

Sisekaitseakadeemia
Sisejulgeoleku instituut

Kristi Nero

**EESTI TERVISHOIUSÜSTEEMI VALMISOLEK
HÄDAOLUKORDADEKS**

Magistritöö

Juhendaja:
Shvea Järvet, MA
Kaasjuhendaja:
Jaan Tross, MA

Tallinn 2015

SISEKAITSEAKADEEMIA MAGISTRITÖÖ ANNOTATSIOON

Sisejulgeoleku instituut	Kaitsmise kuu ja aasta juuni 2015
<p>Töö pealkiri eesti keeles: Eesti tervishoiusüsteemi valmisolek hädaolukordadeks</p> <p>Töö pealkiri võõrkeeles: Crises Preparedness of the Estonian Health Care System</p> <p>Lühikokkuvõte: Magistritöö on kirjutatud eesti keeles, võõrkeelne resümee on inglisekeelne. Töö maht koos lisadega on 85 lk, millest 80 lk moodustab põhiosa, kasutatud on 85 eesti- ja inglisekeelset allikat.</p> <p>Magistritöö eesmärk on selgitada välja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise korraldus ja peamised praktikas tõusetuvad probleemid Eestis ning esitada ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks.</p> <p>Magistritöö teoreetilises osas analüüsiti kaasaegseid seisukohti kriisireguleerimisest ja hädaolukordadeks valmisoleku olulisematest mõjuritest ning tervishoiuvaldkonna integreerimisest kriisireguleerimissüsteemi. Empiirilise uuringu uurimisstrateegiaks oli juhtumiuuring, andmekogumismeetoditeks dokumendianalüüs ja poolstruktureeritud ekspertintervjuud. Kvalitatiivse sisuanalüüsi teostamiseks kasutati programmi NVivo for Mac versiooni 10.2.0.</p> <p>Uuringuga leiti vastused uurimisküsimustele: 1) Kuidas on Eestis korraldatud ja reguleeritud masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumine ja nende lahendamise juhtimine üleriigilisel tasandil? 2) Missugused on peamised takistused masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumisel ja nende lahendamisel? 3) Missugused on võimalused tõsta tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekust?</p> <p>Magistritöö tulemusena selgus, et selgelt määratletud rollidega terviklikult reguleeritud tervishoiu kriisireguleerimissüsteem Eestis täna puudub. Sellest tulenev oht kaotada masskannatanutega hädaolukorras täiendavalt inimelusid tingib vajaduse tervishoiusüsteemi kriisireguleerimisvõimekuse tõstmiseks. Tervishoiusüsteemi käsitlemine kriisireguleerimise aspektist on sisejulgeolekuvaldkonnas uudne. Magistritöös läbi viidud uuringu tulemusena tehakse praktikas rakendatavad ettepanekud masskannatanutega hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks.</p>	
Lisad:	
Võtmesõnad: kriis, katastroof, hädaolukord, päästesündmus, kriisijuhtimine, kriisireguleerimine, tervishoiukorraldus, katastroofimeditsiin	
Võõrkeelsed võtmesõnad: <i>disaster, crises management, health care, public health, health system, disaster management, crises preparedness, emergency medicine, disaster medicine</i>	
Lõputöö seos riiklike arengukavade ja prioriteetidega Siseturvalisuse arengukava 2015-2020	
Säilitamise koht:	
<p>Töö autor: Kristi Nero</p> <p>Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik lõputöö koostamisel kasutatud teiste tööde autorite tööd, seisukohad, kirjalikest allikatest ja mujal allikates saadud info on nõuetekohaselt viidatud. Olen nõus oma lõputöö avaldamisega elektroonilises keskkonnas.</p>	
Allkiri:	
Vastab lõputöö nõuetele	Allkiri:
Juhendaja: Shvea Järvet	
Vastab lõputöö nõuetele	Allkiri:
Kaasjuhendaja: Jaan Tross	
Kaitsmisele lubatud	
Instituudi juhataja: Harry Lahtein	Allkiri:

SISUKORD

MÕISTETE JA LÜHENDITE LOETELU	4
SISSEJUHATUS	5
1. KRIISIREGULEERIMINE 21. SAJANDIL JA HÄDAOLUKORDADEKS VALMISOLEKU MÕJURID	8
1.1. Kriis ja kriisireguleerimine 21. sajandil.....	8
1.2. Hädaolukordadeks valmisoleku ja nende lahendamise olulisemad mõjurid	18
1.3. Kriisireguleerimine tervishoius, erisused ja väljakutsed	27
2. EESTI TERVISHOIUSÜSTEEMI HÄDAOLUKORDADEKS VALMISOLEKU ANALÜÜS	35
2.1. Metoodika ja valim	35
2.2. Tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist käsitlevate dokumentide analüüs	39
2.3. Ekspertintervjuude analüüs valmisolekust masskannatanutega hädaolukordadeks	47
2.4. Järeldused ja ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks.....	60
KOKKUVÕTE	70
SUMMARY	73
VIIDATUD ALLIKAD	74
Lisa 1. Ekspertintervjuude küsimused	81
Lisa 2. Ekspertintervjuude analüüsi kodeerimistabel	82
Lisa 3. Analüüsitud tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist käsitlevad dokumendid.....	83
Lisa 4. Kriisireguleerimisõppustel tõusetunud probleemid ja esitatud ettepanekud	84
Lisa 5. Tervishoiusüsteemi osapoolte rollid.....	85

MÕISTETE JA LÜHENDITE LOETELU

HK – Häirekeskus

HOLP – hädaolukorra lahendamise plaan

HOS – hädaolukorra seadus

Infovahetus – teabe edastamine hädaolukorda lahendavate asutuste siseselt ja nende vahel

Kerksus – vaste inglisekeelsele terminile *resilience*, sidusus (Kaitseministeerium, 2014). Süsteemi, kogukonna või ühiskonna võime ohuga kokku puutudes kohaneda, vastu seistes või muutudes selliselt, et saavutatakse aktsepteeritav struktureerituse ja funktsioneerimise tase.

Kommunikatsioon – avalikkusele suunatud teabe edastamine

PERH – Põhja-Eesti Regionaalhaigla

PPA – Politsei- ja Piirivalveamet

PäA – Päästeamet

SoM – Sotsiaalministeerium

SiM – Siseministeerium

TA – Terviseamet

Tervishoiualane hädaolukord - sündmuse või sündmuste ahela põhjustatud olukord, mis ohustab inimeste elu ja tervist ning on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014).

Tervishoiusüsteem – koosneb Sotsiaalministeeriumist, Terviseametist, Haigekassast ning tervishoiuteenuse osutajatest.

Tervishoiuteenuse osutaja – haiglad, kiirabibrigaadi pidajad

Triaaž – kannatanute vigastuste raskusastme järgi grupeerimine

TÜK – Tartu Ülikooli Kliinikum

VV – Vabariigi Valitsus

SISSEJUHATUS

Vaatamata tehnoloogia ning teaduse kiirele arengule on viimaste kümnendite jooksul katastroofides hukkunud, kannatanud või materiaalseid kahjusid kandnud miljonid inimesed. Erinevad kriisid leiavad aset üha sagedamini ning on kvalitatiivselt komplekssemad, mistõttu teadlased on hakanud neid nimetama „modernseteks kriisideks“ või „21. sajandi kriisideks“ (Smet, Lagadec & Leysen, 2012). Muutunud kriisid esitavad uue väljakutse riiklikele ja rahvusvahelistele kriisireguleerimisega tegelevatele institutsioonidele. Valdav enamik kriise seab ohtu inimeste tervise ning sellest tulenevalt on tervishoiusüsteemi valmisolekul ja reageerimisvõimekusel eluline tähtsus.

Magistritöö **aktuaalsus** tuleneb vajadusest tagada masskannatanutega hädaolukordades meditsiiniline abi päästmaks võimalikult paljude inimeste elu ja tervis ning kriisireguleerimise valdkonna prioriseerimisest ÜRO, Euroopa Liidu ja Eesti julgeolekualastes strategiadokumentides (United Nations, 2005; Euroopa Nõukogu, 2010; Siseministerium, 2015). ÜRO raamdokument *Hyogo Framework for Actions 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters* määratleb peamised tegevused kogukondade kerksuse suurendamiseks (United Nations, 2005). Valmisoleku tõhustamine on ka väljatöötamisel oleva *Post-2015 Framework for Disaster Risk Reduction* raamdokumendi prioriteet (United Nations, 2015). Aastal 2010 vastu võetud Euroopa Liidu sisejulgeoleku strateegia üks peaesmärke on loodusõnnetuste ja inimese põhjustatud katastroofide tõkestamine ja ärahoidmine ning nende võimalike tagajärgede leevendamine (Euroopa Nõukogu, 2010). Eesti siseturvalisuse arengukava 2015-2020 alaeesmärgiks on kriiside ennetamise ja hädaolukordadeks valmisoleku suurendamine (Siseministerium, 2015).

Uurimisvaldkonnana on kriisireguleerimine kiiresti arenev teadusharu. Enim publitseeritud ja tsiteeritud teadlaseks teoreetilistes allikates on A. Boin, olulisemateks autoriteks võib pidada ka P. Lagadec'i, U. Rosenthal'i, P. t'Hart'i, B. Sundelius't, E. L. Quarantelli't. Tervishoiusüsteemi kriisireguleerimine on akadeemiliselt vähem uuritud valdkond, mis tänaseni on keskendunud peamiselt hädaolukordadeks valmistumise uurimisele ja vähem hädaolukordade lahendamisele (Hunter, Yang, Crawley, Biesiadecki ja Aragón, 2013). Eestis on läbi viidud vaid üksikud kriisireguleerimise alased uuringud, mis käsitlevad valdkonda üldiselt (Teearu, 2008; Tross, 2008) või Päästeameti vaatest (Suurkivi, 2013). Magistritöö on **uudne**, kuna Eesti tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist ning valmisolekut masskannatanutega hädaolukordadeks seni autorile teadaolevalt uuritud ei ole. Teema **originaalsus** tuleneb tervishoiualaste hädaolukordade käsitlemisest sisejulgeoleku ja kriisireguleerimise aspektist, mida toetab teoorias välja toodud vajadus tugevamalt sidestada katastroofimeditsiin ja üldine kriisireguleerimisteooria (Dar, Buckley, Rokadiya, Huda & Abrahams, 2014).

Kriisireguleerimine toetub reageerivate asutuste „kuldsele kolmikule“, mille moodustavad pääste-, politsei- ning tervishoiuasutused. Hädaolukorra lahendamise edukus, sealhulgas võimalikult paljude kannatanute elu ja tervise päästmine, sõltub iga asutuse efektiivse tegutsemise kõrval valdkondadevahelise koostöö koordineerimisest ja kriisireguleerimissüsteemi toimimisest tervikuna. Suuremastaabilise õnnetuse korral on võtmeküsimuseks paljude reageerivate jõudude juhtimise kvaliteet.

Eestis puudub täna masskannatanutega suurõnnetuse kogemus. Valmisolekut selliseks olukorraks on võimalik analüüsida kriisireguleerimise teooriale ning riiklikule kriisireguleerimissüsteemile vastavuse seisukohast ning valdkonna ekspertide hinnangutele tuginedes. Tervishoiusüsteemi toimimist hädaolukorras võimaldavad hinnata ka õppused, millest olulisimad on iga nelja aasta järel läbi viidavad üleriigilised kriisireguleerimisõppused.

Tulenevalt Eesti kriisireguleerimissüsteemi detsentraliseeritusest vastutab tervishoiuvaldkonna hädaolukordadeks valmisoleku eest Sotsiaalministeerium. Tervishoiusüsteemi arendamise strateegiliseks alusdokumendiks on Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Ainsa hädaolukordadeks valmisoleku tõhustamise meetmena määratletakse selles kiirabi operatiivvõimekuse suurendamine (Sotsiaalministeerium, 2015a). Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukavas aastateks 2015-2018 on välja toodud vaid epideemiaks valmisoleku tõhustamine, hädaolukordi üldiselt nimetatakse ühe rahva tervist ohustava faktorina (Sotsiaalministeerium, 2015b).

Kaasaegne ühiskond eeldab, et rahva tervis on kaitstud kriiside ja katastroofide tagajärgede eest (Burkle, 2006). Siseturvalisuse arengukava 2015-2020 käsitleb tervisekaitset ja tervishoiusüsteemi sisejulgeoleku lahutamatu osana, kuid otseseid eesmärke või tegevusi tervishoiuvaldkonna integreerimiseks riiklikusse kriisireguleerimissüsteemi välja ei too (Siseministeerium, 2015). Sotsiaalministeeriumi valitsemisala strateegiadokumendid valdkonna kriisireguleerimise alaseid eesmärke ei püstita (Sotsiaalministeerium, 2015a, Sotsiaalministeerium, 2015b). Tervishoiualaste hädaolukordade lahendamist reguleerivate dokumentide analüüs selgitas välja puudused ja vastuolud masskannatanutega suurõnnetuste lahendamise juhtimise õiguslikus regulatsioonis, mis ei määratle tervishoiuasutuste tegevust juhtivat asutust ning ei sätesta regionaalsel tasandil eraõiguslike tervishoiuasutuste juhtimiseks vajalikku käsuõigust. Üleriigilise meditsiinijuhi määramise protseduur ja juhtimisstruktuuri korraldus dokumentides ei kajastu. Kriisireguleerimisõppused on välja toonud mitmeid probleeme meditsiiniabi korraldamises suurõnnetusel (Siseministeerium, 2011). Eeltoodust tulenevalt on oluline **uurimisprobleem**, missugune on Eesti tervishoiusüsteemi valmisolek hädaolukordadeks?

Uurimisprobleemist lähtudes on püstitatud järgmised **uurimisküsimused**:

1. Kuidas on Eestis korraldatud ja reguleeritud masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumine ja nende lahendamise juhtimine üleriigilisel tasandil?
2. Missugused on peamised takistused masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumisel ja nende lahendamisel?
3. Missugused on võimalused tõsta tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekust?

Magistritöö **eesmärk** on selgitada välja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise korraldus ja peamised praktikas tõusetuvad probleemid Eestis ning esitada ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks. Eesmärgi saavutamiseks ning uurimisküsimustele vastamiseks püstitatakse järgmised **uurimisülesanded**:

1. Analüüsida teoreetilisi käsitlusi kriisireguleerimisest ja hädaolukorra lahendamise mõjuritest.
2. Analüüsida masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise juhtimise korraldust ja õiguslikku regulatsiooni Eestis.
3. Viia läbi ekspertintervjuud masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise võimekuse ning tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise peamiste takistuste väljaselgitamiseks.
4. Töötada välja ettepanekud tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekuse tõstmiseks.

Magistritöö uurimisstrateegiaks on juhtumiuuring, mis võimaldab uurijal säilitada uuritava organisatsiooni juhtimise või protsessi terviklikud ja tähendusrikkad tunnused (Yin, 2003, p. 2). Andmekogumismeetodina kasutatakse poolstruktureeritud ekspertintervjuusid (Flick, 2009, p. 165) ja dokumendianalüüsi (Flick, 2009, pp. 255-259). Eesmärgistatud valimisse (Teddlie & Yu, 2007 p. 80) kuulub 14 tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise seotud eksperti. Andmete kvalitatiivseks sisuanalüüsiks programmi NVivo for Mac versiooni 10.2.0. Magistritöö raames teostatav dokumendianalüüs käsitleb tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise juhtimise korraldust ja selle õiguslikku regulatsiooni Eestis.

Magistritöö koosneb kahest peatükist, millest esimene analüüsib teoreetilisi seisukohti kriisidest ja hädaolukordade lahendamisest ning tervishoiuvaldkonna integreerimist kriisireguleerimissüsteemi. Teises peatükis esitatakse empiirilise uuringu tulemused, mille järelduste põhjal tehakse ettepanekud tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekuse tõstmiseks.

1. KRIISIREGULEERIMINE 21. SAJANDIL JA HÄDAOLUKORDADEKS VALMISOLEKU MÕJURID

Magistritöö esimeses peatükis analüüsitakse teoreetilisi käsitlusi kriisireguleerimisest ning uuritakse süvendatult hädaolukordadeks valmisoleku mõjureid. Esimene alapeatükk keskendub fundamentaalsetele muutustele 21. sajandi kriiside olemuses ja sellest tulenevalt toimuvale paradigma vahetumisele kriisireguleerimise teoorias. Teine alapeatükk selgitab välja olulisemad mõjurid hädaolukordadeks valmisolekus, nende lahendamises ja selle protsessi juhtimises. Tervishoiuvaldkonna fookustab kolmas alapeatükk, milles tuuakse välja kriisireguleerimise erisused tervishoiusüsteemis ning olulisemad takistused selle valdkonna arengus.

1.1. Kriis ja kriisireguleerimine 21. sajandil

Kaasaegsed autorid on üksmeelel selles, et kriisid, millega inimkond täna ja tulevikus vastamisi seisab, erinevad eelmiste sajandite kriisidest nii oma olemuselt kui esinemise sageduselt (Boin & Lagadec, 2000; Boin, Kofman-Bos & Overdijk, 2004; Alexander, 2005; United Nations, 2005; Quarantelli, Lagadec & Boin, 2007; Boin, 2009; Lagadec, 2009; Rosenthal, 2009; Ansell, Boin & Keller, 2010; Salmon, Stanton, Jenkins & Walker, 2011; Palttala, Boano, Lund & Vos, 2012; Smet, *et al.*, 2012; Pidot, 2013). Erinevate looduslike ja tehnoloogiliste kriiside ning neis kannatanute hulga suurenemist aastast kinnitavad statistilised andmebaasid nagu *The International Disaster Database*, mille andmetel kaotas 2013. aastal ainult looduskatastroofides elu 21 610 ja kannatas kokku 96,5 miljonit inimest, rahalist kahju hinnati 118,6 miljardi dollari suuruseks (The International Disaster Database, 2014). Smet *et al.* (2012) uurisid, kas hinnangud kaasaegsete kriiside mõju suurenemise kohta on objektiivsed, mitte näiteks massimeediast mõjutatud, analüüsidest sadat juhuslikult valitud suurõnnetust spetsiaalselt katastroofide kvalitatiivseks uurimiseks loodud programmiga *Disaster and Complexity Diagram*. Uuringu tulemused kinnitasid, et alates 1950ndatest on kriisid muutunud oluliselt raskemateks ning on järjest sagedasemad ja komplekssemad. (Smet, *et al.*, 2012)

Teadlased pakuvad uut kriisikontseptsiooni käsitledes välja erinevaid termineid rõhutamaks muudatusi kriiside olemuses. Smet *et al.* (2012) kasutavad mõisteid nagu „modernsed kriisid“, „21. sajandi kriisid“ ja „megakriisid“. Viimast eelistavad ka Lagadec (2009) ja Rosenthal (2009), kes rõhutavad, et megakriis ei tähenda „sama, aga suuremas koguses“, vaid on midagi täiesti erinevat, nn uus pallimäng (ingl „*totally new ball game*“). Boin (2009) nimetab kaasaegseid kriise piiriülesteks kriisideks (ingl *transboundary crisis*), mida ta võrdleb *terra incognita*’ga ning seab

sotsiaalteadlaste ülesandeks „kaartide ning vahendite loomise, mis lubaks kriisijuhtidel neis tundmatutes vetes navigeerida“. *Terra incognita* sümbolit on kasutanud ka Lagadec (2009). Uue kontseptsiooni kriisi käsitlemisel toovad välja ´t Hart ja Boin (2001), kes võtavad aluseks kriisi subjektiivsuse ja toetuvad Thomase teoreemile: kriisiga on tegemist juhul kui selles osalejad tajuvad olukorda kriisina (´t Hart ja Boin, 2001, pp. 28-46 tsit Boin, *et al.*, 2004, pp. 378-393).

Hädaolukordade lahendamise praktika seisukohalt ei oma kriisi defineerimine olulist rolli. Küll aga on mõiste määratlemisel ja mõtestamisel tähtsus kriisireguleerimise filosoofia arengus. Uute terminite kasutamine väljendab vajadust analüüsida kogu valdkonda läbi muutunud keskkonna prisma ning kohandada sellele vastavalt kriisireguleerimise strateegilised eesmärgid ja arengusuunad.

21. sajandi kriiside olemuse avamisel on peamise omadusena välja toodud nende komplekssus, laastavat toimet paljude kannatanute ning suurte mõjutatud alade näol, ennustamatut arengut ning ootamatust (Boin & Lagadec, 2000; Alexander, 2005; Boin, 2009; Lagadec, 2009; Ansell, *et al.*, 2010; Salmon, *et al.*, 2011, Smet, *et al.*, 2012). Piiriüleseid kriise iseloomustades toob Boin (2009) välja kolm aspekti: sellised kriisid ületavad geograafilisi piire, haarates erinevaid linnu, riike ja isegi mandreid; funktsionaalseid piire erinevate valdkondade nagu avalik- ja erasektor vahel; ning ajalisi piire - kui traditsioonilisel kriisil oli ajaline algus ja lõpp, siis piiriülese kriisi puhul ei pruugi need olla täpselt määratletavad. Kõikide selliste omaduste koosesinemisel tekib kaasaegse kriisi ideaaltüüp – sellel puudub täpne algushetk, see areneb kiiresti ja ennustamatutes suundades ning ületab erinevate valdkondade ning geograafiliste alade piire. (Boin, 2009) Kriiside kulgemist ajas on varasemalt käsitlenud ka Boin *et al.* (2004), kirjeldades kaasaegset kriisi kui protsessi, mis võib kesta pika aja jooksul. Sellise kulgemise võib jaotada kolme perioodi: inkubatsiooniperiood, kriitilised perioodid ja keerulised järellained. (Boin, *et al.*, 2004)

Läbi eelkirjeldatud kolme mõõtme määratlevad piiriülest kriisi (ingl *transboundary crisis*) hiljem ka Ansell *et al.* (2010), arendades edasi Boin (2009) geograafilise piiriületuse käsitlust ning asendades geograafilise piiri poliitilise piiri mõistega. Poliitilise piiri mõistes eristatakse vertikaalset poliitilise piiri ületust, mille all peetakse silmas vajadust liikuda kriisi lahendamisel kohaliku omavalitsuse või linna tasandilt riigi tasandile, ning horisontaalset piiriületust, mille puhul ületab kriis linnade või riikide vahelised piirid ja mis vastab varasemale geograafilise piiri käsitlusele. (Ansell, *et al.*, 2010) Kirjeldatud piiriülese kriisi kontseptsioon poliitilise piiri tähenduses on oluline kriisireguleerimise strateegiate kujundamisel, kuna kirjeldatud omadused tingivad vajaduse pöörata varasemast enam tähelepanu nii rahvusvahelisele kriisireguleerimispoliitikate koordineerimisele kui riigisiseste struktuuride koostöö tõhustamisele.

Kriiside kasvavale mõjule tuleb lisada ka rahaline mõõde – katastroofid toovad kaasa järjest suuremad, mitmetesse miljarditesse ulatuvad materiaalsed kahjud. Maailma ajaloo kümnest kulukamast katastroofist viis toimus aastatel 2008-2012. Katastroofikahjude rekord pärineb aastast 2011, mil suurõnnetuste põhjustatud kahjude suuruseks hinnatakse 378 miljardit dollarit (Dar, *et al.*, 2014).

21. sajandi globaalsed kriisid mõjuvad sageli hävituslikult kaasaegse ühiskonna infrastruktuuridele nagu infosüsteemid, elektri-, sooja- ja veervarustus jt elutähtsad teenused, mille toimepidevuse häired on omakorda kriisi levimise ja süvenemise põhjuseks. Sellist protsessi kirjeldavad Boin ja Lagadec (2000) ning Boin, 't Hart, Stern ja Sundelius (2005, pp. 2-7) kui kaasaegsetele kriisidele omast lumepallina eskaleerumist. Rosenthal (2009), Lagadec (2009) ja Smet *et al.* (2012) võrdlevad kriiside sellist arengut kaskaadi-efektiga. Seejuures võib kriisi laienemine toimuda tohtu kiirusega ning ootamatutes suundades. Drastiliseks näiteks toovad Smet *et al.* (2012) 9. septembril 2001 toimunud sündmused, mille puhul keegi saanud ette näha, et vaid nugaodega relvastatud kurjategijad suudavad korraldada tuhandeid inimelusid nõudva ja mitmes mõttes maailma muutva terrorirünnaku.

Lagadec (2009) võtab 21. sajandi kriisi karakteristikud kokku, iseloomustades megakriisi kui kõikehõlmavat musta auku, mis neelab kogu reageerimisvõimekuse, ning tõdedes, et piirideta maailm avab tee piirideta kriisidele - sedavõrd suur on erinevate süsteemide ja tehnoloogiate vastastikune sõltuvus (Lagadec, 2009).

Vaatamata muutustele kaasaegsete kriiside omadustes on neile iseloomulikud ka klassikalised kriiside põhijooned. Rosenthal, Charles ja 't Hart sõnastasid 1989 peamiselt Rosenthali nime järgi tuntud kriisi definitsiooni, mis koondab mitmete koolkondade ja uurijate seisukohad. Selle kohaselt on kriis tõsine oht ühiskonna alusstruktuuridele või põhiväärtustele ja normidele, kus suures ajapuuduses ning väga ebamäärasel olukorras on hädavajalik langetada kriitilisi otsuseid (Rosenthal, 't Hart & Charles, 1989 tsit Tross, 2012; Boin & Lagadec, 2000, Boin, *et al.*, 2005, p. 2). Kaasaegses kriisireguleerimise teoorias tuleb seega arvestada nii traditsioonilise käsitlusega kriisidest kui uute kriisidele iseloomulike omadustega (vt tabel 1).

Teoreetilised allikad ja erinevad kriisireguleerimispoliitika toovad kriiside olemuse muutumise põhjustena välja sarnased tegurid (vt tabel 1). Peamiselt nähakse kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete arengute taga ühiskonna suundumisi (Boin & Lagadec, 2000; Boin, *et al.*, 2004; United Nations, 2005; Rosenthal, 2009). Näiteks nimetavad Boin ja Lagadec (2000) järjest komplekssemaid ja piire ületavaid kriise endeemiliseks osaks kaasaegsest ühiskonnast. Põhjustena toovad nad välja globaliseerumise, massikommunikatsiooni suurenenud rolli, sotsiaalse kihistumise ning riigivõimu

hajumise (Boin & Lagadec, 2000). Boin *et al.* (2004) lisavad kriise mõjutavate tegurite hulka tehnoloogia kiire arengu, aga ka muutused keskkonnas. ÜRO katastroofide teemalisel maailmakonverentsil 2005. aastal vastu võetud tegevuste raamdokument loetleb järjest suureneva haavatavuse põhjustena demograafiliste, tehnoloogiliste ja sotsiaalmajanduslike tingimuste muutumist, planeerimata linnastumist, kõrge riskiga piirkondade arengut, vähese arenguga piirkondi, keskkonna degradeerumist, kliimamuutusi, geoloogilisi ohte, piiratud ressursside pärast võitlemist ja epideemiaid (United Nations, 2005). Rosenthal (2009) toob täiendavalt välja migratsiooni ning suurenenud äri- ja taviturismi kui megakriiside toimumist soodustavad faktorid. Kaasaegsete kriiside omaduste tihe seos ühiskonnas toimuvate protsessidega loob aluse sotsiaalteaduste senisest suuremaks kaasamiseks nii kriisireguleerimise teaduslikesse uuringutesse kui strateegiate ja praktikate väljatöötamise.

Tabel 1. 21. sajandi kriiside tunnused ja neid mõjutavad tegurid. (Boin & Lagadec, 2000; Boin, *et al.*, 2004; Boin, *et al.*, 2005, pp. 2-7; United Nations, 2005; Boin, 2009; Lagadec, 2009; Rosenthal, 2009; Ansell, *et al.*, 2010; Smet, *et al.*, 2012; Tross, 2012; Dar, *et al.*, 2014; The International Database, 2014 põhjal magistr töö autori koostatud tabel)

21. sajandi kriise mõjutavad tegurid	21. sajandi kriiside tunnused
<ul style="list-style-type: none"> • globaliseerumine; • tehnoloogia kiire areng; • massikommunikatsiooni suurenev roll; • sotsiaalne kihistumine; • riigivõimu hajumine; • keskkonna degradeerumine; • planeerimata linnastumine; • kõrge riskiga piirkondade areng; • vähese arenguga piirkonnad; • kliimamuutused; • geoloogilised ohud; • piiratud ressursside pärast võitlemine; • epideemiad; • migratsioon; • suurenenud äri- ja taviturism. 	<ul style="list-style-type: none"> • laastav toime paljude kannatanute ning suurte mõjutatud alade näol; • suurenev sagedus; • komplekssus; • piiride (geograafiliste, poliitiliste, valdkondlike, ajaliste) ülesus; • hävituslik mõju infrastruktuuridele; • infrastruktuuride kahjustumisega kaasnev kaskaadiefekt; • areng ennustamatutes suundades; • kiire areng; • alguse ja lõpu määratlematus; • pikaajaline kestvus; • keerulised järelmõjud; • rahaline kulukus; • ootamatus; • subjektiivsus; • traditsiooniliste kriisi omaduste säilimine.

Lagadec (2009) kirjeldab kujunenud olukorda illustreerivalt kui loobumist lootusest, et meri jääb rahulikuks ja piisab üksikuteks rajudeks valmistumisest ning vajadust õppida seilama tuulisel, tormisel ja kaardistamata ookeanil. Kriisireguleerimise teoorias tähendab see seni valdavaks olnud, kriisi kui ohu kontseptsioonist välja kasvanud haavatavuse (ingl *vulnerability*) paradigma asendumist kerksuse (ingl *resilience*) paradigmaga. Inglisekeelse mõiste „*resilience*“ otsetõlge

„elastsus“ ning varasemalt kasutatud terminid „toimepidevus“ ja „vastupanuvõime“ ei ava täielikult selle sisu kriisireguleerimise teoorias. Sobilik vaste, mida kasutatakse ka käesolevas magistritöös, valiti Kaitseministeeriumi ja Eesti Keele Instituudi koostöös läbi viidud sõjandussõnade võistlusel, kus terminikomisjoni poolt kiideti heaks uus eestikeelne sõna „kerksus“ (Kaitseministeerium, 2014).

Kerksuse defineeris esmakordselt Hyogo raamdokument tegevusteks 2005-2015 kui süsteemi, kogukonna või ühiskonna võime ohuga kokku puutudes kohaneda, vastu seistes või muutudes selliselt, et saavutatakse aktsepteeritav struktureerituse ja funktsioneerimise tase. Kerksus on määratletud läbi selle, kuivõrd on sotsiaalne süsteem võimeline end ümber organiseerima, et tõsta oma võimet varasematest kriisidest õppida ja parandada tulevaste kriisidega toimetuleku meetmeid. (United Nations, 2005) Hémond ja Robert (2012) võtavad Hyogo dokumendis esitatud kerksuse definitsiooni kokku süsteemi võimena säilitada või taastada aktsepteeritav toimimise kvaliteet vaatamata katkestustele ja riketele. Manyena (2012) toob välja kerksuse kontseptsiooni võimaliku piirangu: kuna ingl *resilience* tähendab otsetõlkes elastsust, võimet „tagasi pörgata“, siis ühiskonna elastsusest rääkides võib endise olukorra taastamine tähendada ka endiste ohtude taastamist. Seetõttu peaks eesmärk olema pigem „edasi pörgata“, korraldades vastavalt ümber struktuure ja institutsioone (Manyena, 2012). Võib ütelda, et uue mõiste „kerksus“ kasutuselevõtmisega on eesti keeles ja kriisireguleerimises selline piirang ületatud.

Kriisireguleerimise paradigma muutumist uurides analüüsisid Hémond ja Robert (2012) valdkonna teaduskirjandust ja riiklikke dokumente, et hinnata Hyogo konverentsi järgseid tendentse. Uuringu tulemuse kohaselt leidis kinnitust kriisireguleerimise teoreetilises käsitluses toimunud filosoofiline suunamuutus: varasem eesmärk tõhustada kriiside lahendamiseks valmisolekut (ingl *state of preparedness*) on asendunud ühiskonna kerksuse (ingl *state of resilience*) arendamise kontseptsiooniga.

Hémond ja Robert (2012) rõhutavad, et valmistumist kriisideks ei peaks sellest tulenevalt enam käsitlema kui võimet reageerida toimunud sündmustele, vaid oskusena prognoosida erinevaid võimalusi sündmustega toime tulla ühiskonna kerksust säilitades. Kerksuse suurendamiseks on aga vajalik süsteemi ja selle karakteristikuid põhjalikult tunda (Hémond & Robert, 2012). Kaasaegsete kriiside iseloomu tihe seos tänapäeva ühiskonnas toimuvate muutustega kinnitab vajadust teha kriisireguleerimise valdkonnas tihedat koostööd teiste sotsiaalteadustega, et paremini mõista ühiskonda ja selles toimuvaid arenguid. Kriisideks valmistumist tuleb seejuures vaadelda kui pidevat protsessi, mille eesmärk on vastavalt saadud kogemustele ja teadmistele kohaneda ja täiendada.

Hémondi ja Roberti (2012) filosoofilise lähenemisega kriisireguleerimisele on kooskõlas Drabek ja McEntire (2003), Perry ja Lindell (2003), Boin *et al.* (2005), Quarantelli *et al.* (2007), Rosenthal (2009), Ansell *et al.* (2010), Palttala *et al.* (2012) ja Pidot (2013) teoreetilised käsitlused, mis uurivad selle valdkonna erinevaid tahke ning seostavad kriisireguleerimist erinevate sotsiaalteadustega. Drabek ja McEntire (2003), Perry ja Lindell (2003), Boin *et al.* (2005) ja Quarantelli *et al.* (2007, pp. 39-40) peavad oluliseks kaasaegsete psühholoogia- ning käitumisteaduste alaste teadmiste arvestamist kriisireguleerimise meetme väljatöötamisel, samas kui Boin *et al.* (2005) nendivad, et avalik võim toetub kriisireguleerimise korraldamisel sageli stereotüüpidele ja müütidele selle kohta, et inimesed lähevad kriisiolukorras paanikasse. Seda uskumust näib olevat pea võimatu hajutada vaatamata paljudele uuringutele, mis kinnitavad inimeste mõistlikku käitumist isegi kõige ekstreemsemates tingimustes (Boin, *et al.*, pp. 75-76). Näiteks uurisid Drabek ja McEntire (2003) 1985-2003 välja antud teaduskirjandust inimeste käitumise kohta kriisi ajal ning jõudsid järeldusele, et vastupidiselt levinud müüdile paanikas inimestest käitutakse kollektiivse stressi olukorras kokkuhoidvalt ning üksteist toetavalt. Kriisiolukorda sattunud inimesed on vabad ka nn „kriisi-sündroomist“, paindlikud ning innovatiivsed oma probleemide lahendamisel. (Drabek & McEntire, 2003). Seega tõdevad mitmed teoreetikud, et vaatamata mitmete kriisidega seotud psühholoogiliste nähtuste kohta tehtud uuringutele on stereotüüpide ületamine keeruline, mistõttu ei leia olemasolevad teadmised seni piisavalt rakendamist ning poliitikate ja praktikate väljatöötamisel arvesse võtmist.

Eriline tähtsus on psühholoogia-alastel teadmistel kaasaegses kriisireguleerimises olulist rolli omava kommunikatsiooni korraldamisel. Boin *et al.* (2005, pp. 70-75), Ansell *et al.* (2010) ning Boin ja Hart (2007, p. 51) käsitlevad kommunikatsiooni määravat tähtsust avalikkusega kontakti saavutamisel, mis on vajalik kriisi lahendamiseks ning näevad ohtu selles, et kui avalik võim ei suuda oma sõnumit toimuva põhjuste, tagajärgede ja vajalike tegevuste kohta edastada, teevad seda teised ning sellisel juhul võivad domineerima hakata teiste huvigruppide poolt edastatavad sõnumid, mis ei pruugi olla kooskõlas tegelikkusega ja võivad kahjustada avalikku huvi.

Infotehnoloogia kiire areng teravdab konkurentsi kommunikatsioonimaastikul ja sellega arvestamine ning kommunikatsioonistrateegiate põhjalik ettevalmistamine koostöös avalike suhete spetsialistidega on lahutamatu osa kriisireguleerimisest. Rosenthal (2009) toob välja, et megakriiside lahendamisel tuleb arvestada mitte ainult traditsioonilise massimeedia rolliga, vaid ka uue meediaga, sh peamiselt internetiga. Ta rõhutab, et oskuslik meediasuhtlus on ülioluline tegelemaks suure kollektiivse stressiga, mida inimesed kriisi ajal ning selle järgselt kogevad ning seetõttu mängib meediaga suhtlemine olulist rolli avalikkuse usalduse tagamisel. Usalduse tagamiseks on avalikkusega suheldes oluline olla avameelne ja aus võimalike perspektiivide osas (Rosenthal,

2009). Ansell *et al.* (2010) toovad avalikkuse usalduse kaotamise näitena välja olukorra, kus erinevad asutused annavad vastuolulist teavet, näiteks olukorra tõsiduse kohta või sündmuste arengu prognooside osas. Samuti mõjub juhtide autoriteeti õhnestavalt järjepidetud soovitude andmisel või vastandlikud juhtnöörid (Ansell, *et al.*, 2010). Palttala *et al.* (2012) toovad lisaks avalikkuse usalduse tõstmise vajadusele kommunikatsioonistrateegiatega olulise rollina välja ohvrite ning abistajate kaitsmise meedia liigse tähelepanu eest. Võimalus suhtlusvõrgustike kaudu sündmuskohal toimuvast koheselt fotod ja videod levitada võib põhjustada täiendavaid psühholoogilisi kannatusi kriisiolukorda sattunud inimestele ning suurendada ohtu sündmuste eskaleerumiseks või abistajate ohtusattumiseks, mistõttu tuleb sellega arvestada kriisikommunikatsiooni strateegiaid kavandades.

Psühholoogia ja käitumisteaduste alastel teadmistel on kaasaegses kriisireguleerimises oluline roll ka riskide haldamisel. Riskianalüüside koostamisel tuleks arvestada sisemisi tegureid, mis mõjutavad seda, kuidas inimene ohte tajub ja hindab. Näiteks annab Pidot (2013) sügavama tähenduse kriisireguleerimises kasutatavale sõnavarale. Tema sõnul mõjutab kasutatav terminoloogia seda, kuidas avalikkus ohtu tajub ja isegi kriisireguleerimispoliitika. Ta toob näited sõja ja agressiooniga seotud sõnavara sagedasest kasutamisest looduslike katastroofide kirjeldamisel meedias: „orkaan ründas, jättes endast maha sõjatsooni“, „nagu oleks pomm lõhkenud“ jne. Samasugust retoorikat kasutatakse popkultuuris, reklaaminduses ja poliitikas, kinnistades seeläbi looduse kui vaenlase narratiivi. Sõjametafooride kasutamine loodusõnnetuste kohta pärsib kriisireguleerimise arengut, kuna ei soodusta nn pehmete, ühiskonna turvalisust suurendavate lahenduste nagu elamuehituse suunamine ohutumatesse piirkondadesse, välja töötamist. (Pidot, 2013) Verbaalselt väljendatud informatsiooni mõju on uurinud ka Eesti teadlased Harro-Loit, Vihalemm ja Ugur (2012), kes järeldasid, et varasemalt kogetud kriisid, meediakajastused, ilukirjanduslikud narratiivid, kollektiivne mälu ja/või kokkupuude kriisis kannatanutega mõjutavad seda, kuidas inimene võtab vastu avalikkusele suunatud infot ohtude kohta. Selliste teguritega arvestamine, mille koondamiseks võtsid teadlased kasutusele mõiste „kriisi kultuuriline kogemus“, võimaldab tõhusamalt planeerida ja teostada avalikkusele suunatud kriisikommunikatsiooni (Harro-Loit, *et al.*, 2012).

Pidot (2013) toob välja ka kognitiivsed probleemid, mis mõjutavad kriisideks valmistumist. Üheks selliseks kognitiivseks veaks on inimese kalduvus tajuda loodusliku katastroofi riski tehnilikuga võrreldes madalamana isegi olukorras, kus nende tõenäosused on võrdsed. Näiteks tundub üleujutus vähem tõenäoline kui ohtlike ainetega saastumine. Kognitiivne viga tekib riski tajumisel ka juhul, kui see on seotud positiivse emotsiooniga – majaostja, keda lummab akendest avanev ookeanivaade, alahindab tõenäolisemalt maja asukohaga seotud riske. Kognitiivsete ning

semantiliste aspektidega tuleks arvestada kriisireguleerimise poliitikate ning selleks vajalike struktuuride kujundamisel (Pidot, 2013). Harro-Loit *et al.* (2012) kriisi kultuurilise kogemuse ja Pidot (2013) kriisideks valmistumise kognitiivsete aspektide käsitletud iseloomustavad psühholoogia, semiootika ning kommunikatsiooni- ja käitumisteaduste kasvavat tähtsust kriisireguleerimises, mis on kooskõlas ühiskonna kerksuse kontseptsiooni valdavaks paradigmaks kujunemisega. Ühiskonna kui süsteemi võime hädaolukorraga toime tulla ning selle mõjudest taastuda ja uue olukorraga kohaneda on otseselt seotud selle liikmete toimetulekuvõimega. Kriisiolukorda sattunud inimesed ei ole selle kõrvaltvaatajad, vaid kriisi otsesed osalised, mistõttu võimaldavad eelkirjeldatud teadmised korraldada tõhusamalt kommunikatsiooni ning avalikkust hädaolukorras juhendada ja abistada.

Kaasaegsete kriiside piiriülesus, komplitseerituse kasv ja sagedased rasked tagajärjed paljudele kannatanutele toovad kaasa vajaduse kaasata kriisireguleerimisse avaliku võimu kõrgemad tasandid nii riiklikus kui rahvusvahelises tähenduses. Boin ja Lagadec (2000) nimetavad kriisiolukorra suurimaks väljakutseks strateegiliste juhtide oskust äärmiselt ebamäärasel olukorras otsuseid vastu võtta, eesmärgi seada, ülesandeid prioriseerida ja kommunikatsiooni juhtida. Boin *et al.* (2005, p. 13) ning Kapucu, Arslan ja Dmorož (2010) näevad avaliku sektori liidrite rolli laiema: kriisiolukorras vaatavad inimesed oma juhtide – poliitikute, riigi tippametnike, kohaliku omavalitsuse juhtide jt liidrite poole ootuses, et need hoiavad ohu ära või vähemalt vähendavad kriisi mõjusid. Oodatakse, et liidrid juhivad ühiskonna kriisist välja, selgitavad juhtunut ning kinnitavad meile, et midagi sellist enam ei juhtu (Boin, *et al.*, 2005, p. 13; Kapucu, *et al.*, 2010). Lagadec (2009) on seisukohal, et ühiskond vajab juhte, kes on võimelised tulevikku kujundama ja inimesi innustama, mitte pelgalt administraatoreid, kes on treenitud lahendama kriisimanuaalide abil standardseid olukordi.

Hädaolukordade lahendamise organisatoorse aspekti kõrvale tuuakse seega olulisena kogukonna liidriks olemine. Ootused avaliku sektori juhtidele on kõrged. Õnnetuste järgselt tehtud uuringute ja meediaanalüüside põhjal järeldavad Hart ja Sundelius (2013), et avalikkus paneb ka vastutuse kriisiolukorras eelkõige riigiametnikele: selle eest, et ei võetud tarvitusele vajalikke ennetavaid meetmeid, ei antud õigeaegselt hoiatust, ei oldud valmis massieвакуatsiooniks jne. Veel enam, Hart ja Sundelius (2013) parafraseerivad Hutterit (2011): Euroopa Liidus ei eksisteeri enam looduslikke katastroofe: kõik äärmuslikud ilmastiku või geoloogilised sündmused defineeritakse valmisoleku või regulatiivseks läbikukkumiseks. Selline kriitika rõhutab vajadust tegeleda kriisireguleerimise raames intensiivselt kommunikatsiooni ning meedia ja avalikkusega suhtlemise arendamisega.



Piirideüleste kriiside sagenemine on tõstnud kriisireguleerimise fookusesse rahvusvahelise koostöö. ÜRO katastroofide teemalisel maailmakonverentsil Hyogos leiti, et rahvusvaheliselt on omaks võetud teadmine, et pingutused kriiside riski vähendamiseks peavad olema toetatud läbi rahvusvahelise koostöö, sh erinevate kahepoolsete, regionaalsete ning partnerlussuhete (United Nations, 2005). Rahvusvahelist mõõdet kriisireguleerimises rõhutavad ka mitmed teoreetikud (Boin, 2004; Boin & Rhinard, 2008; Lagadec, 2009; Rosenthal, 2009; Palttala, *et al.*, 2012; 't Hart & Sundelius, 2013). Megakriiside juhtimine vajab sageli ulatuslikku rahvusvahelist koostööd, milleks valmisolekut on vaja suurendada (Rosenthal, 2009). Palttala *et al.* (2012) toovad välja kommunikatsiooni korralduse keerukuse rahvusvaheliste kriiside puhul ning vajaduse selle koordineerimiseks valmistuda. Euroopa Liidu tasemel koostöö tähtsuse tõstavad esile 't Hart ja Sundelius (2013), kes peavad oluliseks Euroopa Liidu juhtivat rolli rõhutades, et liikmesriigid ei peaks siin nägema oma suveräänsuse vähendamise ohtu, vaid eesmärgiks on arendada paindlik võimekus lahendada liikmesriikides toimuvaid piiriüleseid kriise. Kriisireguleerimise alased eesmärgid sõnastab ka Euroopa Liidu sisejulgeoleku strateegia (Euroopa Nõukogu, 2010). Rahvusvaheline koostöö ja selle arendamisele suunatud tegevustes osalemine aitavad mõista kriisireguleerimise meetmeid teistes riikides ja luua suhtlusvõrgustikke, toetades seeläbi vajadusel hädaolukorras tegevuste koordineerimist. Partnerlussuhted naaberriikidega võimaldavad tõhusamalt planeerida ressursse, oluline on tagada ka siseriiklik võimekus vajadusel abi vastu võtta.

Boin (2004) tõstatab kriisireguleerijate konverentsil esinedes ühe olulise probleemina lõhe teaduse ja praktika vahel. Küsimus on, kas kriise uurivad teadlased ning selle valdkonnaga tegelevad praktikud suudavad luua ühise kogukonna, et kaardistada teadmised, mis meil on, ning teha koostööd nende teadmiste rakendamiseks praktikas (Boin, 2004). Positiivsete näidetena riikidest, kus kriisireguleerimise teadlased töötavad käsikäes riiklike institutsioonidega, toovad 't Hart ja Sundelius (2013) Rootsi ja Hollandi, kus tegutsevate kriisireguleerimise keskuste sarnased asutused oleksid vajalikud üle kogu Euroopa Liidu.

Vaatamata kriiside tõenäolisele sagenemisele tulevikus ning kasvavale keerukusele ei näe Quarantelli *et al.* (2007, p. 41) pessimismiks põhjust, vaid on seisukohal, et on põhjust eeldada ühiskondade järjest paremat valmisolekut kriisidega toime tulla. Rosenthal (2009) käsitleb aga kriisi kui võimalust ühiskonna arenguks, muuhulgas näiteks põhiväärtuste korrigeerimiseks või uute elutähtsate ressursside väljatöötamiseks.

Teoreetilistes allikates välja toodud arengud kriisireguleerimise paradigmas ning olulisemad aspektid kaasaegses kriisireguleerimises on koondatud tabelisse 2.

Tabel 2. Kriisireguleerimise paradigma vahetumisega seonduvad arengud (Boin & Lagadec, 2000; Drabek & McEntire, 2003; Perry & Lindell, 2003; Boin, 2004; Boin, *et al.*, 2005; United Nations, 2005; Boin & 't Hart, 2007; Quarantelli, *et al.*, 2007; Lagadec, 2009; Rosenthal, 2009; Ansell, *et al.*, 2010; Kapucu, *et al.*, 2010; Harro-Loit, *et al.*, 2012; Hémond & Robert, 2012; Manyena, 2012; Palttala, *et al.*, 2012; Pidot, 2013 põhjal magistritöö autori koostatud)

Kriisireguleerimise paradigma	Iseloomulikud tunnused
<p>VALMISOLEK (ingl <i>state of preparedness</i>) – võime toimuvatele kriisidele tõhusalt reageerida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hädaolukordadeks valmisolek ja nende lahendamine on reageerivate asutuste ülesanne; • kriisireguleerimist käsitletakse eraldi üldistest protsessidest ühiskonnas; • kriisireguleerimise teooria ei ole tugevalt sidustatud teiste sotsiaalteadustega; • lähtutakse nn kriisi müütidest nagu inimeste ebaratsionaalne ja paaniline käitumine hädaolukorras.
	
<p>KERKSUS (ingl <i>state of resilience</i>) – võime prognoosida võimalusi kriisiga toime tulla säilitades ühiskonna aktsepteeritav toimimise kvaliteet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kriisideks valmistumisse ja nende lahendamisse kaasatakse ühiskonda laiemalt; • kriisidele reageerimise kõrval tähtsustub nende prognoosimine ja ennetamine; • kerkuse suurendamiseks on vajalik süsteemi ja selle karakteristikute põhjalik tundmine, millest tulenevalt on kriisireguleerimise valdkond tihedalt seotud sotsiaalteadustega ja protsessidega ühiskonnas; • kriisideks valmistumist vaadeldakse pideva protsessina, mille eesmärk on vastavalt saadud kogemustele ja teadmistele kohaneda ja täieneda; • kommunikatsioon on järjest olulisem avalikkuse usalduse saavutamisel ja inimeste kaasamisel kriisi lahendamisse; • psühholoogia, semiootika, kommunikatsiooni- ning käitumisteaduste tähtsus kriisireguleerimises suureneb; • tähtsustub avaliku võimu liidrite roll; • suureneb vajadus rahvusvahelise koostöö järele; • eesmärgiks seatakse praktilise kriisireguleerimise teaduspõhisus.

Kriisireguleerimine on teadusena lähenenud inimesi ning ühiskondi uurivatele sotsiaalteadustele. Uue sajandi kriiside suurenenud keerukus esitab väljakutse ühiskonna hädaolukordadeks valmisolekule ning nende lahendamise võimekusele. Oluliseks on muutunud kontseptsioon kerksest ühiskonnast, millel on võime taastuda ning toimida katkestustele vaatamata ning kohandada end saadud kogemuse põhjal selliselt, et järgmisteks kriisideks paremini valmis olla. Inimesi ei käsitleta teoreetilistes allikates enam kui paanikas, abituid ohvreid, vaid aktiivseid ja leidlikke osalisi hädaolukorra lahendamisel. Kriiside olemuse analüüsimise ning üldiste strateegiliste suundumuste

väljatöötamise kõrval on jätkuvalt oluline vajaliku hädaolukordade lahendamise võimekuse tagamine. Sündmuskohal toimuvate operatiivsete tegevuste kõrval määrab selle suuremastaabilise, kõikidele riiklikele ja eraõiguslikele kriisireguleerimisasutustele suuri väljakutseid esitava ning kõrgemaid juhtimistasandeid käivitava protsessi õnnestumise mitmete tegurite koosmõju.

1.2. Hädaolukordadeks valmisoleku ja nende lahendamise olulisemad mõjurid

Kehtiv hädaolukorra seadus defineerib kriisireguleerimise kui meetmete süsteemi, mis hõlmab hädaolukorra lahendamise kõrval hädaolukorra ennetamist, hädaolukorraks valmistumist ning hädaolukorrast põhjustatud tagajärgede leevendamist (Hädaolukorra seadus, 2015). Lahendamise all mõeldakse siinkohal olukorda, kus hädaolukord või selle vahetu oht on juba tekkinud ning eri asutuste tegevus on suunatud selle põhjuste ja tagajärgede leevendamisele. Esmaseks prioriteediks hädaolukorra lahendamisel on alati ohus olevate inimeste elu ja tervis (Maurer, Ross, Räim & Saar, 2014, lk. 26).

Hädaolukordade lahendamise võimekuse arendamise ees seisvad väljakutsed on seotud eelmises alapeatükis analüüsitud kaasaegsete kriiside kompleksuse ja piiriülese iseloomuga. Ansell *et al.* (2010) järgi on hädaolukorra lahendamine seda keerulisem, mida enam ületab hädaolukord erinevaid piire, samas kui 't Hart ja Sundelius (2013) võrdlevad hädaolukorra lahendamist legomaja ehitusega – kuna tänased kriisid on järjest laiaulatuslikumad ning komplekssemad, on vajalik reageerivate jõudude kiire kombineerimine vastavalt olukorrale ning kriisi ulatusele. Hädaolukordade lahendamise valmisoleku arendamisel tänase ühiskonna vajadustele vastavaks on vajalik lähtuda kaasaegsetest teadmistest ja suundumustest kriisireguleerimise teoorias.

Teadusallikates tuuakse hädaolukordade lahendamise edukuse peamiste võtmeteguritena välja reageerivate asutuste koostöö ja selle koordineerimine, hädaolukorra juhtimise kvaliteet nii juhi rolli kui juhtimise mudeli tsentraliseerituse aspektist, planeerimise ja õppuste tähtsus valmisoleku tõhustamisel ning kommunikatsioon (Boin, *et al.*, 2005; Sjöberg, Wallenius & Larsson, 2006; Sholtens, 2008; Ansell, *et al.*, 2010; Kusumasari, Alam & Siddiqui, 2010; Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011; Jauques, 2012; 't Hart & Sundelius, 2013).

Hädaolukordade lahendamisse on kaasatud mitmed asutused ning organisatsioonid, sealhulgas nii riiklikud institutsioonid kui eraõiguslikud isikud ja vabatahtlikud. Nendevahelist koostööd on teoreetikud nimetanud retooriliseks ideeks, isegi mantraks, mida ikka ja jälle korratakse, kuid mida praktikas on raske ellu viia (Sholtens 2008; Berlin & Carlström, 2011). Asutustevaheline koostöö hädaolukordade lahendamisel on sedavõrd oluline ning vältimatu, et selle kohustus on sageli kirjutatud valdkonda reguleerivatesse seadustesse (Sholtens, 2008; Salmon, *et al.*, 2011). Ka Eestis

on erinevate osapoolte kohustused, vastutused ja roll sätestatud nii hädaolukorra seaduses kui selle alusel koostatud hädaolukordade lahendamise plaanides (Hädaolukorra seadus, 2015, Maurer, *et al.*, 2014, lk. 54-60). Vabariigi Valitsuse määrusega on kehtestatud päästesündmusel osalevate riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutuste ning isikute koostöö kord (Päästesündmusel osalevate riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutuste ning isikute koostöö kord, 2012). Sellised regulatsioonid määratlevad hädaolukordade lahendamist juhtivad asutused ning annavad üldised põhimõtted koostöö koordineerimiseks.

Koostööd analüüsid tuleb eristada selle erinevaid vorme ning vajadusi vastavalt hädaolukorra lahendamise tasandile ning sellele, millises etapis on sündmused. Boin *et al.* (2005) ning Berlin ja Carlström (2011) on välja toonud, et kõige suuremaks väljakutseks on koostöö sündmuse lahendamise akuutses, nn elude-päästmise faasis, Scholtens (2008) tõdeb aga Hollandis läbi viidud suursündmustele reageerimise analüüside põhjal, et esimeses etapis sündmuskohal tegutsevate asutuste ja organisatsioonide vahel koordinatsioon puudub, osalejad on hõivatud kannatanute abistamise, tulekahjude kustutamise ja avaliku korra kaitsega. Uuringutest selgus, et koostööd takistab mitte ainult asjaolu, et iga valdkonna töötajatel on palju tegemist oma ülesannete täitmisega, vaid tunti ka vastumeelsust teise asutuse „territoriumile“ astumise suhtes (Scholtens, 2008). Spetsiifilise fenomenina sündmuskohal kirjeldavad Boin *et al.* (2005) ning Berlin ja Carlström (2011) nn „samariitlaste lahingut“ - reageerivate jõudude soovi demonstreerida oma oskusi ja vaprust ning sellega kolleegidele ning teistele asutustele muljet avaldada. Selline käitumine on sageli omane pidevalt tulejoonel seisvate, tugeva meie-tunde ning ametivääriskusega asutuste liikmetele, kes on harjunud esireas tegutsema, mitte sündmuse kõrvalt vaatama. (Boin, *et al.*, 2005; Berlin & Carlström, 2011).

Teaduskirjandus eristab kolme koostöövormi. Järjestikkuse koostöö korral jätkavad ühe asutuse liikmed tegevustega seal, kus teised lõpetasid. Hädaolukorra lahendamisel sündmuskohal kõige enam levinud paralleelse koostöövormi puhul tegutsetakse samaaegselt, kuid iga asutuse töötajad piirduvad oma valdkonna tegevustega. Koostöö ideaalvariandiks nimetatakse retoorikas sünkroonselt koostööd, kus oma ülesannete täitmise kõrval abistatakse vajadusel üksteist (Berlin & Carlström, 2011). Kriitikana sünkroonse koostöö eeskujuks seadmisele leiab Sholtens (2008), et ambitsioon luua kriisi akuutses faasis sünkroonselt toimiv struktureeritud multidistsiplinaarne koostöö ei ole realistlik ja küsib, kas koostöö hädaolukorra elude-päästmise etapis ei ole ületähtsustaud. Ka Berlin ja Carlström (2011) poolt läbi viidud uuring tõi välja, et koostöö retoorika ning praktika vahel on oluline lõhe - hädaolukorra lahendamisel osalejad peavad koostööd küll oluliseks, praktikas seda aga ei kasutata. Sündmuskohal toimuvat asutustevahelist koostööd analüüsid tuleb arvestada, et abistajad tegutsevad äärmise stressi olukorras ning tugeva ajalise

surve all. Samuti takistab teiste abistavate jõudude tegevustes osalemist iga reageeriva asutuse ees seisvate ülesannete mahukus hädaolukorra esimestel tundidel.

Hädaolukordade lahendamise seisukohast on eelkirjeldatud sündmuskohal tehtavast koostööst olulisem kriisireguleerimise kõrgematel tasanditel toimuv erinevate valdkondade tegevuste koordineerimine. Asutusevaheline koostöö ja selle koordineerimise erinevad aspektid on hädaolukorra lahendamise edukuse üheks võtmeteguriks ning sellest tulenevalt mitmete teaduslike uuringute sisuks (Scholtens, 2008; Ansell, *et al.*, 2010; Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011; Hart & Sundelius, 2013). Hädaolukorra lahendajad saavad efektiivselt tegutseda ainult juhul, kui iga osaleva asutuse kohustused ja positsioon on täpselt määratletud (Scholtens, 2008; Salmon, *et al.*, 2011) ja välja on töötatud vastavad regulatsioonid (Ansell, *et al.*, 2010), oluline on seejuures olla kursis ka teiste asutuste tegevustega ehk nn metateadlikkus toimuvast (Salmon, *et al.*, 2011).

Hädaolukordade lahendamisel on väljakutseks erinevate jurisdiktsioonide kokkupuutepunktid. Seda nii vertikaalses mõttes, nagu regiooni asutuste koostöö koordineerimisel riiklike asutustega, kui horisontaalses mõttes, näiteks kahe erineva regiooni või riigi tegevuste kooskõlastamisel. Probleemid võivad tekkida ka erinevate funktsionaalsete sektorite, nagu päästetööd, esmaabi andmine ja korrahooldus, koordineerimisel, mistõttu on oluline täpselt määratleda ja reguleerida, missugusel asutusel on juhtiv roll (Boin, *et al.*, 2005; Ansell, *et al.*, 2010) ning kuidas seda rolli teostatakse (Salmon, *et al.*, 2011). Hädaolukordade lahendamises osalevate asutuste tegevuste ning (juhi)rolli täpne määratlemine, reageerijate kõrgtasemel ettevalmistus oma valdkonna ülesannete täitmiseks ning teadlikkus teiste asutuste tegevustest loovad seega aluse nendevahelise koostöö koordineerimiseks.

Peamise võimalusena asutustevahelise koostöö ja koordineerimist tõhustada näevad teoreetikud hädaolukordadeks valmistumise etapis toimuvat tihedat vastastikkust suhtlemist ja õppusi (Boin, *et al.*, 2005; Sjöberg, *et al.*, 2006; Scholtens, 2008; Kapucu, *et al.*, 2010; Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011). Kootöövõime tõhustamisel on olulised ühised igapäevategevused (Scholtens, 2008; Sjöberg, *et al.*, 2006) ja mitmeid asutusi kaasavad hädaolukordade stsenaariumite läbimängud ja õppused (Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011), mis aitavad luua häid ja usalduslikke inimestevahelisi suhteid (Boin, *et al.*, 2005; Kapucu, *et al.*, 2010) ja kujundada partnerite suhtes realistlikke ootusi (Boin, *et al.*, 2005). Selline koostöö harjutamine on oluline kõigil sündmuse lahendamise tasanditel. Arvestades tuleviku kriiside komplitseeritust on põhjendatud ka militaarjõudude senisest olulisem osalemine hädaolukordade lahendamise ettevalmistustes (Salmon, *et al.*, 2011), piire ületavate tuleviku kriiside seisukohalt on oluline sellise koostöö käsitlemine

rahvusvahelises mõõtnes (Boin, 2004; Boin & Rhinard, 2008; Lagadec, 2009; Rosenthal, 2009; Palttala, *et al.*, 2012; 't Hart & Sundelius, 2013).

Koostöövõimekus sõltub ka tehnoloogilisest ettevalmistusest. Näiteks on oluline roll kommunikatsioonivahendite valikul, mis võivad omavahelisest tehnilisest sobivusest sõltuvalt asutuste vahelist suhtlemist toetada või takistada (Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011). Asutustevaheline koostöö hädaolukordadeks valmistumisel ühiste tegevuste, õppuste ning omavahelise suhtlemise näol on eeltoodud uuringutele tuginedes kaasaegse kriisireguleerimise alustalasid.

Esimeses alapeatükis käsitletud avaliku võimu kõrgemate tasandite rolli tähtsustumisest tulenevalt on vajalik senisest enam kaasata hädaolukordadeks valmistumisse tippametnikke ja poliitilisi liidreid (Boin & Lagadec, 2000; 't Hart & Sundelius, 2013). Boin ja Lagadec (2000) näevad eesmärgina muuta kriisideks valmistumisel kõrgemate juhtimistasandite suhtumist ja murda arusaam, et nende osalemine õppustele ei ole vajalik. Kriisisituatsiooni läbimängimine võimaldab panna juhid mõtlema otsustusprotsesside üle olukordades, kus puudub selgus ja varasem kogemus, soodustab avatud arutelusid tekkida võivate olukordade ja arengute üle, aitab mõista sisemise ja avalikkusele suunatud kommunikatsiooni tähtsust pikaajalise ebakindluse perioodil ja valmistab ette kriisi lahendamisel osalejate koostöö koordineerimiseks (Boin & Lagadec, 2000). Vajadus kriisiolukordade tipptasemel läbimängimise järele on eriti oluline riikides, kus suuremastaabilisi õnnetusi esineb harvem ning seetõttu on vajalik tugevdada motivatsiooni kriisideks valmisolekuga tegeleda, et see ei muutuks rutiinseks vajaliku dokumentatsiooni täitmiseks. Hästi ettevalmistatud õppustel strateegilisel, tippametnikke kaasaval tasandil ei ole eesmärk niivõrd protseduuride läbimängimine, kui mängijate mõtlemise mõjutamine.

Eelkirjeldatud õppuste läbiviimine on üheks osaks hädaolukordade lahendamise planeerimisest. Boin *et al.* (2005) toovad välja, et kuitahes heade plaanide elluviimise keerukus hädaolukordade lahendamisel tuleneb põhimõttelisest vastuolust kriiside olemuse ning planeerimise idee vahel. Planeerimine eeldab, et me teame, mis hakkab toimuma. Kriisi puhul on aga tegemist ebakindla ning ennustamatu olukorraga. Võtmekohaks kriisideks valmisoleku parandamisel on aga planeerimise protsess ise (Perry & Lindell, 2003; Boin, *et al.*, 2005). Selle käigus õpivad protsessis osalejad tundma ja mõistma erinevaid probleeme, mis hädaolukorras võivad tekkida ning võimalike situatsioonide analüüsimine valmistab neid ette vajalike otsuste tegemiseks ja tegevuste koordineerimiseks kriiside lahendamisel. Võib ütelda, et hädaolukordade lahendamise planeerimine aitab reageerivate asutuste koostööd koordineerida paremini kui mistahes hädaolukordade lahendamise plaanid (Boin, *et al.*, 2005, p. 146). Tulenevalt kaasaegsete kriiside dünaamilisest

iseloomust ja sündmuste täpse ettenägemise võimatusest ei saa valmisoleku planeerimine olla jäik, vaid peab andma peamised toimimise põhimõtted ning suunad ja säilitama vajaliku paindlikkuse reageerida vastavalt toimuvatele arengutele (Perry & Lindell, 2003). Planeerimistegevuste kaudu on võimalik kriisireguleerimise arengut toetada ka läbi tihedama seose loomise valdkonna teadustegevusega. Sellesse on võimalik kaasata erinevate erialade spetsialiste, teadlasi ja ülikoole ning seeläbi toetada interdistsiplinaarset ja teaduspõhist lähenemist hädaolukordadeks valmistumisele.

Kooskõlas esimeses alapeatükis välja toodud psühholoogiateaduste rolli tähtsustumisega kriisireguleerimises on vajalik analüüsida hädaolukordade lahendamiseks valmistumist ka sellest aspektist. Seda valdkonda uurinud Perry ja Lindell (2003), Drabek ja McEntire (2003) ning Boin *et al.* (2005) on seisukohal, et valmisoleku planeerimisel tuleb arvestada kaasaegsete teadmistega kriisist mõjutatud organisatsioonide ja inimeste käitumisest. Reageerivate operatiivasutuste töötajate kõrval satuvad hädaolukorra lahendamisel täiesti uude ning ekstreemsesse keskkonda riiklikul tasandil sündmuse juhtimisega tegelevad ministrid, ametite tippjuhid ja teised ametnikud. Suur infohulk, meedia surve, kiiresti eskaleeruvad sündmused ja vajadus võtta nendes tingimustes vastu olulisi otsuseid põhjustavad tugevat stressi. Sellega toimetulekul omab olulist rolli kogemus (Boin, *et al.*, 2005). Et tegelikke hädaolukordi, mille lahendamisse kaasatakse igapäevaselt valdkonnaga aktiivselt mitte tegelevad ametnikud ja tippjuhid, esineb harva, on strateegilisel tasandil läbiviidavatel õppustel oluline roll ka juhtide psühholoogilisel ettevalmistamisel võimalikeks kriisisituatsioonideks.

Koostöö koordineerimise ja planeerimise kõrval on oluliseks ja diskussioone tekitavaks valdkonnaks hädaolukordade lahendamise juhtimine, mida autorid käsitlevad nii hädaolukorra juhi rolli analüüsimise kui tsentraliseeritud ja detsentraliseeritud juhtimismudelite prevaleerimise seisukohast (Drabek & McEntire, 2003; Perry & Lindell, 2003; Boin, *et al.*, 2005; Sjöberg, *et al.*, 2006; Devitt & Boroditzicz, 2008; Hu, Zeng & Zhao, 2009; Ansell, *et al.*, 2010; Kapucu, *et al.*, 2010; Salmon, *et al.*, 2011; Hart & Sundelius, 2013).

Kriisijuhtimine on saanud kriisireguleerimise kui teadusharu oluliseks osaks. Jaques (2012) toob välja kriitika valdkonna seniste uuringute kohta, mis keskenduvad peamiselt kriisijuhtimise õiguslikele raamistikele ning kommunikatsioonistrateegiatele, ebapiisav on seejuures kriisijuhtimiseks vajalike isikuomaduste, oskuste ja teadmiste, aga ka kriisijuhi rolli käsitlemine. Sarnast seisukohta on varem väljendanud Devitt ja Boroditzicz (2008), kelle hinnangul keskendub kriisireguleerimise alane kirjandus tavaliselt taksonoomiale, definitsioonidele, kommunikatsioonile ning kriisianalüüsile. Oluliselt vähem on panustatud debattidesse sündmuse juhtimise mudeli ning

juhi rolli uurijatelt, vaatamata sellele, et just neid peetakse hädaolukorra lahendamise edukuse kõige kriitilisemateks teguriteks. Strateegilise tasandi juhtide ja juhtimismeeskondade ettevalmistamine eeldab mitte ainult nende ees seisvate ülesannete määramist, vaid laiemat käsitlust juhtide isikuomadustest, inimsuhete tundmisest ja vajalike tegevuste sidumise oskust. (Devitt & Boroditzic, 2008) Ka 't Hart ja Sundelius (2013) rõhutavad vajadust pöörata kriiside lahendamise võimekuse arendamisel hästi välja töötatud struktuuride ning piisavate ressursside tagamise kõrval olulist tähelepanu jõuliste professionaalsete kogukondade loomisele, kes nende ees seisvate ülesannetega toime tuleksid ('t Hart & Sundelius, 2013). Juhi isikuomaduste ja juhtimismeeskondade omavaheliste suhete käsitlemine annab psühholoogia- ja käitumisteaduste kaasamisele kriisireguleerimises uue suuna ja sügavama mõõtmekui varasem rõhuasetus kriisiolukorras inimeste käitumise tundmisele. Seeläbi tähtsustub veelgi erinevate sotsiaalteaduste roll kaasaegsete kriisidega toimetuleku arendamisel.

Hädaolukorra lahendamise juhi ees seisvad ülesanded võtab Sjöberg *et al.* (2006) kokku kui olukorrale hinnangu andmise ning tasakaalu leidmise võimalike tegevuste ja inimeste ohutuse tagamise vahel. Äärmiselt oluline on, et hädaolukorra juht tunneks nii võimalikke ohte kui sündmusele reageerimise põhimõtteid – millal tegutseda, millal monitoorida olukorda ning oodata reageerimisega, et vältida mõtlematut reageerimist ning abistajate ohtu seadmist (Perry & Lindell, 2003). Viis peamist väljakutset hädaolukorra juhtide ees on olukorra hindamine (ingl *sense making*), otsuste vastuvõtmine (ingl *decision making*), sündmuste mõtestamine avalikkusele (ingl *meaning making*), kriisi lahendamine (ingl *terminating*) ja õppimine (ingl *learning*) (Boin, *et al.*, 2005, pp. 10-15; Boin & 't Hart, 2007). Samu aspekte rõhutavad hilisemates käsitlustes 't Hart ja Sundelius (2013), nimetades kriitiliste funktsioonidena, mida tuleb täita kriisijuhtidel adekvaatset hinnangut olukorrale, õigeid strateegilisi otsuseid, veenvaid selgitusi avalikkusele aitamaks muutunud reaalsusega toime tulla ja paanikat vältida, ning kriisi mõjudega toimetulekuks vajalikke tegevusi. Kõik eelkirjeldatu tuleb seejuures sooritada kaasaegsetele kriisidele iseloomulikes äärmise ebakindluse ning tohutu ajasurve ja erinevate valdkondade kaasatuse keerulistes tingimustes ('t Hart & Sundelius, 2013). Arvestada tuleb ka esimeses alapeatükis käsitletud avalikkuse kõrgete ootustega avaliku sektori juhtidele kui liidritele, kes ühiskonna kriisiolukorrast välja peavad tooma ning infotehnoloogia arenguga, millest tulenevalt toimub hädaolukorra juhtimine meedia pideva tähelepanu tingimustes.

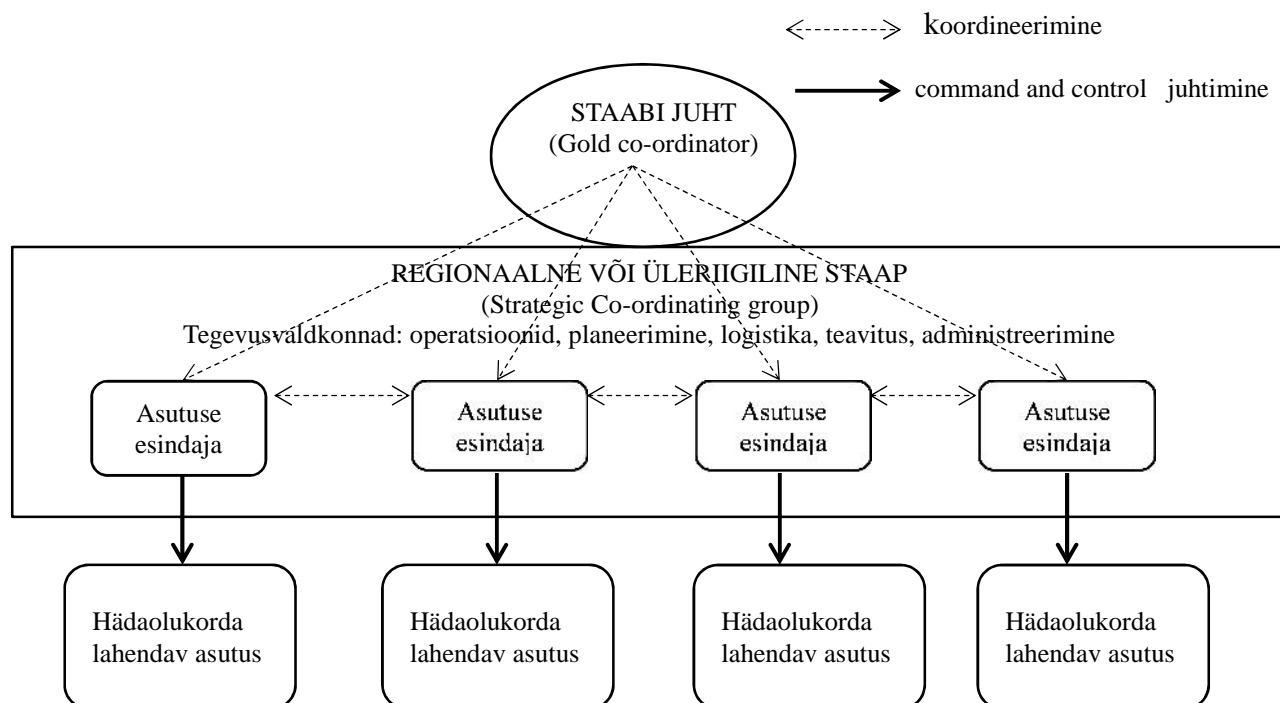
Kui hädaolukorra juhi ülesannete ja rolli osas olid eeltoodud autorid suhteliselt üksmeelsed, siis diskussioonide objektiks hädaolukordade lahendamise teoorias on sobiva juhtimismudeli leidmine. Teadlaste ja praktikute vahel on eriarvamused selles osas, kas kriisireguleerimise tulevik on standardsed protseduurireeglid ja tsentraliseeritud juhtimismudelid nagu ingl *command and control*

ehk juhtimise ja kontrolli mudel, või vajavad teatud olukorrad suuremat paindlikkust ja võimalust vajadusel bürokraatlike struktuure ja protsesse kohandada ja muuta. Ansell *et al.* (2010) toovad välja, et ka kriisireguleerimise alases teaduskirjanduses vastanduvad hädaolukordade lahendamise seisukohalt kaks suunda. Üks peab oluliseks vajalike hierarhiate ja struktuuride väljatöötamist hädaolukordadeks valmistumisel ning nende lahendamise juhtimist tsentraliseeritult, teine koolkond on seisukohal, et eelnevalt kehtestatud korraldusest ei piisa kaasaegsete kriisidega toimetulekuks ning tõhusam on reageerimine ise-organiseerumise abil (Ansell, *et al.*, 2010). Tsentraliseeritud juhtimismudelite kriitika võtavad kokku Drabek ja McEntire (2003), kes valdkonna teadusallikate analüüsi tulemuste põhjal kirjeldavad tsentraliseeritud juhtimismudelit kui jäika süsteemi, millele on omased kindlad struktuurid ja protseduurireeglid, ning mille kujunemise juured ulatuvad militaarvaldkonda. Hädaolukorda käsitletakse siin kui kaost ning kriisijuhte sellesse kaosesse korra loojatena. Selline tõlgendus ei leia teaduslikku kinnitust, kuna tugineb mitmetel ekslikel eeldustel nagu müüt kriisi sattunud inimeste paanilisest käitumisest. Samuti ei toeta tsentraliseeritud juhtimismudel koostööd ning kommunikatsiooni. (Drabek & McEntire, 2003)

Hädaolukorra lahendamise juhtimismudeli sobiva tsentraliseerituse astme leidmist nimetavad Drabek ja McEntire (2003) „kriisireguleerimise Pühaks Graaliks“ (Britton, 1989 tsit Drabek ja McEntire, 2003). Tsentraliseerituse astme määratlemisega puutuvad hädaolukordade lahendamise ja nendeks valmistumise strateegiate väljatöötamisel kokku kõik kriisireguleerijad. Toetudes magistritöös välja toodud ühiskonna kerksuse paradigmale kui kaasaegse kriisireguleerimise peamisele suunale ja 21. sajandi kriiside iseloomule, on põhjendatud tsentraliseeritud juhtimismudelite kõrval paindlikumate, iseorganiseerumist ja koostööd toetavate poliitike rakendamine. Tsentraliseeritud juhtimine on jätkuvalt oluline sündmuskoha tasandil ning operatiivasutuste igapäevaste tegevuste juhtimisel, mida tuleb vaadelda lahus suuremastaabiliste hädaolukordade lahendamise juhtimisest riiklikul tasandil.

Hädaolukordade lahendamine kõrgemal tasandil nõuab kriisijuhtidelt ja reageerivatelt asutustelt eelkõige omavaheliste tegevuste koordineerimist. Mitmetes riikides luuakse strateegilise tasandi juhtimiseks juhtimisgrupp või staap, mille tegevus põhineb mitte ingl *command and control* kontseptsioonil, vaid koordineerival rollil. Devitt ja Boroditzicz (2008) kirjeldavad Suurbritannia hädaolukordade lahendamise mudelit, kus strateegilisel tasandil luuakse koordineeriv juhtgrupp ingl *Strategic Co-ordinating Group*, mille ülesandeks on tagada terviklik vaade kriisi lahendamisele, võimalike arengute jälgimine ja ennustamine, vajalike (inim)ressursside planeerimine ning oma strateegia edastamine ja selgitamine alumistele tasanditele. Sarnasel põhimõttel toimub hädaolukordade lahendamine paljudes riikides, kus on loodud vastavad juhtimisstruktuurid, mille peamised tegevusvaldkonnad on juhtimine, operatsioonid, planeerimine, logistika ja

administreerimine (Hu, *et al.*, 2009). Ka Eestis toimub päästesündmuse lahendamine, millise tegevuse aluseks on päästesündmusel osalevate riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutuste ning isikute koostöö kord, üldjoontes samadel alustel (Päästesündmusel osalevate riigi- ja kohalike omavalitsuste asutuste ja isikute koostöö kord, 2012). Salmon *et al.* (2011) peab kriitiliseks strateegilise tasandi koordineeriva juhtgrupi tegevuse kvaliteeti. Sellisesse juhtgruppi kuuluvad osalevate asutuste vajaliku pädevusega juhid, juhtgrupi liider, ingl *Gold co-ordinator*, ei oma osalevate asutuste osas täitevvõimu, vaid tema roll on koordineerida grupi tööd, et saavutada konsensus sündmuse lahendamise üldiste strateegiatega valikul, mille alusel iga asutuse juht suunab oma valdkonna tegevusi (Salmon, *et al.*, 2011). Ka sellise korralduse osas võib tuua paralleeli Eestis hädaolukordade lahendamisel loodavate staapidega. Erinevate hädaolukordade lahendamise plaanid määravad hädaolukorra lahendamist koordineeriva asutuse ning sätestavad kaasatavate asutuste rollid ja ülesanded. Et avalikkusele suunatud kommunikatsiooni edastamine oleks võimalikult kiirus ning korrektne, on kommunikatsiooni juhtimine Eestis kehtivates hädaolukorra lahendamise plaanides antud juhtiva asutuse pädevusse. Sisuliselt on juhtimismudeli mõttes tegemist tsentraliseeritud ja detsentraliseeritud mudelite kombineerimisega, kus ühe asutuse siseselt juhitakse tegevusi *command and control* põhimõttel, asutustevahelise koostöö koordineerimine toimub aga detsentraliseeritult (joonis 1).



Joonis 1. Hädaolukorra lahendamise kombineeritud juhtimise mudel (Devitt & Boroditzicz, 2008; Hu, *et al.*, 2009; Salmon, *et al.*, 2011; Päästesündmusel osalevate riigi- ja kohalike omavalitsuste koostöö kord, 2012 põhjal magistritöö autori koostatud joonis)

Ansell *et al.* (2010) nimetavad sümbioosi efektiivsest, aga piiratud tsentraliseeritud juhtimisest ning isekorraldumisest administratiivseks kerksuseks. Tsentraliseeritud juhtimise ja osalejate iseseisvuse ühendamise edukaks näiteks toovad nad Euroopa Liidu toimimispõhimõtteid ning peavad seda korraldust platvormiks koostöö koordineerimisel hädaolukordade lahendamisel. Vajalik on integreeritud hädaolukordade lahendamise juhtimiskeskuste loomine, mis oleksid võimelised ühenduses olema teiste samasuguste keskustega. Viimased aastad on toonud siin positiivseid arenguid nii Ameerika Ühendriikides kui Euroopas (Ansell, *et al.*, 2010). Rahvusvahelise koostöö võimekuse tõhustamise olulisuse tõi välja ka ÜRO Hyogo tegevuste raamistik (United Nations, 2005). Nii Euroopa Liidu kui ÜRO kriisireguleerimisega tegelevate institutsioonide ja koostöökodade tegevuses osalemine peaks olema riikliku kriisireguleerimissüsteemi lahutamatuks osaks. Siseriiklike hädaolukorras valmistumise ja nende lahendamise meetmete koordineerimine teiste riikide samalaadsete korraldustega võimaldab ühelt poolt parendada võimekust hädaolukordadega toime tulla, teisalt aga teha vajadusel koostööd teiste riikidega. Varasem koostöö strateegiate väljatöötamisel tõstab ka võimekust võtta vajadusel vastu rahvusvahelist abi ja oma tegevusi abi andjatega koordineerida.

Hädaolukorra lahendamise oluliseks eelduseks on toimiv infovahetus sündmuse lahendamisse kaasatud asutuste vahel ning avalikkusele suunatud kommunikatsioon, mille eripärasid kaasaegses kriisireguleerimises käsitleti magistritöö esimeses alapeatükis. Palttala *et al.* (2012) uurisid valdkonna spetsialistide praktiliste kogemustele tuginedes hädaolukorra lahendamisel tekkivaid tõkkeid ja takistusi asutustevahelises infovahetuses. Uurimise tulemused tõid välja, et kuigi kriisireguleerimise korraldus täna hõlmab ka kommunikatsiooniplaanide ja juhendite koostamist, vajavad kaasaegsed kompleksed kriisid täiendavate, erinevate sihtrühmade, kriisi tüüpide ja faasidega arvestavate kommunikatsioonistrateegiate väljatöötamist. Arenev uurimisvaldkond on kommunikatsiooni käsitlemine kriisi tingimustes toimuva otsustusprotsessi osana (Palttala, *et al.*, 2012). Efektiivse juhtimise ning ressursside optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik omavahel sobituva, ühtse tehnoloogilise lahendusega tagatud (Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011) heal tasemel infovahetus nii vertikaalselt erinevate hädaolukordade juhtimistasandite vahel kui horisontaalset samal tasandil tegutsevate erinevate asutuste, organisatsioonide ning vabatahtlike vahel (Kapucu, *et al.*, 2010), mis asutustevahelise koostöö koordineerimise kõrval toetaks otsustusprotsesse hädaolukorra lahendamise juhtivtasandil (Palttala, *et al.*, 2012).

Kapucu *et al.* (2010) peavad tõsiseks takistuseks tõhusale koostööle hädaolukordade lahendamisel ühtse sõnavara puudumist. See probleem ei puuduta ainult erinevate asutuste esmareageerijaid, vaid kõiki kriisireguleerimisega tegelevaid asutusi (Kapucu, *et al.*, 2010). Samale probleemile on varasemalt tähelepanu juhtinud Alexander (2005), kes peab oluliseks mitte ainult samaselt

mõistetavate terminite kasutamist, vaid ka hädaolukordade lahendamisega seotud planeerimisdokumentide ühetaolisust ning ühtsete standardite loomist kriisideks valmistumisel. Nii Perry ja Lindell (2003) kui Alexander (2005) põhjendavad ühtsete standardite vajalikkust muuhulgas sellega, et hädaolukordade lahendamise plaane ei tohiks vaadelda eraldiseisvatena, vaid need peavad olema teiste samasuguste plaanidega sobituvad, kuna hädaolukordade lahendamine on oma olemuselt multiorganisatsiooniline. Ka Boin (2004) näeb ühtse „kriisikeele“ kujundamist üheks kriisireguleerimise arendamise oluliseks eeldusena. Arvestades koostöö ja selle koordineerimise tähtsuse suurenemist kaasaegses kriisireguleerimises ja järjest enamate asutuste, organisatsioonide ja vabatahtlike ühenduste osalemist hädaolukordade lahendamisel, võib ette näha kasvavat vajadust terminoloogiast ühtmoodi aru saada. Ühised aluspõhimõtted valdkonna dokumentatsiooni koostamisel toetavad koostöö, sealhulgas rahvusvahelise koostöö kiiret ja efektiivset korraldamist.

Hädaolukordade lahendamise võimekuse arendamise näol on tegemist ühe olulisema ning laiema valdkonnaga kriisireguleerimise teoorias. Peamised tegurid kaasaegsete kriisidega toimetuleku edukuse tagamisel on asutustevahelise koostöö ning planeerimisprotsesside ja ühisõppuste kaudu vajalike suhtevõrgustike loomine (Perry & Lindell, 2003; Boin, *et al.*, 2005; Sjöberg, *et al.*, 2006; Scholtens, 2008; Ansell, *et al.*, 2010; Kapucu, *et al.*, 2010; Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011); strateegilise tasandi kriisijuhtide ettevalmistamine ja hädaolukorra lahendamise koordineerimine (Boin & Lagadec, 2000; Drabek & McEntire, 2003; Perry & Lindell, 2003; Boin, *et al.*, 2005; Sjöberg, *et al.*, 2006; Devitt & Boroditzicz, 2008; Hu, *et al.*, 2009; Lagadec, 2009; Ansell, *et al.*, 2010; Kapucu, *et al.*, 2010; Salmon, *et al.*, 2011; t Hart & Sundelius, 2013); infovahetuse toimimine lahendamises osalejate vahel (Kapucu, *et al.*, 2010; Berlin & Carlström, 2011; Salmon, *et al.*, 2011; Palttala, *et al.*, 2012) ning avalikkusele suunatud kommunikatsiooni abil üldsuse kaasamine hädaolukorra lahendamisse ja ühiskonna tavapärase toimimise taastamisse (Boin, *et al.*, 2005; Boin & t Hart, 2007; Rosenthal, 2009; Ansell, *et al.*, 2010; Palttala, *et al.*, 2012).

1.3. Kriisireguleerimine tervishoius, erisused ja väljakutsed

Enamik hädaolukordi mõjutavad otseselt või kaudselt suurimat väärtust – inimese elu ja tervist, mistõttu on tervishoiusüsteemil kriisireguleerimises oluline roll, tervishoiuasutused on pääste- ja politseijõudude kõrval osaks hädaolukordade lahendamise „kuldsest kolmikust“. Kannatanutele arstiabi andmisega seotud tervishoiuvaldkonna sisesed protsessid on katastroofimeditsiini teooria uurimisobjektiks ning käesolevas magistritöös neid ei käsitleta. Tervishoiusüsteemi kui terviku

kriisireguleerimise alased tegevused, sealhulgas masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumine ja nende lahendamine koostöös teiste reageerivate asutustega, on osa üldisest kriisireguleerimissüsteemist. Seega on tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tagamiseks vajalik selle arendamine kooskõlas üldiste kriisireguleerimisteooriatega. Tervishoiu kriisireguleerimise olulisemaid erisusi ja väljakutseid selles valdkonnas käsitleb ja asetab Eesti konteksti magistr töö käesolev alapeatükk.

Tervishoiukorraldust hädaolukorras reguleeriv määrus defineerib tervishoiualast hädaolukorda kui sündmuse või sündmuste ahela põhjustatud olukorda, mis ohustab inimeste elu ja tervist ning on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014). Käesolev magistr töö piiritleb tervishoiualased hädaolukorrad masskannatanutega suurõnnetustega, käsitlemata epideemiat kui olemuselt erinevat ja peamiselt tervishoiusüsteemi sisest lahendamist nõudvat hädaolukorda.

Tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisolekut uurinud autorid on peamiste kitsaskohtadena esile tõstnud teadusuuringute ja strateegiadokumentide arendamist (Laor, Wolmer, Friedman, Spirman & Knobler, 2005; United Nations, 2005; World Health Assembly, 2011; Dar, *et al.*, 2014), senisest tõhusamat osalemist üldises kriisireguleerimissüsteemis (Bradt, Abraham & Franks, 2003; Laor, *et al.*, 2005; Carne, Kennedy & Gray, 2011), vajadust koostöö tõhustamiseks tervishoiusüsteemi sisest ja teiste hädaolukordi lahendavate asutustega (Bradt, *et al.*, 2003; Logue, 2006; Hu, *et al.*, 2009; Corcoran, Niven & Reese, 2011) ning hädaolukordade lahendamise võimekuse suurendamist (Burkle, 2006; Logue, 2006; Lurie, Wasserman ja Nelson, 2006).

Kasvav vajadus tulla toime kaasaegsete komplekssete ning suuremastaabiliste kriisidega esitab tervishoiusüsteemile tõsise väljakutse (Bradt, *et al.*, 2003; Hu, *et al.*, 2009; Hunter, *et al.*, 2013; Raphael, 2013). Hunter *et al.* (2013) võtab kokku varasemad tervishoiuvaldkonna hädaolukordade lahendamist analüüsivad uuringud ning leiab, et oluline on välja töötada ühtne nägemus sellest, kuidas mõõta ja parendada tervishoiuvaldkonna hädaolukordadele reageerimise võimekust (Hunter, *et al.*, 2013). Teoreetilised käsitlused tervishoiuvaldkonna kriisireguleerimisest ei ole täielikult kooskõlas ka üldiste arengusuundadega kriisireguleerimise filosoofias. Laor, *et al.*, (2005) toovad ühe väljakutsena välja toimetuleku katastroofi sattunud inimeste psühholoogilise kriisi- (katastroofi) sündroomiga, samas kui mitmed kriisireguleerimise teoretikud (Drabek & McEntire, 2003; Boin, *et al.*, 2005; Quarantelli, *et al.*, 2007) on sellise sündroomi laialdase avaldumise nimetanud üheks katastroofi müütidest ja rõhutanud vajadust lähtuda kaasaegsetest psühholoogiaalastest teadmistest inimeste käitumisest kriisiolukorras.

Magistr töö teine alapeatükk tõi välja hädaolukordade lahendamise strateegiate arenemise tsentraliseeritud, kaost ja korda vastandavalt mudelilt detsentraliseeritud, koordineeriva

juhtimisstiili suunas. Mitmed tervishoiualaseid hädaolukordi käsitlevad autorid toetuvad jätkuvalt kaose ning korra vastandamisele. Sellisest paradigmast lähtumise näideteks on Baker (2007) artiklid masskannatanutega sündmuste lahendamise ning ainus eesti keeles ilmunud tervishoiu kriisireguleerimist käsitlev monograafia „Kord kaoses. Hädaolukordade meditsiinilise käsitlemise emergomeetiline modelleerimine“ (de Boer & Remmen, 2005). Toetudes eeltoodud Hunter *et al.* (2013) seisukohale võib sellise tervishoiuvaldkonna ning ülejäänud kriisireguleerimise teooria erisuse põhjuseks olla tervishoiu hädaolukordade uuringute keskendumine sündmuse lahendamise tasandile ning üldiste, laiemat teoreetilist raamistikku loovate strateegiliste käsitluste vähesust. Kaose kui korrale vastanduva sümboli kasutamine tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisel võib tuleneda erakorralise meditsiini valdkonna tihedast seosest sõjameditsiiniga, mis on militaarsüsteemi osana traditsiooniliselt tugevama tsentraliseerituse astmega.

Tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku teoreetilistest käsitlustest on otseselt mõjutatud valdkonna kriisireguleerimise poliitikad. Tervishoiu ning teiste kriisireguleerimisega tegelevate valdkondade vahel täna lõhe, mis väljendub tervishoiusüsteemi kriisireguleerimisstrateegiate keskendumises ainult hädaolukordade lahendamisele (Laor, *et al.*, 2005; Dar, *et al.*, 2014), teadvustunud ei ole vajadus arendada tervishoiukorralduse proaktiivset rolli ühiskonna kerksuse suurendamisel (Dar, *et al.*, 2014) ning liikuda haiglakeskselt hädaolukordade lahendamise paradigmat tervishoiukesksele, ravivaltt ennetavale ja ettevalmistavale (Laor, *et al.*, 2005). Üldise kriisireguleerimisvõimekuse tõstmise võtmeküsimuseks on seetõttu tervishoiuasutuste ning teiste hädaolukordi lahendavate partnerite lähendamine ning vastastikkuse mõistmise parandamine. Tervishoiuga seotud teemad vajavad tõhusamat integreerimist kõrgemate tasandite kriisireguleerimispoliitikatesse ning strateegiatesse nii riiklikul kui rahvusvahelisel tasandil (Dar, *et al.*, 2014). Rahvusvaheliselt kokku lepitud prioriteetid tervise valdkonna kriisireguleerimispoliitikates toob välja *Hyogo Framework for Action 2005-2015*: tervisevaldkonna strateegiate integreerimine kohalikesse ning riiklikesse kriisireguleerimise poliitikasse; terviseriskide monitoorimine, hindamine ning varajane hoiatamine; hariduse ning kommunikatsiooni abil mitmetasandilise kerksuse ülesehitamine; tervist ning tervishoiusüsteemi kahjustavate baasriskide vähendamine ning tõhusa hädaolukordadele reageerimise ja nende lahendamise tagamine kõikidel tasanditel (United Nations, 2005; Dar, *et al.*, 2014). Kriisireguleerimise tervishoiupoliitikatesse integreerimise ja asutustevahelise koostöö tähtsust on rõhutatud ka Maailma Terviseassamblee poolt (World Health Assembly, 2011).

Tervishoiuvaldkonna valmisolek kriisidega toimetulekuks on osa kaasaegse ühiskonna minapildist. Burkle (2006) kohaselt eeldab tsiviilühiskond, et rahva tervis on kaitstud kriiside ja katastroofide tagajärgede eest. Avalikkus nõuab varasemast tugevamalt, et tervisekaitse meetmed hädaolukordade

lahendamisel oleksid õiglasemad ning läbipaistvad. Riigi suutlikkust tulla toime erineva mastaabiga hädaolukordadega peetakse tervishoiusüsteemi võimekuse näitajaks (Burkle, 2006). Riiklik tervishoiusüsteem peaks olema kõrgemal tasandil aktiivne mistahes hädaolukorra puhul, et võimalikke tervishoiuprobleeme ennetada ja vajadusel kiiresti alustada koordineeritud tegevusi. Kriitilise tähtsusega on seejuures määratleda tervishoiusüsteemi võtmeisikud, kes on vastutavad vajalike tervisevaldkonna tegevuste koordineerimise eest, sealhulgas kommunikatsiooni eest avalikkusega. Sellisteks tervishoiualaste hädaolukordade juhtideks peaksid olema tervishoiuametnikud, kes peaksid omama olulist rolli nii enne hädaolukorra tekkimist kui pärast selle lahendamist (Logue, 2006) ning kelle hea ettevalmistus ning tugevad juhiomadused on hädaolukorra lahendamise edukuse üheks võtmeteguriks (Lurie, *et al.*, 2006). Eestis on riigiasutuste rolli hädaolukordade lahendamises uurinud Advokaadibüroo Sorainen, kelle poolt läbi viidud kriisireguleerimisvaldkonna õigusliku analüüsi kohaselt on hädaolukordade lahendamise juhtimine Eesti Vabariigi põhiseadusest tulenevalt üks avaliku võimu tuumikülesandeid ning selle üleandmine erasektorile ei ole lubatav (Advokaadibüroo Sorainen AS, 2013).

Takistustena tervishoiuametnike kui kriisireguleerimise valdkonna juhtide rollis toob Lurie *et al.* (2006) välja asjaolu, et tervishoiuametnikud on igapäevaselt hõivatud mitmesuguste tervishoiuvaldkondade kureerimisega, mis on oma iseloomult aeglane protsess ning erineb hädaolukorras vajalikust kiiret otsustamist ja tegutsemist eeldavast juhtimisvõimekusest. Erinev kogemus masskannatanute abistamisel komplitseerib omakorda tervishoiuametnike ning medikute omavahelist koostööd: tervishoiuametnikke käsitletakse katastroofimeditsiini praktikute poolt sageli hädaolukordadeks valmisoleku alal vähem pädevatena, „hilinejatena“, mis omakorda raskendab tervishoiusüsteemi juhtide kui valdkonna kriisireguleerimise liidrite rolli teostamist. (Lurie, *et al.*, 2006)

Nagu hädaolukordade lahendamisel üldiselt, peavad autorid tervishoiualaste kriisidega toimetulekul oluliseks koostööd kaasatud asutuste vahel ja juhtimise kvaliteeti (Bradt, *et al.*, 2003; Logue, 2006; Laor, *et al.*, 2005; Hu, *et al.*, 2009). Juhtimisoskuste tähtsus tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisel kasvab (Bradt, *et al.*, 2003). Juhi ülesandeks on luua koostöövõrgustik, seejuures on vajalik tagada valdkondade vaheline tihe kommunikatsioon ja vastastikune esindatus, et saavutataks ühiskonna üldise kerksuse suurenemine (Laor, *et al.*, 2005). Tervishoiusüsteemi valmisoleku seisukohalt on täiendavaks väljakutseks süsteemi enda keerukus ning koosnemine erinevatest, sh nii riiklikest kui eraõiguslikest asutustest. Ansell *et al.* (2010) kirjeldavad tervishoiu valdkonda keeruliste tehnoloogiate puhul käibel oleva väljendiga „süsteemide süsteem“. Tervishoiusüsteemi keerukus raskendab tervishoiuametnike ja riiklike strateegiate koostajate ülesannet luua hädaolukordade lahendamiseks eelnevalt välja töötatud juhtimisstruktuur ja –võimekus.

Hu *et al.* (2009) toovad oma uuringu tulemusel USA tervishoiualase korralduse peamise tugevusena välja kogu tervishoiusüsteemi kriisireguleerimisvaldkonda, sealhulgas ennetust, ressursside juhtimist, ühtsete protseduuride väljatöötamist ja asutuste koostöö koordineerimist hõlmava keskuse olemasolu. Sellisel keskusel on oluline roll mitte ainult ennetavas, vaid ka hädaolukorra lahendamise faasis, kuna tihe infovahetus sündmuse lahendamise erinevate tasandite vahel võimaldab aegsasti tuvastada võimalikke täiendavaid ohte ja arenguid ning tõhusalt jaotada vajalikke ressursse. Erinevaid tervishoiuasutusi hõlmava organisatsioonilise struktuuri loomine on seetõttu tervishoiu kriisireguleerimise teooria üks peamisi uurimisprobleeme. (Hu, *et al.*, 2009).

Eesti tervishoiusüsteem, koosnedes erinevatest eraõiguslikest tervishoiuteenuse osutajatest, on oma ülesehituselt detsentraliseeritud. Erinevalt pääste või politseivaldkonnast, kus asutusesiseselt on reguleeritud protseduurireglid, käsuõigus ning juhtimisliinid, puudub igapäevases tegevuses tervishoiuteenuse osutajaid koondav organisatsioon. Hädaolukorra lahendamisel on tervishoiuteenuse osutajate nagu haiglate ja kiirabipidajate tegevust koordineeriv juhtorgan vajalik, samuti tuleb tagada sellise juhtorgani või juhtimisgrupi käsuõigus eraõiguslike terviseasutuste suhtes. Advokaadibüroo Sorainen (2013) analüüsi kohaselt on selline käsuõigus täna Eestis tagatud. (Advokaadibüroo Sorainen, 2013)

Teoreetiliste lähtekohtade teises alapeatükis käsitleti kriisidele reageerivate asutuste koostöö tähtsust nii hädaolukordade lahendamise etapis kui nende ennetamisel. Sellist seisukohta jagab tervishoiusüsteemi osas Logue (2006), kes peab oluliseks tiheda omavahelise suhtlemisega loodava sideme mõju koostööle reaalse sündmuste lahendamisel. Ka Bradt, *et al.*, (2003) rõhutab koostöö tähtsust tervishoiuvaldkonna kriisideks ettevalmistamisel. Seejuures on oluline viia ühiseid tegevusi läbi erinevate reageerivate jõududega nagu politsei ja pääste, aga ka hädaolukorra lahendamise erinevates faasides osalevate tervishoiuasutustega, kaasates nii haiglaeelselt patsientidega tegelevad kiirabiteenuse osutajad kui haiglad. Regulaarselt tuleks kavandada õppusi nii sündmuskoha tasandil kui lauarharjutusi staapide liikmetele (Bradt, *et al.*, 2003).

Koostööd raskendavaks asjaoluks tervisevaldkonnas on eelnevalt kirjeldatud lõhe üldise kriisireguleerimise ning tervishoiu kriisireguleerimise vahel. Hunter *et al.* (2013) analüüsisid 120 reaalselt toimunud riikliku terviseasutuse osalusel lahendatud hädaolukorda ning tõid ühe peamise tõusetunud probleemina välja tervishoiuasutuste vähese kogemuse kriitiliste sündmuste lahendamisel võrreldes teiste reageerivate asutustega. Tervishoiuasutustel oli ka erinev roll hädaolukordade lahendamisel, näiteks toimiti juhtivasutusena nakkushaiguste puhangute korral, samas kui loodus- või keemiaõnnetuste korral oldi toetava asutuse ülesannetes (Hunter, *et al.*, 2013).

Üheks olulisemaks ülesandeks tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisel on ressursside tagamine ning jaotamine, mida on uurinud Bradt *et al.* (2003); Laor *et al.* (2005); Burkle (2006); Hu *et al.* (2009); Ansell *et al.* (2010); Hodge, Hanfling & Powell, 2013 ja Dar *et al.* (2014). Vajalik on tagada piisav ressurss, et kindlustada ka pikemat aega kestva hädaolukorra lahendamise koordineerimine (Bradt, *et al.*, 2003). Ressursside jaotamise komplitseerivad kaks tervishoiusüsteemi eripärast tulenevat aspekti. Kuna tervishoiusüsteemi kuuluvad mitmed eraõiguslikud haiglad ja kiirabipidajad, on kõikidest ressurssidest ülevaate saamiseks ning nende otstarbeka jaotamise korraldamiseks vajalik tervishoiuteenuse osutajate ülese koordineeriva asutuse või juhtgrupi käivitamine. Bradt *et al.* (2003) toovad välja vajaduse täiendavate infotehnoloogiliste võimaluste, nn ingl *decision support systems* kasutuselevõtuks, mis toetaksid otsustusprotsesse hädaolukorra juhtimisel. Sellised programmid võimaldaksid koondada andmed kannatanute, vabade voodikohtade, transpordivahendite ja triiaži kohta ning tõhustada seeläbi ressursside kasutamist (Bradt, *et al.*, 2003). Corcoran *et al.* (2011) rõhutavad asutustevahelise infovahetuse olulisust tervishoiualastest hädaolukordades, mille tõhustamise võimalusena tõstavad Bradt *et al.* (2003) ning Thomas, Ertugay ja Kemec (2007) esile geograafilise informatsioonisüsteemi GIS, mis võimaldab hädaolukorra lahendamises osalejatel kasutada ühist digitaalset kaarti ning koondada tööks vajalikke ruumilisi andmeid, olles seega oluline abivahend nii igapäevatöös kui suurõnnetuse korral. Eestis pälvis GIS geoinfosüsteemi kasutuselevõtmine Häirekeskuse poolt Aasta Logistikateo 2014 auhinna (Häirekeskus, 2014).

Mitmed autorid (Bradt, *et al.*, 2003; Ansell, *et al.*, 2010; Corcoran, *et al.*, 2011; Hodge, *et al.*, 2013) juhivad tähelepanu tervishoiuressursside jaotamise eetilisele aspektile – küsimusele nende õiglasest jaotamisest. Eriti terav on ressursside jaotamise õigluse küsimus elupäästvate vahendite nagu hapnikumaskid, intensiivravi voodid või vaktsiinid, jaotamisel. Patsientidele abi andmise aluseks peaks olema ainult haiguse prognoos. See tähendab, et õiglast kohtlemist käsitletakse mitte kui kõikide kannatanute, vaid eelkõige sarnaste vigastuste astmega kannatanute ühesuguse kohtlemisena. Diskussioone põhjustab aga küsimus sellest, kas sündmuskohal kannatada saanud esmareageerijad nagu päästjad või kiirabitöötajad peaksid saama abi esmajärjekorras. Selline eelis tooks ühelt poolt töötajad kiiremini tagasi oma ülesannete juurde, teisalt oleks aga kindlustunde allikaks ja täiendavaks motivatsiooniks oma tegevuses nakkusriski või muu ohuga kokkupuutuvale töötajale. Osades riikides tagatakse kiirem abi ja vajalike abivahendite kasutamine lastele (Hodge, *et al.*, 2013). Eestis autorile teadaolevalt sellekohast arutelu algatatud ei ole. Ressursside jaotamise üldpõhimõtete kohaselt sõltub tervishoiuteenuse osutamise järjekord meditsiinilisest vajadusest põhimõttel, et sarnase meditsiinilise vajadusega patsientidele osutatakse tervishoiuteenust samadel tingimustel (Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded, 2010).

Vajalike ressursivarude soetamiseks soovivad Bradt *et al.* (2003) ja Ansell *et al.* (2010) haiglatel omavahelist lepingulist koostööd teha, et vajadusel abistada hädaolukorda sattunud haiglaid meditsiinvahendite või personaliga. Ansell *et al.* (2010) tõdevad siiski, et selliste ressursside laenamine ei ole alati võimalik, kuna hädaolukordade lahendamise võivad olla kaasatud kõik lepingupartnerid. Tervishoiuasutuste omavahelise koostöö kõrval toetab vajalike ressursside tagamist tõhus rahvusvaheline koostöö (Bradt, *et al.*, 2003; Burkle, 2006; Dar, *et al.*, 2014) ning tugevad sidemed kaitsejõududega (Salmon, *et al.*, 2011). Eestis reguleeritakse riigi tegevusvaru, sh tervishoiuvaruga seonduvat Vabariigi Valitsuse määrusega (Riigi tegevusvaru hoidmise, kasutamise, kontrollimise, uuendamise ja aruandluse kord, 2011).

Tervisevaldkond on üldises kriisireguleerimissüsteemis mitmes aspektis teistest reageerivatest asutustest erinev. Olulisematena on magistritöös välja toodud tervishoiusüsteemi detsentraliseeritus ning koosnemine mitmetest erinevatel alustel tegutsevatest tervishoiuteenuse osutajatest, mis esitab väljakutse suuremastaabiliste, mitmete haiglate ja kiirabipidajate kaasamisel lahendatavate sündmuste juhtimisele ja vajalike ressursside jaotamisele. Erinevalt teiste reageerivate asutuste tegevuste koondumisest sündmuskohale, millele võib politsei tegevuses lisanduda avaliku korra kaitsega seotud ülesannete täitmine evakuatsioonipaikades, jaotuvad tervishoiualased tegevused kolme suuremasse, erinevates asukohtades paiknevasse valdkonda. de Boer ja van Remmen (2005) toovad sellest tulenevalt välja tervishoiualase hädaolukorra kolm peamist etappi ja tegevuspiirkonda. Sündmuskohal on vajalik teostada kannatanute triaaž ehk määratlada meditsiinilise abi vajaduse aste. Teise etapina eristatakse kannatanute transporti haiglatesse, kus kolmandas, kõige pikemaajalises faasis, toimub nende ravimine (de Boer & van Remmen, 2005). VanVactor (2012) rõhutab seejuures kannatanute transpordi strateegilisel tasandil planeerimise ning koordineerimiseks valmisoleku olulisust hädaolukordade lahendamise võimekuses. Kirjeldatud erisused teiste olulisemate kriisireguleerimisse kaasatud asutuste iseloomust ning tegevustest soodustavad tervishoiuvaldkonna eraldumist üldisest kriisireguleerimise süsteemist. Seetõttu on vajalik teadlik, riiklikul tasandil juhitud ning strateegiates eesmärgistatud tervishoiusüsteemi ja teiste sisejulgeolekuvaldkonna asutuste tegevuse lähendamine ning koostöö tõhustamine.

Vaatamata mitmetele erisustele võib tervishoiusüsteemi kriisireguleerimises tuua välja ka põhimõttelisi sarnasusi teiste hädaolukorra lahendamise seotud valdkondadega. Sellisteks on muuhulgas rahvusvahelise koostöö tähtsustamine (Bradt, *et al.*, 2003; Burkle, 2006; Dar, *et al.*, 2014), ühtsete standardite vajalikkuse väljatoomine (Bradt, *et al.*, 2003) ja kommunikatsiooni kvaliteedi rõhutamine (Logue, 2006; Hu, *et al.*, 2009; Ansell, *et al.*, 2010).

Teoreetilistes käsitlustes nähakse võimalusena tervishoiualaste hädaolukordade paremaks integreerimiseks üldisesse kriisireguleerimissüsteemi haridus- ja teadusasutuste senisest suuremat kaasamist valdkonna arendamisse (Bradt, *et al.*, 2003; Laor, *et al.*, 2005; Carne, *et al.*, 2011). Bradt *et al.* (2003) peab tervishoiu senist panust kriisireguleerimise alase teaduse arengusse väheseks ning tõstab väljakutsena esile tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise interdistsiplinaarsuse – tervishoiu kriisijuht vajab teadmisi nii kliinilisest meditsiinist, tervishoiukorraldusest kui kriisireguleerimisest. Laor *et al.* (2005) tõdevad, et enamik akadeemilisi meditsiini ja tervishoiuga seotud õppekavasid ei sisalda piisavalt vajalikke teadmisi ja oskusi toimimiseks hädaolukorras. Samal seisukohal on Carne *et al.* (2011), kes rõhutavad vajadust laiendada erakorralise meditsiini alast, seni ravioskustele keskendunud ettevalmistust ning arendada suuremastaabiliste sündmuste lahendamiseks vajalikke oskusi nagu olukorra hindamine ja sündmuse arengute jälgimine, inimeste ja tegevuste juhtimine ning omavaheline infovahetus. Bradt *et al.* (2003) interdistsiplinaarne käsitluses ühendab tervishoiu kriisireguleerimise valdkond sisejulgeoleku-, avaliku halduse ning meditsiinerialad. Sellise lähenemise praktilise väljundina on Euroopas tänaseks loodud mitmed peamiselt kriisireguleerimisele orienteeritud kõrgkoolid nagu The European Crisis Management Academy, mille õppekavadesse on integreeritud ka tervishoiu kriisijuhtimine.

Kriisireguleerimise teoreetiliste käsitluste analüüs tõi esile paradigma muutumise ühiskonna kerksuse saavutamise keskseks. 21. sajandi kriisid püstitavad kriisireguleerimisega tegelevate institutsioonide ette uued keerulised ülesanded ning nendeks valmisolekuks on vajalik kogu ühiskonda kaasav terviklik käsitlus kriisireguleerimisest, kaasaegne kriisireguleerimine on teaduspõhine ning sotsiaalteadustega sidustatud. Inimeste elu ja tervise kaitsmiseks on oluline teha teadlikke pingutusi ületamiseks lõhet üldise kriisireguleerimise ja tervishoiu kriisireguleerimise vahel ning integreerida tervishoiusüsteem senisest tugevamalt kriisireguleerimisse.

2. EESTI TERVISHOIUSÜSTEEMI HÄDAOLUKORDADEKS VALMISOLEKU ANALÜÜS

Magistritöö raames viidi läbi empiiriline uuring, millega selgitati välja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise korraldus ja peamised praktikas tõusetuvad probleemid Eestis ning töötati välja ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks. Esimene alapeatükk annab ülevaate kasutatud metoodikast, valimi moodustamise alustest ning intervjuude läbiviimise asjaoludest. Teine alapeatükk põhineb teostatud dokumendianalüüsil. Kolmandas alapeatükis analüüsitakse ekspertintervjuude tulemusi vastavalt püstitatud uurimisküsimustele ning viimases alapeatükis tuuakse välja empiirilise uuringu raames kogutud teadmiste ning teoreetiliste lähtekohtade põhjal tehtud järeldused ja esitatakse ettepanekud tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise tõstmiseks.

2.1. Metoodika ja valim

Magistritöös püstitatud eesmärgi saavutamiseks ning uurimisküsimustele vastamiseks kasutati uurimisstrateegiana **juhtumiuuringut** (*case study*). Juhtumiuuring on eelistatud strateegiaks juhul kui püstitatakse „kuidas“ või „miks“ küsimused ning uuritavaks on tegelikus elus aset leidv protsess, mille üle uurijal puudub otsene kontroll (Yin, 2003, pp. 6-9). Juhtumiuuringus võib tõenditena kasutada mitmesugustest allikatest saadud andmeid. Uuritavaks juhtumiks valis autor Norra Elanikkonnakaitse Direktoraadi poolt 2013 koostatud riskianalüüsis „Katastroofid, mis võivad ohustada Norra ühiskonda“ kirjeldatud juhtumit „Terroriakt linnas“, mille kohaselt toimuvad pommirünnakud Oslo kesklinnas. Sellise rünnaku võimalikuks tagajärjeks hinnatakse 100-300 hukkunut ning 300-1200 vigastatut, mis Eestis kehtivate hädaolukordade tagajärgede hindamise raskusastmete järgi kvalifitseerub väga raskete tagajärgedega või katastroofiliseks hädaolukorraks (Hädaolukorra riskianalüüsi koostamise juhend, 2010; Norwegian Directorate for Civil Protection, 2013). Uuritava juhtumi näol on seega tegemist tervishoiualase hädaolukorraga (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014).

Magistritöö empiiriline uuring ei käsitle epideemia hädaolukorraga seonduvat. Epideemia näol on tegemist tervishoiualase hädaolukorraga, mille omadused ning lahendamise põhimõtted ja korraldus erinevad masskannatanutega suurõnnetustest. Igapäevaselt tegeleb epideemiaga Terviseameti nakkushaiguste seire ja epideemiatõrje osakond, kes monitoorib nakkushaiguste levikut maailmas ning planeerib ja võtab nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse ja sellest lähtuvate aktide alusel kasutusele meetmed epideemia leviku tõkestamiseks. Erinevalt enamikest hädaolukordadest ei ole epideemia teke ootamatu ning kiiret juhtimisstruktuuride moodustamist vajav, ka toimub selle

lahendamine peamiselt tervishoiusüsteemi siseste ressurssidega ning koostöö teiste reageerivate asutustega on piiratud ja toimub pikemaajalise etteplaneerimisega.

Andmekogumismeetoditena kasutati **dokumendianalüüsi** (Flick, 2009, pp. 255-259) ning **poolstruktureeritud ekspertintervjuusid** (Flick, 2009, p.165). Andmekogumismeetodid uurimisküsimuste lõikes on esitatud tabelis 3. Magistritöö raames teostati dokumendianalüüs kehtivast tervishoiualaste hädaolukordade lahendamist käsitlevast õiguslikust regulatsioonist Eestis, mille hulka kuuluvad seadused, määrused, hädaolukordade lahendamise plaanid, asutusesised juhendid jms. Õigusaktide redaktsioone on kasutatud 01.03.2015 seisuga Riigi Teataja andmebaasis www.riigiteataja.ee. Täiendavalt analüüsiti uuritava valdkonna kajastumist Sotsiaalministeeriumi ja Siseministeeriumi valitsemisala strateegiadokumentides ning olulisemate kriisireguleerimisõppuste hindamistulemusi. Analüüsiks valitud dokumendid reguleerivad tervishoiualaste hädaolukordade lahendamist ja nendeks valmistumist. Õppuste hindamisraporteid analüüsiti eesmärgiga hinnata viimastel aastatel toimunud arenguid tervishoiu kriisireguleerimises ning väljaselgitatud probleemide lahendamist. Õppuse EU CREMEX 2011 näol on tegemist üleriikliku suurõppusega, merepäästeõppus Big Boat 2012 kaasati analüüsi tulenevalt selle käsitlemisest ühe ekspertintervjuu raames, SIREEN 2014 on hetkel viimane valdkonnas läbi viidud õppus.

Empiirilise uuringu teises osas viis autor läbi poolstruktureeritud ekspertintervjuud eesmärgistatud valimiga (Teddlie & Yu, 2007, p. 80) tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisega seotud asutuste juhtivametnikest ja spetsialistidest. Valimi moodustamisel oli eesmärgiks selgitada välja valdkonda koordineerivate ministeeriumite (Siseministeerium ja Sotsiaalministeerium), tervishoiualaste hädaolukordade juhtivasutuse (Terviseamet), koostööpartnerite (Päästeamet, PPA, Häirekeskus), ning tervishoiuteenuse osutajate (kiirabibrigaadi pidajad, haiglaid) seisukohad magistritöö teoreetilises osas käsitletud küsimustes. Intervjueeritavate valikul vastavast asutusest taotles autor pikaajalist töökogemust omavate ning hädaolukordade lahendamise juhtimisega oma valdkonnas otseselt seotud ametnike kaasamist. Intervjueeritud ekspertide töökogemus oma valdkonnas on keskmiselt 21 aastat ning 12 neist töötavad hetkel juhtivatel ametikohtadel. Kõikidel intervjueeritudel on kõrgharidus, neist kümnel magistrikraad või sellega võrdsustatud haridus.

Valimi moodustamisel taotles magistritöö autor tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisega seotud asutuste tasakaalustatud esindatust. Koostööpartneritest olid Päästeametist, Politsei- ja Piirivalveametist ning Häirekeskusest kaasatud üks ekspert igast asutusest; kiirabibrigaadide pidajaid esindas kaks ning haiglaid kaks eksperti, üks intervjueeritud ekspert on tegev nii kiirabi juhatuse esimehe kui regionaalhaigla kliiniku juhina. Kriisireguleerimise valdkonda koordineerivast Siseministeeriumist andsid intervjuu kaks eksperti. Kõikidest eelnimetatud asutustest andsid oma nõusoleku valimisse esmaselt valitud eksperdid.

Sotsiaalministeeriumi ning Terviseameti ekspertide intervjuerimisel tuli uuringu valimisse teha muudatused. Sotsiaalministeeriumist oli valimisse valitud terviseala asekanstler, kelle soovitusel viidi intervjuu läbi tervishoiuvõrgu juhiga. Terviseametist kuulusid valimisse peadirektori asetäitja ning teise eksperdina dokumendianalüüsi käigus välja selgitatud tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise regulatsioonist tulenevalt Terviseameti regionaalse talituse direktor, kes on määratud Terviseameti esindajaks päästesündmuse lahendamise regionaalsesse staapi. Regionaalse talituse juhi kaasamist motiveeris hädaolukorra lahendamise regionaalse tasandi vaate avamine. Autor pöördus palvega ekspertintervjuus osaleda kahe Terviseameti regiooni talituse direktori poole, kes keeldusid intervjuust põhjendusega, et ei tegele tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisega. Terviseameti kui valdkonna juhtivasutuse seisukohtade esindatuse suurendamiseks viidi läbi täiendav intervjuu ameti anonüümseks jääda soovinud töötajaga. Anonüümseks soovis jääda ka üks haiglast kaasatud ekspert.

Tabel 3. Ekspertintervjuude tunnused, intervjueritavate andmed, intervjuude läbiviimise ajad, kohad ning intervjuude kestvused (Autori koostatud)

	Intervjueritav intervjuu tähis	Asutus või organisatsioon ning ametinimetused	Kogemus valdkonnas	Intervjuu koht ja aeg	Intervjuu kestvus
1	Hannes Kont	SiM päästeala asekanstler	15 a	02.04.15 Tallinn	34 min
2	Tuuli Rääim	SiM pääste- ja kriisireguleerimispoliitika osakonna juhataja asetäitja kriisireguleerimise alal	12 a	20.03.15 Tallinn	53 min
3	Heli Paluste	SoM tervisesüsteemi arendamise osakond, tervishoiuvõrgu juht	26 a	31.03.15 Tallinn	1 h 18 min
4	Üllar Kaljumäe	TA peadirektori asetäitja tervishoiu alal	26 a	18. ja 20.03.15 Tallinn	1 h 20 min
5	Terviseamet1	TA	25 a	26.03.15 Tallinn	42 min
6	Inga Kaaber	HK operatiivtöö ja seire talituse juhataja	16 a	23.03.15 Tallinn	1 h 6 min
7	Priit Saar	PPA arendusosakonna valmisoleku ja reageerimisbüroo juhtivkorrakaitseametnik	12 a	13.03.15 Tallinn	50 min
8	Priit Laos	PäA, Põhja päästkeskuse juht	22 a	09.03.15 Tallinn	49 min
9	Raul Adlas	Tallinna Kiirabi peaarst	30 a	10.03.15 Tallinn	29 min
10	Arkadi Popov	PERH Kiirabikeskuse juhataja	23 a	23.03.15 Tallinn	35 min
11	Ago Kõrgvee	SA Tartu kiirabi juhatuse esimees, TÜK Anestesioloogia intensiivravi kliiniku direktor	36 a	12.03.15 Tartu	1h 21 min
12	Andrus Remmelgas	PERH juhatuse liige, haigla ülemarst	35 a	20.03.15 Tallinn	41min
13	Urmas Sule	Sihtasutus Pärnu Haigla juhatuse esimees, Eesti Haiglate Liidu juhatuse esimees	26 a	16.03.15 Pärnu	1 h 18 min
14	Haigla1	anonüümne	14 a	12.03.15	1 h 11 min

Ekspertintervjuu küsimused koostati magistritöö raames püstitatud uurimisküsimuste põhjal, võttes aluseks esimeses peatükis väljaselgitatud teoreetilised lähtekohad. Intervjuu läbiviimisel tutvustati intervjuu fookuse täpsustamiseks taustastenaariumit, mille kohaselt on toimunud masskannatanutega õnnetus, mille tagajärjed inimese elule ja tervisele on hädaolukordade tagajärgede raskusastmes D ehk väga raske – kümned hukkunud, kohest haiglaravi vajavad 171 kuni 400 kannatanut; kannatanute arv ületab regiooni tervishoiuressursi võimalused, vajalik on kogu riigi tervishoiuressursi kaasamine (Hädaolukorra riskianalüüsi koostamise juhend, 2011). Esmalt viidi läbi kaks **pilootintervjuud**: Priit Laosega ja Raul Adlasega vastavalt 9. ja 10. märtsil 2015. Pilootintervjuude analüüsimise tulemusel täiendati küsimustikku tõusetunud küsimusega tervishoiukorraldust hädaolukorras reguleerivast määrusest. Terviseameti ning Sotsiaalministeeriumi ekspertidele suunatud küsimustikku lisati täiendavad küsimused, et selgitada välja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise ning nendeks valmisoleku asutusesisene korraldus ja vastava institutsiooni käsitus oma rollist kriisireguleerimissüsteemis. Tulenevalt asjaolust, et ekspertidena olid kaasatud erinevate valdkondade esindajad, esitati intervjuude läbiviimisel vajadusel täpsustavaid küsimusi. Pilootintervjuude küsimused, põhiintervjuude ning Terviseameti ja Sotsiaalministeeriumi intervjuude küsimused on toodud võrdlevas tabelis 23 magistritöö lisas 1.

Intervjuude läbiviimise eel tutvustati intervjuueeritavatele magistritöö eesmärki, meetodikat ja valimit, ning lepiti kokku isikuandmete kasutamise õiguses. Intervjuude keskmine kestvus oli 56 minutit. Kõik intervjuud salvestati intervjuueeritavate nõusolekul täies mahus ning transkribeeriti autori poolt sõna-sõnalt. Transkriptsioonide analüüsimisel kasutati kvalitatiivse andmeanalüüsi programmi **NVivo for Mac versiooni 10.2.0**. Magistritöö teooria ja püstitatud uurimisküsimuste alusel moodustati kolm kategooriat, mille alla koostati koodid. Kodeeritud intervjuude analüüsimise käigus täpsustati kodeerimise meetodikat ning tehti kooditabel ümber kolmel korral. Moodustati kolm põhikategooriat: hetkeolukord ja probleemid; strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastutus ja roll; ettepanekud tervishoiusüsteemi valmisoleku tõstmiseks. Andmeanalüüsi kategooriate ning koodide tabel 24 on toodud magistritöö lisas 2.

Täiendavalt osales magistritöö autor Terviseameti poolt esmakordselt läbi viidud tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise 3-päevasel koolitusel ning vaatlejana kriisireguleerimise suurõppuse CONEX 2015 massilise mürgistuse osaõppuse läbimängul. Koolitustel ja õppusel osalemise eesmärgiks oli toetada dokumendianalüüsi ning ekspertintervjuude käigus väljaselgitatud teadmisi tervishoiu kriisireguleerimissüsteemi korraldamisest ja juhtimisest.

Tabel 4. Uurimisküsimustele vastamiseks kasutatud andmekogumismeetodid ja andmeanalüüsi kategooriad (Autori koostatud)

Uurimisküsimus	Andmekogumismeetod	Andmete andlõusimisel moodustatud kategooriad
Uurimisküsimus 1: Kuidas on Eestis korraldatud ja reguleeritud masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumine ja nende lahendamise juhtimine üleriigilisel tasandil?	Dokumendianalüüs Poolstruktureeritud ekspertintervjuud (küsimused 1, 3, 4, 9, täiendavad küsimused Terviseameti ja Sotsiaalministeeriumi ekspertidele)	Kategooriad „Hetkeolukord ja probleemid“ ning „Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastutus ja roll“
Uurimisküsimus 2: Missugused on peamised takistused masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumisel ja nende lahendamisel?	Poolstruktureeritud ekspertintervjuud (küsimused 2, 10)	Kategooriad „Hetkeolukord ja probleemid“ ning „Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastutus ja roll“
Uurimisküsimus 3: Missugused on võimalused tõsta tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekust?	Poolstruktureeritud ekspertintervjuud (küsimused 5, 6, 7, 8)	Kategooria „Ettepanekud tervishoiusüsteemi valmisoleku tõstmiseks“

Empiirilise uuringu tulemuste analüüsimisel jõudis autor järeldusteni, mille alusel koostati ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks.

2.2. Tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist käsitlevate dokumentide analüüs

Vastamaks magistritöö uurimisküsimusele nr 1: Kuidas on reguleeritud ja korraldatud tervishoiualaste hädaolukordade lahendamine Eestis? analüüsis autor vastavaid õigusakte, Siseministeeriumi kui kriisireguleerimist koordineeriva ministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi kui tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise eest vastutava ministeeriumi strateegiadokumente ning Terviseameti asutusesiseseid kriisireguleerimisealaseid dokumente. Täiendavalt analüüsi kolme hädaolukorra tervishoiukorraldust kaasanud õppuse hindamisdokumente.

Dokumentide valikuks tegi autor Riigi Teataja portaalis www.riigiteataja.ee otsingud märksõnadega tervishoid, hädaolukord, päästesündmus ning Terviseameti ja Sotsiaalministeeriumi põhimäärus. Hädaolukorra seaduse avamiseks analüüsi täiendavalt HOS käsiraamatut (Maurer, *et al.*, 2014). Sotsiaalministeeriumi ja Terviseameti koduleheküljelt otsiti vastavaid strateegiadokumente, arengukavasid ning hädaolukordade lahendamise plaane. Asutusesisese regulatsiooni ja juhendite osas pöördus autor Terviseameti erakorralise meditsiini büroo ning avalike suhete juhi poole ning esitas vastava täiendava küsimuse intervjuudes. Ettepaneku kaasata uuringusse kriisireguleerimise õppuste materjalid tegi autorile intervjuueeritud ekspert, kokku analüüsi kolme õppuse hindamisraporteid. Analüüsitud dokumentide tabel on toodud tabelis 25 lisas 3.

Riigi kohustus tagada hädaolukordade efektiivseks lahendamiseks vajalik regulatsioon tuleneb Eesti Vabariigi põhiseadusest, mille preambulas on *expressis verbis* sätestatud, et riigi esmane ülesanne on sisemise ja välise rahu ning julgeoleku kaitsmine ühiskonnas. (Advokaadibüroo Sorainen AS, 2013) Sisemise rahu kaitsmise kohustus hõlmab seejuures selliseid ohtusid, mis tulevad riigi seest nagu tulekahjud või kuritegevus, loodusõnnetused või katastroofid, aga ka terrorism või massikorratused (Maurer, *et al.*, 2014).

Kriisireguleerimise valdkonna alusseaduseks on hädaolukorra seadus, mis võeti vastu 15. juunil 2009 ning mis asendas seni kehtinud hädaolukordadeks valmisoleku seadust. Hädaolukorra seaduse § 2 määratleb hädaolukorra kui sündmuse või sündmuste ahela, mis ohustab paljude inimeste elu või tervist või põhjustab suure varalise kahju või suure keskkonnakahju või tõsiseid ja ulatuslikke häireid elutähtsa teenuse toimepidevuses ning mille lahendamiseks on vajalik mitme asutuse või nende kaasatud isikute kiire kooskõlastatud tegevus (Hädaolukorra seadus, 2015). Hädaolukorra seaduse õiguslikku mõtet aitab avada 2014 välja antud „Hädaolukorra seaduse käsiraamat“, mis tõstab esile riikliku kriisireguleerimissüsteemi 4 aluspõhimõtet (Maurer, *et al.*, 2014):

- detsentraliseeritus, mille kohaselt vastutab iga ministeerium oma valitsemisala kriisireguleerimisalaste tegevuste elluviimise eest;
- ametkondade ülene koostöö, mis on vajalik hädaolukordadeks valmistumisel ja nende lahendamisel;
- ülesannete jäävuse põhimõte, mis tähendab, et kõik asutused ja isikud täidavad oma ülesandeid ka kriisiolukordades;
- subsidiaarsus ehk lähimuse põhimõte, mille kohaselt toimub kriisireguleerimisalaste tegevuste elluviimine madalaimal võimalikul tasemel.

Hädaolukorra seadusega luuakse üldine õiguslik raamistik kriisireguleerimise korralduseks. Täpsem regulatsioon on kehtestatud erinevate valdkondade seaduste ning määrustega. Järelevalve korraldust hädaolukordadeks valmisoleku hindamiseks kehtiv hädaolukorraseadus ette ei näe, valitsemisala kriisireguleerimise võimekuse nõutava taseme määratlemine ning selle saavutamiseks vajalike tegevuste elluviimine, sealhulgas õppuste ja koolituse korraldamine, on detsentraliseerituse põhimõttest lähtudes vastava ministeeriumi vastutusala.

Tervishoiukorralduse baasseaduseks on tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mille § 59 reguleerib tervishoiukorraldust hädaolukorras (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2015). Selle kohaselt kehtestatakse tervishoiukorraldus hädaolukorras ja elutähtsate tervishoiuteenuste toimepidevuse tagamise korraldus Vabariigi Valitsuse määrusega ning tervishoiuteenuse osutajad kohustatakse tegutsema hädaolukorras valmistumisel ja hädaolukorras ning teenuse toimepidevuse

tagamisel vastavalt nimetatud määrusele (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2015). Seaduses osundatud VV määrus nr 222 „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ (edaspidi: määrus „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“) võeti vastu 2002 ning jõustus 2004 (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014).

Oluliseks aspektiks tervishoiualaste hädaolukordade regulatsiooni analüüsimisel on tervishoiualase hädaolukorra mõiste määratlemine õigusaktides. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus ning määrus „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ kasutavad terminit „tervishoiukorraldus hädaolukorras“, mida võib mõista kui tervishoiusüsteemi toimimise korraldust mistahes hädaolukorra, sh päästesündmuse tingimustes (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014; Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2015). Määruse § 2 seob „tervishoiukorralduse hädaolukorras“ „tervishoiualase hädaolukorra“ mõistega. Selle lg 1 sätestab: tervishoiualase hädaolukorra, mille võib põhjustada mingi sündmus või sündmuste ahel, mis ohustab inimeste elu ja tervist ning on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse, lahendamine toimub Vabariigi Valitsuse, sotsiaalministri, Terviseameti ja tervishoiuteenuse osutajate üheaegse kooskõlastatud tegevuse kaudu, rakendades käesoleva määrusega ja „Hädaolukorraks valmisoleku seadusega“ ettenähtud meetmeid (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014). Tervishoiualase hädaolukorra all mõistetakse seega sündmuse või sündmuste ahela põhjustatud olukorda, mis ohustab inimeste elu ja tervist ning on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse.

Vabariigi Valitsuse 25. aprilli 2013. a korraldus nr 208 „Nende hädaolukordade nimekiri, mille kohta koostatakse riskianalüüs ja lahendamise plaan, ning hädaolukorra riskianalüüsi ja hädaolukorra lahendamise plaani koostamiseks pädevate täidesaatva riigivõimu asutuste määramine“ toob välja kaks hädaolukorda, mille lahendamise plaani koostamine on antud Terviseameti pädevusse. Sellisteks hädaolukordadeks on epideemia ning massiline mürgistus. Tulenevalt määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ sätestatust ei piirne tervishoiualased hädaolukorrad aga nimetatud massilise mürgistuse ja epideemiaga, vaid võivad olla põhjustatud mistahes sündmusest või sündmuste ahelast, mis ohustab inimeste elu ja tervist ning on põhjustanud või võib põhjustada paljude inimeste eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse.

Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise plaanist (edaspidi: massilise mürgistuse HOLP) lisandub Terviseametile juhtivasutuse roll kogu hädaolukorra lahendamise mõttes, mis tähendab muuhulgas kaasatud asutuste nagu Päästeamet või Politsei- ja Piirivalveamet, tegevuse koordineerimist ning kommunikatsiooni juhtimist. Tervishoiualane hädaolukord, mille lahendamist juhib Terviseamet, tehes seda Päästeameti või mõne teise vastava juhtivasutuse poolt kaasatud asutusena, võib olla põhjustatud loodusõnnetusest, tehnoloogilisest katastroofist,

massirahutustest või mistahes muust määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ kirjeldatud sündmusele vastavast olukorrast. (Sotsiaalministeerium, 2015c)

Tervisemeti asutusesisesest regulatsioonist on hädaolukordade lahendamise seotud peadirektori 14. juuni 2012 käskkiri nr 1.1-1/31 „Tervisemeti esindajate osalemine päästetööde regionaalses staabis“. Käskkirjaga määratakse Tervisemeti esindajaks päästesündmuse regionaalses staabis vastava regiooni talituse direktor ning sätestatakse tema kohustused ja pädevused, varustus, koolitused ja tasustamise alused. Käskkirjas on loetletud ka ameti valvetelefonid vastavalt bioloogilise ohu korral (24/7 toimiv valveepidemioloogi kontakt), keemilise ohu korral ning erakorralise meditsiini büroo mobiiltelefoni number. (Tervisemeti esindajate osalemine päästetööde regionaalses staabis, 2012)

Eeltoodust selgub, et meditsiinilise abi korraldamine tervishoiualaste hädaolukordade, sh massikannatanutega õnnetuste, massilise mürgistuste jt elanikkonna elu ja tervist ohustavate sündmuste korral on reguleeritud määrusega „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“, massilise mürgistuse hädaolukorra lahendamise plaaniga ning Tervisemeti peadirektori käskkirjaga „Tervisemeti esindajate osalemine päästetööde regionaalses staabis“.

Nimetatud dokumente analüüsid esile hädaolukorra lahendamise juhtimise seisukohast olulised vastuolud, mis massilise mürgistuse hädaolukorra näitel on koondatud tabelis 5. Esile tuleb tõsta hädaolukorra lahendamise juhi määratlemise ebaselgust – määruse „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ kohaselt juhib hädaolukorra lahendamist sotsiaalminister ja korraldab Sotsiaalministeeriumi kriisireguleerimismeeskond, mida Sotsiaalministeeriumi struktuuris täna olemas ei ole. Sotsiaalminister võib hädaolukorras määrata ka meditsiinijuhi, kelle isik on täpsemalt määratlemata. Määrus näeb samas ette, et meditsiinijuht allub (täna puuduva) Sotsiaalministeeriumi kriisireguleerimismeeskonna juhile. Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra puhul näeb selle lahendamise plaan juhtivasutusena ette Tervisemeti. Juhtivasutuse selge määratlemise puudumine on vastuolus teoorias välja toodud vajadusega tervishoiusüsteemi kiireks aktiveerimiseks kõrgemal tasandil ning tervishoiuametnike juhtiva rolliga hädaolukorra lahendamisel (käesolev töö, lk 30).

Asutusesisene korraldus määruses ning hädaolukorra lahendamise plaanis kirjeldatud struktuuride moodustamiseks, nende koosseis, tegutsemise põhimõtted ning infovahetuse toimimine, sh erakorralise meditsiini büroo valvetelefoni dubleerimise võimalus dokumentaalselt reguleeritud ei ole.

Tabel 5. Vastuolud Vabariigi Valitsuse määruses nr 222 ning massilise mürgistuse hädaolukorra lahendamise plaaniga kehtestatud hädaolukorra lahendamise juhtimise ning kommunikatsiooni korraldamise regulatsioonis (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014; Sotsiaalministeerium, 2015c põhjal autori koostatud)

	Kehtiv VV määrus „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ (Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2014)	Hädaolukorra seaduse alusel koostatud massilise mürgistuse hädaolukorra lahendamise plaan (Sotsiaalministeerium, 2015c)
Hädaolukorra lahendamise juht	§2 lg 2: Tervishoiualase hädaolukorra lahendamist juhib sotsiaalminister ja korraldab Sotsiaalministeeriumi kriisireguleerimismeeskond koos Terviseametiga, tehes vajadusel koostööd teiste valitsusasutuste, valitsusasutuste hallatavate asutuste ja kohalike omavalitsustega.	3.1: Hädaolukorra lahendamist juhib Terviseamet. Terviseametil on õigus kaasata hädaolukorra lahendamisele asutusi ja isikuid, arvestades nende pädevust ning volitusi, ja saada ametiabi halduskoostöö seaduses ettenähtud alustel ja korras. Hädaolukorra seaduse § 12 lg 1 kohaselt juhib hädaolukorra lahendamist hädaolukorra lahendamise plaanis määratletud täidesaatva riigivõimu asutus või ametiisik.
Juhtimisstruktuur	§2 lg 3: Tervishoiualases hädaolukorras nimetab sotsiaalminister hädaolukorra meditsiinijuhi, kes allub Sotsiaalministeeriumi kriisireguleerimismeeskonna juhile ja koordineerib tervishoiuteenuse osutajate tegevust tervishoiualase hädaolukorra lahendamise kestel.	4.1: Terviseamet moodustab vajadusel juhtimisstruktuuri hädaolukorra lahendamise korraldamiseks üleriigiliselt. 4.2: Terviseameti moodustatud hädaolukorra lahendamise juhtimisstruktuuri kaasatakse: 4.2.1 Sotsiaalministeerium 4.2.2 Vajadusel teised asutused ja isikud
Käsuõiguse loomine	§2 lg 4: tervishoiualases hädaolukorras on tervishoiuteenuse osutajad kohustatud täitma sotsiaalministri ja hädaolukorra meditsiinijuhi korraldusi. Regulatsioon loob käsuõiguse eraõiguslike tervishoiuteenuse osutajate suhtes (Advokaadibüroo Sorainen AS, 2013)	HOLP määratleb hädaolukorra lahendamisel osalevate asutuste ja isikute ülesanded, kuid ei loo juriidiliselt käsuõigust.
Lahendamise meetmed	§2 lg 2 viitab kuus aastat tagasi kehtivuse kaotanud hädaolukorraks valmisoleku seaduse ettenähtud meetmetele.	Hädaolukorra lahendamise plaan määratleb lahendamisel osalevate asutuste ja isikute ülesanded.

Tervishoiu korraldust päästesündmuse lahendamisel reguleerib 6. jaanuaril 2011 vastu võetud Vabariigi Valitsuse määrus nr 5 „Päästesündmusel osalevate riigi- ja kohalike omavalitsuste asutuste ning isikute koostöö kord“ (edaspidi: koostöö kord). Selle § 5 alusel on Terviseamet kohustatud päästetööde juhi korraldusel määrama oma esindaja regionaalsesse staapi ja üleriigilisse staapi. Koostöö korra § 5 lg 9 p 3 sõnastab regionaalse staabi liikmele vajaliku pädevuse järgmiselt: pädevus juhtida päästesündmuse lahendamist juhtiva Päästeameti päästkeskuse tegevuspiirkonnas paiknevaid oma asutuse ressursse ning pädevus oma asutuse üleriigiliste ressursside kaasamiseks või kaasamise vahendamiseks. Sellise pädevuse peab koostöö korra § 5 lg 9 alusel tagama asutus või isik, kes on määranud oma esindaja staapi või juhtimisgruppi. (Päästesündmusel osalevate riigi-

ja kohalike omavalitsuste asutuste ning isikute koostöö kord, 2012) Terviseameti 14. juuni 2012 käskkirjaga nr 1.1-1/31 määratakse eelnimetatud koostöö korra alusel moodustatavasse regionaalsesse staapi Terviseameti esindajaks vastava regionaalse talituse direktor, kes käskkirja punkt 4.1 alusel juhindub oma tegevuses Terviseameti pädevust reguleerivatest õigusaktidest ja päästetöö juhi seaduslikest korraldustest (Terviseameti esindajate osalemine päästetööde regionaalses staabis, 2012).

Koostöö kord ei ava täpsemalt mõiste „oma asutuse ressurs“ sisu. Määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ on tervishoiuteenuse osutajatele seatud kohustus täita tervishoiualases hädaolukorras sotsiaalministri ja hädaolukorra meditsiinijuhi korraldusi. Massilise mürgistuse hädaolukorra lahendamise plaanis on Terviseametile pandud muuhulgas järgmised ülesanded: omab ülevaadet hädaolukorra lahendamiseks vajalikest ressurssidest ning koordineerib nende kaasamist ja kasutamist hädaolukorra lahendamiseks; annab tervishoiuteenuse osutajatele tegevussuuniseid nende töö ajutiseks ümberkorraldamiseks (sh plaaniliste tervishoiuteenuste ajutine piiramine või peatamine, haiglate voodifondi ümberprofileerimine, ajutiste nõuete kehtestamine üldarstiabi ja eriarstiabi kättesaadavusele ning kiirabibrigaadi pidajatele). (Sotsiaalministeerium, 2015c; Tervishoiukorraldus hädaolukorras, 2015)

Riigi kohustus tagada hädaolukordade efektiivne lahendamine tuleneb põhiseadusest (Advokaadibüroo Sorainen AS, 2013). Detsentraliseerituse põhimõtte kohaselt vastutab iga ministeerium oma valitsemisala kriisireguleerimisealaste tegevuste elluviimise eest (Maurer, *et al.*, 2014). Terviseameti põhimääruse kohaselt on Terviseamet Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, kellel on juhtimisfunktsioon ning kes teeb riiklikku järelevalvet ning kohaldab riiklikku sundi seaduses ettenähtud alustel ja ulatuses. Oma ülesannete täitmisel esindab amet riiki. Terviseameti tervishoiuosakonna üheks põhiülesandeks on kiirabi ja tervishoiu hädaolukorraks valmisolek ja hädaolukorra lahendamine oma pädevuse piires. (Terviseameti põhimäärus, 2014)

Eeltoodud õigusaktidest tulenevalt ning lähtudes kriisireguleerimissüsteemi ülesannete jäävuse põhimõttest, mille kohaselt kõik asutused ja isikud täidavad oma ülesandeid ka kriisiolukordades, on tervishoiuteenuse osutajate ressursi juhtimine hädaolukorras Terviseameti kohustus ning seda ei saa täita Päästeamet või mõni teine hädaolukorra lahendamise juhtimisse kaasatud asutus ega eraõiguslikud tervishoiuteenuse osutajad. Koostöö korras määratletud mõiste „oma asutuse ressursi juhtimine“ tõlgendamine ainult Terviseameti ametnike ning tehniliste vahendite juhtimisena on vastuolus määruse sisulise eesmärgi ja õigusliku mõttega ning kriisireguleerimise üldise regulatsiooniga.

Juriidilise käsuõiguse loomiseks tervishoiuteenuse osutajate suhtes on vajalik määruse „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ alusel meditsiinijuhi määramine. Sotisaalministri teavitamine vajadusest määrata meditsiinijuht toimub kokkuleppelise, dokumentaalselt reguleerimata ning testimata korraldusega. Meditsiinijuhi isiku, moodustatava juhtimisstruktuuri, staabivõimekuse, info liikumise korralduse ja teiste hädaolukorra lahendamise juhtimist toetavate süsteemide kohta dokumendid puuduvad.

Tabelis 25 esitatud õigusliku regulatsiooni analüüsimine massilise mürgistuse hädaolukorra näitel toob esile mitmed vastuolud ning piisava õigusselguse puudumise. Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamisel tuleb hädaolukorra seaduse § 12 lg 1 alusel juhendada hädaolukorra lahendamise plaanist, mille kohaselt juhib hädaolukorra lahendamist Terviseamet. Hädaolukorra lahendamise plaan näeb ette ka tervishoiuteenuse osutajatele tegevussuuniste andmise. Käsuõiguse selliste korralduste andmiseks annab määrus „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“, mille kohaselt tekib tervishoiuteenuse osutajatel kohustus alluda hädaolukorra meditsiinijuhi korraldustele. Seega tuleks massilise mürgistuse hädaolukorra lahendamise plaani alusel sündmuse lahendamiseks täiendavalt läbi viia eelpool kirjeldatud sotsiaalministri poolt Terviseameti esindaja meditsiinijuhiks määramise protseduur. Selline korraldus on lisaks teostamise ajamahukusele ning keerukusele vastuolus ka kriisireguleerimise subsidiaarsuse ehk lähimuse põhimõttega, mille kohaselt toimub kriisireguleerimisalaste tegevuste elluviimine madalaimal võimalikul tasemel (käesolev töö, lk 40).

Hädaolukordade lahendamise korraldust ja võimekust hinnatakse regulaarselt toimuvate õppuste käigus. Iseseisvaid regionaalse või üleriigilise tasandi tervishoiualase hädaolukorra lahendamise õppusi toimunud ei ole. Tervishoiusüsteemi valmisolekut ning võimekust on hinnatud muuhulgas üleriigilise suurõppuse EU CREMEX 2011, merepäästeõppuse Big Boat 2012 ning Ida-Eesti regionaalse kriisikomisjoni hädaolukorra lahendamise õppuse „SIREEN“ raames. Õppuste hindamisraportid toovad välja mitmed puudused tervishoiualaste hädaolukordade lahendamises, muuhulgas haiglate hilinenud teavitamise kannatanute saabumisest, mille tagajärjed võivad olla eluohtlikud. Olulisemad õppustel tõusetunud probleemid tervishoiuvaldkonnas ning tehtud ettepanekud on esitatud tabelis 26 lisas 4. EU CREMEX 2011 hindamisraportist leiavad käesolevas uuringus käsitlemist kiirabi välijuhtide võimekuse loomise, regiooni tasandil vastutavate tervishoiutöötajate määratlemise, ühtse üleriigilise reageerimiskorra väljatöötamise ning rahvusvahelise abi kaasamise korraldamisega seonduv.

Ministeeriumite valitsemisalade tegevuste prioriteetid ning peaesmärgid sätestatakse vastavates strategiadokumentides, mis on omakorda aluseks asutuste arengukavade koostamisel. Tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise seotud strategiadokumentide ning arengukavade

analüüs toob välja, et tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise valdkonna terviklikku arendamist ja juhtimist, muuhulgas vajalike regulatsioonide ja korralduste väljatöötamist ning ühtlustamist, õppuste läbiviimist, kriisikommunikatsiooni koordineerimist, koostöö tõhustamist partnerasutustega ja tervishoiuteenuse osutajate toimepidevusplaanide analüüsimist eesmärgina ei määratleta.

Siseturvalisuse arengukava 2015-2020 nimetab tervisekaitse ja tervishoiusüsteemi sisejulgeoleku lahutamatuks osaks ning kaasab kriiside ennetamise ning hädaolukordadeks valmisoleku suurendamise programmidesse Sotsiaalministeeriumi. Otseseid eesmärke või tegevusi tervishoiuvaldkonna tugevamaks integreerimiseks riiklikusse kriisireguleerimissüsteemi arengukava välja ei too. (Siseministeerium, 2015)

Tervishoiusüsteemi arendamise strateegiliseks alusdokumendiks on raamdokumendi Rahvastiku Tervise Arengukava alusel koostatud Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020 (Sotsiaalministeerium, 2015a). Nimetatud strateegias kriisireguleerimise valdkonna arendamist eesmärgina ei sätestata. Hädaolukordadeks valmisoleku tõhustamise meetmena nähakse ette kiirabi operatiivvõimekuse suurendamist kannatanute abistamiseks hädaolukordades.

Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2015-2018 näeb ette valmisoleku suurendamise toimetulekuks epideemiale reageerimiseks. Arengukava meede 2.5.5 „Valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks“ raames planeeritakse täiendavate kiirabibrigaadide avamist ning patsiendi transpordi- ja hotelliteenuste käivitamise kavandamist. Meetmes tuuakse välja, et tervishoiusüsteemi arendamisel peetakse silmas ka erinevateks hädaolukordadeks ja sõjaaja ohustenaariumiteks valmisoleku vajadust. Arengukava rahva tervise üldeesmärgi: „Tervena elatud eluiga on Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga on pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani“ käsitluses nimetatakse ühe rahva tervist ohustava faktorina hädaolukorrad. (Sotsiaalministeerium, 2015b)

Terviseameti arengukava autorile teadaolevalt koostatud ei ole.

Dokumendianalüüs tervishoiukorraldust hädaolukorras reguleerivatest õigusaktidest, Terviseameti sisesest regulatsioonist, valdkonna strateegiadokumentidest ning läbi viidud õppuste hindamisraportitest andis juriidilisest aspektist vastuse magistritöö uurimisküsimusele nr 1: Kuidas on reguleeritud ja korraldatud tervishoiualaste hädaolukordade lahendamine Eestis? Analüüsi käigus selgitati välja mitmed vastuolud õiguslikus regulatsioonis, asutusesiseste juhendite ja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise juhtimist korraldavate dokumentide puudumise, õppuste hindamisraportites osutatud puudujäägid tervishoiukorralduses hädaolukorras ning tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise vähese käsitlemise valitsusala strateegiadokumentides.

2.3. Ekspertintervjuude analüüs valmisolekust masskannatanutega hädaolukordadeks

Magistritöös püstitatud uurimisküsimustele vastamiseks viidi läbi poolstruktureeritud ekspertintervjuud. Intervjuude eesmärgiks oli koondada tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise tegelevate tippeksperptide ning valdkonda juhtivate riiklike institutsioonide esindajate seisukohad, võrrelda kogutud arvamusi ja analüüsida neid kriisireguleerimise teooriast lähtudes, ning saada sisendeid tegemaks ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks.

Esimene kategooria „**Hetkeolukord ja probleemid**“ koosneb koodidest, millega vastati uurimisküsimustele nr 1: Kuidas on Eestis korraldatud ja reguleeritud masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumine ja nende lahendamise juhtimine üleriigilisel tasandil? ja 2: Missugused on peamised takistused masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumisel ja nende lahendamisel?

Kodeerimise käigus tõusetus olulise iseseisva valdkonnana riikliku tasandi vaade ning avaliku sektori juhtide roll ja vastutus valdkonna kriisireguleerimises. Vastavatest koodidest moodustati teine kategooria „**Strateegiline tasand, avaliku sektori vastutus ja roll**“. Kolmanda uurimisküsimuse: Missugused on võimalused tõhustada tervishoiualaste hädaolukordade lahendamist? koodid koondati kolmandasse kategooriasse „**Ettepanekud tervishoiusüsteemi valmisoleku tõstmiseks**“.

Esimeses kategoorias „**Hetkeolukord ja probleemid**“ avas autor uurimisküsimuse 1 tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise regulatsiooni ja korralduse seisukohast, aga ka selliste hädaolukordade lahendamiseks valmisoleku võimekuse tähenduses. Täiendavalt toodi intervjuudes välja massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorraks valmisolek, mille lahendamisel on Terviseamet juhtivasutuseks mitte ainult tervishoiukorralduse, vaid kogu hädaolukorra lahendamise mõttes.

Uuringu tulemusel selgus, et **üldist valmisolekut** masskannatanutega suurõnnetusel meditsiiniabi korraldada hindavad positiivselt üksikud eksperdid. Pooled ekspertidest tõdesid, et reaalne kogemus tervishoiualase hädaolukorra lahendamisest puudub, peaaegu pooled olid arvamusel, et sellist valmisolekut Eestis täna ei ole. Valmisoleku erinevaid aspekte analüüsid eristus peamiselt positiivne hinnang kiirabipidajate ja haiglate iseseisvale valmisolekule, samas kui hädaolukorra lahendamisel osalevate tervishoiuasutuste tegevuse koordineerimise võimekust toodi esile nõrkusena. Ekspertidid väljendasid ka seisukohta, et valmisolek hädaolukordadeks on regiooniti erinev. Teoreetilistest käsitlustest selgus kriiside esinemise sagenemine ja suurenev mõju, millest

tuleneb vajadus kriisireguleerimise valdkonna arendamiseks ja kerksuse suurendamiseks (käesolev töö, lk 9-13) Kaasaegne ühiskond ootab, et rahva tervis on kaitstud kriiside ja katastroofide tagajärgede eest, riigi suutlikkust tulla toime erineva mastaabiga hädaolukordadega peetakse tervishoiusüsteemi võimekuse näitajaks. (käesolev töö, lk 29)

Tabel 6. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi üldine valmisolek kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/haigla	„Ma arvan, et ei ole sellist valmisolekut Eestis. Isegi need õppused, mis on siia maani olnud, on näidanud seda, et meil on olemas väga hea päästestruktuur, väga hea politseistruktuur, väga hea /.../ kiirabi, väga head haiglad, aga me ei ole valmis nende kõikide erinevate struktuuride koordineerimiseks.“ (Rommelgas, 2015)
Strateegiline tasand/Terviseamet	„Noh, kokkuvõtvalt ma arvaks, et me saame hakkama. Et üks asi on see, et täna ei ole kokku lepitud mitte ühegi hädaolukorra puhul /.../ selles, mida tähendab see hakkamasaamine. /.../ ja see on täna tegelikult, mis lasebki kokkuvõtteks öelda, et jah, me saime hakkama. Et me saime hakkama, täpselt nii hästi saime hakkama ja umbes niimoodi nagu ikka klassikaliselt öeldaksegi: aga niimoodi me ju tahtsinegi hakkama saada, eks, et me ei pidanudki paremini hakkama saama olemasolevates tingimustes.“ (Kaljumäe, 2015)

Tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise regulatsiooniga seonduv koondati koodi **juhtimisstruktuurid ja -korraldus**. Tervishoiusüsteem on oma ülesehituselt keeruline ning koondab lisaks Terviseametile, Haigekassale ja Sotsiaalministeeriumile eraõiguslikke kiirabibrigaadide pidajaid ning haiglaid. Ka teooria toob välja, et tervishoiusüsteemi valmisoleku seisukohalt on täiendavaks väljakutseks süsteemi enda keerukus, tervishoiu valdkonda kirjeldatakse kui „süsteemide süsteemi“ (käesolev töö lk, 30). Uuringust selgus tervishoiualaste hädaolukordade juhtimise korralduse ebaselgus. Enamik eksperte tõi välja, et täna ei ole üheselt määratletud, kuidas käivitub tervishoiualase hädaolukorra lahendamine regionaalsel ja riiklikul tasandil, missugused on hädaolukorra lahendamise juhi õigused tervishoiuteenuseosutajate tegevuse koordineerimisel, missugused käsuliinid tekivad ning mille alusel. Ekspertintervjuude analüüs on kooskõlas dokumendianalüüsi tulemusega, mille kohaselt ei ole määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ sätestatud juhtimisstruktuuride käivitumine täpsemalt reguleeritud (käesolev töö, lk 42). Uuring tõi välja vastuolu ekspertide arusaamas haiglate ja kiirabipidajate tegevuse koordineerimisest – enamike intervjuueeritavate seisukoht oli, et koordineeriv roll on täna Terviseametil, paar eksperti väljendasid seisukohta, et haiglad ning kiirabibrigaadid kooskõlastavad tegevused otse omavahel suheldes ning üks intervjuueeritav tõi välja kehtivas määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ sätestatud regionaalhaiglate koordineeriva rolli oma piirkonnas. Teooria kinnitab, et tervishoiusüsteemi keerukus raskendab ülesannet luua hädaolukordade lahendamiseks eelnevalt välja töötatud juhtimisstruktuur ja –võimekus ning erinevaid tervishoiuasutusi hõlmava organisatsioonilise struktuuri loomine on seetõttu tervishoiu

kriisireguleerimise teooria üks peamisi uurimisprobleeme (käesolev töö, lk 31). Täpse eelneva regulatsiooni olemasolu selle kohta, missugune asutus on juhtivas rollis ja kuidas ta seda rolli teostab, on efektiivse juhtimise seisukohast olulisena välja toonud mitmed teaduslikud uuringud (käesolev töö, lk 31). Analüüsiga selgitati täiendavalt välja enamike ekspertide ootus, et tervishoiuasutuste tegevuse koordineerijaks peaks olema Terviseamet, mis vastandus Terviseameti eksperdi arvamusele, et täna selline koordineeriv asutus puudub.

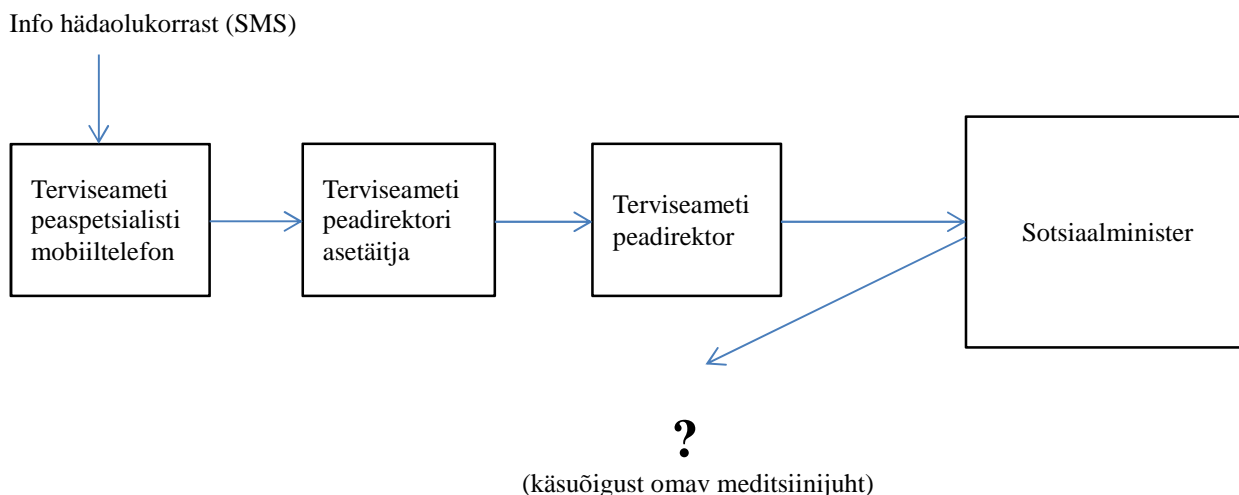
Tabel 7. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi juhtimisstruktuur ja -korraldus (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Koostööpartner/PPA	<i>„Kõige suurem probleem on see, et meil ei ole nagu sellist õiguslikku süsteemi ja sellist protseduurilist süsteemi, kuidas /.../, kes see siis täpsemalt koordineerib, juhib kogu seda protsessi.“ (Saar, 2015)</i>
Tervishoiuteenuse osutaja/haigla	<i>„Et see käsuahel on ikka hea küsimus. Et ma tean kuidas see tööle tegelikult hakkaks, tegelikult hakkaks samamoodi nagu ma rääkisin – et haiglad suhtlevad haiglatega, ja kohapeal suhtlevad oma kriisikomisjoni liikmetega.“ (Sule, 2015)</i>

Juhtimise korraldamise ning juhtimisstruktuuride moodustamisega seoses tõusetus küsimus juhtivasutuse käsuõigusest tervishoiuteenuse osutajate tegevuse koordineerimisel. Koodi **õiguslikud probleemid** alamkoodi **juhtimise õiguslik regulatsioon** koondati intervjuudes esitatud seisukohad selles küsimuses. Pooled intervjuueeritud ekspertidest tõid käsuõiguse puudumise esile takistusena eraõiguslike kiirabipidajate ja haiglate tegevuse korraldamisel ja neile otseste tegevusjuhiste andmisel. Uuring tõi välja, et ekspertide teadlikkus dokumendianalüüsis käsitletud meditsiinijuhil käsuõiguse tekkimise mehhanismist määruse „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ alusel ning määrusest üldiselt oli ebaühtlane ning esitatud seisukohad käsuõiguse puudumisest teoorias käsitletud Advokaadibüroo Sorainen As teostatud juriidilise analüüsiga osaliselt vastuolus (käesolev töö, lk 31). Kehtiv kokkuleppeline korraldus regionaal- või üleriigilisel tasandil tervishoiusüsteemi juhtimiseks ja juhtimisstruktuuri käivitamiseks vajaliku käsuõiguse loomiseks on esitatud joonisel 2. Praktikas sellise protseduuri läbiviimist katsetatud ei ole (käesolev töö, lk 45).

Tabel 8. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi õiguslikud probleemid alamkoodi juhtimise õiguslik regulatsioon kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Koostööpartner/ Päästeamet	<i>„Täna on minul puhtalt käsuõigus päästetööde juhina, mul on käsuõigus kõikide päästetöödel osalevate päästeüksuste üle. /.../ ka tervishoiusektoris peaks olema sama põhimõte, et kriisijuhil, kes meditsiinivaldkonda juhib, peab olema käsuõigus.“ (Laos, 2015)</i>



Joonis 2. Masskannatanutega hädaolukorra lahendamiseks juhtivasutuse ja käsuõigust omava meditsiinijuhi määramise protseduur kehtiva regulatsiooni alusel (autori koostatud).

Teise alamkoodi **hädaolukorra õiguslik erisus** alla koondati juhtimise korralduse ja reguleerimisega tihedalt seotud probleem – küsimus hädaolukorra õiguslikust erinevusest tavaolukorrast. Analüüsi tulemusel selgus täiendava õigusliku regulatsiooni vajalikkus tervishoiualase hädaolukorra või selle ohu tekkimise fikseerimiseks. Masskannatanute vastuvõtmine või selleks valmistumine haiglas ning täiendava kiirabiressursi suunamine sündmuskohale võib kaasa tuua kehtivate õigusaktidega määratletud ravitegevuse ning arstiabi kvaliteedi standardite mittetäitmise, kui kiirabiteenuse osutamisel tuleb peatada mitte-eluohtlikele väljakutsetele reageerimine või haiglas lõpetada plaanilised tegevused ja kirjutada välja haiged, kelle seisund seda hetkel lubab. Tervishoiuteenuse osutajate vabastamine vastutusest sellises olukorras ei ole täna õiguslikult tagatud.

Tabel 9. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi õiguslikud probleemid alamkoodi hädaolukorra erisus kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/Haigla	„Mis hetkest me hakkame siis mingite teiste reeglite järgi, et saadame plaanilised minema, kes koju, see koju ... Äkki patsient esitab kahjunõude, kas meil on mingi alus ta koju saata? Peale selle, et meil on oma plaanis kirjutatud „lõpetama plaanilise töö“. Aga kui mingi komplikatsioon juhtub, kes siis vastutab?“ (Haigla1, 2015)

Ekspertintervjuude käigus toodi olulisena esile korralduslikud küsimused, millest moodustus kood **korraldus**, mis omakorda jaotati kahte alamkoodi.

Intervjuude analüüsimisel selgus, et tervishoiualaste hädaolukordade eksperdid peavad **planeerimise** protsessi ning kooskõlastatud plaanide olemasolu oluliseks, planeerimise temaatika tõusetus erinevates aspektides enamikes intervjuudes. Uuringu tulemuste kohaselt ei vasta

planeerimise korraldus täna ekspertide ootustele – pooled eksperdid tõid esile vajaduse toimepidevuse plaane omavahel võrrelda, ühtlustada ning riiklikul tasandil tervikpilt luua, mitu eksperti avaldas seejuures arvamust, et täna toimub selliste plaanide hindamine formaalselt ning nende sisulist analüüsi ei teostata. Mitme eksperdi poolt toodi välja ühe asutuse piiresse jääva planeerimise ebapiisavus, vajalikuks hinnati üleriigilise tervishoiukorraldust käsitleva plaani olemasolu, mis muuhulgas määratleks ohud, koondaks info tervishoiuressursside ning regioonide kohta, sisaldaks juhendeid erinevates olukordades toimimiseks jms. Kriisireguleerimise teooria toetab uuringu tulemusel selgunud planeerimise olulisust. Planeerimisdokumentide ühetaolisust ning ühtsete standardite loomist kriisideks valmistumisel hinnatakse vajalikuks tulevalt sellest, et hädaolukordade lahendamine on oma olemuselt multiorganisatsiooniline ning ühtse „kriisikeele“ olemasolu ning kooskõlastatud plaanid tõhustavad koostöö ja tegevuste koordineerimist ja efektiivset korraldamist (käesolev töö, lk 26). Seejuures tuuakse teoreetilistes allikates välja seisukoht, et võtmekohaks kriisideks valmisoleku parandamisel on planeerimise protsess ise, mille käigus õpivad protsessis osalejad tundma ja mõistma erinevaid hädaolukorras tekkida võivaid probleeme ning nende analüüsimine valmistab juhte ette otsuste tegemiseks hädaolukordade lahendamisel (käesolev töö, lk 21).

Tabel 10. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi korraldus alamkoodi planeerimine kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/Haigla	„Tegelikult elutähtsa teenuse osutajad ei ole saanud tagasisidet selle kohta, /.../, plaanid saadetakse, justkui võetakse kokku, aetakse näpuga määruses järge, nii, see peatükk on olemas, see peatükk on olemas – tehtud. Nii, selles riskianalüüsis puudub see peatükk – puudulik, palun täiendada. See ei ole ju sisu! Me võime vormiliselt seda asja niimoodi vaadata, aga see pole sisuline asi.“ (Haigla1, 2015)

Olulise osa hädaolukordade lahendamise korraldusest moodustab selleks vajalike **ressursside juhtimine**. Kiirabibrigaadide sündmuskohale suunamise korraldamine ning kannatanute haiglate vahel jaotamise toimimine tõusetus probleemina enam kui pooltes intervjuudes. Ressursside juhtimisel tuleb samaaegselt korraldada hädaolukorra lahendamine sündmuskohal ja tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavus ning haiglaravi väljaspool suurõnnetust või muud erakorralist ressursi nõudvat sündmust. Uuringust selgus, et üheselt mõistetav ning kõikidele hädaolukorra lahendamisega seotud asutustele teadaolev tervishoiuressursi jaotamise ja koordineerimise korraldus puudub. Ekspertide arvamused sellest, mis asutus hakkab tegelema täiendavate kiirabibrigaadide suunamisega sündmuskohale ning kannatanute haiglatesse jaotamist koordineerima, olid vastandlikud ning mitu eksperti ütles, et nad ei tea, kes suurõnnetuse puhul meditsiiniressursi juhib.

Tabel 11. Ekspertide seisukohad ressursside juhtija rolli küsimuses (autori koostatud)

Häirekeskuse seisukoht	Sotsiaalministeeriumi seisukoht	Terviseameti seisukoht
<ul style="list-style-type: none"> kiirabibrigaadide väljasõidu korra kehtestamine paljude kannatanutega sündmustele on Terviseameti pädevuses; väljasõidu kord peab määratlema reageerivate brigaadide arvu vastavalt kannatanute hulgale ning sätestama minimaalse brigaadide arvu teeninduspiirkonna kohta; Häirekeskus ei saa otsustada teenuse kättesaadavuse piiramist. 	<ul style="list-style-type: none"> kui vajalikuks osutub igapäevase tegevuse piiridest väljuv kiirabibrigaadide töö koordineerimine, siis võtab selle rolli üle Terviseamet 	<ul style="list-style-type: none"> ressursse peaks juhtima Häirekeskus

Seega tuleneb analüüsist, et täna ei ole selgelt määratletud, missugune asutus masskannatanutega õnnetuse toimumisel tervishoiuresursi juhtimise eest vastutab ja seda praktikas teostab. Teoreetilistes allikates on välja toodud, et ressursside planeerimist ning jaotamist hädaolukordade lahendamisel teostatakse juhtival tasandil moodustatud struktuuris (käesolev töö, lk 24), mille käivitamise vajalikkust ressursside juhtimiseks tervishoiu hädaolukordades rõhutab tervishoiusüsteemi detsentraliseeritus ning koosnemine erinevatest asutustest (käesolev töö, lk 32). Eestis on päästesündmuse lahendamisel selliseks struktuuriks Päästeameti poolt kokku kutsutud regionaalne või üleriiklik staap, kuhu on oma esindaja kohustatud saatma ka Terviseamet (käesolev töö, lk 43). Teoorias käsitletud kannatanutele abi osutamise eetilise aspekt – küsimus laste või päästetöödel osalevate isikute eelistamisest elupäästvate vahendite jaotamisel – intervjuudes ei tõusetunud (käesolev töö, lk 32).

Tabel 12. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi korraldus alamkoodi ressursside juhtimine kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Strateegiline tasand/Terviseamet	<p>„Me oleme öelnud, et näete, meil ei ole olemas mitte ühtegi teist sellist ööpäevaringselt töötavat süsteemi, kes /.../ korraldab, välja arvatud Häirekeskus. Et arendage ennast natukene veel ja te suudate hakata /.../ juhtima seda asja. /.../ et teie operatiivjuhite tegelikult neid üksikuid kiirabisündmusi /.../ ja teil on teatud vastutus selle manageerimise eest. Nad ütlevad, me manageeriksime küll, kui te annate meile valmis algoritmid, väljasõidukorrad või mis iganes asjad, mingid standardlahendused. /.../ väikeses riigis, kus on vähe ressursi, ei ole see lähenemine hea, see lihtsalt ei toimi niimoodi.“ (Kaljumäe, 2015)</p>

Kolmas oluline valdkond esimese kategooria koodide analüüsis on **ressursside** temaatika, mis koondati vastavasse koodi. Ressursse käsitleti inimressursi ja tehniliste vahendite aspektist ning enim tõusetunud rahastamise aspektist, mille põhjal moodustati vastavad alamkoodid.

Kriisireguleerimisalaste tegevuste rahastamise ja varude soetamise osas teoreetilisi lähtekohti magistr töö raames ei uuritud ning võrdlevat analüüsi teiste riikide praktikaga rahastamise ulatuse või prioriteetide ning ressursside tagamise osas ei tehtud.

Analüüs tõi välja **rahastamisega** seotud probleemide kaks aspekti – hädaolukordadeks valmisoleku tagamisele suunatud tegevuste ning masskannatanute vastuvõtmisega seotud kulude hüvitamise. Mitu eksperti osundasid vajadusele tagada kriisireguleerimisega seotud tegevuste täiendav lisarahastamine. Empiirilises uuringus varem käsitletud tervishoiualase hädaolukorra tekkimise määratlemise temaatika kajastub ka rahastamisega seoses – mitmed intervjueeritavad väljendasid seisukohta, et tervishoiuteenuse osutajatele tuleb tagada kindlus masskannatanute vastuvõtuga seotud kulutuste hüvitamise suhtes, sealhulgas katastroofiohu tõttu suurendatud haigla vastuvõtuvõimekuse tõstmisega seotud kulude osas. Sotsiaalministeeriumi eksperdi intervjuust selgus, et selliste kulutuste hüvitamise osas on Sotsiaalministeeriumi poolt Haigekassaga kokku lepitud ning klausel hädaolukorra või selle ohtu tõttu tehtud kulutuste hüvitamise kohta on lisatud Haigekassa tüüplepingusse.

Tervishoiualaste hädaolukordade lahendamiseks vajaliku **inimressursiga** seoses tõi uuring riigi väiksusest tuleneva spetsialistide ebapiisava hulga kõrval esile personali riskisutuse problemaatika Eesti tervishoiusüsteemis. Enam kui pooled ekspertidest tõid välja inimeste puuduse nii meditsiinisüsteemis üldiselt kui hädaolukorda lahendavatel juhtivtasanditel. Mitu tervishoiuteenuse osutajast eksperti nägid ohtu selles, et tegelik ressursi vähesus igapäevases tegevuses ei kajastu, kuna samad inimesed töötavad nii erinevate kiirabibrigaadide pidajate juures kui ka näiteks päästjatena.

Tabel 13. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi ressurss alamkoodi inimressurss kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/ Kiirabibrigaadi pidaja	<i>„Teine oluline teema on meil tervishoiutöötajate puudus, et meil on tervishoiutöötajaid ka nende olemasolevate raviasutuste jaoks täna ligi kolmandik puudu. /.../ täna igapäevaelus see kaetakse sellega, et tervishoiutöötajad roteerivad ühest asutusest teise, töötavad kõik suurema kui normkoormusega.“</i> (Adlas, 2015)

Samuti on piiratud tervishoiu **tehniline ressurss** - kiirabibrigaadid, voodikohad, operatsioonitoad, ravimid, tarvikud jt vajalikud vahendid. Tervishoiuvarude omapäraks on, et tegemist on rahaliselt väga kalli süsteemiga, mis muuhulgas vajab järjepidevat uuendamist. Ka meditsiinivarudega seotud problemaatika toodi välja enam kui poolte ekspertide poolt. Tervishoiuvarudega seoses tõusetus küsimus kaitsevahenditega varustamisest, milles vastandusid Sise- ja Sotsiaalministeeriumi ekspertide seisukohad. Kui Siseministeeriumi eksperdi hinnangul peaks politseinike ning piirivalvurite isikukaitsevahendid nakkushaiguse puhangu ohu puhul olema tagatud riigi tervishoiuvarust, siis Sotsiaalministeeriumi eksperdi seisukoht on, et sellise varustuse tagamist reguleerib töötervishoiu ja tööohutuse seadus ning vastutus selle eest lasub tööandjal.

Tabel 14. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi ressurss alamkoodi tehniline ressurss kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Strateegiline tasand/ Sotsiaalministeerium	„Vahepeal meie käest küsitakse, kas meie varus on kaitsevahendeid politseinikele ja /.../ piirivalvuritele, kui siin ebola /.../, siis me peame neile ikka meelde tuletama, et see ei ole see, milleks meie varu on mõeldud. Millegipärast nad /.../ loodavad, samas tegelikult töötervishoiu ja tööohutuse seadus ütleb, et iga tööandja peab muretsema, et kui tema töötajad töötavad sellistes oludes, siis peavad olema ka kaitsevahendid. See, et võib olla mask ja kindad oleksid politseinikul, et seda nüüd ei pea nüüd küll meie.... on olnud senini meie seisukoht.“ (Paluste, 2015)

Eraldi koodi koondati ekspertide arvamused Terviseameti ja partnerite vahelisest **koostööst**. Uuringu tulemusel võib välja tuua, et koostöö tähtsus ja roll hädaolukordade lahendamise tõhustamisel ei kajastu empiirilise uuringu tulemustes samavõrd olulisena kui teoreetilistes käsitlustes. Asutusesisese koostöö tõhustamist ei toodud esile üheski vastuses küsimusele kriisireguleerimise parendamise ettepanekute kohta. Täna koostööd erinevate partnerite vahel hindasid inimestevaheliste isiklike suhete tähenduses heaks või väga heaks pooled intervjueritud. Koostöö tõhususe osas tõid mitu eksperti välja, et koostöö on formaalne ning teadvustatud probleemide lahendamisega sisuliselt ei tegeleta, hädaolukordadeks valmistumisel piirduakse vaid informatsiooni edastamisega. Mõned eksperdid tõid välja teoorias käsitletud metatasandi teadlikkuse suurendamise vajaduse hädaolukordade lahendamisel koordineerimisel (käesolev töö, lk 20). Mitu eksperti oli seisukohal, et hädaolukorra lahendamist raskendab selgelt määratletud koostööpartnerite puudumine erinevatel juhtimistasanditel. Kriisireguleerimise teooria käsitleb koostööd põhjalikult ja erinevatest aspektidest. Koostööd hädaolukorda lahendavate asutuste vahel peetakse sedavõrd oluliseks, et teadlased on nimetanud seda retooriliseks ideeks, isegi mantraks, mida ikka ja jälle korratakse, kuid mida praktikas on raske ellu viia. (käesolev töö, lk 9, 18-20)

Tabel 15. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi koostöö kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Koostööpartner/PPA	„Selline üldine koostöö on hea, aga lihtsalt me ootused partnerile on suuremad selle süsteemi arendamisel.“ (Saar, 2015)

Kaasaegse kriisireguleerimise lahutamatuks osaks on kriisikommunikatsioon ning asutustevahelise infovahetuse korraldamine, mida analüüsi koodis **kommunikatsioon ja infovahetus**. Ekspertintervjuude põhjal läbi viidud analüüs rõhutas kommunikatsiooni erilist rolli seoses võimaliku vajadusega teavitada avalikkust kiirabi väljakutsete piiramisest või muudest arstiabi

kättesaadavust mõjutavatest otsustest. Uuringu tulemus on kooskõlas dokumendialüüsis selgunud haiglate alarmeerimise regulatsiooni ebapiisavusega (käesolev töö, lk 45), mitu eksperti tõi välja vajaduse korraldada selgelt haiglate teavitamine võimalikust või juba asetleidnud suurõnnetusest, et aegsasti käivitada täiendavad ressursid. Ka dokumendialüüsis käsitletud merepäästeõppuse Big Boat 2012 hindamisraporti tulemuse kohaselt „surid“ osad õppuse käigus helikopteriga PERHi transporditud „kannatanud“, kuna haiglat ei teavitatud õigeaegselt nende saabumisest (käesolev töö, lk 84). Üks intervjuueritav tõi välja vajaduse olla valmis tegutsema ka infovahetuse häirete korral, kui ei ole elektrit või ei tööta tavapärased kommunikatsioonikanalid ning samuti üks ekspert juhtis tähelepanu lähedaste teavitamise infovõimekuse tagamisele. Teoreetilistes käsitlustes hinnatakse hästitoimivat asutuste- ja juhtimistasandite vahelist infovahetust kaasaegsete kriiside piirideülesust arvestades nende lahendamise vältimatuks eelduseks (käesolev töö, lk 26; 31). Efektiivselt korraldatud ja tehniliselt tagatud infokanalite kõrval tuuakse välja avalikkusele suunatud kommunikatsiooni tähtsus. Selle ebapiisavas või mittekorrektses esitamises nähakse ohtu, kuna sellisel juhul võivad domineerima hakata teiste huvigruppide poolt edastatavad sõnumid, mis ei pruugi olla kooskõlas tegelikkusega ja võivad kahjustada avalikku huvi (käesolev töö, lk 13). Arvestada tuleb ka avalikkuse kõrgete ootustega avaliku sektori juhtidele kui liidritele, kes ühiskonna kriisiolukorrast välja peavad tooma ning infotehnoloogia arenguga, millest tulenevalt toimub hädaolukorra juhtimine meedia pideva tähelepanu tingimustes (käesolev töö, lk 13).

Tabel 16. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi kommunikatsioon ja infovahetus kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/haigla	„See mis ei realiseerunud näiteks see hädamaandumine, kus potentsiaalselt oli 90 kannatanut näiteks, siis selle, et meil selline olukord on juba välja kuulutatud sisuliselt ja see, et mingid toimingud seal käivad, ja hunnik kiirabiressurssi on juba lennuväljal, meie saime teada tegelikult Delfist.“ (Popov, 2015)

Eraldi koodi **tervishoiuteenuse osutajate initsiatiiv** kodeeriti Tallinna kiirabi poolt loodud välijuhi institutsiooni nimetamine ekspertide poolt. Tallinna kiirabis on ainsana Eestis loodud välijuhi ametikoht kiirabibrigaadide tegevuse koordineerimiseks sündmuskoha tasandil. Dokumendialüüsis leidis käsitlemist suurõppuse EU CREMEX 2011 hindamisprotokollis ühe ettepanekuna esitatud vajadus luua selline võimekus üle-Eestilisena (käesolev töö, lk 45). Välijuhtide vajalikkuse teema tõusetus peaaegu pooltes intervjuudes, seejuures kõikide hädaolukorda lahendavate koostööpartnerite poolt. Sotsiaalministeeriumi ekspert tõi välja, et välijuhtide institutsiooni loomisega täna tegeletakse. Tartu kiirabi initsiatiivil on loomisel üheksast kiirabiautost koosnev Eesti kiirabireserv, mida ehitatakse üles Tartu kiirabi poolt ja rahastamisega.

Tabel 17. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi tervishoiuteenuse osutajate initsiatiiv kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Koostööpartner/ Päästeamet	<i>„Ma toon näiteks Tallinna Kiirabi. Tallinna Kiirabi on meie hästi hea koostööpartner ja nemad löid sellise ametniku nagu on kiirabi välijuht. Ja see on väga tänuväärne, sest et tema on staabis see, kes koordineerib kiirabide tööd. Ja see on väga hea.“ (Laos, 2015)</i>

Ekspertintervjuude läbiviimisel paluti intervjuueeritavatel lõpetuseks avaldada oma arvamust tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise **peamistest takistustest**. Ekspertide poolt vastustes esile tõstetud probleemid koondati vastavaks koodiks. Analüüsi tulemusel selgus, et peamise takistusena kriisireguleerimise valdkonna arenemisel nähakse selle vähest teadvustamist ning väärtustamist. Ligi pooled intervjuueeritutest nimetasid riigi tasandil tervikliku vaate, initsiatiivi või tahte puudumist. Peaaegu samapalju toodi välja ressursside piiratust, nii rahalises mõttes kui inimeste, sealhulgas eriti valdkonnas pädevate inimeste vähesust. Teooriaga kooskõlas nimetasid paar eksperti takistusena lõhet tervishoiuvaldkonna ning kriisireguleerimise vahel (käesolev töö, lk 29), ka analüüsist olulisima takistusena selgunud vähest hädaolukordadeks valmisoleku arendamise vajalikkuse teadvustamist võib seostada tervishoiusüsteemi vähese integreerimisega kriisireguleerimissüsteemi. Ühe eksperti poolt esile tõstetud kriisireguleerimise alase pädevuse suurendamise vajadus tervishoiuvaldkonnas toetab teorias tõstatud interdistsiplinaarset lähenemist, mis ühendab teadmised meditsiinist, tervishoiukorraldusest ja kriisireguleerimisest (käesolev töö, lk 34).

Tabel 18. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ koodi peamised takistused kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/haigla	<i>„Ega takistus ju ei ole selles suhtes, et inimesed on valmis ja õppimisvõimelised ja tahaksid koolitusi ja kõike muud. Minu arvates on takistuseks, ainsaks takistuseks see, et keegi seda ei vea. Ei ole juhtstruktuuri ja see, et keegi seda ei vea, tähendab, et riik ei ole vastavat tellimust teinud.“ (Rommelgas, 2015)</i>

Teise kategooriana moodustati analüüsi tulemustest **strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastus ja roll**. Teooria toob välja, et avaliku võimu kõrgemate tasandite roll kriisireguleerimises on järjest enam tähtsustunud seoses kaasaegsete kriiside piiriülesuse, komplitseerituse kasvu ja sagedaste raskete tagajärgedega. Strateegiliste juhtide kriisijuhtimisvõimekuse kõrval kirjeldatakse avaliku sektori liidrite rolli laiemana – ühiskond ootab, et liidrid juhivad neid kriisist välja ja selgitavad juhtunut, nad on võimelised tulevikku kujundama ja inimesi innustama. (käesolev töö, lk 15)

Analüüs tõi välja olulise vastuolu **Terviseameti rolli** tõlgendamisel. Kui koostööpartnerid ja tervishoiuteenuse osutajad nägid Terviseametit tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise juhtivasutusena ning valmisoleku koordineerija ja korraldajana, siis Terviseamet ise positsioneerib end info edastajana Sotsiaalministeeriumile tervishoiualase hädaolukorra käivitamiseks ja sõnastab oma rolli tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks ettevalmistamisel määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ ning vastavate hädaolukorra lahendamise plaanidega pealepandud kohustuste täitmisena (vt tabel 19).

Tabel 19. Terviseameti roll tervishoiusüsteemi kriisireguleerimises (autori koostatud)

Koostööpartnerite ja tervishoiuteenuse osutajate nägemus Terviseameti rollist	Terviseameti nägemus oma rollist
<ul style="list-style-type: none"> • juhtivasutus tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisel; • tervishoiualasteks hädaolukordadeks valmistumise koordineerija ja korraldaja (osad eksperdid täiendavad seda rolli – koostöös Sotsiaalministeeriumiga). 	<ul style="list-style-type: none"> • info edastaja päästesündmuse regionaalstaabis; • tervishoiualase hädaolukorra tekkimisel Sotsiaalministeeriumi teavitaja vajadusest määrata meditsiinijuht; • hädaolukordadeks valmistumisel tervishoiuteenuse osutajatele ülesannete panemine; • määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ ja massilise mürgistuse ning epideemia hädaolukordade lahendamise plaanides pandud ülesannete täitmine.

Eraldi koodi koondati **tervishoiusüsteemi** moodustavate asutuste **roll ning vastutus** tervishoiualaste hädaolukordade lahendamisel ja nendeks valmistumisel laiemalt. Ekspertide poolt intervjuude käigus nimetatud tervishoiuteenuse osutajate, Terviseameti ning Sotsiaalministeeriumi ülesanded on koondatud tabelisse 27 lisas 5. Analüüsi tulemusel selgus, et Terviseamet ei määratle ennast tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise juhtivasutusena. Tervishoiu kriisireguleerimise teooria kohaselt peaks riiklik tervishoiusüsteem olema kõrgemal tasandil aktiivne mistahes hädaolukorra puhul, et võimalikke tervishoiuprobleeme ennetada ja vajadusel kiiresti alustada koordineeritud tegevusi (käesolev töö, lk 30). Kriitilise tähtsusega on seejuures määratleda tervishoiusüsteemi võtmeisikud, kes on vastutavad vajalike tervisevaldkonna tegevuste koordineerimise eest, sealhulgas kommunikatsiooni eest avalikkusega. Sellisteks tervishoiualaste hädaolukordade juhtideks peaksid olema tervishoiuametnikud, kes peaksid omama olulist rolli nii enne hädaolukorra tekkimist kui pärast selle lahendamist. (käesolev töö, lk 30)

Analüüsist selgus, et ekspertide arvamuse kohaselt on Sotsiaalministeerium ja Terviseamet tervishoiuvaldkonna kriisireguleerimise vajalikkust ja oma rolli selle arendamises vähe teadvustanud. Mitu eksperti tõi välja ka tahte puudumise valdkonnaga tegelemisel ning soovimatuse võtta vastutust. Analüüsi tulemused kinnitasid teoorias välja toodud seisukohta, mille kohaselt raskendab tervishoiuametnike kui oma valdkonna kriisireguleerimise liidrite rolli täitmist ametnike igapäevatöö iseloomu erinevus reageerivate asutuste töötajate omast (käesolev töö, lk 30). Kriisireguleerimise teooria rõhutab avaliku võimu ning strateegilise tasandi juhtide rolli

hädaolukordade lahendamisel (käesolev töö, lk 15, 23). Teoreetiliste käsitlustega on kooskõlas asjaolu, et juhtivad tervishoiuasutused ei ole teadvustanud oma rolli tervishoiukorralduse ennetusliku suuna arendamisel ja ühiskonna kerksuse suurendamisel (käesolev töö, lk 29).

Tabel 20. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastus ja roll“ koodi tervishoiusüsteemi vastutus ja roll kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Strateegiline tasand/ Siseministeerium	<i>„Meie arvates võiks ja peaks Terviseamet olema palju aktiivsem ja kulutama palju rohkem töötunde selleks, et tagada Eesti turvalisus küsimustes, mis on nende vastutusallas“ (Kont, 2015)</i>

Tervishoiusüsteemi osapoolte rollidega seoses avaldasid mitmed eksperdid arvamust **riikliku kriisireguleerimissüsteemi** aluspõhimõtete kohta. Sotsiaalministeeriumi eksperdi seisukoht oli, et tervishoiuvaldkonna hädaolukordadeks valmisolekut peaks juhtima ja korraldama Siseministeerium kui sisejulgeoleku eest vastutav ministeerium. Terviseameti juhtivekspert toetas samuti kriisireguleerimise tsentraliseeritud mudelit Siseministeeriumi või Riigikantselei juhtimisel. Ka mõned teised eksperdid pidasid vajalikuks kaaluda täiendava struktuuri loomist, mis tegeleks kriisideks valmistusime ja nende lahendamise koordineerimisega kas ainult tervishoiuvaldkonnas või tsentraliseeritult, valdkondade üleselt. Dokumendianalüüsist tulenes, et Eestis on rakendatud detsentraliseeritud kriisireguleerimissüsteem, mille kohaselt vastutab iga ministeerium oma valitsemisala kriisireguleerimisalaste tegevuste elluviimise eest (käesolev töö, lk 40). Teooria toob diskussioonis tsentraliseeritud ja detsentraliseeritud juhtimismudelite prevaleerimisest esile detsentraliseeritud kriisireguleerimissüsteemi parema sobivuse asutustevahelise koostöö koordineerimiseks kaasaegsete komplekssete kriiside lahendamisel (käesolev töö, lk 25).

Kolmanda kategooria alla on koondatud **ettepanekud tervishoiusüsteemi valmisoleku tõstmiseks**, mida intervjueritud eksperdid tegid tervishoiualaste hädaolukordade **regulatsiooni ja korralduse**, lahendamiseks vajalike ressursside ning õppuste läbiviimise kohta. Enim tõid eksperdid välja vajaduse juhtimisstruktuuride ja õigusaktide korrastamiseks, strateegilise vaate kujundamiseks ja vastutuste määratlemiseks ning regionaalse ja sündmuskoha tasandi juhtimisvõimekuse loomiseks. Eeltooduga seonduv analüüs on esitatud kategooria „Hetkeolukord ja probleemid“ raames. Täiendava ettepanekuna esitasid mitu eksperti Eesti jaotamise kaheks regiooniks, kus toimivate hädaolukordade lahendamist koordineeriks Terviseameti vastava käsunduslepingu või muu volituse alusel piirkonnas määratud katastroofimeditsiini spetsialist.

Olulisi võimalusi hädaolukordade lahendamise võimekuse parendamisel nägid eksperdid täiendavate **ressursside** kaasamiseks valmisoleku loomise näol. Lisaks vajadusele reguleerida perearstide mobiliseerimine kriisiolukorras ning teha ettevalmistused vabatahtlike ja

meditsiiniüliõpilaste kaasamiseks, tõid mitu eksperti välja rahvusvahelise abi parema korraldamise võimaluse, et eellepingutele ning ressursse puudutavale infole toetudes kiiresti taotleda täiendavaid meditsiinitarvikuid, saata patsiente ravile teistesse riikidesse või tuua spetsialistid Eestisse abi osutama. Ka teoreetilised seisukohad kinnitavad, et rahvusvaheline koostöö ja selle arendamisele suunatud tegevustes osalemine aitavad mõista kriisireguleerimise meetmeid teistes riikides ja luua suhtlusvõrgustikke, toetades seeläbi vajadusel hädaolukorras tegevuste koordineerimist. Partnerlussuhted naaberriikidega võimaldavad tõhusamalt planeerida ressursse, oluline on tagada ka siseriiklik võimekus vajadusel abi vastu võtta (käesolev töö, lk 16, 33). Kooskõlas teooriaga oli ka mitme intervjuueeritava poolt välja toodud vajadus koostöö tõhustamiseks Kaitseväe ja Kaitseliiduga (käesolev töö, lk 33). Seejuures on oluline ka kaitsejõudude võimekuse tundmine, et osata erinevates olukordades vajaliku abi taotleda, olgu selleks siis näiteks eritranspordivahendid, meditsiinitarvikud või meditsiiniline personal.

Tabel 21. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Ettepanekud“ koodi ressurss kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/kiirabibrigaadi pidaja	<i>„Eesti on nii tilluke, et siin on üsna tõenäoline, et viis haiglat kõik kõige täiega ei mahuta ära. Seetõttu tuleks meil ikkagi täiesti tõsiselt hakata mõtlema selle rahvusvahelise abi peale ja sõlmida lepingud, on ta siis Helsingisse, on ta siis Stockholmi /.../ meil peaks tekkima mingi süsteem, et kuidas me seda teeme.“ (Atlas, 2015)</i>

Kooskõlas teoreetiliste käsitlestega tõi analüüs välja ekspertide arvamuse hästi korraldatud, erinevaid juhtimistasandeid ja koostööpartnereid kaasavate, regulaarsete ning realistlike **õppuste** olulisusest kriisideks valmistumisel. Õppusi nimetasid intervjuu käigus kõik intervjuueeritavad. Analüüsi tulemusel selgus vajadus hädaolukordadeks valmisoleku alase väljaõppe paremaks süstematiseerituseks. Õppuste planeerimine põhistati teostatud riskianalüüsile, millega välja selgitatud koolitusvajadus peaks olema aluseks tsüklilise koolituskava väljatöötamisel ja regulaarsel testimisel õppuste vormis. Seni toimunud õppuste puudusena tõid intervjuueeritavad esile õppuste vähesuse, sealhulgas juhtivate tasandite õppuste vähesuse ning ebapiisava regulaarsuse, samuti liiga detailse etteplaneerimise ja sellest tuleneva vähesuse realistlikkuse, kuna ette on teada kannatanute arv ja muud asjaolud, mille kohta reaalses kriisiolukorras info puudub. Probleemiks peeti ka kannatanute väikest arvu õppusel ning liigset formaalsust õppuste läbiviimisel ja ebapiisavat sisulist testimist. Teoorias hinnatakse õppuste läbiviimist hädaolukordade lahendamise võimekuse loomise üheks võtmeteguriks. Õppustele omistatakse erinevaid asutusi ühendav ning kõigi kaasatud tasandite juhtimisvõimekust parandav roll. Suur tähtsus on õppuse käigus saadaval kogemusel, mis annab mõningase ettekujutuse tegeliku kriisiolukorra pingelisusest ja komplitseeritusest. Kõrgema tasandi juhtide ja tippametnike osalemisel õppusel ei ole eesmärgiks mitte niivõrd protseduuride

läbimängimine kui mängijate mõtlemise mõjutamine, samuti juhtide psühholoogiline ettevalmistamine oma rolliks. Õppuste tähtsust rõhutatakse ka tervishoiualaseid hädaolukordi käsitlevas teoorias. (käesolev töö, lk 18, 20-22,27,31)

Tabel 22. Tsitaadid ekspertintervjuudest kategooria „Ettepanekud“ koodi õppused kohta (autori koostatud)

Eksperti roll	Tsitaat
Tervishoiuteenuse osutaja/kiirabibrigaadi pidaja	„... personali koolitus ja seda on vaja teha pidevalt ja korduvalt ja see peab /.../ rutiinne ja kohustuslik, sest ainult õppused, sellest ei piisa, et õppustel sisuliselt käib kontroll, et me tahame ülevaadet saada, kui hea meie võimekus on õppustel. Aga kui me tahame just õppida, selleks on vaja koolitusi. Ja need koolitused peaksid olema rutiinsed. Iga inimene, kes tuleb näiteks kiirabisüsteemi, kiirabivaldkonda tööle, peab teadma, et temal on näiteks sellised kohustuslikud koolitused on elustamine, trauma ja katastroof.“ (Popov, 2015)

Ekspertintervjuude analüüsist tõusetusid tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise peamiste probleemidena riikliku tasandi roll ja vastutus selle valdkonna arendamisel, hädaolukordade lahendamise juhtimise regulatsiooni ebaselgus, vajadus valmisoleku süsteemse planeerimise järele ning vastuolud riiklike struktuuride rollide tõlgendamisel. Ekspertide üldine arvamus tervishoiualasteks hädaolukordadeks valmisoleku kohta oli pigem kriitiline. Takistusena valdkonna arengus nähti selle vajalikkuse vähest teadvustamist ning väärtustamist. Välja toodi ka tahte puudumine riiklikul tasandil, riigi vaate puudumine ja soovimatus vastutust võtta. Valmisoleku parandamiseks esitasid eksperdid mitmeid ettepanekuid korralduse tõhustamiseks, täiendavate ressursside kaasamiseks ja väljaõppe parandamiseks.

2.4. Järeldused ja ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks

Käesolevas magistritöös läbi viidud uuringuga selgitati välja, kuidas on Eestis korraldatud valmistumine masskannatanutega hädaolukordadeks ja nende lahendamine riiklikul tasemel ning ekspertide arvamus valmisolekust sellisteks suurõnnetusteks. Dokumendianalüüsi ning ekspertintervjuudega kogutud andmete analüüsimise põhjal tehtud järeldused on esitatud vastavalt uuringu kategooriate lõikes. Järelduste põhjal koondatud ettepanekud esitatakse alapeatüki lõpposas.

Dokumendianalüüs käsitles kriisireguleerimisega seotud strateegiadokumente, tervishoiualaste hädaolukordade lahendamist reguleerivaid õigusakte ning Terviseameti siseseid akte. Täiendavalt analüüsiti kriisireguleerimisõppuste hindamisraportite tervishoiusüsteemiga seonduvaid aspekte.

Kriisireguleerimise aluseaduseks on hädaolukorra seadus, mis loob raamistiku detsentraliseeritud kriisireguleerimissüsteemi koordineerimiseks ning paneb vastutuse valdkonna kriisireguleerimisealaste tegevuste eest vastavale ministri-le. Tervishoiukorraldust hädaolukorras reguleerib vastav, tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel vastu võetud, määrus. Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise aluseks on vastav hädaolukorra lahendamise plaan. Terviseameti siseselt hädaolukordade lahendamise-ga seotud dokumentatsioon puudub, ainsana on käskkirjaga määratud esindajad päästesündmuse regionaalsesse staapi. (käesolev töö, lk 40-42)

Dokumendianalüüsist selgus, et tervishoiusüsteemi asutuste roll ja kriisireguleerimise alased tegevused ei ole selgelt reguleeritud (käesolev töö, lk 42). Sotsiaalministeeriumi vastutusala strateegiadokumendid ei püstita vastavaid eesmärke (käesolev töö, lk 46). Määrus „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ ei ole kooskõlas kehtiva hädaolukorra seadusega ning massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise plaaniga (käesolev töö, lk 43). Tervishoiualast hädaolukorda lahendav juhtivasutus ning juhtimisstruktuur ja selle toimimise põhimõtted on määratlemata. Eraõiguslike tervishoiuteenuse osutajate tegevuste juhtimiseks vajaliku käsuõiguse loomiseks vajalik meditsiinijuhi määramise protseduur on välja töötamata. Määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ nimetatud meditsiinijuhi isik ei ole teada ning Sotsiaalministeeriumi kriisireguleerimismeeskonda reaalselt ei eksisteeri. Päästesündmuse lahendamisel regionaalsesse staapi määratud Terviseameti regiooni talituse direktoril puudub tervishoiuressurssi juhtimiseks käsuõigus. (käesolev töö, lk 45) Ebapiisavast regulatsioonist tulenevad takistused masskannatanutega suurõnnetuste lahendamisel on leidnud kinnitust erinevatel kriisireguleerimisõppustel (käesolev töö, lk 45).

Uuringu tulemustest järeldub, et täna ei ole selgelt määratletud, kes ja kuidas koordineerib masskannatanutega suurõnnetuse korral tervishoiuasutuste tegevusi. Hädaolukorras võivad juhtimisstruktuuri käivitamisega seotud probleemid tuua kaasa täiendava inimelude kaotamise. Tervishoiusüsteemi valmisolekut mistahes hädaolukorras tippametnike tasemel aktiveeruda rõhutab ka kriisireguleerimise teooria (käesolev töö, lk 30).

Ekspertintervjuudega kogutud andmed analüüsiti kolme kategooria lõikes. Kategooria „**Hetkeolukord ja probleemid**“ raames käsitleti masskannatanutega hädaolukordade lahendamise korraldust ja juhtimisstruktuure, koostööd teiste reageerivate asutustega, kommunikatsiooni ja infovahetust, ressursidega seonduvat ja õiguslikke probleeme, selgitati välja ekspertide arvamus tervishoiusüsteemi valmisolekust hädaolukordadeks ning peamised takistused selle valdkonna arengus.

Uuringu tulemusel selgus, et tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisolekule on kogemuse puudumisest tulenevalt keeruline hinnangut anda. Peaaegu pooled eksperdid väljendasid seisukohta, et masskannatanutega õnnetustega toimetulekuks valmisolekut täna ei ole.

Uuringust järeldub, et peamiseks probleemideks on juhtimisstruktuuride ja –korraldusega seonduv. Ekspertintervjuud kinnitasid dokumendianalüüsis käsitletud ebaselgust selles, kuidas käivitub hädaolukorra lahendamine regionaalsel ja üleriigilisel tasandil, kes on hädaolukorra juht tervishoiusüsteemis ja missugused on tema õigused tervishoiuteenuse osutajate tegevuse koordineerimisel ning missugused käsuliinid tekivad (käesolev töö, lk 48). Uuringu tulemuste kohaselt saavad eksperdid erinevalt aru sellest, kes koordineerib hädaolukorras haiglate ja kiirabibrigaadi pidajate tegevust.

Masskannatanutega hädaolukordade õigusliku regulatsiooniga seoses järeldub uuringust, et peamiseks probleemiks on käsuõiguse loomine eraõiguslike kiirabipidajate tegevuse juhtimiseks. Selleks vajalik mehhanism on õigusaktideks olemas meditsiinijuhi määramise protseduuri näol, kuid selle rakendamine on kokkuleppeline, ajamahukas ning testimata. (käesolev töö, lk 49)

Uuringu tulemustest selgus ka vajadus tervishoiualase hädaolukorra ja selle tekkimise ohu fikseerimiseks ning vastavate õiguslike tagajärgede reguleerimiseks. Masskannatanutega suurõnnetuse korral tehtavad ümberkorraldused haiglate ja kiirabibrigaadi pidajate tegevuses – plaaniliste operatsioonide ärajätmine, mitte-eluohtlikele väljakutsele reageerimise peatamine jt meetmed toovad kaasa muudatused arstiabi kättesaadavuses teistele patsientidele ning suurenenud kulud tervishoiuteenuse osutajatele. Sellest tulenevalt on vajalik täiendavalt reguleerida tervishoiuteenuse osutajate vastutus tervishoiualases hädaolukorras antava meditsiiniabi kvaliteedi osas ning masskannatanute vastuvõtu või selleks valmistumisega seotud kulutuste rahastamine. Viimase osas tõi Sotsiaalministeeriumi ekspert välja vastava kokkuleppe olemasolu Haigekassaga. (käesolev töö, lk 50)

Tervishoiu ressursside juhtimise tähtsus tervishoiualastes hädaolukordades tuleneb vajadusest tagada meditsiiniline abi nii sündmuskohal kui kiirabibrigaadi pidaja teeninduspiirkonnas. Uuringu tulemustest järeldub, et üheselt mõistetava ning kõikidele hädaolukorra lahendamise seotud osapooltele teadaoleva tervishoiuressursi jaotamise ja koordineerimise korraldus puudub. Seda rõhutas mitme eksperdi väljaütlemine, et nad ei tea, kes hakkab suurõnnetuse puhul tegelema täiendavate kiirabibrigaadide suunamisega sündmuskohale ja kannatanute jaotamisega haiglate vahel. Terviseameti seisukoht, et tervishoiuressursi peaks ka hädaolukorras koordineerima ja juhtima Häirekeskus, oli vastuolus Sotsiaalministeeriumi ja Häirekeskuse ekspertide arvamusega, kes nägid igapäevase tegevuse piire ületavas olukorras vajalikuna Terviseameti sekkumist. (käesolev töö, lk 52)

Uuringust võib järeldada, et kuigi eksperdid peavad planeerimise protsessi ning kooskõlastatud plaanide olemasolu oluliseks, hindavad mitmed neist tänast toimepidevuse plaanide haldamist formaalseks ning nende sisulist hindamist, omavahelist võrdlemist, ühtlustamist ja tervikpildi loomist ebapiisavaks. Täiendavalt toodi välja vajadus haiglate siseste riskide, nagu elektrikatkestus või veevarustuse häired, kõrval välisteks riskideks valmisolekut planeerida. (käesolev töö, lk 50)

Tervishoiualaste hädaolukordade lahendamiseks vajalike ressursside osas tõi uuring välja vajaduse kriisireguleerimisalaste tegevuste täiendavaks rahastamiseks (käesolev töö, lk 53), inimressursi, sh valdkonnas pädevate töötajate vähesusest ning personali riskisutusest tulevad ohud (käesolev töö, lk 53) ning tehniliste ressursside piiratuse (käesolev töö, lk 53).

Uuringu tulemustest järeldub, et koostöö tähtsus tervishoiu kriisireguleerimises ei ole väljendunud teoreetilistes käsitlustes toodud määral. Ekspertide suhteliselt vähene huvi koostöö suurendamise vastu võib osaliselt tuleneda kogemusest, et nende poolt olulisena välja toodud küsimustes ei toimu arenguid ning probleemidele ei leita osapoolte koostöös ka alternatiivseid lahendusi, mistõttu hinnati koostööd Terviseametiga mitme eksperdi poolt formaalseks. Koostööd peetakse siiski vajalikuks ning inimestevaheliste suhete mõttes hinnati see mitme eksperdi poolt heaks. (käesolev töö, lk 54)

Kommunikatsiooni ja infovahetuse osas näeb autor uuringu järeldusena ohtu, et info hädaolukorrast või selle võimalikust tekkimisest ei jõua õigeaegselt haiglateni, mis vähendab masskannatanute vastuvõtuks valmistumise, sealhulgas täiendava personali mobiliseerimise, voodikohtade ettevalmistamise jms jaoks vajalikku aega. Ekspertid rõhutasid ka vajadust olla valmis teavitama avalikkust arstiabi kättesaadavuse piiramisest ja infoliinide avamiseks kannatanute lähedastele. (käesolev töö, lk 54)

Uuringu tulemustest järeldab autor, et tervishoiusüsteem ei kasuta täna piisavalt tervishoiuteenuse osutajate initsiatiivi. Kõikide koostööpartnerite poolt, kokku peaaegu poolte intervjuude käigus, nimetasid eksperdid Tallinna kiirabi poolt loodud välijuhte. Sellise võimekuse loomise vajadus üle-Eestilisena oli ka üheks suurõppuse EU CREMEX 2011 hindamisraportis tehtud ettepanekuks. Tallinna kiirabi senise kogemuse kaasamine toetaks sündmuskohal kiirabibrigaadide tegevust koordineeriva juhtimisvõimekuse loomist. (käesolev töö, lk 55)

Peamised takistused tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise arengus selgitati uuringus välja ekspertintervjuude lõpetuseks esitatud vastava küsimuse vastuste analüüsimisel. Uuringu tulemustest võib järeldada, et valdkonna arengu toetamiseks on olulisim riiklikul tasandil vastavate prioriteetide seadmine, pädevuse loomine, ühtse vaate kujundamine ning vajalike ressursside tagamine. (käesolev töö, lk 56)

Kategooria hetkeolukord ja probleemid analüüsimisega leiti magistritöös vastused uurimisküsimustele 1 ja 2. Kokkuvõtvalt järeldeb autor, et masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise korralduses ning regulatsioonis tervishoiusüsteemi riiklikul tasandil esinevad olulised puudused, millest tulenevalt on olemas oht, et õnnetuse toimumisel ei suudeta tagada kannatanutele vajalikku abi.

Kriisireguleerimise teooria kohaselt peab tervishoiusüsteem olema valmis kõrgemal tasandil kiiresti aktiveeruma ning osalema hädaolukorra lahendamise juhtimisel, mis suuremastaabiliste õnnetuste korral toimub koostöös pääste-, politsei- ja teiste kaasatud valdkondade esindajatega moodustatavates juhtimisstruktuurides. Eestis puudub vajalik regulatsioon, mis määratleks üheselt tervishoiuasutuste tegevust koordineeriva juhtivasutuse ja tagaks vajaliku käsuõiguse. Välja on töötamata juhtimisstruktuuride toimimise põhimõtted ja korraldus. Hädaolukorra lahendamisel regionaalsel tasandil puudub legitiimne tervishoiuasutuste töö koordineerija, üleriigilise tasandi meditsiinijuhi isik ei ole ette teada ning tema määramise protseduur on kokkuleppeline, ajamahukas ja testimata.

Uuringust järeldeb, et tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise arengu peamiseks takistuseks on valdkonna ebapiisav prioriseerimine riiklikul tasandil, ühtse üleriigilise vaate puudumine, valdkonna ebapiisav regulatsioon ja ressursside vähesus.

Uurimisküsimustele 1 ja 2 vastamiseks analüüsi kategooria „**Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastutus ja roll**“ raames intervjuudes välja toodud seisukohti Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja tervishoiuteenuse osutajate rollist ja vastutusest masskannatanutega hädaolukordade lahendamisel ning riikliku kriisireguleerimissüsteemi kohta väljendatud arvamusi.

Uuringu tulemustest võib järeldada, et tervishoiuasutused tõlgendavad erinevalt Terviseameti rolli kriisireguleerimissüsteemis. Teooria tõstab avaliku sektori liidrite tähtsuse esile tulenevalt kriiside laiaulatuslikkusest ja kompleksisusest ning kaasaegse ühiskonna kõrgetest ootustest riigi kriisidega toimetuleku võimekusele. Enamik eksperte ootab masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise koordineerimist Terviseametilt. Terviseameti käsitus oma rollist jäi intervjuudes ebaselgeks ning väljendus peamiselt seadusandlusega pealepandud ülesannete täitmise kohustuses. (käesolev töö, lk 57)

Tervishoiusüsteemi moodustavate erinevate asutuste rolli ja vastutuse määratlemiseks koondati ekspertide avaldatud arvamused Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ning tervishoiuteenuse osutajate ülesannetest. Uuringu tulemusel võib järeldada, et rollide käsitus vastab kriisireguleerimissüsteemi detsentraliseeritusele osaliselt. Tervishoiuteenuse osutajad näevad valdkonna kriisireguleerimisalaste tegevuste koordineerijana ja juhina Terviseametit ning vastava

strateegia kujundajana Sotsiaalministeeriumi. Sotsiaalministeeriumi eksperdi poolt kinnitati ministeeriumi rolli valitsemisala kriisireguleerimise eest vastutaja ning vajaliku õigusliku regulatsiooni tagajana, samas kui Terviseamet end masskannatanutega hädaolukordade lahendamise juhtivasutusena selgelt ei määratle. (käesolev töö, lk 57, 85)

Mitu eksperti tõi välja oma arvamuse riikliku kriisireguleerimissüsteemi osas. Uuringust järeldub, et detsentraliseeritud kriisireguleerimissüsteem ei ole Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas täielikult omaks võetud. Nii Sotsiaalministeeriumi kui Terviseameti eksperdid väljendasid seisukohta, et tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist peaks juhtima ja koordineerima Siseministeerium, mitu eksperti pidasid vajalikuks kaaluda täiendava, ainult tervishoiusüsteemi või kogu kriisireguleerimist koordineeriva struktuuri loomist (käesolev töö, lk 58). Autor seostab ootuse kriisireguleerimise suuremaks tsentraliseerituseks teooriast selgunud lõhega tervishoiuvaldkonna ja üldise kriisireguleerimissüsteemi vahel (käesolev töö, lk 56).

Kokkuvõtvalt järeldab autor, et kategoorias „Hetkeolukord ja probleemid“ käsitletud puudused masskannatanutega hädaolukordadeks valmisolekus on seotud kategoorias „Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastutus ja roll“ väljaselgitatud tervishoiuasutuste erineva käsitlusega oma ülesannetest ning sellega, et Terviseamet ei määratle end valdkonna juhtivasutusena. Uuringust tulenevalt võib ütelda, et olemasolevate probleemide lahendamist ning kriisireguleerimise arendamist tervishoiusüsteemis ei ole tervishoiuametnike poolt selgelt oma ülesandena sõnastatud.

Uurimisküsimusele 3 vastamiseks moodustati kategooria „**Ettepanekud valmisoleku tõstmiseks**“, mille raames analüüsiti ekspertide poolt hädaolukordade lahendamise korralduse ja regulatsiooni tõhustamise ja ressursside suurendamise võimaluste ning õppuste läbiviimisega seoses avaldatud arvamusi, mis toodi välja täiendavalt vajadusele lahendada kategoorias „Hädaolukord ja probleemid“ analüüsitud kitsaskohad.

Uuringust järeldub, et põhjendatud on kaaluda masskannatanutega hädaolukordade lahendamiseks vajaliku regionaalse tasandi 24/7 võimekuse loomist koostöös tervishoiuteenuse osutajatega. Ekspersedid pakkusid välja erinevaid võimalusi tervishoiuasutuste tegevuse koordineerimiseks ja juhtimiseks hädaolukorras. (käesolev töö, lk 58)

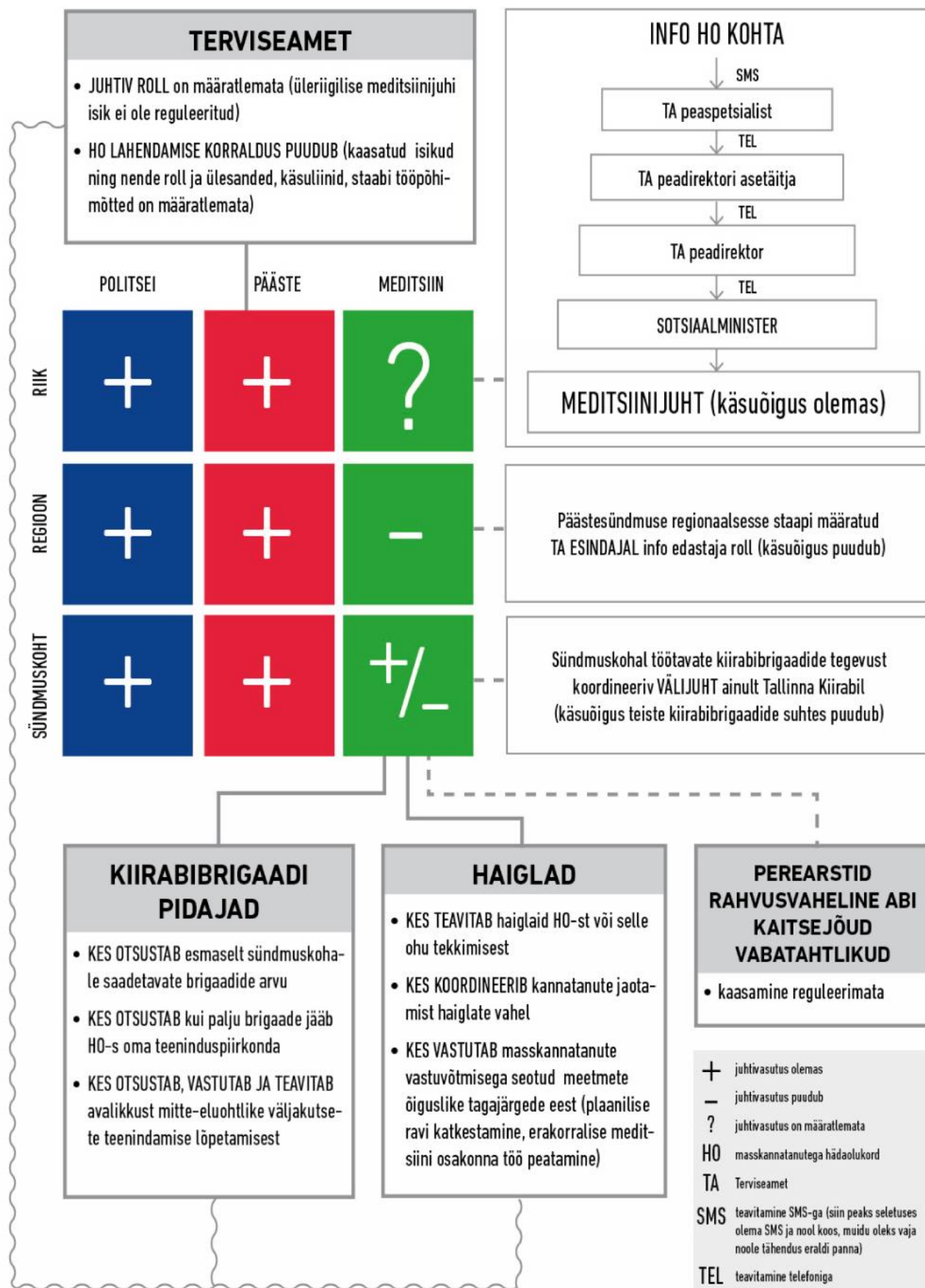
Ekspertintervjuudest selgus tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise ühe takistusena ressursside vähesus. Uuringu tulemusel võib järeldada, et täna on kasutamata mitmed võimalused hädaolukorra lahendamiseks vajalikke täiendavaid ressursse kaasata. Ekspertide poolt toodi välja vajadus korraldada eellepingute ning vajalike kontaktide loomisega rahvusvahelise abi kaasamine, tõhustada koostööd kaitsejõududega ning töötada välja regulatsioon perearstisüsteemi mobiliseerimiseks ja vabatahtlike osalemiseks hädaolukordade lahendamisel. (käesolev töö, lk 58)

Uuringuga leidis kinnitust teorias rõhutatud õppuste olulisus hädaolukordadeks valmistumisel, vastavat temaatikat käsitlesid intervjuus kõik eksperdid. Järeldusena võib välja tuua vajaduse hädaolukordadeks valmisoleku alase väljaõppe paremaks süstematiseerituseks. Õppuste planeerimine peaks lähtuma riskianalüüsist, millega välja selgitatud koolitusvajadus oleks aluseks tsükilise koolituskava väljatöötamisel ja regulaarsel testimisel õppuste vormis. (käesolev töö, lk 59)

Kokkuvõtvalt võib järeldada, et täna on kasutamata mitmed võimalused parandada tervishoiusüsteemi võimekust hädaolukordi lahendamiseks. Autor tõstab esile rahvusvahelise abi korraldamise vajadust, mille kaasamise efektiivsus võib mängida otsustavat rolli inimelude päästmisel masskannatanutega õnnetusel. Oluline on tõhustada koostööd kaitsejõududega ning korraldada perearstide ja vabatahtlike kaasamine hädaolukorra lahendamiseks. Kriisireguleerimisõppuste korraldamisel tõstab autor esile vajaduse luua planeerimisprotsessi osana terviklik koolitustsükkel, milles õppuste tulemuste hindamine annaks omakorda sisendi järgmise koolitustsükli arendamiseks.

Magistritöös läbi viidud uuringu põhjal järeldab autor, et selgelt määratletud rollidega asutustest koosnev ja terviklikult reguleeritud tervishoiu kriisireguleerimissüsteem Eestis täna puudub. Sellest tulenev oht kaotada masskannatanutega õnnetusel täiendavalt inimelusid tingib vajaduse valdkonna arengu prioriseerimiseks riiklikul tasandil ning vastavate tegevuste planeerimiseks. Magistritöös läbi viidud uuring ei ole autori hinnangul ammendav tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise ning nendeks valmistumise terviklahenduse väljatöötamiseks. Eesti kriisireguleerimissüsteemist ning tervishoiukorraldusest lähtuva parima praktika väljaselgitamiseks on vajalik viia läbi täiendavad uuringud tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise teoreetilistest käsitlustest ning teiste riikide kogemustest.

Magistritöös läbi viidud uuringu järeldused sellest, kuidas on korraldatud masskannatanutega hädaolukordade lahendamine tervishoiusüsteemis ning missugused probleemid sellega seonduvalt tõusetuvad, on sündmuse lahendamise tasandite ja selles osalevate asutuste lõikes koondatud joonisel 3.



Joonis 3. Masskannatanutega hädaolukordade lahendamise korraldus tervishoiusüsteemis ning tõusetuvad probleemid vastavalt sündmuse lahendamise tasandile ja asutusele (autori koostatud)

Eeltoodust tulenevalt esitab autor alljärgnevalt üldised **ettepanekud** tervishoiusüsteemi kriisireguleerimispõhimõtete väljatöötamiseks ning läbi viidud uuringus tõusetunud probleemidele lahenduste leidmiseks. Kriisireguleerimise teooriast lähtudes on põhjendatud jätkata detsentraliseeritud kriisireguleerimissüsteemiga ning töötada välja täiendavad meetmed tervishoiuvaldkonna kriisireguleerimisse integreerimiseks.

Autor tõstab esile vajaduse kujundada tervishoiualasteks hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise ühtne terviklik struktuur ning määratleda osapoolte rollid tervishoiuvaldkonna kriisireguleerimises. Sellest tulenevalt esitab autor alljärgnevad ettepanekud.

Ettepanekud Siseministeeriumile:

- analüüsida võimalusi tervishoiuvaldkonna tõhusamaks integreerimiseks detsentraliseeritud kriisireguleerimissüsteemi;
- kaaluda vajadust töötada välja järelevalvemeetodid (tervishoiusüsteemi) kriisireguleerimisalaste tegevuste kvaliteedi hindamiseks ja tõstmiseks;
- analüüsida võimalusi kriisireguleerimise teaduse ning praktika tihedamaks lõimimiseks.

Ettepanekud Sotsiaalministeeriumile:

- prioriseerida kriisireguleerimisvaldkond ning püstitada vastavad eesmärgid strateegiadokumentides;
- täpsustada Sotsiaalministeeriumi ja Terviseameti rollid tervishoiusüsteemi kriisireguleerimises.

Täiendavalt esitab autor üldised suunised tegevuste osas, mis toetavad masskannatanutega hädaolukordadeks valmisoleku tõstmist. Vajalike meetmete väljatöötamisel soovib autor kaasata Häirekeskuse, Politsei- ja Piirivalveameti, Päästeameti ja tervishoiuteenuse osutajate esindajad.

Ettepanekud õigusliku regulatsiooni osas:

- määratleda õigusaktides üheselt tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise juhtivasutus;
- tagada sündmuskohal, regionaalsel ja üleriigilisel tasandil vajalik käsuõigus eraõiguslike tervishoiuteenuse osutajate juhtimiseks ja tegevuste koordineerimiseks;
- töötada välja tervishoiualase hädaolukorra ja selle ohu tekkimise fikseerimise meetodika;
- reguleerida ravikvaliteedi ja arstiabi kättesaadavusega seotud vastutus tervishoiualastes hädaolukordades.

Ressursside osas:

- töötada koostöös Haigekassaga välja hädaolukordadeks valmisoleku tõstmise ja nende lahendamise rahastamise põhimõtted ning regulatsioon;
- rahastada täiendavalt kriisireguleerimise alaseid tegevusi;
- tõhustada koostööd kaitsejõududega;
- selgitada välja rahvusvaheliste ressursside kaasamise võimalused ja sõlmida vajalikud kokkulepped;
- töötada välja regulatsioon perearstisüsteemi mobiliseerimiseks hädaolukorras;
- tõhustada koostööd vabatahtlike organisatsioonide ning meditsiinalast haridust andvate õppeasutustega.

Tervishoiuallasteks hädaolukordadeks valmistumise osas:

- töötada välja hädaolukordadeks valmistumise üldised põhimõtted ning vajalikud struktuurid ja nende rollid;
- töötada välja riskianalüüsidel põhinev terviklik koolituste ja õppuste süsteem;
- tõhustada koostööd Päästeameti, Politsei- ja Piirivalveameti ning Häirekeskusega.

Masskannatanutega hädaolukordade lahendamise osas:

- töötada välja tervishoiuallaste hädaolukordade lahendamise juhtimisstruktuur ja kehtestada selle toimimise põhimõtted;
- luua 24/7 reageerimisvalmidusega regionaal- ja üleriigilise tasandi juhtimisvõimekus;
- töötada välja üle-Eestilise kiirabibrigaadide tegevust koordineerivate välijuhtide võrgustiku toimimise põhimõtted;
- töötada välja kiirabibrigaadide väljasõidukord;

Kommunikatsiooni ja infovahetuse osas:

- töötada välja kord haiglate alarmeerimiseks masskannatanutega õnnetusest või selle ohust;
- pöörata kommunikatsioonistrateegiates täiendavat tähelepanu vajadusele olla valmis teavitama avalikkust arstiabi kättesaadavuse piiramisest.

Tervishoiusüsteemi kriisireguleerimisvõimekuse tõstmist toetab täiendavate uuringute läbiviimine tervishoiuallaste hädaolukordade lahendamise teoreetilistest käsitlustest ning teiste riikide kogemustest.

KOKKUVÕTE

Kaasaegsete kriiside ulatuslikkus, komplitseeritus ning järjest raskemad tagajärjed tõstasid magistritöö **uurimisprobleemina** küsimuse, missugune on Eesti tervishoiusüsteemi valmisolek hädaolukordadeks. Magistritöö **aktuaalsus** tuleneb vajadusest tagada masskannatanutega hädaolukordades vajalik meditsiiniline abi päästmaks võimalikult paljude inimeste elu ja tervis ning kriisireguleerimise valdkonna prioriseerimisest ÜRO, Euroopa Liidu ja Eesti julgeolekualastes strateegiadokumentides. Kuna Eesti tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist ning valmisolekut masskannatanutega hädaolukordadeks seni autorile teadaolevalt uuritud ei ole, on käsitletud teema **uudne**. Magistritöö **originaalsus** tuleneb tervishoiualaste hädaolukordade käsitlemisest sisejulgeoleku ja kriisireguleerimise aspektist.

Magistritöö **eesmärgiks** oli selgitada välja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise korraldus ja peamised praktikas tõusetuvad probleemid Eestis ning esitada ettepanekud tervishoiusüsteemi hädaolukordadeks valmisoleku tõstmiseks. Eesmärgi saavutamiseks püstitati neli **uurimisülesannet**: analüüsida teoreetilisi käsitlusi kriisireguleerimisest ja hädaolukorra lahendamise mõjuritest; analüüsida masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise juhtimise korraldust ja õiguslikku regulatsiooni Eestis; viia läbi ekspertintervjuud masskannatanutega hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise võimekuse ning tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise peamiste takistuste väljaselgitamiseks ning töötada välja ettepanekud tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekuse tõstmiseks. Töö eesmärk ja uurimisülesanded täideti ning probleemile ja uurimisküsimustele leiti vastused.

Magistritöö koosneb kahest peatükist. Esimeses peatükis analüüsiti teoreetilisi käsitlusi kriisireguleerimisest ning hädaolukordadeks valmisoleku mõjureid. Selle esimene alapeatükk keskendus fundamentaalsetele muutustele 21. sajandi kriiside olemuses ja sellest tulenevalt toimuvale paradigma vahetumisele kriisireguleerimise teoorias. Teine alapeatükk selgitas välja olulisemad mõjurid hädaolukordadeks valmisolekus, nende lahendamises ja selle protsessi juhtimises. Tervishoiuvaldkonna fookustas kolmas alapeatükk, milles toodi välja kriisireguleerimise erisused tervishoiusüsteemis ning olulisemad takistused selle valdkonna arengus.

Kriisireguleerimise teooria analüüs tõi välja olulised muudatused kaasaegsete kriiside olemuses. Uued megakriisid on senisest keerukamad, laiaulatuslikumad, ning pikaajaliste järelmõjudega. Vajadus sellisteks kriisideks valmis olla on toonud kaasa vastavad arengud kriisireguleerimise teaduses ning uue paradigma kujunemise. Prevaleeriv kontseptsioon kerksusest on suunatud ühiskonna kohanemisvõime arendamisele, mis võimaldab säilitada kriisiolukorras aktsepteeritaval tasemel toimimine, kogetud kriisidest õppida ja parandada tulevaste kriisidega toimetulekut.

Hädaolukordade lahendamise seisukohast soodustab uus paradigma juhtimismudelite detsentraliseerituse suurenemist, avaliku sektori liidrite rolli tähtsustumist, toimivate juhtimisstruktuuride, tõhusa koostöö, planeerimise ja õppuste olulisust, kommunikatsiooni suurenenud mõju ning kriisireguleerimise tihedamat seost sotsiaalteadustega. Tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise peamiste väljakutsetena toob teooria välja selle koosnemise erinevatel õiguslikel alustel tegutsevatest asutustest ning lõhe tervishoiuvaldkonna ja üldise kriisireguleerimissüsteemi vahel. Teoreetikud peavad oluliseks teadlikke pingutusi tervishoiu integreerimiseks kriisireguleerimisse ja teadusasutuste rolli selles.

Magistritöö teises, empiirilises peatükis, leiti vastused uurimisprobleemi täpsustamiseks püstitatud kolmele uurimisküsimusele ja täideti uurimisülesanded. Uurimisstrateegiaks valiti juhtumiuuring ning andmekogumismeetoditeks olid dokumendianalüüs ja poolstruktureeritud ekspertintervjuud. Eesmärgistatud valimisse kuulusid 14 tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise seotud pikaajalise kogemusega eksperti, kellega läbi viidud intervjuud kogukestvusega 13 tundi transkribeeriti ning analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsiga, kasutades andmeanalüüsi programmi NVivo for Mac versiooni 10.2.0. Ekspertintervjuudega kogutud andmed analüüsiti kolme kategooria lõikes: „Hetkeolukord ja probleemid“, „Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide roll ja vastutus“ ning „Ettepanekud“.

Teoreetiliste käsitluste ning empiirilise uuringuga kogutud andmete analüüsi tulemusel jõudis autor alljärgnevate peamiste järeldusteni:

- kehtivas regulatsioonis ei ole selgelt määratletud, kes ja kuidas koordineerib masskannatanutega suurõnnetuse korral tervishoiuasutuste tegevusi. Tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise eest vastutava Sotsiaalministeeriumi strateegiadokumentides ei püstitata tervishoiualasteks hädaolukordadeks valmistumise ja nende lahendamise arendamisele suunatud eesmäärke. Valdkonda reguleerivates õigusaktides esinevad vastuolud ning regiooni tasandi tervishoiuvaldkonna juhil puudub eraõiguslike tervishoiuteenuse osutajate suhtes käsuõigus;
- olulisim probleem masskannatanutega hädaolukordade lahendamisel tervishoiuvaldkonnas on juhtimisstruktuuride ja –korralduse ebaselgus. Tervishoiusüsteemi osapooltel puudub ühtne teadmine sellest, kuidas käivitub hädaolukorra lahendamine regionaalsel ja üleriigilisel tasandil, kes on hädaolukorra juht tervishoiusüsteemis ja millised on tema õigused tervishoiuteenuse osutajate tegevuse koordineerimisel, ning missugused käsuliinid tekivad;

- regionaalsel ja üleriigilisel tasandil tervishoiualaste hädaolukordade lahendamiseks vajaliku käsuõiguse loomine eraõiguslike tervishoiusteenuste osutajate tegevuste juhtimiseks toimub määruses „Tervishoiukorraldus hädaolukorras“ sätestatud meditsiinijuhhi määramisega Sotsiaalministeeriumi poolt. Selleks vajalik protseduur on kokkuleppeline, ajamahukas ning testimata;
- reguleerimata on hädaolukorra ja selle tekkimise ohu fikseerimine ning õiguslikud tagajärjed. Määratleda on vajalik masskannatanute vastuvõtmiseks tehtavatest ümberkorraldustest haiglate tegevuses ja kiirabi väljakutsete teenindamisel tulenev vastutus ning valmisoleku tõstmise rahastamine;
- masskannatanutega hädaolukorra lahendamiseks vajalike ressursside juhtimise osas on tervishoiusüsteemi osapoolte seisukohad vastuolulised. Selgelt ei ole määratletud, mis asutus koordineerib hädaolukorras kiirabibrigaadide väljasaatmist ning kannatanute jaotamist haiglatesse;
- reguleerimata on võimalus kaasata masskannatanutega hädaolukorra lahendamisse rahvusvaheline abi, perearstid ja vabatahtlikud ning koostöö kaitsejõududega;
- tervishoiualasteks hädaolukordadeks valmistumise planeerimine ei ole terviklik, vajalik on plaanide sisuline hindamine ja ühtlustamine;
- tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise arendamiseks on esmatähtis riiklikul tasandil vastavate prioriteetide seadmine, ühtse vaate kujundamine, pädevuse loomine ning vajalike ressursside tagamine.

Selgelt määratletud rollidega asutustest koosnev ja terviklikult reguleeritud tervishoiu kriisireguleerimissüsteem Eestis täna puudub. Sellest tulenev oht kaotada masskannatanutega hädaolukorras täiendavalt inimelusid tingib vajaduse valdkonna arengu prioriseerimiseks riiklikul tasandil. Magistritöös esitatakse empiirilise uuringu põhjal tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise võimekuse tõstmiseks üldised suunised ja ettepanekud.

Täiendavate uuringutega on vajalik selgitada välja tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise teoreetilised seisukohad ning teiste riikide kogemus, et teha ettepanekud Eesti tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise tõhustamiseks.

Magistritöö **vajalikkus** Eesti sisejulgeolekuvaldkonnas tuleneb tervishoiusüsteemi kriisireguleerimisvõimekuse olulisusest inimeste elu ja tervise kaitsmisel hädaolukorras. Uuringu tulemuste põhjal tehtud ettepanekud on praktikas **rakendatavad**.

SUMMARY

The relevance of this Master's thesis arises from the need to ensure medical assistance for mass-casualty incidents in order to save the life and health of as many persons as possible; and from the prioritisation of crisis management in the security strategy documents of the UN, European Union and Estonia.

The aim of the Master's thesis is to identify the organisation of solving health care emergency situations and main problems that arise in practice in Estonia, as well as to make proposals regarding improving readiness for health care system emergencies.

The theoretical part of the Master's thesis analysed the contemporary approaches to crisis management and the significant influencers of the readiness for emergency situations as well as integration of health care into the crisis management system. The strategy for the empirical research was case study, the data collection methods used were document analysis and semi-structured expert interviews. NVivo for Mac version 10.2.0 was used for carrying out the qualitative content analysis.

The study found answers to the following research questions: 1) How has Estonia organised and regulated preparation for mass-casualty incidents and the management of their solving on the national level? 2) Which are the main obstacles for the preparation for mass-casualty incidents and their solving? 3) Which are the possibilities for increasing crisis management capacity of the health care system?

As a result of the Master's thesis it was established that there is no integrally regulated health care crisis management system with clearly defined roles in Estonia. The related risk to lose additional lives in mass-casualty incidents conditions the need for improving crisis management capacity of the health care system.

Considering the health care system from the aspect of crisis regulation is new in the field of internal security. As a result of the research carried out within the framework of this Master's thesis, proposals are made for improving the readiness for mass-casualty incidents, which are applicable in practice. Further research regarding theoretical approaches to solving health care emergencies and experiences of other countries in this field allow developing a health care system crisis management solution based on Estonian crisis management system and health care administration.

VIIDATUD ALLIKAD

Advokaadibüroo Sorainen AS, 2013. *Kriisireguleerimise valdkonna juriidiline analüüs*.

[Võrgumaterjal] Leitav:

https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/kriisireguleerimise_valdkonna_jurii_diline_analuus.pdf [Kasutatud 10 12 2014].

Alexander, A., 2005. Towards the development of a standard in emergency planning. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 14(2), pp. 158-175.

Ansell, C., Boin, A. & Keller, A., 2010. Managing transboundary crises: Identifying the building blocks of an effective response system. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 18(4), pp. 195-207.

Baker, M. S., 2007. Creating Order from Chaos: Part I: Triage, Initial Care and Tactical Considerations in Mass Casualty and Disaster Response. *Military Medicine*, Vol 172 (3), pp. 232-236.

Berlin, J. M. & Carlström, E. D., 2011. Why is collaboration minimised at the accident scene? A critical study of a hidden phenomenon. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 20(2), pp. 159-171.

de Boer, J. & van Remmen, J., 2005. *Kord kaoses. Hädaolukordade meditsiinilise käsitlemise emergomeetriline modelleerimine*. Tallinn: Tervishoiuamet.

Boin, A. & 't Hart, P., 2007. *The Crisis Approach*. In *Handbook of Disaster Research*. New York: Springer, pp. 42-55).

Boin, A., 't Hart, P., Stern, E. & Sundelius, B., 2005. *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure*. Cambridge: University Press.

Boin, A., 2004. Managing Crises in the Twenty-First Century. *International Studies Review*, 6(1), pp. 165-194.

Boin, A., 2009. The new world of crises and crisis management: Implications for policymaking and research. *Review of Policy Research*, 26(4), pp. 367-377.

Boin, A., Kofman-Bos, C. & Overdijk, W., 2004. Crisis simulations: Exploring tomorrow's vulnerabilities and threats. *Simulation & Gaming*, 35(3), pp. 378-393.

Boin, A. & Lagadec, P., 2000. Preparing for the Future: Critical Challenges in Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 8(4), pp. 185-191.

- Boin, A. & Rhinard, M., 2008. Managing Transboundary Crises: What Role for the European Union. *International Studies Review*, Issue 10, pp. 1-26.
- Bradt, D. A., Abraham, K. & Franks, R., 2003. A strategic plan for disaster medicine in Australasia. *Emergency Medicine*, Issue 15, pp. 271-282.
- * Britton, N., 1989. *Anticipating the Unexpected: Is the Bureaucracy Able to Come to the Dance? Working Paper No 1*. Sydney: Cumberland College of Health Sciences, Disaster Management Studies Centre.
- Burkle, F. M., 2006. Globalization and disasters: issues of public health, state capacity and political action. *Journal of International Affairs*, 59(2), pp. 241-265.
- Carne, B., Kennedy, M. & Gray, T., 2012. Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*, 24(1), pp. 7-13.
- Corcoran, S., Niven, A. & Reese, J., 2011. Critical Care Management of Major Disasters: A Practical Guide to Disaster Prevention in the Intensive Care Unit. *Journal of Intensive Care Medicine*, 27(1), pp. 3-10.
- Dar, O., Buckley, E.J., Rokadiya, S., Huda, Q. & Abrahams, J., 2014. Integrating Health Into Disaster Risk Reduction Strategies: Key Considerations for Success. *American Journal of Public Health*, 104(10), pp. 1811-1816.
- Devitt, K. R. & Borodzicz, E. P., 2008. Interwoven Leadership: the Missing Link in Multi-Agency Major Incident Response. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 16(4), pp. 208-206.
- Disasters, that may affect Norwegian Society, National Risk Analysis 2013* (2013) Norwegian Directorate for Civil Protection.
- Drabek, T. E. & McEntire, D. A., 2003. Emergent phenomena and the sociology of disaster: lessons, trends and opportunities from the research literature. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 12(2), pp. 97-112.
- EU CREMEX 2011 hindamisraport* (2011). Siseministerium, (autori valduses).
- Euroopa Nõukogu, 2010. *Euroopa Liidu sisejulgeoleku strateegia. Euroopa julgeolekumudeli suunas*. [Võrgumaterjal] Leitav: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/librairie/PDF/QC3010313ETC.pdf [Kasutatud 19. 02. 2015].
- Flick, U., 2009. *An Introduction to Qualitative Research*. London, California, New Dehli, Singapore: SAGE Publications Ltd.

- Harro-Loit, H., Vihalemm, T. & Ugur, K., 2012. Cultural experience as a (critical) factor in crisis communication planning. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 20(1), pp. 26-38.
- * 't Hart, P. & Boin, R. A., 2001. *Between crisis and normalcy: The long shadow of post-crisis politics*. In U. Rosenthal, R. A. Boin, & L. K. Comfort (Eds), *Managing crises: Threats, dilemmas, opportunities*. Springfield, IL: Charles C Thomas, pp. 28-46.
- 't Hart, P. & Sundelius, B., 2013. Crisis management revisited: A new agenda for research, training and capacity building within Europe. *Cooperation and Conflict*, 48(3), pp. 444-461.
- Hémond, Y. & Robert, B., 2012. Preparedness: the state of the art and future prospects. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 21(4), pp. 404-417.
- Hodge, J. G., Hanfling, D. & Powell, T. P., 2013. Practical, ethical, and legal challenges underlying crisis standards of care. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(s1), pp. 50-55.
- Hu, J., Zeng, A. Z. & Zhao, L., 2009. A comparative study of public-health emergency management. *Industrial Management & Data Systems*, 109(7), pp. 976-992.
- Hunter, J.C., Yang, J. E., Crawley, A. W., Biesiadecki, L. & Aragón, T.J., 2013. Public Health Response Systems In-Action: Learning from Local Health Departments' Experiences with Acute and Emergency Incidents. *PloS one*, 8(11).
- * Hutter, B., 2011. *Anticipating Risk and Organizing Risk Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hädaolukorra riskianalüüsi koostamise juhend* (2011).
- Hädaolukorra seadus* (2015).
- Häirekeskus, 2014. *Häirekeskuse geoinfosiüsteem sai Aasta Logistikateo konkursil esikoha*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://www.rescue.ee/47442> [Kasutatud 17. 02. 2015].
- Ida-Eesti regionaalse kriiskomisjoni hädaolukorra lahendamise õppuse Sireen hindamisdokumendid* (2014). Päästeamet, (autori valduses).
- Jaques, T., 2012. Crisis leadership: a view from the executive suite. *Journal of Public Affairs*, 12(4), pp. 366-372.
- Kaitseministeerium, 2014. *Sõjandussõnaus andis uuteks sõnadeks sotra, lävimine ja reke*. [Võrgumaterjal] Leitav: <http://www.kmin.ee/et/sojandussonaus-andis-uuteks-sonadeks-sotra-lavimine-ja-reke> [Kasutatud 15. 02. 2015].

Kapucu, N., Arslan, T. & Demiroz, F., 2010. Collaborative emergency management and national emergency management network.. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 19(4), pp. 452-468.

Kusumasari, B., Alam, Q. & Siddiqui, K., 2010. Resource capability for local government in managing disaster. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 19(4), pp. 438-451.

Lagadec, P., 2009. *The Mega-crisis Unknown Territory: In Search of Conceptual and Strategic Breakthroughs*. [Võrgumaterjal] Leitav:

<http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/Magazine%20Special%20Mega-crises%20in%20the%2021st%20century.pdf> [Kasutatud 03.02.2015].

Laor, N. et al., 2005. Disaster intervention: an integrative systemic perspective for health and social service professionals. *NATO SECURITY THROUGH SCIENCE SERIES E HUMAN AND SOCIETAL DYNAMICS*, 4(33), pp. 33-43.

Logue, J., 2006. The public health response to disasters in the 21st century: reflections on Hurricane Katrina. *Journal of environmental health*, 69(2), pp. 9-13.

Lurie, N., Wasserman, J. & Nelson, C., 2006. Public Health Preparedness: Evolution Or Revolution. *Health Affairs*, 25(4), pp. 935-945.

Manyena, S. B., 2012. Disaster and Development Paradigms: Too close for comfort?. *Development Policy Review*, 30(3), pp. 327-345.

Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise plaani kommunikatsioonikava. Sotsiaalministeerium, 2015d, (autori valduses).

Maurer, K., Ross, M., Rääm, T. & Saar, P., 2014. *Hädaolukorra seaduse käsiraamat*. Tallinn: Sisekaitseakadeemia.

Merepäästeõppuse Big Boat hindamisleht (2012). Politsei- ja Piirivalveamet, (autori valduses).

Nende hädaolukordade nimekiri, mille kohta koostatakse riskianalüüs ja lahendamise plaan, ning hädaolukorra riskianalüüsi ja hädaolukorra lahendamise plaani koostamiseks pädevate täidesaatva riigivõimu asutuste määramine (2013) .

Palttala, P., Boano, C., Lund, R. & Vos, M., 2012. Communication gaps in disaster management: Perceptions by experts from governmental and non-governmental organizations. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 20(1), pp. 2-12.

Perry, R. W. & Lindell, M. K., 2003. Preparedness for emergency response: guidelines for the emergency planning process. *Disasters*, 27(4), pp. 336-350.

Pidot, J., 2013. Deconstructing Disaster. *Brigham Young Univeristy Law Review*, Issue 2, pp. 213-257.

Päästesündmusel osalevate riigi-ja omavalitsuste asutuste ning isikute koostöö kord (2012).

Quarantelli, E. L., Lagadec, P. & Boin, A., 2007. *A Heuristic Approach to Future Disasters and Crises: New, Old, and In-Between Types*. In *Handbook of Disaster Research*. New York: Springer, pp. 16-41.

Raphael, B., 2013. Mass Catastrophe: dealing with crises and disasters now and in the future. *World Medical Journal*, 59(2), pp. 79-79.

Riigi tegevusvaru hoidmise, kasutamise, kontrollimise, uuendamise ja aruandluse kord (2011).

* Rosenthal, U., 't Hart, P. & Charles, M., 1989. *Coping with crises - The Management of Disasters, Riots and Terrorism*. Springfield: Illinois.

Rosenthal, U., 2009. *21st Century Mega-Crises: New Challenges to Crisis Management*.

[Võrgumaterjal] Leitav: <http://www.patricklagadec.net/fr/pdf/Magazine%20Special%20Mega-crises%20in%20the%2021st%20century.pdf> [Kasutatud 03. 02. 2015].

Salmon, P., Stanton, N., Jenkins, D. & Walker, G., 2011. Coordination during multi-agency emergency response: issues and solutions. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 20(2), pp. 140-158.

Scholten, A., 2008. Controlled collaboration in disaster and crisis management in the Netherlands, history and practice of an overestimated and underestimated concept. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 16(4), pp. 195-207.

Siseministeerium, 2015. *Siseturvalisuse arengukava 2015-2020*. [Võrgumaterjal] Leitav:

https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/siseturvalisuse_arengukava_2015-2020_kodulehele.pdf [Kasutatud 05.04.2015].

Sjöberg, M., Wallenius, C. & Larsson, G., 2006. Leadership in complex, stressful rescue operations: a qualitative study. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 15(4), pp. 576-584.

Smet, H., Lagadec, P. & Leysen, J., 2012. Disasters Out of the Box: A New Ballgame?. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 20(3), pp. 138-348.

Sotsiaalministeerium, 2015a. *Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020*. [Võrgumaterjal]

Leitav: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf [Kasutatud 20.02.2015].

- Sotsiaalministeerium, 2015b. *Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2015-2018*. [Võrgumaterjal] Leitav: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_arengukava_ja_tooplaan/sotsiaalministeeriumi_valitsemisala_arengukava_2015-2018.pdf [Kasutatud 20.02.2015].
- Sotsiaalministeerium, 2015c. *Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise plaan*. [Võrgumaterjal] Leitav: : <http://vana.sm.ee/nc/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/tervishoiualaste-hadaolukordade-lahendamise-plaanid.html?print=1> [Kasutatud 01.03.2015].
- Suurkivi, T., 2013. *Päästeameti ülesanded riiklikus kriisireguleerimise süsteemis*. Magistritöö Tallinn: Sisekaitseakadeemia, Sisejulgeoleku instituut.
- Teddle, C. & Yu, F., 2007. Mixed methods sampling a typology with examples. *Journal of mixed methods research*, 1(1).
- Tearu, J., 2008. *Kriisireguleerimise raamistikus hädaolukordade juhtimissüsteemi suunavate strateegiate täiendamine*. Magistritöö, Tallinn: Tallinna Tehnikaülikool, Humanitaarteaduskond, Humanitaar- ja sotsiaalteaduste instituut.
- Terviseameti esindajate osalemine päästetööde regionaalses staabis* (2012). Terviseamet (autori valduses).
- Terviseameti põhimäärus* (2014).
- Tervishoiukorraldus hädaolukorras* (2014).
- Tervishouteenuste korraldamise seadus* (2015).
- Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded* (2010).
- The International Disaster Database, 2014. *Annual Disaster Statistical Review 2013*. [Võrgumaterjal] Leitav: file:///C:/Users/kasutaja/Downloads/ADSR_2013.pdf [Kasutatud 20.02.2015].
- Thomas, D. S. K., Ertugay, K. & Kemec, S., 2007. *The role of geographic information systems/remote sensing in disaster management*. In *Handbook of Disaster Research*. New York: Springer.
- Tross, J., 2008. *Siirdeperiood kriisireguleerimises vaadatuna läbi Vabariigi Valitsuse kriisikomisjoni tegevuse 1992-2002*. Magistritöö, Tallinn: Tallinna Tehnikaülikool, Humanitaarteaduskond, Humanitaar- ja sotsiaalteaduste instituut
- Tross, J., 2012. *Kriisireguleerimine. Õppematerjal*. (autori valduses).

United Nations, 2005. *Hyogo Framework for Actions 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. [Võrgumaterjal]

Leitav: http://www.preventionweb.net/files/1037_hyogoframeworkforactionenglish.pdf

[Kasutatud 19.02. 2015].

United Nations, 2015. *Post-2015 Framework for Disaster Risk Reduction*. [Võrgumaterjal] Leitav:

<http://www.preventionweb.net/english/hyogo/post-hfa/> [Kasutatud 06. 05. 2015].

VanVactor, J., 2012. Strategic health care logistics planning in emergency management. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 21(3), pp. 299-309.

World Health Assembly, 2011. *Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems*. [Võrgumaterjal] Leitav:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/3566> [Kasutatud 17. 02. 2015].

Yin, R. K., 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. 3rd ed. London: SAGE Publications

Lisa 1. Ekspertintervjuude küsimused

Tabel 23. Ekspertintervjuude küsimuste võrdlus (autori koostatud)

Pilootintervjuu küsimused	Pilootintervjuude alusel tehtud täiendused
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuidas te hindate tänast valmisolekut korraldada meditsiinilist abi masskannatanutega suurõnnetusel? 2. Palun tooge välja peamised probleemid, mida Teie näete seoses arstiabi korraldamisega masskannatanutega õnnetusel. 3. Täna tegeleb tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise Terviseamet. Kuidas hindate oma asutuse senist koostöö toimimist Terviseametiga hädaolukordade lahendamisel ning nendeks valmistumisel? 4. Hädaolukordade lahendamist juhib peamiselt kas Päästeamet või Politsei- ja Piirivalveamet. Kahe hädaolukorra – massilise mürgistuse ning epideemia – lahendamise plaan näeb juhtiva asutusena ette Terviseameti. Kuidas hindate hetkel seda valmisolekut? 5. Kes peaks Teie arvates juhtima ja koordineerima haiglate ja kiirabipidajate tegevust masskannatusega suurõnnetusel? 6. Kes peaks Teie arvates juhtima ja korraldama hädaolukordadeks valmistumist tervishoiuvaldkonnas? 7. Mida oleks Teie hinnangul vaja teha selleks, et tervishoiusüsteemil oleks parem võimekus masskannatanutega õnnetustega toime tulla? 8. Mida peaks muutma seadusandluses? 9. Mis on Teie hinnangul peamised takistused tervishoiuvaldkonna kriisireguleerimise arengus? 10. Kas soovite midagi lisada? 	<p>Lisaküsimus kõikidele ekspertidele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Täna reguleerib tervishoiukorraldust hädaolukorras Vabariigi Valitsuse määrus nr 222, mis määratleb Terviseameti, Sotsiaalministeeriumi ja tervishoiuteenuse osutajate pädevused ja ülesanded. Kuidas seda määrust kommenteeriksite? <p>Lisaküsimused Sotsiaalministeeriumi ning Terviseameti ekspertidele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Missugusena näete Sotsiaalministeeriumi/ Terviseameti rolli masskannatanutega suurõnnetuste lahendamisel ja nendeks valmistumisel? 2. Palun kirjeldage seda protsessi, mis käivitub Sotsiaalministeeriumis/Terviseametis tervishoiualase hädaolukorra tekkimisel. Kas kirjeldatud protseduurid on kuidagi reguleeritud ja läbi mängitud? <p>Pilootintervjuu küsimus nr 3 kohandati vastavalt küsimuseks koostöö kohta teiste hädaolukorra lahendamist juhtivate asutustega.</p>

Lisa 2. Ekspertintervjuude analüüsi kodeerimistabel

Tabel 24. Nvivo andmeanalüüsi kategooriad ja koodid (NVivo faili alusel autori koostatud)

Kategooria/kood/alamkood	Koodi esinemine intervjuudes	Koodi esinemissagedus
Hetkeolukord ja probleemid		
Üldine valmisolek	14	38
Juhtimisstruktuurid ja -korraldus	10	52
Kommunikatsioon ja infovahetus	7	19
Koostöö	12	30
Korraldus		
Planeerimine	9	27
Ressursside juhtimine	10	32
Peamised takistused	13	15
Ressursid		
Inimressurss	9	11
Rahastamine	8	32
Tehniline ressurss	9	18
Tervishoiuteenuse osutajate initsiatiiv	5	9
Õiguslikud probleemid		
Juhtimise õiguslik regulatsioon	9	30
Hädaolukorra erisus	8	23
Strateegiline tasand, avaliku sektori juhtide vastus ja roll		
Riiklik kriisireguleerimissüsteem	11	71
Terviseameti roll	14	97
Tervishoiusüsteemi vastutus ja roll	14	75
Ettepanekud tervishoiusüsteemi valmisoleku tõstmiseks		
Regulatsioon ja korraldus	13	41
Ressurss	6	11
Õppused	14	28

Lisa 3. Analüüsitud tervishoiusüsteemi kriisireguleerimist käsitlevad dokumendid

Tabel 25. Dokumendianalüüsis käsitletud dokumendid (autori koostatud)

Dokumendi nimi	Dokumendi liik ja vastuvõtmise andmed
Hädaolukorra seadus	Seadus, RT I 2009, 39, 262 15.06.2009
Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	Seadus, RT I 2001, 50, 284 09.05.2001
Tervishoiukorraldus hädaolukorras	VV määrus nr 222, RT I 2002, 62, 380 10.07.2002
Päästesündmusel osalevate riigi- ja omavalitsuse asutuste koostöö kord	VV määrus nr 5, RT I, 14.01.2011, 5 06.01.2011
Terviseameti põhimäärus	Sotsiaalministri määrus nr 8, RTL 2009, 1235 06.11.2009
Nende hädaolukordade nimekiri, mille kohta koostatakse riskianalüüs ja lahendamise plaan, ning hädaolukorra riskianalüüsi ja hädaolukorra lahendamise plaani koostamiseks pädevate täidesaatva riigivõimu asutuste määramine	VV korraldus, RT III, 30.04.2013, 16 25.04.2013
Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise plaan	Sotsiaalministeerium, 2015c
Massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra lahendamise plaani alusel koostatud kommunikatsioonikava	Sotsiaalministeerium, 2015d
Terviseameti esindajate osalemine päästetööde regionaalses staabis	Terviseameti peadirektori käskkiri nr 1.1-1/31, 14.06.2012
Siseturvalisuse arengukava 2015-2020	Siseministeerium, 2015
Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2015-2018	Sotsiaalministeerium, 2015b
Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020	Sotsiaalministeerium, 2015a
EU CREMEX 2011 hindamisraport	Siseministeerium, 2011
Ida-Eesti regionaalse kriis komisjoni hädaolukorra lahendamise õppuse Sireen hindamisdokumendid SIREEN 2014 hindamisraport	Päästeamet, 2014
Merepäästeõppuse BIG BOAT 2012 hindamislehed	Politsei- ja Piirivalveamet, 2012

Lisa 4. Kriisireguleerimisõppustel tõusetunud probleemid ja esitatud ettepanekud

Olulisimad kriisireguleerimisõppused on iga nelja aasta järel toimuvad üleriigilised suurõppused, lisaks viiakse Politsei- ja Piirivalveameti ning Päästeameti poolt läbi erinevate kriisireguleerimisvõimekuste arendamisele suunatud õppusi. Terviseameti juhtimisel tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise õppusi toimunud ei ole. Alljärgnevalt on esitatud olulisemad käesolevas töös kajastamist leitud probleemidega seotud ettepanekud ja arvamused eelnimetatud õppuste raportitest.

Tabel 26. Tervishoiusüsteemi valmisolekut käsitlevad arvamused ja ettepanekud kriisireguleerimisalaste õppuste raportitest (autori koostatud)

EU CREMEX 2011 ettepanekud (Siseministeerium, 2012)
<ul style="list-style-type: none">• kiirabi välijuhtide võimekuse loomine;• vastutavate regiooni tervishoiutöötajate määramine ning nende ülesannete kirjeldamine;• ühtse üleriigilise reageerimiskorra väljatöötamine, juhtide järjepidev koolitamine;• siseriikliku ja rahvusvahelise abi kaasamise täpse korra väljatöötamine;• tegevusvarude aruandluse ühtlustamine ja selle kasutusele võtmise korra täiendamine.
Merepäästeõppus Big Boat 2012 (Politsei- ja Piirivalveamet, 2012)
<i>„Seega ei teadnud haigla et on saabumas järgnevad patsiendid ja ei olnud valmis ka nende vastuvõtmiseks. Arvestades seda, et kannatanute transport kopteriga toimus ilma meedikute saateta ja meedikuid polnud teadmatuse tõttu vastu võtmas ka haiglas, siis jäid raskelt vigastatud kannatanud ilma abita ja mõned seetõttu ka muutusid hukkunud patsientideks.“</i> (Politsei- ja Piirivalveamet, 2012)
SIREEN 2014 (Päästeamet, 2014)
<i>„Terviseametil puudus plaan selliste tagajärgedega tervishoiualase hädaolukorra lahendamiseks, päästetööde juht ja tervishoiualase hädaolukorra tööde juht olid eriarvamusel olukorra lahendamise ning tervisegrupi juhiks saanud regionaalne Terviseameti juht oli oma rollis üsna ebakindel.“</i> (Päästeamet, 2014)

Lisa 5. Tervishoiusüsteemi osapoolte rollid

Tabel 27. Tervishoiusüsteemi osaliste roll ja ülesanded (ekspertintervjuude analüüsi põhjal autori koostatud)

Tervishoiuteenuse osutajad	Terviseamet	Sotsiaalministeerium
<p>Saavad Terviseametilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • selged juhised oma tegevusteks seoses kriisideks valmistumisega ja nende lahendamise;ga; • vajaliku koolituse; • üleriigilise tervishoiualaste hädaolukordade lahendamise üldplaani; • väljatöötatud juhendid spetsiifiliste ohtudega toimetulekuks; • vajalikud ressursid. 	<ul style="list-style-type: none"> • koondab tervishoiuteenuse osutajatelt saadud sisendid ning loob ühtse korralduse hädaolukordadeks valmisolekuks ja nende lahendamiseks; • annab Sotsiaalministeeriumile vajaliku sisendi õigusliku regulatsiooni korrastamiseks; • teeb aktiivset koostööd teiste hädaolukordi lahendavate asutuste, eelkõige PPA, Häirekeskuse ja Päästeametiga; • reguleerib kiirabibrigaadide tegevust maskannatanutega õnnetusele reageerimisel (väljasõidukord); • juhib tervishoiualaste hädaolukordade lahendamist alates regionaalsest tasemest ning vajadusel kaasab sotsiaalministeeriumi täiendavate ressursside ning rahvusvahelise abi saamiseks; • tagab sündmuskoha tasandil vajaliku juhtimispädevuse; • korraldab tervishoiuvaru pidamist ning kasutamist; • annab Sotsiaalministeeriumile sisendi kriisireguleerimise arendamisega seotud vajadustest; • korraldab võimaluse kaasata hädaolukordade lahendamisse kiiresti kaitsejõud, perearstid, meditsiinitudengid, vabatahtlikud 	<ul style="list-style-type: none"> • tagab tervishoiusüsteemis kriisireguleerimiseks vajaliku õigusliku regulatsiooni; • annab Siseministeeriumile valitsusalade üleseks koordineerimiseks sisendit tervishoiuvaldkonna vajadustest ning erisustest; • kujundab tervishoiusüsteemi kriisireguleerimise strateegia; • eraldab ressursse, tõstab valdkonna fookusesse; • töötab välja tervishoiu varude pidamise ning kasutamise aluspõhimõtted; • sõlmib vajalikud eellepingud rahvusvahelise abi kiireks kaasamiseks
<p>Annavad Terviseametile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sisendi tervishoiuteenuse osutajate ootustest ja vajadustest; • regulaarse ülevaate ressurssidest. 		