



PATSIENDIOHUTUSE ANDMEKOGU

ESIMESE AASTA KOKKUVÕTE

Terviseameti ülevaade tervishoiuteenuse osutajate poolt raporteeritud patsiendiohutusjuhtumitest

SISUKORD

Sisu

Mis on patsiendiohutus? _____	2
Patsiendiohutuse õiguslik regulatsioon _____	4
Andmekogu POHAK tehniline loomine _____	6
POHAK esimese aasta kokkuvõtvad tulemused _____	8
Süvendatud ülevaade raporteeritud patsiendiohutusjuhtumitest _____	10
Kokkuvõte _____	27

MIS ON PATSIENDIOHUTUS?

Mul on siiralt hea meel, et Eesti tervishoius on lõpuks kätte jõudnud hetk, mil me ei pea patsiendiohutusest enam rääkima ainult tunnetuse, üksikute kogemuste või kurbade juhtumite kaudu, vaid saame seda teha teadmiste ja andmete tuginedes. Käesolev aastaaruanne on Eesti patsiendiohutusjuhtumite andmekogu esimese tööaasta kokkuvõte – ja ühtlasi väga oluline samm tervishoiusüsteemi küpsemise suunas. Esimest korda näeme riigi tasandil süsteemselt, millised patsiendiohutusjuhtumid meie tervishoiuasutustes tegelikult juhtuvad.

Patsiendiohutus ei ole statistika. Iga kirje andmekogus tähendab inimest – patsienti, kelle ravi ei kulgenud plaanipäraselt; perekonda, kes pidi kogema muret või koguni kaotust ning tervishoiutöötajat, kes pidi juhtunuga elama. Meie eesmärk on lihtne ja samas väga nõudlik: et rohkem patsiente tervistuks ja keegi ei peaks kannatama välditava eksimuse tõttu.

Esimese tööaasta järel on põhjust samaaegselt nii tänuks kui ka uuteks sihtideks. Ühelt poolt tahan siiralt tänada neid tervishoiuteenuse osutajaid, kes on alustanud juhtumite järjepidevat raporteerimist. Tänu teie avatusele ja professionaalsusele on meil tekkinud esmakordselt usaldusväärne alus järelduste tegemiseks ja ennetustegevuse suunamiseks. Samuti vääriwad tunnustust minu kolleegid ning teised partnerid, kes on loonud süsteemi, mille keskmes ei ole karistamine, vaid õppimine ja ennetamine.

Teisalt möönan – kõik tervishoiuteenuse osutajad ei ole veel raporteerimist alustanud. Patsiendiohutus ei saa olla vabatahtlik väärtus. Kui juhtumeid ei raporteerita, siis me ei saa neist õppida. Ja kui me ei õpi, siis võivad korduda samad eksimused järgmise patsiendiga. Ootan, et järgneval aastal liituvad süsteemiga kõik teenuseosutajad ja raporteeritud juhtumeid saab olema rohkem. See ei ole halduskoormus, vaid osa ravikvaliteedist ja professionaalsest vastutusest, mida eirata ei saa.

Terviseamet on esimesest aastast palju õppinud. Meie järgmine samm ei ole pelgalt rohkem andmeid koguda, vaid kasutada neid otsustavamalt ning patsiendi jaoks läbipaistvamalt. Peame lühendama aega juhtumist õppimiseni, andma tervishoiuasutustele kiiret tagasisidet ning reageerima korduvatele riskidele riigi tasandil. Raporteerimisest peab sündima reaalne muutus ravipraktikas – juhendite täpsustumine, tööprotsesside muutumine ja ohtude ennetamine enne, kui patsient saab kannatada.

Patsiendiohutus ei ole ühe asutuse projekt. See on ühiskondlik kokkulepe: patsient peab saama tulla ravile veendumusega, et süsteem teeb kõik võimaliku, et pakkuda talle parimat võimalikku abi ja hoida ta ravi käigus kaitstuna. Meie kohustus riigina on see usaldus välja teenida – iga päev, iga raviteekonna jooksu. Täna kõiki, kes on sellesse esimesse aastasse panustanud. Järgmistel aastatel tegutseme veel jõulisemalt, sest iga välditud juhtum tähendab vähem kannatust, rohkem turvalisi raviteekondasid ning ka elude päästmisi.

Birgit Lao
Terviseameti peadirektor
märts 2026



TERVISEAMET

MIS ON PATSIENDIOHUTUS?

Mis on patsiendiohutus?

Patsiendiohutus on tervishoiu kvaliteedi üks dimensioonidest ning tähendab olemuslikult patsiendile tervishoiuteenuse osutamisel tekkiva välditava kahju viimist miinimumini, mis on tänapäevase meditsiiniteaduse, organisatsioonilise toimimise ja olemasolevate ressursside juures realistlikult saavutatav. See ei ole pelgalt hea kavatsus ega loosung, vaid teaduspõhine käsitlus tervishoiust kui kõrge riskiga tegevusvaldkonnast, kus keerukad protsessid, inimfaktor ja tehnoloogia toimivad samaaegselt.

Rahvusvahelised hinnangud on selles osas järjekindlad. Erinvate suurte organisatsioonide (nt WHO, OECD jt) analüüside põhjal tekib ligikaudu **10% haiglaravil viibivatest patsientidest** ravi käigus mingisugune kahju. Ambulatoorses ravis, kus toimub valdav osa tervishoiukontaktidest, esineb patsiendiohutusjuhtumeid erinevate uuringute kohaselt **kuni 40% ravijuhtudest**. Enamik neist ei ole rasked, kuid need on süsteemsed – seotud kommunikatsiooni katkestuste, raviprotsesside keerukuse, töökoormuse või ebapiisavate töökorralduslike lahendustega.

Patsiendiohutuse käsitlus on viimase kahekümne aasta jooksul oluliselt muutunud. Kui varem keskenduti üksikutele eksimustele ja individuaalsele vastutusele, siis nüüd käsitletakse eksimusi eeskätt süsteemi omadusena. Küsimus ei ole niivõrd selles, *kes* eksis, vaid *miks oli võimalik* eksimisel patsiendini jõuda. Seetõttu on patsiendiohutus eelkõige organisatsioonikultuuri, juhtimise ja tööprotsesside kvaliteedi näitaja.

Eestis lähtume patsiendiohutusjuhtumi käsitlemisel õigusaktides kokku lepitud definitsioonist: „*Patsiendiohutusjuhtum (POJU) on tervishoiuteenuse osutamisega seotud olukord, mis oleks võinud tekitada või tekitas patsiendile tervisekahju*“. Mõistesse kuuluvad lisaks kahju tekitanud juhtumitele ka kahjuta juhtumid, mille puhul patsient tegelikku kahju ei saanud ja ohujuhtumid, mis patsiendini ei jõudnudki, kuna sekkuti õigeaegselt. See eristus on põhimõtteline. Enamik õppimisvõimalusi peitub just juhtumites, kus kahju ei tekkinud – mitte seetõttu, et süsteem toimis veatult, vaid seetõttu, et oht avastati õigel hetkel või kahju hoidis ära juhuslik asjaolu. **Seetõttu ei ole patsiendiohutusjuhtumite register ravivigade register. See on riskide nähtavaks tegemise ja ennetamise tööriist.**

Selles kontekstis on juhtumite raporteerimine väga olulise tähtsusega. Nähtavuseta puudub õppimine. Raporteerimine õpetab tervishoiutöötajaid juhtumeid ära tundma ja annab teavet patsiendiohutuse alasest teadlikkusest süsteemis, võimaldab tuvastada korduvaid mustreid, varjatud ohte ning protsesside nõrkusi, mida üksikjuhtumi tasandil ei märgata.

MIS ON PATSIENDIOHUTUS?

Samal ajal tuleb rõhutada, et raporteerimine ei ole eesmärk omaette ega võrdu patsiendiohutusega. See on tööriist õppimiseks, teadlikkuse mõõdik ja sisend – eeldus analüüsiks, tagasisideks, töökorralduslike muudatuste tegemiseks, standardiseerimiseks, koolitamiseks ja riskide ennetamiseks. Oluline on mõista, mis on andmete tegelik sisu. Suur raporteeritud juhtumite arv ei tähenda viletsat tervishoidu. Pigem vastupidi. Rahvusvahelises praktikas peetakse avatult raporteerivat süsteemi küpse patsiendiohutuskultuuri tunnuseks. Ohtlik ei ole süsteem, kus juhtumeid raporteeritakse rohkem – need esinevad kõikjal. Ohtlik on süsteem, kus neid ei tunta ära, ei analüüsita ega arutata ja seetõttu ka ei ennetata. Raporteerimine näitab patsiendiohutuse alaste teadmiste taset ja usaldust organisatsioonis, professionaalset vastutust ja valmisolekut õppida. Raporteerimine on nii süsteemi kui iga raviasutuse üks olulisemaid kvaliteedimärgiseid.

Patsiendiohutusel on ka majanduslik mõju: OECD hinnangul kulub kuni 15% tervishoiukuludest välditava kahju ravile ja selle tagajärgede leevendamisele. Iga ennetatud kahju tähendab seega samaaegselt paremat ravitulemust ja ressursi mõistlikumat kasutust.

Käesolev andmekogu ei kirjelda üksnes puudujääke, vaid loob eelduse teadmuspõhiseks juhtimiseks. Patsiendiohutus ei seisne ainult juhtumite registreerimises, vaid selles, mida me nende teadmistega teeme – kas suudame mustrid ära tunda, kui selgelt anda tagasisidet ja kui järjekindlalt muuta praktikat. Küps süsteem ei varja eksimusi, vaid kasutab neid õppimiseks.

Patsiendiohutus ei ole eraldiseisev tegevus tervishoius. See on professionaalsuse, organisatsioonikultuuri ja ühiskondliku usalduse mõõdik.

Patsiendiohutuse õiguslik regulatsioon

Patsiendiohutuse andmekogu (POHAK) on Terviseameti hallatav riiklik infosüsteem, mille eesmärk on koguda andmeid patsiendiohutusjuhtumite kohta patsiendiohutuse korraldamiseks, patsiendiohutusjuhtumite ennetamiseks ja analüüsimiseks ning juhtumitest õppimiseks, ennetusmeetmete hindamiseks, tervisepoliitika väljatöötamiseks ning statistika ja teadusliku uurimistöö tegemiseks.

POHAKu õiguslikud alused tulenevad 1. novembril 2024 jõustunud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatustest ning andmekogu pidamise täpsem kord on sätestatud patsiendiohutuse andmekogu põhimääruses.

Seaduse kohaselt on patsiendiohutus tervishoiuteenuse osutamisega kaasneva välditava tervisekahju riski eesmärgipärane vähendamine. Patsiendiohutusjuhtum on tervishoiuteenuse osutamisega seotud juhtum, mis põhjustas või oleks võinud põhjustada patsiendile välditava tervisekahju. Tervishoiutöötajal on kohustus sellised juhtumid dokumenteerida ning edastada asjakohane teave patsiendiohutuse andmekogusse vastavalt kehtestatud korrale. Patsiendiohutusjuhtumite andmekogu annab seega tervishoiuteenuse osutajatele võimaluse struktureeritult raporteerida kõigist juhtumitest, mis võivad mõjutada patsientide ohutust.

POHAKu riiklik eesmärk on õppida juhtumitest, hinnata ennetusmeetmeid, toetada patsiendiohutuse riikliku strateegia kujundamist ning võimaldada statistika ja teadustöö tegemist. Kogutud andmete põhjal tehakse soovitusi nii raviastutustele, erialaühendustele kui ka poliitikakujundajatele, parandades seeläbi kogu tervishoiusüsteemi ohutust.

Andmekogu peetakse viisil, mis ei võimalda patsiendi ega tervishoiutöötaja otsest tuvastamist, ning andmeid väljastatakse üksnes seaduses sätestatud alustel. Seadus sätestab ka tervishoiutöötaja kaitse põhimõtte: kui patsiendiohutusjuhtum on nõuetekohaselt dokumenteeritud ja POHAKus registreeritud, ei algatata üksnes selle teabe põhjal järelevalvemenetlust ega lõpetata töölepingut, välja arvatud tahtluse, joobeseisundi või raske ja ilmse ravinõuete rikkumise korral. Samuti on ette nähtud võimalus teatud tingimustel lõpetada kriminaalmenetlus ettevaatamatusest põhjustatud raske tagajärgjega juhtumite puhul, kui teavitamiskohustus on täidetud.

Patsiendiohutuse andmekogu põhimääruses on fikseeritud, kuidas patsiendiohutusjuhtumeid tervishoiuasutuses dokumenteerida ning millises korras ja millises mahus tuleb andmed patsiendiohutuse andmekogusse edastada. POHAKusse esitatakse nii juhtumi põhiandmed kui ka menetluse käigus kogutud teave vastavalt põhimääruses kindlaks määratud andmekoosseisule.

PATSIENDIOHUTUSE ÕIGUSLIK REGULATSIOON

Patsiendiohutusjuhtumeid dokumenteerib töötaja, kes oli juhtumiga seotud või selle avastas või tervishoiuteenuse osutaja poolt volitatud kvaliteedi ja ohutuse eest vastutav isik. Dokumenteerimine toimub iga asutuse enda kehtestatud sisemise korra alusel. Seetõttu on oluline, et igas tervishoiuasutuses oleks selgelt kokku lepitud, kuidas ja kelle poolt patsiendiohutusjuhtumeid registreeritakse. Juhtumite liigitamisel lähtutakse Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse (TEHIK) avaldatud patsiendiohutusjuhtumite klassifikatsioonist (POK).

Tervishoiuteenuse osutajatel on dokumenteerimiskohustus täidetud ka siis, kui patsiendiohutusjuhtumi andmed edastatakse otse POHAKusse. Tingimuseks on, et asutuses on tagatud patsiendi ja tervishoiutöötaja(te) andmete seostamine konkreetse juhtumiga ning see kord tuleneb asutuse sisemisest patsiendiohutuse korraldusest.

Kokkuvõttes on POHAK patsiendiohutuse süsteemi keskne osa, mis toetab avatud teavitamiskultuuri, süsteemset analüüsi ja ennetustegevust kogu Eesti tervishoius.

Andmekogu POHAK tehniline loomine

Kuni 2024. aastani puudusid Eestis ühtselt kokkulepitud standardid, mille alusel tervishoiuteenuse osutajad patsiendiohutusjuhtumeid registreerisid. Ühtlasi puudus keskkond, kuhu vastav statistika koondada. Selle ajani registreerisid ja analüüsisid tervishoiuteenuse osutajad patsiendiohutusjuhtumeid asutusesiseselt, lähtudes üksnes organisatsiooni sisemistest protsessidest. Üle-eestiline terviklik vaade patsiendiohutusjuhtumitele puudus.

POHAKu loomise keskne eesmärk oli realiseerida lühikese aja jooksul minimaalne tehniline võimekus, mis võimaldaks alustada patsiendiohutusjuhtumite registreerimist. 2023. aasta suvel koostati hankedokumendid ning liiguti kiiresti hanke korraldamisele. Andmekogu arendamiseks oli ette nähtud piiratud aeg ning samal ajal toimusid õigusruumis muudatused, millega tuli arenduse käigus jooksvalt arvestada. Sisendi kogumine eeldas laiapõhjalist koostööd nii tervishoiuasutuste kui ka erialaseltsidega. Arenduse tehniliste nõuete kirjeldamisel lähtuti tervishoiuasutuste senistest praktikatest ja rahvusvahelistest standarditest, pidades samal ajal silmas andmete anonüümsust ning patsientide ja tervishoiutöötajate privaatsuse kaitset.

Arendustööde käigus toimusid iganädalased koosolekud POHAKu sisutöögrupiga, kus täpsustati detaile, lepiti kokku kasutatavad klassifikaatorid ning kujundati ühtne arusaam patsiendiohutuse valdkonnast tervikuna. Kuna asutused olid seni rakendanud mõnevõrra erinevaid praktikaid, nõudis ühtse arusaama loomine märkimisväärselt aega – eriti küsimustes, milliseid andmeid tuleb andmekogusse lisada ja millisel kujul.

Esialgse plaani kohaselt pidi arendusvalmidus olema saavutatud 2024. aasta suveks, kuid vahepealsed õigusruumi muudatused nihutasid andmekogu kasutuselevõtu 1. novembrile 2024. Kiirest ajakavast ning muudatustest hoolimata oli seaduse jõustumise ajaks tehniline lahendus loodud ning POHAKu kasutuselevõtt toimus probleemideta.

Tehnilisest vaatenurgast on oluline, et kõik kasutatavad klassifikaatorid ja andmeväljade väärtused pärinevad terminoloogiaserverist. See tagab, et kõik liidestunud süsteemid kasutavad samu standardiseeritud mõisteid ja tähistusi, luues eeldused andmete usaldusväärseks võrdlemiseks, sidumiseks ja analüüsimiseks. Samas muudab see klassifikaatoritega seotud muudatuste elluviimise ajamahukamaks ja keerukamaks. Klassifikaatorite muudatusettepanekud tulevad enamasti erialaseltsidelt, need arutatakse läbi sisutöögrupis ning esitatakse seejärel koordineerimiskogule. Pärast keeletoimetust ja juhendite uuendamist saab alustada tehniliste muudatuste rakendamisega ning uuendatud klassifikaatorite ja juhendite avaldamisega.

ANDMEKOGU POHAK TEHNILINE LOOMINE

Tehniliselt on POHAK praegu kompaktne andmekogu, koosnedes viiest andmebaasist ja neljateistkümnest mikroteenusest. Patsiendiohutusjuhtumit saab sisestada otse süsteemi või edastada X-tee andmevahetuskihi kaudu. Tänapäevaseks automaatse andmevahetusega liitunud küll ainult Põhja-Eesti Regionaalhaigla, kuid julgustame ka teisi ettevõtteid seda tegema.

Juhtumi sisestamisel on oluline valida klassifikaatorite hulgast õige kategooria ning seejärel vastav patsiendiohutusjuhtum; samuti määrata, kas tegemist on välditava või mittevältitava juhtumiga, juhtumi raskusaste ning muud olulised näitajad. Oluline on ühe aasta jooksul viia läbi juhtumi menetlus, mille käigus muu hulgas kirjeldatakse juhtumi sisu. Vabatekstiline lisainfo väli on eriti väärtuslik sisend sisulise analüüsi tegemiseks, ennetusmeetmete väljatöötamiseks ning tervisepoliitika kujundamiseks.

Esimese kasutusaasta lõpuks on andmekogusse tehtud mitu olulist täiendust. Loodud on funktsionaalsus meeldetuletuste saatmiseks, millega juhitakse tähelepanu lõppema hakkavatele menetlustele. Arendatud on võimalus edastada registreeritud juhtum asutusele, kus see tegelikult aset leidis. Nii saab infot asutuste vahel jagada ja juhtumi toimumiskoha asutus saab selle oma menetlusse võtta.

Edaspidi keskendutakse arendustes sellele, et statistika oleks kasutajatele paremini kättesaadav ja mugavamini kasutatav. Samuti on plaanis luua selgemad võrdlusvõimalused, et asutused saaksid näha oma patsiendiohutusjuhtumeid teiste asutuste andmete taustal.

Nii patsiendiohutuse õigusruum kui ka andmekogu POHAK on loodud alles hiljuti. Nüüdseks on võimalik teha kokkuvõtteid esimesest kasutusaastast. Andmekogu edasise arendamise ja vajadusel ka õigusruumi täiendamise oluline roll praktikute tagasisidel, kes süsteemi igapäevaselt kasutavad. Oodatud on ettepanekud nii andmekogu parendamiseks kui ka klassifikaatorite täiendamiseks ja muutmiseks.

Raporti koostamise alused

Käesolev raport annab ülevaate POHAKusse esimesel tööaastal (01.11.2024-30.10.2025) kogunenud teabest seisuga 01.11.2025. Raportis esitatud järeldused põhinevad tervishoiuteenuse osutajate endi poolt raporteeritud juhtumitel – see tähendab sündmustel, mida tervishoiuasutused oma töö käigus märkasid, dokumenteerisid ja andmekogusse esitasid. Raport koondab ülevaate juhtumite mahu ja iseloomu kohta ning toob välja, millistes tervishoiuprotsessides riskid kõige sagedamini avalduvad.

Iga juhtumi kohta kogutakse teave toimumise, avastamise ja registreerimise aja, juhtumi toimumiskoha ning selle asutuse kohta, kus sündmus aset leidis.

Raporteerimine toimub vastavalt TEHIKu teabekeskuses avaldatud POHAK infomudelile. Tervishoiuteenuse osutajad raporteerivad POHAKusse POJUsid vastavalt Eesti patsiendiohutusjuhtumite klassifikaatorile (POK).

Klassifikaatoris on ära märgitud, milliseid POJUsid on kohustuslik edastada POHAKusse ning milliseid juhtumeid võivad tervishoiuteenuse osutajad raporteerida ning menetleda ka vaid asutusesiseselt. Samas on tervishoiuteenuse osutajate otsustada, kas nad raporteerivad üksnes kohustuslikke juhtumeid, valikuliselt mittekohustuslikke juhtumeid või kõiki asutusesiseselt registreeritud patsiendiohutusjuhtumeid. POKis kohustuslikult riiklikusse andmekogusse raporteerimiseks määratud POJUd eristuvad mittekohustuslikest eelkõige oma tõsiduse ning suurema kollektiivse õppimisvõimalusega.

Iga patsiendiohutusjuhtumi kohta on infomodelis määratletud kohustuslikud andmeväljad, mis annavad täiendavat teavet juhtumi iseloomu, menetluse käigus õpitu ning tuvastatud põhjuste kohta.

Infomudel eristab juhtumi olemust: kas tegemist oli kahjujuhtumi, kahjuta juhtumi või ohujuhtumiga ehk olukorraga, kus kahju tekkimine oli võimalik, kuid jäi olemata. Juhtumite kohta hinnatakse nende vältitavust, kahju raskusastet ja võimalikku kordumise tõenäosust.

Oluline osa andmetest on seotud õppimise ja ennetamisega: tervishoiuteenuse osutaja kirjeldab, millised abinõud rakendati juhtumi kordumise ennetamiseks ja mida organisatsioon sellest juhtumist õppis.

Tuleb arvestada, et tegemist on patsiendiohutusjuhtumite andmekogu esimese tööaastaga. Tervishoiuteenuse osutajad on samaaegselt koos süsteemi käivitumisega õppinud ka raporteerimist ennast – kuidas sündmust kirjeldada, milliseid kategooriaid valida ning kuidas infomodelit ja klassifikaatoreid kasutada.

RAPORTI KOOSTAMISE ALUSED

Seetõttu palume raporti tulemusi tõlgendada teatava ettevaatlikkuse ja mõistmisega. Esitatud andmestik ei peegelda veel täielikult ühtlaselt rakendatud praktikat: kõik juhtumid ei pruugi olla kirjeldatud samas detailsuses ning kuna mudeli kasutajapraktika alles ühtlustub, esineb andmetes paratamatult erinevusi nii juhtumite detailsuses kui ka kategooriate määramisel. Tegemist on õppiva süsteemiga, kus nii andmete kvaliteet kui ka ühtne arusaam juhtumite käsitlemisest kujunevad järkjärgult ja praktika ühtlustub ajas. Esimese aasta andmed näitavad lisaks raporteeritud juhtumitest väljajoonistuvatele riskidele ka tervishoiusüsteemi kohanemist uue tööviisi ja ühise terminoloogiaga.

Raporti lugemisel peab meeles pidama, et esitatud arvud ei näita lihtsalt tervishoiusüsteemis aset leidvaid riske, vaid eelkõige tervishoiusüsteemi võimet neid märgata ja neist õppida. POHAK kajastab eelkõige seda, mida tervishoiuasutused on valmis süsteemselt nähtavaks tegema ja analüüsimeks esitama. Mida rohkem juhtumeid raporteeritakse, seda täpsemaks muutub arusaam riskidest ning seda sihipärasemaks saab ennetustegevus. Andmekogu väärtus ei seisne mitte üksnes juhtumite loendamises, vaid teadmises, mis võimaldab tulevasi juhtumeid ära hoida.

Esimesel aastal raporteeriti 4969 patsiendiohutusjuhtumit – kinnitus, et süsteemi käivitumine on õnnestunud. See ei ole hinnang Eesti tervishoiu üldisele kvaliteedile, sest varasemalt süsteemiüleste teadmiste patsiendiohutusjuhtumitest ei olnud. Vastupidi – neid arve tuleb vaadata kogu tervishoiuteenuste mahu kontekstis. Ühe aasta jooksul toimub Eestis ligikaudu 3,2 miljonit eriarstiabi, 2 miljonit hambaarsti ja 1,9 miljonit perearsti vastuvõttu, 2,8 miljonit kaugvisiiti, 7,3 miljonit õe ja ämmaemanda iseseisvat vastuvõttu ning ligikaudu 190 000 haiglaravi episoodi.

Raporteeritud juhtumite arv peegeldab eelkõige süsteemi valmisolekut riske märgata ja neist õppida, mitte tervishoiuteenuste üldist kvaliteeditaset. Turvaline tervishoiusüsteem ei ole see, kus juhtumeid ei esine, vaid see, kus neid ausalt käsitletakse ja neist tehakse järeldusi tulevaste kahjude ennetamiseks. Arvestades, et tegemist on POHAK-i esimese tööaastaga, tuleb tulemusi käsitleda eelkõige lähtepunktina edasisteks võrdlusteks ja arengutrendide jälgimiseks.

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Süvendatud ülevaade raporteeritud patsiendiohutusjuhtumitest

POHAKusse raporteeriti esimese tegevusaasta (01.11.2024.-31.10.2025.) jooksul kokku 4 969 juhtumit. **Käesolevas analüüsis käsitletakse 4 827 juhtumit.** Andmekogusse esitatud 4 969 kirjest jäeti analüüsist välja 81 ekslikult sisestatud kirjet ning 61 kirjet, mille andmed olid puudulikud ja ei võimaldanud neid usaldusväärselt kasutada. Tervishoiuteenuse osutajatel on **võimalik valida**, kas nad edastavad andmekogusse üksnes **kohustuslikult raporteeritavad juhtumid**, lisaks **valikuliselt muid juhtumeid** või **kõik asutusesiseselt registreeritud patsiendiohutusjuhtumid**. Seetõttu anna käesolev andmestik täielikku ülevaadet kõigist tervishoiuteenuse osutajate juures toimunud või avastatud patsiendiohutusjuhtumitest.

Selline lähenemine on teadlikult valitud, arvestades, et **POHAK on oma kujunemise algfaasis**. Nii tervishoiuteenuse osutajad kui ka riik õpivad alles patsiendiohutusjuhtumeid ühtselt käsitlema ning teenuseosutajate infosüsteemid ei ole veel kõikjal valmis lihtsaks ja automaatseks andmevahetuseks.

Rahvusvaheline kogemus näitab, et ka küpse patsiendiohutuskultuuriga tervishoiusüsteemides kajastab vabatahtlikul raporteerimisel põhinev andmestik tavaliselt vaid osa tegelikest juhtumitest – hinnanguliselt ligikaudu 7–35%. **Seetõttu tuleb andmeid käsitleda eelkõige õppimise ja riskimustrite tuvastamise vahendina, mitte juhtumite tegeliku kogumahu statistilise mõõdikuna.**

Lisaks tuleb arvestada, et tervishoiuteenuse osutajatel on õigus patsiendiohutusjuhtumit **menetleda kuni ühe aasta jooksul**. Seetõttu ei ole võimalik esimese aruandeaasta andmete põhjal teha lõplikke järeldusi kõigi esitatud juhtumite kohta. Eelkõige puudutab see teavet juhtumi tegeliku tagajärje, lõpliku riskiastme hinnangu ning kordumise ennetamiseks rakendatud meetmete kohta need võivad menetluse käigus täpsustuda või muutuda. Samuti ei ole juhtumite puhul, mille on raporteerinud üks asutus, kuid mis on toimunud teise tervishoiuteenuse osutaja juures või muus asukohas, raporteerival asutusel võimalik juhtumi menetlust läbi viia.

Raporteeritud 4 827 patsiendiohutusjuhtumist moodustavad **kohustuslikus korras** POHAKusse edastatavad juhtumid **29% (1 389 juhtumit)**. Käesolevas analüüsis on siiski arvesse võetud kõik raporteeritud juhtumid, et kirjeldada esimesel tööaastal nähtavaks saanud riskimustreid võimalikult terviklikult. Õppimisvõimalus ei piirdu üksnes kõige raskemate juhtumitega ning klassifikaatori järgi tõsisem juhtum ei pruugi kollektiivse õppimise seisukohast alati olla kõige olulisem.

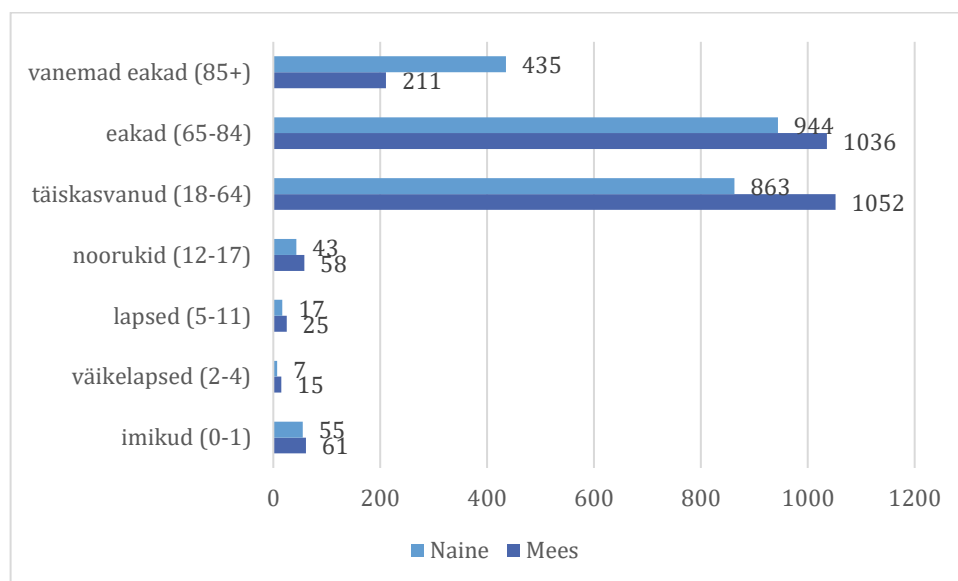
SÜVENDATUD ÜLEVADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Mitmed haiglaid on juba rakendanud automaatse andmevahetuse oma asutusesisese infosüsteemi ja POHAKu vahel, samas kui paljudel teenuseosutajatel see võimalus veel puudub. Seetõttu ei oleks põhjendatud piirduda vaid analüüsis kohustuslikult edastatud juhtumitega, kuna see vähendaks andmete võrreldavust ja kahjustaks tulemuste tõlgendamist.

JUHTUMITE JAOTUS SOO JA VANUSERÜHMADE LÕIKES

Patsiendiohutusjuhtumite demograafiline jaotus annab esmase ülevaate sellest, milliste patsientidega seotud juhtumeid on sagedamini raporteeritud ning loob tausta tulemuste edasiseks tõlgendamiseks.

Soolise jaotuse osas märkimisväärseid erinevusi ei ilmne. Meessoost patsientidega seotud juhtumeid raporteeriti 2 458 (50,9%) ning naissoost patsientidega seotud juhtumeid 2 364 (48,9%).



Joonis 1. Vanuseline ja sooline jaotus raporteeritud patsiendiohutusjuhtumite kohta

JUHTUMITE RAPORTEERIJAD TERVISHOIUTEENUSE OSUTAJATE LIIKIDE KAUPA

Oktoobri lõpu seisuga oli Terviseamet väljastanud kokku 2 890 tegevusluba 1 630 tervishoiuteenuse osutajale, kellel kõigil on kohustus patsiendiohutusjuhtumeid raporteerida. Aasta jooksul jõudis POHAKusse juhtumeid 119 asutust ehk ligikaudu 7% kõigist tervishoiuteenuse osutajatest. Haiglavõrgu arengukava 19st haiglast esitas juhtumeid 15.

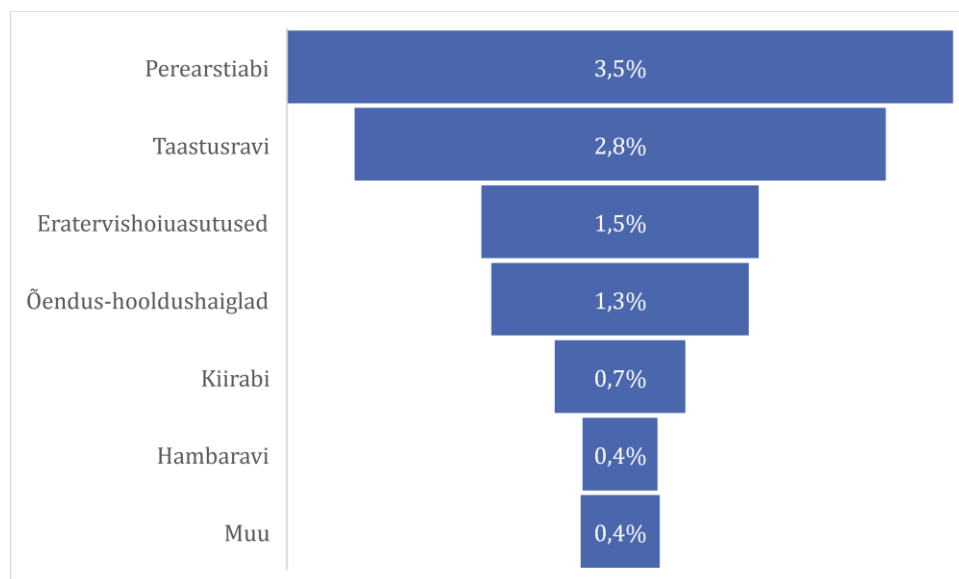
Enamus raporteeritud POJUdest on toimunud raporteerinud tervishoiuasutuse juures, teise tervishoiuteenuse osutaja kohta on raporteeritud 87 juhtumit ning 235 juhtumi puhul on toimumiskohaks nimetatud „mujal toimunud juhtum“. Viimase puhul näitas süvaanalüüs, et tegelikult

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

leidis sündmus aset siiski raporteerivas asutuses endas või teise tervishoiuteenuse osutaja juures. Asutusi, kes ise juhtumeid raporteerisid, oli 119, ent toimumiskohana on andmetes kajastatud 133 tervishoiuteenuse osutajat. 20 tervishoiuteenuse osutajat, kelle juures on raporteeritud patsiendiohutusjuhtum, pole ise POHAKusse ühtegi juhtumit raporteerinud. Samamoodi on 6 asutust raporteerinud patsiendiohutusjuhtumeid ainult teise asutuse kohta, kui enda kohta mitte.

Patsiendiohutusjuhtumite raporteerimine on kohustuslik kõigile tervishoiuteenuse osutajatele, ent seni andmeid esitanud asutuste osakaal on tagasihoidlik. Tuleb mõista, et patsiendiohutuse tagamine ei saa toimida üksikute aktiivsete asutuste panuse najal – see eeldab kogu sektori ühist ja järjepidevat osalemist.

89,5% patsiendiohutusjuhtumitest on raporteeritud haiglavõrgu haiglate poolt. Seda saab pidada ootuspäraseks, sest haiglates on juhtumite raporteerimise praktika rakendatud ka varasemalt. Ülejäänud 10,5% jagunevad järgmiselt:



Joonis 1. Raporteeritud asutused teenuse osutamise tüübi järgi

RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITE ISELOOMUSTUS

POHAK andmebaasis kirjeldatakse iga patsiendiohutusjuhtumit Eesti patsiendiohutusjuhtumite klassifikatsiooni (POK) alusel. Klassifikatsioon koosneb 39 peatükist ja 1 218 erinevast patsiendiohutusjuhtumist ning võimaldab ühtsel viisil kirjeldada toimunut, tagades erinevate tervishoiuteenuse osutajate esitatud andmete võrreldavuse. Klassifikatsioonis kirjeldatud juhtumid katavad tervishoiuteenuse osutamise eri etapid alates diagnoosimisest ja ravimite kasutamisest kuni

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

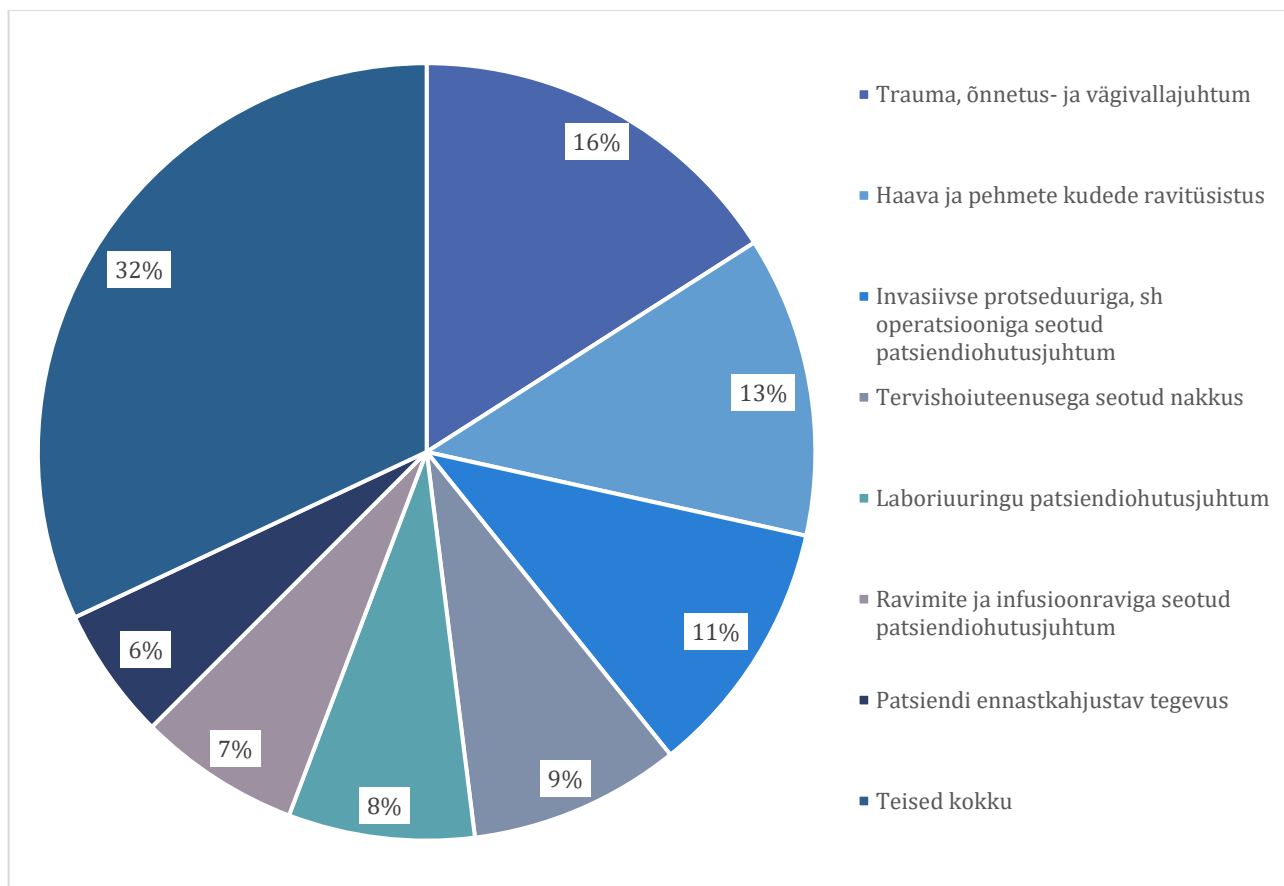
protseduuride, infektsioonide, kommunikatsiooni ja töökorralduseni. Seetõttu ei kajasta juhtumite jaotus klassifikatsiooni lõikes üksnes üksikuid eksimusi, vaid hõlmab nii raviprotseduuride ja -toimingutega seotud menetlustüsistusi kui ka tervishoiuprotsessis esinevaid riske, aidates mõista, millistes ravietappides ohukohad sagedamini esile kerkivad. Kõigist 1218 patsiendiohutusjuhtumist on 169 sellised, mille kohta tuleb andmekogu põhimääruse ja juhendmaterjalide alusel andmed POHAKusse edastada.; ülejäänud juhtumeid võivad tervishoiuteenuse osutajad menetleda ja vajadusel raporteerida üksnes asutusesiseselt.

Igale juhtumile määratakse kategooria – POHAKu mudelis on kirjeldatud 28 kategooriat. Juhtumi kategooria viitab eelkõige sellele, millise tegevusvaldkonna või protsessi kaudu juhtum tekkis. Nii on võimalik eristada, kas juhtumi lähtekohaks oli näiteks ravimi määramine või manustamine, diagnoosimine, uuringute tegemine, patsiendi jälgimine, kommunikatsioon, töökorraldus või mõni muu raviprotsessi osa.

Juhtumite koondamine kategooriate ja klassifikatsiooni peatükkide lõikes võimaldab tuvastada korduvaid mustreid ning hinnata, millistes tervishoiuprotsessides esineb rohkem riske. Selline lähenemine aitab suunata parendustegevusi konkreetsetesse tööetappidesse ja töötada välja ennetusmeetmeid seal, kus neist on suurim praktiline kasu.

Enne üksikute patsiendiohutusjuhtumite kirjeldamist on otstarbekas vaadelda andmeid klassifikatsiooni peatükkide lõikes (vt Joonis 3). Peatükkide tasemel koondamine võimaldab näha tervikpilti ning mõista, milliste tervishoiuprotsessidega seotud juhtumid moodustavad suurema osa raporteerimisest.

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST



Joonis 2. Enim raporteeritud patsiendiohutusjuhtumid POK peatükkide järgi

Raporteeritud juhtumite seas domineerivad trauma-, õnnetus- ja vägivaldajuhtumid, millele järgnevad haava ja pehmete kudede ravitüsitused ning invasiivsete protseduuride ja operatsioonidega seotud juhtumid. Märkimisväärse osa moodustavad ka tervishoiuteenusega seotud nakkused, laboriuuringutega seotud juhtumid ning ravimite ja infusioonraviga seotud juhtumid.

Kõige sagedamini raporteeriti lamatise (452; 9,4%) ja kukkumise (382; 7,9%). Need ei kuulu kohustuslikult POHAKusse raporteeritavate juhtumite hulka. Tegemist on siiski tervishoius hästi teadvustatud patsiendiohutusjuhtumitega, mille ennetamiseks on enamustes Eesti haiglates rakendatud tõhusad seire- ja ennetusmeetmed.

Kohustuslikult raporteeritavate patsiendiohutusjuhtumite seas esinesid kõige sagedamini „proovinõu või tellimus ei kuulu antud patsiendile“ (190; 3,9%), „lamatise infektsioon (pindmised ja süvainfektsioonid)“ (174; 3,6%) ja „pneumoonia“ (101; 2,1%). Ka need juhtumid on rahvusvahelise

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

kirjanduse põhjal hästi tuntud patsiendiohutuse riskid, mille ennetamiseks on tervishoius võimalik rakendada sihipäraseid parendus- ja ennetusmeetmeid.

Tabel 1. TOP 10 raporteeritud patsiendiohutusjuhtumit

Patsiendiohutusjuhtum	Osakaal kõikidest juhtumitest
Lamatised	9,4%
Kukkumine	7,9%
Proovinõu või tellimus ei kuulu antud patsiendile	3,9%
Lamatise infektsioon (pindmised ja süvainfektsioonid)	3,6%
Patsiendi ennastkahjustav muu tegevus	2,6%
Ekstrasatsioon	2,5%
Kukkumine koos vigastusega	2,3%
Vale analüüsi tulemuse väljastamine	2,2%
Pneumoonia	2,1%
Muu vägivald patsiendi poolt	1,8%

Enim raporteeritakse patsiendiohutusjuhtumeid, mida tervishoiusüsteemides esinebki sageli ning mille ennetamisega tegeletakse süsteemselt. Arvestades, et tegemist on POHAKu esimese tööaastaga, tuleb tulemusi käsitleda eelkõige lähtepunktina edasisteks võrdlusteks ja arengutrendide jälgimiseks.

SÜVENDATUD ÜLEVADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Tabel 2. TOP 20 kohustuslikus korras raporteeritavat patsiendiohutusjuhtumit

Patsiendiohutusjuhtum	Osakaal kohustuslikest juhtumitest
Proovinõu või tellimus ei kuulu antud patsiendile	13,7%
Lamatise infektsioon (pindmised ja süvainfektsioonid)	12,5%
Pneumoonia	7,3%
Vale ravimi manustamine	5,3%
Analüüsi tulemuse väljastamine valele patsiendile	4,5%
Ettenähtud diagnoosimise, ravi või samalaadse toimingu tegemata jätmine	3,7%
Valele patsiendile manustatud ravim	2,8%
Deliirium	2,7%
Pneumotooraks	2,7%
Clostridium difficile infektsioon	2,5%
Veresoonesise kateetriga (tsentraalveeni kateeter, arterikanüül või perifeerne kanüül) seotud vereringeinfektsioon	2,2%
Patsient on tuvastamata või valesti tuvastatud	1,9%
Kopsude kunstliku ventilatsiooniga seotud pneumoonia	1,8%
Äge iatrogenne pankreatiit (sh ERKP-järgne)	1,8%
Iatrogenne luumurd või luu perforatsioon	1,7%
Ajuinfarkt	1,7%
Kusepõiekateetriga seotud kuseteede infektsioon	1,4%
Antenataalsurm	1,3%
Kolju kattekudede sünnitrauma	1,3%
Sepsis	1,3%

Kohustuslikult raporteeritud juhtumite põhjal ei ole esimese aasta andmete alusel võimalik teha lõplikke järeldusi. Andmed viitavad muuhulgas väljakutsetele patsiendi korrektse tuvastamise protsessis, tervishoiutekkeliste infektsioonide ennetamises, ravimiohutuses ning sünniga seotud riskide käsitlemises. Täiendavat erialast analüüsi eeldavad veel sellised juhtumid nagu ettenähtud toimingute tegemata jätmine ja iatrogenesed vigastused. Tähelepanuväärne on ka deliiriumijuhtumite raporteerimine, mis viitab, et tervishoiuasutustes pööratakse enam tähelepanu kognitiivsete seisundite äratundmisele ja dokumenteerimisele patsiendiohutuse kontekstis. Tulemusi tuleb käsitleda eelkõige süsteemi käivitamisega seotud õpikogemusena, mis loob aluse edaspidiseks sihipärasemaks analüüsiks ja parendustegevuste kavandamiseks.

SÜVENDATUD ÜLEVADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Igale patsiendiohutusjuhtumile määratakse ka kategooria, mis kirjeldab, millise tegevuse või tööprotsessi käigus juhtum tekkis. Kategooriate lõikes koondamine aitab paremini mõista juhtumite tekkepõhjusti ning suunata ennetus- ja parendustegevusi nendes ravigraafide etappidesse, kus riskid sagedamini avalduvad.

Alljärgnevalt on esitatud patsiendiohutusjuhtumite jaotus kategooriate lõikes kohustuslikult raporteeritavate juhtumite põhjal. Kui arvestada kõiki raporteeritud juhtumeid (sh mitte kohustuslikult raporteerituid), on ülekaalus „Trauma- või õnnetusjuhtumi“ kategooria, mis on seotud kukkumiste suure arvuga, ning „Patsiendi jälgimise juhtumi“ kategooria, mis peegeldab lamatiste sagedast esinemist.

Tabel 3. Enim raporteeritud patsiendiohutusjuhtumite kategooriad

POJU kategooria	Osakaal kõikidest juhtumitest
Laborijuhtum	16%
Tervishoiutekkeline infektsioon	14%
Muu juhtum	12%
Ravimiga seotud juhtum	12%
Operatsioonijärgne juhtum	11%
Teised (23 kategooriat) kokku	35%

Tervishoiutekkeliste infektsioonide kategooria kuulumine sagedamini raporteeritud juhtumite hulka on ootuspärane, kuna rahvusvahelise kirjanduse põhjal moodustavad need märkimisväärse osa patsiendiohutusjuhtumitest. Labori-, ravimite kasutamisega seotud ja operatsioonijärgsete juhtumite suurem osakaal on patsiendiohutuse seisukohalt positiivne näitaja, mis annab alust eeldada, et nendes valdkondades on ohutuskultuur paremini juurdunud ning tervishoiutöötajatel kujunenud parem võimekus patsiendiohutusjuhtumeid märgata ja raporteerida.

„Muu juhtumi“ kategooria suhteliselt suur osakaal on seostatav süsteemi kasutuselevõtu varajase etapiga ning viitab vajadusele jätkata tervishoiutöötajate toetamist patsiendiohutusjuhtumite ühtselt tuvastamise ja dokumenteerimise oskuse kujundamisel.

PATSIENDIOHUTUSJUHTUMID OLEMUSE JÄRGI

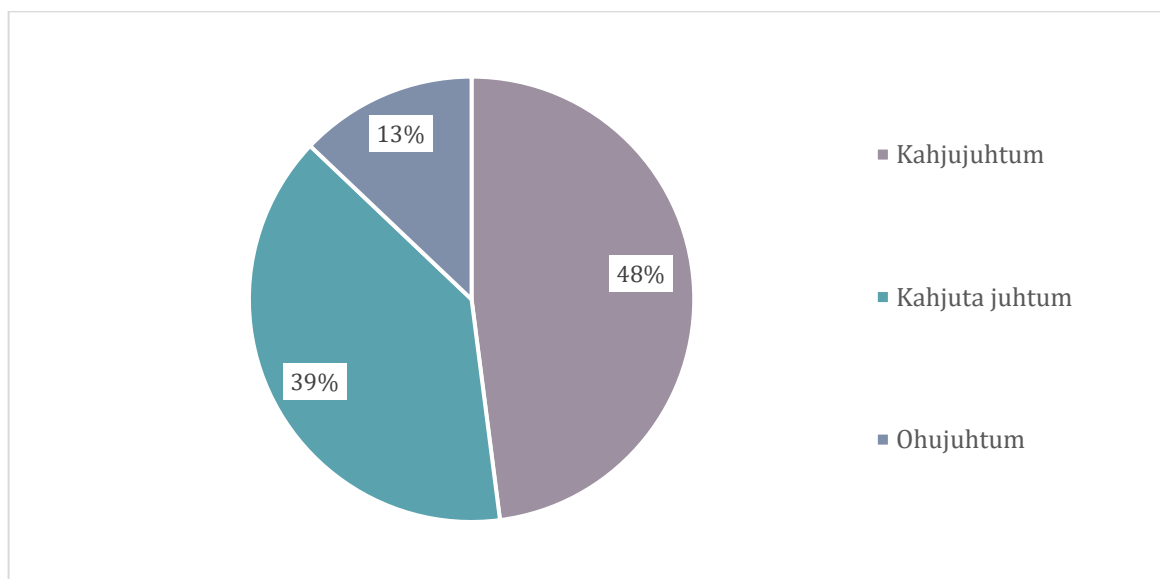
Igale patsiendiohutusjuhtumile määratakse olemus. Olemus kirjeldab juhtumi tulemit patsiendi seisukohast – kas tegemist oli kahjujuhtumiga, kahjuta juhtumiga või ohujuhtumiga. See eristus on patsiendiohutuse käsitluses keskse tähtsusega, kuna võimaldab hinnata mitte ainult seda, mis liiki juhtum aset leidis, vaid ka selle tegelikkuse mõju patsiendile.

Kahjujuhtumina käsitletakse olukorda, kus patsiendile tekkis tervisekahju. Kahjuta juhtum tähendab, et sündmus toimus, kuid patsiendile kahju ei tekkinud. Ohujuhtumi puhul oli kahju tekkimine võimalik, kuid

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

see suudeti ära hoida või ei realiseerunud. Selline liigitus aitab mõista, milline osa juhtumitest lõppes tegeliku tervisekahjuga ning milline osa kujutab endast süsteemi toimimise seisukohalt olulist õppimisvõimalust.

Juhtumi olemuse eristamine aitab hinnata, kui tõsised juhtumid olid ja mida saab edaspidi ennetada ning aitab keskenduda nii kahju vähendamisele kui ka riskide varasemale märkamisele. Küps patsiendiohutuse süsteem ei keskendu üksnes kahju põhjustanud juhtumitele, vaid väärtustab ka ohu- ja kahjuta juhtumite raporteerimist, sest just nende kaudu on võimalik ennetada tulevasi raskemaid tagajärgi.



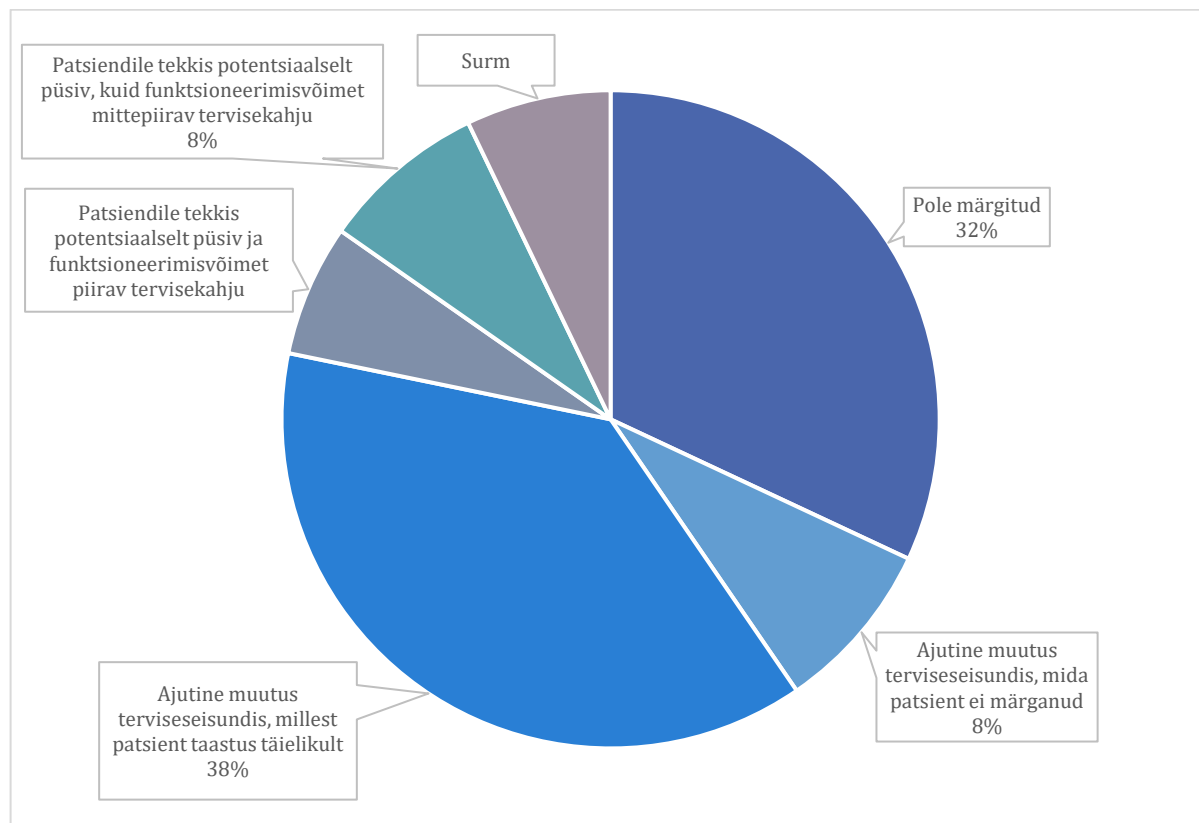
Joonis 3. Patsiendiohutusjuhtumite jaotus olemuse järgi

Raporteeritud juhtumite jaotus olemuse lõikes on kooskõlas rahvusvahelise kogemusega patsiendiohutuse raporteerimissüsteemide käivitamise varases etapis. Esimestel aastatel raporteeritakse sagedamini juhtumeid, millel on olnud patsiendile selge ja tajutav tagajärg, samas kui ohu- ja kahjuta juhtumite osakaal suureneb tavaliselt alles süsteemi küpsedes. Selle põhjuseks on asjaolu, et tervishoiutöötajad tunnevad kergemini ära ja peavad olulisemaks dokumenteerida juhtumeid, millel oli patsiendile vahetu mõju, samal ajal kui potentsiaalsete riskide märkamise ja raporteerimise praktika kujuneb välja järk-järgult.

Rahvusvaheline kirjandus kirjeldab küpse patsiendiohutuskuultuuri ühe tunnuseksena, et märkimisväärne osa raporteeritud juhtumitest on kahjuta- või ohujuhtumid, kuna just nende kaudu on võimalik süsteemseid riske tuvastada enne tegeliku kahju tekkimist.

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Seetõttu ei kirjelda kahjujuhtumite suurem osakaal tingimata riskide tegelikku taset, vaid peegeldab pigem seda, et raporteerimispraktika on alles kujunemas.



Joonis 4. Kahjujuhtumite tagajärg

Kahjujuhtumite tagajärgede jaotusest nähtub, et suurem osa tervisekahjustest oli ajutise iseloomuga ning patsient taastus täielikult. Väiksem osa juhtumitest oli seotud potentsiaalselt püsiva tervisekahjuga ning surmaga lõppenud juhtumid moodustasid marginaalse osa kõigist kahjujuhtumitest.

Selline jaotus on kooskõlas rahvusvahelise patsiendiohutuse kirjandusega, mille kohaselt moodustavad valdava osa tervishoiuga seotud kahjustest kergemad ja mööduvad kahjustused, samas kui rasked ja pöördumatud tagajärjed on harvemad. Andmed viitavad, et kuigi üksikjuhtumite mõju võib olla tõsine, on patsiendiohutuse parandamise seisukohalt oluline keskenduda ka sagedasematele, kuid kergematele juhtumitele, sest just nende kaudu on võimalik ennetada raskemate tagajärgedega olukordi.

SÜVENDATUD ÜLEVADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

PATSIENDIOHUTUSJUHTUMI VÄLDITAVUS

Patsiendiohutusjuhtumi analüüsimisel hinnatakse ka selle välditavust, st kas juhtumit oleks olnud võimalik ära hoida olemasolevate teadmiste, juhiste ja tavapärase töökorralduslike meetmete rakendamisel. Välditavuse hindamine ei ole suunatud üksikjuhtumi süü tuvastamisele, vaid süsteemi toimimise ja süsteemsete kaitsemehhanismide tõhususe mõistmisele.

POHAKus koosneb juhtum kahest etapist: juhtumi raporteerimisest ja menetlemisest. Raporteerimisel kirjeldatakse toimunut ning sisestatakse esmased andmed. Menetlemise käigus aga analüüsitakse juhtumi põhjuseid ja hinnatakse tagajärgi ning nende põhjal kavandatakse parendusmeetmed, et vähendada sarnaste juhtumite kordumise riski. Tervishoiuteenuse osutajal on õigus juhtumit menetleda kuni ühe aasta jooksul, mistõttu ei ole kõigi esimesel aruandeaastal raporteeritud juhtumite kohta välditavuse hinnang veel kättesaadav. Välditavuse näitajate tõlgendamisel tuleb seetõttu arvestada, et andmestik täieneb menetluste lõppemisel järk-järgult.

Välditavuse hindamine on seotud ka tervishoiuteenuse osutajate vastutuskindlustuse süsteemiga. Vastutuskindlustuse seaduse kohaselt on kindlustusjuhtum olukord, kus patsiendile tekkinud kahju oleks olnud võimalik vältida tavapärase ja nõuetekohase tervishoiuteenuse osutamise korral. Seetõttu on välditavuse analüüs oluline nii patsiendiohutuse parandamise kui ka hüvitamismenetluste seisukohalt.

Analüütiliselt annab välditavuse näitaja lisaväärtust, kui seda vaadelda koos teiste andmetega. Seda on võimalik ristvõrrelda näiteks juhtumi olemuse (kahju-, kahjuta- või ohujuhtum), kahju raskusastme, kordumise tõenäosuse, juhtumi kategooria, patsiendi vanuse ning rakendatud ennetusmeetmetega. Selline koondanalüüs aitab tuvastada mustreid, millistes protsessides ja milliste patsientide puhul esineb enam välditavaid juhtumeid, ning suunata parendustegevused sinna, kus neil on suurim mõju.

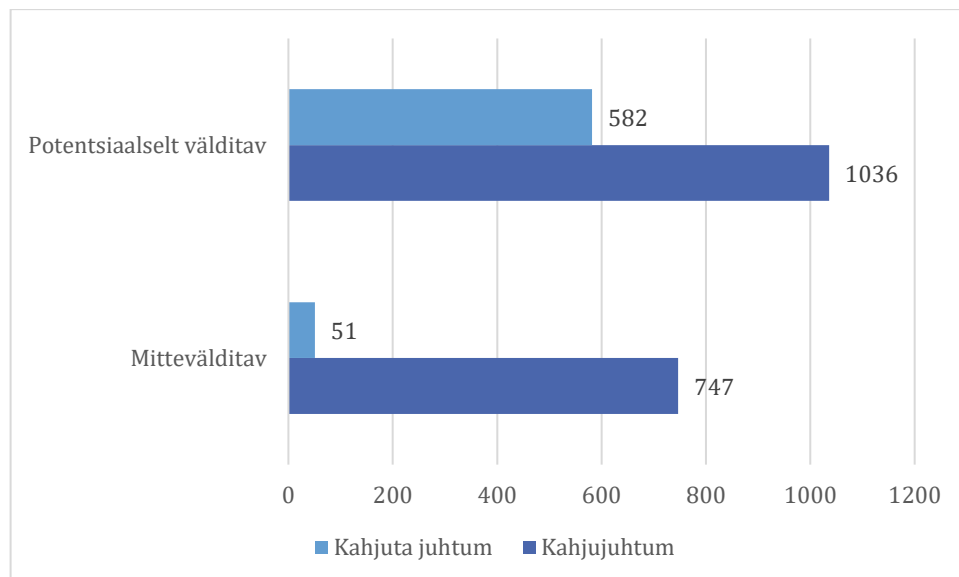
Esimesel aastal raporteeritud patsiendiohutusjuhtumitest on 01.11.2025 seisuga välditavust hinnatud 50% juhtumitest (2 411) – 798 juhtumit (33%) on hinnatud mittevälditavaks ja 1 618 juhtumit (67%) potentsiaalselt välditavateks.

Potentsiaalselt välditavateks on peetud eeskätt just neid patsiendiohutusjuhtumeid, millest ka üldiselt kõige enam teada antakse. See viitab seosele, mida paremini märkame ja registreerime teatud tüüpi juhtumeid, seda paremini oskame ka hinnata, et neid oleks saanud ennetada. Suurema osakaaluga on juhtumid, mis on tüüpiliselt seotud raviprotsessi korralduse, standardiseerimise ja kontrollpunktidega ning mille puhul on rahvusvaheliselt kasutusel konkreetset ennetusmeetmed. Viimase puhul näiteks kukkumised ja kukkumised koos vigastusega, lamatised, proovide ja tellimuste seostamise vead („proovinõu või tellimus ei kuulu antud patsiendile“), analüüsi- ja dokumenteerimisvead ning ettenähtud toimingute tegemata jätmine. See viitab, et olulisel osal sagedasematest juhtumiliikidest nähakse praktikas selget ennetuspotentsiaali.

SÜVENDATUD ÜLEVADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Mittevälditavate juhtumite hulgas on enam selliseid juhtumeid, mille puhul patsiendi kliiniline seisund, haiguse raskus või sekkumise paratamatu riskiprofiil mängib suuremat rolli ning kus juhtumi kulgu võib olla vähem prognoositav (nt deliirium, mitmed rasked tüsistused ja osa sünnitusabi ning perinataalsete tulemitest). Samas ilmneb, et mitme kliinilise tüsistuse (nt pneumoonia, pneumotooraks) puhul hinnatakse arvestatavat osa juhtumitest siiski potentsiaalselt välditavaks, mis osutab vajadusele erialapõhiseks täpsustavaks analüüsiks – millises etapis on ennetusvõimalus suurim (nt riskirühma varane äratundmine, jälgimise kvaliteet, profülaktika, protseduuriohutus).

Kokkuvõtlikult toetab võrdlus järelt, et potentsiaalselt välditavate juhtumite fookus koondub eeskätt **protsessiohutusele** (tuvastamine, dokumenteerimine, diagnostika- ja ravikorraldus, jälgimine), samas kui mittevälditavate juhtumite seas on suhteliselt enam **kõrge riskiga kliiniliste tüsistuste** ja raske seisundiga patsientidega seotud sündmusi.



Joonis 5. Patsiendiohutusjuhtumite välditavuse ja olemuse seos

Kahjujuhtumite ja kahjuta juhtumite jaotus välditavuse lõikes näitab, et potentsiaalselt välditavaid juhtumeid on rohkem kui mittevälditavaid nii realiseerunud kahjuga kui ka kahjuta juhtumite seas. See viitab, et märkimisväärsel osal juhtumitest nähakse süsteemset ennetuspotentsiaali ning neid ei käsitleta paratamatute tüsistustena. Samas kinnitab mittevälditavate kahjujuhtumite olemasolu, et tervishoiuteenuse osutamisega kaasneb teatud vältimatu riskitase, mistõttu tuleb välditavuse andmeid tõlgendada tasakaalukalt.

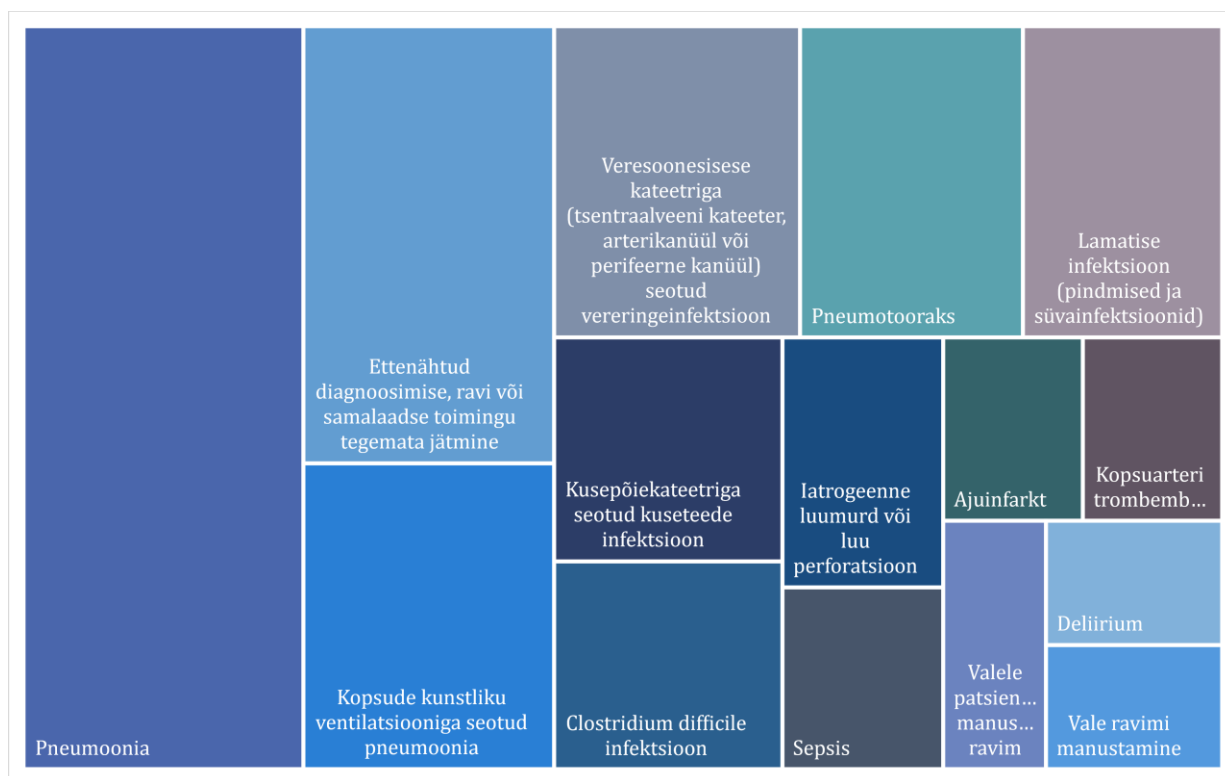
Oluline on hinnata, milliste potentsiaalselt välditavate juhtumitega tuleks esmajärjekorras tegeleda. Kokku on raporteeritud 4 827 patsiendiohutusjuhtumit. Neist 1 389 (29%) olid juhtumid, mille edastamine POHAKusse on kohustuslik. Kõigist kohustuslikult raporteeritud juhtumitest oli välditavust

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

01.11.2025 seisuga hinnatud umbes kolmel neljandikul ehk 1 014 juhtumi puhul (73%). Nendest hinnatud juhtumitest ligi kaks kolmandikku olid kahjujuhtumid (63%) – kokku 639 juhtumit. Kahjujuhtumitest hinnati omakorda veidi üle poole potentsiaalselt välditavaks (u 52%) – kokku 338 juhtumit.

Kuigi osakaal kogu andmestikust ei ole suur, esindavad need 338 juhtumit sisuliselt kõige olulisemat parenduspotentsiaali – tegemist on olukordadega, kus kahju on juba realiseerunud ning mille puhul hinnati, et see oleks olnud ennetatav. Just nende juhtumite süstemaatiline analüüs ja sihipäraste ennetusmeetmete rakendamine võimaldab kõige otsesemalt vähendada patsientidele tekkivat tervisekahju.

Allolev diagramm (joonis 7) näitab enim esinenud patsiendiohutusjuhtumeid, kus olemasolevate andmete põhjal oleks parendusmeetmete rakendamisel suurim mõju patsientide tervisekahju ennetamisele. *Treemap*-diagrammil on juhtumite sagedus esitatud ristkülikute pindalana: mida suurem ristkülik, seda rohkem vastavat juhtumit esines.

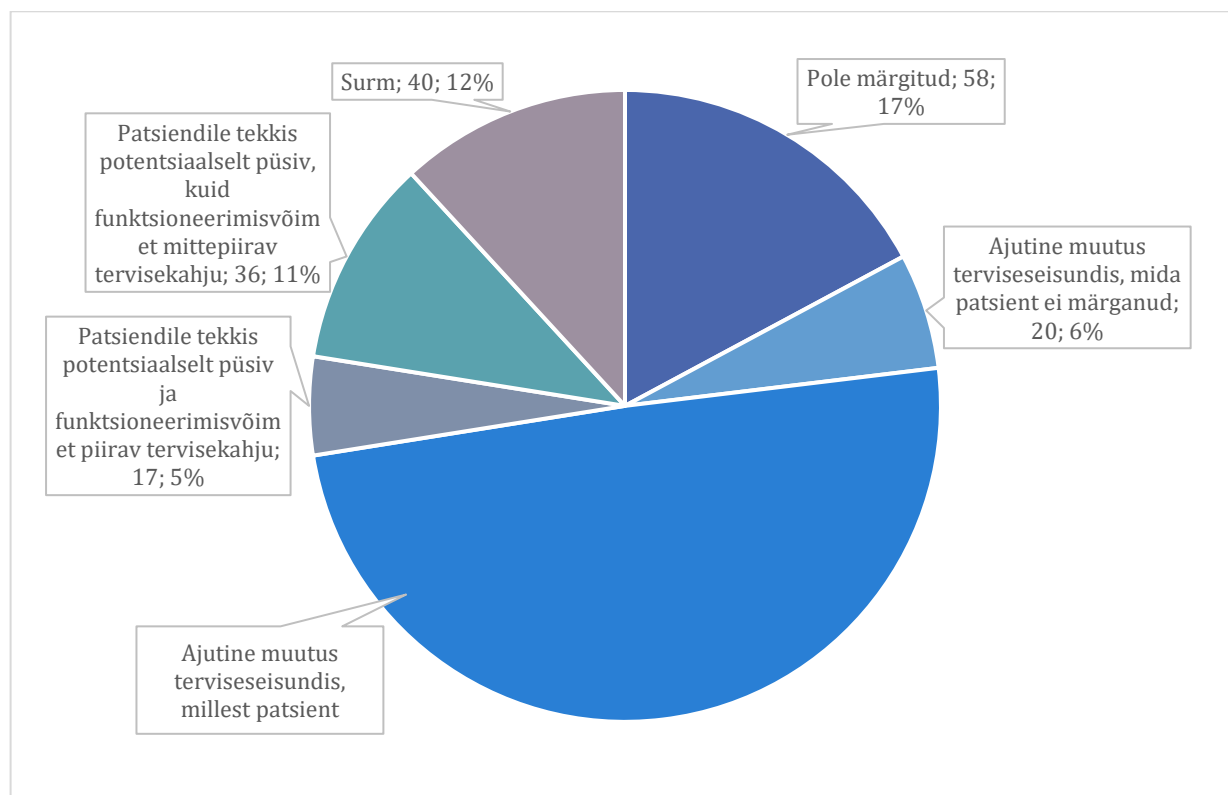


Joonis 6. Enim esinenud potentsiaalselt välditavad kahjujuhtumid (kohustuslikult raporteeritud patsiendiohutusjuhtumitest)

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Positiivsena võib välja tuua, et enamikul potentsiaalselt välditavatest kahjujuhtumitest ei olnud tagajärg raske (joonis 8). Ligi pooltel juhtudel (49%) oli tegemist ajutise tervise seisundi muutusega, millest patsient taastus täielikult. Samas moodustasid surmaga lõppenud juhtumid 12% ning potentsiaalselt püsiva tervisekahjuga juhtumid kokku 16%.

Andmetest selgub, et kuigi suurem osa potentsiaalselt välditavatest kahjust olid ajutise iseloomuga, esineb nende seas ka tõsiste tagajärgedega juhtumeid. See kinnitab, et ennetusmeetmete rakendamine on oluline nii sagedamini esinevate kergemate kahjude vähendamiseks kui ka raskemate ja pöördumatute tagajärgede ennetamiseks.



Joonis 7. Potentsiaalselt välditavate kahjujuhtumite tagajärg

MENETLUSEST

Patsiendiohutusjuhtumite raporteerimine on esimene samm – tegelik mõju patsiendiohutusele sünnib juhtumite süsteemsest menetlemisest. Menetluse eesmärk ei ole süüdlaste otsimine, vaid õppimine, süsteemsete põhjuste tuvastamine ja kordumise ennetamine.

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

Menetlus hõlmab juhtumi uurimist ja analüüsimist, juurpõhjuste väljaselgitamist, parendusmeetmete kavandamist ning tagasiside andmist. Keskendutakse küsimusele, kas ja kuidas oleks olnud võimalik kahju vältida ning millised organisatsioonilised, protsessilised või kommunikatsioonilased tegurid juhtumit soodustasid. Selline lähenemine toetab õiglast ja õppimisele suunatud ohutuskultuuri.

POHAK andmekogus kajastub menetluse tulemus andmeväljal „kordumise ennetamiseks rakendatud tegevused“, mis kirjeldab, millised sammud on pärast juhtumi analüüsi astunud selleks, et vähendada sarnase olukorra kordumise riski. Nende andmete põhjal on võimalik teha järeldusi, kas juhtumi järel täpsustati või tugevdati olemasolevaid töökorralduslikke lahendusi, töötati välja uusi ennetusmeetmeid või hinnati, et täiendavad parendustegevused ei ole asjakohased. See võimaldab näha menetluse praktilist tulemust – kas ja milliseid konkreetseid parendustegevusi on patsiendiohutuse tugevdamiseks ellu viidud.

Sarnaselt patsiendiohutusujuhtumi välditavuse hindamisele saab ka andmevälja „kordumise ennetamiseks rakendatud tegevused“ sisu täiendada kuni ühe aasta jooksul pärast juhtumi raporteerimist. Esimese aasta lõpuks oli vastav hinnang antud 66% juhtumi kohta (3 195 juhtu).

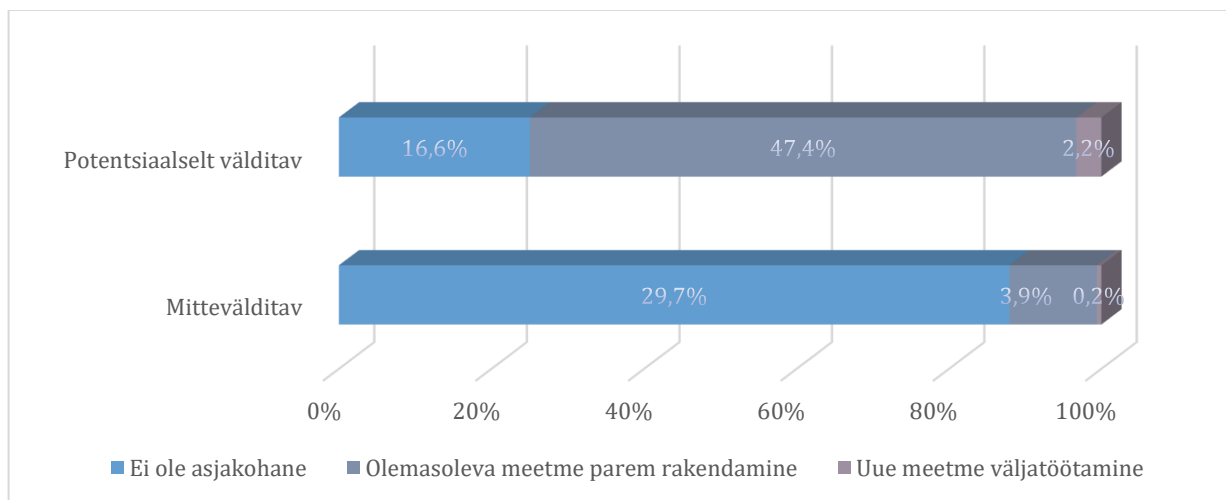
Nendest juhtumitest 53% puhul leiti, et täiendavate ennetusmeetmete rakendamine ei ole asjakohane. 45% juhtumite puhul hinnati, et kordumise vältimiseks tuleks olemasolevaid meetmeid paremini rakendada, ning 2% juhtumite korral peeti vajalikuks uue meetme väljatöötamist.

Menetluse tulemuste põhjal võib järeldada, et protsess on sisuliselt rakendunud ning jõuab valdava osa hinnatud juhtumite puhul ka konkreetse ennetusotsuseni. Asjaolu, et 66% juhtumitest on esimese aasta jooksul saanud hinnangu kordumise ennetamise osas, viitab süsteemi toimimisele ja menetlusandmete järjepidevale täiendamisele. See, et hinnangu saanud juhtumitest 45% (1 440) puhul leiti, et kordumise vältimiseks tuleb olemasolevaid meetmeid paremini rakendada, osutab, et parenduspotentsiaal seisneb enamasti kehtivate nõuete, juhiste ja töökorralduslike lahenduste järjepidevamas ning ühtlasemas rakendamises, mitte uute regulatsioonide või protsesside loomises. Samas peeti uue meetme väljatöötamist vajalikuks vaid 2% juhtumite puhul, mis viitab sellele, et täiesti uusi lahendusi eeldavad süsteemsed lüngad on suhteliselt harvad.

Enam kui pooltel juhtumitest (53%) leiti, et täiendava ennetustegevuse hindamine ei ole asjakohane. See võib peegeldada mittevällditavaid juhtumeid või olukordi, kus olemasolevad meetmed on juba piisavad. Samas on oluline tagada, et „mitte asjakohane“ hinnang oleks sisuliselt põhjendatud ega kujuneks automaatseks järelduseks, mis jätab vajaliku süvaanalüüsi tegemata juhtumites, kus tegelikult on võimalik õppida ja parendusi rakendada.

Kokkuvõttes näitab analüüs, et suurim parendusvõimalus peitub olemasolevate meetmete süsteemsemas ja järjepidevamas rakendamises, mitte niivõrd uute reeglite loomises.

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST

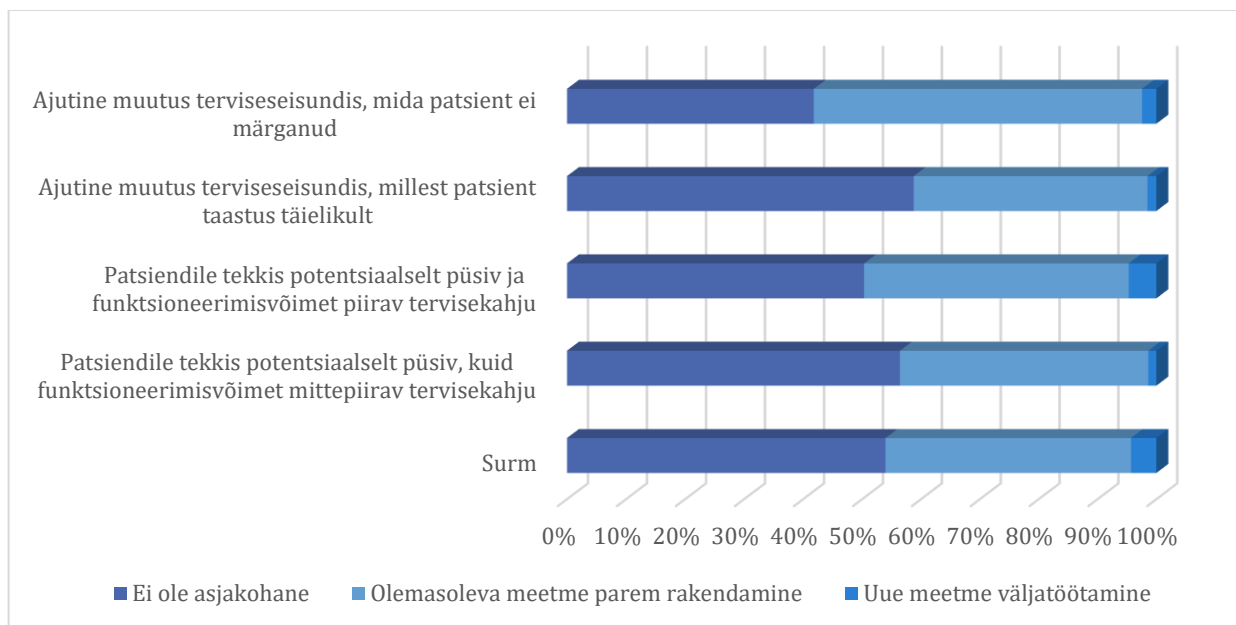


Joonis 8. Seos patsiendiohutusjuhtumi välditavuse ja kordumise ennetamiseks rakendatava meetmega

Andmed joonisel 9 näitavad selget erinevust mittevõlditavate ja potentsiaalselt välditavate juhtumite käsitluses: potentsiaalselt välditavate juhtumite puhul nähakse valdavalt vajadust olemasolevate meetmete parema rakendamise, samas kui mittevõlditavate juhtumite puhul peetakse ennetustegevust sagedamini mitteasjakohaseks. See viitab, et menetlusotsused on üldjoontes kooskõlas välditavuse hinnanguga ning parendusfookus suunatakse eelkõige juhtumitele, kus kahju oleks olnud võimalik ära hoida.

Jooniselt 10 on näha, et raskemate tagajärgedega juhtumite (sh püsiv tervisekahju ja surm) korral väheneb „ei ole asjakohane“ hinnangute osakaal ning suureneb aktiivse parendustegevuse osakaal, mis viitab riskipõhisele lähenemisele – mida tõsisem tagajärg, seda tõenäolisemalt nähakse vajadust süsteemseteks muudatusteks.

SÜVENDATUD ÜLEVAADE RAPORTEERITUD PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST



Joonis 9. Seos patsiendiohutusjuhtumite tagajärje ja kordumise ennetamiseks rakendatava meetmega

Kokkuvõte

Patsiendiohutuse andmekogu POHAK esimene tööaasta näitab, et Eesti tervishoius on astunud oluline samm avatuma, teadlikuma ja süsteemsema ohutuskultuuri suunas. Esmakordselt on riigi tasandil võimalik tugineda ühtselt kogutud andmetele ning vaadata patsiendiohutust tervikliku süsteemina – mitte üksikjuhtumite, vaid mustrite ja õpikohtade kaudu.

Raporteeritud 4 827 patsiendiohutusjuhtumit ei tähenda, et tervishoiuteenuse kvaliteedis oleks tervikuna tõsiseid vajakajäämisi, pigem peegeldab see tervishoiusüsteemi valmisolekut riske märgata ja neid nähtavaks teha. Rahvusvahelise kogemuse põhjal on just see küpse patsiendiohutuskultuuri tunnus – süsteem, kus juhtumeid ei varjata, vaid neist õpitakse. Esimese aasta andmed annavad ülevaate, millistes raviprotsessides riskid sagedamini avalduvad ning kus peitub suurim parenduspotentsiaal.

Eriti oluline on tähelepanu pöörata potentsiaalselt välditavatele kahjujuhtumitele. Kuigi nende osakaal kogu andmestikust ei ole suur, tähendavad need juhtumid reaalselt tekkinud kahju, mille puhul hinnati, et see oleks olnud ennetatav. Just nende juhtumite süstemaatiline analüüs ja sihipärane ennetustegevus võimaldab tulevikus kõige otsesemalt vähendada patsientidele tekkivat tervisekahju.

Menetluse andmed näitavad, et enamikul juhtudest ei ole vaja luua uusi regulatsioone, vaid tugevdada juba olemasolevate meetmete järjepidevat rakendamist. See viitab, et Eesti tervishoius on alusraamistik suures osas olemas ning järgmine arenguetapp seisneb protsesside ühtlustamises, juhiste järgimise tugevdamises ja õppimise süsteemses kinnistamises.

Samas on selge, et andmekogu areng on alles algusjärgus. Raporteerimine ei ole veel ühtlane ning süsteemiga ei ole liitunud paljud tervishoiuteenuse osutajad. Andmekvaliteedi parandamine, raporteerimisaktiivsuse suurendamine ning tervishoiutöötajate koolitamine klassifikatsioonide ja menetlusprotsessi osas on järgmiste aastate oluline prioriteet. Mida paremad ja ühtlasemad on andmed, seda täpsemaks muutub arusaam riskidest ning seda tõhusamaks saab ennetustegevus.

POHAK ei ole pelgalt register – see on tööriist tervishoiusüsteemi teadlikuks juhtimiseks. Andmete süsteemne kasutamine loob võimaluse anda asutustele kiiremat tagasisidet tähelepanu vajavatest parendusvaldkondadest, kujundada erialapõhiseid ennetusprogramme ning toetada poliitikakujundajaid otsustes, mis puudutavad ravikvaliteeti, töökorraldust ja ressursikasutust.

Esimene aasta on loonud vundamendi. Järgmiste aastate eesmärk on muuta patsiendiohutusanndmed aktiivseks juhtimisvahendiks, mille toel vähenevad välditavad kahjud, tugevneb organisatsioonikultuur ning kasvab patsientide usaldus tervishoiusüsteemi vastu. Iga paremini rakendatud meede, iga

KOKKUVÕTE

analüüsitud juhtum ja iga ennetatud risk tähendab realselt vähem kannatusi ning kvaliteetsemat ravi Eesti inimestele.

EDASISED PLAANID

Järgnevatel aastatel keskendub Terviseamet sellele, et kvaliteedi ja patsiendiohutusega tegelemine muutuks iga tervishoiutöötaja ja tervishoiuasutuse igapäevase töö loomulikuks, süsteemseks ja enesestmõistetavaks osaks. Patsiendiohutuse tugevdamine ei ole üksnes patsiendi kaitsmise küsimus, vaid aitab ühtlasi kasutada ravikulusid otstarbekamalt, vähendades välditava kahju tekkimist, sellest tulenevat lisaravi vajadust ning tervishoiusüsteemi koormust.

Selle eesmärgi saavutamiseks jätkab Terviseamet tervishoiuteenuse osutajate toetamist patsiendiohutusjuhtumite ühtlasel käsitlemisel, andmete kvaliteedi parandamisel ning õppimist toetava ohutuskultuuri kujundamisel. Oluline on viia sõnum kogu tervishoiusüsteemi, et kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamine ei ole eraldiseisev kohustus ega projektipõhine tegevus, vaid professionaalse tervishoiuteenuse lahutamatu osa.

Edaspidi on Terviseameti eesmärk kasutada patsiendiohutuse andmeid senisest aktiivsema juhtimisvahendina, et toetada tervishoiuasutusi kiirema tagasiside, sihipärasemate ennetusmeetmete ja teadlikuma parendustegevuse kavandamisel. Nii saab patsiendiohutusest järjest enam tervishoiusüsteemi ühiselt jagatud väärtus, mille kaudu tugevneb ravikvaliteet, suureneb patsientide usaldus ning väheneb välditav tervisekahju Eesti tervishoius.