



HINDAMISOTSUS

Tartu

16.12.2015 nr 97

Tervishoiuteenuse osutamist tõendavate isikupõhiste meditsiinidokumentide arhiiviväärtuse väljaselgitamine

I ÜLDOSA

1.1 HINDAMISE ALUS

Hindamise alus on arhiiviseaduse § 7 lõige 2¹, mille kohaselt Rahvusarhiiv selgitab avalikku ülesannet täitva asutuse või isiku dokumente hinnates välja arhivaalid.

1.2 HINDAMISE EESMÄRK JA ULATUS

Hindamise eesmärk on tervishoiuteenuse osutamise käigus alates 2003. aastast loodud ja edaspidi loodavate isikupõhiste meditsiinidokumentide arhiiviväärtuse väljaselgitamine.

Isikupõhised meditsiinidokumendid käesoleva otsuse mõistes on sotsiaalministri 18.09.2008 määruses nr 56 "Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord"² § 4, sotsiaalministri 17.09.2008 määruses nr 53 "Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ja kord"³ § 2 lg 2 ning tervise- ja tööministri 27.08.2014 määruses nr 52 "Meditiiniliste ülesvõtete liigid, neile esitatavad infotehnoloogilised nõuded ning kättesaadavaks tegemise tingimused ja kord"⁴ § 3 lg 1 loetletud dokumendid.

Pikaajalise (üle 10-aastase) säilitustähtajaga isikupõhised meditsiinidokumendid, mis on loodud enne 01.01.2003, on hinnatud Rahvusarhiivi 02.03.2005 hindamisotsusega nr 131.

II HINDAMISE LÄBIVIIMINE

2.1 HINDAMISE ALUSDOKUMENDID

Hindamisel lähtuti arhiiviseadusest, arhiivieeskirjast, Rahvusarhiivi hindamispoliitika ja -strateegiaga sätestatud hindamiskriteeriumitest (kinnitatud riigiarhivaari 15.02.2010 käskkirjaga nr 10).

1 RT I, 21.03.2011, 1.

2 RTL 2008, 80, 1115. 01.01.2003 kuni 31.08.2008 kehtis sotsiaalministri 06.05.2002 määrus nr 76 (RTL 2002, 59, 891).

3 RTL 2008, 78, 1098.

4 RT I, 29.08.2014, 8. 01.09.2008 kuni 31.08.2014 kehtis sotsiaalministri 21.08.2008 määrus nr 47 (RTL 2008, 73, 1020).

Sotsiaalministri 18.09.2008 määruse nr 56 "Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord" § 3 lg 3 järgi säilitatakse määrusega kehtestatud dokumente kui avalikke arhivaale⁵ neile kehtestatud tähtaja jooksul arhiiviseaduses sätestatud nõuete kohaselt.

2.2 FUNKTSIOONI ÜLEVAADE JA DOKUMENTIDE TEKKEKONTEKST

2.2.1 Tervishoiuteenuste osutamise korraldamine

Tervishoiuteenuste osutamise korraldus ja nõuded on sätestatud 09.05.2001 Riigikogus vastuvõetud "Tervishoiuteenuste korraldamise seadusega" (edapidi TTKS)⁶. Sellele vastavalt on **tervishoiuteenus** tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

Tervishoiuteenust osutab **tervishoiutöötaja** või **tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik**. Vastavalt tervishoiuteenuse osutamise spetsiifikale eristatakse vältimatut abi, üldarstiabi, kiirabi, eriarstiabi, õendusabi ja ämmaemandusabi. **Vältimatu abi** on tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse. **Üldarstiabi** on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. **Kiirabi** on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtrliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse. **Eriarstiabi** on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. **Õendusabi** on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt. **Ämmaemandusabi** on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt.

Osutatava tervishoiuteenuse liigi järgi võib **tervishoiuasutused** jaotada: haigla, perearstiabiasutus, eriarstiabiasutus, hambaraviasutus, kiirabiasutus, taastusraviasutus, diagnostikaasutus, õendusabiasutus ja muu asutus (TTKSi kohaldatakse tervishoiuteenuste osutamise korraldusele Kaitseministeeriumi valitsemisalas, vanglates, koolitervishoiuteenuste osutamisele koolides ja apteegiteenuse osutamisel).

2.2.2 Tervishoiuteenuse osutaja juures loodavad tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid

Tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide loetelu, näidismuud ja tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord on kehtestatud sotsiaalministri 18.09.2008 määrusega nr 56 "**Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord**". Selle järgi on tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid:

1) **tervisekaart**;

Tervisekaardi vormistab üldarstiabi osutaja, eriarstiabi osutav arst ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamisel või ämmaemand ambulatoorse ämmaemandusabi tervishoiuteenuse osutamisel. Tervisekaarti säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist. Tervisekaardile kantakse: tervishoiuteenuse osutaja andmed; patsiendi andmed; patsiendi tervise seisundi andmed; andmed patsiendi tervist kahjustavate riskitegurite

5 Arhiiviseaduse (RT I, 21.03.2011, 1) mõistes ei saa määrusega kehtestatud dokumente arhivaalideks nimetada, kuna arhivaalid ehk arhiiviväärtusega dokumendid tehakse kindlaks alles avaliku arhiivi hindamise tulemusel.

6 RT I 2001, 50, 284.

ja ohtliku töökeskonna kohta; päeviku osa (*decursus morbi*); andmed lapse tervisekaardi juurde.

2) õpilase tervisekaart;

Õpilase tervisekaardi vormistab põhi- ja keskharidust andvas õppeasutuses õppivale õpilasele tervishoiuteenust osutav tervishoiutöötaja ja seda säilitatakse vähemalt 5 aasta möödumiseni õpilase kooli lõpetamisest või koolist lahkumisest. Õpilase tervisekaardile kantakse: õppeasutuse ja tervishoiuteenuse osutaja andmed; õpilase andmed; õpilase terviseseisundi jälgimise jm terviseseisundi andmed.

3) rasedakaart;

Rasedakaardi vormistab raseduse kulgu jälgiv tervishoiutöötaja alates rasedusega arvelevõtmise päevast ja seda säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist. Rasedakaardile kantakse: tervishoiuteenuse osutaja andmed; patsiendi andmed; lapse isa andmed; raseda terviseseisundi andmed; eelnenud raseduse ja sünnituse andmed; rasedusega arvelevõtmise andmed; iga vastuvõtu andmed; analüüside ja uuringute andmed; teiste arstide ja spetsialistide konsultatsioonid; gravidogrammi andmed; vaginaalse staatuse jälgimise andmed; ravi, korraldused, soovitusel rasedale; sünnituslehe andmed; sünnituse kuupäev, lapse sugu, kehakaal, pikkus, Apgari hinne; andmed nõustamise kohta.

4) saatekiri;

Saatekiri on ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamise käigus vormistatav dokument, mis on aluseks patsiendi suunamisele uuringule, teise arsti konsultatsioonile, päevaravile, statsionaarsele ravile, koduõendusteenuse osutaja juurde või iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutaja juurde. Saatekirja säilitatakse koos uuringu või konsultatsiooni vastusega/otsusega tervisekaardi, haigusloo või õendusloo juures. Saatekirjale kantakse: tervishoiuteenuse osutaja andmed; tervishoiuteenuse osutaja, kelle juurde patsient suunatakse, andmed; suunamise eesmärgist lähtuvad andmed; patsiendi andmed; patsiendi anamneesi, terviseseisundi ja varasemate uuringute andmed; tehtud uuringu või konsultatsiooni vastus jm andmed.

5) haiguslugu;

Haiguslugu vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta (ei ole kohustuslik, kui patsiendile vormistatakse õenduslugu). Patsiendi haiglast väljakirjutamisel või teise haiglasse üleviimisel haiguslugu lõpetatakse. Haiguslugu säilitatakse vähemalt 30 aasta jooksul pärast selle lõpetamist. Haiguslugu koosneb järgnevatest osadest: üldosa; anamnees; päevik (*decursus morbi*); epikriis; konsultatsioonid; anesteesia kaart (koopia); intensiivravi jälgimisleht; TISS-leht (*Therapeutic Intervention Scoring System*); patsiendi verekaart; verekomponendi tellimine ja transfusiooniprotokoll; transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll; operatsiooniprotokoll; erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaart; õenduslugu (kuni 01.01.2012); jälgimisleht (kuni 01.01.2012); ravileht (kuni 01.01.2012); statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi valdusest äravõetud keelatud ainete ja esemete leht (alates 01.09.2012); statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete leht (alates 01.09.2012).

6) kiirabikaart;

Kiirabikaart on kiirabi osutamist tõendav dokument, mis vormistatakse iga väljakutse ja iga patsiendi kohta, kellele kiirabiteenust osutatakse. Kiirabiasutus säilitab kiirabikaarti vähemalt 5 aasta jooksul, haiglaravi järgnemisel säilitatakse kaardi koopia haiglas koos haiguslooga. Kiirabikaardile kantakse: kiirabi väljakutse registreerinud häirekeskuselt saadavad andmed; õnnetusteate vastu võtnud ja väljasõidukorraldust andvalt häirekeskuselt saadavad andmed; sündmuskohal täpsustatud patsiendi ja tema terviseseisundi andmed; kanne patsiendi edasisest abist keeldumise kohta, patsiendi allkiri; kiirabibrigaadijuhi allkiri; haigla ja osakonna nimetus, kuhu patsient üle antakse ning haiglasse vastu võtnud tervishoiutöötaja nimi. Alates

28.11.2014 vormistatakse kiirabikaart elektrooniliselt vastavalt Tervise Infosüsteemi edastatavale andmekoosseisule.

7) kiirabi elustamiskaart (01.01.2003 kuni 28.11.2014);

Kiirabi elustamiskaart vormistati kiirabikaardi täiendava dokumendina väljasõidu käigus patsiendile tehtud elustamiskatse korra. Kiirabi elustamiskaarti säilitatakse kiirabiasutuses vähemalt 5 aasta jooksul. Kaardi koopia on teabeks haigla intensiivravi osakonnale ja säilitatakse koos patsiendi haiguslooga. Kiirabi elustamiskaardile kanti: kiirabibrigaadi ja patsiendi andmed; sündmuskoha olukorra kirjeldus enne kiirabibrigaadi saabumist; kiirabibrigaadi tegevuse kirjeldus; andmed patsiendi edasise saatuse kohta.

8) hambaravikaart;

Hambaravikaart vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele hambaravi osutatakse ja seda säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist. Hambaravikaardi andmete koosseis: tervishoiuteenuse osutaja andmed; patsiendi andmed; suunamisega seotud andmed; üldanamneesi andmed; suu- ja hammaskonna anamneesi andmed; hambaravi visiidiga seotud andmed; manustatud ravimite andmed; hambaravi kiinilise vaatluse andmed; patsiendi ravi kokkuvõtte; andmed väljastatud dokumentide kohta; ravijärgsed soovitusel; edasi suunamise andmed; vastuvõtule pöördumise andmed; märkused.

9) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri;

Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekirja vormistab arst elupuhuse patomorfoloogilise uuringu tellimiseks raku- ja koematerjali juurde. Saatekirjale kantakse: uuringu tegija ja tellija andmed; patsiendi andmed; patsiendi tervises seisundi, uuringu jm andmed.

10) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu vastus;

Elupuhuse patomorfoloogilise uuringu vastuse vormistab patoloog. Uuringu tellinud tervishoiuasutus või perearst säilitab uuringu vastuse koos haigusloo või tervisekaardiga. Uuringu tegija säilitab vastuse koopia ja sellekohased koeproovid vähemalt 30 aastat. Uuringu vastusele kantakse: tervishoiuteenuse osutaja ja uuringu läbiviija andmed; patsiendi andmed; uuritava materjali kirjeldus; patoloogi soovitusel; patomorfoloogiline lõppdiagnoos jm andmed.

11) patoanatomilise lahangu saatekiri;

Patoanatomilise lahangu saatekirja vormistab surnu lahangut telliv arst, saatekirja säilitatakse koos lahangu protokolliga. Lahangu saatekirjale kantakse: surnu andmed; surma andmed; lahangut telliva tervishoiuteenuse osutaja jm andmed.

12) patoanatomilise lahangu protokoll;

Patoanatomilise lahangu protokoll vormistab lahangu teinud patoloog. Lahangu tegija säilitab lahangu protokoll ja sellekohased koeproovid vähemalt 30 aastat. Lahangu protokoll kantakse: lahangu tellija ja lahangut teinud patoloogi andmed; surnu andmed; lahangu tellija andmed; lahangu ja selle tulemuste kirjeldused, skeemid, fotod; patoanatomiline diagnoos ja epikriis; arstliku surmatõendi jm andmed.

13) patoanatomilise lahangu protokoll väljavõte;

Patoanatomilise lahangu protokoll väljavõtte vormistab lahangu teinud patoloog lahangu protokoll põhjal. Lahangu tellija säilitab väljavõtte koos haigusloo või tervisekaardiga. Lahangu protokoll väljavõttesse kantakse: patoanatomilise diagnoosi ja epikriisi andmed; arstliku surmatõendi andmed; lahangu ja selle läbi viinud patoloogi andmed.

14) koduõenduskaart (01.09.2003 kuni 01.01.2012);

Koduõenduskaart on patsiendile koduõendus-hooldusteenuse osutamist tõendav dokument ja seda säilitatakse vähemalt 5 aastat pärast viimase kande tegemist. Koduõenduskaardile kanti:

teenuse osutaja andmed; patsiendi andmed; teenuse käigus sooritatud tegevused, raviprotseduurid ja laboriuuringud; andmed õe poolt sooritatud tegevuste kohta; õendusanamnees jm andmed.

15) geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte;

Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte vormistatakse iga patsiendi kohta, kelle geriaatrilist seisundit hinnatakse, seda säilitatakse elektroonselt geriaatriameeskonna andmebaasis vähemalt 30 aastat. Paber kandjal säilitatakse kokkuvõtet koos haigusloo või tervisekaardiga. Geriaatrilise hindamise kokkuvõttesse kantakse: tervishoiuteenuse osutaja andmed; patsiendi andmed; probleemide kirjeldused; sekkumise ressursid ja piirangud, edasise tegevuse eesmärgid ja plaan jm andmed geriaatrilise hindamise kohta.

16) ehkardiograafilise uuringu protokoll;

Ehkardiograafilise uuringu protokoll vormistatakse iga patsiendi kohta, kellele vastav uuring teostatakse. Uuringu pildiline materjal salvestatakse elektrooniliselt või videolindile. Protokoll säilitatakse vähemalt 15 aastat, protokoll koopia säilitatakse haigusloo või tervisekaardi vahel. Protokoll kantakse: tervishoiuteenuse osutaja andmed; uuringu mahu andmed; patsiendi andmed; patsiendi tervise seisundi andmed; uuringu tulemused jm uuringuga seotud andmed.

17) õenduslugu (alates 10.07.2011);

Õenduslugu vormistatakse kas haiglas statsionaarse õendusabi osutamisel koos eriarstiabiga, iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutamisel või koduõendusteenuse osutamisel. Õenduslugu säilitatakse vähemalt 30 aasta jooksul pärast selle lõpetamist. Õenduslugu koosneb: üldosa; anamnees; õendusplaan; patsiendi seisundi jälgimine; raviplaan; konsultatsioonid; õendusepikriis.

18) tervisetõend (alates 10.11.2014);

Tervisetõendiga tõendab tervisekontrolli tegija tervisetõendi taotleja tervise seisundit vastava kasutusala tingimustes. Tervisetõend koostatakse ja vormistatakse elektroonselt Tervise infosüsteemi vahendusel või vajadusel paberil. Tervisetõendi andmekoosseisu kuuluvad: tervisetõendi standardi versiooni number; tervisetõendi number; tervisetõendi liik; tervisetõendi staatus; tervisetõendi väljastamise kuupäev; tervisetõendi kehtivuse aeg; tervisetõendi keel; tervisetõendi versiooni number; konfidentsiaalsus; dokumendi autor (tervishoiuteenuse osutaja asutus); dokumendi koostanud ja kinnitanud tervishoiutöötaja; patsiendi andmed; tervisetõendi otsuse andmed.

Tervishoiuteenuse osutaja juures loodavate tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentidena on käsitletavad ka muude seaduste alusel kehtestatud, tervishoiutöötaja valmistatud dokumendid, mis sisaldavad delikaatseid isikuandmeid.

2.2.3 Tervise infosüsteemi edastatavad tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid

Enamik tervishoiuteenuse osutajaid kasutab oma töös, mh tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide loomiseks ja haldamiseks, erinevaid infosüsteeme, mis ei suuda veel omavahel informatsiooni vahetada. Terviseandmete vahendamiseks tervishoiuteenuse osutajate, patsientide ning muude osapoolte vahel asutati 2008. aastal **Tervise infosüsteem** (edaspidi TIS). TISi eesmärgiks on vahetada standardiseeritud meditsiiniinfot, säilitada teisele tervishoiuteenuse osutajale vajalikku infot tsentraalses andmebaasis ning arendada välja erinevaid tsentraalseid e-teenuseid tervishoiuteenuse osutamiseks.

TIS⁷ on riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu, milles töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks ning rahva tervise kaitseks, sealhulgas tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks, tervisestatistika tegemiseks ja tervishoiu juhtimiseks. TISi vastutav töötleja on Sotsiaalministeerium, volitatud töötlejad on E-tervise Sihtasutus ning Sihtasutus Eesti Tervishoiu Pildipank.

TISi osalisteks on kõik tervishoiuteenuse osutamisega seotud asutused ja isikud: perearstid, ambulatoorsed raviasutused, haiglad, kiirabi, apteegid, erinevate asutuste juurde kuuluvad tervishoiutöötajad (õed lasteaedades, kooliarstid, vanglate tervishoiupersonal jne), meditsiinilise statistika koostajad ja tarbijad, meditsiiniliste ja terviseuuringute teostajad, tervisevaldkonna registrid, haigekassa, patsiendid.

TISi keskne komponent on digitaalne terviselugu ehk **digilugu**. Digiloo eesmärk on talletada patsiendi terviseajalugu ning selle kaudu saada ülevaade patsiendi meditsiinisündmustest. Digiloo olevaid andmeid saab kasutada inimese ravimiseks ja tema tervisliku seisundi hindamiseks, ravikvaliteedi hindamiseks ja riikliku statistika tegemiseks. Digiloo keskne element on viidaregister, millesse kogutakse aegkriitiline informatsioon patsiendi tervisest ja minimaalne hulk infot patsiendi visiitidest.

Patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kohta edastatakse TISi järgmised dokumendid⁸:

- 1) ambulatoorne epikriis;
- 2) statsionaarne epikriis;
- 3) saatekiri;
- 4) saatekirja vastus;
- 5) ambulatoorse haigusjuhtumi avamise teatis;
- 6) statsionaarse haigusjuhtumi avamise teatis;
- 7) ambulatoorse haigusjuhtumi lõpetamise teatis;
- 8) statsionaarse haigusjuhtumi lõpetamise teatis;
- 9) arengu hindamise teatis (alates 21.08.2010);
- 10) immuniseerimise teatis (alates 21.08.2010);
- 11) immuniseerimise kõrvalnähtude teatis (alates 21.08.2010);
- 12) läbivaatuse teatis (alates 21.08.2010);
- 13) nõustamise teatis (alates 21.08.2010);
- 14) kasvamise teatis (alates 21.08.2010);
- 15) kiirabikaart (alates 07.07.2014);
- 16) hambaravikaart (alates 07.07.2014);
- 17) tervisedeklaratsioon (alates 07.07.2014);
- 18) tervisetõend (alates 07.07.2014).

Tervishoiuteenuse osutajad on kohustatud TISi edastama meditsiinilised ülesvõtted (**digipilt**) koos saatekirja vastuse ning ülesvõtte viidaga.⁹ Meditsiiniliste ülesvõtete liigid on:

- 1) radioloogilised ülesvõtted, sealhulgas günekoloogilise ultraheliuuringu ja südame ultraheliuuringu pildid või jäädvustused;
- 2) endoskoopilised ülesvõtted;
- 3) fotod ja videod;
- 4) biosignaali fikseerivad kujutised;
- 5) muud meditsiinilised ülesvõtted.

⁷ Põhimäärus on vastu võetud VV 14.08.2008 määrusega nr 131.

⁸ Süsteemi edastatavad dokumendid ning nende andmekoosseisud on reguleeritud sotsiaalministri 17.09.2008 määrusega nr 53 "Tervise infosüsteemi edastavate dokumentide andmekoosseisud ning nende säilitamise tingimused ning kord", RTL 2008, 78, 1098.

⁹ Tervise- ja tööministri 27.08.2014 määrus nr 52 "Meditsiiniliste ülesvõtete liigid, neile esitatavad infotehnoloogilised nõuded ning kättesaadavaks tegemise tingimused ja kord", RT I, 29.08.2014, 8.

Lisaks tervishoiuteenuse osutajale on andmeandjad veel:

- 1) Eesti rahvastikuregistri vastutav töötaja (isikuandmed);
- 2) Tervishoiutöötajate riikliku registri vastutav töötaja (tervishoiutöötaja eluloolised, kvalifikatsiooni tõendavad ja töökohta puudutavad andmed ning registreerimisandmed);
- 3) Tervishoiuteenuste osutamise tegevuslubade riikliku registri vastutav töötaja (tegevusloa omaja kontaktandmed, tegevusloa andmed ja organisatsioonilised andmed);
- 4) Ravikindlustuse andmekogu vastutav töötaja (isiku kindlustuskaitse andmed);
- 5) Retseptikeskuse vastutav töötaja (apteegist väljastatud ravimi ja selle väljastamise aluseks oleva retsepti andmed);
- 6) Eesti Haigekassa (perearsti nimistu andmed);
- 7) Päästeinfosüsteemi volitatud töötaja (kiirabi hädaabiteate menetlemise käigus kogutud andmed).

TISis säilitatakse andmeid alaliselt, kui õigusaktist ei tulene teisiti. Meditsiinilisi ülesvõtteid säilitatakse 30 aastat, välja arvatud hambaraviga seotud ülesvõtted, mida säilitatakse 15 aastat.

2.3 HINDAMISE KÄIK

2.3.1 Üldist

Hindamise viisid läbi riigiarhiivi kogumisosakonna inspektor-hindamisvaldkonna juht Külli Niidassoo ja arhivaar-inspektor Kristel Tammik. 19.01.2015 toimunud kohtumisel Sotsiaalministeeriumis, kus osalesid ministeeriumi terviseala asekanstler Ivi Normet, e-tervise ja tervisesüsteemi arenduse osakonna juhataja Liis Rooväli, arhivaar Pille Elismäe, E-tervise Sihtasutuse andmearhitekt Mari Asser, arhitekt Artur Novek ning teenuste ja analüüsi osakonna projektijuht Meelis Tivas, arutati hindamise läbiviimist ja tervishoiuteenuse osutaja juures loodavate ning TISi edastatavate isikupõhiste meditsiinidokumentide andmekoosseisude omavahelisi seoseid puudutavaid küsimusi.

Rahvusarhiivi hindamiskomisjon arutas hindamisega seonduvaid küsimusi 12.03.2015, 08.05.2015 ja 16.06.2015 toimunud koosolekutel ning Rahvusarhiivi nõukojas 19.05.2015. Hindamisotsuse kavand saadeti arvamuse saamiseks Sotsiaalministeeriumile, E-tervise Sihtasutusele ja haiglatele. 30.11.2015 toimus kohtumine Sotsiaalministeeriumis, kus osalesid ministeeriumist terviseala asekanstler Ivi Normet, tervisesüsteemi arendamise osakonna juhataja Triin Habicht, digitaalvõimekuse arendamise osakonna nõunik Nele Nisu ja arhivaar Pille Elismäe, E-tervise Sihtasutusest juhatuse liige Raul Mill, andmearhitekt Mari Asser ja jurist Laine Mokrik ning Rahvusarhiivist riigiarhivaari asetäitja - riigiarhiivi direktor Toivo Jullinen, riigiarhivaari nõunikud Hanno Vares ja Pille Noodapera, riigiarhiivi kogude osakonna juhataja Tiiu Kravtsev ja inspektor-hindamisvaldkonna juht Külli Niidassoo. Kohtumisel selgitati arhiiviväärtusliku osa väljaselgitamisel arvestatud hindamiskriteeriume ja arutati hindamisotsuse rakendamise seonduvaid küsimusi.

Dokumentide hindamisel on võetud arvesse teabe uurimispotentsiaali, kogumistraditsiooni ja teabe säilitamiseks vajalikku ressursi.

2.3.2 Teabe uurimispotentsiaal

Rahvusarhiivi 02.03.2005 hindamisotsusega nr 131 hinnati kuni 2003. aastani loodud isikupõhised meditsiinidokumendid. Hindamisel küsiti mitme huvigrupi käest, millist uurijahuvi võivad nimetatud dokumendid tulevikus pakkuda. Vastuste analüüsimisel sedastati, et haiguslugudes sisalduvat teavet hinnatakse võimalike uurijate (meedikud, rahvastikuteadlased) poolt kõrgelt. Hindamisotsuses oldi seisukohal, et isikupõhised

meditsiinidokumendid on **erialase teadus- ja uurimistöö allikmaterjalidena efektiivsed** ainult siis, kui neile läheneda **isikukeskselt**. Dokumentide väga suurt kogust arvestades otsustati eraldada dokumentide koguhulgast arhiiviväärtuslikuna 3 % statistiliselt esinduslik väljavõtt, kasutades selleks sünnikuupäeva valimit. Arhiiviväärtuslikuks tunnistati kõigi 1. kuupäeval sündinud patsientide haiguslood, sünnituslood, vastsündinu ja lapse arengulood ning ambulatoorse haige individuaalkaardid. Lisaks otsustati erialaekspertidelt saadud arvamuste alusel anda arhiiviväärtus kõigile vastavatele isikupõhiste meditsiinidokumentidele psühhiaatria- ja nahahaiguste haiglates.

Käesoleva hindamise raames ollakse samuti arvamusel, et isikupõhised meditsiinidokumendid on nii kliinilise kui ka meditsiinalase ning muu üldajaloolise uurimistöö jaoks väärtuslik allikmaterjal. **Haiguspildi muutumist kaasaegse ravi ja profülaktika tulemusena on teatud juhtudel võimalik uurida vaid põhinedes konkreetsetele haigusjuhtumitele.** Haiguslood sisaldavad andmeid, mida saab kasutada ülevaate saamiseks ravi edendamise kohta või siis uurimustööks, mille jaoks tavapäraselt kogutud meditsiinistatistika võib hätta jääda, kuna tulevikus võivad huviorbiiti tõusta senini veel mitte arvesse võetud kriteeriumid. Kõnealused dokumendid võivad pakkuda uurimispotentsiaali lisaks sotsiaalteaduslike ja erinevate ajalooliste ajastukohaste nähtuste kohta (näiteks ühiskonna hoiakud haiguste ja haigete suhtes, "arstikeel", arsti-patsiendi vahelised suhted).

Hindamisel tõdeti, et tervishoiuteenuse osutajate juures loodavatest isikupõhistest meditsiinidokumentidest võib kõige väärtuslikumaks uurimisallikaks lugeda haiguslugusid. **Haiguslugu** on kindlakujuline dokument, mis sisaldab andmeid patsiendi haiguse, sooritatud uuringute ning määratud ravi kohta, samuti sisaldab see mitmekesisest teavet ka väljaspool statsionaarset arstiabi toimunud tervisesündmuste kohta. Haigusloo juures säilitatakse mitmeid teisi tervishoiuteenuse osutamist tõendavaid dokumente, nagu erinevad saatekirjad, elupuhuse patomorfoloogilise uuringu vastused, patoanatomilise lahangu protokollid, geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtted ning samuti koopiad kiirabikaardist, kiirabi elustamiskaardist, ehhokardiograafilise uuringu protokollist.

Rahvusarhiivi 02.03.2005 hindamisotsusega nr 131 anti arhiiviväärtus **ambulatoorse haige individuaalkaartidele**. Nimetatud dokumendid kuulusid hindamisele, kuna üksikute haiglate juures võis neile olla määratud pikaajaline (25 a) säilitustähtaeg. Üldjuhul on neid käsitletud siiski kui lühiajalise väärtusega (5 a) dokumente ja enamuses seetõttu ka juba hävitamiseks eraldatud. Seega on ambulatoorse haige individuaalkaardid säilinud väga lünklikult ega anna oluliselt arvestatavat lisaväärtust teistele hindamisotsusega arhiiviväärtuse saanud isikupõhiste meditsiinidokumentidele.

2.3.3 Kogumistraditsioon

Isikukeskne lähenemine meditsiinis ehk personaalmeditsiin on järjest olulisemaks muutuv märksõna ning nii arhiivi kogumistraditsiooni kui ka statistiliselt esindusliku väljavõtu rakendamisel on oluline andmete järjepidavus – andmed, mis juba on teiste dokumentidega kronoloogilises ja sisulises seoses, on rohkem kogumist väärt. Seetõttu peab Rahvusarhiiv oluliseks jätkata edaspidi meditsiinidokumentide arhiiviväärtuse väljaselgitamisel 02.03.2005 hindamisotsuses nr 131 välja toodud põhimõtteid, seda eelkõige sünnikuupäeva valimi rakendamisel, aga samuti arhiiviväärtuslike dokumentide liigi osas (nimetatud hindamisotsusega said arhiiviväärtuse just haiglates loodud isikupõhised meditsiinidokumendid).

2.3.4 Teabe säilitamiseks vajaminev ressurss

Tänapäeval on arstiabi osutamisel järjest olulisemaks muutumas ambulatoorne arstiabi, eriarstiabi raames on tõusmas päevaravi osakaal. Ideaalis võiks parima pildi ühe patsiendi

tervislikust seisundist ja talle osutatud meditsiiniteenustest anda kõigi tema kohta koostatud isikupõhiste meditsiinidokumentide säilitamine, ehk siis isiku terviklik terviselugu sünnist surmani. Samas tuleb hindamisel arvesse võtta dokumentide säilitamiseks vajaminevat ressursi. Nimetatud dokumentide kogumaht on väga suur, seda isegi mõneprotsendilise statistilise väljavõtu rakendamisel. Tervishoiuteenuse osutajaid, kelle juures vastavad dokumendid tekivad, oli Eestis 2013. aasta seisuga 1355. Haiglast väljakirjutatud isikuid oli samal aastal 232 255 (nendest 16 135 psüühika- ja käitumishäiretega ning 3880 naha- ja nahaaluskoe haigustega). Eri- ja perearsti ning õendustöötaja vastuvõtte oli 8 316 628¹⁰. Tervishoiuteenuse osutamisel koostatavate dokumentide mahu hindamisel on oluline ka see, et lisaks visiitide või muude teenuste arvule oleneb isiku kohta koostatud dokumentide maht sellest, kas patsient kasutab ühe või mitme erineva tervishoiuteenuse osutajate teenuseid, kuna iga teenuseosutaja juures koostatakse talle uus tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument. Kuigi järjest enam koostatakse digitaalseid dokumente, on märkimisväärne osa alates 2003. a koostatud isikupõhistest meditsiinidokumentidest hübriidtoimikud, mille arhiivipüsivale kujule üleviimine on väga kulu- ja töömahukas ettevõtmine.

Rahvusarhiivi 30.12.2011 hindamisotsusega nr 548 on määratletud arhiivimoodustajatena seitse haiglat: Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Sihtasutus Viljandi Haigla, Sihtasutus Hiiumaa Haigla, Sihtasutus Jõgeva Haigla, Sihtasutus Pärnu Haigla ja Kuressaare Haigla Sihtasutus. Nende haiglate hulgas on esindatud nii piirkondlik, keskhaigla, üldhaigla kui ka kohalik haigla. Hindamisel leiti, et nendes haiglates loodavate haiguslugude sünnikuupäevalimile arhiiviväärtuse omistamine on tasakaalus sellise suure mahuga dokumendikogumi püsivaks säilitamiseks vajaliku ressursiga.

Pidades silmas isikupõhiste meditsiinidokumentide väga suurt mahtu ja kaaludes Rahvusarhiivil kasutada olevaid ressursse dokumentide püsivaks säilitamiseks jõuti hindamise käigus seisukohale, et arhiiviväärtusliku osa määratlemisel on otstarbekas rakendada haiguslugude statistiliselt esindusliku väljavõtuga sünnikuupäevalimi meetodit ka psühhiaatria- ja nahahaiguste isikupõhistele meditsiinidokumentidele.

Isikupõhiste meditsiinidokumentide kogumahtu on viimasel ajal suurendanud tuntavalt asjaolu, et sama ravijuhtu kohta luuakse/hallatakse dokumente kahel eri tasandil: tervishoiuteenuse osutaja juures ning tsentraalselt TISis. Infosüsteemi edastatavad dokumendid ja nende andmekoosseis erineb tervishoiuteenuse osutaja juures koostatud teenuse osutamist tõestavatest dokumentidest ning nende andmekoosseisust: TISi kogutakse kontsentreeritud info, mis moodustab iga haigusjuhtu infost ligikaudu 10%. Hindamisel kaaluti võimalust koguda arhiiviväärtuslikku teavet tsentraalselt TISi kaudu ning leiti, et nii kogumise, püsiva säilitamise kui ka andmete hilisema kasutamise mõttes on see optimaalsem kui dokumentide üleandmine kõikide tervishoiuteenuse osutajate poolt eraldi. E-tervise Sihtasutuse sõnul edastatakse käesoleval ajal TISi digilukku statsionaarsete haigusjuhtude (statsionaarse epikriisi andmed) osas informatsioon peaaegu 100%-lt, ambulatoorsete juhtude (ambulatoorse epikriisi andmed) osas on see hinnanguliselt 50–60%. Teiste dokumentide osas edastatakse andmeid veel erinevas mahus, kuid andmehõive paraneb pidevalt. Samas on edaspidi võimalik andmete tagasiulatuv üleandmine tervishoiuteenuse osutajate infosüsteemidest TISi. Infosüsteemi edastatavad dokumendid ja nende andmekoosseis on võrreldes tervishoiuteenuse osutaja juures koostatud dokumentidest ning nende andmekoosseisust küll tunduvalt väiksem, samas on TISist võimalik koguda infot laiema hulga tervishoiuteenuste, st nii statsionaarse kui ka tänapäeval järjest kaalukamaks muutuva ambulatoorse ravi kohta. Seetõttu on hindamise käigus jõutud seisukohale, et alates 1. jaanuarist 2015 alustatud ravijuhtude puhul võetakse tervishoiuteenuse kohta koostatud dokumendid neile arhiiviväärtuse omistamise korral vastu TISi kaudu.

10 Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi andmetel.

III HINDAMISOTSUS

Hindamise tulemusena otsustati, et:

3.1 Arhiiviväärtuslikud on alates 1. jaanuarist 2003 kuni 31. detsembrini 2014 alustatud isikupõhistest meditsiinidokumentidest kõigi 1. kuupäeval sündinud patsientide haiguslood, mis on loodud Sihtasutuses Tartu Ülikooli Kliinikum, Sihtasutuses Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Sihtasutuses Viljandi Haigla, Sihtasutuses Hiiumaa Haigla, Sihtasutuses Jõgeva Haigla, Sihtasutuses Pärnu Haigla ja Kuressaare Haigla Sihtasutuses.

3.2 Arhiiviväärtuslikud on alates 1. jaanuarist 2015 kõik Tervise Infosüsteemi edastatud dokumendid 1. kuupäeval sündinud patsientide kohta, vastavalt sotsiaalministri 17.09.2008 määrusega nr 53 kehtestatud dokumentide andmekoosseisudele.

3.3 Käesolev hindamisotsus **tunnistab kehtetuks Rahvusrhiivi 02.03.2005 hindamisotsuse nr 131 jaotuse 3.2.1 punkti 4**, millega anti arhiiviväärtus enne 1. jaanuari 2003 loodud kõigi 1. kuupäeval sündinud patsientide ambulatoorse haige individuaalkaartidele.

IV HINDAMISOTSUSE RAKENDAMINE

Hinnatud dokumentide edaspidiseks haldamiseks lisavad tervishoiuteenuse osutajad oma dokumendisüsteemi (sh dokumentide loetellu ja arhiivi koosseisu ülevaatesse) arhiiviväärtuslikuks hinnatud dokumentide juurde märke AV ja dokumentide juurde, mis ei saanud arhiiviväärtust, märke H koos viitega käesolevale otsusele.

Tervise Infosüsteemi arhiiviväärtuslike andmete üleandja ja üleandmise üksikasjad lepitakse kokku koostöös Rahvusrhiivi ja andmekogu vastutava töötlejaga.

Arhiiviväärtuslikuks hinnatud dokumendid kuuluvad üleandmisele Rahvusrhiivi vastavalt arhiivieeskirjale. Arhiiviväärtuseta dokumentide hävitamine viiakse läbi ja dokumenteeritakse vastavalt arhiivieeskirjale.

(allkirjastatud digitaalselt)

Hanno Vares
Rahvusrhiivi
hindamiskomisjoni esimees