



Lp Nele Parrest
Õiguskantsleri asetäitja-nõunik
Õiguskantsleri Kantselei
Kohtu 8
15913 Tallinn

Teie 01.07.2014 nr 7-9/140630/1402885

Meie 27.08.2014 nr 14.3-3/5874-1

Tagasiside soovitude täitmise osas põhiõiguste paremaks kaitsmiseks

Täname Teid põhjaliku tagasiside eest 10.04.2014. a SA Tartu Ülikooli Kliinikum (edaspidi Kliinikum) psühhiaatrikliinikusse toimunud kontrollkäigu tulemuste kohta. Patsientide põhiõiguste ja vabaduste tagamine ning austamine on üks hea ja toimiva ravisuhte alustest ning suhtume Teie soovitustesse täie tähelepanu ja tõsidusega.

I Videovalve kasutamine

Soovitame viia sisse süsteemi, kus patsient annaks kirjaliku nõusoleku videovalve kasutamiseks tema palatis. Psühhiaatrikliinik ei saa Teie esitatud soovitust paraku järgida allpool toodud põhjendustele toetudes.

Videojälgimisseadmeid kasutatakse psühhiaatrikliinikus peamiselt tervishoiuteenuse osutamise eesmärgil. Vastavalt isikuandmete kaitse seaduse (IKS) § 14 lg 1 p 1 on isikuandmete töötlemine lubatud andmesubjekti nõusolekuta, kui isikuandmeid töödeldakse seaduse alusel. Vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) § 4¹ lg 1 on tervishoiuteenuse osutajal (TTKS § 4), kellel on seadusest tulenev saladuse hoidmise kohustus, õigus andmesubjekti nõusolekuta töödelda tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikke isikuandmeid, sealhulgas delikaatseid isikuandmeid. Võlaõigusseaduse (VÕS) § 768 alusel peavad tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud hoidma saladuses neile tervishoiuteenuse osutamisel või tööülesannete täitmisel teatavaks saanud andmeid patsiendi isiku ja tema tervise seisundi kohta, samuti hoolitsema selle eest, et VÕS §-s 769 nimetatud dokumentides sisalduvad andmed ei saaks teatavaks kõrvalistele isikutele, kui seaduses või kokkuleppel patsiendiga ei ole ette nähtud teisiti. IKS § 5 alusel saab isikuandmete töötlemine toimuda ka videojälgimisseadmete abil. **Eeltoodud sätetest tulenevalt on Kliinikumil (k.a. psühhiaatrikliinikul) seadusest tulenev õigus töödelda isikute isikuandmeid, sh delikaatseid, andmesubjekti nõusolekuta ka videojälgimisseadmete abil, kui see toimub tervishoiuteenuse osutamise raames.**

Siinkohal on vajalik selgitada, et kaasaegsete psühhiaatriliste diagnostika- ja ravimeetodite kasutamise eelduseks on patsientide jälgimine nende tegevustes, selle analüüsimine ning selle põhjal saadud andmete dokumenteerimine ja raviskeemi koostamine. Ka vastavalt sotsiaalministri määruse „Haigla liikide nõuded“ § 19 lg 6 peavad psühhiaatria tervishoiuteenuste osutamiseks olema haiglas võimalused haige pidevaks jälgimiseks. Seega kasutatakse videokaameraid patsientide jälgimiseks, et osutada neile parimat võimalikku psühhiaatrilist abi. Ravi käigus peab personal saama täieliku ülevaate patsientide asukohast osakonna piires (sh koridorid, kus patsiendid võivad liikuda) ning ka palatites toimuvast. Kui kõik osakonna patsiendid on kas tegevustoas vms tegevustel, ja palatid on tühjad, on patsiendid personali vahetus vaateväljas, ning sel ajal ei ole mõistlik panna ühte töötajat pidevalt monitore jälgima. Monitore saab õe postist jälgida juhtudel, kui ei ole muul viisil kaetud kõikide patsientide jälgimine või kaasamine tegevustesse. Seega on videovalve kasutamine

eesmärgipärane.

Videovalve mittekasutamise ainus ja toimiv alternatiiv oleks märkimisväärselt suurendada kvalifitseeritud personali arvu. Selleks puuduvad Eesti riigis aga igasugused ressursid – nii rahaliselt kui tööjõu mõttes, mistõttu oleks videovalve alternatiiv ebamõistlikult koormav kogu meditsiinisüsteemile. Tehnoloogilise abivahendina võimaldavad videokaamerad personalil ennetavat sekkumist ohuolukordade lahendamiseks ja sealjuures vähemalt osaliselt vältida ka ohjeldamisi. Lisaks võib välja tuua, et videovalve kujutab patsientide jaoks tõenäoliselt isegi vähem häirivavat jälgimist kui seda oleks näiteks pidev töötaja kohalolu palatis.

Juhtudel, mil videokaamerate kasutamine ei ole hõlmatav otseselt tervishoiuteenuse osutamisega, on kaamerad kasutusel IKS § 14 lg 3 alusel patsientide ja personali ning vara kaitseks. Kaamerate kasutamise kohta on väljas vastavad sildid. Tahame rõhutada, et vastavalt psühhiaatrilise abi seaduse (PAS) § 6 lg 6 rakendatakse psühhiaatrilist haiglaravi juhul, kui isiku tervise seisundist lähtuvalt ei ole haiglaväline abi piisavalt tõhus või kui isik on temal esineva psüühikahäire tõttu muutunud endale või teistele ohtlikuks. Seega on psühhiaatriakliiniku puhul olemuslikult tegu kohaga, kus on kõrgendatud riskid nii personali kui patsientide elule ja varale. Videokaamerad ei ole kasutusel ainsa turvalisust tagava abinõuna, lisaks on kasutusel ka teisi füüsilisi ja organisatsioonilisi abinõusid (lukustatavad ukSED, sisekorrareeglid jms). Kaamerad on sealjuures oluliseks vahendiks toimunud juhtumite asjaolude väljaselgitamisel. Iseloomustamaks psühhiaatriakliiniku igapäevast tegelikkust saab näitena välja tuua, et sõltumata kõigist meetmetest registreeriti psühhiaatriakliinikus 2013. a siiski 44 vägivallajuhtumit kaaspatsientide vastu, 49 vägivallajuhtumit personali vastu ja 28 korral vara lõhkumist või süütamist, lisaks 64 suitsiidikatset. Aastate võrdluses (al 2003. a) võib kokkuvõtvalt siiski öelda, et oluliselt on langenud vägivallade käitumise määr töötajate vastu ning suitsidaalse käitumise tõus on peatunud. Vähetähtsaks ei saa siin kindlasti pidada ka videojälgimise abi.

Euroopa Inimõiguste Kohus on samal ajal leidnud, et väga erandlikel juhtudel (väga kõrge riski korral) võib kaameraid kasutada lausa riietusruumis, wc-s ja duširuumis, ning et sellised kõrged riskid võivad esineda näiteks kinnipidamisasutuses või psühhiaatriaiglas. Kliinikumi psühhiaatriakliinik wc-desse ja duširuumidesse seni kaameraid ei ole paigutanud, kuid eeltoodust ilmneb selgelt, et psühhiaatriakliinikut peetakse erandlikuks asutuseks. On oluline märkida, et arstid on psüühikahäirete diagnoosimisel ja psühhiaatrilise abi andmisel kohustatud olema sõltumatud ning juhinduma arstiteadusest, arstieetikast, seadustest ja muudest õigusaktidest (PAS § 5 lg 1), mille järgimisel saab eeldada, et on tagatud ka seaduse poolt ettenähtud kaitse isikute privaatsusele.

Siinkohal soovime Teile ka meenutada, et viimased õiguskantsleri külastused psühhiaatriakliinikusse toimusid 25.01.2010. a ja 21.01.2013. a. Antud kontrollringkäikude ajast saadik ei ole videojälgimissüsteemidesse ega seda reguleerivasse seadusesse viidud sisse olulisi muudatusi. Õiguskantsler ei ole varasemalt, kui olukord jälgimissüsteemidega on olnud samaväärne, pidanud vajalikuks Teile viimases kirjas väljatoodud soovitusi anda. Nõnda tulid Teile praegused soovitusel meile mõnevõrra üllatuslikult. Soovitame viia sisse süsteemi, kus patsient annaks kirjaliku nõusoleku videovalve kasutamiseks tema palatis. **Kui isikuandmete töötlemine toimub seaduse alusel, ei või sama töötlemise kohta võtta inimeselt lisaks veel nõusolekut.** Andmekaitse Inspeksioon on omalt poolt selgitanud, et nõusoleku võtmine sellises olukorras oleks eksitav, sest nii jääb inimesel mulje, nagu oleks võimalik töötlemine ära lõpetada, kui ta nõusoleku tagasi võtab. Isegi kui asuda seisukohale, et psühhiaatriakliinikus kaamerate kasutamine ei toimu seaduse alusel, siis praktikas oleks nimetatud soovitusel sisuline täitmine keeruline, mis omakorda näitab samuti antud lähenemise sobimatust. Nimelt, enamik haiglaravi vajavatest patsientidest ei ole kliinikusse saabumisel ja sageli ka haiglaravi ajal, tulenevalt oma psüühikahäirest võimalised aru saama oma haigusest ja sellega kaasnevatest ohtudest ning võtma sel hetkel vastu põhjalikult kaalutud otsuseid. Seega täiendava lepingu/informeeritud nõusoleku allkirjastamine patsiendi poolt võiks sageli kujuneda pelgalt formaalsuseks, ilma nõusoleku andmise eesmärgel sisuliselt täitmata.

2007. a toimunud kontrollkäigu aktis väljendas toonane õiguskantsler Allar Jõks lausa seisukohta, et mõningate riigi ülesandeid täitvate eraõiguslike juriidiliste isikute (milleks on ka

SA Tartu Ülikooli Kliinikum) või valitsusasutuste juures (haiglad, vanglad jne) võib teatud juhtudel osutada vajalikuks nimetatud asutustes viibivate isikute tegevuse jälgimine videojärelevalvesüsteemi või muu jälgimisseadmetiku kaudu ning ka ülesvõtete salvestamine. Ettepaneku vastava volitusnormi viimiseks seadusesse pidi õiguskantsler tegema ka justiitsministrile. Seega on psühhiaatriakliinikutes videojälgimissüsteemide kasutamise täpsem reguleerimine eraldi erisätte kujul olnud teemaks ka üldisemal tasandil.

Lõpetuseks märgime, et Andmekaitse Inspeksioon algatas õiguskantsleri 2010. a külastuse tulemusena 30.03.2010. a riikliku järelevalvemenetluse haldusmenetluse seaduse § 43 lõike 2 alusel. Pärast asjaolude selgitamist otsustas Andmekaitse Inspeksioon, et videojärelevalve kasutamine SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinikus vastab isikuandmete kaitse seaduses sätestatud tingimustele ja lõpetas menetluse. **Seega on Eesti Vabariigis isikuandmete kaitse üle järelevalvet teostama määratud institutsioon kinnitanud videojälgimisseadmetiku kasutamise põhjendatust, eesmärgi- ja õiguspärasust psühhiaatriakliinikus.**

Kõigile eeltoodud põhjendustele toetudes ei näe Kliinikum võimalust Teie kirjas videojälgimissüsteemi kohta tehtud soovitus järgimiseks. Kliinik on teadvustanud elektroonilise jälgimistehnika kasutamisel kaasuvaid riske ja ohtusid patsiendi privaatsusele, tehes omalt poolt kõik võimaliku, et tegevus oleks jätkuvalt kooskõlas kehtiva õiguse ja üldtunnustatud heade tavadega.

II Ohjeldusmeetmete kasutamise dokumenteerimine

Ohjeldusmeetmete kasutamisel seisundi jälgimist dokumenteeritakse elektroonilises haigusloos (eHL) ja paralleelselt paberil. Leiame, et kontrollkäigu läbiviijad oleksid kindlasti saanud parema pildi ohjeldamise dokumenteerimisest, kui nad oleksid paralleelselt paberlooga hinnanud ka eHL sissekandeid, mille täitmine on patsiendi seisundi tervikliku käsitlemise aspektist olnud prioriteetsem.

Dubleerimine toimub seetõttu, et kogu ohjeldamist puudutavat elektroonilist dokumentatsiooni ei ole piiratud rahaliste võimaluste tõttu jõutud IT-tehniliselt veel välja arendada. Kahes versioonis (paberil ja elektrooniliselt) dokumenteerimine tekitab kahetsusväärset rohkem inimlikke eksimisi ja soodustab teatavat pealiskaudsust. Samas ei ole täielikult võimalik pabervormidest loobuda väliste turvatöötajate võimaliku kaasamise korral.

Selle nimel, et ohjeldamisega seonduva dokumenteerimine toimuks elektrooniliselt, sealjuures paberversiooni täitmise vajaduse korral selgemate ja lihtsamate reeglite abil, samuti sisu poolest vastavalt Teie kirjas väljatoodud soovitudele, hetkel töö käib.

III Jälgimisruumi kasutamine eraldusruumina

Alustuseks tuleb mainida, et eraldusruumi sisseseadmist on pidevalt kaalutud renoveerimise jms töökorralduslike arutelude korral. Samas eraldamise kasutamine põhjusel, et patsient on agressiivne või teistele ohtlik, ei ole aga senise praktika põhjal osutunud efektiivseks.

Erialakirjanduse andmetel ei ole tõendatud, et eraldamisruumi kasutamine oleks **oma olemuselt** vähem piiravam ohjeldusmeede võrreldes mehaanilise ohjeldamisega. Leidub ükskuid mitte eriti kõrge kvaliteediga uurimusi, kus patsiendid on ise eraldamist hinnanud vähem piiravamaks, kuid samas on statistiliselt saadud erinevus väike¹. Arvukalt uurimusi eraldamise kohta psühhiaatrias on tehtud 80-ndatel ja 90-ndatel, kus mõned autorid pidasid eraldamist patsiendile

¹ Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E., Steinert, T. (2011) *A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22211210>

vähem kahjustavamaks kui mehaanilist ohjeldamist², teised aga sama ohtlikuks oma tagajärgede (puudulikust järelvalvest tingitud surmad) tõttu³.

Psühhiaatrikliiniku varasemas praktikas ei ole patsientide eraldamine eraldusruumi osutunud tulemuslikuks - agressiivne ja vihane patsient on ruumis edasi lõhkunud ja senini ei ole leitud häid lahendusi ruumi ohutuks ja lõhkumiskindlaks ehitamiseks. Pärast iga sellist eraldamist ruumi remontimine ei ole rahaliselt võimalik. Samas kõle ja sisustuseta ning lõhutud ruum ei soodusta kuidagi ka järgmise patsiendi rahunemist.

Mehaanilise ohjeldamisega on rahunemine kiirem, patsient on pidevalt personali järelevalve all ning samal ajal saab patsiendile selgitada ohjeldamisotsust ning püüda teda veenda rahunema.

Eraldusruumi kasutamine võiks hinnanguliselt olla vajalik ainult vägivaldse/agressiivse patsiendi eraldamiseks. Eestis ei ole uuritud ohjeldamise põhjusi, kuid kirjanduse andmetel on levinuimad ohjeldamise põhjused meditsiinilised: ravimite manustamiseks ja ravimise eemärgil paigaldatud abivahendite (kanüülid, sondid jms) tahtliku või tahtmatu eemaldamise takistamine, ekstubeerimise vältimine, ärevus, desorienteeritus, deliirium, keha toestamine. Ehkki võib eeldada, et psühhiaatriaiglates on levinuim patsientide ohjeldamise põhjus patsientide vägivaldne käitumine, selgus Keski-Valkama jt uurimusest⁴, et Soome psühhiaatriaiglates on levinuim ohjeldamise põhjus patsientide agiteeritus ja desorienteeritus, teisel kohal vägivaldne käitumine ning kolmandal kohal olid ohjeldamised, mille põhjused uuringu ajal ei selgunud. Hinnanguliselt võiks eraldusruumis ohjeldamist vajada 1/3 ohjeldatud patsientidest (nooremapoolsed, varasema vägivallaanamneesiga mitmikdiagnoosidega jms meessoost patsiendid). Ülejäänud aja oleks ruum kasutuseta.

Arvestades psühhiaatrikliinikus valitsevat ruuminappust ning piiratud rahalisi võimalusi, samuti varasemat praktikat, ei ole me senini pidanud eraldi eraldusruumi ehitamist seega otstarbekaks.

IV Palatite sisustus

Mis puudutab palatite sisustust, siis palatites ei ole psühhiaatrikliiniku akuutosakonnas öökappe ainult meeste ja naiste kinnistes palatiplokkides (kokku 35st voodikohast 17s). Nimetatud ruumid on äärmiselt askeetlikult sisustatud nii patsientide enda kui ka personali elu ja tervise kaitseks, sest kõik lahtised esemed on potentsiaalsed ohuallikad. Olukordi, kus erinevate esemetega on tekitatud kehavigastusi kaaspatsientidele või personalile, on esinenud korduvalt. Tagatud on patsientide isiklike asjade ning esmavajaliku varustuse hoiustamine.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Margus Ulst
Juhatuse liige

² Farnham, F.R., Kennedy, H.G. (1997). *Acute excited states and sudden death*. British Medical Journal. 315, 1107-1108.

³ Busch, A. B., Shore, M. F. (2000). *Restraint and seclusion: A Review of Recent Literature*. Harvard Review Psychiatry 8, 261-270.

⁴ Keski-Valkama, J., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, AM, Lönnqvist, J., Kaltiala-Heino, R. (2010) *The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study*. Nordic Journal Psychiatry 64(2):136-44