

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine

Südame- ja veresoonkonnahaiguste
valdkonna aruanne



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

Autorid

Laura Aaben

Gerli Paat-Ahi

Ülla-Karin Nurm

Kadi Kallavus

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm Ü.-K., Kallavus, K. (2017) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Südame- ja veresoonkonnahaiguste valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Sisukord

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte	4
Uuringu meetodika	5
1. Südame- ja veresoonehaiguste käsitus riiklikes tervisestrateegiates	7
1.1. Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020.....	7
1.2. Südame- ja veresoonehaiguste käsitus Rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020	9
1.2.1. Tervislik eluviis	9
1.2.2. Kehaline aktiivsus	12
1.2.3. Tasakaalustatud toitumine	18
1.2.4. Alkohol ja tubakas	24
1.2.5. SVH tegevused teiste RTA strateegiliste suundade raames.....	31
2. Rahvusvahelised soovitused Eesti SVH poliitikate kujundamiseks	32
2.1. WHO hinnang Eesti mittenakkushaiguste poliitikatele	32
2.2. WHO hinnang Eesti tervishoiusüsteemi toimetulekule SVH-ga	35
2.3. Maailmapanga hinnang Eesti tervishoiusüsteemi toimetulekule krooniliste haigustega	36
3. RTA südame- ja veresoonehaiguste eesmärgid ja nende täitmine	41
3.1. Nooremate kui 65-aastaste SVH suremus.....	43
3.2. Rahvastiku kehaline aktiivsus.....	47
3.3. Rahvastiku toitumisharjumused	50
3.4. Tubakast tingitud kahjud tervisele ja ühiskonnale	54
3.5. SVH ennetamisele suunatud tervishoiuteenused.....	57
3.6. Alkoholist tingitud kahjud tervisele ja ühiskonnale.....	59
3.7. Rahvusvahelised soovitused mittenakkushaiguste seireks.....	61
Lisa 1. Suurbritannia südame- ja veresoonehaiguste riiklik poliitika	64
SVH valdkonna juhtimine.....	64
SVH tegevussuunad.....	65
Õppetunnid Eestile.....	66
Lisa 2. Ekspertide süvaintervjuu kava	68
Lisa 3. Analüüsi hõlmatud dokumendid	69

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

Südame- ja veresoonehaiguste (SVH) ennetamise riikliku strateegia (2005-2020) eesmärgiks oli saavutada püsiv langus rahvastiku varajases haigestumises ja suremuses SVH-sse. SVH strateegia lõpetati ennetähtaegselt 2012. aastal ja tegevused integreeriti osaliselt RTA-sse.

Analüüsid SVH-strateegia ja RTA raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

- Kuigi SVH moodustab kõige suurema osa Eesti tervisekoormusest ja mõjutab märkimisväärselt RTA üldeesmärgi saavutamist, ei ole SVH sõnastatud RTA-s kui oluline prioriteet.
- Eesti esmatasandi tervishoid ei tule SVH-ga piisavalt hästi toime, mis toob kaasa suure hulga välditavate visiitide arvu eriarstiabis ja koormab tervishoiusüsteemi. Samas ei hõlma RTA endas tegevusi, mis oleksid suunitletud tervishoiusüsteemi SVH-alaste eesmärkide saavutamisele.
- RTA kehalise aktiivsuse ja tasakaalustatud toitumise valdkonna tegevuste planeerimisel ei ole lähtutud rahvusvahelisest parimast teadmistest ja tegevuskavva võeti liialt palju teisejärgulise tähtsusega tegevusi (spordistatistika täiendamine, noorsportlaste tervisekontroll jne), millel on marginaalne mõju elanikkonna käitumise muutumisele. Valminud on aga toitumise ja liikumise roheline raamat, mis loob eeldused tõenduspõhisemaks poliitikakujundamiseks edaspidi.
- WHO soovitudele tuginevate alkoholi- ja tubakapoliitika roheliste raamatute koostamine on olnud oluline areng edasi, sest kokku on lepitud riiklikud põhimõtted alkoholist ja tubakast tingitud ühiskondlike kahjude ennetamisel ja vähendamisel.
- Alkoholi- ja tubakapoliitika on Eestis leitud tasakaal nn „kõvade ja pehmete“ meetmete vahel - tähelepanu on suunatud nii regulatsioonidele, teenustele kui teavitusele. Samas on WHO hinnangul kõige olulisemad alkoholi tarbimist mõjutavad regulatsioonid Eestis veel liiga leebed.
- Kuigi SVH varane suremus on Eestis vähenenud, ei ole vähenenud haigestumus. Perioodil 2004-2014 on SVH esmashaigestumus tõusnud nii alla 65-aastaste meeste kui naiste seas.
- Laste ja täiskasvanute ülekaalulisuse probleem on RTA rakendusperioodil süvenenud, eriti laste seas. Tubaka ja alkoholi tarvitamine on vähenenud nii täiskasvanute kui laste seas, samuti on märkimisväärselt kasvanud inimeste osakaal, kes elavad ja töötavad tubakavabades keskkondades.

Peamised **soovitused** SVH valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

- Soovitame tulevikus planeerida ja ellu viia kehalise aktiivsuse tegevusi Kultuuri- ja Sotsiaalministeeriumi koostöös, sh soovitame kokku leppida ühised prioriteedid ja tegevussuunad.
- Tasakaalustatud toitumist käsitlevad teavitustegevused on Eestis olnud järjepidevad ja suuremahulised, kuid soovitame tulevikus seada enam tähelepanu regulatiivsetele ja süsteemi-põhistele meetmetele, mida soovitab ka WHO.
- Soovitame alkoholi- ja tubakapoliitika ning toitumise ja liikumise roheliste raamatute meetmed integreerida RTA-sse ja teha pingutusi selle nimel, et raamatutes kirja pandud meetmed saaksid järgmise 5-10 aasta perspektiivis jõudsalt ellu viidud.
- Soovitame edaspidi SVH-d käsitleda kui RTA kõige prioriteetsemat tegevussuunda ja luua valdkonnale vastav tegevusprogramm, mis keskendub eelkõige tervishoiusüsteemi võimekuse parandamisele SVH-ga toimetulekul. Käitumuslikke riskitegureid soovitame käsitleda eraldiseisva(te)s RTA tegevusprogrammi(de)s, mitte haiguspõhiselt. Lähemalt on soovitus põhjendatud käesoleva uuringu koondraportis.
- Soovitame RTA üheks peamiseks eesmärgiks seda SVH esmashaigestumise vähenemise alla 65-aastaste seas, sest selle eesmärgi saavutamine on kriitilise tähtsusega RTA üldeesmärgi saavutamiseks.

Uuringu metoodika

Uuringu eesmärgiks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Kuivõrd põhjendatud ja realistlikud olid arengukavas planeeritud eesmärgid ja millisel määral eesmärgid saavutati?
2. Kuivõrd objektiivsed ja mõõdetavad olid arengukavas planeeritud indikaatorid ja kui realistlikud sihttasemed? Millisel määral indikaatorid täideti?
3. Kuivõrd aitasid planeeritud meetmed ja elluviidud tegevused saavutada arengukavas püstitatud eesmäärke? Juhul, kui arengukavas seatud eesmäärke ei saavutatud, siis millised on selle võimalikud põhjused?
4. Millised muudatused arengukava eesmärkides, indikaatorites ja tegevustes on vajalikud, et tulevikus saavutada arengukava eesmärgid?

Uurimusküsimustele vastuste leidmiseks kasutati järgmisi uurimismeetodeid: (a) dokumendianalüüs; (b) statistiline andmeanalüüs; (c) süvaintervjuud ekspertidega; (d) grupiarutelu ekspertidega; (e) ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll.

Dokumendianalüüs

Dokumendianalüüsi peamise osa moodustasid Rahvastiku tervise arengukava dokumendid (sh algne 2008. aastal koostatud ja 2012. aastal täiendatud versioon), rakendusplaanid ja iga-aastased tegevuskavad ja aruanded, kokku 34 dokumenti. Dokumentidele tuginedes koostati ülevaade SVH valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevustest ning analüüsiti nende vastavust RTA-s seatud eesmärkidele ja prioriteetidele. Täiendavad analüüsi kaasatud dokumendid on loetletud kasutatud kirjanduse nimekirjas.

Statistiline andmeanalüüs

Statistilise andmeanalüüsi teostamiseks kasutati Tervise Arengu Instituudi, Statistikaameti, Haigekassa ja Konjunktuuriinstituudi andmeid. Analüüsi kaasati andmeid, mis võimaldasid hinnata eelkõige indikaatorite saavutustasemeid ja tegevuste tulemuslikkust.

Süvaintervjuud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku intervjuueeritavate nimekiri, kuhu kuulus kaks eksperti, kelle mõlemaga viidi läbi individuaalne süvaintervjuu 2016. aasta kevad-suvel. Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Ühe intervjuu kestvuseks oli ligikaudu 1 tund ja intervjuu viidi läbi laiendatud poolstruktureeritud intervjuukava alusel (vt lisa 2).

Intervjuueeritavatega sõlmiti kokkulepe, et nende nimesid vastavas uuringuraportis ei avalikustata. RTA vaahendamise koondraporti lisa loetletakse tähestikulises järjekorras kõik ekspertide nimed, kes olid uuringusse kaasatud.

Uuringu metoodika nägi algselt ette ka süvaintervjuu läbiviimist ühe välisriigi eksperdiga. Koostöös uuringu tellijaga otsustati uuringusse kaasata Suurbritannia ekspert ja tutvuda lähemalt Suurbritannia

riiklike kogemustega, sest Suurbritannia lähenemised mittenakkushaiguste ennetamisele ja vastavate strateegiate koostamisele on leidnud rahvusvaheliselt palju tunnustust. Kahjuks ei õnnestunud süvaintervjuud Suurbritannia eksperdiga läbi viia, kuna kõigil riiklikel esindajatel ei olnud lubatud BREXIT-iga seoses sel perioodil intervjuusid anda. Küll aga sai koostatud ülevaade Suurbritannia SVH riiklikest lähenemistest (vt lisa 1).

Grupiarutelud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku grupiarutelusse kaasatud ekspertide nimekiri, kuhu kuulus 10 eksperti, kes kõik esindasid erinevaid SVH ennetamise ja ravi valdkonnas tegutsevaid asutusi. Grupiarutelu ei osalenud eksperte, kellega viidi läbi süvaintervjuud. Ekspertide gruppi moodustades peeti silmas, et osalejatel oleks seos arutletava teemaga ja samuti püüti arvestada, et osalejad oleksid piisavalt homogeensed oma tausta, kuid mitte arvamuste poolest. Samuti valiti osalejateks eksperdid, kes suudavad esitada üldistusel põhinevaid seisukohti ning mitte jääda üksikute näidete tasandile.

Grupiarutelule eelnevalt saadeti kõigile kutsututele tutvumiseks käesoleva raporti mustandversioon. Arutelu toimus septembris 2016, kestis kaks tundi ja osalesid 6 asutuse eksperdid. Osalejatega arutleti raportis esitatu üle ning osalejad said teha ettepanekuid raporti muutmiseks ja täiendamiseks. Grupiarutelu viidi läbi poolstruktureeritult – arutelule oli ette nähtud kindel struktuur arutelu teemade osas, kuid kavas jäeti ruumi ka osalejatele teemapüstitusteks. Kuigi ühelt poolt oli grupiarutelu vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, andis ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete endi prioriteetidest.

Ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll

Uuringuraporti mustandversioon saadeti kirjaliku tagasiside kogumiseks uuringu tellijatele, intervjuueeritud Eesti ekspertidele ja grupiarutelus osalejatele. Erilist tähelepanu paluti tagasiside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Vastava tagasiside andsid raportile Sotsiaalministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi, Tartu Ülikooli ja Tallinna Ülikooli esindajad. Saadud tagasisidele tuginedes tehti raportis muudatused ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

1. Südame- ja veresoonkonnahaiguste käsitus riiklikes tervisestrateegiates

1.1. Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020

Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020 (edaspidi SVH strateegia) koostati 15-aastaseks perioodiks ning selle eesmärgiks oli saavutada püsiv langus rahvastiku varajases haigestumises ja suremuses südame- ja veresoonkonnahaigustesse (edaspidi SVH). Aastaks 2020 sooviti saavutada enam kui 30%-line langus alla 65-aastaste SVH suremuses.

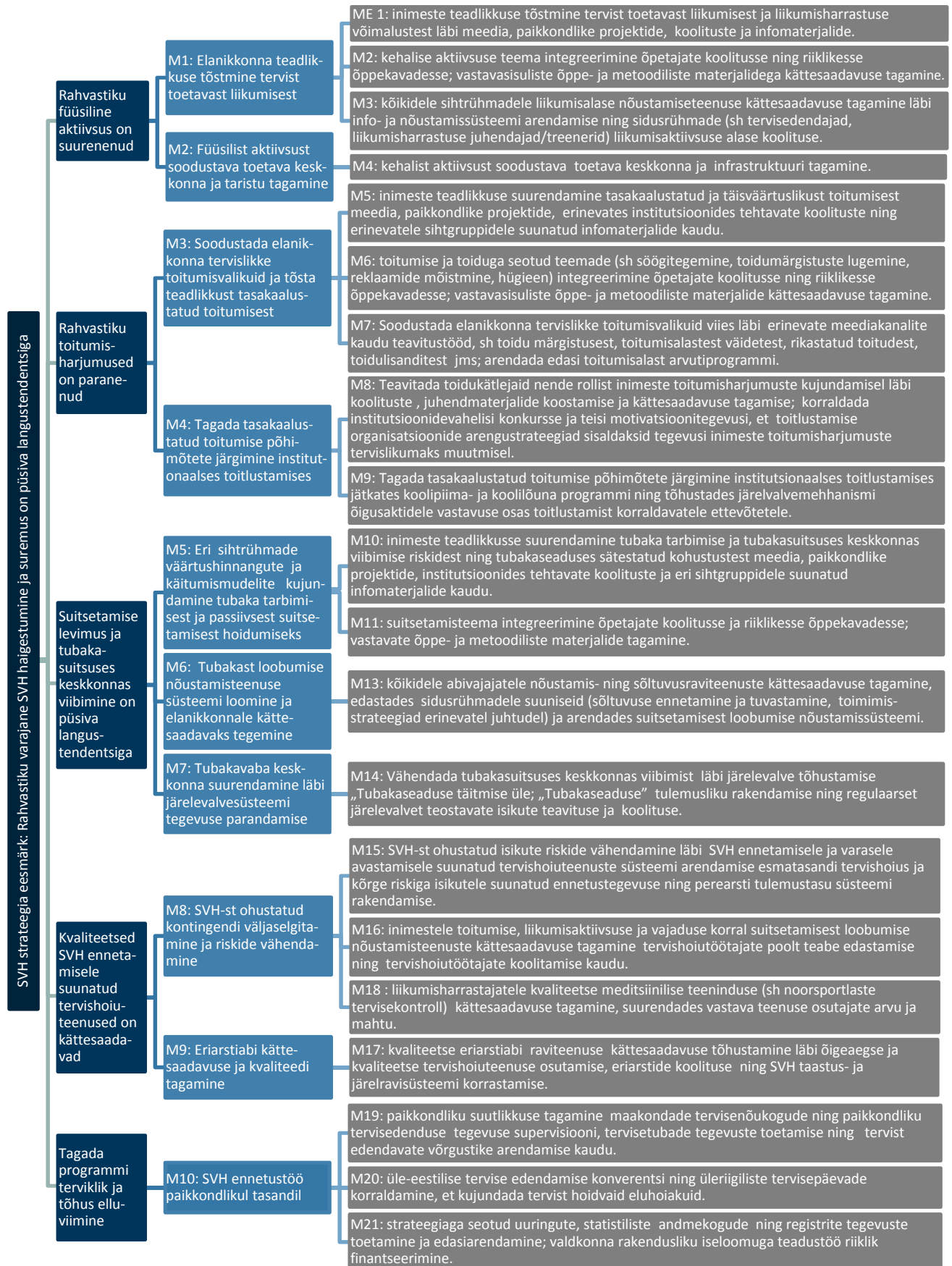
SVH strateegia koostamisel arvestati WHO juhustega ja Euroopa Liidu Nõukogu järeldustega "Südametervise edendamisest" (02.06.2004), sh võeti sealseid soovitusi aluseks ka strateegia peamise eesmärgi seadmisel. Euroopa tasandil oli strateegia koostamise ajal seatud strateegiliseks eesmärgiks luua igale sündivale lapsele eeldused ja tingimused, mis võimaldavad tal elada vähemalt 65-aastaseks, kannatamata välditavate SVH-de all.

Strateegia koostamise ajal oli Eesti SVH-sse suremuse näitajate poolest Euroopas esirinnas ja viimase 20 aasta jooksul ei olnud märkimisväärset pööret paremuse poole toimunud. Strateegias rõhutatakse, et langustendentsi puudumine SVH haigestumuses ja suremuses on Eesti jaoks ohtlik trend, sest negatiivse iibe ja vananeva ühiskonna kontekstis esitab see tõsise väljakutse riigi sotsiaal-majanduslikule arengule. Optimismi aga süstib strateegia koostajatesse teadmine teiste riikide kogemustest, mis on veenvalt näidanud, et SVH-i on võimalik edukalt ennetada ja seeläbi pikendada rahvastiku keskmist oodatavat eluiga ja tervena elatud eluaastaid.

Strateegias tõdetakse, et SVH suure levimuse näol on tegemist Eesti elu ja rahvast tervikuna haarava probleemiga, millele ei ole võimalik leida tõhusaid lahendusi üksnes meditsiini tasandil. Teiste riikide kogemus näitab, et edukad ollakse siis, kui viiakse ellu pikaajalisi, erinevaid valdkondi siduvaid, tõenduspõhiseid ja elanike kõrge hõlmatusega programme, mis adresseerivad SVH haigestumuse ja suremuse põhjuseid. Sellest tulenevalt oli SVH strateegia eelkõige suunatud rahvastiku **toitumis- ja liikumisharjumuste parendamisele, suitsetamise leviku pidurdamisele, SVH skriiningutele tervishoiusüsteemis ja paikkondade võimekuse suurendamisele SVH ennetamisel.**

SVH strateegia lõpetati ennetähtaegselt 2012. aastal ja tegevused integreeriti Rahvastiku tervise arengukavasse 2009–2020. Dokumentide ühendamise eesmärgiks oli ühtlustada erinevate rahvatervise valdkondade juhtimist ja vähendada riigi halduskoormust.

Järgneval joonisel on kirjeldatud **SVH strateegia ülesehitus**, kus on näha, milliste meetmetega planeeriti seatud eesmärged saavutada. Joonise kolmandal tasandil on loetletud strateegia dokumendis nimetatud meetmed (10 meetet) ja joonise viimasel tasandil on loetletud strateegia tegevuskavas ja aruannetes nimetatud meetmed (21 meetet). Jooniselt on näha, et planeeritud meetmed olid eelkõige suunatud inimeste hoiakute kujundamisele ning käitumismuutusi toetava keskkonna loomisele, sh planeeriti tegevusi kõrge riskigrupiga inimesteni jõudmiseks, tervisliku eluviisi alaseks nõustamiseks, samuti perearstide, pereõdede ja kohaliku tasandi tervisedendajate koolitamiseks.



JONIS 1. RIIKLIKU SVH STRATEEGIA 2005-2020 EESMÄRGID JA MEETMED

1.2. Südame- ja veresoonkonnahaiguste ksitlus Rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (edaspidi RTA) ldeesmrk on, et tervena elatud eluiga oleks aastaks 2020 pikenenud meestel 60. ja naistel 65. eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga oleks pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani. Seega eeldatavas elueas sooviti saavutada ligikaudu 10%-line tõus ja tervena elatud elueas 25%-line tõus. RTA kahe peamise eesmärgi saavutamiseks on SVH-l väga oluline roll. RTA strateegiadokument nendib, et Eestis on suurimaks haiguskoormust põhjustavaks haigusrhmaks SVH-d, mille haigestumus- ja suremusnitajad sõltuvad suuresti inimeste tervisekitumisest (kehaline aktiivsus, toitumine, alkoholi tarvitamine, suitsetamine) ja tervishoiusüsteemi võimekusest tulla toime krooniliste haigustega. RTA-s rõhutatakse, et võrreldes Lääne-Euroopa ja Phjalaadega on Eesti eripäraks SVH-sse haigestumine ja suremine varasemas eas.

Järgnevalt on kirjeldatud ja analüüsitud SVH valdkonna eesmärke ja tegevusi erinevates RTA peatükkides.

1.2.1. Tervislik eluviis

Peamiselt on SVH valdkonda käsitletud RTA 'Tervisliku eluviisi' peatüki all ning välja on toodud järgmised SVH-ga seotud lahendamist vajavad probleemid:

Kehaline aktiivsus	Toitumisharjumused
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kehalise aktiivsuse näitajad on madalad nii täiskasvanute kui koolinoorte seas. Erilist tähelepanu vajavad vanemad vanusrühmad ja sotsiaalselt haavatavad sihtrühmad. ▪ Teavitusto keskendub liialt vähe igapäevasele liikumisaktiivsusele. ▪ Spordialased huvitegevused koolides ja väljaspool kooli ei ole piisavalt toetatud. ▪ Liikumisharrastajate (sh noorsportlaste) arstiabi, infoteeninduse ja nõustamise maht ja kvaliteet ei vasta vajadustele. ▪ Liikumisharrastuse valdkonna spetsialistide ettevalmistusssteem on nõrk. ▪ Välja arendamata on elamurajoonide ja koolide paiknemisest lähtuv lhiliikumispaiakade vrk. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liialt vähe suakse puu- ja kogivilju, rukkileiba ja kala ning liialt palju toidurasva, maiustusi, lihatooteid ja soola. ▪ Puuduvad kompleksed sekkumistegevused koolides ja tohtades, mis oleksid suunatud toitlustamisele soklates, toidumgipunktidele või puhvetitele. ▪ Toidukitlejad on liialt vähe kaasatud tervisliku toitumise soodustamiseks. ▪ Puudub toitumisspetsialistide koolituse ja kutsekvalifikatsiooni riiklik süsteem. ▪ Kõrge rasva-, soola- ja suhkrusisaldusega ning vähese toiteväärtusega toitude reklaamide sihtgrupiks on haavatavad sihtrühmad. ▪ Puuduvad regulaarsed toitumist ja toidu ohutust käsitlevad riskiuuringud. ▪ Puuduvad järjepidevad uuringud rahvastiku ja erinevate riskirühmade liikumis- ja toitumisharjumust määravate mõjurite ja hoiakute kindlakstegemiseks, laste ülekaalulisuse trendide jälgimiseks ning efektiivsete sekkumiste planeerimiseks.

Alkohol

- Alkoholil on märkimisväärne roll vigastussurmas.
- Eestis tarbitakse alkoholi liialt sageli ja suurtes kogustes, eriti alaealiste hulgas.
- Järelevalve kehtiva alkoholiregulatsiooni täitmise üle on ebapiisav, mistõttu on alkohoolsed joogid alaealistele kergesti kättesaadavad.
- Iseloomulik on intensiivne alkoholireklaam meedias ning alkoholi tarbima õhutavate rahvaürituste rohkus.
- Välja arendamata on alkoholismi varase avastamise ja alkoholismist loobumise nõustamise süsteem ning alkoholisõltuvuse ravivõimalused.

Suitsetamine

- Naiste hulgas langeb igapäevasuitsetajate osakaal aeglasemalt kui meeste seas.
- Suitsetamine (sh passiivne suitsetamine kodus) on enam levinud haavatavates sihtrühmades - madalama hariduse ja sissetulekuga inimeste, mitteeestlaste ning töötute seas.
- Suitsetama hakatakse üha nooremas eas.
- Vesipiibu ja suitsuvabade toodete, eeskätt huuletubaka levimus noorte seas suureneb.

Sõltuvused

- Sõltuvusest vabaneda aitavate nõustamis-teenuste kättesaadavus ei ole tagatud kõigile abivajajatele.
- Tugiteenused sõltlaste lähedastele ei ole piisavalt kättesaadavad.
- Lastepsühhiatrite, lastekaitsespetsialistide ja sotsiaaltöötajate arv on ebapiisav ning nende töökoormus on suur.

Kuigi 'Tervisliku eluviisi' peatükis on loetletud hulganisti SVH valdkonna olulisi probleeme, on neile sõnastatud järgmised RTA prioriteedid:

- Tervist toetavate ühiskondlike normide ja väärtushinnangute kujundamine Eesti ühiskonnas.
- Erasektori (sh meedia) ja valitsusväliste organisatsioonide aktiivsem kaasamine tervislike valikuid soodustava keskkonna loomisesse.

Üheselt ei ole arusaadav, millele tuginedes on sellised prioriteedid seatud, kuna kogu RTA dokumendis ei ole lähemalt selgitatud, mis põhjustel tuleks tähelepanu pöörata eelkõige erasektori ja valitsusväliste organisatsioonide kaasamisele. Kui analüüsida, millised eelnevalt loetletud probleemidest vajavad nende lahendamiseks olulist erasektori või vabaühenduste panust, siis on sellised neist vaid üksikud (nt toidukäitlejate kaasamine, spordialased huvitegevused). Enamik tegevustest eeldavad küll head koostööd erinevate sektorite vahel, kuid **ebatõenäoline on, et suurem erasektori ja valitsusväliste organisatsioonide kaasatus toob kaasa tervise- ja riskikäitumise paranemise sellisel määral, et see aitaks oluliselt kaasa SVH haigestumuse vähenemisele ja seega RTA üldeesmärkide saavutamisele.** Seega, kuigi eri sektorite kaasatuse suurendamine on kahtlemata oluline osa tegevuste edukast elluviimisest, ei ole tegu sedavõrd olulisile aspektiga, et see väärks riikliku tervisestrategia prioriteetsust. **Selle asemel oleks olnud adekvaatsem näiteks seada prioriteediks tervisekäitumise paranemise saavutamine haavatavates sihtrühmades või suurendada tõendus põhiste sekkumiste osakaalu elanikkonna tervisekäitumise parandamisel. Samuti oleks saanud prioriteete seada ka rohkem ja spetsiifilisemalt, näiteks alkoholi osas seada prioriteediks**

alkoholi sõltuvusravi süsteemi väljaarendamise või kehalise aktiivsuse puhul lähiliikumispaikade võrgu arendamine.

Kuigi eelnevalt kirjeldatud valikute tegemine on keeruline, siis on riiklik strateegia just see koht, kus selliseid valikuid teha. Prioriteetide seadmine ei tähenda seda, et teisi valdkonna tegevusi enam ei tehta, vaid seda, et piiratud ressursside olukorras suunatakse neid eelkõige prioriteetsetele valdkondadele. Samuti aitab prioriteetide seadmine suunata eri valdkondade tegevusi ühise eesmärgi saavutamisele. Näiteks, kui prioriteediks oleks haavatavate sihtrühmade seas tervisekäitumise näitajate parandamine, siis ei pruugi see tähendada spetsiaalselt selle prioriteedi-spetsiifiliste uute tegevuste planeerimist, vaid juba elluviidavate või plaanidesse võetud tegevuste suunamist eelkõige haavatavate sihtrühmadeni jõudmisele. Kui märkimisväärne osa riigis elluviidud väga erinevatest tervisekäitumise parandamisele suunatud tegevustest on mitmete aastate jooksul ühele prioriteedile fookuseeritud, siis seda suurema tõenäosusega toimub sihtrühmas ka olulisi (käitumuslikke või epidemioloogilisi) muutusi.

Järeldused

1. Üheselt ei ole arusaadav, millele tuginedes on RTA-s seatud tervisliku eluviisi prioriteetid ja kuidas need aitaks oluliselt kaasa RTA üldeesmärkide saavutamisele.
2. Kuigi RTA-s tõdetakse, et SVH-d moodustavad kõige suurema osa Eesti tervisekoormusest (ja seega mõjutavad märkimisväärselt RTA üldeesmärgi saavutamist), ei ole SVH haigestumuse ja suremuse vähendamist sõnastatud RTA-s kui olulist prioriteeti.
3. RTA prioriteetide seadmisel on kasutamata jäetud võimalus seada fookus kõige olulisematele meetmetele, mille teostamine on vajalik RTA üldeesmärgi saavutamiseks. Nii aga puudub RTA rakendamisel põhimõtteline poliitiline juhised selle kohta, milliste tervisliku eluviisi meetmete teostamine on kõige olulisem.

Soovitused

1. Soovitame RTA uuendamisel kõigile tervisliku eluviisi valdkondade meetmetele seada prioriteetid, lähtudes sellest, milliste tegevuste elluviimine on kõige olulisem selleks, et saavutada RTA üldeesmärk. Raporti järgnevatel peatükkides on antud vastavad soovitused tasakaalustatud toitumise, kehalise aktiivsuse, alkoholi ja tubaka tarvitamise valdkondades.

1.2.2. Kehaline aktiivsus

Kehalise aktiivsuse valdkonnas on RTA-s planeeritud üks meede ('Rahvastiku kehalise aktiivsuse suurendamine') ja planeeritud ellu viia tegevusi kolmes suunas:

Esimene suund:

- Tõsta inimeste teadlikkust tervist toetavast liikumisest ning liikumisharrastuse võimalustest
- Integreerida liikumisharrastuse (sh õpilaste kehalise võimekuse arvestamise) teemad õpetajate põhi- ja täiendusõppesse ning riiklikesse õppekavadesse
- Tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele

Teine suund:

- Tagada kehalist aktiivsust soodustav toetav keskkond (sh tervist edendavad võrgustikud, koolisport, liikumisalane nõustamisteenus ja meditsiiniline teenindamine) ning infrastruktuur

Kolmas suund:

- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku liikumisharjumusi, liikumisharjumust määravaid mõjureid ning nendele suunatud sekkumisi
- Täiendada spordistatistika andmebaasi

Planeeritud tegevussuundade eesmärgipärasuse hindamiseks tuleb analüüsida seda, kuid võrd aitavad need planeeritud tegevussuunad lahendada RTA-s nimetatud kehalise aktiivsuse valdkonna probleeme ja suurendada elanikkonnas kehalist aktiivsust. Hinnangu andmisel on lähtutud eelkõige WHO globaalsetest soovitusetest elanikkonnas kehalise aktiivsuse suurendamiseks („*WHO 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*“), aga ka WHO 2009. aasta raportist „*Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*“. (63, 65)

Tegu on dokumentidega, mis olid relevantset RTA koostamise ajal, kuid on tänaseks osaliselt aegunud, sest uuemal ajal koostatud soovitused on mõnevõrra muutunud. **Seega on RTA meetmete hindamisel lähtutud põhimõtetest, mis olid tegevuste planeerimise ajal adekvaatsed. Käesoleva uuringu raames soovituste andmisel on lähtutud eelkõige WHO globaalsest mittenakkushaiguste tegevuskavast perioodiks 2013-2020.** (68)

Oluline on aga siinkohal märkida, et kehalise aktiivsuse tegevusi kajastavad märksa põhjalikumalt Kultuuriministeeriumi kehalise aktiivsuse riiklikud strateegiad (perioodid 2006-2010, 2011-2014, 2015-2030). Paraku käsitletakse Kultuuriministeeriumi kehalise aktiivsuse valdkonnas teostatud tegevusi RTA iga-aastastes ja rakendusperioodide aruannetes pealiskaudselt ja mitte-täielikult, mistõttu **ei ole RTA aruannetest võimalik saada terviklikku pilti kehalise aktiivsuse edendamise tegevustest Eestis** (seda enam, et Kultuuriministeeriumi haldusalasse jääb enamus kehalise aktiivsuse tegevustest). Paraku ei võimalda käesoleva analüüsi ulatus ja maht teostada põhjalikumalt analüüsi Liikumisharrastuse arengukava (LHA) raames planeeritud ja teostatud tegevustest. Seetõttu ei ole võimalik anda adekvaatset hinnangut, kuid võrd on Eestis kehalise aktiivsuse tegevused olnud eesmärgipärased ja aidanud kaasa SVH haigestumuse ja suremuse vähendamisele. Sellest tulenevalt

on järgnevalt analüüsitud RTA-s planeeritud kehalise aktiivsuse meetmete eesmärgipärasust, kuid ei käsitleta seda, milliste tegevuste elluviimiseni tegelikkuses jõuti.

Kõige tõhusamaks viisiks elanikkonna kehalises aktiivsuses märkimisväärsete muutuste saavutamisel on WHO soovitude kohaselt **füüsilise keskkonna kohandamine kehalist aktiivsust soosivaks**, sh transpordisüsteemide arendamine igapäevase jalgsi ja jalgrattaga liiklemist soosivamaks, avalike- ja rekreatsioonialade laiendamine või ligipääsetavaks/ inimsõbralikumaks muutmine, kodulähedaste liikumisharrastusvõimaluste laiendamine igas vanuses inimestele. (63) Selliste lähenemiste eeliseks on nende kõrge kulutõhusus ja mõju laienemine suurele hulgale elanikkonnast, mistõttu aitavad sellised meetmed saavutada tervisekäitumise muutusi rahvastiku tasandil.

Lähiliikumispakade võrgustiku puudumist on probleemina välja toodud ka RTA-s, kuid prioriteediks ei ole seda strateegias seatud (ka peale RTA uuendamist 2012. aastal, mil WHO oli sarnaseid soovitusi andnud juba kahes võtmedokumendis (2004 ja 2008). (62, 63) Kuigi teise tegevussuuna all on põgusalt mainitud infrastruktuuri arendamist, siis on kehalist aktiivsust soodustava keskkonna all RTA-s silmas peetud eelkõige teenuseid ja sotsiaalset keskkonda). Kehalise aktiivsuse võimaluste suurendamist ja infrastruktuuri investeerimist soovitab RTA kohalikele omavalitustele, kuna kohaliku elukeskkonna kujundamine on peamiselt kohalike omavalitsuste ülesanne. Võttes arvesse, et füüsilise elukeskkonna kujundamine on üks kõige tõhusam kehalise aktiivsuse suurendamise meede, siis adresseerib RTA seda tegevussuunda pigem pealispindselt ja ei sõnasta seda selgelt kui riiklikku prioriteeti.

Samas ei ole selline lähenemine kogu rahvastikku hõlmavate muutuste juhtimisel strateegiliselt mõistlik, sest tõhusate sekkumiste elluviimine sõltub liialt kohalike omavalitsuste motivatsioonist ja initsiatiivist. **Mõistlikum oleks olnud seada füüsilise keskkonna arendamine üheks RTA prioriteediks ja planeerida riiklike meetmeid, mis suurendaksid kohalike omavalituste valmisolekut ja võimekust kohalikus keskkonnas kehalist aktiivsust suurendavaid muutusi ellu viia.** Uuel RTA rakendusperioodil tuleks sellist lähenemist kindlasti kaaluda.

Siinkohal tasub markeerida, et liikumis- ja sportimispaikade arvu suurendamine oli oluliseks prioriteediks LHA kogu elluviimise perioodi vältel (2006-2010, 2011-2014). Arengukava raames suunati investeringuid spordiehitiste ja liikumispaikade loomisesse nii maakondade kui kohalike omavalitsuste tasandil. Samuti rahastati spordi- ja mänguväljakute rajamist kohalikesse omavalitsustesse programmitoetuse põhimõttel. Samuti märgiti LHA-s ära Maanteeameti rajatud kergliiklusteede maht.

Selline märkimisväärne erisus LHA ja RTA vahel viitab sellele, et kahte olulist riiklikku strateegiat ei ole suudetud omavahel integreerida, sh ei ole suudetud kooskõlla viia kehalise aktiivsuse valdkonna prioriteete ja peamisi tegevussuundasid.

Teise tegevussuunana soovitab WHO tegeleda riigis sellega, et **lasteasutused (eelkõige koolid ja lasteaiad) võimaldaksid lastele eakohaseid võimalusi kehaliseks aktiivseks ajaviitmiseks ja julgustaksid nende kasutamist.** (63) Arenguvajadusele selles osas viitab ka RTA, mis toob ühe valdkonna probleemina välja muuhulgas selle, et spordialased huvitegevused koolides ja väljaspool kooli ei ole piisavalt toetatud. RTA-s planeeritud tegevussuundade all on seda probleemi adresseeritud läbi tervist edendavate lasteaegade ja koolide võrgustiku ning koolispordi edendamise.

Käesolev analüüs ei võimalda põhjalikumalt süüvida detailsetesse tegevustesse, mida RTA raames ellu viidi, mistõttu ei ole võimalik anda hinnanguid, kuivõrd ja millisel moel laste kehaliselt aktiivsete ajaveetmisvõimaluste parandamisele tähelepanu pöörati. Küll aga on tähelepanuväärne, et **RTA raames elluviidud tegevuste kokkuvõtlikes aruannetes ei ole vastavasisulisi tegevusi mainitud** (piiratud on tervist edendavate koolide tegevuste koordineerimise ja laiendamise tegevuse mainimisega, mis ei täpsusta kehalisele aktiivsusele suunatud tegevuste teostamist). Küll aga on **lasteasutustele suunatud kehalise aktiivsuse meetmeid teostatud LHA-s, kuid nende analüüsimist käesoleva uuringu maht ei võimalda.**

Uuringusse kaasatud ekspertide sõnul alustas Sotsiaalministeerium koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumi ja Tartu Ülikooliga 2015. aastal laste liikumisprogrammi „Liikuma kutsuv kool“ väljatöötamist, mille kaugeesmärgiks on Eesti laste ja noorte istumisaja vähenemine ja liikumisaktiivsuse suurenemine koolipäeva jooksul. Selle sihi saavutamiseks tuuakse koolikeskkonda juurde liikumisaktiivsust toetavate meetmeid.

WHO soovitude kohaselt on kehalise aktiivsuse suurendamisel hästi oluline roll ka **individuaalsel nõustamisel ja kehalist aktiivsust soosivatel sotsiaalsetel võrgustikel.** (63) Viimane neist keskendub eelkõige grupiviisiliste harrastuste soodustamisele, mis pakuvad inimestele ka väljundit sotsiaalseks suhtluseks ja aitavad kaasa kehalist aktiivsust soosivate hoiakute/väärtuste/normide kujunemisele. Sotsiaalsete võrgustike aspekti ei ole RTA tegevussuundades käsitletud, kuid tulevikus võiks selle lisamist kaaluda. Individuaalsele lähenemisele on RTA-s tähelepanu pööratud nii esimese kui teise tegevussuuna all (liikumisalase nõustamisteenuse pakkumine ja õpetajate täiendõpe liikumis-harrastuse teemadel), kuid **RTA raames elluviidud tegevuste kokkuvõtlikes aruannetes ei ole vastavasisulisi tegevusi otseselt mainitud.** Kaudselt saab sotsiaalsete võrgustike soodustamisena käsitleda kehalise aktiivsuse avalikke üritusi ja ürituste sarjasid, mida on intervjuueeritud ekspertide sõnul nii SVH-strateegia kui RTA raames läbi aastate järjepidevalt paikkonnapõhiselt ja riiklikult korraldatud. LHA raames on nõustamistegevuste fookus olnud pigem sporditreeneritel.

Viimase suunana soovitab WHO edendada **kehalise aktiivsuse alast nõu andmist või nõustamist esmatasandi tervishoius.** (63) Seda soovitust ei ole RTA meetmetes käsitletud ja tervishoiutöötajate kehalise aktiivsuse nõustamisalaste oskuste suurendamisele suunatud tegevusi ei ole planeeritud. LHA-s on teemat põgusalt käsitletud ning toodud välja vajadus perearstide ja -õdede vastavaid oskusi arendada.

Teistest RTA-s planeeritud kehalise aktiivsuse tegevussuundadest saab positiivsena välja tuua planeeritud seire- ja hindamistegevused, mis on olulised selleks, et saaks välja töötada võimalikult täpselt sihistatud ja tõendus põhiseid sekkumisprogramme. Samas tuleb märkida, et hindamiste teostamine on mõistlik vaid siis, kui tulevikus tegevusi ka nende hindamiste tulemustele tuginedes planeeritaks. **RTA-s oli olemasolevatele seire andmetele tuginedes välja toodud, et kehalise aktiivsuse osas vajavad erilist tähelepanu vanemad vanusrühmad ja sotsiaalselt haavatavad sihtrühmad, kuid planeeritud tegevustes neile sihtrühmadele siiski tähelepanu ei pööratud.**

Kehalise aktiivsuse planeeritud tegevussuundades on ka mitmeid selliseid tegevusi, mis ei lähtu rahvusvahelistest soovitustest ega valdkonna peamistest probleemidest. Need on teadlikkuse suurendamine, materjalide ja koolituste tagamine ja spordistatistika täiendamine. Kuigi kõigi

nimetatute näol on tegu mõistlike ja vajalike tegevustega (neist esimest käsitleb ka "EU Physical activity guidelines") ei ole need primaarsed selleks, et saavutada RTA-s seatud eesmärki ehk suurendada kogu rahvastikus kehalist aktiivsust ja saavutada seeläbi paranenud rahvastiku tervise näitajad. (75) Nimetatud tegevused võivad olla küll mõistlikeks täiendavateks tegevusteks, kuid kindlasti mitte kõige olulisemateks tegevusteks.

Käesoleva uuringu raames koguti arvamusi ka valdkonna ekspertidelt, kes tõid välja järgmised olulised tähelepanekud valdkonna arengute kohta:

„Keskendume palju lastele, mis on vajalik ja mida ei tohi tegemata jätta, aga vanemad kui 40-aastased ja tegelikult meie vanainimesed on liikumispuudes. Sageli on nii, et kui inimene juba haigestub, siis see on põhjus mitte liikuda, aga tegelikult on vajalik liikumine mis iganes haigusega, see on oluline.“

„Tahaks välja tuua, et tõenduspõhiselt peaksid olema lapsed ja noored prioriteetseks sihtrühmaks, sest lastest ja noortest saavad täiskasvanud ja hiljem eakad. Lastele ja noortele suunatud koolipõhiseid sekkumisi on hinnatud ka kõige kulutõhusamaks.“

„Oleme jõudnud sinna, et meil keskendutakse suurtele üritustele, korraldatakse maratone. Aga need väikesed asjad, need teatud grupid, kes on teatud kontekstis kõige haavatavamad – jäävad piisava tähelepanuta.“

„Teame, mis 10 aastaga on toimunud diabeediga, mis on konkreetselt seotud SVH-ga, ka laste diabeet (ja ülekaalulisus) kasvab, need numbrid on küll kordades väiksemad, aga nende samade gruppidega tegelemine liikumise kontekstis muutub aina aktuaalsemaks.“

„Regiooniti on mõned asjad [kehalise aktiivsuse osas] Eestis erinevad, kuid ei saa ütelda, et see täitsa välja arendamata on, ehkki mõned piirkonnad on paremini lähenenud kui teised.“

„Kogukonnapõhiseid ja grupiviisiisi asju on väga palju arendatud, ka maakondade tervisedenduse võrgustikud on sellele kõige enam oma ressursi pannud.“

„Edasiminekut on liikumisharrastuse süsteemis, ettevalmistussüsteemis just treenerite osas, aga liikumisharrastamise süsteem võtaks natuke laiemalt haardega elanikkonnale, andes liikumisharrastamist, mitte ainult spordialast nõustamist pakkuv. Selles osas saab enamat teha.“

„Individuaalne liikumise nõustamine on kõige nõrgem koht. Kui [tervishoiu] esmatasand oskab anda nõu toitumise osas, siis liikumise osas pigem mitte nii hästi.“

„Perearstide ja õdede [kehaliselt aktiivse eluviisi nõustamise] pädevusi suurendada on üks võimalus. Samas peaks silmas pidama, et on olemas ka teised spetsialistid, kes oskavad inimesi nõustada antud küsimustes. Oluline on koostöö erinevate eriala spetsialistide vahel, olgu see siis füsioterapeut või liikumisharrastaja.“

„Positiivsest tahaks välja tuua, et selles [RTA] ajaperioodis kultuuriministerium muutis tippspordi suunalt liikumisharrastuse suunas ja isegi kui need kaks [liikumisharrastuse] arengukava olid vigased või nõrgad, kuid siiski see, et nad meil eraldi olemas olid, oli edusamm, mis ka väliseksperptide poolt hinnatud.“

„Kultuuriministeeriumil on suur roll ujulate rajamisega maakonnakeskustesse, abirahade toel, ligipääs inimestel olemas. Jätkati aastast-aastasse isegi majanduskriisi ajal.“

„Kehaline aktiivsus ja RTA – vastutus on erinevate ministeeriumide vahel jagatud ja sellega on probleeme. Oli kokkulepe nii SVH kui RTA ajal, et kehaline aktiivsus on pigem kultuuriministeeriumi valitsus- ja vastutusala, et mitte dubleerida rahastust. Toitumine jäi sotsiaalministeeriumi ja nüüd siis maaeluministeeriumi vahele jaotamisele, ühel toiduohutus ja teisel toitumisharjumused.“

„Asi ei ole selles, et RTA ei tegelenud kehalise aktiivsusega, vaid selline on tööjaotus. Oleme teadnud, et vähene liikumine on probleem, kuid see on Kultuuriministeeriumi, mitte Sotsiaalministeeriumi vastutusala.“

„[Koostamisel] on toitumise ja liikumise roheline raamat, praegu sotsiaalministeeriumi eestvedamisel, kultuuriministeerium olnud sinna kaasatud ja tehtud koostöös. /---/ Koostööd peab tegema igal juhul kõigi osapooltega, kindlasti rahandusministeerium, kohalikud omavalitsused on kaasatud, sest kõik infrastruktuuri puudutav läheb praegusel hetkel nende alla. /---/ See on kõik koostöö küsimus.“

Kokkuvõtvalt saab öelda, et RTA aruandluses ei pööratud kehalisele aktiivsusele olulist tähelepanu ja palju olulist infot valdkonnas toimuvast jäi kõrvale, sh Kultuuriministeeriumi LHA raames planeeritud ja elluviidud tegevused (mis moodustavad enamuse Eestis teostatud kehalise aktiivsuse edendamise tegevustest). Seetõttu ei ole RTA aruannetest võimalik saada terviklikku pilti kehalise aktiivsuse edendamise tegevustest Eestis ja on keeruline anda hinnanguid teostatud tegevustele.

RTA-s planeeritud tegevussuundade analüüsimisel ilmneb, et **RTA kehalise aktiivsuse valdkonna tegevuste planeerimisel ei lähtunud rahvusvahelisest parimast teadmisest ja tegevuste planeerimisel võeti kavva liialt palju teisejärgulise tähtsusega tegevusi, millel on marginaalne mõju populatsioonis kehalise aktiivsuse näitajate paranemisele** (nt keskendumine teavitustööle ja spordistatistikale).

Valdkonna ekspertide hinnangul on valdkonnas toimunud küll edasiarenguid, kuid väljakutseid on veel mitmeid - sotsiaal- ja kultuuriministeeriumi tegevused ei ole omavahel piisavalt integreeritud, mitmed olulised sihtrühmad on jäänud piisava tähelepanuta (vanemas eas inimesed, terviseprobleemidega inimesed, sotsiaalselt haavata sihtrühmad), arengud ei ole olnud piirkonniti ühtlased ja inimestele ei ole piisavalt kättesaadav liikumisenõustamise teenus. Positiivse edasiminekena näevad eksperdid toitumise ja liikumise roheline raamatu koostamist, milles seatakse kogu valdkonnale ühised riiklikud eesmärgid ja sõnastatakse prioriteetsed tegevussuunad. Oluline on siinkohal markeerida, et toitumise ja liikumise roheline raamatu koostamisel on arvesse võetud rahvusvahelisi soovitusi ja parimaid praktikaid ning paljud kavandatavad tegevussuunad haakuvad käesoleva raporti soovitustega.

Järeldused

4. RTA aruannetest ei ole võimalik saada terviklikku pilti kehalise aktiivsuse edendamise tegevustest Eestis, sest enamik tegevustest on planeeritud Kultuuriministeriumi haldusala Liikumisharrastuse arengukavva ning kahte strateegiat ei ole omavahel integreeritud, sh ei ole kooskõlla viidud kehalise aktiivsuse valdkonna prioriteete ja peamisi tegevussuundasid.
5. RTA kehalise aktiivsuse valdkonna tegevuste planeerimisel ei ole lähtutud rahvusvahelisest parimast teadmistest ja tegevuste planeerimisel võeti kavva liialt palju teisejärgulise tähtsusega tegevusi, millel on marginaalne mõju populatsioonis kehalise aktiivsuse näitajate paranemisele. Paraku ei ole võimalik käesoleva uuringu raames hinnata, kuivõrd lähtuti rahvusvahelisest parimast teadmistest tegevuste elluviimisel.
6. RTA-s oli välja toodud, et kehalise aktiivsuse osas vajavad erilist tähelepanu vanemad vanusrühmad ja sotsiaalselt haavatavad sihtrühmad, kuid planeeritud tegevustes neile sihtrühmadele siiski tähelepanu ei pööratud. Paraku ei ole võimalik käesoleva uuringu raames hinnata, kuivõrd lähtuti sellest tegevuste elluviimisel.
7. Ekspertide hinnangul on toimunud valdkonnas küll mitmeid edasiarenguid, kuid lahendusi vajavad veel mitmed väljakutsed, sh sotsiaal- ja kultuuriministeriumi omavaheline koostöö, tähelepanuta jäänud olulised sihtrühmad, piirkondlikud erinevused ja kehalise aktiivsuse-alase nõustamise vähenenud kättesaadavus.

Soovitused

2. Soovitame tulevikus teha olulisi pingutusi Kultuuriministeriumi ja Sotsiaalministeriumi koostöö parandamiseks, et kokku leppida kehalise aktiivsuse valdkonna ühised prioriteetidid, tegevussuunad ja selline tegevuste aruandluse süsteem, mis võimaldab saada ülevaate mõlema asutuse haldusalas toimunud tegevustest. Toitumise ja liikumise rohelise raamatu valmimine ja ellurakendamine aitab luua selleks vajalikud eeldused.
3. Soovitame tulevikus kaaluda spetsiaalsete meetmete planeerimist ka vanemas eas inimeste ja terviseprobleemidega inimeste kehalise aktiivsuse suurendamiseks.
4. Soovitame tulevikus kaaluda ressursside suunamist (mitte spordi-keskse) liikumis- ja eluviisinõustamise teenuse kättesaadavuse suurendamiseks.
5. Soovitame kehalise aktiivsuse valdkonnas prioriteetide seadmisel ja tegevuste planeerimisel lähtuda WHO vastavatest soovitustest ja viia ellu vaid tegevusi, mille mõju rahvastikus kehalise aktiivsuse suurendamisele on empiirilisel kinnitust leidnud, sh seada enam fookust süsteemi- ja institutsiooni-põhiste lähenemistele. Samuti on kehalise aktiivsuse näol tegu valdkonnaga, kus on palju ruumi innovatsiooniks ja uutemoodi lähenemistele, millele võiks ka riiklikus strateegias rohkem ruumi teha, sh julgustades erinevaid elluviijaid pakkuma välja uudseid lahendusi (nt inspireerituna teiste riikide kogemustest) või laiendama riiklikeks sekkumisteks seni vaid kogukonna tasandil ellu viidud edukaid sekkumisi.

1.2.3. Tasakaalustatud toitumine

Toitumisharjumuste valdkonnas on RTA-s planeeritud üks meede (‘Rahvastiku toitumisharjumuste parandamine’) ja planeeritud ellu viia tegevusi neljas suunas:

Esimene suund:

- Tõsta inimeste teadlikkust tasakaalustatud ja täisväärtuslikust toitumisest
- Integreerida toitumise ja toiduga seotud teemad õpetajate põhi- ja täiendkoolitusse ning riiklikesse õppekavadesse
- Tagada asjakohaste materjalide ning koolituskättesaadavus siht- ja sidusrühmadele

Teine suund:

- Tagada inimeste tervislike toitumisvalikuid soodustav keskkond
- Tagada tasakaalustatud toitumise põhimõtete järgimine institutsionaalses toitlustamises

Kolmas suund:

- Arendada toitumisalast nõustamisteenust ja tagada selle kättesaadavus riskirühmadele

Neljas suund:

- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku toitumisharjumusi, ülekaalulisuse trende ja nendele suunatud sekkumisi
- Teha toitumisalast riski-kasulikkuse hindamise analüüsi

Planeeritud tegevussuundade eesmärgipärasuse hindamiseks tuleb analüüsida seda, kuid võrd aitavad need planeeritud tegevussuunad lahendada RTA-s nimetatud toitumise valdkonna probleeme ja suurendada elanikkonnas tervislikult toituvate inimeste osakaalu. Samuti on hinnangu andmisel lähtutud WHO dokumentidest „*Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*“ (2003), „*WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*“ (2004), „*WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013*“ (2008) ja „*Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*“ (2009). (60, 62, 63, 65)

Tegu on dokumentidega, mis olid relevantset RTA koostamise ajal, kuid on tänaseks osaliselt aegunud, sest uuemal ajal koostatud soovitused on mõnevõrra muutunud. **Seega on RTA meetmete hindamisel lähtutud põhimõtetest, mis olid tegevuste planeerimise ajal adekvaatsed. Käesoleva uuringu raames soovituste andmisel on lähtutud eelkõige WHO globaalsest mittenakkushaiguste tegevuskavast perioodiks 2013-2020.** (68)

RTA koostamise ajal kehtinud WHO soovituste kohaselt on kõige tõhusamad tegevussuunad elanikkonna toitumisharjumuste parandamisel järgmised (62, 63, 65):

- Riiklik hinnapoliitika (maksu- ja subsideerimisvalikud), tagamaks tasakaalustatud toitumiseks oluliste toiduainete kättesaadavus kõigile elanikele (eelkõige haavatavatele sihtrühmadele)
- Riiklikud regulatsioonid, mis survestavad tootjaid ja kaupmehi vähendama rasva-, soola- ja suhkrurikaste toitude osakaalu kaubanduses
- Toidu pakendil toitaineväärtuste märgistamine (*food labeling*), sh rasva-, soola-, suhkru- ja kaloriväärtuse märgistamine – nii kauplustes kui söögikohtades

- Teadlikkuse suurendamise tegevused peaksid olema suunatud madala toiteväärtuse ja kõrge energiasisaldusega toidu ja tasakaalustatud toidu äratundmisele
- Tervishoiutöötajate oskuste arendamine, et oskaksid parimini inimesi nõustada toitumise teemal
- Sihtrühma-spetsiifilised toiduprogrammid (mis jagavad kvaliteetset tervislikku toitu, mitte lihtsalt toitu), et tagada tasakaalustatud toitumiseks vajalike toiduainete parem kättesaadavus haavatavatele sihtrühmadele (eelkõige lastele), sh koolitoidu kvaliteedi parandamise programmid
- Põllumajanduspoliitika, mis tagavad kohaliku tasakaalustatud toitumiseks oluliste toiduainete kättesaadavuse kohalikele elanikele taskukohase hinnaga

Analüüsid nimetatud WHO meetmete haakumist RTA-s planeeritud tegevussuundadega, siis on Eestis tähelepanu pööratud eelkõige toiduprogrammidele (eelkõige lasteasutustes) ja teavitustööle (nii elanikkonnale kui toidukäitlejatele suunatud). Teistele soovitusel ei ole olulisel määral rakendamist leidnud.

Teadlikkuse suurendamise tegevusi on RTA raames teostatud märkimisväärses mahu, sh avalikkusele suunatud massimeediakampaniad (soola tarbimise vähendamiseks, puu- ja köögivilja tarbimise suurendamiseks, energiajookide tarbimise vähendamiseks), infomaterjalide koostamine ja avalikkusele suunatud teabeportalide arendamine (nutridata.ee ja toitumine.ee).

Toiduprogrammides on Eestis keskendunud eelkõige koolidele, sh viidi ellu koolipiima- ja puuvilja programmi tegevusi ning tagati tasuta koolilõunad põhikooliõpilastele ja alates 2015. aastast ka gümnaasiumiõpilastele. Kuigi läbi aastate on teostatud Eestis tegevusi ka kooli toitlustajatele (sh erinevad konkursid ja koolitused), siis ei ole need RTA raames teostatud tegevuste koondaruannetes järjepidevat äramärkimist leidnud (pistelisel on mainitud tegevusi vaid 2013. ja 2014. aasta aruannetes).

Lisaks võib olulisematest teostatud tegevustest ära märkida **riiklike toitumissoovituste uuendamise ja toitumisenõustajate kutsekvalifikatsiooni nõuete väljatöötamise** (toitumisenõustajate riikliku koolitussüsteemi loomiseni ei ole veel jõutud). Nimetatud kutsekvalifikatsiooni puudumine oli RTA-s välja toodud ka olulise valdkonna probleemina, mis on nüüdseks leidnud lahenduse.

Oluliseks edasiminekaks on ka toitumise ja liikumise rohelise raamatu koostamisega alustamine, et välja töötada riiklikud põhimõtted ja lähenemised, millest järgnevate aastate poliitikakujundamisel lähtuda. Rohelise raamatu koostamisega ollakse tänaseks lõpusirgel. Olulise panuse toitumise tegevuste paremaks planeerimiseks on andnud ka mitmed olulised uuringud, mis RTA raames on teostatud (sh Toitumise faktiline uuring). Samas on säilinud probleem, et uuringuid ei teostata regulaarselt, vaid vastavalt võimalustele.

Kuigi RTA-s on planeeritud tegevus „Tagada inimeste tervislikke toitumisvalikuid soodustav keskkond“, siis ole täpsustatud, mida selles osas on silmas peetud. Ainsana leiab selle kohta planeeritud tegevustest viite toidu märgistust käsitlevale teavitustööle (tarbijatele ja toidukäitlejatele). Samas rõhutab WHO regulatiivsete ja põllumajanduslike meetmete olulisust tasakaalustatud toitumiseks vajalike toiduainete kättesaadavuse parandamises, kuna majanduslikult haavatavamas olukorras sihtrühmade jaoks jääb teavitustööst väheseks.

Täiendava hinnangu Eesti SVH käitumuslike riskitegurite vähendamisele suunatud tegevustest on andnud ka 2015. aastal WHO. (73) Oma hinnangu andmisel on nad lähtunud vastavast WHO Euroopa regiooni hindamisjuhiseist. (70) Toitumise ja liikumise valdkonna tegevustele hinnangu andmisel on keskendunud eelkõige toitumist puudutavatele meetmetele:

- soola, suhkrude ja transrasvade tarbimise vähendamine
- puu- ja köögiviljade tarbimise tõstmine
- lastele suunatud toiduainete reklaamide piiramine
- teadlikkuse suurendamine kehalise aktiivsuse ja tasakaalustatud toitumise osas.

Kõigi tegevussuundade osas hindab WHO Eesti tegevusi ebapiisavaks, kuna:

- soola ja transrasvade tarbimine elanikkonnas ei ole olulisel määral vähenenud
- suhkrude tarbimise vähendamise olulisust on poliitikadokumentides mainitud, kuid tegevusi sellel suunal teostatud ei ole
- puu- ja köögiviljade tarbimise eesmärgid vastavad küll WHO soovitudele, kuid tegevused selle eesmärgi saavutamiseks ei ole olnud piisavad
- lastele suunatud reklaame küll tunnistatakse probleemina, kuid riiklikke sekkumisi selle adresseerimiseks pole teostatud
- Ei ole koolitatud piisavas mahus spetsialiste, kes oleksid võimelised nõustama nii toitumise kui kehalise aktiivsuse osas
- toitumine ja kehaline aktiivsus ei ole esmatasandi tervishoiu prioriteetsed teemad.

Käesoleva uuringu raames koguti arvamusi ka valdkonna ekspertidelt, kes tõid välja järgmised olulised tähelepanekud valdkonna arengute kohta:

„Loodud on toitumisnõustajate kutsekvalifikatsiooni süsteem, aga koolitussüsteemi loomiseni ei ole veel jõutud. Koolitusvõimalused on hakanud tekkima vastavalt turuvajadusele.“

„Perearsti vastuvõtu sees [toitumisnõustamine] ei tööta, sest selle 10-15 minuti sees perearst ei jõua seda teha. Võime õpetada perearsti tooma välja mingi väga olulise toitumise aspekti, aga kvalifitseeritud toitumisnõustamist ei suuda ta anda. See [toitumisnõustamise õppimine] on pikk töö, seda [perearsti] paketti panna ei saa. /---/ Arstil võib olla teadmine, mida ta saab teha lisaks, ja ta saab seda teha, kui soovib. Kuid see ei pea olema arst, kes nõustab. /---/ Tervishoiuteenuste nimekirjas sellist teenust pole nagu toitumisnõustamine.“

„Oluline nihe on toimunud selles, et pandi alus toitumissoovituste regulaarsele koostamisele ja uuendamisele, [loodi] veebileht toitumine.ee, kus tõendus põhine info toodi kokku tavaelanikkonna ja spetsialisti jaoks.“

„[Seoses pereõdede nõustamistegevustega] Probleemiks on, kuivõrd nad seda ennetavat tööd teevad. Kuivõrd on neil oskusi näiteks ülekaalulise lapse pere nõustamisega? /---/ On väga entusiastlikke pereõdesid, kes tahavad, teevad ja oskavad, on alati koolitusel kohal ise uurivad

on väga tublid. Üle Eesti. On tekkinud ka üha enam kooliõpetajaid ja treenereid, kes ise tahavad tegeleda nõustamisega – kes just ka koolisiseselt tahavad tegeleda nõustamisega. Neid inimesi tuleb juurde. Turul aga ka väga palju [tervishoiu] esmatasandi nõustamist, mis seal olemata võiks olla.“

„[Individaalset nõustamist] tuleb vaadata eraldi - üks on haige inimese nõustamine vs terve inimese liikumisnõustamine. Ja siin nt noorsportlase tervisekontroll, mis on eriarstiabi, aga see on üks teenus, mis [SVH strateegia ja RTA-ga] juurde toodi.“

„Me tegeleme põhjalikult noorsportlasega, aga ei tegele ülekaalulise lapsega.“

„[Kooliõdede ressurss individuaalsel toitumisnõustamisel]. Kooliõdede puhul jääb see probleem, et lapse puhul ei pea nõustama mitte last vaid kogu pere, tegelda tuleb kogu süsteemiga. Arvan, et kooliõde saab olla märkaja, suunaja, sealt edasi peame üles ehitama toimiva süsteemi. Ka pereõde pole see, kes hakkab süsteemselt tegelema.“

„Vaja on [ülekaalulisuse ennetuse ja ravi] käsitusjuhendit, et erinevad osapooled teaks, mida vaja teha ja kes teeb. /---/ Seda ülevaadet täna ei ole ja see süsteem vajab arendamist.“

„Eestis on koostatud bariaatrilise patsiendi ravijuhend, kuid mis puudutab lihtsalt ülekaalulist isikut, siis maailmas ei ole programme, mis selle mure üheselt ära lahendaks. Seega ei saa selleks ravijuhendit teha. Küll aga peaks ennetusega tegelema ning süsteemselt mõtlema, et kes mis tasandil ja mida teeb.“

„Koolitoidu tase kooliti erinev. Paberitel kõigis koolides hea ja kõik vajalikud määrused olemas ja tehakse veelgi paremaks. Järelevalve on ka vaid paberipõhine, hinnatakse tehnokaartide järgi. Reaalsuses sõltub kokatädist. Aga teiste riikidega võrreldes on Eesti koolitoit heal tasemel ja kõva sõna.“

„Koolides ja lasteaedades toit paigas ja vaja jätkata samamoodi edasi.“

„Rinnapiimaga toitumise teemal ei ole praegu peremeest, kuid ka see on toitumise valdkonna oluline tegevus, mis on vaja integreerida tervishoiusüsteemi sisse.“

Kokkuvõtvalt saab öelda, et RTA raames planeeritud tegevused on olnud peamiselt fokusseeritud teavitustööle. **Teavitustegevused on olnud järjepidevad ja suuremahulised, mistõttu on neil ka potentsiaali oluliselt parandada elanikkonna teadlikkust ja hoiakuid tasakaalustatud toitumise osas.** Samas aga tuleb arvestada, et toitumisharjumused ei sõltu vaid teadlikkusest vaid ka väga paljudest teistest teguritest, sh toidu kättesaadavusest. **Paraku on kättesaadavust parandavatele meetmetele (sh regulatiivsetele meetmetele) pööratud RTA-s oluliselt vähem tähelepanu.** Samas on WHO soovitude kohaselt just sellised meetmed võtmetähtsusega elanikkonnas toitumisharjumuste parandamiseks, eriti sotsiaalselt haavatavates sihtrühmades.

Seega tuleks **uuel RTA rakendusperioodil jätkata teavitustegevustega, kuid pöörata oluliselt rohkem tähelepanu (ja seada prioriteediks) kättesaadavust parandavatele regulatiivsetele meetmetele.** Kättesaadavus on tagatud olukorras, kus inimest ümbritseb piisav hulk mugavalt ligipääsetavaid toiduainete või -kaupade allikaid (kauplus, turg, aiamaa, kohvik jms), mis pakuvad piisavas koguses ja valikus toiduaineid või -kaupu, mis on tasakaalustatud toitumiseks vajalikud ja on inimesele

taskukohased. Eraldi saab käsitleda kättesaadavust kodus ja erinevates asutustes (tööl, koolis, lasteaias, haiglas, hooldekodus jms).

Samuti soovitame varasemast enam tähelepanu pöörata **tervisliku eluviisi nõustajate arvu** suurendamisele, sh **suurendada esmatasandi tervishoiutöötajate võimekust teostada esmast nõustamist patsientidele nii kehalise aktiivsuse kui tasakaalustatud toitumise osas ja vajadusel suunata vastavate spetsialistideni.**

Oluline on siinkohal markeerida, et Sotsiaalministeerium on algatanud toitumise ja liikumise rohelise raamatu väljatöötamise, mille koostamisel on arvesse võetud rahvusvahelisi soovitusi ja parimaid praktikaid ning paljud kavandatavad tegevussuunad haakuvad käesoleva raporti soovitustega. Seega saab öelda, et valdkonna strateegiline planeerimine liigub positiivses suunas.

Järeldused

8. Elanikkonna toitumisharjumuste parandamisel on Eestis pööratud kõige enam tähelepanu toiduprogrammidele (eelkõige lasteasutustes) ja teavitustööle (nii elanikkonnale kui toidukäitlejatele suunatud). WHO soovitatud regulatiivseid meetmeid ei ole Eestis rakendatud (nt erinevad toiduainete ja -kaupade maksu- ja subsideerimispoliitika ning toidukaupade rasva-, soola- ja suhkrisaldust reguleerivad määrused), sh riigi poolt järelvalvatud eneseregulatiivseid meetmeid.
9. Ekspertide hinnangul on lasteaia- ja koolitoidu üldine tase Eestis hea, kuigi koolide lõikes on kvaliteet erinev ja tulevikus tuleb tegeleda kvaliteedi ühtlustamisega.
10. Oluliste arengutena saab välja tuua toitumise ja liikumise rohelise raamatu koostamisega alustamise, riiklike toitumissoovituste uuendamise ja toitumisnõustajate kutse-kvalifikatsiooni nõuete väljatöötamise.
11. WHO hindab Eesti tegevusi rahvastiku toitumisharjumuste kujundamisel ebapiisavaks, kuna soola, transrasvade, suhkru, puu- ja köögiviljade tarbimine elanikkonnas ei ole olulisel määral paranenud; tegeletud ei ole lastele suunatud toidukaupade reklaamide piiramisega; puudu on toitumise- ja liikumise nõustajatest; patsientide toitumine ja liikumine on esmatasandi tervishoiu vähetähtsad teemad.

Soovitused

6. Tasakaalustatud toitumist käsitlevad teavitustegevused on Eestis olnud järjepidevad ja suuremahulised, kuid soovitame tulevikus tegevuste planeerimisel arvesse võtta, et toitumisharjumused ei sõltu vaid inimeste teadlikkusest vaid ka väga paljudest teistest teguritest, sh tasakaalustatud toitumisvõimaluste kättesaadavusest. Paraku on kättesaadavust parandavatele meetmetele (sh regulatiivsetele meetmetele) pööratud RTA-s seni oluliselt vähem tähelepanu. Samas on WHO soovituste kohaselt just sellised meetmed võtmetähtsusega elanikkonnas toitumisharjumuste parandamiseks, eriti sotsiaalselt haavatavates sihtrühmades. Seega soovitame uuel RTA rakendusperioodil jätkata teavitustegevustega, kuid pöörata oluliselt rohkem tähelepanu kättesaadavust parandavatele regulatiivsetele meetmetele.
7. Elanike toitumisharjumuste parandamisel on oluline roll ka tervisliku eluviisi nõustajatel, keda täna ei ole Eestis piisavalt ja kelle arvukuse suurendamisele soovitame tulevikus enam tähelepanu pöörata, sh suurendada esmatasandi tervishoiutöötajate (eelkõige õdede) võimekust nõustada patsiente nii kehalise aktiivsuse kui tasakaalustatud toitumise osas.
8. Ekspertide aruteludest joonistus välja vajadus arendada Eestis välja ülekaalulistele lastele ja täiskasvanutele suunatud süsteemne nõustamisteenus, mis pakuks nii terviklikku eluviisi nõustamist ja vajalikke tervishoiuteenuseid. Täna ei ole Eestis selline teenus piisavalt kättesaadav, kuid nõudlus selle järele on väga suur.
9. Soovitame toitumise valdkonnas planeerida vaid selliste tegevuste elluviimist, mille mõju rahvastiku toitumisharjumuste muutmisele on empiirilisel kinnitust leidnud.

1.2.4. Alkohol ja tubakas

RTA käsitleb alkoholi ja tubaka valdkonda osana riskikäitumisest (lisaks narkootikumide tarvitamisele ja HIV-le), millele on planeeritud üldised riskikäitumist vähendavad meetmed, mis ei ole kitsama riskikäitumise valdkonna spetsiifilised. Riskikäitumise vähendamiseks on RTA-s sõnastatud üks meede ('Rahvastiku riskikäitumine on vähenenud') ja alkoholi ja tubakatarvitamisega seotult planeeriti ellu viia tegevusi, mis saab jaotada nelja tegevussuunda:

Esimene suund:

- Tõsta inimeste teadlikkust riskikäitumisest.
- Integreerida riskikäitumisega seotud teemad õpetajate põhi- ja täiendkoolitusse ning riiklikesse õppekavadesse.
- Õpetada eluuskusi üldharidus- ja kutsekoolides ning laiendatult riskivalt käituvate ning enim haavatavate noorte hulgas.
- Tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele (sh noortelt-noortele koolitused).
- Arendada koostöös partneritega vaba aja veetmise võimalusi.

Teine suund:

- Kehtestada rangemad piirangud sõltuvust tekitavate ainete reklaamile ja toote-edendusele ning viia ellu sotsiaalse turunduse ja vastureklaami meetmeid.
- Tõhustada järelevalvet sõltuvusainete käitlemist ja tarvitamist reguleerivate seaduste täitmise üle ning rakendada vältimatuid ja tõhusaid sanktsioone seaduste rikkujate suhtes.

Kolmas suund:

- Tagada abivajajatele kvaliteetse sõltuvusalase nõustamise, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus.
- Arendada tugivõrgustikke haavatavatele rühmadele ning suurendada riskikäitumise ennetuse, sõltuvusravi ning rehabilitatsiooni valdkondades tegutsevate pädevate inimeste hulka, koolitades ja täiendkoolitades spetsialiste.

Neljas suund:

- Töötada välja ja rakendada alkoholi liig- ja kuritarvitamise, vigastuste ning hasartmängusõltuvuse ennetamise põhimõtted.
- Teha regulaarset käitumuslikku, sõltuvusainete levimuse ja tarbimise tagajärgede seiret, uuringuid riskikäitumisega seotud mõjurite kohta ja sekkumiste hindamist.

Planeeritud tegevussuundade eesmärgipärasuse analüüsimisel on aluseks võetud järgmised WHO soovitusi käsitlevad dokumendid: „61st World Health Assembly resolution on strategies to reduce the harmful use of alcohol“ (2008), „WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol“ (2010), „WHO Framework Convention on Tobacco Control“ (2003) ja „WHO 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases“ (2008). (64, 76, 61, 63) Lisaks on soovitude formuleerimisel võetud arvesse WHO globaalsest mittenakkushaiguste tegevuskava perioodiks 2013-2020. (68)

Nii WHO 2008. kui ka 2010. aastal esitatud **alkoholi valdkonna soovitused** keskenduvad samadele prioriteetsetele tegevussuundadele, milleks on järgmised (64, 76):

- alkoholi kahjude vähendamiseks peab riigis rakendama **eri tüüpi meetmetest koosnevat poliitikat**, mis pöörab tähelepanu nii üldelanikkonnale (sh haavatavatele sihtrühmadele) kui sõltlastele ja nende lähedastele ning adresseerib ka riigi-spetsiifilisi alkoholiprobleeme (nt joobes autojuhtimine, illegaalne alkohol jms)
- **Poliitilise valmisoleku suurendamine**, sh riikliku alkoholipoliitika dokumendi koostamine, mis sätestab eri osapoolte vastutuse ja panuse alkoholi kahjude vähendamisel. Sellega peaksid kaasas käima ka regulaarsed statistilised ülevaated alkoholi kahjudest riigis ja üldelanikkonnas alkoholipoliitika meetmete avaliku toetuse suurendamise tegevused.
- **Tervishoiusüsteemi valmisoleku suurendamine**, sh ennetamise ja varase sekkumise osas (nt alkoholi tarvitamise skriiningud ja lühinõustamised) ja ravi osas (nii sõltuvusravi kui ka alkoholi liigtarvitaja/sõltlase teiste diagnooside ravi).
- **Kohalike omavalitsuste ja kogukondade valmisoleku suurendamine**, eelkõige alkoholi liigtarvitamisega kaasnevate sotsiaalsete kahjude vähendamiseks (avaliku korra rikkumised, laste väärkohtlemine, lähisuhtevägivald jms) koostöös vabaühendustega.
- **Alkoholi kättesaadavuse piiramine**, sh alkoholi müüki reguleerivate piirangute rakendamine (sh vanusepiirangud, piirangud müüjale, müügikohale ja -ajale jms), millega peab kaasnema ka piirangute tõhus järelevalve (sh illegaalse alkoholimüügi leviku takistamiseks).
- **Alkoholi reklaami- ja turundustegevuste piiramine**, sh erilist tähelepanu pöörates turundustegevustele, mille jõudmist alaealisteni on keerulisem reguleerida.
- **Alkoholi hinnapoliitika reguleerimine**, sh erilist tähelepanu pöörata illegaalse alkoholimüügi leviku ohjamisele.
- **Alkoholi kahjude vähendamine** ehk tegevused, mille eesmärk ei ole eelkõige vähendada ühiskonnas alkoholi kogutarbimist vaid tarbimisega kaasnevaid negatiivseid tagajärgi. Näiteks ööelu puudutavad meetmed regulatsioonid (nt joobes inimesele alkoholi müügi keelamine, *happy-hour* pakkumiste keelamine, või alkoholi müügi kellajalised piirangud meelelahutusasutustes jms) ja joobes autojuhtimise vähendamisele suunatud tegevused.

RTA raames teostatud alkoholi valdkonna tegevustes leiab mitmeid olulisi tegevusi, mis vastavad eelnevalt loetletud WHO soovitustele. Neist kõige olulisem on Eesti alkoholipoliitika põhimõtete osas kokkuleppimine, mis sai teostatud alkoholipoliitika roheline raamatu koostamise näol (2012-2014). **Alkoholipoliitika roheline raamat koostati WHO globaalse alkoholi kahjude vähendamise strateegia soovitustele tuginevalt.** (76) Samuti koostatakse Eestis alates 2010. aastast iga-aastaselt alkoholi aastaraamatut, mis annab statistilise ülevaate alkoholi valdkonna arengutest. Poliitilise valmisoleku suurendamiseks ja avalikkuses alkoholipoliitika meetmetele toetuse suurendamiseks on alates 2010. aastast korraldatud iga-aastased riiklikud alkoholi aastakonverentsid.

Väga olulisteks arenguteks alkoholi valdkonnas on olnud ka **alkoholiaktsiiside tõstmine, alkoholireklaami eetriaaja piiramine, alaealistele alkoholi müügi järelevalve tugevdamine, alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteemi juurutamine esmatasandi tervishoius ning alkoholisõltuvuse ravisüsteemi ülesehitamine** (sh ravijuhendi koostamine). Samuti on erilise tähelepanu all olnud **joobes juhtimise vähendamisele suunatud tegevused.**

Kuigi WHO alkoholipoliitika juhistes ei leidu soovitusi laiapõhiseks alkoholi riskide teavitustegevuseks (nii noorte kui üldelanikkonna seas), siis moodustavad seda tüüpi tegevused olulise osa RTA-s planeeritud tegevustest (sh suuremahulised massimeediakampaniad elanikkonna teadlikkuse suurendamiseks alkoholi tarvitamise kahjudest tervisele ning koolipõhised ennetusprogrammid). (76)

Paraku on elluviidud tegevustes **tähelepanuta jäänud RTA-s probleemina sõnastatud olukord, et Eestis ei ole piisavalt sobiva väljaõppega spetsialiste**, kes saaksid osutada vajalikke teenuseid sõltlastele ja nende lähedastele (sh lastele). Seda probleemi tuleks kindlasti tulevikus adresseerida, eriti alkoholisõltuvuse ravisüsteemi ülesehitamise kontekstis, et oleks Eestis rohkem spetsialiste, kes on võimelised alkoholi kahjude vähendamiseks professionaalselt tegelema. See haakub ka WHO soovitusel suurendada kohalike omavalitsuste valmisolekut, millele on Eestis hakatud tähelepanu pöörama alles viimastel aastatel (kuid on jäänud RTA aruannetes kajastamata).

Täiendava hinnangu Eesti SVH käitumuslike riskitegurite vähendamisele suunatud tegevustest on andnud ka 2015. aastal WHO. (73) Oma hinnangu andmisel on nad lähtunud vastavast WHO Euroopa regiooni hindamisjuhiseist. (70) Alkoholi valdkonna tegevustele hinnangu andmisel on keskendunud järgmistele kriitilise tähtsusega meetmetele (mis kõik on regulatiivsed meetmed):

- Alkoholi aktsiisi tõstmine
- Alkoholi reklaami ja turunduse piiramine või keelamine
- Alkoholi müügi piirangud
- Alkoholi ostmise vanusepiirangu regulatsioonid ja nende järelevalve
- Autojuhtimisel lubatud alkoholijoobe tase

Järgnevate tegevussuundade osas hindab WHO Eesti pingutusi ebapiisavaks:

- Alkoholi aktsiisi on küll tõstetud, kuid tarbijahinnaindeksiga võrreldes ei ole tõus olnud piisav, et alkohol kättesaadavus oluliselt määral väheneks
- Alkoholi reklaami ja turundust on reguleeritud vaid osaliselt, mis ei ole alkoholi tarbimise mõjutamiseks piisav
- Alkoholi müüki reguleerivad piirangud on ebapiisavad
- Alkoholi vanusepiirang on küll 18 eluaastat, kuid järelevalve selle järgmise osas on nõrk ja ebapiisav

Järgnevate tegevussuundade osas hindab WHO Eesti pingutusi piisavaks:

- Autojuhtimisel lubatud alkoholijoobe tase on piisavalt madal

Käesoleva uuringu raames koguti arvamusi ka valdkonna ekspertidelt, kes tõid välja järgmised olulised tähelepanekud valdkonna arengute kohta:

„Tavainimeste seas on näha väärtushinnangulist nihet alkoholireklaami osas – et liiga palju on seda – et ainult TAI ei vingi selle kallal. Aga seda nihet on keeruline määratleda ja mõõta.“

„Viimane HBSC uuring näitab, et noorte seas on alkoholi tarbimine vähenenud ja narkootikumide tarbimine ei ole selle võrra tõusnud, vaid jäänud pidama. Seega pole üks asendunud teisega.“

„Alkoholi nõustamine, mida TAI praegu arendab, on ülioluline. /---/ 2000 mehe AUDIT testi tulemused näitavad, et viiendik noortest Eesti meestest tarbib üle 16 ühiku nädalas, keskmine vanus 32 aastat. Enamusele neist on see üllatus, kui öelda, et see [sellises mahus alkoholi tarbimine] on probleem. /---/ Samas arstid ei taha või pole aega selliste teemadega tegeleda.“

Kokkuvõtvalt saab öelda, et alkoholi valdkonnas on Eesti tegevused lähtunud suurel määral rahvusvahelistest soovitudest, leitud on tasakaal nn „kõvade ja pehmete“ meetmete vahel ehk süsteemselt on tähelepanu suunatud nii regulatsioonidele, teenustele kui ka teavitusele. Samas ei saa täiesti rahul olla saavutatud tulemustega, sest **kõige olulisemad alkoholi tarbimist mõjutavad regulatsioonid on Eestis jätkuvalt veel liiga leebed ning tulevikus tuleb teha pingutusi, et rangemaks muuta nii alkoholi hinda, reklaami/turundust ja müügikohti käsitlevad regulatsioonid.**

Lisaks tuleb tulevikus enam tegeleda **sõltuvusalase väljaõppega spetsialistide puuduse probleemiga ja suurendada kohalike omavalitsuste võimekust panustada alkoholi kahjude vähendamisse**. Samuti teha pingutusi selle nimel, et **võimalikult paljud alkoholipoliitika rohelises raamatus planeeritud meetmed saaksid teostatud**.

Nii 2003 kui ka 2008. aastal esitatud WHO **tubaka valdkonna soovitused** keskenduvad samadele prioriteetsetele tegevussuundadele, milleks on järgmised (61, 63):

- Riiklik hinnapoliitika (tubakaaktsiisi jt tubakatoodetega seotud maksude suurendamine)
- Riiklikud regulatsioonid tubakatoodete reklaami ja turundustegevuste keelamiseks, sh tervisehoiatuste lisamine tubakatoodete pakendile
- Riiklikud regulatsioonid tubakavabade keskkondade (nii siseruumid kui avalik ruum) laiendamiseks
- Tõendus põhised ja selge sõnumiga massimeediakampaniad
- Abiteenused suitsetamisest loobuda soovijatele (sh kättesaadavad haavatavatele sihtrühmadele)

Tubakapoliitika erineb teistest rahvatervise poliitika valdkondadest selle poolest, et mitmete regulatiivsete meetmete rakendamise aluseks on Euroopa direktiivide nõuded. Seetõttu vastavad ka **Eestis jõustunud regulatiivsed meetmed üsna hästi rahvusvahelistele soovitustele**.

Sarnaselt alkoholi valdkonnale, on ka **tubakavaldkonna üheks olulisemaks arenguks olnud tubakapoliitika põhimõtete osas kokkuleppimine tubakapoliitika rohelises raamatus (2014)**, mille koostamisel lähtuti WHO tubakapoliitika soovitudest. (61) Samuti on RTA raames tegevuste fookuses olnud **suitsetamisest loobumise teenuse osutamine** (nõustamiskabinettides), kuigi ilma tegevusaruannete põhjaliku analüüsita ei ole võimalik hinnata, kuid võrd jõuti teenuse osutamisega haavatavate sihtrühmadeni (vastavalt WHO soovitustele). Kuna nõustamisvõimaluste tutvustamist

soovitati RTAs teha ka apteekides, avalikes suitsetamisruumides ja -aladel, võib järeldada, et sihtrühmani jõudmise peale on mõeldud, kuid võimalik ei ole hinnata, kuivõrd plaanitud teenuse tutvustamisteni jõuti.

Läbi aastate on RTA raames tegeletud ka **salasigaretide müügi ja tarbimise vähendamisega**, kuigi RTA-s ei ole salasigaretide levikut olulise probleemi või prioriteedina välja toodud. Seevastu on RTA-s **probleemina sõnastatud näiteks naiste suitsetamine ja passiivne suitsetamine haavatavates sihtrühmades, mis kumbki ei leia RTA planeeritud ja elluviidud tegevustes adresseerimist.**

Teavitustegevustest on RTA-s käsitletud üksikuid trükised ja koolitustegevusi spetsialistidele ning kooliõpilaste ennetusprogrammi „Suitsuprii klass“. Regulaarseid tubaka-spetsiifilisi massimeedia-kampaaniaid ei ole läbi viidud (RTA rakendusperioodi jooksul toimunud üks riiklik kampaania 2016. aastal). 2015. aastal loodi riiklik veebileht tubakainfo.ee.

Täiendava hinnangu Eesti SVH käitumuslike riskitegurite vähendamisele suunatud tegevustest on andnud ka 2015. aastal WHO. (73) Oma hinnangu andmisel on nad lähtunud vastavast WHO Euroopa regiooni hindamisjuhise. (70) Tubaka valdkonna tegevustele hinnangu andmisel on keskendunud järgmistele kriitilise tähtsusega meetmetele (mis pea kõik on regulatiivsed meetmed):

- Tubakatoodete aktsiisi tõstmine
- Tubakavaba elukeskkonna tagamine
- Suitsetamise ohtudest teavitavate hoiatuste lisamine tubakatoodete pakenditele
- Tubakatoodete reklaami, turunduse ja sponsorluse keelamine
- Suitsetamisest loobumise nõustamistelefoni teenuse pakkumine
- Nikotiin-asendusravi võimaldamine suitsetamisest loobujatele

Järgnevate tegevussuundade osas hindab WHO Eesti pingutusi ebapiisavaks:

- Tubakavaba elukeskkonna tagamisel on Eestis suitsetamine täielikult keelatud vaid koolides, kuid peaks olema rohkemates kohtades

Tänase seisuga saab anda oluliselt parema hinnangu, sest alates 2017. aastast keelatakse siseruumides asuvad suitsetamisalad, sh muudetakse tubakavabaks ka vanglad.

Järgnevate tegevussuundade osas hindab WHO Eesti pingutusi keskpäraseks:

- Kohustuslikud hoiatused tubakapakenditel katavad $\geq 30\%$ pakendist (nii esi- kui tagaküljel), kuid võiksid katta $> 50\%$ pakendist ja lisada ka kohustuslikud pildid
- Keelatud on küll reklaam ja turundus, kuid turunduses on veel „hallid alad“, mis puudutavad tootepaigutust
- Inimestele on kättesaadavad tasuta suitsetamisest loobumise nõustamise teenused, kuid nikotiini-asendusravi on tasuline.

Tänase seisuga saab anda oluliselt parema hinnangu tubakapakendi hoiatustele – alates 2016.

aasta maist on pilthoiatuste kasutamine kohustuslik sigarettide, suitsetamistubaka ja ka vesipiibu tubaka pakenditel.

Järgnevate tegevussuundade osas hindab WHO Eesti pingutusi piisavaks:

- Tubakaaktsiis on piisavalt kõrge ja moodustab enam kui 75% toote hinnast

Käesoleva uuringu raames koguti arvamusi ka valdkonna ekspertidelt, kes tõid välja järgmised olulised tähelepanekud valdkonna arengute kohta:

„Positiivne on see, et tubakaseadus on rakendunud. /---/ Täpsustamata on veel terrassid.“

„Muutunud on trend, et enam ei alustata suitsetamist üha nooremas eas.“

„Nii tubaka kui alkoholi osas on trend noorte osas pigem paremuse suunas. Naiste osas langeb näitaja aeglasemalt kui meeste seas. Kui [kooliõpilaste seas] poistel väga selge langus, siis tüdrukutel ei näe tubaka osas langust.“

Kokkuvõtvalt saab öelda, et sarnaselt alkoholivaldkonnale, on ka **tubakavaldkonna tegevuste fookus olnud eelkõige regulatiivsetel meetmetel ja teenuste arendamisel, mis on ka WHO soovitude kohaselt ühed kõige prioriteetsemad valdkonnad millele panustada**, et elanikkonnas tubaka kahjusid vähendada. (61, 68) Väga edukas on olnud tubaka aktsiisi tõstmine, mis on tänaseks rahvusvahelistele soovitudele vastaval tasemel. Samuti on rangemaks muutunud nõuded tubakatoodete pakendile ning laiendatud on tubakavabade keskkondade nõudeid. Seega saab öelda, et **tubaka valdkonnas on Eestis toimunud väga head ja olulised edasiarenguid** ning tuleviku tegevuste planeerimisel tuleks lähtuda tubakapoliitika rohelisest raamatust ja teha pingutusi selle nimel, et **võimalikult paljud raamatus planeeritud meetmed saaksid teostatud**.

Järeldused

16. Üheks olulisemaks strateegiliseks tegevuseks oli Eesti alkoholi- ja tubakapoliitika põhimõtete osas kokkuleppimine. Mõlemad rohelised raamatud koostati WHO soovitudele tuginevalt.
17. Olulised arengud alkoholi valdkonnas on olnud aktsiiside tõstmine, reklaami piiramine, alaealistele alkoholi müügi järelevalve tugevdamine, alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteemi juurutamine ning alkoholisõltuvuse ravisüsteemi ülesehitamine. Samuti on erilise tähelepanu all olnud joores juhtimise vähendamisele suunatud tegevused.
18. Alkoholi valdkonnas on Eesti tegevuses leitud tasakaal nn „kõvade ja pehmete“ meetmete vahel ehk süsteemselt on tähelepanu suunatud nii regulatsioonidele, teenustele kui ka teavitusele. Samas ei saa täiesti rahul olla saavutatud tulemustega, sest kõige olulisemad alkoholi tarbimist mõjutavad regulatsioonid on Eestis WHO hinnangul jätkuvalt veel liiga leebed.
19. Eesti tubaka valdkonna tegevuste fookus on olnud eelkõige regulatiivsetel meetmetel ja teenuste arendamisel, mis on ka WHO soovitude kohaselt ühed kõige prioriteetsemad valdkonnad millele panustada, et elanikkonnas tubaka kahjusid vähendada. Väga edukas on olnud tubaka aktsiisi tõstmine, mis on tänaseks rahvusvahelistele soovitudele vastaval tasemel. Samuti on rangemaks muutunud nõuded tubakatoodete pakendile ning laiendatud on tubakavabade keskkondade nõudeid. Seega saab öelda, et tubaka valdkonnas on Eestis toimunud väga head ja olulised edasiarenguid.

Soovitused

14. Kuna WHO hinnangul on kõige olulisemad alkoholi tarbimist mõjutavad regulatsioonid Eestis liiga leebed, siis soovitame tulevikus teha pingutusi selle nimel, et rangemaks muuta nii alkoholi hinda, reklaami/turundust ja müügikohti käsitlevad regulatsioonid. Samuti soovitame tugevdada järelevalvet alaealistele alkoholi müümise osas.
15. RTA senistes tegevustes on tähelepanuta jäänud sõltuvusalase väljaõppega spetsialistide puuduse probleem, mille lahendamisele soovitame tulevikus enam tähelepanu pöörata. Probleemi lahendamine on oluline alkoholi sõltuvusravi süsteemi toimima saamiseks.
16. Tubakapoliitikas soovitame enam tähelepanu pöörata haavatavatele sihtrühmadele, et tagada tubakatarvitamise vähenemine ka madalama hariduse ja sissetulekuga inimeste seas.
17. Soovitame nii alkoholi- kui tubakapoliitika valdkonnas suunata keskse fookuse sellele, et võimalikult paljud rohelistes raamatutes planeeritud tegevused saaksid ellu viidud.

1.2.5. SVH tegevused teiste RTA strateegiliste suundade raames

Strateegiline suund 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused'

Strateegiline suund 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'

Mõlema strateegilise suuna alt **planeeriti mitmeid laiapõhised tervisedenduse tegevusi, mis ei käsitlenud kitsalt toitumist, liikumist, alkoholi või tubakat, vaid hõlmasid suuremal või vähemal määral kõiki neid valdkondi.** Nii näiteks on läbivalt kogu RTA rakendusperioodi vältel teostatud tervislike eluviise propageerivaid tegevusi nii kohalike omavalitsuste kui maakondade tasandil (sh Südamenädala ja teiste riiklike kampaaniate raames toimuvad kohalikud üritused). Samuti on hõlmatud laiapõhiste tervisedenduslike tegevustega ka lasteaiad, koolid ja töökohad ning teostatud suurel mahul tegevusi, mille eesmärk on suurendada nii lasteasutuste, tööandjate, kui kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste võimekust planeerida ja teostada tõhusaid tervislike eluviiside parandamisele suunatud tegevusi. Samuti viidi läbi mitmeid tervisekäitumist käsitlevaid riiklike uuringud (sh kooliõpilaste tervisekäitumise uuring ja täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring). Paraku ei võimalda käesoleva analüüsi maht põhjalikumalt analüüsida nende tegevuste eesmärgipärasust ja tulemuslikkust SVH olukorra mõjutamisel Eestis.

Strateegiline suund 'Tervishoiuteenuste kättesaadavus'

Tervishoiusüsteemi rolli SVH haigestumuse ja suremuse vähendamisel on käsitletud RTA-s marginaalselt. Ainsa tegevusena on RTA-s planeeritud SVH ja teiste eriarstiabi teenuste nõuete kaasajastamine. Rohkem kogu RTA strateegias SVH ja tervishoiusüsteemi seoseid ei käsitleta.

Järeldused

20. SVH haigestumuse vähendamisele suunatud ennetustegevusi teostati väga paljude tervisliku eluviisi laiemalt käsitlevate RTA tegevuste raames (lasteaedades, koolides, töökohtadel, kohalikes kogukondades). Paraku ei ole nimetatud tegevuste kohta koostatud terviklikke ülevaateid, mis võimaldaksid praeguse uuringu mahu juures hinnata tegevuste eesmärgipärasust ja tulemuslikkust SVH olukorra mõjutamisel Eestis.
21. RTA ei käsitle ega hõlma endas tegevusi, mis oleksid suunitletud tervishoiusüsteemi SVH spetsiifiliste eesmärkide saavutamisele.

Soovitused

18. Soovitame tulevikus RTA-s planeerida ja ellu viia tervishoiusüsteemi-spetsiifilised SVH meetmed. Millised lähemalt, seda on kirjeldatud peatükis 3.

2. Rahvusvahelised soovitusid Eesti SVH poliitikate kujundamiseks

WHO käsitleb SVH-d osana laiemast haiguste kategooriast – mittenakkushaigustest (edaspidi MNH), mille alla kuuluvad ka teised enamlevinud MNH-d, milleks on lisaks SVH-le ka vähk, diabeet ja hingamisteede haigused. Ka oma soovitusel poliitikakujundamiseks esitab WHO laiemalt mittenakkuslike haiguste ohjamiseks, mitte vaid kitsalt SVH.

WHO hinnangul on 86% Euroopa surmajuhtudest MNH põhjustatud, mistõttu on MNH-l oluline mõju ka riikide makromajandusele – MNH surmade 10%-line tõusuga kaasneb hinnanguliselt 0,5%-line majanduslangus. (68) Sellest tulenevalt rõhutab WHO vajadust süsteemsete ja tõhusate MNH poliitikate järele kõikjal Euroopas. Riiklike MNH poliitikate kujundamisel soovitab WHO **lähtuda elukaarepõhisest lähenemisest** (sünnist-surmani), **pöörata erilist tähelepanu sotsiaalsetele ja keskkondlikele tervisemõjuritele ning võtta arvesse, et üksikisiku käitumisele suunatud meetmed on piiratud mõju**. (68)

Riiklike poliitikate kujundamisel tuleb arvestada, et **inimeste käitumuslikud riskitegurid ei eksisteeri isolatsioonis, vaid on otseselt seotud füüsilise ja sotsiaal-majandusliku keskkonnaga, kus inimene elab**. Seetõttu peab riiklike tegevuste fookus **olema suunatud ühelt poolt peamistele käitumuslikele riskiteguritele** (kehaline aktiivsus, toitumine, alkohol, tubakas) ja **teisalt sotsiaal-majandusliku ja füüsilise keskkonna riskiteguritele** (elamuehitus, transport, tööhõive, sissetulekud ja looduskeskkond). (68, 73)

WHO globaalne MNH tegevusplaan aastateks 2013-2020 sõnastab lisaks alkoholi- ja tubakatarvitamise vähendamisele ühe peamise **sihina ülekaalulisuse levimuse peatamise**, kuna iga liigne 15 kg kehakaalu suurendab enneaegse surma riski ligi 30% võrra ning kogu eluea jooksul on rasvunud isiku tervishoiukulud 25% suuremad võrreldes normaalkaalus oleva isikuga. WHO tuleviku projektsiooni kohaselt kasvab rasvunud elanike osakaal ka Eesti rahvastiku seas – aastaks 2030 ligikaudu 35%-ni. **Sellest tulenevalt tuleb Eestis järgnevatel aastatel teha märkimisväärselt enam pingutusi ülekaalulisuse ja rasvumise leviku pidurdamiseks**. (68)

WHO MNH tegevusplaanis soovitatakse lisaks **pöörata erilist tähelepanu ka soola tarvitamise vähendamisele, kuna see on üks kulutõhusamaid viise SVH ennetamiseks ning kõrgvererõhutõve ja insuldi vähendamiseks rahvastikus**. (68) Tervise Arengu Instituudi andmetel tarbivad Eesti naised päevas keskmiselt 6,3 grammi ja mehed 9,1 grammi soola, mis ületab WHO soovitatud päevase soolatarbimise piiri (kuni 5 grammi). (68) **Seega tuleks tulevikus jätkata Eestis soolatarbimise vähendamisele suunatud tegevuste elluviimist**.

2.1. WHO hinnang Eesti mittenakkushaiguste poliitikatele

WHO viis 2014-2015. aastal läbi hindamisuuringu, mis keskendus mittenakkushaiguste valdkonna olukorrale Eestis. (73) Hindamisuuring hõlmas nii SVH-d kui mitmeid teisi mittenakkuslikke haigusi.

Eesti tugevustena toodi MNH kontekstis välja:

- Esmatasandi tervishoiu keskne roll kogu tervishoiusüsteemis
- Tervishoiusüsteemi füüsilise taristu hea kvaliteet ja kaasaegsus
- Õdede väljaõppe hea kvaliteet
- E-tervise kõrge potentsiaal tervisesüsteemi kvaliteedi juhtimisel
- Olulised edusammud tubaka- ja alkoholipoliitikas
- Edusammud kohalike omavalitsuste tervisepoliitika kujundamise võimekuse parandamisel (kohalikud terviseprofiilid)

Eesti väljakutsete analüüsimise tulemusena anti MNH kontekstis Eestile järgnevad soovitusel.¹

1. **Eestis ei vastuta keegi RTA (sh SVH) eesmärkide täitmise eest.** RTA juhtimissüsteemi tuleb muuta selliselt, et oleks selge, kes vastutab selle eest, et RTA eesmärgid saavutatakse ja mis juhtub, kui ei saavutata. Nii sotsiaalministeerium kui RTA juhtkomitee täna seda rolli ei täida, mistõttu ei nähta kumbagi neist RTA juhtidena (ega ka SVH või MNH valdkonna juhtidena). Samuti tuleb sätestada, mis juhtub, kui erinevad asutused jäätavad teostamata tegevused, mille teostamine RTA-s ühiselt kokku lepiti. Täna ei ole sellisel käitumisel mittemingisuguseid tagajärgi ja see soosib vähem motiveeritud asutustel tegevuste teostamata jätmist. Sellest tulenevalt ei ole RTA-l reaalset võimu suurendada erinevate sektorite panust tervise valdkonna eesmärkide saavutamiseks. Probleemile aitab kaasa eri asutuste piiratud võimalused ühiselt tegevusi rahastada, sh puudub võimalus, et sotsiaalministeerium rahastaks teiste ministeeriumide haldusalas toimuvaid tegevusi. Kuigi RTA kui valdkonna katusstrateegia üheks eesmärgiks on aidata kaasa „tervis kõigis poliitikates“ põhimõtte rakendumisele, siis praegune RTA juhtimissüsteem seda tegelikkuses ei soosi. Vastutuse suurendamiseks RTA elluviimisel tasub kaaluda Parlamendi sotsiaalkomisjonile RTA elluviimise üle järelevalvamise ülesande delegerimist.
2. **Selgemalt tuleb sätestada eri asutuste ülesanded RTA täitmisel.** MNH valdkonnas ei ole sotsiaalministeerium võtnud selget liidrirolli ja see ülesanne on sisuliselt pigem jäänud Tervise Arengu Instituudile (TAI), eelkõige käitumuslike riskitegurite osas. Ebaselgeks jääb, millises faasis ja millises mahus on TAI kaasatud riiklike poliitikate kujundamisse, kuna praegu on kahe asutuse omavahelised suhted pigem inimestevahelised isiklikud kontaktid, kui selgelt defineeritud institutsionaalsed protsessid. Olukorra teeb keerulisemaks ka TAI organisatsiooniline struktuur, kus MNH valdkonnaga seotud tegevused on jaotunud mitmete osakondade vahel. WHO hinnangul iseloomustab selline ebaselge ülesannete jaotus ka sotsiaalministeeriumi koostööd teiste arutustega. Olukord on viinud selleni, et täna ei olegi Eestis MNH ega SVH valdkonnal selget juhti, kes vastutaks valdkonna tegevuste koordineerimise eest. See juht ja tema vastus tuleks tuleviks selgelt defineerida.
3. **Kõik RTA raames ellu viidud tegevused peavad olema põhjendatud.** Selgelt peab olema arusaadav, miks just selliseid tegevusi planeeriti ja kuidas need aitavad kaasa eesmärgi

¹ Loetletud on Praxise hinnangul 10 kõige olulisemat ja relevantsemat soovitusel käesoleva hindamisuuringu kontekstis. WHO hindamisraportis on soovitusel antud oluliselt rohkem ja põhjalikumalt.

saavutamisele. Tegevuste üle peab otsustama vastavatest ekspertidest koosnev rühm, kes annab hinnangu tegevuste eesmärgipärasusele. Eestis kogutakse palju andmeid, kuid vähe on märke selle kohta, et neid kasutatakse läbimõeldult ka poliitikate kujundamisel.

4. **RTA-s tuleb mitterakkushaigused rohkem esile tõsta.** Praegu käsitleb RTA vaid (käitumuslikke) riskifaktoreid, kuid nende seos MNH-ga on ebaselge, sest dokumendis ei ole kordagi MNH-d mainitud ja lahti ei ole selgitatud ka seoseid planeeritud tegevuste ja MNH tervisetulemite vahel. Kuna RTA-s planeeritud tegevused on sõnastatud väga üldiselt, siis ei ole võimalik hinnata, kuivõrd hästi võimaldavad need saavutada RTA eesmärgi. WHO soovib luua spetsiaalselt MNH-keskse strateegia, mis hõlmaks nii ennetust kui ravi, määratleks selged eesmärgid ja planeeriks eesmärgipärased tegevused. Strateegia on vajalik, et MNH ennetamine ja ravi muutuks senisest prioriteetsemaks teiste terviseetevade kõrval. Sotsiaalministeerium peab võtma senisest proaktiivsema liidrirolli MNH valdkonnas, et tagada riigis terviklik lähenemine MNH valdkonnale.
5. **Enam tuleb kaasata otsuste tegemisse MNH valdkonnas tegutsevaid vabaühendusi.** Täna on kaasamine pigem juhuslik ja kallutatud (sagedamini saavad sõna näiteks toiduainetööstuse esindajad kui tervishoiutöötajate või patsientide esindusorganisatsioonid). Selline trend on ohtlik ja tulevikus tuleb tähelepanelikult jälgida, et see muutuks. Kuna vabaühendusi kaasatakse pigem vähe, siis ei ole neil aja jooksul välja kujunenud ka tugevad huvikaitse oskusi ja nende panus valdkonna arengutesse on pigem vähene.
6. **Esmatasandi tervishoiu puudub terviklik süsteem MNH vastu võitlemiseks.** Tuleks luua süsteem, mis motiveerib tervishoiutöötajaid võtma senisest enam proaktiivset rolli SVH kõrge riskiga patsientide skriinimisel, nende tervise ja ravisoostumuse jälgimisel. Selleks tuleks kasutusele võtta MNH-kesksed ennetamisele ja ravitulemustele orienteeritud kvaliteediindikaatorid ning parandada tervisliku eluviisi nõustamise kättesaadavust läbi esmatasandi tervishoiu.
7. **E-tervise süsteemi kliinilise otsusetoe võimaluste parandamine.** Praegune süsteem on liialt dokumendipõhine ja ei võimalda teostada lihtsaid riskide ja ravitulemuste analüüse, mis pakuks tervishoiutöötajale tuge kliiniliste otsuste tegemisel, sh patsiendi erinevate MNH riskide kaardistamiseks.
8. **Enam tuleb tähelepanu pöörata tasakaalustatud toitumisharjumustele ja ülekaalulisuse ennetamisele.** Selles osas võtta aluseks *“Green paper. Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases”* ja *“European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020”*. Ühe esimese prioriteedina tuleks Eestis käivitada regulaarne andmekogumine nii laste ja täiskasvanute seas kõigi peamiste MNH indikaatorite andmete kogumiseks (ülekaalulisus, diabeet, soola tarbimine jne). Samuti tuleks Eestis rakendada MNH sõeluuringutele kutsumise süsteem kindlatele vanus- ja riskirühmadele.
9. **Elanikkonna tervisealane harimine**, mis peaks algama juba koolieelikute seas, et edendada tervislikku eluviisi maast madalast ja ennetada MNH-i. Suurendama peaks tõenduspõhiste ennetusprogrammide osakaalu ja elluviidud tegevuste mõju hindamiste mahtu. Suurendada tuleks sotsiaalkampaaniate mahtu ja kasutada kommunikatsioonitegevustes lihtsustatud kõneviisi, et teave oleks arusaadav ka vähem haritud rahvastikule. Luua patsientidele e-tervises ligipääs nende tervist puudutavale informatsioonile.

10. Regulaarne MNH olukorra seire ja tegevuste kohandamine vastavalt reaalsele olukorrale.

Senisest enam tuleb investeerida epidemioloogilistesse uuringutesse, et saada ülevaade mitmete ala- ja ülediagnoositud haiguste levimusest (nt diabeet, hüpertensioon, depressioon jt). Kaaluda tuleks ka OpenData, BigData jt sarnaste süsteemide kasutuselevõttu, et juba süsteemis kogutud andmeid tegevuste planeerimisel ära kasutada. RTA MNH indikaatorid viia kooskõlla WHO „NCD Global Monitoring Framework“-ga (vt pt 3.7 tabel). (69)

2.2. WHO hinnang Eesti tervishoiusüsteemi toimetulekule SVH-ga

Eesti SVH valdkonna tegevustele on oma hinnangu andnud 2015. aastal ka WHO. (73) Lisaks eelnevas peatükis käsitletud käitumuslikele riskiteguritele (toitumine, liikumine, alkohol, tubakas) hõlmab hindamisraport ka tervishoiuvaldkonna panust SVH haigestumuse ja suremuse vähendamisele. Hinnangu andmisel on keskendunud järgmistele kriitilise tähtsusega tervishoiusektori meetmetele:

- Kõrgevererõhutõve varane diagnoosimine ja tõhus ravi
- SVH riskirühmade väljasõelumine esmatasandi tervishoius
- Esmane ennetustöö kõrge SVH riskiga rühmades
- Teisene ennetustöö infarkti patsientide seas
- Insuldi patsientidele kiire ja tõhusa arstiabi võimaldamine

WHO hinnang nimetatud tegevussuunda rakendamisele Eestis: ²

- Senisest enam tuleb teha pingutusi kõrgevererõhutõve varaseks avastamiseks, sest liialt paljude haigete osas (eriti mehed) jõutakse diagnoosimiseni hilja või mitte kunagi.
- Pingutusi tuleb teha kõrgevererõhutõve patsientide ravisoostumuse parandamiseks.
- Kõrge SVH riskiga patsientide väljasõelumist teostatakse, kuid pigem oportunistlikult ja arstid/õed ei ole piisavalt proaktiivsed patsientide SVH skriiningule kutsumisel ja ravisoostumuse järgimisel. Patsientide kutsumisel ei ole Eestis kasutusele võetud mitte-meditsiinilisi töötajaid, kes võimaldaks perearsti ja -õe koormust vähendada.
- SVH ravijuhend keskendub eelkõige patsiendi riskide hindamisele, kuid puuduvad juhised hüpertensiooni ja insuldi patsientide ravi osas.
- Kättesaadavaks tuleks teha andmed selle kohta, kui paljud perearsti nimistu patsiendid on läbinud tervikliku SVH skriiningu.
- Tehnoloogilise tarkvara vahendid ei paku praegu perearstidele ja -õdedele piisavat (ja kasutajasõbralikku) otsustustuge SVH kõrge riskiga patsientide väljasõelumisel ja aastast-aastasse jälgimisel (sh käitumuslikud näitajad, kliinilised näitajad, ravi otsused jms).
- Perearstide kvaliteediindikaatorite süsteemis on 27 krooniliste haiguste jälgimise indikaatorit, (millest enamike tulemused on alates süsteemi käivitamisest 2012. aastal oluliselt paranenud)

² Järgnevalt on loetletud Praxise hinnangul kõige olulisemad soovitud käesoleva hindamisuuringu kontekstis. Hindamisraportis on soovitusi antud oluliselt rohkem ja põhjalikumalt

kuid enamik SVH indikaatoritest on protseduuride kesksed ja liialt vähe suunatud SVH ennetamisele, varasele avastamisele ja ravi tulemuslikkusele. Kvaliteedi probleemile viitab ka asjaolu, et 50% hüpertensiooni patsientidest on ravitud eriarstiabi süsteemis ja 84% haiglasse jõudnud SVH patsientidest sattusid sinna terviserikkega, mille ennetamine on esmatasandi tervishoiu ülesanne.

- Eesti perearstid ja –õed küll teostavad patsientide tervisliku eluviisi nõustamisi, kuid nõustamiste kvaliteet ja maht on väga varieeruv. Tervisliku eluviisi nõustamiseks puuduvad riiklikud juhised, sh juhised täiendavat nõustamist vajavate patsientide suunamiseks teiste teenusteni.
- Puudu on juhised haiglast insuldi patsiendi väljakirjutamisele, sh kuidas peaks info järelravi vajaduste kohta jõudma perearstini.
- Süsteemselt ei ole arendatud rehabilitatsiooni-teenuseid patsientidele, kellel on haiguse tagajärjel halvenenud nägemine, liikumisvõime või vähenenud võimekus eest hoolitseda (nt sööki valmistada). Selles osas on probleemiks tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vähene integreeritus.

2.3. Maailmapanga hinnang Eesti tervishoiusüsteemi toimetulekule krooniliste haigustega

Maailmapank viis 2014-2015. aastal läbi hindamisuuringu, mis keskendus Eesti tervishoiuteenuste integreerituse ja seda soodustavate tegurite analüüsile. (74) Uuring keskendus krooniliste haiguste ennetuse ja raviga seotud integreerimise kitsaskohtadele, pöörates erilist tähelepanu esmatasandi arstiabi rollile ja toimimisele ning patsientide õiglase kohtlemisega seotud küsimustele.

Uuringu üheks peamiseks järelduseks on tõdemus, et **Eesti esmatasandi tervishoid ei tule piisavalt hästi toime krooniliste haigustega ning see toob kaasa suure hulga välditavate visiitide arvu eriarstiabis ja statsionaarses haiglaravis**. Olukorra lahendamata jätmisel võib oluliselt kahaneda tervisesüsteemi võimekus tulla toime üha kasvava mittenakkuslike haiguste leviku ja vananeva rahvastiku vajadustega.

Välditavateks visiitideks peeti hospitaliseerimist teatud krooniliste haiguste komplikatsioonide puhul, mida on võimalik piisava ambulatoorse raviga vältida (nt SVH puhul südamepuudulikkus ja kõrgvererõhktõbi). Kõrgvererõhktõve ja muude südamehaiguste hospitaliseerimisest 84% olid välditavad ja vereringesüsteemi haigustest olid välditavad 22%. Nende näitajatega on Eesti OECD riikide hulgas halvemusel kolmandal kohal. Samas saab positiivse külje pealt välja tuua, et võrreldes 2008. aastaga on SVH välditavate hospitaliseerimiste määrad oluliselt vähenenud.

Uuringus käsitleti ka pikaleveninud haiglaravi, mille kohaselt jääb ligikaudu 7% insuldipatsientidest haiglaravile kauemaks kui soovitatav 56-päevane periood (2013. aasta andmetel). Võrreldes 2008. aastaga on näitaja veidi tõusnud (5,6% vs 6,9%). Eriarsti välditavate visiitide seas on SVH näitajad samuti kõrged - 2013. aastal osutus kõrgvererõhktõve puhul 68% eriarstivisiitidest välditavaks, sh 80% neist kardioloogi juurde.

Välditavate visiite suure osakaalu **ühaks peamiseks põhjuseks pidasid uuringu autorid eelkõige puudusi esmatasandi patsiendikäsitluses**. Vaatamata sellele, et krooniliste haigustega patsientidel on tihe side oma perearstiga ei saa nad piisavalt ravijuhendites ettenähtud teenuseid - ainult pooled kvaliteedisüsteemis osalenud arstidest on osutanud vajalikul tasemel teenuseid. Kõrgvererõhktõve puhul tehti kõik soovitatavad diagnostilised uuringud esmatasandil ainult 10% patsientidest, 25% patsientidest ei tehtud ühtegi uuringut. Õe nõustamist perearsti juures pakuti kõrgvererõhktõve puhul vaid 58% patsientidest. Positiivse külje pealt saab välja tuua, et perioodil 2008-2013 on toimunud näitajate mõningane paranemine, mida autorid seostavad esmatasandi arstiabi rolli suurenemisega.

Esmatasandi patsiendikäsitluse puudujääkide põhjustena toob uuring välja järgmised tegurid:

1. **Rahastamisstiimulite ebapiisavus** tõhusaks ennetustegevuseks (2014. aastal moodustas vaid 2% keskmise perearsti aastatulust).
2. **Suur töökoormus**, mis võib põhjustada ebapiisavat ravijuhendite soovitude järgimist ja raskusi patsientide vajaduste rahuldamisel.
3. **Eelistused** teiste ravilähenemiste osas kui ravijuhendites.
4. **Patsiendikeskse kommunikatsiooni puudumine** ehk arstide ebapiisavad oskused selgitada patsiendile ravivalikuid talle mõistetaval viisil, reageerimist patsiendi muredele ja tema kohtlemist partnerina terviseotsuste tegemisel.
5. **Perearstide väljaõpe** ei soodusta patsiendi- ja ennetuskeskset lähenemist (vaatamata Eesti Perearstide Seltsi soovitusele kõiki perearste iga viie aasta järel uuesti sertifitseerida, osaletakse vähe arstide täiendõppe kursustel ja sertifitseerimise programmides - see võib põhjustada vanal harjunud moel tegutsemist).
6. **Esmatasandi piiratud otsustusõigus**. Praegune süsteem on kujundatud nii, et ainult eriarstid võivad teatud juhtudel panna lõpliku diagnoosi ja algatada krooniliste haiguste ravi. See süvendab patsientide seas levinud trendi minna tervishoiuteenuste vajamisel perearstist mööda.
7. **Multiprofessionaalsete meeskondade ja grupipraksiste vähesus**, sh teenuste koordineerimise puudulikkus teiste tervishoiutöötajatega (näiteks õdede ja füsioterapeutidega).
8. **Puudu on formaalsed patsientide käsitluse standardid mitmetele kroonilistele haigustele** (sh SVH), mis põhjustab perearstides ebakindlust otsustamaks, milliseid teenuseid tuleks osutada esmatasandil ja eriti krooniliste haiguste puhul. Nii süveneb tendents, et patsientidel lubatakse perearstidest mööda minna.
9. **Ebaselged rollid ja kohustused patsiendikäsitluses tervishoiu- ja sotsiaalsektori vahel**. Kuna paljud krooniliste haigustega patsiendid vajavad nii tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuseid, siis võiks selgelt defineeritud rollid ja nende kahe sektori vaheline koostöö parandada ravijuhendite järgimist ning tagada õigeaegse tervishoiuteenuste kättesaadavuse. See on vajalik komplikatsioonide tekkimise vältimiseks, mis muidu vajaksid haiglaravi. Üks suuremaid takistusi partnerluse loomisel tuleneb tervishoiu- ja sotsiaal-sektorite tegevuse eraldi korraldamisest ja rahastamisest.

Lisaks puudulikule patsiendikäsitlusele esmatasandil võib välditavaid visiite soosida ka raviasutuste materiaalne motivatsioon suurendada ambulatoorse eriarstiabiteenuse osutamise mahtu. Ebavajalike eriarstiabiteenuste osutamine toob kaasa ebavajalike suunamiste arvu kasvu, mis

koormab tervishoiusüsteemi, soodustades ravijärjekordasid ja patsiendi tervisliku seisundi halvenemist. See aga omakorda suurendab patsiendi vajadust kõrgema taseme (ja kulukama) tervishoiuteenusu järele.

Mitmeid aspekte, mida nii WHO kui Maailmapank oma hindamisuuringutes käsitlesid, tõid välja ka käesoleva RTA hindamisuuringu raames intervjuueeritud eksperdid:

„Esmatasandi roll on väga suur, et kui me üldse arstiabi poolt vaatame, siis võib-olla see esmatasandi roll on isegi veel suurem, kui kardioloogide roll. Probleem on järelraviga, mis on teada küsimus.“

„Kõige tähtsam on see, et see [patsiendi käsitluse] pilt oleks terviklik. Et oleks ära kaetud see ahel, kui inimene juba satub tervisehoidu, et ta ei jääks kuskile süsteemide vahele ripakile, vaid see esmatasand oleks piisavalt tugev, et teda ise enamasti manageerida ja siis kui vaja, siis saaks selle eriarsti käest selle visiidi sinna juurde.“

„Kui ma võtan tervet peremeditsiini, siis 73% on üksikpraksised, kus arst istub, teeb oma 25 visiiti päevas /---/ et see ennetuse ja see seletamise koht peab olema teine [---] Arstid oskavad otsida haigust.“

„Kuskilt poolt me oleme väga tublisti arendanud Eestis neid asju. /---/ Me [perearstid] määrame kolesterooli ja kõiki neid asju järjest rohkem, et perearstide osa on tohutult suur.“

„Ei saaks öelda, et krooniliste haigete jälgimine on juhuslik, kuigi kindlasti saab paremaks. /---/ Jah, kõik [perearstid] ei tee seda, aga see on kvaliteedisüsteemis sees. /---/ Samuti ilmnes ju sellest Maailmapanga auditis, et kõigile ei ole mõistlik teha [SVH skriinimist], sest see oleks ressursi raiskamine. /---/ Ei pea olema 100% hõlmatus.“

„Ma arvan, et rahvatervisele kõige olulisem on perearsti tasemel riskitegurite selline süstemaatiline kontroll. /---/ Perearstid nagu teevad seda asja, aga ikkagi see ütleme selliselt nagu pooljuhuse alusel või nad ei kutsu neid inimesi.“

„Üks asi on see sekundaarne preventatsioon, mis on näiteks südameinfarkti järgselt. /---/ Selleks peaks olema kas lisa, lisaraha on alati halb sõna, aga süsteemi kui sellist ei ole. Ja kui lisafinantsi ei ole, siis me ei saa ka seda väga hästi käivitada, /---/ kuna perearstid ei saa sellest nagu lisa ja kardioloogid ka ei saa. /---/ Öeldakse, et tehke see olemasoleva ressursi arvel ära. Ja olemasoleva ressursi arvel tähendab seda, et kardioloogi vastuvõtt on võib-olla kuude kaugusel.“

„Primaarses preventsionis, mis on võib-olla veel oluliselt tähtsam [kui sekundaarne preventatsioon], sest see haarab tunduvalt suuremat hulka, praktiliselt kogu elanikkonda, et seal peaks olema /---/ need veel ilma krooniliste haigusteta aga juba riskitegurit omavad inimesed. Perearstid teevad seda asja [riskitegurite skriinimist], aga ikkagi nagu pooljuhuse alusel või nad ei kutsu inimesi. /---/ Näiteks kui on inimene 30-aastane, /---/ meestele on see kindlasti selline iga, kus peaks väga vaatama riskitegureid ja vaatama asjad läbi. Selline inimene ei tule ise arsti juurde. /---/ Kui me räägime seda, et meil on probleem selles, et 50-aastane inimene saab infarkti, /---/ et tegelikult me peaksime 30-se mehe ja 40-se naise siis võtma erilise luubi alla, et /---/ avastaksime varem need probleemid, me saaksime nendega varem tegelema hakata. /---/ Peaks olema võimalik selline diagnostiline komplekt nende

noorte kõrge riskiga perearsti poolt skriinitud isikute jaoks. /---/ Perearstidel kuidas praegu toimub? Et kui ta leiab oma kõrge riskiga need patsiendid, siis ta peab kellelegi kas tavalise kardioloogile [ühendust võtma] või paneb ta siis ütlema 3- või 4- või 6-kuulise etteteatamisega [kardioloogi] aja. /---/ Kui nad saavad 3 kuu pärast, nad võivad ära unustada täitsa. /---/ Aga kui tal täna leiti, et kolesterool on kõrge, vererõhk on kõrge – oi, me saime teile seal järgmine nädal kardioloogi juurde aja, siis ta kindlasti läheb.“

„Terve inimene“ ei satu perearsti kabinetti, mõnes keskus kutsutakse ja nii, aga meditsiinikeskus pole meie mõttemaailmas ennetuskeskus vaid ravikeskus.“

„Kindlasti on viimasel ajal läinud selgemaks ravijuhised ja sellest on hea meel. /---/ Aga mis segab seda asja, et ravijuhistega ei kaasne tihtipeale käsitlusjuhiseid, et tegelikult ei ole Eestis kokku lepitud, et kuhu ja millised patsiendid saata /---/ et see omavaheline ping-pongitamine on keeruline ja patsiendile koormav.“

„See ongi praegu nii, et ministeerium ei ole [tervishoiusüsteemi] haldamist võtnud oma vastutuselaks ja siis ongi seda proovinud teha Haigekassa läbi oma lepingute, aga see ei ole õige. Haigekassal on hoopis teine roll, mida ta täidab väga hästi. Aga see üldine korraldus peab jääma ministeeriumisse.“

„Aga arstiabi moodustab ikkagi ühe osa ja arstiabi osas me väga palju rahva tervist enam paremaks ei saa, ma julgeks öelda. Aga rahva tervist me saame paremaks seal, kui on toitumine, liikumine, kõik need asjad kokku.“

„Ja muidugi, mis puudu on või mis on kehva, on see järelravi /---/ just infarktijärgne järelravi, et me täiesti Euroopa tasemel teeme infaktiravi, aga siis patsient läheb ära ja meil ei ole kindlat algoritmi, et /---/ kes jäävad siis kardioloogi jälgimisele, kes lähevad perearsti juurde.“

„Üldse kõige tähtsam indikaator on /---/ kuni 65-aastaste inimeste suremus SVH-sse. Sellega me oleme nüüd sisuliselt 1994. aastast alates langetanud 50% umbes. Ja alates sellest, kui siis südamestrateegia tuli, oleme langetanud umbes meestel 30%, naistel 25%. /---/ Suremus on selline suhteliselt kindel näitaja, mis näitab seda, et kuidas selles riigis on SVH-ga just kuni 65-aastastel. /---/ Meie just kõige suurem eesmärk on töövõimelises eas inimesed, et nad elaksid ilma südamehaigusteta kuni 65-ni välja. Ja muidugi, et nad kindlasti ei sureks kuni selle vanuseni. Et see on nagu kõige tähtsam. /---/ Kui Soomes 30 aastaga suremus langes 90% ja meil on nüüd 1994. aastast umbes 50% langenud, et meil on veel mingisugune 30-40% kindlasti võimalik saavutada.“

„Kui me südamestrateegiat lõime, siis /---/ arstiabi osa /---/ oli veel suhteliselt õbluke. Siis oli veel väga suured arengud vaja läbi teha. Et praegu me oleme /---/ kõvasti-kõvasti paranenud selle aja jooksul. /---/ Me määrame kolesterooli ja kõiki neid asju järjest rohkem ja perearstide osa on tohutult suur.“

„[Kas SVH ravi spetsiifilised tegevused peaksid kajastuma RTA-s] Ma arvan, et mitte. Ma arvan, et tervishoiuvaldkonna korralduse põhimõtted võiks seal olla. Aga see, mis läheb juba hästi ravispetsiifiliseks, seda seal eraldi ei peaks olema. Ma arvan, et selleks peaks olema teised dokumendid.“

„Panustada tuleb primaarsele preventatsioonile ja sekundaarsele preventatsioonile peale infarkti. See odav etapp, mis tekib, eks. Aga primaarne preventatsioon eelkõige, see on veel efektiivsem isegi, kui see sekundaarne.“

Järeldused

16. Täna ei ole Eestis SVH valdkonnal selget juhti, kes vastutaks valdkonna tegevuste koordineerimise eest. Valdkonna ülesannete jaotus on eri asutuste vahel ebaselge.
17. Tervishoius puudub terviklik süsteem SVH ja teiste mittenakkuslike haiguste vastu võitlemiseks, mistõttu ei tule Eesti esmatasandi tervishoid piisavalt hästi toime SVH-ga ning see toob kaasa suure hulga välditavate visiitide arvu eriarstiabis ja statsionaarses haiglaravis, mis koormab tervishoiusüsteemi.

Soovitused

14. Soovitame RTA-s SVH ja teised mittenakkuslikud haigused rohkem esile tõsta ja selleks luua RTA SVH programmi, mis hõlmab nii ennetust, skriinimist kui ravi. Lähemalt on soovitus põhjendatud käesoleva uuringu koondraportis.
15. Soovitame tervishoiusüsteemis teostada muudatused, mis motiveerivad tervishoiutöötajaid võtma senisest enam proaktiivset rolli SVH kõrge riskiga patsientide skriinimisel ning nende tervise ja ravisoostumuse jälgimisel. Selleks soovitame kaaluda järgmiseid meetmeid:
 - a) mittenakkushaiguste ennetamisele ja ravitulemustele orienteeritud kvaliteediindikaatorite kasutuselevõtt;
 - b) mitte-mediitsiiniliste töötajate palkamise soodustamine (kes võimaldaks perearsti ja -õe koormust patsientide skriinimisel) vähendada;
 - c) e-tervise süsteemis otsustustoe mehhanismi arendamist (aitab käitumuslike ja kliiniliste näitajate puhul välja sõeluda kõrge SVH riskiga patsiendid ja neid jälgida);
 - d) ennetustegevuse rahastamisstiimulite suurendamine;
 - e) SVH patsientide käsitlemise standardite väljatöötamine.

3. RTA südame- ja veresoonkonnahaiguste eesmärgid ja nende täitmine

Pea kõigile SVH strateegia eesmärkidele olid seatud tulemuslikkuse indikaatorid (ainsana ei olnud seatud indikaatoreid programmi terviklikule ja tõhusale elluviimisele). Järgnevas tabelis on näha, kuidas muutusid indikaatorid SVH strateegia integreerimisel RTA-sse.

TABEL 1. SVH VALDKONNA EESMÄRGID JA INDIKAATORID SVH RIIKLIKUS STRATEEGIAS JA RTA-S

SVH ennetamise riiklik strateegia 2005–2020	RTA 2009–2020
Üldeesmärk: Rahvastiku varajane haigestumine ja suremus SVH-sse on püsiva langustendentsiga	Sarnane eesmärk puudub.
Indikaator 1: Nooremate kui 65-aastaste meeste suremus SHV-sse on vähenenud	Indikaator 29: Südame- ja veresoonkonna-haigustesse surnud alla 65-aastaste arv 100 000 elaniku kohta
Indikaator 2: Nooremate kui 65-aastaste naiste suremus SHV-sse on vähenenud	
Strateegilise eesmärk 1: Rahvastiku füüsiline aktiivsus on suurenenud	Strateegilise eesmärk 4: Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud
Indikaator 3: Suureneb 16–64-aastaste osakaal, kes on vähemalt kaks korda nädalas kehaliselt aktiivsed	Indikaator 30: Liikumisharrastusega regulaarselt tegelevate 16–64-aastaste isikute osakaal
Indikaator 4: Suureneb õpilaste osakaal, kes on vähemalt 5 korda nädalas vähemalt 30 minutit kehaliselt aktiivsed	
Strateegilise eesmärk 2: Rahvastiku toitumisharjumused on paranenud	Strateegilise eesmärk 4: Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud
Indikaator 5: Suureneb täiskasvanute osakaal, kes tarbivad värsket puu- ja köögivilja 6–7 päeval nädalas	Sarnased indikaatorid puuduvad
Indikaator 6: Suureneb 11–15-aastaste laste ja noorte osakaal, kes tarbivad puu- ja köögivilja	
Indikaator 7: Suureneb toidu valmistamisel peamiselt toiduõli kasutajate osakaal	
Indikaator 8: Väheneb tavalise keedusoola kasutajate %	
Sarnane indikaator puudub	Indikaator 21: 16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal
Sarnane indikaator puudub	Indikaator 22: 16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal.
Sarnane indikaator puudub	Indikaator 23: Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal
Strateegilise eesmärk 3: Tubaka tarbimise levimus ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimine on püsiva langustendentsiga	Strateegilise eesmärk 4: Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud
Indikaator 9.1: Igapäevasuitsetajate osakaal 13-aastaste hulgas on püsiva langustendentsiga	Sarnane indikaator puudub
Indikaator 9.2: Igapäevasuitsetajate osakaal väheneb 16–64-aastaste <u>meeste</u> hulgas	Indikaator 32: 16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal
Indikaator 9.3: Igapäevasuitsetajate osakaal väheneb 16–64-aastaste <u>naiste</u> hulgas	
Indikaator 10.1: Väheneb väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas vähemalt üks tund päevas viibivate <u>meeste</u> %	Sarnased indikaatorid puuduvad
Indikaator 10.1: Väheneb väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas vähemalt üks tund päevas viibivate <u>naiste</u> %	
Strateegilise eesmärk 4: Kvaliteetsed SVH ennetamisele suunatud tervishoiuteenused on kättesaadavad	Strateegilise eesmärk 5: Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu
Indikaator 11: Perearsti nimistus olevate 30–60-a isikute %, kellele määratakse SVH riskitegureid, suureneb püsivalt 5% aastas.	Sarnased indikaatorid puuduvad
Indikaator 12: Südame- ja veresoonkonnahaigete taastus- ja järelraviüsteem on 2008. aastaks korrastatud.	

Kõige olulisema muutusena tõi RTA-sse integreerimine kaasa SVH-spetsiifilise alaeesmärgi kadumise ehk **RTA-s otsustati SVH varase haigestumise ja suremuse vähenemist mitte võtta eraldiseisvaks eesmärgiks**³. Seda vaatamata asjaolule, et RTA-s on tõdetud järgmist: „Suurimat haiguskoormust põhjustavaks haigusrühmaks on SVH-d, mille kujunemisel mängib samas väga suurt rolli iga inimese tervisekäitumine (toitumine, alkoholi tarvitamine, suitsetamine ja kehaline aktiivsus). Võrreldes Lääne-Euroopa ja Põhjamaadega on SVH puhul Eesti eripäraks just neisse haigustesse jäämine ja suremine suhteliselt varases eas. Samadele tendentsidele ka teiste haigusrühmade puhul viitab tõsiasi, et enam kui pool kogu rahvastiku haiguskoormusest langeb Eestis produktiivses eas inimeste (vanuses 20–64 eluaastat) arvele.“

Sellest teadmisest tulenevalt ei ole realistlik, et **RTA üldeesmärgid (tervena elatud eluea ja oodatava eluea pikenemine) oleksid saavutatavad olukorras, kus SVH haigestumuses ja suremuses ei saavutata olulist paranemist. Seega peaks tulevikus kindlasti SVH haigestumuse ja suremuse vähendamise seadma üheks olulisemaks RTA alaeesmärgiks.**

Teine väga oluline muudatus, mis leidis aset SVH-strateegia integreerimisel RTA-sse, on **tervishoiusüsteemi SVH-spetsiifiliste eesmärkide ja indikaatorite kaotamine**. Vastava eesmärgi ja indikaatorite puudumine võib olla ka üheks põhjuseks, miks RTA raames ei planeeritud ka SVH-spetsiifilisi tervishoiusüsteemi meetmeid. Peatükis 3 kirjeldatud **WHO ja Maailmapanga hindamisuuringute tulemused näitavad, et Eesti tervishoiusüsteem (eelkõige esmatasandi tervishoid) ei tule mitterakkuslike ja krooniliste haigustega (sh SVH) piisavalt hästi toime ja see toob kaasa suure lisakoormuse kogu Eesti tervise- ja sotsiaalsüsteemile**. Maailmapanga hindamisuuringus esitatud andmed näitavad, et sellistele probleemidele viitasid juba ka 2008. aasta andmed, mil RTA koostati. RTA koostamisel võeti küll SVH ja teiste haiguste (eelkõige käitumuslike) riskitegurite vähendamisele fokuseeritud lähenemine, kuid SVH poliitikate kujundamise rahvusvahelised soovitusel toovad väga selgelt välja ka vajaduse pöörata tähelepanu tervishoiusüsteemile, eelkõige just esmatasandile. **Praxise hinnangul ei olnud seetõttu põhjendatud ka SVH-strateegia integreerimisel tervishoiusüsteemi käsitlevate alaeesmärkide ja indikaatorite kaotamine. Samuti oleks pidanud planeerima oluliselt rohkem meetmeid esmatasandil vastava võimekuse suurendamisele**, sest vaid käitumuslikele riskiteguritele keskendudes ei ole realistlik saavutada olulist vähenemist SVH haigestumuses ja suremuses ning seeläbi aidata kaasa RTA üldeesmärkide saavutamisele.

Järgnevalt on hinnatud SVH valdkonna indikaatorite täitmist eelkõige SVH strateegia indikaatorite toel, kuna need võimaldavad valdkonnas toimunud arengutest anda terviklikuma pildi, sh anda hinnangu haigestumusele ja suremusele. RTA-s on vaid üks SVH-d käsitlev indikaator – alla 65-aastaste suremuskordaja.

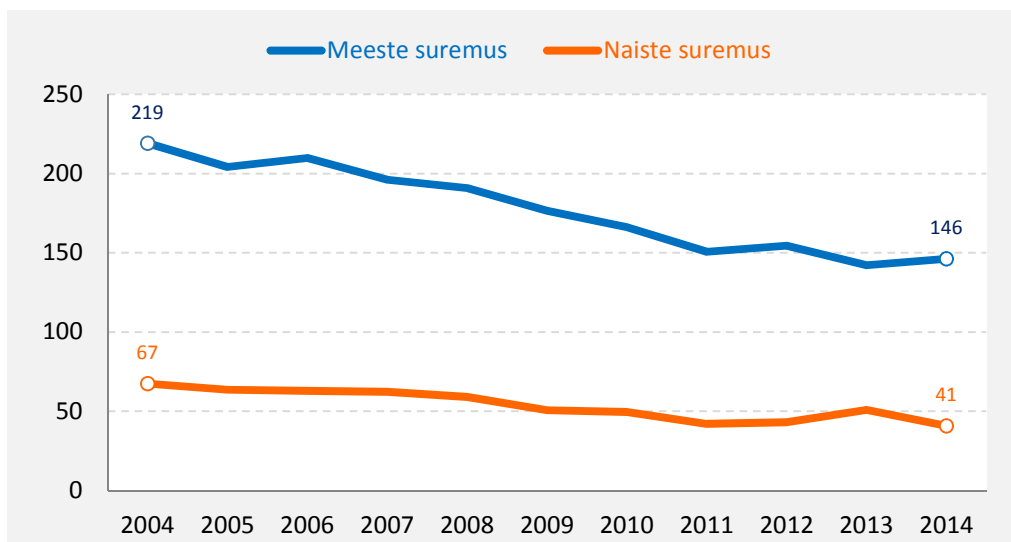
³ RTA tervisliku eluviisi tegevussuuna alaeesmärgi „Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud“ saavutamise indikaatorina sõnastati küll „Südame-ja veresoonehaigustesse surnud alla 65-aastaste arv 100 000 elaniku kohta“, kuid indikaatori seadmist ei saa käsitleda eesmärgi sõnastamisena, sest indikaator on vahend eesmärgi saavutamise mõõtmiseks. Oluline on märkida, et vastav indikaator lisati RTA uuendamisel 2012. aastal.

Järgnevates peatükkides (3.1 - 3.6) on antud ülevaade SVH strateegias ja RTA-s kasutusel olnud SVH valdkonna indikaatoritest ja nende täitmisest, sh on iga peatüki lõppu lisatud tabel vastava alavaldkonna indikaatoritest (tabelid 2 – 7). Tabelitest nähtub iga strateegias seatud indikaatori baas- ja sihtase (juhul, kui need on määratud), indikaatori saavutatud tase (juhul, kui andmed selle kohta on kättesaadavad). Lisaks on tabelis esitatud info selle kohta, mil määral on indikaatori sihtase saavutatud (sh millisest aastast andmed pärinevad) ja Praxise hinnang indikaatori sihtaseme realistlikkuse osas. Sihtaseme realistlikkuse hindamisel on aluseks võetud viimase 5-10 aasta indikaatori trendid ja eeldus, et trend jätkub samal suunal (nt kui trend liigub vähenemise suunas, aga sihiks on võetud tõusutrendi saavutamine, siis on ei ole sihtaset hinnatud realistlikuks). Eesmärgi saavutamisele on sageli antud hinnang „Raske hinnata“, kuna strateegias on jäetud sihtase määramata ehk eesmärk seadmata. Sihtaseme puudumise korral ei ole võimalik hinnata ka sihtaseme realistlikkust, mistõttu on sellisel juhul antud hinnang „Ei saa hinnata“.

3.1. Nooremate kui 65-aastaste SVH suremus

SVH strateegia üldeesmärgiks oli saavutada püsiv langustrend SVH varases suremuses. Aastaks 2020 sooviti saavutada meeste seas 40%-line ja naiste seas 30%-line langus. **RTA-sse integreerimisel SVH suremuse vähenemisel sihte ei seatud.**

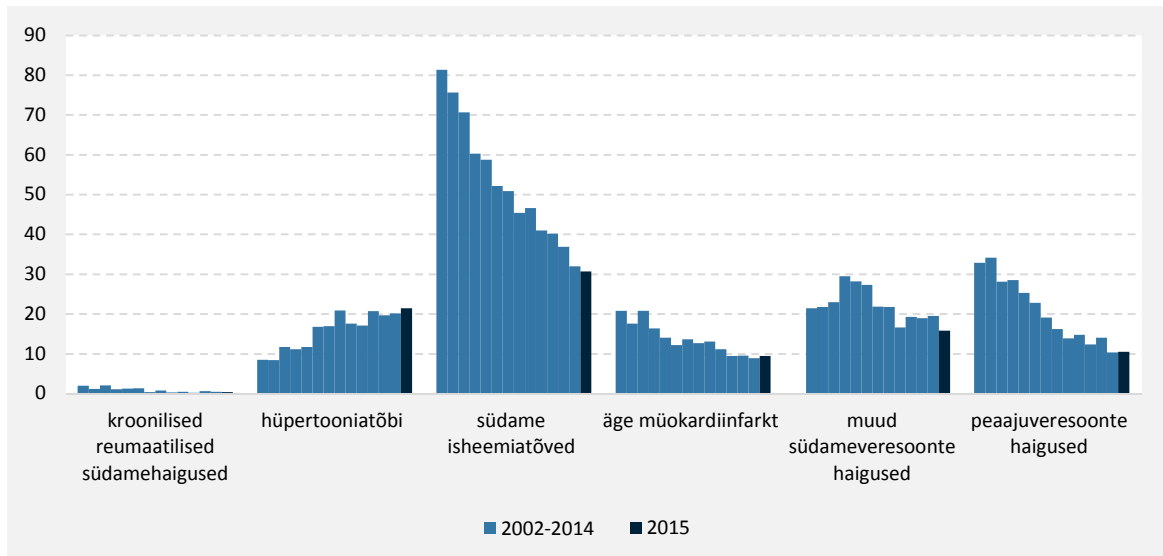
Joonisel 2 on näha SVH suremuse trendid perioodil 2004-2014. Andmetest nähtub, et kuni 65-aastaste meeste seas vähenes 10 aastaga suremus 42% ja naiste seas 43% võrra. **Seega on tänaseks SVH suremuse osas saavutatud 2020. aastaks seatud SVH strateegia sihtase.**



JOONIS 2. ALLA 65-AASTASTE SVH SUREMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA), SOO LÕIKES (2004-2014).
ALLIKAD: TERVISE ARENGU INSTITUUT, STATISTIKAAMET

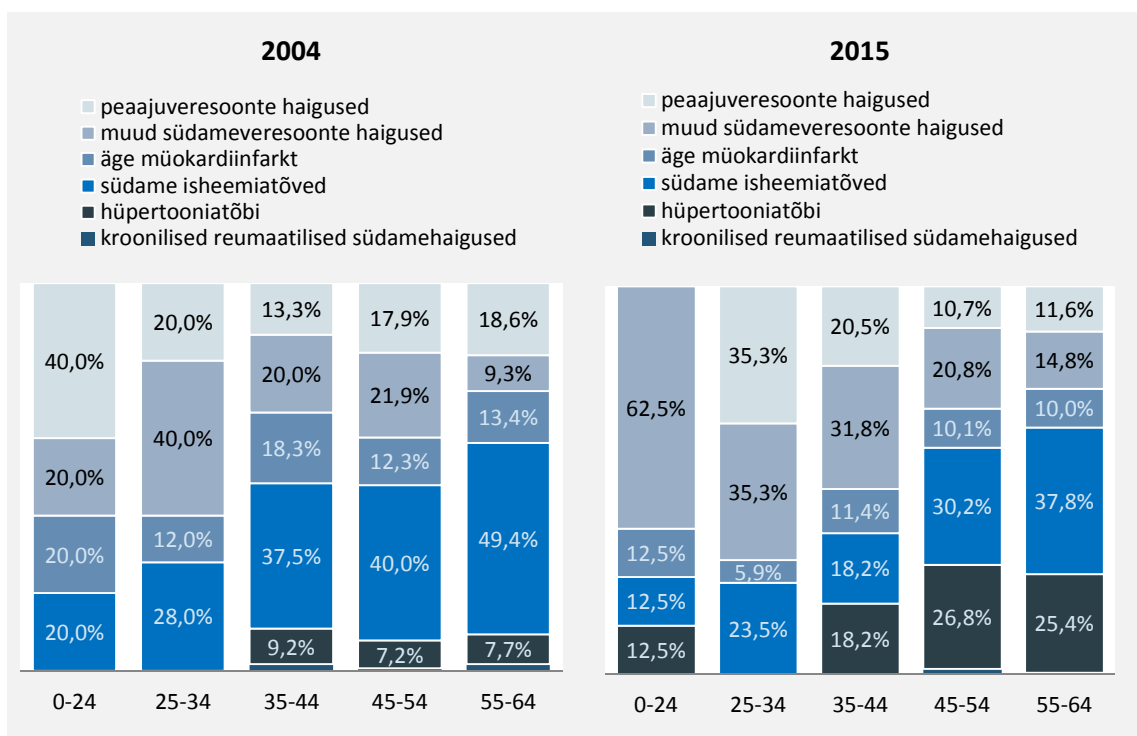
Jooniselt 3 on näha, et **SVH suremus on langenud peamiselt südame isheemiatõve tõttu surmade vähenemise tagajärjel** (2015. aastal on südame isheemiatõbi endiselt kõige levinum SVH surmapõhjus, kuid perioodil 2002-2015 on suremus südame isheemiatõve tõttu langenud 62% võrra). Enam kui kolmekordselt on langenud ka suremus peaaegu veresoonte haigustesse ja poole võrra on vähenenud

suremus müokardiinfarkti. Seevastu on perioodil 2002-2015 stabiilselt tõusnud suremus südame hüpertooniatõve tõttu.



JOONIS 3. ALLA 65-AASTASTE SVH SUREMUSKORDAJA HAIGUSTE LÕIKES (100 000 ELANIKU KOHTA).

ALLIKAS: STATISTIKAAMET

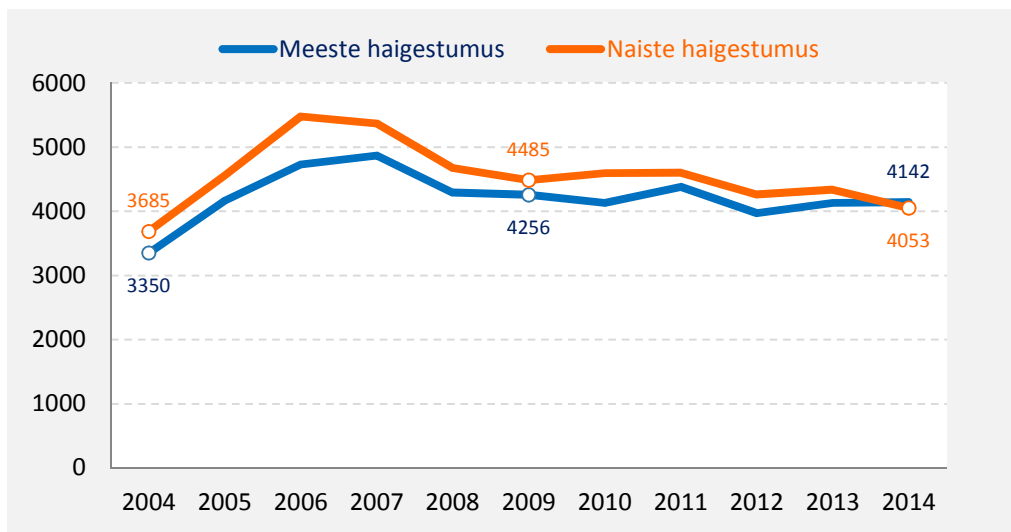


JOONIS 4. SVH SUREMUS VANUSEGRUPPIDE JA HAIGUSTE LÕIKES (%), 2004 JA 2015

ALLIKAS: STATISTIKAAMET

SVH suremus tõuseb vanuse kasvades. Jooniselt 4 on näha, et võrreldes 2004. aastaga on muutusi toimunud kõigis vanusegruppides. Kui 2004. aastal olid 35-aastaste ja vanemate seas levinuimaks surmapõhjuseks südame isheemiatõved, siis 2015. aastaks on oluliselt kasvanud suremus hüpertooniatõve tagajärjel. Kuna 0-24-aastaste seas on SVH suremus väga madal (2004. aastal 5 ja 2015. aastal 8 juhtumit), siis on vanusegrupis toimunud muutused põhjustatud üksikutest surmadest.

Kui suremuses on saavutatud positiivseid muutusi, siis haigestumuses on trend paraku vastupidine – joonisel 5 on näha, et perioodil 2004-2014 on **SVH esmashaigestumus tõusnud nii meeste kui naiste seas**. Samas on RTA rakendusperioodi jooksul näitaja vähenenud ligikaudu 5% ja enam naistel kui meestel.



JOONIS 5. ALLA 65-AASTASTE SVH ESMASHAIGESTUMUSKORDAJA (100 000 ELANIKU KOHTA), SOO LÕIKES (2004-2014). ALLIKAD: TERVISE ARENGU INSTITUUT, STATISTIKAAMET

Varase suremuse vähenemise ja varase esmashaigestumuse suurenemise põhjuseks võib olla asjaolu, et paranenud on haigete ravi kvaliteet (vähem haigestumisi lõpeb varase surmaga), kuid SVH ennetamine ei ole olnud piisavalt edukas, et kaasa tuua haigestumuse vähenemist alla 65-aastaste seas. Sellisele võimalikule seosele annavad tuge ka uuringu raames intervjueritud arstide arvamused:

„Me oskame ägedate situatsioonidega kenasti toime tulla /---/ aga krooniliste haigustega on hoopis teine jälgimine ja neid tegevusi ma [RTA-s] ei näe.“

„Ma ei näe ühtegi [kardioloogia] valdkonda, kus me oleks nagu tegelikult millegi poolest nagu väga maha jäänud. Aga see areng on toimunud viimaste aastate jooksul /---/ kardioloogias on tohutu areng iga aasta.“

Tabelis 2 on antud ülevaade SVH suremuse indikaatoritest SVH ja RTA strateegias. SVH strateegias varase suremuse indikaatorile seatud sihttase on tänaseks ületatud, kuid RTA-s seatud sihttaset ei ole veel saavutatud. Tänapäevase suremuse languse trendi juures on tõenäoline, et aastaks 2020 seatud siht saavutatakse. Vajadust indikaatori muutmiseks ei ole ja suremuse indikaator võiks strateegias kajastuda ka edaspidi. Küll aga tuleks lisada ka haigestumuse indikaator, kuna RTA üldeesmärgi

saavutamiseks on vajalik saavutada olukorra märkimisväärne paranemine ka SVH esmashaigestumuses alla 65-aastaste elanike seas.

TABEL 2. SVH STRATEEGIA JA RTA SVH-SUREMUSE INDIKAATORID

Indikaator	Baastase	Saavutatud tase (2015)	Sihttase (2020)	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Vajadus indikaatori muutmiseks
SVH strateegia						
1 Alla 65-aastaste meeste SVH suremus (100 000 elaniku kohta)	248	132	148	Ületatud	Realistlik	Integreeritud RTA-sse
2 Alla 65-aastaste naiste SVH suremus (100 000 elaniku kohta)	81	39	57	Ületatud	Realistlik	Integreeritud RTA-sse
RTA						
3 Alla 65-aastaste SVH suremus (100 000 elaniku kohta)	Määramata	82	73 (2016) 56 (2020)	Ei ole saavutatud	Realistlik	Lisada ka varase haigestumise indikaator

Indikaatorite andmete allikad: indikaatorid 1, 2, 3 – TAI, Statistikaamet

Järeldused

18. Alla 65-aastaste meeste ja naiste SVH suremus on perioodil 2004-2014 langenud ligi poole võrra ning jõudnud 2020. aastaks seatud sihttasemeni.
19. Alla 65-aastaste meeste SVH suremus on umbes kolm korda suurem kui naistel.
20. Alla 65-aastaste meeste seas on SVH peamiseks surmapõhjuseks südame isheemiatõbi, naistel hüpertooniatõbi.
21. Kuigi suremuses on saavutatud positiivseid muutusi, ei ole SVH esmashaigestumine vähenenud.

Soovitused

16. Soovitame lisaks suremuse indikaatorile võtta tulevikus vaatluse alla ka alla 65-aastaste esmashaigestumuse indikaatori. Ühtlasi soovitame RTA üheks oluliseks alaeesmärgiks seda SVH esmashaigestumise vähenemise alla 65-aastaste seas, sest selle eesmärgi saavutamine on kriitilise tähtsusega RTA üldeesmärgi saavutamiseks.

3.2. Rahvastiku kehaline aktiivsus

SVH strateegia esimeseks strateegiliseks eesmärgiks oli rahvastiku füüsilise aktiivsuse suurendamine. Nimetatud eesmärgi all oli kaks indikaatorit:

1. Suureneb 16–64-aastaste osakaal, kes on vähemalt 2 korda nädalas kehaliselt aktiivsed
2. Suureneb õpilaste osakaal, kes on vähemalt 5 korda nädalas vähemalt 30 minutit kehaliselt aktiivsed

RTA-s jäeti alles vaid täiskasvanute kehalise aktiivsuse indikaator ning laste oma kaotati. Sellest saab järeldada, et kehalise aktiivsuse olukorra hindamisel ei peetud prioriteetseks jälgida trende ka laste seas ja anda hinnanguid, kuivõrd on tulemuslikud olnud laste kehalise aktiivsuse suurendamisele suunatud tegevused. Seetõttu ei ole laste kehalise aktiivsuse olukorda kirjeldavaid andmeid ka käesolevas RTA hindamisuuringus detailsemalt käsitletud. Üldiselt saab öelda, et **laste kehalise aktiivsuse näitajad on aastate jooksul järjepidevalt langenud ja nii SVH strateegias kui RTA-s olid seatud ebarealistlikud eesmärgid, mis ei võtnud piisavalt arvesse tegelikku hetkeolukorda.** Kui aastaks 2020 seati SVH strateegias eesmärgiks saavutada 80%, siis tänaseks on näitaja püsinud ligikaudu viimased 10 aastat vahemikus 35-40%. **Seega ei ole laste kehalise aktiivsuse suurendamiseks teostatud tegevused andnud olulisi tulemusi.** Samuti tuleb arvesse võtta, et tänaseks on WHO soovituslikud piisava kehalise aktiivsuse tasemed muutunud kõrgemaks, mistõttu on tänaste standardite kohaselt kehalise aktiivsuse näitajad veelgi madalamad.

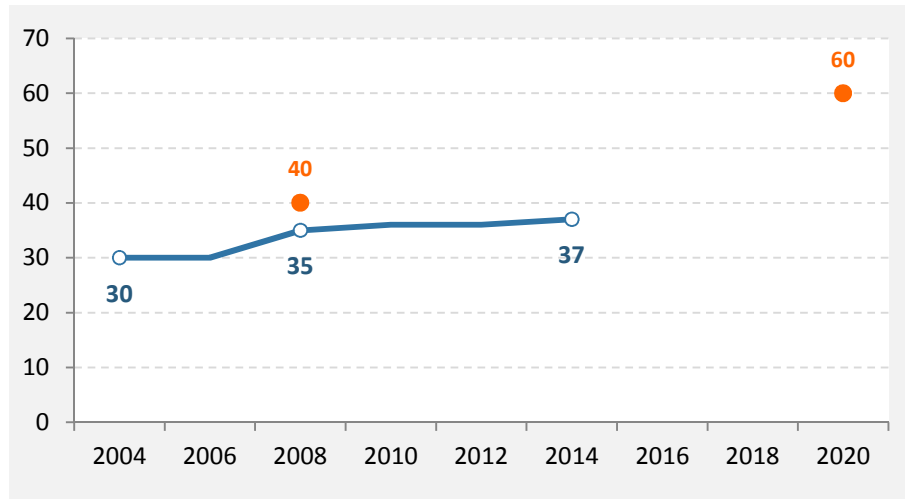
Jooniselt 6 on näha, et vähemalt kaks korda nädalas kehaliselt aktiivsete täiskasvanute osakaal on peale 2004. aastat küll tõusnud, kuid alates 2008. aastast on tõus seiskunud ja jäänud püsima sihttasemest märksa madalamale (2014. aasta ligikaudne sihttase 50%, saavutatud tase 37%). Saavutamata jäi ka 2008. aastaks seatud vahe-eesmärk – sooviti saavutada 40%, kuid saavutati 35%. Sellest saab järeldada, et **täiskasvanute kehalise aktiivsuse suurendamisel on saavutatud väikeseid edusamme, kuid need ei ole piisavad, et aidata oluliselt kaasa SVH haigestumuse vähenemisele ja RTA üldeesmärgi saavutamisele.**

Kui 2012. aastal RTA-d uuendati, siis oleks olnud mõistlik seada uus realistlikum eesmärk. Tänapäevaste trende vaadates on realistlikum saavutada ligikaudu 45% tase, kui 60%.

Tabelis 3 on esitatud SVH strateegia ja RTA kehalise aktiivsuse indikaatorid. Tabelist nähtub, et SVH strateegias seatud eesmärgid on olnud ebarealistlikult kõrged, kuna saavutatud trendid ei liigu suunas, mis võimaldaks sihttasest saavutada. RTA-s seatud eesmärgid on märksa realistlikumad, mistõttu ollakse lähemal ka sihttasemete saavutamisele.

Tulevikus tuleks RTA-s lisada ka laste kehalise aktiivsuse indikaatorid ning ka neile seada realistlikud sihttasemed, kuna laste ülekaalulisuse leviku leevendamiseks tuleb saavutada ka laste seas kõrgemad kehalise aktiivsuse tasemed. Samuti tuleks kaaluda indikaatori lisamist, mis võimaldab hinnata, kas kehalise aktiivsuse osas paranevad näitajad ka sotsiaalselt haavatavates gruppides ja tagada, et kehalise aktiivsuse parandamisele suunatud meetmed ei suurendaks ebavõrdsust tervises.

Samuti tuleks täiskasvanute ja laste kehalise aktiivsuse indikaatorid viia kooskõlla riiklike liikumissoovitustega ehk lastel iga päev vähemalt 60 minutit mõõduka või tugeva intensiivsusega kehalist aktiivsust ja täiskasvanutel igal nädalal vähemalt 150 minutit mõõduka või 75 minutit tugeva intensiivsusega kehalist aktiivsust.



JOONIS 6. TÄISKASVANUTE (16–64-AASTASTE) OSAKAAL (%), KES ON VÄHEMALT KAKS KORDA NÄDALAS KEHALISELT AKTIIVSED, 2004-2014. ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

TABEL 3. SVH STRATEEGIA JA RTA KEHALISE AKTIIVSUSE INDIKAATORID

Indikaator	Baastase	Saavutatud tase (2014)	Sihttase (2020)	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Vajadus indikaatori muutmiseks
SVH strateegia						
1 Täiskasvanute %, kes on vähemalt 2x nädalas kehaliselt aktiivsed	30 M: 31 N: 32	37 M: 36 N: 37	60	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Integreeritud RTA-sse, viia vastavusse uute liikumis-soovitustega
2 Õpilaste %, kes on vähemalt 5x nädalas vähemalt 30 minutit kehaliselt aktiivsed	29 M: 33 N: 25	40 M: 45 N: 36	80	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Integreerida RTA-sse, viia vastavusse uute liikumis-soovitustega
RTA						
3 Liikumisharrastusega regulaarselt tegelevate täiskasvanute %	Määramata	40	45 (2016) 53 (2020)	Pigem saavutatud	Pigem realistlik	Lisada laste kehalise aktiivsuse indikaator Lisada ebavõrdsuse indikaatorid

Indikaatorite andmete allikad: indikaatorid 1 ja 3 – Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, indikaator 2 – Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring

Järeldused

22. Täiskasvanute kehalise aktiivsuse suurendamiseks teostatud tegevused on andnud vähe tulemusi - kehaliselt aktiivsete täiskasvanute osakaal on tõusnud aeglaselt tempos, kuid alates 2008. aastast on kasv seiskunud ja jäänud püsima madalale tasemele. Seetõttu ei ole saavutatud RTA kehalise aktiivsuse vahe-eesmärke ja sama trendi jätkumisel ei ole saavutatav ka RTA 2020 vastav eesmärk.
23. Laste kehalise aktiivsuse suurendamiseks teostatud tegevused ei ole andnud olulisi tulemusi – peale 2002. aastat toimus oluline langus ja näitaja on viimased 10 aastat püsinud madalal tasemel ja muutunud vähe. Lähtudes kaasaegsetest soovituslikest kehalise aktiivsuse tasemetest, on saavutatud tasemed veelgi problemaatilisemad.

Soovitused

17. Soovitame kohandada indikaatorite sihttasemed tasemele, mis on realistlikult saavutatavad. Indikaatorite sihttasemete arvutamiseks tuleks aluseks võtta varasemate aastate trendide analüüs ning tulevikus planeeritavad tegevused, mille koostõu ja valdkonna spetsiifikat arvestades saab seada indikaatoritele sihttasemed.
18. Soovitame lisada indikaatori laste ja noorte kehalise aktiivsuse kohta ja viia kõik kehalise aktiivsuse indikaatorid vastavusse WHO piisava kehalise aktiivsuse tasemetega soovitusetega.
19. Soovitame lisada indikaatori(d) kehalise aktiivsuse sotsiaal-majanduslike erinevuste kohta. Eelkõige soovitame jälgida trendide erinevusi haridustasemetega ja sissetulekute kvintilide lõikes (nt erisuse määr (%) kahe madalaima ja kahe kõrgeima kvintiili vahel ning erisuse määr kõrgharitud ja keskhariduseta inimeste vahel), kuna oluline on saavutada kehalise aktiivsuse paranemine kõigis ühiskonna gruppides, sh sotsiaalselt haavatavates gruppides, kelle jaoks võivad tervisliku eluviisi võimalused olla raskemini kättesaadavad.
20. Samuti soovitame lisada regionaalsete erinevuste indikaatori, sest kehalise aktiivsuse näitajad on suures osas mõjutatud kohalikust elukeskkonnast ja oluline on tagada kehalist aktiivsust soosiva keskkonna areng kõikjal Eestis.

3.3. Rahvastiku toitumisharjumused

SVH strateegia teiseks alaeesmärgiks oli rahvastiku toitumisharjumuste parandamine, mille saavutamise mõõtmiseks oli seatud neli indikaatorit:

1. Täiskasvanute osakaalu suurenemine, kes tarbivad värsket puu- ja köögivilja 6–7 päeval nädalas
2. 11–15-aastaste laste osakaalu suurenemine, kes tarbivad puu- ja köögivilja
3. toidu valmistamisel toiduõli kasutajate osakaalu suurenemine
4. keedusoola kasutajate osakaalu vähenemine

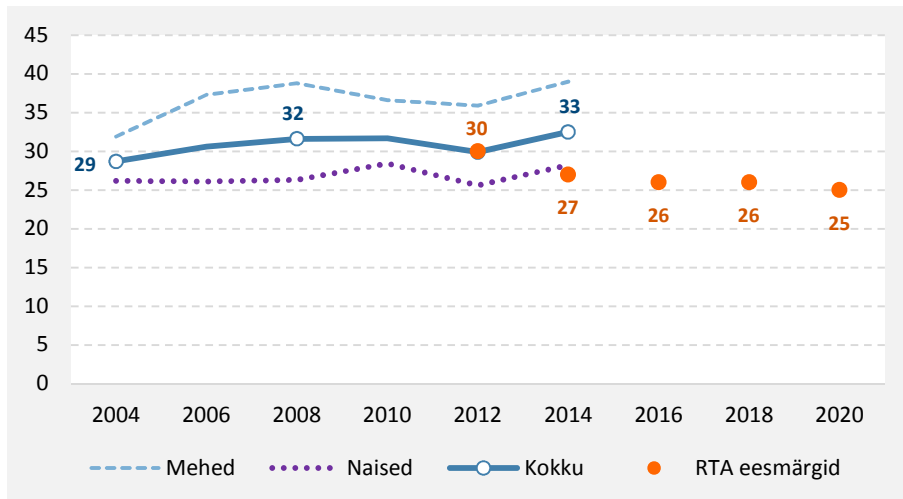
RTA-s on kasutusele võetud laste ja täiskasvanute ülekaalususe indikaatorid, SVH-strateegias kasutusel olnud toitumisharjumusi täpsemalt käsitlevaid indikaatoreid RTA-sse ei integreeritud, kuigi WHO soovib neid trende riiklikult jälgida.

Eesti elanikkonna toitumisharjumuste trendide osas saab kokkuvõtlikult öelda⁴, et:

- Puuviljade tarbimine on suurenenud, täiskasvanute seas vähem, laste seas rohkem, sh laste osas on SVH strateegia eesmärk saavutatud, täiskasvanute puhul on sihi saavutamine tänaste trendide juures ebarealistlik, sest alates 2008. aastast on paranemine seiskunud.
- Köögiviljade tarbimine on suurenenud, kuid puuviljadest aeglasemas tempos, taaskord vähem täiskasvanute seas ja enam laste seas, sh laste osas on veidi alla planeeritud taseme, kuid järjepidevalt tõuseb. Täiskasvanute seas on SVH strateegias seatud sihi saavutamine tänaste trendide juures ebarealistlik.
- Toiduõli kasutamise näitaja tõus on alates 2006. aastast seiskunud 92-93% juures, muu rasvaine kasutamine on alates 2008. aastast tõusutrendis.
- Keedusoola kasutajate osakaal on aasta-aastalt järjepidevalt langenud ja jõudnud 2014. peaaegu SVH strateegia 2020 sihttasemeni (65%).

RTA-s on juurde tulnud indikaatorid ülekaalususe levimuse kohta, mis on igati tervitatav ja vastab rahvusvahelistele soovitudele. Ülekaalususe indikaator on oluline, sest peegeldab väga hästi toitumise ja liikumisega seotud tegevuste tulemuslikkust. Joonisel 7 on näha, et **täiskasvanute seas on ülekaalususe osakaal alates 2004. aastast tõusnud ehk trend on vastupidises suunas, kui RTA-s sihiks võetud**. Kuna ülekaal on arenenud riikides järjest tõsisemaks muutuv probleem, siis rõhutavad rahvusvahelised soovitusel vajadust saavutada trendi pidurdumine ja kasvu ennetamine, sest languse saavutamine ei ole realistlik.

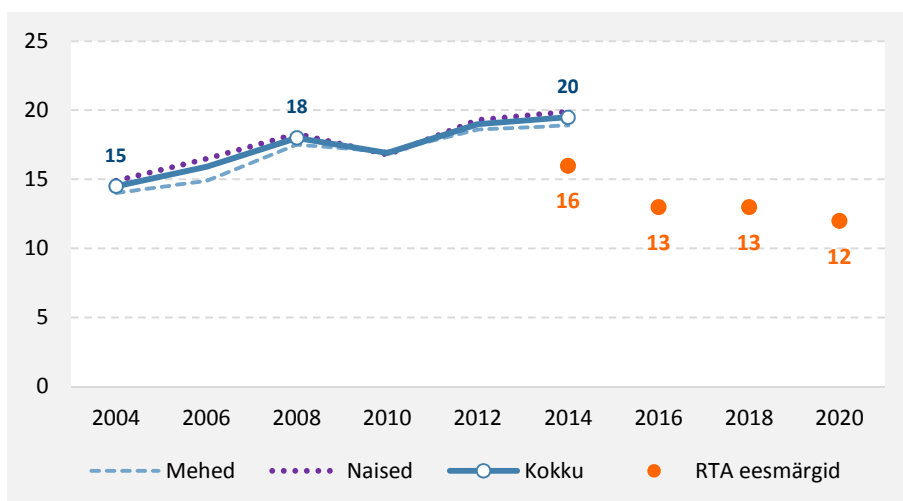
⁴ Trendide hindamisel on aluseks võetud kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu ja täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu andmed.



JOONIS 7. ÜLEKAALULISTE OSAKAAL (%) 16-64-AASTASTE SEAS, SOO LÕIKES, 2004-2014.

ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

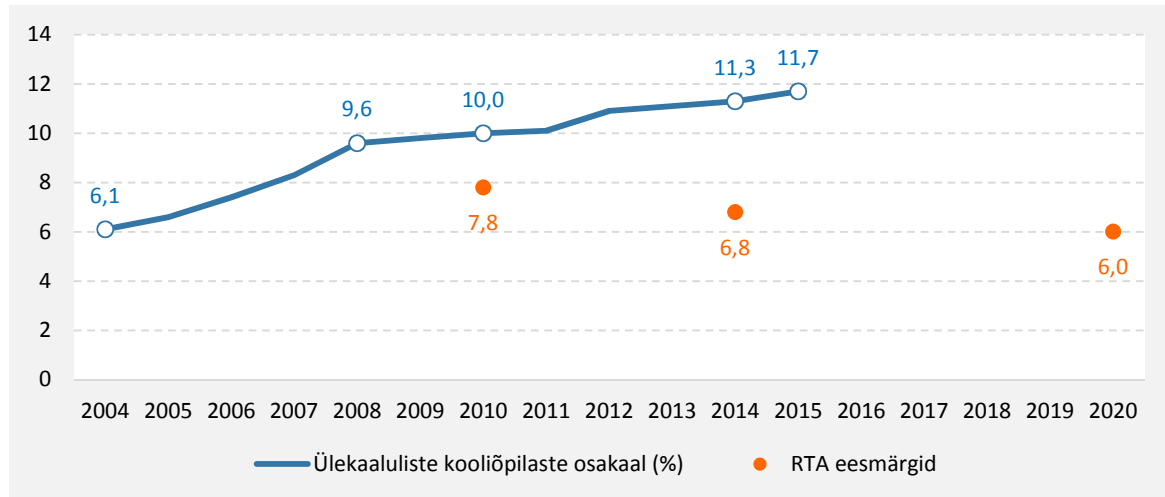
Joonisel 8 on esitatud andmed rasvumise levimuse kohta täiskasvanud elanikkonnas. Kui 2004. aastal moodustasid rasvunud inimesed 15% täiskasvanud elanikkonnast, siis 10 aasta jooksul on näitaja mõnevõrra tõusnud ja jõudnud 20%-ni. Praeguste trendide jätkumisel ei ole realistlik saavutada RTA-s aastaks 2020 seatud sihttase (12%). Lisaks on alust arvata, et ülekaalulisuse ja rasvumise levimus on Eestis kõrgem kui täiskasvanud elanikkonna terviskäitumise uuringu küsitlusandmed näitavad. Tartu Ülikoolis 2014. aastal valminud doktoritööst selgus, et rasvumise levimus Eesti täiskasvanuil (20-74-aastased) oli 32%, mis on oluliselt kõrgem kui varasemalt hinnatud. (77)



JOONIS 8. RASVUNUTE OSAKAAL (%) 16-64-AASTASTE SEAS, SOO LÕIKES, 2004-2014.

ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

Õpilaste seas on ülekaalulisuse trend samuti suurenev ja jooniselt 9 on näha, et viimase 10 aasta jooksul on ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal tõusnud pea kaks korda. Sihttasemed on aga seatud samale tasemele kui 2004. aastal, kuigi järgnevate aastate trendid on selgelt viidanud vastupidisele suunale. Tänapäevaste trendide jätkumisel ei ole kindlasti realistlik saavutada aastaks 2020 seatud eesmärgi.



JOONIS 9. ÜLEKAALULISTE (SH RASVUNUTE) KOOLIÕPILASTE OSAKAAL (%), 2004-2014.

ALLIKAS: HAIGEKASSA KOOLITERVISHOIU ARUANDED

Tabelis 4 on esitatud ülevaade toitumist ja ülekaalu käsitlevatest indikaatoritest SVH strateegias ja RTA-s. Tabelist on näha, et seitsmest indikaatorist on eesmärgiks seatud tasemed saavutatud vaid kahel indikaatoril (toiduõli ja keedusoola tarbimine). Puu- ja köögivilja tarbimise sihid on seatud rahvusvahelistele soovitudele vastavatele tasemetele, kuid nende saavutamise ebarealistlikus on olnud andmetest näha juba ca 2010. aastast peale. Seetõttu oleks võinud RTA uuendamisel (2012) seada ülekaalulisuse osas realistlikumad sihttasemed.

Rahvusvaheliste soovitude kohaselt tuleks RTA-sse integreerida nii puu- ja köögiviljade kui soola tarbimise näitajad. Toiduõli indikaator ei ole enam nii relevantne, kuna saavutatud on eesmärgiks seatud tarbimistasemed ja ka rahvusvahelised soovitusel ei pea toiduõli tarbimist primaarseks indikaatoriks.

Täiskasvanute osas tasuks indikaatorit muuta sarnaseks laste ülekaalulise indikaatoriga - kui suur osa elanikkonnast on ülekaalulised või rasvunud. Sellisel moel annab indikaator terviklikuma pildi, kui levinud terviseriskiga on tegu. Nii laste kui täiskasvanute osas tasub kaaluda, kas välja tuua eraldi ka rasvumise näitajad, sest selle näitaja kontrolli all hoidmine on kõige olulisem, kuna tegu on kõrgema terviseriskiga.

Lisaks tuleks täiskasvanute puhul kaaluda ka sellise indikaatori lisamist, mis annab ülevaate ülekaalulisuse levimusest sotsiaalselt haavatavates gruppides (nt madalama haridustaseme ja madalama sissetulekuga rahvastikurühmades). Selline indikaator on vajalik selleks, et hoida ülevaadet selle kohta, kui tõrjend tegevustega hoiduda tervise ebavõrdsuse suurendamisest ja vähendada ülekaalulisust nendest sihtrühmades, kus ka teised terviseriskid on suuremad.

Soovitame muuta ka soola tarbimist käsitleva indikaatori, sest soola kui sellise tarbimine ei ole otseselt probleemiks – probleemiks on tarbitud soola kogused. Seega on mõistlikum sihiks võtta tarbitud soola koguste vähendamine ja seada selleks ka vastav indikaator.

TABEL 4. SVH STRATEEGIA JA RTA TOITUMISE JA ÜLEKAALULISE INDIKAATORID

Indikaator	Baastase	Saavutatud tase	Sihttase (2020)	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Vajadus indikaatori muutmiseks
SVH strateegia						
1 Täiskasvanute %, kes söövad sageli puu- ja/või köögivilja	32 M: 21, N: 39	43 M: 32, N: 49	70	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Integreerida RTA-sse
2 Kooliõpilaste %, kes söövad sageli puu- ja/või köögivilja	28	38 M: 34, N: 42	60	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Integreerida RTA-sse
3 Täiskasvanute %, kes kasutavad toidu valmistamisel peamiselt toiduõli	89 M: 87, N: 91	92 M: 90, N: 93	96	Saavutatud	Realistlik	Mitte integreerida RTA-sse
4 Täiskasvanute %, kes kasutavad toidu valmistamisel tavalist keedusoola	77 M: 70, N: 74	66 M: 73, N: 61	65	Saavutatud	Realistlik	Integreerida RTA-sse
RTA						
5 Ülekaalu levimus (%) täiskasvanute seas	31 M: 37, N: 26	33	25	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Osakaal (%) täiskasvanutest, kes on ülekaalusisused või rasvunud Lisada ebavõrdsuse indikaator
6 Rasvumise levimus (%) täiskasvanute seas	15 M: 15, N: 17	20	12	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Jätta alles
7 Ülekaalususe ja rasvumise levimus (%) kooliõpilaste seas	8	11	6	Ei ole saavutatud	Ebarealistlik	Integreerida RTA-sse

Indikaatorite andmete allikad: indikaatorid 1, 3, 4, 5 ja 6 – Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, indikaatorid 2 ja 7 – Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring, Haigekassa koolitervishoiu aruanded

Järeldused

24. Puu- ja köögiviljade tarbimine on suurenenud laste seas hoogsamalt kui täiskasvanute seas. Kui laste seas on toimunud järjepidev olukorra paranemine ja seatud sihid on peaaegu saavutatud, siis täiskasvanute seas on areng alates 2008. aastast peatunud ja SVH strateegias seatud sihtide saavutamine ei ole realistlik.
25. Nii laste kui täiskasvanute seas ülekaalu ennetamisele suunatud tegevusi ei saa hinnata tulemuslikuks, sest ülekaalusisuse (sh rasvunute) osakaal on Eestis märkimisväärselt kasvanud, eriti laste seas ja tõenäoliselt on kasvutrend olnud kiirem kui seni arvatud.

Soovitused

21. Soovitame kohandada indikaatorite sihttasemed tasemele, mis on realistlikult saavutatavad.
22. Soovitame lisada laste rasvumist ja toitumisharjumusi käsitlevad indikaatorid (nt laste osakaal, kes söövad iga päev puu- ja köögivilu ja laste osakaal, kes joovad iga päev vähemalt ühe magustatud joogi).
23. Soovitame muuta täiskasvanute ülekaalulisuse indikaatorit selliselt, et mõõdetavaks näitajaks on elanike osakaal, kes on ülekaalulised (sh rasvunud).
24. Soovitame lisada indikaatori ülekaalulisuse sotsiaal-majanduslike erinevuste kohta. Eelkõige soovitame jälgida trendide erinevusi haridustasemetete ja sissetulekute kvintiilide lõikes (nt erisuse määr (%) kahe madalaima ja kahe kõrgeima kvintiili vahel ning erisuse määr kõrgharitud ja keskhariduseta inimeste vahel), kuna oluline on saavutada ülekaalulisuse vähenemine kõigis ühiskonna gruppides, sh eelkõige sotsiaalselt haavatavates gruppides, kelle jaoks võivad tervisliku eluviisi võimalused olla raskemini kättesaadavad.

3.4. Tubakast tingitud kahjud tervisele ja ühiskonnale

SVH strateegia kolmandaks strateegiliseks eesmärgiks oli tubaka tarbimise levimuse ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimise püsiv vähenemine. Olukorra hindamiseks oli seatud kolm indikaatorit:

1. Igapäevasuitsetajate osakaal 13-aastaste hulgas on püsiva langustendentsiga
2. Igapäevasuitsetajate osakaal väheneb 16–64-aastaste meeste ja naiste hulgas
3. Väheneb väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas vähemalt üks tund päevas viibivate meeste ja naiste osakaal

SVH-strateegia RTA-sse integreerimisel jäeti alles vaid üks indikaator - 16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal, mistõttu ei ole käesolevas raportis põhjalikumalt käsitletud alaealiste ja siseruumides suitsetamise trende. Üldiselt saab indikaatorite kohta öelda järgmist:

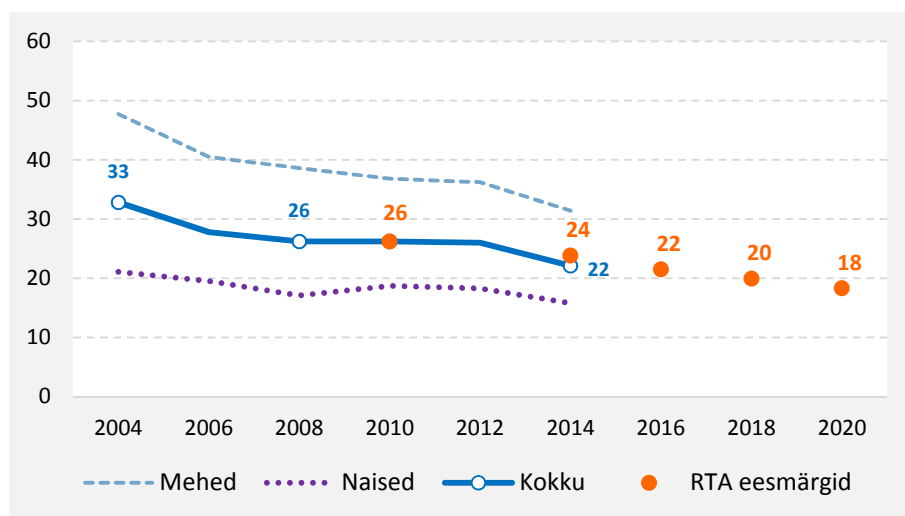
- 13-aastaste kooliõpilaste seas on igapäevasuitsetajate osakaal olnud suures languses – kui 2002. aastal oli näitaja 10%, siis 2014. aastal 1,6%.
- Töökohal tubakasuitsuses keskkonnas viibimine on mitmekordselt vähenenud nii meeste kui naiste seas, kuid jätkuvalt on meeste näitaja 5 korda kõrgem (16%) naiste oamast (3%).
- Ühiskondlikes ruumides tubakasuitsuses keskkonnas viibimine on samuti oluliselt vähenenud, naiste seas enam (saavutatud tase 2%) kui meeste seas (saavutatud tase 6%).

Jooniselt 10 on näha, et täiskasvanute seas on igapäevasuitsetajate osakaal langenud nii meeste kui naiste puhul. Tänapäevaks on peaaegu saavutatud ka RTA-s seatud eesmärk ning kui sama trend jätkub, siis suure tõenäosusega suudetakse saavutada ka 2020. aastaks seatud eesmärk.

Hoogsam on igapäevasuitsetajate vähenemine olnud meeste seas. 2008. aastal saavutati ka SVH strateegia vahe-eesmärk (eesmärk 40%, tegelik tase 39%). Naiste seas on näitaja paranemine kulgenud heitlikumalt. Perioodil 2004-2008 oli näha stabiilset vähenemistrendi ja peaaegu saavutati ka SVH strateegia vahe-eesmärk (eesmärk 16%, tegelik tase 17%). Peale 2008. aastat näitaja mõnevõrra tõusis ja 2014. aastal pööras langusele. Seega on pragu naiste seas trend stabiliseerunud ja ei ole üheselt selge, kuhu suunas trend edasi on liikumas. 2014. aastal on naiste näitaja küll poole madalam kui meeste tase, kuid 2020. aasta sihttasemeni jõudmiseks peab naiste seas näitaja veel ligikaudu 6 protsendipunkti langema.

Tabelis 5 on esitatud ülevaade tubakat käsitlevatest indikaatoritest SVH strateegias ja RTA-s. Tabelist on näha, et RTA-sse on ainukesena SVH strateegia indikaatoritest integreeritud 16-64-aastaste suitsetajate osakaal. SVH strateegia kõigi indikaatorite eesmärgid on tänapäevaks saavutatud või saavutamisele lähedal. Vastavalt WHO soovitudele peaks RTA-sse integreerima noorte suitsetamise indikaatori. Lisaks tuleks täiskasvanute puhul kaaluda ka sellise indikaatori lisamist, mis annab ülevaate suitsetamise levimusest sotsiaalselt haavatavates gruppides (nt madalama haridustaseme ja madalama sissetulekuga rahvastikurühmades). Selline indikaator on vajalik selleks, et hoida ülevaadet selle kohta, kuivõrd suudetakse tegevustega hoiduda tervise ebavõrdsuse suurendamisest ja vähendada suitsetamist nendest sihtrühmades, kus suitsetajaid on kõige enam ja ka teised terviseriskid on suuremad.

Väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas viibivate inimeste osakaalu käsitlevat indikaatori puhul on saavutatud näitaja järjepidev langustrend ja suure tõenäosusega saavutatakse ka 2020. aastaks seatud sihttase. Täna ei ole indikaator RTA-sse integreeritud ja käesoleva uuringu autorid ei pea seda ka vajalikuks, kuna saavutatud on soovitud langustrend, mistõttu ei ole indikaator enam sama prioriteetne kui SVH strateegia koostamise ajal.



JOONIS 10. IGAPÄEVASELT SUITSETAVATE TÄISKASVANUTE OSAKAAL (%), SOO LÕIKES, 2004-2014.

ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

TABEL 5. SVH STRATEEGIA JA RTA TUBAKA INDIKAATORID

Indikaator	Baastase	Saavutatud tase	Sihttase (2020)	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Vajadus indikaatori muutmiseks
SVH strateegia						
1 13-aastaste igapäeva-suitsetajate %	10 M: 13 N: 8	2 M: 2 N: 1	Püsiv langustrend	Saavutatud	Realistlik	Integreerida RTA-sse
2 16-64-aastaste igapäeva-suitsetajate %	28 M: 45 N: 18	22 M: 31 N: 16	20 M: 30 N: 10	Trend saavutamise suunas	Realistlik	Integreeritud RTA-sse
3 Väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas viibivate inimeste %	17 M: 26 N: 10	8 M: 14 N: 4	4 M: 6 N: 2	Trend saavutamise suunas	Realistlik	Mitte integreerida RTA-sse
RTA						
4 16-64-aastaste igapäeva-suitsetajate %	28 M: 45 N: 18	22 M: 31 N: 16	24 (2014) 18 (2020)	Ületatud	Realistlik	Lisada kooliõpilaste suitsetamise indikaator Lisada ebavõrdsuse indikaator

Indikaatorite andmete allikad: indikaatorid 2, 3, ja 4 – Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, indikaator 1 – Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring

Järeldused

26. Kooliõpilaste tubakatarvitamise vähendamise tegevused on olnud tulemuslikud ja toonud kaasa märkimisväärse languse 13-aastaste suitsetamisharjumustes.
27. Tubakavabade keskkondade laiendamisele suunatud tegevused on olnud tulemuslikud ja toonud kaasa märkimisväärse kasvu tubakavabades keskkondades viibivate inimeste osakaalus.
28. Täiskasvanute seas on suitsetamine langustrendis, eriti meeste seas ning trend liigub 2020. aastaks seatud RTA sihttaseme saavutamise suunas. See viitab sellele, et suitsetamise vähendamisele suunatud tegevused on toonud kaasa soovitud muutusi.

Soovitused

25. Soovitame lisada indikaatori kooliõpilaste suitsetamise kohta (nt regulaarselt/igapäevaselt suitsetavate õpilaste osakaal).
26. Soovitame lisada indikaatori suitsetamise levimuse sotsiaal-majanduslike erinevuste kohta. Eelkõige soovitame jälgida suitsetamise trendide erinevusi haridustasemetega ja sissetulekute kvintilide lõikes (nt erisuse määr (%) kahe madalaima ja kahe kõrgeima kvintiili vahel ning erisuse määr kõrgharitud ja keskharitud suitsetajate vahel), kuna oluline on saavutada suitsetamise vähenemine kõigis ühiskonna gruppides ja eelkõige nendes gruppides, kus suitsetamise näitajad on kõrgemad (ehk vähem haritud ja vaesemate elanike seas). Samuti soovitame kaaluda regionaalsete erinevuste jälgimist, sest suitsetamise piirkondlikud käärid on Eestis võrdlemisi suured.

3.5. SVH ennetamisele suunatud tervishoiuteenused

Neljandaks SVH strateegia alaeesmärgiks oli SVH ennetusele suunatud tervishoiuteenuste kvaliteetsemaks ja kättesaadavamaks muutmine. Nimetatud eesmärgi all oli kaks indikaatorit:

1. Perearsti nimistus olevate 30–60-aastaste isikute osakaal, kellele määratakse SVH riskitegureid suureneb püsivalt 5% aastas
2. Südame- ja veresoonehaigete taastus- ja järelraviüsteem on 2008. aastaks korrastatud.

Tabelist 6 on näha, et RTA-sse ei ole SVH strateegia vastavaid indikaatoreid integreeritud ja uusi indikaatoreid ei lisatud.

Tulevikus tuleb tervishoiusüsteemi käsitlevad SVH-spetsiifilised indikaatorid kindlasti RTA-sse lisada, sest WHO soovituste kohaselt on tegu oluliste indikaatoritega. Olulisuse põhjuseid on täpsemalt lahti kirjutatud käesoleva raporti 3. peatükis.

WHO soovituste kohaselt tuleks kaaluda tulevikus valikut järgmiste indikaatorite vahel:

1. Vanusele kohandatud kõrgenenud vererõhu levimus 18+ vanusrühmas
2. Keskmise süstoolne vererõhk 18+ vanusrühmas
3. Vanusele kohandatud kõrgenenud veresuhkru taseme levimus 18+ vanusrühmas
4. Riskirühma kuuluvate inimeste osakaal, kes saavad ravi ja nõustamist, et südameinfarkte ja insulite ennetada (riskirühma kuuluvad 40+ vanuses inimesed, kellel on $\geq 30\%$ risk haigestuda 10 aasta jooksul SVH-sse või kellel on olemasolev SVH).

WHO pakutud indikaatorite kasutamine on probleemne, sest Eestis ei toimu praegu sellist andmekogumist, mis võimaldaks nimetatud indikaatorite andmeid mugavalt koguda (tulevikus peaks

olema need andmed väljavõetavad e-tervise süsteemist). Seetõttu soovib Praxis esialgu kaaluda pigem järgmiste indikaatorite kasutamist:

- SVH välditavate visiitide osakaal eriarstiabis
- SVH välditavate hospitaliseerimiste osakaal
- Esmatasandil SVH patsientide osakaal, kellele on teostatud kõik soovitatavad diagnostilised uuringud
- Statiinide kasutamise määr SVH patsientide ravis

TABEL 6. SVH STRATEEGIA JA RTA TERVISHOIOUSÜSTEEMI SVH INDIKAATORID

Indikaator	Baastase	Sihttase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Vajadus indikaatori muutmiseks	
SVH strateegia							
1	30-60-aastased isikud, kellele määratakse SVH riskitegureid, (%)	Seadmata	Püsiv iga-aastane 5%-line tõus	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Integreerida RTA-sse
2	Korrastatud SVH taastus- ja järel-ravisüsteem	Seadmata	2008. aastaks korrastatud	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Sõnastada täpsemalt
RTA							
-					Lisada SVH välditavate visiitide % eriarstiabis		
-					Lisada SVH välditavate hospitaliseerimiste %		
-					Lisada esmatasandil SVH patsientide %, kellele on teostatud kõik soovitatavad diagnostilised uuringud		
-					Lisada statiinide kasutamise % SVH patsientide ravis		

Indikaatorite andmete allikad: indikaatorid 1 ja 2 - Haigekassa, Sotsiaalministeerium

Järeldused

29. RTA-s ei seatud tervishoiousüsteemi-spetsiifilisi SVH indikaatoreid, kuigi rahvusvahelised soovitused toovad välja nende indikaatorite olulisuse .

Soovitused

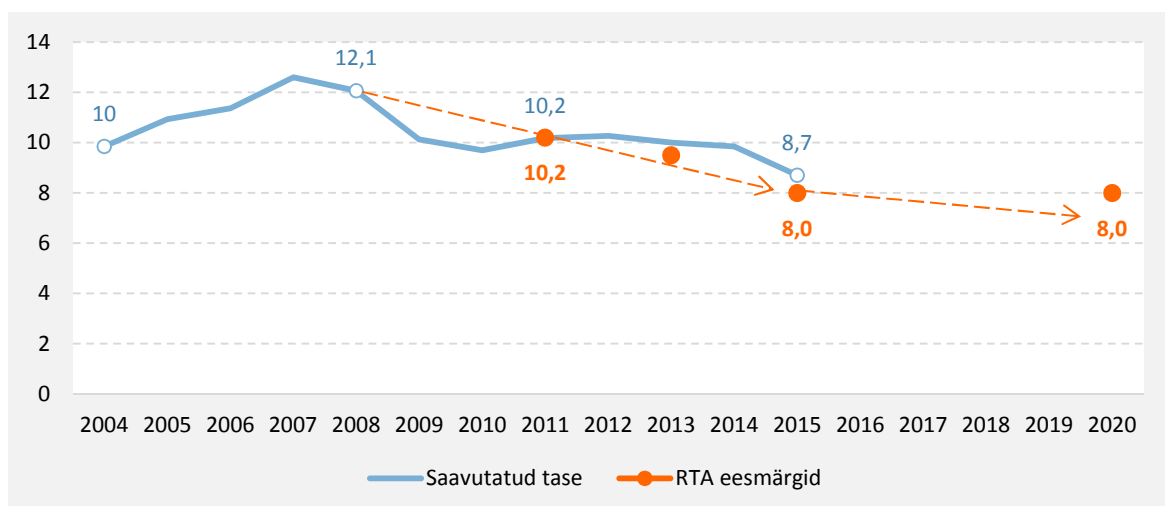
27. Soovitame kaaluda RTA-sse järgmiste indikaatorite (vms) lisamist:

- SVH välditavate visiitide osakaal eriarstiabis ja statsionaarses haiglaravis;
- SVH patsientide osakaal, kellele on esmatasandil teostatud kõik soovitatavad diagnostilised uuringud;
- Indikaator statiinide kasutamise kohta SVH patsientide ravis.

28. Eelnevalt loetletud indikaatorite (ja teiste sarnaste indikaatorite) andmeid täna Eestis regulaarselt ei arvutata ega avalikustata. Kuna tegu on oluliste indikaatoritega, ilma mida jälgimata ei ole võimalik adekvaatselt seirata SVH ravis toimuvaid arenguid, siis soovitame käivitada vastavate andmete regulaarse avalikustamise.

3.6. Alkoholist tingitud kahjud tervisele ja ühiskonnale

SVH strateegias ei olnud alkoholi käsitlevaid indikaatoreid määratletud. RTA-s on määratletud üks indikaator – absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas. Jooniselt 11 ja tabelist 7 on näha, et kuigi 2011. aastaks seatud siht saavutati, siis 2015. aasta sihini veel jõutud ei ole. Samas liigub trend vaikselt aga järjepidevalt languse suunas ja sama trendi jätkumisel tõenäoliselt ka RTA eesmärk (<8) saavutatakse. Tulevikus soovitame kaaluda täiendavate indikaatori lisamist, mida soovitab WHO: 1) Episoodiliste alkoholi liigtarbijate osakaal täiskasvanute ja alaealiste seas; 2) Alkoholist tingitud haigestumuse ja suremuse osakaal kõigist surmadest



JOONIS 11. ABSOLUUTALKOHOLI TARVITAMIN LIITRITES ELANIKU KOHTA AASTAS, 2004-2014.

ALLIKAS: KONJUNKTUURIINSTITUUT

TABEL 7. SVH STRATEEGIA JA RTA ALKOHOLI INDIKAATORID

Indikaator	Baastase	Saavutatud tase	Sihttase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Vajadus indikaatori muutmiseks
SVH strateegia						
-						
RTA						
1 Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas	12,1 (2008)	8,7 (2015)	<8 (2015) <8 (2020)	Trend saavutamise suunas	Realistlik	Lisada episoodilise alkoholitarbimise indikaator Lisada alkoholist tingitud haigestumuse indikaator Lisada alkoholist tingitud suremuse indikaator

Indikaatorite andmete allikad: indikaator 1 – Konjunkturiinstituut

Järeldused

30. Alkoholi kogutarbimine on vähenenud, mis viitab elluviidud alkoholi tarvitamist vähendavate meetmete tulemuslikkusele.

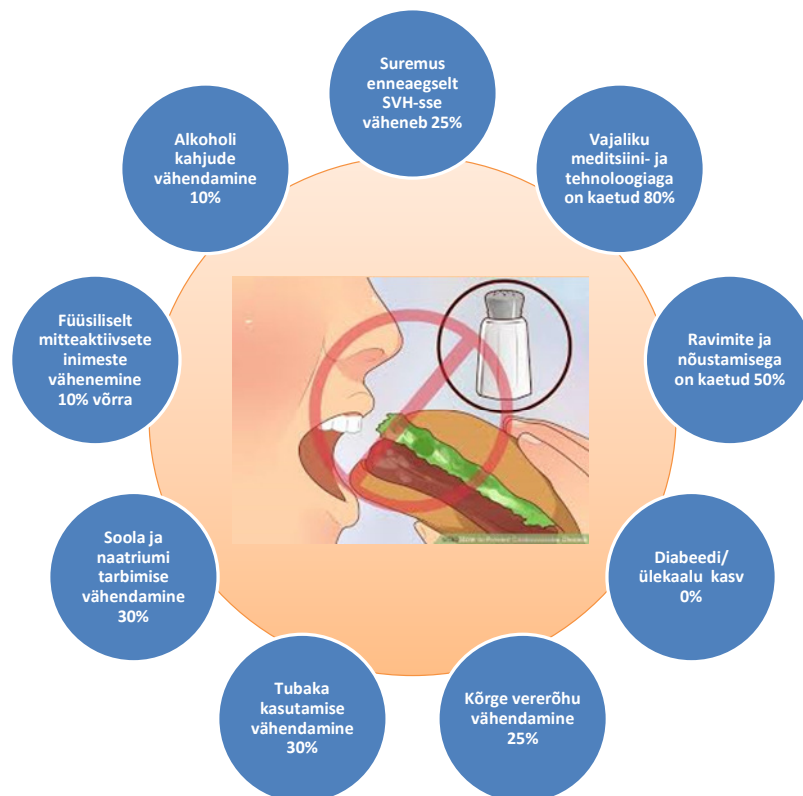
Soovitused

29. Soovitame lisada indikaatori episoodiliste alkoholi liigtarbijate osakaalu kohta nii täiskasvanute ja alaealiste seas (osakaal alkoholi tarvitajatest, kes on viimase kuu aja jooksul joonud vähemalt 1 korral korraga 6 alkoholiühikut).
30. RTA-sse lisada indikaator alkoholist tingitud haigestumuse ja suremuse osakaalu kohta kõigist surmadest.

3.7. Rahvusvahelised soovitusused mittenakkushaiguste seireks

2011. aastal võeti WHO ja ÜRO Peaassamblee poolt vastu globaalse seire raamistik, mis võimaldaks globaalselt jälgida mittenakkushaiguste ennetamise ja tõrjega seotud tegevusi ja tegevuste tulemuslikkust. Järgneval joonisel on ära toodud 9 mittenakkuslike haigustega (sh SVH) seotud eesmärki, milleni peaksid kõik riigid vastavalt oma praegust olukorda aluseks võttes aastaks 2025 jõudma. Lähtuvalt nendest eesmärkidest on soovitatud koostada ka indikaatorid, millega hiljem tulemuslikkust mõõta.

WHO 9 globaalset SVH-ga seotud eesmärki aastaks 2025



2013. aasta mais võttis Maailma Terviseassamblee vastu ulatusliku globaalse seire raamistiku. Raamistiku eesmärk on ennetada ja kontrollida mittenakkushaigusi. Globaalse seire raamistik koondab indikaatoreid, mida on võimalik kohandada eri piirkondade ning riikidega, et jälgida muutusi ning hinnata riiklike programmide edusamme. Globaalse seire raamistiku eesmärk on pakkuda WHO liikmesriikidele üksikasjalikke juhiseid, et 25-t indikaatorit korrektselt mõõta ning jälgida nende arengut ajas. Globaalse seire raamistiku indikaatorite kolm valdkonda keskenduvad põhilistele tulemitele, riskifaktoritele ning riiklike süsteemide vastavusele kontrollimaks ja ennetamaks mittenakkushaigusi. Järgnevas tabelis (tabel 8) on esitatud nimetatud 25 indikaatori.

TABEL 8. WHO MITTENAKKUSHAIGUSTE GLOBAALSE SEIRE RAAMISTIK, 2013

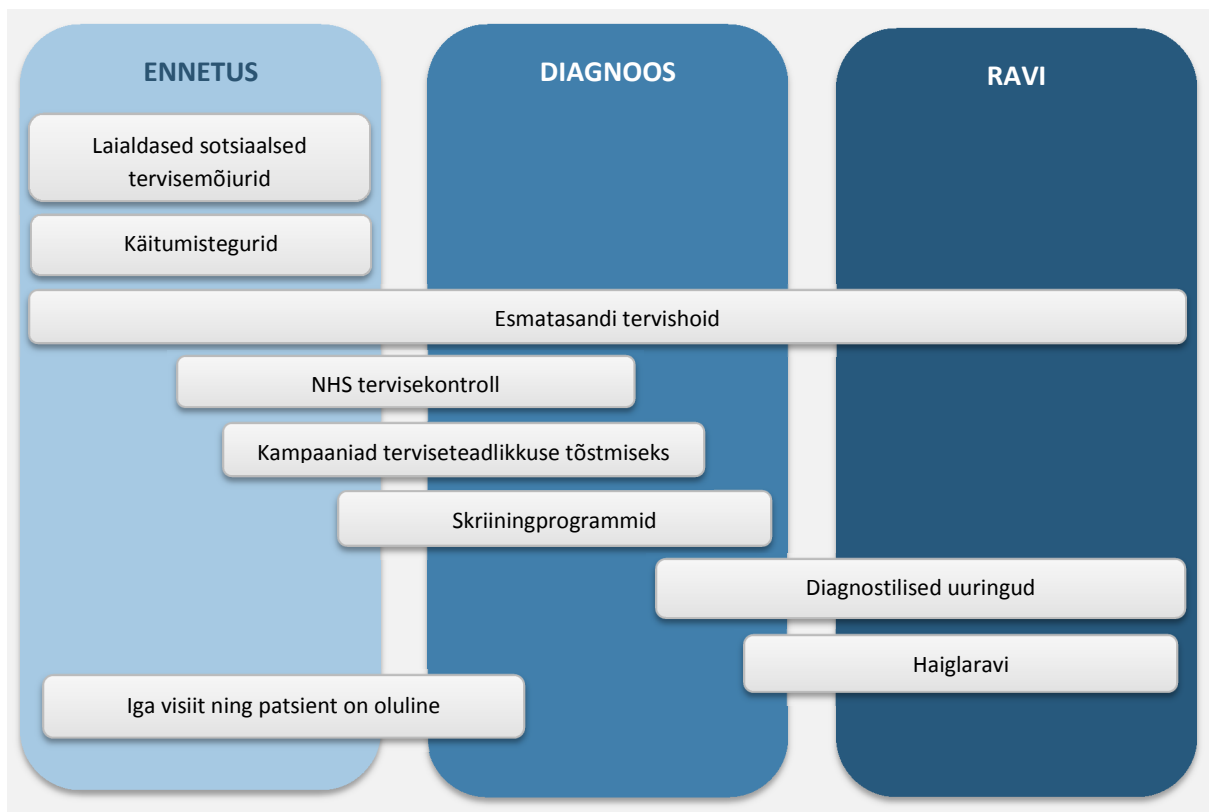
Valdkond	Eesmärk	Indikaator
Tulemuslikkus		
Enneaegne suremus mitterakkushaigustesse	1. 25%-line suremuse vähenemine SVHsse, vähki, diabeeti või kroonilisse hingamisteede haigusesse	1. Tõenäosus surra SVHsse, vähki, diabeeti või kroonilisse hingamisteede haigusesse 30. ja 70. eluaasta vahel
<i>Lisaindikaator</i>		2. <i>Vähihaigestumus vähiliigi ja 100 000 elaniku kohta</i>
Käitumuslikud riskitegurid		
Alkoholi kuritarvitamine	2. Vähemalt 10%-line (vajadusel kohandada vastavalt riigile) alkoholi kuritarvitamise vähenemine	3. Absoluutse alkoholi tarbimine inimese kohta (vanuses 15+) ühes kalendriaastas ühe liitri puhta alkoholi kohta (või vajadusel kohandada vastavalt riigile) 4. Vanusele kohandatud rohke episoodiline alkoholitarbimine noorte ja täiskasvanute seas (või vajadusel kohandada vastavalt riigile) 5. Alkoholiga seotud haigestumus ja suremus noorukite ja täiskasvanute seas (või vajadusel kohandada vastavalt riigile)
Ebapiisav kehaline aktiivsus	3. Ebapiisava kehalise aktiivsuse levimuse 10%-line vähenemine	6. Kehaliselt väheaktiivsete noorukite osakaal. Ebapiisav aktiivsus on defineeritud selles vanuserühmas vähem kui 60 minutit mõõdukat kuni tugevat kehalisest aktiivsust päevas. 7. Vanusele kohandatud kehaliselt ebapiisavalt aktiivsed 18aastased ja vanemad inimesed. Ebapiisav aktiivsus on defineeritud selles vanuserühmas vähem kui 150 minutit keskmise mõõdukusega aktiivsust nädalas.
Soola/naatriumitarbimine	4. Keskmise soolatarbimise 30%-line vähenemine rahvastikus	8. Vanusele kohandatud 18aastase ja vanema rahvastiku keskmine päevane soola/naatriumtarbimine grammides
Tubakatarbimine	5. Tubakatarbimise levimuse 30%-line vähenemine	9. Tubakatarbimise levimus alaealiste seas 10. Vanusele kohandatud tubakatarbimise levimus 18aastaste ja vanemate seas
Bioloogilised riskitegurid		
Kõrgenenud vererõhk	6. Kõrgenenud vererõhu 25%-line vähenemine või kõrgenenud vererõhu hoidmine samal tasemel (kohandad vastaval riigi oludele)	11. Vanusele kohandatud kõrgenenud vererõhu levimus 18aastaste ja vanemate inimeste seas ning keskmine süstoolne vererõhk. Kõrgenenud vererõhk on defineeritud kui süstoolne vererõhk ≥ 140 mmHg ja/või diastoolne vererõhk ≥ 90 mmHg
Diabeet ja rasvumine	7. Diabeedi ja rasvumise kasvu peatamine	12. Vanusele kohandatud kõrgenenud veresuhkru taseme levimus 18aastaste ja vanemate inimeste seas (defineeritud kui veresuhkru tase tühja kõhu koras $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) või veresuhkrut alandavate ravimite võtmise ajal) 13. Ülekaalu ja rasvumise levimus alaealiste seas (määratletud WHO soovitude järgi: ülekaal – üks kmi

		<p>standarhälve vanuse ja soo kohta; rasvumine – kaks kmi standarhälvet vanuse ja soo kohta).</p> <p>14. Vanusele kohandatud ülekaalu ja rasvumise levimus 18aastaste ja vanemate seas (ülekaal on määratletud kui $kmi \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ja rasvumine kui $kmi \geq 30 \text{ kg/m}^2$)</p>
<i>Lisaindikaatorid</i>		<p>15. Vanusele kohandatud keskmine küllastunud rasvhapete tarbimisest saadud energia osakaal kogu energiatarbimisest 18aastaste ja vanemate seas.</p> <p>16. Vanusele kohandatud inimeste levimus, et tarbivad vähem kui viis toidukorda (400 g) puu- ja juurvilju ühes päevas.</p> <p>17. Vanusele kohandatud kõrgeenenud üldkolesteroolitaseme levimus 18aastaste ja vanemate seas (kõrgeenenud üldkolesterool $\geq 5,0 \text{ mmol/l}$ või 190 mg/dl); ja keskmine üldkolesterooli kontsentratsioon.</p>
Riiklike süsteemide vastavus		
Ravi südameinfarktide ja insultide ennetamiseks	8. Vähemalt 50% riskirühma inimestest saavad ravi ning nõustamist (k.a veresuhkru kontrolli), et südameinfarkte ja insulite ennetada	18. Riskirühmas olevate inimeste osakaal, kes saavad ravi ja nõustamist, et südameinfarkte ja insulite ennetada. Riskirühma kuuluvad 40aastased ja vanemad inimesed, kellel on $\geq 30\%$ risk haigestuda 10 aasta jooksul SVH-sse või kellel on olemasolev SVH.
Peamiste MNH-de raviks vajalike ravimite olemasolu ja põhilised tehnoloogiad	9. Taskukohaste põhiliste tehnoloogiate ja ravimite kättesaadavus 80% ulatuses, k.a geneerilised ravimid peamiste MNH raviks nii avalikes kui eraasutustest	19. Kvaliteetsete, turvaliste ja efektiivsete peamiste MNH ravimite (k.a geneeriliste ravimite) ning põhiliste tehnoloogiate kättesaadavus ja taskukohasus nii avalikes kui eraasutustes.
<i>Lisaindikaatorid</i>		<p>20. Palliatiivse ravi kättesaadavus hinnates morfiini ekvivalentides.</p> <p>21. Riiklike poliitikate kehtestamine, mis piiravad küllastunud rasvhapete kasutamist ja vähendavad hüdrogeenitud taimsete õlide kasutamist toidus (kohandatult vastavalt riiklikele programmidele ja poliitikatele).</p> <p>22. Inimese papilloomviiruse vaktsiini kättesaadavus või vajadusel kulutõhusus ja taskukohasus (kohandatult vastavalt riiklikele programmidele ja poliitikatele).</p> <p>23. Kehtestatud seadused, mis vähendava lastele kõrge küllastunud rasva-, transrasvhapete, suure suhkru või soolasisaldusega toitude ja mittealkohoolsete jookide turustamise mõju.</p> <p>24. B-hepatiidi vaktsiiniga kaetus jälgides kolm vaktsiini doosi saanud imikute hulka.</p> <p>25. 30-49-aastaste naiste osakaal, kes on käinud vähemalt korra või rohkem emakakaelavähi uuringul. Kohandada nooremale ja vanemale vanusegrupile vastavalt riigi programmidele ning poliitikatele.</p>

Lisa 1. Suurbritannia südame- ja veresoonehaiguste riiklik poliitika

SVH valdkonna juhtimine

Suurbritannias kinnitati valitsuse poolt 2014. aastal riiklik strateegiline plaan mittenakkuslikest haigustest tingitud varajase suremuse vähendamiseks. (71) Tegemist on kompleksse plaaniga, mis on suunatud üldiste käitumuslike riskitegurite (tubakas, toitumine, alkohol ja kehaline aktiivsus) ning teiste tervisemõjurite (elamuehitus, tööhõive, transport, sissetulek ja keskkond) mõjutamiseks, lisaks haiguste varajasele avastamisele ja ravile. Riikliku plaani tegevuskava rakendatakse kohalikul tasandil koostöös Riikliku Tervishoiuteenistuse (NHS) ja Rahvatervise teenistusega (PHE). Strateegia alustalad on haiguste ennetus läbi rahvatervise meetmete, elanikkonna ja professionaalide kõrgem teadlikkus, et avastada haigusseisundid võimalikult varakult, ning ligipääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele. Korralduslikult on riiklikul tasandil NHS vastutav kõrgekvaliteedilise ravi ja hooldusteenuse osutamise eest; PHE koordineerib rahvatervise valdkonnas uuringuid ja ennetustegevusi ning visualiseerib oma kodulehel interaktiivselt terviseandmeid, mis võimaldab inimestel jälgida oma paikkonna tervisenäitajaid ja võrrelda neid teiste paikkondadega. Kohalikud tervise ja heaolu nõukogud vastutavad kohaliku rahvatervise valdkonna prioriteetsete tegevuste elluviimise eest. Haiglate haldusnõukogud vastutavad kohalike tervishoiuteenuste väljatöötamise eest koostöös kohaliku tervishoiu sektori, patsientide, kogukonna ja võimu esindajatega. Strateegias on täpselt määratletud süsteemi erinevate osapoolte roll ja vastutus ühiste eesmärkide saavutamiseks. Strateegiapaber määratleb suunad, kuid lahendused töötatakse välja kohalikul tasandil kaasates erinevaid partnereid nii erasektori kui kodanikuühiskonna näol. Järgnev joonis illustreerib skemaatiliselt strateegia valdkondi ja neid läbivaid teemasid.



JOONIS 12. SUURBITANNIA MITTENAKKUSHAIGUTE STRATEEGIA . ALLIKAS: AUTORITE KOOSTATUD

SVH tegevussuunad

Strateegia on teed rajava iseloomuga markeerides mittenakkushaiguste ennetusele ja kontrollile suunatud rahvastiku tasandi sekkumised järgmistes siht-valdkondades:

1. Tõhustada üldisi praktikaid
2. Toetada NHS-i püüdlustes lahendada ebavõrdsust tervises
3. Toetada muutusi tervisekäitumises – loendada iga kontakt
4. Arendada efektiivselt suitsetamisest loobumise teenust
5. Piirata alkoholi kättesaadavust
6. Tõhustada hüpertooniatõve avastamist ja edasise järelvalve korraldamist

Strateegia esimese suuna all on meede soodustamaks krooniliste haigete paremat iseseisvat haigusega toimetulekut. Samuti on siin meede, mille kohaselt on oluline tõhustada kaasnevate haiguste kontrolli ja ravi. Teiseks oluliseks suunaks on sotsiaal-majandusliku ebavõrdsusega tegelemine. Kolmanda suuna all toetatakse muutusi tervisekäitumises. Strateegia näeb ette, et inimese igal kokkupuutel tervishoiuteenuse pakkujaga⁵ mõõdetakse tema vererõhku ja nõustatakse elustiili küsimustes. Vastavad tegevused tuleb integreerida igapäeva praktikasse. Samuti nähakse ette personali nõustamisalast koolitust ja infomaterjalide ettevalmistamist. Rõhutatakse integreeritud teenuseid. Neljanda suuna all arendatakse efektiivselt suitsetamisest loobumise teenust. Võib veel välja tuua selle, et suitsetamisest loobumise teenuse arendamisel on oluline koostöö eriarstiabi sees ja väljaspool olevate teenusepakkujate vahel. Samuti tahetakse tõhustada koostööd kohaliku omavalitsuste ja kohaliku tasandi spetsialistide meeskondade vahel.

Strateegias on eraldi alajaotus südame-veresoonkonna haigustele, mille all on loetletud 9 kõrge mõjususega sekkumist:

1. Riskitegurite teadlikkus ja mõõtmine.
2. NHS tervisekontrolli korraldamine riskirühmadele üldiste riskitegurite määramiseks, mis on olulised selliste haiguste nagu südamehaigused, insult, diabeet ja neeruhaigused varajaseks diagnoosimiseks. Samuti on oluline edasise järelkontrolli ja täiendavate kliiniliste analüüside tegemise korraldamine. See programm puudutab kõiki 40 kuni 74 aastaseid elanikke. Elluviimine toimub kohaliku tasandi tervishoiuasutuste kaudu. Kontrolli tuleb teostada kord viie aasta jooksul ja see puudutab neid inimesi, kellel veel ei ole diagnoositud haigust. Pikaajalise jälgimise jaoks on vajalik korraldada andmete edastamine teenuse ostjate ja pakkujate vahel.
3. Esmaabi. See punkt rõhutab elustamiskursuste suurendamise vajalikkust.
4. Esmatasandi arstiabi. Tõhustada kodade virvenduse diagnoosimist elanikkonna hulgas kõrge riskiga insuldi riski tõttu.
5. Perekondliku hüperkolesteroleemia varajase diagnoosimise tõhustamine.

⁵ „measuring every contact (MEC)“

6. Suurendada transitoorse isheemilise ataki haigete osakaalu, kes on saanud ravi 24 tunni jooksul. Patsientidel on väga suur risk saada isheemiline insult.
7. Ägeda insuldi ravi korraldamine.
8. Insuldihaigete liikumatuses tingitud süvaveeni tromboosi ärahoidmise korraldamine haiglaravil.
9. Müokardiinfarkti haigete ravi korraldamine edasiste tüsistuste vältimiseks, sh:
 - a. Müokardiinfarkti haigete toimetamise tõhustamine südamekeskustesse 72 tunni jooksul. Haiglate vaheline transportimine võib olla liiga aeglane ja patsient võib surra enne, kui ta jõutakse viia spetsialiseeritud keskusesse.
 - b. Tõsta rehabilitatsiooni saanud südamehaigete osakaalu. Tööpaberil oli kirjas kaks diagnoosi – südame isheemiatõbi ja äge südamepuudulikkus.
 - c. Suurendada insuldihaigete nõustamist ja taastusravi peale haiglast väljakirjutamist. Vastavad meeskonnad ei ole veel moodustatud kõikide haiglate juurde.

Õppetunnid Eestile

Suurbritannia strateegia tugevus seisneb selles, et süsteemi erinevate osade vastutused on täpselt määratletud, iga osapool on teadlik oma rollist ning tegutsetakse ühise eesmärgi saavutamise nimel. Võib öelda, et Suurbritannia strateegia on hästi tuntud ja omaks võetud kõikidel tasanditel; ta on arusaadav nii professionaalidele kui elanikkonnale, kaasatud on nii erasektor kui kodanikuühiskond. Teadlikkust elanikkonna ja tervishoiutöötajate seas aitab kasvatada PHE poolt koordineeritud teavitustöö.

Ka Eesti südamestrateegia sai oma algusaastatel kiiresti populaarseks just tänu sellele, et erinevad tasandid ning sektorid kogunesid strateegia nõukogus laua taha kokku, arutasid ühiselt eesmärgi ja lahendusi. Tihedat koostööd tehti algselt ka Südameliiduga, kes koostas strateegia alusdokumendi kavandi. Sarnaselt Suurbritannia strateegiale, mille suunad annab küll riik, kuid rakendaja on kohalik tasand, viidi ka Eesti südamestrateegia tegevus ellu maakondades, kus loodi maakondlikud tervisenõukogud ning tervisetuba. Loomulikult ei saa võrrelda Eesti ja Suurbritannia võimekust kohalikul tasandil tegutsemiseks arvestades elanikkonna suuruse vahet, mistõttu ei saa ka eeskuju üks-ühele võtta, kuid Suurbritannia näitel võib siiski öelda, et oluline on, et strateegia oleks mõistetav ja saaks omaseks kõikidele osapooltele. RTA-sse integreerumisel kadus südamestrateegia identiteet, vastutus hajus ning RTA ise jäi elluvijatele kaugeks ja võõraks dokumendiks.

Ülekaalus ja toitumine ei ole otseselt MNH strateegia prioriteetsete põhivaldkondade all, seda probleemi adresseeritakse kampaania (2009-2011) *Change4Life* kaudu.⁶ *Change4Life* on tervise osakonna turundusstrateegia ülekaalususe vastu võitlemiseks üleriikliku programmi „*Healthy Weight, Healthy Lives*“ raames. Tegemist on sotsiaalse turunduse kampaaniaga, mis on suunatud ülekaalususele ning käsitleb toitumist ja liikumist. Kampaaniasse on kaasatud nii akadeemilise kui kaubandusliku sektori ekspertiisid, käitumisharjumusi muutev teooria ning meetmed teistest käitumisharjumustele (nt suitsetamine) suunatud kampaaniatest.

⁶ http://www.nhs.uk/change4life/supporter-resources/downloads/change4life_marketing%20strategy_april09.pdf

Vastavalt nendele alustele on loodud hüpoteetiline sotsiaalse turunduse meetodikal põhinev käitumisharjumusi muutev mudel, mis julgustab ning toetab inimesi erinevates etappides toitumise ja liikumisharjumuste kohandamisel. Kampaaniad viiakse läbi kolme aastaste tsüklitena ning kasutusele on võetud jälgimisprogrammid, et hinnata kampaania tulemuslikkust. Kampaania üheks oluliseks sihtrühmaks on muuhulgas ka vähemuskogukonnad. Kampaanial on viis põhivaldkonda:

1. Varajane kaaluprobleemide ennetus lastel
2. Tasakaalustatud toitumise edendamine vähendamaks kõrge rasva-, suhkru- ning soolasisaldusega toitude tarbimist ning suurendada puu- ning juurviljade tarbimist
3. Kehalise aktiivsuse suurendamine, et muuta liikumine päeva tavapäraseks osaks
4. Stiimulite loomine, et saavutada parem tervislik seisund
5. Personaalne nõustamine ning tugiteenuste osutamine

Lisa 2. Ekspertide süvaintervjuu kava

1. Millised on olulisemad Eesti väljakutsed ja edasiminekul SVH ennetamisel sh esmatasandi roll selles?
2. Millised on olulisemad Eesti väljakutsed ja edasiminekul SVH raviteenustes?
3. Kuivõrd on need väljakutsed ja edasiminekul erinevad Eesti eri piirkondades?
4. Milline on olnud RTA roll SVH olukorda puudutavates arengutes?
5. Millised võiksid olla Eesti peamised eesmärgid SVH olukorra parandamisel, mis on järgmise 10 aasta jooksul saavutatavad?
6. Millised on kõige olulisemad takistused, mis tuleb Eestis ületada, et need eesmärgid saavutada?
7. Millistest põhimõtetest peaks Eestis lähtuma RTA SVH tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?
8. Kuivõrd peaks RTAs olema seatud fookus SVH riskiteguritele?
9. Milliseid SVH ennetamise tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
10. Milliseid SVH raviga seotud tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?
11. Kuidas saavutada RTA-s SVH ennetuse ja ravi tegevuste omavaheline integreeritus ja tasakaal?

Lisa 3. Analüüsi hõlmatud dokumendid

1. Sotsiaalministeerium (2005) „Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005-2020“
2. Tervise Arengu Instituut (2007) „Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2007. aasta Tervise Arengu Instituudi tegevuskava“
3. Tervise Arengu Instituut (2007) memo „TAI 2007. aasta SVH ennetamise strateegia I poolaasta aruande kommentaarid“
4. Tervise Arengu Instituut (2007) „TAI 2007. aasta SVH ennetamise strateegia II poolaasta aruanne“
5. Tervise Arengu Instituut (2008) „Tervise Arengu Instituudi 2008. a I poolaasta SVH strateegia tegevusaruanne“
6. Tervise Arengu Instituut (2008) memo „2008. aasta SVH ennetamise strateegia TAI I poolaasta aruanne“
7. Tervise Arengu Instituut (2009) „Tervise Arengu Instituudi südame- ja veresoonehaiguste ennetamise strateegia 2009 aasta aruanne“
8. Sotsiaalministeerium (2010) SVH ennetamise strateegia nõukogu koosoleku protokoll
9. Sotsiaalministeerium (2010) „Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2010. aasta tegevuskava“
10. Tervise Arengu Instituut (2010) "Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia Tervise Arengu Instituudi 2010. a tegevuskava“
11. Tervise Arengu Instituut (2010) „Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020 Tervise Arengu Instituudi 2010. aasta tegevuskava I poolaasta aruanne“
12. Tervise Arengu Instituut (2011) "Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia Tervise Arengu Instituudi 2011. a tegevuskava“
13. Tervise Arengu Instituut (2011) „Tervise Arengu Instituudi Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia 2011. aasta I poolaasta aruanne“
14. Sotsiaalministeerium (2008) „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“
15. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“
16. Sotsiaalministeerium (aasta teadmata) „RTA rakendusplaan aastateks 2009-2012“
17. Sotsiaalministeerium (2009) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta tegevusaruande analüütiline kokkuvõte“
18. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta aruanne“
19. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
20. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA 2011. aasta tegevuskava“
21. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA 2011. aasta tegevuskava tabel“
22. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA aastate 2009-2010 tulemusaruanne“
23. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta aruanne“
24. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
25. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta aruanne“
26. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
27. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA 2012. aasta tegevuskava“

28. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA 2012. aasta tegevuskava tabel“
29. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA I perioodi 2009-2012 tulemusaruanne“
30. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA 2013. aasta tegevuskava“
31. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA 2013. aasta tegevuskava tabel“
32. Sotsiaalministeerium (2013) „Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta aruanne“
33. Sotsiaalministeerium (2013) „Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
34. Sotsiaalministeerium (2014) „RTA 2014. aasta tegevuskava“
35. Sotsiaalministeerium (2014) „RTA 2014. aasta tegevuskava tabel“
36. Sotsiaalministeerium (2014) „Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta aruanne“
37. Sotsiaalministeerium (2014) „Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
38. Sotsiaalministeerium (2015) „Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta aruanne“
39. Sotsiaalministeerium (2015) „Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
40. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA aastate 2013-2014 tulemusaruanne“
41. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA 2015. aasta tegevuskava“
42. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA 2015. aasta tegevuskava tabel“
43. Sotsiaalministeerium (2016) „Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta aruanne“
44. Sotsiaalministeerium (2016) „Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
45. Sotsiaalministeerium (2016) „RTA 2016. aasta tegevuskava“
46. Sotsiaalministeerium (2016) „RTA 2016. aasta tegevuskava tabel“
47. Sotsiaalministeerium (2016) töödokument „Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 indikaatorid“
48. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA rakendusplaan aastateks 2013-2016“
49. Sotsiaalministeerium (aasta teadmata) „RTA täiendatud rakendusplaan aastateks 2013-2016“
50. Sotsiaalministeerium (2008) Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelvalve nõukogu koosoleku protokoll
51. Sotsiaalministeerium (2010) Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelvalve nõukogu koosoleku protokoll
52. Sotsiaalministeerium (2011) Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelvalve nõukogu koosoleku protokoll
53. Sotsiaalministeerium (2008) Vastused kontrolliaruande "Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks" eelnõus esitatud soovitudele
54. Põllumajandusministeerium (2010) „SVH 2010 Põllumajandusministeeriumi tegevused“
55. Kultuuriministeerium (2010) „Kultuuriministeeriumi tegevused südame-veresoonkonna haiguste ennetamisel“
56. Kultuuriministeeriumi (2005) „Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010“
57. Kultuuriministeeriumi (2010) „Liikumisharrastuse arengukava 2011 – 2014“
58. Kultuuriministeeriumi (2014) „Kultuuriministeeriumi valitsemisala arengukava 2015-2018“
59. Kultuuriministeeriumi (2015) Arengustrateegia "Eesti sport 2030"
60. WHO (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation
61. WHO (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control

62. WHO (2004) WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health
63. WHO (2008) WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013“
64. WHO (2008) 61st World Health Assembly resolution on strategies to reduce the harmful use of alcohol
65. WHO (2009) Interventions on diet and physical activity: what works: summary report
66. WHO (2010) WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol
67. WHO (2010) Global recommendations on physical activity for health
68. WHO (2013) Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs, 2013-2020
69. WHO (2013) Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. NCD Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. NCD Global Monitoring Framework
70. WHO (2014) Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Assessment guide.
71. UK Department of Health (2014) Living Well for Longer: National Support for Local Action to Reduce Premature Avoidable Mortality.
72. WHO (2015) Physical activity strategy for the WHO European Region, 2016-2025
73. Lai T, Johansen A, Breda J, Reinap M, et al. (2015) Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Estonia: country assessment, WHO
74. Kurowski, C, Chandra, A, Finkel, E et al. (2015) Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis: kokkuvõttev aruanne. Eesti Haigekassa, World Bank Group
75. EU Physical Activity Guidelines Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity (2008)
76. WHO (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol
77. Eglit, T. (2014) Doktoritöö "Obesity, impaired glucose regulation, metabolic syndrome and their associations with high-molecular-weight adiponectin levels" Tartu: Tartu Ülikool.

