

**VIGASTUSTE JA VIGASTUSSURMADE ENNETAMISE POLIITIKA
KOORDINEERIMISE RAKKERÜHM**

Riigikantselei

2014

SISUKORD

KOKKUVÕTE	6
1. OLUKORRA KIRJELDUS	9
2. VIGASTUSTE VALDKONNA KAETUS STRATEEGIATE JA EESMÄRKIDEGA ..	16
3. VIGASTUSTE ENNETAMISE VALDKONNA KOORDINEERIMINE	19
4. OLUKORRA KIRJELDUS VÄLISPÕHJUSTE KAUPA KOOS ETTEPANEKUTEGA 21	
4.1. Liiklusvigastused	21
4.2. Juhuslikud kukumised ning vigastused mehaanilise jõu toimel	27
4.3. Uppumine ja lämbumine	33
4.4. Tulekahjud, põletused ja külmumised	37
4.5. Juhuslikud mürgistused.....	40
4.6. Enese vastu suunatud vägivald	43
4.7. Teiste vastu suunatud vägivald.....	46
5. ALKOHOL JA NARKOOTIKUMID VIGASTUSTE RISKITEGURINA	51
6. HARIDUSE ROLL VIGASTUSTE ENNETAMISEL.....	58
7. VIGASTUSI PUUDUTAVAD ANDMED	62
8. MAAKONDLIKE JA KOHALIKE OMAVALITSUSTE TERVISEDENDUSLIKE MEESKONDADE ROLL VIGASTUSTE ENNETAMISEL	67
LISAD	71
LISA 1. 2015. aastal toimuvad tegevused vigastuste ennetamise valdkonnas	72
LISA 2. Vigastustega seotud ravi perioodil 2009–2013 EHK andmetel.....	77
LISA 3. Laste vigastushaigestumus.....	79
LISA 4. Vigastuste valdkonna koordineerimine	80
LISA 5. Liiklusvigastused	83
LISA 6. Juhuslikud kukumised ning vigastused mehaanilise jõu toimel	86
Lisa 7. Uppumine ja lämbumine.....	90
LISA 8. Tulesurmad, põletused ja külmumised	91
LISA 9. Juhuslikud mürgistused	93
LISA 10. Tahtlik enesekahjustamine.....	94
LISA 11. Teiste vastu suunatud vägivald	96

LISA 12. Üldhariduskoolides ja koolieelsetes lasteasutustes läbiviidavad ennetustegevused 97

KASUTATUD LÜHENDID

AIS – *abbreviated injury scale*

AKI – Andmekaitse inspeksioon

EHK – Eesti Haigekassa

EKEI – Eesti Kohtuekspertiisi Instituut

EL – Euroopa Liit

ELL – Eesti Linnade Liit

EMOL – Eesti Maaomavalitsuste Liit

ESF – Euroopa Sotsiaalfond

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights

HIV – inimese immuunpuudulikkuse viirus

HTM – Haridus- ja Teadusministeerium

JuM – Justiitsministeerium

KaM – Kaitseministeerium

KeM - Keskkonnaministeerium

KEN – kuriteoennetuse nõukogu

KiVa – teaduspõhine kiusamisvastane programm

KOV – kohalik omavalitsus

KuM – Kultuuriministeerium

LKF – Eesti Liikluskindlustuse Fond

LPA – laste ja perede arengukava

MALIS – Maanteeameti infosüsteem

MKM – Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium

MNT – Maanteeamet

MTA – Maksu- ja Tolliamet

MTÜ – Mittetulundusühing

PPA – Politsei- ja Piirivalveamet

PõM – Põllumajandusministeerium

PäA – Päästeamet
RA – Ravimiamet
RaM – Rahandusministeerium
RHK-10 – rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 10. versioon
RLOP – Rahvuslik liiklusohutusprogramm
RTA – rahvastiku tervise arengukava
SEN – süüteoennetuse nõukogu
SiM – Siseministeerium
SKA – Sotsiaalkindlustusamet
SoM – Sotsiaalministeerium
STAK – Siseturvalisuse arengukava
TAI – Tervise Arengu Instituut
TI – Tööinspeksioon
TJA – Tehnilise Järelevalve Amet
TSTUA – Tervisestatistika ja –uuringute andmebaas
TTO – tervishoiuteenuse osutaja
VA – Veeteede Amet
VATEK – Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon
VES – vägivalla ennetamise strateegia
WHO – Maailma Terviseorganisatsioon
VV – Vabariigi Valitsus
VVA – vägivalla vähendamise arengukava
VäM – Välisministeerium

KOKKUVÕTE

Rakkerühma ülesanne ja töö

Vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika rakkerühm (edaspidi vigastuste ennetamise rakkerühm) loodi Riigikantselei juurde Vabariigi Valitsuse 12. sept 2013 otsuse alusel järgnevate ülesannetega:

- 1) vigastuste ja vigastussurmade ennetuse olemasolevate eesmärkide kaardistamine, vigastuste ja vigastussurmade ennetustegevustega kaetuse analüüs ja sellest tulenevalt täiendavate eesmärkide ja ennetustegevuste väljapakumine;
- 2) vigastuste põhjuste analüüsimine ning sellest tulenevalt ennetustegevuste ja asutustevaheliste koostöömehhanismide väljapakumine;
- 3) ministriumite ja asutuste täpsete ülesannete ja vastutuse kokkuleppimine, seal hulgas vigastuste seire valdkonnas, ning Vabariigi Valitsuse poolt püstitatud eesmärkide saavutamine;
- 4) vajadusel Vabariigi Valitsusele ettepanekute tegemine ministriumite ja asutuste ülesannete ja/või õigusaktide muutmiseks.

Rakkerühma olid kaasatud Sotsiaalministeerium, Siseministeerium, Majandus-ja kommunikatsiooniministeerium, Haridus- ja teadusministeerium, Justiitsministeerium, Rahandusministeerium, Riigikantselei, Tervise Arengu Instituut, Politsei- ja Piirivalveamet, Päästeamet, Maanteeamet, Tehnilise Järelevalve Amet, Eesti Haigekassa, Eesti Maaomavalitsuste Liit, Eesti Linnade Liit, Eesti Kindlustusseltside Liit, Maailma Terviseorganisatsiooni esindus Eestis ning vastavalt käsitletavatele teemadele eksperdid ja asjassepuutuvate organisatsioonide esindajad.

Rakkerühma töövormiks olid vigastusliikidele keskendunud temaatilised arutelud, mille tulemustena tehtud ettepanekud on esitatud käesolevas aruandes.

Rakkerühm lõpetab töö käesoleva aruande esitamisega.

Olukord

Vigastussurmade ennetuse lähtekohaks on see, et iga vigastussurm on ennetatav. Eesti on kõrge vigastussuremusega riik – 958 surma aastas. Kui vigastussuremus oleks Euroopa Liidu keskmisel tasemel, säästaks Eesti ca 490 inimese elu aastas. Kui suremus oleks madalaima näitajaga riigi Hollandi tasemel, sureks Eestis aastas vigastuse tõttu 611 inimest vähem (siinkohal on arvesse võetud Euroopa Liidu ja Hollandi 2011. aasta näitajaid). Eesti Haigekassa kulu vigastuste ravile oli 2013. aastal 31,8 miljonit eurot.

Kaetus eesmärkide ja ennetustegevusega

Rakkerühma töö käigus sai kinnituse eelnev kahtlus, et kuigi erinevates strateegilistes dokumentides ja tegevuskavades on seatud vigastusliigiti eesmärged ja viiakse läbi ennetustegevusi, ei ole kõik vigastusliigid eesmärkide ja ennetustegevustega kaetud. Vigastussurmade sageduselt kolmas surmapõhjus on kukkumine 107 surmaga 2013.aastal. Kukkumistega seotud ravi on ka ülekaalukalt suurima kogukuluga (ca 16 miljonit eurot aastas). Samas puudub süsteemne kukkumiste ennetus ja määratlemata on ennetuse eest vastutav ametkond. Samamoodi ei ole selget vastutajat enesetappude valdkonnas. Aruande vastavates peatükkides on ettepanekud edasiste tegevuste ja vastutajate osas. Lisas 1 on toodud 2015. aastaks kokku lepitud tegevused vigastuste ennetamise valdkonnas.

Koostöömehhanismid

Rakkerühm pidas vajalikuks hoida edaspidi lisaks toimivale vigastusteliikide põhisele ennetusele tähelepanu all ka vigastuste olukorra tervikpilti, vältimaks mõne vigastusliigi ennetustegevuse puudumist või üksikute teemade erinevate ametkondade tegevustest väljajäämist. Vastutus vigastuste olukorra tervikanalüüsi ja ennetustegevuste koordineerimise eest on edaspidi Sotsiaalministeeriumil. Koordineerimismehhanismi kirjeldab peatükk 3.

Toimivatel programmidel¹ on määratud peamiselt vastutav ametkond, ennetuses osalevate organisatsioonidega on koordineerimine, tegevuste planeerimine ja ühisvastutus elluviimise eest kavandatud läbi vastavate juhtkomiteede/komisjonide/programmi nõukogude. Kahjuks ei toimi koordineerimine alati kavandatud moel, jäädes mõnikord formaalseks. Erinevad ennetuses osalevad ametkonnad asetavad eelarvestamisel ja tegevuskavade elluviimisel oma vastutusel olevatele tegevustele erineva prioriteedi, mistõttu on raskendatud seatud üldeesmärkide saavutamine. Võtmetähtsusega ühisvastutuse tekkimiseks on vastutava ametkonna poolne partnereid kaasav eestvedamine ja poliitilise juhtkonna poolne tähelepanu teemale.

Läbivad teemad ja tähelepanekud

Edasine tegevuste kavandamine peab muutuma enam sihtrühma-spetsiifiliseks

Ennetustegevus Eestis on olnud küllaltki universaalne, püüdes kõnetada ja tõsta teadlikkust kogu elanikkonnas. Kogu elanikkonnale suunatud tegevustele on täiendavalt vajalik kavandada kitsamatele sihtrühmadele suunatud sõnumeid ja ennetustegevusi.

Koolikeskkond

Kõikide vigastusliikide arutelul tõstataks lapse- ja teismeliseeas kujunevate hoiakute ja omandatavate teadmiste ja oskuste tähtsus riskikäitumisest hoidumisel ja vigastuste ennetamisel. Lisaks lapsevanemate vastutusele on siin oluline roll kooli õppeprogrammil ning koolikeskkonnas arengukeskkonnana. Uus õppekava toetab integreeritud teemakäsitlust, samas puudub rakendamise hindamine. Rakkerühm tegi ülevaate vigastuste ennetamises osalevate ametkondade kooliõpilastele suunatud tegevustest ning pidas vajalikuks ühiste koordineeritavate tegevuste planeerimist. Kindlasti on vajalik tugispetsialistide olemasolu koolides. Teema olulisuse tõttu on aruandes eraldi hariduse peatükk (ptk 6).

Esmaabialased teadmised ja oskused

Eestis pakutakse erinevaid esmaabikursuseid (näiteks juhilubade taotlemise raames). Samas peegeldavad arstide kogemused, et elanikkonna esmaabialased teadmised ja oskused on puudulikud. Aruandes on ettepanekud edasisteks tegevusteks.

Märkamine ja sekkumisvalmidus

Vigastustega seotud kahjusid aitaks vähendada varasem märkamine ja sekkumine. Rakkerühma töö käigus on selgunud, et probleeme on nii ametkondade vahelise info vahetamise kui ka kaaskodanike poolse vähese märkamise ning reageerimisega.

¹ Programmi nime kasutatakse siin üldmõistena vigastuste ennetusele suunatud strateegilise dokumendi kohta, mille pealkiri võib olla ka strateegia, arengukava vms.

Alkohol kui oluline vigastuste riskitegur

Suur osa vigastussurmades on seotud alkoholi liigtarbimisega. Alkoholitarbimise langusega kaasneb ka vigastushaigestumuse ja vigastussurmade vähenemine. Seega on olulise tähtsusega alkoholipoliitika rohelise raamatu meetmete rakendamine eesmärgiga saavutada alkoholitarbimise tase püsivalt alla 8 liitri elaniku kohta arvestatuna absoluutses alkoholis. Vigastuste ennetuse kontekstis on olulisimad meetmed:

- joobes juhtimise tõkestamine – seni edukate tegevuste järjepidev jätkamine ning uute toetavate tegevuste arendamine (näiteks joobetunnustega juhtimiselt tabatute testimine, nõustamine ja vajadusel sõltuvusravile suunamine);
- joobeseisundile viitavate tunnustega nimestele alkoholi müügikeelu rakendamine;
- alaealistele alkoholi müügi/andmise tõkestamine, seal hulgas keelu rikkujatele vahelejäämise tõenäosuse suurendamine ja rikkumise korral tagajärgede karmistamine;
- alkoholsõltuvuse ravi ja nõustamissüsteemi arendamine;
- reklaami kui alkoholi positiivse kuvandi loomise vahendi piiramine.

1. OLUKORRA KIRJELDUS

Vigastussurmade all on silmas peetud neid surmasid, mis on aset leidnud välispõhjuste toime tagajärjel, hõlmates rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni koodid V01–Y34. Sellisteks on liiklusõnnetused, kukkumised, uppumised, tuleõnnetused, külmumised, mürgistused, enesetapud, ründed ja ebaselge tahtlusega sündmused.

Rahvastiku tervise arengukavas (RTA-s) on kirjas indikaatoritena, et surmaga lõppenud õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade tagajärjel ei tohiks Eestis 2020. aastal hukkuda rohkem kui 61 inimest 100 000 elaniku kohta. Vastav näitaja oli 2013. aastal 72 (Statistikaameti andmetel). Laste osas on püstitatud RTA-s eesmärk, et 2020. aastal ei tohiks vigastussurmade tagajärjel hukkuda rohkem kui 7 0–19-aastast last ja noort 100 000 elaniku kohta. 2013. aastal oli vastav kordaja 19 juhtu 100 000 elaniku kohta.

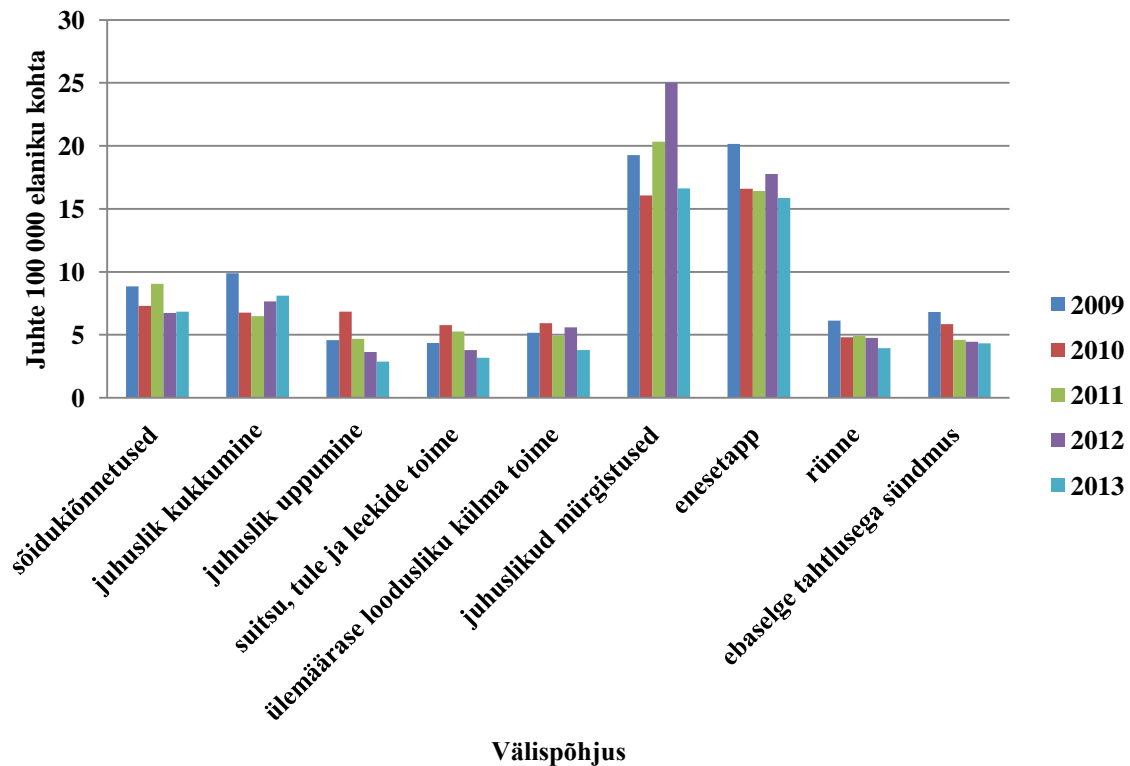
Vigastussurmade arv tervikuna on viimastel aastatel märkimisväärses langustrendis (seal hulgas näiteks liiklussurmad, tulesurmad, külmumised), mõjutades oluliselt Eesti keskmise eeldatava eluea kasvu. Sotsiaalministeeriumi (SoM-i) poolt tehtud analüüsist ilmneb, et perioodil 1994–2011 kasvas keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel umbes 10 aastat. Ligikaudu 4 aastat andis eeldatavale elueale juurde vigastussurmade vähenemine. 2013. aastal tõusis eeldatav eluiga võrreldes 2012. aastaga 0,82 eluaastat, seal hulgas meestel 1,34 eluaastat ja naistel 0,16 eluaastat. Eeldatava eluea kasv 2013. aastal oli peamiselt tingitud surmajuhtude arvu vähenemisest õnnetusjuhtumite, traumade ja mürgistuste tagajärjel ja seda just noorte meeste hulgas. Suurim vähenemine vigastussurmades toimus juhuslike mürgistuste osas (seda peamiselt narkootikumide üledoseerimisest tingitud juhtude arvu vähenemisega – langus 59 juhtu).

Viie aasta pikkuse perioodi vältel on Eestis suremuse osas olnud kõige suurema koormuse põhjustajaks juhuslikud mürgistused ja enesetapud (joonis 1). Samas, kui juhuslike mürgistuste osas võib märgata väikest langust, siis enesetappude osas selget langustrendi pole. Samuti on püsiv olukord liiklusvigastuste osas ning kukkumissurmade osas on näha pigem tõusu.

2013. aastal suri vigastussurmade tagajärjel 958 inimest (Statistikaameti andmetel). Juhtivad surmapõhjused olid juhuslikud mürgistused (219 inimest), enesetapud (209 inimest), kukkumised (107 inimest). Hoolimata surmajuhtude arvu langusest meeste seas toimus 2013. aastal siiski 76% õnnetusjuhtumitest meestega.² Suur osa vigastuste tagajärjel hukkunutest on meessoost (joonis 2). Kõige enam vigastussurmasid esines 2013. aastal 50–59-aastaste seas (joonis 3).

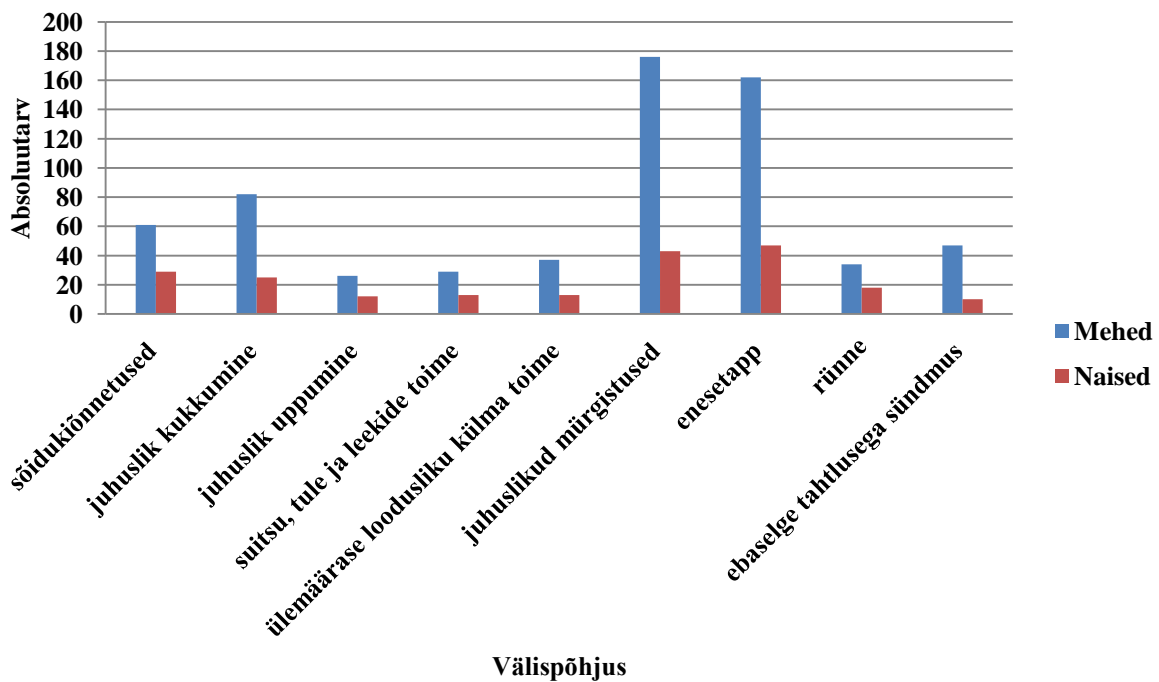
² Köhler K. Sotsiaalministeerium.

Joonis 1. Vigastustest põhjustatud suremus Eestis perioodil 2009–2013



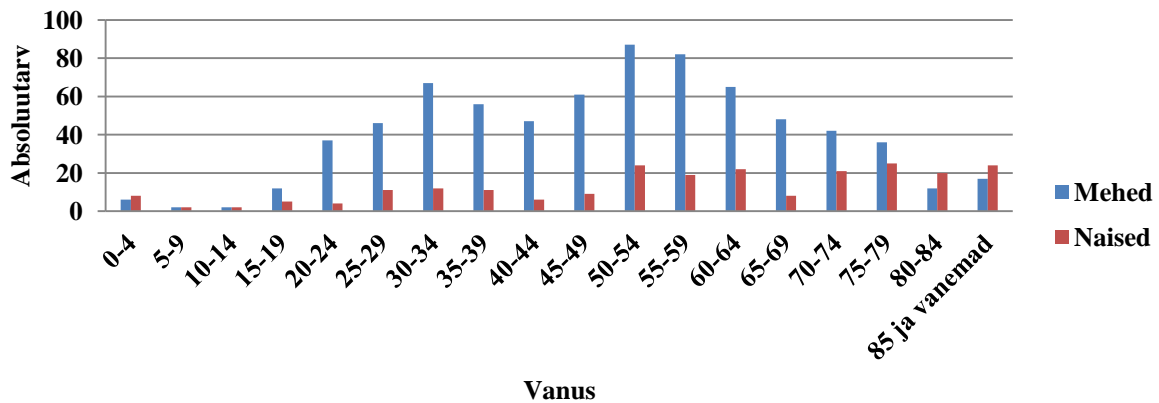
Allikas: Statistikaamet

Joonis 2. Vigastustest põhjustatud suremus 2013. aastal soo lõikes



Allikas: Statistikaamet

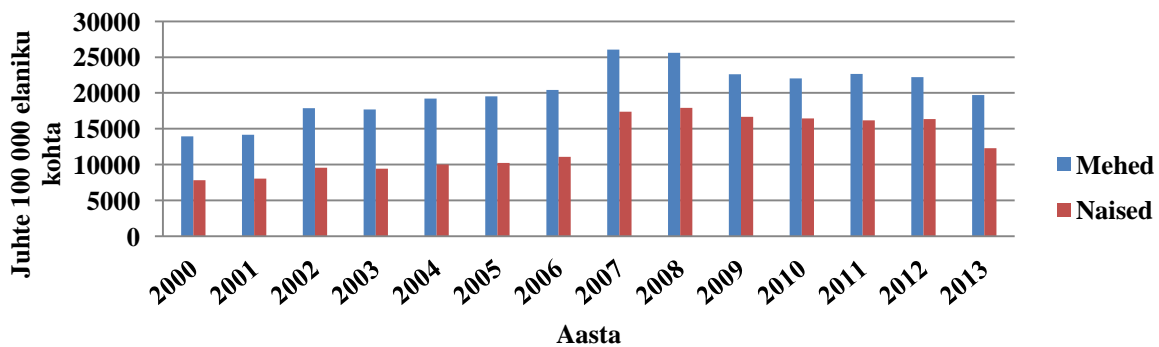
Joonis 3. Vigastuste tagajärjel hukkunud 2013. aastal soo ja vanuse lõikes



Allikas: Statistikaamet

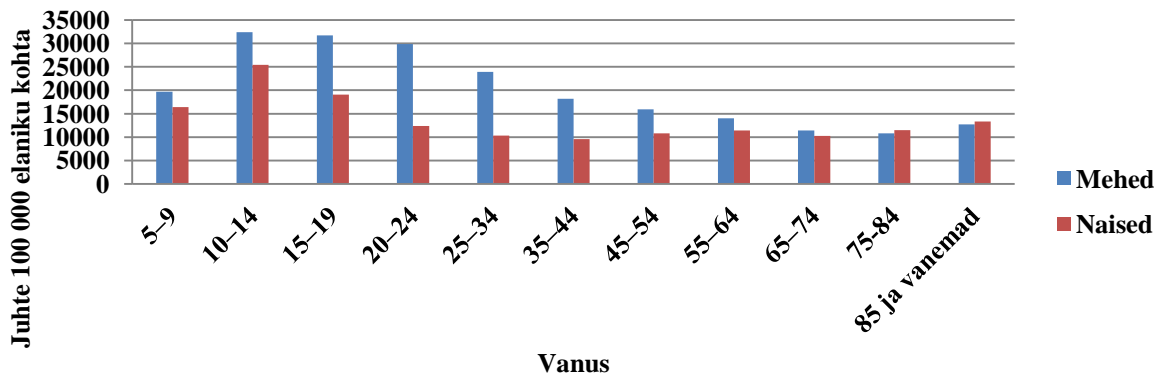
Vigastuste tõttu vajas 2013. aastal ravi 82 768 meest ja 65 022 naist – seega kokku 147 790 inimest. Antud andmed kajastavad vaid Eesti Haigekassa (EHK) poolt tasutud teenuseid. Vigastushaigestumuse osas põhjustavad kõige suuremat koormust kukkumine ja mehaanilise jõu toimele tekkinud vigastused (joonis 4).

Joonis 4. Esmahaigestumine vigastustesse Eestis perioodil 2000–2013



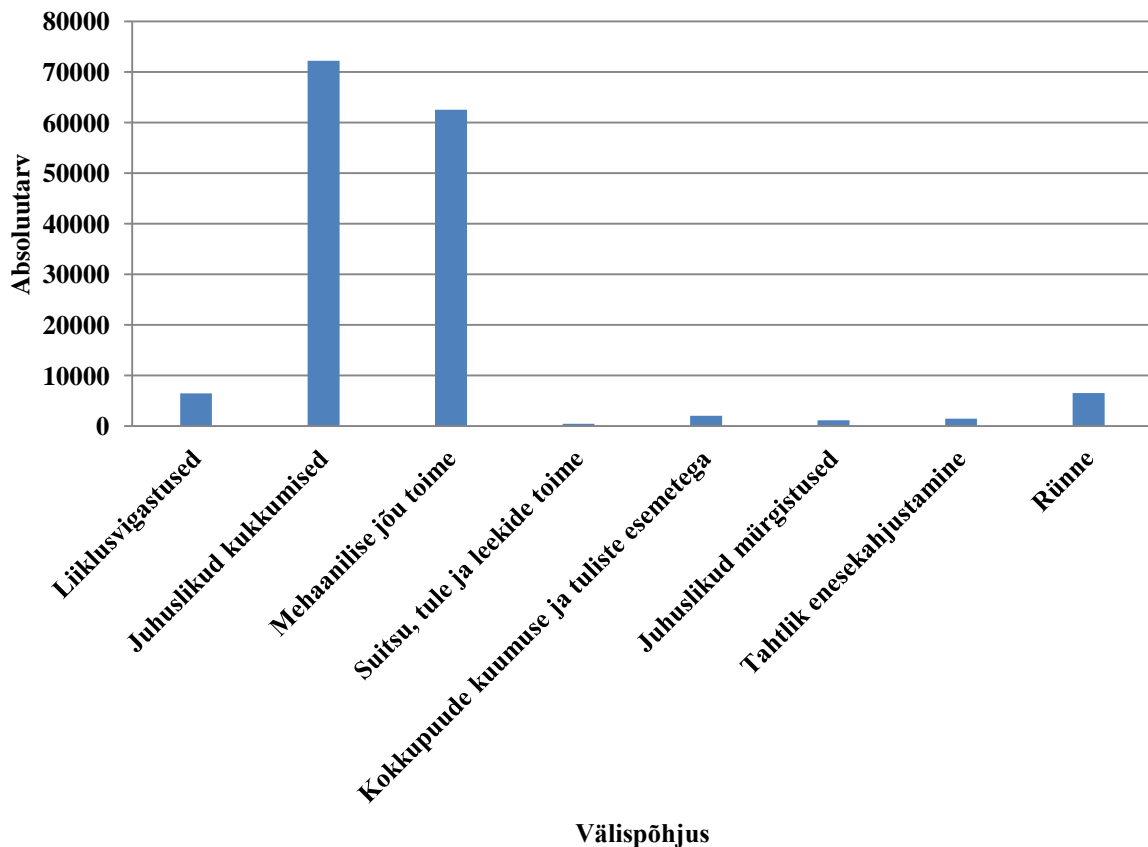
Allikas: Tervisestatistika ja –uuringute andmebaas

Joonis 5. Vigastushaigestumus soo ja vanuse lõikes 2013. aastal



Allikas: Tervisestatistika ja –uuringute andmebaas

Joonis 6. Vigastushaigestumine Eestis 2013. aastal välispõhjuste kaupa



Allikas: Eesti Haigekassa

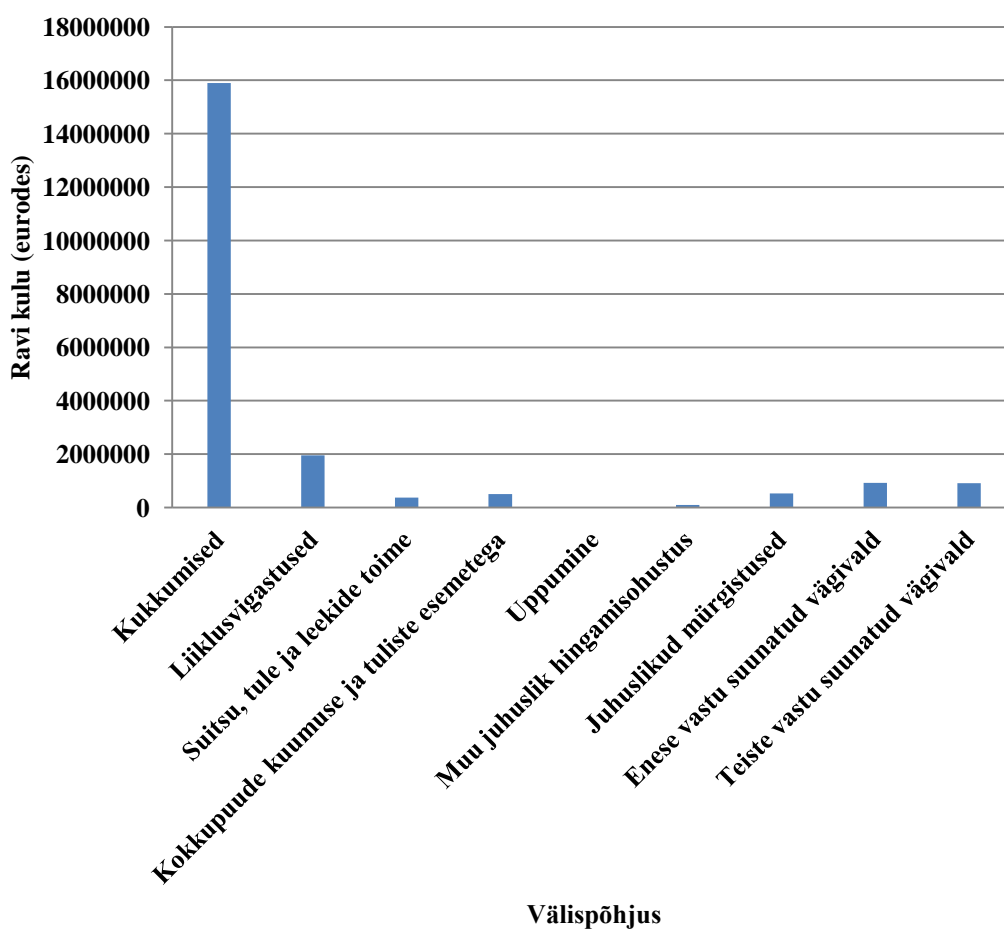
Vigastuste ravikulu EHK-le oli 2013.aastal 31,8 miljonit eurot. Siinkohal on oluline märkida, et EHK andmed kajastavad vaid ravikindlustusega kaetud inimeste ravi. 2012. aastal tasuti kindlustamata inimeste vigastustega seotud eriarstiabi eest riigieelarvest 2,033 miljonit eurot.

Lisanduvad vigastustega seotud kulud perearstiabis ja kiirabis, mida kahjuks ei ole võimalik eristada. Olmevigastuste, liiklusvigastuste ja nende tüsistuste, tööõnnetuste ja nende tüsistuste tõttu olid 2012. aastal ajutiselt töövõimetud 22 580 kindlustatud inimest kokku 657 479 päeva (EHK andmetel). Ajutise töövõimetuse hüvitist maksis EHK kokku 8,2 miljonit eurot.

Esmakordne püsiv töövõimetus seoses vigastustega määrati 2013. aastal 1300 inimesele, mis moodustab 11,4% kõikidest esmakordse püsiva töövõimetuse juhtudest. Sotsiaalkindlustusameti (SKA) andmetel olid üle poole (56%) vigastuse tõttu esmakordselt püsivalt töövõimetuks tunnistatud inimestest olid mehed vanuses 30–59 aastat. Seega on tegemist olulise tööressursi kaotusega.

Välispõhjustest on ülekaalukalt kõige suurem kindlustatud isikute ravikulu seotud juhuslike kukkumistega (joonis 7).

Joonis 7. Erinevatest välispõhjustest tingitud vigastuste ravikulu 2013. aastal



Allikas: Eesti Haigekassa

EHK andmetel vajavad vigastuste tõttu ravi kõige enam 20–29-aastased mehed. Samas, kõige suuremad kulud on seotud 50–64-aastaste meeste vigastuste raviga (lisa 2).

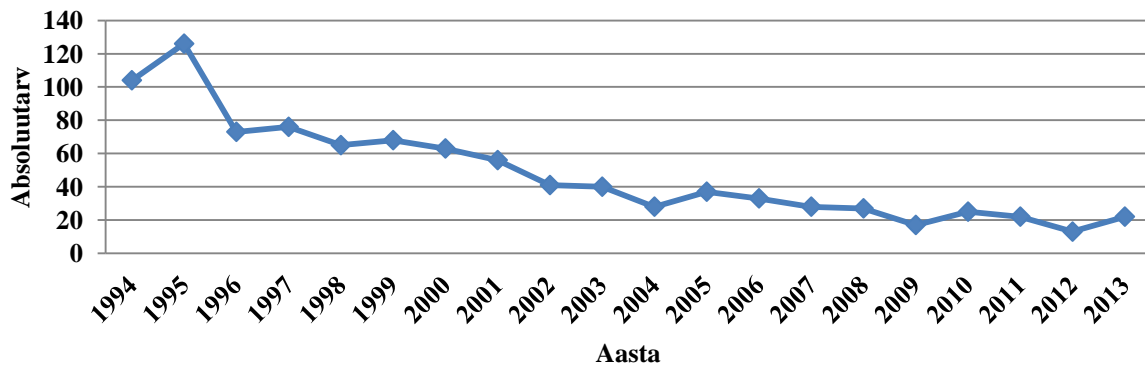
Naistest vajasisid vigastuste tõttu ravi kõige enam 10–14-aastased tüdrukud. Vigastustega seotud ravikulu suureneb naiste seas alates 40ndatest eluaastatest ja on kõige suurem üle 85-aastaste naiste seas (lisa 2).

Laste vigastused

Laste suremus vigastuste tagajärjel on alates 1989. aastast Eestis jõudsalt vähenenud. 2012. aasta andmetel on alla aastaste laste suremus vähenenud 95 surmalt 21 surmani, 1–4-aastastel lastel 56 surmalt 8 surmani, 5–9-aastastel lastel 33 surmalt 3 surmani ja 10–14-aastastel 24 surmalt 5 surmani 100 000 lapse kohta (SoM-i andmetel).

Kui 1989. aastal moodustasid Eestis vigastustest tingitud surmad 53–57% kõigist 1–14-aastaste laste surmadest, siis 2012. aastal oli 29–31% 1–9-aastaste surmadest põhjuseks vigastus (SoM-i andmetel).

Joonis 8. Eestis vigastuste tõttu surnud kuni 14-aastased lapsed perioodil 1994–2013

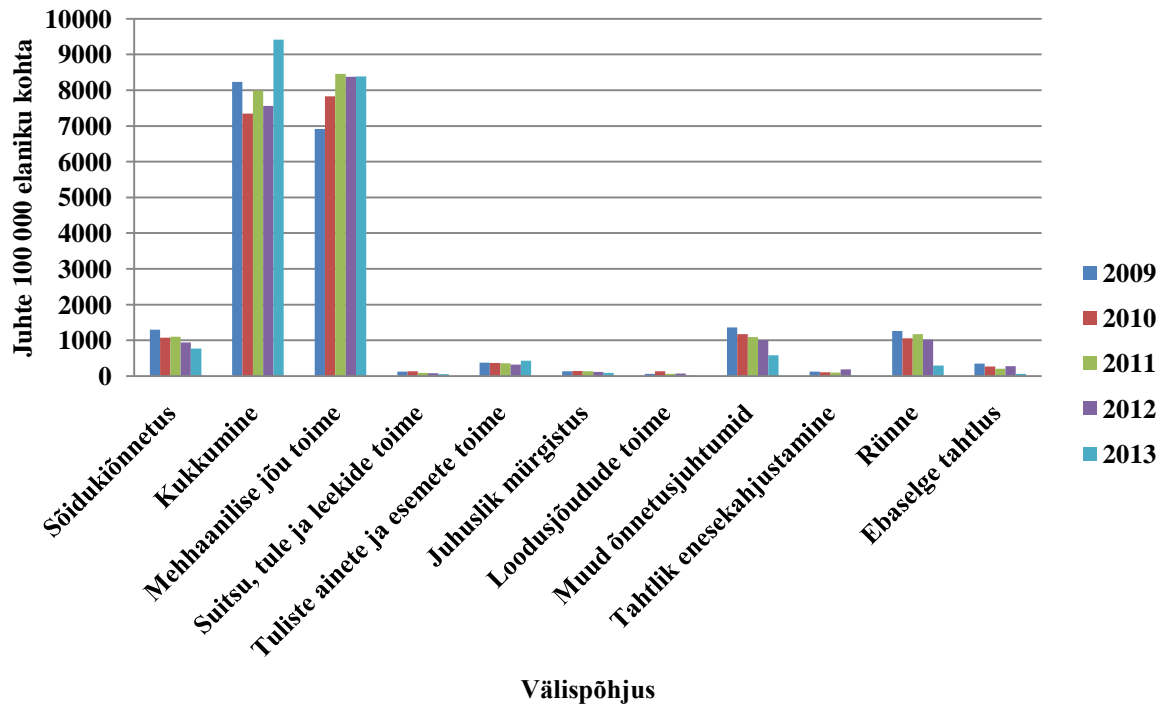


Allikas: Statistikaamet

2013. aastal suri kõige rohkem kuni 14-aastaseid lapsi uppumise tagajärjel. Ühe surma põhjuseks oli enesetapp, ühe lapse surma põhjustas rünne ning kahe lapse puhul jäi surma põhjustanud sündmuse tahtlus tuvastamata.

Ravi vajasid kuni 14-aastased lapsed kõige enam kukkumiste ja mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste tagajärjel (joonis 9). Mehaanilise jõu toime alla käivad näiteks vigastused, mis tekivad loomahammustuste tagajärjel, aga ka masinate tagajärjel tekkinud vigastused.

Joonis 9. Haigestumine vigastuste tagajärjel 0-14-aastaste laste seas Eestis perioodil 2009–2013



*Jooniselt on välja jäetud uppumised, kuna antud kordaja jäi alla 10.

**Muude õnnetusjuhtumite kategooriasse kuuluvad järgnevad välispõhjused: muu juhuslik hingamisohustus (W75–W84); elektrivoolu, kiirguse ning äärmuslike temperatuuride toime (W85–W99); kokkupuude mürgiste taimede ja loomadega; ülepingutus (X20–X29), reisimine puudusseisundid (X50–X57); muude ja täpsustamata tegurite juhuslik toime (X58–X59).

Allikas: Tervisestatistika ja –uuringute andmebaas

Detailsemad andmed laste vigastushaigestumuse kohta on toodud lisa 3.

2. VIGASTUSTE VALDKONNA KAETUS STRATEEGIATE JA EESMÄRKIDEGA

Enamike vigastusliikide puhul on strateegilistes dokumentides seatud eesmärgid surmade vähendamiseks. Erandiks on kukkumiste valdkond, mis on sageduselt kolmas surma välispõhjus. Enesetappude puhul on küll RTA-s püstitatud eesmärk, kuid samas pole ennetustegevus koordineeritud (tabel 1). Olukorda peegeldab ka see, et Eesti on enesetappudest põhjustatud suremuse osas eesmärgist veel suhteliselt kaugel. Siinkohal ei saa ka väita, et eesmärk on liiga kõrgeks seatud, sest 10 juhtu 100 000 elaniku kohta on EL-i keskmine näitaja.

Tabel 1. Eesmärgid ja vastutajad välispõhjuste kaupa

Välispõhjus	Arengukava	Püstitatud eesmärk,	Viimased andmed	Vastutaja(d)
Liiklusvigastused	Rahvuslik liiklusohutusprogramm (RLOP) RTA	Liikluses ei hukku kolme aasta keskmisena rohkem kui 75 inimest aastas ja liikluses vigastatute arv ei ületa 2013–2015 aastate keskmise väärtusena 1500 aastas Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes ei hukku 2020. a üle 14 inimese	2013. aastal hukkus liiklusvigastuste tagajärjel 90 inimest (Statistikaameti andmetel) jaarstiabi vajas liiklusvigastuste tõttu 6455 inimest (EHK andmetel) Joobes juhtide osalusel toimunud liiklusõnnetustes hukkus 2013. aastal 23 inimest (MNT andmetel)	MKM Maanteeamet (MNT) SiM Politsei- ja Piirivalveamet (PPA) HTM SoM
Kukkumised	Puudub	Puudub	2013. a hukkus 107 inimest (Statistikaameti andmetel)	Puudub
Uppumised ja lämbumised	SiM-i arengukava	2020. aastaks veekogus hukkunute kolme aasta keskmine absoluutarv alla 45	2013. aastal hukkus 38 inimest (Statistikaameti andmetel)	SiM Päästeamet (PäA)
Tuleõnnetused ja põletused	SiM-i arengukava	Hukkunute kolme aasta keskmine absoluutarv 2020. aastaks alla 50	2013. aastal hukkus 42 inimest (Statistikaameti andmetel)	SiM PäA
Juhuslikud mürgistused	Eesti uimastitarvitamise	2018. aastal ei ole narkootikumide	Üledoosist põhjustatud	SiM SoM

	vähendamise poliitika valge raamat	üledoosidest tingitud surmajuhtumite arv aastas suurem kui 80	surmasid oli 2013. aastal 120 (TAI andmetel)	
	RTA	Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal 2020. aastal 21%	2013. aastal hukkus juhuslike mürgistuste tõttu kokku 219 inimest (Statistikaameti andmetel)	
	RTA	Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas on 2020. aastal <8 liitri	2011. aastal oli illegaalseid narkootikume proovinud 32% 15–16-aastastest (ESPADi uuring)	
			Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta oli 2013. aastal 10 liitrit (Konjunktuuri-instituut)	
Enesetapud	RTA	Enesetappude suremuskordaja 2020. aastal 10 juhtu 100 000 kohta	2013. aastal hukkus 209 inimest (Statistikaameti andmetel), mis teeb ca 16 juhtu 100 000 elaniku kohta	SoM
Teiste vastu suunatud vägivald, sh ründed	SiM-i arengukava	2020. a ei hukku rünnete tagajärjel rohkem kui 50 inimest	2013. aastal suri rünnete tagajärjel 52 inimest (Statistikaameti andmetel)	SiM JuM SoM
Külmumised	Puudub	Puudub	2013. aastal suri külmumise tagajärjel 50 inimest (Statistikaameti andmetel)	Puudub
Tööõnnetused³	RTA	Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatu kohta on 2020. aastal 2,4	2013. aastal suri tööõnnetuste tagajärjel 20 inimest (Tööinspektsiooni	SoM Tööinspektsioon (TI)

³ Tööõnnetuste näol pole tegemist RHK-10 süsteemi välispõhjuse kategooriaga, vaid alamjaotisega.

			andmetel), mis teeb 3,5 surmajuhutu 100 000 hõivatu kohta	
--	--	--	---	--

3. VIGASTUSTE ENNETAMISE VALDKONNA KOORDINEERIMINE

Vastutus vigastuste ennetustegevuse eest on vastavalt konkreetsele vigastusliigile jagatud erinevate ministeeriumite vastutusaladesse ja käsitletud erinevates arengukavades jm strateegilistes dokumentides. Ametkondade vaheline tegevuste koordineatsioon, prioriteetide seadmine, ülevaate saamine tegevuste elluviimise ja tulemuste üle toimub juhtkomiteede, nõukogude, komisjonide kaudu (olemasolevad koordineatsioonistruktuurid on toodud lisas 4).

Rakkerühma töö käigus selgus, et:

- kuigi Eestis on suur osa vigastusliike ennetusprogrammide ja –tegevustega kaetud, on katmata teemasid ja tegevusi, mis ei kuulu otseselt ühegi ministeeriumi või ametkonna vastutusalasse või on jagatud vastutusega;
- vigastustest põhjustatud surmade ja haigestumise kohta ei ole senini tehtud regulaarset terviklikku ülevaadet, mistõttu vigastustest põhjustatava, kuid ennetatava koormuse suurus ei ole olnud tajutatav ning osad ennetustegevusega katmata või alakaetud alad ei ole tähelepanu pälvinud;
- konkreetse arengukava/strateegia tegevuste elluviimisel prioritseeritakse erinevaid tegevusi eri ametkondades erinevalt, keskendutakse eelkõige oma ametkonna prioriteetidele, mistõttu osa programmi kui terviku seisukohast vajalikke tegevusi võib jääda teises ametkonnas tahaplaanile;
- koordineerivate kogude toimimine ühist vastutust suurendavate, prioriteete ja elluviimist arutavate ja tulevikku suunatud ettepanekuid tegevate kogudena sõltub eestvedaja pühendumusest ning teemale osakssaavast tähelepanust ja pühendumusest poliitilise juhtkonna ja kõrgemate ametnike poolt.

Ettepanekud edasiseks vigastuste ennetuse koordineatsiooniks:

1. **vigastusliigi spetsiifiliste ennetusprogrammide jätkamine** (ka osana vastavast suuremast arengukavast) – igal vigastusliigil on oma spetsiifika, mistõttu rahvusvahelises praktikas ja ka Eestis on end õigustanud konkreetsele vigastusliigile suunatud spetsiifilised intersektoraalsed ennetusprogrammid (näiteks liiklusohutus jne), millel on omad koordineerivad nõukogud/juhtkomiteed. Kõikide vigastusliikide ennetustegevuse ühendamine või liitmine ühe kõikehõlmava arengukava/programmi alla ei ole õigustatud, sest arutelude üldistusaste muutuks liialt suureks. Küll peavad programme suunavad ja järele valvavad nõukogud/juhtkomiteed tugevdama oma rolli nn kollegiaalses järelvalves eesmärkide saavutamiseks vajalike tegevuste planeerimisel ja elluviimisel ning hoidma kolleege vastastikku vastutavatena kavandatud tegevuste elluviimise eest.
2. **Sotsiaalministeeriumi poolt tervikülevaate hoidmine vigastuste olukorrast igaaastase aruandena Vabariigi Valitsusele** – rakkerühma töö käigus on peetud vajalikuks järgmistel aastatel (näiteks 5 aastaks) säilitada regulaarne ülevaade vigastushaigestumuse ja -suremuse tervikpildist. Ülevaade on vigastuste ennetuses osalevatele organisatsioonidele aluseks ametkondadevaheliseks aruteluks, kus analüüsitakse vähete tulemustega ja ennetustegevustega katmata alasid ning tahaplaanile jäänud tegevusi. Arutelude väljundiks on tegevuste kavandamine uute perioodide tööplaanidesse ja sisulised kommentaarid ja ettepanekud aasta-ülevaate juurde järgmistele juhtimistasanditele.

Kuigi ennetustegevused planeeritakse erinevate arengukavade tegevustena, teeb rakkerühm ettepaneku esitada vigastuste olukorra kohta järgneva 5 aasta vältel üldine tervikaruanne Vabariigi Valitsusele eraldiseisva dokumendina, mitte ühegi olemasoleva arengukava aruande lisana. Dokumendi eesmärk on anda horisontaalne ülevaade vigastuste olukorrast, mis täiendab erinevate arengukavade aruandeid, võimaldada seada ennetusprioriteete erinevate vigastuste või nende riskitegurite vahel ja hoida tähelepanu all erinevaid vigastusi mõjutavaid nn läbivaid teemasid ning tuvastada katteta olulisi tegevusi. Mõne olemasoleva arengukava lisana esitatava aruande puhul oleks risk, et kaetav teema liialt lai ja tähelepanu hajuks.

3. Tegevuste rakendamise ja eesmärkide saavutamise jälgimine

VV tegevusprogrammi, arengukavade ja tööplaanide tegevuste elluviimist ja eesmarke jälgivad vastutavad ministeeriumid ning Riigikantselei strateegiabüroo.

Sotsiaalministeerium vigastuste ennetuse tervikülevaate eest vastutavana võtab üldise koordineeriva rolli, jälgides vigastuste ennetuse tegevuste kavandamist strateegilistesse dokumentidesse ja tegevuste elluviimist.

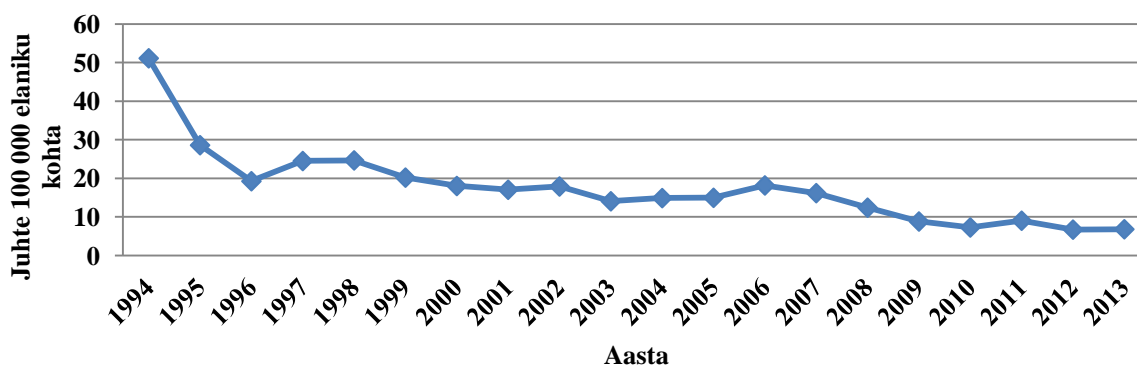
4. OLUKORRA KIRJELDUS VÄLISPÕHJUSTE KAUPA KOOS ETTEPANEKUTEGA

4.1. Liiklusvigastused

4.1.1. Olukord

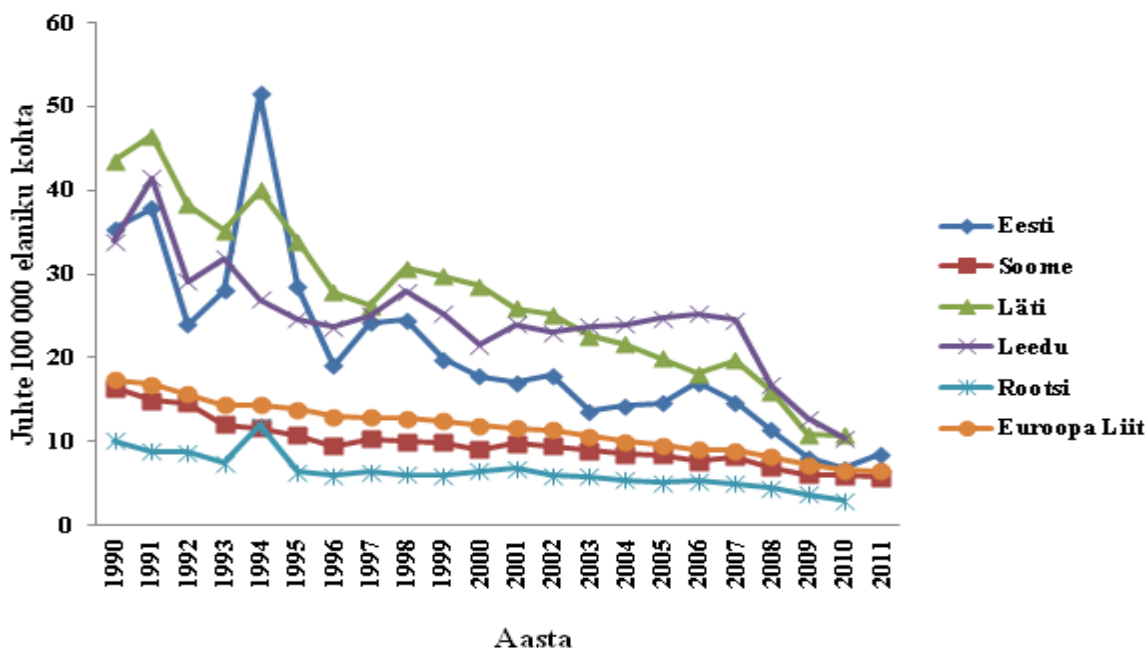
Alates 1990ndatest aastatest on Eestis suurem liiklusvigastuste tagajärjel jõudsalt vähenenud. (joonis 10). Samas, RLOP-is eesmärgina püstitatud kolme aasta keskmisena mitte rohkem kui 75 hukkunut, on saavutamata.

Joonis 10. Eestis liiklusvigastuste tagajärjel hukkunud perioodil 1994–2013



Allikas: Statistikaamet

Joonis 11. Liiklusvigastuste tagajärjel hukkunud 100 000 elaniku kohta perioodil 1990–2011 – Eesti võrdluses naaberriikide ja Euroopa Liiduga



Allikas: WHO European Health for All andmebaas

2013. aastal hukkus liikluses 90 inimest – 61 meest ja 29 naist.⁴ Hukkunutest kaks olid alla 14-aastased (Statistikaameti andmetel). Liiklusvigastustes hukkunute osas ei saa välja tuua kindlat vanusmuutrit, kuid suurem osa hukkunutest on mehed (lisa 5).

Suremus liiklusvigastuste tagajärjel Eestis läheneb EL-i keskmisele näitajale ja on madalam kui Lätis ja Leedus, kuid on ligi kahekordselt kõrgem kui Rootsis (joonis 11).

Oluline on see, et 37% liiklusvigastuste läbi hukkunutest oli 2013. aastal alkoholihoobes (5. ptk, tabel 9).

Liikluses vigastatute osas on RLOP-is seatud eesmärgiks, et vigastatute arv ei ületa 2013–2015 aastate keskmise väärtusena 1500 juhtu aastas. Samas, 2013. aastal vajas liiklusvigastuste tõttu arstiabi 6455 inimest (1,5 raviarvet inimese kohta). Ravikulu oli kokku 1 958 988 eurot. Raviarve keskmine suurus oli 207 eurot, kulu ühe inimese kohta 303 eurot (EHK andmetel). Kõige enam vajasisid 2013. aastal liiklusvigastuste tõttu arstiabi 10–29-aastased mehed (lisa 5).

Kõige enam nii surmasid kui ka vigastushaigestumust põhjustavad kokkupõrge liikuvate mootorsõidukite vahel, mootorsõiduki kokkupõrge jalakäijaga ja ühesõidukiõnnetus (lisa 5).

Fakt, et inimene on saanud liiklusõnnetuses vigastada, ei anna olulist sisendit ennetustegevuste planeerimiseks. Praegu kasutatavate andmete põhjal ei saa MNT teada, kas tegemist on vaid verevalumiga või on inimene vajanud haiglaravi. Ühtlasi puudub võimalus sisulisemate analüüside koostamiseks, mis võimaldaks vigastatud isikuid seostada ka sõidukiliigi, õnnetuskoha ja -põhjuste kaupa. Seetõttu on lisaks üldisele teabele raskelt vigastatud isikute kohta vaja teada saada konkreetse raskel vigastada saanud isiku seos liiklusõnnetusega. Selle probleemi lahendamise näeb ette ka RLOP-i 2003–2015 III etapi rakendusplaan aastateks 2012–2015, mille punkti C 1.6 kohaselt peab 2015. aasta lõpuks saama Eestis määrata vigastuste raskusastet. Sellest lähtuvalt tuleb tulevikus korrigeerida ka indikaatorit – liikluses vigastada saanute asemel tuleb kasutada raskelt vigastada saanute arvu.

Raudteeohutus

Kuni uute rongide tulekuni 2013.aasta 1. juulil toimus aastas keskmiselt raudteel 4–5 rongi kokkupõrget mootorsõidukiga ja 12–13 rongi otsasõitu jalakäijale. Kui 2013. aastal hukkus raudteeõnnetuste tagajärjel 4 inimest ja vigastada sai 4, siis 2014. aasta kolme kvartali jooksul on surma saanud 9 ja vigastada 18 inimest (TJA andmetel).

Enamik rongi ja mootorsõiduki kokkupõrgetest toimub reguleeritud ülesõitudel, kus mootorsõidukite liiklussagedus on reeglina suurem kui reguleerimata ülesõitudel. Otsasõidud jalakäijatele leiavad sagedamini aset väljaspool ametlikke raudteeülekäike. Jalakäijad satuvad läheneva rongi ette enamasti seetõttu, et ei pane rongi tähele. Tähelepanematust soodustab sageli jalakäija joobeseisund. Vahel on kahtlustatud ka jalakäija enesetapusoovi.

MNT-l ja TJA-l on juba valmis tegevusplaan raudteeohutuse osas olukorra parendamiseks. Antud tegevusplaani aluseks on TJA ja MNT poolt läbi viidud samatasandiliste raudteeülesõidukohtade seisundi analüüs ning kehtiva õigusraamistiku võrdlus Skandinaavia vastavate praktikatega.

Rongide ja raudteetaristu uuendamisest tingitud rongide kiiruse kasvu tõttu tuleb senisest veelgi suuremat tähelepanu pöörata raudtee ja sõiduteede ristumistee ohutusele. Täiendavate

⁴ Tervisevaldkonna ja MNT poolt kajastatavad liiklusvigastusi puudutavad andmed erinevad üksteisest, kuna MNT loeb liiklusvigastuste tagajärjel hukkunuks siis, kui inimene sureb pärast liiklusõnnetust 30 päeva jooksul.

meetmetena nähakse ennekõike sõidukijuhi tähelepanu suurendamist vahetult enne raudteeülesõidukohta, selleks on vajalik:

- mootorsõiduki juhi jaoks peab olema aeg raudtee fooritulede süttimisest kuni rongi saabumiseni võimalikult ühetaoline ning ei tohiks ületada 2–3 minutit. See suurendab mootorsõidukijuhtide usaldust neile antava signaali vastu ning vähendab olukordi, kus raudteed ületatakse keelava fooritulega, arvates et tuled on süttinud ekslikult;
- raudtee ristumised põhi- ja tugimaanteed ning suure liiklusega linnatänavatega tuleb varustada tõkkepuudega;
- kasutada kiirust piiravad meetmeid teel liiklejatele nendel raudteeülesõidukohtadel, kus käesoleval hetkel on võimalik kiirust vähendamata raudteed ületada;
- kasutada raudtee ristteedel jätkuvalt mootorsõidukijuhtide tähelepanu tõstvaid meetmeid (näiteks reljeefset teekattemärgistust);
- jätkata olemasolevate raudteeületuskohtade turvavarustuse parendamist vastavalt avaliku raudteeinfrastruktuuri valdaja kavadele;
- uuendada olemasolevate ületuskohtade ohuhinnanguid ja lähtuvalt vajadusest täiendada turvavarustust.

4.1.2. Probleemid

4.1.2.1. Andmeid liiklusõnnetuste kohta kogub värteo või kriminaalmenetluse käigus PPA. Liiklusõnnetuste arvestust peavad liikluskindlustusega tegelev kindlustusandja, Eesti Liikluskindlustuse Fond (LKF), PPA ja MNT. Kõikidel eelpool loetletud arvestuse pidajatel on oma andmekogud ning andmete edastamine MNT-le toimub elektroonselt. Maanteeameti uus andmekogu MALIS ei ole korrektselt tööle hakanud ja andmete ülekandumisel tekivad tehnilised tõrked.

4.1.2.2. Reeglina tekivad liiklusvigastused mitme riskifaktori ebasoodsa koosmõju tulemusel. Riskifaktorite mõju vähendamiseks on vajalik need tuvastada. Mida raskemate tagajärgedega liiklusõnnetus oli, seda olulisem on nende kordumise vältimine ja seda detailsemalt on vajalik tuvastada liiklusvigastusteni viinud riskifaktorid. Hetkel kogutakse nii hukkunute kui ka vigastatutega liiklusõnnetuste kohta sarnase detailsusega infot. Erandiks on Harjumaa, kus tegutsev raskete liiklusõnnetuste uurimise komisjon kogub hukkunutega või enama kui viie vigastatuga lõppenud liiklusõnnetuste kohta oluliselt üksikasjalikumat teavet ning teeb sellele tuginedes ettepanekuid liiklusohutuse parandamiseks. Vajalik on tagada detailsete andmete kogumine hukkunutega lõppenud liiklusõnnetuste kohta kogu Eesti ulatuses.

4.1.2.3. Euroopas on ainult kolm riiki, kes liiklusvigastuste raskusastet ei erista – Soome, Itaalia ja Eesti. Eestis arvestatakse nii kerge kui raske liiklusvigastusega lõppenud liiklusõnnetusi liiklusohutusosalastes tegevustes sama kaaluga. Näiteks ei ole võimalik eristada juhtumeid, mis lõppesid verevalumitega juhtumitest, mille tagajärjel inimene püsivalt töövõime kaotas. See omakorda takistab liiklusohutusosalaste tegevuste eesmärgipärast planeerimist ning tulemuslikkuse hindamist. Näiteks loetakse teelõiku, kus toimus kolm kerge vigastusega lõppenud liiklusõnnetust ohtlikumaks kui lõiku kus toimus kaks raske vigastusega lõppenud liiklusõnnetust ning liiklusohutlike kohtade ümberehitamisel eelistatakse esimest. Liiklusohutusosalaste tegevuste efektiivseks planeerimiseks on vajalik liiklusvigastuste raskusastet eristada.

Esmase lahendusena on piisav, kui raskusastet eristatakse sõltuvalt kannatanu haiglas viibimise ajast. Euroopas levinud praktika põhjal (kasutavad ligikaudu pooled EL-i riigid) loetakse vigastust raskeks, kui kannatanu viibis haiglas üle 24h. Nii siseriiklike vajaduste kui ka Euroopa Komisjoni suuniste järgimiseks on siiski vajalik ka vigastuste raskusastme

eristamine tuginedes AIS-i (*abbreviated injury scale*) kodeerimissüsteemile. Eesmärgiks on seatud korraldada infovahetus viisil, kust MNT edastab SoM-i liiklusõnnetuses vigastada saanud isiku isikukoodi ning SoM väljastab vastuse, kas a) isik viibis haiglas üle 24h, b) milline oli vigastuste raskusaste (suurim isikule AIS süsteemis määratud vigastuste raskusaste). Infovahetust haiglaravi kestvusel tuginevaks raskusastme eristamiseks alustatakse 2014. aasta lõpus ning AIS-i süsteemist lähtuvas osas alustatakse hiljemalt 2016. aastal.

4.1.2.4. Liiklusõnnetuste kahjude hindamisel peab arvesse võtma, et peale inimkannatanute tekib ka märkimisväärne varaline kahju. Ainult varakahjudega seotud liiklusõnnetuste infot on Eestis vähe ära kasutatud. Selle kasutamine aitaks piiratud andmete olukorras vigastatutega liiklusõnnetuste ennetamist paremini planeerida. Lisaks on mõistlik tegeleda ka varakahjuga liiklusõnnetuste ennetamisega, kuna neis tekib ühiskonnale märkimisväärne kahju. Liikluskindlustuse juhtumiks liigitunud varakahjuga liiklusõnnetuste kohta kogutakse LKF-i hallatavasse liikluskindlustuse registrisse.

4.1.2.5. Liiklusohutusala tegevust on koordineeritud rahvusliku liiklusohutusprogrammiga. Riiklikul tasandil toimib hästi MNT ja PPA koostöö. See väljendub näiteks tegevuste koordineerimises. On oluline, et ennetustegevused ja -kampaaniad on seotud järelevalve ja selle korraldamisega. Samas selgus rakkerühma töö käigus, et ebapiisav on riikliku ja KOV tasandi koostöö ja infovahetus. Näiteks MNT-l on ebapiisavalt üksikasjalikku ülevaadet KOV-ide liiklusalastest probleemidest ning tegevustest. KOV-idel jääb vajaka nende territooriumil juhtunud liiklusõnnetuste detailidest ja see pärsib kohalikul tasandil läbiviidavat ennetustööd.

4.1.2.6. Juhtimisõiguse saamiseks peab juhil olema kehtiv tervisetõend. Hetkel teostatakse tervisetõendite väljastamise üle kontrolli ainult juhul, kui selle kohta kaebus esitatakse. Kui tervisetõend väljastatakse ebaõigetel alustel, ei ole ei arstid ega ka tervisetõendi saaja menetsluse alustamisest huvitatud ning kontrollimehhanism ei käivitu. On vaja tekitada olukord, kus tervisetõendeid väljastavate isikute sisulise tegevuse üle rakendatakse pidevat kontrolli (kontrollimehhanism käivituks tervisetõendite väljastamisega seotud statistiliste näitajate hälbimise korral ning eraldi rakendatakse pistelist kontrolli).

Samuti pole Eestis süsteemi, mille puhul oleks võimalik kehtiv tervisetõend peatada, kui inimese tervises seisund halveneb selliselt, et ta ei ole võimeline pikema perioodi jooksul sõidukit juhtima.

4.1.2.7. Autokoolide õpetamise kvaliteedi kohta uuringuid pole. Autokoolide poolt antava hariduse kvaliteet on ebaühtlane. Mõned koolid panustavad ohutuse teema õpetamisesse oluliselt, teised mitte eriti. MNT-l tuleb tõhustada autokoolide õppekavadesisulist kontrolli.

4.1.3. Ettepanekud ja edasised tegevused

Rakkerühmas arutati oli üheks sisendiks RLOP-i 2016–2025 väljatöötamiseks.

Rakkerühma arutelu tulemusena tehti RLOP-i rakendamiseks järgnevad ettepanekud:

Tuleb eraldi tähelepanu pöörata teatud riskigruppide liikluskäitumisele (vanemaealised, lapsed, jalakäijad ja jalgratturid, muukeelsed) erinevate teemade – kiirus, joobes juhtimine, kõrvalised tegevused roolis, enda nähtavaks tegemine, sõidutee ületamine – raames neile asjakohaseid ja mõjusaid tegevusi läbi viia.

Tervikliku pildi saamiseks liiklusõnnetuste kahjustest tuleb hõlmata analüüsidesse ja ülevaadetesse nii kahjud elule ja tervisele kui ka varale.

Liikluse rahustamise meetmena on kindlasti jätkuvalt oluline järelevalve. Seal hulgas alkoholi mõju all sõidukit juhtivate isikute väljaselgitamine, nende liiklusest kõrvaldamine ning seega ka nende osalusel toimunud liiklusõnnetuste vähendamine. Analüüsipõhise patrullitöö olulisus on fookuses ka siseturvalisuse arengukavas (STAK-is). Samuti on oluline elanike kaasatus liiklusohutuse tagamisse.

Tabel 2. Ettepanekud olukorra parendamiseks liiklusvigastuste ennetamise osas

Tegevus	Edasised tegevused/vastutaja	Tähtaeg
Vanemaeliste, noorte (16–25-aastaste) ja muukeelsete liiklejate riskikäitumise mõjutamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Jalakäijate ja jalgratturite vöötrajal käitumise mõjutamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Juhised tavainimesele joobes juhi või potentsiaalse joobes juhi märkamise korral käitumiseks.	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Kontrolli tõhustamine autokoolide õppekvaliteedi üle	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Varakahjudega liiklusõnnetuste info kasutamine ennetustegevuste planeerimisel	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Riigi ja KOV tasandi vahelise infovahetuse ja ennetusalase koostöö parendamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Raskete liiklusõnnetuste uurimise komisjoni tegevuse laiendamine üle Eesti	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks	2015
Vigastatutega liiklusõnnetuste kohta kogutavate andmete kvaliteedi tõstmine	MNT, PPA	2015
Liiklusvigastuste raskusastme määramine ja sellekohase andmevahetuse	MKM, MNT, SoM	2015

alustamine		
Liiklusjärelvalve tõhustamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks Antud teema on ka üheks STAK-i fookuseks	2015
Võimaluse loomine korduvliiklusrikkujate suunamiseks senisest enam haridus- või sotsiaalprogrammi	PPA algatas 2014.aastal pilootprojekti, kus motiveeritakse liiklusrikkumistelt tabatud isikuid minema haridus- või sotsiaalprogrammi. Pärast pilootprojekti lõppemist 2015. aasta lõpus ja selle mõju hinnangu tulemuse alusel on eelduslikult kavas laiendada vastava metoodika kasutuselevõttu kogu Eestis	2015
Lua süsteem, mille abil oleks võimalik sõidukijuhtide tervisetõendi kehtivus peatada ning väljastada juhtimisõigust mittelubav tervisetõend, kui tuvastatakse liiklusohulik terviserike. Samuti on vajalik rutiinsete kontrollide teostamine tervisetõendite väljastajate üle	SoM, MKM, MNT	2015

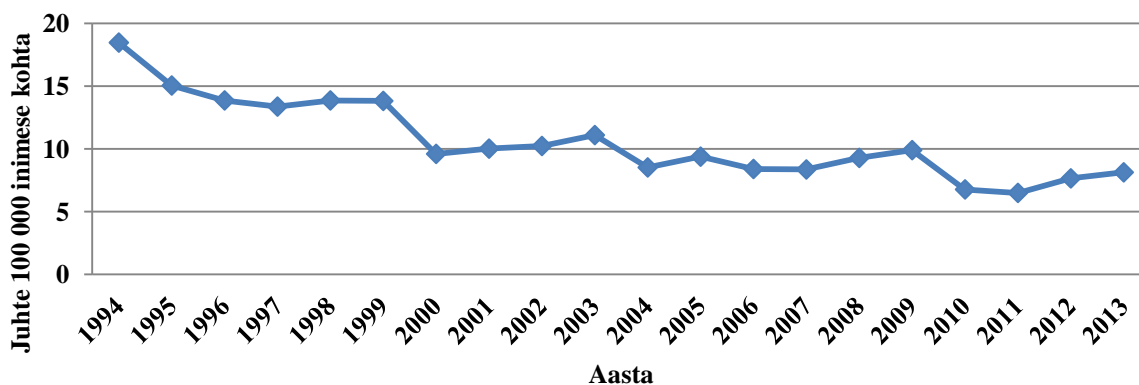
4.2. Juhuslikud kukkumised ning vigastused mehaanilise jõu toimetel

4.2.1. Olukord

2013. aastal suri Eestis kukkumiste tagajärjel 107 inimest – 82 meest ja 25 naist. Hukkunutest kaks olid alla 14-aastased (Statistikaameti andmetel).

Kukkumissurmade osas toimus oluline langus 1990ndatest 2000. aastani, kuid pärast seda on püsinud väikeste kõikumistega samal tasemel (joonis 12).

Joonis 12. Kukkumistest põhjustatud surmad perioodil 2004–2013



Allikas: Statistikaamet

Kõige enam kukkumissurmasid on seotud hoonelt, läbi hoone või ehitise kukkumisega. Sellesse kategooriasse lähevad näiteks ka röödult kukkumised.

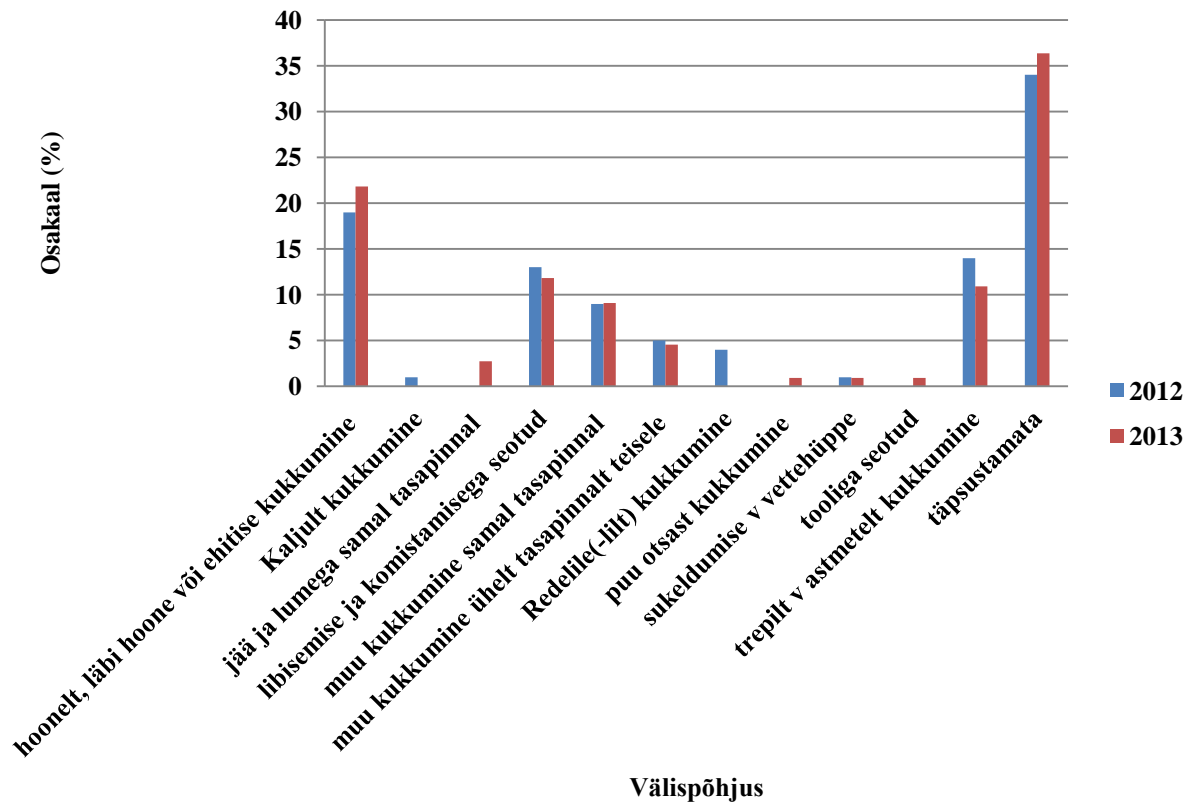
Kahetsusväärne on see, et ligi kolmandiku kukkumissurmade puhul jääb põhjus tuvastamata või registreerimata (joonis 13). Samuti pole midagi teada riskiteguritest, mis kukkumisele kaasa aitavad. On vaid teada, et ligi kolmandik surnuks kukkunutest olid alkoholi juures (5. ptk, tabel 9). Siinkohal jääb küsimusena õhku see, kui suurt rolli mängisid kukkumiste juures näiteks hoonete ehituslikud vead ja ohutusnõuete eiramine (näiteks trepi käsipuude puudumine).

Kukkumise tagajärjel surid 2013. aastal kõige enam 50–69-aastased ning 75–79-aastased mehed ja 85- ja vanemad naised (lisa 6).

Kukkumise tagajärjel vajas 2013. aastal arstiabi 72 199 inimest (36 395 naist ja 35 804 meest). Kukkumiste ravi kogukulu EHK-le oli 15 896 366 eurot. Raviarve keskmine suurus oli 147 eurot, kulu ühe inimese kohta 222 eurot (EHK andmed). Kõige suurem ravikulu oli seotud jää ja lumega ning samal tasapinnal libisemise ja komistamisega seotud kukkumisega. Kõige suuremad kulud olid antud kategooriates seotud üle 65-aastaste raviga (lisa 6).

EHK 2013. aasta raviandmetest selgus, et jää ja lumega seotud kukkumised leidsid 59% juhtudest aset tänaval ja maanteel (võrdluseks – 19% juhtudest oli seotud koduse keskkonnaga ja kõigi muude (teeninduspiirkonna, administratiivpiirkonna, spordiasutuste) tähtsus jääb eraldi võttes alla 10%).

Joonis 13. Kukkumised surmapõhjusena perioodil 2012–2013



Allikas: Surma põhjuste register

Mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastused

Mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastused on kukkumiste järel vigastushaigestumuse ravikoormuse põhjustajana teisel kohal. Sellesse kategooriasse kuuluvad nii eluta kui elusa mehaanilise jõu toimel – näiteks terariistade, kukkuvate esemete, koerahammustuse – tagajärjel tekkinud vigastused⁵.

Antud kategooria on tekkepõhjustelt ja riskitegurite poolest kirju. Kui koerahammustuste ja näiteks teise isiku poolt tekitatud kehaliste vigastuste korral saame rääkida vägivallast ja selle ennetamisest, siis mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste taga on tihti kodune keskkond ja sealsed riskid.

2013. aastal vajas eluta mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste tõttu arstiabi 52 573 inimest (1,3 raviarvet inimese kohta). Ravikulu kokku oli ca 3,3 miljonit eurot. Elusolendi mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste tõttu vajas 2013. aastal arstiabi 9966 inimest (1,3 raviarvet inimese kohta) ning vastavad ravikulud olid kokku 562 870 eurot (EHK andmetel).

Kõige enam vajasisid eluta mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste tõttu ravi 10–14-aastased lapsed.

Eluta mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste mehhanismidest olid sagedasemad järgnevad:

⁵ RHK-10 klassifikaator.

<http://rhk.sm.ee/>

- löök vastu muid esemeid või nendega;
- visatud, heidetud või kukkuvat eseme löök;
- suletus, purustus, kokkusurumine või pitsumine esemete sees või vahel;
- löök vastu spordivarustust või sellega (detailsemad andmed on toodud lisas 6).

Elusa mehaanilise jõu toimetel tekkinud vigastuste tõttu vajasisid 2013. aastal kõige enam ravi kuni 14-aastased lapsed.

Elusa mehaanilise jõu toimetel tekkinud vigastuste mehhanismidest olid sagedasemad järgnevad:

- löödud, väänatud, hammustatud või kriimustatud teise isiku poolt;
- mittemürgiste putukate või muude lüljalgsete hammustus ja nõelamine;
- koerahammustus või –löök (detailsemad andmed on toodud lisas 6).

Tööõnnetused

Tööinspektsiooni (TI) andmetel toimus 2013. aastal 4180 tööõnnetust, millest 3385 juhul said töötajad kerge kehavigastuse, 775 juhul raske kehavigastuse ning 20 tööõnnetust lõppes töötaja surmaga.

Kõigist tööõnnetustest on kukkumistega seotud 20% (17% tööõnnetustest on seotud samal tasapinnal kukkumisega, 3% on kõrgelt kukkumised). Kukkumisi on tööõnnetusena registreeritud kõige rohkem riigikaitse ja avaliku teenistuse valdkonnas. Kõigist tööõnnetustest moodustavad kukkumised kõige suurema osakaalu hariduse valdkonnas. Näiteks ehituses, kus toimub kõige rohkem raske kehavigastusega lõppenud tööõnnetusi, on samuti kolmandik juhtumitest seotud töötaja kukkumisega (TI andmetel).

2013. aastal Eestis juhtunud 4180-st tööõnnetusest oli 722 tingitud samal tasapinnal libisemisest ja komistamisest (TI andmetel).

Andmed näitavad, et mida vanema töötajaga on tegemist, seda suurem on risk kukkumiseks. Statistika järgi kukuvad naised töö juures palju rohkem kui mehed (TI andmetel).

Seda, et kukkumiste tagajärjed on rängad, peegeldab see, et kukkumistest põhjustatud haiguslehest on 35% kestusega 1–3 kuud (TI andmetel).

Samas, tööõnnetuste valdkonnal on olemas kindel vastutaja – Tööinspektsioon. Tööõnnetuste ennetamiseks on kehtestatud mitmed nõuded, mille üle teeb järelevalvet samuti Tööinspektsioon. Tööõnnetuste ennetustele aitavad kaasa kehtestatud nõuded tööõnnetuse detailseks uurimiseks ja dokumenteerimiseks („Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ja uurimise kord“). Surmaga lõppenud tööõnnetuste uurimises osaleb nii PPA kui TI. Tööandja peab uurimistulemuste alusel kavandama ja rakendama abinõusid samalaadse tööõnnetuse kordumise vältimiseks.

Tööõnnetuste tõhusamaks ennetamiseks on oluline nii töötajate kui tööandjate teavitamine ning ka järelevalve korraldamine erinevate töökeskkondade üle. Kukkumiste vältimiseks töökeskkonnas on TI-l valminud infomaterjal

http://issuu.com/tooinspektsioon/docs/libisemine_ja_komistamine.

4.2.2. Probleemid

4.2.2.1. Kuigi igal aastal sureb juhusliku kukkumise tagajärjel üle 100 inimese, siis pole teada, mis riskitegurid sellele kaasa aitavad. Hetkel jääb ligi kolmandikul juhtudest tuvastamata või registreerimata ka surma põhjustanud kukkumise mehhanism. Siiani pole näiteks analüüsitud seda, kui suur osa hukkunutest on olnud alkoholi- või narkojoobes. Kuigi surma põhjuseks on kõige sagedamini hoonelt, läbi hoone või ehitise kukkumine, pole hetkel teada ka seda, kui võrd suureks probleemiks on näiteks ehituslikud vead või turvanõuete eiramine.

Sarnane olukord on ka kukkumistest tingitud haigestumuse osas. Kuigi statistika näitab, et suur osa kukkumistest on seotud jää ja lumega, siis pole selgust selles osas, kas põhjuseks on hooldamata tänavad ja teed. Siinkohal tooks välja, et 2012. aasta andmete järgi kuulus Eesti teedest ca 40% KOV-idele (tänavate osakaal 8%), 28% riigile ja era- ning metsateid oli 32% ulatuses⁶. Teeseaduses⁷ on kehtestatud järgnev: tee omanik korraldab tee seisundi kehtestatud seisundinõuetele vastavuse üle järelevalvet. Avalikult kasutatava tee omanik või teehoiu korraldamise eest vastutavaks määratud isik on kohustatud hoidma tee käesolevas seaduses ja selle alusel kehtestatud õigusaktidega sätestatud nõuetele vastavas seisundis. Teeseaduse alusel on kehtestatud tee seisundinõuded ja seda peavad järgima hooldustööde tegemisel kõik omanikud. KOV-ile kuuluvate teede hooldamiseks korraldavad KOV-id hanke, et leida parim hooldaja. Hooldajaga sõlmitavas lepingus on minimaalsed nõueteks määruses toodud nõuded, aga teatud osas saab KOV seada lisatingimusi.

Majandus- ja kommunikatsiooniministri määrusega „Tee seisundinõuded“⁸ on kehtestatud tänavate-teede talihoolduse nõuded. Kuna seaduste-määrustega on tänavate hooldus reguleeritud, siis vajab analüüsimist, mis on selle põhjuseks, et ohtralt kukkumisi aset leiab – kas kehtestatud minimaalsed hooldusnõuded on puudulikud või jääb vajaka järelevalvest.

4.2.2.2. EHK raviarvetest tulenevate andmete analüüsimisel selgus, et suur ravikoormus tuleb just eakate kukkumise ravist. Osalt juba ka seetõttu, et eakate ravi võtab palju ressursi ning vigastustest taastumine on aeglasem. Samas ei panustata hetkel üle-riigiliselt ühtmoodi eakate vigastuste, eelkõige olmevigastuste ennetamisesse.

4.2.2.3. Lisaks kukkumistele saavad nii eakad kui lapsed vigastusi mitmete mehhanismide läbi just kodus keskkonnas. Hetkel tehakse koduste riskide hindamist ja nende riskide vähendamiseks nõustamist osas maakondades tervisedenduse ja traumameeskondade poolt. EHK on koostanud vigastuste ennetamise teemal infomaterjale, kuid varem (küll väljaspool Eestit) läbi viidud uuringutes on näidatud, et ainult buklettide jagamisest vigastuste ennetamiseks ei piisa^{9 10}.

4.2.3. Ettepanekud ja edasised tegevused

Selleks, et kukkumiste osas ennetust planeerida, on kindlasti vaja esmajärjekorras kukkumiste asjaolud välja selgitada (analoogiliselt liikluses hukkunute analüüsile). Siinkohal tuleks eraldi

⁶ Transpordi arengukava. Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, 2013.

⁷ Teeseadus. RT I, 29.06.2014, 78.

⁸ Tee seisundinõuded. RT I, 11.08.2011, 2.

⁹ Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, *et al.* Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid Based Child Health*, 2013, 8:761–939.

¹⁰ Chandran A, Khan UR, Zia N, *et al.* Disseminating childhood home injury risk reduction information in Pakistan: results from a community-based pilot study. *Int J Environ Res Public Health*, 2013, 15;10:1113–24.

tähelepanu pöörata ka sellele, kui suur koormus kukkumiste tõttu suremusest ja haigestumisest tuleneb ehitiste nõuetele mitte vastavusest/ohutusnõuete rikkumisest.

Oluline on pöörata senisest enam tähelepanu eakate vigastuste vältimisele. Kukkumiste ennetamiseks on vajalik nii eakate kehalise aktiivsuse tõstmine, abivahendite kasutamise, tervisliku üldseisundi ja sellega koos vigastuste tekke riski hindamine.

Kukkumiste ennetamist tuleks alustada juba lastest. Piisava kehalise aktiivsuse tagamisel ja näiteks teatud tasakaaluharjutuste abil on võimalik vähendada nii kukkumiste riski kui ka kukkumise tagajärgi. Sestap tuleks propageerida lasteaias liikumist ja eelkõige liikumist vabas õhus. Samuti tuleb analüüsida üldhariduskooli kehalise kasvatuse ainekava sisu vigastuste ennetamisest lähtuvalt.

Rakkerühma arutelu käigus tuli ka välja, et praegu pole tõhusaid meetmeid vigastuste ennetamiseks KOV-ide hallatavatel mänguväljakutel (va mänguvälja varustusele ja pinnasele kehtestatud nõuded) ja rulaparkides. Üheks võimaluseks oleks isikukaitsevahendite kasutamise propageerimine noorte seas (näiteks noortekeskuste abi kasutades).

Koduste vigastuste ennetamiseks tuleb luua ühtne metoodika koduste riskide hindamiseks, mida saaksid kasutada nii maakondlikud tervisedendajad, sotsiaaltöötajad, lastekaitsetöötajad kui potentsiaalselt ka pereõed. Seeläbi oleks võimalik muu hulgas vähendada ka nii laste kui eakate kukkumise riski.

Tabel 3. Ettepanekud olukorra parendamiseks kukkumiste ning mehaanilise jõu toimel tekkinud vigastuste ennetamise osas

Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Surmaga päädinud kukkumiste asjaolude väljaselgitamine	SoM, partnerina kaasata TJA, kes vastutab ehitiste ohutuse eest	Läbirääkimised algavad 2015. aastal
Propageerida lasteaias liikumist ja eelkõige liikumist vabas õhus	HTM, TAI (tervist edendavate lasteaedade võrgustiku kaudu)	
Analüüsida üldhariduskooli kehalise kasvatuse ainekava sisu vigastuste ennetamisest lähtuvalt	HTM koostöös partneritega Dokumendis „Eesti spordipoliitika põhialused aastani 2030“ on samuti tehtud ettepanek kehalise kasvatuse sisu muutmiseks	
Luua ühtne metoodika koduste riskide hindamiseks, mida saaksid kasutada nii maakondlikud traumameeskonnad, sotsiaaltöötajad, lastekaitsetöötajad kui potentsiaalselt ka pereõed Luua virtuaalne keskkond, kus inimestel oleks võimalik oma koduseid riske hinnata välja töötatud metoodika alusel	SoM	2016

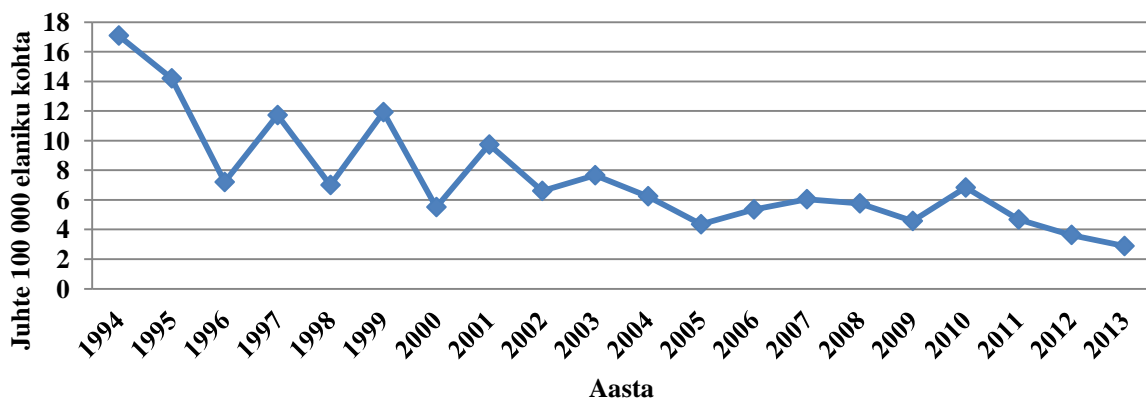
Teadvustada vajadust eakate kehalise aktiivsuse tõstmiseks, sh abivahendite kasutamise propageerimine	SoM (sisendiks sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava rakendusplaani)	2016
Analüüsida, mis on selle põhjuseks, et jää ja libedaga tänavatel ohtralt kukkumisi aset leiab – kas kehtestatud minimaalsed hooldusnõuded on puudulikud või jääb vajaka järelvalvest	MKM, MNT, EMOL, ELL	2015
Kavandada turvalisuse tõhustamist mänguväljakutel ja rulaparkides, seal hulgas propageerida isikukaitsevahendite kasutamist noorte seas (näiteks noortekeskuste abi kasutades)	ELL, EMOL, HTM	

4.3. Uppumine ja lämbumine

4.3.1. Olukord

2013. aastal suri Eestis uppumise tagajärjel 38 inimest – 26 meest ja 12 naist (Statistikaameti andmetel, surma põhjuste registri andmetel oli uppunuid 40¹¹). Uppunutest 4 olid alla 14-aastased lapsed (lisa 7). Võrreldes 1994. aastaga oli 2013. aastal uppumissurmasid ligikaudu kuus korda vähem, kuid samas pole see langus ühtlases trendis (joonis 14). Statistika näitab, et kuumadel suvedel sageneb ka uppumine. Nii suri 2010. aasta suvel uppumise tagajärjel 91 inimest. Uppumissurmasid on Eestis jätkuvalt ligikaudu kaks korda rohkem kui eeskujuks võetud Põhjamaades.

Joonis 14. Uppumistest tingitud surmad perioodil 1994–2013



Allikas: Statistikaamet

Sisekaitseakadeemia läbiviidud „Tule-, vee- ja liiklusohutuse alane uuring¹²“ toob peamiste veeõnnetustega seotud tegevustena välja ujumise, vettehüppamise, veesõidukiga sõitmise, laste mängimise veekogu ääres, sukeldumise, (nõrgal) jääl käimise ning muud ohud. 2013. aastal aset leidnud uppumissurmade asjaolud erinevad mõnevõrra uuringus toodud veeõnnetustele eelnevatest tegevustest. Tähelepanuväärne on, et ligi neljandik uppunutest leiti ujumisriietuses, ülejäänud üleriietes. Asjaolu viitab, et enamuse (ligikaudu 75%) uppumiste puhul ei olnud tegemist ujumiskavatsusega ning uppumiseni viisid muud tegurid. Lisaks paistis 2013. aasta silma suure lagunemisastmega/pikemalt vees olnud uppunute laipade leidmise (SiM-i operatiivstatistika andmetel).

Oluline on ka välja tuua, et üle poole uppunutest olid alkoholihoobes (5. ptk, tabel 9).

2013. aastal vajas uppumise tõttu (uppumissurmast päästetud) arstiabi 24 inimest, kusjuures 13 neist olid kuni 14-aastased lapsed. Keskmise raviarve suurus oli 352 eurot, kulu 1 inimese kohta 396 eurot. Ravikulu kokku 9503 eurot (EHK andmetel).

Muu juhusliku hingamisohustuse (näiteks maosisu või muude esemete sissehingamise) tõttu vajas 2013. aastal arstiabi 70 inimest (1,2 raviarvet inimese kohta). Ravikulu oli kokku 97 228

¹¹ Statistikaameti ja surma põhjuste registri vigastussurmasid puudutavad andmed erinevad kohati seetõttu, et Statistikaamet arvestab inimese elukohana rahvastikuregistrisse kantud aadressi, siis surma põhjuste registris arvestatakse inimese reaalselt elukohta.

¹² Tule-, vee- ja liiklusohutuse alane uuring, 2012.

https://www.siseministeerium.ee/public/SKA_ennetusalane_uuring.pdf

eurot. Keskmine raviarve suurus 1131 eurot, kulu ühe inimese kohta 1389 eurot (EHK andmetel). Muu juhusliku hingamisohustuse tõttu vajasisid arstiabi ülekaalukalt kõige rohkem 0–4-aastased lapsed (25 last, lisa 7).

4.3.1. Probleemid

4.3.2.1. WHO¹³ toob oluliste sekkumisena uppumiste ennetamisel esile ujumisõpetuse ning vetelpääste ning päästevahendite tagamise elanikkonnale.

Hetkel Eestis läbiviidav ujumise algõpe on tekitanud küsimusi, kas antud õpet viiakse läbi piisavas mahus ja kehtestatud õpipädevus on ikka piisav, et tagada ujumisoskus ka täiskasvanueas. Seetõttu on juba aastaid olnud üleval küsimus, kas ujumisõpet peaks kordama näiteks 5.–6. klassides. Hetkel on ujumise algõppe ainsa õpiesmärgina kehtestatud, et laps peab suutma ujuda 25 m, samas kui näiteks Norras rakendatava ujumisõppe eesmärk on, et laps oskab nii kõhuli kui selili ujuda 100 m ja lisaks suudab ka vee peal püsida. Laekunud tagasiside põhjal on ujumise algõpetuse läbiviimise kvaliteet, tundide arv ja metoodika nii maakondade kui ka koolide lõikes erinev.

Ujumise algõppe kursuse edukalt läbinute osakaal on küll protsentuaalselt suur (90% lastest läbib pärast kursust iseseisvalt basseinis 25 meetrit), kuid tuleb arvestada, et kui igal aastal jääb erinevatel põhjustel (haigused, vigastused, puudumised, KOV-ide vähene rahaline panus) ca 800 lapsel ca 12 000-st kursust täielikult või osaliselt läbimata, siis kui suur on tõenäosus, et täiskasvanuna on nende ujumisoskus rahuldaval tasemel. Võimaluse korral pakuvad koolid kursustel mitte osalenud lastele võimalust osaleda kursustel järgmistel aastatel, kuid erinevatel põhjustel on jätkuvalt lapsi, kes algklassis ujumise põhitõdesid täielikult ei omanda.

Ujumise algõppe programmi edukalt läbinute osakaal on küll protsentuaalselt suur, kuid tuleb arvestada, et kui igal aastal jääb mingitel põhjustel ca 800 lapsel programm edukalt läbimata, siis kui suur on tõenäosus, et täiskasvanuna on nende ujumisoskus rahuldaval tasemel. Programmi mitteläbinud lastele edasine ujumisõpetus kooliprogrammi raames puudub.

Kuigi ujumisõpe on algkooli õppekava osa, ei rahastata seda mitte läbi HTM-i, vaid täiendavalt läbi KuM-i. KOV-ides, kus pole ujulat koolides kohapeal või kooli läheduses, on lisakulud laste transpordile suuremad.

Kultuuriministeerium (KuM) on tellinud analüüsi ujumise algõppe programmi hindamiseks. Analüüs valmib 2014. aasta lõpuks.

4.3.2.2. Üle poole Eestis uppunutest on alkoholihoobes (alkoholiga seotud vigastusi on täpsemalt käsitletud peatükis 5).

4.3.2.3. Igal aastal upub mitmeid lapsi ning lisaks saab mitukümmend last uppumis- ning lämbumisohtu sattumise tõttu tervisekahjustusi. Siinkohal on ennetuse puhul oluline just lapsevanemate ja hooldajate poolne järelevalve ning koduse keskkonna ohutuse tagamine.

4.3.2.4. Mittelaevatavataval veekogudel ei ole kehtestatud veeohutuse osas mingeid nõudeid. PPA-l puuduvad hetkel ka ressursid siseveekogudel liiklevate kontrolliks. Seega pole näiteks ka teada, missugune trend on siseveekogudel liiklevate juhtide joobe osas.

¹³ Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done, 2006. World Health Organization

4.3.2.5. Jäätel, sõltumata sellest, kas merel on lahtine vesi või jää, lahendab alati sündmust PPA. Päästeameti ja muud ressursid kaasatakse vajadusel. Samas on PPA-l jäätel toimivatele hädaolukordadele reageerimise võimekus puudulik.

4.3.1. Ettepanekud ja edasised tegevused

KuM-i poolt tellitud ujumisõpet puudutava analüüsi alusel tuleb koos erinevate asjasse puutuvate ametkondadega (HTM, SiM, PÄA, SoM) otsustada, kas ja kuidas on vaja muuta ujumisõppe sisu, selle mahtu ning rahastamist kindlustamiseks kõigi õpilaste reaalne ujumisoskus.

Kuna üle poole täiskasvanud uppunutest on olnud joobes, siis tuleks tõhustada alkoholi liigtarvitamise alast ennetustööd. Seal hulgas jõudsamalt jätkata sõnumi levitamist – alkohol ja vesi ei kuulu kokku.

Laste uppumissurmade ja ka uppumisohtu sattumise juures on oluliseks teguriks vanemate poolne järelevalve. Seega tuleb jõulisemalt edastada sõnumit, et lapsed vajavad veekogu juures täiskasvanute järelevalvet. WHO soovitus on, et kodudes olevad veekogud võiksid olla tarastatud. Kuna Eestis esineb jätkuvalt juhte, kus lapsed upuvad just kodu territooriumil olevatesse veekogudesse, siis peab ka Eestis tõhusamalt vastavat sõnumit jagama (kui riiklikult ei kehtestata kodustele veekogudele ohutusnõudeid).

Uppumissurmade ennetamise koordineerija on eelkõige SiM. Rakkerühma töö käigus ilmnes ka mitmeid valdkondi, kus oleks võimalik viia läbi parendustegevusi. Erinevate veeohutusega seotud osapoolte koostöö edendamiseks kutsus SiM 2014. aasta märtsis kokku ümarlaua uppumissurmade vähendamise võimaluste aruteluks ja vastutusalade kokkuleppimiseks. Antud tööühma on kaasatud PPA, Päästeamet, Veeteede Amet (VA), MTÜ Selts Eesti Vetelpääste jt osapooled.

Tabel 4. Ettepanekud olukorra parendamiseks uppumiste ennetamise osas

Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Laste ujumise algõppe kvaliteedi hindamine, ühtse õpetamismetoodika väljaarendamine, sh ujumisoskuse mõiste defineerimine.	KuM on tellinud ujumisõpetuse sisu ja kvaliteedi hindamiseks analüüsi. Muudatused ujumisõppe sisu, mahu ning rahastamise osas tuleb teha antud analüüsi põhjal, kaasates seejuures kõiki asjassepuutuvaid osapooli	Analüüs valmib 2014. aasta lõpuks
Veeohutuse alases ennetustöös levitada jõudsamalt sõnumit – alkohol ja vesi ei kuulu kokku	SiM, PPA, Päästeamet, SoM, TAI	2015
Korrastada seadusandlust (meresõiduohutuse seadus veeseadus), leidmaks võimalusi	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise	2015

veeohutuse reguleerimiseks.	ümarlaua aruteluks	
VA-le andmeedastus veesõidukitega toimunud õnnetuste kohta	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks	Jooksev tegevus
Veeliiklust puudutavate hädaabikõnede menetlemine ja abi korraldamine kiirema abi põhimõttel (sh päästeseaduse muutmine)	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks	2015
Inimeste teadlikkuse parandamine talviste veeohtude osas	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks	Ümarlaual arutamiseks 2015
Mitteametlike ujumiskohtade riskide kaardistus kaasates KOV- e ja regionaalseid kriisikomisjone. Vastav info edastada PÄA-le (suurendades seeläbi reageerimiskiirust)	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks	2015, hilisem perioodiline uuendamine

4.4. Tulekahjud, põletused ja külmumised

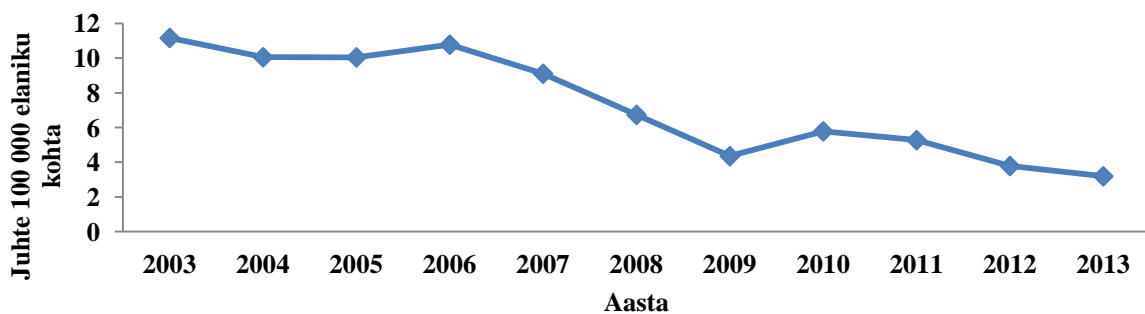
4.4.1. Olukord

Käesolevas peatükis käsitletakse suitsu, tule ja leekide toimel tekkinud surmade ja vigastushaigestumuse kõrval ka kuumuse ja tuliste esemetega kokkupuutest tekkinud tervisekahjusid.

Eestis on küll olukord tulekahjudes hukkunute osas oluliselt paranenud (joonis 15), kuid edukamate riikidega võrreldes on meil siiski veel arenguruumi. Kui Eestis oli 2013. aastal 100 000 elaniku kohta 3,2 surmajuhtu, siis Soomes on vastav näitaja 1,5, Taanis 1,2, Rootsis 1,1 ja Norras 0,8 (PäA andmetel).

PäA strateegia¹⁴ kohaselt on eesmärk aastaks 2025 jõuda hukkunute arvus Põhjamaade tasemele, mille kohaselt aastas oleks tulekahjus hukkunuid vähem kui 12. Sellele aitab kaasa nii järjepidev ennetustöö, vabatahtlike kaasamine kui ka kiire reageerimine päästesündmustele ja kannatanuni jõudmine. Muuhulgas on plaanis järjest suurendada komandode tööaja osakaalu ennetustegevuste läbiviimiseks.

Joonis 15. Tulekahjudes hukkunud perioodil 2003–2013



Allikas: Statistikaamet

2013. aastal hukkus suitsu, tule ja leekide toimel 42 inimest – 29 meest ja 13 naist. Vanuseline jaotuvus on detailselt toodud lisa 8.

Hukkunute arvu on varasemate aastate andmete põhjal enim mõjutanud just külmade (talve)kuude (jaanuar, veebruar, märts, november ja detsember) statistilised näitajad, mil hukkunute arv moodustab aasta koguarvust 60–65%. 2013. aastal tulekahjudes hukkunutest hukkus eluhoonete põlengutes 77%. Pooled hukkunuga tulekahjudest olid põhjustatud hooletusest suitsetamisel, ligi viiendikul juhtumitest sai tulekahju alguse hooletust küünla põletamisest ning üksikutel juhtudel ka hooletusest elektriseadmete kasutamisel. Väärib märkimist, et valdavalt (74% juhtudest) ei olnud hukkunuga tulekahjude puhul eluhoonesse paigaldatud töökorras suitsuandurit.¹⁵

Ka tulesurmade puhul on alkoholi liigtarvitamine üks olulisemaid probleeme. Kui Statistikaameti andmetel hukkus tulekahjudes 2013. aastal 42 inimest (surma põhjuste registri andmetel 44 inimest), siis nendest olid alkoholijoobes 69%.

¹⁴ Päästeameti strateegia 2015–2015.

<http://www.paasteamet.ee/et/paasteamet/organisatsioon/strateegia.html>

2013. aastal vajas suitsu, tule ja leekide toimetel tekkinud vigastuste tõttu arstiabi 437 inimest (1,7 raviarvet inimese kohta). Ravikulu oli kokku 375 419 eurot. Keskmine raviarve suurus oli 506 eurot, kulu ühe inimese kohta 859 eurot (EHK andmetel).

2013. aastal vajasid suitsu, tule ja leekide toimetel tekkinud vigastuste tõttu arstiabi kõige rohkem 25–29-aastased mehed (lisa 8).

Lisaks tervisekahjudele on väga suur ka varaline kahju, mis 2013.aastal oli tulekahju kohta keskmiselt 8344 eurot (PäA andmetel).

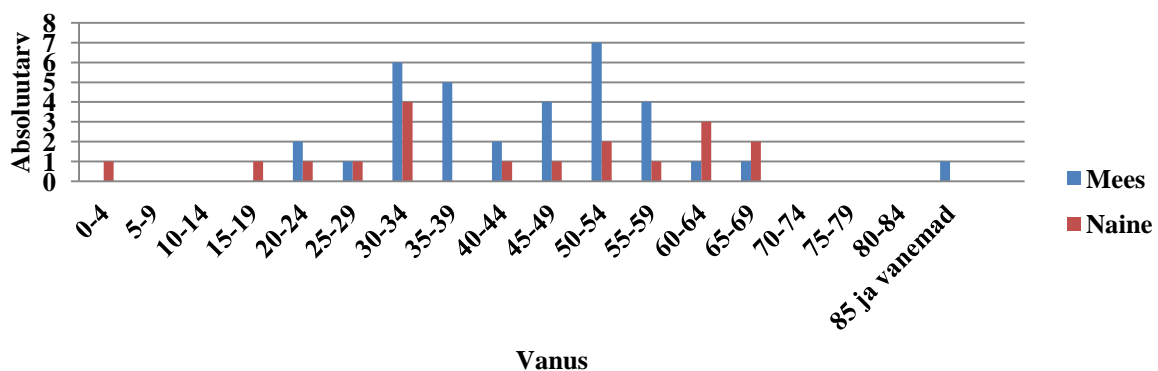
Kuumuse ja tuliste esemetega kokkupuute tagajärjel tekkinud vigastuste hulka loetakse näiteks tuliste jookide, muude vedelike ja küttekehadega kokkupuute tagajärjel tekkinud vigastusi. Kuumuse ja tuliste esemetega kokkupuute tagajärjel tekkinud vigastuste tõttu vajas 2013. aastal arstiabi 2020 inimest (1,8 raviarvet inimese kohta). Ravikulu kokku oli 507 665 eurot. Keskmine raviarve suurus oli 143 eurot, kulu ühe inimese kohta 251 eurot (EHK andmetel).

2013. aastal vajasid kuumuse ja tuliste esemetega kokkupuute tagajärjel ülekaalukalt kõige rohkem arstiabi kuni 4-aastased lapsed (541 last, lisa 8), kusjuures vastavas vanusgrupis oli keskmise raviarve suurus 125 eurot ja keskmine ravikulu lapse kohta 267 eurot (EHK andmetel).

Külmumised

2013. aastal hukkus külmumise tagajärjel 50 inimest – 37 meest ja 13 naist (joonis 16). Kõige enam oli surnuks külmunud 40–69-aastaste meeste seas. Tabelist 10 on näha, et surnuks külmumise juures on oluliseks teguriks alkohol (hukkunutest joobes oli ca 41%). Samas, ülejäänud 59% hukkunute puhul pole teada, kas algseks põhjuseks oli kukkumine või hoopis sotsiaalsed põhjused (kodutud inimesed). Arvestades sellega, et külmumissurmasid oli 2013. aastal rohkem kui tule- ja uppumissurmasid, siis sarnaselt kukkumistele tuleb ka siinkohal ära määrata hukkunute profiil kasvõi ühe aasta hukkunute ulatuses ning üritada välja selgitada teised riskitegurid peale alkoholi.

Joonis 16. 2013. aastal külmumise tagajärjel surnud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Statistikaamet

4.4.2. Probleemid

4.4.2.1. WHO on poliitikasoovitusena põletuste puhul välja toonud esmaabi, kuna kiirete ja õigete esmaabivõtetega võib oluliselt põletuse kahju vähendada¹⁶. Valede võtetega abi andmine võib kannatanu olukorda aga hoopis halvendada. Praktikute hinnangul on Eesti elanike esmaabialased teadmised puudulikud, samas puudub teadmistest ja oskustest ülevaade, mis oleks aluseks edasiste tegevuste planeerimiseks.

4.4.2.2. Samuti pole senini SiM-il olnud ligipääsu suitsu, tule ja leekidega seotud vigastushaigestumuse andmetele. On teada, et tulekahjudes hukuvad kõige sagedamini 50–70-aastased mehed, kes on töötud või pensionil. Seega võivad hukkumise taga olla sotsiaalsed probleemid ja Pää-I oleks vaja surmade ennetamiseks parendada sotsiaaltöötajatega koostööd.

4.4.3. Ettepanekud ja edasised tegevused

Tulekahjudes hukkunute arvu olulise vähenemise taga on süsteemne tegevus. Pää ennetustegevus hõlmab nii tehnilisi lahendusi, kontrolli, nõustamist, elanikkonna koolitamist, teavitamist mitmeid erinevaid kanaleid pidi. Ennetustegevuste efektiivsuse tagamiseks viiakse läbi uuringuid inimeste teadmiste ja hoiakute kohta.

Tuleohutuse valdkonnas on oluline jätkata sihipärast ennetustööd. Kuna suur hulk hukkunuga tulekahjusid leiab aset eluhoonetes, siis üks eesmärk on suurendada kodude tuleohutuse alast kontrolli, milleks luuakse võimalused läbi elektroonilise keskkonna kui ka komandode poolt kodukülastusi läbi viies.

Tulesurmadega seotud ennetustegevuse paremaks planeerimiseks on vaja SiM-il/Pää-I rohkem andmeid tuleõnnetustes vigastatute kohta. Antud teemat ja vastavaid ettepanekuid/arendustegevusi on detailsemalt käsitletud peatükis 7.

Tuleb analüüsida, millised on erinevates elanikkonna rühmades esmaabialased teadmised ja oskused, mille järgselt on võimalik planeerida ka üleriigilisi sekkumistegevusi erinevatele riskigruppidele. TAI on alustanud vastava uuringu meetoodika välja töötamist.

Tabel 5. Ettepanekud olukorra parendamiseks tulesurmade, põletuste ning külmumiste ennetamise osas

Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Uuring elanike esmaabialastest teadmistest ja oskustest edasiste tegevuste kavandamiseks	SoM, TAI	2015, TAI on alustanud meetoodika välja töötamist
Külmumiste puhul juhtumianalüüs ennetusettepanekute väljatöötamiseks	SoM partneritega	

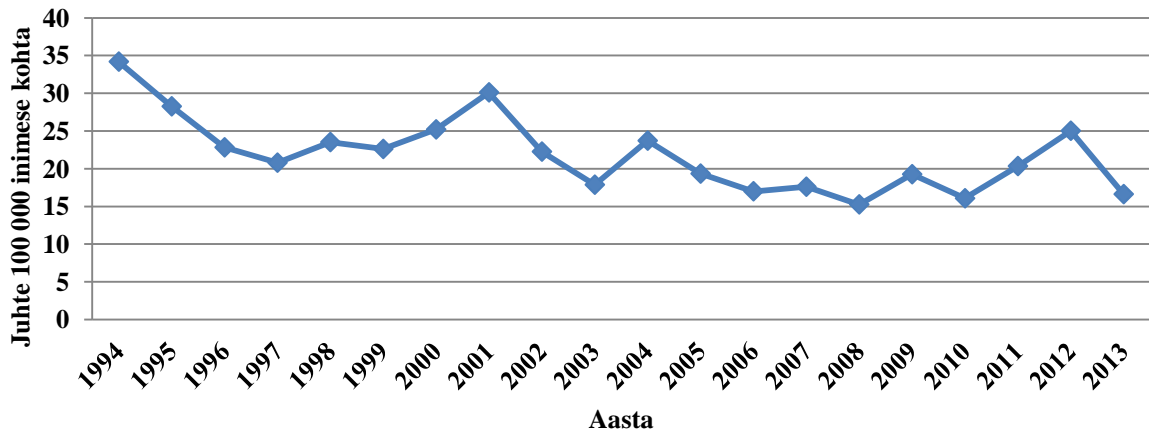
¹⁶ Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done, 2006. World Health Organization.

4.5. Juhuslikud mürgistused

4.5.1. Olukord

Mürgistussurmad Eestis on aeglaselt langenud, kuid samas on aastaid, kus on olnud järsk surmade tõus, näiteks 2012. aastal oli suremuskordaja väga kõrge – 25 juhtu 100 000 elaniku kohta (joonis 17).

Joonis 17. Juhuslikest mürgistustest põhjustatud surmad perioodil 1994–2013

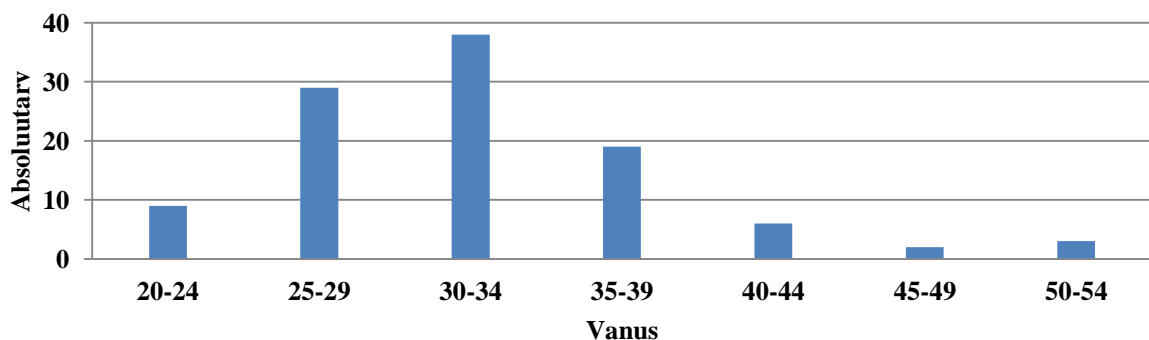


Allikas: Statistikaamet

Juhuslike mürgistuste tagajärjel suri 2013. aastal 219 inimest – 176 meest ja 43 naist, kusjuures 1 hukkunutest oli alla 14-aastane (Statistikaameti andmetel, lisa 9). Peamised surmapõhjused on alkoholi- ja narkootikumimürgistused – surma põhjuste registri andmetel oli 2013. aastal 112 alkoholi- ja 106 narkootikumimürgistusest tingitud surma).

Jooniselt 18 ja 19 on näha, et narkootikumi- ja alkoholimürgistuste riskigrupp on oluliselt erinev – narkootikumimürgistuste tagajärjel hukuvad pigem 30ndates, kuid alkoholimürgistuste tagajärjel pigem 50ndates mehed.

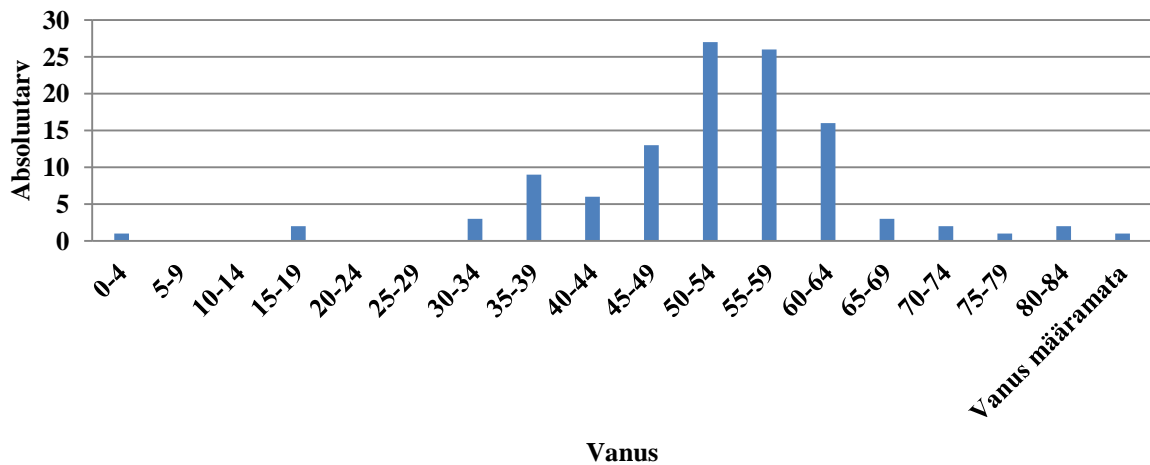
Joonis 18. 2013. aastal narkootikumimürgistuste¹⁷ tagajärjel hukkunud vanusgrupiti



Allikas: Surma põhjuste register

¹⁷ Narkomürgistuste alla liigituvad juhuslikud mürgistused mujal klassifitseerimata narkootikumide või psühhodüsleptikumidega [hallutsinogeenidega].

Joonis 19. 2013. aastal alkoholimürgistuse tagajärjel hukkunud vanusgrupiti

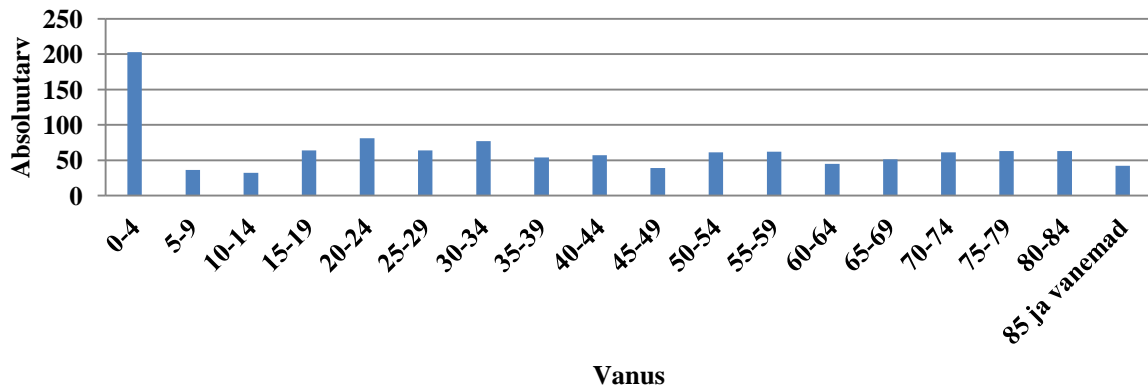


Allikas: Surma põhjuste register

2013. aastal vajas juhuslike mürgistuste tõttu arstiabi 1155 inimest. Ravi kogumaksumus oli 530 304 eurot – keskmine raviarve suurus 395 eurot, kulu inimese kohta 459 eurot (EHK andmetel).

2013. aasta raviandmetest selgub, et mürgistuste tõttu vajasis ülekaalukalt kõige rohkem arstiabi just 0–4-aastased lapsed (203 last, joonis 20). See on mõneti seotud kindlasti arenguliste iseärasustega¹⁸. Samas on see ka märk sellest, et lapsevanemad vajavad mürgistuste ennetamise teemal teavitamist/harimist.

Joonis 20. Juhuslike mürgistuste tõttu ravi vajanud inimesed 2013. aastal



Allikas: Eesti Haigekassa

¹⁸ World report on child injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2008.

4.5.2. Probleemid

4.5.2.1. Kuna juhuslike mürgistuste tõttu vajavad enam arstiabi just kuni 4-aastased lapsed, siis vajaksid lapsevanemate teadmised parandamist. Juhtumite kirjeldused praktikute poolt näitavad, et lapsevanemad ei oska ohte ära tunda ja lapsi nende eest kaitsta.

4.5.2.2. Praktikute hinnangul on elanikkonna teadmised puudulikud ka ravimiohutuse osas.

4.5.2.3. Üheks oluliseks vigastuste ja mürgistuste kohta info kogunemise kohaks on tervishoiuasutused. Kui Tallinna Lastehaiglasse jõudsid mitmed lapsed, kes olid saanud mürgistuse pesugeelikapslite tõttu, siis Mürgistusteabekeskuse (Terviseameti struktuuriüksus) abil jõudis see info ka avalikkuseni ning tehti teavitustegevust meedia vahendusel. Selline tegevus võiks olla süsteemne ja toimida ka teiste vigastuste puhul.

Alkoholi ja narkootikumide teemat käsitletakse peatükis 5.

4.5.3. Ettepanekud ja edasised tegevused

Selleks, et võimalikult operatiivselt vigastusi ennetada, peab üritama leidma viisi, kuidas saaks süsteemselt infot tervishoiuasutustelt toimuvate õnnetuste kohta.

Lapsevanemad vajavad harimist/teavitamist, et nad oskaksid kemikaalide ja ravimite osas ohte märgata, teadvustada nende turvalise hoidmise vajadust ning lapsi nende eest kaitsta. Vahetu võimalus lapsevanematele info jagamiseks on esmatasandi tervishoiutöötajatel – perearstidel ja –õdedel, aga näiteks ka ämmaemandatel.

Tabel 6. Ettepanekud olukorra parendamiseks juhuslike mürgistuste ennetamise osas

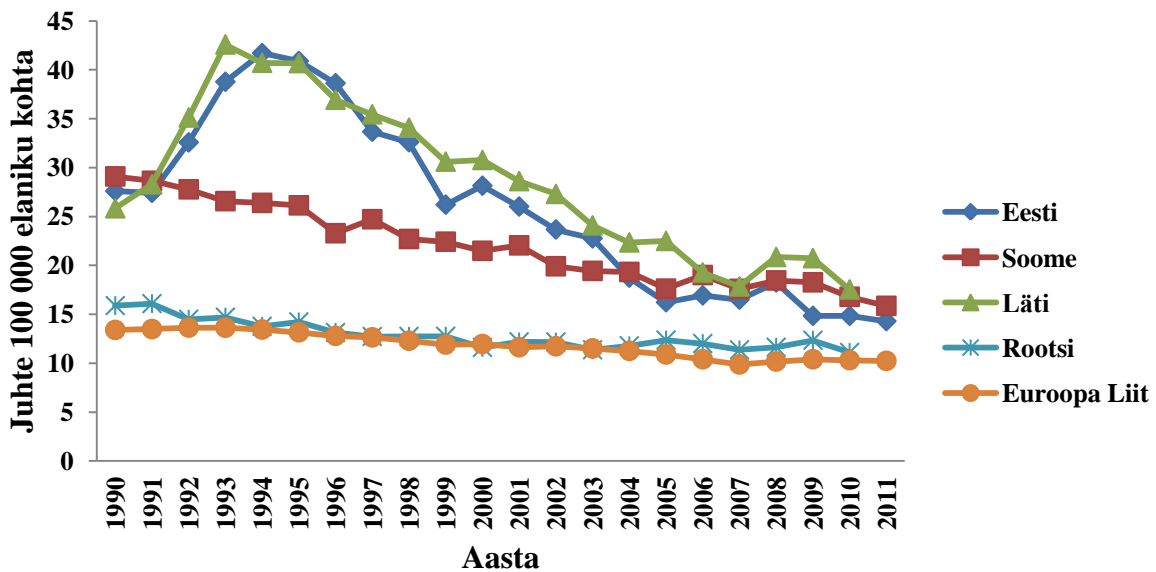
Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Inimeste nõustamine ravimiohutuse teemadel apteekrite poolt. Eriti oluline on juhtida lapsevanemate tähelepanu just laste ravimitest põhjustatud mürgistuste vältimisele	SoM, TA, Ravimiamet (RA)	2016
Lapsevanemate teavitamine koduses keskkonnas olevate kemikaalide turvalise hoiustamise vajadustest	SoM, TA, (Mürgistusteabekeskus)	2016
Perearstide ja –õdede teavitamine vanemate nõustamise vajalikkusest vigastuste vältimise ning esmaabi teemal. Sünnitushaigla personali ja rasedust jälgivate tervishoiutöötajate kaasamine vanemate harimisel laste vigastuste vältimiseks	SoM, EHK	2016

4.6. Enese vastu suunatud vägivald

4.6.1. Olukord

Suremus enesetappude tagajärjel on Eestis võrreldes 1994. aastaga vähenenud ca 2,7 korda (joonis 21 ja 22). Samas pole viimase 10 aasta jooksul toimunud märkimisväärset langust. Eestil on enesetappude vähendamise osas arenguruumi, sest EL-i keskmine näitaja oli 2011. aastal 10,2 juhtumit 100 000 elaniku kohta (Eestis samal ajal 16,4). See tähendab, et EL-i keskmise näitaja juures oleksime saanud 2011. aastal säästa 83 elu.

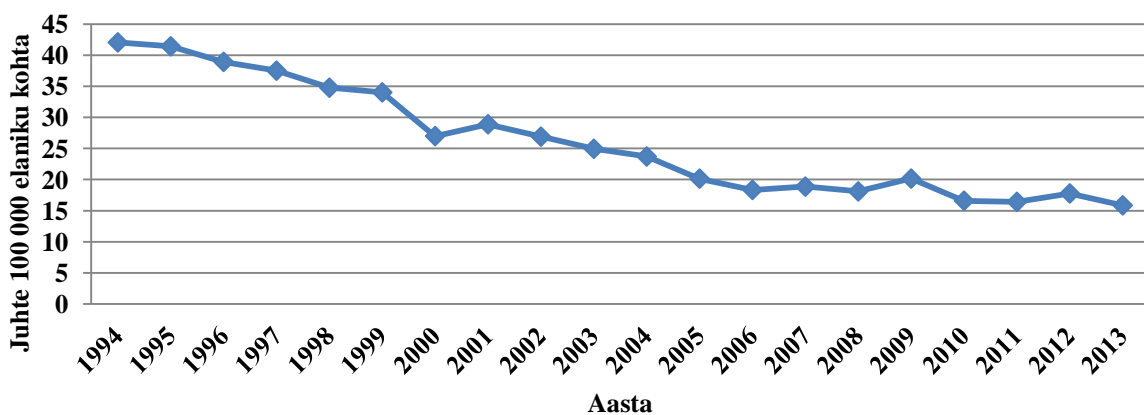
Joonis 21. Enesetappude tagajärjel surnud 100 000 elaniku kohta perioodil 1990–2011 – Eesti võrdluses Euroopa Liidu ning naaberriikidega



Allikas: WHO European Health for All andmebaas

2013. aastal hukkus enesetappude tagajärjel 209 inimest – 162 meest ja 47 naist, kusjuures 1 hukkunu oli alla 14-aastane (Statistikaameti andmetel).

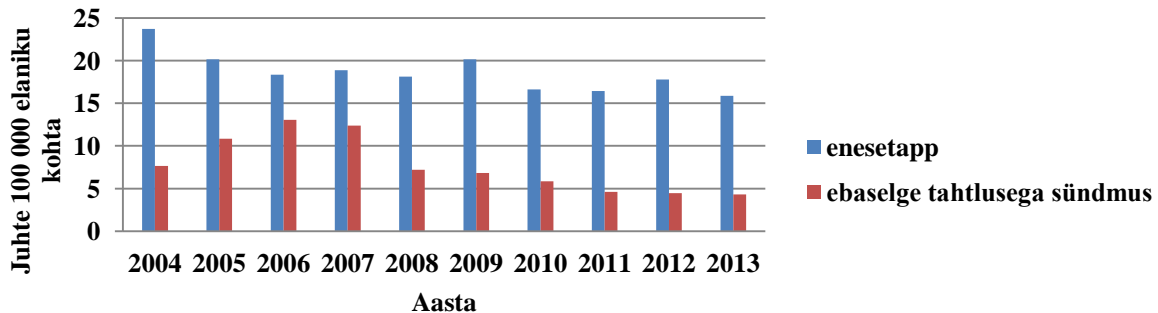
Joonis 22. Enesetappude tagajärjel Eestis hukkunud perioodil 1994–2013



Allikas: Statistikaamet

Enesetappudega koos oleks õige näidata ka ebaselge tahtlusega sündmuste tagajärjel aset leidnud surmasid, kuna selles kategoorias on potentsiaalselt peidus ka enesetappe (joonis 23).

Joonis 23. Enesetappude ja ebaselge tahtlusega sündmuste tagajärjel hukkunud inimesed perioodil 2004–2013



Allikas: Statistikaamet

Enesetappude tagajärjel surnud on ülekaalukalt meessoost. Suurimaks riskigrupiks on 50–69-aastased mehed (lisa 10).

2013. aastal vajas tahtliku enesekahjustuse tõttu arstiabi 1501 inimest. Ravikulu oli kokku 929 182 eurot. Keskmine raviarve suurus oli 523 eurot ja kulu ühe inimese kohta 707 eurot. Tahtliku enesekahjustamise tõttu vajasisid 2013. aastal kõige rohkem arstiabi 15–24-aastased naised (lisa 10).

Enesevigastamise mehhanismidest olid 2013. aastal kõige sagedasemad tahtlik enesemürgistus antiepileptikumide, sedatiiv-hüpnootiliste, parkinsonismivastaste või mujal klassifitseerimata psühhotroopsete ravimitega (X61), enesemürgistus alkoholiga (X65) ning tahtlik enesekahjustus terava esemega (X78) (EHK andmetel).

4.6.2. Probleemid

4.6.2.1. Antud valdkonnas puudub hetkel selge koordineerimine ning ka tegevuskava probleemiga tegelemiseks. Väimse tervise edendamise seoses on käimas üksikud projektid, toimub pigem nõ tule kustutamine. Puudub tervikvaade.

4.6.2.2. Hetkel ei ole võimalik välja pakkuda selgeid juhiseid olukorra parandamiseks, kuna pole täpsemalt teada enesetapja profiili.

4.6.2.3. Rakkerühma arutelude käigus selgus, et enesetappude puhul (sarnaselt kukkumistega) on olulise riskigrupina tähelepanuta jäänud eakad. 2013. aastal sooritas enesetapu 75 üle 65-aastast inimest.

4.6.3. Ettepanekud ja edasised tegevused

Tõhusa ennetustegevuse planeerimiseks tuleb määrata enesetapja profiil, kaasa arvatud olulised riskitegurid, mis enesetapuni viivad. Siinkohal ei tohi tähelepanuta jätta ka enesevigastamisi, mis ei lõppe surmaga ja mille puhul riskigrupp on enesetapu sooritanutest erinev. Enese tahtlik vigastamine viitab ilmselgelt psüühilistele probleemidele ning sellised inimesed vajavad abi enne, kui korduvad enesevigastamised enesetapuga kulmineeruvad.

Kuna inimestega puutuvad kõige sagedaminini kokku just esmatasandi tervishoiutöötajad, siis tuleb neid koolitada, et nad märkaks psüühiliste probleemidega inimesi ja et nad oskaks inimesi vastava valdkonna eriarstile edasi suunata.

Kuna vaimse tervise teema, sh enesetappude ennetamine on SoMi haldusalas, siis tuleb RTA rakendusplaani täiendada lisaks üldistele vaimse edendamisele suunatud meetmete ka enesetappude ennetamisele suunatud meetmetega.

Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon (VATEK) on avalikes huvides tegutsev seltsing, mis seob endas Eesti vaimse tervise valdkonna organisatsioon. VATEK-i peamine eesmärk on Eesti elanikkonna vaimse tervise ja heaolu edendamine ning vaimse tervise ja heaolu poliitika arendamine. Kuna olukord enesetappude osas on kriitiline, siis peab SoM kui üks kaasrahastaja suunama VATEKi tegevuse lähimateks aastateks just sellele valdkonnale.

Tabel 7. Ettepanekud enesetappude ennetamiseks

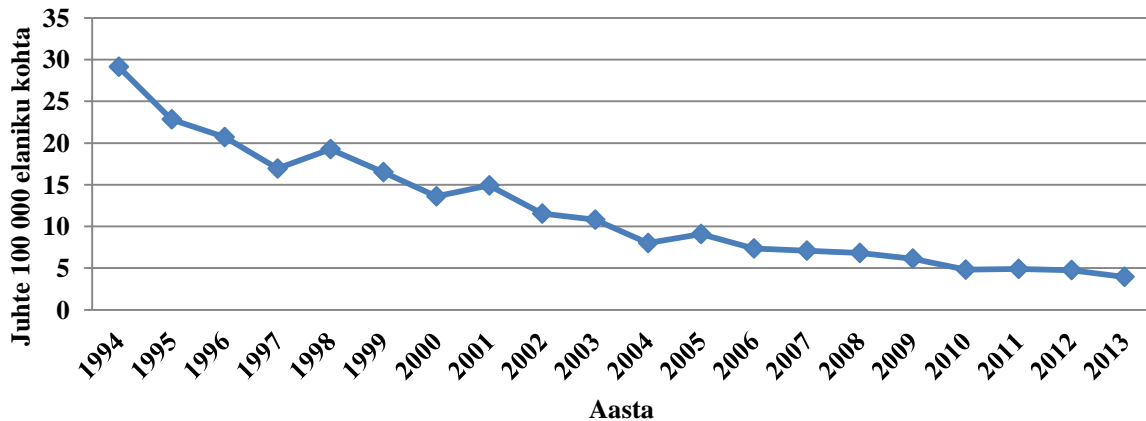
Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Esmatasandi võimestamine, et oleks võimekus psüühilisi probleeme ära tunda, teatud seisundeid ravida (vaimse tervise õde) ning esmatasandi töötajad oleksid teadlikud inimeste edasi suunamise võimalustest Eakate enesetappude ennetamiseks (depressiooni ära tundmiseks) perearstide, hooldajate, õdede ja sotsiaaltöötajate koolitamine	SoM (eakate vaimse tervise teema on sisendiks sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava rakendusplaani)	2016
Uuringu läbi viimine enesetapja profiili määramiseks – rekonstrueerida lähedaste abil enesetapu sooritanu elukäik. Eraldi oleks vajalik analüüsida, kui paljud enesetapu sooritanutest on saanud ravi ning on enesetapu sooritanud pärast ravi või pärast ravi katkestamist	SoM, TAI	2016
Õpetajate toetamine vägivalda märkamiseks ja sellega toimetulekuks	HTM, SoM	Vastavad meetmed on kajastatud VES-i rakendusplaanis

4.7. Teiste vastu suunatud vägivald

4.7.1. Olukord

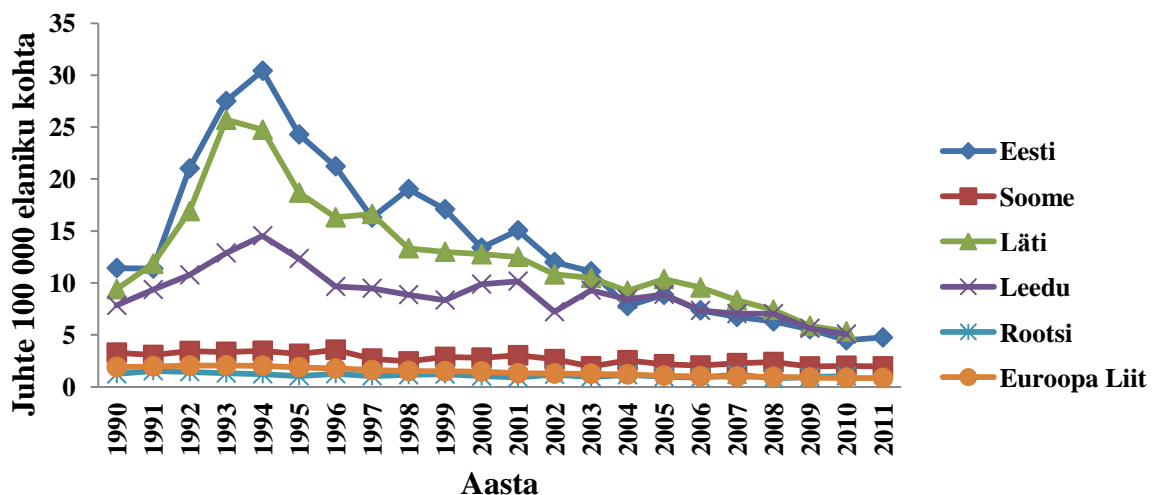
Ründe tagajärjel suurem on olnud Eestis alates 1990ndatest selges langustrendis (joonis 24). Samas, on vägivallasurmade osas palju arenguruumi nii võrreldes EL-i keskmise, Rootsi kui ka Soomega (joonis 25).

Joonis 24. Eestis rünnete tagajärjel hukkunud perioodil 1994–2013



Allikas: Statistikaamet

Joonis 25. Rünnete tagajärjel hukkunud (kuni 65-aastased) perioodil 1990–2011 – Eesti võrdluses Euroopa Liidu ning naaberriikidega



Allikas: WHO European Health for All

Kui 1994. aastal suri Eestis vägivalla tagajärjel ca 400 inimest, siis 2013. aastal 52 inimest – 34 meest ja 18 naist, kusjuures üks hukkunu oli alla 14-aastane (Statistikaameti andmetel).

Kuigi tapmiste ja mõrvade arv on Eestis oluliselt langenud, on see Euroopaga võrreldes siiski liiga suur. Kui Eurostati 2007–2010 aasta andmetel oli EL-i riikides 100 000 elaniku kohta

keskmiselt 1,4 tapmist ja mõrva, siis Eestis 5,9¹⁹. Eesti tapmistest toimub enamus tuttavate ja pereliikmete vahel ja ligi kolmandik tapmistest oli 2013. aastal seotud perevägivallaga.

2013. aastal registreeriti Eestis 7969 vägivallakuritegu, kõige sagedasem vägivallakuritegu oli kehaline väärkohtlemine (69%).²⁰ Võrreldes 2010. aastaga on vägivallakuritegude arv kasvanud peagu 1000 võrra, vägivallakuritegude registreerimise kasv aeglustus 2013. aastal (JuM-i andmetel).

Kuna uuringud näitavad, et vägivallaohvrid ei soovi endaga juhtunust politseile teada anda (ohvriuuringu kohaselt ei saanud politsei teada vähemalt 64% juhtumitest), siis hinnatakse vägivalla levikut ka ohvriuuringutega. 2013. aastal ütles 2% Eesti elanikest, et neid on aasta jooksul rünnatud kas avalikus kohas, kodus või mujal nii, et nad on saanud haiget. Hirmu tekitava ähvardusega oli kokkupuuteid 4%-l inimestest.²¹

2013. aastal registreeriti Eestis 2752 perevägivalla juhtu. Ilmselt on neid rohkem, sest EL-is läbi viidud uuring (FRA)²² näitas, et vaid 10% naistest, kes kogesid perevägivalda ohvritest pöördusid politseisse. FRA uuring näitas, et viiendik Eesti 15–74aastastest naistest on sattunud alates 15. eluaastast partneri füüsilise ja/või seksuaalse vägivalla ohvriks, mis on sarnane Euroopa keskmise näitajaga (22%); Eesti naised on märgatavalt rohkem kokku puutunud partneri vaimse vägivallaga (Eestis 50%, EL-i keskmine 43%).

Eestile olid 1990ndate keskel omased väga kõrged tahtlike tapmist näitajad, mis äratasid ka rahvusvahelist tähelepanu. Kallaletungide ja vägivallaähvarduste läbi kannatanute osakaal vähenes aga kiiresti: 6,4%-lt 1999. aastal 3,2%-le 2003. aastal.²³ 2009. aastal oli kallaletungide ja ähvarduste ohvreid kokku 3,7% elanikkonnast.²⁴

2014. aasta laste hälbiva käitumise uuringu²⁵ tulemusena selgus, et kallaletungi ja vihakuriteo ohvriks jäädigi kõige enam koolis või kooliõuel. 48,2% vihakuriteo ohvritest ja 43,7% kallaletungi ohvritest märkisid kooli ja kooliõue kohaks, kus nad ohvriks langesid. 2007. aasta laste hälbiva käitumise uuringu²⁶ tulemused näitasid aga, et koolivägivalla all on pidanud

¹⁹ Salla J, Ceccato V, Ahven A. (2011). Homicide in Estonia. Handbook of European Homicide Research, 2012, 421-435.

²⁰ Kuritegevus Eestis 2013.

http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/18_kuritegevus_ees_tis_2013.pdf

²² FRA survey on gender-based violence against women.

<http://fra.europa.eu/en/project/2012/fra-survey-gender-based-violence-against-women>

²³ 2004. aasta Ohvriuuring Eestis: põhitulemused ja järeldused.

http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/1_rahvusvaheline_kuriteoohvrite_uuring_ees_2004.pdf

²⁴ Kuriteoohvrite uuring 2009.

http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/14_kuriteoohvrite_uuring_2009.pdf

²⁵ Markina A, Šahverdov-Žarkovski, B. Laste hälbiv käitumine Eestis, 2014.

http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/laste_kaitumise_uuring_2014.pdf

²⁶ Markina A, Šahverdov-Žarkovski, B. Eesti alaealiste hälbiv käitumine, 2007.

http://www.parnu.ee/fileadmin/user_upload/sotsiaal/uimastiennetus/Alaealiste_halbiv_kaitumine_2006.pdf

kannatama 24% vastanutest. Nende andmete põhjal võib arvata, et koolivägivald on sagenenud.

Vägivalla tõttu vajas 2013. aastal arstiabi 6545 inimest (1,3 raviarvet inimese kohta). Kogu ravikulu oli 2013. aastal 913 218 eurot. Keskmise raviarve suurus oli 109 eurot, kulu ühe inimese kohta 140 eurot. Kõige rohkem vajasid rünnete tõttu arstiabi 20–29-aastased mehed (lisa 11).

2010. aasta EHK raviarvete detailsest analüüsis selgus, et 38 last vajas ravi halva kohtlemise muu sündroomi (RHK-10 süsteemis Y07 koodiga) tõttu. Sellesse kategooriasse liigitatakse järgnevad:

- füüsiline kuritarvitus
- seksuaalne kuritarvitus
- piinamine
- vaimne julmus

Ühe lapse kohta oli ravikulu 459 eurot. Antud juhtude ravi on kallid, kuna 1/3 raviarvetest on seotud statsionaarse raviga.

Üheks viiteks sellele, et info ei liigu, info ei liigu piisavalt kiiresti või lapsega kokku puutuvatel spetsialistidel pole selgeid käitumisjuhiseid, on järgnev juhtum: Ida-Virumaal pöördus üks 10-aastane poiss 2010. aasta jooksul halva kohtlemise muu sündroomi tõttu arsti juurde 4 korda. Tema ravikulud olid ühe aasta jooksul kokku 2985 eurot (EHK andmetel).

4.7.2. Probleemid

4.7.2.1. Sektorite omavaheline koostöö vägivalla vähendamise poliitika ellu viimise osas on olnud puudulik. Senini on vähe kaasatud tervishoiu valdkonda.

4.7.2.2. Ühe olulise probleemina on esile kerkinud vägivalla märkamine ja sellest teatamine, info liikumine. PPA hinnangul jäävad hetkel mitmed vägivallajuhtumid tervishoiuasutuste poolt teatamata. Vajab välja selgitamist, mis põhjusel info ei liigu – kas põhjuseks on teadmatus, millistel puhkudel peaks politseid, lastekaitsjaid, sotsiaaltöötajaid teavitama või on tegemist hoopis kartusega rikkuda andmekaitse nõudeid.

4.7.2.3. Koolivägivalla ennetamiseks laiaulatuslikult tõendus põhiseid sekkumisi ei rakendata. KiVa (teaduspõhine kiusamisvastane programm) on paarikümnes koolis, Lastekaitse Liidu projekt ka umbes paarikümnes; täiesti puuduvad lepitamisega seotud meetmed lastele.

4.7.3. Ettepanekud ja edasised tegevused

Rakkerühmas tehtud ettepanekud olid eelkõige sisendiks uue vägivalla ennetamise strateegia (VES) 2015–2020 koostamisse.

Ühe olulise puudusena kehtiva vägivalla vähendamise arengukava (VVA) 2010–2014 puhul näevad arengukava täitmise koordineerijad seda, et tervishoiu valdkonna roll vägivalla märkamisel ja sellest teavitamisel jäi tahaplaanile. Järgneval perioodil on kavas tervishoiusektoriga koostööd suurendada ja seda ennekõike tervishoiutöötajate vägivallast teadlikkuse tõstmise kaudu, et osataks vägivalda märgata ja vajadusel aidata. Kuna

tervishoiuvaldkonna eest vastutajaks on SoM, siis on siinkohal SoM-i tervise poole aktiivset kaastööd ja toetust.

Kuna mitmed hiljutised uuringud näitavad, et koolikiusamine võib Eesti koolides sage olla²⁷, siis tuleb toetada tugispetsialistide töötamist koolis kohapeal (teatud õpilaste arvu juures) ja samas pakkuda õpetajatele koolitust, et nad oskaksid vägivalda märgata ja ka sellele adekvaatselt reageerida. Lisaks õpetajate koolitusele on vaja ka kogu kooli hõlmavaid sekkumisi.

Oluline on parandada infovahetust erinevate ametkondade vahel – info vägivalla ohvriks langenud lapse kohta peab jõudma tervishoiuasutusest politsei, lastekaitse- ja sotsiaaltöötajani.

Tabel 8. Ettepanekud olukorra parendamiseks teiste vastu suunatud vägivallaga seotud vigastuste ennetamise osas

Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Laste surmaga lõppenud vägivallajuhtumite analüüs kõigi asjasse puutuvate osapoolte osalusel	Sisend laste ja perede arengukavasse (LPA), SoM-is on vastav komisjon moodustatud	
Toetada tugispetsialistide (koolipsühholoogi, sotsiaalpedagoogi) töötamist koolis kohapeal	HTM, SoM, KOV-id	
Tagada laste raviandmete kvaliteetsus, nende liikumine terviseinfo süsteemi ja lastega kokkupuutuvate spetsialistide ligipääs andmetele. Siinkohal on vaja eelnevalt lahendada kaks probleemi: 1. osa lapsi jääb tervishoiusüsteemi jaoks kadunuks – lapsed, keda ei registreerita perearsti nimistusse ning kes seetõttu jäävad ilma ka ettenähtud tervisekontrollist. Nii võivad ka mitmed väärkohtlemise juhud avastamata jääda 2. Määruse „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ lisaga „0–18-aastaste laste ennetavate tervisekontrollide kava“ ²⁸ on kehtestatud, et 1. nädalal pärast vastündinu koju jõudmist peaks	SoM	2016

²⁷ Riskikäitumise teadlikkuse uuring kolmes sihtrühmas, 2014.
<https://www.politsei.ee/dotAsset/331164.pdf>

²⁸ 0–18-aastaste laste ennetavate tervisekontrollide kava.
<https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1080/1201/3015/Lisa.pdf#>

toimuma pereõde visiit või koduviisiit vastavalt lapsevanema ja perearstikeskuse kokkuleppele, 2. nädalal peaks toimuma perearsti visiit. EHK andmetel toimub perearsti/õe visiit vaid kolmandikul juhtudest. Siinkohal on vaja otsustada kas see visiit on oluline ja kui on siis peab tõhustama riigi poolset järelevalvet (SoM, TA), et see visiit ka aset leiaks		
Sekkumise tulemused peavad olema hinnatud ja tõendatud ning et eelistatakse tõenduspõhiseid praktikaid	Sisend VES-i	
Analüüsida koolitõtjate teadlikkust laste nõustamisvõimalustest ning lapsega seotud tugivõrgustikust ning plaanida vastavalt tulemustele teavitustegevust/koolitusi	Elukestva õppe strateegia üldharidusprogrammi sisendiks	
Hiljuti on olnud mitmeid juhtumeid, mille puhul haigla ei ole teavitanud lapsevanemaid lapse haiglas viibimisest. Kui laps pöördub üksi EMOSse, siis peaks teavitatama nii lapsevanemaid kui ka lastekaitsepetsialisti/ sotsiaaltöötajat. Kui arst tuvastab väärkohtlemise või selle kahtluse, siis teavitada sellest ka politseid	SoM	2016
Õpetajate põhiõppe analüüs lähtuvalt uuest üldhariduskooli õppekavast ning muutunud koolikeskkonnast (õpetajal peaksid olema näiteks oskused, kuidas koolikiusamist märgata ja ka selle puhul toimida) õpetajal peaksid olema oskused, kuidas lapse koolikiusamise ja väärkohtlemise ohvriks langemist märgata ja selle puhul toimida.	HTM, SoM	Õpetajate täiendkoolitused vägivalla teemal on planeeritud VES-i rakendusplaani raames

5. ALKOHOL JA NARKOOTIKUMID VIGASTUSTE RISKITEGURINA

5.1. Olukord

Alkoholijoove on oluline vigastuste riskitegur. 2013. aastal vigastuste tagajärjel hukkunute EKEI lahingutulemused näitasid, et kõige suurem alkoholijoobes inimeste osakaal oli tulesurmades ja uppumiste tagajärjel surnute seas. Kõige suurem oli raskes alkoholijoobes olevate inimeste osakaal tulesurmades hukkunute seas. Kukkumiste osas on keeruline järeldusi teha, kuna üle kolmandikul hukkunutest küll tuvastati joove, kuid ligi kolmandikul jäi joove üldse määramata. Seega on võimalik, et reaalselt oli joobnute osakaal surnuks kukkunute seas veelgi suurem (tabel 9).

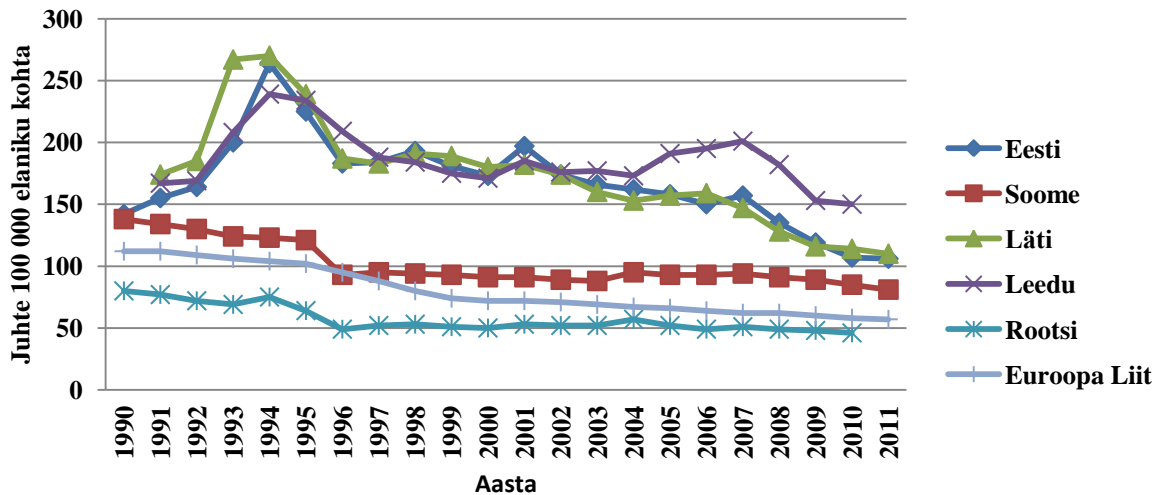
Tabel 9. 2013. aastal vigastuste tagajärjel surnute alkoholijoobe aste välispõhjuste kaupa

Välispõhjus	Isikute arv	Joobes hukkunute osakaal (protsentides)	Raskes joobes hukkunute osakaal	Joove määramata
Enesetapud	214	40,1	12,1	3,3
Liiklusõnnetused	92	37,0	10,9	17,4
Kukkumised	67	37,4	20,9	34,3
Külmumised	54	40,8	3,3	5,6
Tulekahjud	51	68,6	39,2	3,9
Uppumised	45	55,6	17,8	0

Allikas: Eesti Kohtuekspertiisi Instituut

Alkoholiga seotud surmade osas oli Eesti 2011. aasta seisuga Lätiga samal tasemel. Võrreldes EL-i keskmise ning Skandinaaviamaade näitajatega on oluliselt arenguruumi (joonis 26).

Joonis 26. Alkoholiga seotud surmad 100 000 elaniku kohta perioodil 1990–2011 – Eesti võrdluses naaberriikide ja Euroopa Liiduga

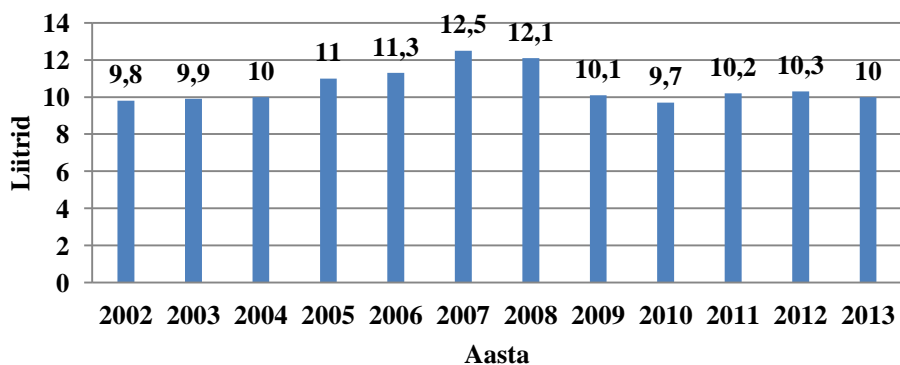


Allikas: WHO European Health for All

Joonisel 26 on alkoholiga seotud surmana võetud arvesse kõri- ja söögitoruvähk, alkoholism, krooniline maksahaigus ja maksatsirroos ning kõik välispõhjused (st ka vigastused, mis on välja toodud tabelis 1).

RTA-s on püstitatud eesmärk, et absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta peab 2020. aastal jääma alla 8 liitri. 2013. aastal oli vastav näitaja 10 liitrit (joonis 27). Joonisel 27 on näha, et tarbimine on küll väiksem kui perioodil 2007–2008, kuid seejärel on suhteliselt stabiilselt püsinud 10 liitri juures.

Joonis 27. Alkoholi tarbimine Eestis – liitrit ühe elaniku kohta 100%-lises alkoholis

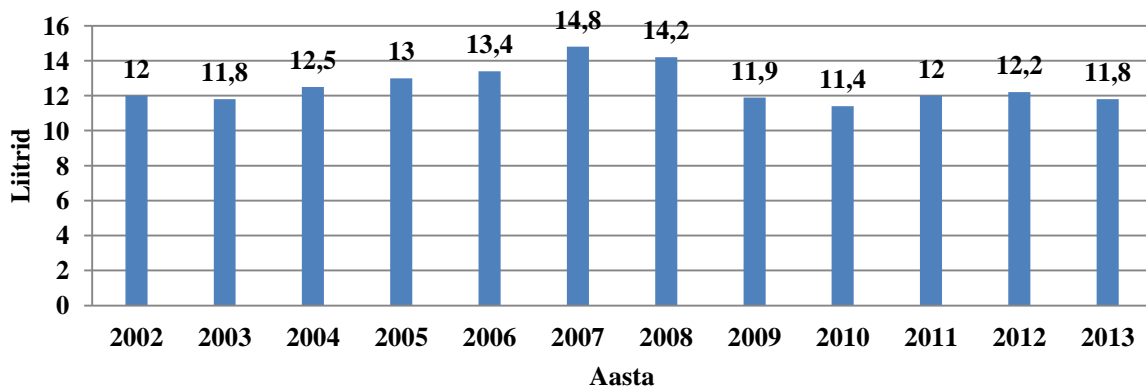


* Alates 2002. aastast on tarbimises arvestatud ka illegaalne turg ja maha võetud turistide ostud. Alates 2006. aastast on maha arvestatud ka turistide tarbimine Eestis.

Allikas: Eesti Konjunktuuriinstituut

Kuigi praegu toimub seire ja ka RTA indikaator on seatud absoluutse alkoholi tarbimise järgi ühe elaniku kohta, on õigem näidata tarbimist täiskasvanute kohta (joonis 28).

Joonis 28. Alkoholi tarbimine Eestis – liitrit ühe täiskasvanu (15+) kohta 100%-lises alkoholis



* Alates 2002. aastast on tarbimises arvestatud ka illegaalne turg ja maha võetud turistide ostud. Alates 2006. aastast on maha arvestatud ka turistide tarbimine Eestis.

Allikas: Eesti Konjunktuuriinstituut

Inimvigastustega liiklusõnnetusi alkoholijoores²⁹ mootorsõiduki juhi osalusel toimus 2013. aastal 193 (kõigist õnnetustest ligikaudu 14%). Neis hukkus 23 ja vigastada sai 268 inimest (vastavalt hukkunute arv 28% kõigist hukkunutest ja vigastatute arv 15,5% kõigist vigastatutest, MNT andmetel).

JuM-i poolt tellitud 2013. aasta väikese ohvriuringu tulemusena selgus, et viimase vägivallajuhtumi puhul oli ohvri hinnangul 33% ründajatest või ähvardajatest eelnevalt tarbinud alkoholi, iseenda alkoholitarbimist tunnistas 2% ja mõlemapoolset 8%.³⁰

Perevägivalla kohta 2011. aastal avaldatud uuringus selgus, et paljudes vägivallakogemusega peredes esineb alkoholi liigtarvitamist.³¹

2014. aasta veebruaris kiitis Vabariigi Valitsus heaks alkoholipoliitika rohelise raamatu, mis käsitleb erinevate sektorite vajalikke tegevusi alkoholi liigtarbimise ja sellega seotud kahjude vähendamiseks. Rohelise raamatu prioriteetsed valdkonnad on alkoholi kättesaadavuse ja reklaami piiramine, aktsiisitõus, ravi- ja nõustamisüsteemi arendamine, salaalkoholi tõkestamine, joores juhtimise ja jookest põhjustatud vigastuste ennetamine, teavituse

²⁹ Liiklusseaduse mõistes on sõidukijuht alkoholijoores, kui:

1. tema ühes grammis veres on vähemalt 1,50 milligrammi alkoholi või ühes liitris väljahingatavas õhus on vähemalt 0,75 milligrammi alkoholi.

2. tema ühes grammis veres on vähemalt 0,50 milligrammi alkoholi või ühes liitris väljahingatavas õhus on vähemalt 0,25 milligrammi alkoholi ning väliselt on tajutavad tema tugevasti häiritud või muutunud kehalised või psüühilised funktsioonid ja reaktsioonid, mille tõttu ta ei ole ilmselt võimeline juhtima sõidukit liikluses nõutava kindlusega.

³⁰ Väike ohvriuring 2013.

<http://www.kriminaalpoliitika.ee/et/vaike-ohvriuring-2013-andmetabel-excel>

³¹ FRA survey on gender-based violence against women.

<http://fra.europa.eu/en/project/2012/fra-survey-gender-based-violence-against-women>

järjepidevus ning kvaliteetne andmeseire. Ministeeriumite vaheline töörühm plaanib alustada alkoholiseaduse põhjalikku üle vaatamist ning arutelusid reklaamiseaduse ja teiste alkoholipoliitika jaoks oluliste seaduste muutmise vajaduse kohta, töörühm jälgib ka kehtivate õigusaktide rakendamist ja töötab välja ettepanekuid järelevalve tõhustamiseks (SoM-i andmetel).

Vigastuste ennetamise seisukohast on olulisimad alaealistele ja joobetunnustega inimestele müügikeelu rakendamine kui ka tervikuna alkoholi liigtarvitamise vähenemine.

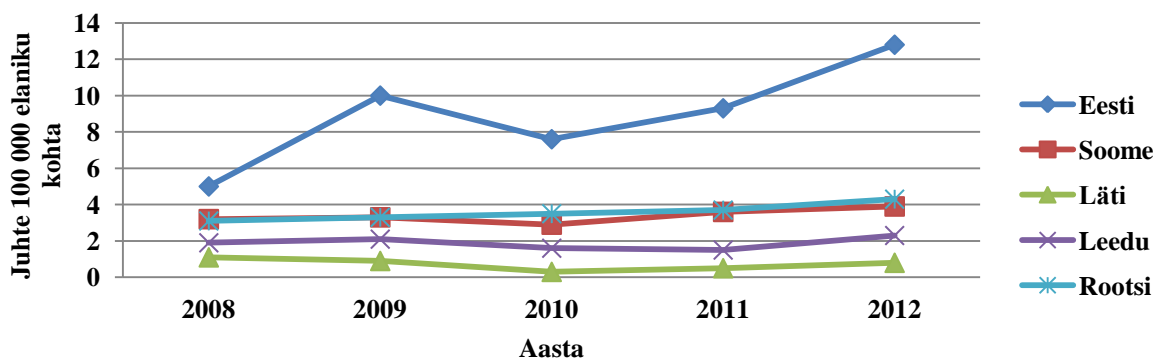
Alkoholi kõrval on teiseks oluliseks vigastuste riskiteguriks narkootikumid. Uimastitarvitamise kogemus on Eestis eelkõige noorematel, alla 35-aastastel vanuserühmadel. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus³² selgus, et 15% 16–64-aastastest inimestest – 21% meestest ja 10% naistest, on oma elu jooksul narkootikume kasutanud. Korduvtarvitajaid oli 1% vastanutest. Oma elu jooksul illegaalseid uimasteid kasutanute osakaal oli 2008. aasta sama uuringu tulemusena 13% ja 2004. aasta tulemusena 10% – seega on märgata tõusutrendi. Kui 2012. aasta uuringu järgi oli 16–34 aastaste seas elu jooksul illegaalseid uimasteid tarvitavate osakaal 38%, siis üle 45-aastaste puhul oli see 3,7%.

PPA uuringust (PPA uuring “Riskikäitumise teadlikkuse uuring kolmes sihtrühmas”³³) selgus, et 39% 12. klassi õpilastest on narkootikume proovinud.

15–44-aastaste seas oli Eestis 2004. aastal hinnanguliselt 14 000 süstivat narkomaani, 2009. aastal aga 9000. Kogu rahvastikust oli 2004. aastal süstivaid narkomaane 2,39% ja 2009. aastal 0,95%. Alates 1999. aastast on Eesti ainuüksi üledooside tõttu kaotanud ca 2 100 noort inimest. Aja jooksul on suurenenud naissoost ohvrite arv. Üledoosist põhjustatud surmasid oli 2013. aastal 120 (TAI andmetel). Eesti on võrreldes naaberriikidega üledoosidest põhjustatud surmade osas väga ebasoodsal positsioonil (joonis 29).

Peamiseks narkootikumiks, mida Eestis tarbitakse, on kanep ja selle derivaadid (PPA andmetel). Peamiseks üledoosi põhjuseks Eestis on fentanüüli tarvitamine. Fentanüül on peamine Eestis tarvitatav opiaat (Euroopas on see erandlik) ja selle hind on suhteliselt madal. Probleemiks on see, et tegemist on väga kange narkootikumiga (TAI andmetel).

Joonis 29. Narkootikumide üledoosist tingitud surmad perioodil 2008–2012 – Eesti võrdluses naaberriikidega



³²Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2012.
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/136479842690_TKU_2012.pdf

³³ Riskikäitumise teadlikkuse uuring kolmes sihtrühmas, 2014.
<https://www.politsei.ee/dotAsset/331164.pdf>

Arvesse tuleb võtta seda, et narkomaanid ei sure vaid üledooside tagajärjel, vaid ka muude vigastuste, sisehaiguste, HIV-i ja hepatiidi tagajärjel. Samas pole mingit statistikat selle kohta, kui suur roll on narkootikumide tarvitamisel teiste surmade puhul. Muid narkootikumidega seotud surmasid pole praegu võimalik statistikast välja võtta (TAI andmetel).

Statistika näitab ka seda, et kanepi ja alkoholi tarbimine noorte seas on tihedalt seotud – 15–16-aastastest kanepi tarvitajatest on 96% olnud purjus (ESPAD-i andmetel).

2013. aastal konsulteeriti psühhiaatrite poolt 8 738 narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirega isikut, neist uusi juhte oli 1238. Alkoholi osas olid 2013. aasta näitajad vastavalt 8039 ja 2340 (Tervisestatistika ja -uuringute andmebaasi andmetel).

Uimastitarvitamise, kui keerulise sotsiaalse probleemi vähendamiseks ühiskonnas töötati välja uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat³⁴. Selles toodud suunised ja kokku lepitud tegevused on mõeldud järgnevas neljaks aastaks. Uimastiennetuse poliitika „katuseks“ on uimastiennetuse valitsuskomisjon ning sisuline töö ja kontroll suuniste elluviimise üle toimub komisjoni alla kuuluvates töörühmades. Poliitikat rakendatakse tegevuste planeerimisega erinevate riiklike strateegiadokumentide rakendusplaanidesse nagu Rahvastiku tervise arengukava, Laste ja perede arengukava, Siseturvalisuse arengukava, Elukestva õppe strateegia jne

Töörühmad:

- pakkumise vähendamine
- universaalne ennetus
- varajane märkamine ja sekkumine
- kahjude vähendamine
- sõltuvusravi- ja taastusabi
- taasühiskonnastamine
- seire

5.2. Probleemid

2011. aasta ESPAD-i (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) uuringus³⁵ väitis 54% Eesti 15–16-aastastest, et kange alkoholi kätte saamine on „küllalt kerge“ ja „väga kerge“. 76% vastanutest leidis, et siider on kergesti kättesaadav. 2014. aastal TAI poolt läbi viidud uuring näitas, et alkoholi ostmisel (testijateks 18–19-aastased noored) küsiti dokumenti vaid 26% juhtudest. Alaealiste kaasamisel kontrollostude läbiviimine pole Eestis lubatud.

5.2.1. Viimased uuringud viitavad, et Eesti laste seas on kasvanud inhalantide kasutamine. Hetkel puuduvad adekvaatsed andmed selle kohta, kui ulatuslikult inimesed (eelkõige lapsed)

³⁴ Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat.
https://www.siseministeerium.ee/public/Valge_raamat.pdf

³⁵ Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis, 2012.
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/133846612537_Uimastite%20tarvitamine%20koolinoorte%20seas_raport.pdf

inhalante kasutavad ja kui suurt haiguskoormust need põhjustavad. Inhalantide kasutamise tagajärgede eripäraks on see, et surma põhjustavad need harva, kuid see-eest võib kasutamise tagajärjeks olla raske krooniline haigus³⁶.

5.2.2. Praegu on Eestis narkosõltlastest täiskasvanutele nähtud ette 45 voodikohta (SA Viljandi haiglas 20 ja Sillamäel 25 voodikohta) ja alaealistele 28 voodikohta (Jõhvis 24 ja Tallinnas hetkel 4 voodikohta). PPA hinnangul oli 2012. aastal korduvtarvitajaid ca 2 100. Seega tuleb leida võimalusi ravi mahu suurendamiseks, kuna arvestades narkomaanide arvu on ravi maht ebaproportsionaalselt väike. Probleemseks on ka sõltlastele ravi pakkumine vanglas.

5.2.3. Kui narkosõltlaste puhul jääb ravi maht väikeseks, siis alkoholisõltlastele puudub selgelt kirjeldatud ravisüsteem.

5.3. Ettepanekud

Selleks, et vähendada alkoholiga seotud surmasid, on oluline toetada alkoholipoliitika roheline raamatu meetmete rakendamist. Vigastuste ennetamise rakkerühm toob antud meetmetest prioriteetidena välja järgnevad:

- üldine alkoholitarbimise vähendamine;
- joobes/joobeseisundile viitavate tunnustega inimestele alkoholi müügikeelu rakendamine;
- alaealistele alkoholi müügi keelu rakendamine;
- reklaami kui alkoholi positiivse kuvandi loomise vahendi piiramine;
- joobes isiku sõidukit juhtima, sh autot ja vette mineku takistamise propageerimine;
- joobes inimesest teatamise (hädaabinumbri) propageerimine, et näiteks vältida joobes inimeste surnuks külmumist või kukkumist;
- ravisüsteemi arendamine.

Narkootikumide koha pealt on suureks probleemiks see, et arvestades korduvtarvitajate arvu, on hetkel pakutava ravi maht ebaproportsionaalselt väike. Seega peab leidma vahendeid narkosõltuvuse ravi mahu suurendamiseks. Samuti tuleb toetada alkoholismi ravi süsteemi välja töötamist.

³⁶Quraishi R, Pattanayak, RD, Jain R. Descriptive Study of Clinical, Hematological, and Biochemical Parameters of Inhalant Users Seeking Treatment at a Tertiary Care Center in India, 2013; 35:174–179.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775050/>

Tabel 10. Ettepanekud olukorra parendamiseks alkoholi ja narkootikumidega seotud vigastuste ennetamise osas

Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Alkoholireklaami piirangute rakendamine	SoM, TAI, MKM	2015
Riikliku järelevalvemeetmena võiks olla lubatud kontrollist, seal hulgas tuleb toetada alaealistega alkoholi kontrollistudele läbiviimisele õigusliku aluse loomist	JuM, SiM, SoM Alkoholipoliitika roheline raamatu meetmete rakendamise aruteluks	
Kaaluda alkoholi maksumärgistamise süsteemi laiendamist	RaM, MTA, MKM	
Alkoholikahjude vähendamine joores inimese õnnetusohu sattumise takistamisega – joores inimesest teatamise propageerimine (eriti külmal perioodil, et vältida inimese surnuks külmumist, või vältimaks inimese kukkumist), rohkem propageerida joores isiku sõiduki juhtimise takistamist, müügikeelu rakendamine joobetunnustega inimesele müümisel	SiM, PPA, SoM, TAI, MNT TAI poolt viiakse juba 2014. aasta lõpus testostlemist joores tunnustega inimestega, 2015. aastal hakatakse läbi viima teenindajate koolitusi	2015
Uurida inhalantide kasutamist sihtrühmiti, töötada välja meetmed teadlikkuse suurendamiseks seotud ohtudest, tervisemõjudest	Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu rakendamise aruteludeks	
Arvestades narkootikumide korduvtarvitajate arvu, on hetkel pakutava ravi maht ebaproportsionaalselt väike. Seega peaks leidma vahendeid narkosõltuvuse ravi mahu suurendamiseks (vastavate voodikohtade arvu suurendamine)	Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu rakendamise aruteludeks	
Narko- ja alkoholisõltuvuse ravi arendamine nii kinnipidamisasutustes kui ka vanglast vabanemisel	Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat rakendamise aruteludeks	
Toetada KOV-e alkoholi müügipiirangute kehtestamisel	SiM, SoM	
Alkoholisõltlaste ravisüsteemi üles ehitamine	SoM, TAI	Ravisüsteemi piloteerimine algab 2015. aastal

6. HARIDUSE ROLL VIGASTUSTE ENNETAMISEL

Üldharidus

Üldhariduse roll vigastuste ennetamisel on väga oluline. Osalt seetõttu, et hoiakute kujundamine ning ennetuse läbiviimine laste seas on tõhusam kui täiskasvanute ümber koolitamine.

2011. aastal võeti Eestis vastu uus põhikooli ja gümnaasiumi riiklik õppekava. Uute õppekavade eesmärk on siduda õppeaineid rohkem üldteemadega ja luua/panna sellega alus vaimselt, füüsiliselt ja sotsiaalselt terve isiksuse kujunemiseks. Selleks on õppekavas kirjapandud läbivad teemad, mida iga aine õpetajad peaksid arvesse võtma. Läbivad teemad on vahendiks kompetentside saavutamisel. Üks läbivatest teemadest on tervis ja ohutus. Põhikooli sotsiaalainete alla kuuluvas inimeseõpetuse ainekavas on üheks alateemaks turvalisus ja riskikäitumine.

HTM on õppekava rakendamise käigus jõudnud juba järeldusele, et läbivate teemade (seal hulgas tervise ja vigastuste ennetamisega seotud teemade) käsitlemiseks ei leita aega ainetunni raames. Nende teemade käsitlemiseks tuleks koolisiseses õppetöös rohkem ruumi tekitada.

Uues õppekavas on üheks oluliseks eesmärgiks sotsiaalsete oskuste kujundamine. Selleks vajavad aga õpetajad toetust nii õppematerjalide kui juhendamise/koolituste näol. Hoiakute kujundamiseks ei piisa, kui mingi ala spetsialist vaid ühekordselt koolis loengut lugemas käib (näiteks uimastite alane loeng politseiametnikult). Hoiakute ja sotsiaalsete oskuste kujundamine peaks olema osa õppeprotsessist ja seega peaks pigem õpetajaid vastavate oskuste/teadmiste ja abimaterjalidega toetama.

Praegu pole õpetajad teadlikud kõigist materjalidest, mida neil oleks võimalik kasutada uue õppekava järgi tervisetemadega käsitlemiseks. Õpetajate töö lihtsustamiseks on HTM otsustanud luua digitaliseeritud õppekava – elektroonilise õppekava, kus on kõigi teemade juurde pandud link olemasolevate õppematerjalidega. Samas, antud tegevuse tähtjaks on püstitatud 2020. aasta. Enne seda võiks leida muu võimaluse, kuidas õpetajaid vajalike materjalideni suunata.

Oluline on töötada välja riiklik hindamismudel koolidele, et muuta ühiskondlikku suhtumist hea kooli kriteeriumide osas. Haridus- ja Teadusministeerium töötab koostöös sidusrühmadega välja kvaliteedinäitajad, mis mõõdavad õppeasutuse õppe- ja kasvatusprotsessi tulemuslikkust, tõhusust ja osapoolte rahulolu. Niimoodi loodetakse kaasa aidata sellele, et koolid hakkavad muu hulgas ka turvalisuse teemadesse rohkem panustama. Teada on, et suuremat rõhku pööratakse just neile tegevustele, mida hinnatakse. Hetkel pööratakse pigem rohkem tähelepanu riigieksamite tulemustele ja nende alusel koolide järjestamisele, samuti rahvusvaheliste testide (näiteks PISA) tulemustele.

Selleks, et aidata kaasa ennetusele koolis, panustavad erinevad ametkonnad erinevate tegevustega koolides kohapeal (praegu läbiviidavad ennetustegevused on detailselt toodud lisa 12). Antud ennetustegevuste puhul on aga probleemiks see, et neil HTM-i partneritel ei jätku tihti inimressurssi, et kõiki Eesti koole katta. Kohati saab partnerite poolsete ennetustegevuste läbiviimisel takistuseks ka koolide vastuseis, kui lühikese ajaperioodi jooksul pakutakse mitmeid erinevaid tegevusi. Otstarbekas on ametkondade vahel koondada ja omavahel koordineerida koolidele täiendavalt pakutavaid tegevusi.

HTM-i partnerite hinnangul on kasutamata võimalus ametkondade kaasamises õpetajate (põhi)koolitusse panustamisele. Õpetajad peaksid oma baaskoolituses saama võimalikult palju teadmisi/oskusi, et koolis/lasteaias tervise- ja ohutusteemasid käsitleda (sotsiaalseid oskusi kujundada). Selleks oleks mõistlik kaasata õpetajakoolituse sisu planeerimisse ja ka õppe läbi viimisesse erinevaid asjasse puutuvaid ametkondi (PPA, PÄA, TAI). Sel teemal peaks kaasajaks ja ülikoolidega suhtlemisel vahendajaks olema HTM.

Üheks oluliseks vigastuste ennetamise ressursiks koolis on kehalise kasvatus õpetus koolis. Spordiga tegelevad praktikud on peegeldanud, et näiteks kukkumiste tõsiseid tagajärgi aitaks vähendada osaliselt see, kui inimesed oskaksid „õigesti“ kukkuda. Samuti aitaks mõningaid kukkumisi ennetada näiteks tasakaaluharjutuste praktiseerimine. Kõik need teadmised ja oskused võiks lapsed kaasa saada juba kehalise kasvatus tunnist.

Tugispetsialistid koolis

2014. aasta septembris alustasid kõigis maakondades tööd sihtasutuse Innove juhitud Rajaleidja keskused³⁷, kus pakutakse karjääri- ja õppenõustamisteenuseid. Keskuste sihtgrupiks on kuni 26-aastased lapsed ja noored, kellele on pakutav teenus tasuta.

Ühtlasi korraldavad Rajaleidja keskused vastavate maakondade nõustamiskomisjonide tööd.

Nõustamiskomisjoni ülesanneteks on anda soovitusi sobivate õppe- ja kasvatustingimuste kohaldamiseks, koolikohustuse täitmise alguse edasilükkamiseks ja alla seitsmeaastase lapse kooli vastuvõtmiseks.

Nõustamiskomisjoni koosseisu kuulub vähemalt viis liiget, sh eripedagoog, logopeed, koolipsühholoog, sotsiaaltöötaja ja maa- või linnavalitsuse esindaja.

Koolis igapäevaselt töötavad inimesed väidavad siiski, et antud nõustamiskomisjonidest üksi ei piisa. Vajalik on ka tugispetsialistide töötamine koolis kohapeal. Seda eriti siis, kui tegemist on suure õpilaste arvuga kooliga. Kui on tegemist konfliktse olukorraga, siis vajavad koolitöötajad selle lahendamiseks abi kohe. Samuti on oluline, et tugispetsialistid looksid nii õpilaste kui lapsevanematega usalduslikud suhted. See on ilmselt väga keeruline, kui kogu maakonna peale on üks nõustamiskeskus.

Lapsevanemate haridus

Teiseks oluliseks teemaks on vanemate haridus. Statistika näitab, et paljud väikelapsed vajavad arstiabi seoses põletuste ja juhuslike mürgistustega. Samuti kukuvad lapsed koduses keskkonnas rängalt just vanemate suutmatuse tõttu riske näha ja neid hinnata. Koolieelikute vigastused leiavad aset pigem kodus kui koolieelsetes lasteasutustes. Seega on siinkohal peamine vastutus lapsevanematel. Seega vajavad lapsevanemad nõustamist ja juhendamist. Uuringud (mis on küll läbi viidud väljaspool Eestit) näitavad, et vanemate toetamiseks ei piisa vaid juhendmaterjalidest, vaid oluliselt efektiivsem on vanemaid silmast-silma nõustada. Siinkohal on oluliseks ressursiks esmatasandi tervishoiutöötajad – perearstid/-õed, ämmaemandad. Samuti võiks vigastuste riskide osas olla nõustajaks sotsiaal- ja lastekaitsetöötajad.

³⁷ Rajaleidja keskused.

<http://www.innove.ee/et/karjaariteenused/rajaleidja-keskused>

Ettepanekud seoses haridusega

Hariduse teema on käsitlusel olnud pea kõigil rakkerühma temaatilistel koosolekutel. Arutelude oluliseks järelduseks on see, et hariduse valdkonda panustavad ametkonnad (PPA, MNT, PÄA, TAI) vajaksid regulaarseid kokkusaamisi, et saada ülevaadet üksteise poolt pakutavatest ennetustegevustest haridusasutustes, leida võimalusi koostööks ning koolide rolli suurendamiseks ohutushariduse andmisel. Kuna hariduse valdkonna koordineerijaks on HTM, siis peaks HTM selle koostöö juhtimise enda kanda võtta.

Analüüsimist vajab see, kui suure laste arvuga koolide puhul oleks hädavajalik tugispetsialistide viibimine koolis kohapeal, millises koosseisus tugispetsialistid koolis kohepeal peaksid olema ja kuidas tagada nende ametkohtade rahastamine (vastav meede on toodud ptk 4.7).

Lapsevanemate teavitamine/juhendamine vajab suuremat tähelepanu. Siiani on Eestis lapsevanematele pigem juhendmaterjalide abil teavet jagatud. Lapsevanemate nõustamiseks võiks kaasata esmatasandi tervishoietöötajaid ning sotsiaal- ja lastekaitsetöötajaid (meetmed kirjeldatud probleemide leevendamiseks on toodud peatükkides 4.2, 4.3, 4.4).

Tabel 10. Hariduse valdkonda puudutavad ettepanekud

Tegevus	Edasised sammud/vastutaja	Tähtaeg
Leida viis lapsevanematele sõnumi saatmiseks ujumisõppe osas (oluline on, et lapsevanemateni jõuaks info, et kohustusliku ujumisõppe käigus omandab laps parimal juhul algtasemel ujumisõppe ja lapse ohutuse eest vastutab siiski lapsevanem)	HTM, KuM Aruteluks pärast ujumisõppe kvaliteedi kohta käiva uuringu valmimist	2015
Üldhariduskoolile suunatud toetavate ennetustegevuste süstematiseerimine õppekava läbiva teema „tervis ja turvalisus“ ning kiusamisennetustegevuse kontekstis. HTM-i ja tema partnerite perioodiline kokkusaamine (vähemalt kord aastas) Üheks oluliseks koostöökoostöökoostöökoostöökohaks võiks olla koolides läbiviidavad küsitlused/uuringud, et koolide/õpetajate koormust vähendada.	HTM	2015
Inimeseõpetuse ainekava analüüs ja parandamine lähtuvalt valdkonna partnerite ettepanekust	HTM	2017

Luu süsteem, kus terviseeteadajate puhul annaksid teoreetilise osa edasi õpetajad, kuid partnerid toetaksid praktiliste tegevustega	HTM	
Analüüsida võimalusi üldhariduskoolis üldpädevuste tõhusamaks hindamiseks ning terviseeteadajate lõimimiseks erinevate ainete õppesse (välismaise praktika kaasamine)	HTM	Jooksev tegevus
Õpetajad peaksid oma baaskoolituses saama võimalikult palju teadmisi/oskusi, et koolis/lasteaias terviseeteadajaid käsitleda (sotsiaalseid oskusi kujundada). Selleks oleks mõistlik kaasata õpetajakoolituse sisu planeerimisse ja võimalusel ka õppe läbi viimisesse erinevaid asjasse puutuvaid ametkondi (TAI, PPA, PÄA, MNT)	HTM, õpet läbi viivad ülikoolid	

7. VIGASTUSI PUUDUTAVAD ANDMED

Vigastushaigestumust puudutavad andmed:

Käesoleval hetkel on vigastushaigestumuse kohta võimalik saada andmeid peamiselt kolmest allikast:

1. EHK raviandmed:

EHK le esitavad raviarveid kõik TTO-d, kellega on EHK-l on leping ning kelle eest tasub arved EHK, seal hulgas SoM-i vältimatu arstiabi arved. Seega jäävad andmestikust välja ise maksjad, välismaalased ja TTO-d kes ei oma EHKga lepingut.

Antud andmeid saab kasutada SoM ja kõik, kes esitavad EHK-le teabenõude (sh võib vaja minna AKI ja eetika komitee luba).

Antud andmestikust saab informatsiooni järgnevate tunnuste osas:

- isiku andmed (detailne vanus ja elukoht, sugu, kindlustatuse staatus jne);
- raviasutus ja arst (maakond, eriala jne);
- tervishoiuteenuse tüüp;
- ravijuhud, osutatud teenused, vastuvõtud, voodipäevad jne;
- detailne diagnoos sh kaasuv diagnoos (RHK-10 järgi);
- ravijuhu maksumus.

Antud andmebaasist muudab vigastuste kulude jälgimise keeruliseks see, et ühe juhtumi puhul peaks ühendama omavahel erakorralise ravi, haiglaravi ja ka järelravi. Sellist analüüsi ei ole EHK andmete põhjal käesolevas aruandes tehtud ja seega jääb osa vigastushaigestumusega seotud kuludest ka praegu teadmata.

2. Sotsiaalministri määruse alusel kogutavad andmed (a-veeb) – TSTUA

Kuna antud andmestikku kantavad andmed pole isikustatud, siis on võimalik isikute topelt arvestamine. Seega pole andmed eriti täpsed. Küll aga saab nende andmete järgi näha vigastuste üldist trendi.

Andmeid kogutakse statistilisel eesmärgil ja nad ei sisalda andmeid kulude kohta. Andmeid peavad esitama kõik TTO-d kõigi juhtude kohta ja andmeid esitavad kõik TTO-d kõigi juhtude kohta nii ambulatoorse, päeva kui statsionaarse ravi osas.

Andmebaasi eripäraks on see, et asukohta ei määrata mitte inimese rahvastiku registri järgse elukoha, vaid TTO asukoha järgi.

Antud andmebaasi andmed on kõigile kättesaadavad.

3. Tervise infosüsteem

Andmeid peavad esitama kõik TTO-d kõigi juhtude kohta – kaasa arvatud välismaalaste ja ise maksjate kohta.

Antud andmestikust saab järgnevaid andmeid:

- isikuandmed (detailne vanus ja elukoht, sugu, kindlustatuse staatus jne);
- raviasutus ja arst (aadress, eriala jne);
- tervishoiuteenuse tüüp ja liik;
- voodipäevad, visiidid, ravi lõpp;
- ravijuhud, protseduurid/operatsioonid (v.a radioloogia, analüüsid);
- vigastuse ja välispõhjuse detailsed diagnoosid (RHK-10).

Antud andmestiku positiivseks küljeks on see, et ühe inimese kohta kogunevad kirjed erinevate tervishoiuteenuste liikide kohta ja seega oleks võimalik idee järgi ühte vigastusest tulenevat ravi ajas jälgida.

Tervise infosüsteem on alles välja arendamise etapis. Hetkel pääsevad andmetele ligi vaid SoM ja TAI. Mõneti on probleeme sellega, et antud andmebaasi ei esita praegu veel andmeid kõik TTO-d kõigi juhtude kohta.

Oluline arendustegevus, mis on hetkel töös, on e-kiirabi kaart, mille abil tulevikus ilmselt suurem osa vigastuste raviga seotud andmeid kogutakse.

Antud valdkonna arenduseks loodi Riigikantselei juurde e-tervise rakkerühm. Tervise infosüsteemi on võimalik arendada koostöös erinevate ametkondadega (PPA, PÄA, TJA, JuM), et vastavad asutused saaksid oma ennetustöö planeerimiseks tulevikus vajalikke andmeid vigastushaigestumuse kohta. Seda arendustegevust hakkabki 2015. aastal vedama e-tervise rakkerühm.

Vigastushaigestumuse andmete kohta võiks kokkuvõtvalt öelda, et andmebaas, millele on ligipääs kõigil, on hetkel liiga üldine, et ennetustegevuseks detailset infot saada. Samuti ei ole selles andmebaasis infot ravikulude kohta. Samas, EHK andmetele on ligipääs vaid SoM-il ja seda ka vaid spetsiaalselt andmevahetuslepingu raames määratud ulatuse osas ja teised asjassepuutuvad ametkonnad peaksid esitama EHK-le eraldi päringu. Seega oleks mõttekas välja töötada süsteem, kuhu pääseksid ligi ka teised ametkonnad ja saaksid teha päringuid oma töö planeerimiseks vajalike andmete kohta.

Olulist infot vigastuste kohta koguneb haiglatest. Kuid hetkel saab seal kogunevat infot vaid projektide korras. Hetkel tehakse pigem traumakaartide tagasivaatavat analüüsi. Kui nende traumakaartide jaoks oleks olemas elektrooniline andmebaas, siis oleks võimalik haiglatest ilmselt pidevalt vigastuste kohta detailseid andmepäringuid teha. Siinkohal vajab analüüsimist, kas tervise infosüsteemi kõrvale oleks sellist paralleelset süsteemi vaja.

Teine oluline küsimus on see, kuidas kasutada haiglasse kogunevaid operatiivandmeid ja kuidas tagada neile võimalikult kiiresti reageerimine. Hetkel on näiteks heas koostöö Tallinna Lastehaiglal ja Mürgistusteabekeskusel. Kui Tallinna Lastehaiglasse pöördusid eelmisel aastal mitmed pesugeelikapsli allaneelamise tagajärjel mürgistuse saanud lapsed, siis jõudis see info koostöös Mürgistusteabekeskusega kiiresti avalikkuseni ja alustati lapsevanemate teavitamist meedia vahendusel. Samas, kõigi valdkondade osas sellist koostööd pole.

Vigastussurmade andmed

Operatiivandmed on vigastussurmade kohta kõige kiiremini kättesaadavad ja neid kasutab peamiselt SiM hetkeolukorrast ülevaadete koostamiseks. Valdkonna planeerimise aluseks olevad analüüsid viiakse läbi korrigeeritud ja täpsustatud andmete põhjal. Tulesurmade kohta kogutakse andmed tulekahjujärgse menetluse käigus, täiendavalt on SiM-il pooleli arendus uppumissurmade kohta andmete kogumiseks. Selleks võetakse PPA poolt kasutusele uppunu andmekaart, millega kaardistatakse teave nii sündmuse kui hukkunud isiku kohta. Sündmuse aset leidmisel võetakse juhtum esialgu arvestusse, kuid juurdluse käigus surmapõhjuse täpsustumisel arvestatakse vajadusel välja (kui tegemist ei ole uppumise või tulesurmaga). Hetkel on probleeme ka erinevatel osapooltel andmete üheses mõistmises. Nii näiteks tähendavad SiM-i operatiivandmetes uppumissurnad surnukehasid, mis leitakse veest. Alati ei pruugi sellisel puhul surmapõhjuseks olla uppumine.

Surma põhjuste register on kõige usaldusväärsem vigastussurmade andmete allikas. Praegu on surma põhjuste registri tööd oluliseks takistavaks teguriks see, et surmateatis pole jätkuvalt elektrooniline. Hetkel on olukord selline, et eelmise aasta vigastussurmade andmed avaldatakse uue aasta juunis. Kui surma teatis oleks elektrooniline, siis oleks võimalik vastavad andmed oluliselt kiiremini avaldada. Selleks, et tulevikus ei peaks toetuma ennetustegevuste planeerimisel operatiivandmetele, tuleks leida rahaline ressurss, et surmateatist puudutav arendustegevus kiiremas korras ellu viia. Siinkohal tuleb märkida, et surma põhjuste register kuulub TAI haldusalasse ja TAI omakorda on Sotsiaalministeeriumi hallatav asutus.

Lisaks, surmateatise elektrooniliseks muutmiseks on ilmselt võimalik suurendada andmete hulka, mida surmade puhul kogutakse. Hetkel tuleb näiteks EKEI-st teha eraldi päring, et teada saada, kui palju hukkunutele olid alkoholi- või narkojoobes.

Kvaliteetsema vigastuste seire kohustuse kehtestavad Eestile ka rahvusvahelised strateegiad. Näiteks laste vigastuste puhul on valminud WHO laste väärkohtlemist puudutav strateegia³⁸, mille üheks eesmärgiks on muuta laste väärkohtlemine nähtavamaks ja see omakorda eeldab pidevalt laialdast andmete kogumist laste väärkohtlemise kohta.

Ettepanekud seoses vigastuste andmetega

Siiani on ennetamisel kasutatud peamiselt vigastussurmade andmeid, kuid tähelepanuta on jäänud vigastustest põhjustatud haigestumine ja sellest tulenev koormus riigile. Selleks, et tulevikus oleks võimalik analüüsida ka vigastushaigestumusest tekkivat rahalist koormust, oleks vaja EHK-ga kokku leppida, mil viisil ja kui detailseid andmeid oleks võimalik perioodiliselt EHK raviarvete andmebaasist välja võtta.

Lähitulevikus tuleb leida rahalised vahendid, et muuta surmateatis elektrooniliseks. Surma põhjuste register kuulub küll SoM-i haldusalasse, kuid sinna kogunevaid andmeid vajavad kõik vigastuste ennetamisega tegelevad ametkonnad.

Selleks, et saada vigastussurmade kohta detailsemat infot, on SiM tegemas arendustegevusi seoses tule- ja uppumissurmadega, MNT aga koostöös SoM-iga seoses liiklussurmadega. JuM on valmistamas ette ühinemist rahvusvahelise andmebaasiga ja sellega seoses valmistamas ette kogumaks põhjalikumaid andmeid vägivallasurmade kohta. Seega on arendustegevuste

³⁸ „Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020“. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/253728/64wd13e_InvestChildMaltreat_140439.pdf

osas hetkel katmata peamiselt kukkumised ja enesetapud. Kuna vaimne tervis ja sellega seoses ka enesevigastamine ja enesetapud jäävad SoM-i haldusalasse, siis peaks ka SoM olema see, kes otsib võimalusi enesetappudega seotud detailsema info kogumiseks ja selle põhjal ka konkreetse ennetusstrateegia välja töötaks.

Kukkumiste põhjuste välja selgitamise osas on huvi üles näidanud TJA. Samas, kukkumiste valdkond on lai, mis sisaldab endas näiteks väikelaste kukkumisi, mis on selgelt seotud koduse keskkonna riskide, vanemate teadlikkuse ning ka vanemate poolse järelvalvega. Selles sisalduvad täiskasvanute kukkumised, mille puhul on oluliseks riskiteguriks joove. Oluliseks teemaks on eakate kukkumised, mis paljuski leiavad aset kodus ja on seotud koduse keskkonna riskide, liikumise abivahendite vähese kasutamisega. Vanemaharidus on hetkel SoM-i arendada, samuti veab SoM riiklikku alkoholipoliitikat ning ka eakate tervisega seonduvat. Seega peaks ka kukkumiste valdkonna vedaja ja ka täpsemate surmapõhjuste välja selgitaja olema SoM. Kukkumiste surmapõhjuste detailsemate andmete välja selgitamise juurde võiks SoM kaasata TJA, et saada selgust selles osas, kuivõrd tõsiseks probleemiks on Eestis ehituslikud vead ja ehitistega seotud turvanõuete rikkumine. Kukkumiste ning enesetappude kohta käivate andmetega seotud konkreetsete ettepanekud on toodud peatükkides 6.2 ja 6.6.

Tabel 11. Ettepanekud vigastusi puudutavate andmete osas

Tegevus	Edasised sammud/vastutajad	Tähtaeg
Kaardistada erinevate vigastustega tegelevate ametkondade ennetustegevuste planeerimiseks vajalikud infovajadused tervise infosüsteemist ja arendada välja vastavad infoliikumise skeemid (oluline on ära kirjeldada tervise infosüsteemi funktsioon erinevate ametkondade vajadustest lähtuvalt ning seejärel otsustada kas andmeid saab edastada korra aastas ühekordse päringuna või on vaja teha arendus)	Ettepanek Riigikantselei juures töötavale e-tervise rakkerühmale vastava kaardistuse tellimiseks 2015. aastal	2015
Selleks, et näidata vigastustega seotud koormust riigile, on vaja saada ülevaade ka vigastustega seotud ravikuludest. On vaja otsustada, kui sageli ja kui detailselt on ravikulude kohta infot vaja. Detailsus tähendab seda, et kõige objektiivsemad andmed kulude kohta saaks siis, kui jälgida ühe vigastusega seotud kogu ravi protsessi – nii esmaabi, haiglaravi kui ka järelravi	SoM, EHK	Läbirääkimiste algus 2015. aastal
Vaja on kokku leppida kui	SoM	

<p>detaileid andmeid ennetustöö planeerimiseks vigastuste osas vaja on – kui on vaja teada, kus vigastus aset leidis ja mis tegevuse käigus, siis tuleb vastu võtta otsus, et tervisestatistika kogumise andmebaasi ei ole võimalik andmeid sisestada ilma, et märged oleks tehtud ka sellel tasandil (RHK-10 erinevad tasemed). Planeerida RHK-10 koolitus tervishoiutöötajatele</p>		
<p>Tuleb leida ressursid surmateatise elektrooniliseks muutmiseks. Seeläbi on võimalik vigastussurmade andmeid oluliselt kiiremini näha ja ennetustegevustes poleks vaja enam nii palju toetuda operatiivandmetele. Samuti on võimalik, et elektrooniliseks muutmine võimaldab surma põhjuste registrisse koguda ka vigastussurmade kohta detailsemaid andmeid</p>	SoM, TAI	2016
<p>TTO-des koguneva info operatiivne kasutamine</p>	SoM koostöös tervishoiuasutustega	2016
<p>Erinevate ametkondade poolt avalikkusele eksponeeritavate vigastusi puudutavate andmete ühtlustamine</p>	SiM, TAI, MKM, JuM	2015. aasta algus

8. MAAKONDLIKE JA KOHALIKE OMAVALITSUSTE TERVISEDENDUSLIKE MEESKONDADE ROLL VIGASTUSTE ENNETAMISEL

Saavutamaks riiklikult seatud ennetustöö eesmärged, on oluline roll kohalikul tasandil. KOV on elanikele kõige lähemal asuv haldusorgan, mistõttu on võimalused konkreetsest paikkonnast lähtuvaks ennetustööks mitmekesisemad kui riiklikul tasemel.

Maakonna tasand

Alates 1995. aastast töötab igas maavalitsuses spetsialist, kelle ülesandeks on tervist edendavate tegevuste planeerimine ja elluviimine. Ametikohta täitmine ja tegevus on kahjuks sõltunud suuresti riiklike rahvatervise programmide rahastusest.

Maakonna tasandil on maavanema korraldusega moodustatud nõuandva õigusega maakondlikud tervisenõukogud, mille pädevuses on tervisedendusliku töö korraldamine maakonnas. Vaatamata sellele, et nõukogu kuulub maavalitsuse juurde, ei ole tervisenõukogudele ette nähtud riiklikku püsirahastust. Tegevuste rahastamine toimub projektipõhiselt, peamiselt TAI (nii riigieelarvelised kui välisprojektide rahastatud projektid) ja EHK kaudu.

Lisaks on enamikes maakondades tegutsemas traumanõukogud kuni 2014. aasta lõpuni. Traumanõukogud on oma iseloomult pigem projektimeeskonnad, kuna on algselt loodud EHK vigastuste ennetamise maakondlike projektide elluviimiseks. Kuna tervise- ja traumanõukogude koosseis kattub osaliselt, siis on mitmetes maakondades kaks meeskonda ühendatud. Vaatamata sellele on mitmetes maakondades suureks probleemiks puudulik koostöö. Näiteks on selgunud, et kriisikomisjonid, tervise- ja traumanõukogud ei tee maakonnasiseselt omavahel koostööd. Praktikas tähendab see seda, et näiteks mõne surmaga lõppenud või raske tervisekahjustuse kaasa toonud õnnetusjuhtumi puhul ei analüüsita põhjuseid ning võimalusi, kuidas sarnaseid juhtumeid tulevikus ennetada.

Maakondliku tasandi ennetustööd takistavaks teguriks on stabiilse rahastuse puudumine. Seni on maakondliku tervisedenduse rahastus tulnud suure osas TAI (sh ESF programm) ja EHK projektirahade kaudu. Riigieelarvest eraldatakse igale maakonnale vaid ca 2700 eurot aastas. Kuna 2015. aastaga ESF rahastus lõpeb ja EHK lõpetab vigastuste ennetamisele suunatud projektide rahastamise, siis jääb maakondliku ennetustöö rahastajaks alates 2016. aastast vaid riigieelarvest eraldatav ca 2700 eurot igale maakonnale. Arvestades asjaoluga, et mitmed maavalitsused maksavad tervisedenduse ülesandeid täitva spetsialisti palka tervisedenduse tegevusrahadest, jääb ennetustegevuste läbiviimiseks rahalist ressursi minimaalselt.

Kohalik tasand

Kohalikes omavalitsustes tervisedenduse spetsialisti ametikohta enamasti loodud pole. Eraldi tervisedendajad on tööl suuremates omavalitsustes (Tallinn, Tartu, Narva, Pärnu), kuid teiste kohta puuduvad täpsed andmed (KOV-idel puudub kohustus teatada tervisedendaja tööle võtmisest).

Ligikaudu kolmandik Eesti omavalitsusi on moodustanud oma tervisenõukogud. Teistes on ennetustöö peamiselt sotsiaalkomisjoni koordineerida. Ennetustöö rahastamine toimub kohalikes omavalitsustes peamiselt oma eelarvest, osaliselt ka erinevatest projektirahadest.

Terviseprofiil

Maakondliku ja kohaliku tasandi tervisedenduse tegevuste planeerimise aluseks peab olema faktidel tuginev olukorra ja probleemide kaardistus. Taolise kaardistuse koostamiseks on väljatöötatud TAI poolt terviseprofiili meetodika. Terviseprofiil on kohaliku (ja maakondliku) arengukava täiendav analüüsidokument, Eesti rahvastiku tervise arengukava maakondlik/kohalik rakendusplaan, mis sisaldab järgmist infot:

- 1) kohalike elanike tervise ja heaolu seisundi kirjeldus (sh vigastused);
- 2) tervist ja heaolu mõjutavate tegurite kaardistus ja mõju analüüs (sh vigastuste riskitegurid);
- 3) prioriteetsete tegutsemisvajaduste loetelu.

Oma terviseprofiilid on koostanud kõik maavalitsused ja üle poole KOV-idest (01.11.14 seisuga 122 omavalitsust 215-st). Terviseprofiilide juurde on koostatud ka antud piirkonna probleemidest lähtuv tegevuskava. Kahjuks on oskused reaalsetele vajadustele tuginevate tegevuskavade koostamisel veel nõrgad – tegevuskavad on väga üldised ning sageli vaid teavitustööle fokuseeritud. Oluline on pakkuda omavalitsustele ja maavalitsustele tuge (nõustamised, koolitused, juhendid) tugevamate tegevuskavade koostamisel, kuid samuti tuleb anda aega – praktilise kogemuse läbi aja jooksul oskused paranevad.

Terviseprofiili koostamine on indikaatori-põhine ehk statistiliste ja kirjeldavate andmete esitlemine ning analüüs. Kokku on erinevate valdkondade peale ca 100 indikaatorit, mille seas on kajastatud ka enamasti vigastustüüpidest (liiklus-, tule- ja veeohutus, tööõnnetused, isikuvastased kuriteod, õnnetused koolis ja tööl jms).

Maakondlikud ja KOV indikaatorid on veidi erinevad, kuna kõik andmed ei ole kättesaadavad omavalitsuste lõikes. Indikaatorite statistilist analüüsi on keerukam teha väikestel KOV-idel, kuna andmed on aastate lõikes väga juhuslikud (kõiguvad üles-alla), eriti harvajuhtuvate nähtuste puhul nagu vigastushaigestumus ja –suremus. Võimalik on teostada kvalitatiivset analüüsi (nt konkreetsete juhtumite analüüsi), kuid arvestada tuleb anonüümsuse ja tundlike isikuandmete aspekti.

Hetkel tegeleb TAI nii indikaatorite korrigeerimise kui juhendmaterjalide täiendamisega, mis valmivad 2015. aasta teises pooles.

Uus rahvatervise seadus

SoM-i juhtimisel toimub Rahvatervise seaduse (algne seadus kirjutatud 1995. aastal) uuendamine. Prognooside järgi jõustub seadus 2017. aastal.

Maavalitsusi ja KOV-e puudutavate muudatusettepanekute aluseks on TAI poolt teostatud analüüs, millele tuginedes koostati terviklik kontseptsioon nii maakonna kui KOV tasandi ülesannetest, personalivajadustest, rahastamisvõimalustest. Selle käigus kaaluti erinevaid võimalusi senise tegevusstruktuuri muutmiseks, sh võimalusi maakondlike omavalitsusliitude, maakondlike arenduskeskuste ning TA ja SKA piirkondlike keskuste rakendamiseks. Analüüsi ja laiapõhjaliste arutelude käigus jõuti järgmiste peamiste muudatusettepanekuteni:

- Tulevikus peab KOV arengukava üheks kohustuslikuks valdkonnaks olema rahvatervis (sh sätestatud kohaliku omavalitsuse korralduse seaduses). Terviseprofiil muutuks kohustuslikuks arengukava osaks ning sellega seoses peab see valdkond olema kajastatud arengukava tegevuskavas ja saama ka finantseeringu. Seadusemuudatustega peab kaasnema KOV-ide riiklik tugi ennetustöö planeerimise ja elluviimise võimekuse arendamisel. Seadusemuudatusega kaasneb ettepanek suurendada teatud protsendi (nt 0,5%) võrra KOV-ide tulubaasi riigieelarvest.

- Omavalitsus peab tagama, et rahvatervise seaduses sätestatud ülesannete täitmise eest vastutab konkreetne KOV komisjon – selleks võib olla mõni olemasolev komisjon või luua võib rahvatervise komisjoni. Olenevalt KOV suurusest on oluline tagada optimaalne komisjonide arv KOV-ides ja seetõttu saab KOV ise otsustada, kas luua uus komisjon või kasutada mõnd toimivat.
- Maavalitsuse ülesandeks oleks maakonnaülese sektorite ja asutuste omavahelise koostöö korraldamine nn tervis igas poliitikas põhimõtte rakendamiseks ning omavalitsustele toe pakkumine ennetustegevuste planeerimisel ja rakendamisel. Elanikkonnale suunatud tegevused jääks omavalitsustele korraldada, välja arvatud riiklikud elanikkonnale suunatud ennetusprogrammid.
- Koordineerimise lihtsustamiseks ja rahastamise korrastamiseks on plaanis ühendada maakonna tasandil tervise- ja traumanõukogud ning töötada välja uue ühinenud nõukogu terviklik kontseptsioon. Ühendatud nõukogu hõlmaks nii rahvatervise, lastekaitse, turvalisuse ja korraaitse valdkonda (sh katab ka vigastuste ennetamise valdkonna).

Ettepanekud seoses maakondliku ja kohaliku tasandi tervisedendusega

- Praegune KEN (kuriteoennetuste nõukogu) nimetatakse ümber SENiks (süüteoennetuse nõukogu) ning selle juurde on loomisel paikkonna (KOV-id ja maakonnad) ennetustöö fookusega töörühm eri ministriumide ja riigiasutuste esindajatest. Eesmärgiks on ühtlustada ja eri asutuste koostöös koordineerida kohaliku tasandi ennetustööd, sh tegeleda süsteemselt KOV-ides ennetustöö korraldamisega seotud probleemidega. Kuna töörühma kuuluvad erinevate ennetusvaldkondade riiklikud esindajad, annab see võimaluse ühiselt planeerida kõiki maakondadele ja KOV-idele suunatud arendustegevusi (sh vigastuste ennetamisega seotuid).
- Ennetustöö süsteemsemaks ja sektorite ülesemaks muutmiseks tuleks ühendada maakondlikul tasandil tervise- ja traumanõukogud ning selleks pole vaja oodata rahvatervise seaduse muudatusi. Antud muudatuse läbiviimist võiks koordineerida süüteoennetuse komisjoni töörühm (vt eelmine punkt).
- Terviseprofiilil põhinevate maakondlike ja kohalike ennetustöö tegevuskavade koostamise osas vajatakse nõustamist ja abi, kuna praegused kompetentsid ja võimekus on liiga madalad. Oluline on välja töötada riiklik süsteem, kuidas selline tugi kõige tõhusamalt omavalitsusteni jõuaks.
- Maavalitsuses töötavate tervisedenduse spetsialistide positsioon on aastakümneid olnud ebakindel ja seda ka rahastamise osas. Stabiilsuse saavutamiseks on oluline muuta olukorda selliselt, et tervisedendaja palgaraha tuleb maavalitsuse eelarvest ning tegevusteks ette nähtud finantsvahenditest lõppeks maavalitsuste töötaja töötasu maksmine. Seda toetab ka rahvatervise seaduse alusel kehtestatud sotsiaalministri määrus „Maavalitsuse terviseedenduse spetsialistide tegevuse korraldamine“, mille kohaselt on terviseedenduse spetsialist maavalitsuse ametnik ja eelduslikult võiks olla rahastatud maavalitsuse eelarvest nagu nt haridus- või sotsiaaltöötajad/nõunikud. Samas selline muudatus eeldab lisarahastust SiM-i poolt.

- Maakondlik terviseprofiil võiks olla kohustuslik osa maakondlikust arengukavast (sarnaselt kohalikele omavalitsustele).

Tabel 12. Ettepanekud seoses maakondliku ja kohaliku tasandi tervisedendusega

Tegevus	Edasised sammud/vastutajad	Tähtaeg
Koordineerimise lihtsustamiseks ja rahastamise korrastamiseks tuleb lähiajal maakondlikul tasandil ühendada tervise- ja traumanõukogud. Selle protsessi „katuseks“ võiks kasutada SiM-i koordineeritavat siseturvalisuse arengukava	SiM, SoM, TAI	2015. aasta lõpp
Maakondades läbi viidavate tõenduspõhiste ennetustegevuste jaoks võiks raha eraldada riigieelarvest eraldi reall ja selle raha jagamise eest võiks otsustada SEN	Aruteluks SEN-i KOV-teemalise alatöörühma tööks	2015 II poolaasta
Maakondade juures töötavate tervisedendajate positsioon on olnud alati ebakindel ja seda ka rahastamise osas. Tuleb kaaluda võimalust, et maakondliku tervisedendaja palgaraha tuleks maavalitsuse eelarvest nii nagu ka teiste maavalitsuse spetsialistide oma. See aga eeldaks lisarahastust SiM-i poolt	SiM	
On kerkinud esile probleem, et tervisedendajate ettepanekuid maakondlike arengukavade juures arvesse ei võeta. Selle probleemi leevendamiseks tuleb kaaluda ka maakondliku terviseprofiili muutmist arengukava osaks.	SiM	
Hetkel on oluliseks maakondliku ja kohaliku tervisedenduse pärssivaks teguriks vähene koostöö nii riigiga kui ka erinevate ametkondade vahel	Aruteluks SEN-i KOV-teemalise alatöörühma tööks	2015 II poolaasta

LISAD

LISA 1. 2015. aastal toimuvad tegevused vigastuste ennetamise valdkonnas

Tabel 1. 2015. aastal toimuvad tegevused vigastuste ennetamise valdkonnas

Välispõhjus	Tegevus	Vastutaja
Liiklusvigastused	Vanemaealiste ning noorte (16–25-aastaste) liiklejate riskikäitumise mõjutamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Jalakäijate ja jalgratturite vöötrajal käitumise mõjutamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Juhised tavainimesele joobes juhi või potentsiaalse joobes juhi märkamise korral käitumiseks.	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Kontrolli tõhustamine autokoolide õppekvaliteedi üle	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Varakahjudega liiklusõnnetuste info kasutamine ennetustegevuste planeerimisel	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Riigi ja KOV tasandi vahelise infovahetuse ja ennetusalase koostöö parendamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Raskete liiklusõnnetuste uurimise komisjoni tegevuse laiendamine üle Eesti	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks
	Liiklusvigastuste raskusastme määramine ja sellekohase andmevahetuse alustamine	MNT, SoM
	Liiklusjärelvalve tõhustamine	Sisend liiklusohutusprogrammi koostamise aruteluks. Antud teema on ka üheks STAKi fookuseks
	Lüua süsteem, mille abil oleks võimalik sõidukijuhtide tervisetõendi kehtivus peatada ning väljastada juhtimisõigust mittelubav tervisetõend, kui tuvastatakse liiklusohutlik terviserike. Samuti on vajalik rutiinsete kontrollide teostamine	SoM, MKM, MNT

	tervisetõendite väljastajate üle	
Kukkumised	Surmaga päädinud kukkumiste asjaolude väljaselgitamine	SoM
Uppumised, lämbumised	Laste ujumise algõppe kvaliteedi hindamine, ühtse õpetamismetoodika väljaarendamine, sh ujumisoskuse mõiste defineerimine.	KuM, HTM
	Veeohutuse alases ennetustöös levitada jõudsamalt sõnumit – alkohol ja vesi ei kuulu kokku	SiM, PPA, Päästeamet, SoM, TAI
	Korrastada seadusandlust (meresõiduohutuse seadus veeseadus), leidmaks võimalusi veeohutuse reguleerimiseks.	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks
	Veeteede Ametile andmeedastus veesõidukitega toimunud õnnetuste kohta	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks
	Veeliiklust puudutavate hädaabikõnede menetlemine ja abi korraldamine kiirema abi põhimõttel (sh päästeseaduse muutmine)	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks
	Inimeste teadlikkuse parandamine talviste veeohtude osas	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks
	Mitteametlike ujumiskohtade riskide kaardistus kaasates KOV-e ja regionaalseid kriisikomisjone. Vastav info edastada Päästeametile (suurendades seeläbi reageerimiskiirust)	Sisend SiM-i poolt koordineeritavale uppumissurmade ennetamise ümarlaua aruteluks
Tulesurmad, põletused	Elanike esmaabialaste	SoM, TAI

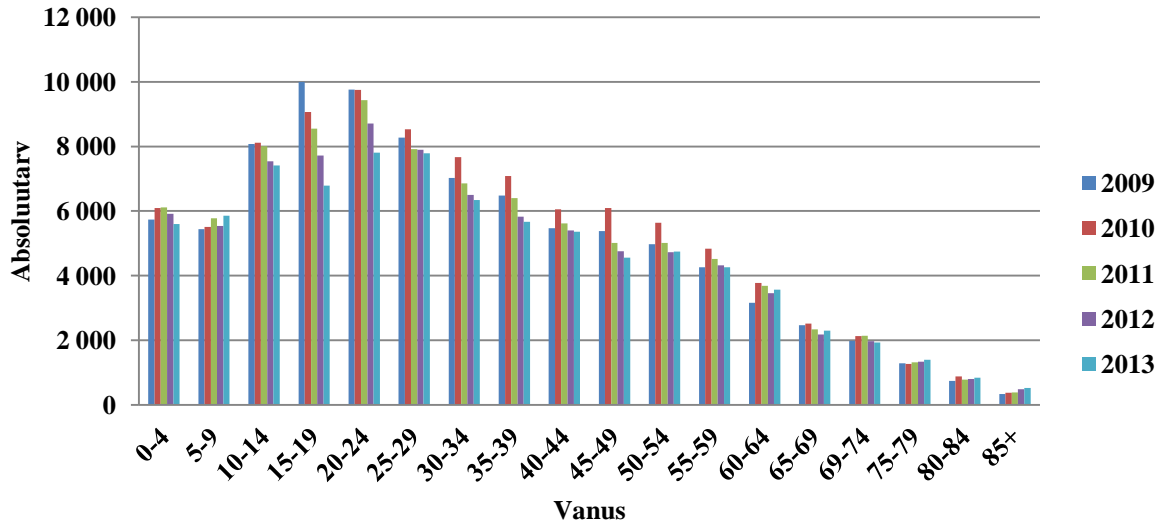
	teadmiste ja oskuste parandamine	
Alkoholi ja narkootikumidega seotud vigastuste ennetamine	Alkoholireklaami piirangute rakendamine	SoM, TAI, MKM
	Alkoholikahjude vähendamine joobes inimese õnnetusohtu sattumise takistamisega – joobes inimesest teatamise propageerimine (eriti külmal perioodil, et vältida inimese surnuks külmumist, või vältimaks inimese kukkumist), rohkem propageerida joobes isiku sõiduki juhtimise takistamist, müügikeelu rakendamine joobetunnustega inimesele müümisel	TAI poolt viiakse juba 2014. aasta lõpus testostlemist joobe tunnustega inimestega, 2015. aastal hakatakse läbi viima teenindajate koolitusi
	Alkoholisõitlaste ravisüsteemi üles ehitamine	SoM, TAI
Haridust puudutavad tegevused	Leida viis lapsevanematele sõnumi saatmiseks ujumisõppe osas (oluline on, et lapsevanemateni jõuaks info, et kohustusliku ujumisõppe käigus omandab laps parimal juhul algtasemel ujumisoskuse ja lapse ohutuse eest vastutab siiski lapsevanem)	HTM, KuM Aruteluks pärast ujumisõppe kvaliteedi kohta käiva uuringu valmimist
	Üldhariduskoolile suunatud toetavate ennetustegevuste süstematiseerimine õppekava läbiva teema „tervis ja turvalisus“ ning kiusamisennetustegevuse kontekstis. HTM-i ja tema partnerite perioodiline kokkusaamine (vähemalt kord aastas) Üheks oluliseks koostöökoostööks	HTM

	olla koolides läbiviidavad küsitlused/uuringud, et koolide/õpetajate koormust vähendada.	
Vigastusi puudutavad andmed	Kaardistada erinevate vigastustega tegelevate ametkondade ennetustegevuste planeerimiseks vajalikud infovajadused tervise infosüsteemist ja arendada välja vastavad infoliikumise skeemid (oluline on ära kirjeldada tervise infosüsteemi funktsioon erinevate ametkondade vajadustest lähtuvalt ning seejärel otsustada kas andmeid saab edastada korra aastas ühekordse päringuna või on vaja teha arendus)	Tegevuse koordineerimise võtab üle 2014. aastal Riigikantselei juures tööd alustanud e-tervise rakkerühm ja antud läbirääkimised algavad 2015. aastal
	Selleks, et näidata vigastustega seotud koormust riigile, on vaja saada ülevaade ka vigastustega seotud ravikuludest. On vaja otsustada, kui sageli ja kui detailselt on ravikulude kohta infot vaja. Detailsus tähendab seda, et kõige objektiivsemad andmed kulude kohta saaks siis, kui jälgida ühe vigastusega seotud kogu ravi protsessi – nii esmaabi, haiglaravi kui ka järelravi	SoM, EHK
	Erinevate ametkondade poolt avalikkusele eksponeeritavate vigastusi puudutavate andmete ühtlustamine	SiM, TAI, MKM, JuM
Maakondlik ja kohaliku tasandi tervisedendus	Maakondades läbi viidavate tõendus põhiste ennetustegevuste jaoks võiks raha eraldada riigieelarvest eraldi reall ja selle raha jagamise eest võiks otsustada SEN	Aruteluks SEN-i KOV-teemalise alatöörühma tööks
	Hetkel on oluliseks maakondliku ja kohaliku	Aruteluks SEN-i KOV-teemalise alatöörühma tööks

	tervisedenduse pärssivaks teguriks vähene koostöö nii riigiga kui ka erinevate ametkondade vahel	
--	---	--

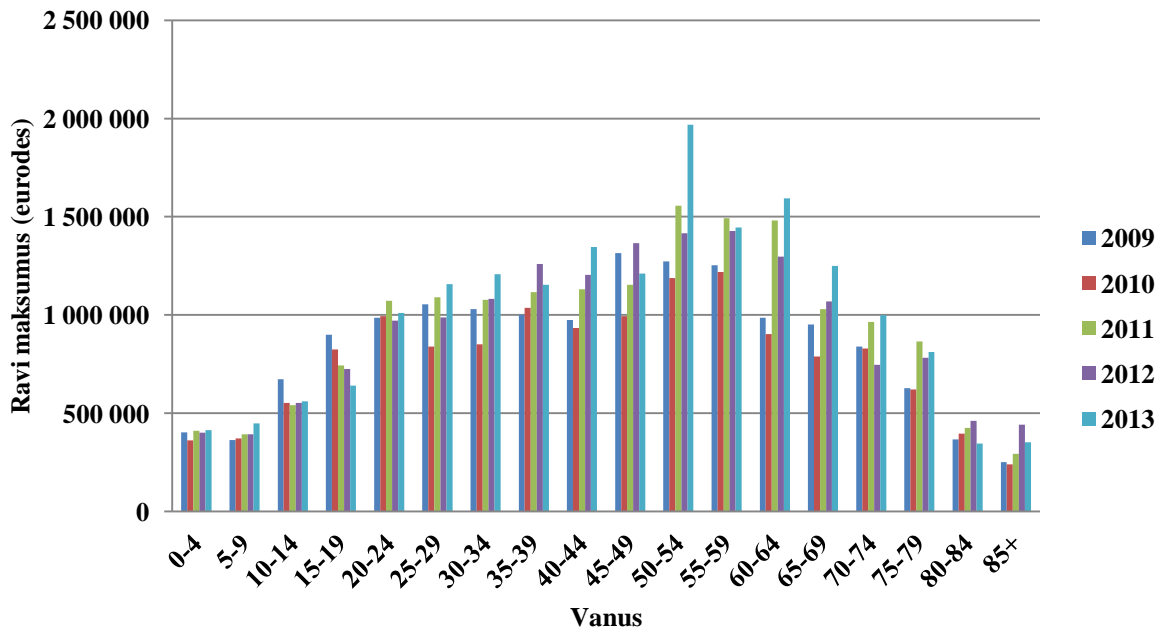
LISA 2. Vigastustega seotud ravi perioodil 2009–2013 EHK andmetel

Joonis 1. Vigastuste tõttu ravi vajanud meessoost isikud vanusgrupiti perioodil 2009–2013



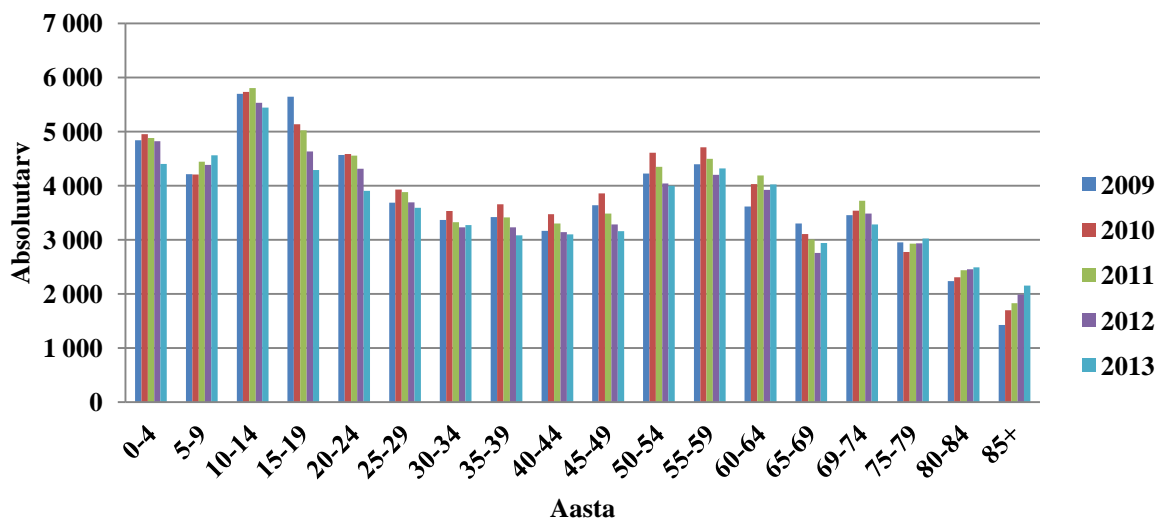
Allikas: Eesti Haigekassa

Joonis 2. Ravikulu vigastuste ravi puhul meeste seas



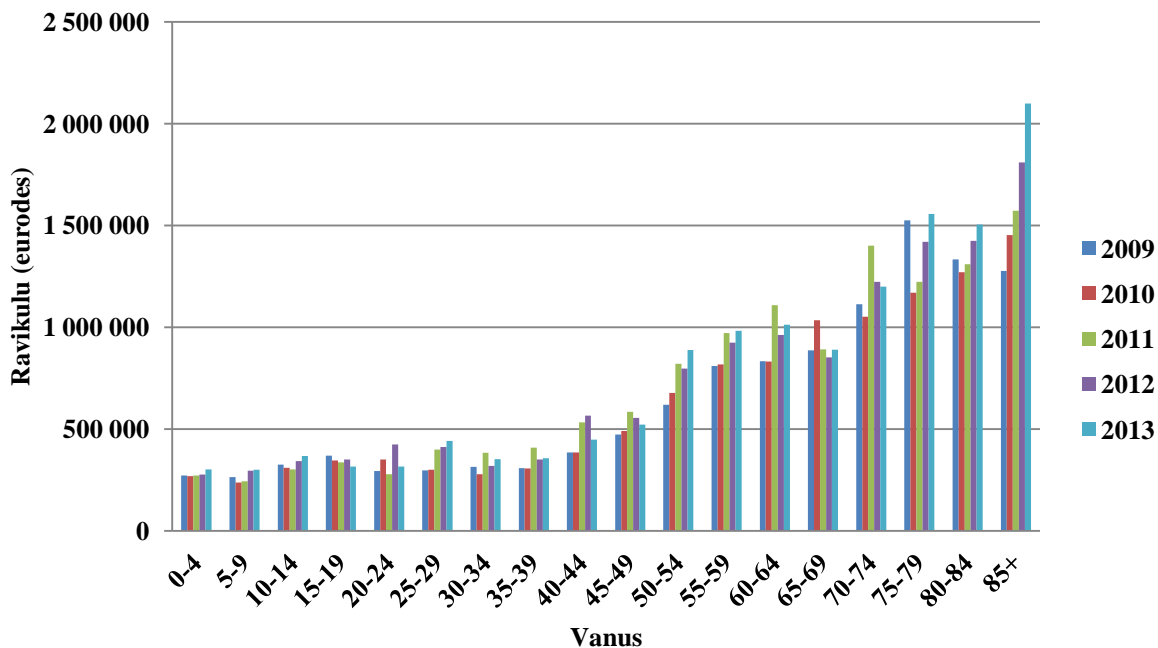
Allikas: Eesti Haigekassa

Joonis 3. Vigastuste tõttu ravi vajanud naissoost isikud perioodil 2009–2013



Allikas: Eesti Haigekassa

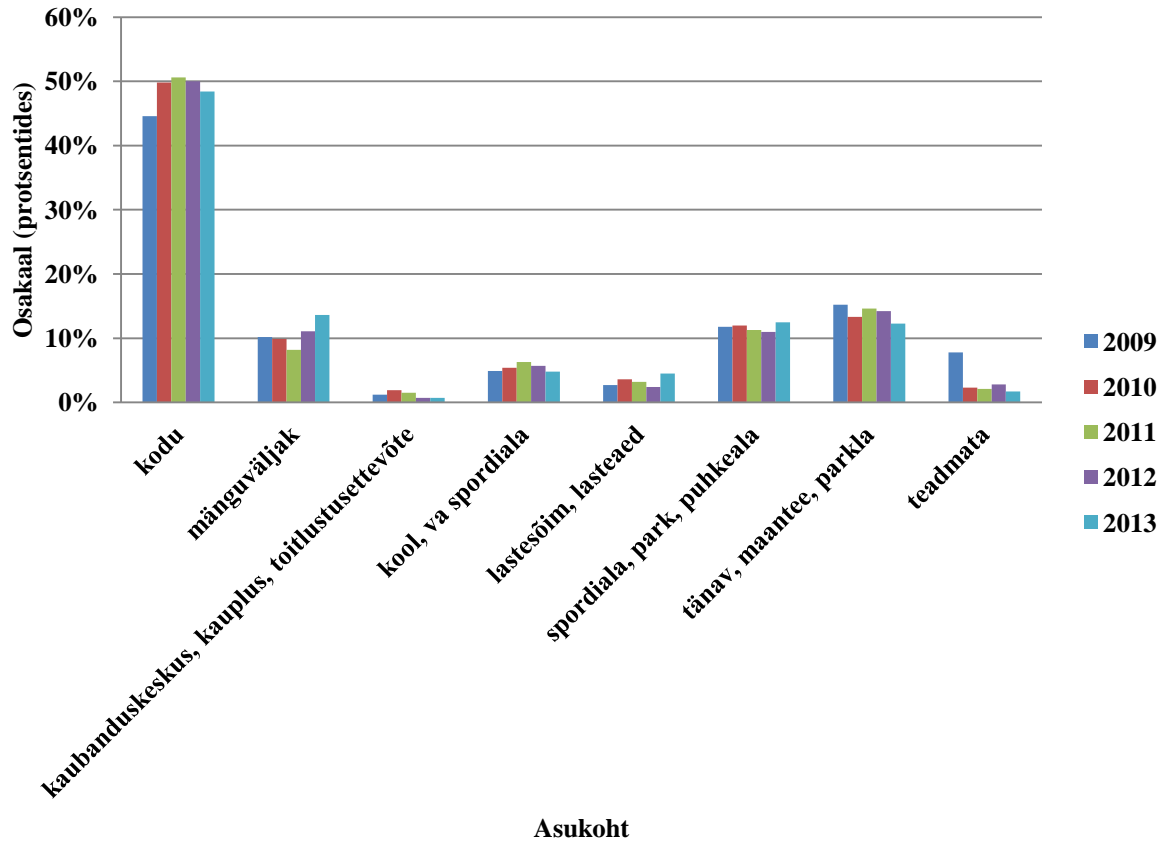
Joonis 4. Ravikulu vigastuste ravi puhul naiste seas



Allikas: Eesti Haigekassa

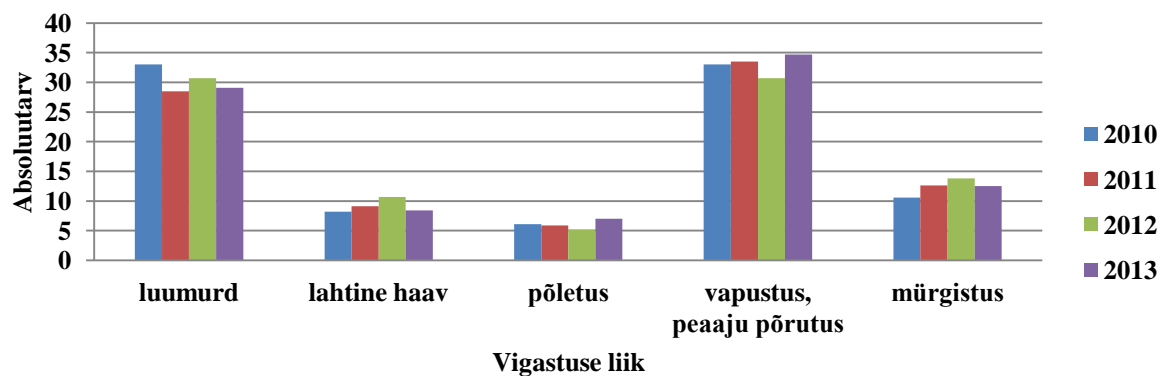
LISA 3. Laste vigastushaigestumus

Joonis 5. Vigastuste asetleidmise asukoht Tallinna Lastehaiglasse saabunud patsientide puhul



Allikas: Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet

Joonis 6. Levinud vigastuse liigid Tallinna Lastehaiglasse saabunud patsientide puhul perioodil 2010–2013



Allikas: Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet

LISA 4. Vigastuste valdkonna koordineerimine

Tabel 2. Vigastuste valdkonna koordineerimine

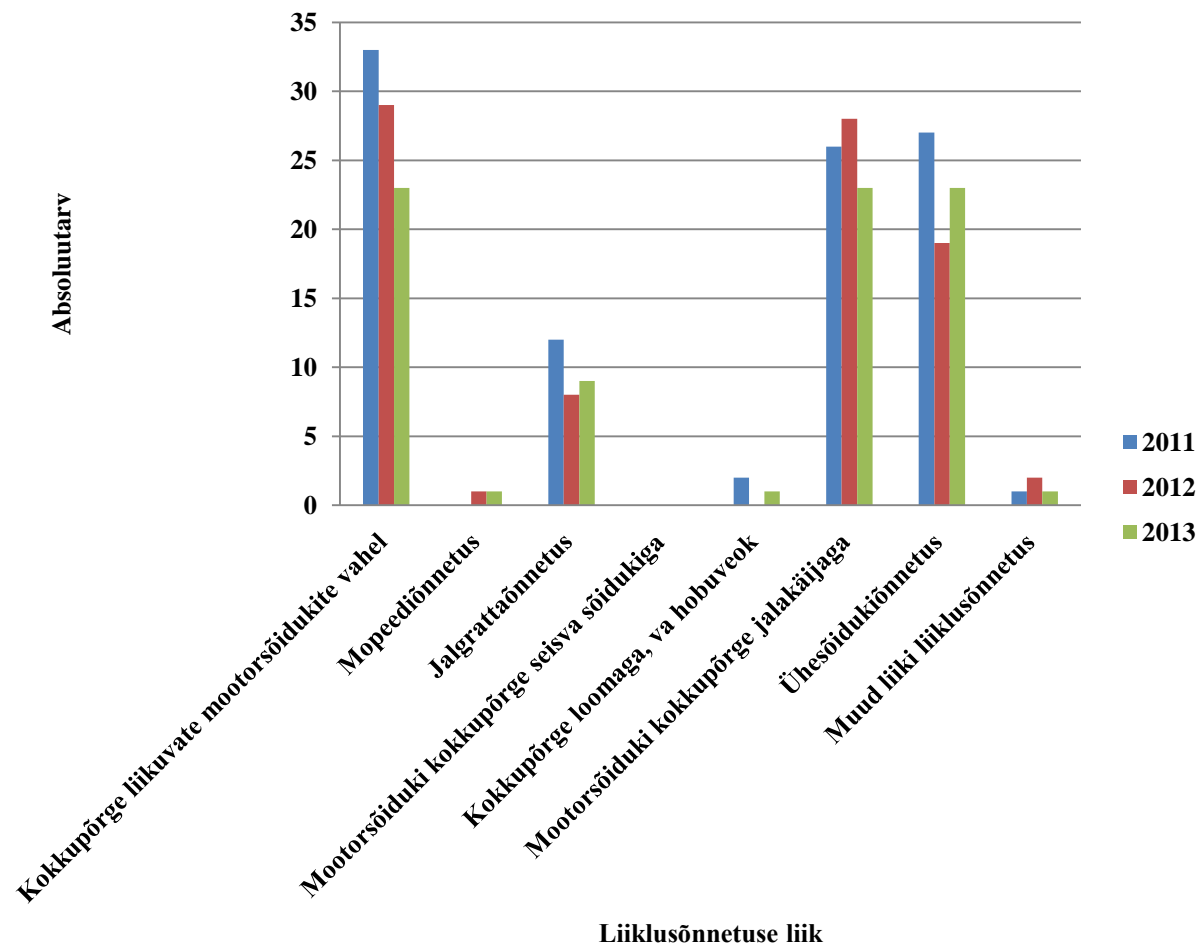
Koordinatsiooni-Struktuur	Teemad	Koosseis	Kokkusaamiste sagedus	Vastutaja
Liikluskomisjon	Liiklusohutus (liiklusvigastused)	MKM HTM JuM RaM SiM MNT PPA Eesti Linnade Liit (ELL) Eesti Liikluskindlustuse Fond (LKF) Tallinna Linnavalitsus Tallinna Tehnikakõrgkool Tallinna Tehnikaülikool Autoettevõtete Liit *Ministeeriumid on esindatud ministri tasemel	4 korda aastas (1 kord kvartalis)	MKM
Uimastiennetuskomisjon	Illegaalsed uimastid, sh surmad üledoosidest	SiM SoM HTM JuM Eesti Kohtuekspertiisi Instituut (EKEI) MTA Raviamet (RA) TAI Eesti Koolijuhtide esindus Eesti lastevanemate Liit Tartu Ülikool (TÜ) Eesti Noorteühenduste Liit Eesti Psühhiaatrite Selts Eesti Üliõpilaskondade Liit Lastekaitse Liit Sisekaitseakadeemia Harjumaa		SiM

		Omavalitsuste Liit Ida-Virumaa Eesti Omavalitsuste Liit (EMOL) Tallinna Linnavalitsus Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet *Ministeeriumid on esindatud ministri tasemel		
Süüteoennetuse nõukogu (SEN, luuakse kuriteoennetuse nõukogu baasil) – SEN loomise määrus on alles koostööstamise, esimene SEN-i kokkusaamine toimub ilmselt 2015. aasta kevad	Süütegude ennetamine ja kohaliku omavalitsuse ennetustöö nõustamine	7 püsiliiget ja 8 valitavat liiget. Püsiliikmed on järgnevad – JuM HTM RaM SiM SoM (sotsiaalkaitseministe r) PPA peadirektor Riigi peaprokurör *Ministeeriumid on esindatud ministri tasemel		JuM
RTA juhtkomitee	Kõik tervise teemad, sh alkoholitarbimine, enesetapud, vigastustega seotud tegevused	SoM HTM Kaitseministeerium(KaM) Keskkonnaministeeri um (KeM) KuM PõM RaM SiM JuM MKM EHK ELL EMOL TAI TI TA Riigikantselei Peaministri büroo Eesti Keskerakonna fraktsioon Isamaa ja Res Publika fraktsioon Sotsiaaldemokratliku	2–3 korda aastas	SoM

		erakonna fraktsioon Eesti Reformierakonna fraktsioon *Ministeeriumid ei ole esindatud ministri tasemel		
Lastekaitse nõukogu	Lapse heaolu ja õiguste kaitse	SoM HTM JuM SiM ELL EMOL Lastekaitse Liit UNICEF SOS Eesti Lasteküla Eesti Lastevanemate Liit Eesti Õpilasesinduste Liit Eesti Noorteühenduste Liit * Ministeeriumid on esindatud ministri tasemel		SoM
Vägivalla vähendamise arengukava (VVA) juhtkomisjon	Isikutevaheline vägivald mistõttu ei käsitle see enese vastu suunatud (enesevigastused) ega kollektiivset vägivalda. Fookuses on laste vägivald, perevägivald ja naistevastane vägivald ning inimkaubandus	JuM HTM RaM SiM SoM MKM KuM Välisministeerium (VäM) Riigikantselei *Ministeeriumid ei ole esindatud ministri tasemel		JuM
Siseturvalisuse arengukava (STAK) juhtkomisjon		SiM JuM RaM KeM KaM SoM HTM PõM MKM VäM KuM *Ministeeriumid ei ole esindatud ministri tasemel		SiM

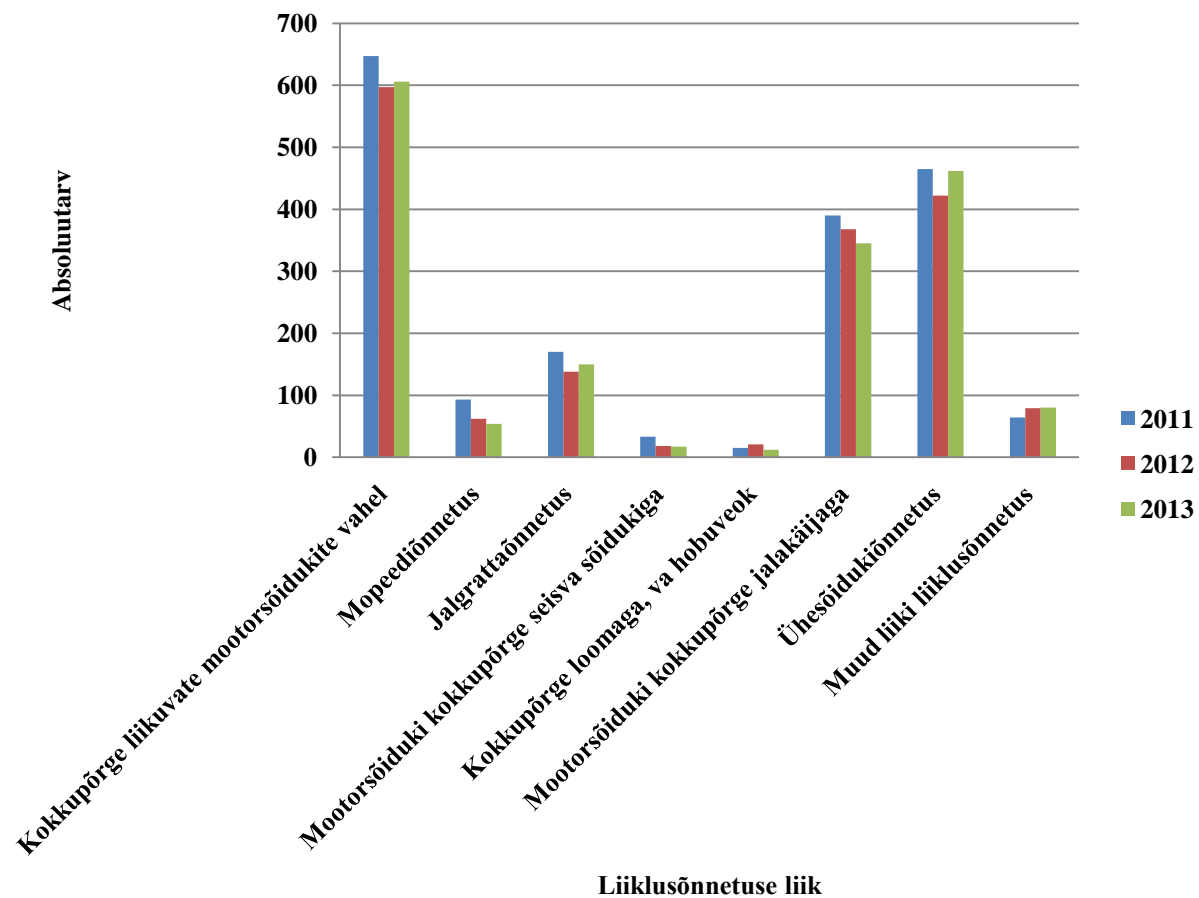
LISA 5. Liiklusvigastused

Joonis 7. Liiklusõnnetuses hukkunud liigiti 2011–2013



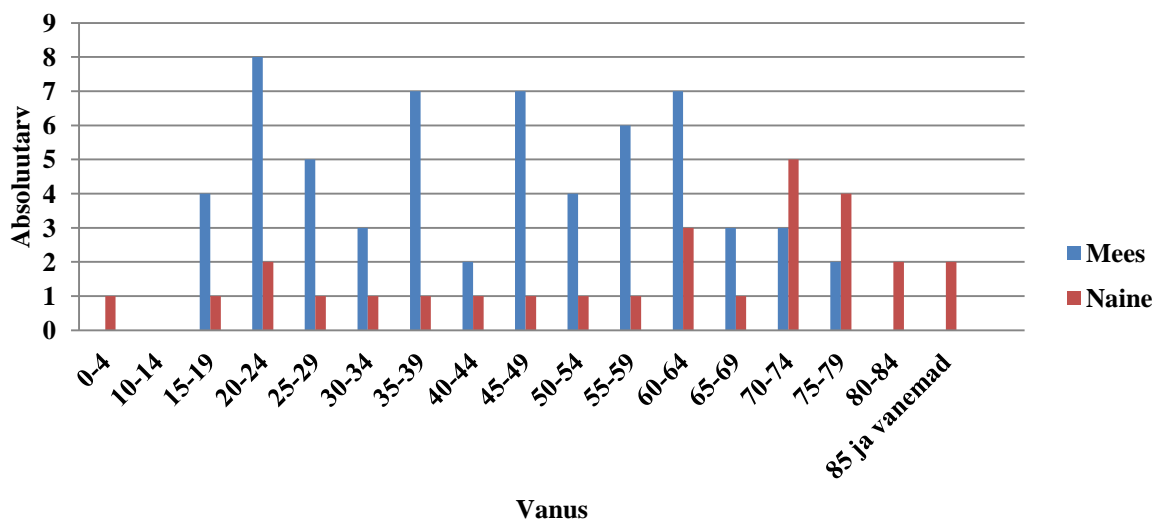
Allikas: Maanteeamet

Joonis 8. Liiklusvigastuses kannatanud vigastuse liigiti



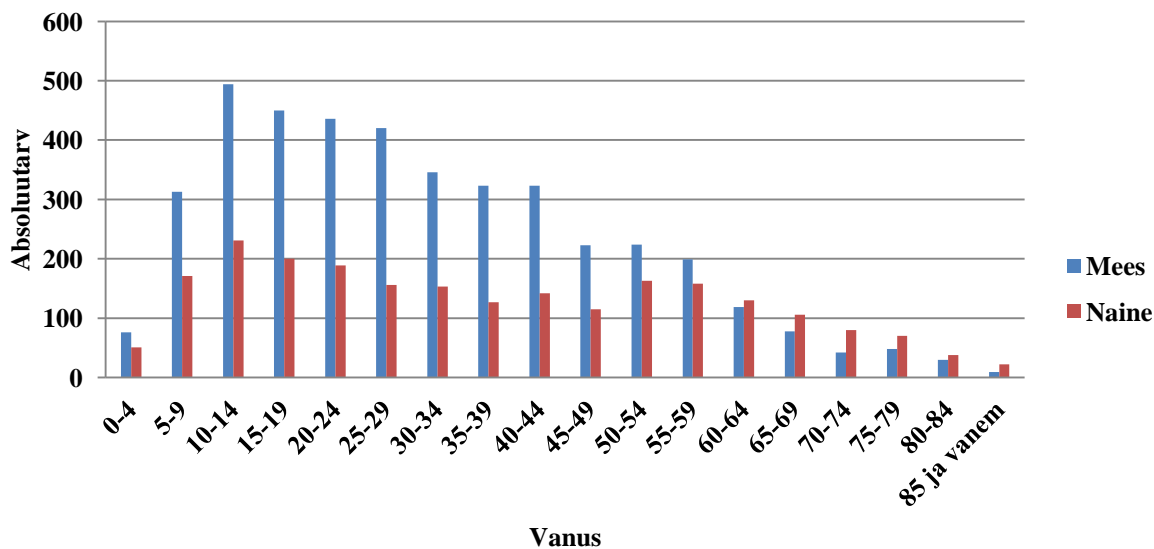
Allikas: Maanteeamet

Joonis 9. 2013. aastal liiklusvigastuste tagajärjel surnud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Statistikaamet

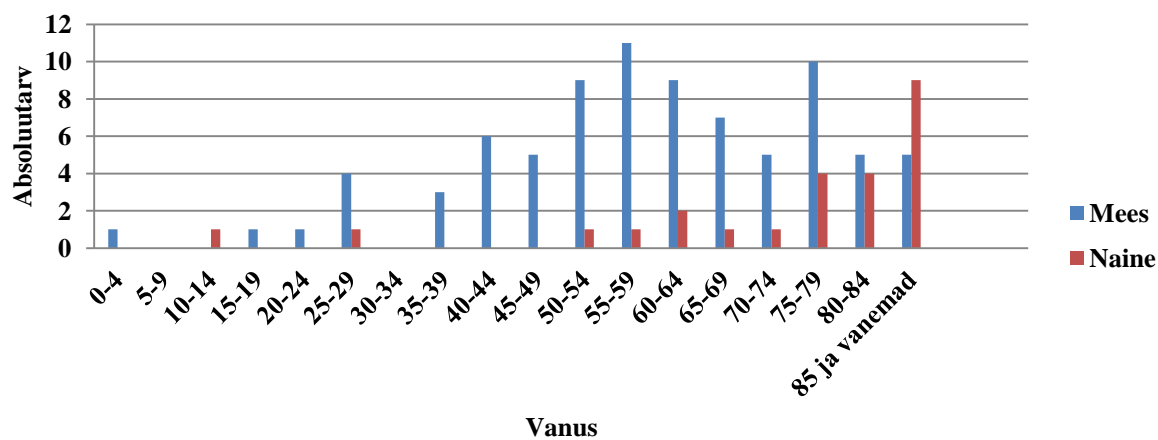
Joonis 10. Liiklusvigastuste tõttu 2013. aastal ravi vajanud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Eesti Haigekassa

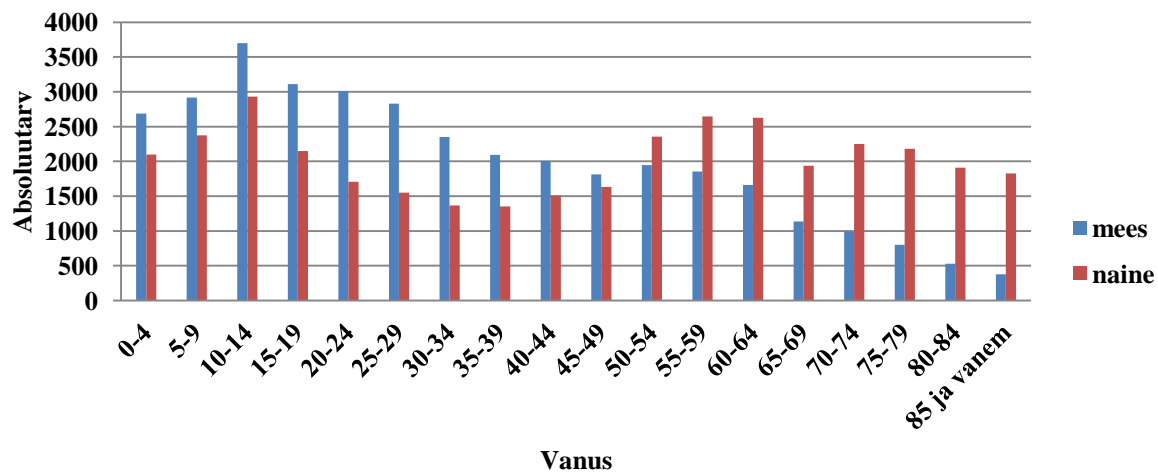
LISA 6. Juhuslikud kukkumised ning vigastused mehaanilise jõu toimel

Joonis 11. 2013. aastal kukkumise tagajärjel surnud soo ja vanuse lõikes



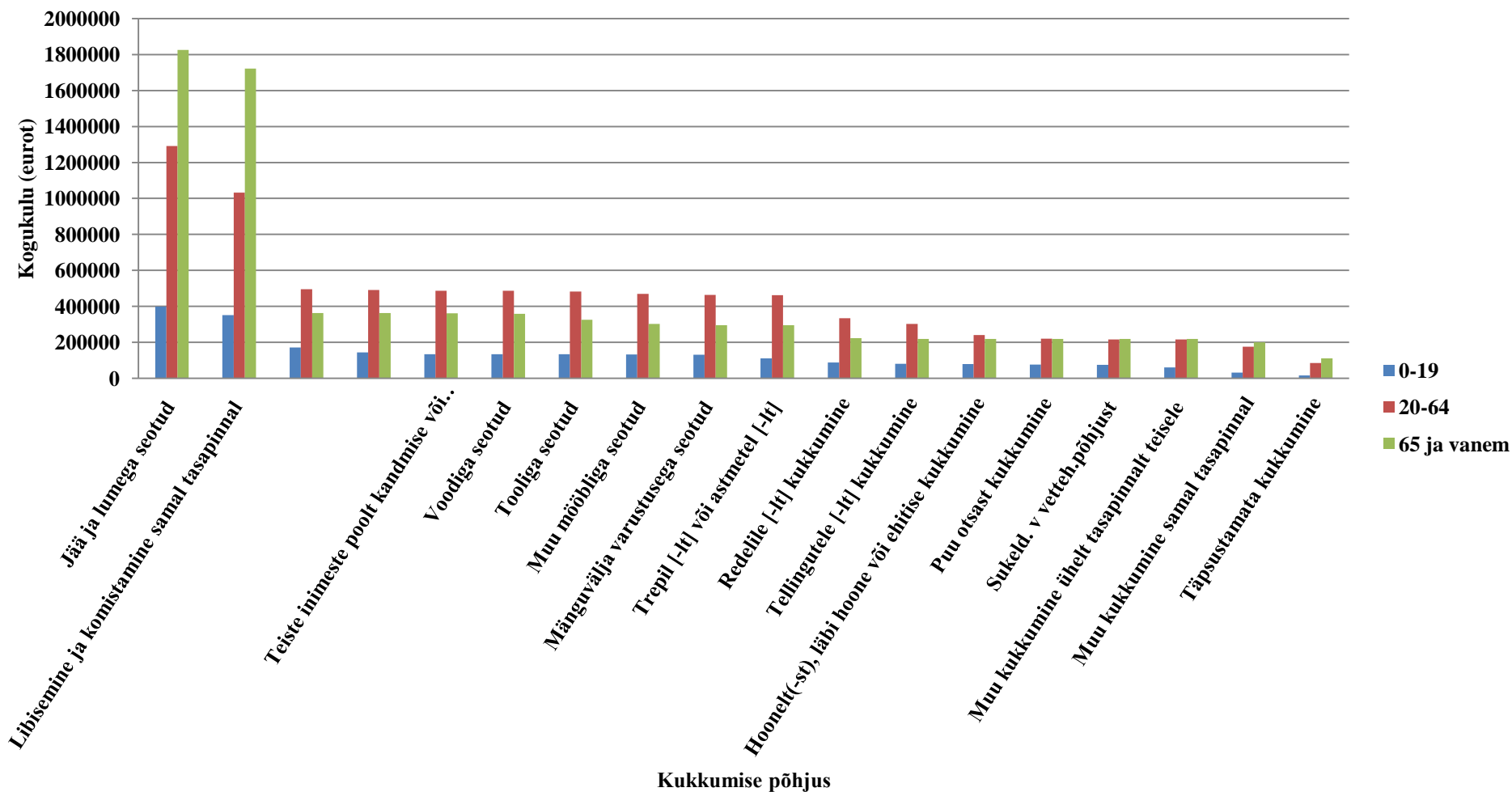
Allikas: Surma põhjuste register

Joonis 12. Kukkumise tõttu 2013. aastal arstiabi vajanud soo ja vanuse lõikes



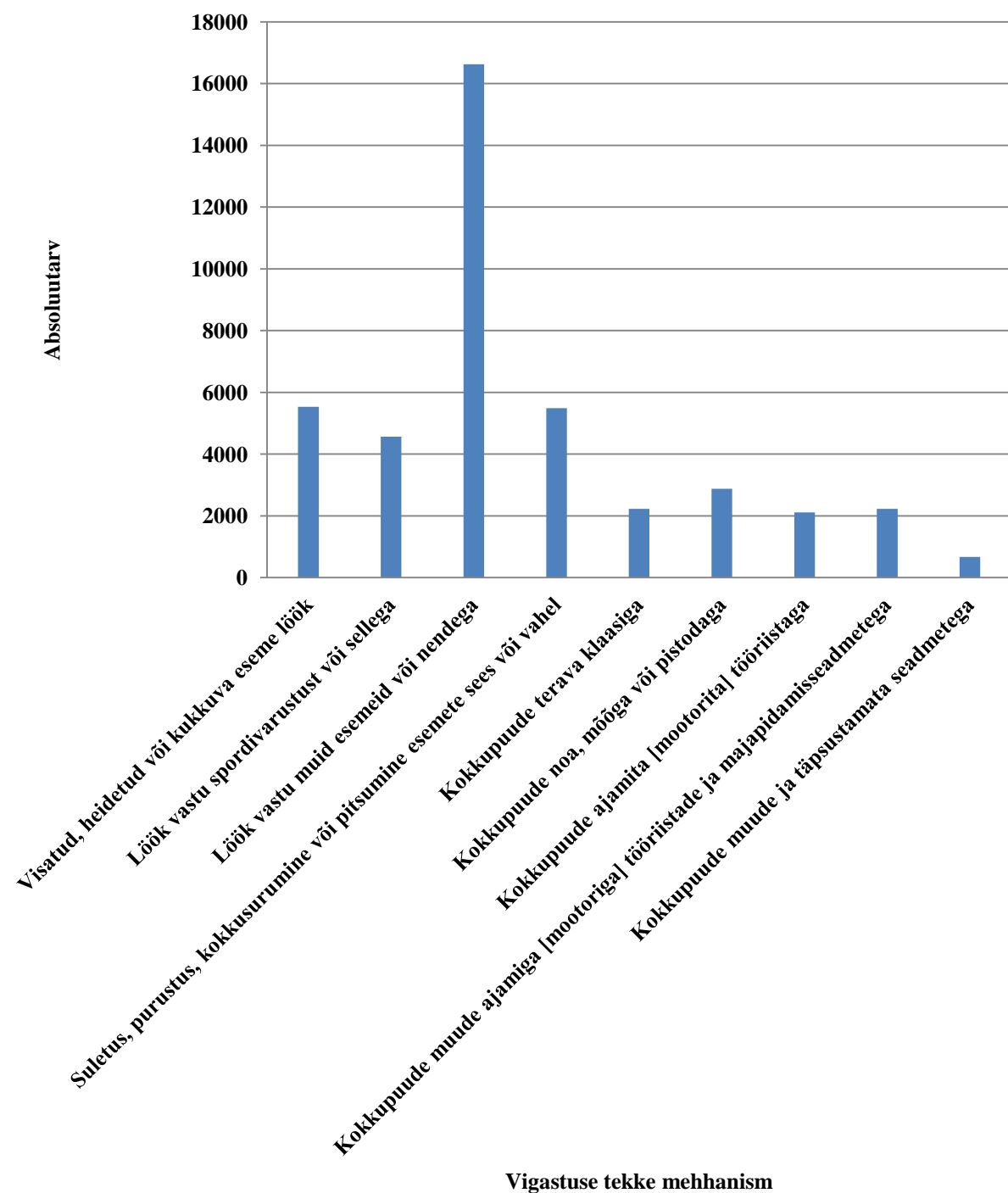
Allikas: Eesti Haigekassa

Joonis 13. Kukkumise ravikulu liigiti ja vanuse lõikes



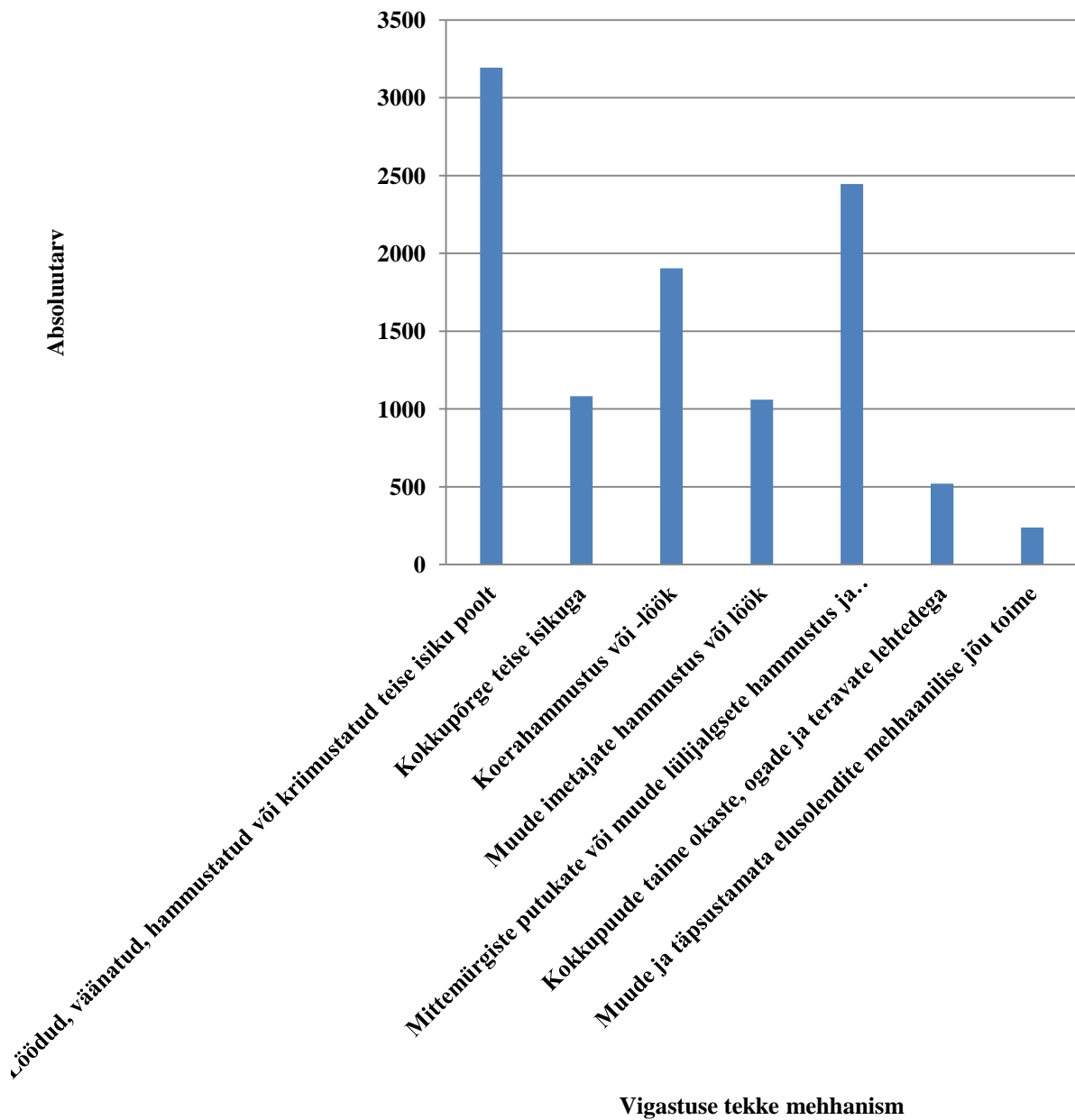
Allikas: Eesti Haigekassa

Joonis 14. Eluta mehaanilise jõu tagajärjel tekkinud vigastused (sagedasemad vigastuse tekkeviisid 2013. aastal)



Allikas: Eesti Haigekassa

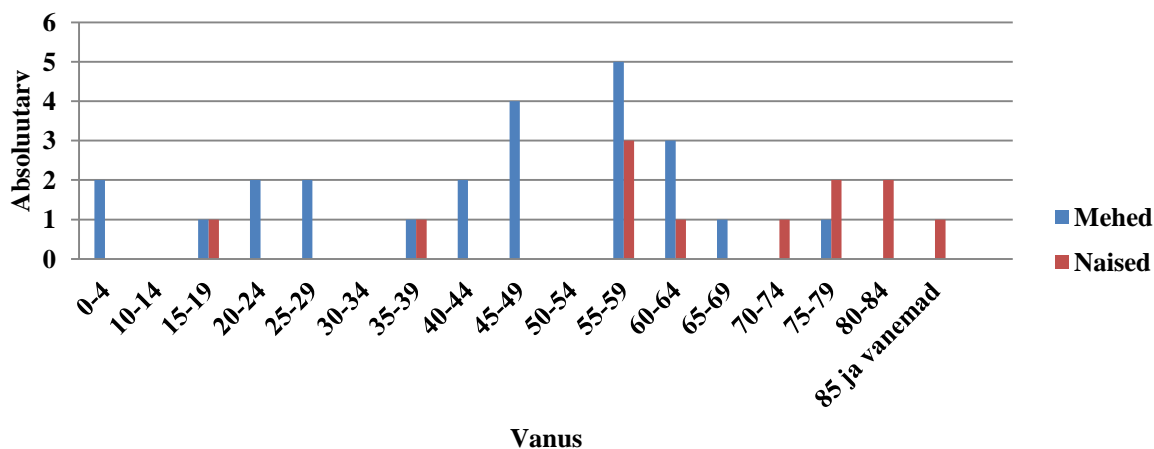
Joonis 15. Elusolendi mehaanilise jõu tagajärjel tekkinud vigastused (sagedasemad vigastuse tekkeviisid 2013. aastal)



Allikas: Eesti Haigekassa

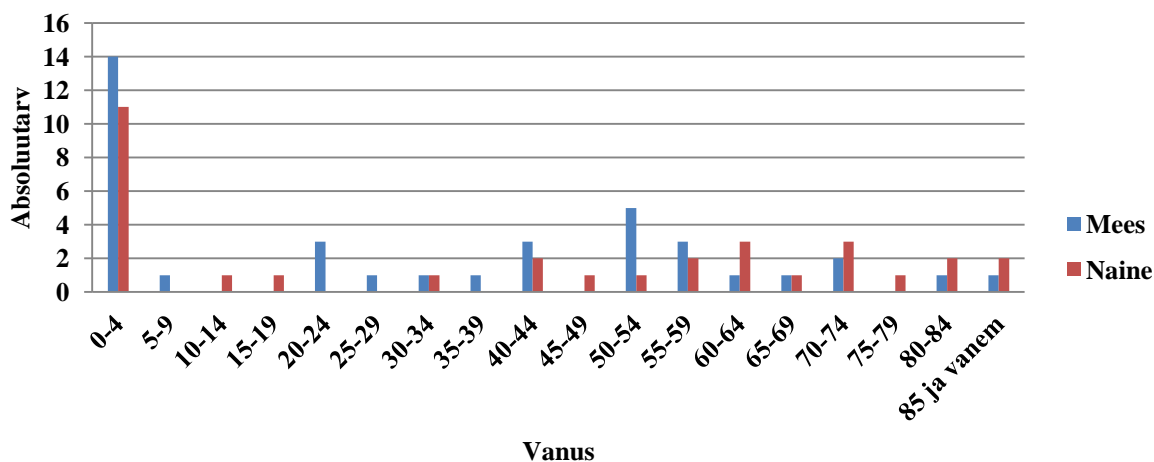
Lisa 7. Uppumine ja lämbumine

Joonis 16. Uppumiste tagajärjel surnud 2013. aastal soo ja vanuse lõikes



Allikas: Statistikaamet

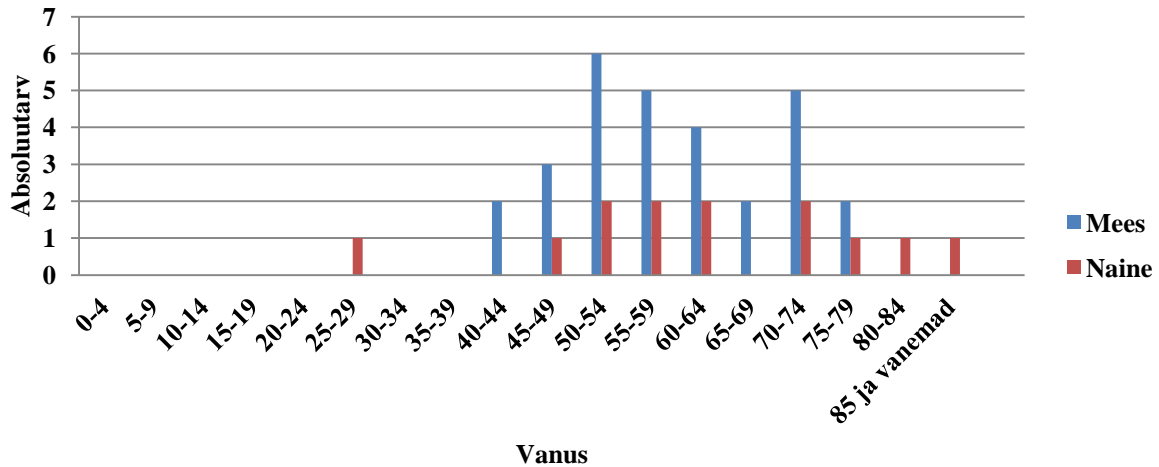
Joonis 17. Muu hingamisohustuse tõttu arstiabi vajanud 2013. aastal soo ja vanuse lõikes



Allikas: Eesti Haigekassa

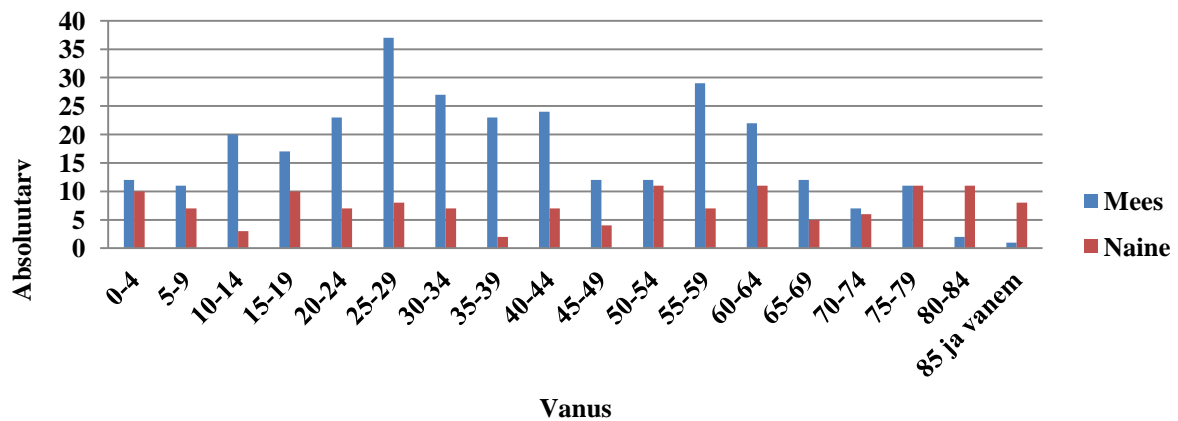
LISA 8. Tulesurmad, põletused ja külmumised

Joonis 18. 2013. aastal Suitsu, tule ja leekide toimetel hukkunud soo ja vanuse lõikes



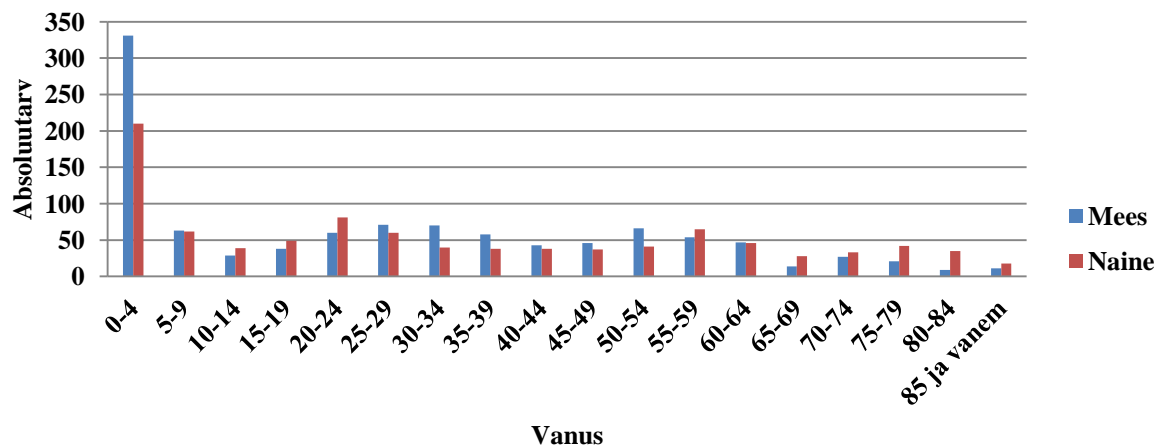
Allikas: Statistikaamet

Joonis 19. Suitsu, tule ja leekide toimetel tekkinud vigastuste tõttu 2013. aastal arstiabi vajanud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Eesti Haigekassa

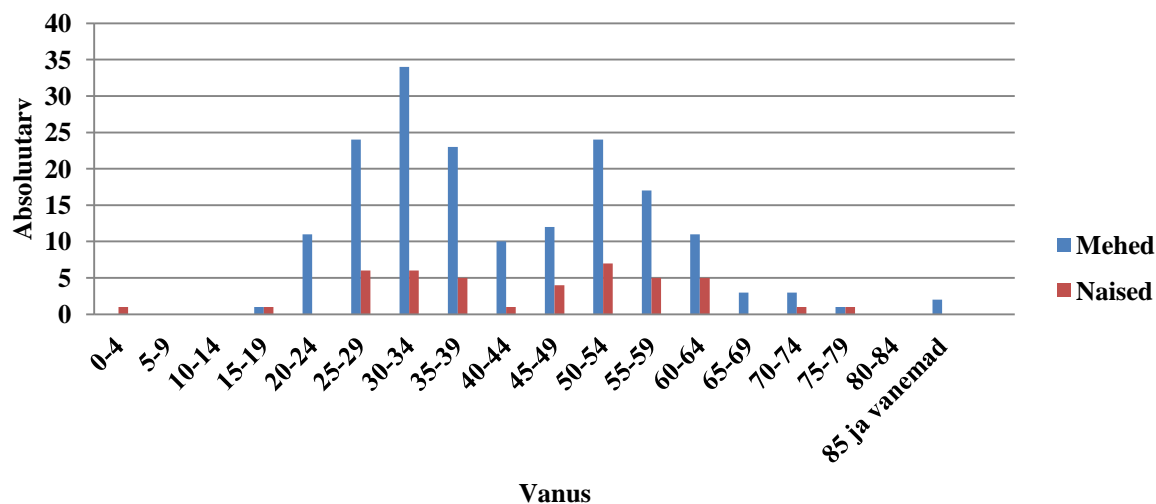
Joonis 20. Kuumuse ja tuliste esemetega kokkupuute tagajärjel arstiabi vajanud 2013. aastal soo ja vanuse lõikes



Allikas: Eesti Haigekassa

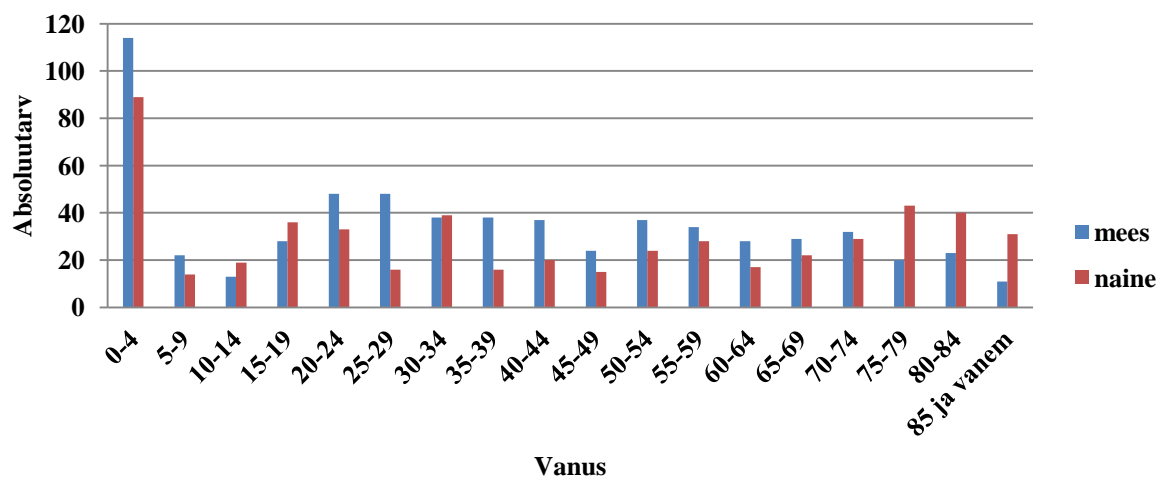
LISA 9. Juhuslikud mürgistused

Joonis 21. 2013. aastal juhuslike mürgistuste tagajärjel surnud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Statistikaamet

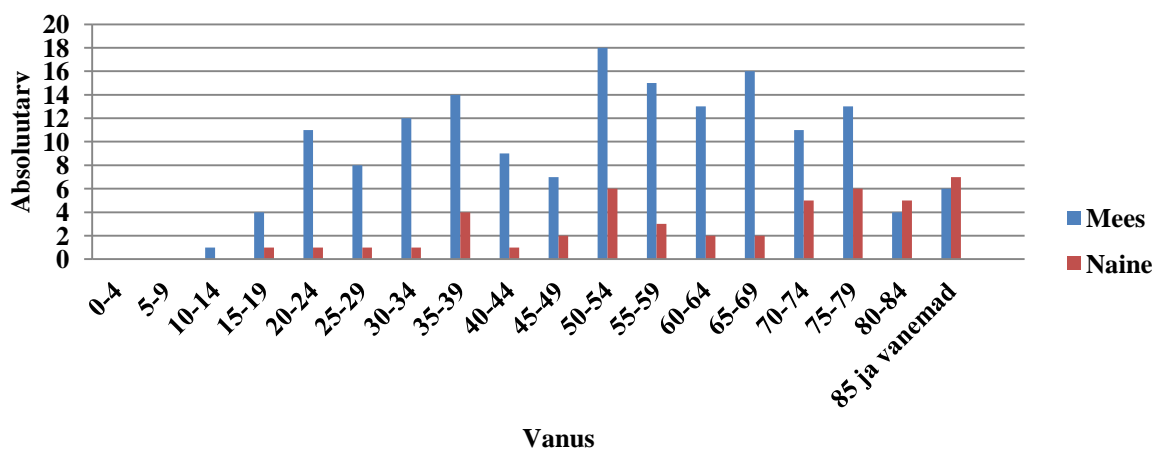
Joonis 22. Juhuslike mürgistuste tõttu 2013. aastal arstiabi vajanud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Tervisestatistika ja -uuringute andmebaas

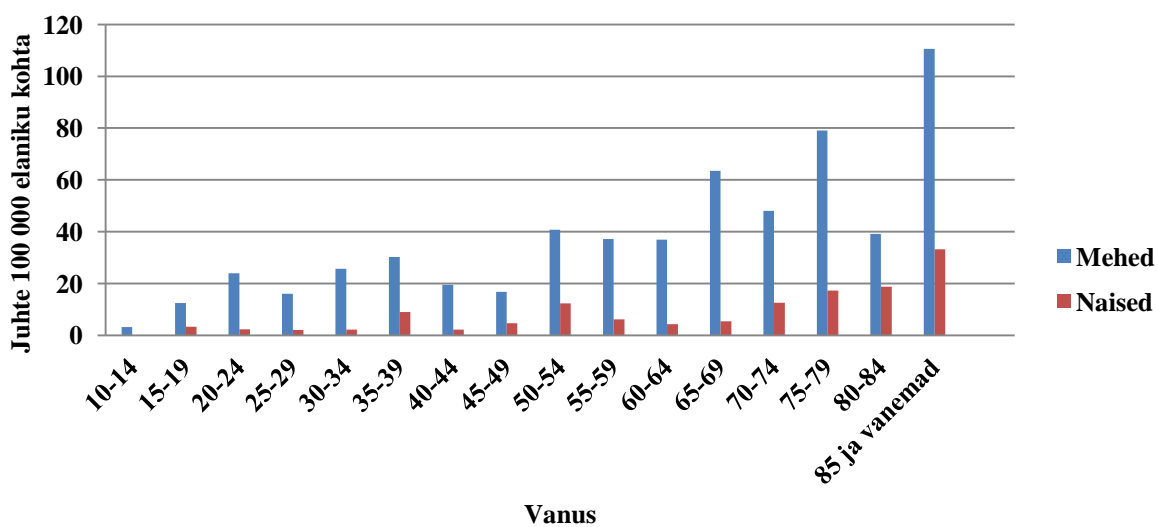
LISA 10. Tahtlik enesekahjustamine

Joonis 23. Enesetappude tagajärjel 2013. aastal hukkunud soo ja vanuse lõikes



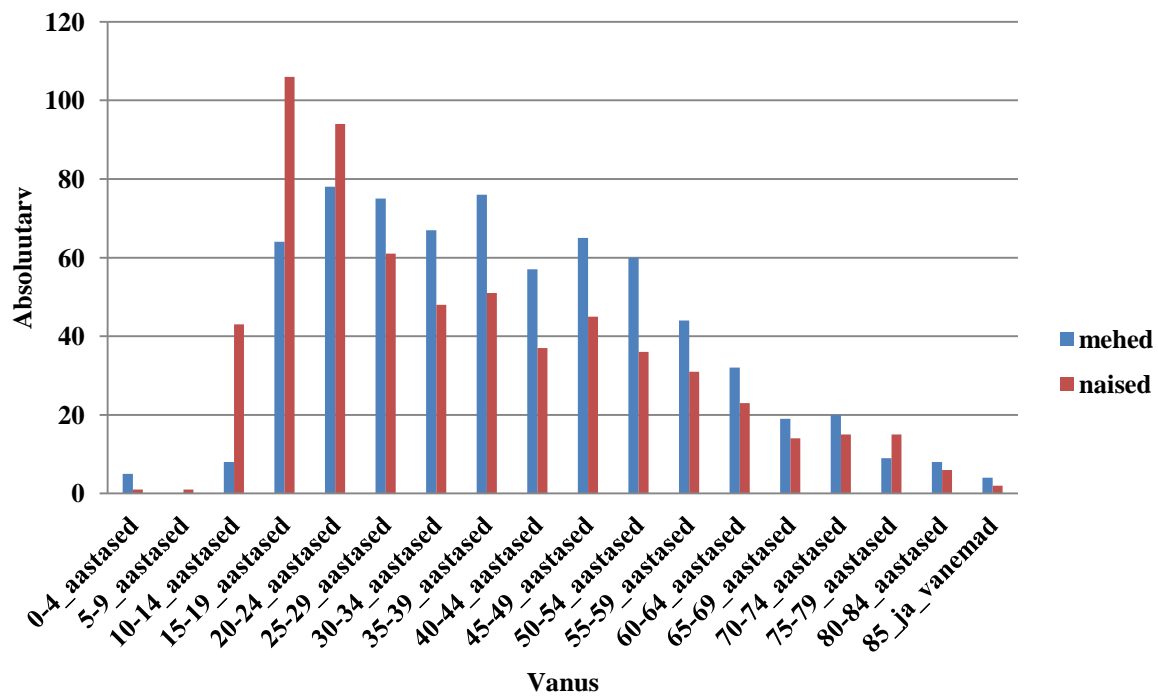
Allikas: Statistikaamet

Joonis 24. Enesetappude suremuskordaja soo ja vanusgrupi lõikes 2013. aastal



Allikas: Statistikaamet

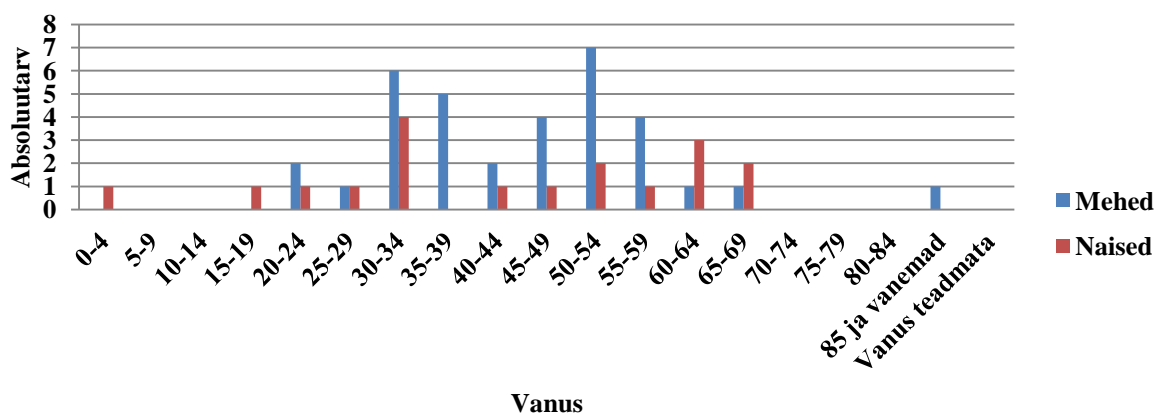
Joonis 25. 2013. aastal tahtliku enesekahjustuse tõttu arstiabi vajanud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Eesti Haigekassa

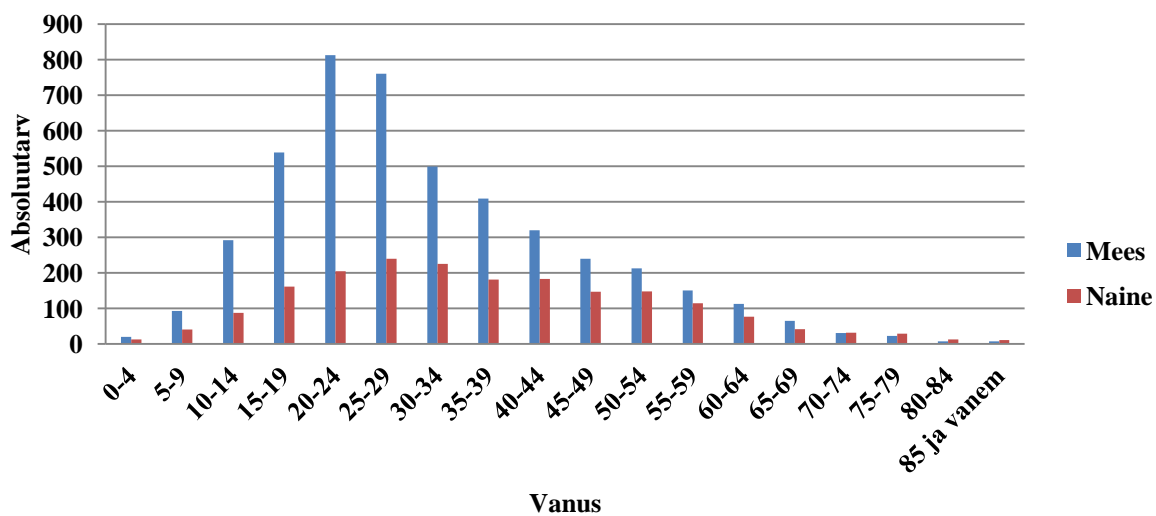
LISA 11. Teiste vastu suunatud vägivald

Joonis 26. Rünnete tagajärjel hukkunud soo ja vanuse lõikes



Allikas: Statistikaamet

Joonis 27. Rünnete tõttu arstiabi vajanud 2013. aastal soo ja vanuse lõikes.



Allikas: Eesti Haigekassa

LISA 12. Üldhariduskoolides ja koolieelsetes lasteasutustes läbiviidavad ennetustegevused

Tabel 2. Üldharidust toetavad tegevused 2013/14 õppeaastal

Asutus	Koolieelne lasteasutus	I kooliaste	II kooliaste	III kooliaste	Gümnaasium (kutsekool)	Õpetajad (k. a. koolieelse lasteasutuse õpetajad)	Lapsevanemad
MNT		Liiklusaabitsad 1.klassi õpilastele ja õpetajatele Liiklusalased töölehed 2. klassi õpilastele Liikluslugemik 3. klassile	Jalgratturite koolitajate koolituspäevad regioonides Jalgratturi õppematerjalid lastele, tööraamat, testid Helkuri koolitused "Must nukk"	4.-7. klasside koolituse ohtlike kohtade kaardistus	Koolitus riskeeriva käitumise põhjustest ja selle vältimise võimalustest e-õppekeskkond www.liikluskasvat.us.ee	Liiklusaabitsad 1. klassi õpilastele ja õpetajatele Loodusainete õpetajate koolitus liiklusvigastuste ennetamise teemal	Internetilehekül g www.liikluskasvat.us.ee Infomaterjal „Lapse ohutu sõidutamine autos“
PPA		1. klassi lastele jagatakse Maanteeameti liiklusaabitsaid, millega kaasneb võimalusel ka ohutustund (eesmärk: 100% sihtgrupist)	Viiakse 6. klassides läbi koostööprojekt KEAT, kus politsei osa on suunatud sõltuvusainete tarvitamise ennetamisele (eesmärk: 60% sihtgrupist)	Jagatakse teavet jalgratta- ja mopeedi ohutuse teemal	Osaletakse Maanteeameti projektides või programmides alkoholist tuleneva riskikäitumisest ennetamiseks liikluses	Koostöös Tervise Arengu Instituudiga koolitused ja infopäevad uimastivaba koolikeskkonna toetamiseks (eesmärk: 30% koolidest)	Ohutusraamat lapsevanematele , kus käsitletakse liiklus-, vee- ja tuleohutust, elektriõhutus ja plahvatusohuga seonduvat (eesmärk: 100% esimese klassi

						Lasteaedade koolipersonalile infopäevad kuidas ära tunda väärkoheldud last (eesmärk: 60% lasteaedadest)	lapsevanematest)
PäA	Koolitusprogramm „Tean tulest“ – koolieelikutele (80% sihtgrupist)		Projekt „Kaitse end ja aita teist“ – PäA käsitletavat teemat on tuleohutus, veeohutus, plahvatusoht. PPA käsitletav teema on sõltuvusainete tarvitamise ennetus, Punase risti käsitletav teema on esmaabi, MNT käsitletav teema on liiklusohutus.		Veeohutusalane koolitus (viiakse läbi ka kutsekoolides)	Veeohutusalane koolitus eelkooli- ja algklassiõpetajatele	
SiM		Koolipõhise esmase ennetuse (pilot)projektide toetamine 2013/2014 õ-a – maleõpe 36 kooli 2. klassis, tsirkuse	Koolipõhise esmase ennetuse (pilot)projekti toetamine 2013/2014 õ-a koos HTM-iga – Kiusamisvaba Kooli programm (KiVa) 20	Koolipõhise esmase ennetuse (pilot)projekti toetamine 2013/2014 õ-a koos HTM-iga – Kiusamisvaba			Tarkvanem.ee meediakampaania ja veebiportaal lastevanematele autoriteetse vanemluse ja piiride seadmise

		<p>töötoad 10 kooli õpilasele vanuses 6-10</p> <p>Kõrge riskiga noortele suunatud ennetuse (piloot)projektide toetamine 2013/2014 õ-a – klassiväline eesmärgistatud loov rühmatöö 1.-4. klassis, 5.-9. klassis ning eraldi rühmad on KOV lastekaitsetöötajaga ja alaealiste komisjoniga; Foorum-teater Narva linna noortele vanuses 10-26</p>	<p>kooli 1.-6. klassis</p> <p>Kõrge riskiga noortele suunatud ennetuse (piloot)projektide toetamine 2013/2014 õ-a – klassiväline eesmärgistatud loov rühmatöö 1.-4. klassis, 5.-9. klassis ning eraldi rühmad on KOV lastekaitsetöötajaga ja alaealiste komisjoniga; Foorum-teater Narva linna noortele vanuses 10-26</p>	<p>Kooli programm (KiVa) 20 kooli 1.-6. klassis</p> <p>Kõrge riskiga noortele suunatud ennetuse (piloot)projektide toetamine 2013/2014 õ-a – klassiväline eesmärgistatud loov rühmatöö 1.-4. klassis, 5.-9. klassis ning eraldi rühmad on KOV lastekaitsetöötajaga ja alaealiste komisjoniga; Foorum-teater Narva linna noortele vanuses 10-26</p>			<p>oskuse arendamiseks (uimastite, sh alkoholi tarbimise ennetus)</p> <p>Kõrge riskiga noortele suunatud ennetuse (piloot)projekti toetamine 2013/2014 õ-a – grupitööd Harjumaal, sh Tallinnas kuni 100 lapsele ja nende vanematele laste sotsiaalse, psühholoogilise ja õiguskuuleka toimetuleku edendamiseks</p>
TAI						Uimastitarvitamise	„Efekt“ -

						<p>ennetamiseks sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetamiseks I-III kooliastmes õpetajaraamatu käsikiri valmib oktoobriks 2014; koolitusi hakkame pakkuma 2015 teisest poolest</p> <p>2014. aastal valmib juhendmaterjal „Soovitused uimastiennetuseks ja uimastitega seotud juhtumite lahendamiseks koolis“, mida uuel õppeaastal ka koolides tutvustama hakatakse</p> <p>Koolitus „Terviseõpetus ja -kasvatus lasteaias. Laste sotsiaalsete oskuste kujundamine“</p>	<p>lapsevanematele suunatud programm, mille eesmärgiks on edasi lükata nende laste hulgas alkoholi proovimist ja tarvitamist. (pilotprojekt) – 34 kooli viiendates klassides.</p> <p>Vanemlusprogramm „Incredible Years“</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>Juhend koolieelsetele lasteautustele "Vigastuste ennetamine ja turvalisuse edendamine koolieelses lasteasutuses" ja koolitused selle kasutamiseks</p> <p>Koolieelsetele lasteasutustele info jagamiseks ka internetilehekülg www.terviseinfo.ee</p>	
Mürgistus- teabekeskus						<p>Juhendmaterjalid mürgistuste teema käsitlemiseks nii koolieelsete lasteasutuste kui põhikooli õpetajatele</p>	
Erasektor/ olmas sektor (Riveta Klubi) koostöös SoMi, Eesti	Lastekaitse Liidu projekt „Kiusamise st vaba lasteaed“	Projekti “Aga Mina” eesmärgiks on väikelaste traumade vähendamine suurendades nii	SA Kiusamise Vastu projekt 2013-2014– projektis osaleb 20 kooli				

Tervisedenduse Ühingu, Tallinna- ja Harjumaa traumaennetusnõukogude, Mürgistuste abekeskusega	keskendutakse 3-10-aastastele lastele. Projektiga on liitunud 394 lasteaeda	laste kui vanemate teadlikkust, juhtides tähelepanu võimalikele ohtudele meie igapäevases elukeskkonnas. Projekti raames pakutakse 5-10-aastastele lastele 35 minutit kestvat traumaennetusala koolitust/etendust, mille käigus käsitletakse väikelastega toimuvaid õnnetusi – kukumisi, mürgistusi ja nende ärahoidmise võimalusi. SA Kiusamise Vastu projekt 2013-2014 KiVa – projektis osaleb 20 kooli					
--	---	--	--	--	--	--	--

EHK sisend koolitervishoiu kohta

Koolitervishoiuteenust osutati 2013. aastal ca 147300-le õpilasele. Koolitervishoiuteenuse osutamisega on seotud üle 300 õe (kooliõde, pereõde).

Koolitervishoiutöötajate poolt anti esmaabi ja dokumenteeriti vigastusi kõige rohkem IV–VI klassi õpilaste hulgas ning kõige sagedasem toimumise aeg ja koht on vahetunnil kooliterritooriumil. 2013 aastal esines vigastusi kehalise kasvatuses tunnis 2707, tööõpetuses ja kodunduses tunnis 963, vahetunnis ja mujal 2910. Selline on olnud vigastuste esinemise jaotus läbi aastate, olulisi muutusi ei ole olnud.

Esmaabi õpetamise täpsustamisega nii kooliõde tööd reguleerivas määruses kui tegevusjuhendis on esmaabi õpetuse saajate osakaal viimasel aastal tõusnud (2013 aastal sai esmaabi koolitust 34128 õpilast, 2012 aastal 32864).

Koolikeskkonna parendamiseks koolitervishoiutöötajate poolt tehtud ettepanekuid 2013. aastal eelnevast vähem - 589 (2012 aastal 785), lisaks traumade ennetamiseks 365 (2012 aastal 508). See võib näidata füüsilise keskkonna paranemist koolides.

PROJEKTIPÕHINE OHUTUSÕPE HARIDUSASUTUSTES (Maakondlike traumameeskondade sisend)

I “OTSI OTTI” ehk 5–10-aastaste laste nn ellujäämisprogramm

Sihtgrupp: lasteaegade vanem aste ja koolide I-IV klass

Taustainfo: Koolitusprogramm (Ameerikas „Hug-a-Tree“ nime all) sai alguse ajendatult 1981. aasta traagilisest eksimisest Ameerikas. Kolmelapseline pere suundus telklaagrisse populaarse loodusraja lähiste. Nagu ikka seiklesid lapsed lähiümbruse looduses ning vanemad toimetasid laagriplatsil. Üheksa aastane Jimmy eraldus vendadest ja ei jõudnudki tagasi telkimisplatsile. Otsingutega tegelesid vabatahtlikud ning kohalik politsei. Neli päeva pärast neljasaja otsija järjepidevat territooriumi läbikammimist toodi välja poisi surnukeha. Jimmy hukkus alajahtumise tagajärjel. See šokk tõi kaasa vajaduse õpetada noortele peamiseid ellujäämise teadmisi. Liikumist asusid vedama Jimmy otsingut juhtinud korraldajad. Aasta aastalt sai „Hug-a-Tree“ liikumine Ameerikas juurde tuntust ning järgijaid.

1999. aastal tõlgiti programm ka rootsi keelde ning hakati õpetama sealsetele vabatahtlikele. Rootsi kaudu jõudis liikumine ka Eestisse „Otsi Otti“ nime all.

Viiakse ellu 1-päevased koolitused. Koolituste sihtgrupp: lasteaia vanema astme ja algklasside õpetajad kui "Otsi Otti" juhendajad.

Eesmärk: laste osavusteadlikkuse parandamine füüsilise aktiivsuse ja programmi “Otsi Otti” kaudu traumaohu vähendamiseks, eneseabi osutamiseks. Laps õpib läbi programmi “Otsi Otti” eneseabi, ohtu märkama ning kriisisituatsioonis käitumist. Õpetaja õpib, kuidas seda kõike õpetada lastele.

Sisu: Õpetajatele toimub pool päeva teoreetilist koolitust (kadunud inimese otsimine maastikul, lapse aju areng, psühholoogia ning käitumismustrid eksimiste korral erinevates vanuseastmetes) ja pool päeva praktilist koolitust metsas. Koolituse viivad läbi „Otsi Otti“ litsentseeritud koolitajad. Õpetajad saavad vastava tunnistuse. Edasi antakse õpe lastele läbi kursuse, mille käigus õpetatakse last kasutama kolme põhireeglit:

1. Kallista puud. Et eksinud laps ei jookseks ringi, vaid jääks paigale. Puu on talle kaaslaseks, kuni ta leitakse (käitumisjuhised).
2. Ole kuuldav ja nähtav. Metsa all olevast risust tuleb teha ohumärke, mida märkaksid otsijad (otsitakse materjali endast märku andmiseks –a`la käbirada; oksarisust märkide valmistamine, puu okste murdmine jms).
3. Hoia sooja. Kuidas istuda ja olla, et oleks soojem. Kui laps peab kauemaks metsa jääma, siis kuidas ehitada onni (lastega tehakse praktikas läbi onni valmistamine).

Kursuse kestvus 2 tundi teooriat ja 4 tundi praktikat.

Projekti toimumise piirkond: kogu Eesti

Rahastamine: EHK maakondlikud vigastuste vältimise projektid koostöös Kaitseliiduga

II KARVIK ehk esmaabialane võistlusmäng 5.klasside õpilastele

Eesmärk: anda 5.klasside õpilastele esmaabialaseid teadmisi ja praktilisi oskusi toimetulekuks ohuolukorras; õpilaste ettevalmistamine osalemiseks KEAT programmis.

Projekti toimumise piirkond: Tartu maakond

Sisu:

Eelnevalt on toimunud koolitused koolides. Koolitajaks kas oma õpetaja või Punase Risti esindaja.

Tervisealane võistlusmäng viiakse läbi 5 klassi ainekava alusel, mille käigus erinevaid töötubasid läbides meenutatakse ja korratakse omandatud teadmisi ja mängitakse läbi käitumine ohuolukordades; võrreldakse oma teadmisi teiste koolidega.

Taustainfo:

Koolituse läbiviimise algatajateks Tartumaa inimeseõpetuse õpetajate aktiiv, ajendiks intsident ühe osalenud lapsega, kes peale esimese maakondliku KEAT laagri läbimist teel laagrist koju elas esmakordselt läbi oma isa autos langetõvehoo. Laps osales KEAT laagris kooli võistkonnas, kus kool ei olnud eelnevalt tellinud kooli ennetusvaldkonna koolitajaid. Karvik toimub Tartumaal 2014 3.korda.

Rahastamine: Eesti Haigekassa Tartumaa vigastuste vältimise projekt koostöös Punase Risti Tartu osakonnaga

III Kaitse End ja Aita Teist e. KEAT programm

Eesmärk: ohutusõpe VI-VIII klasside õpilastele

Projekti toimumise piirkond: kogu Eesti

Tutvustab Päästeamet

IV Programm „Iga 1 turvaliselt 12 klassi“ (sihtgrupp: gümnaasiumi 10. klasside õpilased)

Päästeameti, Politseiameti, Eesti Punase Risti, Maanteeameti ja maavalitsuste tervisedendajate pilootprojekt Lõuna-Eesti gümnaasiumidele alates 2009.

Eesmärgiks 15-17.a. noortele kevadel enne suvevaheajale minekut meelde tuletada veeohutusnõudeid ning oskusi ohuolukorras reageerimiseks, samas sügisel pimedas liikudes mootorsõidukiga või jalakäijana ka liikluses sisalduvate ohtude ennetamiseks. Metoodika põhineb foorumteatri põhimõttel. (kriisiolukordi ise läbi lavastades - uppuja päästmine riietega basseinis jms...)

Taustainfo: Tartumaa traumaennetusmeeskonna koosolekul jõuti järeldusele, et selles vanusegrupis noortega suvel juhtuvate õnnetuste vähendamiseks oleks kasulik värskendada KEAT raames saadud teadmisi ning anda neile vahetult enne koolide lõpetamist ja selles eas „mõllavate“ hormoonidega suvele vastu minekut täiendavaid lisateadmisi ohutusest.

Koolituse sisu:

See projekt hõlmab üldharidus- ja kutsekoolide noori ning teemadeks on veeohutus, liiklusohutus, terviseteadlikkus ja esmaabi. Pilootprojekti raames pakutakse koolidele ohutusalaseid koolitusi erinevate ennetusvaldkondade esindajatelt. Koolituse sihtgrupiks on 10.klassis õppiv noor, kes osaleb kõigil koolitustel (ühed ja samad õpilased). Ühe koolitusgrupi suuruseks on 20 noort. Koolitused (kokku kolm koolitust) algavad soovitatult kevadel veeohutuskoolitustega ning jätkuvad sügisel liiklusohutuse ja esmaabi koolitustega. Koolituste ajad lepib kooli esindaja ise otse erinevate koolitajatega kokku. Koolituste lõppedes viiakse kevadel läbi üks ühine ohutuspäev koolitustel osalenud õpilastele, kus võistlemise vormis saavad noored võistkonniti oma teadmisi rakendada ning ennast erinevates olukordades proovile panna.

Veeohutuse teemad:

Veeõnnetuste põhjused. Veekogu ääres. Avalik supelrand. Meelespea ujumisel. Ohutu paadisõit. Tegutsemine veeõnnetuse korral. Veeõnnetused suvel ja talvel, nende vältimine ja põhjused, käitumine vees ja veekogu ääres, hädaabikõne sooritamine ning esmane abistamine. Koolitusele kuluv aeg on 45 minutit. .

Liiklusohutuse teemad:

Noortega toimuvate liiklusõnnetuste tekkepõhjustest. Grupitööna ja aruteludena probleemsete ja võimalikku ohtu soodustavate käitumismustrite väljaselgitamine ning nendele lahenduste leidmine (ennetavad käitumismudelid). Käitumine liiklusõnnetuse korral. Õppefilm. Koolitusele kuluv aeg on 60 minutit

Esmaabi teemad:

Esmaabi on jätkuks vee- ja liiklusohutuste koolitustele. Kuidas käituda, kui näed liiklus- või veeõnnetust? Räägime eelkõige elupäästvast esmaabist- kuidas ära tunda, millal on vaja anda elupäästvat, millal jätkuvat esmaabi? Käsitleme teemasid nagu: esmaabi olemus, kuidas ja millal abistada, päästeahel, teadvusetu kannatanu abistamine, elustamise põhimõtted, verejooksude sulgemine, šokk- mis on ja miks on eluohtlik. Soovime oma koolitustega muuta noorte inimeste suhtumist, anname arusaamise, oskuse näha seoseid. Koolitusele kuluv aeg on soovituslikult 3 x 45 minutit.

Tervisedendus ja terviseteadlikkus:

Erinevad rahvatervise valdkonnad: terviseriskide hindamine; haiguste ennetamine; tervisliku elu- ja mõtteviisi propageerimine (s.h. puhkuse ja tööaja reguleerimise vajalikkus, erinevate haigussümptomite varajane teadlikustamine, pulsisagedus koormusel, vererõhk, hingamine jms.) Tervise töötoas ohutuspäeval toimuvad erinevad võistlused, mälumängud, viktoriinid ning teemakojad.

Rahastamine: Eesti Haigekassa maakondlikud vigastuste vältimise projektid koostöös Päästeameti, Politseiameti, Eesti Punase Risti, Maanteeameti ning kohalike omavalitsustega.

SPIN

SPIN on spordil põhinev ennetusprogramm noortele, mis aitab vähendada noorte sotsiaalset eraldatust ja riskikäitumist jalgpalli ning sotsiaalseid oskusi arendavate tegevuste kaudu.

Programmi sihtrühm on riskioludes elavad ja vähekindlustatud noored vanuses 10-16 eluaastat.

Eesmärgid:

- Vähendada noorte riskikäitumist soodustavaid tegureid;
- Luua noortele läbi arendavate ja mõtestatud tegevuste positiivseid arenguvõimalusi;
- Vähendada alaealiste poolt toime pandud süütegusid ning antisotsiaalset käitumist;
- Tõsta noorte huvi spordi vastu ja avardada nende võimalusi osaleda sporditegevuses;
- Suunata noori omandama haridust ning eluks vajalikke oskusi;
- Vähendada noorte ja politsei vahelisi barjääre;
- Julgustada noori panustama vabatahtlikku tegevusse.

Projekti toimumise piirkonnad: Põhja-Tallinn ja Lasnamäe

Sisu:

Tasuta treeningud/töötoad poistele ja tüdrukutele vanuses 10-16.

3 sessiooni nädalas, 48 nädalat aastas:

I treening sessioon (jalgpall);

II võistluslik sessioon (jalgpall);

III vaba sessioon (muu sport/huvitegevus, mis noortele meeldib; erinevad töötoad, sotsiaalseid ja vaimseid oskusi arendavad tegevused).

Taustainfo:

Põhineb Ühendkuningriikidest pärit [Kickz](#) programmil, mida alates 2013. aasta teisest poolest on Siseministerium koostöös Heateo Sihtasutusega kohaldanud Eesti oludele ning valmistunud 2014. aasta sügisel käivituvaks pilootfaasiks.

Programm on ennast Ühendkuningriikides tõestanud eelnimetatud eesmärkide saavutamisel ning sellega soovime ka Eestis tulemusi saavutada.

Rahastamine: Siseministeriumi eelarve (2013–2014) ja jätkamine Euroopa Sotsiaalfond 2014–2020 vahenditest.

