korraldajatest ja haigla esindajatest ning kõigest üks peremeditsiini esindaja. See asjaolu toetab eelmises lõigus toodud väidet, et Kaitseväe koostöö tervishoiuga on valdkonniti ebaühtlane ning tugineb isiklikele suhetele.

Kuigi isiklike suhteid peetakse valdavalt koostööd soodustavaks faktoriks, toodi välja ka sellega kaasnevat riski, mis väljendub selles, et institutsionaalne koostöö on puudulik ning valdkonnas töötavate ametnike töökooha muutumisel koostööahelad katkevad: „*Tihti see teadmine on isikutepõhine, et kuigi me oleme saatnud kõikidele asutustele oma võimekuse tervikuna, see /.../ jõuab konkreetselt mingisuguse inimese töölauale /.../ ja kui see inimene ära läheb, siis teadmine läheb koos temaga ära. /.../ Ma arvan, et seda peab iga tsiviilstruktuur iseenda organisatsiooni sees arendama, et info jõuaks ka ülevalt alla ja alt üles*“ (MIL4).

Järgmine koostööd soodustav faktor Eestis on tervishoiutöötajate riskasutamine (13 eksperti): „*Ma arvan, et eriti Kaitseväes ühtegi arsti või õde ei ole, kes ainult puhtalt Kaitseväes oleks*“ (MIL3). Ühtlasi tõid 3 eksperti seda faktorit välja kui koostööd raskendavat: „*Ristkasutus on, ma arvan, meil väga suur mure, sest meil on väga palju ametikohti täidetud, aga täpselt siis, kui kriisiaeg on, peab valima ühe tööandja*“ (CIV7).

Teisi koostööd soodustavaid faktoreid mainiti kuni 3 eksperdi poolt ja nendeks on:

- Sõjalise ohu tajumine ning NATO nõuete täitmine: „*Meil on reaalne oht, et meid rünnatakse. See kindlasti paneb meid rohkem koos mõtlema, koos tegutsema /.../ Meil ongi*

*kohustused, ka panustada militaarmeditsiini ja see on normaalne, et kasutatakse selleks tsiviiliniimjõudu ja meid koolitatakse“ (CIV1).*

- Koostöö regioonides sõjaväelinnakute läheduses.
- Ühised koolitused ja õppused: „*Kui sa pead koostööd tegema pärast, sarnaselt koolitusele, /.../ sama inimesega, siis sul lähevad asjad lihtsalt*“ (CIV11) ning Kaitseväge reservõppekogunemised: „*Kui on Kevadtorm või lisaõppekogunemine, siis nõutakse tervishoiutöötajaid õppustele – siis see tunnetus tekib*“ (CIV4).
- Koostööpartnerite kõrge motivatsioon ja pühendumus sellele ning süsteemi paindlikkus, mis on tagatud muuhulgas eelkõigusepetega (CIV15, MIL4, MIL7).

Koostöö suurimaks takistuseks peeti ebaselget õigusruumi (16 eksperti) ja Kaitseväge kaasamise keerulist protsessi. Osapooled tunnevad, et õigusraamistik ei ole piisavalt selge ja ei ole teada, kui ulatuslikus kriisis on Kaitseväge kaasamine õigustatud. Tsiviilekspertid ei tea, et Kaitseväel on kiired mehhanismid abi aktiveerimiseks. Tunnistati, et kuigi isiklikul tasemel võib jõuda kokkuleppele ja saada kinnitust, et abi on kättesaadav, võib abi taotlemise ametlik protseduur jääda ebaselgeks ja aeglaseks. Valdkonna esindajad väitsid, et puuduvad eelnevad kokkulepped, mis toetaksid abi kiiret taotlemist ja õigusruum ei toeta abi taotlemist *ad hoc*. Takistusena nimetati muuhulgas asjaolu, et tervishoid ja julgeolek on erinevad valdkonnad, mis tegutsevad erinevate seaduste raames. Tsiviilekspertid ei tea, kellel on õigus kooskõlastada Kaitseväelt abi taotlemist ja jäid seisukohale, et kooskõlastamise protsess on liialt aeganõudev. Õigusruumiga kaasnevate küsimuste probleem on eriti terav õendusabi valdkonnas, sest nad tegutsevad tervise- ja sotsiaalhoolekandevaldkondade õigusruumis korraga (CIV21). Lähimõttlemata rahastamise mehhanismid võivad samuti saada koostöö takistuseks – eeldatakse, et abi taotlejate pool peaks katma vähemalt kuluvahendite kulud (MIL4). Mõned eksperdid avaldasid kriitikat õigusloomet välja töötavate ametnike suhtes.

10 eksperti, kellest 8 kuulusid COVID-19 kriisi ajal erinevatesse kriisistaapidesse, ütlesid, et koostööd takistab valdkondade „*silostumine*“: puudub igapäevane rutiinne koostöö, planeerimine toimub omaette ja valdkondade esindajad ei tunne üksteise töö sisu: „*Takistab kindlasti kogu see kriisivaldkonna või kriisikultuuri nii-öelda käsitus. See on /.../ väga selgelt oma kastis toimetamine. Ehk Kaitseväge teeb oma asja, /.../ tervishoid teeb oma asja, ei olegi sellist ühisplaneerimist olnud*“ (CIV5). Sõjaväeekspertid toovad välja, et tervishoiusüsteemi spetsialistid ei oska püstitada Kaitseväge ülesandeid: „*Tulge meile appi versus me tahame teilt*



saada viit MEDEVAC-i koos personaliga. /.../ Selline selgelt ülesannete sõnastamine jällegi eeldab seda, et tsiviilil on pilt ees, mida nad meilt küsida saavad“ (MIL2).

Viis eksperti tõid välja, et TSK valdkonnas on liigselt palju salastatud infoteavet, millele ei pääseta ligi: „Meil ei ole piisavalt infot selle kohta, mis meid võib potentsiaalselt oodata. Ja praegu teeme ettevalmistusi nii-öelda poolpimedas olukorras, kus me tegelikult ei tea täpselt, mis võib juhtuda /.../ See on põhjus, miks plaanid toppama jäävad“ (CIV10)

Kriisiaegsete muutustega kohanemise valmisoleku puudumine on koostööd takistav faktor, mida tõid välja 3 eksperti: „Süsteemide rigiidsus on see, mis uuenduslikele mõttemaailmadele ei ole väga avatud, võib-olla see on kitsaskoht. Aga ma arvan, et see on igal pool maailmas. Kriisiolukorras see mõtlemine ja uuendustele avatus on tegelikult väga tähtis“ (CIV3).

Järgmisi koostööd takistavaid faktoreid mainiti ainult 2 eksperdi poolt. IT-süsteemide ühilduvus: „Koostöö on raskendatud puhtalt turvanõuete tõttu, mis on infotehnoloogilistes süsteemides olemas. /.../ Kui Terviseamet hakkas lahendama COVID-19 olukorda 2020. alguses, siis kui kaitsevälased tulid oma arvutitega ja kõikide oma asjadega, siis mitte ükski ei liidestunud meie võrkudega“ (CIV4). Lisaks sellele puuduvad tervishoius professionaalsed kriisireguleerijad: „kriisideks valmistumine on olnud siamaani nagu selline hobitegevus“ (MIL1). Samuti toodi välja Eesti riigi väiksust ja sellest tulenevat ressurside piiratust. Üks sõjaväeekspert ütles, et Kaitseväe abi ei olegi kiire ning juhul, kui sündmus on ettenähtav, tuleb abipalve edastada võimalikult varakult (MIL1).

**Alakategoorias 2.3** avaldasid eksperdid arvamust selle kohta, milline võiks olla kriisiaegne tervishoiutöötajate ja sõjaväelaste vaheline koostöö. 17 eksperti erinevatest valdkondadest arvasid, et nende vahel võib kriiside ajal eeldada head koostööd: „Ma arvan, et suudavad läbi saada. /.../ Nad räägivad kõik ühte keelt, mis on meditsiin. Et selline samastumine on olemas, vahet pole, kas sa kannad vormi ja mina kannan võib-olla kitlit. /.../ Väga paljud Kaitseväe arstid, Kaitseväe õed töötavad ka haiglates. See arusaamine ja kontaktid on väga head. Ja kolmandaks on see, et ajateenistus, lisaõppekogunemised, reservteenistus, see nõuab ka tervisetöötajaid. /.../ Sina ja mina läksime ajateenistusse, ei olnud tervishoiutöötajad, nüüd oleme. /.../ Me oleme kõik Kaitseväes käinud, me tunnetame seda mitmel tasandil. Esiteks oleme tervisetöötajad, teiseks oleme läbinud ajateenistuse. Aga ka naispooled, kes kuuluvad reservi pelgalt sellepärast, et nad on läbinud Kaitseväe kursused, mida on siis vajalik läbida, kui sa

*oled õde või arst, need kõik ühendavad. Ma usun, et meditsiinitöötaja tasemel muret ei ole“* (CIV4). Kuid siiski 7 eksperti, kelle hulgas ei olnud tervishoiu korraldajaid, avaldasid kahtlust, et koostöö erineva valdkonna esindajate vahel võib olla keeruline: *„Võib-olla ei võeta omaks kohe seda sõjaväelist lähenemist, et igauks tahab olla siis ikkagi ise oma territooriumi juht“* (CIV17).

7 eksperti eeldasid, et sõjaväelaste koostöö tsiviilametnikega on kriisi ajal sujuv: *„Kui on teada, mis eesmärgil midagi tehakse, siis pole probleemi“* (CIV18). Kuid 8 eksperti, kelle hulgas on 3 tervishoiu korraldajat, ütlesid, et koostöö kaitsejõududega ei pruugi olla hea: *„Sinu ministerium, minu ministerium, sinu ülesanded, minu ülesanded ja nad kohati lähevad kokku ja kattuvad, aga /.../ meil on mõlemal mingid omad agendad, mida me tahame“* (CIV4). Toodi välja, et koostöö osapooled ei tunne üksteise valdkonna omapärasid – näiteks, sõjaväelased ei mõista, miks tervishoiuvaldkonna ametnikud ei saa anda otseseid korraldusi TTO-dele (CIV2).

**Kolmandas kategoorias** käsitletakse sisendeid selle kohta, kui ratsionaalseks peavad tsiviilekspertid Kaitseväe kaasamist tsiviilkriisidesse. 23 eksperti, k.a. kõik tervishoiu korraldajad ja kõik sõjaväeekspertid on seisukohal, et Eesti riigi väiksus eeldab ressurside valdkondadeülest ristkasutust: *„Eestis on see, ma arvan, vältimatu, et me kaasame kriisidesse kõiki võimalikke ressursse. Riik on üks tervik. Kaitsevägi ei ole midagi eraldiseisvat ja kuni meil on laiapindne riigikaitse, mis eeldab seda, et Kaitseväe vajaduste jaoks tuleks kogu riik, kogu rahvas appi, siis on ka üsna mõistlik seda koos töötamist harjutada ka nendes [mittesõjalistes] olukordades“* (CIV6). Sõjaväeekspertid peavad enda kasutuses olevaid ressursse riigi omaks: *„Ma usun, et see on päris okei lahendus, et me kasutame riigi ressursi seal, kus riik seda mingil hetkel vajab. /.../ Me peame leppima sellega, et kasutame sõjalisi võimeid teatud olukordades kui tõesti tekivad need eri- või hädaolukorrad“* (MIL6). Nad leiavad, et riigil ei ole ratsionaalne arendada võimeid igaks stsenaariumiks eraldi: *„Igal organisatsioonil või siis igal tsiviilstruktuuril ei ole mõistlik enda kriisireservi ehitada, sest /.../ meil ei ole Eestis nii palju inimressursi. /.../ Kui me hoiame mingit ressursi puhtalt ainult ühe kriisi lahendamiseks, olgu see siis tsiviilkriis või sõjaline kriis, siis me tegelikult ju raiskame ressursi. Ei ole mõtet hoida neid kastis ja võtta välja ainult siis, kui tuleb just ootuspäraselt see kriis, milleks ta ette valmistatud on“* (MIL4).

Ekspertide arvates (11) on Kaitseväe kaasamine õigustatud, kui tal on olemas kriisi lahendamiseks vajalikud ressursid: *„[COVID-19 kriisi] ajal selline abi oli tingitud pigem*

sellest, et see ressurss oli Eestis olemas, et me ei pidanud pöörduma väliskoostööpartnerite poole, et seda ressursi saada“ (CIV10). Sõjaväeekspertid näevad ka enda kasu selles kaasamises: „Tsiiviilkriis annab võimaluse harjutada või töötada sellises koostöövormis ja jagada vahendeid, kasutada neid päriselt“ (MIL7). 2 eksperti ütlesid, et Kaitseväge kaasamine tsiiviilkriiside lahendamisse on kasulik, sest Kaitsevägi on neutraalne ja usaldusväärne organisatsioon.

7 eksperti tõid välja, et Kaitseväge kaasamine kriisilahendamisse on sõnum: „Oluline psühholoogiline faktor, kui saar ei ole üksinda jäetud ise võitlema iseendaga“ (CIV10), „Juba see õlatunne mentaalselt on ülioluline nendel hetkedel, et oleme koos“ (CIV1). Iseenesest pakub Kaitseväelaste kohalolek tervishoiutöötajatele vaimset tuge: „Nad olid natuke nagu psühholoogilised abitöötajad, et näiteks nagu Lääne-Tallinnas, need õed olid eriti rõõmsad, et nüüd tulid sellised noored sirged mehed, /.../ natuke moraalne tugi. /.../ Palju neist päriselt kasu oli, noh, see on selline...“ (MIL1).

12 eksperti, kelle hulgas on kõigest 3 sõjaväeeksperti, (MIL2, MIL4, MIL6) ütlesid, et tervishoiu toetamine ei ole Kaitseväge põhiülesanne ja kaasamisel peab jälgima, et riiklik julgeolek ei saaks kannatada: „Need inimesed töötavad ja nad on seal selleks, et ajateenijate ja tegevteenistujate tervisega tegeleda. Ma usun, et meil on igapäevaselt tegelikult rollid paigas, et keegi seal seda väljakutset ei oota“ (CIV1). Lisaks ütlesid 6 eksperti, et Kaitseväge abi ei olegi alati vajalik: „COVID-i ajal olid ju need võimalused, me arutasime, kas on kuskil kaasata, aga me ei leidnud seda kohta. /.../. Ta ei anna sulle midagi. Teoreetiliselt sa saaksid kaasata siis, kui sul [kiirabibrigaadi] liikmeid ei ole ja hädaolukorra tase on viidud sinnani, et sa võid kiirabibrigaadi teisiti komplekteerida, aga sinnani jõudmine on pikk tee“ (CIV11), Kaitseväämeditsiini personalist öeldi: „See ressurss ei muuda radikaalselt pilti, nii et see on üks väike täiendav komponent“ (CIV10).

5 eksperti ütlesid, et tervishoiusüsteem peab olema piisavalt jätkusuutlik, et ei tekiks vajadust Kaitseväge abi järele: „Seesama ülesannete jäävus – kõik peavad olema enda ülesannete juures ja siis, kui tõesti kriitiline hetk on käes, siis me vaatame teise ametkonna või teise valdkonna poole“ (CIV5).

Sõjaväeekspertid kirjeldasid Kaitseväge ja Kaitseväe ja Naiskodukaitse rolli tsiiviilkriisides. Nende ütlustest selgub, et Kaitsevägi on „Puhtalt /.../ sõjaliste ohtude ja riskide maandamiseks

mõeldud organisatsioon“ (MIL6). Kaitseleidi rollile on omasem tsiviilkriisides osalemine: „Kaitseleidi ülesanded on palju ulatuslikumad kui on Kaitseväel. Sellist võrdusmärki Kaitsevägi ja Kaitseleidi nende vahele panna ei saa“ (MIL3). Kaitseleidi arendab enda võimekusi vastavalt möödunud kriiside õppetundidele: „Kaitseleidi on leidnud üheksa mittesõjalist võimet, mida kriiside ennetamiseks ja lahendamiseks Kaitseleidi on arendama asunud“ (MIL3). Naiskodukaitse on disainitud seisma silmitsi tsiviilkriisidega: „Kogu [Naiskodukaitse] kontseptsioon ongi selline, et kõik meie liikmed ei ole kindlasti kombatandid. /.../ Meie väljaõpe juba on selline, et baasoskustega naiskodukaitset tegelikult saab kaasata väga erinevatesse kriisidesse.“ (MIL4). Samas tsiviilekspertide tagasisidest tuleneb, et tegelikud võimekused ei vasta kirjeldatud rollidele: „Töö käigus on selgunud, et Kaitseleidi ei ole veel nii võimekas kui Kaitsevägi. /.../ Kui me räägime mingisugustest suurtest olukordadest, siis me pigem [ootame abi] Kaitseväest, mitte Kaitseleidust“ (CIV16).

**Neljandas kategoorias** kirjeldatakse tsiviilekspertide vajadusi kriisiolukorras ning ootusi kaitsejõudude võimekuse osas. Kategoorias kirjeldatakse tervishoiusüsteemi vajadusi ja võimekusi, mis on olemas kaitsejõududel, eesmärgiga käsitleda tervishoiusüsteemi esindajate ootusi koostööpunktide osas terviklikult. Ootusi võib jagada olulisemateks (mainitud 6 või enama eksperdi poolt) ja vähemolulisemateks.

Kõige olulisem vajadus, mida 8 eksperti tõid välja, on strateegilise juhtimise toetamine. „Kogu see juhtimise struktuur on midagi, millega Kaitsevägi teeb tööd kogu aeg. /.../ Avalikus sektoris sellist kriisi tuleb korra viie aasta jooksul, korra kümne aasta jooksul, aga inimesed vahetuvad ja ega see ei ole selline asi, mida me kogu aeg treenime, nii et kindlasti sündmuse juhtimise pool on midagi, millega saab toetada.“ (CIV3).

Järgnevalt toodi välja vajadust meditsiinilise transpordi järele (13 eksperti), kaasa arvatud haiglate evakuaatsiooni kontekstis: „Ma tean, et Kaitseväel on olemas nelja raamiga autod. /.../ Saaks meditsiinilist transporti võimestada, kui peaks tekkima selline vajadus“ (CIV7); „Noh, kõige ehtsam näide ongi haigla evakueerimine ajutistesse ruumidesse. See on ülikeeruline olukord tsiviilstruktuuridele. /.../ Siin meie kindlasti paneksime kriisiplaani sisse, et haigla evakueerimise puhul üks koostööpartneri rollis esinev asutus oleks Kaitsevägi.“ (CIV10).

Oluliseks vajaduseks nimetati Kaitseväe parameedikute rakendamist tsiviilkriisides (12 eksperti): „Kui on vaja suurendada ravivõimekust, on vaja lisapersonali. Lisapersonali kusagilt

*võtta niisama ei ole. /.../ Kui on olemas nii-öelda vabad parameedikud, /.../ me võime küsida ka selles osas abi. Aga me peame arvestama, et see personal, keda me saame Kaitseväe poolt, on enamasti parameedikute praktikandid õppeprotsessi käigus.“ (CIV10).*

Mitmed eksperdid tunnistasid, et teatud olukordades võib tekkida vajadus Kaitseväe välihaigla järele (8 eksperti): *„Näiteks haiglahoone muutub ajutiselt kasutamiskõlbmatuks gaasiplahvatuse, terrorismiakti [tagajärjel]. Või on mingi uus nakkus, mis haiglahoone ära reostab. On vaja ajutiselt mobiilset haiglat“ (CIV12).*

8 eksperti ütlesid, et Kaitsevägi võiks kriisi ajal jagada meditsiinilisi vahendeid ja seadmeid: *„Teatud tarvikuid, mille järgi võib tekkida urgentne vajadus. Me teame praegu, et Eesti kiirabibrigaadis on neli žgutti, aga teatud vigastuste puhul võib nende vajadus suurened“ (CIV8).*

Oluliseks vajaduseks peeti TTO-de toimepidevuse toetamist (8 eksperti), peamiselt elektrigeneraatorite ja nendele kütuse tagamise näol: *„Kui haigla oma infrastruktuur on pihta saanud, võib-olla ei ole seal elektrit, on vaja generaatorit, kütet“ (CIV15).* Ekspertid tõid välja, et nad vajavad abi elektrigeneraatoritele lisakütuse tarnimisel: *„Haiglal oma bensiiniautot ei ole, võib-olla Kaitseväel on“ (CIV9).* Toodi välja ka toitlustust: *„Ma tean, et Kuperjanovis on ju suur köögiplakk ja võib-olla on vaja kiirelt osta sealt sooja toitu, tuua sisse näiteks patsientidele kui haigla köök on „out of order“ või nakkusohtlik“ (CIV12).* Lisaks sellele räägiti vajadusest abi järele töö korraldamisel asenduspinnal: *„Kuhu kohta need inimesed majutada? Seal ei ole ei tekke ega voodeid ega mitte midagi, Kaitseväel on need olemas. /.../ Sellises mahus, et kata üks kuuekümmne voodikohaga haigla ära voodite, tekkide, linade, kõikide muude asjadega. Eks me tsiviilis kuskilt leiame, aga kindlasti on Kaitseväe ladudes ka olemas need välivoodid“ (CIV9).*

Mainiti ka organiseeritud tööjõu rakendamise vajadust (7 eksperti): *„Meil on sageli puudu kätest teatud situatsioonides, kui on mingi suurem õnnetus, katastroof või meie inimesed on rivist väljas, kui on väga lihtsaid töid vaja teha: kasvõi patsienti kärutada, kanda, mingit piirkonda piirata“ (CIV9).*

Vähemolulisi tegevusi, milles nähakse Kaitseväe toetuse vajadust, mainiti 5 või vähema eksperdi poolt. 5 eksperti tõid välja logistilise toe vajadust: *„Meditsiinilogistika võiks olla neil*

*samuti üsna heal tasemel, kuidas liigutada mingeid suuri asju, esemeid, igasugust kaupa*“ (CIV4), kaasa arvatud logistiline juhtimine ja ahelate moodustamine (CIV15). Oluliseks peeti piiriülese logistika võimekust, näiteks patsientide välismaale evakueerimise eesmärgil (CIV14).

Samuti ütlesid 5 eksperti, et kriisi ajal võib olla vajalik abi taristu füüsiliseks kaitseks. Mainiti, et vastavad eelkokkulepped on Kaitseleiiduga juba olemas: *„Meil on olemas kokkulepped Kaitseleiiduga, et kui on mingisugused katastroofid või masskannatanud, siis me kutsume neid appi näiteks parkimist korraldama või turvateenust ajutiselt pakkuma*“ (CIV12). Antud juhul ei räägi eksperdid olukorrast, kus esineb otsene julgeolekuoht: *„Valmidus tervishoiuasutusi kaitsta või piirata situatsioonis, kus on palju kannatanuid, võib-olla sellega kaasnevalt palju lähedasi, kes siis ei ründa haiglat, aga lihtsalt oma päringute ja kohaletulekuga võivad haigla tegevust häirida*“ (CIV13).

4 eksperti mainisid vajadust Kaitseväes teenivate tervishoiutöötajate kaasamise järele: *„Ma saan aru, et Kaitseväes ongi päris meedikud, õed ja arstid. Kindlasti vajadusel siis neid rakendada mingisuguste katastroofide korral nii-öelda päris tervishoiuasutuses*“ (CIV21).

3 eksperti töid välja vajaduse kaasata Kaitseväge väliskommunikatsioonis: *„Hästi toimiks, kui kommunikatsioonis oleks Kaitseväel mingisugune veidi suurem roll, sellepärast et inimesed Eestis ikkagi seda Kaitseväge usaldavad ja kui seda õiges võtmes ära kasutada, siis sellest võiks olla suur abi. /.../ Mulle tundus, et Saaremaa juhtum tõi maa peale väga paljud inimesed, et „issand, meil lähebki vaja seda välihaiglat ja Kaitseväge peabki tulema nüüd appi, et nüüd ongi päriselt meil jama majas“. /.../ Inimesed teadvustasid, et päriselt on suure ohuga tegemist.*“ (CIV18). Samuti peeti sisekommunikatsioonis oluliseks Kaitseväge ja tervishoiusüsteemi esindajate vahelist tõhusamat infovahetust: *„Kui neil on suuremad varud, siis andma teada, mis nendes varudes on, kuidas võivad meid aidata*“ (CIV7).

3 eksperti avaldasid arvamust, et Kaitseväge üldine varustatuse tase on väga hea ja võimaldab tervishoiusüsteemile toetuse pakkumist: *„Mida ma näen kõrvalt õppuste raames, /.../ et varustus on läinud ju väga maailma tasemele. NATO standard on seal olemas*“ (CIV8). Sama palju eksperte eeldavad, et kaitseväelastel on palju erikompetentse, mis tulevad kriisiolukorras kasuks. Nende kompetentside mainimisel toodi välja peamiselt traumakannatanu käsitlemist ning tegevust masskannatanutega olukorras (CIV4, CIV17).

Järgnevaid ootusi mainiti 1-2 eksperdi poolt. Nende hulgas on koostöö välispartneritega patsientide evakueerimisel: „*Kindlasti ma arvan, et sihuke meditsiiniline evakuatsioon naaberriikidesse võiks käia kaitseväge partnerluse kaudu. /.../ Neil on niisugused kontaktid olemas, ma usun.*“ (CIV1) ning humanitaarabi vastuvõtmisel: „*Kaitseväel on selline kompetents olemas, mis puudutab seda rahvusvahelist abi. Tead, ma tahaks loota, et nad on selle enda jaoks läbi mõelnud, /.../ kuidas asju vastu võtad*“ (CIV1). Mainiti ka epidemioloogiliste nõuete täitmise tagamist (CIV11) ja abi kriisidest taastumise faasis (CIV8). Üks ekspert avaldas arvamust, et Kaitseväel on olemas meditsiinilise hapniku tootmise võimekus (CIV10).

Ekspertid tõid eraldi välja kiirabi vajadused ja ootused Kaitseväepoolse toetuse osas. Kõiki vajadusi mainiti 1-2 eksperdi poolt, kelleks on valdavalt kiirabitöötajad. Erandiks on maastikuvõimekusega sõidukid: neid mainiti 4 eksperdi poolt. Kaitsevält oodatakse toetust ballistiliste kaitsevahendite jagamise näol, kui kiirabitöötajatel tuleb kokku puutuda julgeolekuohtudega (CIV8). Kaitsevälasi soovitakse saata kiirabisse täitmaks kiirabibrigaadi teise või kolmanda liikme ülesandeid (s.t. üldistavalt kõiki kiirabibrigaadi liikmete ülesandeid, v.a. juhtiv roll meeskonnas) (CIV7, CIV8). Potentsiaalselt võib tekkida vajadus tagada operatiivse side võimekus selle katkestuse korral: „*Kui nüüd päriselt ka mingisugune terrorism, küberrünnak segab kriisi ajal töötamist, /.../ siis meil ei ole head võimekust kiirelt üles panna sidet transpordivõimekuse ja staabi vahel. /.../ Ülespanek oleks see, kus me Kaitseväge appi paluks*“ (CIV6). Mainiti ka kütuse tagamise vajadust: „*Me võime vajada absoluutselt teistsugust kütusega varustust, sest eratarnijad ei suuda [seda tagada]*“ (CIV8).

Ekspertid (3) tõid välja, et Kaitseväge abi peaks olema kiire ning jätkusuutlik: „*Kui sa tuled kaks kätt taskus, nüüd anna mulle kõik vahendid, siis see on mulle jälle lisäülesanne. Kui mina vajan niigi abi, siis see on loogiline, et kui ta tuleb, siis tuleb oma varustusega. Kui varustus kuidagi ei liidestu, siis on ka mõttetu*“. (CIV4)

Ekspertid avaldasid erinevaid arvamusi Kaitseväge võimekuse osas tervishoiusüsteemi toetada. 8 eksperti arvavad, et Kaitseväel on küllalt ressursse tervishoiusüsteemi toetamiseks tsiviilkriisis: „*Ükskõik kui suur või kui väike Kaitseväge on, kahtlemata on tal võimekus tsiviilkriisi puhul tulla tervishoiule appi*“ (CIV6).

13 eksperti tunnistasid, et tervishoiusüsteemi esindajad ei tea, millised võimekused Kaitseväel on ja seetõttu ei osata abi küsida: „*Tõenäoliselt see ei ole ka päris avalik info*“ (CIV12). Nende

ekspertide hulgas on 3 sõjaväeeksperti: „Teinekord te kujutate seda Kaitseväge ette natuke nagu mingi müstilise/.../ laona või supipotina või noh, et meil on kapid kõik kaupa ja asju täis ja meil on meedikuid riiulid täis ja meditsiinimasinad seisavad reas“ (MIL7).

Siiski 2 haigla esindajat ja 2 kaitseväelast on arvamusel, et tervishoius on olemas hea ülevaade Kaitseväge ressursidest: „Kui meil sarnane küsimus tõstatub, siis meil ju meditsiinistaabis on kohe võimalik sellele küsimusele saada mitte ainult vastus, vaid ka selgitus. /.../ Kõik teavad kõigist kõike, meedia isegi“ (CIV11); „See teadmine, mis on Kaitseväge võimekus, millega ta üldse suudab aidata nii ametialaselt kui ka igapäevases koostöös, on minu meelest tsiviilis hästi vastu võetud. /.../ Keegi ei küsi midagi liiast, keegi ei jäta midagi olulist küsimata“ (MIL6).

14 tsiviileksperti, kelle hulgas on enamik haiglate, kiirabi, peremeditsiini ja tervishoiu korraldamise esindajatest, on arvamusel, et Kaitseväel on väga piiratud meditsiiniline ressurss. 2 eksperti arvavad, et Kaitseväel on võimekust tervishoiutöötajate näol – mõlemad eksperdid tunnistasid intervjuu käigus, et nende koostöö Kaitseväega oli puudulik, seega võib tegemist olla valeootusega.

Tsiviilekspertide poolt välja toodud vajadused ja ootused kaitsejõudude toetuse osas on koondavalt välja toodud lisas 4, tabelites 9, 10 ja 11.

**Viiendas kategoorias** esitati sõjaväeekspertide seisukohad kaitsejõudude võimaluste kohta toetada kriisiolukorras tervishoidu. Selles kategoorias ei sisaldu tsiviileksperte sisendeid.

Kõik sõjaväeekspertid kirjeldasid Kaitseväge ja Kaitseliidu kriisiolukorra lahendamisse kaasamise protseduuri. Iga ekspert mainis, et kaitsejõudude kaasamiseks kriisiohjesse peab Terviseamet esitama ametiabi taotluse Kaitseväge juhatajale. Selleks, et olla kindel ametiabi rahuldamises, tasub uurida kohalikul tasemel Kaitseliidu maleva või Kaitseväge pataljoni võimekusi. Taotlus rahuldatakse ilmselt kiiresti, kui sellega küsitakse ressursse, mille kättesaadavust on kinnitanud eelnimetatud ülemad (MIL1, MIL3). Edasilükkamatus olukorras on võimalik küsida abi vahetult kohaliku maleva või pataljoni ülemalt – nendel on olemas vastavad volitused abi välja saatmiseks. Sellisel juhul esitatakse ametiabi taotlus tagantjärele (MIL3, MIL6). Ametiabi taotlemise protsessi lihtsustamiseks võivad organisatsioonid sõlmida eelnevalt koostöölepinguid, milles on kirjeldatud eeldatavad vajadused, võimekused, abipalve



protseduurid ja kontaktisikud (MIL4). Koostöölepingud on samuti kasulikud siis, kui ametnikud vahetuvad ja uued töötajad ei ole teadlikud varasematest kokkulepetest (MIL4).

Järgnevalt tuuakse välja kaitsejõudude võimekused, mida on võimalik rakendada tervishoiusüsteemi toetamisel kriisiolukorras, kui julgeolekuoht puudub.

Peaaegu kõik sõjaväeeksperdid (v.a. Naiskodukaitse esindaja) mainisid, et peamine võimalus tervishoiusüsteemi kriisiolukorras toetada, on rakendada selleks kaitseväelasi, kes omavad parameedikute eriala. Parameedikute väljaõpe on piiratud, kuid nad oskavad teostada teatud meditsiinilisi protseduure ning nende abil on võimalik vabastada tervishoiutöötajaid keerulisemate tööülesannete jaoks (MIL3). Sõjaväeeksperdid tõid välja, et vajadusel on võimalik kutsuda täiendavaid parameedikuid reservist, kuigi selle tegevuse juriidilised aspektid ei ole lõpuni selged (MIL1, MIL2). Kuigi parameedikuid mainitakse kõige enam kui inimesi, keda võib saata TTO-desse abijõuks, leidsid eksperdid, et nende arv ja oskused on piiratud ja ka nemad ei pruugi olla alati sobilikud tekkinud võimelünka täitma (MIL1, MIL2, MIL5).

Järgnevate võimekuste osas ei esinenud ekspertidel lahkarmumusi. Kõik, kes neid mainisid, on veendunud, et selles osas on kaitsejõud võimelised kindlasti tervishoidu kriisiolukorras toetama (sulgudes on ekspertide arv, kes vastavat võimekust või tegevust mainisid):

- Logistiline võimekus, s.h. piiriülene (5): „*Ma arvan, et meie logistikutele on sellises /.../ asjade punktist A punkti B liigutamises osaliselt isegi suurem kogemus, kui nendel Päästeameti logistikutel, eriti kui me räägime rahvusvahelisest. /.../ Võiks seda kuidagi positiivses mõttes ära kasutada*“ (MIL1).
- Strateegiline kriisijuhtimine ja staabitöö toetamine (4): „*Me osaleme tegelikult Kaitseväe ja Kaitseliiduna ka regionaalsetes kriisistaapides. /.../ Ikkagi igas maakonnas, kus iganes on need kriisikomisjonid*“ (MIL6).
- Toetamine organiseeritud lihttööjõu näol (4): „*Selline nii-öelda töökäsi iseenesest, kes on ka mingil määral treenitud ja teadlik või juhitud ja koordineeritud, see on see ressurss, mida Kaitseväel ja tegelikult ka Kaitseliidul on*“ (MIL5).
- Piiratud koguses meditsiinilise varustuse ja vahendite laenamine või üleandmine tervishoiusüsteemile (4): „*See, mis meil on kuskil ladudes, tehnika ja aparatuuri mõttes olemas, aga mida ülemäära palju kindlasti kriiside puhul ilmselt ei ole*“ (MIL5).

- Töö- ja elamistingimuste loomine asenduspinnal (4): „*Nendel on, kui üldiselt mõelda, oskus teha mitte kuhugi selline mull, kus sa saad elada. Panna püsti elektrivõrk, side, peavari ja kütus. On neid telke. Ja need on ju kõikide pataljonide varustuses olemas, põhimõtteliselt saad sellise telklaagri teha*“ (MIL1).
- Meditsiinilise transpordi tagamine (k.a. haiglate evakuatsiooniks) (4): „*Kaitseväge evakuatsiooniautosid on ju nelja kandraamiga. Teed mingit kolonni, et paned kaks, kolm, neli, viis evakuatsiooniautot sinna, siis vastavalt igasse autosse ühe /.../ parameedikuga peale. /.../ Siis paned üks-kaks kiirabi juurde, kes võtavad raskema haige. Aga seal on meeskond olemas, nad sõidavad kolonnis, saavad siis vajadusel üksteist toetada. Aga sa saad viia /.../ kahe haige asemel hoopis /.../ kaheksateist haiget*“ (MIL1).
- Välihaigla aktiveerimine (3).
- Vedelkütuse tagamine ja vedu (2).
- Kiirabivõimekus tagamiseks meditsiinilist turvamist (2).
- Toitlustuse ja joogivee tagamine (2).
- Kaitseväepetsiifilise erivõimekuse või -oskuste rakendamine kriisilahendamisse, näiteks pioneerivõimekus (2).

Üksikutel kordadel mainiti, et Kaitseväge võib tervishoidu aidata epideemia ajal vaksineerimise läbiviimisel või kübervõimekuse tagamisel: „*COVID-i ajal küberväelased tegid patsientide registri nii-öelda kiiresti põlve otsas ümber*“ (MIL1).

2 eksperti on arvamusel, et Kaitseväel on küll olemas elektrigeneraatorid, kuid need ei ole piisavalt võimsad suurte haiglate elektritoimepidevuse tagamiseks (MIL1). Tervishoiusüsteemi taristu füüsilist kaitset peeti samuti vähetõenäoliseks: „*See /.../ esmalt jääks ikkagi erinevate turvafirmade peale. Vajadusel ka politsei peale. Siis järgmine abi võib-olla ka mingisugustelt kaitsejõudlastelt, aga pigem on ta perimeetri kaitse. /.../ Seda ei saa eeldada, et me jõukasutuse eesmärgiga lähme, pigem on jõukasutus ikkagi politseil.*“ (MIL6).

Kaks eksperti ütlesid, et Kaitseväge ei saa toetada tervishoidu voodifondi suurendamisega: „*kandraami peale ei pane ju kedagi*“ (MIL1), kuid saab tõhustada olemasolevate voodite varustatust: „*Lisavõimekusi kuhugi voodikohtade juures. Enamasti on need seotud hapnikuga varustamisega, võib olla haige monitoorimisega, hingamisaparaatidega, muude intensiivis vajalike vahenditega*“ (MIL7). Samal ajal on teine ekspert skeptiline hapniku tootmise

võimekuse osas: „Meie /.../ hapniku kontsentreerumise võimekus on arvestatud traumahaige peale. /.../ Kui me räägime nüüd ainult hapniku kontsentreerumise võimekusest, siis /.../ ta on selline, et mingi Valga või Põlva haigla me suudaks ära varustada, aga kindlasti mitte mingit keskhaiglat“ (MIL1).

2 Kaitseväge esindajat arvavad, et tõenäoliselt saaks Kaitseväge toetada kiirabi alternatiivside loomisel, kuid mõlemad on meditsiiniteenistuse esindajad, mitte sidespetsialistid ja seega ei ole oma vastuses kindlad: „Saaksime mingisuguste käsiraadiojaamadega, mis on seal kahe kilomeetri ulatuses. Sellist tehnikat, mis on need neljakümne kilomeetri peal /.../ nõuab eriväljaõpet. /.../ Võimalik, et peaks küsima eraldi ka Küberväejuhatuselt.“ (MIL6). Sidespetsialiste käesolevas uuringus eraldi ei intervjuerita.

5 eksperti on arvamusel, et kaitsejõud ei suuna kriisilahendamisse oma tervishoiutöötajaid. Selle peamine põhjus on personali riskasutamine: valdav enamik Kaitseväge arstidest ja õdedest töötavad niigi osakoormusega kiirabis, haiglates või mujal tervishoius (MIL1, MIL6, MIL7). Lisaks on Kaitseväes väga piiratud arv tervishoiutöötajaid (MIL5) ja kriisiolukorras nad peavad jätkama tööd väeosades (MIL2). Kaitseväge tervishoiutöötajate arv on äärmiselt väike võrreldes üldise tervishoiutöötajate arvuga Eestis, seetõttu ei oma nende saatmine TTO-desse olulist mõju (MIL1).

3 eksperti on ühisel arvamusel, et ballistiliste kaitsevahendite üle andmine kiirabile ei ole realistlik ja nad ei näe võimalikku stsenaariumit, mis sisaldaks sellist vajadust: „Mis võiks olla selline situatsioon, kus kiirabi vajab kiivrit ja kuulivesti? Siis ikkagi juba saadetakse politsei peale, politsei teeb selle ala ohutuks, et see stseen oleks ohutu ja siis lastakse meedikud peale. Meedikuid vist ikkagi niimoodi peale ei lasta“ (MIL6).

Kaitseliidu ja Naiskodukaitse peamine eelis seisneb võimekuses kiiresti vastupanuvõimet suurendada: need organisatsioonid koosnevad tuhandetest vabatahtlikest, kes on hästi organiseeritud (MIL6). Kaitseliidu ja Naiskodukaitse võimekused seisnevad muuhulgas meditsiinalase väljaõppega inimestes, kes on õpetatud andma abi lahinguväljal, kuid ei ole tervishoiutöötajad (MIL3). Lisaks on Kaitseliidus ja Naiskodukaitstes vabatahtlikke, kes oskavad pakkuda esmast psühhosotsiaalset abi (MIL4) ning staabiassistente, kes toetavad staabitööd (MIL3).

Sõjaväeekspertide poolt välja toodud võimalused tervishoiusüsteemi toetamisel tsiviilkriisis on koondatud lisas 4, tabelites 12 ja 13.

**Kuuendas kategoorias** tuuakse välja ekspertide poolt pakutud võimalused tsiviil-sõjalise koostöö tõhustamiseks tulevikus. Neid võib koondavalt jaotada kolmeks arengusuunaks:

1. Kriisiaegse koostöö eelnev korraldamine ja „läbi mängimine“.
2. Kriisiolukorras tegutsemise väljaõppe korraldamine.
3. Valdkondadevahelise igapäevase koostöö soodustamine.

Kriisiaegse koostöö korraldamine algab ühisest planeerimisest (**alakategooria 6.1**), millesse kaasatakse tervishoiu- ja sõjaväevaldkonna esindajaid: „*Plaanide koostamise protsessi raames me peaksime rohkem koos käima ja asju arutama*“ (CIV10). Plaanide koostamise järgset koostööd tuleb „läbi mängida“: „*Võiks veel treenida, et tagada veel parem tsiviil-militaarkoostöö just juhtimise valdkonnas. /.../ Kuidas haiglaid ümber profileerida, kuidas vastavalt vajadustele Kaitsevägi /.../ toimib, kui /.../ meil olekski vaja neljakümnet kiirabiautot, kas Kaitseväl on plaan olemas? Kuidas ja kuskohast nad mehitavad ja kuidas nad saadavad? Ja me peame teadma ka ühtlasi, mis varustusega. /.../ Me ei pea kõiki sõjasaladusi teadma, aga teatud asju võiks teada*“ (CIV9). Ekspertide arvamusel loob koostöö eelnev planeerimine ja õppustel rakendamine kriisijuhtimisse selgust. Toodi välja, et tõhusa koostöö võti on võimaluste tundmine: „*Teadmine, et see toetus on võimalik ja mehhanismid on läbi proovitud, on juba eeskätt väga oluline*“ (CIV1).

Tõhusa koostöö tagamiseks on vaja selgelt määrata osapoolte rollid: „*Mida meie käest oodatakse? Mis mahus me peame seda teenust osutama? Kuidas me ära jaotame näiteks profiilid haiglate vahel? Sellist suurt plaani veel siimaani veel ei ole*“ (CIV10). Kaitseliit on avatud tsiviil-sõjaliseks koostööks, kuid vajab kindlaid suuniseid: „*Ühiskonnas on Kaitseliidu suunas suured ootused, kuid kui küsida, siis ei osata seda nimetada, mida konkreetselt oleks vaja. Kaitseliit ootab konkreetseid tellimusi koos ideekirjelduse ja ressursiarvestusega, et täpsemalt valmistuda*“ (MIL3).

10 eksperti tõid välja suurt vajadust tagada tervishoiusüsteemi esindajatele ülevaade Kaitseväe võimekustest, et kriisides koostööd tõhustada: „*Seda peaksid teadma Terviseamet, haiglate juhid. /.../ Kui palju meil võtta on, kus asuvad lähimad laod, kus asuvad need lähimad bussid*

*või kiirabiautod, kus on ladustatud, kas nad on Kuperjanovis või on nad hoopis Tapal või Tallinnas? Puudub ülevaade, et kui meil on vaja kiirabiautosid näiteks juurde, oletame, et mingi rongiõnnetus ja sada või rohkem patsienti on seal ja tahaks Kaitsevæe kaasata – kui nad tulevad meile Kuperjanovist või Tapalt kiirabiautodega, siis me teame, et lähima kolme-nelja tunni jooksul sealt ei tule midagi. Aga kui me teame, et meil on lähemal ka olemas...“ (CIV9). Nende 10 eksperdi hulka kuuluvad kõik küsitletud kaitsevæelased, mida võib lugeda Kaitsevæe valmisolekuks tagada kõnealune ülevaade: „Võime ikka tutvustada. Me tegelikult oleme ju kõikidel nende riigikaitse või nende tervishoiujuhtide riigikaitseseminaridel. /.../ Eks me käesoleval aastal läheme jälle, räägime. Ma saan aru, et inimesed muutuvad ja uuel inimesel on uus info. Me oleme väga laialdaselt reklaaminud sõjameditsiini konverentsi igas detsembris. Me oleme väga aktiivselt palunud osavõttu: väga paljudele juhtidele on tasuta kutsed tehtud. /.../ Tulge, vaadake, mis asi on üldsegi Kaitsevæe meditsiin“ (MIL6).*

Ülevaade on haiglajuhtidele hädavajalik, et planeerida oma kriisivõimekust: „Sa pead planeerima ressursi sõltuvalt voodikohtade arvust. Näiteks tavavoodikohtadel on ühe õe peale kaheksa kuni kümme haiget. Ja kui meil oleks teada, et parameedikuid on nii palju, ütleme, et sada, siis me saaksime ju planeerida, kus on kõige rohkem neid vaja ja mitme voodikoha peale me jagaksime ühe või kaks parameedikut. /.../ Me ei tee tervishoidu ju ammu juba nii, et teeme kaheksakümmend voodikohta lahti ja vaatame, kuidas me saame hakkama“ (CIV14). 2 eksperti on arvamusel, et Kaitsevægi peab ise avaldama initsiatiivi koostööks tervishoiuga: „Kindlasti nad oma ringis teavad, mis on nende tugevused, mis on nende väärtused ja võib-olla nad ka ise tunnevad, et nad on valmis tervishoiule appi tulema. Aga kuna nad ei ole pildis ja ise ei tõsta pead ja ei tee häält, ka tervishoid ei oska arvestada selle ressursiga, mis meil tegelikult täna Kaitsevæes on“ (CIV21).

Lisaks rõhutati riigikaitseliste ametikohtade määramise tähtsust: „Kas minu prioriteet on ikkagi jääda kiirabisse tööle või on minu esmane kutse siis see, et kui ma olen reservohvitser, siis ma pean minema mobilisatsiooni all kuhugile siis kaitsevæeteenistusse?“ (CIV8). Seda mainisid muuhulgas kaks sõjavæeeksperti (MIL5, MIL6), sest selge ülevaade personalist on oluline ning tagab efektiivse planeerimise kriisi ajal – tervishoiutöötajate hulgas on palju Kaitsevæe reserviste ja teatud kriiside korral nad lahkuvad töökohalt, et täita Kaitsevæe ülesandeid.

Eksperdid, kes kuulusid COVID-19 kriisi ajal Terviseameti kriisistaapi, tõid välja vajaduse laiendada TSK-d piirkondlikule tasemele: „Ma usun, et kui suuremates haiglates või vähemalt

*kasvõi nende PõMS ja LõMS [ehk põhja- ja lõuna meditsiinistaap] staapides oleks mingi Kaitseväe planeerija või kriisireguleerija antud kaasa, /.../ ma arvan, et oleks [tööd] paremaks teinud. Seda avastasime natuke liiga hilja“ (CIV4).*

8 tsiviileksperti töid välja vajaduse määrata Kaitseväe ja tervishoiuasutuste vahel kontaktisikud (POC), kuid nende täpsemat kontseptsiooni kirjeldatakse erinevalt: „*POC-id võiksid olla igas haiglas, kes haigla ja Kaitseväe vahelist koostööd arendaks rahuajal ja sõjaajal, rahuajal valmistaks sõjaajaks. /.../ Võib olla ikkagi on niimoodi, et sa teed igapäevaselt oma õe tööd ja lisaõppekogunemised on, kus vahepeal tuletatakse meelde, et sa oled kuskil mujal hingekirjas ka“ (CIV4); „*Me peaksime juurutama selle haiglas oleva kontaktisiku rolli mingil moel, et haiglal tekiks harjumus, et seal on mingites situatsioonides Kaitseväe esindaja, et Kaitseväl tekib otsejuhtimine igasse üheksateistkümnendasse raviasutusse. Ja kui käsk jõuab kiirelt kohale, siis samamoodi haiglast tuleb väga kiirelt info tagasi staapi: kas seal on liitlaste sõdureid, haavatuid, kas seal on mingid probleemid“ (CIV6). Üldiselt tuuakse välja, et igas haiglas võiks olla määratud Kaitseväe kontaktisik, kes on teadlik Kaitseväe tööprotsessidest ning mõlema osapoole koostöövajadustest ja võimalustest.**

Kaitseväes arvestati juba varasemalt vajadusega määrata haiglatesse kontaktisikud ja kinnitati teatud regulatsioonid, mille üksikasjadesse käesoleva töö raames ei süveneta. Sõjaväeekspertid võtavad ettepanekut määrata kontaktisikud väga positiivselt, kuid ei leia, et see on hetkel võimalik Kaitseväe või Kaitsealiidu arvelt: „*See on täiesti tavapärane, selline läviohviteride vahetuse praktika, minu meelest see on väga-väga mõistlik ideena. Nüüd, kui me läheme päris praktikasse, siis kes konkreetselt see inimene on? /.../ Mille arvelt ta tuleb? /.../ Ma olen täiesti nõus, et infovahetust on vaja korraldada.“ (MIL3).*

Kaitseväe esindajad leiavad, et kontaktisik peaks põhitöökohaga töötama hoopis haiglas: „*Tema [Kaitseväe esindaja] jaoks on see haigla väga võõras. /.../ Võib-olla ta ei õpi haiglat ära, käib suuremas haiglas, kuhu ikka eksib kuskile ära ja ei oska kuhugile minna. Tal ei ole mingit majutust seal selles haiglas. Samas kui ta on sealt haigla seest, siis tal on juba teada, kus ta oma riided selga paneb, tal on oma töökoht olemas /.../ Aga seda me eeldame tõesti, et haiglad ise määraksid pigem. /.../ Jah, väga ootame, väga eeldame seda, et erinevad asutused tsiviilis ise määraksid selle rolli ära. Võtame väga hästi selle info vastu. Ma arvan, et võib minna mõlemapoolselt sellega. Ma ei taha siitpoolt mingit täiesti võõrast inimest suunata haiglasse, pigem ta on haigla enda isik, kes omab juurdepääsusid, tunneb ülejäänud personali“ (MIL6).*

Kontaktisiku määramine haigla personali hulgast ei ole ideaalne lahendus, sellel on omad puudused. Positsiooni mehitamine kaitseväelastega annab ikka teatud eelise: „*Kes teavad, mis asi on Kaitsevägi, kes saavad aru, mis asi on battle rhythm, kes saavad aru, mis on reports and returns, kes saavad aru, mis on PECC ehk patient evacuation coordination cell, kes oskavad sinna PECC-i päevaseid aruandeid battle rhythm-i alusel anda.*“ (MIL6); „*Kaitseväel on olemas oma unikaalsed teadmised. /.../ Me ütleme haiglale, et te peate katma haigla aknad liivakottidega, aga palju ühe ruutmeetri katmiseks liivakotte vaja läheb?*“ (MIL2).

Üks sõjaväeekspert on arvamusel, et kuigi tuleb jätkata tegevusi kriisivalmiduse tagamiseks, ei ole kunagi teada, milline on järgmine kriisiolukord ja seetõttu peab olema valmis tegutsema *ad hoc* (MIL4).

Kriisiolukorras tõhusa koostöö saavutamiseks on vaja asjaosalistele tagada vastav väljaõpe (**alakategooria 6.2**).

16 eksperti on arvamusel, et tõhusat koostööd peab pidevalt harjutama erinevatel koolitustel ja õppustel: „*Traumakoolitused, masstraumad, võib olla CBRN ja spetsiifilised teemad, mida igapäevaselt kindlasti ei juhtu. /.../ Koostöökoolitused, et otsida kokkupuutekohti, saada tuttavaks ja võib-olla moodustada võrgustik*“ (CIV4). Spetsiifiliste koolituste vajadused on haiglate töötajatel: „*HMIMMS [e. Hospital Major Incident Medical Management and Support], praegu näeme väga madalat taset haiglates ja hetkel haiglad tegelikult vaatavad Kaitseväe poole. /.../ Ja me teame, et siin on abiks Kaitsevägi ja Kaitseväe Akadeemia, kes meid aitab*“ (CIV10) ning tervishoiusüsteemi ametnikel: „*Eesti on justkui NATO-s, kõik on justkui loomulik, aga mida see tegelikult tähendas, kui meile lihtsalt pandi ette kõik need papkad nõudmistega? /.../ Selles mõttes võib-olla neid algtõdesid, ütleme uutele inimestele ka A-st ja B-st seletada, mida see tähendab*“ (CIV2). Leitakse, et senisest suuremal määral võiks ühendada haridusmaastikku: „*Peaks vaatama, kuidas haridusmaastikul leida rohkem kokkupuutekohti ja neid olukordi läbi mängida ja õppekavasid nii palju ühendada, kui vähegi võimalik*“ (CIV5) – ühine hariduskäik tagab parema koostööpartneri tundmise. Ekspertid eeldavad, et Kaitseväel võib olla võimekus pakkuda erikompetentsi nõudvaid koolitusi: „*Troopilise meditsiini kursusi, kui neil on sellist subspetsialiteeti*“ (CIV1). Mainiti vajadust kasutada ühiseid simulatsioonikeskkondi: „*Mida minu arvates jäeti ikkagi tegemata, on ühine simulatsioonikeskus*“ (CIV13).

Sõjaväeekspertid tõid välja vajadust kaasata tervishoiuspetsialiste laua- ja staabiõppustele (MIL2, MIL7) ning pakkuda neile kriisijuhtimise koolitusi (MIL1, MIL5). Mainiti, et koolitustel on võimalik tekitada partnersuhete loomist soodustavat keskkonda. Kaitsevägi on avatud koostööks tervishoiusüsteemiga ning valmis sellesse panustama: „*Võime anda NATO poolt või Euroopa kaitseagentuuri poolt või WHO poolt ühiseid suuniseid, mis peaks olema mingisugustest trauma kit-idest, või antidootidest või CBRN-st. Varustuse hulgas missuguseid standardeid jälgida. /.../ Kas te tahate mingis konkreetses piirkonnas seda Tervex-it teha, kus? Loomes kriisi moodi stsenaariumi taha, saate hinnata oma toimepidevuse asju. Kas te tahate, et me eraldi teeksime neid asju siin? Me saaksime veel toetada. Meie ise võtame ka sealt tagasi selle info kõik, et kui palju me /.../ saame toetada. Kui palju on vaja väljaõpet isikutele /.../ juurde panna. Me oleme väga huvitatud sellest, et me seda väljaõpet teeksime*“ (MIL6). Naiskodukaitse näeb vajadust pakkuda koolitust enda liikmetele vastavalt sellele, milliste funktsioonide täitmist tervishoid neilt kriisiolukorras ootab (MIL4).

**Kolmandas alakategoorias kirjeldatakse võimalusi ja vajadusi soodustada tervishoiusüsteemi ja kaitsejõudude vahel rutiinset koostööd.**

10 eksperti on arvamusel, et koostöö soodustamiseks peab otsima võimalusi tervishoiutöötajate riskasutamiseks: „*Kõik tervishoiutöötajad, kes töötavad Kaitseväes, oleksid seotud ka tsiviilhaiglatega ja kõiki neid arste ja õdesid ja ka parameedikuid, keda Kaitseväel on vaja mobilisatsiooni korras, tegelikult oleksid Kaitseväe palgal, töötaksid haiglates või kiirabis või kus iganes. /.../ Kaitsebarjäär Kaitseväe meditsiiniteenistuse ja tsiviilmeditsiiniteenistuse vahel häguneb rohkem ja siis lihtsamaks koostööga läheb, sellepärast et päeva lõpuks ühed ja samad inimesed ja üks ja sama keel*“ (CIV4).

7 eksperti avaldasid arvamust, et koostöö tõhustamiseks on vaja soodustada valdkondadevahelist igapäevast rutiinset koostööd ja integreerumist (**alakatgoria 6.3**): „*Kui sul on kokkupuutepunkte rohkem, siis suheldakse rohkem, teatakse üksteist rohkem, saadakse teise tööst aru ja ongi parem koostöö. Eesti on õnneks piisavalt väike, et see on väga teostatav*“ (CIV7). Ainult 1 ekspert leidis, et rutiinset koostööd hetkel arendama ei pea (MIL6).

Ühe eksperdi ettepanek on integreerida Kaitseväe meditsiiniteenindus esmatasandi tervishoiu võrku: „*Kaitseväel on omad Kaitseväe arstid, üldarstid ja nad on põhimõtteliselt perearstidega võrdsustatud staatuses. Kõik, kes linnakus toimetavad, on nende nimistus. Aga siis tekib*



*küsimus, et kui Võrus on mõned inimesed mundris, kas nendele kõrvale võiks panna /.../ nende pereliikmed, lähedased? Aga äkki /.../ võiksid käia nüüd mehed mundris hoopis selles Võru linnas perearstide nimistutes?“ (CIV16).*

Teise eksperdi ettepanek valdkondade omavaheliseks integreerimiseks on ühtlustada kasutatavat varustust: „*Me peaksime /.../ hingamisaparaate ostma, kuule, saame kokku. Okei, teil on sellised, võib-olla peaks ostma samasugused, lihtsalt et saaks koostööd teha – /.../ kõik kulutarvikud tulevad ühisest logistikakanalist, neil on samasugused slangid, nagu meil. Saate neid kasutada, filtrid või mida iganes“ (MIL1).*

Lisaks eelnevale avaldas üks ekspert idee ühendada Kaitseväe meditsiiniteenistuse ja tervishoiu tegevusvarud: „*Me oleme ammu taganud seda trummi, et saaks kriisiaja laod tsentraalseks laoks riigi tasemel. Kaitsevägi võiks hüpata sinna paati, et me saaks oma morfiini ja paratsetamooli sealt sellest samast laost ja siis sa tead, ütleme, et kümme pakki on meie omad, me teame, et kogu aeg neid uuendatakse“ (MIL1).*

Ühe mõttena pakuti välja võimalust muuta Kaitsevägi Tervisekassa (intervjuud viidi läbi enne Eesti Haigekassa ümber nimetamist Tervisekassaks) lepinguliseks partneriks: „*Peaks olema see, et kui sa oled kaitseväelane, siis sinu perearst on Kaitseväe arst. Sa saad kogu teenuse siit, analüüsid-uuringud. Miks sa peaksid minema kuhugi mujale perearsti juurde? Või miks keegi teine perearst peaks selle eest raha saama? Aga see eeldab, et meil Kaitseväel on leping Haigekassaga. /.../ Me lihtsalt võtame koormust maha nendelt Tapa, Jõhvi, Võru perearstidelt“ (MIL1).*

Intervjuude käigus kaotasid eksperdid läbivalt fookust ning rääkides tsiviilkriisidest lisasid aspekte, mis on asjakohased ainult sõjaolukorras, kuigi intervjuude alguses selgitati, et magistritöös käsitletakse üksnes mitte-sõjalisi kriise. Näiteks võib tuua tsitaadi lk. 61. See võib tähendada, et eksperdid võtsid omaks riikliku poliitika, mille kohaselt tsiviil- ja riigikaitsekriisideks valmistatakse samaaegselt ning ühiste põhimõtete alusel.

Intervjuude käigus saadi vastused uurimisküsimustele. Intervjuude analüüs on välja toodud järgnevates alapeatükkides.

## 2.3 Uurimistulemuste analüüs

Käesolevas alapeatükis analüüsitakse intervjuudest saadud sisendeid ning võrreldakse saadud tulemusi teoreetiliste lähtekohtadega. Analüüsi tulemusena sünteesitakse järeldused ning ettepanekud.

**Esimeses kategoorias** saadi sisendid senise tsiviil-sõjalise koostöö kohta Eesti tervishoiuvaldkonnas.

Kaitsevägi viib koostöös haiglatega läbi õppused (nt. TERVEX õppus). Kirjanduses mainitakse, et see on oluline, arendamaks haiglate võimekust reageerida masskannatanutega olukorrale (see töö, lk. 12). Autorid mainivad, et traumahaige käsitlemise ja masskannatanu olukorra lahendamise ekspertiis on sõjameditsiinis kõrgem kui tervishoius (see töö, lk. 14-15). Sellel põhjusel tuuakse Kaitseväe eestvedamisel tervishoidu vastavad rahvusvaheliselt tunnustatud koolitused. Kaitseväe Akadeemia õpetab sõjameditsiini kõigile Eesti arstiteaduse ja õendustudengitele, Kaitsevägi korraldab iga-aastaselt Sõja- ja Katastroofimediitsiini Konverentsi – selliste koostööplatvormide kasu mainitakse ka kirjanduses (see töö, lk. 16). Võib öelda, et Eesti kogemus ühtib rahvusvahelisega: katastroofimediitsiini kompetents tuleb tervishoidu sõjaväest. Kaitseväe Akadeemia poolt pakutav õppeaine tudengitele on kooskõlas rahvusvaheliste suunistega (see töö, lk. 15).

Ekspertid ei suutnud tuua varasematest aastatest palju TTSK näiteid (v.a. COVID-19 kriis). Kaitsejõudude roll varasemates kriisides seondub tervishoiuga vaid kaudselt: näiteks Padaorus lumetormis, mida mainiti kõige rohkem, hoidis Kaitseväe sekkumine ära tervishoiualase hädaolukorra tekkimise – millest oli tervishoiusüsteemi vaates kasu, kuid tegemist ei olnud otsese toetusega tervishoiule. Ka teistes kriisilukordades, isegi kui tervishoiuasutustele abi pakuti, ei väljendunud see vahetult meditsiinilistes, vaid toetavates tegevustes. Sarnaselt Eesti praktikale ei ole palju näiteid TTSK-st ka välismaal, v.a. COVID-19 kriisiga seonduv. Käesolevas töös esitatud näidetes (lk. 22-25) väljendub samuti sõjaväe toetus valdavalt tugiteenustes, mitte meditsiiniteenistuse töös. Sellest järeldub, et tervishoiualase TSK olulisuse suurenemine pandeemia tõttu (see töö, lk. 27-28) on ülemaailmne protsess, mis on omane muuhulgas ka Eestile.

Demokraatlikes riikides on sõjaväe roll tsiviilkriisides toetav – neile ei anta juhtivat rolli ega jõukasutamise seotud funktsioone (see töö, lk. 13). Nii oli ka Eestis kaitsejõudude funktsioon COVID-19 kriisi lahendamisel laialdane, kuid mitte domineeriv. Kuigi Kaitseväe ja Kaitsealiidu spetsialiste kaasati staabi töö organiseerimisse ja juhtimisskeemide väljatöötamisse, ei osalenud need organisatsioonid kriisijuhtimises.

Nii Eestis, kui ka teistes riikides puututi COVID-19 kriisi käigus kokku meditsiinilise varustuse puudusega ning probleemi lahendati ühiselt: rakendati kõikvõimalikud reservid, k.a. sõjaväelised (see töö, lk. 33). Eestis tähendas see Kaitseväe jaoks isikukaitsevahendite ja oluliste meditsiiniseadmete (hingamisaparaadid, monitorid jm) üleandmist tervishoiule. Nii nagu ka teistes riikides (see töö, lk. 29), rakendati Eestis sõjaväelist välihaiglat.

Kuigi autorid on seisukohal, et sõjaväe toetus on üldjuhul kiire, kuid lühiajaline (see töö, lk. 14), ei ole see Kaitseväele ja Kaitsealiidule omane. Kaitsejõudude toetus strateegilise juhtimise valdkonnas algas 2020. aastal ja kestis veel ekspertintervjuude läbiviimise ajal 2023. aastal. Kaitsejõudude poolt pakutud toetus tervishoiule oli laialdane ja kohati sarnanes teiste Euroopa riikide praktikatega (see töö, lk. 32-33). Põhiliseks sarnasuseks on parameedikute rakendamine haiglates ning välihaigla püstitamine.

Kirjandusest tulenevalt võib sõjaväe kaasamine kriisiolukorras olla isegi kahjulik või teistele ametkondadele häiriv (see töö, lk. 14). COVID-19 kriisi ajal seda ei juhtunud. Abi saajatel oli võimalik abist keelduda, kui nad seda vajalikuks ei pidanud. Üldiselt kiidavad eksperdid läbivalt kaitsejõudude toetuse mahtu ja efektiivsust COVID-19 kriisi ajal. Tunnistatakse, et abi oli nii mahukas, kui seda taotleti. Teatud kriitika on suunatud ainult välihaigla rakendamisele Saaremaal: kõik eksperdid ei pidanud seda vajalikuks ja kohati avaldati arvamust, et see oli Kuressaare haiglale peale surutud.

Rahvusvaheline kogemus näitab, et mida rohkem on sõjaorganisatsioone kasutatud tsiviilkriiside lahendamise minevikus, seda suurem on tõenäosus, et seda tehakse ka edaspidi (see töö, lk. 13). Eksperdid on tugevalt veendunud, et kaitsejõudude kaasamine COVID-19 kriisi lahendamise arendas olulisel määral tsiviil-sõjalist koostööd. Sellest võib järeldada, et kaitsejõududes nähakse koostööpartnerit ka järgnevate tsiviilkriiside lahendamisel. Seda väidet toetab ka asjaolu, et kõik osapooled jäid kaitsejõudude toetusega COVID-19 kriisi ajal väga rahule.

**Teises kategoorias** kirjeldasid eksperdid tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö hetkeseisu Eestis.

Rahvusvahelisest kogemusest tulenevalt on tsiviil- ja sõjameedikute samaaegne reageerimine masskannatanutega olukordadele väärtuslik (see töö, lk. 15). Tulenevalt ekspertintervjuude tulemustest ei ole see Eestis kiirete olukordade korral võimalik mitmete takistuste tõttu, millest olulisim on kaitsejõudude ebaselge ja liigselt bürookraatlik kaasamise mehhanism. Tervishoiuspetsialistid tihti ei tea, kuidas Kaitseväge või Kaitsealiitu appi kutsuda võib. Kaitseväge esindaja on seisukohal, et organisatsioonis ei ole üksusi, mis on planeeritud reageerima tsiviilsündmustele loetud minutitega, mistõttu Kaitseväge abi ei saa olla kiire.

Tulenevalt kirjandusest (see töö, lk. 16) on TSK kriiside ajal sujuvam, kui tsiviil- ja sõjameditsiini esindajatel on olnud eelnevalt palju koostööpunkte. Eestis on neid mitmeid. Näitena võib tuua valdkondadeüleised koolitused ja õppused, k.a. reservõppekogunemised, mille käigus tervishoiutöötajad puutuvad kokku sõjameditsiiniga. Intervjueeritud ekspertide väitel töötab valdav osa Kaitseväes teenivaid tervishoiutöötajaid osakoormusega tervishoiuasutustes – sellest tekib tsiviil- ja sõjameditsiini valdkondade teineteise tundmine. Ametnike ja juhtide tasemel on väga hea üksteise tundmine, läbivalt on partnerite vahel olemas isiklikud suhted, mis oluliselt soodustab koostööd kriisi ajal ja selleks ettevalmistumisel. Siiski peab tõdema, et sõjameditsiinil on põhiliselt seosed haiglate ja kiirabiga, kuid koostöö teiste tervishoiuvaldkondade on väga puudulik.

Põhiline koostööd takistav faktor on Eestis ja välismaal sama: ebaselge õigusruum ja kaasamise protsess (see töö, lk. 9, 16). Ka välismaal ei ole sõjaväe kaasamine tsiviilkriisi lahendamisse alati seadustega kooskõlas (see töö, lk. 17). Varasemalt mainitud isiklike suhete olemasolu osapoolte vahel kompenseerib seda vaid osaliselt. Märkimisväärne on see, et ebaselget õigusruumi mainisid koostöö takistusena ka mõned tervishoiu korraldamisega tegelevad ametnikud.

Küsitletud eksperdid on enamasti arvamusel, et sõjaväelased suudavad kriisi ajal tervishoiutöötajatega tõhusalt koostööd teha. Mingil määral toetab seda ka rahvusvaheline kogemus: tuuakse välja, et sõjaline väljaõpe näeb ette oskust töötada erinevates meeskondades, mille liikmetel puudub varasem omavahelise koostöö kogemus (see töö, lk. 15). Siiski näitab rahvusvaheline kogemus, et sõjaväelaste töökultuur erineb oluliselt tervishoiutöötajate omast

ja see erinevus võib olla koostöö takistuseks (see töö, lk. 17). Väiksem osa eksperte jagavad seda arvamust Eesti tervishoiu kontekstis. Arvamuste ja ekspertide tausta vahel seost ei ole: kõikide valdkondade esindajad avaldasid erinevaid arvamusi. Sellest võib järeldada, et koostöö sõjaväelaste ja tervishoiutöötajate vahel võib igas haiglas või nn. „töölõigus“ olla väga erinev, kuid eeldatavasti valdavalt ladus. Koostööst tervishoiujuhtide ja ametnike ning sõjaväelaste vahel räägiti teisiti: kuigi mitmed eksperdid usuvad, et koostöö saab kriisi ajal olla hea, väitsid teised varasema kogemuse põhjal, et koostöö käigus võib esineda möödarääkimisi. Viimased olid valdavalt seotud tööga kriisistaapides COVID-19 kriisi ajal ning koostöö takistuseks nimetati peamiselt „silostumist“, kus iga koostöö osapool esindab enda asutuse või organisatsiooni huve. Kokkuvõtteks võib öelda, et erinevast töökultuurist tulenevad koostöötakistused, mis on omased TSK-le teistes riikides, on Eestis olulisel määral maandatud tänu mitmele kirjeldatud faktorile, kuid pole täielikult elimineeritud. Koostöö on oluliselt edukam tervishoiutöötajate vahel ja keerulisem juhtimistasandil.

Valdkondade üksteise kehva tundmist illustreerib ka see, et mitmed tsiviilekspertid tegid ettepaneku suurendada personali riskasutamist ehk saata Kaitseväe tervishoiutöötajaid haiglatesse tööle, kuid sõjaväeekspertide väitel on see juba realiseerunud. Valdkondade eraldatusest ja üksteise mittetundmisest räägivad laialt nii tsiviil- kui ka sõjaväeekspertid. Töötajate riskasutamist peetakse üldiselt koostööd soodustavaks faktoriks (see töö, lk. 16), sest töötajad tunnevad üksteist ja üksteise töökorraldust, kuid mõned küsitletud eksperdid leiavad, et riskasutamisega kaasneb risk, et kriisiolukorras peab töötaja valima ainult ühe tööandja ja teine jääb tööjõust ilma. Veel üheks koostöö takistuseks nimetati piiratud ligipääsu Kaitseväe võimekusi ja kriisiplaane käsitlevale infoteabele. See probleem on aktuaalne ka teistes riikides, näiteks Leedus (see töö, lk. 26).

**Kolmandas kategoorias** avaldasid eksperdid arvamust selle kohta, kui asjakohaseks nad peavad kaitsejõudude kaasamist tsiviilkriiside lahendamisse. Eesti sõjaorganisatsioon, eeskätt Kaitsealiidu ja Naiskodukaitse disain muutub ning neil tekivad võimekused reageerida hübriid- ja tsiviilkriisidele – see on vastavuses rahvusvahelise praktikaga (see töö, lk. 12, 33). Kaitsejõud tunnevad ennast kriisi ajal tsiviilasutuste partneritena, nagu nende kolleegid välismaal (see töö, lk. 27).

Teadlased hoiatavad, et sõjaväe kaasamisega tsiviilkriiside ohjesse kaasnevad militariseerimise ja inimõiguste rikkumiste riskid (see töö, lk. 17). Intervjueeritud eksperdid ei maininud neid

riske kordagi. Põhjus võib olla selles, et Eesti tsiviil-sõjalise koostöö eksperdid ei teadvusta neid või selles, et väikeriigi laiapindse riigikaitse kontseptsioon toetab kaitsejõudude kaasamist tsiviilkriisidesse – käesolev uuring ei anna sellele küsimusele selget vastust. Valdav enamus küsitletud ekspertidest pooldavad ressursside valdkondadeülest ristkasutamist, k.a. tsiviilkriisides. Ekspertidid põhjendavad seda sellega, et väikeriik ei saa endale lubada eraldi investeeringuid sõjaväe- ja tsiviilvaldkonna kriisivalmidusse ning ei näe ratsionaalset põhjust, miks peaks jätma kriisiohjes kasutamata riigi valduses olevaid ressursse. Nende ekspertide hulgas on kõik intervjueeritud sõjaväeekspertidid ja tervishoiu korraldamisega seotud ametnikud. Kirjandusest tulenevalt võivad nendel sihtrühmadel olla motiveerivad huvid sõjaväelaste kaasamiseks kriisiohjesse. Tervishoiukorraldajad võivad sõjaväe kaasamisest tsiviilkriisidesse, sest see aitab varjata valdkonna kriisideks ettevalmistamatust ning üldiselt on see lihtne ja kiire lahendus – sõjaväel on ressursse ja valmisolek kriisiohjeks (see töö, lk. 16). Sõjaväejuhid saavutavad tänu kriisiohjes osalemisele enda institutsioonile senisest suuremat mõjuvõimu (see töö, lk. 17). Kirjandusest tuleneb, et sõjaväe kaasamine kriisiohjesse tekitab lõksu, milles tsiviilvõimud hakkavad kriisivalmidusse järjest vähem panustama, lootes sõjaväe abile (see töö, lk. 17).

Kirjandusest on leitavad mõned põhimõtted, mida peab täitma, et sõjaväe kaasamine oleks tõhus ja ohutu (see töö, lk. 18). Eelkõige peavad tsiviilvõimud olema alati lõplikud otsuste langetajad – läbiviidud intervjuudes ei ole kordagi mainitud, et Kaitseväel oleks juhtiv roll kriisiohjes riiklikul või regionaalsel tasemel. Kaitsejõud kaasusid COVID-19 kriisi lahendamise käigus igasse tegevusse toetavalt. Sõjavägi peab jälgima subsidiaarsuse printsiipi – kohalikul tasemel läbi viidud tegevustest räägivad tihti ainult samas regioonis töötavad eksperdid, näiteks Tartu Kiirabi dekontaminatsiooni jaama korraldamine on kohalikul tasemel läbi viidud tegevus, mida riigiametnikud ei nendi. Seega võib öelda, et COVID-19 kriisi jooksul jälgiti subsidiaarsuse printsiipi. Sõjaväe toetus ei saa olla rutiinne ja ette planeeritud kui tavaline meede: mitmed tsiviilekspertidid avaldasid arvamust, et tervishoid peab ise saavutama sellise kriisivalmiduse taseme, et ei vajaks kaitsejõudude abi. Üldiselt teadvustavad Eesti eksperdid, et kaitsejõudude põhiülesanne on riigikaitse, mitte tsiviilkriisidele reageerimine. Kaitsejõudude kaasamine tsiviilkriisis on lubatud ainult juhul, kui neil on enda rahva seas hea maine – mis on Eestis ka olemas. Lõpuks, tsiviilkriisi lahendamisse kaasatavad üksused peavad teadma juba enne kriisi, mis on nende funktsioon ning tegema vastavad ettevalmistused seonduvalt enda väljaõppe ja varustusega – Kaitseliit tegeleb aktiivselt mittesõjaliste võimete arendamisega.

Arvestades eeltoodut võib eeldada, et TTSK korraldus Eestis ei ohusta demokraatlikku korda ning soodustab tulevikus kriisijuhtimist.

Tuginedes eelmises kahes lõigus toodule, võib eeldada, et vaatamata kirjanduses välja toodud riskidele, on Eestis TTSK korraldamine kooskõlas „*ohutusnõuetega*“, mille abil maandatakse militariseerimise riske ning tagatakse kriisides tõhus koostöö. Tuginedes ekspertide läbivale arvamusele, et väikeriigis peab võtma tsiviil- ja sõjalised ressursid riskasutusse, võib järeldada, et väikeriikides erineb suurtest riikidest ratsionaalne sõjaväe rakendamise praktika tsiviilkriisides.

**Neljandas kategoorias** kirjeldasid tsiviilekspertid tervishoiu vajadusi Kaitseväe toetuse järele ning ootusi Kaitseväe võimekuse osas. Neid analüüsitakse võrdlevalt viienda kategooria sisenditega.

Vastavalt rahvusvahelisele kogemusele kipuvad tervishoiuvaldkonna esindajad üle hindama sõjaväe võimekusi (see töö, lk. 16). Küsitletud eksperdid on enamasti arvamusel, et Kaitseväel on puudulik meditsiiniline ressurss (eelkõige tervishoiutöötajate osas) või et neil ei ole piisavat infot Kaitseväe ressursside kohta. Ainult üksikud tsiviilekspertid on veendunud, et neil on hea ülevaade Kaitseväe võimekustest, mida on võimalik vajadusel kiiresti täpsustada. Sõjaväeekspertid tunnistavad, et nende arvates on tsiviilekspertide ülevaade kaitsejõudude võimekustest COVID-19 kriisi käigus oluliselt paranenud. Ekspertid, kes arvavad, et Kaitseväel on piisavalt meditsiinilisi ressursse ja võimekusi, omavad enamasti kaitsejõududega minimaalset kokkupuudet. Sellest võib järeldada, et mida väiksem on eelnev kokkupuude kaitsejõududega, seda rohkem on osapooltel ekslikke ootusi.

**Viendas kategoorias** kirjeldasid sõjaväeekspertid võimalusi toetada tervishoidu tsiviilkriisis.

Autorid toovad välja (see töö, lk. 13), et sõjameditsiini eelis seisneb muuhulgas suures personali reservis. Erinevalt teiste riikide sõjaväestruktuuridest, ei ole Kaitseväel suurt hulka tervishoiutöötajaid, kuid on teatud hulk parameedikuid ehk piiratud sõjameditsiinalase väljaõppega spetsialiste, kes suudavad teostada lihtsamaid meditsiinilisi protseduure ja seeläbi vabastada tervishoiutöötajaid keerulisemate ülesannete jaoks. Parameedikute kaasamise vajadust tervishoius tuleb hinnata iga juhtumi puhul eraldi, et saada aru, kas nende väljaõpe toetab kriisis tekkinud probleemi lahendamist. Lisaks on Kaitsevägi võimeline tervishoidu

vajadusel toetama organiseeritud lihttööjõuga. Kaitseliidu ja Naiskodukaitse eelis kriisiohjesse kaasamisel seisneb võimaluses kiiresti kaasata suurt hulka vabatahtlikke ning suunata neid täitma kindlaid ülesandeid.

Tulenevalt ekspertintervjuude sisenditest võib järeldada, et Kaitseväe suurim panus tervishoidu nii rahu- kui kriisiajal on parameedikute väljaõppe korraldamine. Parameedikud loovad koostöösilla läbi selle, et läbivad õppepraktika TTO-des: kiirabis ja haiglates. Parameediku eriala omandamine tekitab huvi tervishoiu vastu ning paljud parameedikud alustavad hiljem tööd TTO-des või süvendavad enda teadmisi asudes õppima arstiks või õeks. Paljud tsiviilekspertid loodavad kriisi ajal saada Kaitsevält toetust just parameedikute näol ning sõjaväekspertid kinnitavad, et see on realiseeritav.

Kaitsejõudude võimekuste vastavus tsiviilekspertide ootustele ja vajadustele on koondavalt välja toodud tabelites 12 ja 13 (lisa 4). Vajaduste kirjeldamisel lähtusid tsiviilekspertid kohati COVID-19 kriisi kogemusest. Oma võimete kirjeldamisel toetuvad sõjaväekspertid samuti COVID-19 kriisi aegsetele edukatele praktikatele. Seetõttu nimetatud vajadused ja võimalused enamasti kattuvad. COVID-19 kriisis ilmnunud võimekused, mida oodatakse edaspidi tervishoiu toetamise käigus, on:

- Strateegilise juhtimise toetamine, mis väljendub nii Kaitseväe staabiassistentide töö näol kui ka kaitseväelaste ja kaitseväelaste ekspertiisis.
- Parameedikud, kellele võib sõltuvalt vajadustest määrata väga erinevaid funktsioone, kuid pidades meeles, et nende väljaõpe on piiratud ja nad vajavad juhendamist ning kohapealset väljaõpet.
- Kaitseväe välihaigla rakendamine, mille puhul tuleb eelnevalt analüüsida, milline on konkreetsel juhul tervishoiuvaldkonna tegelik vajadus ja kas välihaigla suudab seda lahendada.
- Meditsiiniliste seadmete ja vahendite jagamine – see praktika realiseerus COVID-19 kriisi käigus, kuid edaspidi tuleb pidada meeles, et Kaitseväe varud on soetatud vastavalt sõjameditsiini vajadustele, s.t. Kaitseväl ei ole spetsiifilisi ravimeid või seadmeid ja nende kogus võib olla limiteeritud. Meditsiinilise hapniku tootmise ja varustamise mahud on väga piiratud. Kaitseväl puuduvad voodid, mis sobiksid haiglate patsientidele – Kaitseväes on



kasutusel kanderaamid, mis on mõeldud ainult patsiendi transpordiks või välihaigla voodid, mis on mõeldud lühiajaliseks kasutamiseks.

- Logistiline toetus – selle all mõistakse „logistikat“ laias mõistes: nii füüsilist kaupade, personali, patsientide vedu riigisiselt ja piiriüleselt, kui ka logistilist juhtimist ja korraldamist.

Teised ootused, mis ühtivad kaitsejõudude võimalustega, on:

- Meditsiiniline transport, k.a. haiglate evakuatsioon. Vajadus tekib juhul, kui on vaja transportida väga suurt hulka patsiente. Sõjaväeekspertide sõnul see töötab kõige paremini koos tsiviilkiirabiga. Näiteks, kui moodustada kolonn, milles Kaitseväe masinates on stabiilsed patsiendid ja kiirabides raskes seisundis patsiendid. Liikudes ühes kolonnis, saavad kiirabitöötajad reageerida kohe, kui sõidu ajal Kaitseväe autos parameedikute poolt saadetava stabiilse patsiendiga midagi juhtub.
- Toimepidevuse tagamine. Kaitsejõud on võimelised tagama teatud taristu toimepidevuse või rajama asenduspinna, näiteks telklaagri näol. Kaitsejõud saavad pakkuda valmistoitu, joogivett ja muud eluks vajalikku. Siiski ei saa Kaitseväge tagada elektritoimepidevust suurele hoonele: nende generaatorid on soetatud arvestusega tagada elektrit väikestele detsentraliseeritud objektidele. Samuti on võimalik rakendada Kaitseväe erivõimekusi ja teadmisi, näiteks pioneerivõimekust.
- Organiseeritud lihttööjõu tagamine – Kaitseväel on palju inimesi, kes on distsiplineeritud, füüsiliselt jõulised ja keda on võimalik rakendada lihttööks.

Tsiviilekspertide ootused, mille realiseerumine ei ole sõjaväeekspertide arvates tõenäoline, on järgnevad:

- Tervishoiuasutuste füüsiline kaitse – sõjaväeekspertid näevad seda ülesannet täitmas teisi organisatsioone. Harvadel juhtumitel on võimalik, et Kaitseliit pakub abi haigla külastajate voo reguleerimisel, kuid jõu kasutamine ja ala piiramine on äärmiselt vähetõenäoline tegevus. Väited jõu kasutamise kohta ühtivad Mati Parts-i magistritöö (2018, lk. 27) järeldusega, et vahetu sunni kasutamine Kaitseväe poolt korrakaitse ülesannete täitmisel on võimalik ainult vähestel erijuhtumitel.
- Kaitseväes teenivate tervishoiutöötajate riskikasutamine – sõjaväeekspertid ei pea seda võimalikuks, sest tervishoiutöötajaid on vähe ja kriisiolukorras peavad nad täitma Kaitseväe

ülesandeid ning rahuajal on nad üldjuhul niigi osakoormusega rakendatud haiglates ja riskasutamise suurendamine ei ole võimalik.

- Epidemioloogiliste nõuete täitmise tagamine – võimatu, sest kaitsejõud ei täida tsiviilkriisis korrakaitse funktsiooni.

Tsiviileksperdid kirjeldasid eraldi ootusi kiirabisüsteemi toetamise osas. Sõjaväeksperdid leiavad, et Kaitseväge poolt on võimalik kiirabiasutustele kütuse tagamine või kohale toomine. Samuti saavad nad personalipuuduse korral kiirabibrigaadide mehitamiseks pakkuda parameedikuid ning loodusõnnetuste korral saavad pakkuda maastikuvõimekusega sõidukeid. Kuid intervjueritud sõjaväeksperdid ei pea võimalikuks ballistiliste kaitsevahendite jagamist kiirabitöötajatele ning ei osanud kindlalt vastata, kas Kaitseväge on võimeline kiirabisüsteemile moodustama alternatiivset operatiivsidet.

Sõjaväeksperdid töid välja võimekusi, millega nad saaksid tervishoidu tsiviilkriisis toetada, kuid mida tsiviileksperdid enda ootuste hulgas ei nimetanud:

- Meditsiinilise julgestamise tagamine kiirabiressursiga suursündmustel või kõrge riskiga sündmuste lahendamisel.
- Vaksineerimise läbiviimine või korraldamine – kaitsejõud osalesid COVID-19 vastase vaksineerimise kampaanias ja on valmis selleks ka tulevikus.
- Naiskodukaitse on olemas liikmed, kes suudavad kriisi ohvritele pakkuda esmast psühhosotsiaalset abi.
- Kaitseliidu ja Naiskodukaitse koosseisus on palju inimesi, kellel on piiratud mahus läbitud lahingkannatanu abistamise väljaõpe ning kelle oskusi saab rakendada masskannatanutega olukorras – nende kaasamise abil on võimalik suurendada vastupanuvõimet tervishoiualases kriisis (see töö, lk. 13).
- Kaitseväel ja Kaitseliidul on suur kübervõimekus, mida rakendati COVID-19 kriisi ajal hädavajalike arenduste kiireks elluviimiseks ning mida võib rakendada ka tulevikus.

**Kuuendas kategoorias** kirjeldasid eksperdid tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö arenguvõimalusi Eestis. Kirjandusest avastatud TTSK potentsiaalsed arengusuunad on välja toodud käesolevas töös lk. 20.

Oluliseks tsiviil-sõjalise koostöö komponendiks peetakse kirjanduses ühiste plaanide koostamist või osapoolte osalemist teiste valdkondade plaanide koostamisel (see töö, lk. 18, 21). Kuigi küsitletud eksperdid tunnistavad, et Kaitsevägi on juba kaasatud kriisiplaanide koostamisse ning on isegi esindatud erineva tasandi kriisistaapides, peavad nad oluliseks arenguvajaduseks Kaitseväge senisest suuremat kaasamist eelnevasse planeerimisse ja kriisiplaanide läbimängimisse. Kirjandusest tuleneb, et eelnevad kokkulepped ja plaanid soodustavad muuhulgas efektiivset juhtimist regionaalsel tasemel, sest osapooltel on selged juhtimisskeemid ja koostööeesmärgid (see töö, lk. 18) – samal arvamusel on ka Eesti eksperdid, kes soovivad asutustele sõlmida sellised koostöökokkulepped.

Plaanide koostamise käigus nähakse vajadust selgelt määratleda osapoolte rollid kriisilahendamisel (nii asutuste kui töötajate tasandil, see hõlmab nt. riigikaitseliste ametikohtade määramist) ning tutvuda üksteise võimekustega. Eksperdid on tugevalt veendunud, et plaanide koostamisele peab järgnema koostöö „läbi mängimine“ õppustel ning asjassepuutuvad töötajad peavad saama vastava väljaõppe. Tõhusama koostöö jaoks tuleb võimalikult palju ühtlustada tsiviil- ja sõjameedikute õppeteekonda, nii kõrgkoolide kui täiendõppe tasemel. Ekspertide soovitusel ühise planeerimise ja õppuste läbiviimise osas ühtivad kehtiva praktikaga Leedus (see töö, lk. 25).

Teisteks arengusuundadeks tervishoiualases TSK-s (see töö, lk. 20) võib pidada kriisimehhanismide ühtlustamist, millega seonduvalt näevad Eesti eksperdid vajadust soodustada valdkondade igapäevast koostööd ja teevad selleks rakenduslikke ettepanekuid. Sellega võib tekkida militariseerimise oht (see töö, lk. 17). Intervjueeritud eksperdid ei maininud viimast probleemi kordagi, millest võib järeldada, et militariseerimist ei nähta antud kontekstis probleemina.

## **2.4 Järeldused**

Tuginedes empiirilise uuringu tulemustele ja nende analüüsile, tehakse magistritöös järeldused, mis on välja toodud käesolevas alapeatükis.

Peamine järeldus seisneb selles, et tervishoiualane tsiviil-sõjaline koostöö on Eestis valdkonniti ebahühtlane. Tervishoiuvaldkonna poolt on koostöösse kaasatud peamiselt haiglad ja kiirabiasutused, kellega koostöö on ekspertide arvamusel tõhus ja küllaldane. Koostöö teiste

tervishoiu valdkondadega, nagu peremeditsiin ja õendusabi, on puudulik. Kaitsevägi on avatud TSK arendamisse ning näeb enda keskse partnerina Terviseametit, seega peab Terviseamet koordineerima vajalike osapoolte kaasamist tsiviil-sõjalisse koostöösse.

Kaitsevägi on organisatsioon, mis on loodud riigikaitse ülesannete täitmiseks. Kaitseväe ja Naiskodukaitse tegevusvaldkond on oluliselt laiem ja sobib paremini tsiviilkriisides osalemiseks. Vaatamata sellele on Kaitseväe ressursid (personal, vahendid, kompetents jm) oluliselt suuremad.

Tõhusa koostöö eelduseks kriisi ajal on mahukas eeltöö ehk tsiviil-sõjalise koostöö planeerimine ja osapoolte vastav väljaõpe, mis hõlmab nii õppusi kui kõikvõimalikke koolitusi. Protsesside eelnev tundmine on võtmetähtsusega koostöö toimimiseks kriisi ajal. Kaitseväe Akadeemia on oma tegevuste tõttu selle eeltöö peamine eestvedaja ja olulisim koostööplatvorm Eestis. Tervishoiusüsteemi esindajad ootavad, et kaitsejõud tutvustaksid oma võimekusi tegutseda tsiviilkriisides senisest laiemalt, avaldades suuremat initsiatiivi.

TTSK on COVID-19 kriisi käigus oluliselt arenenud nii Eestis kui mujal maailmas. Tunnistatakse, et tervishoiuvaldkonna esindajate teadmised kaitsejõudude võimalustest toetuse osas on Eestis oluliselt paranenud. Paljud tsiviileksperdid hindavad kaitsejõudude toetust tervishoiusüsteemile COVID-19 kriisi ajal väga positiivselt, tunnistades selle efektiivsust. Sõjaväeeksperdid on läbivalt väga rahul kaitsejõudude panusega kriisiohjesse. Ainus tegevus, mille efektiivsuse osas ei ole ekspertidel ühist arvamust, on välihaigla rakendamine Kuressaares.

TTSK tugineb Eestis asjaosaliste töötajate isiklikele suhetele, mis soodustab ja kiirendab koostööd. Kuid sellega kaasneb oht, et koostöösillad kaovad, kui ametnikud vahetavad oma ametikohta, võttes tööpositsioonilt lahkudes teadmised kaasa. Isiklikud suhted võivad küll koostööd toetada, kuid see peab olema kinnitatud õigusaktide, koostöölepingute ja muude dokumentidega.

TSK on arvestatav osa kriisireguleerimise protsessidest Eestis, sest eksperdid kiidavad läbivalt heaks kaitsejõudude kaasamist kriisiohjesse ning tunnistavad Kaitseväe suurt rolli tervishoiusüsteemi toimepidevuse tagamisel. Kuigi kaitsejõudude roll tsiviilkriiside lahendamises on suur, väljendub nende toetus lühiajalistes tervishoiusündmustes eeskätt

tugiteenuste (logistika, lihttööjõud, juhtimine jm) pakkumises. Meditsiiniteenistuse vahetu sekkumine on tõenäoline pigem pikemate ja suuremate kriiside korral. Selleks, et kaitsejõudude kaasamine kriisilahendusse oleks efektiivne, peaks abi taotlemine olema kaalutletud, eesmärgistatud ja konkretiseeritud. Kaitsejõudude kaasamine kriisiohjesse omab muuhulgas sümboolset rolli, saates kriisiolukorda sattunud valdkonna töötajatele signaali, et riik soovib neid jõuliselt toetada ning ühiskonnale sõnumi, et tegemist on tõsise ohuga.

Kõige olulisem Kaitseväge ja Kaitsealiidu võimekus, mida võib järgnevatel tsiviilkriisides (nii tervishoiuvaldkonnas kui mujal) rakendada, on kriisijuhtimise teabeoskus: nii nagu COVID-19 kriisi ajal, saavad sõjalised organisatsioonid ka tulevikus toetada tsiviilorganisatsioonides kriisijuhtimise protsesside ja struktuuride loomist. Juhul, kui tsiviilkriisis esineb vajadus kutsuda kaitsejõududest meditsiinilist personali, on see võimalik valdavalt piiratud väljaõppega parameedikute kaasamise näol. Tervishoiutöötajaid (arste ja õdesid) on Kaitseväes vähe ja nad on hõivatud oma tööülesannetega ning üldjuhul juba niigi töötavad osakoormusega tervishoiuasutustes.

Järgnevalt tuuakse välja ettepanekud tulenevalt uuringu tulemustest ja magistr töö järeldustest.

Tuginedes ekspertintervjuude tulemustele tehakse **peamine ettepanek arendada valdkondadelele subsidiaarset tsiviil-sõjalist koostööd**, luues haiglatesse kontaktisikud Kaitsevägega (*point of contact* e. edaspidi POC). POC peab olema haigla enda töötaja, kellel on hea arusaam haigla töökorraldusest ning ülevaade patsientide voost ja seisundist, st POC võiks olla mõne osakonna õde, haigla kriisijuht või mõni muu töötaja. POC peab haiglas olema määratud riigikaitsele ametikohale, et tagada tema töö riigikaitsele kriisis. Kriisivälisel ajal peaks POC täitma tavapäraseid ülesandeid – POC-i roll ei ole piisavalt suur, et selleks oleks vajalik luua eraldi ametikoht. Kaitseväge peab pakkuma haiglate POC-idele regulaarselt vastavaid koolitusi, et õpetada Kaitseväge meditsiiniteenistuse korraldust ja POC-ilt oodatud funktsioonide täitmist tsiviil- ja riigikaitsele kriisides. POC peab haigla kriisistaabiga kriisi ajal liituma ja looma koostöösilla haigla ja kaitsejõudude vahel. Loe täpsemalt POC-ist intervjuude tulemustest (see töö, lk. 63-65).

### **Ettepanek Kaitsevägele:**

Ekspertintervjuude tulemustest ilmnest tervishoiusüsteemi esindajate vajadus saada parem ülevaade Kaitseväge võimekustest ja võimalustest. Seetõttu tehakse ettepanek Kaitseväge tutvustada oma võimekusi asjasse puutuvatele isikutele (ametnikud, haiglajuhid ja teised valdkonna spetsialistid – osapoolte ring peaks olema senisest laiem) senisest aktiivsemalt. Selleks võib korraldada spetsiaalseid koolitusi, seminare, konverentse või muid platvorme, kuid oma ressursside tutvustamine peab olema süsteemne ja regulaarne, et tagada ülevaade ka uutele valdkonna töötajatele.

### **Ettepanek Sotsiaalministeeriumile ja Kaitseministeeriumile:**

Arendada koostöös välja selgem kriisiolukorras tsiviil-sõjalist koostööd käsitlev õigusruum, et see toetaks kaitsejõudude kaasamist kriisiohjesse, k.a. aegkriitilistes olukordades ning seejärel tutvustada kaasamise protsessi osapoolte laiale ringile regulaarsete õppuste ja koolituste käigus.

### **Ettepanekud edasisteks uuringuteks:**

1. Teadlased hoiatavad tsiviil-sõjalise koostöö liigsel suurendamisel militariseerimise ja muude riskide eest. Eesti eksperdid peavad TSK arendamist õigeks ja käesolevas töös neid riske ei maini. Seega tuleb uurida, kuidas on välismaal oluliseks peetavad riskid aktuaalsed väikeriigile nagu Eesti ja kui suur on võimalus kõnealuste riskide realiseerumiseks.
2. Käesolevas töös keskendutakse Kaitseväge võimekustele toetada tervishoidu, kuid empiirilisest uuringust ilmnest, et Kaitseväe roll tsiviilkriiside ohjes on samuti suur ja järjest laienev. Sellest tulenevalt on vaja täiendavalt uurida Kaitseväe võimalusi tsiviil-sõjaliseks koostööks, muuhulgas tervishoius.

## KOKKUVÕTE

Magistritöös uuriti Kaitseväge ja Kaitseliidu kaasamise vajadusi ja võimalusi tervishoiusüsteemi toetamiseks tsiviilkriisi olukorras.

Esimeses peatükis analüüsiti teoreetiliste allikate põhjal tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö olemust ja praktikaid teiste riikide tsiviilkriisides. Analüüsi käigus saadud sisendeid rakendati empiirilise uuringu ülesehitamisel ja hilisemal tulemuste analüüsimisel. Eraldi toodi teoreetilises osas välja COVID-19 kriisi praktikad, sest antud sündmusel oli globaalne mõju tervishoiualasele tsiviil-sõjalisele koostööle.

Teine peatükk keskendub empiirilisele uuringule, mille raames kombineeriti maksimaalse variatiivsusega valim lumepallivalimiga ning viidi läbi poolstruktureeritud intervjuud 28 valdkonna eksperdiga. Esmalt intervjueriti uurimisküsimustest lähtuvalt tsiviileksperte erinevatest tervishoiu valdkondadest ja asutusest. Intervjuude käigus uuriti valdkonna vajadusi koostöö järele, kaardistati senised koostööpraktikad ja saadi nendele ekspertide hinnang. Tsiviilekspertide intervjuudest saadud tulemusi kasutati tervishoiusüsteemi vajaduste võrdlemiseks kaitsejõudude võimalustega. Kaitsejõudude võimaluste teadasaamiseks intervjueriti sõjaväeeksperte. Lähtuvalt sellest, et tsiviilekspertid rõhutasid korduvalt Kaitseliidu olulist rolli tsiviil-sõjalises koostöös, laiendati uuringu fookust ning lisaks Kaitseväge ja Kaitseministeeriumi esindajatele intervjueriti ka Kaitseliidu ja Naiskodukaitse eksperte. Tervishoiusüsteemi vajaduste ja kaitsejõudude võimaluste kaardistamisel ja võrdlemisel leiti vastus magistritöö keskele uurimisprobleemile. Intervjuudest ilmnas, et tervishoiusüsteemi ootused koostöö osas kattuvad suuresti kaitsejõudude võimalustega tänu kokkupuutele COVID-19 kriisis. Tulemused näitasid, et tervishoiualane tsiviil-sõjaline koostöö on COVID-19 kriisi lahendamise käigus oluliselt arenenud, kuid on endiselt ebaühtlane: koostöö haiglate ja kiirabiasutustega on küllaldane, teiste osapooltega aga puudulik.

Tuginedes uuringu tulemustele tehti ettepanekud edaspidisteks arenguteks ja uuringuteks. Peamiseks ettepanekuks on määrata haiglatesse kaitsejõudude kontaktisikud, et soodustada subsidiaarset koostööd. Teiseks ettepanekuks on arendada tsiviil-sõjalist koostööd käsitlevat õigusruumi ning teha protsessid osapooltele selgemaks ja arusaadavamaks. Kolmandaks on tutvustada osapooltele senisest suuremal määral kaitsejõudude ressursse, mida on võimalik tsiviilkriisis rakendada.

Magistritöö tulemusi saab kasutada:

1. Sotsiaalministeeriumi ja Terviseameti kriisiplaanide koostamisel ja uuendamisel.
2. Kaitseministeeriumi ja selle valitsusala tsiviil-sõjalise koostöö arendamisel.
3. Riigikantselei riikliku kriisireguleerimise poliitika kujundamisel.
4. Tervishoiuteenuste osutajate kriisiplaanide koostamisel ja asutuste tsiviil-sõjalise koostöö vajaduste hindamisel.

Magistritöö tulemustest ilmnes vajadus täiendavalt uurida, kas ja mil määral on välismaal kirjeldatud tsiviil-sõjalise koostööga seotud riske vaja Eestis ja teistes väikeriikides maandada. Lisaks oleks täiendavalt vajalik uurida Kaitseliidu tsiviil-sõjalise koostöö võimekusi ja arenguvajadusi. Mahupiirangu tõttu jäid magistritöö fookusest välja oluliste tervishoiuvaldkonna osade nagu stomatoloogia või psühhiaatria koostöövajadused, kuid koostöö suurendamise võimalused nendega on kaudselt kirjeldatud.



## SUMMARY

The Master's thesis examined the needs and possibilities for involving the Defence Forces and Defence League in supporting the healthcare system in a civil crisis situation. The first chapter analysed the nature and practices of civil-military coordination in healthcare based on theoretical sources and practices in other countries during civil crises. Inputs obtained during the analysis were applied in the construction of an empirical study and subsequent analysis of the results. The theoretical part highlighted the practices of the COVID-19 crisis as it had a global impact on civil-military coordination in healthcare.

The second chapter focused on an empirical study that combined maximum variability sampling with semi-structured interviews with 28 experts in the field. Initially, civilian experts from various healthcare fields and institutions were interviewed based on research questions. The interviews explored the need for cooperation, mapped existing cooperation practices, and obtained experts' assessments of these practices. The results of the interviews with civilian experts were used to compare healthcare system needs with Defence Forces' capabilities. To determine the capabilities of the Defence Forces, military experts were interviewed. Given that civilian experts repeatedly emphasized the significant role of the Defence League in civil-military coordination, the study's focus was expanded, and experts from the Defence League and Women's voluntary defence organization were also interviewed. Through mapping and comparing healthcare system needs and Defence Forces' capabilities, the answer to the central research problem of the Master's thesis was found. The interviews revealed that healthcare system expectations for cooperation largely match the Defence Forces' capabilities, thanks to exposure to the COVID-19 crisis. The results showed that civil-military coordination in healthcare has significantly developed during the COVID-19 crisis but remains uneven: cooperation with hospitals and ambulance services is adequate, but cooperation with other stakeholders is insufficient.

Based on the research results, proposals were made for future developments and research. The main proposal was to appoint Defence Force contacts in hospitals to promote subsidiary cooperation. The second proposal was to develop the legal framework for civil-military coordination and make the processes clearer and more understandable for all parties. Third,

stakeholders should be introduced to the Defence Forces' resources, which can be applied in civil crises, to a greater extent than before.

The results of the Master's thesis can be used:

1. In the development and updating of crisis plans for the Ministry of Social Affairs and the Health Board.
2. In the development of civil-military coordination for the Ministry of Defence and its area of government.
3. In the development of national crisis regulation policy for the Government Office.
4. In the development of crisis plans for healthcare service providers and the assessment of civil-military coordination needs for institutions.

The results of the master's thesis revealed a need for further research on whether and to what extent the risks associated with civil-military coordination described abroad need to be mitigated in Estonia and other small countries. Additionally, it would be necessary to investigate the capabilities and development needs of the Estonian Defence League's civil-military coordination. Due to space constraints, important healthcare areas such as dentistry or psychiatry were left out of the focus of the thesis, but opportunities for increasing cooperation with them are indirectly described.

## VIIDATUD ALLIKATE LOETELU

Acacio, I., Passos, A., M., Pion-Berlin, D., 2022. Military Responses to the COVID-19 Pandemic Crisis in Latin America: Military Presence, Autonomy, and Human Rights Violations. *Armed Forces & Society*, February, pp. 1-23.

Adini, B., Ohana, A., Furman, E., Ringel, R., Golan, Y., Fleshler, E., Keren, U., Reisner, S., 2016. Learning lessons in emergency management: the 4th International Conference on Healthcare System Preparedness and Response to Emergencies and Disasters. *Disaster and Military Medicine*, 2(16), pp. 1-6.

Araghizadeh, H., Peyravi, M., Sharififar, S., Marzaleh, M., A., 2020. Civil-Military Coordination (TSK) Model in Natural Disasters in Iran. *Bull Emerg Trauma*, 8(4), pp. 218-223.

Back, D.A., Lembke, V., Fellmer, F., Kaiser, D., Kasselmann, N., Bickelmayer, J., Willy, C., 2019. Deployment and Disaster Medicine in an Undergraduate Teaching Module, *Military Medicine*, 184(5/6), pp. e284–e289.

Bhardwaj, P., 2019, Types of sampling in research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, 5, pp. 157-163.

Boland, S., T., McInnes, C., Gordon, S., Lillywhite, L., 2020. Civil-military relations: a review of major guidelines and their relevance during public health emergencies. *BMJ Military Health*, 167, pp. 99-106.

Bollen, M., Kalkman, J., P., 2022. Civil-Military Cooperation in Disaster and Emergency Response: Practices, Challenges, and Opportunities. *Journal of Advanced Military Studies*. 13, 1. pp. 79-91.

Cameron, A., H., 2020. *Civil–Military Cooperation In Humanitarian Response: An International Practices Approach. Dissertation*. Monterey: Naval Postgraduate School.

Cohen, N., Arieli, T., 2011. Field research in conflict environments: Methodological challenges and snowball sampling. *Journal of Peace Research*, 48(4), pp. 423–435.

Cuny, F., C., 2015. Use of the military in humanitarian relief. Rmt: Nikolov, O., Roussinov, V., Milkov, M., Ruseva, R., Karakaneva, J., Tabov, J., Pashova, L., Tomov, N., Kouteva-Guentcheva, M., Nikolova, I., Hutov, I. toim-d. *CMDR COE Proceedings 2014–2015*. Bulgaria: Crisis Management and Disaster Response Centre of Excellence, CMDR COE, pp. 150-172.

Dahlberg, R., Dalgaard-Nielsen, A., 2020. The Roles of Military and Civilian Forces in Domestic Security. Rmt: Sookermany, A. toim. *Handbook of Military Sciences*. Cham: Springer International Publishing.

Deserts, M., D., Mathais, Q., Luft, A., Escarment, J., Pasquier, P., 2020. Conception and deployment of a 30-bed field military intensive care hospital in Eastern France during the 2020 COVID-19 pandemic. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. 39(3), pp. 361-362.

DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B., F., 2006. Qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), pp. 314-321.

Dieng, W., F., 2020. *Indonesia Military Roles In Disaster Response. Thesis*. Kansas: Fort Leavenworth.

Eesti Keele Instituut, 2008. *Militerm*. [elektrooniline terminibaas] leitav: <https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/mil/meditsiiniteenistus/1> [kasutatud: 04.12.2021]

Erickson, P., Klijajic, M., Shelef, N., 2022. Domestic Military Deployments in Response to COVID-19. *Armed Forces & Society*, 29(1), pp. 1-22.

Gad, M., Kazibwe, J., Quirk, E., Gheorghie, A., Homan, Z., Bricknell, M., Civil–military cooperation in the early response to the COVID-19 pandemic in six European countries. *BMJ Military Health*, 2021(167), pp. 234–243.

Gibson-Fall, F., 2021. Military responses to COVID-19, emerging trends in global civil-military engagements. *Review of International Studies*, 47(2), pp. 155-170.

Goforth, C.W., Tranberg, J.W., Boyer P., Silvestri, P.J., 2016. Fresh Whole Blood Transfusion: Military and Civilian Implications, *Critical care nurse*, 36(3), pp. 50–57.

Golubtsov, M., 2020. *Kaitseväe ja Politsei- ja Piirivalveameti ülese lennuvahendite riskasutamise vajadus ja võimalused. Magistritöö*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.

Goniewicz, K., Goniewicz, M., Burkle, F. M. Jr., 2019. The Territorial Defence Force in Disaster Response in Poland: Civil-Military Collaboration during a State of Emergency. *Sustainability*, 11(2), p. 487-487.

Grimes, D., A., Schulz, K. F. 2002. Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet*, 359, pp. 145-149.

Guénot, P., Leigh-Smith, S., Granger-Veyron, N., Carfantan, C., Dulaurent, E., 2019. The involvement of the French military medical service in helicopter rescue missions for Emergency Medical Aid at Sea: the current situation and prospects for the future. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 105(2), pp. 95-102.

Gökalp, D. 2020. Civil–military Cooperation. Rmt: De Lauri, A., toim. *Humanitarianism: Keywords*. Leiden: Brill

Hollingsworth, A, Breeze, J., 2020. Emergency preparedness and clinical military aid to the civilian authorities, *BMJ Military Health*, 166, p. 57.

Howard, J., T., Kotwal, R., S., Stern, C., A., Janak, J., C., Mazuchowski, E., L., Butler, F., K., Stockinger, Z., T., Holcomb, B., R., Bono, R., C., Smith, D., J., 2019. Use of Combat Casualty Care Data to Assess the US Military Trauma System During the Afghanistan and Iraq Conflicts, 2001-2017. *Jama Surgery*, 154(7), pp. 600-608.

*Hädaolukorra seadus* (2017) RT I, 1, 18.06.2021, 3.

- Jabbar, R., Makki, M., 2021. Managing health disasters and Civil–Military Cooperation: A case of COVID-19 in Pakistan. *Jambá: Journal of Disaster Risk Studies* 13(1), pp. 1-8.
- Jaff, D., Margolis, L., Reeder, E., 2022. Civil–military interactions during non-conflict humanitarian crises: a time to assess the relationship. *Defence Studies*, 22(1), pp. 1-16.
- Jenne, N. & Martinez, R., 2021. Domestic military missions in Latin America: Civil-military relations and the perpetuation of democratic deficits. *European Journal of International Security*. 7. pp. 58-83.
- Joseph, S., 2020. COVID 19 and Human Rights: Past, Present and Future. *Journal of International Humanitarian Legal Studies*, Forthcoming, 20(3), pp. 1-11.
- Juvan, J., 2022. The role of armed forces in the covid-19 pandemic. *Journal of comparative politics*, 15(1), pp. 73-89.
- Kalkman, J., P., 2020. Military crisis responses to COVID-19. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 29(1). pp. 99-103.
- Kamradt-Scott, A. & Smith, F., 2020. Military assistance during health emergencies. Rmt: *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. New York: Oxford University Press.
- Kaneberg, E., Hertz, S., Jensen, L-M., 2016. Emergency preparedness planning in developed countries: the Swedish case. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, 6(2), pp. 145-172.
- Khorram-Manesh, A., 2018. Facilitators and constrainers of civilian–military collaboration: the Swedish perspectives. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 46, pp. 649–656.
- Khorram-Manesh, A., Robinson, Y., Boffard, K., Örtenwall, P., 2020. The History of Swedish Military Healthcare System and Its Path Toward Civilian-Military Collaboration From a Total Defense Perspective, *Military Medicine*, 185(9-10), pp. e1492–e1498.
- Khorram-Manesh, A., Burkle, F., M., Phattharapornjaroen, P., Marzaleh, M., A., Sultan, M., A., Mäntysaari, M., Carlström, E., Goniewicz, K., Santamaria, E., Comandante, J., D., Dobson, R., Hreckovski, B., Torgersen, G.-E., Mortelmans, L., J., de Jong, M., Robinson, Y., 2021. The Development of Swedish Military Healthcare System: Part II—Re-evaluating the Military and Civilian Healthcare Systems in Crises Through a Dialogue and Study Among Practitioners. *Military Medicine*, 186(3/4), pp. e442-e450.
- Khorram-Manesh, A., Mortelmans, L., J., Robinson, Y., Burkle, F., M., Goniewicz, K., 2022. Civilian-Military Collaboration before and during COVID-19 Pandemic—A Systematic Review and a Pilot Survey among Practitioners. *Sustainability*, 14(624), pp. 1-27.
- Koerber, A., McMichael, L. (2008). Qualitative Sampling Methods: A Primer for Technical Communicators. *Journal of Business and Technical Communication*, 22(4), pp. 454-473
- Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2012). Qualitative descriptive research: An acceptable design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), pp. 255-256.

Lorents, D., 2021. *Valmisoleku seaduse väljatöötamiskavatsus läks kooskõlastusringile*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.riigikantselei.ee/uudised/valmisoleku-seaduse-valjatootamiskavatsus-laks-kooskolastusringile> [Kasutatud: 18.11.2022]

Lusti, T., 2018. TERVEX 2018 – üks eriline Siili okas. *Sõdur*, 4, lk. 44-45.

Malešič, M., 2015. The impact of military engagement in disaster management on civil–military relations. *Current Sociology*, 63(7), pp. 980-998

Mazurkiewicz, A., 2018. Between NATO and UN: EU Strategic Culture and its Approach to Civil-Military Cooperation. *Defence & Strategy*, 18(1), pp. 63-78.

Michaud J, Moss K, Licina D, Waldman R, Kamradt-Scott A, Bartee M, Lim M, Williamson J, Burkle F, Polyak CS, Thomson N, Heymann DL, Lillywhite L., 2019. Militaries and global health: peace, conflict, and disaster response, *Lancet*, 393(10168), pp. 276-286.

Nassaji, H., 2015. Qualitative and descriptive research: Data type versus data analysis. *Language Teaching Research*, 19(2), pp. 129-132.

NATO Standartization Office, (2019). *Allied Joint Doctrine for Medical Support AJP-4.10 C(1)*. NATO Standartization Office [NATO standart]

Nero, K., 2015. *Eesti tervishoiusüsteemi valmisolek hädaolukordadeks*. Magistritöö. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.

Olev, A., Alumäe, T., 2022. Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic J. Modern Computing*, 10 (3), pp. 409–421

Opillard, F., Palle, A., Michelis, L., 2020. Discourse and Strategic Use of the Military in France and Europe in the COVID-19 Crisis. *Journal of Economic and Human Geography*, 111(3), pp. 239-259.

Parts, M. (2018). *Politsei- ja piirivalveameti nägemus Kaitseväe kaasamisest korrakaitsealistesse ülesannetesse vahetu sunni kasutamise õigusega*. Magistritöö. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.

Pasquier, P., Luft, A., Gillard, J., Boutonnet, M., Vallet, C., Pontier, J.-M., Duron-Martinaud, S., Dia, A., Puyeo, L., Debrus, F., Prunet, B., Beaume, S., de Saint Maurice, G., Meaudre, E., Ficko, C., Merens, A., Raharison, G., Conte, B., Dorandeu, F., Canini, F., Michel, R., Ausset, S., Escarment, J., 2021. How do we fight COVID-19? Military medical actions in the war against the COVID-19 pandemic in France. *BMJ Mil Health*, 167(4), pp. 269-274.

Prathibha, M.S., 2020. *Role of PLA in COVID-19 Response*. MP-IDS Issue brief. New Delhi: The Manohar Parrikar Institute for Defence Studies and Analyses.

Purju, A., 2021. The COVID-19 in Estonia: Governance of the Health Care System, spread of the disease, regulations and impact on economy. *BSR Policy Briefing series 1*, pp. 1-24.

Ratchev, V., Tagarev, T., 2018. Policy and Legal Frameworks of Using Armed Forces for Domestic Disaster Response and Relief. *Information & Security: An International Journal*. 40(2), pp. 137-166.

Reis, J., 2021. Civil-Military Cooperation: Integrated Logistics in Response to the COVID-19 Crisis. *Logistics*, 5(79), pp. 1-10.

Riigikantselei, 2021, *Riigikaitse arengukava 2022-2031*. Tallinn: Riigikantselei

Riigikantselei, 2023. *Tsiviilkriisi ja riigikaitse seaduse eelnõu*.

Siseministeerium. 2017. *Hädaolukorra seaduse käsiraamat*. Tallinn: Siseministeerium.

Siseministeerium. 2020. *Sisejulgeoleku arengukava 2020-2030*. Tallinn: Siseministeerium.

Smaliukiene, R., Giedraityte, V., Sibeko, A., Alekna, M., 2020. Civil-military cooperation in disaster preparedness: information sharing and support in Lithuania. *Journal of security and sustainability issues*, 9(3), pp. 1105-1116.

Tervise- ja tööminister, 2022. *Terviseameti põhimäärus. Määrus*. RT I, 29.12.2022, 72.

Sotsiaalministeerium. 2020. *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Stinner, D. J., Wenke, J. C., Ficke, J. R., Gordon, W., Toledano, J., Carlini, A. R., Scharfstein, D. O., MacKenzie, E. J., Bosse, M. J., Hsu, J. R., Major Extremity Trauma Research Consortium, 2017. Military and Civilian Collaboration: The Power of Numbers, *Military Medicine*, 182, pp. 10–17.

Strömberg, D. (2019). *The role of the military A study in how civil-military cooperation is formed during CBRN incidents*. Master thesis. Umeå: Umeå University.

Tagarev, T., Ratchev, V., 2018. Evolving Models Of Using Armed Forces In Domestic Disaster Response And Relief. *Information & Security: An International Journal*, 40(2), pp. 167-180.

*Tervishoiuteenuste korraldamise seadus* (2001) RT I, 10.10.2022, 4.

Tooming, M., 2021. *Uus kriisideks valmisoleku seadus tehakse tumedama tuleviku jaoks*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.err.ee/1608277938/uus-kriisideks-valmisoleku-seadus-tehakse-tumedama-tuleviku-jaoks> [Kasutatud: 18.11.2022]

Vabariigi Valitsus, 2018. *Kaitseväge põhimäärus. Määrus*. RT I, 28.06.2018, 8

Vabariigi Valitsus, 2021. *Loetelu hädaolukorda põhjustada võivatest sündmustest, mille kohta koostatakse riskianalüüs, analüüsi koostamise nõuded ja kord ning selle koostamist juhtiv asutus*. Määrus. RT I, 31.07.2021, 4.

Valitsuse kommunikatsioonibüroo, 2023. *Uus tsiviilkriisi ja riigikaitse seaduse eelnõu saadeti kooskõlastusele*. [Võrgumaterjal] Leitav: <https://www.riigikantselei.ee/uudised/uus-tsiviilkriisi-ja-riigikaitse-seaduse-eelnou-saadeti-kooskolastusele> [Kasutatud 06.05.23]

Varblane, A., Nõmm, K., Reinhard, V., 2014. Sõja- ja katastroofi meditsiini õpe meditsiinitudengitele. *Eesti Arst*, 93(1), lk. 10-11.

Varpio, L., Bader-Larsen, K., Hamwey, M., Durning, S., Meyer, H., Cruthirds, D., Artino, A., 2021. Delivering patient care during large-scale emergency situations: Lessons from military care providers. *Plos One*. 16(3), pp. 1-12

Villarreal, P., A., 2020. Public Health Emergencies and Constitutionalism Before COVID-19: Between the National and the International. Rmt: *Constitutionalism Under Extreme Conditions*. Cham: Springer.

Walia, R., 2015. A Saga of Qualitative Research. *Sociology and Criminology*, 3(2), pp. 1-3

Wilén, N., 2021. The Military in the Time of COVID-19. *PRISM*, 9(2), pp. 20-33.

Williams, M., Moser, T., 2019. The Art of Coding and Thematic Exploration in Qualitative Research. *International Management Review*, 15(1), pp. 45-55

Yan, B., Zhang, X., Wu, L., Zhu, H., Chen, B., 2020. Why Do Countries Respond Differently to COVID-19? A Comparative Study of Sweden, China, France, and Japan. *American Review of Public Administration*, 50(6-7), pp. 762-769.

Ünlü, A., Kaymak, Ş., Urkan, M., Özmen, P., Haçerlioğulları, O., & Zeybek, N., 2016. The Time Has Come to Rethink our Mass Casualty Preparedness Level in Response to Terrorist Attacks: Initial Contribution from the Department of War Surgery in Gülhane Military Medical Academy, *Erciyes Medical Journal*, 38(3), pp. 106–110.



## Lisa 1. Intervjuuküsimused tsiviilekspertidele

1. (üldiselt) Millised on tervishoiuvaldkonna vajadused Kaitseväe toetuse osas hädaolukorras?
2. Kui ratsionaalseks peate Kaitseväe kaasamist mittesõjalise hädaolukorra lahendamisse? Palun põhjendage.
3. Kuidas Te hindate Kaitseväe potentsiaali toetada tervishoiusüsteemi? Kas Te leiate, et Kaitseväel on selleks piisavalt inimressurssi ja tehnilisi vahendeid?
4. Milline on olnud meditsiinalase tsiviil-sõjalise koostöö senine praktika Eestis?
5. Millised funktsioonid või tegevused peaks Kaitsevägi endale tervishoiuvaldkonna hädaolukorras võtma?
6. Millised faktorid soodustavad ja takistavad militaar-koostööd tervishoiuvaldkonnas Eestis?
7. Kas Teie arvates peab Kaitsevägi tegema senisest suuremat koostööd tervisevaldkonnaga "rahuajal"? Kui jah, siis kuidas täpsemalt?
8. Palun, kirjeldage, millist Kaitseväe poolset tuge vajaks hädaolukorras asutus, kus Te töötate?
9. Kaitsevägi panustas muu hulgas COVID-19 eri- ja hädaolukorra lahendamisse. Kuidas Te hindate selle panuse efektiivsust ja mahtu?
10. Kuidas Te hindate koostöövõimet kaitseväelaste ning tervishoiutöötajate ja ametnike vahel Eestis?
11. Kuidas võib Teie arvates tulevikus selles valdkonnas parandada tsiviil-sõjalist koostööd?
12. Kas Te soovite käsitletaval teemal veel midagi lisada?
13. Kas Te võiksite nimetada kedagi, kelle arvamus võiks olla teema käsitlemiseks vajalik?

## Lisa 2. Intervjuuküsimused sõjaväeekspertidele

1. Milline on Kaitseväe roll tsiviilkriisides?
2. Kuidas Te hindate Kaitseväe mitte-sõjalistesse kriisidesse kaasamise asjakohasust?
3. Palun tooge näiteid senisest tsiviil-sõjalisest koostööst tervishoiuga. Kuidas Te hindate Kaitseväe osalust nendes?
4. Millist koostööd teeb Kaitsevägi tervishoiusüsteemiga „rahuajal“?
5. Kuidas Te hindate tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö hetkeseisu? Kas kõik vajalikud osapooled on kaasatud piisavas mahus?
6. Kuidas Te hindate Kaitseväe panust COVID-19 kriisi lahendamisel?
7. Millised faktorid soodustavad ja takistavad militaarkoostööd tervishoiuvaldkonnas Eestis?
8. Kuidas saab Kaitsevägi tsiviilkriisis tervishoiusüsteemi toetada?
9. Kuidas Te hindate koostöövõimet kaitseväelaste ning tervishoiuvaldkonna esindajate (meedikud ja ametnikud) vahel Eestis?
10. Kuidas võib Teie arvates tulevikus parandada tsiviil-sõjalist koostööd selles valdkonnas?
11. Millised on võimalused suurendada rutiinset koostööd ja valdkondade integreerimist? Kas Kaitsevägi on sellest huvitatud?
12. Milline on Kaitseväe kaasamise protseduur erinevates kriisiolukordades?
13. Kas Te soovite käsitletaval teemal veel midagi lisada?
14. Kas Te võiksite nimetada kedagi, kelle arvamus võiks olla teema käsitlemiseks vajalik?

Järgnevalt on välja toodud ekspertidele esitatud lisaküsimused.

### MIL1

1. Kuidas hindate õendusabi ja peremeditsiini kaasatust TSK-sse?
2. Kuidas hindate Kaitseväe parameedikute ja tervishoiutöötajate rakendamist tsiviilkriisis?
3. Millised on Kaitseväe võimekused meditsiinilise hapnikku tootmiseks?
4. Millised on Kaitseväe võimalused tagada TTO-de toimepidevus?
5. Millised on Kaitseväe võimalused tagada kiirabitöötajatele kriisi ajal ballistilised kaitsevahendid?
6. Milline on Kaitseväe huvi avaldada initsiatiivi koostööks TTO-dega, tutvustada oma ressursse ja võimekusi?
7. Kuidas suhtute personali riskasutamise suurendamisse?
8. Milline on Kaitseväe huvi osaleda tsiviilasutuste kriisiplaanide koostamisel?

### MIL2

1. Millised on Kaitseväe võimalused toetada tervishoidu logistika ja toimepidevuse tagamise valdkonnas?
2. Kuidas hindate vajadust määrata haiglate ja Kaitseväe vahel POC?

### MIL3

1. Kuidas hindate vajadust määrata haiglate ja Kaitseväe vahel POC?

### MIL4

1. Millised on tsiviilpartnerite teadmised Naiskodukaitse võimekustest?

#### MIL5

1. Millised on Kaitseväe võimekused logistika valdkonnas?
2. Kuidas hindate vajadust määrata haiglate ja Kaitseväe vahel POC?
3. Kuidas suhtute personali riskasutamise suurendamisse?

#### MIL6

1. Kuidas hindate õendusabi ja peremeditsiini kaasatust TSK-sse?
2. Millised on Kaitseväe võimalused toetada tsiviilkriisis strateegilist juhtimist?
3. Millised on Kaitseväe võimekused logistika valdkonnas?
4. Kuidas hindate Kaitseväe parameedikute ja tervishoiutöötajate rakendamist tsiviilkriisis?
5. Millised on Kaitseväe võimalused tagada tervishoiuvaldkonna taristu julgeolekut?
6. Millised on Kaitseväe võimalused tagada kiirabitöötajatele kriisi ajal ballistilised kaitsevahendid ja sidevahendid?
7. Kuidas hindate vajadust määrata haiglate ja Kaitseväe vahel POC?
8. Milline on Kaitseväe huvi tutvustada oma ressursse ja võimekusi tervishoiuvaldkonna koostööpartneritele?

#### MIL7

1. Millised on Kaitseväe võimalused toetada tervishoiu logistikat?
2. Millised on Kaitseväe võimalused tagada tervishoiuvaldkonna taristu julgeolekut?
3. Millised on Kaitseväe võimalused tagada kiirabitöötajatele kriisi ajal ballistilised kaitsevahendid ja sidevahendid?
4. Kuidas hindate vajadust määrata haiglate ja Kaitseväe vahel POC?

## Lisa 3. Intervjuude koodipuu

Koodipuu on esitatud järgnevas formaadis:

1. Kategooria
  - 1.1. Alakategooria
    - 1.1.1. Kood

Sulgudes esitatud esimene number näitab, mitu tsitaati koodi alla kuulub, teine number – mitmele erinevale eksperdile nad kuuluvad.

1. Tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö senine praktika Eestis
  - 1.1. "rahuajal"
    - 1.1.1. Planeerimine (7/5)
    - 1.1.2. Tervishoiuteenuste tarbimine (2/2)
    - 1.1.3. SKMK koolitused tudengitele ja tervishoiutöötajatele (30/18)
    - 1.1.4. Esmaabi elanikele (1/1)
    - 1.1.5. SKMK konverents (10/10)
    - 1.1.6. TERVEX jm õppused (7/6)
    - 1.1.7. Kaitsevägi arendab taastusravi võimekusi (2/2)
    - 1.1.8. Rahvusvaheline MEDEVAC (1/1)
    - 1.1.9. Personali rakendamine teise valdkonna töös (13/10)
    - 1.1.10. Meditsiiniline julgustamine (6/3)
    - 1.1.11. Häirekeskus (1/1)
  - 1.2. Kriisides (14/11)
  - 1.3. COVID-19 kriisis
    - 1.3.1. COVID-19 muutis suhtumist TSK-sse (11/8)
    - 1.3.2. Strateegilise juhtimise toetamine (18/15)
    - 1.3.3. Välihaigla (34/21)
    - 1.3.4. Parameedikud haiglates (14/13)
    - 1.3.5. Taristu kaitse (2/2)
    - 1.3.6. Hingamisaparaadid jm meditsiiniline aparatuur (9/7)
    - 1.3.7. Isikukaitsevahendid (9/8)
    - 1.3.8. Vaktsineerimine (9/4)
    - 1.3.9. Tartu Kiirabi dekontamineerimise jaam (1/1)
    - 1.3.10. Küberkaitsevõimekus (3/3)
    - 1.3.11. Eeltriaaz haiglates (3/3)
    - 1.3.12. 1247 (2/1)
    - 1.3.13. Hooldekodud (1/1)
    - 1.3.14. Kõik ei vajanud abi (2/2)
    - 1.3.15. Realiseerimata valmisolek (3/3)
    - 1.3.16. Üldine hinnang abile (24/20)
    - 1.3.17. Abi vastuvõtmine on kohati keeruline (3/3)
    - 1.3.18. Kaitseliit on oluline partner (9/7)
2. Tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö hetkeseis Eestis
  - 2.1. Üldine hinnang hetkeolukorrale

- 2.1.1. Koostöö on hea ja vajab kõrge taseme hoidmist (16/13)
- 2.1.2. Koostöö on vähene (18/11)
- 2.1.3. Kaasatud osapooled (10/6)
- 2.2. Koostööd soodustavad ja takistavad faktorid
  - 2.2.1. Ohu tajumine ja NATO nõuded (2/1)
  - 2.2.2. Ühised õppused ja reservõppekogunemised (2/2)
  - 2.2.3. Tervishoiutöötajate riskasutamine (20/13)
  - 2.2.4. Regionaalne koostöö (2/2)
  - 2.2.5. Osapoolte pühendumus, paindlikkus ja eelkokkulepped (3/3)
  - 2.2.6. Isiklikud suhted (27/18)
  - 2.2.7. Salajane info (7/5)
  - 2.2.8. Väike riik (2/2)
  - 2.2.9. Valdkondade kehv üksteise tundmine, eraldi planeerimine ja igapäevase koostöö puudumine (14/10)
  - 2.2.10. Puudub vaimne valmisolek kohaneda kriisiaegsete muutustega (6/5)
  - 2.2.11. IT-süsteemide ühildumine (3/2)
  - 2.2.12. Õigusruum ja bürokraatia (22/15)
- 2.3. Koostöö isikute tasemel
  - 2.3.1. Koostöö tervishoiu ametnike ja juhtidega (19/14)
  - 2.3.2. Koostöö tervishoiutöötajatega (25/22)
- 3. Kaitsejõudude tsiviilkriisidesse kaasamise ratsionaalsus
  - 3.1. Sõjaliste organisatsioonide roll tsiviilkriisides
    - 3.1.1. Kaitseliit ja Naiskodukaitse (10/3)
    - 3.1.2. Kaitsevägi (4/4)
  - 3.2. Ressursside riskasutamine väikeses riigis ja laiapindne riigikaitse (28/23)
  - 3.3. Kaasamine on õigustatud, kui Kaitseväel on vastav võimekus (17/12)
  - 3.4. Tervishoiuvaldkond peab olema iseseisev (6/5)
  - 3.5. Sõnumid, mis tulevad Kaitseväega kaasa (8/7)
  - 3.6. Kaitseväest ei ole alati kasu (6/6)
  - 3.7. Kaitsejõududel on omad funktsioonid (16/13)
- 4. Tervishoiusüsteemi vajadused koostöö osas kaitsejõududega
  - 4.1. Juhtimine (15/8)
  - 4.2. Meditsiiniline transport (22/13)
  - 4.3. Parameedikud (15/12)
  - 4.4. Taristu toimepidevuse tagamine, k.a. asenduspinnal (KÜTS) (21/8)
  - 4.5. Välihaigla (15/8)
  - 4.6. Meditsiinilised vahendid ja seadmed (9/8)
  - 4.7. Organiseeritud lihttööjõud (10/7)
  - 4.8. Logistiline toetus, k.a. juhtimine, k.a. rahvusvaheline (6/5)
  - 4.9. Taristu füüsiline kaitse (6/5)
  - 4.10. Kaitseväes teenivad tervishoiutöötajad (5/4)
  - 4.11. Üldine varustus (5/3)
  - 4.12. Välis- ja sisekommunikatsioon (4/3)
  - 4.13. Erikompetents (3/3)
  - 4.14. Välispartneritega koostöö korraldamine (3/2)
  - 4.15. Epidemioloogiliste nõuete tagamine (1/1)
  - 4.16. Kriisist taastumise faas (1/1)
  - 4.17. Rahvusvahelise abi vastuvõtmise kompetents (1/1)
  - 4.18. Meditsiinilise hapnikku tootmine (1/1)

- 4.19. Kiirabisüsteemi toetamine (10/7)
- 4.20. Üldine hinnang Kaitseväe võimalustele
  - 4.20.1. KV omab palju ressursse tervishoiu toetamiseks (9/8)
  - 4.20.2. Ülevaade on tagatud (4/4)
  - 4.20.3. Puudub ülevaade KV ressursside üle (20/13)
  - 4.20.4. KV-l on puudulik meditsiiniline ressurss (21/14)
- 4.21. Milline peab olema abi (3/3)
- 5. Kaitsejõudude võimalused toetada kriisiolukorras tervishoiusüsteemi
  - 5.1. Strateegilise juhtimise toetamine ja staabitöö korraldamine (4/4)
  - 5.2. Välihaigla (3/3)
  - 5.3. Kütus ja kütusemahutid (2/2)
  - 5.4. Generaatorid (2/2)
  - 5.5. Side (2/2)
  - 5.6. Toitlustus (2/2)
  - 5.7. Taristu moodustamine (4/4)
  - 5.8. Taristu füüsiline kaitse (2/2)
  - 5.9. Organiseeritud tööjõud (5/4)
  - 5.10. Erivõimekused (3/2)
  - 5.11. Meditsiiniline evakuatsioon (4/4)
  - 5.12. Meditsiiniline varustus (6/4)
  - 5.13. Meditsiiniline julgestamine (2/1)
  - 5.14. Logistika k.a. rahvusvaheline (5/5)
  - 5.15. Vaktsineerimine (1/1)
  - 5.16. Kübervõimekus (1/1)
  - 5.17. Parameedikud (8/6)
  - 5.18. Tervishoiutöötajad (6/5)
  - 5.19. Ballistilised kaitsevahendid (3/3)
  - 5.20. Voodid (5/2)
  - 5.21. Kaitseliidu ja Naiskodukaitse erivõimekused (4/3)
  - 5.22. Kaasamise protseduur (8/7)
- 6. Tervishoiualase tsiviil-sõjalise koostöö arenguvõimalused Eestis
  - 6.1. Kriisieelselt koostöö korraldamine ja läbimängimine (88/25)
  - 6.2. Kriisiolukorras tegutsemiseks väljaõppe tagamine (26/16)
  - 6.3. Rutiinse koostöö soodustamine (30/14)

## Lisa 4. Tervishoiu vajadusi ja ootusi ning kaitsejõudude võimekusi koondavad tabelid

Järgnevatel tabelitel on välja toodud kõik tsiviileksperptide mainitud tegevused, milles nähakse vajadust Kaitseväge toetuse järele sõltumata sellest, kas Kaitseväel on võimalik seda tagada. Lisaks on oluline mainida, et ekspertintervjuudes keskenduti tsiviilkriisidele, millega ei kaasne julgeolekuohtu. Tegevused, mis on vajalikud kiirabisüsteemi toetamiseks, on välja toodud eraldi. Sulgudes on välja toodud ekspertide arv, kes tegevust mainisid.

Tabel 9. Olulisemad tegevused, milles nähakse Kaitseväge toetuse vajadust. Autori koostatud.

Tegevus	Lühikirjeldus
Strateegilise juhtimise toetamine (8)	Vajatakse abi staabitöö korraldamisel ning tugiteenuste tagamisel eelkõige riiklikul, aga võimalusel ka TTO-de tasemel, sest kaitseväelastel on kriisijuhtimise valdkonnas olemas hea ekspertiis.
Meditiiniline transport, k.a. haiglate evakuatsioon (13)	Eelkõige tuuakse välja vajadust kaasata Kaitseväge juhul, kui on vaja kiiresti transportida suurt hulka haigeid/kannatanuid (nt. haigla evakuatsiooni või masskannatanutega olukorras), kuid mainitakse ka maastikuvõimekusega kiirabiautode ja täiendava õhu- ja veetranspordi vajadust. Muuhulgas mainiti, et Kaitseväge kiirabiautosid võib kasutada ka kiirabibrigaadide arvu suurendamiseks.
Parameedikute rakendamine (12)	Leitakse, et vaatamata piiratud väljaõppele saab parameedikuid tervishoiukriisis rakendada kiirabis ja haiglates erineval moel, kas hooldaja või abiõe rollis, kiirabi autojuhina, perearstikeskuses koordinaatorina jm. Parameedikute kaasamist COVID-19 kriisi ajal peetakse efektiivseks. Arvatakse, et parameedikute rakendamine vabastab tervishoiutöötajaid keerulisemate tööülesannete jaoks.
Välihaigla rakendamine (8)	Välihaigla eelis on selle mobiilsus ehk võimalus seda igas piirkonnas kiiresti rakendada. Selle kasutamist peetakse kasulikuks lokaalsete kriiside korral nagu epideemiline kolle, suurõnnetus, kohaliku haigla teenuse katkestus.
Meditiiniliste vahendite ja seadmete jagamine (8)	Näitena tuuakse nii hingamisaparaate jm sellist tehnikat, meditsiinilist hapnikku, kui ka traumahaige käsitlemise varustust (nt. arteriaalsed žgutid). Leitakse, et ootamatu kriisi korral ei pruugi tervishoius olla piisavas koguses vajaminevat varustust, aga Kaitseväes võib see olemas olla.
TTO-de toimepidevuse tagamine, k.a. alternatiivses tegevuskohas (8)	Kaitsevält oodatakse tuge haiglate toimepidevuse tagamisel näiteks elektri- või kaugkütte katkestuse korral; haigla generaatoritele kütuse toomises juhul, kui see teenus ei ole haiglal teisiti tagatud; generaatorite paigaldamisel väiksematele TTO-dele; toitlustuse ja esmatarbekaupade tagamisel; ajutise asenduspinna tagamisel telkide või muu pinna näol ja selle komplekteerimisel voodite ja tekkidega.

Organiseeritud tööjõu rakendamine (7)	Tuuakse välja, et kriisiolukorras võib tekkida vajadus täiendava tööjõudu või suurel hulgal distsiplineeritud töötajate kaasamise järele, et täita lihtsamaid ülesandeid.
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabel 10. Vähemolulised tegevused, milles nähakse Kaitseväe toetuse vajadust. Autori koostatud.

Logistiline toetus ja juhtimine (5)	Ollakse arvamusel, et Kaitseväl on kogemus ja võimekus inimeste ja kaupade suurtes kogustes transportimisel, k.a. piiriüleselt.
Taristu füüsiline kaitse (5)	Julgeoleku tagamine või haigla hoonete ligipääsu piiramine kõrvalistele isikutele
Kaitseväes teenivate tervishoiutöötajate rakendamine (4)	Arstide ja õdede saatmine tööle TTO-de juurde sealse tööjõu võimekuse tugevdamiseks
Välis- ja sisekommunikatsioon osalemine (3)	Kaitseväe osalemine väliskommunikatsioonis saadab kõigile osapooltele ja elanikkonnale sõnumi kriisiolukorra tõsidusest. Sisekommunikatsiooni osas oodatakse, et Kaitseväge tutvustaks enda võimekusi kriisireguleerimises osalevatele asutustele senisest aktiivsemalt, et nad oskaksid arvestada ja abi taotleda.
Kaitseväe varustus ja eriekspertiis üldiselt (3)	Eksperdid ei täpsusta, millist varustust või ekspertiisi soovitakse, kuid eeldatakse, et Kaitseväl on palju erinevaid võimekusi ja oskusi, mis võivad tulla kasuks ettearvamatutes kriisides.
Välispartneritega koostöö korraldamise toetamine (2)	Rahvusvahelise humanitaarabi korraldamine ja patsientide riigist väljasaatmist puudutavate küsimuste lahendamine.
Kriisist taastumine (2)	Kaitseväl on oskusteave, kuidas kriisidest väljuda ja tegeleda vaimselt kannatada saanud isikutega.
Epidemioloogiliste nõuete täitmise tagamine (1)	Näiteks teatud maa-alale ligipääsu piiramine.



Tabel 11. Tegevused, milles nähakse vajadust Kaitseväge kaasamise järel toetamiseks kiirabisüsteemi. Autori koostatud.

Tegevus	Lühikirjeldus
Maastikuvõimekusega sõidukid (4)	K.a. võimekus puhastada teid, et muuta need kiirabiautodele läbitavaks.
Ballistolised kaitsevahendid (1)	Kuuli- ja killuvestid, kiivrid jm spetsiifilised sõjaväelised kaitsevahendid.
Kiirabibrigaadide mehitamine (2)	Kaitseväge parameedikud võiksid täita kiirabibrigaadi II või III liikme ülesandeid, s.t. näiteks juhtida kiirabiautot või täita assisteeriva liikme rolli.
Side tagamine (2)	Operatiiv- ja mobiilside katkestuse korral oodatakse Kaitseväge abi alternatiivside ülespanekul.
Kütuse tagamine (1)	Vajalik juhul, kui katkevad erasektori kütuse tarneahelad.

Tabel 12. Tsiiviilekspertide ootuste vastavus kaitsejõudude võimekustele. Autori koostatud.

Olulisemad tegevused	
Ootus	Vastus
Strateegilise juhtimise toetamine	<b>Toetus on võimalik</b> ning COVID-19 kriisi ajal realiseerunud.
Meditsiiniline transport, k.a. haiglate evakuatsioon	<b>Toetus on võimalik.</b> Koostöös on võimalik oluliselt suurendada kiirabi võimekust.
Parameedikute rakendamine	<b>Toetus on võimalik</b> , kuid tuleb meeles pidada, et nende oskused on piiratud ning enne abi taotlemist tuleb läbi rääkida funktsioonid, veendumaks, et nad on pädevad täitma vajalikke ülesandeid.
Välihaigla rakendamine	<b>Toetus on võimalik</b> , kuid eelnevalt tuleb analüüsida, kas välihaigla rakendamine lahendab konkreetset probleemi.
Meditsiiniliste vahendite ja seadmete jagamine	<b>Osaliselt on võimalik</b> , võttes arvesse, et Kaitseväge varud on piiratud nii mahuliselt kui nomenklatuurselt. Voodifondi suurendamine ei ole võimalik: Kaitseväge kandraamid ei ole patsientidele ette nähtud pikaajaliseks kasutamiseks. Voodikohtade varustamine meditsiiniseadmetega on võimalik piiratud mahu. Meditsiinilise hapniku varud ja tootmisvõimekus on piiratud.
TTO-de toimepidevuse tagamine, k.a. alternatiivses tegevuskohas	<b>Osaliselt on võimalik</b> , k.a. toidu ja joogivee tagamine. Märkus: elektrivarustuse tagamise võimekus on puudulik.

Organiseeritud tööjõu rakendamine	<b>Toetus on võimalik</b> kõikide sõjaliste organisatsioonide poolt.
<b>Vähem olulisemad tegevused</b>	
<b>Ootus</b>	<b>Vastus</b>
Logistiline toetus ja juhtimine, k.a. piiriülene	<b>Toetus on võimalik.</b>
Taristu füüsiline kaitse	<b>Vähetõenäoline</b> , selle ülesande täitmiseks sobivad teised organisatsioonid. Võimalik teatud juhtudel jõudu kasutamata ning pigem Kaitseliidu poolt.
Kaitseväes teenivate tervishoiutöötajate rakendamine	<b>Ei ole võimalik.</b> Tervishoiutöötajaid on vähe, kriisiolukorras peavad täitma endale Kaitseväe poolt määratud ülesandeid, rahuajal töötavad nad üldjuhul niigi osakoormusega haiglates ja riskasutamise suurendamine ei ole võimalik.
Välis- ja sisekommunikatsioonis osalemine	Sisend on puudulik.
Kaitseväe varustus ja erieksperitiis üldiselt	<b>Toetus on võimalik</b> , näiteks pioneerivõimekus vm.
Välispartneritega koostöö korraldamise toetamine	Sisend on puudulik.
Kriisist taastumine	Sisend on puudulik.
Epidemioloogiliste nõuete täitmise tagamine	<b>Ei ole võimalik.</b> Kaitseväl ei ole tsiviilkriisis korrakaitse ja jõu kasutamise volitust.
<b>Kiirabisüsteemi toetamine</b>	
<b>Ootus</b>	<b>Vastus</b>
Maastikuvõimekusega sõidukid	<b>Toetus on võimalik.</b>
Kaitsevahendid	<b>Vähetõenäoline</b> , sest sõjaväeekspertid ei näe ette stsenaariume, kus see oleks asjakohane. Äärmisel vajadusel on võimalik, kuid seda tegevust oodatakse eelkõige politseilt.
Kiirabibrigaadide mehitamine	<b>Toetus on võimalik</b> parameedikute, kuid mitte tervishoiutöötajate arvelt.
Side tagamine	<b>Osaliselt on võimalik.</b> Võimekus vajab täpsustamist asjatundjatega.
Kütuse tagamine	<b>Toetus on võimalik.</b>

Tabel 13. Kaitsejõudude olemasolevad võimekused, mille kohta tsiviilekspertid ootusi ei avalda. Autori koostatud.

<b>Tegevus</b>	<b>Lühikirjeldus</b>
Meditsiiniline julgestamine	Kaitseväel on piisav kiirabiressurss, et tagada meditsiiniline julgestamine suurüritustel või kõrge riskiga sündmuste lahendamisel.
Vaktsineerimine	Kaitsejõud on toetanud tervishoidu vaktsineerimise läbiviimisel (nii vahetult vaktsineerimisel kui ka vaktsineerimispunktide töö korraldamisel) ning on valmis seda tegema katulevikus.
Esmase psühhosotsiaalne abi	Naiskodukaitse esindajate hulgas on inimesed, kes on läbinud esmase psühhosotsiaalse esmaabi väljaõppe.
Esmaabi	Naiskodukaitse ja Kaitseliidu koosseisus on piiratud lahingkannatanu käsitlemise väljaõppega isikud.
Kübertõimekus	Kaitseväel ja Kaitseliidul on suured võimekused IT-valdkonnas, mida rakendati COVID-19 kriisi ajal hädavajalike arenduste kiireks elluviimiseks ning võib rakendada ka tulevikus.