



EESTI VIGASTUSTE ENNETAMISE STRATEEGIA ALUSDOKUMENT

28. märts 2008

Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

Tallinn 2008

Sissejuhatus	3
I Olukorra kirjeldus	4
1.1 Vigastuste levimus Eestis, soodustavad tegurid ja tagajärjed	4
1.1.1. Vigastuse mõiste	4
1.1.2. Vigastussuremus.....	4
1.1.3. Vigastushaigestumus.....	8
1.1.4. Vigastuste teket soodustavad tegurid.....	10
1.1.5. Vigastustega seotud kulud	12
1.2 Vigastuste ennetus Eestis.....	13
1.2.1. Vigastuste ennetamine Eestis tegevusalade lõikes.....	13
1.2.2. Vigastuste ennetamise rahvatervisele põhineva suuna areng Eestis	16
1.2.3 Sekundaarne preventatsioon: ravi- ja rehabilitatsiooni olukorrast Eestis	18
1.2.4. Peamised vigastustega seotud probleemid Eestis	19
II Vigastuste ennetamise strateegia lähtekohad	20
2.1. Kaasaegse vigastuste ennetusstrateegia põhimõtted	20
2.2 WHO ja Euroopa Liidu suunised vigastuste ennetamiseks.....	22
2.3 Peamised eelistused.....	23
2.4 Strateegia koosseis.....	24
2.4.1 Elanikkonna harimine.....	25
2.4.2 Keskkonna ohutumaks muutmise.....	25
2.4.3 Seadusandlusega oluliste ohusituatsioonide ennetamine.....	26
2.4.4 Turvaline kogukond (<i>Safe community</i>).....	26
2.4.5 Vigastuste ennetamine riiklikul tasandil	27
2.4.6 Tervishoiusektori roll.....	27
2.4.7 Võimalikud partnerid.....	28
III Vigastusennetuse sihtrühmad.....	29
3.1 Olulisemad vigastusriskid Eestis eagrupiti ja ennetustegevusi	29
3.2 Võrdväärus.....	31
IV Vigastuste ennetamise strateegia koostamine	32
4.1 Strateegilised valikud	32
4.2 Rahastamine.....	33
4.3. Konkreetsed võimalikud tegevused vigastustega seotud probleemide lahendamiseks.....	33
Kasutatud kirjandus.....	37

Sissejuhatus

Vigastused on üheks sagedasemaks surma ja invaliidsuse põhjuseks kogu maailmas. Nende tõttu sureb enam kui 5 miljonit inimest aastas, seega umbes 14 000 inimest päevas. Vigastused vähendavad maailma rahvastiku tervena elatud aastate arvu umbes 10%. Arvatakse, et kui ei rakendata senisest efektiivsemaid ennetusabinõusid, võib see näitaja aastal 2020 olla 20% (Peden *et al.* 2002). Vigastustest tulenev majanduslik kahju ühiskonnale ulatub miljardite USA dollariteni aastas (Krug *et al.* 2002).

Võrreldes 1990. aastate keskpaigaga on vigastussuremus Eestis vähenenud (Eesti Statistika 2007). Sellest hoolimata kuulub Eesti kõige suurema vigastussuremusega riikide hulka Euroopa Liidus.

Skandinaavia ja teiste maade kogemused näitavad, et enamik vigastusi on välditavad. Eristatakse vigastuste esmast ja teisest ennetust. Esmane ennetus on suunatud vigastuseelsele perioodile, s.t ohutu (füüsilise ja sotsiaalse) keskkonna ning tervist ja turvalisust silmas pidava käitumise kujundamisele ja seeläbi vigastusohutlike olukordade ja vigastuse ärahoidmisele. Teisese ennetuse eesmärgiks on efektiivse esmaabi, ravi ning (sotsiaalse, psüühilise ja füüsilise) rehabilitatsiooniga tõsiste ja eluohtlike vigastuste ning pika- või eluaegsete puuete arengu ärahoidmine. Käesolev vigastuste ennetamise alusdokument keskendub peamiselt vigastuste esmasele vältimisele.

Eestis on vigastuste ennetamisega tegeldud pikka aega. Näiteks esimesed liikluseeskirjad on teada juba ajast, mil liigeldi hobustega. Vastutus keskkonna ohutuse eest on jagatud paljude ametkondade vahel vastavalt nende tegutsemisfäärile (tuletõrje, vetelpääste, politsei, tarbijakaitse, maanteeamet, lennuamet, raudteeamet, veeteede amet, tööinspeksioon jt). Rahvatervisel põhinev vigastuste ennetus on toimunud omaette, piirdudes peamiselt laste ja lastega tegelevate inimeste õpetamise ja kasvatamisega. Puudub riiklik vigastuste süsteemne käsitus, esmase ja teisese ennetustegevuse kava, tegevuste koordinaator, ei ole tsentraalset vigastuste ja mürgistuste ennetuse eest vastutavat asutust.

Vigastuste vältimise ja rahvatervise eksperdid koostöös Tervise Arengu Instituudiga on koostanud alljärgneva ülevaate vigastuste toimest Eesti rahva tervise- ja majandusnäitajatele, selgitanud, kuidas ja kes on tegelenud modernse, rahvatervisel põhineva ennetussuuna arendamise ja rakendamise Eestis, välja toonud peamised edukat preventsiiooni takistavad probleemid ning käsitlenud rahvusvahelistel teadmistel ja kogemusel põhineva vigastuste ennetamise strateegia aluseid ning strateegiate rakendamise praktikat ja tulemusi. Ülevaate on koostanud Taie Kaasik, Ain Aaviksoo, Gerli Paat, Peeter Rehemaa, Toomas Ernits, Tiit Haviko, Sirje Vaask ja Siret Läänelaid, kes loodavad, et neil õnnestus luua alusdokument vigastuste ennetamise riikliku strateegia väljatöötamiseks Eestis.

Koostajad on asjalike kommentaaride ja meeldiva koostöö eest tänulikud Annika Veimerile ja Anneli Sammule Tervise Arengu Instituudist ning Ülle Rüüsonile Rapla Maavalitsusest.

I. Olukorra kirjeldus

1.1. Vigastuste levimus Eestis, soodustavad tegurid ja tagajärjed

1.1.1. Vigastuse mõiste

Mõisteid **vigastus, õnnetus ja trauma** käsitatakse sageli mitmeti ja vastuoluliselt. Käesolevas dokumendis kasutatakse mõisteid nii, nagu need on esitatud vigastuste uurijate töodel põhinevas raamatus „Vigastused Eestis: levimus, tagajärg ja ennetus” (Kaasik ja Uusküla 2007).

Vigastus on kehaline kahjustus, mis tekib mingi tugeva väliskeskkonna energia (mehaanilise, soojus-, elektri-, keemilise või kiirgusenergia) ägeda toime tagajärjel või eluks vajaliku aine või energia puudumisest (hapniku puudumisest uppumisel ja lämbumisel ning küllaldase välistemperatuuri puudusest külmumisel). Vigastused liigitatakse mittesihilikeks e õnnetuslikeks e tahtmatuteks ja sihilikeks e tahtlikeks e vägivaldseteks (enesevigastamine või isikutevahelisest vägivallast põhjustatud).

Vigastusliikidest on olulisemad järgmised.

Tahtmatud e mittesihilikud e õnnetuslikud:

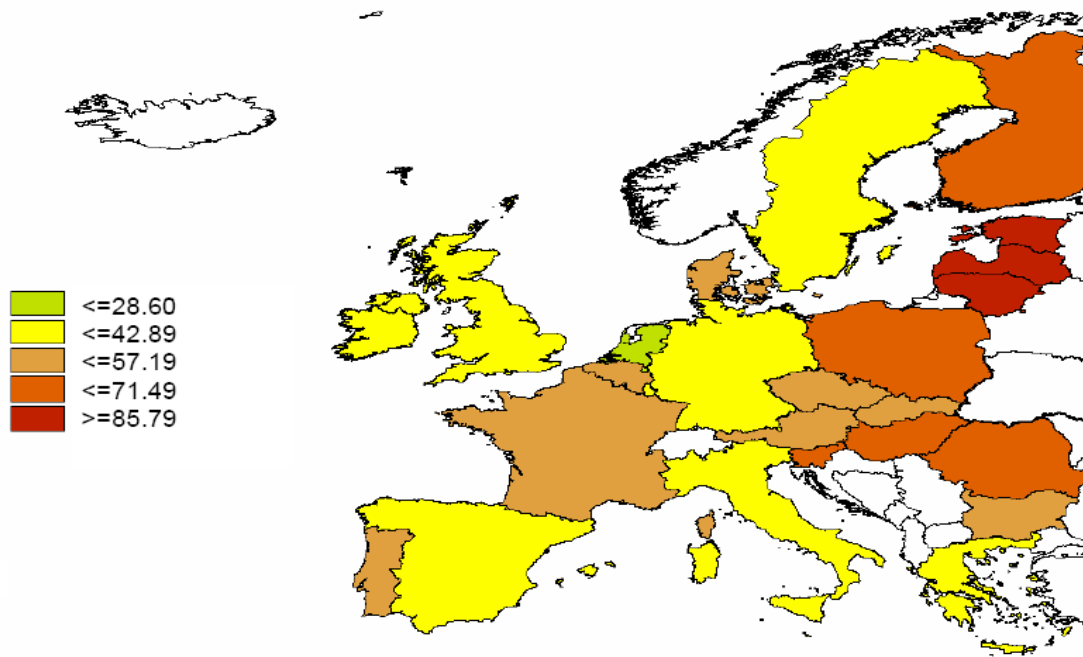
- (tahtmatu) mürgitus, sh alkoholimürgitus ja mürgitus ravimitega,
- (tahtmatu) vigastus sõidukiõnnetustest ehk transpordil tekkinud vigastus, sh liiklusvigastus,
- (tahtmatu) vigastus tule ja vingugaasi toimel,
- (tahtmatu) põletus,
- (tahtmatu) uppumine,
- (tahtmatu) mehaaniline lämbus (võõrkeha, toidutüki või maosisaldise hingamisteedesse tõmbamisest või varingu alla jäämisest),
- (tahtmatu) külmumus,
- (tahtmatu) kukkumine,
- (tahtmatu) vigastus elektrivoolu toimel.

Tahtlikud e sihilikud e vägivaldsed:

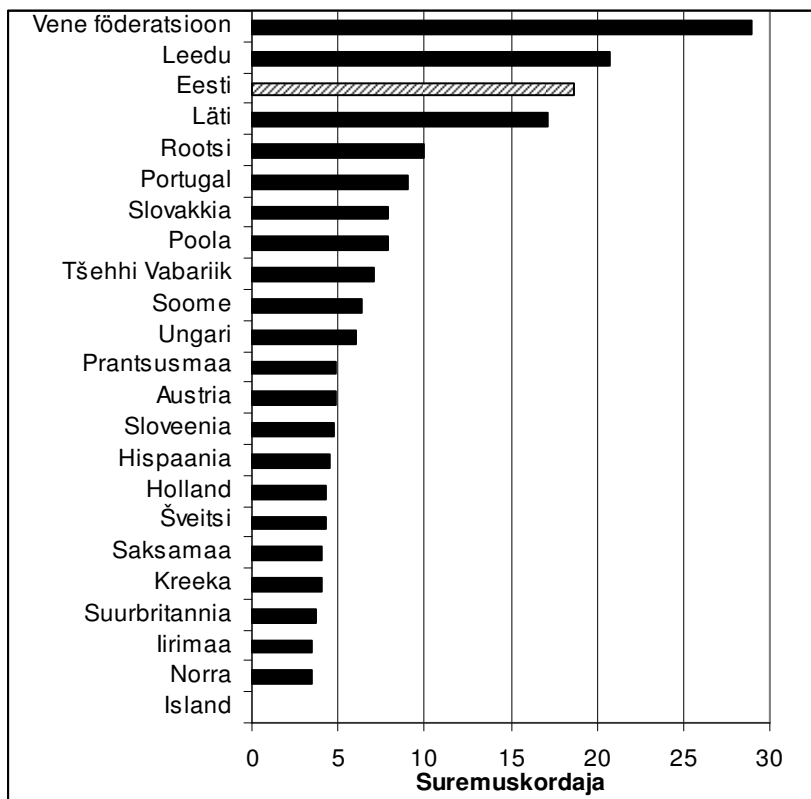
- enesetapukatse ja enesetapp (ükskõik mil viisil, nt lämbus poomise läbi, enesevigastus mürgituse, vingugaasi, tulirelva vms abil),
- rünne, tapmiskatse ja tapmine (ükskõik mil viisil).

1.1.2. Vigastussuremus

Eesti koos Läti ja Leeduga kuuluvad vigastussuremuse poolest Euroopa Liidu suurima vigastusriskiga riikide hulka (joonised 1 ja 2).



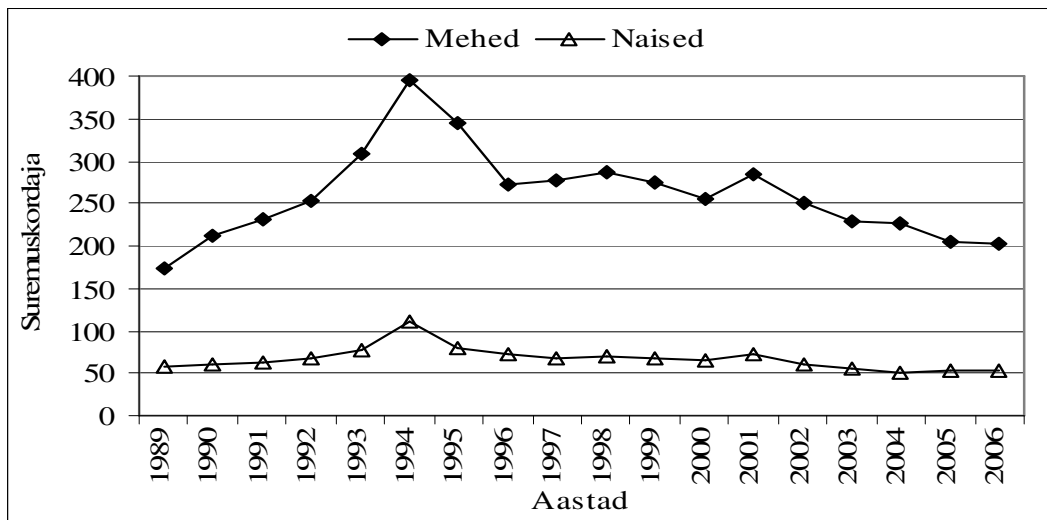
Joonis 1. EL jaotus vigastuste standarditud suremuskordajate (100 000 kohta) järgi (2006). Allikas: Sethi 2007



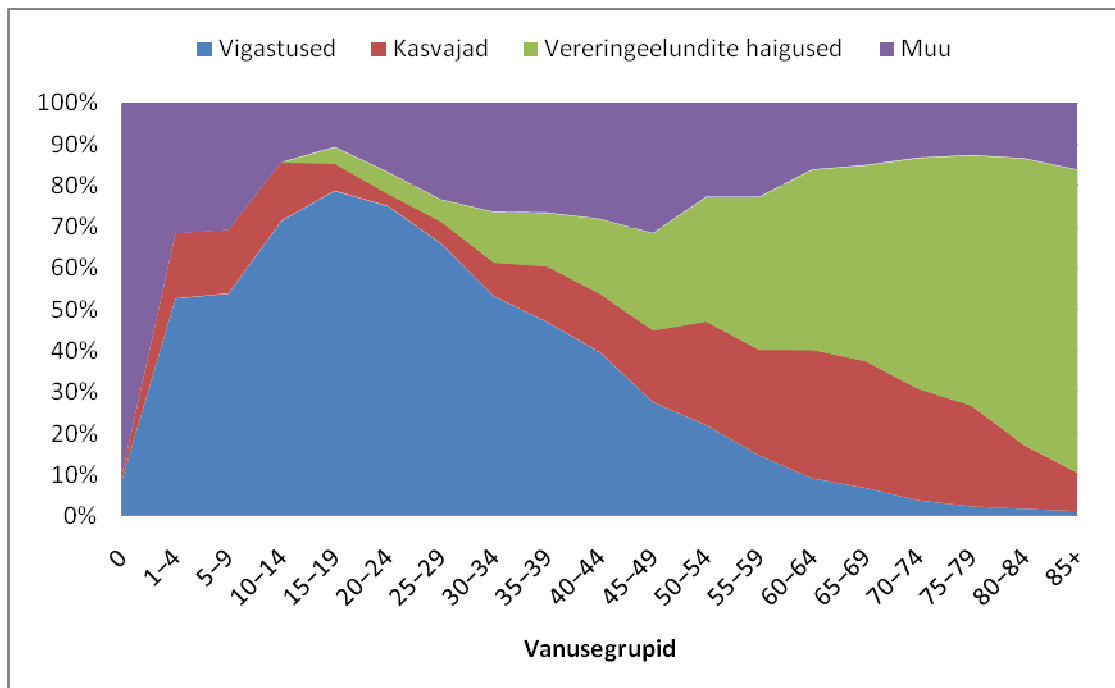
Joonis 2. Vigastussuremus (100 000 kohta) 0–14aastaste laste hulgas Euroopas. Allikas: Emdb 2007

Eestis suri 2006. aastal vigastuste tagajärjel 1628 inimest, neist 1246 olid mehed ja 382 naised. Kolm neljandikku (75%) fataalsete vigastuse läbi lahkunutest kuulus kõige aktiivsema elanikkonna, 15–64aastaste hulka. Lapsi (0–14aastased) oli 33, neist 6 olid imikud. Joonis 2 demonstreerib Eesti kohta EL laste vigastussuremuse pingereas. Kui Eestis sureb 100 000 lapse kohta 18, siis Suurbritannias ja Iirimaa 4, Norras vaid 3 ja Islandil mitte ühtegi.

Vigastussurma kordajad (100 000 kohta) on alates 1990. aastate keskpaigast Eestis vähenenud, kuid meeste vigastussuremus on jätkuvalt suurem kui 1980. aastatel (joonis 3).



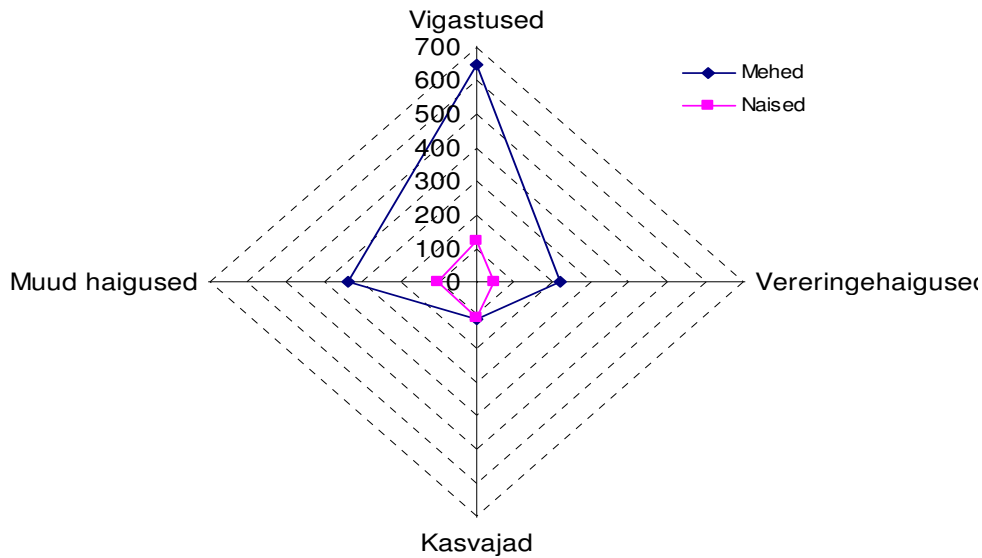
Joonis 3. Eesti meeste ja naiste vigastussurma kordajad (100 000 kohta) 1989–2006. Allikas: Eesti Statistika 2007



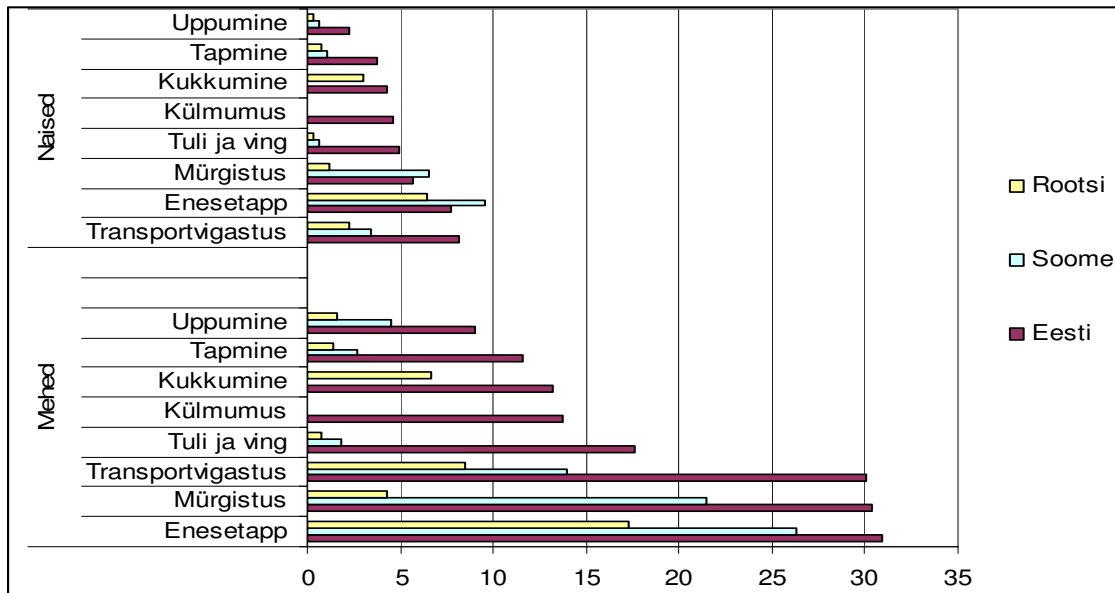
Joonis 4. Surmade protsentuaalne jaotus põhjuse ja vanusegrupi järgi Eestis (2006. a). Lähteandmed: Eesti Statistika 2007

Vigastussurmad moodustasid 2006. aastal Eestis 9,4% kõigist surmajuhtudest, Soomes 11,2% ja Rootsis 7,7%. Euroopas on vigastused kõigi surmapõhjuste hulgas esikohal esimesest kuni 45. eluaastani, Eestis kuni 50. eluaastani (joonis 4).

15–19aastaselt surnud eestimaalaste surma põhjuseks oli 2006. a 79% juhtudest vigastussurm. Kõigist 1–49aastaselt surnud meestest oli vigastuste läbi lahkunuid 50%, naistest 33%. Vigastussurmade olulisust alla 50aastaste meeste ja naiste hulgas demonstreerib joonis 5.



Joonis 5. 1–49aastaste meeste ja naiste surmajuhtude jaotus põhjuse järgi (2006. a andmetel). Andmete allikas: Eesti Statistika 2007



Joonis 6. Vigastussurma kordajad (100 000 kohta) põhjusliikide kaupa võrdlevalt Eestis, Soomes ja Rootsis meestel ja naistel (Eesti 2006, Soome 2005, Rootsi 2004). Andmete allikas: Eesti Statistika 2007 ja Emdb 2007¹

¹ Külmumust teiste maade statistikas ei esine.

Joonis 6 näitab, et Eesti ületab vigastuste kõigi põhjusliikide osas Soome ja Rootsi vastavaid näitajaid, välja arvatud naiste enesetapud ja mürgitused. Kolmeks peamiseks vigastussurma põhjuseks on enesetapp, mürgitused ja transportvigastused, mille suremuskordajad on eriti kõrged meeste hulgas (joonis 6).

Jooniselt 6 on näha ka suur erinevus meeste ja naiste vigastussurma näitajate vahel, mis on keskmiselt 3,3kordne, kuid 20–29aastaste hulgas kuuekordne ja 30–39aastaste hulgas kaheksakordne (2006. a andmetel). Kõige väiksemad soolised erinevused on laste ja eakate hulgas.

Vigastussurmad vähendavad Eesti meeste keskmise eluea statistilist näitajat umbes kolme aasta võrra (Kaasik ja Uusküla 2007, lk 49).

Kokkuvõte

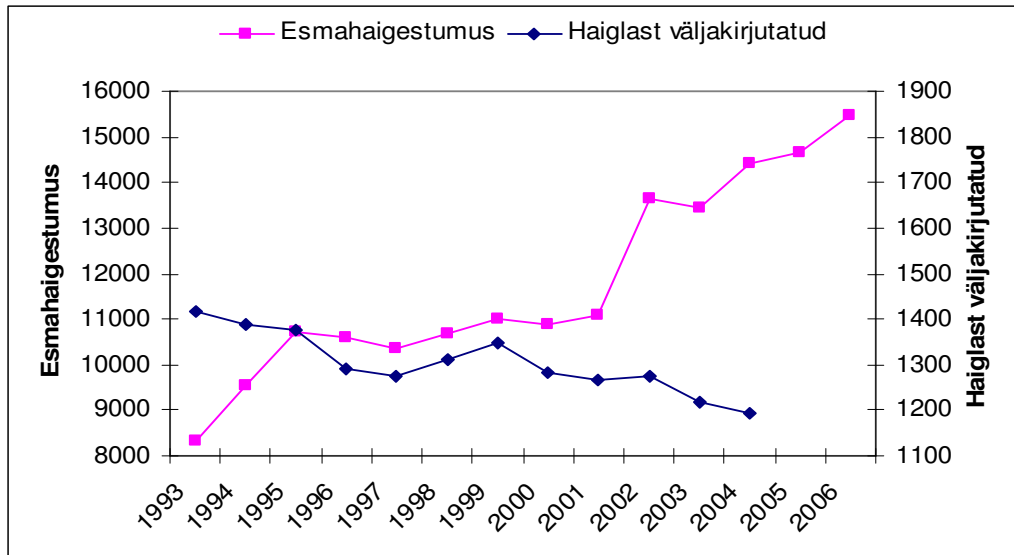
Võrreldes teiste Euroopa riikidega on vigastussuremus Eestis väga suur. Vigastussurm on peamine surma põhjus laste ning parimas tööeas meeste ja naiste hulgas, kusjuures meeste suremus ületab naiste oma keskmiselt 3,3 korda, kuid mõnes eagrupid kuni 8 korda. Vigastussurmade sagedasemateks põhjusteks on peaaegu võrdväärselt (eriti meeste hulgas) enesetapp, mürgitus, sh alkoholimürgitus, ja mootorsõidukiõnnetustega seotud vigastus, sh liiklusvigastus, laste hulgas liiklusvigastus ja uppumine.

1.1.3. Vigastushaigestumus

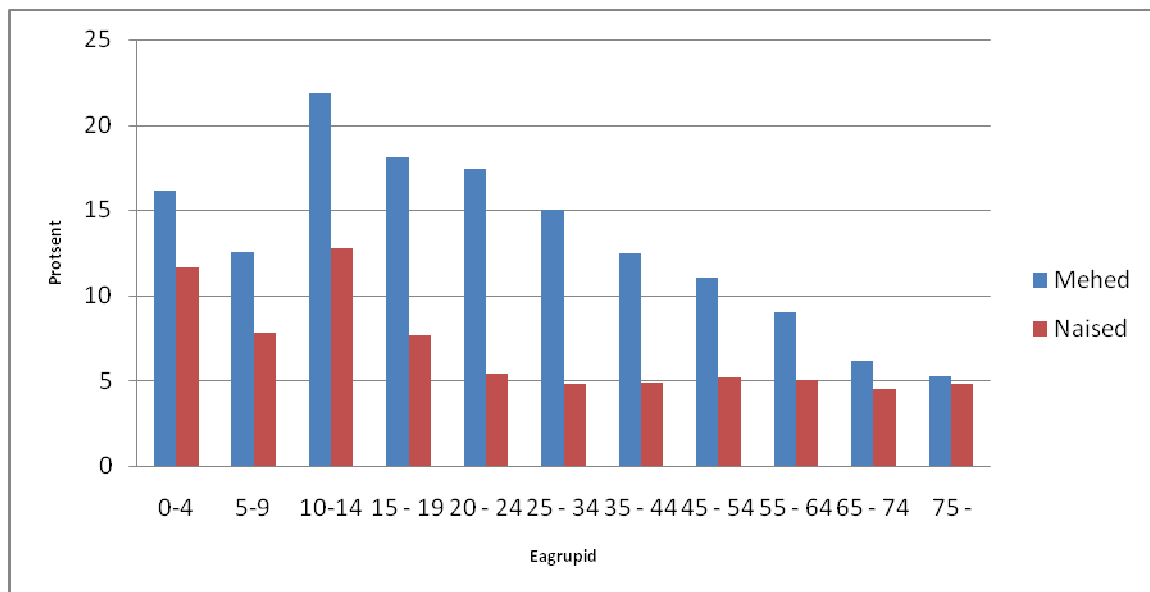
Eestis ei registreerita vigastushaigusi põhjuste (asjaolud, tegevus, mille käigus vigastus tekkis, tekkega seotud toode, vigastus(t)e raskusaste) kaupa, seetõttu puudub *vigastuste register* ning pole võimalik anda analoogset ülevaadet vigastussuremusest. Tõsiselt võetav ei ole ka vigastushaigestumuse võrdlus naabermaadega, sest andmed laekuvad vaid siis, kui vigastatu saab arstiabi. See sõltub inimese elukohast, arstiabi kättesaadavusest ja inimeste harjumusest, millal või kui tõsistel juhtudel otsida arstiabi. Seepärast hinnatakse vigastuste koormust ühiskonnale peamiselt suremust võrreldes, silmas pidades, et need kajastavad vaid „jäämäe“ tippu.

Ametliku meditsiinistatistika andmed näitavad, et 1990. aastatest alates on vigastustesse esmahaigestumus, mis haarab nii ambulatoorseid kui statsionaaris ravitud haigeid, peaaegu kahekordistunud. Samal ajal on vähenenud haiglaravil viibinute osakaal (joonis 7). Täpset selgitust sellele on raske anda, sest lisaks vigastusepidemioloogia muutustele võivad põhjuseks olla statistika kogumise iseärasused (topeltregistreerimine), ravitaktika ja tervishoiukorralduse muudatused (haiglaravi näidustuste rangemaks muutumine) vms. Siiski, et on vähenenud ka suremus, võiks arvata, et saadud vigastused on ühtlasi muutunud kergemaks ning meditsiiniabi tulemuslikumaks.

Esmaseid vigastushaigeid registreeriti 2006. aastal 207 821, neist 62% olid mehed. Vigastused moodustasid 9% (meestel 13%, naistel 6%) kõigist aasta jooksul registreeritud haiguste esmajuhitudest. Vigastuste osakaal esmahaigestumustes on aastate lõikes jäänud ligikaudu samaks, mistõttu võiks arvata, et elanikkond kasutab arstiabi üldiselt intensiivsemalt.



Joonis 7. Esmahaigestumus vigastustesse (100 000 kohta) ja statsionaarsel ravil viibinute arv haiglast väljakirjutamise andmetel (100 000 kohta) 2006. aastal. Allikas: SM 2007



Joonis 8. Esmaste vigastuste osakaal protsentides kõigist esmahaigestumise juhtudest (v.a pahaloomulised kasvaja)² soo- ja vanusegrupiti 2006. aastal. Allikas: SM 2007

Vigastuste osakaal esmahaigestumises oli suurim 10–14aastaste meeste ja naiste seas. Vigastuste osatähtsus vanuserühma üldises haigestumises väheneb pärast 15. eluaastat. Meeste vigastushaigestumise osakaal saavutab naiste vastavale näitajale lähedase taseme alles alates 75. eluaastast (joonis 8).

² Pahaloomulisi kasvaja ei ole sotsiaalministeerium arvestanud esmahaigestumise sisse.

Peaaegu pool arstiabi vajanud vigastustest saadakse puhke- ja vaba aja tegevustes, umbes 10% sportimise käigus, töövigastuste osakaal ulatub meeste hulgas 15% ja naiste hulgas 7%ni, umbes kolmandik vigastushaigustest saadakse muudes tegevustes (SM 2007).

1.1.4. Vigastuste teket soodustavad tegurid

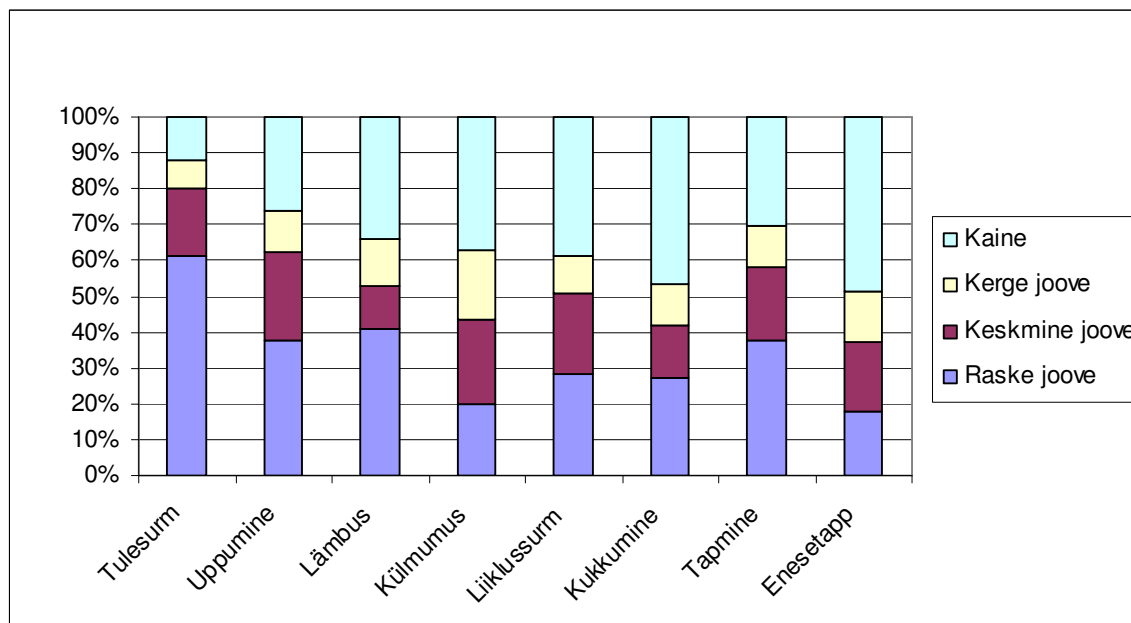
Oma füsioloogiliste eripärade tõttu loetakse vigastuste riskigruppi kuuluvateks lapsed ja eakad inimesed. Eestis laastavad vigastused enim (100 000 inimese kohta vanusegrupis) parimas tööeas mehi.

Vigastuste teket soodustab ühelt poolt ohtlik füüsiline keskkond (nt ohutusnõudeid eiravad töötingimused, laste mänguväljakud, maanteed jpm) ja ebapiisav turvalisus inimest ümbritsevas sotsiaalses keskkonnas (tingituna näiteks vaesusest, inimeste-vahelise seotuse ja abivalmiduse vähesusest, õiglusetusest ühiskonnaelus ja seadusandluses jms), teiselt poolt inimese enesega seotud negatiivsed tegurid (nt halb füüsiline ja/või vaimne tervis, madal haridustase või haritus, seaduste ja heade käitumistavade eiramine).

Alkohol on paljude haiguste, sealjuures ka vigastuste riskitegur (Waller 1976, Ryan 1995, Kaasik *et al.* 1998, McKee ja Shkolnikov 2001 jt). TÜ tervishoiu instituudi, TÜ patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse instituudi ning Eesti Kohtuarstliku Ekspertiisibüroo koostöös kogutud andmed 18–64aastaste, s.o parimas tööeas vigastussurma läbi lahkunute kohta Eestis aastail 2000–2004 (osalt teadusfondi grandi 5218 toetusel) töid esile ehmatava asjaolu: 7062 hukkunust oli vigastuse saamisel alkoholihoobes 65%. Teatavasti jagatakse alkoholihoove Eestis raskusastmetesse vastavalt vere alkoholisisaldusele : 0,5–1,49 promilli – kerge joove; 1,5–2,49 – mõõdukas ja 2,5 või rohkem promilli – raske joove. Selgus, et nendest, kellel tuvastati joove, olid 56% raskes, 26% mõõdukas ja vaid 18% kerges joobes! Enim oli joobnuid tulesurma läbi elu kaotanute (88%) ja vähim enesetapjate (51%) hulgas (joonis 9).

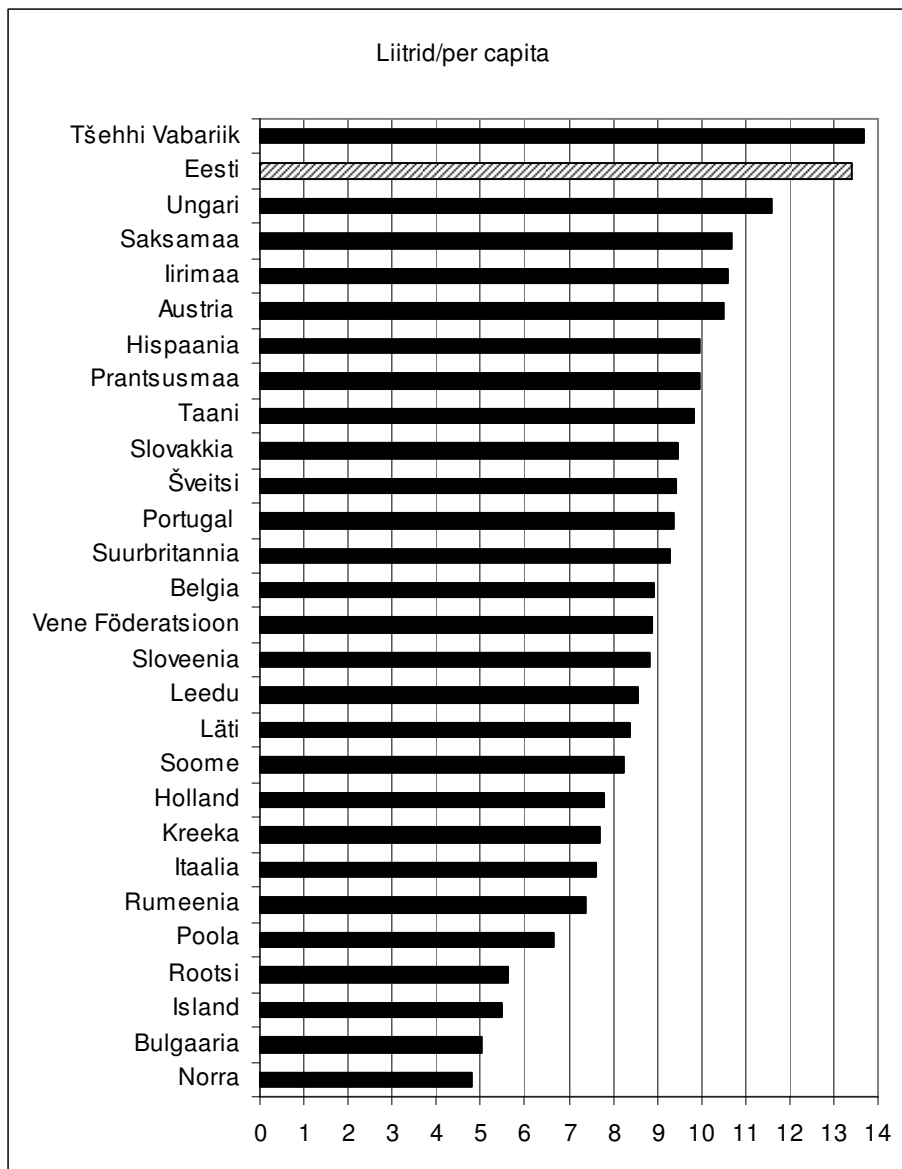
Uurijad on tuvastanud, et elanikkonna poolt ärajoodud alkoholi indeksi ja kogu vigastussurma kui ka enamiku põhjusspetsiifilise vigastussurma kordajate aegridade vahel on tihedad seosed (Kaasik 2002, Kaasik ja Uusküla 2007, lk 54–57). Samuti pandi tähele, et aastast aastasse (2000 kuni 2002) kasvas illegaalse narkojoobe osalus fataalsetes vigastustes, ja seda just nooremates eagruppides (Kaasik *et al.* 2006).

Tõestatud on samuti, et vigastuste risk on suurem vaesemates ühiskonnakihtides ja vaesemates riikides (Berger ja Mohan 1996, Mäkelä *et al.* 1997). Uurimused on näidanud, et mida suurem on riigis valitsev majanduslik ebavõrdsus, seda halvem on elanikkonna tervis (ja seda rohkem vigastusi). Samuti halvendab inimeste tervist tööpuudus ja psühho-emotsionaalne pinge – tingituna kartusest jääda töötuks, töötusest, (suhtelisest) vaesusest, sotsiaalsest ebavõrdsusest või ka liigsest töökoormusest ja paljudest teistest põhjustest (Wilkinson 1996, Katus ja Puur 1998).



Joonis 9. Hukkunute (18–64aastaste) jaotus joobeastme ja vigastusliigi järgi

Pinge maandamiseks võidakse otsida abi alkoholist ja illegaalsetest narkootikumidest. Need aga soodustavad nii otseselt kui kaudselt vigastuste saamist. Otsene toime väljendub vigastusriski suurenemises akuutse joobe tõttu (tasakaalu- ja koordinatsioonihäired, oma võimete ülehindamine, agressiivsuse teke jms). Kaudne toime avaldub vigastusriski suurenemises neil, kes aastaid on tarvitanud rohkesti alkoholi, ja seda ka siis, kui nad jooles ei ole, sest alkohol kahjustab (sõltuvalt kogusest ja joomissagedusest) närvisüsteemi, mõjub negatiivselt une REM-faasile ja teistele närviotsustele, muutes inimese kergesti erutuvaks, agressiivseks või kiiresti väsivaks (Pernanen, 1976, Watson, 1995). Loomulikult on risk sattuda õnnetusse suurem siis, kui inimene on väsinud (nt uinumine sõiduki juhtimisel, käe „unustamine“ lõiketera ette saakaatris jms), ärritunud inimene satub aga kergesti konfliktidesse ning võib rünnata teisi ja saada ise vigastusi.



Joonis 10. Alkoholi tarvitamine Euroopas: 100%line alkohol ühe elaniku kohta liitrites (aastail 2003–2004). Allikas: WHO alcohol control database 2007

Kokkuvõttes tuleb öelda, et alkoholi liigtarvitamine on suure vigastushaigestumuse ja -suremuse oluliseks soodustavaks teguriks, eriti parimas tööeas meeste hulgas. Praegu tarvitatakse Eestis enam kui 13 liitrit puhast alkoholi inimese kohta (kaasa arvatud lapsed) aastas (joonis 10). Vajalik oleks analüüsida sotsiaalsete ja majanduslike tegurite ning vigastussuremuse vahelisi seoseid Eestis, samuti alkoholi liigtarvitamist soodustavaid faktoreid ning rakendada olukorra parandamiseks efektiivseid tõenduspõhiseid abinõusid.

1.1.5. Vigastustega seotud kulud

Haigekassa hüvitas 2006. aastal 901 521 vigastustest tingitud haiguspäeva (11% kõigist haigustest põhjustatud päevade üldarvust). Keskmine vigastuste puhul hüvitatud päevade arv oli 19, mis on tavahaigestumise 12 päevast üle pooleteise korra suurem. Vigastuste töövõimetushüvitiseks makstud summa moodustas 10% kõikidest töövõimetushüvitistest.

Vigastuste ravile haigekassa kaudu tehtud otsesed kulutused on teada 2005. aasta kohta. Need olid umbes 350 miljonit krooni ja töövõimetushüvitised 150 miljonit krooni. Ühe vigastushaige raviks kulus keskmiselt 12 878 krooni ehk ligikaudu 3000 krooni keskmisest enam. Töövõimetushüvitistele kulus ühe vigastusjuhu kohta keskmiselt 3220 krooni ehk üldisest keskmisest 1267 krooni rohkem.

Vigastustest tingitud puudeid oli 2006. aasta alguses fikseeritud ligikaudu 5000 inimesel. Tööealise elanikkonna seas (15–64 aastat) ulatub vigastustest tingitud puute osakaal 7%ni.

Vigastustega on seotud ka suur hulk kaudseid kulusid, mis tekivad näiteks tööaja kaotusest, osalisest töövõime kaotusest ja langenud produktiivsusest. Lisanduvad veel lähikondsete raskesti hinnatavad kulud seoses vigastatu põetamise, toetamise, ajakaotuse ning vaimse ja emotsionaalse kannatusega.

Tööaja kaotusest põhjustatud kulude leidmise üheks võimalikuks lähtepunktiks on SKP *per capita* ehk sisemajanduse koguprodukt isiku kohta, mis 2006. aastal oli jooksvates hindades 152 120 ja püsivhindades 117 727 krooni. Lähtudes samal aastal vigastuste tõttu hüvitatud töövõimetuspäevade arvust, saame tööaja kaotuse arvestuslikuks kuluks ligikaudu 376 miljonit krooni.

Kaotatud tööajast tingitud kulud tulenevad ka vigastustest põhjustatud enneaegsetest surmadest. Eesti rahvas kaotas vigastussurmade tõttu 2005. aastal 54 310 eluaastat, sellest 80% meeste arvel. Vigastussurmades tulenev eluaastate kaotus ühe hukkunu kohta (32,7 aastat) ületas vereringehaiguste tõttu kaotatu peaaegu kolm korda (11,8 aastat) ja kasvajate tagajärjel kaotatu (16,1 aastat) umbes kaks korda. Vigastuste läbi enneaegselt kaotatud eluaastate tõttu saamata jäänud tööpanus läks 2005. a ühiskonnale maksma 2,4 miljardit krooni (SKP põhjal arvatuna) (Kaasik ja Uusküla 2007, lk 49–53).

Haiguskoormuse uuringu andmetel Lai (2006) kaotas Eesti rahvas 2003. aastal vigastussurmade ja -haiguste tõttu 53 731 aastat. Võttes arvatuse aluseks SKP *per capita* (95 241 krooni), leidis Lai, et see maksis riigile 5,1 miljardit krooni (2000. aasta püsivhindades). Sellise summa vääringus oleksid need inimesed panustanud riigi majandusse, kui nad oleksid olnud vigastamata ja elus (Lai 2006).

Vigastustest tingitud tootlike eluaastate kaotus ning sellest tulenev kahju ühiskonnale on ligikaudu sama suur kui vereringehaigustest ja kasvajatest johtuv kokku. Arvutused näitavad, et üksnes vigastussurmade vähendamine 50% aastas suurendaks ühiskonna sissetulekuid aastas 1,2 miljardi krooni võrra (Kaasik ja Uusküla 2007, lk 49–53).

1.2. Vigastuste ennetus Eestis

1.2.1. Vigastuste ennetamine Eestis tegevusalade lõikes

Traditsiooniline vigastuste ennetamine ühiskonna tegevusalade kaupa, näiteks töö-, liiklus-, tule-, elektri-, mere-, lennu-, toodete ohutus jne, on Eestis nagu paljudes teisteski Euroopa riikides toimunud paljude aastate vältel. Sellise spetsialiseeritud ennetustööga on saavutatud arvestatavat edu, näiteks mootorratturite ajutraumade hulk vähenes oluliselt pärast kaitsekiivri kandmise seadustamist, autoõnnetuste arv vähenes tunduvalt pärast sõidutulede kasutamise seadustamist ka valgel ajal, paljud inimesed on suudetud päästa tänu suitsuanduritele jne.

Peamiselt toimub nendes valdkondades tegevus **õigusloome**, riikliku **sunni rakendamise** ja valdkondliku **teavitustöö** kaudu. Liiklusohutus kuulub maanteeameti (majandus- ja kommunikatsiooniministeerium), tuleohutus päästeameti (siseministeerium), tööohutus

tööinspeksiooni (sotsiaalministeerium) ning toodete ja teenuste ohutus peamiselt tarbijakaitseameti (majandus- ja kommunikatsiooniministeerium) pädevusse.

Maanteeameti põhiülesanneteks on teehoiu korraldamine ja tingimuste loomine ohutuks liiklemiseks riigiteedel, riiklik järelevalve ameti tegevusvaldkonda reguleerivatest õigusaktidest tulenevate nõuete täitmise üle ja vajadusel riikliku sunni rakendamine, osalemine oma tegevusvaldkonda puudutavate õigusaktide väljatöötamisel ning ettepanekute tegemine nende muutmiseks ja täiendamiseks, sh eestikeelse terminoloogia täiustamine; osalemine oma tegevusvaldkonnaga seotud poliitika, strateegia ja arengukavade väljatöötamisel; projektide ettevalmistamine ja elluviimine, sh osalemine rahvusvaheliste projektide ettevalmistamisel ja teostamisel.

Oma tegevuses juhivad maanteeamet, ameti kohalik asutus ja teedevalitsused Eesti Vabariigi seadustest, rahvusvaheliste konventsioonide ja lepingute, millega Eesti on ühinenud, nõuetest, vabariigi valitsuse määrustest ja korraldustest, majandus- ja kommunikatsiooniministri määrustest ja käskkirjadest ning oma põhimäärustest, samuti teiste ministrite asjassepuutuvatest määrustest. Peamised seadused, mida maanteeamet järgib, on liiklusseadus, teeseadus, autoveoseadus, ühistranspordiseadus, raudteeseadus ja elektroonilise side seadus. Näiteks **liiklusseadust** muudeti sisuliselt viimati oktoobris 2007, teeseadust novembris 2007.

Päästeamet on siseministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, millel on juhtimisfunktsioon hädaolukorraks valmisoleku planeerimisel ja päästeteenistuste operatiivteenistuslikul juhtimisel, samuti riikliku järelevalve ja riikliku sunni korraldamisel ning riigi päästepoliitika väljatöötamisel ja rakendamisel. Päästeamet kavandab päästeasutuste arengut, juhib ja koordineerib vajadusel tulekustutus- ja päästetöid suurõnnetuste korral, korraldab ja teostab riiklikku tuleohutusjärelvalvet; kontrollib päästeasutuste operatiivset valmisolekut; korraldab ja teeb demineerimistöid.

Päästeteenistuse töökorraldust päästeala põhivaldkondades reguleerib päästeseadus, mitmed vabariigi valitsuse ja siseministri määrused ning päästeameti peadirektori käskkirjad. Lisaks päästeseaduses sätestatud ülesannetele täidavad päästeasutused ka hädaolukorraks valmisoleku seaduses, kemikaaliseaduses, eriolukorra seaduses, rahuaja riigikaitse seaduses ja sõjaaja riigikaitse seaduses sätestatud ülesandeid. Päästeameti haldusalasse kuulub ka tuleohutusbüroo, kus büroojuhataja ja peainspektor ning regioonikeskuses lähipiirkonna teenindamiseks ettenähtud inspektorid paiknevad regiooni keskses. Maakonnas tegutsevad inspektorid paiknevad maakonnakeskuses, aga võtavad kodanikke vajadusel vastu ka komandode ja kohalike omavalitsuste juures.

Lähtuvalt päästeseadusest on seoses tuleohutusega jõustunud järgmised määrused: tuleohutuse üldnõuded, tuletööde tuleohutusnõuded, objektide loetelu, mille tuleohutusülevaatus viiakse päästeasutuste poolt läbi vähemalt üks kord aastas, nõuded tuletõrje- ja päästetöötajate väljaõppele ja täienduskoolitusele ning väljaõppe- ja täienduskoolituse kord, nõuded tuleohutusmärkidele, nõuded turvalgustussüsteemile, nõuded esmastele tulekustutusvahenditele ja nende vajadus. Näiteks **päästeseadust** muudeti viimati veebruaris 2008.

Tööinspeksioon on sotsiaalministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, mis valvab töötervishoidu, tööohutust ja töösuhteid reguleerivate õigusaktide täitmise järele töökeskkonnas ning rakendab riiklikku sundi seaduses ettenähtud alustel ja ulatuses; teeb turujärelevalvet töökeskkonnas kasutatavate isikukaitsevahendite ohutuse ja kaitseomaduste tagamise üle nende valmistamisel ja müümisel; valvab tööõnnetuste ja kutsehaigestumiste uurimise ning nende ennetamiseks abinõude rakendamise järele; uurib surmaga lõppenud ja vajadusel raskeid tööõnnetusi ning kutsehaigestumisi, analüüsib nende põhjusi; teeb tööõnnetuste statistikat ja analüüsi; teeb järelevalvet geneetilisel muundatud mikroorganismide suletud keskkonnas kasutamise üle seaduses sätestatud piires; teeb otsuseid seaduses ettenähtud juhtudel nõusoleku või kooskõlastuse andmise või andmisest keeldumise kohta; viib läbi haldusmenetlust, annab välja haldusakte ja lahendab haldusaktile esitatud vaideid; menetleb kohtuväliselt väärteloasja seaduses ettenähtud juhtudel ja korras; alustab kriminaalmenetlust ja viib läbi edasilükkamatuid uurimistoiminguid; vaatab läbi ja lahendab isikute avaldusi töökeskkonna küsimustes; lahendab individuaalseid töövaidlusi seaduses ettenähtud korras.

Töötervishoidu ja tööohutust reguleerivaks peamiseks seaduseks on töötervishoiu ja tööohutuse seadus, mille alusel on kehtestatud veel 25 õigusakti. Tooteohutust reguleerib toote ja teenuse ohutuse seadus. Näiteks **töötervishoiu ja tööohutuse seadust** muudeti viimati märtsis 2007.

Tarbijakaitseameti põhiülesanded vastavalt põhimäärusele on riiklik järelevalve tarbijakaitse valdkonda reguleerivatest õigusaktidest tulenevate nõuete täitmise üle ja vajadusel riikliku sunni rakendamine; osalemine oma tegevusvaldkonda puudutavate õigusaktide väljatöötamisel ning ettepanekute tegemine nende muutmiseks ja täiendamiseks, sh eestikeelse terminoloogia täiustamine; osalemine oma tegevusvaldkonnaga seotud poliitika, strateegia ja arengukavade väljatöötamisel; oma tegevusvaldkonnaga seotud projektide ettevalmistamine ja elluviimine, sh osalemine rahvusvaheliste projektide ettevalmistamisel ja läbiviimisel.

Tarbijakaitse lähtub oma töös tarbijakaitse seadusest, võlaõiguse seadusest, kaubandustegevuse seadusest, alkoholiseadusest, tubakaseadusest, turismiseadusest ja reklaamiseadusest. Näiteks **tarbijakaitse seadust** muudeti viimati oktoobris 2007.

Erinevate toote- ja teenuseliikide lõikes on vastutusvaldkonnad jagatud tervisekaitseinspeksiooni, raviameti, tööinspeksiooni (sotsiaalministeeriumi vastutusvaldkonnas), tarbijakaitseameti, tehnilise järelevalve inspeksiooni, sideameti, veeteede ameti (kõik kuuluvad majandus- ja kommunikatsiooniministeeriumi alla) ja keskkonnainspeksiooni (keskkonnaministeerium) vahel.

Siit

Kõige ulatuslikumalt ja terviklikumalt on seni tegeldud liiklusvigastustega, mille kohta on 28. mail 2003 riigikogu poolt vastu võetud rahvuslik liiklusohutusprogramm. Seevastu ülejäänud valdkondades on tegevus olnud paljuski "hooajaline" ning eklektiline. Peamiseks puudusteks on erinevate eluvaldkondade ning riigi ja kohaliku/piirkondliku taseme tegevuse vähene omavaheline seostamine; puudulik põhjuste-tegevuste-tulemuste hindamine ja analüüs. Oluliseks dokumendiks, mida vigastuste ennetamise arengukava koostamisel arvesse võtta, on "Eesti turvalisuspoliitika

põhisuunad aastani 2015", mille eelnõu vabariigi valitsus 18. oktoobril 2007 heaks kiitis ning otsustas selle edastada heakskiitmiseks riigikogule.

1.2.2. Vigastuste ennetamise rahvaterviselt põhineva suuna areng Eestis

Uus, rahvaterviselt põhinev vigastuste ennetussuund, mis sai tõuke 1989. aastal Stockholmis peetud esimeselt rahvusvaheliselt õnnetuste ja vigastuste konverentsilt, sai alguse Eestis 1993. aastal, mil tolleaegne sotsiaalminister Marju Lauristin sõlmis Maailmapangaga lepingu Eesti tervishoiuprojekti arendamiseks ja sotsiaalministeeriumi haldusalasse loodi Eesti tervisekasvatuse keskus (ETKK). ETKK üheks projektiliseks tegevuseks sai liiklusohutuslaste teadmiste tõstmise elanikkonna hulgas, et vähendada liiklustraumasid, kusjuures sihtgrupiks olid peamiselt lapsed.

Kui 1998. aastal viidi liiklusohutus Eesti maanteeameti haldusalasse, hakkas keskus tegelema igat liiki vigastuste ennetamist puudutavate küsimustega, peamise suunitlusega kodu- ja vaba aja vigastuste vältimisele just laste ja eakate hulgas. Koostati programm ja tegevusprojekt, mis nägi ette vigastuste ennetamise maakondlike töörühmade moodustamise ja nende liikmete koolitamise. Esimesed rühmad loodi Rapla- ja Viljandimaa omavalitsuste juures. Hakkas arenema turvaliste kogukondade liikumise Eesti variant, mis 2001. aastal sai nimeks "Turvaline kodukant".

ETKK eestvedamisel olid 2002. aastaks kõikides maakondades tegevust alustanud vigastuste ennetamise töögrupid, kes ise projekte kirjutasid ja finantseerimist otsisid (ja leidsid). Mitmed maakonna töögruppide juhid (Viljandi, Jõhvi, Rapla jt) ning üleriigilise projekti juht osalesid Stockholmi Karolinska instituudi sotsiaalmeditsiini osakonna ja TÜ tervishoiu instituudi organiseerimisel korraldatud rahvusvahelistel vigastuste ennetamise ja turvalisuse edendamise kursustel Jürmalas ja Toilas aastail 2000 ja 2002, kust said hea teoreetilise aluse praktiliseks tegevuseks.

ETKKs juhtisid vigastuste ennetuse projekti Maie Alas (1995–1996), Toomas Ernits (1996–1999) ja Pille Javed (2000–2003).

ETKK liideti 2003. aastal tervise arengu instituudiga, kust aga peagi enamik vigastuste ennetusega tegelnud inimesi lahkus ning moodustas Eesti Tervisedenduse MTÜ, mis jätkab tööd vigastuste ennetamiseks.

Turvalise kodukandi põhimõtetest lähtuvalt täidetakse Haigekassa rahastusel vigastuste ennetusprojekte Harju, Hiiu, Ida-Viru, Jõgeva, Järva, Lääne, Lääne-Viru, Põlva, Pärnu, Rapla, Saare, Tartu, Valga, Viljandi ja Võru maakonnas. Edukaim on olnud Rapla maakonna töörühm (dr. Aili Laasneri ja rahvatervisespetsialisti Ülle Laasneri juhtimisel), kes täitis rahvusvahelise Turvalise kogukonna kriteeriumid ning saavutas 2004. aastal maakonna vastuvõtmise Turvaliste kogukondade täisliikmeks (Rapla, 2007).

"Turvaline kodukant" suunab oma põhitegevuse kodu- ja vaba aja vigastuste ennetamisele, eriti laste ja eakate hulgas. Üleriigilise projekti konkreetseks eesmärgiks oli vähendada 2010. aastaks 0–9aastaste laste vigastussuremust ja eakate surmasid kukkumiste tagajärjel 20% võrreldes 1999. aastaga. Projekti rakendamisel püütakse järgida tõendus põhiseid turvalise kogukonna põhimõtteid, mis on olnud edukad Põhjamaadel, Kanadas, USAs, Austraalias ja mujal. Vigastuste ennetamise kohalike projektide ellurakendamine ja püsivus Eestis on olnud edukam nendes maakondades, kus omavalitsused on aktiivselt kaasa tulnud, kus on moodustunud eri eluala inimestest koosnev

juhtgrupp ja püütakse aktiivselt kaasata elanikkonda, nagu näiteks Rapla omavalitsuse piirkonnas. Turvalise kogukonna edendamise põhimõtteid ja kriteeriume tutvustatakse põhjalikumalt edaspidi, vigastuste ennetusstrateegiate juures.

Vigastuste statistilisi näitajaid Eesti kohta leiab Eesti Statistika ja sotsiaalministeeriumi väljaannetest ja Interneti kodulehekülgedelt (<http://www.stat.ee>; <http://www.sm.ee>). Liiklusega seonduvat statistikat kajastavad Eesti maanteeameti väljaanded ja Interneti-portaal (<http://www.mnt.ee>). Euroopa riikide statistika on kättesaadav WHO ja Eurostat'i andmebaasidest (vt Lisa 10: Kasulikud koduleheküljed).

Vigastuste põhjuste ja asjaolude uurimine on Eestis tagasihoidlik ja alarahastatud võrreldes ükskõik millise teise tervisehäire või haiguse uurimisega. Süstemaatilisemalt on Eestis uuritud enesetappusid tänu Eesti-Rootsi vaimse tervise ja suitsidoloogia instituudi loomisele Tallinnas 1993. aastal. Koostöös Rootsi uurijatega ja tänu SA Eesti Teadusfondi toetusele on suitsiide Eestis põhjalikult uuritud ning sel teemal on ilmunud palju teadusartikleid (Wasserman *et al.* 1998, Kõlves *et al.* 2006, Värnik ja Kõlves, 2006).

Esimene ülevaatlik epidemioloogiline uurimus vigastustest Eestis valmis Rootsis Karolinska instituudis (KI), kus uurimuse esimene autor viibis KI stipendiaadina 1995. ja 1996. aastal. See avaldati Karolinska instituudi raportina (Kaasik *et al.* 1996). Koostöös KI teadlastega (*Svenska Institutet*'i stipendiumi toetusel) uuriti 1997. aastal sotsiaalse ja majandusliku üleminekuperioodi mõju vigastussuremusele Eestis (Kaasik *et al.* 1998). Hilisema koostöö tulemusena valmis Rootsi ja Balti riikide kohalike kogukondade vigastussuremuse ja vigastuste ennetamise abinõude võrdlusuuring (Ekman *et al.* 2007). SA Eesti Teadusfondi rahastamisel (projektijuht Taie Kaasik) uuriti aastail 2002–2005 koostöös TÜ tervishoiu instituudi patoloogilise anatoomia ja kohtumediitsiini instituudi (prof Marika Väli) ning Eesti kohtuarstliku ekspertiisibürooga (Marika Väli ja Ilona Drikkit) vigastussurmade põhjusi ja asjaolusid Eestis aastail 2000–2003. Uurimuse tulemusi on avaldatud Eesti Arstis, esitatud paljudel rahvusvahelistel ja kodumaistel konverentsidel ning liiklussurmasid käsitlev artikkel ilmus 2007. aastal rahvusvahelises teadusajakirjas (Kaasik *et al.* 2007). Eesti maanteeamet on uurinud liiklusohutust ja toetanud mõningaid autojuhtide käitumisega seotud rahvaterviseteaduslikke uuringuid (Eensoo *et al.* 2005).

TÜ arstiteaduskonna õppekavasse tuli vigastuste ennetamine ja turvalisuse edendamine koos terviseedendusega 1993. aastal. Praegu õpetatakse ainet ka tervishoiu kõrgkoolides. Kahjuks on nimetatud õpetuse osakaal tulevaste meditsiinitöötajate kursuses äärmiselt väike. TÛs ei ole viimastel aastatel korraldatud isegi vigastuste ennetamise ja turvalisuse edendamise valikkursusi. Ainult kahe TÜ magistri uurimistöö on olnud seotud vigastuste vältimise küsimustega (Lenno Uusküla, majandusteaduskond, 2003. a ja Mirge Orasmaa, õendusteaduse eriala, 2007. a).

Niisiis, Eestis toimub praegu vigastuste ennetamine 1) ühiskonna elualasektorite kaupa (töö-, liiklus-, tule-, elektri-, mere-, lennu-, toodete ohutus, kuritegevuse ennetus jne) ning 2) tervist edendavate projektide põhjal omavalitsustes, koolides, lasteaedades ja mujal. Seni on vaid üksikuid märke koostöö arengust nimetatud kahe ennetussuuna vahel (nt Tartu Naabrusvalve MTÜ täidab ka haigekassa poolt rahastatavat maakonna vigastuste ennetusprojekti koostöös omavalitsuse ja meditsiinitöötajatega; vigastuste ennetamise töögrupp Raplas koosneb mitme eluala esindajatest, nt tööohutuse spetsialistist). Kui esimene suund tegeleb (lisaks inimeste instrueerimisele ja õpetamisele) keskkonna ja inimesega kokkupuutuva energia või töö- või tegevusvahendi muutmisega inimesele ohutuks, siis projektipõhine tegevus seisneb sidusrühmade ja populatsioonigruppide

Õpetamises ja kasvatamises ning on peamiselt suunatud kodu- ja vaba aja vigastuste ennetamisele laste ja eakate hulgas. Sel otstarbel on peale seminaride ja loengute korraldamise alates ETKK eksisteerimisest sotsiaalministeeriumi ja Eesti haigekassa toetusel produtseeritud trükiseid, nagu näiteks neli turvalisuse teejuhti: „Vigastuste vältimine imikutel ja väikelastel“, „Vigastuste vältimine koolieelikutel“, „Eakate ohutus“, „Põletustraumade vältimine lastel“. Lisaks on veel valminud „Eakate koduvõimlemise käsiraamat“ ja videofilm, voldik „Alkohol Eestis – vaenlane nr. 1“ ning monograafia „Vigastused Eestis: levimus, tagajärjed ja ennetus“ (Kaasik ja Uusküla, 2003 ja 2007). Paljudest nimetatud üllitistest on tehtud täiendatud ja parandatud kordustrukke. Trükiseid on jagatud ja jagatakse sihtgruppidega tegelejatele (õpetajatele, kasvatajatele, lastevanematele, sealhulgas vastsündinu vanematele, sotsiaaltöötajatele jne, osalt ka sihtgrupi liikmetele).

Lisad 1–5 annavad ülevaate vigastuste interventsiooniprogrammidest ja projektidest Eestis ning haigekassa kuludest ennetusprojektidele.

1.2.3. Sekundaarne preventatsioon: ravi- ja rehabilitatsiooni olukorrast Eestis

Teiste maade kogemused näitavad, et kui on võimalik rakendada efektiivseid ennetusmeetmeid, võib vigastussuremus 2–3 aasta jooksul väheneda 20–30% võrra. Ometi on väga raske, kui mitte võimatu vältida kõiki vigastusi, mistõttu kiire ja kvalifitseeritud arstiabi mängib olulist osa inimese ellujäämisel ja ka tema hilisemas tervislikus seisundis. Paraku jääb vigastushaigete ravi ja rehabilitatsioon Eestis lääneriikide tasemest kaugele maha, sest napib spetsialiseeritud personali ja finantsvahendeid.

TÜ kliinikumi andmetel on viimase 15 aasta oluliseks arengusuunaks erakorraliste traumahaigete osakaalu suurenemine ja komplitseeritud traumajuhtude rohkenemine. Traumatoloogia osakonnas oli 2006. aastal statsionaarsetest haigetest erakorralisi haigeid 89,5%. 2005. aastal oli see näitaja 85,4%. Samas on haigete keskmine ravil viibimise aeg aastatega lühenenud. Keskmine ravikestus oli 2005. a 6,8 päeva, 2006. a 6 päeva. Spetsialistide hinnangul aitaks parem taastus- ja järelravi ravikestust veelgi lühendada.

Esmaabiteenus vigastatutele on suhteliselt hea. Probleemiks on erakorraliste haigete operatsioonilauale jõudmine. 2006. a opereeriti TÜK traumatoloogia osakonnas erakorralisi patsiente esimese kahe tunni jooksul 19% (2004. a 27%, 2005. a 26%), nelja tunni jooksul 36% (2004. a 46%, 2005. a 43%) ja kuue tunni jooksul 48% (2004. a 57%, 2005. a 55%). Probleem on operatsioonitubades ja personalis. Tendentsid on ühesugused kogu Eestis.

Taastusravi halb kättesaadavus on raskete traumahaigete puhul suureks probleemiks. Hinnanguliselt saab seda õigeaegselt vähem kui 5% traumahaigetest. Taastusravi kättesaadavust mõjutavad haigekassa eelarve võimalused ja prioriteedid, mis aga ei ühti tegelike vajadustega. Teiseks taastusraviteenuse mahu suurendamiseks on teenust osutavate spetsialistide vähesus. Riigikontrolli 2006. aasta auditi andmetel on praegu olemas 25% füsioterapeutidest ja 22% tegevusterapeutidest 2015. aastaks taastusravi arengukavas püstitatud eesmärgis kavandatud. Arvestades senist spetsialistide koolituse ja täiendusõppe lõpetajate arvu, saavutatakse planeeritud eesmärk 2015. aastaks vaid kõige optimistlikuma prognoosi kohaselt, mille realiseerumine on vähe tõenäoline (Eesti Arst, 2006, nr 11, lk 792–795).

1.2.4. Peamised vigastustega seotud probleemid Eestis

1. Eesti kuulub viie kõige suurema suremuskordajaga Euroopa riigi hulka. Vigastussurma kolmeks peamiseks põhjuseks Eestis on enesetapp, tahtmatu mürgitus ja õnnetused transpordivahenditega. 2006. aastal registreeriti Eestis 247 enesetapujuhtu. Tahtmatute mürgituste tagajärjel suri 2006. aastal 229 inimest ja transpordiõnnetustes hukkus 245 inimest. Meeste suremus ületab naiste oma keskmiselt 3,3kordselt, kuid 30–39aastaste hulgas 8kordselt. 1–49aastaste meeste surmapõhjustest moodustab vigastus 50%. Vigastustest tingitud puudeid fikseeritakse aasta jooksul umbes 5000 inimesel.
2. Eestis ei ole vigastuste risk suurim vaid laste ja eakate hulgas (nagu see on paljudes arenenud naaberriikides), vaid vigastused (*incl.* mürgitused) tapavad enim parimas tööeas mehi.
3. Alkoholihoove on põhjuslikult seotud üliiraskete vigastuste saamisega. Joobest tingitud vigastusi esineb kõige enam parimas tööeas inimeste hulgas. Illegaalsetest narkootikumidest põhjustatud joobe roll on kasvanud aastast aastasse.
4. Vigastuskoormusest johtuv kahju ühiskonnale on suurem kui 5 miljardit krooni aastas. See on peaaegu sama suur kui vereringehaigustest ja kasvajatest põhjustatud kahju kokku.
5. Vigastussurmad vähendavad Eesti meeste keskmise eluea statistilist näitajat umbes kolme aasta võrra.
6. Samal ajal puudub ühtne, kõiki vigastusliike ning erinevaid majandussektoreid haarav riiklik ennetuskava ja ametkond, kes vastutaks vigastuste ennetamise ja turvalisuse edendamise eest tervikuna ning konsolideeriks turvalisusega tegelejate töö. Praegune vigastuste ennetamise ja turvalisuse edendamise abinõude rakendamine pole küllaldane, selle tulemuslikkust ei ole mõõdetud.
7. Vigastuste tekkepõhjuste uurimine Eestis on puudulik ja alarahastatud võrreldes näiteks vereringesüsteemi haiguste ja kasvajate uurimisega. Rahvatervise spetsialiste, kes on läbinud vigastuste ennetamise ja turvalisuse edendamise koolituse vähemalt bakalaureuse tasemel, on Eestis äärmiselt vähe.
8. Puudub nii üleriigiline kui kohalik ühtne vigastussuremuse ja -haigestumuse registreerimise süsteem (vigastuste register vm), mis kajastaks haiguste ja surma välispõhjusti ning annaks informatsiooni selle kohta, kus, millal ja millistel asjaoludel vigastus tekkis. Seetõttu on raske saada ülevaadet vigastusi põhjustavatest asjaoludest ning nende vältimiseks sobivate abinõude väljatöötamisest.
9. Vigastuste ennetamine on seni pärilnud ministrite ja vabariigi valitsuse tähelepanu vaid lünklikult, enim liiklusvigastuste osas. Vigastustel, olenemata liigist, on palju ühiseid põhjusti, seepärast pole tähelepanu pööramine vaid ühe liigi vähendamisele eriti tulus. Ministeeriumide koostöö vigastuste kui tervikprobleemi teemal on seni olnud märkamatu.
10. Lisaks vigastuste tekkepõhjustele on puudulik ülevaade ja statistika ka vigastusjärgse ravi ja rehabilitatsiooni olukorra ning tulemuste kohta.

II. Vigastuste ennetamise strateegia lähtekohad

2.1. Kaasaegse vigastuste ennetusstrateegia põhimõtted

Teedrajav tähis vigastuste profülaktikas kuulub dr John E. Gordonile (1949). Ta väitis, et vigastusi tuleb käsitleda sarnaselt klassikaliste nakkushaigustega: ka vigastusi iseloomustavad epideemilised puhangud, aastaajalised variatsioonid, pikaajased suundumused ja teatud demograafiline jaotus. Ta rõhutas ka fakti, et vigastuse nagu ka nakkuse puhul ei ole tegemist ainult ühe põhjusega, vaid kolme teguriga, s.o

- 1) toimiv energia,
- 2) inimene ja
- 3) keskkond, milles energia kantakse inimesele.

Arst William Haddonilt (1972) pärineb klassikaline õpetus vigastuse faasidest ja teguritest, s.o faasi-faktori maatriks. Ta kirjutas selle liiklusvigastuse kohta, kuid maatriksit on võimalik kasutada praktiliselt kõigi vigastusliikide tekkepõhjuste ja -tingimuste analüüsimisel (tabel 1).

Tabel 1. Haddoni faasi-faktori maatriks liiklusvigastuse võimaliku tekke kohta mootorsõidukiga (The National Committee for Injury Prevention and Control, 1989 järgi)

Faas	Inimene (juht)	Vektor (mootorsõiduk)	Füüsiline keskkond	Sotsiaal-majanduslik keskkond
Vigastuseeelne	Nägemisteravus Alkohol veres Kogemused Seaduskuulekus Väsimus	Pidurid, rehvid Raskuskese Kokkusurutavus Sõidukiirus Juhitavus Koorma iseloom	Nähtavus Tee kurvatuur, kallakus, karedus, 2- või 1suunalisus, vaheriba ja hoovõturaja olemasolu Signalisatsioon	Hoiak alkoholi suhtes Nõuded sõiduuskuse kohta Kiirusepiirangud (Poliitiline, ühiskonna) toetus vigastuste vältimise abinõude rakendamiseks
Vigastuse arengu faas	Turvavöö pealolek Osteoporoos Üldine tervislik seisund	Sõiduki kiirus, tugevus Automaatsed kaitseabinõud Pinnaga haakumine Koorma püsivus	Teepeenra olemasolu Liikumatud objektid läheduses Tee keskbarjäär Kaitserinnatiseid Kiiruse piirang	Hoiakud turvavöö kinnitamise suhtes Seadused turvavöö suhtes Kohustus kasutada lapse turvarustust Mootorratturi kaitsekiivri seadus
Vigastusjärgne faas	Vanus Füüsiline seisund	Küttesüsteemi seisukord	Sidevahendi olemasolu Meditšiiniabi kaugus ja kvaliteet Rehabilitatsiooni kvaliteet	Päästeteenistuse ja ravipersonali treening Trauma ravi ja hooldussüsteemi kvaliteet

Vigastuse faasid

Haddon (1972) jagas vigastuse kujunemise kolme faasi analoogselt nakkushaiguste arenguga:

- 1) vigastuseelne faas, 2) vigastuse arengufaas, 3) vigastusjärgne faas.

Igas faasis on võimalik rakendada abinõusid, mis väldivad järgmise faasi teket või viimase faasi, s.t vigastuse tekkel vähendavad vigastuse tõsidust ja eluohtlikkust. Haddon leidis, et need **tegurid e. faktorid** on nelja tüüpi: isiksuslikud, energiast ja energiakandjast sõltuvad, füüsilise ja sotsiaal-majandusliku keskkonna tegurid (tabel 1).

Vigastused tekivad tavaliselt teatud olukorra ja tingimuste koostoimel. Tegemist võib olla ka sündmuste ahelaga. Vahel on algsündmus vigastusega lõppenud õnnetusest niivõrd kaugel, et selle peale ei osata mõeldagi.

Kümme klassikalist strateegiat Haddoni järgi

Klassikalised abinõud vigastuste tekke vähendamiseks või vigastuse saamisel tagajärgede kergendamiseks on järgmised.

1. Hoia ära vastava ohu (energiavormi) kuhjumine (nt ära küta ahju liigselt!).
2. Vähenda kuhjunud ohu (energia) hulka (nt kergenda jala survet gaasipedaalile!).
3. Hoia ära olemasoleva ohu (energia) kontrolli alt vabanemine (nt hoia end kindlalt suuskadel!).
4. Vähenda ohuallika (vabanenud ohtliku energia) määra või selle mõjuala suurust (nt kasuta õigeaegselt tulekustutit!).
5. Eemalda tundlikud struktuurid vallanduvast ohust (energiast) ajas ja ruumis (nt hoia laps eemal koduleemiast!).
6. Eralda kaitsebarjääriga oht ja see, mis vajab kaitset (nt ehita trepile lapsekindel piire!).
7. Modifitseeri kontaktpindu või põhistruktuure, mis võivad vahendada ohu (energia) kahjustavat toimet inimesele (nt õhkpadjad autos).
8. Muuda see, mida on vaja kaitsta (s.o. inimest, näiteks last), vastupidavamaks kahjustusele (nt tarvita piimatooteid luude arenemise perioodil).
9. Vigastuse tekkel avasta ja hinda kahjustust kiiresti ning hoia ära selle suurenemine või toime edasikestmine.
10. Võta kasutusele kõik vajalikud abinõud olukorra parandamiseks kahjustuse tekkest kuni protsessi stabiliseerimiseni. Need abinõud võivad sisaldada nt verejooksu peatamist vigastatul (ka iseendal), kiiret abi kutsumist, inimese ravimist ja tema lühi- või pikaajalist rehabilitatsiooni.

Milliseid strateegiaid saab rakendada, see sõltub konkreetsest olukorrast ja ohust, mida tahame kõrvaldada või vähendada.

Vigastuse vältimise abinõude valiku kriteeriumid

Et vigastuste vältimiseks kasutatavad abinõud oleks efektiivsed, peavad nad vastama teatud kriteeriumidele (Berger ja Mohan, 1996):

- Tarvitusele võetavate abinõude määramisele peab eelnema vastava **vajaduse** adekvaatne **hindamine**;
- ideaalsel juhul sisaldab vastuabinõu **disaini muutmist**, sest see ei nõua spetsiaalset tegevust iga kord, kui vastavat (ohtu sisaldavat) vahendit kasutatakse;
- vastuabinõu on **püsiva efektiga** (näiteks basseini kaitseääris, jalakäijate tunnel);
- see peab olema **vastuvõetav neile, keda kaitstakse**, mistõttu tuleb arvestada avalikkuse arvamusega ja kavandatavate muudatuste avalikustamisega (näiteks jalakäijate silla või tunneli ehitamisel);
- kasutatud abinõude **tulemuslikkus peab olema mõõdetav**;
- peaks ilmne **positiivne tulemus/kasu**;
- ei tohi olla soovimatuid kõrvaltoimeid või võimalust kasutada abinõu valesti.

Nii näiteks jalgrattateede väljaehitamine on püsiefektiga siis, kui see on kujundatud õigesti, s.t nii, et teised liiklusvahendid ei häiri jalgratturit ja jalgrattur jalakäijaid ning tee kuhugi ka viib. Vahetu positiivne tulemus peaks olema nähtav jalgratturite arvu suurenemisena. Hilisemaks tõenäoseks tulemuseks on kohalike elanike parem tervis ja positiivsem ellusuhtumine (kehalise aktiivsuse positiivne tulem).

2.2. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (World Health Organization – WHO) ja Euroopa Liidu suunised vigastuste ennetamiseks

WHO ja Euroopa Liidu rahvatervist käsitlevates dokumentides juhitakse üha rohkem tähelepanu vajadusele rakendada efektiivseid abinõusid tänapäeva epideemia – tahtmatute ja tahtlike vigastuste ja vägivalda ennetamiseks. Rõhutatakse, et vigastuste vältimine nõuab tervisesektorilt senisest teadlikumat, oskuslikumat ja tugevamat juhtimist.

WHO raport, mis võtab kokku Euroopa riikides läbi viidud küsitluse andmeid, toob esile väikese ja keskmise sissetulekuga riikide suhtelise mahajäämuse vigastuste ennetamisel. Märgitakse, et liiklusvigastuste ning tuleõnnetuste ennetamiseks on arendatud enam programme ja tegevusi kui ülejäänud põhjustest johtuvate vigastuste ärahoidmiseks. Paljudes riikides puuduvad riiklikud tegevuskavad vigastuste ennetamiseks (Shields *et al.* 2006).

WHO eksperdid leiavad, et vigastuste ennetamine pole kaua aega olnud poliitikute huvifääris ja sellele on eraldatud liiga vähe ressursse kogu maailmas. Üheks peamiseks takistuseks vigastustega võitlemisel peetakse seda, et poliitikud ei suuda probleemi näha ega haarata. Samuti ei ole mõnes riigis kättesaadav informatsioon vigastuste põhjuste ja tagajärgede kohta ning puudub seire. Vigastusi märgatakse alles siis, kui on toimunud mõni katastroof (nt õnnetus keemiatehases), ja teaduspõhist lähenemist on rakendatud ainult vähestes ennetustegevust puudutavates otsustes. Põhjenduseks on enamasti olnud rahanappus. Mõnes riigis, sagedamini arengumaadel, puuduvad ka teadmised ja oskused integreerida vigastuste ennetamist rahvatervise programmidesse, (Sethi 2007). Paraku puudutab kõik eespool toodu ka Eestit.

WHO, ÜRO, WHO Euroopa Regionaalne Komitee (EUR/RC) ning Euroopa Liidu Komisjoni Tervise ja Tarbijakaitse Peadirektooraat (*DG SANCO* ehk *Directorate General for Health and Consumer Affairs*) on välja andnud mitmeid soovitusi vigastuste ja vägivalda ennetuse kavandamise ja ellurakendamise

kohta. Viimati mainitud organ rahastab ka mõningaid üleeuroopalisi vigastuste ennetamise projekte nagu EUNESE (*EUropean NETwork for Safety among Elderly*) ja APOLLO (*Strategies and Best Practices for the Reduction of Injuries*). Nende projektide põhieesmärgiks on kokku koguda ja avalikustada parim praktika vigastuste ärahoidmiseks Euroopa liikmesriikides (dokumentide ja projektide veebiaadresse vt lisa 10).

Ülalnimetatud institutsioonide poolt välja töötatud dokumendid ja raportid on koostatud selleks, et aidata poliitikutel ja rahva tervise eest vastutavatel võimuorganitel välja töötada vigastuste ennetamise strateegiaid oma riigis. Seadusandlikke vorme, mis tagaks süstemaatilise ja koordineeritud lähenemise vigastuste ennetamisele riiklikul ja kohalikul tasandil, ei ole seni loodud. EL autoriteedid peavad õigeks seda, et liikmesriikide võimuorganid ise vastutavad oma elanike tervise eest ja valivad oma rahva jaoks sobivaima strateegia vastavalt ühiskonna tervisevajadustele ja võimalustele.

2.3. Peamised eelistused

WHO hiljutises dokumendis (Butchart *et al.* 2007) on antud head soovitusel selle kohta, kuidas vigastuste ennetusgrupp, olgu see kohalikul või riigi tasemel, peaks oma tööd alustama. Lühidalt on soovitusel järgmised:

- 1) koguda ja levitada kohalikke ja üleriigilisi näitajaid tahtmatute ja tahtlike vigastuste kohta selleks, et määratleda tegevusprioriteedid ja teavitada seadusandjaid;
- 2) kindlaks teha need, kes ministeeriumides tegelevad vigastuste ja vägivallaga seotud sfääridega, nagu näiteks naiste ja laste tervis, töötervis, terviseedendus, alkoholi ja illegaalsete narkootiliste ainetega seotud terviseprobleemid, vaimne tervis, kliinilised teenused, kiirabi ja epidemioloogia, ning määratleda koostöövaldkonnad;
- 3) koostada nimekiri teistest riiklikest ja mitteriiklikest organisatsioonidest, kes töötavad vigastuste ja vägivalla preventsiioniga, ning määratleda edasised koostöövaldkonnad;
- 4) moodustada tabel olulisematest vigastussurma põhjustest ja proovida leida vastused küsimustele, mida on tehtud ühe või teise vigastusliigi ennetamiseks ning kes peaks mida tegema edaspidi; milliseid teenuseid osutatakse vigastatutele ja vägivalla ohvritele, kus seda tehakse ning millised peaksid olema prioriteetsed tegevused lähitulevikus;
- 5) arendada rahvusvahelisi suhteid ja koostööd ning lülituda rahvusvahelise võrgustiku töösesse, et õppida ja vahetada kogemusi, näiteks WHO kohalike esindajatega (või Turvaliste Kogukondade liikumisse – koostaja lisand);
- 6) organiseerida konverentse, hõlmates kõiki grupe ja indiviide, kes on tegevad vigastuste ja vägivalla ennetamisega kogukonnas, et kindlustada koostööd ja ühtlustada arusaamu prioriteetsetest tegevustest;
- 7) koostada raport vigastuste ja vägivalla alasest olukorrast riigis, mis võib olla heaks abivahendiks vigastuste preventsiiooni haldamisel;
- 8) luua võrgustik ennetusplaani eesmärkide täitmiseks ja jagada ülesanded võrgustiku liikmete vahel;
- 9) koostada ennetusprogramm, koos sellega välja töötada programmi hindamise vahendid, vajadusel otsida ja leida poliitilist ning rahalist toetust;
- 10) koguda pidevalt näitajaid vigastuste kohta, hinnata programmi mõju ja edastada informatsiooni kaastöötajatele ning kogukonnale (rahvale);

- 11) suurendada vigastuste ennetajate ja turvalisuse edendajate suutlikkust (õpetamise, treenimise, vahetusprogrammides osalemise abil);
- 12) kord aastas või kahe aasta jooksul teha kokkuvõtte, hinnates tehtut: kavandamist, tegusid, andmete kogumist, haldusala laienemist, suutlikkuse suurenemist jm; viia programmi täiendusi, parandusi või muuta eesmärgid, toetudes kokkuvõttest tulenevatele probleemidele.

2.4. Strateegia koosseis

Põhistrateegiaid, millest riiklik vigastuste ennetamise kava peaks koosnema, on kolm (Committee on Trauma Research *et al.* 1985). Selline kava peaks sisaldama meetmeid, mis on suunatud:

- 1) riskigrupi või -isiku veenmisele oma käitumist muutma selliselt, et riski vähendada;
- 2) individuaalse käitumise muutmisele õiguslike või administratiivsete korralduste abil;
- 3) ümbritseva keskkonna muutmisele selliselt, et see juba omalt poolt pakuks kaitset.

Empiiriline kogemus on näidanud eespool kirjeldatud põhimõtteliste alternatiivide võrdlemisel, et kõige tõhusamaks osutus kolmas (keskkonna muutmisele orienteeritud) strateegia ning kõige tagasihoidlikumad tulemused on saavutatavad esimese (üksikisiku veenmisele orienteeritud) strateegiaga. Samas on oluline märkida, et kõige efektiivsemaid tulemusi saab nende **kolme strateegia kooskasutamisel**.

Üksikasjalikumalt nimetatud strateegiatest vt Kaasiku ja Uusküla raamatust "Vigastused Eestis" (2007, lk 58–73).

Tegevussuunised ja kavandamine

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) vigastuste ja vägivalda preventsiiooni osakonna (*Department of Injuries and Violence Prevention*) ülesandeks on vigastuste ja nende tagajärgede ennetamine ning puuetega inimeste elukvaliteedi tõstmine. Seoses sellega peab WHO tähtsaks ja toetab riikide, regioonide ja globaalsel tasemel:

- 1) vigastuste kohta andmete kogumise parandamist, 2) teaduslikult põhjendatud lähenemist vigastuste ja vägivalda ennetamisele ja vigastatute rehabilitatsioonile, 3) efektiivsete ennetusmeetodite levitamist, teenuste parandamist puuetega inimestele ning vigastuses ja vägivaldas ellujäänutele, samuti nende peredele, 4) õpetamise ja treeninguprogrammide laiendamist; 5) multidistsiplinaarsete tegevusplaanide loomist ja rakendamist.

Vigastuste ärahoidmisel on äärmiselt oluline ministriumidevaheline koostöö. Juhtivaks isikuks peaks olema tervishoiu- (*pro* sotsiaal-) minister. Riikliku ennetuskava koostamine peab toimuma läbi asjatundlike diskussioonide, et leida õiged eesmärgid ja tegutsemisviisid.

Sethi (2007) järgi on võtmelementideks vigastuste ennetamisel:

- riikliku ennetuskava väljatöötamine ja arendamine,
- vigastuste seire korraldamine,
- efektiivsete interventsioonimeetmete uurimine,
- riskide kohta informatsiooni vahetamine ühiskonna erinevate sektorite vahel,

- tõenduspõhiste ennetuspraktikate leidmine ja levitamine,
- ennetustegevuse võrgustike ja partnerlussuhete loomine,
- kannatanutele vajalike teenuste tagamine.

Täpsemaid juhiseid võib leida WHO väljaandest Schopper *et al.* (eds.) "Developing policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners" (vt lisa 8).

2.4.1. Elanikkonna harimine

Hariduse roll on eriti tähtis vähendamaks vigastusi järgmises neljas valdkonnas.

1. Lastele ja noorukitele ohutu käitumise ja oskuste õpetamine, mis jäävad nendega kogu eluks (nt suitsuanduri, hädaabinumbri ohutusrihmade kasutamine jne).
2. Vigastuste vähendamine kindlate siht- ja vanusegruppide hulgas, kus teised strateegiad ei ole kättesaadavad või efektiivsed. Haridus võib olla ainukeseks strateegiaks, mida saab mõnel puhul rakendada (nt õpetada, mida teha, kui laps tõmbab midagi kurku).
3. Avalikkuse riskihinnangute ning vastuvõetavate riskide mõjutamine, muutmaks sotsiaalseid norme ja suhtumist (nt auto juhtimine joobes, jalgratturitel kiivrite kandmine).
4. Poliitika muutuse toetamine ja tarbijate harimine, et nad nõuaksid ohutumaid tooteid. Terviseharidust võib kasutada süstemaatiliste muudatuste tegemiseks.

Info vigastuste ennetamise sisu kohta on võimalik teha kättesaadavaks erinevate kanalite kaudu: vigastusi käsitlevad koolitused, sotsiaalreklaam või teavitustöö massimeedias, infovoldikud, konkreetse teema tutvustamiseks kujundatud avalikud üritused, teadlik ühiskondlike arvamusi liidrite ja eeskujude kasutamine jm. Olulise mõju saavutamiseks on seejuures tähtis sihtrühma hea tundmine ning vastavalt sobiva sõnumi ja edastusviisi kasutamine. Sihtrühma puhul tuleb arvestada sotsiaal-majanduslikku tausta, keelelis-kultuurilist eripära, konkureerivaid terviseriske.

2.4.2. Keskkonna ohutumaks muutmise

Vigastuste ennetamise planeerimisel on väga oluline arvestada ümbritseva füüsilise, aga ka sotsiaal-majandusliku keskkonnaga.

Haddoni 10 meedet rõhutavad keskkonna muutuste olulisust (vt lk 19). Põhilised abinõud, mis võiksid keskkonda muuta:

- vähendada või elimineerida vajadus võtta riske,
- kujundada ohutum füüsiline keskkond,
- kujundada tarbijaile ohutumad tooted,
- kujundada ümber tegutsemisjuhised ja tööpraktika,
- muuta sotsiaalset suhtumist (s.t grupinorme).

2.4.3. Oluliste ohusituatsioonide ennetamine seadusandlusega

Vigastustega seotud positiivseid suundumusi saab ühiskonnas tervikuna saavutada ainult süsteemse ja järjekindla tegevuse tulemusena. Vastavate väärtushinnangute kujundamisele ühiskonnas saab luua soodsad eeldused õigusloomega. Vigastuste ja õnnetuste ennetamise ja positiivsete väärtushinnangute kujundamise põhimõtted peaksid silmas pidama järgmisi lähtekohti:

- seadused peavad soodustama erinevate vanusegruppide vigastuste ennetamist (nt lastekaitseseadus),
- seaduseelnõude ettevalmistamisse kaasatakse lisaks professionaalidele ka reaalselt ennetustööga tegelevaid isikuid ja riskigruppe.

Õigusruumi süsteemseks korrastamiseks vigastuste ja õnnetuste ennetamisel on üheks võimalikuks tegevussuunaks alljärgnev loetelu.

- Täpsemat seadusandlikku määratlemist vajavad vigastuste alase ennetustööga seotud kohustused avalikule võimule, erasektorile ja üksikisikuile.
- Piirata alkoholi tarvitamist ning sellest tingitud vigastusi.
- Kaasajastada liiklusalast seadusandlust, sh mõjutada vajadusel karistusseadustiku kaudu käitumist.
- Kohandada laste õiguste kaitse selliselt, et see võimaldaks muuta laste vigastuste ja vägivalla ärahoidmise nt sotsiaaltöötajate jaoks lihtsamaks.
- Suurendada tööandja rolli ning vastutust vigastuste ennetamisel.

Ühe näitena pakub lisa 6 reguleerivaid seadusi liiklusvahendite, põletuste ja mürgituste kohta Massachusettsi osariigist USAs.

2.4.4. Turvaline kogukond (*Safe community*)

Vigastuste ennetamine turvalise kogukonna põhimõtete järgi on üks võimalik lähenemine vigastussuremuse ja -haigestumuse vähendamiseks. Selle üheks näiteks on WHO egiidi alla toimuv Turvaliste Kogukondade liikumine (*Safe Community*), mida juhib WHO koostöökeskus (*WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion*) Karolinska instituudis koos 15 liikmeskeskusega (*Affiliate Safe Community Support Centre*) üle kogu maailma. Turvaliseks kogukonnaks akrediteerimist võib taotleda iga (riigi, maakonna, linna, linnaosa, kooli, asutuse vms) kogukond, kes vastab kuuetele kriteeriumile. Need on 1) partnerlusel ja koostööl põhinev infrastruktuur, mida juhib erinevaid eluvaldkondi esindavatest inimestest koosnev grupp, kes on vastutav turvalisuse edendamise eest oma kogukonnas; 2) pika-aegsed püsivad programmid, mis hõlmavad kõiki soo- ja vanusegruppe, keskkondi ja olukordi; 3) programmid, mis on suunatud elanikkonna riskigruppidele ja -keskkonnale; 4) programmid, mis dokumenteerivad vigastuste esinemissagedust ja põhjusi; 5) vahendid hindamaks oma programme ja protsesse ning nende mõju; 6) osalus rahvuslikus ja rahvusvahelises Turvaliste Kogukondade võrgustikus (vt <http://www.safecommunity.net/>).

2.4.5. Vigastuste ennetamine riiklikul tasandil

Riikliku vigastuste ennetuse programmi eesmärk on arendada ja rakendada strateegiat, mis toob nähtava vähenemise suremuses ja tõstab elukvaliteeti.

Riikliku tervishoiu kontrolliprogrammi põhifunktsioonid (Cristoffel et al 2006) on järgmised.

1. Info kogumine kohalikul ja riigi tasandil.
2. Üleriigiline koordineerimine, juhtimine ja administreerimine.
3. Programmi arendamine ja rakendamine.
4. Poliitika arendamine.
5. Hindamine ja evalveerimine.
6. Professionaalse koolituse ja hariduse tagamine.
7. Avalikkuse teavitamine ja haridusprogrammide loomine.
8. Rahvastiku kaitsmine ning vigastuste valdkondade ja juhtumite uurimine.

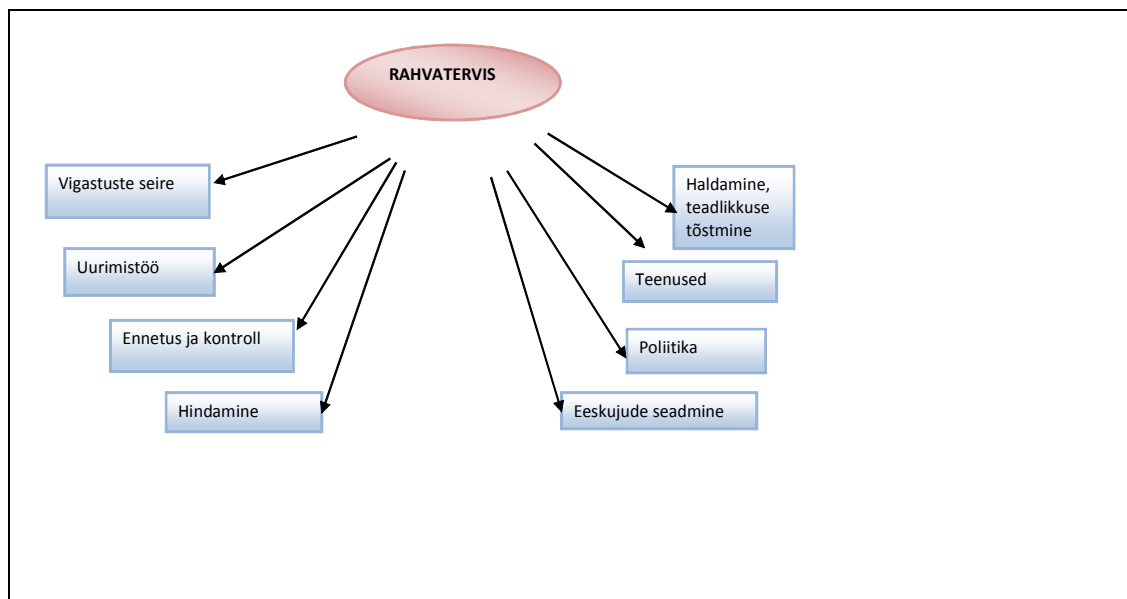
Cristoffel ja Gallagher (2006) on oma raamatus valitsuse jaoks välja toonud näitlikud soovitused (see on loetelu aastast 1987, kuid osutub ka tänapäeval väga oluliseks)

1. Toetada rahaliselt vigastuste ennetusprogramme riigi ja kohalikul tasandil.
2. Toetada vigastustega tegelevaid inimesi. .
3. Levitada informatsiooni edukate ja ebaedukate aspektide kohta teistes riigi ennetusprogrammides.
4. Arendada vigastuste ennetajatele treeninguprogramme, kus oleks info programmide sisu arendamise, rakendamise ja hindamise kohta.
5. Tõsta avalikkuse ja professionaalide teadlikkust vigastuste ennetamise ja kuluefektiivsuse kohta (erinevate lähenemiste rakendamisel).
6. Arendada rahvatervise ja teiste valdkondade omavahelisi suhteid avaliku ohutuse, kriminaalõiguse ja sotsiaalsete teenuste osas.
7. Pakkuda tehnilist abi loodavate registrite rakendamiseks riigi ja kohaliku vigastussuremuse osas.
8. Koostada ülevaade riigi tervishoiuosakondadest, et hinnata nende poolt teostatud programme.

2.4.6. Tervishoiusektori roll

Üks olulisi tervishoiusektori rolle vigastuste ennetamisel on ka teiste partnerasutuste ja -institutsioonide eestvedamine (ingl *'leadership'*). See võib väljenduda nt dubleerimise ja vastuolude vähendamises, selleks et paremini kasutada piiratud ressursse. Samuti peab tervishoiusektor toetama institutsioonide omavahelist koostööd.

Rahvatervishoiu põhimõtetest lähtuva lähenemise põhielemendid on kujutatud joonisel 11.



Joonis 11. Tervisesektori roll vigastuste ennetamisel

2.4.7. Võimalikud partnerid

Et vigastuste ennetamine kuulub eri valdkondade alla, siis ei saa sellega kaasnevaid küsimusi lahendada koostööd tegemata. Erinevate valdkondade koostöös tuleb täpsemalt sõnastada sektoritevaheline vastutus (nt maanteeamet, päästeamet, haiglad jne). Loetelu võimalikest partneritest on toodud lisas 11.

III. Vigastusennetuse sihtrühmad

3.1. Olulisemad vigastusriskid Eestis vanusegrupiti ja ennetustegevusi

Vigastuste ennetamisstrateegia koostamisel on vaja silmas pidada nii vanusegruppe kui vigastusriske ja leida sellest lähtudes sobivad lahendusviisid. Järgnevatel tabelites on antud ülevaade sihtrühmadele suunatud vigastuste ennetamisest ja tegevustest vastavalt vigastusliigile ning toodud ettepanekud selle kohta, kes peaksid ennetusega tegelema. Ettepanekud põhinevad käesoleva alusdokumendi esimese osa kirjeldaval ülevaatel, samuti dokumendi koostamise käigus läbiviidud aruteludel, kasutades erinevaid Eesti ja rahvusvahelisi juhendmaterjale (vt lisad).

Alusdokumendi põhjal strateegiat luues tuleks need ettepanekud uuesti läbi vaadata ja analüüsida tervikliku tegevusprogrammi kontekstis.

Nagu on näha, kattuvad paljud ennetustegevused nii vanusegruppides kui põhjusspetsiifiliste vigastuste ennetamises. Kõige efektiivsemad on sellised ennetustegevused, mille mõjusfäär on laiem. Eesti puhul on selleks käesoleval perioodil alkoholi tarvitamise vähendamine elanikkonna hulgas, eriti noorte ja keskealiste seas (tabelid 2 ja 3).

Tabel 2. Vigastusriskid, peamised ennetajad ja ennetustegevused vanusegrupiti (püütud tugineda Eesti andmetele³ ja rahvusvahelisele kogemusele)

Vanus aastate s	Olulisemad vigastusriskid	Peamised ennetajad	Ennetustegevused ⁴
0–4	Lämbus, liiklusõnnetus, põletus, mürgistus, uppumine	Pereõde ja -arst, lastevanemad ja kasvatajad, tarbijakaitse, sotsiaaltöötajad, lastekaitse, vabatahtlikud ühendused	Õpetamine, vanemate eeskuju, kasvatamine, lapsekindlad pakendid, ohutud mänguasjad ja mööbel
5–14	Liiklusõnnetus, uppumine, inimestevaheline vägivald, mürgitus, enesetapp	Nagu 0–4aastastel, lisaks koolilastel ka kooliõpetaja, kooli med- töötajad, spordi-organisatsioonid, meedia (lastesaated), noorsoo- politsei	Õpetamine, vanemate, tuntud inimeste ja õpetajate hea eeskuju, praktilised turvalise käitumise, esmaabi- ja koostööõppused, keheline treening
15–29	Mürgitus, liiklusõnnetus, enesetapp, tuli ja ving, inimestevaheline vägivald, uppumine, kukkumine	Õpetajad, kooli meditsiini- töötajad, pereõde ja -arst, töötervishoiuarst, asutuse juhid, psühholoog, meedia, sotsiaaltöötajad, politsei, spordiorganisatsioonid, vabatahtlikud ühendused	Õpetamine ja kasvatamine, kooli- ja töövälise huvialade arendamine, eeskujud, praktilised turvalise käitumise, esmaabi- ja koostööõppused, keheline treening, toetav töökollektiiv
30–59	Mürgitus, liiklusõnnetus, enesetapp, tuli ja ving, inimestevaheline vägivald, uppumine, külmumus, kukkumine	Pere- ja töötervishoiuarst, asutuse juhid, psühholoog, meedia, sotsiaaltöötajad, politsei, spordi- ja vabatahtlikud organisatsioonid	Töövälised huvialaringid ja turvalist käitumist väärtustavad meediasõnumid, koostöötegevused, spordiharrastused, tuntud inimeste turvalise käitumise eeskuju
60+	Kukkumine, enesetapp, tuli, jalakäija liiklusvigastused,	Perearst (osteoporoosi ennetus), meedia, töökoht,	Õpetamine, meediakampaniad (nt

³ Et Eestis ei ole väliste põhjuste järgi klassifitseeritud vigastushaigestumuse näitajaid, on juhtivate vigastusriskide loetlemisel arvestatud peamiselt vigastussuremuse näitajaid.

⁴ Keskkonna turvalisust suurendavad tegevused on eagruppidele suunatud tegevusloetelust välja jäetud.

	külmumus, vägivald	sotsiaaltöötaja, vabatahtlikud (eaka)organisatsioonid, tarbijakaitse, politsei	helkuri kasutamine), huvialaringid, tervisesport, mõtlemis- ja mälu treening
--	--------------------	--	--

Tabel 3. Ennetustegevused ja peamised ennetuse eest vastutajad vigastusliigiti

Vigastuse liik	Esmane ennetustegevus	Peamised ennetajad
Liiklusvigastus	Liiklusohutusprogrammi koostamine ja selles ettenähtud tegevuste elluviimine: ohutu liikluskeskkonna loomine (tänavad ja maanteed, pinnakate, märgistus, jalakäija ja ratturi rajad, valgusfoorid jne.). Turvalise liiklemisõhkuse kasvatamine, pikaajased turvalise liiklemise (meedia)kampaaniad jms. Parimate juhtide (liiklusrikkumisteta nt kogu juhistaazi jooksul või ka viimase 5 aasta jooksul) premeerimine, liikluskontrolli intensiivistamine, seadusrikkumiste eest määratavate karistuste karmistamine, meetmete rakendamine alkoholi tarbimise vähendamiseks ja narkojoobe sagemise vastu Eestis	Majandus- ja kommunikatsiooniministeerium, sotsiaalministeerium, justiitsministeerium, siseministeerium, maanteeamet, TAI. Lasteaiad, koolid, lastevanemad, õpetajad, mootorsõiduki juhtimise õpetajad, liikluspolitsei, õigusorganid, keskkonnateenistus jt institutsioonid, meedia
Tahtmatu alkoholimürgitus	Hoida ära uute alkoholisõitlaste teke, selleks taotleda seadusandjalt tõenduspõhiste otsuste tegemist: kehtestada alkoholimüügi ealised (keelata alla 21aastastele) ja ajalised piirangud, piirata alkoholi müügikohtade arvu, muuta müügilitsentside andmise nõuded rangemaks, mitte lubada alkoholi müüa kütusetanklates, koolide läheduses, spordiüritustel, keelata igasugune (ka kaudne) alkoholireklaam. Tõsta alkoholsete jookide aktsiisimaksu, lubada alkoholimüüki vaid selleks ettenähtud litsentsi omavates kauplustes, likvideerida salaalkoholi müügikohad ja turustamisahelad, seadusrikkujaid karmilt karistada; riik ja omavalitsused hoolitsegu töökohtade loomise eest ja elukeskkonna ning inimeste majandusliku seisundi parandamise eest, suurendada ühiskonna sidusust, vähendada sotsiaalset kihistumist. Koolides parandada õpetust alkoholi mõjust inimorganismile	Sotsiaalministeerium, haridus- ja teadusministeerium, majandus- ja kommunikatsiooniministeerium, kultuuriministeerium, justiitsministeerium, siseministeerium, kohalikud omavalitsused, tarbijakaitse, TAI, vabatahtlikud organisatsioonid ja isikud jpm, meedia
Enesetapukatse ja enesetapp	Hoolitseda, et ükski Eesti elanik ei oleks üksi ja viletsusse jäetud ega kaotaks oma elu mõtet ning et Eesti ühiskonnas elamine ei oleks liiga stressirohke. Selleks: suurendada Eesti ühiskonna sidusust, vähendada sotsiaalset kihistumist, hoolitseda inimeste tööhõive eest, võimaldada inimesele vajadusel õigeaegne psühholoogi või psühhiaatri abi, rakendada meetmeid alkoholi tarbimise vähendamiseks ja narkojoobe sagemise vastu Eesti ühiskonnas. Soodustada tervisesporti	Sotsiaalministeerium, haridus- ja teadusministeerium, majandus- ja kommunikatsiooniministeerium, kultuuriministeerium, justiitsministeerium, kohalikud omavalitsused, Eesti-Rootsi suitsidoloogia instituut jt
Tuli ja ving	Alkoholijoobe äärmiselt suur osakaal tulesurmade puhul lubab ennustada, et alkoholi tarbimise vähenemisel ühiskonnas väheneb ka tulesurmade hulk. Oluline on ka suitsuandurite kasutamine,	Sotsiaalministeerium, haridus- ja teadusministeerium, majandus- ja kommunikatsiooniministeerium,

	ühiskondlikes hoonetes suitsuanduri ja tulekustuti olemasolu seadustamine. Täielikult keelustada kevadine kulupõletamine. Põuaperioodidel hoiatada elanikkonda massimeedia kaudu ning tugevdada valvet metsades	kultuuriministeerium, justiitsministeerium, kohalikud omavalitsused, meedia
Külmumus	Igal inimesel olgu elukoht. Rakendada meetmeid alkoholi tarbimise vähendamiseks Eestis. Meediakampaaniad sügiseti marjuliste ja seeneliste turvalisuse teemal	Sotsiaalministeerium, justiitsministeerium, kohalikud omavalitsused, meedia
Kukkumisvigastus	Muuta eakatele kättesaadavaks luu tiheduse mõõtmise, vajadusel luude hõrenemise ravi, soodustada kehalist aktiivsust. Libedatõrje tänavatel ja kodu ümbruses. Võimaldada eakatele mittelibiseva tallaga jalatsid. Muuta eakate elukoht turvaliseks. Koolitused lastevanematele, kuidas imikute ja väikelaste kukkumist vältida	Sotsiaalministeerium, kohalikud omavalitsused, TAI, vabatahtlikud organisatsioonid, meedia jt

3.2. Võrdväarsus

Vigastustealane ennetustegevus peab olema võrdväarselt kättesaadav:

- kõigis piirkondades,
- kõigi sotsiaal-majanduslike rühmade elanikele.

Ennetustegevuse planeerimisel on väga oluline silmas pidada, et see jõuaks kõigi siht- ja vanusegruppideni. Kui näiteks tegemist on üleriigilise kampaaniaga lastele, siis peaksid hõlmatud olema kõik lapsed, mitte ainult suuremates linnades elavad. Samuti peab vaatama, et eakatele mõeldud projektid jõuaks kõigi eakateni, arvestades nende oskusi, harjumusi ja võimalusi. Näiteks on küll tehtud eakatele mõeldud koduvõimlemise video, kuid paljude eakateni ei ole see jõudnud, sest kas puudub info sellise video olemasolu kohta või pole võimalust seda vaadata. Kindlasti on oluline tagada, et kõik vigastuste ennetusega seotud kampaaniad, teave ja muud materjalid jõuaksid ka mitte-eestlastest elanikeni.

IV. Vigastuste ennetamise strateegia koostamine

4.1. Strateegilised valikud

Vigastuste ennetamise strateegia väljatöötamisel tuleb alustada strateegiliste valikute tegemisest. Käesolev dokument annab aluse ning sõnastab põhimõtted, millest lähtudes on otstarbekas kokku leppida eelistustes, arvestades samal ajal erinevate huvirühmade seisukohti ning objektiivseid piiranguid.

Esmalt tuleb seada strateegiale (arengukavale) **eesmärgid** ning leppida kokku **prioriteetid**. Oluline on määratleda **tervishoiusektori roll** ning kirjeldada **eeldused**, millest lähtutakse, sh tegevused (strateegiad), mida viivad ellu teised partnerid. Prioriteetide määratlemisel on otstarbekas lähtuda **suurimat tervisekahju** põhjustavatest vigastustest ning **vigastuste põhjustest**, võttes arvesse erisusi vanusegruppide lõikes. Järgmise argumendina on valikute tegemisel soovitatav lähtuda **kuluefektiivsusest**, kusjuures lisaks rahvusvahelisele ja empiirilisele teadmisele on oluline arvesse võtta Eesti olusid (sh kogemusi, olemasolevaid inimressursse ning struktuure).

Lähtealusena sobib kasutada käesoleva alusdokumendi esimeses peatükis kirjeldatud epidemioloogilist olukorda, teises peatükis kirjeldatud vigastuste ennetamise põhimõtteid ning kolmandas peatükis kirjeldatud sihtrühmi.

Riikliku strateegia loomisel on oluline kõigepealt tagada esmatähtsate **riiklike funktsioonide täitmine** (vt ptk 2.4.5). Kriitilise tähtsusega on siin üldine eestvedamine, püsikontroll ja analüüs ning eri sektorite koostöö ladus koordineerimine.

Järgmiseks tuleks **analüüsida tegevusi, tõhustada ja toetada neid**, tagades jätkusuutlikkuse. Vajadusel tuleks ebaefektiivsed tegevused asendada tõhusamatega. Siin võib näiteks tuua järgmised vigastustega seotud ennetusprojektid, mida on Eestis rakendatud või praegu rakendatakse:

- Eesti rahvuslik liiklusohutusprogramm 2003–2015,
- Eesti haigekassa poolt rahastatavad „Turvaline kodukant“ ning traumade ennetamise projektid maakondades,
- projekt "Kodu tuleohutuks!",
- projekt "Tööõnnetuste maksumuse mudeli väljatöötamine Eestis"

jt.

Edasi tuleb luua **organisatsioon ja mehhanism**, kuidas eri valdkondade tegevusi kooskõlastatakse ning millistel alustel toimub strateegia tegevuskava arendamine, seire ja uuendamine. Organisatsiooni loomisel tuleks vältida suure täiendava aparadi loomist. Samal ajal on oluline määratleda partnerite ning strateegiat suunava administratiivse üksuse omavaheline rollijaotus, kohustused ja vastutus. Näiteks kui strateegiat hakkab suunama tervise arengu instituut (TAI), on oluline fikseerida sotsiaalministeeriumi, Eesti haigekassa, maavalitsuste, aga ka maantee-, päästeameti jt osapoolte suhe TAIga. Vajadusel tuleb täpsustada väljakujunenud õiguslikke või finantsilisi põhimõtteid.

Strateegia (arengukava) koostamisel on vajalik lähtuda rahandusministeeriumi koostatud „Strateegilise planeerimise käsiraamatus“ toodud põhimõtetest.⁵

⁵ <http://www.fin.ee/?id=14453>

4.2. Rahastamine

Strateegia rahastamise planeerimisel on otsustav omada prioriteete ning selgust strateegilistes valikutes (vt ptk 4.1).

Planeerimisel on asjakohane omada ülevaadet ka partnerite poolt otseselt vigastuste ennetamisele suunatud meetmete eeldatavast maksumusest ja vastavate kavadega seatud eesmärkidest.

Tervisesektori jaoks vigastuste ennetamise strateegia rahastamise planeerimisel tuleks lähtuda põhimõttest: üldiselt üksikule. Oluline on tagada esmalt kriitiliste funktsioonide rahastamine piisavas mahus ja seejärel finantseerida ülejäänud tegevusi või alustada süstemaatilist tööd täiendavate rahaliste vahendite hankimiseks.

Riikliku strateegia tuumülesandeid peab rahastama riiklikult, samal ajal kogu strateegia elluviimisel on otstarbekas jagada panustamist ka teiste allikate vahel, sh kohalike omavalitsuste eelarved, ühisprojektid erasektoriga (sh E-tervise SA, haiglate liit, toojafirmad jt) ning kolmanda sektoriga (kodanikuühendustega).

Koostöö registri arendamisel

Ka riikliku rahastamise allikad ei pea piirduma üksnes sotsiaalministeeriumi või haigekassa eelarvega. Oluliste ühisfunktsioonide korral on otstarbekas otsida kaasrahastamise võimalusi teiste avaliku sektori partneritega.

Vigastuste ennetamisega Eestis seotud tegevused on ära toodud lisades 1–5. Mujal maailmas kasutatud interventsioonid on toodud lisa 8.

4.3. Konkreetsed võimalikud tegevused vigastustega seotud probleemide lahendamiseks

Eesti vajab erinevate huvirühmade poolt aktsepteeritud üleriigilist vigastuste ennetamise arengukava (strateegiat), mis ühendaks senised killustatud tegevused ning võimaldaks paremini hinnata nende tulemuslikkust.

On oluline, et riiklik kava kataks kõik valdkonnad: andmete kogumise, ennetuse, meditsiini- ja sotsiaalabi vigastatutele, vigastuste ennetussuutlikkuse suurendamise (juhtiva personali koolituse, elanikkonna võimendamise, meedia kaasahaaramise, finantside õige paigutuse jms kaudu) ja töötaks välja viisid, kuidas suurendada rahva ja seadusandjate teadlikkust vigastuste ennetamise vajalikkusest ning kaitsta seda kahjuliku propaganda ja tegevuse (näiteks alkoholitootjate ja -turustajate reklaami) eest.

Alusdokumendi koostanud töörühma hinnangul on vigastuste edukaks ennetamiseks olulised allpool loetletud algatused ja tegevused (vt ka lisa 9).

- Läbi analüüsida ning kokku leppida **prioriteetidid sihtrühmade** ja **meetmetekaupa**. Viimase juures on otstarbekas keskenduda kõige suurema mõjuga **riskiteguritele**. Üheks võimalikuks lähenemisviisiks on sõnastada eelisvaldkonnad ja -meetmed kõikide vanuserühmade jaoks eraldi, kusjuures sarnaseid riskitegureid ja meetmeid on otstarbekas käsitleda koos. Eesmärgid tuleks sõnastada eri vanuserühmade jaoks, arvestades, et Eesti erineb naaberriikidest vigastussuremuse põhjal enim väikelaste ja 25–55aastaste vanuserühmas.

Koondada tasub samuti olemasolevate õiguslike regulatsioonide tervisemõju ja potentsiaal. Muudatuste tegemisel tuleks vältida välisriikide regulatsioonide ülevõtmist; otstarbekam on nende kogemusi kasutada oma tõendus põhiste meetmete väljatöötamises. See tagab nende parema rakendamise ja suurema tulemuslikkuse.

- Terviklik ja laiapõhjaline **vigastuste ennetamise kava** peaks lähtuma olemasolevatest teadmistest ning tõendus põhistest vajadustest. Oluline on läbi vaadata, täiendada ja **viia omavahel kooskõlla** (sh sünkroniseerida jooksvalt) olemasolevad riiklikud programmid ja arengukavad tervishoiu valdkonnas ning teha ettepanekud teistele ministeeriumidele nende valitsemisalas olevate programmide arengukavade täiendamiseks ning sidumiseks vigastuste tõhusama ennetamisega. Samuti on oluline siduda kohalike omavalitsuste arengukavad ning täiendada neid vastavalt vigastuste vältimise strateegiale.

Kaardistamisel tuleks eraldi tähelepanu pöörata juba hästi toimivate valdkondade (nt liiklus, tuleõnnetused) ennetustegevuste võimendamisele ning seni puudulikult ennetusmeetmetega kaetud valdkondade (nt kodu- ja vaba aja vigastused) väljaarendamisele.

Kõigi ennetustegevuste kavandamisel tuleks läbi mõelda erinevad **võimalikud tegevusstrateegiad** (turvalise keskkonna loomine, normatiivide väljatöötamine ja inimeste veenmine) ja valiku tegemisel lähtuda vigastuste ärahoidmise rahvusvaheliselt tunnustatud põhimõtetest.

Kuigi riiklik strateegia saab korraldada peamiselt riigi tasandi tegevusi, tuleks arengukava edukaks rakendamiseks selles kirjeldada ka vastavaid **eeldusi ja soovitusi teistele osapooltele**, sh inimese individuaalne, aga samuti tööandjate ja kohaliku omavalitsuse käitumine. Sotsiaalministeeriumi kui strateegia elluviimise eest vastutava osapoolte roll siinjuures on luua tingimused osapoolte eelduste kohaste tegevuste elluviimiseks ja soodustada nende koostööd.

- **Toimiv vigastuste püsikontrolli süsteem** koos piisava analüüsisuutlikkusega on süsteemse ennetustegevuse eelduseks. Peamine eesmärk on ülevaate saamine vigastuste põhjustest nende tekkemehhanismi alusel ning tegevuste tulemuslikkuse analüüs. Väga oluline on pakkuda täiendavalt teavet vigastushaigestumise kohta, mis mõjutab oluliselt seni vaid suremuse andmetel tuginevat vigastuste ennetuse paradigmat. Seejuures on oluline kaasata ühtsesse andmestikku vigastuste kohta käiv info ka teistest riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutustest.

Registri loomisest tuleb arvestada suurte tehniliste ja inimtööjõuga seotud kulutustega andmekaitse nõuete ning andmekvaliteedi tagamisel. Registri rakendamise eel on kindlasti otstarbekas analüüsida põhjalikult TÜ kliinikumis läbi viidud katseprojekti tulemusi. Analüüsimist ja kaalumist väärivad saadud lisainformatsiooni võrdlus alternatiivsete andmekogumismeetmetega ning registri rakendamine üleriigiliselt või üksiku(te)s haigla(te)s. Tervishoiuasutuste suureneva digitaliseerumise taustal on registri tehnilisest ülesehitusest olulisem andmete kvaliteetne sisestamine õigel hetkel ning analüüsisuutlikkus.

Väga oluline on arvestada võimalusega teha ühiselt valikuuringuid olemasolevate eri paigus asuvate andmete analüüsimiseks. Eriti oluline on alternatiivsete võimaluste kaalumise lühikeses ja keskmises ajaperspektiivis, näiteks registri loomise ettevalmistusperioodil. Analüüsivõimekuse väljaarendamine ei sõltu registri loomisest, mistõttu sellega alustamine on esmatähtis. Tuumikkompetents tuleks välja arendada vigastuste ennetamist koordineeriva riikliku üksuse juures. Samas, koostöö kohaliku tasandi valdkonna ekspertidega, samuti teiste uurimis- ja arendusasutustega suurendab analüüsi tulemuslikkust ja võimaldab siduda vigastuste ennetamise teiste strateegiate elluviimisega erinevatel tasanditel ja ametkondades.

Kuigi kavandatav vigastuste vältimise strateegia ega käesolev alusdokument ei käsitle vigastusjärgse perioodi tegevusi, on seiresüsteemi terviklikkuse ja oluliste järelduste tegemise seisukohalt oluline sellesse koondada ning analüüsil kasutada ka ravi-, rehabilitatsiooni, puute jm järeelkahjude likvideerimisega seonduvat infot.

- Arvestades **alkoholi** väga olulist mõju vigastuste tekkes enamiku vigastusliikide ja vanuserühmade puhul, on oluline selle riskiteguri mõju vähendamiseks tarvitusele võetud meetmed. Tulemuslikkuse parandamiseks on otstarbekas eraldi alkoholi kuritarvitamise ning alkoholi ja riskikäitumise vastase tegevuskava väljatöötamine jarakendamine. Nimetatud tegevuskava peaks sõnastama eesmärgid ja määrama tegevused nii lühikeseks kui keskmiseks ajaperioodiks.

Sellela seoses tuleks sotsiaalministeeriumil algatada koostöös asjaomaste ministeeriumidega **uimasti- ja alkoholipoliitika muutmise**, säästmaks ja toetamaks rahvastiku tervist. Selleks tuleks vajadusel ümber hinnata olemasolevad tegevused ja kavanda uued.

- Arvestades enesetappude jätkuvalt kõrget taset võrreldes teiste arenenud riikidega ning nende tekkemehhanismide eripära võrreldes muude vigastustega, on otstarbekas üldises ennetuskavas pöörata eraldi tähelepanu **suitsiidide ennetamisele**.
- Tuleks rakendada **toimiv ühtlane koostöövõrgustik** erinevate partnerite ja tasandite vahel, toetades seda kriitiliste riiklike funktsioonide (seire, analüüs, koolitus, koordinatsioon jms) toimimisega. Muuhulgas toetada ja edasi arendada paikkondlikku vigastuste ennetamise liikumist (*Safe Community*) terves Eestis.

Vastavalt vabariigi valitsuse määrusele "Strateegiliste arengukavade liigid ning nende koostamise, täiendamise, elluviimise, hindamise ja aruandluse kord"⁶ on vigastuste ennetamise strateegia näol tegemist üheaegselt valdkondliku ja organisatsiooni arengukavaga. Selle elluviimise eest vastutab sotsiaalministeerium (SoM). Arvestades teiste analoogiliste tervise valdkonna riiklike strateegiatega on tervise arengu instituut (TAI) kõige sobilikum nn rakendusüksus, kuid oluline on arengukavas täpselt määratleda SoM ning TAI vastutusvaldkonnad ja omavaheline töökorraldus.

Strateegia edukaks elluviimiseks on oluline **kaasata** strateegiliste otsuste väljatöötamise ja juhtimisse teised asjaomased ministeeriumid ja riigiasutused, samuti kohalik otsustustasand. Samal ajal on oluline tagada rakendus- ehk operatiivtasandi pindlikkus, eriti püsikontrolliandmete ning teiste seotud arengukavade elluviimise info jõudmine vigastuste ennetamise strateegia rakendusasutusse.

Teiste huvitatud osapoolt jaoks on esmatähtis SoM ja TAI nn **tuumikfunktsioonide** täitmine: olukorra seire ja adekvaatne informeerimine, koolitus, koordineerimine ning nn tehnilise abi tagamine.

- Koolidel ja lasteaedadel tuleks koostöös omavalitsustega leida võimalusi **lastele turvalise (kooli ja lasteaia) keskkonna** (nt mänguväljakud, koolitee, elurajoonid) loomiseks.
- Sihikindlalt tuleks toetada vigastusi käsitlevat **uurimis- ja arendustööd** vigastustega seotud tervisekahjude ja nende tekke eri etappide paremaks analüüsimiseks ja lahenduste väljatöötamiseks. Näiteks vigastuste registri rakendamine tuleks planeerida koostöös akadeemilise ja rakendusliku uurimistööga. Võimalusel tasub kaaluda ka rahastamise jaotamist erinevate allikate ja huvitatud osapoolte vahel.

⁶ Vabariigi valitsuse 13. detsembri 2005. a määrus nr 302, <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=968099>

- Oluline on tagada strateegia **läbimõeldud elluviimine**, sh kõigi kavandatud tegevuste jätkusuutlik rahastamine; vajadusel tuleks sellesse kaasata erinevaid osapooli ja leida motivatsioonimehhanismide loomise teel rahastamisallikaid.

Kasutatud kirjandus

1. Berger, L. R, Mohan, D. 1996.*Injury Control. A Global View.* Delhi, Oxford, Calcutta, Madras, Oxford University Press.
2. Butchart *et al.* 2007. Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health. WHO, pp. 34, leitav aadressil:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254_eng.pdf (vaadatud 15.12.2007).
3. Committee on Trauma Research, Commission on Life Sciences, National Research Council and the Institute of Medicine. 1985.*Injury in America.* National Academy Press, Washington D. C.
4. Cristoffel, T., Gallagher, S. S. 2006. Injury Prevention and Public Health. Practical Knowledge, Skills and strategies. Second edition. Jones and Bartlett Publishers.
5. Eensoo, D., Paaver, M., Harro, M., Harro, J. 2005. Predicting drunk driving: Contribution of alcohol use and related problems, traffic behaviour, personality and platelet monoamine oxidase (MAO) activity. *Alcohol and Alcoholism*, **40**, 140–146.
6. Eesti Statistika, 2007, leitav aadressil: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/03Rahvastikusundmused/10Surmad/10Surmad.asp> (vaadatud 15.12.2007).
7. Gordon, J. E. 1949. The epidemiology of accidents. *Am. J. Public Health* 39, 504–515.
8. Haddon, W. A 1972. logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *J. Trauma*, 12, 197–207.
9. Haddon, W., Baker, S. P. 1981.*Injury control.* In: Clark, D. W., MacMahon, B., eds. *Preventive and Community Medicine.* Little-Brown and Company, Boston.
10. Kaasik, T. 2002. Alkohol ja vigastussurmad Eestis. Rmt: Viru, A. M., Volver, A., toimet. *Teadusvaade alkoholile.* Tartu, TÜ Kirjastus, 95–108.
11. Kaasik, T., Andersson, R., Hörte, L-G. 1998. The effects of political and economic transitions on health and safety in Estonia: An Estonian-Swedish comparative study. *Soc Science and Med*, 47:1589–99.
12. Kaasik, T., Uusküla, L. 2007.*Vigastused Eestis. Levimus, tagajärjed ja ennetus.* Tartu: MTÜ Naabrusvalve Keskus.
13. Kaasik, T., Väli, M., Drikk, I., Uusküla, L. 2004. Alkoholi ja narkootiliste ainete osakaal vigastussuremuses ning sellega seotud majanduslik ja sotsiaalne kahju Eesti ühiskonnale. *Eesti Arst*; 4: 251–5.
14. Katus, K. and Puur, A. 1998. Population and social development in Estonia during the economic transition. In: Laur, A., Appelquist, I., Kaasik, T., Andersson, R., eds. *Safe Communities: The Application to Societies in Transition The Proceeding of an International Workshop, May 15-17, 1997.* KI Röd Rapport 380. Stockholm, pp. 7–37.
15. Kõlves, K., Värnik, A., Tooding, L-M., Wasserman, D. 2006. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 36, 1–8.
16. Lai, T. 2006. *Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000–2004.* Tallinn, Sotsiaalministeerium.
17. McKEE, M., SHKOLNIKOV, V. 2001. Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *British Medical Journal*, **323**, 1051–1055.
18. Mäkelä, P., Valkonen, T., Martelin, T. 1997. Contribution of deaths related to alcohol use to socio-economic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ*; 315: 211–6.

19. Nilsen, P., Hudson, D., Gabrielsson, F., Lindqvist, K. 2006. Strategies and goals of community-based injury prevention programmes – a mixed-methods study of 25 Scandinavian WHO Safe Communities. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 13, 27–33.
20. Pernanen, K. 1976. Alcohol and crimes of violence. In: Kissin, B., Begleiter, H., eds. *Social aspects of alcoholism*. New York, London: Plenum Press; pp. 351– 437.
21. Rapla, 2007: <http://www.raplamaa.ee/index.php?menuID=85> (vaadatud 18.12. 2007).
22. Schopper, D., Lormand, J. D., Waxweil, R., eds. 2006. *Developing policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners*. WHO, pp. 74.
23. Sethi, D. 2007. *The role of public health in injury prevention APOLLO Policy briefing*. WHO, EuroSafe, CEREPRI, University of Athens, leitav aadressil: http://www.euro.who.int/document/VIP/policy_briefing_1.pdf.
24. Värnik, A., Kõlves, K. 2006. Alkohol suitsiidi riskitegurina. *Eesti Arst*, Lisa 8, 30–34.
25. Waller, J. A. 1976 Alcohol and Unintentional Injury. In: Kissin, B. and Begleiter, H., eds. *Social Aspects of Alcoholism*, Plenum Press, New York-London, 307–349.
26. Wasserman, D., Värnik, A., Dankowicz, M., Eklund, G. 1998. Suicide-preventive effects of the perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 394, 1–44.
27. Watson, P. 1995. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Soc Science Med*; 41: 923–34.
28. Wilkinson, R. G. 1996. *Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality*. London and NY, Routledge.

LISA 1. Liiklusõnnetuste ennetamine Eestis

Meede	Sihtrühmad/ valdkonnad	Eesmärk	Toimumis- piirkond ja aeg	Vastutav asutus	Meetme rakendamise meetodid
Eesti rahvuslik liiklusohutusprogramm 2003–2015	-Kergliiklus (jalakäijate ja jalgratturite liiklus); -lapsed ja eakad; -sõitjad; -noored ja algajad juhid; -joobes juhtimine; -liiklusõnnetuste raskusaste; -linna liiklus; -pimedate aja liiklus; -talvine liiklus	Vähendada Eestis kümme aasta jooksul avariide arvu poole võrra ning säästa 1000 inimese elu. Vähendada alkoholiga seotud õnnetuste arvu poole võrra	Eesti 2003–2015	Majandus- ja kommunikatsiooniministeerium	Programm on jaotatud kolmeks etapiks, kusjuures esimesel kolmel aastal on erilise tähelepanu all laste liikluskasvatus ja noorte juhtide ettevalmistamine ning ohutuskampaaniad
Liiklusohutuskampaania "Ole nähtav – kannal helkurit! Sind oodatakse koju!"	Kõik liiklejad	Inimestele südamele panna helkuri kasutamise olulisust ning sellega vähendada pimedas jalakäijate ja jalgratturitega juhtuvate liiklusõnnetuste arvu	Eesti 2007	Maanteeamet, politsei, Eesti Riiklik Autoregistrikeskus	Kampaania teavituskanaalidena kasutatakse televisiooni, raadiot, välimeedia reklaamtahvleid, vallalehti, elektriraudtee ronge, ETK ja Selveri kauplusi
„Elusate mootorratturite“ kampaania	Mootorrattaste, mopeedide, rollerite ja ATVde juhid	Eesmärgiks on vähendada mootorrattaste, mopeedide, rollerite ja ATVdega juhtuvate liiklusõnnetuste arvu	Eesti 2007	Ajakiri Motomaania	Kleebise „Kanna kiivrit, jää ellu“ saavad mootorratturid, kes täidavad kolme lihtsat reeglit: 1. Kannavad sõites alati kiivrit 2. Osalevad liikluses eeskirju järgides 3. Ei juhi purjuspäi
Liiklusohutuskampaania „Sõida kaine“	Mootorsõidukijuhid	Teavitamine joobes juhtimise ohtudest, soovijatele alkomeetrite kasutamise	Eesti 2007 (suvekuud)	Maanteeamet koostöös Eesti Tervisedenduse Ühinguga,	Teavet jagavad ja alkomeetrite kasutamist pakuvad äratuntavas riietuses noored erinevatel üritustel.

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

peaga“		võimaldamine, et vähendada tõeäosust asuda sõidukit juhtima joobeolekus		Liiklusohutuskeskuse OÜ, Hore, Rovico Büroo OÜga	Jagatakse „Sõida kaine peaga“ kleebiseid, magneteid, infokaarte, pudeliavajaid, võtmehoidjaid
Kampaania “Tegija kannab kiivrit”	7–16aastased lapsed ja nende vanemad	Eesmärgiks peavigastuste vähenemine	2006. a mai, Tallinn	Maanteeamet	Meediaväljunditena kasutatakse televisiooni, välimeediat, raadiot ja Internetti
Liiklusohutus-kampaania "Kinnita turvavöö“	Kõik sõidukijuhid, reisijad ja lastevanemad	Eesmärk on inimestele meelde tuletada, et turvavöö kinnitamine on väga oluline ning kui palju sellest väikesest ja lihtsast tegevusest sõltub	2007. a kevad	Maanteeamet koostöös politseiametiga, kindlustusseltsiga If Eesti Kindlustus ja MTÜga Ohutusõpetuskeskus	Kampaania teavituskanalitena kasutatakse, välimeedia reklaamtahvleid, televisiooni, raadiot, Internetti
Liiklusohutus-kampaania “Lase inimene üle tee! Alati!”	Autojuhid	Vähendada liiklusõnnetusi reguleerimata ülekäiguradadel, muuta koolialguskuu lastele turvalisemaks	Eesti, 2005	Maanteeamet	Kampaania teavituskanalitena kasutatakse, välimeedia reklaamtahvleid, televisiooni, raadiot

LISA 2. Kodu- ja vaba aja vigastuste ennetamine Eestis

Meede	Sihtrühmad/ valdkonnad	Eesmärk	Toimu- mis- piirkond ja aeg	Vastutav asutus	Meetme rakendamise meetodid
-------	---------------------------	---------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------------

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

<p>Projekt „Turvaline kodukant“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maakondade vigastuste ennetamise töörühmade liikmed, lasteaiaõpetajad, perearstid ja -õed, lastekaitsetöötajad, sotsiaaltöötajad ja hooldustöötajad, - Lastevanemad, - eakad 	<p>1) vähendada Eestis 2010. aastaks 0–9aastaste laste vigastussuremust ja eakate suremust kukkumise tagajärjel 20% võrra võrreldes 1999. aastaga;</p> <p>2) luua vigastuste ennetamise töörühmad kõikides maakondades</p>	<p>Eesti, 2001 –</p>	<p>Eesti haigekassa</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sidusrühmade esindajate koolitamine maakondades; -maakondlike intersektoraalsete töögruppide loomine, koolitamine ja aktiveerimine; -vajalike materjalide produtseerimine ja jaotamine sidus- ja sihtrühmadele; -nõustamine ja informatsiooni jagamine; -toetava keskkonna soodustamine; -koostöö meediaga —vigastuste ennetamise alase ja paikkonna turvalisemaks muutmise info kajastamine meedias. Projekti raames valminud: "Turvalisuse teejuht I. Vigastuste vältimine imikutel ja väikelastel", "Turvalisuse teejuht II. Vigastuste vältimine koolieelikutel", "Turvalisuse teejuht IV. Põletustraumade vältimine lastel", "Turvalisuse teejuht III. Eakate ohutus", käsiraamat "Eakate koduvõimlemine", video "Eakate koduvõimlemine".
<p>Projekt "Traumade ennetamine Harju, Hiiu, Ida-Viru, Jõgeva, Järva, Lääne, Lääne-Viru, Põlva, Pärnu, Rapla, Saarte, Tartu, Valga, Viljandi, Võru maakonnas, Tallinnas, Tartus</p>	<p>Kogu Eesti elanikkond</p>	<p>Tervist toetava keskkonna arendamine ja kogukonna suutlikkuse tõus tegelemaks kodu- ja vaba aja vigastuste ning mürgituste ennetamisega, sh alkoholi tarvitamisest tingitud tervisekahjustuste ennetamisega kohalike organisatsioonide, võtmeisikute ja omavalitsuste tegevuse kaudu</p>	<p>2007</p>	<p>Omavalitsused või maavalitsused või Eesti Tervisedenduse Ühing või SA Turvaline Saaremaa või SA Naabusvalve Keskus</p>	<p>Võtmeisikute professionaalsete oskuste arendamine, kohaliku kogukonna vajaduste ja otsuste tervisemõju analüüs, tegevuste intersektoraalne planeerimine; kogukonna suutlikkuse arendamine koostöös asjaomaste asutuste ja partneritega (sidusrühmad) kodu- ja vaba aja vigastuste ja mürgituste ennetamiseks, s.h. alkoholi tarvitamise vähendamiseks. Kogukonnale suunatud tegevuste elluviimine, koordineerimine ning protsessi ja tulemuslikkuse hindamine. Kogemuste vahetamise võimaluste loomine siht- ja sidusrühmade vahel</p>

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

<p>Projekt "Kodu tuleohutuks!"</p>	<p>Kogu Eesti elanikkond (sotsiaalselt kindlustatud inimesed ja sotsiaalselt vähe kindlustatud inimesed)</p>	<p>Üldine eesmärk: paranenud on inimese teadlikkus kodu tuleohutuse alastest riskidest ning tal on oskused, teadmised ja vastavad vahendid, et tagada oma kodus tuleohutus. Kaugem eesmärk: aastaks 2011 on tulekahjude arv eluhoonetes vähenenud vähemalt 15% võrra ja eluhoonete tulekahjudes hukkunute arv vähenenud vähemalt 15% võrra</p>	<p>Eesti, 2007–2008</p>	<p>Päästeamet</p>	<p>-Kohalike omavalitsuste teavitamine ja kaasamine; - inimeste individuaalne nõustamine nende kodus; - meediakampaaniad "Suitsuandur" (2007 märtsi lõpp) ja "Küttekolded" (2007 septembri lõpp), kasutades välimeediat, telemeediat, raadioreklaami, trükireklaami, veebilehte; -tuleohutuslaste infopäevade korraldamine vähemalt 120 (u 50%) omavalitsuses; - koostatavad materjalid: *koduohutuse raamat, *raamat lastele, *külmkapimagnetid "Kodu tuleohutuks" ja "Lõõrid puhtaks"</p>
<p>Meediaprojekt südamehaiguste ja traumade ennetamiseks</p>		<p>Projekti eesmärk on noorte ja täiskasvanute suhtumise ja hoiakute kujunemine ning tervist toetava eluviisi saavutamist takistavatest barjääridest arusaamine ja nendega toimetulek, mis loob eeldused, et suureneb vähese rasvasisaldusega toitude tarbimine, igapäevasuitsetamise ja passiivse suitsetamise määr ning väheneb alkoholi liigtarbimisest või sellega kaasnevast töövõime langusest, hooletusest või järelevalvetusest põhjustatud traumade arv noorte ja täiskasvanute hulgas</p>	<p>Eesti, 2006</p>	<p>Eesti haigekassa</p>	<p>Kolme teavituskampaania korraldamine (vähese rasvasisaldusega toitude tarbimise, suitsetamisest loobumise ja passiivsest suitsetamisest eksponeerituse vähendamise, alkoholi liigtarbimisest või sellega kaasnevast töövõime langusest, hooletusest või järelevalvetusest põhjustatud traumade ennetamise) eesti ja vene keeles noortele ja täiskasvanutele koostöös asjaomaste partnerite ja asutustega. Kampaaniad on seostatud varasemate teemakampaaniatega, positiivses võtmes ning lisaks eelmiste kampaaniate eksponeerimisele sisaldavad materjale tervisele soodsa käitumisviisi saavutamiseks vajalike barjääride ületamise kohta. Kampaania kanalid on televisioon, raadio, Internet, sise- ja välimeedia, materjalid meediale. Kampaania kampaania avaürituse korraldamine</p>

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

<p>Tervisealased trükised</p>		<p>Projekti eesmärk on parandada esmatasandi tervishoiu kaudu täiskasvanute mõjutamist tervist toetava eluviisi saavutamiseks, et vähendada vereringehaiguste riski, suurendada varajases staadiumis avastatud vähijuhtude osakaalu ning vähendada hooletusest või järelevalvetusest tingitud vigastusi</p>		<p>10% esmatasandi sihtrühma osas olemasolevate südame- ja veresoonkonna haigusi ennetava (min 2 erinevat) eluviisi juhendmaterjalide väljaandmine, vähi ennetamisele ja varajasele avastamisele suunatud juhendmaterjali, 4–7aastaste laste traumade ennetamise juhendmaterjali ja alkoholi liigtarbimise ennetamisele suunatud juhendmaterjali koostamine ja paljundamine. Regionaalsed teabepäevad trükiste edastamiseks eelkõige pereõdedele ning nende täiendav levitamine esmatasandi ja asjakohaste asutuste kaudu, sh venekeelsele sidus- ja sihtrühmale koostöös asjaomaste partnerite ja asutustega</p>
-------------------------------	--	---	--	---

LISA 3. Tööõnnetuste ennetamine Eestis

Meede	Sihtrühmad/ valdkonnad	Eesmärk	Toimumis- piirkond ja aeg	Vastutav asutus	Meetme rakendamise meetodid
Projekt "Tööõnnetuste maksumuse mudeli väljatöötamine Eestis"		Projekti eesmärk on välja töötada tööõnnetuste maksumuse arvutamiseks mudelid ettevõtte tasandil ning riigi ja ühiskonna tasandil	2003	Taani tööministeerium, Eesti tööinspektsioon	
PHARE projekt "Eesti rahvusliku töötervishoiu võrgustiku loomine ja selle juhtgrupi arendamine" 2000–2004		Eesti rahvusliku töötervishoiu võrgustiku loomine. Töötervishoiualase informatsiooni levitamise organiseerimine. Oma veebilehekülje loomine, selle lülitamine EL Agentuuriga ühisesse võrgustikku ning pidev arendamine	2002–2004	Euroopa Töötervishoiu ja Tööohutuse Agentuur ning sotsiaalministeeriumi töösakond	On loodud võrgustik " <u>Eesti töötervishoid</u> " ja <u>veebilehekülje</u> , mis on osa EL Töötervishoiu ja Tööohutuse Agentuuri infosüsteemist

LISA 4. Lastega seotud vigastuste ennetamine

Meede	Sihtrühmad/ valdkonnad	Eesmärk	Toimumis- piirkond ja aeg	Vastutav asutus	Meetme rakendamise meetodid
Juhendmaterjal "Vigastuste ennetamine läbi riskianalüüsi läbiviimise ja turvalise keskkonna edendamise koolieelses lasteasutuses"	Eelkooliealised lapsed ja koolieelses asutuses töötav personal	Eesmärk on luua koolieelsetes lasteasutustes tervislik keskkond, mis on ohutu ja turvaline nii lastele kui personalile	2005, Eesti kooli eelsed lasteasutused	Tervise arengu instituut	Juhendmaterjal on koostatud koolieelsetele lasteasutustele eesmärgiga aidata personalil (tervisemeeskonnal): <ul style="list-style-type: none"> · hinnata ja analüüsida asutuse sise- ja väliskeskkonna tingimusi; · välja selgitada lasteaia sise- ja väliskeskkonnaga seotud riske ja riskiallikaid; · läbi viia riskianalüüsi, mis on osa sisehindamise protsessist; · välja töötada abinõud keskkonna ohtude vähendamiseks; · kavandada efektiivseid tegevusi vigastuste ennetamiseks ja turvalisuse edendamiseks
Projekt "Kaitse end ja aita teist"	Koolilapsed	Õpetada lastele, kuidas käituda eriolukordades	Üle Eesti, 1991	Erinevad organisatsioonid: Jõgeva maavalitsus, Eesti Punane Rist, jm	Laste võistluslikud koolituslaagrid
Projekt „Nublu kaitseb ja õpetab“	Esimesse klassi minevad lapsed ja nende pered	Projekti eesmärgiks on käesoleval aastal esimesse klassi minevate laste	Eesti, 2004	Päästeamet	Koostatakse 1. klassi lastele mõeldud õppebrošüür, kus tuletõrjekoer Nublu vahendusel teadvustatakse ja põhistatakse lastele olulisemad teadmised

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

		<p>perede elutingimuste turvalisemaks ja tuleohutumaks muutmisele kaasaaitamine, samuti tuleohutuselase teabe ja eneseabi võimaluste teadvustamine (eelkõige) sihtgruppi kuuluvate laste ja nende vanemate hulgas</p>			<p>(tule)ohutusest. 1. septembril 2004 jagati kõikides Eesti koolides esimesse klassi minevatele lastele õppebrošüürid "Nublu aitab!" ning lastevanematele anti esimesel lastevanemate koosolekul üle suitsuandurid koos vastava teoreetilise õpetusega. Suitsuandurite paigaldamise korraldavad perekonnad ise ning vajadusel on võimalik abi saamiseks pöörduda kohaliku päästeteenistuse poole. Suitsuandurite kättetoimetamisega tegelevad kohalikud päästeteenistused, kes annavad nõu ka nende paigaldamiseks</p>
--	--	---	--	--	---

LISA 5. Eesti haigekassa poolt rahastatud tervise edendamise projektide eelarve

Projekti nimetus	Projekti maksumus (2007, a ja 2008. a I poolaasta) kr
Töökohtade terviseedenduse võrgustik	446 040
Traumade ennetamine Harju maakonnas	425 000
Traumade ennetamine Hiiu maakonnas	–
Traumade ennetamine Ida-Viru maakonnas	475 178
Traumade ennetamine Jõgeva maakonnas	345 000
Traumade ennetamine Järva maakonnas	345 000
Traumade ennetamine Lääne maakonnas	330 000
Traumade ennetamine Lääne-Viru maakonnas	375 000
Traumade ennetamine Põlva maakonnas	330 000
Traumade ennetamine Pärnu maakonnas	390 000
Traumade ennetamine Rapla maakonnas	345 000
Traumade ennetamine Saare maakonnas	345 000
Traumade ennetamine Tallinna linnas	459 562
Traumade ennetamine Tartu linnas	420 000
Traumade ennetamine Tartu maakonnas	344 672
Traumade ennetamine Valga maakonnas	330 000
Traumade ennetamine Viljandi maakonnas	360 000
Traumade ennetamine Võru maakonnas	337 459

LISA 6. Valik seadusi sõidukite, põletuste ja mürgituste kohta vigastuste ennetamiseks Massachusettsi osariigi näitel (Cristoffel *et al.* 2006)

1. Reguleerida nõudeid koolibussidele (nt valguspeeglid, ohutusrihmad, värvid, istekohtade kujundudus jne).
2. Reguleerida ilutulestiku rakettide tootmist, kasutamist ja litsentseerimist.
3. Luua põletuste register.
4. Muuta laste väärkohtlemise registreerimine kohustuslikuks.
5. Reguleerida kiirusepiiranguid.
6. Pakendada ohtlikud ained kättesaamatult väikeste laste jaoks.
7. Litsentseerida väljaõppinud sõidukijuhtide juhilubade süsteem.
8. Reguleerida jalgrataste disaini (nt tugevus, pidurdusmaa), liicluseeskirju ratturitele jms.
9. Reguleerida lõbustusparkide, suusaliftide, treeningumasinate jms nõudeid ning muuta vigastuste registreerimine kohustuslikuks.
10. Keelata väikelastele paugutite müük.
11. Muuta turvaistme kasutamine kuni viieaastastele lastele kohustuslikuks.
12. Muuta jalgratastel helkurite kasutamine kohustuslikuks.

LISA 7. Alkoholi kuritarvitamise riskifaktorid ja vägivalla tagajärjed (Policy brief 2006)

	Alkoholi kuritarvitamine kui vägivalla riskifaktor	Alkoholi kuritarvitamine kui vägivalla tagajärg
Laste väärkohtlemine	Saksamaal 1985.–90. a surmaga lõppenud laste väärkohtlemistest oli 32% toime pandud alkoholi mõjul. Kanada uurimuses kinnitasid vanemate alkoholi või narkootikumide tarbimist 34% lastest	Globaalselt kuritarvitavad alkoholi 4–5% meestest ja 7–8% naistest, keda on lapsepõlves seksuaalselt väärkoheldud
Noorte vägivald	11–16aastased Iisraeli noored avaldasid, et õhtu jooksul rohkem kui 5 drinki joonute ja purjus olnute tõenäosus vägivalla ohvriks langeda on kaks korda suurem kui kainenel	USAs on uuritud, et vägivald noorukieas tingib alkoholi kuritarvitamist hilisemas elus sagedamini kui nendel, kes ei ole vägivallaga kokku puutunud
Intiimpartnerite vaheline vägivald	Venemaal on 60–75% oma intiimpartneri tapnutest olnud alkoholi mõju all. Islandil kannatab 71% naistest oma joobnud partneri vägivalla all (peamiselt vägistamine)	Islandil on avaldanud 22% naistest, kes on seksuaalpartneri vägivalla ohvrid, et nad kuritarvitavad alkoholi
Eakate väärkohtlemine	USAs väärkohtlevad oma eakaid vanemaid (vanemad kui 60 a) alkoholi- või narkojoobes 44% meestest ja 14% naistest	Kanadas oli programm, kus uuriti eakaid, kellel olid alkoholiprobleemid, nende hulgas 15–20% olid läbi elanud väärkohtlemise. Mõne jaoks oli alkohol võimaluseks sellest väärkohtlemisest üle saada
Seksuaalne vägivald	Inglismaal oli 58% vägistamise eest vangistatud meestest kuriteo toimepanemise ajal alkoholijoobes ja 37% olid alkoholisõltlased	USAs esineb seksuaalse vägivalla ohvritel kõrge psühholoogiline ängistus ja alkoholisõltuvus

LISA 8. Mõningad vägivalda ja vigastuste interventsiooni näited põhjuse, tõhususe ja tervishoiu (TH) sektori rolli järgi

Interventsioon		Tõhusus	TH roll
TAHTLIKUD JA TAHTMATUD VIGASTUSED			
Kõik tahtlikud ja tahtmatud vigastused	Piirata alkoholi kättesaadavust suurema riskiga perioodidel	Paljulubav	Juhtimine
	Vähendada majanduslikku ebavõrdsust	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Tugevdada sotsiaalse julgeoleku süsteemi	Ebaselge	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Eraldiseisvad haridusprogrammid suunata ainult muutuvale riskikäitumisele	Ebaefektiivne	Maha laidetud
TAHTLIKUD VIGASTUSED			
Laste julm kohtlemine	Parandada sünnieelse ja -järgse jälgimise kvaliteeti ja kättesaadavust	Paljulubav	Juhtimine
	Tervishoiutöötajate koolitus, märkamaks laste julma kohtlemist	Ebaselge	Juhtimine
	Koduvisiitide programmid	Efektiivne	Juhtimine
	Koolitusprogrammid vanematele	Efektiivne	Juhtimine
	Ennetada soovimatuid rasedusi	Paljulubav	Juhtimine
Noorte vägivald	Elus toimetuleku oskuste treeninguprogrammid	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Koolieelne, et parandada edasijõudmist kooli ajal, parandada tulemuslikkust ning arendada enesehinnangut	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Pereteraapia suure riskiga lastele ja nende vanematele	Efektiivne	Juhtimine
	Kodu-kooli partnersuhete programmid, millesse on kaasatud ka vanemad	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Hariduslikud stiimulid suure riskiga	Efektiivne	Propageerimine, koostöö,

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

	keskkooli-õpilaste jaoks		hindamine
	Võrdne vahendamine ja nõustamine	Ebaefektiivne	Maha laidetud
	Teadmised ohtlike narkootikumide kasutamisest	Ebaefektiivne	Maha laidetud
Intiimpartnerite vaheline ja seksuaalne vägivald	Kooli põhiprogrammidesse viia teema vägivalda preventsiioonist intiimsuhetes	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Koolitused tervishoiutöötajatele avastamiseks intiimpartnerite vägivalda ja nendest juhtumitest teatamine	Ebaselge	Juhtimine
Eakate väärkohtlemine	Arendada sotsiaalseid võrgustikke vanematele inimestele	Paljulubav	Juhtimine
	Koolitada vanematele inimestele visiite tegevaid sotsiaaltöötajaid	Ebaselge	Juhtimine
	Arengupoliitika ja programmid vanemate inimeste jaoks, et parandada nende organisatsioonilist, sotsiaalset ja füüsilist keskkonda	Paljulubav	Juhtimine
Isetekitatud vigastused	Piirata selliste vahendite kättesaadavust, millega saab endale viga teha, nagu näiteks pestitsiidid, medikamendid ja kaitsteta kõrgused	Efektiivne	Juhtimine
	Depressiooni, alkoholi ja muude ainete kuritarvitamise ennetamine ja ravi	Efektiivne	Juhtimine
	Koolipõhised interventsioonid suunata kriisiga toimetulemiseks, täiustada enesest lugupidamist ja toimetuleku oskusi	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
Kõik vigastuste tüübid	Vähendada tulirelvade kättesaadavust	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Multimeedia ennetamise kampaaniate eesmärgiks muuta kultuuri norme	aljulubav	Juhtimine
TAHTMATUD VIGASTUSED			
Liiklusvigastused	Tõsta mootorrattaste juhtimist lubav vanus 16 aastalt 18-le	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Madaldada alkoholi lubatud kontsentratsiooni määra veres, millega võib	Efektiivne	Propageerimine, koostöö,

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

	juhtida sõidukit		hindamine
	Autojuhilubade hindamise/väljastamise süsteem	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Liiklust rahustavad abinõud	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Mootorsõidukite tuled valgel ajal põlema	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Tutvustada ja jõustada turvavöö seadusi	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Kiiruse piiramise meetmed	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Lapsreisijate tõkendid	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Tutvustada ja jõustada mootorrataste kiivrite seadusi	Efektiivne	Propageerimine, koostöö, hindamine
Tulekahjud	Kodude elektrifitseerimine	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Ilutulestiku rakettide ametlik keelustamine (müümine ja tootmine)	Paljulubav	Juhtimine
	Vähendada ladudes ja majapidamistes kergsüttivate materjalide koguseid	Paljulubav	Juhtimine
	Suitsualarmid ja detektorid	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Arendada, parandada standardeid	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
	Muuta tooteid ohutumaks – (näiteks petrooleumiahjud, küpsetusnõud ja küünlahoidjad)	Paljulubav	Propageerimine, koostöö, hindamine
Mürgitused	Lastekindlad konteinerid	Efektiivne	Juhtimine

Vigastuste strateegia alusdokument 2008

	Mürgituse kontrolli keskus	Efektivne	Juhtimine
	Töötada välja paremad hoiustamismeetodid (seotud looduses hoiustatavate anumate ja hoiukohaga)	Efektivne	Juhtimine
	Kasutada hoiatussilte	Paljulubav	Juhtimine
Uppumine	Kasutada päästevesti	Efektivne	Juhtimine
	Tutvustada ja jõustada seadusi, mis on seotud ujumiskohtade piirdeaedadega	Efektivne	Juhtimine
	Õpetada ujumist	Efektivne	Juhtimine
	Vees kanda vastavaid kehakatteid	Efektivne	Juhtimine
	Kehtestada ujulatele turvalised standardid	Paljulubav	Juhtimine
	Kasutada selget ja lihtsat graafilist kujutist	Paljulubav	Juhtimine
	Korralikult väljaõpetatud ja varustatud vetelpäästjad	Paljulubav	Juhtimine
Kukkumine	Turvalised mehhanismid akendel	Efektivne	Juhtimine
	Trepid varustada käsipuudega	Efektivne	Juhtimine
	Mänguväljakute katta põrutuskindla pinnakatte-materjaliga	Efektivne	Juhtimine
	Turvalisuse standardid mänguväljakute varustuse jaoks	Paljulubav	Juhtimine
	Lihis- ja tasakaalu-harjutused vanemaealistele	Paljulubav	Juhtimine
	Kontrollida ja muuta vajadusel neid riske kodudes, kus on vanemad inimesed ja need riskid võivad tekkida	Paljulubav	Juhtimine
	Hariduslikud programmid, mis on suunatud kukkumise ennetamisele	Paljulubav	Juhtimine

LISA 9. Vigastuste ennetamise strateegia kavand Cristoffeli ja Gallagheri (2006) järgi

1. Ajaperioodi määratlemine (mõistlik viieks aastaks).
2. Lühikokkuvõte.
3. Visioon ja missioon.
4. Praegused tegevused ja jõupingutused vigastuste ennetamiseks, probleemid ja puudujäägid:
 - vigastuste probleemi ulatus: vigastuste andmed, käitumuslikud riskifaktorid jne;
 - ülevaade infrastruktuurist (töötajad, rahastamine, partnerid, toetus kohalikele programmidele ja ka puudujäägid);
 - rakendatud interventsioonid, nende eesmärgid, kellele on suunatud, kasutatavad meetodid ja sellest tulenevad puudujäägid sekkumiste strateegias.
5. Ülevaade riiklikest poliitilistest, majanduslikest ja sotsiaalsetest realiteetidest ja piirangutest, mis mõjutavad plaani edukust.
6. Soovitused koos lühida taustakirjelduse ja tegevuskavaga:
 - soovitused selleks, et vaadelda spetsiifilisi vigastusvaldkondi – millised tegevused on nendele ennetustele suunatud, kes vastutab, ajakava ja vajalikud ressursid;
 - infrastruktuuri probleemid ja tegevused, vastutaja, ajakava ja vajalikud ressursid.
7. Kasutatud allikad.
8. Osalejate nimekiri.
9. Nimetatud plaani jälgimise ja hindamise protsessi kirjeldamine.
10. Nõuandva komitee roll.

Meeles tuleks pidada ka järgmist:

- kuidas arvesse võtta ja ära kasutada väliseid realiteete,

- pane paika prioriteedid, mitte lihtsalt hulk erinevaid probleeme,
- kõik soovitused, mis plaan annab, peavad olema suunatud nende puudujääkide vähendamisele, ja kui ei ole, siis peaks ka selgitama, miks ei ole.

Vigastuste strateegia plaani juures on väga oluline see, et oleks olemas järelevalve süsteem.

Järgnevalt on toodud **10sammuline plaan**, mis aitab struktureerida **vigastuste järelevalvet**.

1. Järelevalve eesmärkide defineerimine.
2. Andmeid koordineerivate üksuste moodustamine.
3. Kõigi olemasolevate andmeallikate kindlakstegemine.
4. Iga andmeallika tugevuse ja piirangute määratlemine.
5. Esmane andmeanalüüs.
6. Järelevalve süsteemi eesmärkide ümberhindamine, tuginedes sammudele 3–6.
7. Andmekogude ühendamise võimaluste analüüs.
8. Uuringud süsteemi valideerimiseks.
9. Andmete levitamise plaani väljatöötamine.
10. Järelevalve sidumine tegevuste ja finantseerimisega.

LISA 10. Rahvusvahelised raportid, mis on seotud vigastuste ja vägivalda ennetamisega.

WHO raportid

1. **Vigastuste ennetamise strateegiad üldiselt:** *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners.* WHO raport. Poliitika, mis on suunatud vigastuste ja vägivalda ärahoidmisele: juhtnöörid poliitika markerite ja planeerimise jaoks. Need juhised peaksid abistama neid, kes soovivad arendada riiklikku poliitikat vigastuste ja vägivalda ennetamiseks. Dokumendi esimeses osas on järgmised teemad: vigastused ja vägivald – tõsine rahvatervise probleem. Miks on tähtis teha poliitilisi otsuseid, ennetamiseks vigastusi ja vägivalda? Milline on poliitika roll vigastuste ennetamisel? Vigastuste klassifikatsioon. Kuidas vigastuste poliitika on seotud seadusandlusega? Rahvusvaheliste kokkulepete roll. Poliitilised otsused: üldised kaalutlused. Dokumendi teine osa keskendub poliitilisele arengule seoses vigastuste ja vägivaldaga. Samuti kirjeldatakse erinevaid praktikaid erinevate vigastuste puhul.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf

2. *Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007.* Kolmas raport globaalse kampaania vägivalda ennetamise kohta 2007. Raportis käsitletakse vägivalda ennetamist ja peamisi riskifaktoreid, riikide tegevust vägivalda ennetamisel ning globaalseid ja regionaalseid tegevusi, mis on seotud vägivalda ennetamisega. WHO agenda vägivalda ennetamiseks.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595476_eng.pdf

3. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done.* Vigastused ja vägivald Euroopas: milline on nende olemus ja mida saaks teha? Vigastuste probleemid ja faktid. Vigastusi on käsitletud selles raportis liikide ja vanuserühmade kaupa. Vigastuse ja vägivalda definitsioon. Riskifaktorid.

<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>

4. *Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health.* WHO koostatud juhised tervishoiuministritele ja poliitikategijatele, ennetamiseks vigastusi ja vägivalda. Dokumendis antakse üldiseid juhiseid vigastuste ennetamise poliitika planeerimiseks ja teostamiseks. Samuti on juttu seadusandlusest ning andmete kogumisest ja sellest, miks ning millised andmed on vajalikud.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254_eng.pdf

5. *Barriers and Strategies for Injury Prevention and Control.* Sellel WHO kodulehel on kokkuvõtte barjääridest, strateegiatest ja kontrollist, mis on seotud vigastuste ennetamisega. Samuti saab sellelt kodulehelt viiteid erinevatele raportitele, mis on seoses vigastustega koostatud.

http://searo.who.int/en/Section1174/Section1461/Section1717_7347.htm

6. *Injuries in the European Union. Statistics summary 2002–2004.* Vigastused Euroopa Liidus. Kokkuvõtte 2002–2004. Annab ülevaate suremusest Euroopa Liidus vigastuste tagajärjel. Ülevaade antakse järgmistest vigastuste sektoritest: liiklus, töökoht, kodu- ja vaba aja õnnetused. Ülevaates on palju tabeleid ja graafikuid.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/documents/InjuriesEU_sum_en.pdf

7. *World report on violence and health.* Ülemaailmne raport vägivaldast ja tervisest. Mahukas raport annab ülevaate vägivalda erinevatest liikidest ja tagajärgedest. Samuti on ülevaade vägivaldasurmadest (eelkõige regioonide kaupa). Kuidas saaks vägivalda ennetada ja millised

on ennetamise vahendid. Eraldi on peatükid noorte vägivallast ja laste väärkohtlemisest. Samuti partneritevahelisest vägivallast ja seksuaalsest vägivallast. Vaadeldud on ka vanemaealiste väärkohtlemist ning kollektiivset vägivalda.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

8. *Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response*. Vigastused WHO Euroopa regioonis: kohustused, väljakutsed ja poliitiline vastutus. Selle dokumendi eesmärkideks on tõmmata tähelepanu kohustustele ja kuludele, mis on seotud vigastustega Euroopa regioonis; kirjeldada sellega seotud peamisi väljakutseid ja tervishoiu sektori vastutust ning välja pakkuda lahendusi, et vähendada seda rahvatervise probleemi.

<http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc10.pdf>

9. *National responses to preventing violence and unintentional injuries: WHO European survey*. Rahvuslik programm ennetamiseks vägivalda ja tahtmatuid vigastusi. WHO Euroopa regiooni vaatlus. Selles raportis vaadeldakse Euroopa regiooni riikide tegevusi ja erinevate vigastuste statistikat, eriti nendes riikides, kus vigastuste määr on kõrge.

<http://www.euro.who.int/document/e89258.pdf>

Vigastuste ennetamine lastel:

1. *Child and adolescent injury prevention: A WHO plan of action 2006–2015*. Laste ja noorukite vigastuste ennetamine: WHO tegevusplaan 2006–2015. See dokument püüab leida vastused küsimustele, millised on peamised riskifaktorid ja vigastuste mõjud (sh definitsioonid ja klassifikatsioonid ning majanduslikud ja sotsiaalsed kulud) Kas laste ja noorukite vigastused on üldse ennetatavad? Mis on peamised probleemid (andmete piiratus, uuringud, ennetus, propageerimine). WHO ja teiste agentuuride roll vigastuste ennetamisel. WHO tegevusplaan vigastuste ennetamisel.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593385_eng.pdf

2. Järgmine on EuroSafe'i koduleht, kus on väga hea ülevaade laste vigastustest, nende ennetamisest ja statistikast Euroopas. Leheküljel on raportid, kus on käsitletud vigastuste ennetamist ja seda, mis on tehtud ning mis tegemata. Samuti on koondraport 18 Euroopa riigi kohta. Kodulehel on ka hea praktikajuhend ning erinevad vigastused.

<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l4downloads.htm?OpenDocument>

Euroopa Liidu projektid:

1. Eakate vigastuste ennetamine:

[http://www.eunese.org/csi/eunese.nsf/index1/home/\\$file/index.htm](http://www.eunese.org/csi/eunese.nsf/index1/home/$file/index.htm) (EUNESE: **EUropean NEtwork for Safety among Elderly**)

2. Järgmisel EuroSafe'i leheküljel võib tulevikus näha parimaid strateegiaid ja praktikaid vigastuste ennetamisel (APOLLO projekt)

<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l2apollo.htm>

Liiklusvigastuste ennetamine:

1. *A 5-year WHO Strategy for Road Traffic Injury Prevention*. WHO viie aasta strateegia rakendamine liiklusvigastuste ennetamiseks. Dokumendis käsitletakse regiooniti kõiki maailma piirkondi. Selle strateegia eesmärgiks on integreerida liiklusvigastuste ennetamise rahvatervise programmidesse üle kogu maailma. Dokumendis antakse ülevaade liiklusõnnetuste epidemioloogiast, ennetamisest ja propageerimisest.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_VIP_01.03.pdf

2. *World report on road traffic injury prevention: summary*. See maailmaraport liiklusvigastuste ennetamisest on põhiliselt kavandatud vastutavate inimeste jaoks, turvalise tee poliitika ning riiklike programmide jaoks. Raportis on liiklusvigastusi vaadatud globaalselt, regiooniti ja riikide kaupa. On ülevaade globaalsetest, regionaalsetest ja riikide trendidest. Samuti on kirjutatud riskifaktoritest ja interventsioonist.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_en_rev.pdf

Alkoholiga seotud vigastuste ennetamine:

1. *Global Status Report: Alcohol and Young People*. WHO ülemaailmne raport: alkohol ja noored inimesed. Raportis on regioonide kaupa kirjeldatud alkoholiga seotud ennetustegevust, seiret ja poliitikat.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf

2. *Interpersonal violence and alcohol*. Isikutevaheline vägivald ja alkohol. Kuidas on omavahel seotud alkohol ja vägivald ning sellest tulenevad vigastused? Millega saaks ennetada alkoholist tulenevat vägivalda? Riskifaktorid alkoholi kuritarvitamisel. Alkohol ja suitsiidid. Rahvatervise roll, interventsioon ja ennetustegevus. Alkoholipoliitika ja prioriteedid.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf

Muud vigastused:

1. *Preventing suicide. Program activities Guide*. Suitsiidi ennetamine: programmi tegevuste juhend. Artikkel annab ülevaate erinevatest strateegiatest ja ennetusprogrammidest, mida on kasutatud vigastuste vältimiseks.

http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Preventing_Suicide.pdf

2. *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. USA riiklik strateegia suitsiidide ärahoidmiseks. See suitsiidide ennetamise riiklik strateegia on laialdane ja integreeritud erinevatesse valdkondadesse, mille kaudu saaks vältida enesetappe. Riikliku strateegia eesmärgiks on ennetada suitsiidist tulenevaid surmajuhte, vähendada suitsiidse käitumise määra, vähendada kahjulikku mõju suitsiidse käitumisega perekonna ja sõprade seas, aidata kohaned ja läheneda inimestele nii individuaalselt kui ka nõustada perekonda ja sõpru.

<http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/SMA01-3517/SMA01-3517.pdf>

Kasulikud koduleheküljed:

1. Kodulehekülg vigastuste ennetamisest. Teemad: ohutu töö, ohutu sport, ohutu kodu, ohutus erinevates tööstusharudes, kool ja suhtlemine, ohutud teed. Leheküljel on olemas viited ohutust käsitlevatele publikatsioonidele. Samuti on välja toodud mõned vigastuste strateegiad, nt kukkumisega seotud vigastuste strateegia.

<http://www.acc.co.nz/injury-prevention/index.htm>

2. WHO andmebaas. Saab välja selekteerida surmad, vigastused, õnnetused jne riikide ja aastate kaupa. Võimalus teha erinevaid tabeleid ja graafikuid.

<http://data.euro.who.int/hfad/>

WHO andmebaas tervise indikaatorite kohta.

http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm

3. Safe community sisuline põhjendus ja Eesti näide (Raplamaa näitel).

http://www.raplamv.ee/tervis/projektid_sub.php?GroupID=17&ProjectID=28

4. Turvaline Kogukond

<http://www.safecommunity.net>

5. Maanteeohutuse indikaatorid

http://www.erso.eu/safetynet/fixed/WP3/sn_wp3_d3p8_spi_manual.pdf

6. Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuur

<http://osha.europa.eu/>

Policy briefing:

1. *The role of public health in injury prevention.* Rahvatervise roll vigastuste ennetamisel. Artikli eesmärk on defineerida rahvatervise rolli vigastuste ennetamisel. Antakse ülevaade vigastustest Euroopa Liidus ja Euroopa regioonis. Poliitilised prioriteedid vigastuste ennetamisel ja efektiivne ennetustegevus. Tervishoiusektori roll vigastuste ennetamisel.

http://www.euro.who.int/document/VIP/policy_briefing_1.pdf

2. *Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach.* Laste julma kohtlemise ennetamine Euroopas. Mis on laste julm kohtlemine ja selle varane interventsioon? Ennetamise strateegiad. Riskifaktorid ja nende ennetamine.

<http://www.euro.who.int/document/E90618.pdf>

3. *Youth and road safety in Europe.* Noorte ja maanteede ohutus Euroopas. Igal aastal kaotab Euroopas liiklusõnnetustes elu enam kui 32 000 noort, kes on alla 25 aasta vanused. See raport toob välja erinevad riskifaktorid ja ka selle, et noorematel on risk sattuda liiklusõnnetustesse suurem. See raport püüab leida lahendusi, kuidas saaks muuta Euroopa maanteid ohutumaks. Vaadeldakse riskifaktoreid ja ennetavaid strateegiaid. Raamistik tulevaste tegevuste jaoks.

<http://www.euro.who.int/Document/E90142.pdf>

LISA 11. Võimalikud koostööpartnerid vigastuste ennetamise programmi väljatöötamisel

- Raviarstide organisatsioonid
- Hambaarstide organisatsioonid
- Õdede organisatsioonid
- Teised professionaalsed tervishoiuorganisatsioonid
- Äriorganisatsioonid
- Ametiühingud
- Usuorganisatsioonid
- Korrakaitseasutused
- Tuletõrje
- Haiglad, haiglate liit
- Sihtasutused
- Hooldeteenust osutavad grupid ja organisatsioonid
- Kindlustuskompaniid
- Professionaalsed tervishoiukoolid
- Transpordi-/mootorsõidukite osakonnad
- Tervishoiuosakonnad/juhatajad
- Vaimse tervise osakonnad ja asutused
- Seenioride keskused
- Sotsiaalteenuste osakonnad ja asutused
- Väärkohtlemise ohvritega seotud asutused ja osakonnad
- Koolide ja haridusosakonnad
- Muud valitsusasutused
- Õpetajate organisatsioonid
- Noorteorganisatsioonid
- Vanemate ühendused
- Vabatahtlikud organisatsioonid
- Toetusgruppide ühendused
- *SAFE KIDS* liidud
- Suurlinna planeerijate organisatsioonid
- Arhitektid
- Mürgituste kontrolli keskus
- Ajalehereporterid ja -toimetused
- Raadiosaadete juhid
- Ülikoolid, kolledžid, *think-tank*'id
- Alkoholi müüjad/tootjad
- Riigi- ja kohalikud omavalitused