

EESTI

Estonian Newsletter on
Occupational Health and Safety

TÖÖTERVIS-

HOID

3/2003



Eesti Töötervishoid

Teaduslik-praktiline, ülevaate- ja informatsiooniajakiri. Ilmub 4 korda aastas.

Väljaandja

Töötervishoiu Keskus

Peatoimetaja

Prof. Hubert Kahn
Tel & faks: int. +372 670 6820
hubert.kahn@ekmi.ee

Toimetuse kolleegium

Tiit Kaadu, Sotsiaalministeerium
Prof. Hubert Kahn, peatoimetaja
Helje Johansoo, Ehitusettevõtjate Liit
Urmas Krass, Töötervishoiu Keskus
Tarmo Kriis, Eesti Tööandjate Keskliit
Dr. Eda Merisalu, Tartu Ülikool
Georg Männik, Kindlustusseltside Liit
Kadi Pärnits, Ametiühingute Keskliit
Priit Siitan, Tööinspeksioon
Prof. Piia Tint, Tallinna Tehnikaülikool
Ahe Vilks, Töötervishoiuarstide Selts

Toimetaja

Pille Korpen
pille.korpen@ttk.ee

Keeletoimetaja

Piret Reidla (eesti keel)

Toimetuse aadress

Töötervishoiu Keskus
Hiiu 42, 11619 Tallinn
Tel +372 670 0102
ajakiri@ttk.ee

Estonian Newsletter on Occupational Health and Safety

Published 4 times a year.

Editor in Chief

Prof. Hubert Kahn
Tel & fax: int +372 670 6820, Tallinn
e-mail: hubert.kahn@ekmi.ee

Toimetus ei vastuta kuulutustes reklaamitavate toodete kvaliteedi eest.

The newsletter does not take the responsibility for the quality of the commercial products.

Vastutus ajakirjas avaldatud arvamuste, uurimuste ja muude kaastööde sisu eest on ainult autoritel.

The responsibility for opinions expressed in signed articles, studies and other contributions rests solely with their authors.

ISSN 1406-7110

Kaanefoto:

Sisukord

Juhtkiri

Euroopa Liitu suurema vastutustundega 3
Hubert Kahn

Päevateema

Ümarlauanõupidamine “Kas Eesti riik vajab töötervishoiu arengu riiklikku programmi?” 4

Tööinspeksioonis

Statistikat ja arvamusi 7
Inna Vabamäe

Probleem

Tervisekahjuhüvitis – üks üha rohkem riigi raha nõudvatest toetustest 8
Milvi Jänes

Sündmus

Ülevaade Haapsalus toimunud seminarist 10
Viiu Tuulik

Töötaja tervis

Diagnostilise radioloogia kasutamisest seljavaevustega patsiendi uurimisel 14
Indrek Hanso

Tööinspeksioonis

Pressiteated 17
Tõnu Vare

Eesti ja Euroopa Liit

Eesti osaleb Euroopa Liidu töötervishoiu ja tööohutuse projektis 18
Eva Tammaru

Lühiinfo

NIVA kursused 2004 20

Uusi trükiseid 21

Autoritele 21

Summaries in English 22

Euroopa Liitu suurema vastutustundega

Septembrikuu teisel pühapäeval heitis Eestimaa liisku Euroopa Liidu kasuks. Usun, et sellest tõuseb Eestile kasu, ehkki ei arva, et sülle kukkuvaid eurosid tuleb palju. Hoopis enam kui üht või teist liiki rahalist toetust vajab meie ühiskond euroopalikku, avaramat ja erudeeritumat mõttelaadi, rohkem enesedistsipliini, õiglustunnet, professionaalsust ja vastutustunnet. Me vajame positiivset, stimuleerivat impulssi, mis aitaks ühiskonnal tõusta ühe olulise astme võrra kõrgemale. Me peame saama täiuslikumaks, et kanda vastutust Euroopa tuleviku eest.

Esiolgu aga vaatame, kuidas on lood vastutustundega töötervishoiu seadusloome valdkonnas. Viimastel kuudel on olnud sagedaseks kõneaineks töötervishoiu ja tööohutuse seaduse muutmise seadus, mille Riigikogu võttis vastu 29.01.2003 ja mis jõustus 01.07.2003. Nimelt on selles paragrahv 23, mis kannab pealkirja “Kutsehaigus ja tööga seotud haigus”. Selle paragrahvi tekstist selgub, et kutsehaigus on tööga seotud, kuid mitte tööst põhjustatud haigus. Tööst põhjustatud haigus on töökeskkonna ohuteguri poolt põhjustatud haigus, mida aga ei loeta kutsehaiguseks.

Jääb arusaamatuks, mis ajendas seaduse paranduse tegijaid ignoreerima elementaarset loogikat ja väitma, et kutsehaigus ei ole tööst põhjustatud, vaid tööga seotud haigus. Kutsehaiguse korral on tegu ikkagi nähtuse põhjusliku seosega. Teatavasti võib nähtusel olla ka mittepõhjuslik seos, aga see on juba teine asi.

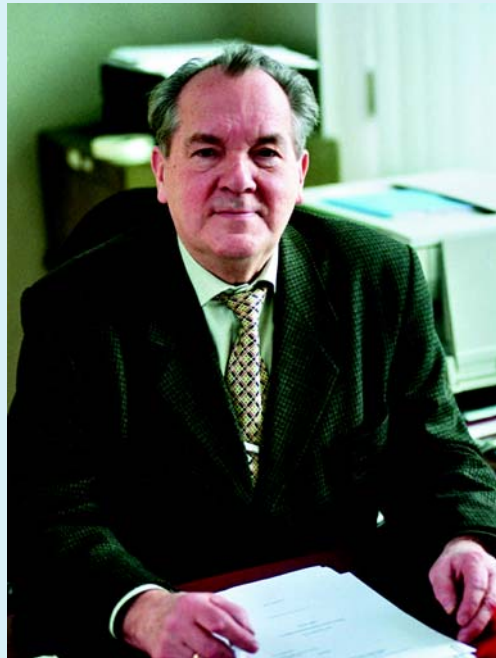
Teatud tingimisel võiks seaduse paranduse koostajatega siiski osaliselt nõustuda – nimelt juhul, kui meil kehtiv kutsehaiguste loetelu oleks n-õ suletud. See tähendab, et kui praktikas peaks ette tulema haigus, mis oma olemuselt on küll kutsehaigus, kuid kutsehaiguste ametlikus nimekirjas puudub, siis seda juhtu ei käsitleta kutsehaigusena ja patsient jääb hüvitiseta. Eestis on aga see võimalus välistatud, kuivõrd meie kutsehaiguste loetelu, mis kinnitati sotsiaalministri määrusega 7.06.2000.a nr 42, on n-õ lahtine – sellel ei ole kindlaid, suletud piire.

Palju mõistlikum oleks järgida Maaailma Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide seisukohta, mida on aktsepteerinud ka Euroopa Liidu vastavad institutsioonid, et töötervishoid käsitleb vaid kahte liiki haigusi: kutsehaigusi (*occupational diseases*) ja tööga seotud haigusi (töofaktori osalemine haigusprotsessis, *work-related diseases*).

Kahjuks ei piirdu see õnnetu paragrahv ülalkirjeldatuga. Edasi saame teada, et tööst põhjustatud haigustest, mis aga samaaegselt pole kutsehaigused, tuleb hiljemalt viie päeva jooksul teatada Töötervishoiu Keskusesse. Jääb arusaamatuks, miks peab see toimuma viie päeva jooksul, aga mitte näiteks kord kuus. Kas tõesti nendel juhtudel on ette nähtud mingid kiirreageerimise taolised abinõud?

Vaatamata paragrahvi administratiiv-bürokratikule sõnastusele, jääb arusaamatuks kõige olulisem – millised on siis need tööst põhjustatud haigused, mis ei ole kutsehaigused. Võib nõustuda sellega, et probleemi lahtikirjutamine ei sobi oma iseloomult ega mahu poolest seaduse raamidesse. Kuid mingi metoodiline materjal peaks ju ometi olema, kui arvestada, et seaduse parandus võeti Riigikogu poolt vastu 10 kuud tagasi. Kas poleks õigem kaasata töötervishoiualase õigusloome protsessi rohkem suurte kogemustega spetsialiste? Seaduste ettevalmistamisel peaks üheaegselt ette valmistama seaduse täitmist tagavad metoodilised materjalid.

Lõpetuseks meenutame veelkord vastutustunde vajalikkust. Antud juhul on toimitud vastutustundetult mitte üksi töötervishoiuarstide, vaid ka Riigikogu suhtes, kes heauskselt on usaldanud seaduse muutmist ette valmistanud ametnikele.



Peatoimetaja
Prof Hubert Kahn

Ümarlauanõupidamine – kas Eesti riik vajab töötervishoiu arengu riiklikku programmi?

Ajakirja toimetus korraldas 17. septembril 2003 Tervise Arengu Instituudi ruumides ümarlauanõupidamise, et arutada töötervishoiu arengu perspektiive. Nõupidamisest võtsid osa Riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees pr Mai Treial, Sotsiaalministeeriumi asekancler pr Piret Lilleväli ja osakonnajuhataja hr Tiit Kaadu, Eesti Ametiühingute keskliidu esindaja hr Harri Taliga, Tallinna Tehnikaülikoolist dots Ülo Kristjuhan, Tööinspektsiooni peadirektor hr Priit Siitan, Töötervishoiu Keskuse direktor hr Urmas Krass, Töötervishoiuarstide Seltsi esimees dr Ahe Vilks ja ajakirja Eesti Töötervishoid peatoimetaja prof Hubert Kahn. Nõupidamisele olid veel kutsutud tööandjate esindajad Eesti Tööandjate Kesksiidust, Eesti Suurettevõtjate Assotsiatsioonist ja Eesti Väike- ja Keskmiste Ettevõtete Assotsiatsioonist, kes kahjuks jäid aga tulemata.

Ümarlauanõupidamine algas prof **Hubert Kahni** alljärgneva pöördumisega.

Lugupeetud ümarlauanõupidamiste osavõtjad!

Ajakirja toimetus on viimase 10 aasta jooksul tänu laiale kaasautorite ringile saanud tähelepanelikult jälgida töötervishoiu arengut riigis. Sellesse aega mahub töötervishoiu ja tööohutuse seaduse vastuvõtmine Riigikogu poolt 1999. aastal, mitmete teiste töötervishoiu tegevust reguleerivate õigusaktide kehtestamine, käivitunud on töötervishoiuarstide ja -õdede koolitus ja täiendõpe, kasvanud on töötervishoiuteenuseid osutavate asutuste arv jne.

Kuid samal ajal näeme ka seda, et paljudes ettevõtetes on töötingimused endiselt rasked, suurenenud on kroonilise stressiseisundi nähtudega töötajate arv, suur osa töötajatest pole ikka veel hõlmatud tervisekontrolliga ja paljudes töökohtades on riskianalüüs tegemata, kasvab tööõnnetuste, eriti raskete tööõnnetuste arv, välditakse



Paremalt: Sotsiaalministeeriumi asekancler Piret Lilleväli, Sotsiaalministeeriumi töösakonna juhataja Tiit Kaadu ja TTÜ dotsent Ülo Kristjuhan

töötingimustest põhjustatud tervisehäirete õigeaegset avastamist.

Aastaid on kõneldud tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse seaduse vajalikkusest, kuid seniajani pole see valminud. Kui 1990ndate aastate lõpus kinnitas valitsus töötervishoiu programmi, siis praegu elame juba mitmendat aastat ilma selleta, mistõttu töötervishoiu tulevik on omandanud meie riigis ebamäärased kontuurid.

Töötervishoiuteenuste osutajad on kaotamas spetsialiseeritud tugiasutuste toe, kuivõrd töötervishoiualaste rakendusuringute finantseerimine on viidud miinimumini. Siinjuures on kohane mainida, et 2002. aasta detsembris Riigikontrolli poolt läbi viidud teaduse sihtfinantseerimise auditi kokkuvõttes tuldi järeldusele, et riigis puudub üldse teaduse sihtfinantseerimise strateegia. Töötervishoiu teadusuuringud on kroonilise alafinantseerimise tõttu hääbumas ja tingimused noorte teadlaste järelkasvaks ei kannata kriitikat. Viie-

mase 10 aasta jooksul pole kaitstud ühtegi doktoritööd töötervishoiu alal, mistõttu on juba praegu puudus kõrge kvalifikatsiooniga töötervishoiuspetsialistidest.

Paratamatult tekib küsimus: kuidas on võimalik, et Euroopa Liitu astuvas Eestis on kujunenud olukord, et ühiskonna alustoe, töötava elanikkonna tervise säästmine ja töövõimelisuse säilimine ei kuulu riigi huviorbiiti?

See on kahetsusväärne olukord, mida tuleb nüüd, Euroopa Liiduga ühinemise protsessis kiiresti normaliseerida.

Töötervishoid – see pole üksnes töötingimuste parandamine ja kutsehaiguste vältimine, see on ka tööjõu väärtustamine läbi teadusmahukama töö, see on töötajate vaheliste erinevuste vähendamine töötajate kvalifikatsiooni pideva tõstmise teel, see on töö ratsionaalsem korraldamine, mis väldib tarbetut stressi, see on ettevõtete võimaluste parem kasutamine töötajate tervise edendamiseks. Töötervishoid on



Vasakult: Riigikogu Sotsiaalkomisjoni esimees Mai Treial, Töötervishoiuarstide Seltsi esimees Ahe Vilkis, Töötervishoiu Keskuse direktor Urmas Krass ja Tööinspektiooni peadirektor Priit Siitan

üks instrument ühiskonna konsolideerimiseks.

Seoses ülaltooduga teeme ettepaneku välja töötada riiklik töötervishoiuarengu programm, millest võtaksid osa nii Tartu Ülikooli tervishoiu instituut, Tallinna Tehnikaülikool, Tervise Arengu Instituut, Tööinspektioon ning Sotsiaalministeeriumi Töötervishoiu Keskuse ja eraõiguslike töötervishoiuteenistuste spetsialistid.

Oleks hea, kui me tänase arutelu tulemusena suudaksime kujundada seisukoha taolise riikliku programmi otstarbekuse kohta ja looksime initsiatiivgrupi niisuguse programmi ettevalmistamiseks. Võttes arvesse kavandatava programmi sotsiaalmajanduslikku tähtsust, teen ettepaneku, et selle programmi patrooniks oleks Riigikogu sotsiaalkomisjon eesotsas selle esimehega.

P. Siitan: Tööinspektioon teostab aastas riiklikku järelevalvet ligemale 4500 ettevõttes. Kasutusele on võetud tööandjate hindamise süsteem, mis võimaldab kindlaks teha, kuidas tööandjad täidavad töötervishoiu ja tööohutuse seadust just korraldusliku külje pealt.

Viimase kolme aasta jooksul on hinnatud 5500 ettevõtet. Pooled tööandjad ei tegele ennetava tegevusega: ei tee riskianalüüsi, ei koosta vastavaid tegevuskavu, ei vii läbi sisekontrolli ega korralda töötajate tervisekontrolli. Umbes 5%-l ettevõtetest on töökeskkond täiesti käest ära. Heas korras on olukord 20–25%-l ettevõtetest.

Eestis ei ole tööandjate jaoks motivatsioonimehhanismi, mis paneks tõsiselt mõtlema töötervishoiule. Suhteliselt parem on olukord välisfirmades.

Euroopa Liidu riikides toimib kaks mehhanismi: 1. Töötervishoidu edendatakse mitte sunnivahendite, vaid tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse seaduse kaudu, mis stimuleerib tööandjaid hoolitsema töökeskkonna eest. 2. Tööandjad maksavad oma rahast töötajatele hüvitist nende haigestumise teatud perioodi eest.

Ei saa kuidagi nõustuda meil käibel olevate statistiliste andmetega. Näiteks Statistikaameti andmeil oli Eestis 2002. aastal 39 800 tööst põhjustatud haigust. Tegelikult oli neid registreeritud vaid mõnikümmed. Esmaste kutsehaiguste arvu vähenemist on tõlgendatud kui

töökeskkonna kiire paranemise näitajat. Kuid tegelikult pole see nii – meil lihtsalt kutsehaigusi ei diagnoosita.

2002. aastal juhtus 4033 tööõnnetust. See läks maksma 450 miljonit krooni. Teiste riikide kogemused näitavad, et tööõnnetuste ja kutsehaiguste tagajärjel moodustuvad ühiskonna kaotused umbes 1,4% majanduse koguproduktist. See tähendab, et Eesti jaoks võivad need kulud ulatuda miljardi kroonini või enamgi. Koos Taani töökeskkonnaameti spetsialistidega on kavas välja töötada meetodika, millele tuginedes on võimalik välja arvutada, kui palju läheb tööõnnetus maksma ettevõttele. Sellest on meile kindlasti suur abi.

H. Kahn: Täna hea ülevaate eest. Töötervishoiuarsti seisukohalt on tun- da tööinspektiooni tegevuse intensiivistumist. Kuid siiski palun väljendada oma seisukoht töötervishoiu riikliku programmi vajalikkuse suhtes.

P. Siitan: Pean seda vajalikuks. See aitaks tagada töökeskkonna ja töötervishoiu mitmetahuliste valdkondade koordineeritumat koostööd.

U. Krass: Riigi töötervishoiupoliitika peab kõik paika panema. Kahjuks seniajani niisugust dokumenti ei ole.

A. Vilkis: Kindlasti vajame riikliku programmi. Mis puutub statistikas- se, siis see on kahtlemata tähtis. Kuid sellest on kasu ainult siis, kui see põhineb objektiivsetel andmetel, kui see väljendab tegelikkust. On suur viga, et töötervishoiuarstil tuleb olla sotsiaaltöötaja rollis ning ta ei saa tegutseda sõltumatu eriala spetsialistina.



Vasakult: ajakirja Eesti Töötervishoid peatoimetaja professor Hubert Kahn, Ametiühingute Keskliidu sotsiaalsekretär Harri Taliga, Ülo Kristjuhan TTÜst ja Tiit Kaadu Sotsiaalministeeriumist

P. Lilleväli: Kuigi meil puudub praegu kinnitatud töötervishoiu poliitika dokumendi näol, ei tähenda see seda, et ei tehta sihipärast tööd selles valdkonnas. Arengu teatud takerdumist on tunda, kuid ilmselt on vaja mõningaid seisukohti revideerida ja ümber hinnata.

T. Kaadu: Me vajame riiklikku töötervishoiu arengukava, mille realiseerimine on tagatud ka finantsiliselt. Rahandusministeeriumi poolt on meid pidevalt dekvalifitseeritud ja meie koostatud kavasid ignoreeritud. Kindlasti tuleb välja töötada dokument, mis tagab töötervishoiu edasise arengu. Tuleks koostada kaks eraldi blokki: töökeskkonna programm ja töötervishoiu programm.

U. Krass: Tuleb teha strateegiline programm ühes põhjendatud rahaliste vajadustega.

H. Kahn: Kavandatav riiklik programm võiks sisaldada ka konkreetseid projekte. Näiteks Soomes viidi läbi ulatuslik asbestoosi projekt, etapiviisi arendatakse Finnage projekti, mille eesmärgiks on inimeste töövõimelisuse ea pikendamine jne.

P. Lilleväli: Need võiksid olla strateegilise programmi koostisosad. See oleks strateegilise programmi täienduseks, tõstaks esile konkreetseid lahendamist vajavaid probleeme.

Ü. Kristjuhan: Peaks läbi viima kampaanialaadseid üritusi, et inimesed oleksid paremini informeeritud tööt-

tervishoiu probleemidest. Ühiskonnas pole veel teadvustatud selle probleemi tervishoiualast ega majanduslikku tähtsust.

H. Taliga: Jätkub jaanalinnupoliitika, tehakse nägu, et probleeme ei ole, tegelikult probleemid süvenevad. Valupunktide ületamine läheb järjest raskemaks. Mis puutub riiklikku programmi, siis see ei saa olla lihtsalt hästi kirjutatud paber, vaid sellel peab olema ka reaalne rahaline kate. Niisugust programmi vajame küll. Viiel protsendil ettevõtetest, seega 3000 ettevõttes, on töökeskkond täiesti käest ära – kas ei tuleks need sulgeda.

P. Siitan: Need ettevõtted on võetud meie poolt erilise järelevalve alla ja neile on tehtud tähtajalised ettekirjutused töötingimuste parandamiseks.

M. Treial: Töötervishoid on kahtlemata väga vajalik probleem ja ma tänan ajakirja toimetust tänase väga vajaliku ümarlaanõupidamise eest. Töötervishoiu arengu seisukohalt oleks väga oluline TÖKSi rakendamine. Sellega tegeleb Riigikogu majanduskomisjon. Järgmisele nõupidamisele tuleks kutsuda kohale ka majanduskomisjoni liikmed. Ilma selle seaduseta meil tõenäoliselt edasi liikuda ei õnnestu. Kahjuks tööandjad seda seadust ei toeta. Neil puudub selleks motivatsioon. Niisiis – oleme suure töö alguses. Koalitsioonileppes on ette nähtud töökeskkonna ja töötingimuste parandamine. Selles suunas tuleks edasi liikuda. Üheks probleemiks, millega olen kokku

puutunud, on see, et mitmetes maakondades on töötervishoiuteenuste kättesaadavus halb. Sellele tuleks pöörata enam tähelepanu ja abistada neid firmasid/töötervishoiuarste, kes osutavad oma teenuseid maakondades.

P. Lilleväli: Dokumendid, millel puudub poliitiline prioriteet, ei leia rahandusministeeriumis heakskiitu. Puudub poliitiline tellimus.

M. Treial: Olen valmis toetama töötervishoiu riikliku programmi elluviimist.

Ü. Kristjuhan: Leian, et kõige olulisem on muuta suhtumist töötervishoidu kõigil tasanditel. Tööinimese tervis ei ole vajalikul määral väärtustatud.

M. Treial: Arvan, et oleks hea, kui keegi asjaosalistest – töötervishoiu spetsialistidest – tuleks esinema Riigikogu istungile selgitamaks neid probleeme.

H. Kahn: Suur tänu kõigile ümarlaanõupidamisest osavõtjatele. Kokkuvõtteks võib öelda, et tulime ühisele järeldusele – **riik vajab hästi motiveeritud ja rahaliselt põhjendatud töötervishoiu programmi**. Selle eestvedajaks jääb sotsiaalministeerium, mis on ka loogiline. Arvan, et oleks otstarbekohane poole aasta pärast taas siinsamas kohtuda. Loodan, et siis saame juba uue programmi üle arutada.

Kõik kohalviibijad nõustuvad selle hinnangu ja ettepanekuga.

Toimetus

TÖÖTERVISHOIU JA TÖÖOHUTUSE EUROOPA NÄDAL 13.–19. OKTOOBER 2003



Oktoobrikuus korraldatakse Euroopa Liidu riikides traditsiooniline töötervishoiule ja tööohutusele suunatud nädal, mille põhiteema on igal aastal erinev. Otsuse nädala teema kohta langetab Euroopa Liidu Töötervishoiu ja Tööohutuse Agentuuri juures tegutsev Euroopa Nädala töögrupp. Aastal 2003 on nädala teemaks “Ohtlikud ained – käitle hoolikalt”. Sellel aastal kaasati Euroopa Nädala korraldamisse ka Euroopa Liidu kandidaatriigid. Eestis otsustati Euroopa Nädal läbi viia 13.–19. oktoobril. Nädala tippürituseks kujuneb Töötervishoiupäev 15. oktoobril.

Täpsem info Euroopa Nädala kohta Eestis ja teistes Euroopa riikides on Euroopa Töötervishoiu ja Tööohutuse Agentuuri Eesti koduleheküljel <http://osh.sm.ee>

Statistikat ja arvamus

Tööinspektor selgitab järelevalvealase töö käigus välja ohutegurite esinemise töökeskkonnas. Üldkontrolli teostades täidab tööinspektor töökeskkonna ankeedi, kuhu märgib ka töökeskkonnas esinevad ohutegurid.

Ülaltoodud tabelis 1 on näha, et enamikes üldkontrolliga haaratud ettevõtetes esinevad ohutegurid, mis peavad kajastamist leidma riskianalüüsis ja tegevuskavas nende toime vähendamiseks töötaja tervisele. Samas tabelist 2 on näha, et 2002. a teostati riskianalüüs kolmandikus ettevõtetes. See tähendab, et ainult umbes kolmandikus ettevõtetes on koostatud või koostamisel tegevuskava ohutegurist põhjustatud kahjustuse ennetamiseks. Kolme aasta andmete võrdlemisel on näha, et riskianalüüsi läbi viinud tööandjate hulk siiski kasvab.

Riskianalüüs koos tegevuskavaga töökeskkonnas toimivate ohutegurite haldamisega on tööandja otsene kohustus. Väheste teadmiste ja oskuste puudumise tõttu pöörduvad paljud tööandjad töötervishoiuteenuse osutaja poole, mis on aga tööandjate arvates kulukas ja samas ei pruugi teenuse kvaliteet tööandjat rahuldada. Riski-

Üldkontrolli käigus läbi viidud töökeskkonna ohutegurite hindamine töökeskkonna ankeedi täitmisega:

	2002. a	2001. a	2000. a
Töökeskkonna ankeete täideti	1274	1456	1203
Mehhaanilised ja termilised	997	1255	939
Ohtlikud kemikaalid	373	467	280
Tolm	726	813	568
Müra	769	1010	721
Vibratsioon	283	421	442
Mitteküllaldane valgustus	716	898	641
Õhutemperatuur ja niiskus	725	798	619
Füsioloogiline ohutegur sh raskuste teisaldamine	852	732	485

analüüs on aluseks ka töötajate suunamisel tervisekontrolli.

Leping töötervishoiuteenuse osutajaga eeldab selle teenuse osutaja ja tööandja vahelist tihedat koostööd töökeskkonna paremaks ja ohutumaks muutmisel. Sageli ei saa tööandja aru, mida tähendab leping töötervishoiuteenuse osutajaga. Töötervishoiuteenus ei ole ainult töötajate tervisekontroll. Teenus hõlmab nõustamist, konsulteerimist ühes või teises töötervishoiuvaldkonnas küsimuses, töötajate rehabilitatsiooni tööle naasmisel pärast haigust jne. Samas tööandjad ise ei ole eriti huvitatud töötervishoiuspetsialisti kaasamisest ettevõtte ellu. Need asjaolud viitavad tööandja vähesele informeeritusele, vähesele teadlikkusele töötervishoiuspetsialisti kaasamise vajalikkusest. Siit järeldus – väga tähtis on tööandja koolitamine ja

tema informeerituse suurendamine.

Probleemne on töötervishoiuteenuse kättesaadavus. Siiani puudub mõnes maakonnas töötervishoiuspetsialist, kelle käest näiteks perearst saaks konsultatsiooni töötaja tervisesse puutuvates küsimustes. Töötervishoiuspetsialistid on koondunud suurematesse linnadesse, eriti Tallinnasse. Seega on vaja sihipärast tegevust töötervishoiuteenuste võrgu väljaarendamiseks üle vabariigi.

Töötervishoiuteenuse kõikumise kvaliteet võib valmistada tööandjatele probleeme. On esinenud olukordi, kus tööandja on mitme aasta jooksul korraldanud töötajale tervisekontrolli, milles arsti otsus on töötajale positiivne – võib töötada antud ohuteguriga. Aga mõne kuu möödudes viimasest tervisekontrollist on töötajal välja kujunenud raske puudega kutsehaigus. Selline tulemus viitab eelnevate tervisekontrollide formaalsusele.

Inna Vabamae
Tööinspektsiooni
järelvalve osakonna peaspetsialist
töötervishoiu küsimustes
E-post: Inna.Vabamae@ti.ee

Töötervishoiu ja tööohutusalane töökorraldus ettevõttes:

Tabel 2

Riskianalüüs

	Jah	Esineb puudusi	Ei
2000. a	9,7%	17,8%	72,3%
2001. a	22,5%	26,6%	50,8%
2002. a	30,2%	22,9%	46,9%

Leping töötervishoiuteenusega (töötervishoiuteenuse osutajaga):

2000. a	20,1%	79,8%
2001. a	31,8%	67,4%
2002. a	29,9%	64,9%

Läbiviidud tervisekontroll

2000. a	44,3%	35,4%
2001. a	45,5%	31,9%
2002. a	40,1%	39,8%

Tervisekahjuhüvitis – üks üha rohkem riigi raha nõudvaid toetusi

Milvi Jänes

Riigikontrolli ootus aastast 2003.

Riigikontroll auditeeris, kuidas riik maksab tööl tervisekahjustuse saanud inimestele hüvitist. See on tööandja likvideerimise korral riigi kohustus. Summad, mida jagab Sotsiaalministeerium, on aasta-aastalt suurenenud ning Riigikontrolli arvates osalt põhjendamatult. Suureks probleemiks on toetuste paralleelne maksmine: praegu võib tervisekahjuhüvitise saaja võtta samaaegselt vastu ka vanaduspensioni või sooduspensioni eriti rasketes tingimustes töötamise eest ning puuetega inimestele mõeldud toetusi.

Mõningatel juhtudel maksavad kahjuhüvitist ettevõtja(d) ja ka riik. Ei ole aga maandatud risk, et riik võtab endale kahjuhüvitise maksmisel suuremad kohustused, kui on õigustatud. Riigikontroll soovitas kehtestada ühtse metoodika, mille alusel jaotuks kahjuhüvitise ja lisakulutuste maksmise kohustus erinevate maksjate vahel.

Täiesti lubamatuks peab Riigikontroll olukorda, kus kahjuhüvitist saavad ka need inimesed, kes jätkavad töötamist tervist kahjustanud tingimustes. Sellisel juhul võib inimese töövõime aja jooksul veelgi väheneda ning riigil tuleb hüvitada üha suuremaid summasid. Praegu ei kontrolli keegi, kas inimene jätkab töötamist tervisekahjustuse põhjustanud alal.

Peale ebasihipäraste kulutuste võib ette heita võrdse kohtlemise printsiibi eiramist: kuna pole nõudeid kutsehaiguse tuvastamist puudutavale dokumentatsioonile, pole ka kindel, et hüvitist määratakse ühtedel ja samadel alustel. Samuti pole sätestatud, kui palju aega peab tööandja tegevuse lõpetamisest möödama kutsehaiguse tuvastamisest keeldumiseks, ega kriteeriume, mille alusel kompenseeritakse lisakulutusi (sanatooriumitusikud jms).

Peamised järelused ja ettepanekud

Riigikontroll leiab, et kahjuhüvitiste maksmise **õiguslik raamistik on vananenud**. Seetõttu pole Sotsiaalministeerium ja Sotsiaalkindlustusamet ka kõigi hüvitiste maksmisega kaasnevate riskide maandamisega toime tulnud. Riigikogu menetluses oli 2002. a tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse seaduse eelnõu, mille järgi kavandati käivitada alates 01.01.2003 uus süsteem. Uue seaduse vastuvõtmisega saanuksid mitmed käesoleva auditi käigus tuvastatud riskid maandatud. Näiteks sätestati eelnõus, kuidas toimub kahjuhüvitiste maksmine puuetega inimestele.

Tuvastatud puuduste kõrvaldamist oli oodata tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse seaduse vastuvõtmisega. Uus süsteem plaaniti käivitada 2003. aasta 1. jaanuarist.

Refereering Riigikontrolli kontroll-aruandest 9. sept. 2002. a nr 2-5/70

Käes on september 2003, kuid taas peame rääkima tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse seaduse, TÕKSi vajalikkusest. Küsimus on, kellele veel tuleb tõestada, et tänane kord ei rahulda ei tööandjaid, töötajaid ega riiki tervikuna?

Tervisekahjuhüvitisele kuluvad summad on viimastel aastatel aina suurenenud: kui 1999. aastal kulus 17,5 miljonit krooni, siis 2002. aastaks eraldati juba 31 miljonit krooni (maksti välja ligi 35 miljonit ja 2003. aasta eelarves on selleks juba ette nähtud koguni ligi 49 miljonit krooni).

Miks on vaja TÕKSi?

TÕKS loob eeldused efektiivsemalt kasutada Eesti tööjõuresurssi ja parendada tööelu kvaliteeti tervikuna.

TÕKS annab kaasaegse ELi õigusele vastava süsteemi tööst põhjustatud tervisekahju hüvitamiseks.

Kuidas kasulik tööandjale?

1. Annab kindlustunde tööandjale, kahjujuhtumi korral ei teki lisakulutusi, ei otsita süüdlast, ei teki närvi- ja kohtukulusid, ettevõtte maine ei saa rikutud.
2. Töökeskkonna riskide juhtimisel oluline abi kindlustuse spetsialistidelt.
3. Tõstab ettevõtte sotsiaalset vastutust, loob eeldused pikaajaseks ja edukaks tööks.
4. Tõstab ettevõtte mainet nii investorite, klientide, partnerite kui riigi silmis.
5. Tõuseb Eesti ettevõtete maine ELi konkurentsisis, on tagatud miinimumnõuded töökeskkonnale, ELi õigusele vastav hüvitisskeem.

Kuidas kasulik töötajale?

1. Jääb ära konflikt tööandjaga, ei pea varjama tööõnnetust, tööga seotud haigestumist ega kutsehaigust.
2. Töötaja õigused on paremini kaitstud. Neil on õigus saada täies ulatuses hüvitist, töövõime taastamiseks igakülgset ravi, vajadusel ümberõpet.
3. Töötaja tunneb end turvaliselt ka riskialtima töö puhul, kõik töötajad on kindlustusega kaitstud.
4. Töötajal on suurem kindlustunne, töö on tulemuslikum, paranevad suhted töötajate ja tööandja vahel, töötajad on lojaalsemad ettevõttele.
5. Paranevad töötingimused, töökeskkond, väheneb risk tervisele.

Kuidas kasulik ühiskonnale?

1. Eesti on valmis ELi vabaks konkurentsiks, töötajate vabaks liikumiseks.
2. Majanduslik efekt, kasvatab SKPd, kuna väheneb tööst põhjustatud haiguspäevade osakaal, st vähem kaotsi läinud tööpäevi.
3. Suureneb kindlustunne, sotsiaalne turvalisus kõigi osapoolte jaoks, töötaja pere on kaitstud, pere sissetulekud jätkuvad, töötaja naaseb tööle, töötaja turvatunne ootamatu ebameeldiva sündmuse korral jne.
4. Hüvitamine on ühetaoline kõigil juhtumitel, kulutused on avalikud ja läbipaistvad, mille aluseks on seadusandlik akt.
5. Pikemas perspektiivis kahandab TÕKS riikliku sotsiaalkindlustuse alusel makstavaid haigushüvitisi ja ravikulusid, kuna paranevad töötajate ja väheneb tööga seotud üldhaigestumine.

TÕKSi kehtestamine peab toimuma olemasolevate vahendite ümberõstmisega riigi käest erasektorisse. Täna töötajate riigile makstavat sotsiaalmaksu tuleb proportsionaalselt vähendada, et efektiivsemalt kasutada olemasolevat ressursi: 33,5% – 1,0%.

Edasi tuleb diferentseerida majanduse tegevusalade 14 klassi lõikes: 0,3% kuni 1,8%

Esimesel aastal oleks mõttekas kehtestada piirmäär, kuna puuduvad usaldatavad lähteandmed.

Ettevõtja jaoks on esmatähtis, et kogu ettevõtte tegevus laabub, töö sujub ja töötajad on terved. Töötajate peab tagama töötervishoiu ja tööohutuse nõuete täitmise igas tööga seotud olukorras. Töötajate vastutab töötajate eest, nendega juhtuvate tööõnnetuste, aga veelgi enam – tööga seotud haigestumiste eest.

Täna riiklik sotsiaalkindlustus ei taga vajalikku kaitset töötajatele ega töötajatele.

Tööõnnetuste statistika on kurb:

	1999	2000	2001	2002	
tööl sai surma	47	26	30	35	töötajad
raske tervisekahjustuse põhjustas	449	496	770	929	tööõnnetust

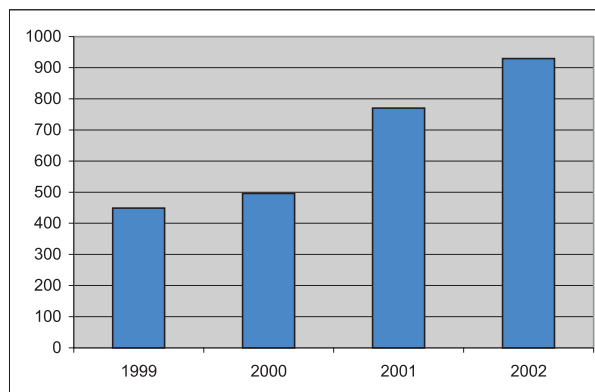
Euroopa riikides pakutakse töötajatele võimalust kindlustada oma vastutus. Kaks aastat Riigikogu menetluses olnud tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse seaduse eesmärk on pakkuda sarnast kindlustuskaitset ka Eesti ettevõtjatele. TÕKS kindlustab ka Eestis kaasaegse Euroopa Liidu õigussüsteemile vastava õigusliku raamistiku tööst põhjustatud tervisekahju hüvitamiseks.

Kolm kasulikku muutust ettevõtja jaoks:

1. Ennetada on odavam.

Kindlustusandjal ja ettevõtjal tekib ühine eesmärk – kahjude vähendamine. Koostöös ettevõtjaga toimub töökeskkonna riskide juhtimine ning töökeskkonna investeringute tasuvuse analüüs. Kindlustusandja saab kasutada töötervishoiu spetsialiste, kes aitavad ettevõtjal hinnata riski ja nõustada vajalike abinõude rakendamisel.

RASKE TERVISEKAHJUSTUSEGA TÖÖÕNNETUSED



Kutsehaigust ei saa ennetada, küll aga võib ära tunda varajases staadiumis kutsehaigestumise või tööga seotud haigestumise (TÕKSi eelnõu § 19, 44).

2. Ettevõtte majanduslik stabiilsus.

Ootamatu ebameeldiv sündmus ei too kaasa planeerimatult suuri kulutusi. Kindlustusandja hüvitab töötajale saamata jäänud töötasu, ravikulud, töötajate vastu esitatud kahjunõuded, lisakulutused seoses uue töötaja väljaõppega või teise töötaja ümberõppega.

3. Rehabilitatsioon.

Meditsiinilise ja kutsealase rehabilitatsiooni abil on võimalik töötajal jätkata oma tööelu. Kindlustusandja hüvitab taastusravi ja kulud, et kohendada töökoht vastavalt töötaja tervisele, töövõimele ja vajadustele.

Euroopa Liidu töö- ja sotsiaalpoliitika strateegias aastateks 2002–2006 rõhutatakse, et töötervishoid ja tööohutus on ELi tähtsaim sotsiaalpoliitika sektor. EL hakkab arendama kolme uut ainevaldkonda ja suunda:

1. Kõikehõlmav lähenemine tööhealule, võttes arvesse tööelu muutused ja uued, sh psühhosotsiaalsed riskid, et tagada tervislik ja ohutu töökeskkond (TÕKS toetab).
2. Riskide ennetamine ja partnerluse loomine töötervishoiu ja tööohutusega tegelevate sidustöörühmadega (TÕKSi kõige olulisem ülesanne).
3. Ambitsioonikas sotsiaalpoliitika konkurentsivõime seisukohalt, mille puudumine põhjustab majandusele ja ühiskonnale suuri kulusid (TÕKS tagab kindluse).

Euroopa Liiduga liituv riigina peame arvestama nende eesmärkidega ja looma selleks tingimused. TÕKSi käivitamine loob eeldused aktiivse, toimiva majandusmehhanismi kaudu efektiivselt töökeskkonna arengut motiveeriva, oma põhieesmärgiga tööõnnetusi ja kutsehaigestumist ennetava, tegevusala riskile diferentseeritud maksemääraga kindlustussüsteemi kasutuselevõtuks, loomiseks.

Milvi Jänes
TÕKS projektijuht
ERGO Kindlustuse AS
E-post: Milvi.Janes@ergo.com.ee

Ülevaade Haapsalus toimunud seminarist

Viiu Tuulik

Töötervishoiukeskuse, Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsiooni keskuse ja Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi ühine seminar “Tööga seotud seljavalud” toimus 9. mail 2003 Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses. Ühisseminari avasid sõnavõttudega Haapsalu Rehabilitatsioonikeskuse peaarst dr Zefira Tammik, Töötervishoiu Keskuse direktor Urmas Krass ja professor Hubert Kahn.

Dr Viiu Tuuliku avaettekande teemaks oli “Kas seljavalud on probleem töötervishoius?”.

Ägedat alaseljavalu on elu jooksul tundnud 80–90% elanikkonnast ja see on üks sagedasemaid töövõimetuse põhjustajaid (John D. Rybock, 1994). Teada on, et füüsilise töö tegijatel, kes teisaldavad raskusi või töötavad sundasendis, esineb alaseljavalu sagedamini kui vaimse töö tegijatel.

Samal ajal on alaseljavalu mittespetsiifiline ja selle põhjus on multifaktoriaalne – arvesse tulevad nii raske füüsiline töö, töö sundasendis, psühhoemotsionaalne pingeline kui ka inimese konstitutsionaalsed omadused, nagu

vanus, sugu ja luu-lihaskonna funktsionaalne seisund ning eelnevad degeneratiivsed muutused luu-lihaskonnas. Alaseljavalu põhjustena peab arvestama ka inimese elustiili eripäraga, tema sotsiaalse seisundiga ja psühhoemotsionaalset seisundit mõjustavate teguritega.

Tööga seotud alaseljavalu uurimiseks on töötervishoius kasutatud nii epidemioloogilisi, psühhosotsiaalseid kui ka ergonoomilisi ja/või biomehaanika (Arun Garg, 1994) uurimismeetodeid.

Erinevaid biomehaanika meetodeid – intradiskaalset manomeetriat ja elektromüograafiat koos arvutil modelleerimisega – on kasutatud alaseljavalu seostamisel konkreetse tööga. Uuritud on nii erinevate raskuste tõstmist ja teisaldamist kui ka erinevate tööasendite ja tasapindade mõju, samuti üksiku töötaja õigeid või valesid töövõtteid. Andmete võrdlus (Arun Garg, 1994) ja kvantifitseerimine on oluline töökohtade individuaalsel disainimisel.

Arvestades nii erinevate raskuste poolt põhjustatud koormust alaselja struktuuridele, tööasendit ja tasapinda,

milles töö toimub, erinevaid töövõtteid ja tööks kulunud aega kui ka töötaja vanust ning konstitutsionaalseid omadusi, luu-lihaskonna funktsionaalseid omadusi, eelnevaid degeneratiivseid muutusi ning mikrotraumatisatsiooni selles, peavad autorid (Arun Garg, 1994 jt) **tööga seotud alaseljavalu põhjuseks konflikti inimese füsioloogilise võimekuse ja töö iseloomu vahel**. Erinevaid meetodeid kasutades soovitatatakse välja arvutada nn **biomehaanilise stressi indeks**.

Tööga seotud alaseljavalu preventiooniks soovitatatakse disainida töökoht, arvestada töötaja individuaalset füüsilist võimekust ning psühhoemotsionaalset sobivust tööks. Nii töötajale kui tööandjale oleks kasulik proovida kõiki võimalusi tagamaks töötaja hea füüsiline tervis.

Dr Tiit Ives käsitles oma ettekandes lülisamba kumulatiivse mikrotrauma tekkemehhanismi krooniliste seljavalude põhjusena. USAs võeti tugi-liikumisaparaadi vigastuste vältimise rahvusliku strateegia väljatöötamisel aluseks Haiguste Ennetamise Nõukogu



IV rahvusvaheline töötervishoiualane sümposium

Töötervishoid 21:

KVALITEET TÖÖTERVISHOIOUS

5.–6. veebruar 2004

Tartu Ülikooli Tervishoiu instituudis

Biomeedikumis, Tartu, Ravila 19, 50411

Lisainfo: tel (07) 374 198, e-post: eda@ut.ee, arx@ut.ee

www.tervishoid.ee

poolt esitatud riskifaktorid, mille tagajärjel muutub meie organismi tugi-liikumisparaadi normaalne funktsioneerimine.

Somaatilise (keha raamistiku) süsteemi – skeleti-, liiges- ja müofastsiaalse struktuuri – ning nende struktuuridega seotud vaskulaarsete, lümfaatiliste ja neuraalsete süsteemide rikutud ja muutunud funktsiooni nimetatakse rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi somaatiliseks düsfunktsiooniks. Somaatiline düsfunktsioon võib tekkida trauma tagajärjel või on omandatud kompensatsioonina mujal asuval süsteemi düsfunktsioonile. Lülisomaatiline düsfunktsioon on tuvastatav haaratud vertebraalse segmendi liigutuste kvaliteedi/kvantiteedi hindamise ja koe omaduste hindamisega. Liigutuste kvantiteet võib segmentaarse düsfunktsiooni korral väheneda (hüpomobiilsus) või suureneeda (hüpermobiilsus).

Läheneb seljavaludele funktsionaalses plaanis peame lähtuma lihaste funktsiooni ja dünaamilise stabiilsuse kontseptsiooni uuest mudelist. Hiljutised uuringud näitavad, et teatud lihastel on eriline stabiliseeriv ülesanne. Need nn lokaalsed lihased paiknevad liigeste läheduses ja sisaldavad suurel hulgal toonilisi lihaskiude. Usutakse, et “lokaalsed” lihased vastutavad segmentaarse stabiilsuse eest, kusjuures “globaalsed” lihased teostavad liigutusi.

Sahrman (1993) tõi käibeletulekuse kumulatiivse mikrotrauma osast mitte ainult alaseljavalude tekkes, vaid ka oletas, et “valed liigutused võivad põhjustada patoloogiat, mitte ei ole ainult patoloogia tulem”. Kumulatiivne mikrotrauma võib tekkida korduvate liigutuste korral ja liigeste liikumise mustri komplekssete muutuste korral.

Seljaprobleemide lahendamiseks on vaja keskenduda madala-astmelisele “lokaalsete” stabiliseerivate lihaste treeningule – see tee näib olevat probleemi lahendamise ja krooniliseks muutumise takistamisel esmatähtis. Ravi koosneb spetsiaalselt harjutuste programmist, mis keskendub astmelisele lihaste stabiliseerimisele.

Dr Viive Pille käsitles mittespetsiifilist alaseljavalu e MSASV-d (ingl. k. *nonspecific low back pain* e NSLBP) töötervishoiu probleemina.

Ettekandes olid toodud järgnevad definitsioonid: äge MSASV – kahjustus kestab kuni 7 päeva; allaäge MSASV – 1–4 nädalat; riski MSASV – 4–12 nädalat; krooniline alaseljavalu – 12 nädalat kuni 6 kuud; krooniline valusündroom – kestab kauem kui 6 kuud.

Seljavalu põhjustab suurt tervis-

hoiuresursside kulu. Seljavalu on sagedaselt teine põhjus arsti poole pöördumiseks. Keskmiselt külastatakse arsti 2,8 korda iga valuepisoodi ajal. Kirurgiliselt ravitakse 12% patsientidest. Näiteks USAs hindavad mõned eksperdid aastaseid kulutusi 50 miljardile dollarile. Alaseljavalu, mis kestab üle kolme kuu, on disproportsionaalselt kallis ravida ja kompenseerida, seega on kroonilised juhud veel eriti kallid.

1988. aasta USA Rahvusliku Tervise Instituudi ülevaate põhjal tehtud analüüs näitab, et 17,6% vastanutest esines eelmisel aastal seljavalu, mis kestis üle nädala. Kokku teeb see 22,4 miljonit juhtu, põhjustades 149,1 miljonit kaotatud tööpäeva alaseljavalu tõttu. Selg on kõige tavalisem ja levinum põhjus kompensatsiooni määramiseks. Veerand töötajate kompensatsioonijuhtumitest on seotud seljavaluga ja kolmandik kompensatsioonisummadest läheb seljavalule.

Uuringud tööga seotud alaseljavaevuste ägedate episoodide seosest tööfüüsilise koormusega näitavad, et raskuste tõstmine, sage või pikaajaline keha ettepainutamine, pikaajaline istumine või seismine, korduvad liigutused ning vibratsioon suurendavad alaseljavaevuse riski. Vigastuse risk suureneb vastavalt sellele, mida suuremaid raskusi tuleb töötajal teiselada.

Tööst tuleneva valu kestus ja töövõimetus on seotud tööfüüsilise koormusega. Meestöötajatest on suurem risk ehitajatel, puuseppadel ja põllutöölistel/traktoristidel (22%); naistöötajatest meditsiinilistel, õe abilistel, koduabilistel (vastavalt 18%, 16% ja 15%). Ühes hiljutises uuringus näidati, et kogu kehale mõjuv vibratsioon võib pikendada paranemist kolmekordselt.

Tähtsat rolli mängib vanus. Vanuse kasvades suureneb haiguse krooniliseks muutumise tõenäosus. Tööstress võib mõjutada alaseljakaebusi läbi stress-vastuse mudeli, kaudselt läbi tööorganiseerimise või siis ka nende kahe koosmõju tulemusel. Tööga rahulolu on negatiivses seoses MSASV-ga ja tendentsiga süüdistada töökohta haigestumises. Tööstress, mis seisneb suure töötempo, väikeses otsustamisõiguses,



Dr Viive Pille

väheses kontrollis ja/või füüsilises koormuses on seotud positiivselt luu-lihassüsteemi kaebustega.

Sotsiaalne toetus vähendab sümptomeid. Ka motivatsioonil on paranemisel suur roll. Kõrgemapalgalistel töötajatel on paremad ravitulemused ja nad pöörduvad kiiremini tööle tagasi. Ravides töövigastusi, tuleb lisaks muule pöörata tähelepanu ka spetsiifilistele riskifaktoritele, mis puudutavad töötajat ja töökeskkonda. Laialdane programm, mis hõlmab nii organisatsioonilisi tingimusi kui ka individuaalseid ohutegureid, on osutunud efektiivseks tööõnnetuste vähendamisel. Viimastel aastatel on mõned autorid soovitanud MSASV-d enam mitte käsitleda kui meditsiinilist, vaid kui “aktiivset piiravat” probleemi. Selle eesmärk on piirata töötajate massilist kompenseerimist ja puude määramist.

Alaseljavalu eritlemisest tegi väga põhjaliku ettekande dr **Tõnu Peets** Ida-Tallinna Keskhaiglast. Seljavalu riskiteguriteks on peetud selja ülepingutamist raskuste tõstmisel, korduvat raskuste tõstmist, keha pööramist ja vibratsiooni, sh autojuhtimist. Seos on ilmnenu ka staatilise tööasendiga, kestva



Dr Tõnu Peets

seismise või kõndimisega, liiklusõnnetuste ja kukkumistega.

Mehhaaniliste, sh degeneratiivsete alaseljavaevuste tekkimisel on seega oluliselt teguriks kumulatiivne füüsiline, aga ka psüühiline düstress nii tööl kui olmes. Tööhõiveteguritest on esile toodud raskuste tõstmist ja sundasendit. Raske füüsilise töö tegijatel vanuses üle 45 eluaasta on 2,5 korda suurem risk puududa töölt seljavalude tõttu, võrreldes 24 aastat noorematega. Üldse on alaseljavalu mehhaaniliste põhjuste osakaalu hinnatud 90%-le.

Ühes väga olulises küsimuses – alaseljavalu loomulik kulg – lähevad uurijate arvamused diametraalselt lahku. Aastakümneid on valitsenud seisukoht, et 50%-l paraneb seljavalu ühe nädalaga ja 90%-l kaheksa nädalaga. Selline iselimeeruv kulg on olnud aluseks mitmete ravijuhiste väljatöötamisele kogu maailmas, kus valitseb “oota ja vaata” taktika. Teisalt on juhitud tähelepanu sellele, et 70–80%-l valutab selg ikka veel ka ühe aasta möödudes. Suur viiga oleks arvata, et haige paranes, kuna ta ei tulnud vastuvõtule tagasi, on rõhutanud R. Donelson. Valuepisoodid korduvad aasta jooksul 60–90%-l patsientidest ja ühtlasi progresseeruvad: muutuvad kestmaks, valu tugevneb, puue süveneb.

Äsja tekkinud alaseljavalu on sagedamini mehhaanilise genesiga, tingitud väärast liigutusest või kehaasendist ja tõenäoliselt põhjustatud lülivaheketta nihkest, fassetliigeste nihetusest või lihaste-ligamentide venitusest. Avaldub enamasti noortel ja nooremas keskeas inimestel. Esmane diagnoos on sageli kliiniline ega vaja täiendavaid uurimusi.

Esmaste alaseljavaluhaigete seas tuleb eristada ohtlikke ja raskeid seisundeid nagu *cauda equina* kompressioon ning sümptomaatiline maligne või põletikuline (infektsioosne) alaseljavalu. Võimaliku tõsise haiguse riskiteguriteks on ka vanus üle 50 aasta, varasem vähi või muu raske haiguse diagnoos, valu kestus üle ühe kuu. Neil juhtudel tuleks teha tavaradiogrammid ja vajadusel muu pildidiagnostika, määrata vähemalt ESR (soovitavalt ka kliiniline veri, CRP, ALP, Ca). Ülejäänud haigetele piisab adekvaatsest liikumisravist ja haige jälgimisest 4–6 nädala jooksul. Esmatasandil oleks ägeda alaseljavaluga patsienti otstarbekas uuesti diagnoosida 2–5 päeva pärast.

Kui alaseljavalu jääb 4–6 nädala järele püsima, on näidustatud lumbaalsed spondülogrammid. Kestvamate alaseljavalude sagedamaks põhjuseks vane-

mas eas on lülivaheliigete spondülaratroos ja kaasnev spondülostees koos spondüloolüüsiga või ilma selleta.

Sobiva pildidiagnostika valikul tuleks arvestada, et tavaradiogrammid on sobilikud eriti põletikulise sakroiliidi, lüliskehamurdude ja spondülosteesi diagnoosimiseks; kompuutertomograafia võib visualiseerida põletikulisi muutusi, infektsiooni, tuumorit või ristluu murdu; magnetresonantstomograafia näitab närvijuure või seljaaju kompressiooni, infektsiooni ulatust (näiteks paraspinaalset lisamassi) ja mõningaid tuumoreid, eriti müeloomtõbe, mis näiteks skeleti stsintigraafial ei visualiseeru.

Põhjalik anamnees ja staatus ning selleks varutud küllaldane aeg on kõige olulisemad eeldused alaseljavalude diferentsiaaldiagnostikaks.

Seljavalude ennetamise võimalusi lähtuvalt töötervishoiu kontseptsioonist esitles **Mai Müür** M. I. Massaažikoolist. Seljavaevuste ennetamise võimalusi on mitmeid. Alljärgnevalt on toodud seljavalude ennetamise võimalused, mis on efektiivsed, kuid nõuavad pingutusi nii ettevõtja kui töötaja poolt.

Ettevõttepoolsed pingutused: seljakoolitus (ergonoomika kursus); ergonoomiliselt disainitud töökoht; korra-



Mai Müür

likud tööjuhendid (eelkõige tööstuses); töötaja regulatsioon. Töötajapoolsed pingutused: soov suurendada enda terviseadlikkust; aru saada, et seljaervis sõltub töötajast enesest, kui töökoht ja protsess on hästi planeeritud; enesedistsipliin jne.

Seljavalude tõhusaim ravi on valude ennetamine.

Nimmevalu füüsilise ravi võimalusi käsitles dr **Eva Paas** Ida-Tallina Keskhaiglast. Füüsikaline ravi on or-

ganismi mõjustamine erinevate füüsiliste mõjuritega: mehhaaniliste võtetega, soojusega, külmaga, helilainetega, magnetlainetega, valguslainetega, madalsageduslike alalisvoolu impulssidega. Ravi põhineb nimetatud füüsiliste tegurite erineval toimel kudedele.



Dr Eva Paas

Erinevad populatsiooniuuringud on näidanud, et füüsikaline ravi on nimmevalu puhul väga oluline. Tänapäeval on nimmevalu ravis pööratud ravi võimlemisel. Paralleelselt võimlemisega kasutatakse ka teisi füüsilise ravi liike: massaaži, mudaravi, vesiravi, külma- ja soojaprotseduure, aparaatset füsioteraapiat, manuaalteraapiat, nõelravi. Igal eelnimetatud ravivõimalusel on kindlad näidustused ja vastunäidustused, nad sobivad raviskeemi olenevalt haiguse staadiumist. Lisaks konkreetsele füüsilisele/keemilisele toimel on neil oluline osa patsiendi üldise enesetunde parandamisel, mis on tähtis tingimus patsiendi tervenemisel.

Akute nimmevalu puhul on ravis eelkõige vajalik leevendada valu, vähendada nimmeliha reflektorset pinget.

Paari nädala möödudes, kui patsient on suuteline liikuma ja ravisutusse tulema, on võimalik jätkata ravi erinevaid füüsilisi raviliike rakendades. Valik oleneb juhtivast sümptomatoloogiast. Seljalihaste väljendunud pinge ja valu puhul on näiteks tehtud soojusravi, külmaravi ja liikumisravi.

Lülisamba liikuvuse vähenemine, selja jäikus, mõõduka valu (lihaste kinnituspunkti valulikkus, lihaste lühenemine, side- ja kõõlusaparaadi elastsuse vähenemine, liigeskapsli võimalik turse) puhul valitakse passiivse füsioteraapia protseduuride seast.

Aktiivse füsioteraapia protseduuridest on kasutusel liikumisravi, manu-

aalteraapia kombineerituna liikumisraviga (Terapi Master süsteem) ja vesivõimlemine.

Subakuutne nimmevalu ei vaja reeglina analgeetikume. Peamised aktiveerivad ravivõtted on spetsiifilised võimlemisharjutused, vesivõimlemine, ülükülmravi koos võimlemisega, Terapi Master süsteemil põhinev võimlemine, ujumine.

Kroonilise nimmevalu puhul on vajalik patsienti järk-järgult aktiveerida, õhutada teda koostööle, leida motiivid aktiivsuse suurendamiseks. Siit tuleneb esmavalikuna aktiivne füüsikaline ravi, kuhu võib vajadusel harvade kuuride-na lisada passiivse füüsikalise ravi liike.

Kokkuvõtteks võib öelda, et kuigi on uuritud iga üksiku füüsikalise teguri toime mõju kudedele, ei ole tõendus-põhiseid andmeid konkreetse raviliigi ühesuguse efektiivsuse kohta sama diagnoosiga patsientide ravis. Primaarseks on osutunud aktiivne füsioterapia – spetsiifiliste harjutuste sooritamine vastavalt nõrgale või defektsele kohale patsiendi biomehaanilises süsteemis, s.o võimlemine.

Passiivsete füüsikalise ravi liikide valik oleneb antud raviliigi toimest kudedele. Erinevate kudede reaktsioon samale mõjurile on erinev. Seega on valik sellest, millist kude me soovime mõjustada ja mis suunas. Iga patsiendi organismi vastus konkreetsele füüsikalisele agensile ei ole 100% ühesugune. Seetõttu ei saa anda kindlat ravijuhendit erineva geneesiga nimmevalu konkreetseks käsitlemiseks.

Ülalnimetatud raviliikidest tuleb iga konkreetse patsiendi jaoks leida efek-

tiivne kompleks. Kogemused näitavad, et kombineeritud aktiivsete ja passiivsete füüsikalise ravi võtete rakendamine parandab enamiku patsientide seisundit.

Alaseljavalu medikamentoosse ravi võimalustest andis põhjaliku ülevaate Ida-Tallinna Keskhaigla reumatoloog dr **Tõnu Peets**.

Töö alaseljavalude põhjustajana oli **Eva-Maria Reimersi** ettekande teema. Mittetõiste seljavalude põhjustajatena tulevad autori arvates arvesse pärilik soodumus ja ea suurenemine, ülekaalulisus. Andmed indiviidi füüsilise võimekuse ja seljavaevuste omavahelise seose kohta on vastuolulised. Nõrkade seljalihaste puhul on füüsiliselt raske töö tõenäoliseks eelduseks seljavaevuste esilekerkimisel aasta jooksul.

Vaimse heaolu kvaliteedi ning seljavaevuste esinemise omavahelist seost on kinnitanud kliinilised leiud. Närvilisus, erutus ja stress suurendavad lihaspingeid. Mõningate uurimuste järgi on stress seljavaevuste tekkimise eelduseks. On leitud, et rahulolematuse tööga, töö monotoonus, kiirustamine, töö mõjutamisvõimaluste puudumine ning pinged töökollektiivis on tihedalt seotud seljavaevuste esinemise ja sellest põhjustatud töölt puudumistega.

Suissetamine suurendab seljavaevuste ja ishiaatiliste probleemide riski. Põhjuseks peetakse diski vaheliste kudede kapilaarvereringe aeglustumist ja sellest põhjustatud puudulikku ainevahetust diskis.

Tõised alaseljavalude põhjused on raske füüsiline töö; raskuste käsitsi tei-



Eva-Maria Reimers

saldamine ja liigutused koos jõu rakendamise; tööliigutused – kummardamine ja kehapöörded; üldvibratsioon; staatilised tööasendid.

Tööliigutuste (kummardamine ja kehapöörded) puhul ollakse uurimuste alusel üldiselt seisukohal, et ebasobivate kehaasendite ja alaseljavalude vahel on tihe seos. Ka kehale mõjuv üldvibratsioon ja alaseljavalud on omavahel tihedalt seotud, nagu on uurimustega välja selgitatud. Enamike uurimuste alusel ei peeta staatilisi tööasendeid alaseljavalude peapõhjusteks.

Seljavalu taastusravi võimalusi ambulatoorses või statsionaarses taastusraviasutuses või sanatooriumis ning ravikulude tasumist käsitles oma ettekandes “Seljavalu taastusravi võimalused” dr **Varje-Riin Tuulik-Leisi** Haapsalu Neuroloogilisest Rehabilitatsioonikeskusest.

Seminari ettekannete kogumikus on avaldatud ka prof **Hubert Kahni** (kaasautoritega) artikkel “Füsioloogilisest ülekoormusest põhjustatud ülajäsemete, kaela ja õlavöötme kutsehaiguste hüpodagnostika Eestis”, mis jätkab 2002. aasta seminari ülekoormuse teemat. Loodame, et ka järgmise aasta ühisseminar on aktuaalsel teemal ja pakub kolleegidele huvi.

Viiu Tuulik
E-post: viiu@cb.ttu.ee



Haapsalu seminari lektorid ja korraldajad

Diagnostilise radioloogia kasutamisesest seljavaevustega patsiendi uurimisel

Indrek Hanso

Võttesõnad: radioloogilised uuringud, uurimisstrateegiad, kliiniline tööhüpotees, tõendus põhised diagnostikajuhtused

Lüüsisambaga seotud vaevused on tööelise elanikkonna hulgas üks peamisi töövõimetuse põhjustajaid. Uurimistööde andmetel kannatab ühel või teisel eluperioodil seljavalude all 60–80% täiskasvanutest ning kuni 25%-l töötavatest meestest esineb seljavalu episood igal aastal [1]. Alaseljavalu puhul on ligi 90%-l juhtudest oluline roll nn mehaanilistel põhjustel, nagu raske füüsiline töö, nimmepiirkonna ülekoormus raskuste tõstmisel, väär- ja sundasendid, otsene trauma, üldvibratsioon, ülekaalulisus. Seejuures ilmnevad vaevused sagedamini halva kehahoiu ja puuduliku treenitusega inimestel.

Muskuloskeletaarsete seljavaevuste mittemehaaniliste põhjuste seas tuleb suure levimusega degeneratiivsete muutuste kõrval mainida reumaatilisi haigusi (eelkõige spondüloartropaatiaid), infektsioone, kasvajaid ja osteoporoosi. Seljavaevuste teket võivad soodustada kaasasündinud kõrvalekalded, nagu esmaselt kitsas lülisambakanal nimmeosas, lülide arvu ja kuju anomaaliad, spondüloolüüsid ja -listeesid. Seljavaevuste põhjus võib olla ka mittemuskuloskeetaarne, nagu edasi kiirgav vistreaalne valu kõhuaordi aneurüsmi, kõhunäärmevähi või urogenitaalse vähi korral.

Töö eesmärk

Käesoleva artikli eesmärgiks on anda ülevaade seljavaevustega patsiendi uurimiseks sobivatest radioloogilistest meetoditest ning erinevate kliiniliste olukordade puhul soovitatavatest

uurimisstrateegiatest, keskendudes eelkõige Eestis kättesaadavatele uuringutele. Enne teema juurde asumist tuleb mainida, et (a) radioloogiline uurimine täiendab haige kliinilist (sh füüsikaalset) uurimist ja pole näidustatud kaugeltki iga seljaprobleemi korral, (b) ka kõige tundlikumate uuringumeetodite kasutamisel ei pruugi ilmnedu vaevusi seletavat leidu ja (c) kaebusteta inimestel tõestatud radioloogiliste kõrvalekallete arvestatav levimus (eriti magnetresonantstomograafilistel uuringutel) manitseb vaevustega patsiendi uurimisel avastatavaid radioloogilisi kõrvalekaldeid tõlgendamata teatava ettevaatusega.

Arutelu

Seljavaevustega patsiendi radioloogilise uurimise põhimeetodid on tavaröntgenograafia (vajadusel röntgenoskoopia; võimalik on funktsionaalne uurimine ja diagnostiline intervetsioon, nagu näiteks intervertebraalliguste blokaad), kontrastmüelograafia (MG), kompuutertomograafia (KT) (vajadusel lülisambakanali kontrastereimiseks, nn KT-müelograafia), magnetresonantstomograafia (MRT) ning gammauringud (luustsintigraafia, uuringud märgistatud leukotsüütidega põletikukollete avastamiseks, SPECT). Harva läheb vaja ultraheli ja spinaalset angiograafiat. Positronemissioontomograafilisi (PET) uuringuid saab Eestis praegu teha vaid lühikeseks ajaks renditud liikuvate seadmete abil.

Vajalik radioloogiline uuring on uuring, mille tulemus (olgu positiivne või negatiivne) muudab haigusjuhu käsitlemist või lisab kinnitust raviarsti töödiagnoosile [2]. Millist uurimismeetodit (või uuringute komplekti) valida, sõltub ennekõike patsiendi vaevustest, haiguse anamneesist, kliinilisest leiust

ja eelmainitud teabe põhjal püstitatud kliinilisest tööhüpoteesist. Radioloogilisele uuringule suunamisel peaks saatekirjal kajastuma tööhüpoteesist tulenev diagnostiline küsimuseasetus. Näiteks: haigel on kliiniliselt nimmekanalihäire sündroomile viitavat süptomaatika, kas esineb spinaalstenooos? Või: kliiniliselt kahtlus spondüloartropaatiale, kas esineb sakroiliidile või enteesiidile viitavaid radioloogilisi muutusi?

Uuringumeetodi valimisel tuleb igal juhul arvestada ka kiirguskoormust (ALARA-printsip – ingl. k. *as low as reasonably achievable*). Mõnede sageli kasutatavate seljauringute kiirguskoormus on arvestatavalt suur (lülisamba nimme-ristluuosa tavaröntgenograafia ja müelograafia, KT mitmest nimmevahemikust või sakroiliakaallidustest).

Radioloogil tuleks patsiendi olukorra adekvaatseks hindamiseks muuhulgas teada ja arvestada endo- ja eksogeenseid biomehhaanilisi tegureid (nt ülekaal, töö iseloom, võimalikud mikrotraumad), tunda eri liiki patoloogiliste muutuste substraadiks olla võivad anatoomilisi struktuure ja selja biomehhaanikat, mõista eri geneesiga muutuste omavahelisi seoseid ja muutuste “ladestumist” ajas, samuti seoseid kliinilise leiu (ühelt poolt) ja radioloogilistel kujutistel kajastuva patomorfoloogilise leiu vahel (teiselt poolt). Edukas diagnoosimine on võimalik üksnes piisava informatsioonivahetuse korral raviarstiga, vastasel juhul on oht kalduda “masinismi”, kus põhiliseks kannatajaks on patsient.

Enamlevinud seljavaevuste korral on patoloogiliste muutuste **substraadiks** mõni järgnevatest anatoomilistest struktuuridest: kõhrelised luuühendused (lülivahemikud koos diskidega),



Dr Indrek Hanso ja dr Eva Paas seljavalusid käsitleval seminaril Haapsalus

sünoviaalsed luuühendused (intervertebraalliigesed, kostovertebraalliigesed, sakroliakaalliidused, üleminekulülide korral lumbosakraalsed liigesed), fibroossed ühendused (ligamendid ja enteesid), seljapiirkonna lihased, lülid. Nimetatud struktuuride degeneratiivne kahjustus võib tüsistuda järgnevalt loetletud patoloogiliste seisunditega: väärasetumused (segmentaalne ebastabiilsus, degeneratiivne spondülostees ehk pseudospondülostees, seniilne küfoos, degeneratiivne skolioos), diski ümberpaigutumised (universaalne või fokaalne diski protrusioon või prolaps), diski lubistumine või luustumine, spinaalstenooos [3].

Radioloogiliselt on suhteliselt lihtsam esile tuua lülide, diskide ja sünoviaalligeste muutusi (baasanatoomia tavaröntgenis, põhiuuringuna KT või MRT, lülide maliigse või põletikulise tabatuse kahtlusel gammauuringud). Fibroossete ühenduste kahjustus võib kinnitust leida MRT-s ning gammauuringutel. Müofastsiaalse nimmevalu korral otseselt lihaste muutuste esiletoomiseks kliinilisel radioloogial sobivat meetodit pole, küll aga saab diagnoosida võimalikke kaasuvaid degeneratiivseid muutusi lülisambas.

Sagedamini esinevate seljavaevuste (ennekõike alaseljavalu ning radikulaarsed sündroomid) radioloogilises käsitluses tehakse vahet ägedate ja krooniliste vaevuste vahel. Vaevusi võivad esile kutsuda väga mitmesugused protsessid, millest osade prognoos on oluliselt tõsisem kui teistel. Mõned

seljavaevusi põhjustavad protsessid vajavad kohest radioloogilist selgitamist ja edasilükkamatut ravi. Teiste korral võib haiget mitme kuu vältel konservatiivselt ravida, ilma et pildidiagnostikat üldse vaja läheks [4].

Esmaseks küsimuseks ongi, kas patsiendil esineb sümptomeid, mis võiksid langeda ühte kolmest kliinilisest “punase lipu” situatsioonist:

- fraktuuri võimalus:** tõsise trauma korral; suhteliselt äkki tekkinud seljavaevused kerge trauma korral (või ilma traumata) pahaloomulise kasvaja anamneesiga või kortikosteroidravi saanud patsiendil;
- maliigse haiguse või infektsiooni võimalus** anamneesi või mistahes kliiniliste näitajate alusel;
- cauda equina sündroom** või äkki tekkinud **labajala parees** [4].

Fraktuuri võimaluse korral (tõsine trauma eakal või osteoporootilisel patsiendil) on esmaseks uuringuks tavaröntgenogramm. Kui fraktuur leiab kinnitust, tuleb vastavalt ravida. Negatiivse leiuga korral tuleb kaaluda gammauuringut.

Maliigse haiguse või infektsiooni võimaluse korral (nt varasemalt ravitud maliigne haigus anamneesis, öövalud; tugevalt kiirenenud settereaktsioon, immuunpuudulikkus) tuleks alguses teha tavaröntgenogramm ja gammauuring. Kui uuringuleid on negatiivne, tuleks jätkata MRT-ga.

Cauda equina sündroomi (lahkliha- piirkonna anesteesia, põie- ja pärasoolepidamatus ning raske või süvenev

neuroloogiline ärajääm alajäsemetes) või äkki tekkinud **labajala pareesi** korral tuleks kiiresti korraldada tavaröntgenogramm ja MRT (või KT-müelograafia).

Kui “punase lipu” kliinilistele situatsioonidele viitavaid sümptomeid ei esine, on radioloogilise uurimise vajadus harva nii kiireloomuline ja juhitud võiks alljärgnevatest soovistest:

Ägeda seljavalu, sageli ka eeldatavalt seljaprobleemidest tingitud ägeda tuhara- ja jäsevalu korral ei peeta radioloogilist uurimist üldiselt vajalikuks. Esmalt püütakse anda haigele rahu ja ravida konservatiivselt [5].

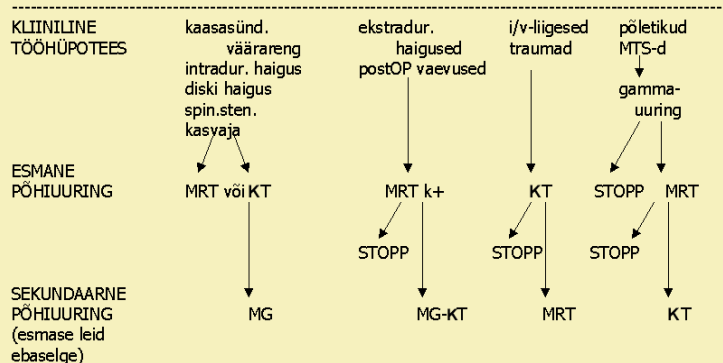
Ägedad radikulaarsed sündroomid. Kui ühe jäseme perifeerse motoneuroni parees on tekkinud ilma traumata, on see harva tingitud lülisamba haigusest. Traumaatilist närvijuure avulsiooni ägedas faasis tavaliselt ei uurita, hiljem sobib kahjustuste väljaselgitamiseks MRT või müelograafia. Lumbosakraalvahemiku diski protrusioon võib anda ägeda S1-närvijuure kompressiooni, kus motoorne ärajääm on esiplaanil; võib esineda äge ühte jalga kiirgav valu või ka sfinkterlihase funktsioonihäire. Siin sobib ekstradurraalse diskiprotrusiooni kindlakstegemiseks KT peaaegu sama hästi kui MRT, ehkki mitte kõigil juhtudel [5].

Ägeda traumaatilise seljaajukahjustuse korral on tavaröntgenograafia hädavajalik. Sageli tuleb lisaks teha MRT või muu lülisambakanali uuring, eriti kui tavaröntgenogramm on leiuta [5].

Äge mittetraumaatiline seljaajukahjustus loetakse kompressioonist põhjustatuks, kuni pole tõestatud vastupidist, ja olukord kuulub vältimatu abi korras lahendamisele. Vajalik on rindkere röntgenülevõtte, kuna paljudel juhtudel on tegemist neoplastilise haiguse või infektsiooniga. Lülisamba tavaröntgenogramm tuleks teha vastavalt seljaajukahjustuse oletatavale nivoole või ka laiemale, kui toopika on ebaselge. Põhiuuringuks on MRT, uuritav lülisambaosa valitakse vastavalt seljaajukahjustuse oletatavale nivoole. Kui kahtlustatakse lülisamba metastaa- se, tuleks võimalusel uurida kogu lülisammast. Kui MRT pole kättesaadav või on vastunäidustatud, võib vaja minna müelograafiat kombinatsioonis KT-ga. Spinaalne angiograafia võib osutada vajalikuks juhul, kui tavaröntgenograafia või müelograafia näitab rohkelt vaskulariseeritud haiguskollet. Angiograferimise võib edasi lükata, kuni haiguse äge faas on möödas [5].

Uuringute soovitatav järjestus eri seljahaiguste diagnoosimisel

- tavaröntgenograafia (baasanatoomia)
- järgnev uuring:



Krooniline seljavalu. Esmaseks uuringuks sobivad hästi tavaröntgenogramm, mis on odavad ja annavad kiire üldpildi anatoomiast (nn baasuuring). Vajadus edasiste uuringute järele tuleneb põhiliselt kliinilisest leiust [5]. Tavaröntgenograafia leid võib, aga ei pruugi anda viiteid tabatud substraadile, võib olla normis ja varjata tõsist patoloogilist muutust, meetodi tundlikkus on mitmete haigusgruppide korral vilets ja muutused ilmnevad hilja.

Krooniline radikulaarne sündroom. Eelistatud põhiuuringuteks on KT või MRT, sest nende (mitteinvasiivsete) meetodite abil saab teha enamuse otsuseid kirurgilise sekkumise vajalikkusest. Müelograafia on invasiivse uuringuna tagaplaanil, kuid aitab mitme segmendi haaratuse korral (ka spinaalstenoozi puhul) kindlaks teha enim tabatud segmendi(d); müelograafia plussiks on võimalus uurida funktsionaalselt – nii sirutus- kui ka painutusasendis – ning võimalus vajadusel uurida läbi terve lülisambakanal [5].

Kroonilist seljaajukahjustust võivad anda mitmesuguse geneesiga seljaaju-välised komprimeerivad muutused, seljaaju-sisesed muutused (põhiliselt tuumorid ja süürinksid) ning põletikud ja vaskulaarsed haigused. Tavaröntgenograafia peaks põhiuuringuna järgnema MRT või KT-müelograafia [5].

Uuringute soovitatav järjestus enamlevinud seljaprobleemide korral [6] on ülaltoodud skeemil.

Arenenud riikide tervishoiusüsteemides peetakse oluliseks üldtunnustatud tõenduspõhiste ravijuhiste järgimist. Kuna ressursid on piiratud, muutuvad üha aktuaalsemaks ka **tõendus-põhised diagnostikajuhised**. Üheks selliseks on Euroopa Komisjoni poolt 2000. aastal välja antud ja Euroopa Liidu riikides soovituslikuna käibel olev dokument “Referral Guidelines for Imaging”, mis on kättesaadav võrgu-aadressil <http://europa.eu.int/comm/environment/radprot/118/rp-118-en.pdf>. See on radioloogilise diagnostika juhend, mis on süstematiseeritud kehapiirkondade ja organsüsteemide kaupa ning mille autoriteks on Euroopa radioloogia ja nuklearmeditsiini juhtivad eksperdid. Juhendit saab kasutada mitmesuguste kliiniliste probleemide korral. Dokument on suunatud eelkõige klinitistidele, juhiste eesmärk on parandada kliinilist praktikat ning anda soovitusi, kuidas kasutada radioloogiaosakonda parimal võimalikul viisil. Seljavaevusi käsitlevad osad paiknevad lehekülgedel 40–44 ja 90–92.

Kokkuvõte

Seljavaevused on elanikkonna hulgas üheks sagedaseks töövõimetuse põhjustajaks, kuid vaevusi võivad omakorda põhjustada väga mitmesugused muutused ja protsessid. Seljavaevuste väljaselgitamisel on haige kliinilise uurimise kõrval oluline koht radioloogi-

lisel uurimisel. Millist radioloogilist uurimismeetodit (või uuringute komplekti) valida, sõltub ennekõike patsiendi vaevustest, haiguse anamneesist, kliinilisest leiust ja eelmainitud teabe põhjal püstitatud diagnostilisest tööhüpoteesist. Kui raviarst suunab haige radioloogilisele uuringule, peaks saatekirjal kajastuma tööhüpoteesist tulenev diagnostiline küsimuseasetus. Edukas diagnoosimine on võimalik üksnes piisava informatsioonivahetuse korral raviarstiga. Uuringumeetodit valides tuleb muuhulgas arvestada kiirguskoormust, kuna mõnede sageli kasutatavate seljauuringute kiirguskoormus on arvestatavalt suur.

Oluliseks abiks sobiva uuringumeetodi (või uuringute komplekti) valimisel on diagnostikajuhised. Artiklis on antud ülevaade soovitatavatest uuringutest ja uurimisstrateegiatest sagedamini esinevate seljaprobleemide korral. Laiemale kolleegide ringile kättesaadavatest diagnostikajuhistest soovitab artikli autor Euroopa Komisjoni poolt 2000. aastal välja antud ja Euroopa Liidu riikides soovituslikuna käibel olevat dokumenti “Referral Guidelines for Imaging”, mis on leitav võrgu-aadressil <http://europa.eu.int/comm/environment/radprot/118/rp-118-en.pdf>.

Kirjandus

- Modic MT. Degenerative disorders of the spine. In: Modic MT, Masaryk TJ, Ross JS. Magnetic Resonance Imaging of the Spine. Year Book Medical Publishers, 1988.
- Referral guidelines for imaging. European Commission, Directorate-General for the Environment, 2000. ISBN 92-828-9454-1. <http://europa.eu.int/comm/environment/radprot/118/rp-118-en.pdf>
- Resnick D. Degenerative diseases of the vertebral column. Radiology 1985; 156:3–14.
- Richardson ML. Radiology review for primary care practitioners. University of Washington online CME courses, 1999.
- Grainger & Allison’s Diagnostic Radiology. 1997.
- Radioloogia. Tõlge eesti keelde: AS Medicina, 1995.

Indrek Hanso
Põhja-Eesti Regionaalhaigla
radioloog
E-post:
indrek.hanso@regionaalhaigla.ee

Pressiteated

Muudatused töökeskkonna õigusaktides

Mitmed olulised töökeskkonna ohutust sätestavad õigusaktid jõustusid 1. juulist.

Tähtsaim neist on töötervishoiu ja tööohutuse seaduse ning toote ohutuse seaduse muutmise seadus (RTI, 28.02.2003, 20, 120), mis võeti Riigikogus vastu 29. jaanuaril 2003. aastal.

Seaduse muudatus sisaldab mitmeid täiendusi ja täpsustusi, mis puudutavad tööandja kohustusi töökeskkonna ja töötajate tervise osas. Seaduse muutmise tingisid järgmised asjaolud:

- Tööinspeksioon teostab järelevalvet nii töötervishoidu ja tööohutust reguleerivate kui ka töösuhteid reguleerivate õigusaktide täitmise üle ning kõigis Tööinspeksiooni järelevalve all olevates seadustes peab olema ühetaoline riikliku järelevalve regulatsioon;
- riikliku järelevalve regulatsiooni tuli täiendada ja viia vastavusse haldusmenetluse seaduse ning asendustäitmise ja sunniraha seadusega;
- anda õiguslik alus Tööinspeksioonile teha tööl kasutatavate isikukaitsevahendite riiklikku turujärelevalvet;
- täpsustada või muuta töötervishoiu ja tööohutuse seaduse neid sätteid, mis praktikas on osutunud rakendamatuks või tekitavad rakendajas väärarvamusi;
- vajadus ajakohastada töötervishoiu ja tööohutuse seadust muude kehtestatud õigusaktidega, nt tervishoiuteenuste korraldamise seadusega.

Sätestati teiste tööseadustega ühetaoline reguleerimisala, mille kohaselt seadus reguleerib töölepingu alusel töötavate isikute ja avalike teenistujate tööle esitatavaid töötervishoiu ja tööohutuse nõudeid. Samuti laiendati töötervishoiu ja tööohutuse nõudeid vangide tööle ning õpilaste ja üliõpilaste tööle õppepraktikal ning juriidilise isiku juhataste või seda asendava juhtorgani liikme tööle.

Seadusemuudatus sätestab ka tööle esitatavad töötervishoiu ja tööohu-

tuse nõuded, tööandja ja töötaja õigused ja kohustused tervisele ohutu töökeskkonna loomisel ja tagamisel, töötervishoiu ja tööohutuse korralduse ettevõtte ja riigi tasandil, vaidemenetluse korra ning vastutuse töötervishoiu ja tööohutuse nõuete rikkumise eest.

Jõustusid ka isikukaitsevahendite ohutusnõuded ning nõuetele vastavuse hindamise ja tõendamise kord (RT I 13.02.2003, 14, 80), mille kehtestas Vabariigi Valitsuse määrus nr 43 4. veebruarist 2003. Uuenesid ka tööõnnetuste ja kutsahaiguste registreerimise, teatamise ning uurimise kord (RTI, 22.05.2003, 42, 289, Vabariigi Valitsuse 13. mai 2003. a määrus nr 146) ja töötajate tervisekontrolli kord (RTL, 09.05.2003, 56, 816, sotsiaalministri 24. aprilli 2003. a määrus nr 74).

Tööõnnetused nõuavad miljoneid

Tööõnnetuste haigushüvitiste kulud on viimastel aastatel jõudsalt kasvanud. 2002. aastal maksti tööõnnetushüvitisi üle 25 miljoni krooni, ilmneb Eesti Haigekassa aastaaruandest. Aastaga suurenes see summa koguni 26%.

Tööõnnetuste hüvitiste kogusumma on kasvanud järjepidevalt viimased kuus aastat, 1997. aastaga võrreldes maksti mullu koguni 3,5 korda suurem summa.

Haiguspäeva keskmine maksumus oli 2002. aastal 147, 2001. aastal 132 krooni (kasv 11%).

Tööõnnetustest tingitud haiguspäevi oli mullu 171 850, see arv on kuue aastaga suurenenud 2,5 korda. 2001. aastaga võrreldes suurenes haiguspäevade hulk 14%. Mõõdunud aastal oli päevas keskmiselt tööõnnetuse tõttu haiguslehel 481 inimest, 2,5 korda rohkem kui 1997. aastal.

Tööõnnetustest tingitud haigushüvitised moodustasid mullu kõigest haigushüvitistest 3,1% (2001. aastal 2,7%), hüvitatud töövõimetuspäevad 2,7% (2001. aastal 2,4%) kõigest töövõimetuspäevadest.

2002. aastal juhtus Eestis 4033 tööõnnetust, neist kolmandik olid raskeid. Suhtarvus 100 000 töötaja kohta oli mullune näitaja (689) viimase neljateistkümne aasta kõrgeim. Nominaalarvus oli viimati nii palju tööõnnetusi 1989.

aastal (4110), töötajaid oli aga 252 000 rohkem kui mullu, seega tuli suhtarvuks vaid 491.

Tööinspeksiooni peadirektor Priit Siitan on seisukohal, et vältimatult on vaja Eestis rakendada tööõnnetus- ja kutsahaiguskindlustus, mis vabastaks Haigekassa tööõnnetuste haigushüvitiste ja muude kulutuste kandmisest. Kindlustuse kaudu tuleks ka raha tööõnnetuste ennetamiseks.

Töövaidluskomisjonid on saanud rohkem avaldusi

Tänavuse aasta esimesel kuul on töövaidluskomisjonidele esitatud 1705 avaldust, 36 rohkem kui eelmise aasta esimesel poolel. 2001. aasta samal ajavahemikul esitati tänavusest 90 avaldust vähem.

Suurenenud on nii töötajate kui ka tööandjate esitatud avalduste hulk, tänavu on tööandjad pöördunud komisjoni 34 korral. Suhtarvus on tööandjate avalduste hulk suurenenud kiiremini kui töötajatelt tulnud pöördumiste arv.

Töövaidluskomisjonid pidasid 1875 istungit. Kõige rohkem esitati avaldusi Tallinna ja Harjumaa ning Ida-Virumaa töövaidluskomisjonidele. Täielikult rahuldati rohkem kui pooled (54%) avaldustest, ligi kolmandik (29%) rahuldati osaliselt, 17% jäid erinevatel põhjustel rahuldamata.

Töötajad nõudsid komisjoni kaudu kõige rohkem saamata palka või lõpparvet või töölepingu lõpetamise hüvitist (1463 nõuet), teisel kohal olid tööraamatu või lõpparve kinnipidamise hüvitise nõuded (604) ning kolmandal kohal töölepingu lõpetamise ebaseaduslikkuse tunnistamise nõuded (372).

Töölepingu lõpetamise vaidlustasid esimesel poolaastal üheksa rasedat või alla 3-aastast last kasvatavat inimest ning neli töötajate valitud esindajat.

Tööandjad on nõudnud töötajailt peamiselt nende poolt tekitatud materiaalse kahju hüvitamist (26 nõuet).

Järgmisel poolaastasse jäi 290 lahendamata avaldust.

Tõnu Vare
Tööinspeksiooni
avalike suhete nõunik
E-post: Tonu.Vare@ti.ee

Eesti osaleb Euroopa Liidu tervishoiu ja tööohutuse projektis

Eva Tammaru

Kandidaatriikide ettevalmistus Euroopa Liiduga ühinemiseks hakkab jõudma lõppfaasi. Tervishoiu ja tööohutuse arendamisel on Eesti riik teinud suure töö, viies seadusandluse kooskõlla ELi õigusaktidega. Võetakse osa Euroopa Tervishoiu ja Tööohutuse Agentuuri (European Agency for Safety and Health at Work) ning Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (International Labour Organization) tööst, Euroopa Liidu rahastatavate projektidega on arendatud tervishoidu ja -ohutust kirjeldavate indikaatorite andmebaaside loomist, tervishoiuteenustega hõlmatust, teenuse kvaliteedi tõstmist jpm. Pärast liitumist Euroopa Liiduga peab Eesti riik järgima nõudeid töökeskkonna korraldamisel ja töötajatele ohutute töötingimuste loomisel sarnaselt kõikide liikmesriikidega.

1998. aastal loodi Euroopa TTH ja TO Agentuuri infovõrgustikus esimene teemakeskus tervishoiu ja tööohutuse küsimustes (Topic Centre on OHS), mille eesmärk oli abistada liikmesriikidel koguda, hinnata ja levitada materjale "hea tervishoiu tava" propageerimiseks. Sama eesmärki kannab ka kümnele kandidaatriigile (Eesti, Läti, Leedu, Poola, Ungari, Tšehhi, Slovakkia, Sloveenia, Rumeenia, Bulgaaria) suunatud projekt "Topic Centre Good Practice-Candidate Countries". Projekti eesmärk on aidata kaasa tervishoiu ja -ohutuse alase informatsiooni levikule ja kättesaadavuse parandamisele kandidaatriikides eeskätt interneti teel, vahetada teavet riikide vahel ning kohendada ja levitada oma riigis sobivaid materjale mujalt. Projekt viiakse ellu 2003. aasta maist kuni 2004. aasta aprillini. Projekti juhid Agentuuri poolt on Tim Tregenza ja Eusebio Rial Gonzalez.

Projekti kandidaatriike esindavad organisatsioonid valiti avaliku konkursiga. Projekti juhib Poola Töökaitse Keskinstituut – Rahvuslik Uurimisinstituut (The Central Institute for Labour Protection-National Research Institute)



Vaade konverentsisaali – vasakult teine Eva Tammaru ja kolmas Urmas Krass Tervishoiu Keskusest

– eesotsas dr Daniel Podgorskiga. Eestit esindab Tervishoiu Keskus, eesti-poolne projektijuht on dr Urmas Krass, projekti koordinaator – Eva Tammaru. Projekti käigus selgitatakse välja, mis-suguseid juhendmaterjale jm teavet nii elektrooniliselt kui ka paber kandjatel on kandidaatriikides olemas riskide kohta ehituses ja põllumajanduses ning ohtlike ainete ja psühhosotsiaalsete ohutegurite osas. Teemade valikul lähtuti teabe vajadusest eelkõige kõrge riskiga majandussektorites.

Vastavalt ILO statistikale juhtub ca 20% tööõnnetustest ehitussektoris. Eestis oli Tööinspektsiooni andmetel 2003. aasta esimesel poolel ehituses kergeid tööõnnetusi 83, raskeid 45, surmaga lõppenuid üks. Senisest suuremat tähelepanu tuleb pöörata ohtude ja võimalike tervisekahjustuste väljaselgitamisele, ohutu töö korraldamisele ja riskide hindamisele. Iga ettevõtja peab ohutu töökeskkonna loomisega pidevalt tegelema, peab selgitama tööga seotud ohtusid, nõudma ja kontrollima ohutute töövõtete kasutamist, tagama

nõutavate kaitsevahendite olemasolu; iga ehitustöölisele peab jõudma arusaam, et ohutu töö ja tervisekahjustuste vältimine on paljuski tema enda teha ja näitab töökultuuri taset.

Põllumajanduses on põhilised riskid seotud suure füüsilise koormusega, käsitööga, kokkupuutega kemikaalide ja bioloogiliste ohuteguritega, masinatega jpm. Tervishoiualane teadlikkus põllumajandustootjate seas on väga madal ning seda eriti väiketootjate-perefarmide seas. Ollakse harjunud tervistkahjustava tööga, mõtlemata sellele, et ainuüksi töö hea organiseerimise ja ohutute töövõtete rakendamisega annab palju ära teha tervisekahjustuste vältimiseks. Väetiste ning taimekaitsevahendite kasutamisel ollakse sageli lihtsalt hooletud, ei mõelda keskkonna ega omaenese tervise kaitsmisele. Põllumajandusliku suunilusega tervishoiu ja -ohutuse alased juhendmaterjalid aga peaaegu puuduvad.

Ohtlike ainete puutuvad töötajad kokku paljudes majandusharudes, nii tööprotsessi viidavate kui ka tööprot-

sessi käigus eralduvatega. Kemikaale tuleb järjest juurde, samas võetakse osa neist kasutuselt, kuid nende järeilmõjud töötajate tervisele võivad avalduda palju hiljem. Seepärast on ka teadmisi kemikaalide omadustest vaja pidevalt uuendada, et olla kursis tervistkahjustavate mõjudega ja vajadusel muuta tehnoloogiat või tööprotsessi.

Ka kandidaatriikides hakkavad psühhosotsiaalsed riskid tööelus omandama järjest suuremat osa. Stress kui üks psühhosotsiaalne ohutegur on seotud nii töökoormuse suurenemisega kui ka sellega, et töötaja saab järjest vähem kontrollida tööprotsessi (töötaja iseseisvus väheneb). Psühhosotsiaalsete riskide vähendamiseks tuleb eeskujuks võtta arenenud riikide praktika "hea töötervishoiu tava" mõistes. Psühhosotsiaalsed riskid võivad mõjuda igale töötajale igas majandusharus ja igasuguse suurusega ettevõttes. Euroopa Liidu liikmesriikides on kulutused tööst põhjustatud stressile hinnanguliselt 20 miljardit eurot aastas. Meie aga hakkame stressi jt psühhosotsiaalsete ohutegureid alles teadvustama, kuigi varjatud kujul avaldavad nad juba praegu paljudel elualadel kahjulikku mõju nii töötajate tööväimele kui ka rahuldust toovale tööle.

Eesti osaleb ehituse ja põllumajanduse teemakeskustes. Nimetatud teemad valiti seetõttu, et need tundusid vajavat kõige rohkem töötervishoiu ja tööohutuse arendamist ning toetust. Ehituse teemagruppi juhivad Poola, partneriteks on Tšehhi, Läti, Leedu, Ungari ja Eesti; põllumajanduse teemakeskust juhivad Leedu, partneriteks on Poola ja Eesti.



Vasakult: Kirsi Kumpulainen Soomest, Daniel Podgorski Poolast, Eusebio Rial Gonzales ja Tim Tregenza Euroopa TTH ja TO Agentuurist

Teemagrupi partnerid teevad tihe- dat koostööd, teemakeskuse juhile esitatakse jooksvalt aruandlusi tehtud tööst. Kogutakse materjali ehituse ja põllumajanduse kohta, hinnatakse selle kvaliteeti "hea töötervishoiu tava" kandjana ning tehakse kättesaadavaks Agentuuri infovõrgus, kus toimub nn ristkontroll (*cross-checking*). Teave, mis osutub sobivaks teistes riikides kasutamiseks, tõlgitakse inglise keelde ja avaldatakse Agentuuri koduleheküljel. Samaaegselt tutvutakse olemasoleva ELi liikmesriikide teabega internetis, valitakse meile kasutamiseks sobiv materjal, tõlgitakse eesti keelde ja esitatakse Agentuuri võrgustiku Eesti koduleheküljel.

Projekti avaseminar toimus 24.–26. juunil Jablonnas, kus arutati detailselt läbi projekti tegevuskava ning kandi-

daatriikide vajadused informatsiooni alal. Praegu tegelemegi ülevaate saamisega organisatsioonidest, kellel on töötervishoiu ja tööohutuse alaseid materjale, nagu näiteks riskianalüüsi, ettevõttes tööohutuse korraldamise, isikukaitsevahendite kasutamise, füüsilise ülekoormuse, kemikaaliohutuse jm teemade kohta. Peale selle tõlgime ja levitame kahe teise teemakeskuse, ohtlike ainete ja psühhosotsiaalsete riskide töögruppide poolt kogutud ja avaldatud materjale.

Projekti läbiviimine kujuneb pingeliseks, sest ülesandeid on palju ja periood küllaltki lühike. Palju tööd tuleb teha internetis, peame suhtlema nii eesti organisatsioonide ja ettevõtete, partnerite kui ka Agentuuriga. Pole kahtlust, et projekti käigus saadud materjal aitab kaasa töötervishoiu ja -ohutuse alase töö tugevdamisele ning arendamisele ettevõtte tasandil ning toetab töökeskkonna- ja töötervishoiuspetsialistide nende igapäevases töös asjakohaste juhendmaterjalidega. Samavõrd tähtis on töötervishoiu- ja -ohutusalase informatsiooni korrastamine, kliendisõbralik koostamine ühte allikasse ja laiemale avalikkusele suunamine. Juba praegu võite tutvuda Eesti ja Euroopa riikide töötervishoiualaste materjalidega internetiaadressil http://osh.sm.ee/index_ee.stm.

Kui ajakirja lugejate seas leidub neid, kes omavad eelpoolnimetatud teemade kohta häid juhendmaterjale vm asjakohast teavet, mida võiks ka teistega jagada, oleme tänulikud iga viite või jagatud materjali eest.



Ettekanne Eusebio Rial Gonzaleselt

Eva Tammaru
TTK teabejuht
E-post: eva.tammaru@ttk.ee

NIVA kursused 2004

Töökoha terviseedendus – praktika ja hindamine: II osa

19.–21. jaanuar 2004, Põhjamaade Rahvatervise Kool, Göteborg, Rootsi

Vananemine ja infoühiskond

21.–26. märts 2004, Sääriselka kuurordi hotell, Lapimaa, Soome

Lihaskonna ergonoomilise interventsiooni alane teadustöö

22.–26. märts, Smygehus hotell, Malmö, Rootsi

Ekspositsiooni hindamise kaasaegsed statistilised meetodid ja nende rakendamine teadustöös ning praktikas

19.–23. aprill 2004, hotell Köja Fell, Edsåsödal, Undersåker, Rootsi

Töötervishoiuõdede tegevus

8.–12. mai 2004, Sisterhjemmet hostel, Kopenhaagen, Taani

Tööst tingitud ohutegurid ja reproduktiivne tervis

6.–10. juuni 2004, Sunborn Princess Yacht hotell, Naantali, Soome

Ohutusalane teadustöö – õnnetused ja riskid

13.–15. juuni 2004, Toila Sanatoorium ja 16.–18. juuni 2004 Palmse Park hotell, Eesti

Töö ja stress – füüsilise ja vaimse töö somaatilised häired

22.–27. august 2004, Sunborn Princess Yacht hotell, Naantali, Soome

Meetodid väikeettevõtete töökeskkonna parandamiseks

29. august – 2. september 2004, Sundvolden hotell, Krokkeiva, Norra

Interventsioonialane teadustöö

12.–16. september 2004, Frederiksdal hotell, Lyngby, Taani

Siseõhu probleemid hallitanud/kopitanud tööhoonetes

21.–25. september 2004, Valamo klooster, Heinävesi, Soome

Testi “Transgenic Rodent Mutation Assay” kasutamine genotoksilisuse määramisel

4.–8. oktoober 2004, Taani Riiklik Töötervishoiu Instituut, Kopenhaagen, Taani

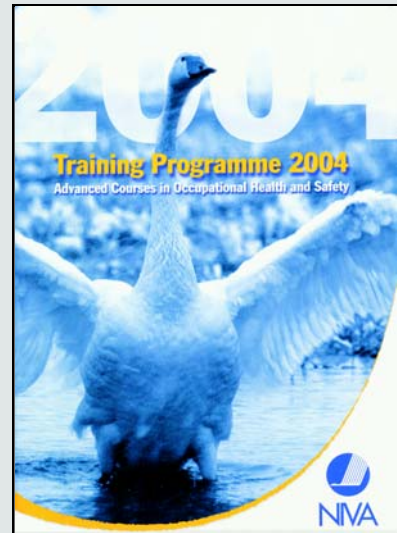
Tööst tingitud naha- ja hingamisteede haigused – ekspositsioon, riski hindamine ja preventatsioon

7.–11. november 2004, Frederiksdali hotell, Lyngby, Taani

Kontakt ja lisainfo:

Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health
Topeliuksenkatu 41 a A, Helsinki, Finland
Tel +358 9 47 471, faks +358 9 4747 2497, +358 9 241 4634
e-post: niva@ttl.fi, www.niva.org

Osavõtjatel Balti riikidest ja naaberregioonidest on võimalik taotleda NIVA stipendiumi.



Uusi trükiseid

Töötervishoiu Keskuses on koostatud ja välja antud kolm meetodilist juhendmaterjali “Rasedate ja rinnaga toitvate naistöötajate terviseriskid” (Tln 2003, 35 lk), “Kemikaaliohutus autohoolduses” (Tln 2003, 72 lk) ja “Kemikaaliohutus ehituses” (Tln 2003, 71 lk). Juhendite aluseks olid Soome vastavad juhendmaterjalid, kuid need on kohaldatud Eesti seadusandlusega ja mõeldud kasutamiseks töötervishoiu- ja töökeskonnaspetsialistidele.

Huvitatud spetsialistid saavad juhendmaterjale tasuta Töötervishoiu Keskusest.

Kontakt:

e-post: info@ttk.ee

Tel (0) 670 7041, (0) 670 7042



Autoritele

Eesti Töötervishoid on teaduslik-praktiline, ülevaate- ja informatsiooniajakiri, mis on orienteeritud tööandjatele, ettevõtete töötervishoiuspetsialistidele, töötervishoiuteenuseid osutavatele asjatundjatele (töötervishoiuarstid-õed, tööhügieenikud, ergonoomid jt), arsti- ja sotsiaalteaduse üliõpilastele ning teistele töötervishoiust ja tööelu probleemidest huvitatud inimestele.

Ajakiri avaldab töötervishoiuvalaste teadusuuringute tulemusi, kirjandusallikatel põhinevaid ülevaateid töötervishoiu aktuaalsete probleemide kohta, analüüsivaid ja arutlevaid artikleid töötervishoiu erinevatest valdkondadest, sisulisi kokkuvõtteid toimunud konverentsidest, sümposiumidest ja teistest olulistest üritustest. Tere- tulnud on artiklid, mis on suunatud töötervishoiuteenuste kvaliteedi tõstmisele või kirjeldavad töötervishoiu olukorda mõnes konkreetses tööstusharus või ettevõttes. Ajakiri avaldab kokkuvõtteid Tööinspektsiooni tegevusest ja annab informatsiooni eelseisvatest teaduslikest ja praktilistest üritustest.

Käsikirjad esitatakse formaadis A4 trükituna 2 eksemplaris 1,5intervallise reavahega ning arvutikettal Wordi formaadis (või e-postiga toimetuse aadressil ajakiri@ttk.ee). Leheküljed peavad olema nummerdatud.

Artikli maht (kaasa arvatud kirjanduse loetelu) on järgmine:

- ülevaateartiklid ja teadustöö tulemused – mitte üle 6 lk;
- analüüsivad, arutlevad ja töötervishoiuteenuseid käsitlevad artiklid – mitte üle 4 lk;
- kokkuvõtteid toimunud üritustest – mitte üle 2 lk.

Käsikiri peab olema keeleliselt korrektne, terminid, lühendid, mõõtühikud, valemid, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud. Uute, vähekasutatavate või mitmeti mõistetavate terminite kohta peab andma definitsiooni.

Tiitellehel peab olema:

- pealkiri;
- autori(te) ees- ja perekonnanimi, asutus(ed);
- 3–5 võtmesõna;

- ülevaate- ja teadusartiklite kohta ingliskeelne lühikokkuvõte (kuni 200 sõna);
- korrespondeeriva autori nimi, aadress, e-posti aadress, töökoha ja kodune telefon, faksi number.

Artikkel koosneb üldjuhul sissejuhatausest, töö eesmärgist, töös kasutatud meetodist (meetoditest), tulemustest, arutelust, kokkuvõttest või järeldustest.

Kirjanduse loetelus võib olla kuni 20 nimetust.

Artikkel peab olema üles ehitatud loogiliselt ja sõnastatud arusaadavalt. Tuleb hoiduda teema laialivalgusest ja ebaolulisest informatsioonist.

Tabelid, joonised ja fotod (soovitatavalt TIF-fail) järjestada numbriliselt ning varustada pealkirjaga või selgitava tekstiga. Palume saata need eraldi failina originaalvormis.

Võimaluse korral palume autoritel lisada ka oma portreefoto.

Toimetus

Summaries in English

Editorial: To the European Union with greater responsibility

In September 2003 Estonian people declared their wish to join the European Union. It evidently means extensive financial support for our country. In my opinion our society does not need only financial assistance, but also broader and European way of thinking, more self-discipline, professionalism, justice and responsibility. We need positive, stimulating impulses that would help our society to rise into a higher level. As a member of the EU Estonia will be also responsible for the future of Europe.

Now I would like to analyze the situation in the field of Estonian occupational health and safety legislation. During the last months a lot of discussion has been devoted to the *Amendment Act* of the Act of OH&S, which was adopted by the Parliament in January 2003 and enforced in July 2003. There is a paragraph 23 "*An occupational disease and a work-related disease*". In the Estonian version we learn that an occupational disease (*kutsehaigus*) is a work-related disease (*tööga seotud haigus*), but not a disease caused by work (*tööst põhjustatud haigus*). I cannot understand why the performers of the amendments ignore the elementary logic and declare that an occupational disease is not caused by work, but is work-related. In the case of an occupational disease the cause should be evident.

Still – under certain conditions the amendments would be correct – if the valid list of occupational diseases was closed. It means that in practical life there exists a disease which is not included into the list, but is an occupational disease by its nature. But in our case the possibility is excluded, because the list of occupational diseases is open. After all the most important fact remains unclear – which are the diseases caused by work, but are not occupational diseases. I can understand that it is not possible to go into details in

the framework of the legal act. But by now there should exist at least some kind of methodical material, because the Act was adopted by the Parliament already 10 months ago. It would be useful to collaborate with more OH&S specialists in the elaboration process of legislation and to work out methodical materials simultaneously, as they would guarantee the enforcement of new legal acts.

Finally I would like to remind once more the necessity of responsibility. In this case the performers of the Amendment Act have been irresponsible towards the occupational health physicians and also the Parliament who sincerely trusted the clerks and adopted the Act.

Hubert Kahn
Editor in Chief
e-mail: hubert.kahn@ekmi.ee

Roundtable discussion: Is the national programme necessary for the development of OH&S in Estonia?

In September 2003 the Editorial Staff and Editor in Chief Professor Hubert Kahn organised a round-table meeting to discuss the present situation and future perspectives of OH&S in Estonia. The participants of the meeting were: Mai Treial, Chairman of the Social Affairs Committee, the Parliament of Estonia; Piret Lilleväli, Deputy Secretary General on labour policy, the Ministry of Social Affairs; Tiit Kaadu, Head of the Labour Department, the Ministry of Social Affairs; Harri Taliga, Secretary of Social Affairs, Confederation of Estonian Trade Unions; Ülo Kristjuhan, Assistant Professor, Chair of Labour Environment and Safety, Tallinn Technical University; Priit Siitan, Director General, Labour Inspectorate of Estonia; Urmas Krass, Director of Occupational Health Centre; Ahe Vilki,

Chairman of Estonian Occupational Health Physicians' Association; Professor Hubert Kahn, Editor in Chief of Estonian Newsletter on OH&S. Unfortunately representatives of the employers' organisations did not participate in the meeting although they were invited.

Participants of the meeting declared that the state will need a well-grounded and financially motivated national occupational health and safety programme. The key organisation who will direct the elaboration process of the national programme will, be the Estonian Ministry of Social Affairs. Mai Treial was elected the patron of the programme. The participants decided to meet again in six months.

Editorial staff
e-mail: ajakiri@ttk.ee

Health insurance of occupational diseases and accidents

The present health insurance system in Estonia does not guarantee necessary protection for employees and employers in case of occupational diseases and accidents. Therefore the Compulsory Insurance Act of Occupational Diseases and Accidents is necessary. The Act will be beneficial for employers, employees and the whole society.

Benefits to employers:

1. Guarantees security, there will be no extra expenses in case of an occupational accident or a disease.
2. Essential assistance from insurance specialists in the risk management of working environment.
3. Social responsibility of the enterprise is higher.
4. Reputation of the enterprise is higher among clients, partners and the state.
5. Reputation of the enterprise is higher in the European Union.

Benefits to employees:

1. Conflict with the employer can be avoided, employees need not hide an occupational accident or a disease.
2. Employees' rights are more protected.
3. Employees feel safer in case of more dangerous working activities.
4. Relations between the employers and employees improve, employees are more loyal to enterprises.
5. Improvement of the working environment and conditions.

Benefits to the society:

1. Estonia is ready for EU free competition and free movement of labour force.
2. Economic effect, increase of GNP as the number of sick-leave days decrease.
3. Social security of all involved parties increases, the employee's family is protected.
4. Compensation is equal, expenses on the basis of the legal act are open and transparent.
5. In the long run the expenses of work-related diseases decrease because of the improvement of working conditions.

Milvi Jänes
ERGO Insurance Company
e-mail: Milvi.Janes@ergo.com.ee

Work-related back pains – survey of the Seminar in Haapsalu.

The Seminar "Work-related back pains" was organised by the Occupational Health Centre, Haapsalu Neurological Rehabilitation Centre and Estonian Occupational Health Physicians' Association. It took place on 9 May 2003 in Haapsalu Neurological Rehabilitation Centre.

Nearly 80-90% of the population has experienced acute low-back pain during their lifetime and this is one of the main causes for disability. Low-back pain is more common among the employees of physical work. At the same time the causes for low-back pain are multi-factoral – hard physical work, working in compulsory postures, psycho-emotional stress, functional state of musculo-skeletal system, gender, age, lifestyle etc. The conflict between the person's physiological capacity and the character of work is consi-

dered to be the main cause for low-back pain. The specialists stressed that the best treatment for back pain is prevention and they gave a lot of recommendations: better regulation of the working time, instructions for employees, ergonomic design of the workplace, it is also necessary to take into consideration the employee's physiological capacity and psycho-emotional suitability for work.

Viiu Tuulik
e-mail: viiu@cb.ttu.ee

Estonia is participating in the European Union OH&S Project

Preparations of the candidate countries to join the European Union have reached the final stage. Estonia has made a lot of work to harmonise the legislation in the field of OH&S with the EU legal acts. Estonia is participating in the activities of several international organisations – European Agency for Safety and Health at Work, International Labour Organisation etc. After joining the EU Estonia will have to follow the EU requirements set for the working environment and working conditions.

In 1998 the first Topic Centre on OH&S was founded in the information network of European Agency, whose aim was to help member countries to collect, estimate and disseminate materials according to "good occupational health practise". The new project "Topic Centre Good Practice – Candidate Countries" is directed to ten candidate countries (Estonia, Latvia, Lithuania, Poland, Hungary, Czechia, Slovakia, Slovenia, Roumania, Bulgaria) and it is implemented from May 2003 to April 2004.

The Project leader is the Central Institute for Labour Protection in Poland and Dr Daniel Podgorski. Estonia is represented by Occupational Health Centre and the Project Leader is Dr Urmas Krass, Director of OHC. Estonia is participating in two sections – agriculture and construction.

Eva Tammaru
Occupational Health Centre
e-mail: eva.tammaru@ttk.ee

Investigation of the patients with back pain – the use of diagnostic radiology

The main radiological investigation methods are: conventional radiology, contrast myelography, computer tomography, magnetic resonance tomography and gamma investigation. The choice of the method depends on the patient's complaints, anamnesis of the disease, clinical finding and diagnostic work hypothesis. Successful diagnosing requires good collaboration and exchange of information between the radiologist and the patient's doctor. The radiation dosage must be taken into account, because it is considerably large in some back investigation x-ray tests. For the diagnosis the author recommends "Referral Guidelines for Imaging" issued by the European Commission in 2000 and used by EU countries.

Indrek Hanso
North Estonian Regional Hospital
e-mail: indrek.hanso@regionaalhaigla.ee

NEWS

Statistical data, opinions and press releases from Estonian Labour Inspectorate by Inna Vabamäe, Chief Specialist of Occupational Health and Tõnu Vare, Councillor of Public Relations.

New publications

Three methodical guidelines composed and issued by Occupational Health Centre:

Health risks of pregnant and breast feeding women (Tln 2003, 35 p)

Chemicals'safety in car maintenance (Tln 2003, 72p)

Chemicals' safety in construction activities (Tln 2003, 71p)

NIVA COURSES 2004

A training programme of advanced courses in occupational health and safety.

TÖÖTERVISHOIU KESKUSES

korraldatakse
töötervishoiu- ja tööohutuse teemadel
kursusi, teabepäevi ning täiendkoolitust
erinevatele sihtgruppidele

• TEABEPÄEVAD TÖÖANDJATELE

☞ Töötervishoiu ja tööohutuse korraldamine ettevõttes

Töötervishoiu ja tööohutuse seadusest tulenevad nõuded, sisekontroll ja riskianalüüs ettevõttes, töötervishoiu ja tööohutuse osa organisatsiooni juhtimises, töötajate tervisekontrolli kord, töötajate koolitus ning töötervishoiualase teabe hankimise võimalused.

☞ Riskianalüüs ettevõttes

Kahepäevane kursus annab ülevaate töökeskkonna ohuteguritest ja riskide hindamisest. Õpitakse riskianalüüsi meetodeid ning praktilist läbiviimist ettevõttes.

☞ Uut töötervishoiu- ja tööohutuse alases seadusandluses

Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse ning sellest tulenevate õigusaktide muudatused, mis hakkasid kehtima 1. juulist 2003. a.

• TÄIENDKOOLITUS TÖÖKESKKONNASPETSIALISTIDELE

Käsitletakse seadusandlusega kehtestatud nõudeid ohutu töökeskkonna kujundamiseks, sisekontrolli korraldamist, riskide väljaselgitamist ja ohjamist, tegevuskava koostamist terviseriskide vältimiseks/vähendamiseks jm nendega seotud küsimusi.

• SPETSIALISEERUMISKURSUSED

Töötervishoiuarstidele (kestusega 2,5 aastat)

Töötervishoiuõdedele (kestusega 1,5 aastat)

Töökeskkonda ja töösuhteid reguleerivad õigusaktid, töötervishoiuteenuse osutamise võimalused ja turu iseärasused, töötervishoiuteenuse majandusliku hindamise alused, töökeskkonna ohutegurid, riskianalüüs, tööga seotud haigused, nende diagnoosimine, ravi, rehabilitatsioon ja ennetamine.

- TÄIENDKOOLITUS TÖÖHÜGIEENIKUTELE
- TÄIENDKOOLITUS TÖÖTERVISHOIUARSTIDELE
- TÄIENDKOOLITUS TÖÖTERVISHOIUÕDEDELE

Registreerimine ja info: tel: (0) 670 7040, GSM: 056 471 343, faks: (0) 670 7042

Täiendav info: www.ttk.ee, e-post: ahe.vilkis@ttk.ee