



TARTU ÜLIKOOL

TEISTE RIIKIDE PRAKTIKATE KAARDISTUS JA ANALÜÜS KODUKESKKONNAS TOIMUVATE VIGASTUSTE ENNETAMISEKS EESTIS

Lõpparuanne



2022

31. mai



Tervise
Arenngu
Instituut



Norway
grants



Uuringu tellis Tervise Arengu Instituut. Uuringut rahastati Norra toetusest 2014–2021 rahastatud projektist „Rahvatervise valdkonna võimekuse ja kompetentside suurendamine kohalikes omavalitsustes.“

UURINGU AUTORID:

Ruth Kalda

Ele Kiisk

Mariliis Pöld

Helgi Kolk

Aime Keis

Kersti Pärna

Uuringu valmimisele aitasid kaasa:

Kerly Espenberg, projektijuht, Tartu Ülikool, RAKE

Mateja Rok Simon, vigastuste ennetamise ekspertgrupi juht, Sloveenia

Ulla Korpilahti, Soome Tervise ja heaolu instituudi arendusjuht, Soome

Pirjo Lillsunde, nõunik, Sotsiaal- ja tervishoiuministerium, Soome

Andrea Hormazabal, laste teemade koordinaator, Tervise- ja heaoluamet, Rootsi

Gudrun Lundgren, teadur, Tervise- ja heaoluamet, Rootsi

Jakob Lindström Wranne, ehistusseadustiku ekspert, Riigi elamumajandus-, ehitus- ja planeerimisamet, Rootsi

Eva Jakobson Vaagland, tegevjuht, Vigastuste ennetamise foorum, Norra

Ava Sadeghi, projektijuht, Vigastuste ennetamise foorum, Norra

Anja Kristin Kleiven, projektijuht, Vigastuste ennetamise foorum, Norra

Ashley Martin, rahvatervishoiu nõunik, Kuninglik Õnnetuste Ennetamise Ühing, Suurbritannia

SISUKORD

LÜHENDID JA MÕISTED	6
LÜHIKOKKUVÕTE	7
SISSEJUHATUS	10
ANALÜÜSI EESMÄRK JA UURIMISÜLESANDED	11
UURINGU METOODIKA	13
TEADUSALLIKATE VALIKU KIRJELDUS	13
KÜSITLUSTE METOODIKA	14
SEKKUMISTE KOHALDATAVUSE HINDAMINE	15
LASTE VIGASTUSED	16
VIGASTUSTE TEKKEPÕHJUSED JA RISKITEGURID	16
KUKKUMISED	16
MÜRGISTUSED	16
UPPUMISED	16
PÕLETUSED.....	17
MEHAANILISE JÕU TOIME	17
LAPSE VÕI VANEMA TERVISLIK SEISUND RISKITEGURINA	17
SOTSIAALMAJANDUSLIK TAUST JA MUUD RISKITEGURID.....	18
ENNETAMISE JA REAGEERIMISE SÜSTEEMID	21
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE SOOMES	21
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE ROOTSIS	23
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE SLOVEENIAS	27
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE SUURBRITANNIAS	30
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE TŠEHHIS	33
NÄITEID TEISTEST RIIKIDEST	34
RISKIDE HINDAMISE INSTRUMENDID JA KONTROLLNIMEKIRJAD	35
RISKIDE HINDAMISE INSTRUMENDID.....	35
KONTROLLNIMEKIRJAD	35
KOKKUVÕTE SEKKUMISETEST LASTE VIGASTUSTE ENNETAMISEL	37
SEKKUMISTE TULEMUSLIKKUS.....	38
SEKKUMISTE KOHALDAMINE EESTILE.....	38
VANEMAEALISTE VIGASTUSED	40

VIGASTUSTE TEKKEPÕHJUSED JA RISKITEGURID	40
KUKKUMISED	40
SUIITSU, TULE, LEEKIDE, KUUMUSE JA TULISTE ESEMETE TOIME	42
MÜRGISTUSED	43
MEHAANILISE JÕU TOIME	43
ENNETAMISE SÜSTEEMID JA SELLEGA SEOTUD ORGANISATSIOONID	44
SEKKUMISED, MIS AITAVAD KUKKUMISI ENNETADA	45
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE SUURBRITANNIAS	46
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE SOOMES	49
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE NORRAS.....	54
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE ISLANDIL	57
KODUVIGASTUSTE ENNETAMINE TŠEHHIS	57
KOKKUVÕTE SEKKUMISTEST VANEMAEALISTE VIGASTUSTE ENNETAMISEL.....	58
SEKKUMISTE KOHALDAMINE EESTILE.....	59
<u>ARUTELU.....</u>	61
METOODILISED PIIRANGUD	64
<u>JÄRELDUSED JA SOOVITUSED.....</u>	66
JÄRELDUSED	66
SOOVITUSED	68
<u>KASUTATUD KIRJANDUS.....</u>	70
<u>LISA 1. KÜSIMUSTIK KAASKIRJAGA</u>	81
<u>LISA 2. VALITUD RIIKIDE SEKKUMISED LASTE JA VANEMAEALISTE VIGASTUSTE ENNETAMISEKS.....</u>	85
<u>LISA 3. EAKATE KUKKUMISE RISKITEGURID KODUHINDAMISE UURINGUST TŠEHHIS.....</u>	86

LÜHENDID JA MÕISTED

AOR – ingl *adjusted odds ratio*, kohandatud šansisuhe

CI – ingl *confidence interval*, usaldusvahemik

IRR – ingl *incidence rate ratio*, avaldumuskordajate suhe

KOV – kohalik omavalitsus

OR – ingl *odds ratio*, šansisuhe

RR – ingl *relative risk*, suhteline risk

RoSPA – The Royal Society for the Prevention of Accidents; Kuninglik Õnnetuste Ennetamise Ühing

TUG – ingl *timed up and go test*; tõuse ja kõnni test; vanemaealiste liikumist hindav test, kus uuri-
tav peab toolilt tõusma, kõndima 3 meertrit, ringi pöörama tagasi toolini kõndima ning
uuesti istuma. Tulem on tegevustele kulunud aeg tõusmisest istumiseni

Ennetamise süsteemid – kogum meetmetest, abinõudest ning organisatsioonidest/institut-
sioonidest, kelle eesmärk on töötada selle nimel, et ennetada kodu-
keskkonnas aset leidvaid vigastusi

Reageerimise süsteemid – vigastustele reageerimise meetmed, abinõud ning organisatsioo-
nid

LÜHIKOKKUVÕTE

Suurem osa Eesti tervishoiusüsteemis registreeritud vigastustest saadakse kodus (ligi 42% aastatel 2016–2019 registreeritud juhtudest). Koduvigastuste põhjuste hulgas domineerivad eluta mehaanilise jõu toime 43%-l ning kukumine 39%-l juhtudest.

Käesoleva uuringu eesmärk oli koostada teaduskirjanduse ja praktikliste tegevuste ülevaade koduvigastuste märkamise ja ennetamise süsteemidest teistes riikides. Uuring on taustaanalüüs ennetustöö planeerimiseks Eesti erinevates paikkondades. Sihtrühmad olid kuni 6-aastased (k.a) lapsed ning 65-aastased ja vanemad täiskasvanud. Analüüsis keskenduti järgmistele kodukeskkonnas toimuvatele vigastustele: kukumised, mürgistused, mehaanilise jõu toimel ning suitsu, tule, leekide, kuumuse ja tuliste esemete toimel saadud vigastused. Analüüsi eesmärgi saavutamiseks tehti tõenduspõhine ülevaade vigastuste riskiteguritest, valitud riikides kohalikul tasandil rakendatavatest vigastuste ennetus- ja reageerimissüsteemidest, kodukülastuste praktikatest ja leitud sekkumiste rakendatavusest Eesti kontekstis.

Laste vigastused leiavad enamasti aset kukumiste tõttu trepil või mööblilt. Kukumiste riskitegur on peamiselt piirete puudumine (nt mähkimislaual). Mürgistuste puhul on riskitegurid ravimite ja kemikaalide hoidmine lapsele kättesaadavas kohas. Põletusvigastused lastel leiavad aset enamasti kuuma vedeliku või toidu sattumise tõttu lapse nahale.

Poistel leiab vigastusi aset sagedamini kui tüdrukutel. Lapse vigastuse riskiteguriks võib olla ema noorem iga ning lapsevanemate madalam haridustase. Laste vigastuste puhul on üldine riskitegur täiskasvanu poolse järelvalve puudumine.

Tuginedes laste vigastuste ennetamise ja reageerimise süsteemide kaardistusele Soomes, Rootsis, Sloveenias, Suurbritannias ja Tšehhis selgus, et kõigis riikides pööratakse vigastuste ennetamisel tähelepanu keskkonna turvalisusele ning lapsevanemate oskustele ja teadlikkusele. Ennetamises on oluline roll tervisesüsteemidel, kus teatud sekkumisi rakendatakse juba lapseootuse ajal. Riskide hindamise instrumentidena soovitatakse ja kasutatakse sagedamini erinevaid kontrollnimekirju.

Laste vigastustele reageerimises on samuti oluline roll tervisesüsteemil kui märkajal ja teavitajal. Üldjuhul teavitatakse võimalikust sekkumist vajavast olukorrast sotsiaalsüsteemi. Päästeteenistused on seotud eelkõige tuleõnnetuste ennetamisega.

Eri riikides jälgib lapse kodukeskkonna turvalisust koduvisiiti tegev tervisesüsteemi töötaja (enamasti õde või ämmaemand), kelle ülesandeks on tavaliselt ka kodu turvalisemaks muutmiseks soovitude andmine ning nõustamine vajalike kohanduste osas.

Analüüsi raames hinnati laste vigastuste ennetamisele suunatud sekkumisi, mille hulgas oli nii konkreetsete vigastuste ennetamisele kui üldise ohutuse tõstmisele suunatud tegevusi. Analüüsi kaasatud sekkumiste tulemuslikkuse kohta oli infot napilt. Tõendatult efektiivsed olid individuaalsed sekkumised kodukeskkonnas, mille puhul leiti, et laste vigastused sekkumiste järel vähenesid. Näiteks pesukapslitega seotud mürgistuste ennetamisele suunatud programmi lõppedes leiti, et kodukeemia neelamise juhtumid projektis osalenud peredes vähenesid.

Laste vigastuste ennetamise sekkumised keskenduvad peamiselt lapsevanemate teadlikkuse tõstmisele. Sekkumiste viisiks on erinevad jaotusmaterjalid (plakatid, voldikud, brošüürid). Laste vigastuste ennetamise sekkumisi kogukonna ja riiklikul tasandil viiakse läbi tervisesüsteemide kaudu, kus sekkumise läbiviijaks on näiteks perenõuandlase ja/või perearstikeskuste töötajad. Analüüsitud riikides käsitletakse laste vigastuste ennetamist ühe teemana laste tavapärase tervisekontrollide raames nii tervishoiuasutuses kui koduvisiitidel. Kodukülastustel on vigastuste ennetamise seisukohalt oluline roll, sest võimaldab saada infot lapse tegevuskeskkonna kohta. Koduvisiite analüüsi kaasatud sekkumisi hinnanud eksperdid Eestis kohaldatavaks ei pea. Mittekohaldatavuse põhjuseks peeti ressursipuudust Eesti tervisesüsteemis, mistõttu ei ole tervishoiutöötajatel aega kodus läbiviidava ennetustööga tegeleda. Ka teiste sekkumiste kohaldamisel Eestile tuleks eelkõige arvestada tööjõuressurssidega ning kaardistada väljaõppevajadus (vigastuste ennetamise käsitlemine nõustamistel).

Vanemaealiste (65-aastaste ja vanemate) kodus juhtuvate vigastuste olulised riskitegurid on suurenev vanus, kognitiivse võimekuse langus, kõnnaku-, tasakaalu- ja mäluprobleemid. Vanemaealiste kodus tekkivate vigastuste peamised põhjustajad on kukkumised, mille kõige suuremad riskitegurid on suurenev vanus ja varasemad kukkumised. Kukkumisi põhjustavad ka polüfarmakoteraapia, kukkumiskõrguse suurendavate ravimite tarvitamine, madal vererõhk, südamepuudulikkus ja südame arütmia. Kodukeskkonna ja kukkumiste vahelised seosed ei ole nii tugevad kui seosed eelpool loetletud riskiteguritega, kuid kombineerituna nendega on need siiski olulised. Kodukeskkonna turvalisust tuleb jälgida lisaks kukkumiste ennetamisele ka tuleohutuse aspektist.

Vanemaealiste tuleõnnetuste kõige olulisem riskitegur on üksi elamine. Tulekahjud vanemaealiste kodudes saavad enamasti alguse väikestest süüteallikatest, nt pliidile unustatud valmivast toidust, küünaldest, mis süütavad kardinad ja voodipesu, kuid nende kustutamine käib vanemaealistele üle võimete.

Vanemaealiste mürgistused tekivad peamiselt mitmete ravimite samaaegsest tarvitamisest ja nende kõrvaltoimetest.

Suurema tõendatusega on sekkumised, mida kasutavad tervishoiutöötajad vanemaealiste igakülgset geriaatrilisel hindamisel, kuid need ei olnud selle analüüsi fookuses. Kukkumiskõrguse hindavate kontrollnimekirjade eeskujuna on kasutatud tõendatud riskide hindamisvahendeid, kuid sellekohaseid täpseid võrdlusi analüüs ei sisalda. Riikide analüüsi käigus selgunud hindamisvahendid on laialdaselt kasutusel ning kui nende kasutamine on kooskõlas kohaliku ennetamisstrateegiaga, on need efektiivsed.

Soome, Norra ja Inglismaa kogemuse analüüsi põhjal saab väita, et neis riikides pööratakse palju tähelepanu vanemaealiste ja nende eest hoolitsevate lähedaste teadlikkuse tõstmisele vananemisega kaasnevate muutuste ja vajaduste osas. Käesoleva uuringu lisa olevas sekkumiste tabelis (lisa 2) on välja toodud mitmed kontrollnimekirjad, mis peaksid trükituna jõudma vanemaealiseni, mida saab vajadusel ise välja printida, mida saab täita internetis või mis on integreeritud nutiseadmete rakendustesse. Näiteks tuleohutuse hindamisel on internetis täidetavate kontrollnimekirjade eelis sisse ehitatud automaatne tagasiside andmise võimalus, et kohe saaks kodu turvaliseks muutmisega alustada. Kontrollnimekirjad õpetavad oma ümbrust paremini märkama ja hindama.

Infomaterjalid jõuavad vanemaealiseni peamiselt tervishoiu- või sotsiaalsüsteemi kaudu, kus neid jagatakse nõustamiste käigus. Infomaterjale levitatakse ka spetsiaalselt sihtrühmale organiseeritud üritustel.

Kukkumiste ennetamisel on suur roll tervisesüsteemil. Kukkumiste ennetamise seisukohast on olulisemad sekkumised, mille abil on võimalik jälgida ja hinnata vanemaealiste tervislikku seisundit ja ravimikasutust. Võimalusel on vajalik vältida kukkumise riski suurendavate ravimite väljakirjutamist, samuti hinnata regulaarselt vanemaealiste patsientide seisundit ning sellega seonduvalt ravimite kasutamist. Ravimite õige kasutamine aitab ära hoida ka mürgistusi.

Projekti lõppfaasis toimunud aruteluseminaril leiti üksmeelselt, et olulised ettepanekud, millest kodus tekkivate vigastuste ennetamist alustada on:

1. **Leppida kokku, milline asutus** vastutaks koduvigastuste ennetamise eest ning koordineeriks valdkonda. Tehti ettepanek, et see võiks olla Sotsiaalministeerium, kus on võimekus initsieerida ja koordineerida valdkondadeülest koostööd.
2. **Suurendada teadlikkust sihtrühmades** kodus toimuvate vigastuste riskitegurite ja võimalik ennetamismeetmete osas. Selleks saab luua teiste riikide eeskujul veebilehe, millelt on võimalik erinevas vormis informatsiooni hankida.
3. Vanemaealiste kukkumiste, kui suure terviseprobleemi lahendamiseks **koostada ravijuhend** esmatasandile, et vanemaealiste tervise jälgimine oleks süsteemne ning võimalikud tervislikest põhjustest tekkivad kukkumised sellega ennetatavad.

SISSEJUHATUS

Kõige suurem osa Eesti tervishoiusüsteemis registreeritud vigastustest saadakse kodus – aastatel 2016–2019 registreeritud juhtude alusel ligi 42%. See teeb 71 000–74 000 juhtu igal aastal. Koduviigastuste põhjuste hulgas domineerivad eluta mehaanilise jõu toime (näiteks löök vastu esemeid, muljumine, visatud või kukkuva eseme löök jm) 43%-l ning kukkumine 39%-l juhtudest.

Vahemikus 2016–2018 pöördus vigastuse tõttu tervishoiusüsteemi poole iga viies Eestis elav laps (0–18-aastased). Enamik (86%) vigastustest toimus kukkumise ning elusa ja eluta jõu mehaanilise toime tõttu. Haiglaravi vajas vigastuse tõttu keskmiselt 2200 last aastas (u 4% laste vigastusjuhtudest). Poiste hulgas oli vigastusi mõnevõrra rohkem kui tüdrukute hulgas (56% vs 44%). Lapsed said vigastada peamiselt kodus, mis moodustas 41% kõikidest vigastuste kohtadest ning aastate jooksul ei ole kodus aset leidnud vigastuste arv muutunud. Imikute ja väikelaste vigastustest suurem osa leiabki aset kodus (0–1-aastaste hulgas üle 80% vigastusi kodus, 1–3-aastaste hulgas u 70% ning 4–6-aastaste hulgas u 50% vigastustest kodus) (1).

Tervise Arengu Instituudi uuringust (2) selgus, et perioodil 2016–2020 juhtus vanemaealiste vigastustest 52% kodus. Vaadates vigastusi vanusrühmiti, siis 65–74-aastastel juhtus 48% ning 85-aastastel ja vanematel 60% vigastustest kodus. Kodus juhtunud vigastused olid tingitud peamiselt kukkumistest (60%) ja eluta mehaanilise jõu toimest (24%). Eestis on 62% vanemaealiste vigastustest tingitud kukkumistest. Kukkumiste tagajärjel saadud vigastuste ravikulu moodustab 81% kogu vigastuste ravikulust. 60% vanemaealiste vigastuste ravikuludest kulub ainuüksi naiste kukkumisel saadud vigastuste ravile.

Vanemaealiste pikaajalisele iseseisvale hakkamasaamisele on hakatud Eestis järjest rohkem tähelepanu pöörama. Riigikontroll (3) uuris kuidas on korraldatud vanemaealiste sotsiaalsete probleemide märkamine kohalikes omavalitsustes (KOV). Küsitlusele vastas 76 KOV-i ja lähemalt uuriti viit. Auditis käsitleti probleeme ennetavate koduviiside, mille tähtsust kinnitasid nii perearstid kui geriaatrid, olulisust abivajaduse ulatuse mõistmiseks. Selgus, et KOV-ide sotsiaaltöötajad on ennetavaid kodukülastusi teinud nii omal käel kui koos tervishoiu-, politsei- või päästetöötajatega. Külastuste tulemusena on jõutud abivajaduse hindamise ja abi osutamiseni. Koduviiside on KOV-ide hinnangul tehtud 1–2%-le kõigist vanemaealistest.

COVID-19 kriisi ajal oldi kontaktis nende vanemaealistega, kes ise ei ole KOV-i poole abi saamiseks pöördunud. Kontakti loomiseks tuli informatsioon abi vajava inimese kohta politseilt, Päästeametilt, naabritelt, tervishoiuasutustelt jms ehk väljastpoolt kui nt andmekogu STAR (sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister) andmete analüüs varem abi saanute kohta. COVID-19 kriis sundis KOV-e enam omal algatusel vanemaealiste teavitamise ja probleemidega tegelema. Näiteks tehti helistamiskampaaniaid, kui helistati läbi teatud riskitunnustega vanemaealisi, et uurida nende abivajadust.

Paljud KOV-id ülal kirjeldatud viisil vanemaealistega kontakti loomisega ei jätkka, viidates vajaduse ja ressursside puudumisele. KOV-id märkisid, et aktiivsemat ennetustööd takistab inimressursi puudus.

Kõik vastajad leidsid, et märkamine ja ennetamine peab hõlmama ka neid vanemaealisi, kes ise ei ole abi saamiseks KOV-i poole pöördunud. Enamik KOV-idest oli seisukohal, et ennetustöö tõhusamaks korraldamiseks võiks regulatsioon olla seadustes selgem. Mõned KOV-id soovisid täpsemaid juhi- seid neilt oodatavate tegevuste sisu kohta, mõned selgemat vastutuse jaotumist tervishoiusüsteemiga. KOV-id soovisid suuremat kindlust, millises ulatuses on põhjendatud ja lubatud kasutada ennetustöös isikuandmeid. Sekkumisõiguse piiridega on seotud ka olukorrad, kus abivajadus on ilmne, kuid eakas või tema lähedased keelduvad abist. (3).

Ennetustöö teaduslikul tõendusel põhinevaks planeerimiseks paikkondades tellis Tervise Arengu Instituut käesoleva analüüsi, mille eesmärk on anda ülevaade teiste riikide sama valdkonna praktikatest ja tehtud meta-analüüsides ning hinnata leitu võimalikku rakendamist Eestis.

Analüüsi eesmärk ja uurimisülesanded

Uuringu eesmärk on anda ülevaade teiste riikide tõenduspõhistest tegevustest ning rahvusvaheliste organisatsioonide juhustest kodus toimuvate vigastuste ennetamise ja reageerimise valdkondades ning hinnata nende Eesti oludele kohandamise võimalikkust.

Uuring keskendus kahele sihtrühmale:

- lapsed (0–1-aastased, 1–6-aastased),
- 65-aastased ja vanemad täiskasvanud,

ja järgnevalt loetletud kodukeskkonnas toimuvatele vigastuste tüüpidele:

- kukkumine,
- mürgistus,
- mehaanilise jõu toime,
- suitsu, tule, leekide, kuumuse ja tuliste esemete toime.

Uuringu **uurimisülesanded** olid järgmised:

1. Vigastuste tekkepõhjused ja riskitegurid

- a. Millised on koduse keskkonna riskitegurid vigastuste tekkel?
- b. Milliseid kroonilisi haigusi, tervislikke seisundeid, ravimite või legaalsete ja illegaalsete ainete tarvitamist seostatakse koduvigastuste tekkimise situatsioonidega?
- c. Milliseid sotsiaalmajanduslikke olusid seostatakse kõrge vigastusriskiga?
- d. Millised teaduskirjanduses või analüüsides vaadeldud riskitegurid on hüpoteesides testitud kui eelduslikult olulisi, kuid osutunud mitteoluliseks?

2. Ennetamise süsteemid ja sellega seotud organisatsioonid

- a. Millised on kohalikul tasandil rakendatavad konkreetset ja tõenduspõhised (ennetus)meetmed uuringu eesmärki arvestades? Millised osapooled on meetmetega seotud?
- b. Millised on kroonilistest haigustest, tervislikust seisundist ja/või ravimite tarvitamisest tulenevad meetmed, seotud osapooled?

c. Kuidas on märkamise ja nõustamise süsteemid riikides üles ehitatud? Kuidas need sihtrühmiti erinevad?

d. Kas vigastuste korduvust jälgitakse ja kuidas nende esinemise korral toimitakse?

3. Reageerimise süsteemid ja sellega seotud organisatsioonid

a. Mis hetkest või tingimustel rakendatakse nn füüsilisi sekkumisi kodukeskkonda? Millised osapooled on seotud? Kuidas on osapoolte vahel koostöö üles ehitatud?

b. Kuidas teavitatakse abivajajast, kas ja kuidas on kokku lepitud nn „teavitusahelad“? Kellele antakse info edasi? Kuidas jõutakse abivajajani?

c. Millised on leaalsete ja illeaalsete ainete tarvitamise tõttu kahjude vähendamise meetmed? Millised sekkumised need on, kas midagi on selle baasilt riikides ka tehtud? Millised organisatsioonid on olnud seotud?

4. Millised on erinevad kodude külastamise praktikad, sh ämmaemanda, pereõe, pääste- ja politsei, kohaliku omavalitsuse töötaja või sotsiaaltöötaja, lastekaitse, hooldaja, nõustaja vms visiidid?

5. Millega tuleb analüüsi valitud sekkumiste (nii ennetuse kui reageerimise valdkonnas) Eestile kohaldamisel arvestada?

UURINGU METOODIKA

Uuringu läbiviimiseks koostati teaduskirjanduse ülevaade kodus aset leidvate vigastuste peamistest riskiteguritest ning ennetamise tõenduspõhistest sekkumistest. Ülevaate andmiseks valitud riikide ennetamis- ja reageerimispraktikate kohta kasutati allikaid vastavate riikide asjakohastelt veebilehtedelt, õigusakte ja kohalike ekspertide nõuandeid. Leitud sekkumismeetmed koguti tabelisse ning Eesti eksperdid hindasid nende kohaldatavust Eesti oludele.

Teadusallikate valiku kirjeldus

Analüüsi kaasatud meta-analüüsid, süstemaatilised ülevaated, praktikad ja teadusartiklid kajastasid kodukeskkonnas aset leidvate vigastuste konteksti, kus meetmed keskendusid kuni 6-aastastele (k.a) või vähemalt 65-aastastele elanikele ja mille efektiivsust tõendasid (teadus)uuringud. Analüüsi kaasati tõendatud tulemuslikkusega tööd ja praktilises elus toimivad/teigusad lahendused, mis olid suunatud:

- A. kodukeskkonnas toimuvale;
- B. vigastustele, mis Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) kodeeringu alusel kuuluvad rühmadesse:
 - o kukkumine (RHK-10 koodid W00-W19),
 - o mürgistus (RHK-10 koodid X20-X29 ja X40-X49),
 - o eluta või elus mehaanilise jõu toime (RHK-10 koodid W20-W64),
 - o suitsu, tule, leekide, kuumuse ja tuliste esemete toime (RHK-10 koodid X00-X19);
- C. ja kahele vanusrühmale:
 - o 0–6-aastastele (k.a) lastele, sh eraldi imikud (0–1-aastased) ja 1–6-aastased,
 - o 65-aastastele ja vanematele täiskasvanutele.

Eluta mehaanilise jõu toime all mõistetakse kokkupuudet eluta objektide ja muu mehaanilise jõuga. Siia alla kuulub enese äralöömine, millegagi pihta saamine, muljumine, kokkupuude teravate esemete ja tööriistadega, võõrkeha sattumine naha alla, silma jm, aga ka relvalask ja plahvatuse mõju. Elusolendi mehaanilise jõu toime all mõistetakse kokkupuudet inimeste, loomade, mittemürgiste putukate ja taimedega (1).

Kirjanduse ülevaate aluseks oleva teaduskirjanduse otsinguks kasutati peamiselt andmebaasi *Medline* (*PubMed*-i kaudu). Lisaks otsiti tõendusmaterjali andmebaasidest *Cochrane Library* ja *Web of Science* (*Clarivate*). Parima tulemuse saavutamiseks kombineeriti otsingul vabasõnu ja märksõnu kahest valdkonnast: ennetamine (nt inglise keeles märksõnad *prevention*, *home safety*, *health promotion*) ning vigastused (inglise keeles märksõnad *unintentional injury/injuries*, *accidents*, *burns*, *poisonings*). Sellise otsinguga oli võimalik leida informatsiooni nii riskitegurite kui sekkumiste kohta. Kus võimalik, eelistati uuemaid, viimase 10 aasta tõenduspõhiseid ülevaateid ning teaduskirjandust.

Analüüsi kaasati eri keeltes avaldatud materjalid. Vajadusel kasutati masintõlget (*Google Translate*).

Valitud riikides olemasolevate reageerimise süsteemide, kodukülastuse praktikate ja ennetamisega tegelevate organisatsioonide kirjeldamiseks kasutati ka teisi andmebaase, nt rahvusvaheliste organisatsioonide nagu WHO, Euroopa Komisjoni juhendmaterjalid, organisatsioonide kodulehekülgede analüüse, valitud riikide spetsiaalsete organisatsioonide dokumentatsioone ja juhendmaterjale, mida leiti ekspertide kaudu.

Laste vigastuste ennetamise strateegiate ja praktikate analüüsi kaasati **Soome, Rootsi, Tšehhi, Sloveenia ja Suurbritannia** vastavad materjalid ja kirjandusallikad. Küsitlusele vastasid eksperdid **Sloveeniast, Soomest ja Rootsist**.

Vanemaealiste vigastuste strateegiate ja praktikate analüüsi plaan nägi ette **Soome, Norra, Islandi, Tšehhi ja Suurbritannia** vastavate materjalide ja kirjandusallikate analüüsi ja sünteesi. Põhjalikku informatsiooni õnnestus hankida **Soome, Norra** ja **Suurbritannia** kohta.

Käesoleva analüüsi lähteülesandes toodi välja, et eraldi tuleks käsitleda kuni 1-aastaste ning 1–6-aastaste laste vigastusi ja ennetamist. Teaduskirjanduses ning riiklikes programmides ja sekkumistes kasutatakse küll vanusrühmiti lähenemist, kuid rühmad on erinevate äralõikepunktidega. Seetõttu on analüüsis välja toodud infos vanuserühmad võimalikult täpselt esitatud, kuid läbivalt tulemuste esitamine ainult neis kahes vanusrühmas võimalik ei olnud.

Küsitluste meetodika

Valitud riikide kohta võimalikult mitmekesise sisendi saamiseks töötati projekti esimeses etapis välja struktureeritud küsimustik, mis saadeti valitud riikide kodukeskkonnas toimuvate vigastuste ennetamise eest vastutavatele isikutele või organisatsioonide esindajatele (Lisas 1 näidisedena laste vigastuste ennetamise valdkonna ekspertidele saadetud küsimustik kaaskirjaga). Küsimustikus paluti kirjeldada kohalikul tasandil rakendatavaid ennetusmeetmeid, sihtrühmi, kellele ennetusmeetmed on rakendatud, organisatsioone ja teisi osapooli, kes meetmete eest vastutavad, viise kuidas abivajajani jõutakse, kes on esimene kokkupuutepunkt abivajajaga jt olulisi aspekte. Vastajal paluti viidata kohalikele juhistele, strateegiaid kirjeldavatele dokumentidele või ka nt õigusaktidele, mis vastavat valdkonda reguleerivad. Samuti huvitasid autoreid analüüsi valitud riikide tõenduspõhiseid sekkumisi kirjeldavad ja analüüsivad kirjalikud dokumendid, mis ei ole avaldatud teadusartiklina. Projektimeeskonda kuuluvad eksperdid kontakteerusid oma kontaktivõrgustiku kaudu analüüsi valitud riikide ekspertidega, organisatsioonidega või sekkumiste läbiviimise eest vastutajatega ning palusid neilt viiteid vastavatele juhistele, strateegiatele või dokumentidele või täita väljatöötatud küsimustik. Kui ekspertide kaudu ei õnnestunud vastavate riikidega ühendust saada, proovisid analüütikud muid kontakte, mis organisatsioonide kodulehtedelt oli võimalik saada.

Laste osas saadi ühendust Soome, Rootsi ning Sloveenia ekspertidega, kes vastasid kirjalikule küsimustikule. Suurbritannia ekspert küsimustikule ei vastanud, kuid mõningane informatsioon saadi kirjajahetuse teel. Tšehhi eksperdigaga kontakti ei saadud.

Vanemaealiste osas tugineb Norra praktikate analüüs intervjuudele Vigastuste ennetamise foorumi esindajatega, Inglismaa osa põhineb küsimustikule, Soome osa on kirjutatud eksperdilt saadud viidete ja erinevete veebilehtede põhjal. Tšehhi ja Islandi kohta ei õnnestunud ekspertide abil täiendavaid materjale hankida.

Sekkumiste kohaldatavuse hindamine

Teistes riikides rakendatavate sekkumiste Eestile kohaldatavuse hindamisel tugineti Eesti ekspertide hinnangutele. Sekkumisi hinnati skaalal: „kohaldatav“, „osaliselt kohaldatav“ ja „ei ole kohaldatav“. Ekspertid täiendasid hinnanguid kommentaaridega lähtudes oma teadmistest ning pikaajalisest kogemusest Eesti tervishoiusüsteemis. Igat sekkumist hindas üks tervishoiu ja üks rahvatervishoiu ekspert. Kohaldatavuse hinnang sisaldab kommentaare ja ettepanekuid selle kohta, millega Eesti kontekstis peaks meetmete rakendamisel arvestama. Kohaldatavuse hinnangud on leitavad uuringu lisas 2.

27. mail 2022. aastal toimus [aruteluseminar](#), kus osalesid Päästeameti, kohalike omavalitsuste sotsiaal- ja hoolekandevaldkonna, Tervise Arengu Instituudi, Mõttekoda Praxise ja sotsiaalministeeriumi esindajad, kokku 20 inimest lisaks uuringu autoritele. Uuringu autorid tutvustasid seminaril kodus aset leidvate vigastuste riskitegureid ja peamisi ennetavaid sekkumisi, toimusid arutelud Eesti praeguse süsteemi kitsaskohtade ja nende võimalike lahenduste üle.

LASTE VIGASTUSED

Vigastuste tekkepõhjused ja riskitegurid

Kukkumised

Kukkumised on sagedaimad vigastuste põhjustajad kodukeskkonnas ning sageli leiavad kukkumised aset **trepidel**. Näiteks Prantsusmaal tehtud uuringu andmetel leidis alla 1-aastaste laste kukkumistest 7% aset trepil (4). Šotimaa uuringus, kus analüüsiti 12 kuu jooksul erakorralise abi osakonda hospitaliseeritud laste andmeid, leiti, et alla 1-aastastel lastel moodustasid trepil kukkumised 15% kukkumistest (5).

Suurbritannias lapsevanemate hulgas läbi viidud uuringu tulemused näitasid, et kodudes, kus lapsed trepil kukkusid, ei olnud suurema tõenäosusega **trepil väravat** (kohandatud šansisuhe, *adjusted odds ratio* (AOR) 2,50, 95% usaldusvahemik (*confidence interval*, CI) 1,90–3,29) või oli suurema tõenäosusega **värav lahti** jäetud (AOR 3,09, 95% CI 2,39–4,00). Suurema tõenäosusega ei olnud trepil vaipkattet (AOR 1,52, 95% CI 1,09–2,10) ja ei olnud trepimademeid (AOR 1,34, 95% CI 1,08–1,65). Trepil kukkunud laste vanemad pidasid ka suurema tõenäosusega oma treppi ebatavaliseks (AOR 1,46, 95% CI 1,07–1,99) või remonti vajavaks (AOR 1,71, 95% CI 1,16–2,50) (6).

Šotimaal 12 kuu jooksul erakorralise abi osakonda hospitaliseeritud alla 1-aastaste laste kukkumistest 19% juhtudest toimus kukkumine **voodist või hällist** (19%). **Diivanilt** kukkumiste osakaal oli 15% (5). Prantsusmaa uuringu järgi oli kukkumisega seotud hospitaliseeritud lastest 9% kukkunud **mähkimislaualt** (4).

Mürgistused

Mürgistused lastel on sageli seotud **ravimite ja kodukeemiaga**. Ühendkuningriikides korraldatud uuringu tulemused näitasid, et võrreldes kontrollrühmadega, mürgistusega laste vanemad suurema tõenäosusega ei hoidnud **ravimeid laste käeulatuses** eemal (AOR 1,59, 95% CI 1,21–2,09), ei **hoidnud ravimeid turvaliselt** (näiteks lukustatud kapis) (AOR 1,83, 95% CI 1,38–2,42) ja ei pannud ravimeid (AOR 2,11; 95% CI 1,54–2,90) või kodukeemiat (AOR 1,79, 95% CI 1,29–2,48) ära kohe peale kasutamist (7).

Uppumised

Laste vigastustega seoses on näiteks Soome ja Suurbritannia puhul enam käsitletud ka uppumisi, sest need võivad samuti aset leida kodukeskkonnas (näiteks koduaias). Väikelaps võib uppuda ka väga madalas vees. Maailmas on uppumissurmad enim levinud 1–4-aastaste laste hulgas ning enamikel juhtudel on uppumine toimunud kodu lähedal (8,9). Riskiteguriteks on näiteks **katmata kae-vud, piirdeta veekogud, laste vähene juhendamine, madal teadlikkus, ennetamisstrateegiate puudumine** (8).

Põletused

Laste põletuse tekkepõhjuseks on sageli kuuma joogi, vee või toidu sattumine lapse kehale. Iirimaa uuringu järgi põhjustasid **kuumad joogid** (tee, kohv, kuum piim, kakao või muu kuuma veega jook) 65% põletustest. Muud **kuuma veega** põletused (vanni/dušiveega, pliidilt alla tõmmatud kuuma veega pott, veekeetjast kuuma vee sattumine otse lapsele) moodustas 16% juhtudest. **Kuuma toiduga** (näiteks supp) seotud põletused moodustasid 10% juhtudest (10). Tšehhi uuringu järgi moodustasid kuumade vedelikega seotud põletused 70% kõikidest põletustest (vahemikus 1996–2006 põletusega hospitaliseeritud 0–16-aastased lapsed) (11). Suurbritannias kirjeldatakse laste põletuse olulise riskitegurina **kuuma kraani-/vannivett** (12,13). Austraalia uuringu järgi oli laste põletustest 18% seotud kuumade jookidega ning osakaal oli viimase 10 aasta jooksul sarnane püsinud (14). Ka ruumiõhu niisutamisel kasutatavatest õhuniisutajatest eralduv **kuum aur** võib lastel põhjustada tõsiseid põletusi. Austraalias läbi viidud uuringus leiti, et selles olid enim ohustatud poisid vanuses 11–16 kuud (15). Austraalia uuringus analüüsiti **puidukütteahjudega** seotud vigastusi väikelastel. Haigla registrist võeti välja vahemikus jaanuar 1997 kuni september 2001 põletuse saanud laste haiguslugude andmed, kus põletus oli seotud puidukütteahjuga. Kokku oli selles perioodis puidukütteahjuga seotud põletusvigastus 11 lapsel (sh 7 poissi), kelle keskmine vanus oli 1 aasta (16).

Mehaanilise jõu toime

Kanadas tehtud uuringus analüüsiti laste vigastusi, mis olid seotud **televiisorite** ümber kukumisega. Enamik selliseid vigastusi juhtus kodus (84%) ning enam kui kolmveerandil juhtudest ei olnud **täiskasvanut juures** (17). Ümber kukunud telerid olid suurema tõenäosusega suured ning asusid maast kõrgemal. Sageli oli ümber kukunud telekate puhul telekaalusena kasutusel selleks otstarbeks mitte mõeldud mööbliese (kummut või muu mööbliese) (17). USAs läbi viidud uuringu järgi on **muruniidukiga** seotud vigastusi keskmiselt 11,2 lapsel 100 000 kohta. Nendest 5–8% satuvad vigastuse tõttu haiglasse (18). Leiti kolm peamist vigastuse mehhanismi: löiketeraga seotud vigastused, lendkehaga seotud vigastused ning põletused. Suurem vigastuste risk oli seotud murutraktoritega võrreldes **lülakatavate muruniidukitega** (18).

Leedu uuringu järgi oli löike-torkevigastuste risk väiksem kui teravad esemed ei olnud **laste käeulatuses** (OR 0,6, 95% CI 0,46–0,80). Samas uuringus leiti ka, et vigastuse risk oli väiksem, kui lapsevanemal/hoolekandjal oli piisavalt informatsiooni laste turvalisuse kohta kodus (OR 0,56, 95% CI 0,38–0,82) (19).

Koerahammustuste puhul leiti Tšehhi uuringus, et **lapsevanema oskus** olukordi tõlgendada võib mõjutada vigastuste esinemist (20). Näiteks peetakse teatud koeratõuge ohutumaks, või hinnatakse oma pere lemmiklooma ohutuks ja seetõttu pööratakse ettevaatusele vähem tähelepanu.

Lapse või vanema tervislik seisund riskitegurina

Rootsi Västra Götalandi regiooni andmete põhjal leiti, et **psühhiaatrilised haigused** olid seotud vigastuste esinemisega. Lastel vanuses 0–6 aastat, kellel oli **aktiivsus- ja tähelepanuhäire või ärevushäire**, oli vastavalt 1,47 (95% CI 1,25–1,74) ja 1,34 (95% CI 1,11–1,61) korda suurem šanss ükskõik

millise vigastuse tekkeks. **Autismi** diagnoosiga lastel oli oluliselt väiksem šanss ükskõik millise vigastuse tekkeks võrreldes lastega, kellel ei olnud seda häiret diagnoositud (OR 0,81, 95% CI 0,69–0,95). Käitumishäiretega lastel oli oluliselt suurem šanss mürgistuse tekkeks võrreldes lastega, kellel ei olnud käitumishäireid diagnoositud (OR 4,91, 95% CI 1,43–16,80) (21). Sarnase tulemuseni (kõrgenenud vigastuse risk aktiivsus-tähelepanu häirega lastel ning väiksem vigastuse riski autismispektri häirega lastel) jõuti Rootsi Värmlandi regiooni andmeid kasutanud uuringus (22). Leitud on ka, et **epilepsiaga** lastel on suurem risk vigastuste tekkeks ning nad vajavad seetõttu pidevat järelvalvet (23). Suurbritannias viidi läbi uuring, et analüüsida **ema depressiooni** seoseid laste vigastustega. Tulemused näitasid, et depressiooni sümptomite ja koduohutuse meetmete vahel olulist seost ei olnud. Uuringust ilmnes, et emad, kes väljendasid **sotsiaalse toetuse vähesust** ei hoidnud suurema tõenäosusega **ravimeid turvaliselt** (OR 4,08, 95% CI 1,79–9,3). Mõõduka või tugeva **stressiga** emad ei hoidnud suurema tõenäosusega **teravaid esemeid** laste eest kättesaadamatus kohas (OR 1,77, 95% CI 1,11–2,8) (24).

Sotsiaalmajanduslik taust ja muud riskitegurid

Rahvus

Rootsis tehtud uuringus leiti, et **mitte lääneriikidest pärit emade** lastel oli suurem põletusega hospitaliseerimise tõenäosus (OR 1,7, 95% CI 1,4–2,1) kuid väiksem tõenäosus sattuda haiglasse kukkumise (OR 0,8, 95% CI 0,7–0,8) või mürgistuse tõttu (OR 0,5, 95% CI 0,4–0,6) (25). Taanis aga leiti, et **sisserändajatel ja nende järeltulijatel** oli väiksem risk ükskõik millise vigastuse (avaldumuskordajate suhe, *incidence rate ratio* IRR vastavalt 0,75 ja 0,79) ning **spordivigastuse** tekkeks (IRR 0,81 ja 0,68) võrreldes taani lastega (26).

Perekonna suurus, vanemate vanus

Taanis tehtud uuringu järgi ei olnud vigastuse tekke riski suhtes oluline, kas laps kasvas ühe või kahe vanemaga perekonnas (27). Rootsis leiti, et **noorte emade** (alla 24-aastased) lastel oli suurem risk kukkumise või põletuse tõttu haiglasse sattuda ning lastel, kellel oli **rohkem kui kaks õde-venda** oli mõnevõrra suurem risk igat tüüpi vigastuste tekkeks (25). Suurbritannia uuringus leiti, et **vanemad lapsed** olid nooremate laste vigastuse riskiteguriks, kuid see ilmnes ainult kõrgema sotsiaalmajandusliku positsiooniga peredes. Madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga peredes olid vanemad lapsed noorematele järelvaatajateks ja seetõttu pigem hoidsid nooremaid vigastuste eest (28). USAs korraldatud uuringus leiti, et vigastuse risk oli sarnane olenemata kas ja mitu õde-venda lapsel oli (OR 1,0, 95% CI 0,28–3,74) (29). Iraani uurimuses toodi välja, et tahtmatu koduse vigastuse risk oli suurem **perekonna esimestel lastel** (OR 2,0, 95% CI 1,28–3,12) (30).

Vanemate haridustase

Rootsis korraldatud uuringus analüüsiti **vanemate hariduse** ja laste vigastuste tekke seost **mitte Rootsist pärit vanemate** (üks või mõlemad vanemad) perekondades. Tulemused näitasid, et võrreldes kõrgema haridusega vanematega (≥ 13 aastat koolis) oli madalama haridusega vanemate lastel suurem risk vigastuste tekkeks (kukkumised, mürgistused, põletused) (31). Taanis tehtud uuringutes

leiti, et **põhiharidusega** emade lastel oli suurem risk vigastuse tekkeks võrreldes **kõrgharidusega** emade lastega (26,27).

Elukoht (elukoha tüüp, piirkond)

Kukkumised hoonest leiavad enamasti aset **linnakeskkonnas** (32). Taanis tehtud uuringu järgi ei olnud elamispinna suurus seotud vigastuse riskiga (27). Iraani uuringus leiti, et üldine koduvigastuste risk oli kõrgem **eramajades** elavatel lastel (30). Rootsis leiti, et elamine **kõrgema sotsiaalse kapitaliga** piirkonnas (*high social capital neighbourhood*) oli kaitsva toimega vigastuste suhtes tüdrukutel kuid mitte poistel (uuringusse kaasati 0–12-aastaste laste andmed) (33).

Perekonna sissetulek

Taanis tehtud uuringute järgi oli **madalama sissetulekuga** perede lastel 1,5 korda suurem risk vigastuse tekkeks võrreldes kõrgema sissetulekuga peredega (27). Madalama sissetulekuga perede lastel oli 1,9 korda suurem põletuse risk ning 1,7 korda suurem mürgistuse risk (27). Teine Taani uuring leidis samuti, et ükskõik millise vigastuse risk oli suurem madalama sissetulekuga perede lastel võrreldes kõrgema sissetulekuga peredega (26). Rootsi uuringus leiti, et perekondades, kes said sotsiaaltoetusi, oli lastel suurem risk sattuda haiglasse kukkumisvigastusega (OR 1,3, 95% CI 1,2–1,4), ravimitega seotud mürgistusega (OR 1,8, 95% CI 1,7–2,0), ravimitega mitteseotud mürgistusega (OR 1,4, 95% CI 1,3–1,5) ning põletusega (OR 1,1, 95% CI 1,1–1,5). Šotimaa uuringus toodi välja, et erakorralise meditsiini osakonda vigastusega hospitaliseeritud laste hulgas oli mõnevõrra rohkem kehvema sotsiaalmajandusliku positsiooniga perede lapsi (34). USA-s leiti, et kukkumine kõrgelt (uuringus vaadeldi kukkumisi hoonest/aknast) oli seotud madalama sissetulekuga. Madalaimasse sissetulekukvartiili kuuluvate perede lastel oli 29% suurem tõenäosus hoonest kukkuda (32). Ühendkuningriikides läbi viidud uuringu järgi oli laste põletuste suurem esinemissagedus seotud perekonna kehvema sotsiaalse olukorraga (35).

Eri uuringute põhjal võib **kõrgem sotsiaalmajanduslik tase** olla kukkumise puhul nii kaitse- kui riskiteguriks. Paremalt järjel perekonnad said endale suurema tõenäosusega lubada elamispinna, mis oli **mitmekorruselise** või kus olid **rõdud** millelt lapsed võivad kukkuda. Võõrkeha neelamisega seotud vigastused ei erinenud sotsiaalmajanduslike näitajate osas (25).

Lapsevanema hoiakud ja käitumine riskitegurina

Rootsis korraldatud põletusvigastusi analüüsinud uurimuses toodi välja, et kodus aset leidnud vigastuse puhul oli alati **lapsevanem** juures (näiteks tehti köögis süüa ning laps oli sealsamas ja tõmbas endale kuuma toidu või vedeliku peale) (36). Leedus tehtud uuringu järgi leidis enam kui 80% alla 5-aastaste laste vigastustest aset olukorras, kus laps oli vanema järelvalve all (uuringus ei täpsustatud, kas vanem tegeles samal ajal muude asjadega). Samas uuringus leiti, et väljas mängides (hoov, mänguväljak) oli kukkumise risk kõrgem kui täiskasvanuid ei olnud juures (OR 1,92, 95% CI 1,39–2,61). Kui lapsed said kasutada köögiseadmeid ilma täiskasvanu juuresolekuta, oli põletuse risk kõrgem (OR 2,17, 95% CI 1,05–4,49) ning kui lapsed mängisid lemmikloomadega ilma täiskasvanu juuresolekuta, oli vigastuse risk samuti oluliselt kõrgem (OR 3,05, 95% CI 1,77–5,29). (19). Austraalia uuringu järgi leidsid põletused aset hoolimata sellest, et täiskasvanud oli juures (16).

Vigastuse toimumise aastaaeg, kellaeg

Ühendkuningriikide uuringus leiti, et 32% vigastustest toimus **suvel**, talvel toimus 19% vigastustest. Samuti täheldati, et laste vigastused kodus toimusid pigem **peale koolipäeva** (kell 16–19) (37). USAs korraldatud uuringus leiti, et hoonest kukkumised leidsid sagedamini aset suvel (32). Iirimaaal tehtud uuringus leiti, et **juunis** oli põletusega hospitaliseerimiste osakaal aasta lõikes kõrgeim (14% hospitaliseerimistest). Iirimaaal läbi viidud uuringu tulemused näitasid, et põletustega hospitaliseerimiste osakaal jaanuarist juunini oli kõrgem võrreldes aasta teise poolega (10).

Lapse sugu ja vanus vigastuse riskitegurina

Vigastused leiavad mõnevõrra sagedamini aset **poistel** kui tüdrukutel, kuid vigastuse liigiti on erinevusi. Näiteks Taani uuringus leiti, et kuigi tüdrukutel oli väiksem risk vigastuse tekkeks üldiselt (IRR = 0,85) oli neil poistega võrreldes suurem risk koduvigastuse tekkeks (IRR = 1,12) (26). USAs tehtud uuringus leiti, et poistel oli 33% suurem tõenäosus hoonest kukkuda (*fall from a building*) (32). Iirimaaal leiti, et põletusega hospitaliseeritud poiste osakaal oli suurem (59% põletusega hospitaliseeritud 0–2-aastastest lastest olid poisid) (38). Šotimaal läbi viidud uuringus aga leiti, et alla 7-aastaste laste vigastuste puhul oli poistel kõikide vigastuste tekke risk suurem, kuid erinevus ei olnud statistiliselt oluline (39).

Rootsi uuringus leiti, et võõrkeha neelamisega seotud vigastusi esines kõige enam 10–12 kuu vanustel lastel, põletusi 13 kuu vanustel, mitte ravimitega seotud mürgistusi 16–18 kuu vanustel ning ravimitega seotud mürgistusi oli enim 24–30 kuu vanustel lastel (25). Prantsusmaal korraldatud uuringu järgi esines võõrkehaga seotud vigastusi kõige enam peale kuuendat elukuud (suhteline risk, *relative risk* RR = 2,9) (4). Austraalias leiti, et põletusi esines kõige enam esimese kolme eluaasta jooksul, sealjuures oli suurim levimus 1. ja 2. eluaasta vahel (38). Iirimaaal aga leiti, et põletuste puhul oli laste keskmine vanus ligi neli aastat (10).

Ennetamise ja reageerimise süsteemid

Käesolevas peatükis antakse ülevaade koduvigastuste ennetamise ja reageerimise süsteemidest valitud riikide näitel. Iga riigi puhul käsitletakse vigastuste ennetamise praktikaid sh riskide hindamise instrumente ja osapoolte koostööd vastavalt teaduskirjanduses, strateegiadokumentides ja mujal toodule. Soome, Rootsi ja Sloveenia puhul tuginetakse ka ekspertarvamusele (küsitluse vastused ja kirjavahetus).

Koduvigastuste ennetamine Soomes

Laste vigastuste kontrollkaardi järgi, mis avaldati 2012. aastal, oli laste vigastuste ennetamise olukord Soomes hea (40). Laste koduvigastuste kontekstis vajas täiendavaid tegevusi uppumiste, kukkumiste, mürgistuste, põletuste, lämbumise ennetamine. Praegusel ajal kehtiv Soome riiklik vigastuste ennetamise programm käsitleb enamikke kontrollkaardil toodud probleemkohtadest. Sotsiaal- ja tervishoiuministeriumi programm „*Safely at All Ages: Programme for the Prevention of Home and Leisure Injuries 2021–2030*“ (41) seab eesmärgiks nullvisiooni, mille kohaselt ei tohiks keegi õnnetuse tagajärjel surra või saada tõsisid vigastusi. Dokumendis sõnastatakse eri liiki vigastuste ennetamise meetmed, sekkumiste edukuse mõõdikud ning vastutavad osapooled. Tähelepanu pööratakse nii keskkonnaga seotud aspektidele (turvalise keskkonna loomine), võimete ja oskuste arendamisele kui ka teadlikkuse tõstmisele. Dokumendis esitatakse ka vigastuste olukorra monitoorimisel kasutatavad indikaatorid. Dokumendis esitatakse vigastused liigi järgi ning väikelaste vanuserühma eristatud ei ole. Meetmete juures tuuakse ka viited konkreetsetele tegevustele. Meetmete rakendamisega seotud osapooled on nimetatud, kuid organisatsioonide täpseid tegevusi kirjeldatud ei ole (41). Järgnev ülevaade käesoleva analüüsi käsitlusala suhtes asjakohastest meetmetest laste vigastuste ennetamisel tugineb programmile „*Safely at All Ages*“ (41).

Kukkumised

Kukkumiste **ennetamisel** pööratakse tähelepanu kolmele aspektile:

- regulaarne kehaline aktiivsus aitab kaasa kehalise võimekuse arengule, mis omakorda on seotud kukkumise ennetamisega;
- keskkond peab toetama liikumist ent olema ohutu;
- kukkumise ennetamisele peavad tähelepanu pöörama erinevad osapooled nagu näiteks tervishoiuasutused, haridusasutused, spordiklubid.

Peamised ennetustegevustega seotud osapooled on **perenõuandlad ja tervisekeskused**, kellele valitsuse määrusega pandud kohustuste hulka kuulub laste läbivaatuse käigus tervishoiuasutuses või koduviisidil lapsevanemate nõustamine ja lapse ohutuse sh kukkumiste ennetamise käsitlemine (42). Oluliseks töövahendiks on laste ohutuse **kontrollnimekirjad**, mis on loodud eri vanuserühmadele: kuni 1-aastased (43), 1–3-aastased (44), 4–6-aastased (45). Perede nõustamise ja laste läbivaatuste käigus ilmnunud probleemidest teavitamise kohustus on tervisekeskuse töötajal. Koostööd tuleb teha eriarstiabi asutustega ning kohalike omavalitsuste asutustega nagu lastehoid, sotsiaalteenistus.

Teiseks laste kukkumise ennetamisega seotud oluliseks osapooliks on **haridussüsteem**. Lasteaedade ja koolide programmides tuleb arvestada liikumise olulisust, kehalise võimekuse arendamist ning samal ajal ohutu tegutsemiskeskonna loomist. Soome haridus- ja kultuuriministeerium vastutab lasteasutuste tegevuse strateegilise planeerimise eest ent vastutus tegevuste rakendamise eest on kohalikel omavalitsustel. Koolieelse asutuse tegutsemispõhimõtted näevad ette ka ohutuse tagamise ning vigastuste ennetamise asutuses erinevate tegevuste juures. Haridusasutuse personalil peab olema vastav ettevalmistus.

Mürgistused

Mürgistuste **ennetamisega** tegeletakse eri kontekstides. Näiteks vanemlike oskuste arendamine, uimastite kuritarvitamise ennetamine kui ka üldise kainust edendava kultuuri soodustamine.

Laste mürgistuste ennetamise puhul on üks esimesi tasandeid **perenõuandlad ja tervisekeskused**, mille töötajad saavad lapsevanemaid juhendada mürgistuste ennetamise osas. Esile tuuakse **kodukülastuste** olulisust mürgistuste ennetamisel, tuginedes Kendrick jt metaanalüüsile (46), mille kohaselt vanemate teadlikkuse tõstmine on efektiivne laste vigastuste ennetamisel. Kasutusel on kontrollnimekirjad, millele toetudes käsitletakse vigastuste ennetamist kodus (47–49).

Uppumised

Laste uppumiste **ennetamises** on kaks olulist põhimõtet: **järevalve (täiskasvanu juuresolek)** ja **ujumisoskuste arendamine**. **Perenõuandlate ja tervisekeskuste** töötajad käsitlevad tervisekontrollide kontekstis veeohutust ning ujumisoskuste olulisust. Ujumisõpetust peetakse kodanikuoskuseks ning planeerimisel on analüüs, mille tulemuste põhjal töötatakse välja soovitud ujumisõpetuse mahuks eri haridustasanditel (41).

Põletused

Tuleõnnetuste **ennetamist** käsitletakse laste haridusprogrammides ning eelkooliealiste puhul on selleks peamiselt teemapäevad (41). Soome päästeteenistus on seadnud eesmärgiks kampaaniate ja teavitustegevuste kaudu jõuda iga inimeseni vähemalt neli korda tema 25-aastaseks saamiseni suurendades selliselt ühiskonnas teadlikkust tuleohutusest (50). **Kuumade vedelike ja toiduga seotud põletusi** Soome riiklik vigastuste ennetamise strateegia ei käsitle, kuid koduohutuse kontrollnimekirjades pööratakse põletuste ennetamisele tähelepanu (näiteks soovitud toidu ja joogi temperatuuri kontrollimiseks enne serveerimist) (47–49). Aastal 2012 juhtis Euroopa Lasteohutuse Liit Soome puhul tähelepanu kuuma kraaniveega seotud põletuste ennetamisele (40), kuid praegu kehtiv riiklik vigastuste ennetamise programm seda teemat ei käsitle.

Tervishoiusüsteem reageerimise süsteemina

Soome tervishoiusüsteemi peetakse hästitoimivaks ja kuluefektiivseks. Laste vigastuste kontekstis on tervisesüsteemil keskne roll nii ennetamise kui reageerimise süsteemina. Laste tervisekontrollide juurde peab kuuluma õnnetuste ja vigastuste käsitlemine (42) ning selleks on loodud abimaterjal „*Tapaturmat puheksi neuvolassa*” (51), milles on toodud soovituslikud küsimused. Tähelepanu juhitakse **vigastuste korduvuse** jälgimisele ja korduvuse võimalikule seosele mingi terviseprobleemiga, vägivallaga või hooletusse jätmisega. Juhendmaterjal ei täpsusta, kelle poole tervishoiutöötaja peaks

pöörduma, kui tal on näiteks kahtlus, et laps on hooletusse jäetud või ta märkab, et lapse kodu ei ole peale korduvaid juhendamisi piisavalt turvaline.

Päästeteenistuse roll

Päästeteenistus on osa reageerimise süsteemist kuid ka vigastuste ennetamisesüsteemist. Koduohutusega seotud teemades toetub päästeteenistus riiklikule strateegiale „*Safely at All Ages*” (41). Ootuspäraselt on päästeteenistusel suurem roll tuleõnnetuste ennetamisel, mis näiteks väljendub suitsuanduritega seotud teavitustöös. Päästeteenistuse kodulehe kaudu saab esitada teateid tule või muu õnnetuse ohust, loata ilutulestikust, anda teada ruumide kasutuselevõttust majutuseks või taotleda luba ilutulesiku või tuleetenduse läbiviimiseks (52).

Koduvigastuste ennetamine Rootsis

Rootsis oli 1990ndatel maailma madalaim laste vigastuste levimus. Selle põhjuseks peetakse muuhulgas mitmeid kampaaniaid, traumade andmete kogumist ja vigastuste ennetamist käsitlevat uurimistööd riigis (53). WHO programmi *Safe Communities* (turvalised kogukonnad) sekkumised Rootsis viisid vigastuste märkimisväärse vähenemiseni piirkondades, kus sekkumist rakendati (54,55). Suurem osa vigastuste ennetamist ning ennetusprogrammide edukust Rootsis käsitlevast teaduskirjandusest pärineb 1990ndatest ning 2000ndatest aastatest (53,56,57). Uuem teaduskirjandus käsitleb spordivigastuste ennetamist ning liiklusturvalisust. Esile tulevad aga uuringud, mis käsitlevad psühhiaatriliste haiguste seost laste vigastustega (21,22) (käsitletud peatükis „Vigastuste tekkepõhjused ja riskifaktorid”).

Rootsi tsiviilabi amet (*Myndigheten för samhällsskydd och beredskap* (MSB), *The Swedish Civil Contingencies Agency*) avaldas 2011. aastal raamatu „*Barns och ungas säkerhet*” („Laste ja noorte ohutus”, kaudne tõlge) (23), mis on suunatud kogukonnale sh näiteks lasteasutuste pidajatele ja teistele lastega töötavatele inimestele. Muuhulgas käsitletak ka laste vigastuste ennetamist kodukeskkonnas. Järgnev ülevaade asjakohastest meetmetest laste vigastuste ennetamisel tugineb raamatule „*Barns och ungas säkerhet*” (23) juhul kui ei ole viidatud muule allikale.

Kukkumised

Kukkumiste **ennetamisel** kirjeldatakse eelkõige treppidel ja mööblilt kukkumise ennetamist. **Treppidel** peavad olema **lukustatavad turvaväravad** nii trepi ala- ja ülaosas. Väravate **korrasolekut** tuleb regulaarselt kontrollida. Soovitav on pere vanematele lastele meelde tuletada, et **väravaid lahti ei jäetaks**. **Trepi piirded** peavad olema sellised, et laps ei saaks nende alt läbi libiseda või vahele kinni jääda. Välistreppidel peab olema **valgustus** ning peab olema selgelt näha, kus trepp algab ja lõppeb. Libeduse ennetamiseks sademete tõttu peaks välistrepi kohal olema varikatus. **Rõdude piirded** peavad olema sellise kõrgusega, et lapsed ei saaks sealt üle ronida. Uuringute andmetel ei piisanud 4–6-aastaste laste puhul 110 cm kõrgusest piirdest – lapsed said sealt ikkagi üle (23). Üle piirde ronimist takistasid piirded, mis olid **kõrgemad kui 110 cm, sissepoole kaldu ning üleval laienevad**. Rõdupiirdes ei tohi olla enam kui 10 cm läbimõõduga avasid, et ennetada ava kaudu väljakukkumist või avause kinnijäämist. Rõduuksel peavad olema lukustusmehhanismid.

Mööblilt kukkumise ennetamiseks tuuakse välja, et **lapsevoodi serv** peab olema voodipõhjast vähemalt 30 cm kõrgune. Kõige madalama voodipõhja asendi korral peab serv olema 60 cm kõrgune. Voodipulkade vahe peaks olema 4,5–6,5 cm. Alla 6-aastased lapsed ei tohiks lubada narivoodi ülemisele voodile. Ülemisel voodil peab olema serv ees. Ava voodist alla ronimiseks peab olema jalgade pool. **Mähkmete vahetamine** on kõige turvalisem põrandal. Kui kasutatakse mähkimislauda siis tuleb kogu tegevuse ajal lapsel käest kinni hoida. Mähkimislaual peavad olema kõrged servad ja sobiv kattmaterjal, et laps ei libiseks. Kukkumise ennetamiseks söötmistoolilt või koos tooliga peab laps olema tooli kinnitatud. Söötmistool peaks olema laua küljes kinni, sest laps võib jalaga vastu lauda end tooliga pikali lükata. **Tooli kinnitamiseks** laua külge on olemas spetsiaalsed ankrud.

Tuuakse ka välja, et lastel ei tohiks kasutada käimisraame. Osades riikides on nende müümine juba keelatud.

Mürgistused

Kemikaale ei tohi hoida lastele kättesaadavas kohas. See puudutab ravimeid, süütaaineid, bensiini, naftatooteid, kodukeemiat, pestitsiide. Tähelepanu juhitakse, et nn **lapsekindel pakend** ei ole alati usaldusväärne. Mürgistuste ennetamist käsitleb oma kodulehel ka Rootsi Kemikaaliagentuur (58). Veebilehel juhitakse tähelepanu ka näiteks patareide, muusikakaartide (õnnitluskaardid muusikaga), kellade, kraadiklaaside, laavalampide, õlilampide võimalik oht lapsele. Ühe ennetava meetmena soovitatakse juba enne toodete ostmist kaaluda, kas neid üldse on vaja. Näiteks torupuhastuseks kasutatavad tooted on nii ohtlikud, et neid on kindlam **kodus mitte hoida**.

Uppumised

Uppumise ennetamisel on olulisim last mitte üksi vanni jätta. Kui kasutatakse imiku pesemistooli, peaks tool olema vannipõhja küljes kinni (näiteks iminappadega).

Erinevalt Soomest ei rõhutada Rootsis uppumise ennetamisel **ujumisoskuse** tähtsust (kuigi see tuuakse välja kui oluline meede vigastuse ennetamisel). Pigem kirjeldatakse meetmeid, mis on seotud koduse keskkonna kohanduste ja järelvalvega. **Veekogudel** (basseinid, tiigid) peavad olema vähemalt 90 cm kõrgused **piirded**. Veekogude nagu basseinide ja tiikide juures ei tohi lapsi jätta järelvalveta. Samuti ei tohi lubada lapsi üksi jääle. Lisaks tuuakse välja, et väikelastel peavad olema **päästevestid**. Täispuhutavate ujumiserõngaste kasutamine ei ole piisavalt turvaline (purunemisohtu tõttu näiteks torke tagajärjel).

Rootsi päästeühing (*Svenska Livräddningssällskapet*) koordineerib **programmi** „En Vattensäker Kommun“, („Veeohutu omavalitsus“, masintõlge), mille raames on loodud kriteeriumid millele omavalitsus peaks vastama, et saada tunnistus hea veeohutusala ennetustöö eest. Kriteeriumite hulka kuulub ujumisõpetus koolides hiljemalt kuuendast klassist (59). Tunnistus näitab, et vald töötab aktiivselt veeohutuse edendamise ning seeläbi avalikkuse ja valla elanike turvalisuse tõstmise nimel.

Põletused

Põletuste ennetamisel käsitletakse põletusi veega (nt kraanivesi) ning elektriseadmetega seotud põletusi. Tuginedes Norras läbi viidud uuringule (60) tuuakse välja, et teadlikkuse tõstmine ja lapsevanemate juhendamine **veetemperatuuri jälgimise ja pliidinuppude katmise** osas on efektiivne

moodus ennetada põletusi alla 5-aastastel lastel. Rahvusvahelistele uuringutele tuginedes tuuakse välja, et efektiivsem on kombinatsiooni seadusandlikest meetmetest ja juhendamises (61).

Kraaniveega põletuse ennetamiseks juhitakse tähelepanu, et kangiga segisti puhul on lapsel lihtsam kraani avada kui keeratava nupuga segisti korral. Kraanist tuleva vee **maksimaalne temperatuur** ei tohiks olla kõrge. Kuigi boilerites peab vesi olema vähemalt 60 kraadi, et ennetada bakterite kasvu, peaks kraanist väljuv vesi olema mitte kuumem kui 50 kraadi.

Elektriseadmetega põletuste ennetamiseks tuleb **pistikud** katta selliselt, et laps ei saaks sinna sõrmi ega mingeid esemeid torgata. Pistikukatteid saab eraldi osta. Ka pikendusjuhtmete puhul tuleks mitte kasutusel olevad pistikud katta. Tähelepanu juhitakse, vajadusele jälgida **juhtmete isolatsiooni** korrasolekut. Juhtmed tuleb alati korralikult kokku panna, laste käeulatusest eemale ning võimalusel peita (katta).

Rootsi soovitused toovad välja, et ei tohiks soetada koju **valgusteid ja elektritööriistu**, mis näevad välja nagu mänguasjad. Eriti puudutab see öölampe, mis võivad olla näiteks loomakujulised. Kui sellist lampi kasutatakse ja see on juhtmega, peab lamp olema lapse käeulatusest väljas. Lamp võiks olla kinnitatud, juhtmed peidetud. Elektriohutusest soovitatakse lastele rääkida varakult.

Rootsis viidi läbi uuring, kus analüüsiti **individuaalset lähenemist põletuse ennetamiseks**. Sekkumises osalesid madalama haridustasemega emad (lapsed kaasamise hetkel 4–7 kuu vanused). Laste Tervise keskuses (*child health care centre*) viidi läbi spetsiaalne töötuba. Sekkumisrühma emadele tehti koduviit, kus käsitleti põletuste ennetamist põhjalikult lähtudes emade individuaalsest olukorrast (nt teadlikkus). 7 kuu möödudes toimus koduviit nii sekkumis- kui kontrollrühma emadele. Sekkumisel oli oluline mõju põletusi ennetavate meetmete kasutuselevõtule. Võrreldes kontrollrühmaga rakendasid sekkumisrühma emad oluliselt sagedamini erinevaid meetmeid, et laste põletusvigastusi kodus ennetada (62).

Lämbumine

Üheks lämbumise ohuks lastel on **mänguasjad**. Rootsi soovituste järgi tuleb jälgida, et mänguasjade kasutamisel peetakse kinni **vanusepiiridest** (millisest vanusest alates on mänguasi lapsele sobilik). Mänguasjad ei tohiks olla **läbimõõduga** alla 4,5 cm. Kohalikud omavalitsused jagavad spetsiaalseid mõõtevahendeid (silinder), mille abil saab kontrollida eseme läbimõõtu.

Laste **riietel** ei tohiks olla **pikki nõõre ega väikeseid detaile**, mis võivad lahti tulla ja mida laps võib suhu panna.

Tähelepanu soovitatakse pöörata ka **kardinatele, mööblile**. Lapse voodit ei tohi asetada näiteks sellise kardina juurde, millel on nõõrid. Kardinanõõrid peaksid igal juhul olema kinnitatud sellisele kõrgusele, kust laps neid kätte ei saa. Lämbumisohu ennetamiseks ei tohi lapsevoodi külge riputada riideid.

Mehaanilise jõu toime

Ustel peaksid olema **stopperid**, et ennetada sõrmede vm ukse vahele jäämist. Võib ka kasutada näiteks volditud rätikut ukse vahel, mis takistaks ukse sulgumist. Lukustusmehhanisme ja stoppereid

tuleks kasutada ka avatavate akende puhul. **Aknad**, mis on madalamal kui 180 cm peaks olema samuti stopperitega varustatud, et nad täielikult ei avaneks. Aknad ei tohiks avaneda rohkem kui 10 cm. **Riiulid ja vajadusel muu mööbel** peaks olema sein külge kinnitatud, et ennetada nende ümberkukkumist. Samuti soovitatakse telekas sein külge kinnitada.

Tervishoiusüsteem ennetamise süsteemina

Laste tervishoiuga tegelevatele **professionaalidele** on suunatud **käsiraamat** „*Rikshandboken i barnhälsovård*“ („Riiklik lastetervishoiu käsiraamat“, masintõlge) (63), mis sisaldab muuhulgas informatsiooni vigastuste ennetamise käsitlemise kohta. Käsiraamat on kättesaadav veebilehena. Tegemist on mahuka ja informatiivse lehega, mis sisaldab tõenduspõhist infot ja osapoolte seadusandlusest tulenevate ülesannete kirjeldusi. Veebilehe sektsioonid on varustatud uuendamise kuupäeva ja materjali koostamise eest vastutavate isikute nimedega. Laste turvalisust käsitlev sektsioon sisaldab näiteks soovitusi selle kohta, millal ohutuse teemat käsitleda ning laste ohutust eri keskkondades sh kodus. Täpsem info on leitav põletuste ennetamise, elektriohutuse, mänguasjadega seotud ohutuse, lämbumise ennetamise, kemikaaliohutuse ning mürgistuste ennetamise kohta (64). Mõningatel juhtudel ei ole lehel viidatud materjal siiski kättesaadav (näiteks põletuste ennetamise kontrollnimekiri).

Laste tervisekontrollide juhend „*Vägledning för barnhälsovården*“ käsitleb samuti vigastuste ennetamist (65). Tegemist on juhendmaterjaliga mitte seadusega pandud ülesannetega. Materjal toob välja laste tervise jälgimisega seotud osapooled (näiteks koostöö sotsiaalsüsteemiga, haridusasutustega). Välja on toodud, et tervisekontrollide teostavatel spetsialistidel on kohustus teavitada sotsiaalsüsteemi kui tekib kahtlus, et laps on mingil moel ohus ning juhised riskide hindamiseks.

Rootsis on laste tervise jälgimisel oluline roll **koduvisiidil**. Esimene visiit värske lapsevanemate juurde peaks toimuma viie päeva jooksul sünnitusmajast kojusaabumisest. Koduvisiidi viib läbi laste tervisekeskuse (*barnvårdscentraler*) õde või õed. Tervisekeskuse juures on arstid ning teised spetsialistid, kes vajadusel visiitidel osalevad. Visiidil käsitletakse ka vigastuste ennetamist. Rakendatakse nõo tavavisiiti ja täiendatud visiiti (*enhanced home visit program*), mille sihtrühmaks on riskipered. Rootsis läbi viidud uuring näitas, et lapsevanemad kelle juures käidi koduvisiidil olid kohtumisega rohkem rahul kui need vanemad, kes käisid tervisekontrollis tervisekeskuses (66).

Kohalike omavalitsuste roll

Vigastuste vähendamise programmides Rootsis on oluline roll **kohalikel omavalitsustel** ja kogukonna liikmetel. Näiteks on piirkondlike päästeteenistuste ülesandeks muuhulgas tuleõnnetuste ennetamine sh kodukülastused, infomaterjalide levitamine.

Laste tervisekontrollide läbi viivad asutused, mis on regionaalsed, teevad koostööd kohalike omavalitsustega, kes vastutavad ennetustegevuste eest kogukondades. Siia kuulub liiklusohutus, veeohutus. Kohalikud omavalitsused teevad koostööd eri osapooltega, et tagada lastele turvaline keskkond. Eriti puudutab see selliste keskkondade loomist, kus lapsed saaksid ise tegutseda ilma pideva järeelvalveta.

Muud ennetamise süsteemid

Rootsi Kemikaaliagentuuril on informatiivne koduleht, mis sisaldab ka infot vigastuste ennetamise kohta (58). Vigastuste ennetamisega on seotud **Rootsi tsiviilabiamet MSB**, mis oma kodulehel (67) samuti jagab ohutuse tagamise ja vigastuste ennetamisega seotud infot (näiteks tuleohutus).

Rootsis on vigastuste ennetamises suur roll **keskkonnakohandustel. Ehituse ja planeerimisega** seotud seadusandlus toob välja laste ohutuse seisukohast olulised nõuded nagu lukustusmehhanismid akendel ja ustel või nõue planeerida köögid selliselt, et kraanikauss ja pliit oleksid samal tasapinnal/köögisaaarel (see tähendab, et köögisaar ei tohi olla selline, kus on pliit, kuid ei ole kraanikaussi) (68). Kohalike omavalitsuste planeerimis- ja ehitusosakondadel on õigus hooneid inspekteerida ning teha ettekirjutusi probleemide kõrvaldamiseks või muudel juhtudel, kus füüsilise keskkonnaga on seotud vigastuse oht.

Reageerimise süsteemid

Käsiraamat „Rikshandboken i barnhälsovård“ sisaldab laste tervisekontrollidega tegelevatele tervishoiuspetsialistidele juhiseid millal ja kuidas pöörduda **sotsiaalteenistuse** poole (69). Tervishoiutöötajal on kohustus sotsiaalteenistusele teada anda kui kahtlustatakse, et laps on ohus. Raporteerimise kohustust ei saa edasi anda, iga inimene vastutab selle eest ise. Raporteerimiseks ei pea tervishoiutöötaja ise täiendavat uurimist läbi viima. Sotsiaalteenistus korraldab raporti saamise järgselt olukorra uurimise.

Vigastuste seire

Rootsi vigastuste register suleti 2018. aastal. Osaliselt võttis tegevused üle riiklik **patsiendiregister** (70). Registreerimisel kasutatakse Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni versiooni 10 (RHK-10). Vigastuste statistika kogumisel kasutatakse ka surmaregistri andmeid.

Koduvigastuste ennetamine Sloveenias

Euroopa Lasteohutuse Liidu (*European Child Safety Alliance*) 2012. aasta ülevaade laste ohutusest Sloveenias tõi välja, et kuigi riigis on laste vigastuste ennetamisel tehtud edusamme, ei ole kodukeskkonnas aset leidvate vigastuste nagu uppumised, kukkumised, mürgistused ja lämbumised ennetamine saanud samaväärset tähelepanu kui liiklusohutus (71). Aastal 2018. avaldati raport „Laste ja noorte vigastused – probleem ka Sloveenias?“ (masintõlge) (72). Väljaandes käsitletakse prioriteetseid ohutusvaldkondi: liiklusõnnetused, uppumine, lämbumine, kukkumine, vigastused sportimisel ja vaba aja veetmisel, mürgistused, põletused kokkupuutel kuumade ainetega ja tulega. Tuuakse välja olulisemad ohutegurid ning peamised tõhusad meetmed vigastuste ennetamiseks laste ja noorukite hulgas.

Sloveenias on olemas riiklik programm laste vigastuste ennetamiseks ja ohutuse edendamiseks (*The Slovenian Programme for Child Injury Prevention and Safety Promotion*, programmi tekst kättesaadav ei ole), mis hõlmab vanemate nõustamist, kodukülastusi ja juhendamist turvavarustuste kasutamise

ning paigaldamise osas. Programmi kaudu püütakse vähendada laste turvalisuse sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust, sest on leitud, et laste vigastusi juhtub enim peredes, kus vanemad on madala haridustasemega, kes saavad sotsiaalabi ning üksikvanemaga peredes.

Laste vigastuste ennetamist käsitlevad riiklik laste ja noorte keskkonnatervise strateegia ning selle rakendusplaan on uuendamisel. Aastateks 2012–2020 koostatud dokumendid on kättesaadavad (73,74).

Järgnev ülevaade käesoleva analüüsi käsitusala suhtes asjakohastest meetmetest laste vigastuste ennetamisel tugineb raportile „Laste ja noorte vigastused – probleem ka Sloveenias?“ (72) kui ei ole viidatud muule allikale.

Kukkumised

Kukkumiste ennetamine on Sloveenias üks prioriteetsemaid valdkondi laste vigastuste ennetamisel. Raport (72) toob välja, et ennetusmeetmed peavad tagama laste turvalisuse võimaldades lapsel mängu, uurimistööd, kehalist aktiivsust ja tervislikku arengut füüsilises keskkonnas, mis on eelkõige täiskasvanutele mõeldud. Senised **ennetusstrateegiad** on näiteks: rõdude ja treppide piirdealaste õigusaktide ja ehitusnormide jõustamine, mänguväljakutesse puutuvate õigusaktide ja ohutusnormide jõustamine, mänguväljakute regulaarne kontroll ja hooldus, mööbli ja muude toodetega seotud õigusaktide ja ohutusstandardite jõustamine, turvavarustuse (tasuta, soodsatel rahalistel tingimustel) ja paigalduse pakkumine eelkõige madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga peredele. Kukkumiste ennetamist käsitletakse lapsevanematele mõeldud individuaalsetes nõustamisprogrammides **tervisesüsteemis**.

Mürgistused

Mürgistuste **ennetamisel** on seni rakendatud meetmed, näiteks ravimite ja kemikaalide ohutute pakendite kasutamist käsitlevate, õigusaktide jõustamine, ravimite pakendamine mittesurmavates annustes. Ka mürgistuste ennetamisel on olulisel kohal teema käsitlemine lapsevanematele suunatud nõustamisprogrammides **tervisesüsteemis** ja laste **ennetavate tervisekontrollide** raames. Madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga peredele pakutakse **turvavarustust** tasuta või soodsamatel tingimustel. Välja tuuakse alkoholi kättesaadavuse piiramine nii taskukohasuse vähendamise kui müügikohtade vähendamise kaudu.

Uppumised

Peamised **ennetustegevused** uppumiste ennetamisel on seotud seadusandlusega. Näiteks jõustada nõue kasutada tarasid nii avalike kui erabasseinide ümber. Raportis (72) juhitakse tähelepanu vajadusele tagada kõigile lastele ligipääs **ujumisõpetusele** läbi infrastruktuuri investeeringute kuid ka õppekavade arendamise. Lisaks olemasolevatele meetmele tuuakse raportis (72) välja lähiaja olulisemad tegevused uppumiste ennetamisel. Sealhulgas on näiteks veeohutuse käsitlemine lapsevanematele suunatud programmis „Ettevalmistus sünnituseks ja vanemluseks“ ja laste **ennetavate tervisekontrollide** raames.

Põletused

Põletuste **ennetamisel** tuuakse senistest rakendatud meetmetest välja **ehitusalaste õigusaktide jõustamine** suitsuandurite kasutamise kohta avalikes ja erahoonetes, veekraanide vee temperatuuripiiranguid käsitlevate õigusaktide jõustamine, teadlikkuse tõstmine kraanivee temperatuuri langevate termostaatide kasutamisest, suitsuandurite pakkumine (tasuta, soodsatel rahalistel tingimustel) madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga peredele. Rakendatud on standardid **mittesüttiva või aeglaselt põleva kanga** kasutamiseks laste riiete jaoks. Samuti on üheks meetmeks põletuste ennetamise teema käsitlemine lapsevanemate **nõustamisprogrammide ja laste ennetavate tervisekontrollide** raames.

Lämbumine

Lämbumiste **ennetamisel** pööratakse suurt tähelepanu **tooteohutusele** ning raport (72) toob välja, et tänu selliste passiivsete ennetusstrateegiatega rakendamisele on laste lämbumised juba vähenenud. Muud **senised ennetusstrateegiad** on olnud näiteks: lapsevanemate teadlikkuse tõstmine kogukonna tasandi programmide kaudu, ohutusstandardite jõustamine, toidus sisalduvate mittesöödavate esemete müüki keelavate õigusaktide jõustamine, individuaalsed nõustamisprogrammid lapsevanematele pakkudes tasuta (või soodsatel tingimustel) turvavarustust ja paigaldust, teema käsitlemine **kodukülastustel ja laste ennetavate tervisekontrollide raames**.

Tervishoiusüsteem ennetamise süsteemina

Laste vigastuste ennetamises on keskne roll **tervishoiusüsteemil** ning see seisneb peamiselt nõustamistegevuses, mis algab juba rasedate nõustamisega. Last ootavad vanemad saavad **brošüüri**, mis käsitleb vastsündinule ohutu varustuse valimist. Edasine lapsevanemate nõustamine toimub lastekliinikutes, osana 0–5-aastaste laste tervisekontrollidest, mida on kokku 8. Käesoleva analüüsi raames läbiviidud küsitluse vastuses tõi Sloveenia ekspert välja, et sellisel moel lapsevanemate teadlikkuse tõstmine on tõendatult efektiivne. Visiidid võimaldavad individuaalset lähenemist ning lapsevanemad usaldavad tervishoiutöötajaid. Väljakutseks on visiidi ajapiirang. Lapsevanemad saavad lühikese aja jooksul palju informatsiooni. Selle leevendamiseks kasutatakse lisaks nõustamisele infomaterjalide jagamist. Need on näiteks lühimaterjalid „Hoolitseme laste ohutuse eest“ (kaudne tõlge), mille 6-kuu vanuse lapse ohutust käsitlev osa hõlmab kukkumiste, lämbumiste, uppumiste ennetamist (75) ning 9-kuu vanuse lapse ohutust käsitlev osa hõlmab mürgistuste ennetamist (76).

Lapse esimesel kolmel eluaastal külastavad kodusid **õed** (*community nurse*), kes samuti ohutuse alast nõustamist läbi viivad. Kokku tehakse 5 kodukülastust. Õde veendub kodu ohutuses kasutades **kontrollnimekirja** „Kontrolli, kas sinu kodu on beebile ohutu“ (masintõlge) (77). Õde abistab lapsevanemaid turvavarustuse jm vahendite kasutamisel ja paigaldamisel. Suuremat tähelepanu pööratakse peredele, kus teadlikkus vigastuste ennetamisest on madal ning kes ei kasuta ohutusmeetmeid või teevad seda vähe.

Sloveenia riiklik rahvatervise instituut haldab veebilehte zdaj.net. Leheküljel on muuhulgas **lapsevanematele ja professionaalidele** suunatud laste vigastuste ennetamist käsitlevad materjalid (78). Tervisesüsteemi tegevused laste vigastuste ennetamisel on informatiivselt kirjeldatud kuid ei ole selge, millised tegevused järgnevad olukorras, kus korduvate nõustamiste tulemusel lapse ohutus

nähtavalt tagatud ei ole (näiteks ei rakendata turvavarustust, ei panda kemikaale ja ravimeid lapse eest kättesaamatusse kohta jne).

Koduvigastuste ennetamine Suurbritannias

Suurbritannia ehk Ühendkuningriik koosneb Inglismaast, Walesist, Põhja-Iirimaast ja Šotimaast. Riigi osade tervisesüsteemid on erinevad, sealhulgas ka vigastuste ennetamise strateegiad. Käesolev peatükk käsitleb materjale riigi eri osadest.

Analüüsi käigus võeti ühendust Ühendkuningriigi vigastuste ennetamise valdkonna ekspertidega, et saada teavet vigastuste ennetamise strateegiatega ning osapoolte ja sekkumiste kohta. Mitu vastanud eksperti töid välja, et teema ei ole praegu prioriteetne. Põhjuseks võib olla COVID-19 pandeemia, kuid ka see, et riigis on varem ilmunud mitmed vigastuste ennetamise strateegiad ning hetkel ei tegeleta aktiivselt uute strateegiatega ja sekkumiste väljatöötamisega. Käesolev peatükk tutvustab laste vigastuste ennetamist Suurbritannias strateegiadokumentide ja teaduskirjanduse põhjal.

Kukkumised

Inglismaa **vigastuste ennetamise juh**is „*Preventing unintentional injuries. A guide for all staff working with children under five years*“ („Tahtmatute vigastuste ennetamine. Juhis alla 5-aastaste lastega töötavatele spetsialistidele“) (79) soovib kuni 12-kuu vanuste laste puhul vigastuste ennetamiseks vahetada lapse **mähkmeid pörandal**, mitte jätta imikut üksi toolile, mähkimislauale või mujale kõrgemale tasapinnale. Kuni 2-aastaste laste puhul tuleb trepil kasutada turvavärvaid, treppidel tuleks kasutada libisemise ennetamiseks **vaipa ja käsipuid**. 2 kuni 2,5-aastaste laste turvalisuse tõstmiseks tuleks akendel kasutada lukke ning piirata laste ligipääsu rõdule (79).

Põhja-Iirimaa valitsusasutuse veebilehel nidirect.gov.uk antakse üsna detailsed juhised laste vigastuste ennetamiseks. Soovitused on mõeldud **avalikkusele**. Välja on toodud, et alla 6-aastased lapsed ei tohiks **narivoodeid** kasutada. Trepil kasutatavate **turvavärvade** puhul on toodud ka toote standardinumber, millele värv peab vastama. Värvade pulkade vahe ei tohiks olla laiem kui 6,5 cm. **Aknad** ei tohiks avaneda rohkem kui 6,5 cm. **Rõdupiirde** kõrgus peaks olema vähemalt 110 cm. Põhja-Iirimaa soovitused ei keela lastel käimisraamide kasutamist, kuid toovad välja standardinumbri, millele toode peaks vastama (80).

Mürgistused

Mürgistuste ennetamiseks alla 5-aastastel lastel tuleb hoida **ravimid**, kemikaalid lukustatavas kapis lastele kättesaamatus kohas (täiskasvanu silmade kõrgusest kõrgemal). **Kemikaalid** tuleb kohe peale kasutamist ära panna. Ka patareid tuleb hoida lastele kättesaamatus kohas. Kodus peaks olema vingaasiandur. Gaasiseadmetele tuleb teha regulaarset hooldust (79).

Põhja-Iirimaa avalikkusele suunatud soovitustes tuuakse välja ravimite hoiustamise puhul näiteks, et neid ei tohiks hoida voodikapil, käekotis, külmkapis. Juhul kui ravimeid tuleb hoida külmkapis, tuleks need panna külmkapis võimalikult kõrgele. Tähelepanu juhitakse aegunud või ülejäänud ravimite korrektsele äraviskamisele (80).

Šotimaal viidi 2010ndate alguses läbi **kampaania** „Not for play, Keep them away“, mille eesmärgiks oli **pesukapslitega** seotud mürgistuste ennetamine lastel (81,82). Kampaania käigus anti 12–16 nädala vanuste laste vanematele komplekt, kus olid infomaterjalid ning kapiustel kasutatavad lukud/stopperid. Infomaterjalid toimetati lapsevanematele tervisekontrolliga seotud koduvisiitide käigus. Koduvisiite läbiviivaid meeskondi informeeriti kampaaniast. Kokku osales kampaanias umbes 16 000 perekonda. Kampaania tulemuslikkust hinnati 1, 3 ja 4 aastat peale kampaania algust. Lapsevanematelt küsiti kui sageli laps neelas pesukapsleid või muud kodukeemiat. Esimese aasta küsitluses ütles 4%, teisel aastal 3,2% ning kolmandal aastal 1,9% küsitletutest, et laps oli pesukapsleid või muud kodukeemiat neelanud. Neljanda aasta lõpus teatas küsitluses 3,1% vastanutest, et laps oli neelanud pesukapsleid või muud kodukeemiat. Lapsevanemate seas läbi viidud küsitluse tulemused näitasid ka, et üldine teadlikkus pesukapslitega seotud riskidest tõusis, kuid enamikes majapidamistes hoiti pesukapsleid siiski lastele kättesaadavas kohas (nt lukustamata kapis) (81,82). Küsitlusele vastas eri aastatel vähem kui 10% osalenud peredest. Kampaania töötati välja RoSPA ja kohaliku vigastuste ennetamise juhtrühma koostöös ning arendamisse kaasati ka lapsevanemad (83).

Uppumised

Uppumiste ennetamiseks alla 5-aastastel lastel on olulisim soovitus mitte jätta lapsi vanni üksi või koos teise lapsega. Tähelepanu juhitakse imikute vannitoolide ebaturvalisusele. **Järelevalve** on oluline ennetusmeede ka vanemate, juba ise kõndivate laste puhul (79).

Põletused

Kraaniveega põletuse ennetamiseks on soovitatav meede **termostaatiline segisti**, mis tagab, et kraanist väljuv vesi ei oleks liialt kuum (temperatuur ei tohiks ületada 46 kraadi). Tegemist on meetmega, mida teiste riikide kirjanduses kajastatud ei ole. Termostaatiline segisti paigaldatakse hoone torustikusüsteemi ning paigaldusega peab tegelema vastava ala spetsialist. Paigaldamise järgselt kasutajad veevoolu kiiruses erinevust ei märganud. Siiski näitasid uuringutulemused, et majapidamised, kus oli hoones ventiil, muutusid hooletumaks vannivee temperatuuri kontrollimisel (12,13). Vanni-veega põletuse ennetamiseks tuleks vanni kõigepealt lasta külm vesi ja alati temperatuuri kontrollida enne lapse vannitamist (79,80).

Kuumad joogid, veekeedukannud jm tuleb hoida lapse käeulatuses eemal. Õli või rasvainega panni ei tohi jätta järelvalveta. Samuti ei tohi põlema jätta **küünlaid**, eriti ööseks. Tikud ja välgumihklid tuleb hoida lastele kättesaamatus kohas. Riideid ja mööblit ei tohiks panna tuleaseme lähedusse. Kontrollida tuleb elektriseadmete korrasolekut ning jälgida, et pistikupesad ei oleks ülekoormatud. Mobiiltelefoni ei tohi laadimise ajal jätta voodile (79).

Universaalne põletuste ennetusmeede on **suitsuandur**. Koduse tuleohutuse kontrollle tehakse Ühendkuningriikides tasuta (79).

Lämbumine

Lämbumise ennetamiseks tuleks imik asetada magama selili. Võrevoodil ei tohiks kasutada piiretel pehmendusi. Kui laps magab vanemate juures, peaks ta magama oma voodis või hällis, mitte vanematega ühes voodis. Lapse käeulatuses eemale tuleks asetada mähkmekott jm tarbed. Lapse voodis ei tohiks olla üldse mänguasju. Last ei tohi lutipudelist üksi sööma jätta.

Väikesed esemed näiteks mänguasjade detailid peavad olema lapse käeulatusest eemal. Toit tuleks lõigata piklikuks, mitte anda ümara kujuga toidupalasisid (viinamarjad, tomatid). Last ei tohi jätta söömise ajal järelevalveta (79).

Kardinanööridega seotud ohutusele juhitakse tähelepanu vigastuste ennetamise materjalides nii Inglismaa kui Põhja-Iirimaa puhul. Laps ei tohiks ulatuda kardinanöörideni. Soovitav on nöörid siduda üles või kasutada kardinaid, millel ei ole nööre (79,80).

Mehaanilise jõu toime

Ühendkuningriikides uuriti **koerahammustuste** ennetamise programmi, mis põhines interaktiivsel koolitusel. Uuringus taheti teada, kas lapsed suudavad õppida ohutut suhtlemist/käitumist koeraga CD-plaadil olnud õppeprogrammi kasutades. Uuringus osalesid 3–6-aastased lapsed, kes said CD õppeprogrammiga. Tulemused näitasid, et õppemeetod oli efektiivne – lapsed omandasid oskused ohutuks käitumiseks koeraga. Tulemused näitasid ka, et nooremad lapsed unustasid õpitu kiiremini kuid õpitu kordamine koos vanematega kinnistas teadmisi (84).

Vigastuste ennetamise süsteemid

Põhja-Iirimaa vigastuste ennetamise strateegia on loodud aastateks 2015–2025 ning toob välja statistika ja üldised tegevuspõhimõtted (85). **Kaasatud osapoolte** loetelu on pikk ja sinna kuuluvad nii regionaalsed kui kohalikud asutused. Näiteks Tervishoiu, sotsiaalteenuste ja avaliku turvalisuse osakond (*The Department of Health, Social Services and Public Safety*), Rahvatervise Agentuur (*The Public Health Agency*), tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandefondid (*Health and Social Care Trusts*), Tervishoiu- ja Sotsiaalamet (*Health and Social Care Board*). Lisaks Päästeteenistus (*The Northern Ireland Fire & Rescue Service*), haridusamet (*Department of Education*), kohalikud omavalitsused (*District Councils*). Põhja-Iirimaa on ka vabatahtlik organisatsioon koduvigastuste ennetamiseks (*Home Accident Prevention Northern Ireland*). Strateegiadokumendis ei ole käsitletud osapoolte täpsemaid rolle ega suhtlusalgoritme.

Põhja-Iirimaa **valitsus** on koostanud **avalikkusele suunatud** lehekülje „*Preventing accidents at home*“, kus antakse soovitusi vigastuste ennetamiseks. Mõned soovitusid on üsna detailsed (näiteks konkreetsed soovitusid rõdupiirde kõrguse osas, toodete nagu turvavärv standardid) (80).

Vigastuste ennetamise keskne organisatsioon **Suurbritannias on The Royal Society for the Prevention of Accidents** (RoSPA). Muuhulgas on RoSPA andnud välja **raamatu** vigastuste ennetamist Šotimaal „*Scotland's big book of accident prevention*“, kus tuuakse vigastuste statistika kuid ka näiteid projektidest. Laste vigastuste ennetamist käsitlevad projektid nagu „*Not for Play. Keep them Away*“ (kirjeldatud eespool mürgistuste ennetamise juures) ja „**Scotland's Home Safety Equipment Scheme**“. Viimati nimetatud projekti eesmärk oli vähendada koduvigastusi alla 5-aastaste laste hulgas. Programmi kaasati riskiperekonnad (nt toimetulekuabi saavad pered). Kodudes viidi läbi riskide hindamine (jäi ebaselgeks, millise valdkonna spetsialistid hindamise läbi viisid), et välja selgitada milliseid vahendeid turvalisuse tõstmiseks vaja oleks. Programmi käigus jagati informatsiooni koduohutuse kohta ning jagati perekondadele vahendeid kodu turvalisemaks muutmiseks. Vahendid ja nende paigaldamine olid sihtrühmale tasuta. Vahendite hulgas olid näiteks libisemisvastased matid vannituppa, kardinanööri kinnitamise klambrid, lukud kapiustele, turvavärvad, uksestopperid. Programmi edukus tervisetulemite mõttes (vigastuste, hospitaliseerimiste vähenemine) on ebaselge. Programmi

teise faasi järel läbi viidud hindamise tulemused näitasid, et kodukeskkonna hindaja ja vahendite paigaldaja võiksid olla üks ja sama isik (programmi alguses käisoid kaks eraldi inimest). Programmis osalenud perekondadest (u 500) enamik leidis, et nende kodu oli nüüd turvalisem. Programmi läbiviijate arvates teadlikkus vigastuste ennetamisest tõusis (83,86). Projekti arendamise ja läbiviimisega olid seotud valitsuse allasutused nagu RoSPA kuid ka päästeteenistus ning organisatsioon *Care and Repair Scotland*, mis tegeleb eakate ja puuetega inimeste kodude kohandamisega (83,87).

Inglismaa on üks vähestest riikidest maailmas, kus toimub regulaarne **kodukeskkonna tingimuste kvaliteediuring** „*English House Condition Survey*“ (88,89). Uuringut koordineerivad valitsusasutused, mis on seotud elamute, eluasemete valdkonnaga. Uuring koosneb intervjuust ja kodude külastustest (osal uuritavatest). Muuhulgas võimaldavad uuringu tulemused saada ülevaadet kodude tu- leohutusest ning eluasemete üldisest seisukorrast (90,91).

Vigastuste seire

Tervishoiusüsteemides on eri riikides katsetatud erakorralise meditsiini osakonnas **vigastuste andmete kogumist** kasutades programmi *Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program* (CHIRPP). Kasutatavuse uuringutes järeldati, et programmi edukaks kasutuselevõtuks on oluline määrata andmete sisestamise eest vastutaja (92–94). Haiglasse saabumisel küsitakse vigastatult või teda saatvalt inimeselt küsimused (1-leheline küsimustik): mida inimene vigastuse tekkimise ajal tegi, mis põhjustas vigastuse, millised tegurid olid seotud vigastuse tekkimisega, kus ja millal vigastus aset leidis, patsiendi vanus ja sugu. Küsimustiku teise osa täidab tervishoiutöötaja ning see koosneb vigastuse kirjeldusest (vigastuse tüüp, haaratud kehaosa, ravi) (95). Programm on praegu kasutusel mitmes haiglas ning kogutud andmed on sisendiks poliitikakujundajatele (95).

Koduvigastuste ennetamine Tšehhis

Euroopa Lasteohutuse Liidu (*European Child Safety Alliance*, ECSA) avaldatud raportis oli 2009. aastal hinnang laste ohutusele Tšehhis hea (märkusena, hinnang Eestile oli raportis rahuldav) (96). Madalad hinded saadi siiski kategooriates, mis on seotud koduohutusega: kukkumiste ennetamine, mürgistuste, põletuste, lämbumiste ennetamine. Raporti (96) järgi oli ohutusalase tõendus põhise poliitika rakendamine riigis puudulik.

Aastal 2006 avaldatud artikli kokkuvõtte järgi on laste vigastused Tšehhis oluline rahvastiku tervise probleem ning hoolimata ennetustegevusest ei ole vigastuste levimus vähenenud. Kokkuvõttes kirjeldatakse laste vigastuste ennetamise töögrupi loomist (97). Artikli ingliskeelne täistekst kättesaadav ei ole. Aastal 2010 avaldatud artiklis toodi välja, et Tšehhi 0–14-aastaste laste suremus vigastuste tõttu oli üks Euroopa Liidu kõrgemaid (98). Ka selle artikli ingliskeelne täistekst kättesaadav ei ole. Tšehhi kohta on mõned ingliskeelsed artiklid, mis käsitlevad vigastuste epidemioloogiat (põletused, surmaga lõppenud vigastused imikutel) (11,99). Raportis „*Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic*“, mis käsitleb laste väärkohtlemist, viidatakse dokumentidele, mis käsitlevad ka vigastuste ennetamist riigis (100).

Avalikkusele suunatud infomaterjale vigastuste ennetamise kohta avaldatakse näiteks veebilehel, mida haldab vigastuste ennetamise keskus, mis tegutseb Motoli ülikooli juures. Laste kodukeskkonna

vigastuste osas antakse soovitusi lemmikloomade, käimisraamide ja mänguasjadega seotud vigastuste ennetamiseks (101).

Rahvatervise instituut (*Centrum podpory veřejného zdraví*) on avaldanud eelkooliealiste laste koduvigastuste ennetamist käsitleva plakati „*Prevence dětských úrazů v domácnostech*“ (Laste vigastuste ennetamine majapidamistes, masintõlge), kus on toodud üldised soovitused. Plakatil on ka väike test, mille abil koduohutust hinnata (102). Testi küsimustele jah/ei vastates saadakse hinnang koduohutusele.

Näiteid teistest riikidest

WHO Safe Communities (turvalised kogukonnad) võrgustik sai alguse Rootsis 1970ndatel läbi viidud pilootprojekti järel (103). Turvalise kogukonna põhimõtteid on rakendatud eri riikides nagu Norra, Austraalia, Uus-Meremaa, Ameerika Ühendriigid. Ühe Rootsi piirkonna (Motala) näitel läbi viidud arvutused näitasid, et tegemist oli kulutõhusa lähenemisega. Koduvigastuste ennetamiseks rakendati näiteks videomaterjali kasutamist ja kodukeskkonna kohandamist (104). Cochrane süsteematises ülevaates järeldati aga, et tõendus *Safe Communities* programmi efektiivsusest vigastuste arvu vähendamisel on ebapiisav. Riigid, mille puhul leiti programmi rakendamise järgselt vigastuste arvu vähenemine, olid pigem kõrgema sissetulekuga ning üldiselt juba madalama vigastuste määraga (103).

Austraalias viidi läbi randomiseeritud kontrollitud uuring, kus analüüsiti äpi *Cool Runnings* efektiivsust laste põletuste ennetamisel. Äpi-põhise kampaania eesmärk oli tõsta lapsevanemate/hoolekandjate teadlikkust kuuma joogiga seotud põletustest, anda infot vigastuste ennetamise kohta ning anda juhiseid esmaabi osutamiseks. Äpp loodi mängulahenduse põhimõttel. Uuringus jagati uuritavad kahte rühma. Sekkumisrühm kasutas mängulahendusega äppi, kontrollrühm ilma mängulahenduseta. Jälgimisperiood oli 6 kuud. Tulemused näitasid, et osalejate teadlikkus põletuse riskidest suurenes ning võrreldes uuringu algusega oli jälgimisperioodi lõpuks teadlikkus sekkumisrühmas rohkem tõusnud kui kontrollrühmas (14,105). Praegu rakendus kättesaadav ei ole.

Euroopa lasteohutuse liit (*European Child Safety Alliance*) andis 2006. aastal välja **häid praktikaid käsitleva raamatu** „*Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion*“ (61). Raamatus tuuakse näiteid eri riikidest nagu Portugal, Austria, Prantsusmaa, Taani, Island jt. Laste kodukeskkonna vigastusi puudutavad näiteks veeohutust, üldist koduohutust, kemikaaliohutust käsitlevad programmid. Käesolevas analüüsis programme põhjalikult ei käsitleta.

Riskide hindamise instrumendid ja kontrollnimekirjad

Käesolevas peatükis on eraldi loeteluna välja toodud riskide hindamise instrumendid ning kontrollnimekirjad, mida võib analüüsitud allikatele tuginedes pidada tõenduspõhiseks. Esitatud on ka materjale riikidest, mida analüüsis eespool ei ole käsitletud. Lapsevanemale suunatud kontrollnimekirja abil on võimalik veenduda koduohutuses ja tuvastada riskitegurid. Kontrollnimekirjad võivad olla paari-lehelised, kuid mõnel juhul ka vaid viiest-kuuest küsimusest koosnevad. Mõned kontrollnimekirjad on üldised, kuid mõned on koostatud kitsamat vanuserühma silmas pidades.

Riskide hindamise instrumendid

- Garzon *et al* (29) lõi väikelaste vigastuste uurimiseks instrumendi *Home Unintentional Risk Tool* (HURT), mida täitsid lapsevanemad. Uuringu läbiviija täitis lisaks skaalat *Controllable Hazards Scale* (CHS), et objektiivselt kodukeskkonda hinnata ning määratleda riskitegurid (29). HURT instrumendi täisversioon leitav ei ole. CHS on modifitseeritud versioon instrumendist *Home Accident Prevention Inventory* (HAPI) (106), mille arendasid välja Tertinger jt aastal 1984 (107). HAPI käsitleb viit kategooriat: tule- ja elektriõhutus, mehaanilise jõu tõttu lämbumine, mingi objekti neelamise tõttu lämbumine, tulirelvad, tahked/vedelad mürgised ained. Küsimustiku abil selgitatakse välja, kas ja millised ohtlikud esemed on lapsele kättesaadavas kohas. HAPI valideerimisuuringu osalesid pered, kus olid kuni 4-aastased lapsed. Garzoni kasutatud versioon HAPI-st sisaldas vaid küsimusi, mis puudutasid kodu sisetingimusi (29). HAPI on olnud kasutusel sekkumistes, mis keskendusid koduse keskkonna riskide vähendamisele peredes, kus oli esinenud lapse hooletussejätmist (108,109).
- Ameerika Ühendriikides kasutatakse regulaarses rahvastikuuuringus instrumenti *The Home Observation Measurement of the Environment - Short Form* (HOME-SF), mis on modifitseeritud versioon HOME instrumendist (110). Instrumenti kasutatakse lapse koduse keskkonna kvaliteedi hindamiseks. Küsimustik käsitleb ka koduse keskkonna ohutust. Küsimustikul on neli osa vastavalt lapse vanusele: alla 3-aastased; 3–5-aastased; 5–9-aastased; 10-aastased ja vanemad. Küsimustikule vastab lapse ema (110). HOME instrumenti on kasutatud ka sekkumiste tulemuslikkuse hindamisel (111).

Kontrollnimekirjad

- **Soome:** veebilehel kotitapaturma.fi toodud eri vanuses laste ohutuse kontrollnimekirjad
 - „*Alle 1-vuotiaiden turvallisuuden tarkistuslista*“ („Alla 1-aastaste laste ohutuse kontrollnimekiri“) (43)
 - „*1–3-vuotiaiden lasten turvallisuuden tarkistuslista*“ („1–3-aastaste laste ohutuse kontrollnimekiri“) (44)
 - „*4–6-vuotiaiden lasten turvallisuuden*“ tarkistuslista („4–6-aastaste laste ohutuse kontrollnimekiri“) (45)

- **Slovenia:** Koduohutuse kontrollnimekiri „*Pogljete in preverite, ali je vaš dom varen za dojenčka?*“ (“Kontrolli kas sinu kodu on beebile ohutu”, masintõlge) (77).
- **Ühendkuningriik:** brošüüri „*Safe at home: tips for under-5s*“ (“Ohutus kodus: soovitusi alla 5-aastastele) juures kontrollnimekiri olulisematest tegevustest lapse ohutuse tagamisel kodus (112).
- **Tšehhi:** Koduohutuse test avalikkusele suunatud materjali „*Prevence dětských úrazů v domácnostech*“ („Laste vigastuste ennetamine majapidamistes”, masintõlge) juures (102).
- **Iirimaa:** programmi *The National Healthy Childhood Programme* (Riiklik tervisliku lapsepõlve programm, masintõlge) juures on üheks soovituslikuks kontrollnimekirjaks *Child Safety Checklist* (Lapse ohutuse kontrollnimekiri) (113).

Kokkuvõte sekkumisetest laste vigastuste ennetamisel

Käesoleva analüüsi raames hinnati 9 laste vigastuste ennetamiseks mõeldud sekkumist (lisa 2):

- "See ei ole mänguasi" („*Not for play*") pesukapslitega seotud mürgistuste ennetamiseks (81,82);
- Koerahammustuste ennetamise programm „*The Blue Dog*” (84);
- Töötuba lapsevanematele põletuse ennetamiseks (23,60);
- Teadlikkuse tõstmine ja lapsevanemate juhendamine põletuste ennetamiseks (62);
- Programm *Scotland's Home Safety Equipment Scheme* riskiperedele alla 5-aastaste laste koduviigastuste vähendamiseks (86);
- Koduviisiit (*health visiting/health visitor*) (66,114);
- Vanemlike oskuste programmid (46);
- Koduohutuse alane juhendamine ja ohutusvahendid (115);
- Nõustamine lapsele ohutu varustuse valimiseks (küsitluse vastus Sloveeniast).

Neli sekkumist olid suunatud konkreetsete vigastuste ennetamiseks ning 5 üldise ohutuse tõstmisele kodus. Sekkumiste sihtrühmaks olid erinevas vanuses lapsed, sealjuures seitse olid suunatud kuni 6-aastaste laste vigastuste ennetamisele. Sekkumiste väljatöötamise või rakendamise ajad olid erinevad, kuid enamikel juhtudel ei olnud võimalik täpset väljatöötamise aega tuvastada. Samuti jäi osaliselt ebaselgeks, kas sekkumised on kasutusel ka praegusel ajal.

Käesolevasse analüüsi, sealhulgas Eesti ekspertidele kohaldatavuse hindamiseks, esitati sellised sekkumised, mille puhul oli informatsiooni tulemuslikkuse kohta. Lisaks kaasati Sloveenia eksperdilt küsimustiku vastusena saadud informatsioon (lapsevanemate nõustamine naistekliinikus lapsele ohutu varustuse valimiseks), kuid sellele tegevusele viidata ei saa. Samuti puudub selle tegevuse kohta tulemuslikkuse info. Käesoleva analüüsi autorid pidasid oluliseks saada Eesti ekspertide hinnang tegevuse kohaldatavusele, pidades silmas ka rakendamist eriarstiabi tasandil (naistekliinik) võrreldes enamikel juhtudel kasutatava esmatasandi põhise lähenemisega.

Laste vigastuste ennetamise sekkumisi rakendatakse indiviidi (lapsevanem), kogukonna ja riiklikul tasandil. Lapsevanematele suunatud sekkumised on peamiselt seotud vanemate teadlikkuse tõstmisega laste ohutusest. Osa sellest tegevusest leiab aset nõustamisena regulaarsete lapse tervisekontrollide käigus, kuid rakendatakse ka ühekordseid sekkumisprogramme (nt kampaania pesukapslitega seotud riskidest teavitamisest). Sekkumiste üheks osaks on sageli infomaterjalide, nagu voldikud, brošüürid ja juhendid, jagamine.

Laste vigastuste ennetamise sekkumisi kogukonna ja riiklikul tasandil viiakse suures osas läbi tervisesüsteemide kaudu, kus sekkumise läbiviijateks on näiteks perenõuandlased, perearstikeskuste töötajad. Analüüsi kaasatud riikide puhul tuli kõikjal välja, et laste vigastuste ennetamine on osa laste tervisekontrollidel käsitletavatest teemadest. Oluline roll on just koduviisidil, mis on osa lapse tervisekontrollidest, kuna on heaks võimaluseks näha lapse elamistingimusi. Projektipõhiselt on kodude hindamist ka eraldi tegevusena rakendatud (näiteks *Scotland's Home Safety Equipment*

Scheme), kus leiti, et kodukeskkonna ohutuse hindamine ning soovitude andmine ohutuse tõstmiseks sh lisavahendite soetamine ja paigaldamine ei pea olema tervishoiutöötaja ülesanne (86).

Sekkumiste tulemuslikkus

Analüüsi kaasatud sekkumiste puhul oli tulemuslikkuse kohta infot napilt. Erandiks võib pidada kahte süstemaatilist ülevaadet. Uuringus, kus analüüsiti vanemlike oskuste programmide efektiivsust laste vigastuste vähendamisele, näitasid tulemused sekkumistes osalenud perekondade puhul oluliselt väiksemat riski vigastuste tekkeks võrreldes kontrollrühmadega (RR 0,83, 95% CI 0,73–0,9) (46). Uurijad järeldasid, et individuaalsed sekkumised kodukeskkonnas olid laste vigastuste vähendamisel (nii eneseraporteeritud kui meditsiinilist abi vajanud vigastused) efektiivsed (46). Teine süstemaatiline ülevaade, kus analüüsiti koduohutuse alase juhendamise efektiivsust koos või ilma ohutusvahendite soovitamisetä, näitas samuti mõningast tõendust, et sekkumine võib vähendada vigastuste esinemist (IRR 0,89, 95% CI 0,78–1,01). Välja toodi, et kodukeskkonnas läbi viidud sekkumistel oli suurem mõju vigastuste vähenemisele, võrreldes muus keskkonnas, näiteks tervisekeskuses läbi viidud tegevustega (IRR 0,75, 95% CI 0,62–0,91) (115).

Kampaania "See ei ole mänguasi" („*Not for play*") puhul uuriti lapsevanematelt kui sageli lapsed neelasid pesukapsleid või muud kodukeemiat. Tulemused näitasid, et kodukeemia neelamine vähenes esimesel kolme kampaania aastal. Infot mürgistuste kohta välja ei toodud (81,82). Koerahammustuste ennetamise programmi „*The Blue Dog*“ (84) tulemused näitasid, et õppemeetod (CD-põhine õppeprogramm) oli efektiivne – lapsed omandasid oskused ohutuks käitumiseks koeraga. Mõlema põletuste ennetamiseks välja töötatud sekkumise tulemused näitasid, et teadlikkuse tõstmine ja lapsevanemate juhendamine oli efektiivne. Töötoas osalenud lapsevanemad rakendasid võrreldes kontrollrühmaga oluliselt sagedamini erinevaid meetmeid, et laste põletusvigastusi kodus ennetada (23,60). Programmi *Scotland's Home Safety Equipment Scheme* tulemused näitasid, et osalejate teadlikkus vigastuste ennetamisest tõusis ja nende kodud olid programmi lõppedes turvalisemad (86).

Sageli toimub perekondade nõustamine lapse ohutuse osas tervisekontrollide raames teostatavate koduviiside käigus. Seetõttu võeti käesolevas analüüsis koduviisi eraldiseisva sekkumisena. Suurbritannia andmetele tuginedes tõi Cowley *et al* (2013) (114) oma ülevaateuuringus välja, et tõendus nõustamise ja tasuta vahendite võimaldamise järel vigastuste levimuse vähenemise kohta on napp. Mõningane tulemuslikkus saavutati kaasates nõustajatena kogukonna liikmeid (*peer educators*), kes võtsid tervishoiuspetsialistilt üle hariva-juhendava rolli. Üheks edu põhjuseks arvati olevat see, et sama kogukonna liikmed tundsid kohalikke olusid paremini ja nende öeldut võeti seetõttu tõsisemalt (114). Rootsis lapsevanemate (n=800) seas läbi viidud küsitlusuuring näitas, et vanemad, kelle juures käidi koduviisidil, olid kohtumisega rohkem rahul. Kodukeskkonnas läbi viidud sekkumiste eelena toodi välja võimalus personaalseks lähenemiseks ning võimalus rahulikus keskkonnas vestelda (66).

Sekkumiste kohaldamine Eestile

Analüüsi kaasatud sekkumisi hindasid Eestile kohaldatavuse osas kaks eksperti. Mõlema eksperdi arvates oli kohaldatavaid sekkumisi 8. Nii pesukapslitega seotud mürgistuste ennetamise kui koerahammustuste ennetamise programme peeti üldiselt vajalikuks ja kohaldatavaks. Lapsevanemate teadlikkuse tõstmist nii sekkumise kui lähenemisviisina peeti samuti kohaldatavaks.

Sekkumine, mida peeti mitte kohaldatavaks oli koduviisidid (tervishoiutöötaja poolset visiidid osana laste tervisekontrollidest). Koduviisidide mittekohaldatavuse põhjuseks peeti eeskätt inimressursipuudust Eesti tervisesüsteemis, mistõttu ei ole tervishoiutöötajatel aega antud liiki ennetustööga tegeleda. Samuti toodi välja, võrreldes Rootsi, sotsiaalsüsteemi vähest või hilist kaasamist. Tervisekeskused Eestis on tervishoiutöötajatega ebapiisavalt mehitatud, kodude külastamine ei ole see tõttu laialdane tavapraktika. Üheks kohaldamise tingimuseks peeti eriväljaõppe vajadust. Siiski nähti, et Eestis võiks vigastuste ennetamise alane nõustamine olla ämmaemanda roll. Sarnaselt tegutsetakse ka Sloveenias, kus lapsevanemate nõustamine lapsele ohutu varustuse valimiseks viiakse läbi naisekliinikus. Eesti tingimustes võiks see tegevus olla tervisekeskuste meeskonda kuuluva ämmaemanda tööülesandeks.

Käesoleva analüüsi raames sekkumisi hinnanud ekspertide sõnul võib sekkumiste kohaldamist mõjutada traumaregistri puudumine. Oluliseks peeti sotsiaal- ja tervisesüsteemi koostööd, sealhulgas sotsiaaltöötajate kaasamist, vigastuste ennetamisse. Veelgi enam, välja toodi, et Eestis võiks luua nõ rahvatervise ohvitseride võrgustiku, kes tegelevad inimestega ja nende heaolu ja ohutuse tagamisega.

VANEMAEALISTE VIGASTUSED

Vigastuste tekkepõhjused ja riskitegurid

Kukkumised

Enamus vanemaealiste kukkumisi on põhjustatud mitmete riskitegurite samaaegsest esinemisest. Kukkumiskiriski mõjutavad demograafilised, füüsilised, psühholoogilised, meditsiinilised, sotsiaalmajanduslikud, keskkondlikud, käitumuslikud ja muud riskitegurid. Vanemat iga ja varasemaid kukkumisi peetakse kõige olulisemateks tulevaste/järgnevate kukkumiste ennustajateks (116).

USAs on uuringute tulemused näidanud, et suuremas kukkumisohus on järgnevate demograafiliste tunnustega inimesed: naised, vanemas eas inimesed, vallalised, madalama sissetulekuga inimesed. Kukkumise šanssi suurendavad terviseprobleemid: diabeet, artroos, osteoporoos, südamehaigused, insult, kognitiivsed häired. Samuti probleemid põlveliigestega (artrootilised muutused ja deformatsioonid), igapäevaelu toimingute piirangud, kehv enesehinnanguline tervis ja sage retseptiravimite tarvitamine. (117)

Sotsiaaldemograafilistest ja tervisega seotud teguritest suurendavad kukkumiste riski **kõrge vanus**, igapäevategevuste, liikumise piiratus, **eelnevad kukkumised**, rass, **naissugu, üksinda elamine**, unehäired, inaktiivsus, kõndimise abivahendite kasutamine (118).

Tasakaalu, kõnnaku ja üldise liikuvuse mõju kukkumiste riskile on hinnatud paljudes uuringutes. Raskused kehaasendi stabiilsuse säilitamisel on olulisemad riskitegurid kui lihtsamad ülesanded: eba-kindlus tasapinnal seismisel ja kõndimisel on mõõduka kukkumise riskiga, kehaasendi muutmise tasakaalu (ingl *leaning balance*), siirdumiste ja istuvast asendist tõusmise häired on tugevad kukkumise riskitegurid. Tasakaalust ja kõnnakust tulenevate tugevate riskiteguritena on leidnud kinnitust püsivalt aeglane kõnd, võimetus kõnnikiirust muuta, istuvast asendist püstumise häire; kõnnikiiruse, kõnni rütmilisuse ja sammupikkuse vähenemine ning kõnnaku suurenenud varieeruvus (118).

CDC (Centers for Disease Control and Prevention; Haiguste Kontrolli ja Tõrje Keskus) infomaterjalide järgi (119) jagunevad kukkumiste riskitegurid sisemisteks ja välimisteks riskiteguriteks:

- Sisemised, inimese enda tervisest tulenevad riskitegurid on kõrgem vanus, eelnevad kukkumised, lihasnõrkus, **tasakaalu- ja kõnnakuprobleemid**, **kehv nägemine**, kehaasendi muutmisest tingitud vererõhu langus (ingl *postural hypotension*), **kroonilised terviseseisundid** (artroos, insult, uriinipidamatus, diabeet, Parkinsoni tõbi, dementsus), **kukkumishirm**.
- Välimised, keskkonnast tulenevad riskitegurid on **trepikäsi puude puudumine**, halb trepidisain, **käsi puude puudumine vannitoas**, **hämär valgustus või pimestamine**, takistused (esemete kogumine ja kuhjamine, lahtised vaibad), **ebatasasused ja komistamisohud**, **libedad või ebatasased põrandapinnad**, abivahendite vale kasutamine.

Kukkumisriski soodustavad ravimid

Kukkumisriski soodustavaid ravimeid (ingl *fall risk-increasing drugs*, FRID) on põhjalikult käsitletud kolmes meta-analüüsis.

Uuringutes on järjepidevalt näidatud psühhoaktiivsete ravimite ja kukkumiste seost. Nende ravimite puhul on kukkumisrisk suurim ravimite võtmise alustamise või annuse muutmise ajal. Kukkumisriski suurendavad oluliselt mitme ravimi korraga kasutamine, bensodiasepiinide, antidepressantide, antipsühhootikumide, psühhoaktiivsete ravimite tarvitamine. (118)

Süsteematises ülevaates hinnati 45 kardiovaskulaarsüsteemi ravimiklassi või üksikravimi mõju kukkumistele. Kohandatud šansside suhete meta-analüüsist selgus, et **lingudiureetikumid** oluliselt suurendavad ning beetablokaatorid oluliselt vähendavad kukkumisriski. Kohandamata šansside suhete meta-analüüs näitas, et **digoksiin** ja **digitalis** võivad suurendada ning statiinid võivad vähendada kukkumisriski. (120)

Psühhotroopsete ravimite analüüsist selgus, et seitsmel ravimiklassil (antipsühhootikumid, antidepressandid, tritsüklilised antidepressandid, serotoniini tagasihaarde inhibiitorid, bensodiasepiinid, lühitoimelised bensodiasepiinid, pikatoimelised bensodiasepiinid) on seos suurenenud kukkumisriskiga vanemaealiste hulgas, kui analüüsiti kohandatud andmeid. **Antidepressantide** ja **bensodiasepiinidega** ravi alustamine ning suuremad annused psühhotroopseid ravimeid on seotud suurema kukkumisriskiga. (121)

Kolmanda meta-analüüsiga uuriti muude ravimite ja polüfarmakoterapia (ingl *polypharmacy*) seost kukkumistega. Meta-analüüsi kaasatud uuringutes oli kõige levinum polüfarmakoterapia definitsioon nelja või enama ravimi tarvitamine. Kohandatud andmeid kasutades leiti, et kukkumiste suurenenud riskiga on seotud **polüfarmakoterapia** (kombineeritud OR = 1,75; 95% CI 1,27–2,41), **opioidide** (kombineeritud OR = 1,60; 95% CI 1,35–1,91) ning **antikonvulsantide** (kombineeritud OR = 1,55; 95% CI 1,25–1,92) tarvitamine. Opioidid võivad põhjustada sedatsiooni, peapööritust ja kognitsiooni langust, antikonvulsantide kõrvalmõjud on peapööritus, tasakaaluhäired ja hägustunud nägemine, mis kõik soodustavad kukkumisi. (122)

Kukkumisriski soodustavad terviseseisundid

Meta-analüüsist, milles uuriti **insulti** põdenud vanemaealiste kukkumiste riskitegureid, selgus, et kukkumistega on tugevalt seotud häirunud tasakaal ja liikuvus, rahustavate/psühhotroopsete ravimite kasutamine ja enesehoolduse puudulikkus (abi vajadus igapäevaelu toimingutes). Kukkumistega olid mõõdukalt seotud depressioon, kognitiivse võimekuse langus ning varasemad kukkumised. Kõik, peale varasemate kukkumiste, on muudetavad riskitegurid. (123)

Süsteematises ülevaates eesmärk oli välja selgitada, millised **südameveresoonekonna haigused** konkreetselt on seotud kukkumistega. Ülevaatesse kaasati 86 50-aastastel ja vanematel läbi viidud uuringut, milles üheks huvipakkuvaks tulemusnäitajaks oli kukkumine. Kontrollrühmaga uuringutest leiti kõige järjepidavamad seosed kukkumiste ja **madala vererõhu** (4 uuringut 5 näitas seost), **südamepuudulikkuse** (4/5) ja **südame arütmia** (4/6) vahel. Unearteri siinuse ülitundlikkust (ingl *carotid sinus hypersensitivity*) (4/6), vasovagaalset sünkoopit ehk minestust (2/2) ning söömisjärgset vererõhu langust (ingl *postprandial hypotension*) (3/4) esines kukkumisel rohkem kui kontrollrühmas, kuid uuringutest ei tulenenud selgeid seosenäitajad. (124)

Dementsusega vanemaealised kukuvad 2–3 korda rohkem kui kognitiivselt terved vanemaealised ning 60–80% dementsetest kukuvad igal aastal. Uuringud on näidanud, et kognitiivse funktsioneerimise ja mälu seotud ajupiirkonnad on tarvilikud liikuvuse, tasakaalu ja kõnnaku koordineerimiseks. (125)

Meta-analüüsi kaasati 509 kodus elavat nõrga kuni mõõduka kognitiivse võimekuse langusega vanemaealist (vanuses 67,5–84,0). Analüüsist selgus, et mõõduka tõenduse põhjal võivad kukumisi ennetavad sekkumised olla efektiivsed osalejate kukumishirmu vähendamises ja tasakaalu parandamises, kõnnaku kiiruses ja kontrollis ning funktsionaalses liikumises (TUGiga hinnatud). (125)

Kukkumisrisk ja kodukeskkond

On vähem tõendust, et kukumiste ja keskkondlike tegurite vahelised seosed on sama tugevad kui seosed sotsiaaldemograafiliste, meditsiiniliste ja füsioloogiliste tegurite ning kukumiste vahel. Puudub ühtne tõendus selle kohta, et kukunud vanemaealiste kodud on ohtlikumad kui nende vanemaealiste kodud, kes ei ole kukunud. Tundub, et vanemaealise funktsionaalse võimekuse ja keskkonna vaheline koostoime on oluline määramaks, kas kukutakse. Koduste ohtude kõrvaldamine on efektiivne kui see on suunatud varem kukunud ja liikumispiiranguga inimestele ning kombineeritud sekkumistega, mis mõjutaksid inimeste käitumist. (118)

Kodukeskkonnas on vanemaealistel suur vigastusrisk kukkudes **treppidel** ja **vannitubades**. Peamised kukumiste kodusest keskkonnast tulenevad riskitegurid on komistamise oht, libe või ebaühtlane põrandakate, halb valgustus, korralagedus ja käsipuude puudumine (116).

Suitsu, tule, leekide, kuumuse ja tuliste esemete toime

Perioodil 2005–2014 oli 75-aastaste ja vanemate hulgas Euroopas tulesurmade keskmine suremus-kordaja 2,86 100 000 inimaasta kohta, varieerudes Islandist 0,55 Lätini 14,65. Eesti on eakate tulesurmade poolest Euroopa riikide hulgas teisel kohal. Eakate **üksi elamine** on oluliselt seotud üldise tulesurmade riski suurenemisega vanemaealiste hulgas. Üksi elamisega seotud tulekahjude riskitegurid on **suitsetamine**, **alkoholi liigtarvitamine** ja **vähene tuleohutus abinõude olemasolu**. On teada, et peale üksi jäämist inimestel riskikäitumine suureneb. (126)

Vanemate inimeste tulesurmadega seotud tulekahjud on alguse saanud väikestest süüteallikatest – sigaretid, küünlad jms, mis on süüdanud riideesemed, voodipesu jne. Vanemaealiste võimekus taoliste, pigem väikeste ja lokaalsete tuleõnnetustega toime tulla või evakueeruda võib olla piiratud nende **füüsiliste ja kognitiivsete häirete** tõttu. (126)

Sen et al. (127) uurisid eakate põletuste põhjusi USAs 10 aasta jooksul (2008–2017) andmebaasi NEISS (National Electronic Injury Surveillance System) põhjal. 65-aastaste ja vanemate seas oli peamine põletuste põhjustaja **kuum vesi**. 65–74-aastaste hulgas olid kuum vee järel järgmised levinud põletuste põhjustajad **tulekahjud**, **süttinud riided**, **tulised kööginõud** ja **küünlad**. 75–84-aastaste hulgas süttinud riided, tulekahjud, **bensiin** ja **pliidid/praeahjud**. 85-aastaste ja vanemate hulgas tulekahjud, pliidid/praeahjud, **elektrilised soojenduspadjad** ja vanni/duši võtmine.

Autorid (127) uurisid põletuste ennetamise parema planeerimise eesmärgil ka õnnetuste põhjuste erinevusi **soo** järgi. Meestel olid USA-s põletuste sagedasemateks põhjusteks soojendus- ja küttesüsteemid ning bensiin, naistel küünlad, kergesti süttiv voodi- ja ööpesu ning köögitarbed. Kõik bensiiniga seotud põletused juhtusid meestel.

Mürgistused

Vanemate inimeste mürgistused on peamiselt tingitud **mitmete ravimite koos tarvitamisest** ja ravimite kõrvaltoimetest. Vanemaealistele on iseloomulik vanusega seotud muutused füsioloogias, farmakodünaamikas ja farmakokineetikas, mitmed kaasuvad haigused ning kognitiivsed muutused, mis võivad põhjustada vigu ravimite võtmises. (128)

Mehaanilise jõu toime

Vastavalt Rahvusvahelisele Haiguste Klassifikatsioonile kuuluvad eluta ja elus mehaanilise jõu toime alarühma väga erinevad traumade põhjused (RHK-10 koodid W20–W49 ja W50–W64), mis ei ole eakatele spetsiifilised ning ei vaja seetõttu käesolevas uuringus eraldi käsitlemist.

Ennetamise süsteemid ja sellega seotud organisatsioonid

Tervishoiutöötajad kasutavad kukkumistega tegeledes peamiselt kahte tegevusjuhendit – NICE'i (The National Institute for Health and Care Excellence; Ühendkuningriigi Riiklik Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituut) juhendit nr 161 (129) ning Ameerika ja Suurbritannia geriaatria ühingute (130) oma, milles soovitatakse hinnata vanemaealiste kukkumisriske.

NICE'i ravijuhendi kohaselt tuleb:

- vanemaealistelt tavapärasel arstivisiitidel küsida, kas nad on viimase aasta jooksul kukkunud ning uurida kukkumiste sageduse, konteksti jm karakteristikute kohta.
- patsientidele, kes teatavad korduvatest kukkumistest viimase aasta jooksul, saavad meditsiinilist abi kukkumise tõttu või kelle kõnnak ja/või tasakaal on normaalsest erinev, pakkuda igakülgset kukkumisriskide hindamist. Hindama peaks vastava väljaõppe saanud professionaal, tegevusterapeut. (129)

Kõik vanemaealised, kes on korduvalt kukkunud või hinnatud suurenenud kukkumisriskiga inimesteks, peaksid saama individuaalset igakülgset sekkumist. Igakülgse sekkumise tavalised osad on (129):

- jõu ja tasakaalu treening,
- koduohtude hindamine ja sekkumine,
- nägemiskontroll ja ravi,
- ravimite ülevaatamine ja nende kohandamine/ärajätmine.

Lisaks kukkumise tagajärjel saadud vigastuse ravile tuleb patsiendile pakkuda igakülgset hindamist, et välja selgitada ja käsitleda võimalikke edasisi riske ning soovitada individuaalseid ennetustegevusi, et säilitada patsiendi iseseisvus võimalikult kauaks. Kukkumisvigastuse haiglaravi lõppedes tuleb patsiendile pakkuda kodu ohtude hindamist ja ohutust tagavaid sekkumisi/kohandusi vastava väljaõppe saanud tervishoiutöötaja poolt. (129)

Vanemaealiste kukkumisriski on võimalik hinnata (131):

1. ise – vanemaealine ise või keegi lähedane vastab lihtsatele küsimustele ning kui riskiskoor on suur, tuleks pöörduda perearsti vastuvõtule;
2. terviseteenuse osutajal kasutades selleks lihtsaid küsimusi ning teste;
3. lihtsate tasakaalu ja kõnnaku hindamise füüsiliste testidega ("Tõuse ja kõnni", TUG), mille läbiviimine ei nõua spetsiaalseid vahendeid.

Peamised kukkumise riski hindamise meetmed on seotud kõnnaku ja tasakaalu hindamisega.

Käsiraamat soovib koduste ohtude hindamist suure kukkumisriskiga vanemaealistele. Sekkumised, mis muudavad kodusid turvalisemaks (öölambid, käepidemed jms) on riske vähendavad, eriti nende hulgas, kes kukuvad või on kukkumise tõttu haiglaravil olnud ning juhul kui hindaja (nt tegevusterapeut) on selleks väljaõppe saanud. (131)

Sekkumised, mis aitavad kukkumisi ennetada

Kokku 54 randomiseeritud kontrollitud uuringust leitud 39 sekkumise põhjal koostatud meta-analüüsi alusel olid järgmised sekkumised efektiivsed vigastusega lõppevate kukkumiste riski vähendamisel (132):

- Võimlemisharjutused (OR=0,51; 95% CI 0,33–0,79; ARD (absoluutne riskierinevus)= –0,12; 95% CI –0,20...–0,05)
- Kombineerituna võimlemisharjutused ning nägemise hindamine ja ravi (OR 0,17; 95% CI 0,07–0,38; ARD= –0,38; 95% CI –0,53...–0,22)
- Kombineerituna võimlemisharjutused, nägemise hindamine ja ravi ning keskkonna hindamine ja muutmine (OR 0,30; 95%CI, 0,13–0,70; ARD= –0,23; 95% CI –0,39...–0,08)
- Kombineerituna kliiniku tasandil kvaliteedi parendamise strateegiad, multifaktoriaalne hindamine ja ravi, kaltsiumi ja D vitamiini manustamine (OR 0,12; 95%CI 0,03–0,55; ARD= –0,17; 95% CI –0,33...0,00)

Dautzenberg *et al.* (133) uuendasid Tricco *et al.* (132) meta-analüüsi kukkumiste ennetamise sekkumiste kohta. Võrgustik-meta-analüüsi kaasati randomiseeritud kliinilised uuringud, mis hindasid kukkumisi ennetavate sekkumiste efektiivsust kodus elavatel 65-aastastel ja vanematel inimestel. Dautzenberg *et al.* (133) jõudsid järeldusele, et võrreldes tavaraviga olid kukkujate arvu vähendamisel efektiivsed sekkumised võimlemine (suhteline risk RR = 0,83; 95% CI 0,77–0,89) ja kvaliteedi parandamise strateegiad (nt patsiendiharidus, iseseisva toimetuleku võimestamine, terviseteenuste osutamise kvaliteedi parandamine) (RR = 0,90; 95% CI 0,83–0,98). Võimlemine oli seotud ka kukkumiste vähenemisega (RR 0,79; 95% CI 0,73–0,86).

Kukkujate arvu ja kukkumiste vähendamise efektiivsed mitmest osast koosnevate sekkumiste peamised komponendid olid võimlemine, abivahendid, keskkonna hindamine, kvaliteedi parandamise strateegiad ja tavaline kukkumiseriski hindamine (nt ravimite ülevaatamine, südameveresoonkonna ja luutiheduse hindamine) (133).

Rootsis tehti kaardistav kirjanduse ülevaade (134), mille eesmärk oli uurida mil määral Rootsi kohaliku omavalitsuse kontekstis poliitiliste otsuste tegemiseks olulised tegurid on kajastatud olemasolevas tervisedendust ja ennetamist käsitlevas teaduskirjanduses kodus elavate vanemaealiste osas Põhja-maades. Arvestades kirjanduses raporteeritud tegureid, on kõige paljulubavamad sekkumised Põhja-maade kontekstis vanemaealiste kohtumisüritused, ennetavad koduviisiidid ja võimlemissekkumised igaüks üksikult või teistega kombineeritult. Vanemaealiste kohtumisüritusi peeti olulisteks, sest neis nähti võimalust vanemaealiste võimestamiseks ennetuslike tegevuste rakendamiseks oma tervise parendamiseks. Ennetavatel koduviisiitidel oli positiivne mõju vanemaealiste igapäevategevustele, haprusele ja kukkumishirmule, eluga rahulolule ja haigestumusele. Võimlemissekkumisel oli positiivne mõju kukkumiste ennetamisele, lihasjõule, liikuvusele, tasakaalule, enesehinnangulisele tervisele. Ülevaates analüüsiti 82 uuringu 34 238 uuritava andmeid.

Inglismaal läbiviidud klaster-randomiseeritud uuringusse (135) värvati 63 perearstipraksist, mis värbasid omakorda oma 70-aastaseid ja vanemaid patsiente uuringusse, mille eesmärk oli selgitada

välja erinevate kukkumiste ennetamise sekkumiste kliiniline efektiivsus ja kulutõhusus luumurdude ärahoidmiseks. Uuringust selgus, et infomaterjal on kukkumiste ennetamisel sama tõhus kui intensiivsemad sekkumised. Tulemustest oli näha võimlemisega sekkumises osalenud uuritavatel väike tõus tervisega seotud elukvaliteedis, mis tegi sellest tervishoiu kuludele tuginedes kõige kulutõhusama sekkumise.

Uuringus (135) osales 9803 patsienti, kelle keskmine vanus oli 78 aastat. Uuringu esmane tulem oli luumurdude kordaja 100 inimaasta kohta 18 kuu jooksul randomiseerimisest. Teised tulemid olid kukkumised, tervisega seotud elukvaliteet, haprus. Samaaegselt tehti majanduslik hindamine. Uuringurühmi oli kolm. Uuringu alguses saadeti kõigile osalejatele koju informatsioon uuringu kohta: uuringukutse, lähteuuring ja kukkumiste ennetamise nõuandeid sisaldav infomaterjal „Staying Steady“ (AgeUK). Kontrollrühmas olid need, kes said vaid algse kirja koos infomaterjaliga. Sekkumisrühmades saadeti uuritavatele täiendav kukkumisriski hindav küsimustik ning kui selgus, et kukkumisrisk on suur, suunati uuritav vastavalt oma sekkumisrühmale, kas igakülgele kukkumiste ennetamise teenusele või võimlema. Sekkumise viis läbi uuritava tavapärase terviseteenuste pakkuja (NHS).

Koduvigastuste ennetamine Suurbritannias

Briti päästeametnike koduviisid, mis algasid (2004. aastal vastava seadusega) suitsuandurite paigaldamisest on nüüdseks muutunud palju laiemaks – päästeameti töötajad tegelevad inimestega, et vähendada nende tuleriski põhjustavat käitumist. Paljud tuletõrje- ja päästeteenistused (TPT) on oma koduohtuse teenust laiendamas, et käsitleda kohalikke riske ja mõjutada avalike teenuste vajadust. Osad TPTd kasutavad kukkumiste ennetamisel vahendit Falls Risk Assessment Tool (FRAT). (136)

Ennetamisel on oluline tervishoiu-, sotsiaal- ja päästevaldkonna koostöö NHS England, the Chief Fire Officers Association (CFOA), the Local Government Association, Public Health England ja Age UK avaldasid 1. oktoobril 2015. aastal ühisavalduse (137), milles sätestatakse osapoolte ühine panustamine tervise ja heaolu parandamise nimel. See saavutatakse ressurside ühiskasutuse ja võimekusega luua ühiseid strateegiaid arukaks ennetuseks ja varajaseks sekkumiseks. Tegevuse eesmärk on toetada haavatavat elanikkonda, et suurendada nende võimalusi täisväärtuslikule elule ning säilitada nende iseseisvust võimalikult kaua samas vähendades vajadust tuletõrje, tervise- ja sotsiaalteenuste järele.

Ühiselt avaldati turvalisuse külastuse põhimõtted (*Principles for a 'Safe and Well' visit by a Fire and Rescue Service*) (138). Inglismaa tuletõrjeteenistused teevad aastas 670 000 tuleohtuse koduviisi, mis on aja jooksul vähendanud riski ning vajadust tuletõrje- ja päästeteenuste järgi ning vähendanud koduste tahtmatute tulekahjude tõttu tekkinud surmasid ja vigastusi. TPT on hakanud rohkem koostööd tegema kolleegidega kohalikest omavalitsustest ja tervishoiutöötajatega. Paljudel juhtudel on päästetöötajatel parem juurdepääs kodudele ning nad saavad politseist ja sotsiaaltöötajatest paremini kontakti haavatavate sihtrühmadega. Tänu koostööle oskavad päästjad kukkumisriske hinnata, alkoholi ja vaimse tervise teemadel nõustada ja toetada jms.

2015. aastal arendati lähenemist „Safe and Well“, mis hõlmas kodudes hinnatavaid valdkondi. Organisatsioonid leppisid kokku „Safe and Well“ raamistiku, mille alusel on võimalik kohalikesse oludesse

sobivaid konkreetseid sekkumisi välja töötada. Konkreetsed sekkumised tuleb kohaliku omavalitsuse ja tervishoiutöötajatega läbi arutada.

Raamistik sisaldab valdkondi:

- Tuleohutus
 - Toidu valmistamine
 - Küünlad
 - Elektrilised vahendid
 - Liigutatavad küttekehad ja lahtine tuli
 - Kodused tuleohutus ja hoiatussüsteemid
 - Evakuatsiooniteed
- Tervis
 - Kaal
 - Liikuvus
 - Kukkumised
 - Haprus
 - Põletused ja kõrvetused
 - Meditsiiniline ja muu varustus, mis suurendab tuleohtu
- Vaime tervis
- Õpiraskused
- Sensoorne kahjustus
- Üksildus/sotsiaalne isolatsioon
- Suitsetamine
- E-sigaretid
- Alkohol
- Narkootikumid
- Retseptiravimid
- Kompulsiivne asjade kogumine
- Nooremate kui 5aastaste turvalisus
- Tööhõive
- Kodu turvalisus
- Nõusolek informatsiooni jagamiseks

Samas raamdokumendis (138) tuuakse välja, et laiendatud koduvisiit peaks võimalusel käsitlema ühte järgnevatest teemadest:

- kõigi kodus viibivate isikute põgus tervisekontroll;
- kodu riskide tuvastamine;
- lühinõustamine;
- asjakohaste riskide vähendamise vahendite tagamine;
- vajadusel suunamine spetsialistide nõustamisele.

Rõhutatakse, et oluline on riske kohe vähendada, mitte ainult asjakohastele järgmistele asutustele edasi suunamine. Suunamisi tuleks teha neile, kes seda tõesti vajavad.

Teenused võivad olla KOV-ides erinevad, sest sõltuvad vastavast rahvastikust, kohaliku päästeameti (komando) võimekusest. Näiteks West Yorkshire'i „Safe and Well“ külastused (139) hõlmavad järgnevad teemad:

- Päästjad liiguvad koos elanikuga kõigis eluruumides ning hindavad tuleohutust.
- Tuvastatakse ja selgitatakse elanikele tema kodu potentsiaalsed tulekahju riskid.
- Teadvustatakse, mida elanikud saavad teha riskide vähendamiseks või ennetamiseks.
- Arutatakse elanikuga uneaja harjumusi, et ööaeg oleks turvaline.
- Aidatakse koostada evakuaatsiooni plaan juhuks kui peaks tulekahju tekkima.
- Vaadatakse üle, kas suitsuandur on töökorras ning tuletatakse elanikele meelde, kuidas seda hooldada ja testida.
- Nõustatakse järgnevatel teemadel:
 - kuritegevuse ennetamine,
 - kukkumiste ennetamine,
 - külmad/kütmata kodud,
 - suitsetamisest loobumine,
 - sotsiaalne isolatsioon.
- Hinnatakse tasuta sekkumiste vajadust, et aidata tulekahju riske vähendada.
- Suunatakse edasi (elaniku loal) asutuste poole, kes saaksid ohutust ja heaolu aidata tagada.

West Yorkshire „Safe and Well“ külastused ei ole mõeldud universaalselt kõigile, vaid kõige haavatavamatele sihtrühmadele. Visiidi taotlemiseks saab kodulehel täita vastava vormi, mille järgi otsustatakse visiidi vajalikkuse üle ning võetakse taotlejaga ühendust. Kui visiidi taotlejal on väike tulerisk, soovitatakse talle elektroonilist vahendit, mille abil ise oma kodu tuleohutust hinnata. Tehes elektroonilise hindamise lõpuni on võimalik välja trükkida või salvestada personaalne nõuannete leht.

Bradfordi piirkonnas teevad kukkumiste ennetamisega tegelevad õed ennetustöös koostööd päästeteenistusega (139). Kukkumiste ennetamisega tegelev meeskond toetab ja nõustab teisi organisatioone oma piirkonnas. Vastavalt päästeteenistuse „Safe and Well“ strateegiale saavad päästjad pakuda oma koduviitide raames laiapõhjalisemat teenust kui vaid tuleohutuse hindamine ning õed koolitavad neid selleks. Selleks koolitati päästemeeskonnad ning kukkumiste ennetamise abivahend (*falls screening tool; falls screening tool was developed as part of a task and finish group involving health and social care professionals across different organisations within the area, also including from WYFRS*) lisati kodu ohutuse hindamise vormi juurde, et selgitada välja isikud, kellel on kukkumiserisk. Vajadusel saaksid päästjad suunata isiku vastava öendusteenuse poole igakülgseks geriaatriliseks hindamiseks.

Kõigepealt tehti pilootprojekt West Yorkshire'is. Pilootprojektis osalenud päästemeeskonnad said koolituse kukkumistega tegelevatelt õdedelt. Kukkumiste avastamise vahend töötati välja koostöös tervise- ja sotsiaaltöötajatega erinevatest asutustest, ka päästeteenistusest. Nüüdseks viivad koolitusi läbi kukkumistega tegelev õde ning päästeteenistuse esindaja. Koolitused on päästjatele andnud oskuse hinnata inimesi, kes võivad olla suurema kukkumiseriskiga, anda neile nõu ja siduda see tuleohutuse ennetustööga.

East Sussex Fire and Rescue Service teeb koostööd perearstipraksistega ning riskirühmadesse (kukkunud, haprad, dementsusega) kuuluvatele inimestele saadetakse kutse, mis pakub koduohutuse visiiti (140).

Royal Society for the Prevention of Accidents (RoSPA, <https://www.rospa.com/>) on Suurbritannias õnnetuste ennetamisega tegelev asutus. Nad korraldavad erinevaid kampaaniaid ning nende kodulehelt võib leida informatsiooni mitmete eri liiki õnnetuste ennetamiseks. Vanemaealiste õnnetuste ennetamise osas on neil mitmeid infomaterjale. Kukkumiste ennetamise lehel (<https://www.rospa.com/home-safety/advice/falls-prevention>) on informatsioon jagatud kolme kategooriasse: vanemaealistele, nende lähedastele ja nendega töötavatele inimestele. Seal on peamiselt infomaterjalid ning tutvustavad videod.

Age UK (www.ageuk.org.uk/) on riiklik nõustamisteenus vanemaealistele ja nende lähedastele. Veebilehel on mitmekülgne info selle kohta kuidas ise enda tervist hoida, kust ja millist abi saada ning kuidas abivajaduse korra abi küsida. Samuti töötatakse poliitilisel suunal, et valitsusele vanemaealiste vajadusi kommunikeerida.

British Geriatrics Society (BGS, Briti Geriaatrite Selts) on geriaatreid (vanemaealiste terviseküsimumstega tegelevaid arste) ühendav organisatsioon. Nad seisavad hea selle eest, et vanemaealiste tervishoid oleks kvaliteetne ning nende vajadustele vastav. BGS mõjutab ja arendab tervishoiupoliitikat, seisab selle eest, et sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahelt kaoks range piir ning osaleb juhendmaterjalide väljatöötamises. Lisaks juhendmaterjalidele jm erialasele infole professionaalidele on BGS-i veebilehele kogutud mitmeid infomaterjale eakatele, kuidas hoida toonust ja tervist ning abivahendeid selleks, nt äpp KOKU (<https://www.bgs.org.uk/resources/keeping-older-people-safe-and-well-at-home>).

Inglismaal on avaldatud „*Falls and fracture consensus statement: Supporting commissioning for prevention*“ (136), mis kajastab *National Falls Prevention Coordination Group*'i seisukohti kukkumiste ennetamise kohta. (*National Falls Prevention Coordination Group* on ühendus neist organisatsioonidest, kes tegelevad vanemaealiste heaolu ja tervise küsimustega.) Dokumendi kohaselt peaks igal 65-aastaselt ja vanemal naisel ning 70-aastaselt ja vanemal mehel hindama luumurdude riski. Vanemaealistelt, kes võtavad ühendust tervishoiu- või sotsiaaltöötajatega ja organisatsioonidega, mille ülesannete hulgas on ka hoolekande ja tervishoiu küsimused, tuleks rutiinselt ka kukkumiste kohta küsida. (Taolised organisatsioonid on: *primary, community and secondary care clinicians; allied health professionals; emergency ambulance crews; social workers; employees of voluntary and community sector organisations working with older people; and members of the Fire and Rescue Service (FRS)*)

Koduvigastuste ennetamine Soomes

Soomes on kodus toimuvate ja vabaaja vigastuste ennetustegevuste aluseks riiklik strateegia „*Safely at All Ages: Programme for the Prevention of Home and Leisure Injuries 2021–2030*“ („Turvaliselt kaiken ikää: Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn ohjelma 2021–2030“) (41), milles on ära toodud 89 meedet vigastuste ennetamiseks mitmetes vanusrühmades. Strateegia on kooskõlas muude riiklike tervisstrateegiatega. Strateegia lähtub nõ nullvisioonist, ehk eesmärk on, et keegi ei peaks õnnetuse tagajärjel surema ega tõsist vigastust kannatama. Ohutuse edendamine peaks süstemaatiliselt ja eesmärgistatult keskenduma teadlikkuse tõstmisele ohutusest. Nähakse, et riiklikud, paikkondlikud ja mittetulundussektori asutused teevad selleks omavahel koostööd.

„*Safely at All Ages*“ strateegias (41) sätestatakse kukkumiste ennetamise eesmärgid, mis on järgmised:

- Professionaalid rakendavad tõendus põhiseid kukkumise ennetamise strateegiaid.
- Eakad ja nende lähedased teavad kuidas kukkumisi ennetada.
- Hoolekanne arvestab kukkumiste ennetamist, teenuste, hoolekande ja rehabilitatsiooni ahelad on regionaalselt võrdsed ja võrdse kvaliteediga.
- Sotsiaaltöö ja tervishoiu tudengid saavad juba õpingute käigus õpet kukkumiste ennetamise kohta.

Strateegias (41) toodud mürgistuste ennetamise eesmärgid on:

- Professionaalid, vanemaealised ja nende lähedased on teadlikud seostest ravimite ja mürgistussohu vahel.
- Professionaalid, vanemaealised ja nende lähedased on teadlikud seostest meelemürkide ja mürgistussohu vahel. Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande ning *outreach* töötajate kompetentsust teema käsitlemisel ja ennetustöö meetodite osas suurendatakse.
- Vanemaealiste mürgistusi ennetatakse ametkondade vahelises koostöös.

Strateegias (41) toodud tuleõnnetuste ennetamise eesmärgid on:

- Tulesurmade ja -vigastuste arv väheneb vanemaealiste ja mäluprobleemidega inimeste hulgas.
- Vanemaealised on paremini ette valmistatud tuleõnnetuste riskide äratundmiseks ja iseseisvaks tegutsemiseks tulekahju korral.
- Eluaseme nõuded eakatele, mäluprobleemidega ja erivajadustega inimestele on ohutuse ja evakuaatsiooni osas samad mis institutsionaalsel hooldusel.

Tuleohutuse ja ennetustegevuste aluseks on peamiselt kaks seadust: vanemaealiste seadus (980/2012) ja päästeseadus (379/2011). Olulised aspektid tuleõnnetuste ennetamisel on suitsetamise vähendamine ja suitsetamisest loobumise meetmete propageerimine; tuleohutuskoolituste läbiviimine eakatele ja nende lähedastele, et nad oskaksid iseseisvalt riske tuvastada (nt KAT projektid) ning tegutseda tulekahju korral; evakuaatsiooni ohutuse hindamine ning vajadusel kodudes muudatuste tegemine, nt automaatsete tulekustutussüsteemide paigaldamine; pliitidega seotud ohutuse suurendamine turvalisemate pliitide või ohutustehnoloogiate abil; eakatega töötavate inimeste koolitamine tuleohutuse valdkonnas. (41)

Lõuna-Karjalas on võimalik igaühel abi vajavast eakast töö ajal teatada Eksote (Lõuna Karjala sotsiaal- ja tervishoiu piirkond) vastavale numbrile. Eksote korraldab vanemaealise kodus teenuste vajaduse hindamise. Sotsiaal- ja tervishoiutöötajatele on teatamine potentsiaalsest abivajajast kohustuslik. Päästeseaduse kohaselt on kohustuslik teatada päästeametile töö käigus teatavaks saanud tulekahjuohust või muust õnnetuse riskist. Päästeameti veebilehel on vastav võimalus teatise tegemiseks (141).

Ennetustegevusega seotud asutused

SPEK (Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö; The Finnish National Rescue Association; Soome Päästeala Keskorganisatsioon; <https://www.spek.fi/en/>) on asutus, mis vastutab valmisoleku, õnnetuste ennetamise ja pääste eest. Peamised tegevusalad on uuringud, ohutusalane kommunikatsioon, koolitusvõimaluste pakkumine ning ühiskondlikes aruteludes osalemine. Nende peamised tegevusvaldkonnad on kodude ja töökohtade ohutus ning sisejulgeolek (vabatahtlik päästetöö).

SPEK on välja töötanud vihiku, mille abil kodude ohutust hinnata ning sellega kaasneva flaieri. Vihikus on 16 leheküljel kodude ohutust puudutavad aspektid lugeja jaoks kirjeldatavad jah/ei põhimõttel ning juhised puuduste kõrvaldamiseks. Vihikuga on kaasas 4 leheküljeline flaier, milles soovitatakse vihikut kasutada kord aastas või iga kord kui elukoht või elanike tervislik seisund muutub. Samuti on seal välja toodud seadusesätteid, mis reguleerivad teatamiskohustust.

Soomes on hästi tagatud hooldusasutustes elavate vanemaealiste turvalisus ja ohutus, kuid kodudes on see üksikisikute endi vastutada. 2019. aasta veebruaris ja märtsis viisid Soome Päästeliit (SPEK) ja õdede ühendus SuPer läbi erivajadustega klientide, töötajate tööohutuse ja ohutuse koolituste töötaja perspektiivist uuringu. Uuringu peamine tulemus on sotsiaalhooldajate (ingl *community caregiver*) tõsine mure oma klientide ohutuse pärast. (142)

Ligi ¾ koduhooldustöötajaid märkas oma klientide igapäevaelu juures mitmeid ohutusprobleeme. Vastajatest 91% märkas probleeme siseruumides liikumisega, 88% õues liikumisega, 86% eluaseme üldise ohutusega, 80% tuleohutusega, 77% toiduvalmistamise ja pliidi ohutusega ning 72% ruumidest väljumise ohutusega.

<https://www.kotitapaturma.fi/> on õnnetuste ennetamise võrgustiku, mille tööd koordineerib Soome Punane Rist, kodulehekülg ning see on suunatud kogu rahvastikule. Seal on kättesaadavad infomaterjalide kogumid, mida on võimalik suuremates kogustes tellida nt ennetustööks, välja printimiseks ning lugemiseks, elektrooniliseks täitmiseks. Osa infomaterjalidest on mitmes keeles.

Kotitapaturmal on kaks suuremat massimeediasse jõudvat iga-aastast kampaaniat. 13. kuupäeva ja reedega seotud õnnetuspäev (*tapaturmapäivä*) (143), mis igal aastal keskendub erinevale teemale ning „Pysy pystyssä” (Jää püsti) (144) jalakäijate talvisele turvalisusele keskenduv kampaania jaanuaris.

UKK Insituutti on liikumisküsimustega tegelev rahvatervishoiuasutus. KaatumisSeula® (<https://ukkinstituutti.fi/en/products-services/kaatumisseula-tools-to-prevent-falls/>) asutati kukkumisrisi sõeluuringuks vanemaealiste hulgas ning eesmärgiga rakendada ennetavaid meetmeid kogukonnas. Loodi uued vahendid kukkumisrisi väljaselgitamiseks ja ennetusmeetmete rakendamise informeerimiseks. Kodulehel on toodud kuuest küsimusest koosnev hindamisvahend, mille eesmärk on leida ja hinnata kukkumise riskitegureid ning vanem inimene peaks selle täitmisega iseseisvalt hakkama saama. Vahendist on kaks erinevat versiooni. Üks on sotsiaaltöötajale või tervishoiuspetsialistile täitmiseks nõustamist võimaldava vastuvõtu raames, teine on mõeldud inimestele jagamiseks suurematel üritustel. Hindamisvahendi juures on juhendmaterjal selle kasutajale/hindajale, kus on ära toodud riskipunktide tähendus ning põgusad soovitused kuidas vastavalt punktisummale edasi tegutseda.

Samal veebilehel on tasuta kättesaadavad materjalid veel kontrollnimekiri (ingl *checklist*) muudetatavatest riskiteguritest, mida inimene saab ise täita (jah/ei vastused) ning hariduslike infomaterjalidena mõeldud 10 võimalust kukkumiste ennetamiseks ning kehalise aktiivsuse soovitused. Need moodustavad hindamisvahendiga terviku. Lisaks neile soovitatakse vanemaealistele infomaterjali „Turvallisia vuosia” (ingl *Safe years*).

Soomes on võimalik patsientidele välja kirjutada kehalise aktiivsuse retsept (Physical Activity Prescription (PAP) <https://ukkinstituutti.fi/en/products-services/physical-activity-prescription-pap/>).

Ikäinstituutti (<https://www.ikainstituutti.fi/>) on organisatsioon, mis tegeleb vanemaealiste elukvaliteedi ja sotsiaalse kaasatuse edendamisega uurides, arendades, koolitades ning avaldades vastavaid materjale. Ekspertorganisatsioonina teevad koostööd MTÜdega ja kohalike omavalitsustega. Teadustöös peetakse oluliseks kuulata vanemaealiste ning nendega töötavate inimeste soove ning vajadusi, uuringud on tihedalt seotud igapäevaeluga, et pakkuda vanusesõbralikke lahendusi.

Näiteks on Ikäinstituutil "Older people on the move" programm, mida rahastab haridus- ja kultuuriministeerium ning mis on osa riiklikust kõiki vanusrühmi hõlmavast kehalise aktiivsuse propageerimise programmist. Vanemaealiste (65+) programmi eesmärk on julgustada neid füüsiliselt aktiivsele elustiilile. Selleks teevad kohalikud omavalitsused ja MTÜd koostööprojekte, neid toetab Ikäinstituutti, kes pakub jaotusmaterjale, korraldab koolitusi professionaalidele ning hindab läbi viidud tegevuste mõju. (145)

Kuopio üliõpilashaigla juures töötab **AKE** (Alueellinen Kaatumisten Ehkaisyverkosto; Piirkondlik kukkumiste ennetusvõrgustik), mis on 2012. aastal asutatud piirkondlik kukkumiste ja neist tulenevate vigastuste ennetamisega tegelev multiprofessionaalne võrgustik, mille eesmärk on vahendada informatsiooni ning parimaid praktikaid. Nad koostavad materjale, et toetada kukkumiste ennetamist ning need on mõeldud nii inimestele endile kui tervishoiutöötajatele. Nt on nad välja andunud infomaterjali „Stay up!“, mis on mõeldud eelkõige vanemaealistele ja nende lähedastele (146). Nad tegelevad koolituste läbiviimisega nii töötavatele professionaalidele kui toetavad erialahariduse omandamist.

Soomes on kukkumiste ennetustegevuste aluseks küsimus: "Kas te olete viimase aasta jooksul kukkunud?" Seda küsimust peaks iga professionaal küsima kui vanemaealine tuleb vastuvõtule, sest inimene ise ei pruugi mäletada või häbeneb rääkida. Kui eelmisest vastuvõtust on möödas vähem aega, küsitakse vahepealse perioodi kohta. Mida kiiremini peale kukkumist seda küsimust esitada, seda tõenäolisem on teada saada kukkumise põhjus(ed). (147)

Kuvio 9. IKINÄ-malli.



Joonis 1. Patsiendikäsitlus arsti juures. (147)

IKINÄ mudel (joonis 1) on ennetustegevuste algoritm hetkest kui arst kohtub vanemaealisega. Mudel sobib aluseks kõigile sõltumata tegevuskeskkonnast (kodu, haigla) vanemaealiste kukkumiste ennetustegevuste planeerimisel. Neile vanemaealistele, kes ei ole kukkunud, on korra kukkunud, kuid ei tunne häirunud tasakaalu või kukkumishirmu, soovitatakse üldisemaid ennetusmeetmeid nagu juhendamine ja nõustamine. Vanemaealistele, kes on korduvalt kukkunud tehakse igakülgne individuaalne kukkumisohtude kaardistamine ning soovitatakse individuaalseid ennetusmeetmeid või täiustatud kukkumiste ja vigastuste ennetusmeetmeid. (147)

Vanemaealist, kes ei ole kukkunud ega karda kukkuda, nõustatakse kuidas ise ennast kukkumiste eest hoida. Olulisim on julgustada inimest regulaarselt võimlema ning tervislikult toituma. Iga tervishoiutöötaja peaks vanemaealist nõustama ning juhendama. Selleks vajalikke materjale leiab koduleheküljele (www.kotitapaturma.fi) ennetamise veebilehelt. (147)

Vanemaealistele, kes on kukkunud, kellel on kukkumishirm või kellel on halb tasakaal, on soovitatav teha kukkumisriski hindamine (FROP-Com (kodus elav) või FRAT (haiglapatsient)), mis näitaks, kas täiendavaid tegevusi on vaja ette võtta. Kui osutub vajalikuks, tuleb teha täiendav kukkumisriski hindamine (Pajala juhendi lisa 3) (147)

Täiendav kukkumisriski hindamine tehakse vanemaealisele esimesel võimalusel kui:

- ta raporteerib mitmeid kukkumisi eelneva aasta jooksul,

- ta tuleb arsti vastuvõtule kukkumise tõttu,
- ta kukub hooldekodus või haiglas. (147)

Koduvigastuste ennetamine Norras

2017. aasta raportis kirjutatakse, et Norras ei ole õnnetuste ennetamise eest ühte vastutavat asutust, vaid see on eri ametkondade vahel jagatud ja eeldab seetõttu koostööd. Õnnetuste ennetamine on osa keskkonnatervishoiust ning reguleeritud rahvatervishoiu seadusega. Vastutus keskkonnatervishoiu eest on kohalikel omavalitsustel. Süstemaatiliste ning kestvate ennetustegevuste järgi saab kohalikke omavalitsusi sertifitseerida kui „safe communities“ (WHO kontseptsioon). (148)

Rahvatervishoiu seadus (149) sätestab, et tervisedendus ja rahvatervishoid on tervikuna kohaliku omavalitsuse, mitte tervishoiusektori vastutada. Keskse valitsuse ülesanne on kohalikke omavalitsusi selles töös toetada. Seaduse eesmärk on hõlbustada pikaajalist süstemaatilist tööd rahvatervishoius.

Igal aastal luuakse KOV-ide rahvatervishoiu profiilid (150), mis annavad kogutud statistika põhjal infot selle kohta, kuidas KOV-il on õnnestunud oma rahvatervishoiu eesmärke täita ja millistes valdkondades võib olla probleeme. Enamasti vaadatakse ühel aastal ühte teemat (nt 2022. aasta teema on elukvaliteet) ning vastavalt profiili viimasel lehel olevatele indikaatoritele võib aimata KOV-i järgneva aasta tegevussuundi.

Ennetustegevusega seotud asutused

Norwegian Safety Forum (NSF, Skadeforebyggende forum (Skafor)) on ohutuse edendamise ja õnnetuste ennetamise asutus, kuhu koonduvad teadmised, informatsioon ja kontaktid. NSF töötab ka Safe Community võrgustiku Norra riikliku keskusena. Info kogumise, poliitikate kujundamise ja parimate praktikate soovitamise tööd toetavad tervishoiuministerium ning Finance Norway, kes esindab peamisi kindlustuskompaniisid. Rahastust tuleb lisaks hankida erinevatest projektidest jms (151).

Norras juhitakse vigastuste riskide vähendamisele ja ennetamisele tähelepanu igal 13. kuupäeval, mis on reedel (152). NSF leiab selleks erinevaid viise vastavalt aastaajale ja muudele käimasolevatele tegevustele.

Norras vastutab tuleõnnetuste ennetamise eest justiits- ja siseministeriumi haldusalas olev tsiviilkaitse ja hädaolukordade direktoraat (**DSB**, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap). Norras on tuleohutus paranenud suitsuandurite ja pliidi alarmide kasutamise, samuti hoonetele esitatavate nõuete muutmise tõttu. Suitsuandurite kasutamine on tulesurmade vähenemisel kõige olulisem üksikvahend. (153)

Pliidi alarmi installeerimine elektrisüsteemi on Norras kohustuslik peale 2010. aastat valminud köökides. Enne seda ehitatud elamutes on võimalik kasutada vooluvõrku lülitatavat alarmi. Alarmid on kaubandusvõrgus saadaval ning töötavad kuumust ja pliidiplaate jälgides. Ohu korral kõlab esmalt alarm ja kui sellele ei reageerita katkestab vahend pliidi vooluringi. Gaasipliitide puhul on kohustuslik kasutada nõ stopp-gaasiga pliite, kus leegi kustudes katkeb gaasi juurdevool põletisse. (154)

DSB julgustab vanemaealistega rääkima köögi ohutusest. Selleks on nende veebilehel välja toodud peamised teemad millest rääkida (nt küünlad, suitsetamine, evakuaatsiooniteed jms) ning kergemad

praktilised tegevused, mis on tervele täiskasvanule jõukohased (nt kontrolli, kas kardinad, riided ja ajalehed on küttekehadedest kaugemal jms) (155).

NSFi juures on eraldi vanemaealiste probleemidele keskenduv nõukogu, mille liikmed on eakatega töötavad professionaalid. Tegemist on olulise teadmiste ja kontaktide ressursiga valdkonnas. (156)

Vestfoldi haigla algatas koostöö Larviki vallaga, mille eesmärk on luua interdistsiplinaarne meeskond, kes hakkaks vanemaealisi (75+) ja nende lähedasi toetama. Vanemaealiste tervisekoordinaator kontakteeruks haiglast koju saanud vanemaealistega ning uuriks, kas nad soovivad kodukülastust. Vanemaealise soovil külastab neid haigla ja valla töötajatest koosnev meeskond. Meeskond teeb abivajaduse põhjaliku hindamise. Abi võib olla nt rehabilitatsioon, füsioteraapia, geriaatriline jälgimine, tegevusteraapia, abi valla vabatahtlikelt. Koostöö vanemaealise (patsiendi), tema lähedaste, haigla ja valla vahel toimuks digitaalselt, nt videokohtumistena. (157)

Ennetavad koduviisidid on üks võimalus lasta vanemaealistel neile harjumuspäras keskkonnas toime tulla pikema aja vältel. Norras viidi läbi rahvastikupõhine uuring ennetavate koduviiside mõju hindamiseks.

Norras on pikaajaline ravi (ingl *long term care*) osa rahvatervishoiusüsteemist. Riiklikult on määratud reeglid ja resolutsioonid, mis defineerivad avaliku rahastamise ja teenuste osutamise piirid ning vastutuse. Kohalikud omavalitsused vastutavad esmatasandi teenuste rahastamise eest. Pikaajalise ravi teenused, mida KOV-id peavad pakkuma, saab väga üldiselt jagada õenduse ja koduse hoolduse teenusteks. Koduse hoolduse teenused tähendavad koduõendust (õe teenust osutab õe kvalifikatsiooniga isik eaka kodus või kogukonnamajas), praktilist abistamist kodus (koristamine, söögivalmistamine) ja kogukonna eluaset (ingl *community housing* – inimene ei saa enam oma kodus iseseisvalt hakkama, kuid ei vaja veel hooldekodu teenuseid). Selleks, et saada pikaajalise ravi teenust peab abi vajav isik või keegi tema eest esitama KOV-ile vastava avalduse. KOV-il on kohustus pikaajalise ravi teenust osutada sõltumata abivajaja sotsiaalmajanduslikust taustast või mitteformaalsete hooldajate olemasolust. (158)

Ennetavaid koduviisiidid teevad KOV-i hooldustöötajad. Ennetavad koduviisidid on *outreach service*. KOV-id ei ole seadusega kohustatud pakkuma ennetavaid koduviisiidid, mistõttu ei ole kesksel regulatsiooni ega ühtset definitsiooni, mida visiit sisaldama peab. (158)

Külastusi teevad peamiselt vastava haridusega ja töökogemusega õed, füsioterapeudid või tegevusteraapeudid. Enamasti on sihtrühm vanemaealised vanuses 75–80 või vanemad, kes ei saa muud pikaajalise ravi teenust. Külastused jagunevad oma iseloomu järgi nelja peamise teema järgi: tervisedenduslikud, terviseprobleemide ja hooldusvajaduse väljaselgitamise, kukkumiste ja õnnetustega seotud vigastuste vältimise ning pikaajalise raviga seotud informatsiooni jagamise visiitid. (158)

Tervisedenduslike visiitide käigus selgitatakse struktureeritud vestluse ja kodukeskkonna vaatlusega välja, milliseid raskusi võib ette tulla hetkel ja tulevikus oma kodus elades. Raskused võivad olla seotud tervisega, majapidamistöõdega, toitumisega.

Norras võrreldi, kas ennetavad koduviisidid on efektiivsed kahest aspektist: 1) kas sellel oli soovitud mõju pikaajaste raviteenuste kasutamisele ja 2) kas on tõendust selle kohta, et vanemaealiste tervis

paranes. Analüüs näitas, et teenuste kasutamises toimus muutus institutsionaalselt kodus osutatavatele teenustele. 80-aastaste ja vanemate haiglasse sattumised vähenesid (5 võrra 100 elaniku kohta), haiglas oldud päevade arv vähenes, suremus vähenes (0,4 surma 100 elaniku kohta, ehk 3%). (158)

Intervjuust NSFi juhi Eva Jakobson Vaaglandiga (07.04.2022) selgus, et Norras eeldatakse, et vanemaealisi külastatakse nende kodudes. Igas KOV-is on vanemaealiste osakond, mis koordineerib seda tööd. Paljudel vanemaealistel käib keegi kodus neid aitas. Enamasti on sotsiaalhooldajatel kindel ajaraam ning kindlad tegevused (nt aidata riietuda, ravimeid võtta), mida tuleb visiidi jooksul teha. Kui vanemaealisel ei ole varasemat kokkupuudet KOV-i teenustega, siis 80 aastaseks saades saadetakse neile koju kiri, kus pakutakse kodukülastust.

NSFist saadetakse vanemaealistega tegelevatele asutustele ja organisatsioonidele infomaterjale, mida sihtrühmale tasuta jagada. EJV tõi välja nt ohutuskaardid (*Sikkerhetskort for eldre*), mis välimusest meenutavad järjehoidjat, on kahepoolsed ning temaatilise informatsiooniga (kukkumised, tulekahjud, ravimiohutus, koduohutus). Tema sõnul on need väga populaarsed.

Samuti tõi EJV välja teavitamise võimalusena demonstratsioonid, kui need on kerge juurdepääsetavusega. Kohas, mida külastab päeva jooksul palju inimesi, nt kaubanduskeskuses, pannakse üles kodu meenutav nurk ning seal saab spetsialist külastajatele tutvustada läbi ruumide liikudes erinevaid kukkumiste või tulekahjude põhjusi, nippe turvalisemaks kodukeskkonnaks, sõltuvalt väljapaneku eesmärgist.

Alates 2012. aastast, kui võeti vastu uus rahvatervishoiu seadus on KOV vastutav rahvatervishoiu korraldamise eest. KOV-id korraldavad vanemaealistele meelelahutusliku aspektiga üritusi, mille käigus jagatakse informatsiooni teenuste ja võimaluste kohta, mida KOV saab neile pakkuda. EJV tõi välja, et Norras eelistatakse ennetustegevuses selgitusi jagada läbi nalja, positiivse emotsiooni.

Vestlusest tuli välja ka üks tavapärasest erinev ennetusmeede – igapäevaseid abivahendeid täis seljakott (<https://www.skafor.org/seniorsikker/forebygging2/tryggsekk/>), mida saavad vanemaealistega ennetustööd tegevad inimesed kasutada. Üks asi on rääkida, mis on vajalikud vahendid kodus ohutuse tagamiseks, teine asi kõiki neid asju näidata ning inimestel näha ja katsuda lasta. Seljakott võiks sisaldada näiteks taskulampi, suitsuandurit, libisemisvastast matti vanni, tulekustutustekki jms. Patareisid suitsuanduri jaoks soovitatakse sihtrühmale võimalusel tasuta jagada. Selleks, et sekumine oleks edukas, soovitab NSF vanemaealistega tegelevatel inimestel sellised seljakotid kokku panna, teha endale selgeks kuidas abivahendeid kasutatakse ning kust ja millise hinnaga neid on võimalik hankida.

Et KOV-e suunata rohkem kukkumiste ennetamisega tegelema, on välja töötatud kukkumiste baromeeter <https://fallbarometer.no/>. Vastaval veebilehel saab KOV-ide kaupa näha kui palju on toimunud reieluukaela murde ning milliseid kulusid need toovad kaasa KOV-i ja ühiskonna jaoks. Kulutatavad summad võiksid olla motivaator KOV-i jaoks.

Intervjuu NSFi töötajate Ava Sadeghi ja Anja Kristin Kleiveniga (20.04.2022). Nad tegelevad projektiga, mille eesmärk on aru saada kuidas KOV-i erinevad osapooled saaksid üksteist tuleõnnetuste ennetamisel toetada. Teise valdkonna kolleegidelt õppimine on pigem suunatud kodukülastusi tegevatele õdedele, keda tuletõrje inimesed õpetavad tuleohte märkama ja nendest rääkima. Norra süsteemi järgi on üldise tuleohutuse eest vastutav tuletõrje, kuid üksikisiku tasandil tervishoiutöötaja.

Kui inimene ei kuulu tervishoiutöötajate, on tervishoiutöötajal võimalik järgmisele visiidile kedagi tuletõrjest kaasa võtta või jagada abivajaja kontakte tema loal.

Selleks, et rääkida läbi, mida osapooled üksteise jaoks teha saavad, soovivad Norra spetsialistid kohtuda mitteametlikus õhkkonnas ning rääkida läbi murekohad ning võimalused, mida osapooled saaksid pakkuda. Norras on osades KOV-ides jõutud mitteametlikust suhtlusest edasi ja sõlmitakse koostööleppeid, mis on mõnikord vaid toimiva koostöö vormistamine.

Koduvigastuste ennetamine Islandil

Islandil Reykjaviki piirkonnas Landspítali haiglas viidi läbi uuring, kus vaadati 2011. ja 2012. aastal erakorralise meditsiini osakonda vigastuste tõttu sattunud 67-aastaste ja vanemate andmeid, et selgitada, milliseid vigastusi vanemaealiste hulgas esineb. Selgus, et 67-aastaste ja vanemate seas on vigastuste levimus 106 juhtu 1000 elaniku kohta. Kodudes ja lähiümbruses juhtuvaid vigastusi oli kõige rohkem (1000 elaniku kohta vastavalt 49 ja 28). Selgus ka, et naised saavad vigastusi rohkem kodudes ja mehed kodude lähiümbruses. Kõige rohkem vigastusi põhjustavad kukkumised (78 1000 elaniku kohta), kontakt muude objektide, inimeste või loomadega (12/1000), muljumised, löiked ja läbistavad haavad (8/1000). Võrreldes mehi ja naisi, oli naistel oluliselt rohkem kukkumisi, meestel kontakti muude objektidega, löike- ja torkehaavu ning võõrkehasid keha avastuses. (159)

Landsbjörgi (160) veebilehel kirjeldatakse põgusalt kuidas vanemaealised saaksid ennetada kodus turvalisemalt tunda. Lehel on info selle kohta, et Landsbjörg koostab jagamiseks infomaterjale, mille juures on ka kodude hindamiseks kontrollnimekirjad (ei leia nende veebilehelt näiteid). Päästemeeskondade juures on õnnetuste ennetamise osakonnad, kelle ülesanne ennetustegevus on. Landsbjörg korraldab igal teisel aastal õnnetuste ennetamise konverentsi (<https://slysavarnaradstefna.landsbjorg.is/>).

Koduvigastuste ennetamine Tšehhis

Tšehhis viidi läbi 65-aastaste ja vanemate kodusekkumise uuring, milles hinnati kodukeskkonna ohtusid ning õdede läbi viidud haridusliku sekkumise mõju ohtude esinemisele ning elanike tajule oma keskkonna ohutuse kohta. 106 kodus elava koduhooldusteenuse patsiendi kodusid hindasid selleks spetsiaalse väljaõppe saanud koduõded ning sekkumine hõlmas patsientide individuaalset nõustamist kodukeskkonna ohtude osas, anti tasuta hariduslik infoleht ning hädaabi numbriga kleeps ning nõustati kodukeskkonna ümberkorraldamise ning ohutusabinõude osas. Kodude hindamine tehti uuringu alguses ning 12 nädala möödudes. Hindamise aluseks oli uurijate kokku pandud 34 riskiteguriga loend (vt Lisa 3 riskitegurite loendit), mida ruumist ruumi liikudes jälgiti ja täideti. Loendati kokku esinevad riskid. Loendis oli ka küsimus selle kohta, kuidas koduomanik ise oma kodu ohutust tunnetab. Seda hinnati 5pallisel skaalal. Selgus, et uuritav sekkumine oli statistiliselt oluline 22 riskiteguri osas ja kodused kukkumise riskitegurid on muudetavad. Pereliikmed tegelesid üldiselt kergemini kõrvaldatavate riskiteguritega: valgustus voodi kõrvale, kare teip trepiastmetele, WC-poti kõrgenduse paigaldamine jne. Sekkumise suunamine ka pereliikmetele on kasulik, sest tõenäoliselt teevad need vajalikud kohandused. Uurijaid üllatas, et osalejad pidasid oma kodusid turvalisemaks enne sekkumist antud kui sekkumisjärgsetes hinnangutes. Pigem oli siiski tegemist teadlikkuse mitte potentsiaalsete kukkumisriskide suurenemisega. (161)

Kokkuvõte sekkumistest vanemaealiste vigastuste ennetamisel

Selle aruande lisana (vt Lisa 2) olevasse sekkumiste tabelisse koondati analüüsi koostamisel leitud aktiivselt kasutatavad kodukeskkonnas toimuvate vigastuste ennetamise sekkumised. Lisaks on eraldi vahelehele kogutud viited ennetustöö juhenditele ja strateegiadokumentidele.

Teaduskirjandusest oli võimalik leida tõendusmaterjali mitmete kukkumisrisi hindavate sekkumiste kohta. Enamasti kasutavad neid sekkumisi tervishoiutöötajad vanemaealiste igakülgse hindamise osana. Soome kukkumiste ennetamise juhendis (147) on kukkumisrisi hindamise kontrollnimekirja aluseks võetud Austraalias välja töötatud FROP-Com (*The Falls Risk for Older People in the Community*) (162), millega hinnatakse 13 kukkumise riskitegurit. Sellest on välja töötatud lühem, erakorralise meditsiini arstidele mõeldud FROP-Com *screen* (163) kolmest järgnevaid kukkumisi kõige paremini ennustavast küsimusest (kukkumisi eelneva aasta jooksul, abivajadus igapäevastes toimingutes, tasakaal) koosnev kontrollnimekiri, mida kasutatakse eesmärgiga leida haiglasse saabunute hulgast need, kes vajavad täiendavat hindamist ja ravi.

Viimastel aastatel on väga palju tegeletud kukkumisrisi suurendavate ravimite uurimisega ning loodud on arstidele abivahend STOPPFall (164), mille kasutamine aitab ravimikasutust jälgida ning vajadusel raviskeemi muuta.

Enamlevinud sekkumised on kontrollnimekirjad ning infomaterjalid ehk elanikkonna teadlikkuse suurendamise võimalused. Tabelis olevate kontrollnimekirjade abil on võimalik esmaselt hinnata nii vanemaealise tervislikku seisundit kui tema kodukeskkonda. Kõik toodud nimekirjad on kasutatavad nii inimeste enda, nende lähedaste kui tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna professionaalide poolt, mistõttu oli tabelis (vt Lisa 2) ühe sekkumise läbiviija väljatoomine sageli raskendatud. Elanikkonnale mõeldud kontrollnimekirjades on sageli juures juhendid, mida oma elukohas veel tähele panna või muuta ning mõnikord ka nõuanded kuidas seda teha. Kontrollnimekirju on selliseid, mis peaksid jõudma vanemaealisteneni paberil, selliseid, mida saab täita internetis või selliseid, mis on integreeritud nutiseadmete rakendustesse. Internetis täidetavate kontrollnimekirjade eelis on sisse ehitatud tagasiside andmise võimalus, et kohe saaks kodu turvaliseks muutmiseks alustada. Elektrooniliste kontrollnimekirjade puhul palutakse sageli sisestada aadressi osa, nt sihtnumber, mis edastatakse kohalikule pääseteenistusele ning see on sisend vastava piirkonna kohta info kogumiseks. Samuti on hea võimalus lisada selgitavat pildimaterjali, mis aitab küsimusi/väiteid paremini mõista. Kontrollnimekirjade eelis infomaterjalide ees on see, et need õpetavad ümbritsevat keskkonda paremini märkama ja hindama.

Detailsed infomaterjalid (ühelehelised) käsitlevad ühte teemat ning need on enamasti mõeldud jagamiseks nõustamise, nt arstivisiidi käigus. Brošüürides kajastatakse mitmeid teemasid korraga ning antakse ülevaade põhilisest koos juhistega täiendava informatsiooni saamiseks.

Analüüsides jäi silma, et ennetustegevusi toetavad organisatsioonid (Norras NSF, Soomes Kotitapaturma jt) jagavad/saadavad (sooviavalduste alusel) trükitud materjale kõigile neile, kes ennetustegevusi läbi viivad. Samuti on nad oma sõnumite edastamiseks aktiivsed sotsiaalmeedia kasutajad.

Originaalsematest sekkumisest võib esile tuua temaatilised demonstratsioonid, mille käigus on väga paljudel inimestel kerge vaevaga (nt kaubanduskeskuse pinnal) võimalik näha sekkumist ja küsida küsimusi, nõu nt kaubanduskeskusesse ehitatud köögi mudel, et näidata pliidi alarmi tööd tulekahju ennetamisel. Norras on veel seljakoti algatus, kus ennetajal on peamised kodu ohutumaks muutmise vahendid seljakotiga kaasas ning demonstratsiooni käigus on võimalik näidata nii vahendit ennast kui selle töötamist.

Norras ja Soomes kasutatakse tulekahjude ennetamiseks majapidamistes lisaks suitsuandurile pliidi alarmi, mis jälgib pliidi temperatuuri ning uuemad mudelid ka seda, kas keegi on pliidi juures toime-
tamas. Algul annab alarm helisignaaliga märku, et pliit on tööle ununenud, kui keegi ei reageeri, lülitub pliit välja hoides ära tulekahju tekkimise. Norras on sisseehitatud alarmid kohustuslikud peale 2010. aastat valminud köökides.

Riikide informatsiooni läbi töötades jäi silma, et Soomes ja Norras tähistatakse 13. kuupäeva ja reedet vigastuste ennetamise päevana ning kord aastas on nädalane vigastuste ennetamise kampaaniaperiood, millega juhitakse vanemaealiste tähelepanu kukkumistele ja selle põhjustele, kui olulisele elukvaliteedi mõjutajale.

Kaasaegset tehnoloogiat rakendavates sekkumistes on kombineeritud võimlemine, teadmised ning mängulisus. Inglismaal loodi tahvelarvutis kasutatav rakendus KOKU (Keep on Keep Up, <https://ko-kuhealth.com/>), mis sisaldab juhendatud võimlemisprogrammi ja mängu. Jõu ja tasakaalu harjutused on tehtud tõenduspõhiste võimlemisprogrammide OTAGO ja FaME põhjal. Mängud toetavad tervislikku vananemist ning on informatiivsed. Rakenduse on heaks kiitnud NHS. Falls Assistant veebilehel (<https://fallsassistant.org.uk/>) on kogutud informatsioon kukkumiste kohta, kukkumiskirgi hindamise võimalused, võimlemisprogramm, nõuanded ning mängud, mis annavad kukkumiste aspektist olulist tagasisidet.

Sekkumiste kohaldamine Eestile

Eesti süsteemi toetaksid vanemaealiste elanike iga-aastased tervisekontrollid. Tervisekontrollidega saaks hinnata kukkumiste meditsiinilisi riskitegureid. Tervisekontrollide jaoks tuleks leida optimaalne vajalike uuringute loetelu, mille jaoks on mõistlik koostada ravijuhend. Tervisekontrolli vanuse alampiiri määramine vajab täiendavat arutelu.

Mitmete kaasuvate haigustega vanemaealistele ravimite väljakirjutamist tuleb hoolega jälgida. Siin on abiks teadmised ravimite koostoimetest ja kukkumisohtu suurendavatest ravimitest. Eestis oleks abiks ravimite väljakirjutamisel vastava info kuvamisest tervishoiutöötajatele (eeskätt perearstidele ja pereõdedele) ning soovitus hinnata patsiendi terviseseisundit just kukkumiskirgi silmas pidades.

Kukkumisohtu suurendavaid ravimirühmi peaks tutvustama meditsiinitöötajatele vastavatel koolitustel. Sekkumiste tabelis (lisa 2) toodud teemakohased infomaterjalid on tõlgitavad ja kohaldatavad. Nende hulgast valiku tegemine võiks olla vastavate spetsialistide (kliinilised farmakoloogid, geriaatrid) ülesanne.

Koduohutust saavad lisaks vanemaealisele endale ja tema lähedastele hinnata päästeteenistus/politsei/sotsiaaltöötajad/koduõed/pereõed – kõik, kes vanemaealisega tema koduses keskkonnas

kokku puutuvad. Selleks on hea kasutada kontrollnimekirju, mis õpetavad ümbritsevat märkama ning mille teatavate küsimuste vastused suunavad pöörduma abi leidmiseks vastavate ametkondade poole. Koduküllastuste, nagu Suurbritannia „Safe and Well“ visiitide puhul, on oluline kriitilises olukorras sekkuda või paluda selleks appi ametkond, kellel on vastavad võimalused olemas.

Infomaterjalide, mis on mõeldud teadlikkuse tõstmiseks üldisemalt, eeskujuks võiksid olla Soome turvakaardid (https://issuu.com/spek_ry/docs/turvakortit_estonian). Need aitaksid ka Eesti professionaale.

ARUTELU

Käesoleva analüüsi eesmärk oli anda ülevaade teiste riikide tõenduspõhistest tegevustest ning rahvusvaheliste organisatsioonide juhustest kodus toimuvate vigastuste ennetamise ja reageerimise valdkondades ning hinnata nende Eesti oludele kohandamise võimalikkust.

Laste vigastusi sooviti uurida kahes vanuserühmas: alla 1-aastased ja 1–6-aastased. Üldiselt eristatakse kirjanduses jm materjalides eelkooliealised ning kooliealised lapsed. Kuni 6-aastaste laste vanuserühmadeks jaotamisel on mitmeid lähenemisi. Näiteks eristatakse vigastuste ennetamisel lapsed selle järgi, kas laps juba kõnnib või veel mitte, või on lähenemine hoopis vigastuste liigi põhine. Seetõttu ei olnud analüüsis võimalik väga selgelt tuua välja sekkumisi käsitlevalas märgitud vanuserühmade järgi.

Lapsed saavad enim vigastada kukkumise tõttu. Sagedamini leiavad kukkumised aset trepil või mööblilt. Trepil kukkumise riskitegur oli trepil puuduvad väravad või nende lahtijätmine. Mööblilt kukkumise osas nii täpseid tekkepõhjuseid kirjanduses välja ei toodud. Analüüsitud riikide puhul oli trepivärvade kasutamine üheks rakendatud meetmeks kukkumise ennetamisel. Rõdult ja aknast kukkumise ennetamiseks oli analüüsitud riikide puhul toodud konkreetsed soovitusel rõdupiirete, akna kõrguse kui ka näiteks selles osas, kui laiad võivad olla rõdupiirde pulkade vahed. Lähenemise rakendamisel tuleb tähelepanu pöörata, et soovitusel olid riigiti erinevad.

Kukkumiste ennetamisel juhitakse tähelepanu lapse õigusele ja vajadusele liikuda. See tähendab, et kukkumise ennetamiseks tuleb keskkond kohandada vastavalt lapse vajadustele ning lastel peavad olema kohad, kus nad saavad liikuda-tegutseda eale vastavalt nii nagu soovivad. See põhimõte toodi välja olulisena just Soomet ja Rootsit käsitlevates materjalides.

Mõnevõrra üllatuslikult ei peegeldunud leitud teaduskirjanduses näiteks batuutidega seotud kukkumiste levimus ega nende ennetamisega seotud tegevused. Analüüsi koostamisse kaasatud eksperdi hinnangul on tegemist aktuaalse teemaga. On võimalik, et teaduskirjandus käsitleb batuudiga seotud vigastusi vanemates vanuserühmades ja seetõttu käesoleva analüüsi jaoks tehtud materjalide otsingu tulemustest jäid need allikad välja.

Mürgistuste puhul oli oluline riskitegur ravimite ja kodukeemia hoidmine lastele kättesaadavas kohas. Eri riigid lähenevad siin ennetusele sarnaselt – suurt tähelepanu pööratakse vanemate teadlikkuse tõstmisele. Osades riikides, näiteks Suurbritannias rakendati ka vanemate varustamist kapi-lukkudega ning juhendati nende paigaldamise osas. Selline lähenemine võiks olla rakendatav ka Eestis, kuid arutelu vajab tegevuse korraldus ja vastutavad osapooled. Rootsi soovitusel töid välja, et lapsevanematel tuleb kaaluda, kas kemikaale üldse on vaja kodus hoida. Mürgistuste ennetamine puudutab eri valdkondi. Lisaks üksikisiku tasandile (teadlikkus) saab läheneda ka riiklikul tasandil, kus näiteks regulatsioonide kaudu määratakse ravimite ja kodukeemia pakenditele esitatavad nõuded.

Uppumised võivad leida aset kodu lähedal veekogus või ka vannis. Uppumiste ennetamisel olulisimateks meetmeteks on järelvalve ning ujumisõpetamine. Eraldi toodi välja ka veekogudele ligipääsu piiramine. Analüüsitud riikide materjalides peegeldus erinev lähenemine uppumiste ennetamisele. Soomes pööratakse suurt tähelepanu ujumisõpetamisele, kuid Rootsi materjalides toodi välja keskkonna kohandamine, näiteks piirete paigaldamine sh piiretele esitatavad nõuded.

Lapsed saavad põletusi peamiselt kuuma toidu või joogiga. Ka põletuste puhul lähenevad riigid ennetusele erinevalt. Suurbritannias pööratakse suurt tähelepanu kraanivee põletuste ennetamisele kuid põhjamaade materjalides mainiti seda vähe. Väikelaste vigastustele keskenduvad materjalid mainivad põgusalt ka põletusi, mis on seotud tulekahjudega, kuid seda teemat käesolevas analüüsis põhjalikumalt ei käsitletud. Ka põletuste puhul peegeldus just põhjamaid käsitlevates materjalides põhjalik lähenemine keskkonna kohandustele (pliidinuppude katmisest elektritööriistadega seotud ohutuse alaste soovitusteni).

Lämbumised lastel võivad olla seotud toiduga kuid ka näiteks mänguasjadega. Analüüsitud materjal oli ka siin erineva põhjalikkuse astmega. Huvitav oli Rootsi ennetusmeede, kus kohalikud omavalitsuses jagavad perekondadele mõõtesilindreid, mille abil saab veenduda, et lapse mänguasjad on suuremad kui 4,5 cm või Suurbritannia soovitus toidupalade kuju suhtes (piklik mitte ümar).

Mehaanilise jõu toime all käsitletakse nii löike- ja torkevigastusi kui ka näiteks lemmikloomade rünnet. Vigastuste tekkepõhjusena toodi ka näiteks murutraktoritega seotud õnnetus kuid riikide ennetusstrateegiad seda teemat ei käsitleanud. Lemmikloomadega seotud vigastuste ennetamisel toodi välja lapsevanemate suutlikkus ohuolukordi ära tunda. Tegemist on ekspertide hinnangul aktuaalse teemaga, mis käesolevasse analüüsi kaasatud teaduskirjanduses ja riiklikes strateegiates peegeldub vähe. Huvipakkuvana saab välja tuua näite Suurbritannias rakendatud ennetusprogrammist, kus lapsi õpetati koerte käitumist paremini jälgima.

Teaduskirjandus käsitleb sotsiaalmajanduslikku staatust kui lapse vigastuse riskitegurit üsna põhjalikult ning enamasti leiti, et madalam sotsiaalmajanduslik tase on vigastuse riskiteguriks. Kukkumise osas olid aga tulemused vastukäivad. Kõrgem sotsiaalmajanduslik tase võib olla kukkumise riskitegur, sest paremal järjel perekonnad saavad endale suurema tõenäosusega lubada elamispiinda, mis on mitmekorruseline või kus on rõdud, millelt lapsed võivad kukkuda. Sageli keskenduvad vigastuste ennetamise tegevused riskiperedele (madalam sissetulek, muu rahvus vms). Põhjamaade teaduskirjandus on aga viimastel aastatel proovinud juhtida tähelepanu asjaolule, et sotsiaalmajandusliku staatuse järgi sekkumiste planeerimine ei ole alati põhjendatud kuivõrd vigastused võivad aset leida kõikides peredes.

Laste vigastuste esinemine võib olla seotud ka nii lapse kui vanema tervisliku seisundiga. Mõnevõrra üllatuslikult ennetusstrateegiates neid tegureid ei käsitletud. Teema analüüsimiseks ennetusstrateegiate kontekstis tuleks teha täpsemini sihitud infootsingud.

Huvipakkuvaks teguriks vigastuste puhul oli vigastuse toimumise aeg. Vigastuste andmeid analüüsid leiti, et vigastused toimusid rohkem ajal, mil lapsed ei olnud koolis, lasteaias. See tähendab, et oluline seos võib olla järelvalve kui ühe meetmega vigastuste ennetamiseks. Vigastuse toimumise aega kui riskitegurit saab arvesse võtta sekkumiste planeerimisel.

Oluline tegur vigastuste toimumisel ja ennetamisel on lapsevanema teadlikkus ja hoiakud, mis mõjutab kõiki vigastuste liike. Sekkumised ongi sageli suunatud lapsevanemate teadlikkuse tõstmisele ja oskuste arendamisele. Käesoleva analüüsi jaoks uuritud ennetusstrateegiatele tuginedes on lapsevanemate teadlikkuse tõstmine tõendatult efektiivne lähenemine. Eraldi analüüsimist aga vajab metoodika, mida tuleks kasutada. Peamiselt rakendatakse nõustamist individuaalselt või grupis ning tegevus võib alata juba lapseootuse ajal. Nõustamine-juhendamine võib toimuda kodus, tervishoiua-

lutuses kuid näiteid oli ka kogukondade põhisest lähenemisest, mis võib toimuda näiteks kogukonnakeskuses. Sageli käib nõustamisega kaasa infomaterjalide jagamine ja mõnel juhul ka ohutusvahendite tasuta või soodsalt hinnaga jagamine. Nõustaja-juhendaja erialase ettevalmistuse osas oli erinevaid näiteid. Üllatuslikult ei toodud uuritud materjalides välja tervishoius töötavaid spetsialiste nagu tegevusterapeutid või ka füsioterapeutid, kelle väljaõpe võimaldab neil analüüsida inimese ja tema tegevuskeskkonna vahelisi seoseid ja märgata võimalikke ohukohti. Suurbritannias Šotimaal läbi viidud programmi tulemuste põhjal järeldati, et kodu ohutuse alast sekkumist võib läbi viia muu kui tervishoiuspetsialist.

Laste vigastuste ennetamist käsitletakse laste tervisekontrollidel kõikides analüüsitud riikides. Soomes, Rootsis ja Suurbritannias käsitletakse koduohutust ja laste vigastuste ennetamist perearsti meeskonna koduviitide käigus. Enamasti on koduviitide läbiviijaks õde, kes vajadusel juhendab ja nõustab perekonda koduohutuse osas, soovib kohandusi ja abivahendeid. Leiti ka, et kuigi kodukülastajatel on võimalus vigastuste ennetamise alaseks tegevuseks, jääb see sageli muude tööde taustal tagaplaanile. Vigastuste ennetamisest rohkem teadlikud spetsialistid rakendasid seda ka rohkem oma töös (114).

Eesti kohta on tehtud tervisetehnoloogiate hindamise raportis „Sünnijärgse koduviitide mõju hindamine“ soovitus luua süsteem et sünnijärgsed koduviitid toimiks enamiku esmassünnitajate ja riskirühma korduvsünnitajate juurde (165). Koduviitid on võimalus jõuda lapsevanemateni, kes ise aktiivselt tervishoiusüsteemi abi ei otsi. Raportis pakuti, et süsteem võiks olla rakendatav tervisekeskuste kaudu, kus on olemas vajalike teadmiste ja oskustega spetsialistid (näiteks ämmaemand, pereõde). Vajadust koduviitide järele hindaks sünnitusabimeeskond (165). Käesoleva analüüsi koostamisse kaasatud Eesti eksperdid koduviitide rakendamist Eestis praegu võimalikuks ei pea, sest esmatasandi tervisekeskuste jaoks tähendaks see suuremat tööjõuvajadust. Kui esmatasandi tervisekeskuste ja perearstikeskuste meeskonnas on ämmaemand, siis võiks see olla üks ämmaemanda tööülesannetest. Samas on võimalik, et praegu Eestis täidavad sarnast rolli osaliselt perekoolid, kes loengutes vastsündinu ja imiku turvalisust käsitlevad.

Üheks käesoleva analüüsi uurimisküsimuseks oli vigastuste korduvuse jälgimine. Analüüsitud materjalid andsid napilt infot vigastuste seire kohta riikides. Erandiks oli Rootsi, mille puhul tõi uuringu raames küsitlusele vastanud ekspert eraldi välja, et kohapeal vigastuste register puudub. Osaliselt võttis tegevused üle patsiendiregister. Samuti on Suurbritannia puhul käsitletud vigastuste registreerimise süsteemi CIRPP kasutuselevõttu. Vigastuste (või trauma-) register võimaldaks jälgida paremini vigastuste kordumist ning seeläbi tuvastada perekonnad, kes võiksid vajada täiendavat nõustamist laste ohutuse osas.

Vanemaealiste puhul on kodus tekkivate vigastuste uurimisel põhitähelepanu suunatud kukkumiste ja nendest põhjustatud vigastuste, peamiselt luumurdude, ennetamisele. Muude vigastuste kohta on väga keeruline täiendavat informatsiooni leida.

Vanemaealiste ennetussekkumise analüüsides selgus, et enamus neist on suunatud kukkumiste ennetamisele. Kaks kõige enam levinud vanemaealistele suunatud sekkumiste tüüpi on infomaterjalid (brošüürid, infolehed) ja kontrollnimekirjad. Infomaterjalid on üsna vastuolulise tõendusega. 2012. aasta süstemaatilises ülevaates (166) leiti, et tõendus selle kohta, et üksnes infomaterjalid on kukkumiste ennetamisel efektiivsed on ebaselge. 2020. aastal avaldatud randomiseeritud kontrollitud

uuring (135) näitas, et postiga saadetud infomaterjal, kukkumise riskide hindamine ning sellele järgnev võimlemine või multifaktoriaalne sekkumine ei hoia luumurde ära rohkem kui üksnes postiga saadetud infomaterjal. Viimasesse tulemusse tuleks ettevaatlikult suhtuda, sest tegemist on üksikuringuga.

Arvestades rahvastiku kiiret vananemist on Eestis väga oluline pöörata rohkem tähelepanu vanemaealiste iseseisvale toimetulekule. Riigikontrolli hiljutises auditis (3) antud soovitused on ametiisikutelt saanud toetavad vastused. Eestis on oodata, et infovahetus eri ametkondade vahel suureneb, nt KOV-il on õigus saada ülevaade puudega elanikest oma piirkonnas millega kaasneb kohustus 30 päeva jooksul inimesega abivajaduse selgitamiseks ühendust võtta. Heaolu suurendamise arengukava koostamisel on kaalutud teadlikkust suurendavaid meetmeid ja ennetavaid sekkumisi, mille hulgas on ka proaktiivsed kodukülastused vanemaealiste juurde, et leida need, kes abi ja tuge vajavad. Riigikontrolli soovitusel KOV-idele ennetustöö praktilise juhendi koostamise osas on vastanud Sotsiaalkindlustusameti peadirektor, et peale ennetustöö mõiste loomist seadusandluses, ollakse valmis seda tegema.

Norra praktikas kasutatakse oma omavalitsuse territooriumil elavate, kuid nii KOV-i kui tervishoiuteenuseid mitte kasutanud isikutele kodukülastuse kutse saatmise praktika oleks andmete kättesaadavuse korral ka Eestis rakendatav. Teenuseid mitte kasutanud vanemaealistele saadetakse koju kutse, milles pakutakse kodukülastuse võimalust ning antakse konkreetsed juhised külastusaja kokkuleppimiseks või kutse tagasilükkamiseks.

Rootsi uuringust (134) selgus, et üks populaarsemaid viise vanemaealiste ennetustegevusteks on korraldada neile ühisüritusi. Sama tuli välja Norra esindajatega tehtud intervjuudest, kus toodi esile, et samaealiste kokkukutsumised üritusteks ja selle käigus ka ennetustegevusteks, on kogukondades populaarsed.

Kodukülastuste kohta on vastakaid arusaamu. Kodukülastusi peetakse efektiivseks sekkumiseks kui sellele järgnevad järgmised visiidid, mille käigus kontrollitakse varem antud soovitude täitmist.

Uuringust, mille eesmärk oli hinnata tegevusterapeudi tehtud 65-aastaste ja vanemate kukkumisriskiga inimeste kodude hindamise ning vajadusel kohandamise efektiivsust ja kulutõhusust võrreldes nõ tavasekkumisega, kus patsiendile anti perearsti vastuvõtul infoleht kukkumisriskide kohta, selgus, et tegemist oli tavasekkumisest vähem efektiivse ja kallima sekkumisega. Antud uuring toetab varasemalt kirjandusest teada olevat soovitus (167) kasutada kodude hindamise ja kohandamise sekkumist suure kukkumisriskiga inimestel (167).

Metoodilised piirangud

Käesoleva analüüsi tulemuste tõlgendamisel tuleks arvesse võtta mõningaid metoodikast tulenevaid piiranguid.

Esiteks, analüüsitava materjali pärines eri allikatest. Kasutati nii teaduskirjanduse kui dokumentide analüüsimist kui ka ekspertide arvamuse kaasamist. Laste vigastuste ennetamise süsteemide kirjeldamisel tugineti Soome, Rootsi ja Sloveenia puhul lisaks kirjanduse ja dokumentide analüüsile küsi-

mustike vastustele. Tšehhi ja Suurbritannia puhul küsimustikele vastuseid ei saadud. Eakate vigastuste ennetamise süsteemide kaardistamisel tugineti lisaks kirjanduse ja dokumentide analüüsile intervjuule Norra ekspertidega. Küsimustikule vastas Suurbritannia esindaja. On võimalik, et kaasates analüüsi ainult teaduskirjanduse, dokumendid või ekspertarvamuse, oleksid tulemused põhjalikumad ja ühtlasemad. Samas võimaldas mitme allika kaasamine olukorra kirjeldamist eri aspektidest.

Teiseks, sageli kasutati masintõlke võimalust, mis toetas veebilehtede, dokumentide kontekstist aru saamist. Masintõlke puhul on võimalus, et midagi on valesti tõlgitud või mõistetud. Samuti ei ole kõigil veebilehtedel automaattõlke võimalust. Kodulehtedel, millel oli piisavalt ingliskeelseid lehekülgi võis juhtuda, et piirduti nendega ning originaalkeelne info jäi tähelepanuta.

Kolmandaks, väljakutseks osutus mõistete Eesti kontekstiga sidumine. Näiteks „*child health care center*“ tuleks tõlkida kui „laste tervisekeskus“ kuid ei ole selge, kas tegemist on meie perearstikeskuse või esmatasandi tervisekeskuse laadse asutusega või hoopis näiteks lastepoliklinikuga. Riikide tervisesüsteemide erisused ei olnud käesoleva analüüsi käsitusallas ja seetõttu võib tulemuste mõtestamine Eesti konteksti jaoks vajada täiendavat analüüsi.

Neljandaks, leitud teaduskirjanduse ilmumise aastad olid väga laias vahemikus. Näiteks Rootsi puhul jäi suur osa laste kodukeskkonnas toimuvate vigastuste ennetamist käsitlevat teaduskirjandust 1990. ja 2000. aastatesse. Ilmumisaastale piirangute mitteseadmine võimaldas saada hea ülevaate riikide prioriteetide muutumisest laste vigastuste ennetamisel. Näiteks Rootsis, kus laste koduvigastuste levimus on väga madal, keskendutakse praegu pigem vaba aja tegevuste nagu sportimine käigus tekkinud vigastuste ennetamisele.

Viiendaks, vigastuste tekkepõhjuste ja riskitegurite kaardistus põhineb väga suures osas tervisesüsteemis kogutud andmetel. See tähendab, et puudulikuks jääb ülevaade nende vigastuste kohta, mis toimusid kodus, kuid millega tervisesüsteemi poole ei pöördutud. Eraldi tuleks välja tuua võimalus, et haiglasse pöördumise valmidus võib olla sihtrühmades erinev. Näiteks on võimalik, et teisest rahvusest (sisserändajad) pöörduvad abi saamiseks tervisesüsteemi poole vähem. Käesolevas analüüsis ei uuritud abi saamiseks pöördumist ühiskonnagruppide lõikes.

Vigastusi ennetavate sekkumiste käsitlemisel oli üheks kriteeriumiks tulemuslikkuse tõendus. Analüüsi tulemused näitasid, et **tõenduspõhine info sekkumiste tulemuslikkuse, eriti tervisetulemuste vigastuste vähenemise kohta on napp**. Leidub mõningaid riiklikke (või isegi regionaalseid soovitusi) vigastuste ennetamiseks, mis sisaldavad viiteid teadusuuringutele. Mitmed sekkumised on rakendatud projektipõhiselt ning sellistel juhtudel oli võimalik leida raporteid tulemuste kohta. Teisalt, paljud riiklikud praktikad otseselt tõendusmaterjalile ei viita (näiteks erinevad kontrollnimekirjad). On võimalik, et juba riiklikult antud soovitusi tõenduspõhisust on uuritud, kuid info ei kajastu sekkumisi kirjeldavate materjalide juures. Sekkumiste tulemuslikkuse põhjalikumaks analüüsimiseks tuleks läbi viia täiendav uuring.

Info reageerimise süsteemide kohta oli samuti napp. Laste vigastuste ennetamisel on üldiselt teada, et kui tervisesüsteemis tuvastatakse lapse ohutusega seotud probleem, pöördutakse sotsiaalsüsteemi poole (lastekaitse või muu sotsiaalteenistuse osa). Päästeteenistuse roll käesoleva analüüsi tulemustele tuginedes on riigiti erinev ja tuleb esile peamiselt tuleohutusega seoses. Reageerimise süsteemide põhjalikumaks kaardistamiseks tuleks viia läbi edasine analüüs, mis võtaks fookusesse ainult selle teema.

JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Järeldused

Tuginedes uurimisküsimustele võib analüüsi tulemuste põhjal **laste** kodus tekkivate vigastuste ennetamise kohta järeldada, et suur osa vigastustest lastel leiab aset kukkumise tõttu. Sagedasemad on kukkumised mööblilt või trepilt. Kukkumise riskiteguriks on piirete puudumine (nt mähkimislaua) ja trepil värava puudumine. Mürgistuste puhul on riskiteguriks ravimite, kemikaalide hoidmine lastele kättesaadavas kohas. Uppumiste riskiteguriks on aedade, piirete puudumine veekogu juures, ujumisoskuse puudumine. Põletusvigastused lastel leiavad aset enamasti kuuma vedeliku või toidu sattumise tõttu lapse nahale. Lapsed saavad vigastada ka näiteks neile peale kukkuvate mööbliesemete või tehnika (telerid) tõttu. Samuti võib vigastuse põhjuseks olla loomahammustus. Poistel leiab vigastusi aset sagedamini kui tüdrukutel. Psühhiaatriliste haigustega lastel on suurem risk vigastuse tekkeks, samuti näiteks epilepsiaga lastel. Lapse vigastuse riskiteguriks võib olla ema noorem iga ning lapsevanemate madalam haridustase. Laste vigastuste puhul on üldiseks riskiteguriks täiskasvanu poolse järelvalve puudumine.

Kõigis analüüsitud riikides (Soome, Rootsi, Sloveenia, Suurbritannia ja Tšehhi) pööratakse vigastuste ennetamisel tähelepanu keskkonna turvalisusele ning lapsevanemate oskustele, teadlikkusele. Analüüsitud materjalidest selgus, et riikide prioriteedid ressursikasutuse mõttes on siiski erinevad (näiteks Sloveenias on fookus seadusandlusel ja reeglitel, Rootsi puhul keskkonnakohandustel ja kogukonna kaasamisel ning Soomes indiviidi tasandi tegevustel). Analüüsitud riikides rakendatakse laste vigastuste ennetamise meetmeid eelkõige tervisesüsteemi kaudu ning sekkumised algavad juba lapseootuse ajal. Riskide hindamise instrumentidena soovitatakse ja kasutatakse sagedamini erinevaid kontrollnimekirju, mis võivad olla erineva detailsusega. Analüüsitud riikidest vaid Rootsi ja Suurbritannia puhul oli võimalik käsitleda vigastuste seiret. Teiste riikide puhul ei ole teada, kas vigastuste registrit ei peeta ning kas ja kuidas toimub vigastuste korduvuse jälgimine.

Info reageerimise süsteemide kohta oli analüüsitud materjalides napp. Välja toodi, et laste vigastustega tegelevad tervishoiutöötajad pöörduvad sotsiaalteenistuse spetsialisti poole, kui on kahtlus, et laps võib olla ohus või hooletusse jäetud.

Eri riikides jälgib lapse kodukeskkonna turvalisust enamasti koduviiti tegev tervisesüsteemi töötaja (enamasti õde või ämmaemand), kelle ülesandeks on tavaliselt ka kodu turvalisemaks muutmiseks soovitude andmine, nõustamine kohanduste osas. Süsteemide omavaheline koostöö oli analüüsitud materjalides kirjeldatud napilt ning ka reageerimise süsteemide kohta leiti infot vähe. Laste vigastustele reageerimises on roll tervisesüsteemil kuid ka sotsiaalsüsteemil ja päästeteenistustel. Kui tervisesüsteemi töötajal on kahtlus, et lapse kodu ei ole turvaline, teatakse sellest esimesena sotsiaalsüsteemi töötajale.

Käesoleva analüüsi raames hinnati 9 sekkumist laste vigastuste ennetamiseks. Lapsevanematele suunatud sekkumised on peamiselt seotud vanemate teadlikkuse tõstmisega lasteohutusest. Sekkumiste osaks on sageli infomaterjalid (plakatid, voldikud, brošüürid). Avalikkusele suunatud materjale avaldatakse trükistena või veebilehekülgedena (näiteks juhendeid ei trükita vaid luuakse spetsiaalne lehekülg laste ohutuse teema käsitlemiseks). Kogukonna ja riiklikul tasandil viiakse ennetavad sekkumised enamasti läbi tervisesüsteemi kaudu peamiselt esmatasandil. Sekkumise läbiviijaks on sellistel juhtudel näiteks perenõuandlased, perearstikeskuste töötajad. Laste vigastuste ennetamine on osa laste tervisekontrollidel käsitletavatest teemadest. Mitmes riigis käsitletakse laste vigastuste ennetamise koduviitidel. Analüüsi kaasatud sekkumisi hinnanud ekspertide arvates Eestis koduviitidel põhinev lähenemine tööjõuressursi puudumise tõttu rakendatav ei ole. Sekkumiste kohaldamisel Eestile tulekski eelkõige arvestada tööjõuressurssidega ning kaardistada väljaõppevajadus. Lapsevanemate teadlikkuse tõstmist üldisest ohutusest pidasid eksperdid vajalikuks ja üldiselt kohaldatavaks.

Koostatud analüüsi põhjal saab järeldada, et **vanemaealistel põhjustavad** vigastusi peamiselt kukkumised. 30% 65-aastastest ja vanematest kukub igal aastal. Vanemaealiste kukkumiste peamised riskitegurid on kõrgem vanus ja eelnenud kukkumised. Olulised riskitegurid on kõnnaku- ja tasakaaluprobleemid, kroonilised haigused, kukkumishirm, halb nägemine, igapäevategevuste piiratus. Keskkonnast tulenevad olulised kukkumiste riskitegurid on käsipuude puudumine treppidel, hämar või pimestav valgustus, ebatasased ja libedad põrandad. Teadusuuringud näitasid ravimite ja kukkumiste vahel olulisi seoseid. Kukkumiseriski suurendavad lingudiureetikumide, digoksiini, digitalise, antidepressantide, bensodiasepiinide, opioidide, antikonvulsantide kasutamine ning polüfarmakoterapia.

Tuleõnnetuste olulised riskitegurid on üksinda elamine, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, vähesed tuleohutusabinõud majapidamistes. Põletusi saadakse peamiselt kuuma vee, süttinud riiete, tulleliste kööginõude ja järelvalveta jäänud küünalde tõttu.

Mürgistuste peamine tekkepõhjus on mitmete ravimite koos kasutamine.

Vanemaealiste vigastuste ennetamise sekkumistes keskendutakse peamiselt kukkumiste ennetamisele. Kukkumiste ennetamisel on suur roll tervishoiutöötajatel, kelle poole kukkunud vanemaealised pöörduvad. Kuna kukkumised on enamasti põhjustatud mitmete riskitegurite koos esinemisest, tehakse kukkunud vanemaealisele igakülgne geriaatriline hindamine, mis võimaldab saada põhjaliku ülevaate patsiendi tervislikust seisundist ja võimalikest kukkumise põhjustest. Samuti annab see aluse täpsete individuaalsete sekkumiste (nt abivahendid) määramiseks.

Analüüsides Suurbritannia, Norra ja Soome ennetuskogemusi põhjalikumalt, selgus, et kõik riigid panustavad oluliselt inimeste, nii vanemaealiste kui nende lähedaste teadlikkuse suurendamisele. Palju kasutatakse selleks infomaterjale (infolehed, brošüürid). Teine sagedasti kasutatav meetod on kontrollnimekirjad, mis on mõeldud vanemaealistele oma koduse keskkonna igakülgse turvalisuse hindamiseks. Teatud kontrollnimekirjade põhjal teevad hindamisi ka kodusid külastavad spetsialistid.

Riikide analüüsist jäi silma, et ennetustegevustes juhendatakse strateegiadokumentidest, milles on toodud ennetuse eesmärgid.

Suurbritannias teevad sotsiaal-, tervishoiu ja päästevaldkond koostööd vigastuste ennetamisel ja varajasel sekkumisel. Valdkondade esindajad on kokku leppinud põhimõtted, millest juhindutakse ning mille järgi saab kohalikeks omavalitsustes vastavalt sealsetele vajadustele ja võimalustele sekkumisi luua.

Soomes on ennetustegevustes olulisel kohal liikumise propageerimine.

Norra kogemusest selgus, et kohalike omavalitsuste, päästeameti ja teiste osapoolte koostöö saab olla edukas kui osapooled tulevad omavahel kokku ning avatult arutavad läbi oma rolli ja teiste osapoolte toetamise võimalused.

Soovitused

Tulenevalt uurimiseks valitud riikide analüüsist saab soovitada järgnevat:

- Eestis tuleks kokku leppida asutus, mis koordineeriks ja vastutaks koduvigastuste ennetustegevuste ja valdkondadeülese koostöö eest. See on aluseks, et luua kodus toimuvate vigastuste ennetamise terviklik käsitus. Kohalikud omavalitsused saaksid ennetustegevustesse paremini panustada kui seadusandluses oleks nende roll ja vastutus täpsemalt määratletud.
- Tuleks kirjeldada vigastuste ennetamise ja reageerimise süsteem tervikuna tuues välja süsteemide omavahelised kokkupuutekohad ja info liikumine. See võimaldaks ühtlustada vigastuste käsitlemist sh juhtumite suunamist näiteks sotsiaalsüsteemi.
- Vigastuste ennetamist käsitleva avalikkusele (tavakodanikule) suunatud materjali võiks avaldada näiteks veebilehel, kus kirjeldatakse enamlevinud vigastuse liike ning kust leiaks informatsiooni vigastuste tekkepõhjuste, koduohutuse ja võimalike lahenduste kohta ja kust muuhulgas saaks alla laadida kontrollnimekirju, mis hõlbustaks kodu ohutuses veendumist.
- Vanemaealistele, kellel ei ole varasemat kokkupuudet KOV-i teenustega, tuleks saata 75-aastaseks saades koju kiri/kutse, kus pakutakse kodukülastust. Kutse sisaldaks juhendit kuidas saab kodukülastuse aja kokku leppida või kutsest loobuda.
- Tuleks muuta vanemaealiste iga-aastased tervisekontrollid kohustuslikuks. Tervisekontrollide ja kutse saatmise vanusepiir tuleks kokku leppida vastavalt Eesti oludele. Selleks on mõistlik konsulteerida tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna praktikutega.
- Vanemaealiste tervisekontrollide läbiviimine ja kukkumiste käsitlemine esmatasandil vajab konkreetset käsitusjuhendit, mis aitaks mh ennetustööd paremini korraldada, sellega seoses hoida patsientidel ära luumurde ning neist tulenevaid kulusid tervishoiule ja ühiskonnale.
- Välja tuleks selgitada koduviitide tegemise võimekus laste tervisekontrollide raames ja süsteemi osade rollid selles tegevuses.
- Tervishoiuspetsialistidele (õed, ämmaemandad, muud tervishoiuteenuse osutamisel osalevad spetsialistid) tuleks luua soovitused või juhendid laste vigastuste ennetamise käsitlemiseks vastuvõttudel. Samuti tegutsemiseks olukorras, kus tuvastatakse võimalik oht lapsele.
- Tuleks koolitada perearste ja -õdesid kukkumistele rohkem tähelepanu pöörama, vanemaealistele ravimeid välja kirjutavaid arste jälgima kukkumisohtu suurendavate ravimite kasutamist. Koolitada koduõdesid ja koduviite tegevaid teisi ametkondi märkama vanemaealiste seisukorda ja võimalikke ohutegureid nende keskkonnas.

Aruteluseminaril osalenud olid üksmeelselt toetavad välja toodud ettepanekutest kolme suhtes, millest kaks on universaalselt sobivad nii laste kui vanemaealiste vigastuste ennetamise seisukohast:

1. Kodukeskkonnas tekkivate vigastuste ennetamine vajab ühte asutust, mis oleks valdkonna eestvedaja ja erinevate osapoolte kokkutooja. Vastavate õiguste ja võimalustega on selleks sobilik Sotsiaalministeerium või ka näiteks Tervisekassa.
2. Nii uuritud sihtrühmade kui nende lähedaste teadlikkuse suurendamine aitaks ära hoida osa vigastusi. Lastega perede jaoks on loodud „Tarkvanem.ee” veebileht, kuid hetkel seal vigastuste ennetamist ei käsitleta. Vanemaealiste vigastuste ennetamiseks informatsiooni edastamise kanal puudub.
3. Vanemaealiste vigastuste oluline põhjustaja on tervis. Vanemaealiste tervise jälgimiseks ja vigastuste ennetamiseks on vajalik luua ravijuhend esmatasandile.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Väärsi K, Kirpu V. Laste vigastused Eestis aastatel 2016–2018. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2019.
2. Panov L. Vanemaealiste vigastused 2016–2020. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2022.
3. Riigikontroll. Eakate sotsiaalsete probleemide märkamise omavalitsustes: kuidas on ennetustöö eakate probleemide märkamiseks KOVides korraldatud ja mis on sellega seotud peamised takistused? Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Tallinn; 2021. (<https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx>).
4. Lacarra B, Guyet-Job S, Pédrone G, le Rouzic MA, Dufour D, Thélot B, et al. Accidents de la vie courante chez les enfants âgés de moins d'un an: expérience sur 10 ans. *Arch Pediatr* 2017;24:703–11.
5. Macgregor D. Accident and emergency attendances by children under the age of 1 year as a result of injury. *Emerg Med J* 2003;20:21–4.
6. Kendrick D, Zou K, Ablewhite J, Watson M, Coupland C, Kay B, et al. Risk and protective factors for falls on stairs in young children: Multicentre case-control study. *Arch Dis Childhood* 2016;101:909–16.
7. Kendrick D, Majsak-Newman G, Benford P, Coupland C, Timblin C, Hayes M, et al. Poison prevention practices and medically attended poisoning in young children: Multicentre case-control study. *Inj Prev* 2017;23:93–101.
8. World Health Organization. Global report on drowning. Preventing a leading killer. Geneva; 2014.
9. World Health Organization. WHO Guideline on the prevention of drowning through provision of day-care, and basic swimming and water safety skills. Geneva; 2021.
10. Yates J, McKay M, Nicholson AJ. Patterns of scald injuries in children-has anything changed? Royal College of Surgeons in Ireland. 2011. (https://repository.rcsi.com/articles/journal_contribution/Patterns_of_scald_injuries_in_children--has_anything_changed_/10788908/1).
11. Čelko AM, Grivna M, Dáňová J, Barss P. Severe childhood burns in the Czech Republic: Risk factors and prevention. *Bull World Health Organ* 2009;87:374–81.
12. Phillips CJ, Humphreys I, Kendrick D, Stewart J, Hayes M, Nish L, et al. Preventing bath water scalds: a cost-effectiveness analysis of introducing bath thermostatic mixer valves in social housing. *Inj Prev* 2011;17:238–43.
13. Kendrick D, Stewart J, Smith S, Coupland C, Hopkins N, Groom L, et al. Randomised controlled trial of thermostatic mixer valves in reducing bath hot tap water temperature in families with young children in social housing. *Arch Dis Child* 2011;96:232–9.
14. Burgess J, Cameron C, Watt K, Kimble R. Cool Runnings—an app-based intervention for reducing hot drink scalds: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2016;17:388.
15. Lonie S, Baker P, Teixeira R. Steam vaporizers: A danger for paediatric burns. *Burns* 2016;42:1850–3.

16. Street JR, Wright JCE, Choo KL, Fraser JF, Kimble RM. Woodstoves uncovered: a paediatric problem. *Burns* 2002;28:472–4.
17. Cusimano MD, Parker N. Toppled television sets and head injuries in the pediatric population: a framework for prevention. *J Neurosurg-Pediatr* 2016;17:3–12.
18. Talathi NS, Ganley TJ, Shea KG, Schwend RM, Baldwin KD. Pediatric lawnmower injuries and strategies for prevention: a systematic review. *JBJS Rev* 2018;6:e9.
19. Racaite J, Surkiene G. 237 The prevalence of home related injuries among children under five attending preschool education establishments in Lithuania. *Inj Prev* 2016;22(Suppl 2):A86.2-A87.
20. Náhlík J, Eretová P, Chaloupková H, Vostrá-Vydrová H, Šebková NF, Trávníček J. How parents perceive the potential risk of a child-dog interaction. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:564.
21. Agnafors S, Torgerson J, Rusner M, Kjellström AN. Injuries in children and adolescents with psychiatric disorders. *BMC Public Health* 2020;20:1273.
22. Bonander C, Beckman L, Janson S, Jernbro C. Injury risks in schoolchildren with attention-deficit/hyperactivity or autism spectrum disorder: Results from two school-based health surveys of 6- to 17-year-old children in Sweden. *J Safety Res* 2016;58:49–56.
23. Olsson A. Barns och ungas säkerhet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB); 2011. (<https://www.msb.se/sv/publikationer/barns-och-ungas-sakerhet/>).
24. Mulvaney C, Kendrick D. Do maternal depressive symptoms, stress and a lack of social support influence whether mothers living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury? *Child Care Health Dev* 2006;32:311–9.
25. Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Andersson R. Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatr* 2001;90:61–8.
26. Andersen IK, Lauritsen J. Social inequalities in unintentional childhood injury incidence suggest subgroup identification and differentiation in the municipal planning of preventive efforts. *Scand J Public Health* 2020;48:200–6.
27. Laursen B, Nielsen JW. Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *Eur J Public Health* 2008;18:366–70.
28. Ablewhite J, Kendrick D, Watson M, Shaw I. Maternal perceptions of supervision in pre-school-aged children: a qualitative approach to understanding differences between families living in affluent and disadvantaged areas. *Prim Health Care Res* 2015;16:346–55.
29. Garzon DL, Lee RK, Homan SM. There's no place like home: a preliminary study of toddler unintentional injury. *J Pediatr Nurs* 2007;22:368–75.
30. Nouhjah S, Kalhori SRN, Saki A. Risk factors of non-fatal unintentional home Injuries among children under 5 years old; a population-based study. *Emergency* 2017;5:e6.
31. Beiki O, Karimi N, Mohammadi R. Parental educational level and injury incidence and mortality among foreign-born children: a cohort study with 46 years follow-up. *J Inj Violence Res* 2014;6:37–43.

32. McLoughlin RJ, Hazeltine MD, Durgin J, Schmidt A, Hirsh MP, Cleary MA, et al. A national analysis of pediatric falls from a building. *Injury* 2021;52:831–6.
33. Eriksson M, Lindgren U, Ivarsson A, Ng N. The effect of neighbourhood social capital on child injuries: A gender-stratified analysis. *Health Place* 2019;60:102205.
34. Brown CE, Chishti P, Stone DH. Measuring socio-economic inequalities in the presentation of injuries to a paediatric A&E department: The importance of an epidemiological approach. *Public Health* 2005;119:721–5.
35. Richards H, Kokocinska M, Lewis D. A five year review of paediatric burns and social deprivation: Is there a link? *Burns* 2017;43:1183–8.
36. Carlsson A, Udén G, Hå A, Karlsson ED. Burn injuries in small children, a population-based study in Sweden. *J Clin Nurs* 2005;15:129–34.
37. Jones S, Tyson S, Young M, Gittins M, Davis N. Patterns of moderate and severe injury in children after the introduction of major trauma networks. *Arch Dis Childhood* 2019;104:366–71.
38. McGuire F, Hegarty M, Jennings P, Marsden P. Fancy a cup of scald? The role of hot beverage burns in paediatric burns admissions in Ireland. *Ir Med J* 2017;110:583.
39. Macinnes K, Stone DH. Stages of development and injury: An epidemiological survey of young children presenting to an emergency department. *BMC Public Health* 2008;8:120.
40. European Child Safety Alliance. Child safety report card 2012. Finland. 2012. (https://thl.fi/documents/10531/96257/2012_Finland_child_safety_country_profile.pdf).
41. Korpilahti U, Koivula R, Doupi P, Jakoaho V, Lillsunde P. Safely at All Ages: programme for the prevention of home and leisure injuries 2021–2030. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2020.
42. Government Decree 338/2011 on maternity and child health clinic services, school and student health services and preventive oral health services for children and youth. 2011. (<https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2011/en20110338.pdf>).
43. kotitaturma.fi. Alle 1-vuotiaiden turvallisuuden tarkistuslista. 2022. (<https://www.kotitaturma.fi/alle-1-vuotiaiden-turvallisuuden-tarkistuslista/#61d6ca98>).
44. kotitaturma.fi. 1–3-vuotiaiden lasten turvallisuuden tarkistuslista. 2022. (<https://www.kotitaturma.fi/1-3-vuotiaiden-lasten-turvallisuuden-tarkistuslista/#61d6ca98>).
45. kotitaturma.fi. 4–6-vuotiaiden lasten turvallisuuden tarkistuslista. 2022. (<https://www.kotitaturma.fi/4-6-vuotiaiden-lasten-turvallisuuden-tarkistuslista/#61d6ca98>).
46. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(3):CD006020.
47. National Institute for Health and Welfare. Safety for your baby. Checklist: under 1 year. 2021. (https://frantic.s3.eu-west-1.amazonaws.com/kotitaturma/2019/09/20125200/Alle-1v_tarkistuslista-2019_UUSI-eng-GB.pdf).

48. National Institute for Health and Welfare. Safety for your child. Checklist: 1 to 3 years. 2021. (https://frantic.s3.eu-west-1.amazonaws.com/kotitapaturma/2019/09/20124919/1-3v_tarkistuslista-2019_UUSI-eng-GB.pdf).
49. National Institute for Health and Welfare. Safety for your child. Checklist: 4 to 6 years. 2021. (https://frantic.s3.eu-west-1.amazonaws.com/kotitapaturma/2020/12/01170815/4-6v_tarkistuslista-2021_ENG_LR-1.pdf).
50. Lepistö J, Heliskoski J. Safe and incident-free daily life 2025. Helsinki; 2019.
51. Terveystieteiden tutkimuskeskus THL. Tapaturmat puheeksi neuvolassa. (<https://www.julkari.fi/handle/10024/136984>).
52. Pelastustoimi. (<https://pelastustoimi.fi/en/home>).
53. Bergman AB, Rivara FP. Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics* 1991;88:69–74. (<http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/88/1/69/1030391/69.pdf>)
54. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L, Risto O. Evaluation of a child safety program based on the WHO Safe Community model. *Inj Prev* 2002;8:23–6.
55. de Leon AP, Svanström L, Welander G, Santesson P, Schelp L, Ekman R. Differences in child injury hospitalizations in Sweden: The use of time-trend analysis to compare various community injury-prevention approaches. *Scand J Public Health* 2007;35:623–30.
56. Berfenstam R. Sweden's pioneering child accident programme: 40 years later. *Inj Prev* 1995;1:68–9.
57. Ellsäcker G, Berfenstam R. International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. *Inj Prev* 2000;6:41–5.
58. Kemikalieinspektionen. Reduce the risk of accidents. 2020. (<https://www.kemi.se/en/chemicals-in-our-everyday-lives/chemicals-in-childrens-everyday-lives/reduce-the-risk-of-accidents>).
59. Svenska Livräddningssällskapet. En Vattensäker Kommun. (<https://svenskalivreddningssallskapet.se/sakerhet/en-vattensaker-kommun>).
60. Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Inj Prev* 1998;4:176–80.
61. European Child Safety Alliance. Child Safety Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. 2006. (<https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/good-practice-guide.pdf>).
62. Carlsson A, Bramhagen AC, Jansson A, Dykes AK. Precautions taken by mothers to prevent burn and scald injuries to young children at home: An intervention study. *Scand J Public Health* 2011;39:471–8.
63. Swedish Association of Local Authorities and Regions. Rikshandboken - The National Handbook for Child Health Services. 2019. (<https://www.rikshandboken-bhv.se/rhb/om-rikshandboken/rikshandboken--the-national-handbook-for-child-health-services/>).
64. Swedish Association of Local Authorities and Regions. Barnsäkerhet i hemmet. (<https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor--levnadsvanor/barnsakerhet/i-hemmet/>).

65. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen; 2014. (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf>)
66. Jansson A, Sivberg B, Larsson W, Udén G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child healthcare: home visit or visit to the clinic? *Acta Paediatr* 2002;91:571–7.
67. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Råd till privatpersoner. (<https://www.msb.se/sv/rad-till-privatpersoner/>).
68. Boverket. Barnsäkerhet. 2020. (<https://www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/regler-om-byggande/boverkets-byggregler/sakerhet-vid-anvandning/barnsakerhet/>).
69. Swedish Association of Local Authorities and Regions. Orosanmälan till socialtjänsten. 2019. (<https://www.rikshandboken-bhv.se/livsvillkor--levnadsvanor/barn-som-riskerar-att-fara-illa/orosanmalan-till-socialtjansten/>).
70. Socialstyrelsen. Patientregistret. 2021. (<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/>).
71. European Child Safety Alliance. Child safety report card 2012. Slovenia. 2012. (https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/poskodbe_in_zastrupitve_1.pdf).
72. Rok Simon M, Bilban M, Mramor M. Poškodbe otrok in mladostnikov - problem tudi v Sloveniji. Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018. (<https://www.nijz.si/sl/poskodbe-otrok-in-mladostnikov-problem-tudi-v-sloveniji-0>).
73. Vlada Republike Slovenije. Strategija Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012–2020. 2011. (<https://www.gov.si teme/zdravje-otrok-in-okolje/>).
74. Vlada Republike Slovenije. Akcijski načrt izvajane strategije Republike Slovenije za zdravje otrok v povezavi z okoljem 2012–2020. 2011. (<https://www.gov.si teme/zdravje-otrok-in-okolje/>).
75. Rok Simon M. Poskrimbo za varnost otrok. 6. mesec. 2019. (<https://zdaj.net/casovnica-preventivnih-pregledov/6-mesec-preventivni-pregled/>).
76. Rok Simon M. Poskrimbo za varnost otrok. 9. mesec. 2019. (<https://zdaj.net/casovnica-preventivnih-pregledov/9-mesec-preventivni-pregled/>).
77. National Institute of Public Health Slovenia. Pogljetje in preverite, ali je vaš dom varen za dojenčka? 2021. (<https://zdaj.net/casovnica-preventivnih-pregledov/2-teden-obisk-novorojencka-patronazna-medicinska-sestra/>).
78. National Institute of Public Health Slovenia. Predšolski otrok. 2021. (<https://zdaj.net/kategorija/otrok/predsolski-otrok/>).
79. Public Health England. Preventing unintentional injuries. A guide for all staff working with children under five years. 2017. (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/595017/Preventing_unintentional_injuries_guide.pdf).
80. Nidirect. Preventing accidents at home. (<https://www.nidirect.gov.uk/information-and-services/healthy-lives/preventing-accidents-home>).

81. NHS Greater Glasgow & Clyde. Not for Play, Keep Them Away. Year three. September 2015–August 2016. NHS Greater Glasgow & Clyde. 2017.
82. NHS Greater Glasgow & Clyde. Not For Play, Keep Them Away. Year four. August 2016–July 2017. 2018.
83. The Royal Society for the Prevention of Accidents. Scotland's big book of accident prevention. Edinburgh; 2015.
84. Meints K, de Keuster T. Brief report: don't kiss a sleeping dog: the first assessment of "The Blue Dog" bite prevention program. *J Pediatr Psychol* 2009;34:1084–90.
85. Department of Health SS and PS. Home accident prevention strategy 2015–2025. 2015. (<https://www.health-ni.gov.uk/publications/home-accident-prevention-strategy-and-reports>).
86. Burnett C. Scotland's Home Safety Equipment Scheme. Phase 2 evaluation. 2016.
87. Care and Repair Scotland. More about us. (<http://careandrepairsotland.co.uk/about-us/>).
88. UK government. English Housing Survey. 2021. (<https://www.gov.uk/government/collections/english-housing-survey>).
89. Keall MD, Ormandy D, Baker MG. Injuries associated with housing conditions in Europe: a burden of disease study based on 2004 injury data. *Environ Health: Glob Access Sci Source* 2011;10.
90. Department for Levelling Up H and C. English Housing Survey. Headline report 2020–2021. 2021. (<https://www.gov.uk/government/statistics/household-resilience-study-wave-3>).
91. Ministry of Housing C& LG. English Housing Survey. Stock condition, 2016. 2018. (<https://www.gov.uk/government/statistics/english-housing-survey-2016-stock-condition>).
92. Doraiswamy N. Injury surveillance in a children's hospital-overcoming obstacles to data collection. *J Accid Emerg Med* 1999;16:189–93.
93. Stone DH, Doraiswamy N v. The Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP) in the UK: a pilot study Conclusions-CHIRPP offers hospitals, public health departments, and government agencies in the UK a promising tool for plan-ning national, regional, and local injury prevention. *Inj Prev* 1996;2:47–51.
94. Ness V, Hoskins R, Robb A. The use of childhood injury surveillance within a general accident and emergency department. *Accid Emer Nurs* 2002;10:170–6.
95. Government of Canada. Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. 2020. (<https://www.canada.ca/en/public-health/services/injury-prevention/canadian-hospitals-injury-reporting-prevention-program.html>).
96. European Child Safety Alliance. Child Safety Report Card 2009: Europe Summary for 24 Countries. 2009. (https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20101212/20101212_d1-00_oth_en_ps.pdf)
97. Grivna M, Čelko A, Benešova V. Perspective in the prevention of childhood injuries in the Czech Republic. *Czech-Slovak Pediatrics* 2006;61:374378.

98. Průchová D, Švancarová A, Truellová I. Comparison of standardized injury mortality rates of children in the Czech Republic and in foreign countries. *Prev úrazů, otrav a násilí* 2010;1:78–88.
99. Bobak M, Pikhart H, Koupilová I. Maternal socioeconomic characteristics and infant mortality from injuries in the Czech Republic 1989–92. *Inj Prev* 2000;6:195–8.
100. World Health Organization. Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic. 2017. (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/332906/ACE-Czh-survey.pdf).
101. National Coordination Center for Injury Prevention V and CS. Home injuries. (<https://www.nkcpcu.cz/domaci-urazy>).
102. Státní zdravotní ústav – Centrum podpory veřejného zdraví. Prevence dětských úrazů v domácnostech. (http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/plakaty/prevenceurazdomacnost140_150_opt.pdf).
103. Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure RJ. The “WHO Safe Communities” model for the prevention of injury in whole populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(3):CD004445.
104. Lindqvist K, Lindholm L. A cost-benefit analysis of the community-based injury prevention programme in Motala, Sweden—a WHO Safe Community. *Public Health* 2001;115:317–22.
105. Burgess J, Watt K, Kimble RM, Cameron CM. Combining technology and research to prevent scald injuries (the Cool Runnings intervention): Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2018;20:e10361.
106. Home Accident Prevention Inventory-HAPI. (<https://www.gacasa.org/wp-content/uploads/2018/08/HAPI-Assessment-Form.pdf>).
107. Tertinger DA, Greene BF, Lutzker JR. Home safety: development and validation of one component of an ecobehavioral program for abused and neglected children. *J Appl Behav Anal* 1984;17:159–74.
108. Metchikian KL, Mink JM, Bigelow KM, Lutzker JR, Doctor RM. Reducing home safety hazards in the homes of parents reported for neglect. *Child Fam Behav Ther* 1999;21:23–34.
109. Cordon IM, Lutzker JR, Bigelow KM, Doctor RM. Evaluating Spanish protocols for teaching bonding, home safety, and health care skills to a mother reported for child abuse. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1998;29:41–54.
110. Bureau of Labor Statistics. National Longitudinal Surveys. The HOME (Home Observation Measurement of the Environment). (<https://www.nlsinfo.org/content/cohorts/nlsy79-children/topical-guide/assessments/home-home-observation-measurement>).
111. Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment revisited. *Child Adolesc Ment Health* 2004;9:25–35.
112. The Royal Society for the Prevention of Accidents. Safe at Home: Tips for Under-5s. (www.rospa.com/keeping-kids-safe).
113. HSE Ireland. Child Safety Checklist. 2020. (<https://assets.hse.ie/media/documents/child-safety-checklist-for-parents-including-child-proofing.pdf>).

114. Cowley S, Whittaker K, Grigulis A, Malone M, Donetto S, Wood H, et al. Why Health Visiting? A review of the literature about key health visitor interventions, processes and outcomes for children and families. London: King's College London; 2013.
115. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid.-Based Child Health* 2013;8:761–939.
116. World Health Organization. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva; 2021. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340962/9789240021914-eng.pdf>).
117. Bergen G, Stevens MR, Kakara R, Burns ER. Understanding modifiable and unmodifiable older adult fall risk factors to create effective prevention strategies. *Am J Lifestyle Med* 2021;15:580–9.
118. Lord SR, Sherrington C, Naganathan V, eds. Falls in older people: risk factors, strategies for prevention and implications for practice. 3rd ed. Cambridge University Press; 2021.
119. Centers for Disease Control and Prevention. Risk factors for falls: fact sheet. 2017. (<https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-FactSheet-RiskFactors-508.pdf>).
120. de Vries M, Seppala LJ, Daams JG, van de Glind EMM, Masud T, van der Velde N. Fall-risk-increasing drugs: a systematic review and meta-analysis: I. Cardiovascular drugs. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19:371.e1–371.e9.
121. Seppala LJ, Wermelink A, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: a systematic review and meta-analysis: II. Psychotropics. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19:371.e11–371.e17.
122. Seppala LJ, van de Glind EMM, Daams JG, Ploegmakers KJ, de Vries M, Wermelink A, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: a systematic review and meta-analysis: III. Others. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19:372.e1–372.e8.
123. Xu T, Clemson L, O'Loughlin K, Lannin NA, Dean C, Koh G. Risk factors for falls in community stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99:563–573.e5.
124. Jansen S, Bhangu J, de Rooij S, Daams J, Kenny RA, van der Velde N. The association of cardiovascular disorders and falls: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:193–9.
125. Racey M, Markle-Reid M, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Gagne H, Hunter S, et al. Fall prevention in community-dwelling adults with mild to moderate cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2021;21:689.
126. Nilson F, Lundgren L, Bonander C. Living arrangements and fire-related mortality amongst older people in Europe. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2020;27:378–84.
127. Sen S, Romanowski K, Miotke S, Palmieri T, Greenhalgh D. Burn prevention in the elderly: identifying age and gender differences in consumer products associated with burn injuries. *J Burn Care Res* 2021;42:14–7.

128. Jiang A, Belton KL, Fuselli P. Evidence summary on the prevention of poisoning in Canada. Toronto; 2020. (<https://parachute.ca/wp-content/uploads/2020/11/Evidence-Summary-on-Poisoning-in-Canada-UA.pdf>).
129. NICE. Falls: Assessment and prevention of falls in older people: NICE clinical guideline 161. 2013. (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>).
130. AGS/BGS. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:148–57.
131. Blain H, Miot S, Bernard PL. How can we prevent falls? In: *Orthogeriatrics, Practical Issues in Geriatrics*. 2021. (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-030-48126-1.pdf>).
132. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Striffler L, et al. Comparisons of interventions for preventing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2017;318:1687–99.
133. Dautzenberg L, Beglinger S, Tsokani S, Zevgiti S, Rajimann R, Rodondi N, et al. Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: a systematic review and network meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2021;69:2973–84.
134. Bajraktari S, Sandlund M, Zingmark M. Health-promoting and preventive interventions for community-dwelling older people published from inception to 2019: a scoping review to guide decision making in a Swedish municipality context. *Arch Public Health* 2020;78:97.
135. Lamb SE, Bruce J, Hossain A, Ji C, Longo R, Lall R, et al. Screening and intervention to prevent falls and fractures in older people. *N Engl J Med* 2020;383:1848–59.
136. NHS England, Public Health England. Working Together - how health, social care and fire and rescue services can increase their reach, scale and impact through joint working. 2016. (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/working-together.pdf>).
137. Public Health England, NHS England. Consensus Statement on Improving Health and Wellbeing between NHS England, Public Health England, Local Government Association Chief Fire Officers Association and Age UK. 2015. (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/joint-consens-statement.pdf>).
138. NHS England, Public Health England. Principles for a 'Safe and Well' visit by a Fire and Rescue Service. 2015. (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/safe-well-visit-principles.pdf>).
139. West Yorkshire Fire and Rescue Service. Safe and Well visits. 2022. (<https://www.westyorks-fire.gov.uk/safe-and-well-visits>).
140. East Sussex Fire and Rescue Service. Health partnerships. 2020. (<https://www.esfrs.org/your-safety/health-partnerships/>).
141. Kotona asumisen turvallisuus. Reporting an elderly person's need for services. 2022. (<https://www.kotonaasumisenturvallisuus.fi/en/reporting-elderly-persons-need-services>).
142. Ojala T. A study by SPEK and SuPer indicates there are significant gaps in all aspects of home care safety. Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö; 2021. (<https://www.spek.fi/wp-content/uploads/2021/03/A-study-by-SPEK-and-SuPer-indicates-there-are-significant-gaps-in-all-aspects-of-home-care-safety.pdf>).

143. kotitaturma.fi. Tapaturmapäivä. 2022. (<https://www.kotitaturma.fi/tapaturmapaiva/#6a70f368>).
144. kotitaturma.fi. Pysy pystyssä. 2022. (<https://www.kotitaturma.fi/pysy-pystyssä/#6a70f368>).
145. Ikäinstituutti. Older people on the move. 2016. (<https://www.ikainstituutti.fi/in-english/older-people-on-the-move/>).
146. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. AKE-verkosto. 2022. (<https://www.pssh.fi/ammattilaiset/hoitotyto/alueellinen-kaatumisten-ehkaisyverkosto>).
147. Pajala S. Lökkäiden kaatumisten ehkäisy: opas 16. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2016. (<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>).
148. Ohm E, Madsen C, Alver K. Injuries in Norway. Norwegian Institute of Public Health; 2017. (<https://www.fhi.no/en/op/hin/injuries/injuries-in-Norway/#opportunities-for-prevention>).
149. Ministry of Health and Care Services. The Norwegian Public Health Act. 2011. (<https://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20110624-029-eng.pdf>).
150. Norwegian Insitutute of Public Health. Public health profiles - a summary of health data for each municipality and county. 2019. (<https://www.fhi.no/en/hn/health-in-the-municipalities/public-health-profiles-for-municipa/>).
151. Skadeforebyggende forum. Møteplass, nettverk, katalysator. (<https://www.skafor.org/om-oss/>).
152. Skadeforebyggende forum. Gjør fredag 13. til en forebyggingsdag. (<https://www.skafor.org/fredag-13/>).
153. Skadeforebyggende forum. Trygg mot brann. 2022. (<https://www.skafor.org/fokusomrader/brann/>).
154. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Sikker hverdag: Dette bør du vite om komfyrvakt. 2022. (<https://www.sikkerhverdag.no/brann/forebygge-brann/dette-bor-du-vite-om-komfyrvakt/>).
155. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Sikker hverdag: Have a chat about fire safety, and what you can do to minimise the risk. 2022. (<https://www.sikkerhverdag.no/en/fire/fire-prevention/have-a-chat-about-fire-safety-and-what-you-can-do-to-minimise-the-risk/>).
156. Skadeforebyggende forum. Eldresikkerhetsrådet. 2022. (<https://www.skafor.org/fokusomrader/eldresikkerhet/eldresikkerhetsradet/>).
157. Sykehuset i Vestfold. Eget team skal følge opp multisyke eldre i overgangen mellom sykehus og hjem. 2022. (<https://www.siv.no/om-oss/nyheter/eget-team-skal-folge-opp-multisyke-eldre-i-overgangen-mellom-sykehus-og-hjem>).
158. Bannenberg N, Iversen T, Karlsson M, Oien H. Preventive home visits in Norway. 2018. (https://institute.eib.org/wp-content/uploads/2019/01/EIBURS_2015-2018_Preventive_home_visits_in_Norway.pdf).
159. Gudnadottir M, Thorsteinsdottir TK, Mogensen B, Aspelund T, Thordardottir EB. Accidental injuries among older adults: An incidence study. *Int Emerg Nurs* 2018;40:12–7.
160. Slysavarnafélagið Landsbjörg. Öryggi eldri borgara. 2022. (<https://www.landsbjorg.is/slysavarnir-oryggi-eldri borgara>).

161. Tiefenbachova P, Zelenikova R. The effect of educational intervention by nurses on home environmental risk factors for falls. *Centr Eur J Nurs Midwifery* 2019;10:1019–25.
162. Russell MA, Hill KD, Blackberry I, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment (FROP-Com) tool. *Age Ageing* 2008;37:634–9.
163. Russell M, Hill K, Day L, Blackberry I, Gurrin L, Dharmage S. Development of the Falls Risk for Older People in the Community (FROP-Com) screening tool. *Age Ageing* 2009;38:40–6.
164. Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, Bahat G, Topinkova E, Szczerbinska K, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. *Age Ageing* 2021;50:1189–99.
165. Saare L, Arusaar V, Kalda R, Kiivet RA. *Sünnijärgse koduvisiidi mõju hindamine*. Tartu; 2019.
166. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD007146.
167. Cockayne S, Pighills A, Adamson J, Fairhurst C, Crossland S, Drummond A, et al. Home environmental assessments and modification delivered by occupational therapists to reduce falls in people aged 65 years and over: The OTIS RCT. *Health Technol Assess* 2021;25.

Lisa 1. Küsimustik kaaskirjaga

Dear Y,

The University of Tartu is conducting a research project entitled 'Mapping and analysis of practices of other countries for prevention of injuries in the home environment for implementation in Estonia'. The main aim of the study is to map the best practice examples of preventive measures and interventions used in different countries (including X). To gather relevant information about your country's measures, we are analysing scientific literature, documents found in relevant websites and this questionnaire survey. Our research will later provide input to formulate the Estonian strategy and develop preventive measures in local communities in Estonia.

Since the mapping of the experience of other countries is crucial to our research, we kindly ask for your help. We are very thankful if you find time to answer the questionnaire that aims to create understanding on how unintentional home injuries are prevented in your country. We are looking for information regarding state level and local preventive and responsive interventions/measures and different parties involved in the prevention of home injuries.

In our research, we are focused on children from birth to 6 years of age. In our survey, unintentional home injuries are defined according to ICD-10 (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>) as: falls (W00–W19), poisonings (codes X20–X29 - contact with venomous animals and plants, codes X40–X49 - accidental poisoning by and exposure to noxious substances), exposure to mechanical forces (codes W20–W64 - exposure to inanimate or animate mechanical forces) and exposure to smoke, fire, flames, heat and hot substances (X00–X19).

We kindly ask you to fill in the enclosed survey questionnaire and send it to **Mariliis Põld** (Mariliis.pold@ut.ee) by **28th of January** at latest. We would be happy to answer any questions you may have about this survey. In case of questions, please contact Mariliis Põld (Mariliis.pold@ut.ee).

We would like to thank you in advance for your participation helping us to provide better input to the national strategy.

Sincerely,

Z



The activities have been carried out in the project "Increasing public health competence and capacity of local governments" funded by the Norwegian Financial Mechanisms 2014–2021.

The University of Tartu is conducting a research project entitled 'Mapping and analysis of practices of other countries for prevention of injuries in the home environment for implementation in Estonia'. The activities have been carried out in the project "Increasing public health competence and capacity of local governments" funded by the Norwegian Financial Mechanisms 2014-2021.

In our research, we focus on children from birth to 6 years of age.

In our survey, unintentional home injuries are defined according to ICD-10 (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>) as: falls (W00–W19), poisonings (codes X20–X29 - contact with venomous animals and plants, codes X40–X49 - accidental poisoning by and exposure to noxious substances), exposure to mechanical forces (codes W20–W64 - exposure to inanimate or animate mechanical forces) and exposure to smoke, fire, flames, heat and hot substances (X00–X19).

QUESTIONNAIRE

General information

- **Country:**
- **Name of the respondent:**
- **Job position of the respondent:**
- **Contact details of the respondent** (e-mail, phone number):

Measures applied to avoid injuries to small children (up to six years) / elderly (aged 65+)

1. **Are there any state-level or local policies, strategies, etc developed in your country to prevent injuries to small children in the home environment?**

- Yes (please continue with Question 2)
- No (please continue with Question 3)
- I do not know (please continue with Question 3)

2. **If yes, please provide references/hyperlinks to relevant documents (if documents are not publicly available, but you can share them with us, we highly appreciate it. Please add rows, if necessary)**

Name of the document (in English, if available. If not, please provide the English translation of the name of the document)	Link to the document

3. **Are there any laws or other regulations in force/developed in your country to regulate the area of injury prevention?**

- Yes (please continue with Question 4)
- No (please continue with Question 5)
- I do not know (please continue with Question 5)

4. If yes, please provide references /hyperlinks to relevant documents (laws, regulations).
Please add rows, if necessary.

Name of the law or regulation (in English, if available. If not, please provide the English translation of the name of the document)	Link to the document

5. Who are the parties working together to prevent home injuries (for example, GPs, housing departments, fire safety specialists, social workers etc) and what are their roles/responsibilities in the prevention system?

Please enter your answer here

6. What are follow-up methods to track the interventions applied (is there a chain of information exchange between different parties in place to guarantee that the person is not "lost" and gets the help he/she needs)?

Please enter your answer here

7. Please describe preventive measures implemented in your country to avoid injuries to small children in the home environment.

Name of the measure	Target group (which age group, etc.)	Organisation(s) / professionals responsible for implementing the measure	Who usually has the first contact with the members of the target group?	How do the responsible parties reach members of the target group?	Links to studies (if available)
<i>Measure 1</i>					
<i>Measure 2</i>					
<i>...(please add rows if necessary)</i>					

- 8. If you wish, please add a brief description of injury prevention system in your country or any other relevant information about the topic here.**

Please enter your answer here

- 9. May we contact you in case of further questions?**

Yes

No

Lisa 2. Valitud riikide sekkumised laste ja vanemaealiste vigastuste ennetamiseks

Tabel lisatud eraldi failina.

Tabelis on toodud uuringu koostamise käigus leitud kodus tekkivate vigastuste ja kodukeskkonna ohutuse sekkumiste loetelud eraldi laste ja vanemaealiste kohta. Lisaks on tabelis eraldi vahelehtedel välja toodud strateegiad ja juhendid, millest ennetustegevusi kavandades võiks abi olla.

Tabeli sisu on lühidalt kommenteeritud peatükkides Kokkuvõtte sekkumistest laste vigastuste ennetamisel ja Kokkuvõtte sekkumistest vanemaealiste vigastuste ennetamisel. Kohaldatavuse hinnangute sõnaline ülevaade on peatükkides Sekkumiste kohaldamine Eestile.

Lisa 3. Eakate kukkumise riskitegurid koduhindamise uuringust Tšehhis

*No hip protector**

No edge protectors on edges of furniture

No window safety locks/guards

No night lights (bedroom, hallway, toilet)

No handrails next to the door

Emergency numbers not placed near phone

No handrails along hallways

A high toilet seat not installed

No non-slip mats, anti-slip tape (bathroom and toilet)

No light fixture near the bed

Presence of thresholds (sills) in the apartment

No non-slip extensions to the supporting utilities

No seat in the shower or bath

No non-slip mats in wet areas, such as the shower or bath

Bed too low

Carpet edges not secured

No handrails in the bathroom and toilet

Unsafe and slippery footwear

Bedside light cannot be reached

First and last step markers not present, Step edges hard to see

Low chairs

No non-slip tape on edges of steps, unsecured carpets

Mats and rugs in the home

Wall-mounted cabinets and shelves too high

Phone too high (hard to reach)

Toilet with inward opening door

Proper handrails along the stairs not present

Pets in household

No light switch for stairs (or only one switch – only at the top or only at the bottom of the stairs)

Chaotic crowded environment, clutter on the floor

Unstable furniture

No light switches by doorways

Polished and slippery floors

Electrical wires/cables and extension cords on the floor

Allikas: Tiefenbachova P, Zelenikova R. *The effect of educational intervention by nurses on home environmental risk factors for falls* (161).

*Kaldkirjas on toodud 12 riskitegurit, mis osutusid statistiliselt ebaolulisteks.