

Kümme aastat tervisedendust Eestis

Ten Years of Health Promotion
in Estonia

2003

Toimetuskolleegium/Editorial Board Anu Kasmel
Aili Laasner
Andrus Lipand
Kai Tamm
Sirje Vaask

Kaastööde autorid/Contributors Eha Anslan, Marge Grauberg, Marge Green, Maarike Harro,
Tiiu Härm, Imbi Jae, Pille Javed, Hubert Kahn, Marju Kiipus,
Ada Kraak, Malle Kuusik, Ülle Laasner, Kädi Lepp, Jaan
Lõõnik, Mai Maser, Ene Orumaa, Elo Paap, Taimi Parve,
Tiia Pertel, Marika Ratnik, Margit Rikka, Malle Roomeldi,
Astrid Saava, Tiiu-Liis Tigane, Vilma Tikerpuu, Liana Varava,
Margus Viigimaa, Luule Viitmann, Raivo Vokk

Keeletoimetaja/Editor Urve Pirso
Inglise keele toimetaja/Editor in English Reet Sool

Täname kõiki, kes aitasid kaasa käesoleva raamatu sisulisele ja tehnilisele valmimisele.
We thank all those who made the publication of this book possible.

Väljaandja Eesti Tervisekasvatuse Keskus
Published by the Estonian Centre for Health Education and Promotion
<http://www.tervis.ee>

Koostajad Eesti Tervisekasvatuse Keskus, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium
Compiled by the Estonian Centre for Health Education and Promotion, the Estonian Health Insurance Fund and the Estonian Ministry of Social Affairs

Kujundus/Design by Tartu Ülikooli Kirjastus

ISBN 9949-10-061-5

Sisukord

Contents

I	Eessõna	5
	Preface	
II	Sissejuhatus.....	9
	Introduction	
III	Kaks tervisepoliitika dokumenti.....	15
	Two Health Policy Documents	
IV	Tervisedenduse struktuur	21
	The Structure of Health Promotion	
V	Tervise areng 10 aasta jooksul.....	27
	Health Development in Ten Years	
	1. Kaugeesmärkide saavutamine	31
	Goals Attained	
	1.1. Peamised muutused tervisenäitajates ja sotsiaalvaldkonnas	31
	Principal Changes in Health Figures and the Social Sphere	
	1.2. Muutused elukvaliteedis ja võrdsetes võimalustes	33
	Changes in Life Quality and Equal Opportunities	
	1.3. Muutused suremuses ja haigestumuses	34
	Changes in Mortality and Morbidity Rate	
	2. Lähieesmärkide saavutamine	37
	Objectives Gained	
	2.1. Muutused tervisekäitumises	37
	Changes in Health Behaviour	
	2.2. Muutused terviseteenustes	40
	Changes in Health Services	
	2.3. Muutused keskkonnas	41
	Changes in Environment	

3. Tervisedenduse mõju	43
Health Promotion Impact	
3.1. Muutused terviseteadlikkuses	43
Changes in Health Awareness	
3.2. Muutused paikkondlikus arengus	45
Changes in Community Development	
3.3. Muutused tervisepoliitikas	54
Changes in Health Policy	
VI Tervisedenduslik tegevus kümne aasta jooksul	57
Health Promotion Activities in Ten Years	
1. Riiklikud terviseprogrammid	59
State Health Programs	
2. Tervisedenduse regionaalne areng.....	74
Regional Development of Health Promotion	
VII Akadeemiline haridus tervisedenduses Eestis	85
Academic Education of Health Promotion in Estonia	
VIII Tervisedenduse hindamine	91
Health Promotion Evaluation	
Kirjandus	97
Bibliography	



Eessõna

Foreword

Minu esmakordne ametisolek sotsiaalministrina 1995. aastal oli valitsuse vahetuse tõttu suhteliselt lühike, piirdudes vaid 7 kuuga, kuid sellel ajaperioodil toimus mitmeid tähelepanuväärseid muutusi tervisedenduse arengus. Kõigepealt tootsin esile Riigikogus 14. juunil 1995 vastu võetud rahvatervise seaduse, milles defineeriti esimest korda tervisedenduse mõiste. Seadusega loodi tervisedenduse õiguslik alus, sätestati tervise edendamise põhiülesanded ja vahendid ning määrati kindlaks institutsioonide kohustused. Seadusega määrati tervise edendamise rahastamise allikaks nii riigi kui ka ravikindlustuse eelarve. Need olid fundamentaalsed otsused, mille elujõud on püsinud tänase päevani.

Alustati süstemaatilist tervisedenduslikku projektitööd, mida rahastas ravikindlustussummadest Keskhaigekassa (praeguse nimega Eesti Haigekassa). Avaliku konkursi korras valis Tervisekaitse Sihtkapitali nõukogu välja 1996. a rahastatud projektid. Sellise projektikonkursi tarbeks eraldati 15 miljonit krooni. Niisugune igal aastal toimuv põhimõtteline ja unikaalne tervist edendavate projektide finantseerimise süsteem kestab senini ning Maailma Terviseorganisatsioon toob seda eeskujuks teistele riikidele.

Samas tekkis vajadus juhtida ja koordineerida tervisedendust kui protsessi maakondades. Selleks hakati looma tervisedenduse riiklikku võrgustikku ja 1,5 aasta vältel 16 tsüklilist koosneva programmi kaudu koolitati välja iga maakonna jaoks üks spetsialist. Sellega pandi alus tervisedenduse püsistruktuurile ning maavalitsuses töötav selle valdkonna spetsialist muutus maakonnas juhtivaks ja koordineerivaks isikuks, kes hakkas kujundama oma paikkonna koostöövõrgustikku.

Maailmapanga laenu toel asutati oktoobris Rahvatervise Täiendkoolituse Keskus (praeguse nimega Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus), kus hakati õpetama koostöös Eesti Tervisekasvatuse Keskusega tervisedenduse aluseid. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis loodi tervisedenduse magistriõppe võimalus.

Järgmine ajaperiood sotsiaalministrina, mis algas 2002. aastal, on tervisedenduse arengus valdavalt seotud otsingute ja uuendustega. Maailma inimarengu indeksi põhjal jõudsimest esimest korda arenenud riikide hulka. Samas on aga suur ebavõrdsus tervises, uimastite, alkoholi ja tubaka tarvitamise jätkuv kasv noorte seas, ohtlike nakkushaiguste (tuberkuloos ja HIV/AIDS) pealetung, vigastustest ja teistest ennetatavatest haigustest põhjustatud varane suremus esitanud meile tõsise väljakutse seniste prioriteetide ümberhindamiseks ning elukvaliteedi tõstmisele ja paremale tervisele orienteeritud strateegiate loomiseks-elluviimiseks.

Oleme selle väljakutse vastu võtnud. Senisest enam on tähtsustatud tervisekasvatuse rolli koolides; tervisedendus on kaasatud kolmandat sektorit ja eriti naisorganisatsioone; valmimas on nüüdisaegne tervist mõjutavatel teguritel põhinev "Rahvastiku tervisestrateegia". Eesti liitus 2003. a Euroopa Liidu rahvatervise programmi 2003–2008, et tihendada koostööd teiste Euroopa riikidega. Tulevikku suunatud investeeringuna alustab veel 2003. a kevadel tööd Tervise Arengu Instituut, mis tähendab kogu rahvatervise teadus-, arendus- ning rakendus-tegevuse laienemist.

Siiri Oviir
10. märtsil 2003. aastal



My first term as Minister of Social Affairs in 1995 was relatively brief, due to the change of Government, but even within this short period of time a number of significant changes took place in the development of health promotion. First and foremost, I'd like to stress the impact of the Public Health Law, passed by the Estonian Parliament on June 14, 1995, which defined for the first time the concept of health promotion in our rapidly developing legislation. This law provided legal foundation for health promotion, fixed the main tasks and means, as well as the obligations at the institutional level. It defined both state and health insurance budgets as financing sources for health promotion. Those were fundamental decisions that are still vital today.

This marked the beginning of the systematic work with health promotion projects, financed by the health insurance resources of the Estonian Health Insurance Fund (the present Estonian Sick Fund). The projects were presented within the framework of an open contest, of which the Health Protection Foundation Committee selected the best ones for financing in 1996. 15,000,000 EEK were given to finance these projects. This annual and basically unique system of financing health promotion projects is functioning well today and is often pointed out as a good example for other countries by the World Health Organization.

At the same time, the need to direct and coordinate the process of health promotion at county level became more evident. For this purpose, work on creating the nation-wide network of health promotion was started, as a result of which every county received one specialist that had fulfilled the training programme of 16 cycles within a year and a half. This formed the foundation of the permanent structure of health promotion, while the trained specialist working at the county government became the leader and

coordinator in the county, responsible for developing the local infrastructure.

Supported by a loan from the World Bank, the Centre for Public Health Education (at present the Centre for Public Health and Social Training) was founded in October, which began to teach the fundamentals of health promotion in collaboration with the Estonian Centre for Health Education and Promotion. A master's program in health promotion was introduced at the Department of Public Health at Tartu University.

The next period in my work as the Minister of Social Affairs that began in 2002, is mostly connected with quests and innovations in the development of health promotion. For the first time, we were included in the list of advanced countries of the World Human Development Index. At the same time, the significant inequalities in health, the continuing use of illegal drugs, alcohol and tobacco among the young, the advance of dangerous infectious diseases (TB and HIV/AIDS), premature death from injuries and other preventable diseases represent serious challenges that call for a reevaluation of existing priorities and the further development and implementation of strategies for the improvement of life quality and health.

We have accepted this challenge. Due to HIV/AIDS, we pay more attention to health education at schools, involving NGOs and especially women's organizations in checking the spread of alcoholism. At present, we are finishing an up-to-date Public Health Strategy based on health determinants. In 2003, Estonia joined the EU Public Health Program 2003–2008.

As an investment in the future, the National Institute for Health Development will be opened in the spring of 2003, representing a new and higher stage in public health research, development and application.

Siiri Oviir
March 10, 2003



Sissejuhatus

Introduction

■ “No variation in the health of the states in Europe is the result of chance; it is the direct result of physical and political conditions in which nations live.”

■ “Tervise varieeruvus Euroopa riikides ei ole kaugelki juhuslik: see tuleneb otseselt neist füüsilistest ja poliitilistest tingimustest, milles rahvad elavad.”

William Farr, 1866

TERVIS on positiivne kontseptsioon, mis rõhutab inimese füüsilisi, vaimseid ja sotsiaalseid ressursse tema igapäevaelus. **TERVIS** on elukvaliteedi indikaator, mis näitab võimelisust optimaalselt tegutseda keskkonnas ja toime tulla selle muutustega. Positiivsed tulemused tervises ja sotsiaalvaldkonnas on kindlate arenguetappide läbimise tulemus. Rahvusvaheline kogemus näitab, et eesmärgid on saavutatavad aastate või isegi aastakümnete pikkuse sihipärase tegevusega. Eeltoodud väide kätkeb endas probleemi, mis on sageli tagasilöökide põhjuseks, sest vaevalt mõneaastase tegevuse järel oodatakse haigestumuse ja suremuse märgatavat vähenemist.

Tervisedendus ei saa lahendada kõiki tervise, sh majandusliku toimetuleku ja viletsa tervisega kaasnevaid probleeme. Inimeste elukvaliteeti saab tõenduspõhiselt mõjutada ja parandada, järgides 1986. aastal vastuvõetud Ottawa harta põhimõtteid:

- arendada tervist toetavat poliitikat,
- luua tervist toetav keskkond,
- suurendada kogukonna osalust,
- arendada inimeste isiklike oskusi,
- korraldada ümber terviseteenuste pakkumist.

Käesolevas väljaandes on antud ülevaade Eesti tervisedenduse arengule olulistest tegevustest ja suundadest. On toodud näiteid tervisedenduse praktilistest saavutustest ning püütud kogu protsessi loogiliselt siduda tervise arengu mudeliga. Sellise käsitluse eesmärgiks on teha tervisedenduse tähtsus arusaadavaks võimalikult paljudele inimestele, kuid eelkõige poliitikutele ja erinevatele otsustajatele.

See väljaanne ei pretendeeri 10aastase tegevuse kronoloogilisele ülevaatele ja kõigi valdkondade kirjeldamisele, vaid vahendab sel perioodil töötanud otsustajate ja praktikute meenutusi ning ülevaateid, võttes aluseks eelkõige riiklikult kavandatud tegevuse ning 1995. aastal laenulepingu seadusega kinnitatud eelisvaldkonnad. Paikkondlik areng on vältimatuks eelduseks lähemate ja kaugemate eesmärkide saavutamisel tervisedenduses, samuti tervises ja sotsiaalvaldkonnas laiemalt. Seda on Eesti oludes veenvalt tõestanud tervisedenduse maakondlik areng.

Eesti tervisedenduse 10aastast järjepidevat arengut on toetanud ja tunnustanud mitmed rahvusvahelised organisatsioonid. Loodetavasti on järgnevad mõtted julgustavaks ja inspireerivaks sillaks eelolevasse aastakümnesse.

Täname kõiki kolleege ja koostööpartnereid, kes oma erilise visaduse ja pühendumusega on töötanud ühise eesmärgi, Eesti inimese parema tervise saavutamise nimel.

Täname häid koostööpartnereid paljudest maadest, kelle teadmised, toetus ja professionaalsus on olnud hindamatu väärtusega tervisedenduse arengus Eestis.



HEALTH is a positive concept that emphasizes man's physical, mental and social resources necessary for his daily life. **HEALTH** is an indicator of life quality that indicates man's capability to act in an optimal way in his environment and to cope with its changes.

Positive results in health and social sphere are the outcome of definite stages of development. As the international experience has shown, the results can be achieved in the course of purposeful work over years or even decades. However, we should not expect positive changes too soon, for example, a significant decrease in morbidity and mortality rates within a couple of years.

Health promotion cannot solve all problems connected with health, including coping with economic problems and those of poor health. But following the principles of the Ottawa Charter, adopted in 1986, we can influence and improve life quality, as evidence has proved. These principles are as follows:

- to develop health supporting policy
- to create a favourable environment for health
- to increase the role of community
- to improve the personal competence of people
- to restructure health services.

In the present collection we provide a survey of the activities and directions that play a significant role in the development of Estonian health promotion. We give examples of the practical achievements of health promotion, i.e. the "good practice", while trying to connect the entire process logically with the pattern of health development.

This treatment aims at making the importance of health promotion understandable to as many people as possible, and especially to politicians and decision makers of various levels.

The present collection does not attempt to give a chronological survey of our work in ten years, or a description of all fields. We have tried to present the thoughts of the people that made decisions and carried those out during this period, primarily within the framework of state planned activities and the priority fields as stated in the loan contract of 1995. Community development is an unavoidable prerequisite for attaining short- and long-time goals in health promotion, as well as in health and social sphere in general. The above has been convincingly proved by the community development of health promotion.

Several international organizations have supported and commended the systematic development of Estonian health promotion in ten years.

Hopefully, the following thoughts will help to build an encouraging and inspiring connection to the decade ahead.

We would like to thank all our colleagues and partners whose hard work and devotion have contributed greatly to our common cause, the improvement of the health of the Estonian population.

We would like to express our gratitude to friends and partners in many countries, whose knowledge, support and professionalism have been invaluable in the development of health promotion in Estonia.

City Government of Kristiansand
City Government of Helsingborg
Centre for Disease Control, Atlanta
Collaborating Centre for Health Promoting Hospitals
Collaborating Centre on Community Safety Promotion at Karolinska Institute
Danish Embassy in Tallinn
Danish Ministry of Interior and Health
Danish School of Public Health
Estonian Consulate in Australia
Estonian Delegation, European Council
European Commission
European Network for Health Promotion Agencies
International Journal of Integrated Care
International Union for Health Promotion and Education
International Institute for Health Promotion/
American University

Patient Education and Counselling Journal
Provincial State Office of Southern Finland
Finnish Centre for Health Education and Promotion
Finnish National Institute for Public Health
Healthy City Horsens
Karolinska Institute
Latvian Centre for Health Promotion
Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine
Mars Corp. Ltd
Nordic School of Public Health
Nordic Council of Ministers
Sonja Establishment
University of Kaunas
University of Turku
University of Southern Denmark
University of Edinburgh
University of Bielefeldt
University of Bergen
United Nations Population Fund
United Nations Children's Fund
World Bank
World Health Organisation



Kaks tervisepoliitika dokumenti

Two Health Policy Documents

■ “The need for identification of interventions and policies, where particular attention would be given to specific socially deprived groups is crucial for governments.”

■ “Valitsustel on hädavajalik määratleda aktiivse sekkumise ja poliitika suunad, kus pööratakse erilist tähelepanu spetsiifilistele sotsiaalse ebavõrdsuse all kannatavatele rühmadele.”

Diderichsen, 2001

Esimene tervisepoliitika dokument **”Tervisepoliitika”** valmis Eestis 1995. aastal, teine, täiendatud versioon **”Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010”** valmis 2002. aastal. Mõlemad dokumendid rõhutavad tervise kui väärtuse ja ühiskondliku ressursi olulisust ning toovad välja peamised tervisemõjurid.

Eesmärgid

Tervisepoliitika (1995) eesmärgiks oli väärtustada inimese tervist ühiskonnas kui üht peamistest riiklikest prioriteetidest. Inimeste tervise ja elukvaliteedi paranemise aluseks on igapäevane vastutus oma tervise eest ning riigi- ja omavalitsusstruktuuride kohustus luua võimalused ning tingimused rahva tervise hoidmiseks ja säilitamiseks. Tervisepoliitika (1995) eesmärgi saavutamine on raskesti mõõdetav ning jääb suhteliselt üldiseks ja määramatuks. Ka puudub tervisepoliitikas eesmärgi saavutamise tähtaeg — seega on lugejal raske mõista, kas ja millisel määral on saavutatud soovitud eesmärk.

Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010 üldeesmärgiks on saavutada inimeste elukvaliteedi paranemine ja keskmise eeldatava eluea kasv ning püsiv vähenemine rahvastiku haigestumuses ja suremuses. Selle eesmärgi saavutamist on võimalik aja möödudes hinnata ja otsustada, mil määral eesmärk on saavutatud.

Tervisemõjurid

Tervisemõjuritena on tervisepoliitikas rõhutatud inimese omavastutust kui olulisimat kriteeriumi tervise tagamisel ning tervisekäitumist ja terviseteadlikkust kui peamisi tervisemõjureid. Tervisepoliitika aastal 1995 keskendus vajadusele muuta tervisekäitumist ning suurendada terviseteadlikkust. Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010 keskendub oluliselt laiematele tervisemõjuritele, tuues välja sotsiaal-majanduslikud mõjurid ning sotsiaalsühholoogilise keskkonna olulisuse.

Tegevussuunad

■ *“If the determinants of health are multiple and interactive, policy making must not be fragmented but holistic.”*

■ *“Kui tervisemõjureid on palju ja nad on omavahel põimunud, siis peab tervisepoliitika olema terviklik, mitte killustunud.”*

Stewart, 1998

Tervisepoliitikas (1995) on välja toodud viis tegevussuunda:

- 1) seadusandjate kohustus võtta arvesse iga seaduse mõju tervisele,
- 2) finantsmehhanismide tagamine keskkonnatervise arenguks,
- 3) vajaliku infrastruktuuri loomine tervisestrateegia elluviimiseks,
- 4) investeerimine inimeste teadlikkuse suurendamiseks ja
- 5) teadusuuringute osatähtsuse suurendamine elanikkonna tervise arengus.

Tervisepoliitika rõhutab küll vajadust loimida tervisedendus kõikidesse eluvaldkondadesse, kuid selgitab valdavalt tervishoiu erinevate lõikude, tervisekaitse, tervisedenduse, haiguste ennetuse ja tervishoiuteenuste reformi olulisust rahvatervise arengus.

Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010 strateegilised suunad lähtuvad kõige olulisematest tervisemõjuritest. Tegevussuunad sisaldavad

- 1) sotsiaalse kapitali arendamist ja sotsiaalse tõrjutuse vähendamist;

- 2) võrdsete võimaluste tagamist kergesti haavatavatele rühmadele (lapsed, vanurid, puuetega inimesed), nende vajaduste arvestamist;
- 3) lastele tervisliku arengu võimaluste tagamist;
- 4) tervise säilimist ja arengut soodustava füüsilise ning psühhosotsiaalse keskkonna tagamist;
- 5) tervislike valikute ja eluviisi soodustamist;
- 6) õiglase ja tõhusa tervishoiusüsteemi arendamist.

Rahvastiku tervisepoliitika dokument on väärtuslik siis, kui ta muutub poliitikutele igapäevase töö aluseks. Nende inimeste ring, kes on teadlikud esimesest tervisepoliitika dokumendist, on üsna väike. Suurimaks puuduseks selle dokumendi juures oli asjaolu, et ta jäi lebama kabinetiriulile ja ei jõudnud sotsiaalministeeriumi seinte vahelt kaugemale. Ka jäi koostamata tervisepoliitika elluviimise dokument — riiklik tervisestrateegia, mistõttu tervisearendus on toimunud suhteliselt kaootiliselt, sageli populistlikult ning tõendus põhjusel arvesse võtmata.

Selle kogumiku koostajad loodavad, et rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010 vaadete jagajaid on rohkem, kui seda oli eelmisel dokumendil, ning et “Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010” dokumendile järgneb konsensuslik ja teostatav tervisestrateegia, mida tunnustavad poliitikud ja erinevate sektorite esindajad.

Tervisepoliitika puudutab meist igaüht. Iga valitsusasutus peaks olema vastutav riikliku tervisepoliitika teostamise eest, iga maavalitsus peaks oma arengukavas ette nägema elanikkonna tervisepotentsiaali arendamise ning iga oma valitsus peaks koostama oma tervisearengukava, et ellu viia rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010.



The first **Health Policy** document in Estonia was compiled in 1995, the second and revised version, **Population Health Policy until 2010**, came out in 2002. Both these documents emphasize the importance of health as a social value and resource, and delineate the principal health determinants.

Goals

Health Policy (1995)

Priorities. The basis of the improvement of the health and life quality of people is the responsibility of every individual for his/her health and the obligation of the local government structures to create opportunities and conditions for the care and preservation of people's health.

The achievement of Health Policy (1995) is not easy to measure and will therefore remain relatively general and undefinable. There can be no deadlines for achieving the goals in health policy. It is difficult for one to decide at a given moment whether or to which extent the desired aim has been achieved.

The overall goal of Population Health Policy until 2010 is the increase in the life quality and life expectancy of the population, as well as the constant decrease in morbidity and mortality rates.

The achievement of the above goal can be assessed with the passing of time. The same is true of deciding to which extent the goal has been attained.

Health Determinants

The main determinant in health policy is the responsibility of every individual for his/her own

health, alongside with other determinants such as health behaviour and awareness. *Health Policy in 1995* focuses on the necessity for changes in health behaviour and for the improvement of health awareness.

Population Health Policy until 2010 deals with a considerably larger number of health determinants, emphasizing the importance of the social economic and social psychological environment.

Directions of Activity

The five directions of activity presented in *Health Policy (1995)* comprise the following:

- 1) obligation of the legislation to consider the impact of every law on health,
- 2) provision of financing mechanisms for healthy environment,
- 3) creation of the necessary infrastructure for the implementation of the health strategy,
- 4) investment into raising the health awareness of people,
- 5) increasing the role of research in the development of population health.

Although this health policy stresses the need to integrate health promotion into all fields of life, it focuses mainly on the importance of different areas of health care, such as health protection, health promotion, disease prevention, and the reform of health services in the development of population health.

The strategic directions of *Population Health Policy until 2010* proceed from the most important health determinants, comprising the following:

- 1) development of the social capital,
- 2) creation of equal opportunities for easily vulnerable groups (children, the elderly, disabled people),
- 3) creation of healthy development for children,

- 4) creation of a favourable physical and psychological social environment for the preservation and development of the health of children,
- 5) creation of healthy choices and life style,
- 6) creation of the fair and effective health system.

Any document of population health policy is valuable only when politicians follow it in their daily work. The circle of people that are aware of the first document is quite limited. Its greatest flaw was the fact that this document was shelved and practically never got out of the Ministry of Social Affairs. Besides, the document that should have secured the implementation of the health policy — a state health strategy — was never drawn up. This is the reason why the financing of health development has been relatively

chaotic, often populist and not based on evidence.

The compilers of this collection do hope that there will be more people who support the ideas presented in *Population Health Policy until 2010* than the previous document had, and that a feasible health strategy based on the consensus and approval of politicians and representatives of different sectors will be drawn up eventually.

Health policy concerns all of us. Each government institution should be responsible for the implementation of some part of the health policy, each county government should include the issue of developing the health potential of its population in its development plan, and each local authority should draw up its own health development plan for the implementation of *Population Health Policy until 2010*.

IV Tervisedenduse struktuur

The Structure of Health Promotion

■ *“What matters most in this world is not where we stand but in which direction we move.”*

■ *“Peamine siin maailmas pole mitte see, kus me seisame, vaid see, millises suunas liigume.”*

Oliver Holmes

Eesti sotsiaalminister Marju Lauristin lõi Sotsiaalministeeriumi struktuuris veebruaris 1993 rahvatervise osakonna eesmärgiga saavutada üleminek haigusekeskselt tervisepoliitikalt tervisekeskele tervisepoliitikale. Sama aasta mais loodi Eesti Tervisekasvatuse Keskus, mis oma põhimääruse järgi oli kutsutud ellu viima riiklikku tervisestrateegiat, koordineerima tervisealast tegevust riigis ning arendama innovaatilisi tervisedenduslikke meetmeid. Eesti Tervisekasvatuse Keskus alustas Maailmapanga toetusel tervisepoliitika dokumendis toodud kolme prioriteetse üleriigilise tegevusprogrammi elluviimist (südame-veresoonkonnahaiguste, traumatismi ja tubakatarbimise ennetamine). Programmide juhid ja meeskonnaliikmed said tervisedendusala koolituse erinevates riikides väljaspool Eestit (Norras, Hollandis, Soomes, Inglismaal ja Ameerika Ühendriikides). Tegevuste jõudmiseks sihtrühmadeni osutus vajalikuks regionaalse struktuuri loomine maavalitsuste juures.

1995. aastal tegevust alustanud valdavalt meditsiinilise või pedagoogilise haridusega spetsialistid said tervisedenduse ja tegevusstrateegiade põhiteadmised, samuti esmased tervisedendustöö kavandamise, elluviimise ja hindamise oskused Inglismaa Tervisedenduse Ameti ja PHARE koostööprogrammi toetusel. On

mõistetav, et aastate jooksul on tööle tulnud palju uusi inimesi, osa on ka lahkunud. Kokkuvõttes nõuab see pidevat koolituse võimalust, et alustada taas tervisedenduse põhialustest. Eesti Tervisekasvatuse Keskus on kõigi nende aastate jooksul kandnud seda kohustust ning pakkunud olemasolevale struktuurile ja uutele tulijatele koolitusseminare oma võimaluste piires ning vahendanud rahvusvahelisi õppimisvõimalusi.

Maakondade tervisedenduslik areng on kaheksa aasta jooksul olnud erinev. See on mõistetav ja tuleneb osaliselt kohalike prioriteetidest, probleemvaldkondadest, aga väga paljus ka maakondlike spetsialistide oskustest, entusiasmist ning maakonna ja maavalitsuse tervisepoliitilisest toetusest tervikuna. Tegevuste kvaliteedi näitajaks võiks pidada suurema tähelepanu pööramist tervisetemaatikale maakondade ja omavalitsuste arengukavades, tervisega tegelevate kohalike võrgustike loomist, tervist toetavate projektide algatamist ja tulemuslikku elluviimist. On vaieldamatu, et kaheksa aastaga oleme palju edasi arenenud, kuid nagu öeldud eespool, oleme alles poolel teel.

On vaja maakondlikku tervisedenduse võrgustikku, et jõuda pikemas perspektiivis Eesti omavalitsusteni. Praegused omavalitsuste ressursid ja tervisealane pädevus ei ole veel kaugeltki piisav

maakondliku struktuuri tegevuse lõpetamiseks. Heaks erandiks on siinkohal vaid suured omavalitsused, nt Tallinn, kellel on rohkem ressursse.

Kahtlemata on meie eesmärgiks kaugemas tulevikus arendada välja omavalitsuslik tervisedenduse struktuur, mis täidaks rahvatervise seadusest tulenevaid ülesandeid paikkonna inimeste tervise hoidmisel ja parandamisel. Praegu kavandatava tervisestrateegia eesmärk on liikuda selles suunas, kuid siinkohal on kindlaks eelduseks ka hea ettevalmistusega asjatundjate väljaõpe Eestis kohapeal ja senisest tunduvalt suuremas mahus. Teiseks oluliseks eeltingimuseks on otsustajate ja poliitikute üldine terviseteadlikkuse kasv, mis soodustaks tervist toetavate otsuste tegemist.

Praegune maakondlik tervisedenduse võrgustik kannab tervise arengu mudelis kolme olulist rolli. Esiteks aitab see maakondades ja omavalitsustes selgitada tõenduspõhist tervisekontseptsiooni ja selle rakendamise tulemusi. Teiseks toetavad maakondade spetsialistid paikkondlike võrgustike (uimastiennetus, vigastuste ennetamine jt) loomist ning võimestumist, s.o paikkondlikku arengut tervikuna. Kolmandaks on nad seotud maakondlike ja omavalitsuslike institutsioonide tervisekoolitusega.

Struktuuri senine areng on osa Eesti 10aastasest tervisedendusest ning oma iseärasustega on sel tunnustatud koht rahvusvahelises tervisedenduse arengus.



Marju Lauristin, Estonian Minister of Social Affairs, established in February 1993 the department of public health within the structure of the Ministry of Social Affairs in order to shift the focus from the disease-centred health policy to the health-centred health policy. In May of the same year the Estonian Centre for Health Education and Promotion was founded, the statute of which set as its main tasks the implementa-

tion of state health strategy, the coordination of health activities in the state, and the development of innovative health promotion measures. The Estonian Centre for Health Education and Promotion, supported by the World Bank, started the implementation of three state priority programs (prevention of cardio-vascular diseases, injuries and smoking). The leaders and members of the teams received health training in different countries outside Estonia (Norway, Holland, Finland, England and the U.S.A.). In order to reach the target groups, regional structures were created at county governments.

Specialists of predominantly medical or pedagogical background were taught the basics of health promotion and strategies, as well as the principal skills of health promotion planning, implementation and assessment, supported by the cooperation program of the Health Education Authority of England and PHARE. Many new people have joined the programs over the years, and some have also left. This calls for the constant training of the basics of health promotion, which has been the task of the Estonian Centre for Health Promotion and Education.

The health promotion development has varied in different counties during the past eight years. This is only natural, since it depends on various factors: local priorities, problems, specialists and the overall support of county governments. The priorities here are the inclusion of health issues in the county development plans, creation of the local networks, and the initiation and implementation of health-supporting projects. We have undoubtedly done a lot in these eight years but there is still much work to do.

We need a network of county health promotion in order to reach all Estonian local authorities in the future. The resources and health competence of local authorities are not sufficient as yet, so the county structures must continue functioning. Only the large local authorities with more substantial resources, as in Tallinn, are an exception in this respect.

Our long-range objective would be the creation of the local health promotion structure. We are moving in this direction now. The two prerequisites for this are the training of large numbers of professionals here in Estonia and the growing health awareness of decision-makers and politicians.

The present county health promotion network has three important tasks — to promote the

new health concept, to support the creation of local networks for the prevention of drug-use, injuries, etc., and to train the local institutions.

This work has been an integral part of the development of Estonian health promotion over the past ten years that has been recognized on the international level as well.

V **Tervise areng 10 aasta jooksul**

Health Development in Ten Years

■ “Health is not simply a biological norm but the product of complex social and biological valuations.”

■ “Tervis pole lihtsalt bioloogiline norm, vaid keerukate sotsiaalsete ja bioloogiliste tegurite tulemus.”

Peter, 2001

Elanikkonna tervise arengut on analüüsitud tervise arengu mudeli (Don. Nutbeam, 1999) alusel.

Tervise arengu mudel

Oodatavad tulemused tervises ja sotsiaalsfääris	Välditav suremus, vähenenud haigestumus ja invaliidsus	Võrdsus, elukvaliteet, funktsionaalne sõltumatus	
Oodatavad lähitulemused tervises	Tervisekäitumine (terve eluviis): suitsetamine, toiduvalik, füüsiline aktiivsus, alkoholi ja narkootikumide tarvitamine	Efektne terviseeenu- ennetava teenuse pakku- mine, ligipääs terviseeenu- sele ja selle otstarbekus	Terve keskkond: ohutu füüsiline keskkond, toetavad majanduslikud ja sotsiaalsed tingimused, hea varustatus toiduga, piiratud ligipääs tubakale ja alkoholile
Oodatav mõju tervisedenduses	Terviseteadlikkus: tervise- alased teadmised, suhtu- mine, motivatsioon, sihipärane käitumine, individuaalsed oskused ja individuaalne tulemus- likkus	Ühiskonna tegevus ja selle mõju: ühiskonna osalus, volitatus, normid, avalik arvamus	Riiklik tervisepoliitika ja selle teostamise viis: poliitilised avaldused, seadusandlus, regulatsioon, vahendite eraldamine, teostamise viisid
Tervis- edenduslik tegevus	Haridus: patsiendikoolitus, kooliharidus, meedia eri vormid, kommunikatsioon jm	Ühiskonna kaasatõmba- mine: paikkonna arenda- mine ja aktiveerimine, suunatud massikommuni- katsioon jm	Poliitika mõjutamine: mõjutustegevus, poliitiline organisatsioon ja aktiivsus, pidurdava bürokraatia ületamine jm

The population health development has been analysed on the basis of the model for health promotion (Don Nutbeam, 1999)

An outcome model for health promotion

Health and Social Outcomes	Reduced morbidity, disability, avoidable mortality	Quality of life, functional independence, equity	
Intermediate Health Outcomes (modifiable determinants of health)	Healthy lifestyles: Tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use	Effective health services Provision of preventive services, access to and appropriateness of health services	Healthy environments Safe physical environment, supportive economic and social conditions, good food supply, restricted access to tobacco, alcohol
Health Promotion Outcomes (intervention impact measures)	Health literacy Health-related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self efficacy	Social action and influence Community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Healthy public policy and organisational practice Policy statements, legalisation, regulation, resource allocation, practices
Health Promotion Actions	Education Examples include: Patient education, School education, broadcast media and print media communication	Social mobilisation Examples include: community development, group facilitation, targeted mass communication	Advocacy: Examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia

1. Kaugeesmärkide saavutamine

Goals Attained

1.1. Peamised muutused tervisenäitajates ja sotsiaalvaldkonnas

Principal Changes in Health Figures

■ *“If we want to understand and intervene against social inequalities in health, we should look both upstream into the mechanisms of society and downstream into the mechanisms of human biology and coping skills.”*

■ *“Kui me tahame mõista tervisealast sotsiaalset ebavõrdsust ja selle vastu võidelda, siis tuleb meil uurida nii ühiskonna kõrgemal astmel toimivaid mehhanisme kui ka inimbioloogiat ja toimetulekuoskusi määravaid tegureid.”*

Diderichsen, 2001

Positiivsed muutused. Aastatel 1994–2000 on meeste keskmine eeldatav eluiga tõusnud 61,1 aastalt 65,1 aastani. Naiste keskmine eluiga on tõusnud 73,1 aastalt (1994) 76,0 aastani (2000). Keskmine eeldatav eluiga on pikenenud kõrgharidusega ning suurema sissetulekuga töötavatel inimestel.

Negatiivsed muutused. Uuring “Tervis ja võrdus Eestis” näitab, et eriti drastiline on erinevus eeldatavas keskmises elueas erineva haridustaseme inimeste vahel. Näiteks 15aastastel vähese haridusega noormeestel on lootust elada veel keskmiselt 36,8 aastat, samas kui kõrgema hariduse korral kerkis see näitaja 50,3 aastani (vahe 13,5 aastat). Naiste puhul on samad näitajad vastavalt 47,9 ja 56,5 (vahe 8,6 aastat). Kõrgema haridusega naisel on lootust elada koguni 19 aastat kauem kui vähese haridusega mehel.

Ajavahemikul 1994–2002 ei ole suurenenud erinevus mitte ainult erineva haridustasemega eestimaalaste hulgas, vaid ka erineva rahvuse, sissetuleku ja erineva tööhõivega inimeste hulgas. Samuti on suurenenud meeste ja naiste keskmise eeldatava eluea vahe. Nimetatud näitajate muutusi võib selgitada nii erinevate sotsiaal-majanduslike rühmade erinevate toimetulekuoskustega, erineva tervisekäitumisega, erinevate võimalustega kui ka erinevatele gruppidele suunatud tervisedenduslike sõnumitega. Näiteks analüüsides tervisedenduslike sõnumite keele-eelistusi, selgub, et sõnumid on olnud valdavalt eesti keeles, välja arvatud narkomaania- ja AIDSi-teemalised sõnumid, mis on olnud enamikus vene keeles. Võib oletada, et tervisedenduslikud sõnumid on olnud paremini mõistetavamad, kättesaadavamad ja järgitavamad kõrgharidusega naiste seas. Meeste tunduvalt lühem

keskmise eeldatav eluiga peaks viitama vajadusele tegeleda tõhusamalt madalama haridustasemega meeste kui ühe peamise sihtrühmaga.

Aastal 2001 tuvastati puue kokku 68 593 inimesel, 2002. aastal 42 438 inimesel. Muutusi puuete esinemissageduses viimase kümne aasta jooksul ei luba võrrelda statistika lähtealuste muutus.



Positive: The average life expectancy of men has grown from 61.1 to 65.1 years in 1994–2000. The life span of women has grown from 73.1 to 76.0 years (2000). The average life expectancy has increased in the group of people with higher education whose incomes are bigger and who work.

Negative: The study “Health and Equality in Estonia” shows that the most drastic difference in life expectancy exists between people of different education level. For example, young men of 15 with little education can be expected to live on the average for another 36.8 years, while in the case of men with higher education this figure would amount to 50.3 years (the difference being 13.5 years). The similar figures for women are 47.9 and 56.5, respectively (the difference of 8.6 years). A woman with higher education can be expected to live as much as 19 years longer than a man with little education.

Within the period of 1994–2000, the difference in Estonia has grown not just among the people of different education level, but also among people of different nationalities, income and employment level. The difference of average life expectancy of men and women has also increased. The changes in these health figures can be explained by the different coping skills, health behaviour and opportunities of different social economic groups, as well as the health promotion messages directed to different groups. For example, the analysis of language preferences of health promotion messages has shown that these messages have mainly been in Estonian, except the ones concerning drugs and AIDS, which have been chiefly directed at the Russian-speaking population.

We may presume that the health promotion messages have been more understandable for women with higher education, as well as more available and easier to follow for them.

The considerably shorter average life expectancy of men may indicate the need to work more intensely with the less educated men as one of the chief target groups.

In 2001, the total of 68,593 people were diagnosed as having a disability, in 2002 the respective figure was 42,438. The changes that have occurred in statistics do not allow us to compare the changes in the frequency of disabilities within the last ten years.

1.2. Muutused elukvaliteedis ja võrdsetes võimalustes

Changes in Life Quality and Equal Opportunities

■ “A society’s understanding of the determinants of health has an important influence on the strategies it uses to sustain and improve the health of its population.”

■ “Ühiskonnas valitsevad arusaamad tervist määravaist tegureist mõjutavad oluliselt neid strateegiaid, mida seal rakendatakse elanikkonna tervise hoidmisel ja parandamisel.”

Mustard, 1996

Positiivsed muutused. Eesti täiskasvanute tervisekäitumise uuringute alusel (1990–2000) on subjektiivne tervise enesehinnang ajavahemikul 1994 kuni 2000 paranenud kõikide täiskasvanud vastanute seas ning laste seas vanuserühmades 11 ja 13 aastat. Oma tervist heaks või üsna heaks hinnanud meeste tervise enesehinnang on tõusnud 33%-lt (1994) kuni 40%-ni (2002), naistel vastavalt 27%-lt kuni 38%-ni. Kümne aastaga on meeste ja naiste tervise enesehinnang tõusnud keskmiselt 12%. Kuigi mitte-estlaste seas on oma tervisega rahulolijate osakaal 12% väiksem kui põlisrahva hulgas, esineb ka nende hinnangutes selge paranemisetendents. Oma tervist halvaks või väga halvaks hinnanute osakaal ei ole 90. aastate jooksul oluliselt muutunud ning püsib analoogsel tasemel teiste Lääne-Euroopa riikide uuringutes leitud tervise enesehinnanguga.

Negatiivsed muutused. Murettekitav on end terveks pidavate 15aastaste noorukite osakaalu vähenemine. Oluliselt on suurenenud nende 15aastaste poiste hulk, kes peavad end haigeiks. 1994. aastal pidas 15aastastest poistest end haigeiks 8%, 1998. a-l 13%. Sama tendents, aga vähemal määral esineb ka sama vanuserühma tüdrukutel.

Hoolimata sellest et üldised tervise ja elukvaliteedi hinnangud on aastate jooksul Eestis paranenud, on problemaatiliseks kujunenud erinevuste kasv hinnangutes erinevate sotsiaalmajanduslike ja rahvastikurühmade vahel: kõrgharidusega, linnades elavad, suurema sissetulekuga ning töötavad inimesed hindavad oma tervist ja elukvaliteeti oluliselt paremaks.

■
Positive: According to the health behaviour studies carried out among the adult population of Estonia (1990–2000), the subjective self-assessment of health between 1994 and 2000 has improved among all adult respondents and children aged 11–13. The number of men assessing their health as good or quite good has grown from 33% (1994) to 40% (2002), the number of women, respectively, has grown from 27% to 38%. Within ten years, the self-assessment of health by men and women has grown on the average for 12%. Although the proportion of people content with their health is 12% smaller among the non-Estonians than the native population, a clear tendency towards improvement can be detected

among their self-assessments as well. The proportion of people who assess their health as poor or very poor has not undergone any significant changes in the 1990s, remaining at the same level with the self-assessments of health in the surveys of West European countries.

Negative: The decrease in the rate of 15-year-old young people that consider themselves healthy is alarming. There has been a significant increase in the rate of boys aged 15 that consider themselves ill. In 1994, 8 % of boys aged 15 declared they considered themselves to be ill, in

1998, the respective figure was 13%. Girls of the same age group display a similar tendency, yet to a smaller degree.

Despite the fact that the general self-assessment of health and life quality in Estonia has improved over the years, the increase of disparity in the self-assessments of different social economic and demographic groups has become a problem: people with college degrees that live in towns, go to work and have a bigger income, assess their health and quality of life as considerably better.

1.3. Muutused suremuses ja haigestumuses

Changes in mortality and morbidity rate

■ *“Although disparities in health between social groups exist in all societies, it is imperative to emphasize that such disparities can be modified by specific policies.”*

■ *“Kuiigi kõigis ühiskondades esineb tervisealast ebavõrdsust sotsiaalsete gruppide vahel, on ülimalt tähtis rõhutada, et seda on võimalik leevendada tervisepoliitika meetmete abil.”*

Evans, 2001

Positiivsed muutused. Alates 1994. aastast on üldsuresus Eestis ilmse vähenemistendentsiga. Surmajuhtude arv 1000 inimese kohta aastal 1994 oli 14,8⁰/₀₀, mis 90ndate lõpuks vähenes 12⁰/₀₀-ni. Imikusuresus on 2000. aastaks vähenenud 1000 alla 1-aastase imiku kohta 15-lt 10 juhuni.

Negatiivsed muutused. Hoolimata positiivsetest muutustest üldsuresuses on murettekitavaks

nähtuseks suurenevad erinevused suremuses erinevate sotsiaal-majanduslike gruppide vahel. Oluliselt on suurenenud erinevused suremuses naiste ja meeste vahel kõigis vanuserühmades: aastatel 1990–2000 on naiste suremus vähenenud ja meeste suremus kasvanud. Eriti suured on erinevused nooremates vanuserühmades meeste ja naiste suremuses, mis on tingitud vigastustest, alkoholimürgistusest ning suitsiididest ja tapmistest. Järjest suurenevad erinevused

ka eestlaste ja mitte-eestlaste suremuse vahel. Tõenäoliselt on siin üheks põhjuseks tervisedenduslike tegevuste suunamine valdavalt eestikeelsele elanikkonnale. Murettekitavalt suureks on kasvanud erinevused erineva haridustasemega inimeste vahel. Kõrgharidusega meeste ja naiste suremus on oluliselt vähenenud viimase kümne aasta jooksul, kuid põhiharidusega meeste ja naiste suremus on suurenenud kõikide surmapõhjuste osas, eriti aga alkoholist tingitud surmapõhjuste osas.

Johtuvalt haigestumise andmete registreerimise eripärast on muutusi haigestumuses kümne aasta jooksul võimalik analüüsida vaid piiratud haiguste hulgas. Võrreldavad andmed on kasvaja ja diabeedi esmahaigestumuse, samuti nakuslike haiguste ning vigastuste kohta.

Positiivsed muutused. Vähenenud on südameveresoonkonnahaigestumuse osa kogu haigestumusest, seda võib seletada südameprojekti kümneaastase tegevusega ja positiivsete muutustega inimeste tervisekäitumises. Tuberkuloosi nakatunute arv suurenes kuni aastani 1999, kuid on seejärel taas vähenenud. Kindlasti võib tuberkuloosi nakatumise vähenemist viimastel aastatel seletada tuberkuloosi preventsiiooni programmi tõhusa ja süstemaatilise tööga.

Negatiivsed muutused. Viimase kümnendi jooksul on suurenenud haigestumus pahaloomulistesse kasvajatesse 19,4% võrra. Haigestumuse kasv esineb peaaegu kõikides vähivormides. Vähi esmahaigestumuse kasvu võib osaliselt seletada rahvastiku üldise vananemisega, kuid kindlasti ei ole see ainus põhjus. Diabeedi esinemissagedus on samuti kasvanud viimase kümne aasta jooksul just vanemates vanuserühmades.

Viimase kümnendi jooksul on oluliselt kasvanud HIV-nakatunute osakaal. AIDSi preventsiiooni programm on töötanud alates 1990. aastast, kuid seda on süstemaatiliselt alafinantseeritud, mistõttu programmi on rakendatud ebajärjekindlalt vaid mõnes paikkonnas. Vigastustest

tingitud haigestumus kasvas järsult 90. aastate alguses ning alates 1995. aastast püsib muutu-matult suurena. Traumatismi preventsiiooni riiklik programm ei ole valitsuses toetust leidnud ning traumatismi preventsiiooni on haigekassa rahastanud aastaste tsüklitena tagasihoidlikult.

Subjektiiivne haigestumus on oluliselt suurem mitte-eestlaste, meeste, madalama haridustasemega, väiksemapalgaliste ja töötute hulgas ning see viitab vajadusele suunata tervisedenduslik tegevus nimetatud sihtrühmadele.



Positive: the general mortality rate in Estonia has shown a clear downward tendency since 1994. The number of deaths per 1000 people in 1994 was 14.8‰, which by the end of the 1990s dropped to 12‰.

The infant mortality rate has dropped from 15 (per 1000 infants under the age of twelve months) to less than 10 by 2000.

Negative: Despite the positive changes in the general mortality rate, the increasing disparity in the mortality rate of different social economic groups has become quite alarming. There has been a considerable increase of disparity in the mortality rate of men and women in all age groups. In 1990–2000, the mortality rate of women has decreased and that of men has increased.

The differences are especially marked in the younger age groups of men and women whose death is caused by injuries, alcohol poisoning, suicide and murder. The difference in mortality between Estonians and other nationalities is also constantly growing. This may be the result of the policy of directing the health promotion activities mainly to the Estonian-speaking population. The disparities between people with different education status have become alarmingly big. The mortality rate of men and women with

college degrees has decreased to a considerable extent in the past ten years, while that of men and women with compulsory education has increased in all categories of deaths, particularly those caused by alcohol.

Due to the inconsistencies in morbidity statistics, the changes in morbidity over ten years can be analysed in limited diseases only. Comparable data exist on first occurrence of tumours and diabetes, also on infectious diseases and injuries.

Positive: The proportion of cardio-vascular diseases in the overall number of diseases has decreased, which can be attributed to the efficient functioning of the Heart Health Project over ten years and the positive changes in the health behaviour of the population. The number of new TB patients increased until 1999, but has started to decrease again since then. There is no doubt that the decrease in contracting TB in recent years can be attributed to the efficient and systematic functioning of the TB prevention program.

Negative: In the recent decade, the frequency of malignant tumours has increased by 19.4%.

This increase can be observed in practically all types of cancer. It can partly be explained by the general aging of the population, but this is definitely not the only cause. Likewise, the frequency of the first occurrence of diabetes has increased particularly in the older age groups.

The number of HIV-positives has increased considerably over the past ten years. An AIDS prevention program was launched in 1990 but since it has not been sufficiently financed, it functions sporadically in some regions only. The morbidity rate caused by injuries underwent a rapid rise in the beginning of the nineties and has remained high since 1995. The state program of injury prevention has found no support from the government and the injury prevention activities have been financed by cycles on a modest annual basis by the Health Insurance Fund.

Subjective morbidity rate is considerably higher among non-Estonians, men, people with lower education and income status, and the unemployed. This calls for the direction of the health promotion activities towards these target groups.

2. Lähiseesmärkide saavutamine

Objectives Gained

2.1. Muutused tervisekäitumises

Changes in Health Behaviour

■ *“We may have to accept that there is a natural limit to life-expectancy and that we are unlikely to reach the age of 140, even with the healthiest of lifestyles.”*

■ *“Me peame vist leppima sellega, et meie elueal on loomulik piir ning et mõeldiselt ei ela 140aastaseks, ükskõik kui tervislik meie eluviis ka ei oleks.”*

Fries, 1989

Tervisekäitumise all tuleb mõista meie igapäevast käitumist, mis mõjutab meie tervist kas positiivselt või negatiivselt. Suundumusi meie käitumise tervislikest/ebatervislikest valikutest vaadeldaval 10aastasel ajaperioodil on jälgitud mitmes representatiivses uuringus.

Positiivsed muutused. Kõige silmapaistvamad muutused tervislikkuse suunas on toimunud toitumistavades ja toidukeskkonnas. Tervislike toiduainete valiku suurenemisel ja nende kättesaadavuse paranemisel on järsult vähenenud loomse rasva tarbijate osakaal: loomne rasv on asendunud taimse rasvaga nii toidu valmistamisel kui rasvmäärdena leival-saijal. Nii on leival-saijal tavalise või kasutajate osakaal vähenenud 90%-lt 30%-ni ning toidu valmistamisel on peamise rasvainena toiduõli kasutajate osakaal suurenenud 20%-lt ligi 90%-ni. Vaatamata või kasutamise vähenemisele leival-saijal on tarbitava või kogus ühe inimese kohta olnud alates 1990ndate teisest poolest stabiilne. Värske köögivilja ja puuvilja tarvitajate osakaal ning tarvita-

mise sagedus on kasvanud enam naiste kui meeste hulgas. Märgatav on ka juustu, kohupiima, linnuliha ja lihatoodete tarbijate osakaalu ning tarbimise sageduse kasv. Vähenenud on suhkru ja maiustuste tarbimine ning suurenenud vähendatud naatriumisaldusega soola kasutamine. Kui 10 aastat tagasi oli vaid 25%-l täiskasvanutest määratud vere kolesteroolitaset, siis 2002. a oli vastav näitaja 40% ning toitumissoovitusi suurenenud kolesteroolinäitajate korral oli antud 34%-le uuritustest (1992. a oli vastav näitaja 22%).

Igapäevasuitsetajate osakaal on alates 1996. aastast täiskasvanute seas vähenemistendentsiga ning oli 2002. a 29% ehk 5% väiksem kui 1992. a. Meestest oli 2002. a suitsetajaid 45% ja naistest 18%. Vähenemine on toimunud peamiselt meeste ning kõrgharidusega suitsetajate arvelt.

Sagedamini kui korra päevas hambaid pesevate täiskasvanute osakaal on vaadeldaval perioodil kasvanud 37%-lt 45%-ni, kusjuures naiste osakaal on ligikaudu kaks korda suurem võrreldes meestega.

Liikluskäitumises on pimedal ajal helkuri kandjate osakaal kasvanud 5%-lt 30%-ni ja turvavöö kasutajate osakaal auto esiistmel 55%-lt 80%-ni.

Reproduktiivtervise valdkonnas on legaalselt indutseeritud abortide üldarv aastas vaadeldaval perioodil vähenenud kaks korda (Eesti abordiregistri andmetel oli see näitaja 2000. a 12 734) ja hormonaalsete rasedusvastaste vahendite kasutajate arv suurenenud üle nelja korra võrrelduna 1992. aastaga.

Paranenud on inimeste hügieeniharjumused ja suurenenud teadlikkus tervist soodustavatest teguritest ning üha rohkem osatakse haigusi ennetada.

Negatiivsed muutused. Suureks sotsiaalseks probleemiks on muutunud psühhoaktiivsete uimastite (alkohol, tubakas, narkootikumid) tarvitamine nooremates vanuserühmades. Alkohoolsete jookide, nii õlle, veini kui ka kangema alkoholi tarbimislevimus vaadeldaval ajaperioodil on nii meeste kui naiste seas pidurdamatult kasvanud. Seda näitab alkohoolsete psühhooside ja maksakahjustuste hüppeline kasv ning vigastuste ja vigastussurmade suurenemine seoses alkoholiga. Suitsetamine kodus pole vaadeldaval perioodil vähenenud: igas teises lastega peres keegi täiskasvanutest suitsetab. Kooliealiste, eriti tütarlaste seas on sagenenud suitsetamine, kuid alates viimase kümnendi teisest poolest on järsult suurenenud uimastitarvitajate hulk. Iga teine noor vanuses 16–24 a teadis vähemalt ühte isikut, kes oli tarvitanud viimase aasta jooksul illegaalset uimastit — see on rohkem kui murettekitav nähtus meie ühiskonnas.

Toitumiskäitumist iseloomustab alates 1996. a leiva-saia, kartuli ja vähesel määral ka kala tarvitamise vähenemine. Värske köögivilja ja puuvilja tarbijate osakaal ning tarbimise sagedus on küll kasvanud, eelkõige naiste hulgas, kuid suurenenud ei ole aga tarbitava köögivilja kogus. Puuviljade tarbimise kogus seostub aasta saagikusega. 2002. aastal tehtud rahvusvahelise uurin-

gu põhjal tarvitati Eestis Balti- ja Põhjamaadest kõige vähem puu- ja köögivilju. Võrreldes Eesti toidusoovitustega on piimatoodete ning puu- ja köögiviljade tarbimine vähenenud ning lihatoodete ja maiustuste osa toidus liiga suur. Tasakaalustatud ja tervisliku toitumise positiivne trend on meeste seas oluliselt madalam võrreldes naistega.

Liikluskäitumises on selliste inimeste osakaal, kes teadsid kedagi, kes oli viimase 12 kuu jooksul autot juhtinud alkoholi joobes, kasvanud 37%-ni, millest võib järeldada, et üha sagedamini istutakse autorooli ebakainena.

Tervisespordiga tegelejate osakaal ja inimeste füüsiline aktiivsus on olnud madalseisus aastaid. Viimaste aastate jooksul oli tervisesporti harrastanud mõne korra aastas või vähem 40% täiskasvanutest ning senini pole olukord märkimisväärselt paranenud.



Positive Changes: The most conspicuous changes in the positive direction have occurred in eating habits and environment. The increasing choice and availability of food have sharply decreased the consumption of animal fat. Animal fat has been replaced by plant fat both in cooking and as spread on black and white bread. The proportion of people using ordinary butter on bread has dropped from 90% to 30%, and the proportion of plant oil users in cooking has risen from 20% to nearly 90%. Despite this, the consumption of butter per person has been stable since the second half of the 1990s. Women use more fresh vegetables and fruit now than men. There is a notable increase in cheese, cottage cheese, poultry and meat consumption and frequency. People eat less sugar and confectionery and they prefer the salt with less sodium in it. When ten years ago only 25% of adults had had their cholesterol level measured, in 2002 the respective figure was 40%.

The proportion of daily smokers among adults has shown a downward tendency since 1996, being 29% in 2002, i.e. 5% smaller than in 1992. In 2002, 45% of men smoked, and 18% of women. Reduction has occurred mainly among men and smokers with college education.

The number of women brushing their teeth more often than once a day has grown from 37% to 45%, while the proportion of women is twice as large as that of men.

In traffic behaviour, the proportion of people wearing cat's eyes in the dark has risen from 5% to 30%, and that of the people fastening their seat belts in the front seat has grown from 55% to 80%.

In the area of reproductive health, the overall number of legally induced abortions has decreased twice during the period under inspection (according to the Estonian abortion registry, the figure in 2000 was 12,734). The number of women using hormonal anti-baby pills has increased more than four times, when compared to the respective number in 1992.

People's hygiene habits are better now, and their health awareness has generally grown. The same is true of disease prevention.

Negative Changes: the use of psychoactive drugs (alcohol, tobacco, narcotics) has become

a serious problem in the younger age groups. The consumption of alcohol, beer, wine and strong liquor has become rampant both among men and women. A sharp increase in alcoholic psychosis, liver damage, injuries and deaths caused by injuries testifies to this. Smoking hasn't decrease either. Every other young individual between 16 and 24 could name at least one person who had used illicit drugs during the previous year. This is a most disturbing phenomenon in our society.

Since 1996, the consumption of bread, potatoes and fish has decreased. The overall quantity of vegetables, although more frequent now than before, has not increased. The consumption of fruit depends on the crops of the respective year. According to an international survey of 2002, people in Estonia ate less fruit and vegetables than in any of the Baltic or Nordic countries.

The proportion of people who could name somebody that had driven under the influence has grown to 37%, which testifies to the rise in drunken driving.

The proportion of people that go in for sports in order to stay fit has been low for years. There has been no significant improvement in this respect.

2.2. Muutused terviseteenustes

Changes in Health Services

■ “Any particular reform or change effort that is sought should be perceived and evaluated not as an end in itself but as a means toward a larger goal.”

■ “Mis tahes reformi või uuendust ei tule vaadelda ega hinnata kui eesmärki iseeneses, vaid kui vahendit suurema eesmärgi taotlemisel.”

Charlotte Bunch, 1983

Positiivsed muutused. 1993. a loodi Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas peremeditsiini õppetool ning alustati üleminekut perearstiabi süsteemile esmatasandi arstiabis. Perearstide nimistute moodustamist alustati 1997. a ja järgmisel aastal käivitus perearstide uus rahastamissüsteem. Endine jaoskonnaarstidel põhinenud arstiabisüsteem on tänaseks asendatud perearstabi süsteemiga. Perearstide ülesannete määratlemisel ja rahastamisel on suur rõhuasetus olnud tervise edendamisel ning haiguste ennetamisel. 2003. a alustab tööd esmatasandi tervishoiu kättesaadavuse parandamiseks ja tervisenõustamise kindlustamiseks üleriigiline perearsti infotelefon.

Kättesaadavaks on muutunud tervise nõustamisteenused, näiteks südamehaiguste riskitegurite kontroll koos eluviisi nõustamisega, HIV/AIDSi ennetamise nõustamine; noortele on loodud nõustamiskeskusi, kus antakse teavet seksuaalse ja reproduktiivtervise kohta. Noortekeskuste põhimõtteks on pakkuda nii individuaalset nõustamist kui ka seksuaalharidust eelkõige koolilastele. Meeste reproduktiivtervise valdkonnas on kliinikute juures nii Tartus kui Tallinnas alustanud tööd tänapäevase ettevalmistusega androloogid, kes nõustavad mehi nii viljatuse kui ka muude probleemide korral. Veel sel aastal alustatakse kolmes maakonnas tervise riskirühmadesse kuuluvate inimeste rühmaviisi toitu-

misnõustamist. Paljudes maakondades on kättesaadav ka psühholoogiline ja kriisinõustamine.

Negatiivsed muutused. Perearstide töös ei ole tervisedendus ja haiguste ennetamine tõhusalt rakendunud. Põhjuseks võib pidada eelkõige perearstide suurt töökoormust (sh halduslikku), aga ka vastava koolituse ja materjalide puudust. Vajadus erinevate nõustamisteenuse järele on olnud suurem kui võimalused neid pakkuda. Samas on erinevate nõustamisteenuste kättesaadavus paikkonniti erinev, sellekohane informatsioon puudulik ning teenuste võrgustiku areng kaootiline. Puudust tuntakse nõustamise järele allergia, dieedi, füüsilise võimekuse ja sõltuvust tekitavate ainete tarvitamise valdkonnas.



Positive Changes: The department of family medicine was opened at the medical faculty of Tartu University in 1993. This marked the transition from the system of district doctors to that of family doctors on the primary level medical aid. Lists of family doctors were drawn up in 1997, and the following year the new system of financing was introduced. The old system has been replaced by the new one by now, with a

marked emphasis on health promotion and disease prevention. A state-wide family doctor information telephone service will be introduced in 2003 in order to improve the availability of primary level medical aid and health counselling.

Health counselling services have become more available, such as the checkup of risk factors of heart diseases combined with lifestyle counselling, and HIV/AIDS prevention counselling. Youth centres offer individual counselling and sexual education specifically to the schoolkids. Well-trained andrologists now work both in Tartu and Tallinn, counselling men on infertility and other problems. Three counties will start

counselling people in health risk groups on eating habits. Likewise, psychological and crisis counselling is available in many counties.

Negative Changes. Health promotion and disease prevention have not yet been efficiently applied by family doctors, due to their big workloads and lack of special training and materials. The need for counselling services has been greater than the availability of those, although this varies in different regions. The pertinent information and service network are chaotic at times. There are not enough counselling specialists in the field of allergy, diet, physical capability and addictive drugs.

2.3. Muutused keskkonnas

Changes in Environment

■ *“The fully articulated effort to redress inequities in health must inevitably work in tandem with wider efforts towards social justice – such as the provision of safety nets; protection against medical impoverishment; provision of education, jobs training, and environmental risk reduction.”*

■ *“Kuigi kõigis ühiskondades esineb tervisealast ebavõrdsust sotsiaalsete gruppide vahel, on ülimalt tähtis rõhutada, et seda on võimalik leevendada tervisepoliitika meetmete abil.”*

Evans, 2001

Positiivsed muutused. Üha enam tunnustatakse jätkusuutlikku arengut. Mõju keskkonnale ja inimestele on hakatud arvestama tootmisettevõtetes ning keskkonnasõbralikkust kasutatakse koos tervislikkusega positiivse lisaväärtusena toodete müügisõnumites.

Omavalitsused on teadvustanud keskkonna ning tervisekäitumise vahelisi seoseid ning on ulatuslikult investeerinud nii tervisespordirajatisesse kui turvalisema keskkonna saavutamisse. Vastavalt jõustunud seadustele on muudetud elamiskeskond kohasemaks ka puuetega inimestele.

Toiduainetööstus teavitab tarbijat toiduainete koostisest ja säilitusainetest vastava märgistusega tootepakendil. Erinevate toiduainete tootjad korraldavad regulaarselt konkursse parima toiduaine selgitamiseks, mille puhul arvestatakse ka selle tervislikkust.

Eesti täiskasvanud inimeste tervisekäitumise uuringu andmetel on oluliselt vähenenud töökohtadel suitsuses ruumis viibimise aeg.

Negatiivsed muutused. Tubakatoodete ja alkohoolsete jookide kättesaadavust noortele ei ole küllaldaselt piiratud nende toodete hinnapoliitika sihipärase kujundamise ega müügikohtade arvu vähendamise või müügiaegade piiramisega. Enamiku tervisespordialadega tegelemine pole suurele osale inimestest kättesaadav nende kalli hinna tõttu (spordisaalid, ujulad, spordivarustuse laenutus jms).



Positive Changes: Sustainable development has acquired a central role. Manufacturers pay more

attention to the impact of their production processes on the environment and people, environment- and health-friendly attitudes are voiced in commercial messages as a positive added value.

Local authorities are more aware of the interrelations of environment and health behaviour and have invested extensively into sports facilities and safer environment. In accordance with recent laws, the living environment has been modified in the interest of disabled people.

Food industries offer more information on food ingredients and preservatives on packages, and food manufacturers organize contests of best food products, at which attention is paid to the healthiness of food.

As research has shown, people spend less time in smoky rooms at their workplaces.

Negative Changes: The availability of alcohol and tobacco to the young has not been sufficiently limited by a deliberate price policy or reduction of liquor stores and sales hours. Sports facilities (gymnasiums, swimming pools, sports equipment rentals, etc.) are too expensive for most people.

3. Tervisedenduse mõju

Health Promotion Impact

3.1. Muutused terviseteadlikkuses

Changes in Health Awareness

- *“Translating knowledge into practice is not easy.”*
- *“Teadmiste ülekandmine praktikasse ei ole kerge.”*

Davies & Kelly, 1993

Positiivsed muutused. Eesti inimeste teadlikkus tervise riskiteguritest ja nende ennetamise võimalustest ning viisidest on viimase kümne aasta jooksul oluliselt kasvanud. 38% kogu rahvastikust oli aastal 2000 teadlik oma vere kolesteroolisisaldusest ja 96% vererõhust (1994. aastal vastavalt 25% ja 90%).

100% rahvastikust oli aastal 2000 teadlik AIDSi nakatumise võimalikkusest seksuaalvahekorras turvameetodeid kasutamata, 1994. aastal 98%.

Eestis on rinnapiimaga toitvate emade osakaal suhteliselt väike, kuid olukord paraneb. Kui 1993. a toideti rinnapiimaga kolmekuuseks saamiseni 42% ja kuuekuuseks saamiseni 16% vastündinutest, siis 1999. aastal oli rinnapiimatoidul 60% kolmekuustest ja 36% kuuekuustest imikutest.

Eesti põhikoolide lõpuklasside õpilaste teadmised seksuaalelu kohta on paranenud, teadmised on paremad eestlaste, eriti tüdrukute hulgas.

Negatiivsed muutused. Hoolimata terviseteadlikkuse paranemisest viimase kümne aasta jooksul ei ole see mõnes valdkonnas toonud kaasa tervisekäitumise paranemist. 1997. a toitumisuuringus hinnati täiskasvanud inimeste toitumisteadlikkust. Täiskasvanute toitumisteadmised tundusid olevat kesised, see ilmnas üsnagi lihtsatele küsimustele vastamisel. Tegelikku toitumist ja teadlikkust võis mõnel juhul ka seostada. Näiteks 81% vastanutest, kelle arvates soola hulk toidus ei mõjuta tervist, lisasid soola toidule alati enne maitsmist. Inimesed, kes arvasid, et liha on igapäevases tervislikus toidus vajalik, tarbisid ka rohkem liha ja lihatooteid.

Noorukite suitsetamine, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine on viimaste aastate vältel kasvanud. Sellest johtuvalt on noorukite terviseprojektides järjest rohkem vaja kavandada suhtumiste, sotsiaalsete normide ja psühhosotsiaalse keskkonna muutustele suunatud tegevusi.



Positive Changes: The awareness of Estonian population of the risk factors affecting health and of the possibilities and ways of preventing these has grown to a considerable extent over the last ten years. 38% of the entire population knew the cholesterol level of their blood and 96% knew their blood pressure (these figures were 25% and 90% in 1994, respectively).

100% of the population were familiar with the risk of contracting AIDS in unprotected sex, the corresponding figure in 1994 was 98%.

The proportion of mothers that breastfeed their babies is relatively small in Estonia, but things are improving here as well. When in 1993 42% of the babies were breastfed up to the age of three months and 42% up to the age of six months of all newborn infants, the respective figures in 1999 were 60% and 36%.

The knowledge of sex life among Estonian

students in their last year of compulsory education has improved, especially among Estonian girls.

Negative Changes: However, the improved health awareness has not been accompanied by improved health behaviour in certain areas. In 1997 a nutrition survey was conducted to study the eating awareness of the population. The knowledge of adults concerning food seemed to be rather poor. It was possible to associate the actual nutrition with the awareness in certain cases. For example, 81% of the respondents who thought that the amount of salt did not affect one's health always added salt to their food before tasting it. People who considered meat healthy in their daily meals also used more meat and meat products.

Smoking, drinking and drug-use has increased among the young during the recent years. These issues should get more attention in the youth health projects.

3.2. Muutused paikkondlikus arengus

Changes in Community Development

- “Community development has been suggested as offering “the most promising approach to reducing health inequalities.”
- “Paikkondlikku arengut võib pidada kõige tõhusamaks meetodiks tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel.”

Labonte, 1988

Positiivsed muutused. Paikkondliku arengu mudeli rakendamine algas aastal 1997 koostöös Toronto Ülikooli ja Suurbritannia Tervisedenduse Ametiga katseprojektina Lääne-Virumaal. Projektis osalesid Lääne-Virumaa kõikide valdade esindajad, maavalitsuse erinevate sektorite, mittetulundusühingute ja erasektori esindajad. Kuigi paikkonna arengu katseprojekt kestis kolm aastat, hakkasid teised maakonnad sama mudelit rakendama juba 1998. aastal. Praeguseks on paikkondliku arengu mudel kasutusel peamiselt tervisedendusliku meetodina kõikides maakondades, ühendades erinevate sektorite esindajaid, paljusid otsusetegijaid ja sihtrühmade liikmeid. Nii on näiteks sellised riiklikud programmid nagu laste tervise riiklik programm, alkoholismi ja narkomaania preventsiiooni programm ning HIV/AIDSi preventsiiooni programm oma peamiseks tegevusmudeliks valinud paikkondliku arengu mudeli.

Paikkondliku arengu mudeli süstemaatiline kasutamine on oluliselt suurendanud asutuste, organisatsioonide ja erinevate paikkondade võimet teha õigeid otsuseid ning lahendada oma institutsiooni tervise- ja elukvaliteediprobleeme. Nii näiteks on rohkel arvul koole ja lasteaedu, kus on loodud kooli/lasteaia tervisenõukogu, kes töötab iseseisvalt oma asutuse terviseprob-

leemide lahendamisel. (Vt *Riiklik laste ja noorte terviseprogramm aastani 2005*)

Haiglates hakati paikkonna arengu mudelit rakendama esimese katseprojektina 1999. aastal Tallinnas Järve Haiglas. Tervist edendava haigla põhimõtted laienesid kiiresti ka teistele haiglatele ning praeguseks on tervist edendavate haiglate liikumisega ühinenud 15 haiglat üle Eesti, nende hulgas mitu suurt haiglakompleksi, nagu Tartu Maarjamõisa Haigla koos paljude kliinikumidega, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla jpt. (Vt *Tervist edendavate haiglate liikumine 1999–2003*)

Tervist edendavate linnade liikumine Eestis on kulgenud episooditi. Tallinna Linnavalitsus ühines WHO tervist edendavate linnade liikumisega aastal 1991, kuid entusiastide lahkumisega linnavalitsusest tegevus vaibus. Taas intensiivistus tegevus paikkondliku arengu protsesside käivitumisel 1997. aastal. WHO tervist edendavate linnade liikumisega on ühinenud Kuressaare ja Pärnu linnavalitsus (Vt *Tervisedendus Saaremaal; Pärnu linn tervislikuks linnaks*). Septembris 2001 löid kaheksa linna Eesti tervislike linnade võrgustiku. Praegu kuulub tervislike linnade võrgustikku 15 linna. Jaanuaris 2002 moodustasid ühinenud linnad mittetulundusühingu.

Negatiivsed muutused. Paikkonna arengu protsess võinuks olla kiirem, kuid asjatundjate vähesus tervisedenduses on tinginud vajaduse pideva koolituse järele, ja see on aeglustanud tervisedenduse arengut paikkondades. Ka puuduvad seadused, mis suurendaks omavalitsuste vastutust oma piirkonna inimeste tervise eest.



Positive Changes: The application of the community development model started in 1997 in collaboration with the University of Toronto and the Health Education Authority of England in Lääne-Virumaa county. Representatives of all rural municipalities, different sectors of the county government, NGOs and private sector participated in this project. Although the pilot program lasted for three years, other counties adopted the model as early as in 1998. By now, the community development model is used in all counties, involving representatives of different sectors, many decision-makers and members of target groups. Thus, for example, this model has been adopted by such state programs as the children's health program, alcohol and drug prevention programs, and the HIV/AIDS prevention program.

The systematic application of this model has considerably increased the ability of institutions, organizations and different regions to make right

decisions and to solve their health and life quality problems. For example, health councils were formed at many schools and kindergartens to tackle independently their health problems. (v. *The Children and Youth Health Program until 2005*).

The first hospital to introduce this model was the Järve Hospital in Tallinn in 1999. Very soon, other hospitals joined in, by now fifteen hospitals all over Estonia, including several large hospital complexes, such as the University Clinic in Tartu with its many clinics, AS East-Tallinn Central Hospital, North-Estonian Regional Hospital, etc. (v. *the Movement of Health Promotion Hospitals 1999–2003*).

The Healthy Cities movement has been sporadic in Estonia. The city government of Tallinn joined this WHO initiative in 1991, but as several enthusiasts left, the activities subsided. It was revived in 1997, and by now, Kuressaare and Pärnu city governments have joined in (v. *Health Promotion in Saaremaa; Let's Make Pärnu a Healthy Town*). In September 2001 eight towns joined the network, which at present includes 13 towns. In January 2002 the united towns founded a NGO.

Negative Changes: The speed of the community development process could have been greater, yet it was slowed down by the lack of specialists and pertinent laws.

Tervist edendavate haiglate liikumine (1999–2003)

Health Promoting Hospitals Movement (1999–2003)

■ *“The culture, environment and professional behaviour of health-care settings must change if they are to support health promotion and self-care objectives.”*

■ *“Tervishoiuasutuste kultuuri, keskkonda ja seal toimuvad professionaalsed käitumist tuleb muuta, kui soovitakse saavutada tervisedenduse ja eneseabi eesmäärke.”*

Green/Kreuter, 1991

Tervisedendus on nüüdisaegse haigla igapäevatöö oluline osa. Kontseptsioon haiglast kui tervise edendajast ei tähenda, et haigla peaks oma põhifunktsioonilt — ravimiselt — üle minema tervisedendusele, vaid ta peaks haiglakultuuri ja ravitööga liitma patsiendi, personali ning paikkonna tervise edendamise ideed ja tegevused. Tänapäevase tervist edendava haigla (TEH) kontseptuaalne haare on tavahaigla omast laiem: diagnostika, ravi, rehabilitatsioon, hooldus ja tervisedendus ning haiguste ennetamine ja patsiendi õigustega arvestamine, s.o patsiendi teavitamine, koolitamine ja nõustamine, mida kokkuvõtvalt nimetatakse integreeritud tervishoiuteenuseks.

Katsehaiglana algatas Eestis TEH-liikumise Tallinna Järve Haigla 1999. aastal. 25. jaanuaril 2000. a asutati Eesti TEH-võrgustik, mida koordineerib Eesti Tervisekasvatuse Keskus. Nüüdseks on TEH-võrgustikuga liitunud 15 haiglat, kes kõik kuuluvad ka WHO rahvusvahelisse võrgustikku Health Promoting Hospitals (HPH) ja kel on rahvusvaheline HPH sertifikaat.

TEH-võrgustikku kuuluvad AS Ida-Tallinna Keskhaigla (koos Järve haiglaga), AS Lõuna-Eesti Haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Põlva Haigla, Kuressaare Haigla AS, SA Rapla Maakonnahaigla, MTÜ Elva Haigla, AS Valga

Haigla, SA Läänemaa Haigla, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Kivimäe haigla, Nõmme Erahaigla Fertilitas, Maavanuri Hooldekodu Nõos, SA Tallinna Lastehaigla, AS Räpina Haigla, AS Taastusravikeskus Sõprus.

TEH eesmärk on patsiendi, tema pereliikme või lähedase, haiglatöötaja ja paikkonna inimeste tervise edendamine ning tervist soodustava elukeskkonna kujundamine, et vähendada haigestumust ja suremust südame-veresoonkonna haigustesse, pahaloomulistesse kasvajatesse, vähendada traumatismi ja invaliidistumist. Tänapäeval, kus rahvastik pidevalt vananeb ja kasvab krooniliste haiguste osakaal, on tähtsaks eesmärgiks parandada elukvaliteeti ning säilitada funktsionaalne sõltumatus, s.t patsiendi võimestamist toimetulekuks igapäevaeluga ja sotsiaalse keskkonnaga ning elamiseks koos pikka aega kestva haigusega tema jaoks optimaalsemal tasemel.

Lähieesmärkideks on parandada inimeste teadlikkust tervise väärtustamise, tervislike eluviiside kujundamise, tervisesäästlikkuse ja terviseriskide vähendamise tähtsusest ning soodustada tervisliku elu(töö)keskkonna kujundamist (tervislik ja turvaline haiglakeskkond, suit-suvaba haigla, meedikute füüsiline vorm, tervislik haiglatoit, stressiennetus, kõrge suhtlemiskultuur jt).

Oluline on inimeste nõudlikkuse kasv, vajadus info järele ja osavõtt otsuste tegemisel. Kehtiv võlaõigusseadus paneb arstile vastutuse diagnoosimisel, ravi määramisel, patsiendi teavitamisel ja patsiendilt raviks nõusoleku saamisel.

TEH oluliseks tegevussuunaks on koostöö arendamine teiste tervishoiuasutustega, paikkonna perearstidega, apteekritega, sotsiaaltöötajatega, haigeliitude esindajatega jt. Kindlasti peab laabuma ka koostöö paikkonna poliitikute ja võtmeisikutega, omavalitsuse esindajatega ja kohaliku meediaga. Meedikud peavad osalema terviseiga seotud otsuste tegemisel. Ajapikku kujuneb haiglast oma paikkonna tervisekeskus.

Haiglate arengukavades lähiaastateks ja kaugemas perspektiivis peavad kajastuma tervisedenduse ja preventiivsed tegevused ning suundumised. Arengukavade elluviimiseks on vaja kvalifitseeritud ja motiveeritud personali, keda kindlasti peaks olema koolitatud ka tervisedenduse valdkonnas.

XI rahvusvahelisel TEH konverentsil Firenzes Itaalias 18.–20. mail 2003 võetakse vastu tervisedenduse standardid haiglatele järgmistes valdkondades:

1. Juhtimispoliitika — asutuse tervisedenduse poliitika on dokumenteeritud ja see on üks osa kvaliteedijuhtimise süsteemist; standardi eesmärk on kirjeldada asutuse tervisedendusliku tegevuse raamistikku kui kvaliteedijuhtimise süsteemi lahutamatu osa.
2. Patsiendi hindamine — see eeldab pidevat patsiendi vajaduste ja ootuste hindamist tervisedenduslike tegevuste osas; standardi eesmärgiks on toetada patsiendi ravi, parandada prognoosi ning edendada patsientide tervist ja heaolu.
3. Patsiendi informeerimine — asutus kindlustab patsiendid terviseabega ning informeerib tervist toetavatest tegevustest haigla allüksustes; standardi eesmärgiks on kindlustada patsiendi informeeritus plaanilistest tegevustest, andes talle teadmisi ja võimalusi aktiivseks koostööpartnerluseks.

4. Tervisedenduslike tegevuste lõimimine — organisatsioon soodustab haigla kui tervisliku töökoha arengut; selle standardi eesmärgiks on toetada personalile tervisliku ja turvalise töökeskkonna loomist tervisedenduslike tegevuste kaudu.
5. Järjepidevus ja koostöö — asutus suhtub koostöösse teiste tervishoiuteenust osutavate asutustega kui plaanipärasesse ja järjepidevasse tegevusse; standardi eesmärgiks on kindlustada koostöö asjakohaste partneritega ning arendada sotsiaalseid võrgustikke.

Vastavalt standarditele on kehtestatud mõõdetavad kriteeriumid haiglatöö tulemuslikkuse hindamiseks (patsiendi ja personali rahulolu uuringud, meditsiinilise dokumentatsiooni läbi vaatamine, koolitusseminaride kvaliteet, patsientide mõeldud ravijuhiste ja infomaterjali hulk ning arusaadavus jne).

Eesti TEH-võrgustiku haiglatel on välja kujunenud koostöö mitme WHO HPH-võrgustiku haiglaga: Palanga Rehabilitatsioonihaiгла Leedu; Bispebjergi, Hvidovre ja Glostrupi haigla Taanis; Bratislava Ülikooli Lastehaigla ning Tuberkuloosi ja Respiratoorse Haiguste Haigla Nitras Slovakkias.



Health promotion forms an integral part of the daily work of contemporary hospitals. The concept of hospital as the site of health promotion does not mean that hospitals give up their basic function — that of treatment — in favour of health promotion. Instead, this concept unites hospital culture and treatment with the health promotion ideas and activities of the patient, personnel and community. The conceptual range of the contemporary health promoting hospital (HPH) is wider than that of an ordinary hospital, involving diagnostics, treatment, rehabilitation, care, health promotion, disease pre-

vention and the rights of patients, i.e. informing, training and counselling of patients. This all forms the integrated health service.

The HPH movement was initiated by the Järve Hospital in Tallinn in 1999. The Estonian HPH network was established on January 25, 2000 under the auspices of the Estonian Health Education Centre. At present, 15 hospitals have joined the HPH- network, all of which also belong to the WHO Health Promoting Hospitals international network and have the HPH certificate.

The Estonian HPH-network includes East-Tallinn Central Hospital (together with the Järve Hospital), South-Estonian Hospital, Tartu University Clinic, Elva Hospital, Valga Hospital, Läänemaa Hospital, North-Estonian Regional Hospital of Kivimäe, Nõmme Private Hospital Fertilitas, Elderly Country People's Nursing Home at Nõo, Tallinn Children's Hospital, Räpina Hospital and Rehabilitation Centre Sõprus.

The goal of HPH is the health promotion of patients and their families or close ones, and of the hospital employees and the community population, as well as the creation of the health-supportive environment in order to reduce morbidity and mortality rates caused by cardiovascular diseases and malignant tumours, and to prevent injuries and disabilities. At present, as the population is constantly aging and the proportion of chronic diseases is growing, it is imperative to preserve the quality of life and functional independence of patients at the optimal level.

The more immediate objectives are the health education of people and the promotion of a healthy environment both at home and work (healthy and safe hospital environment, smoke-free hospitals, physical fitness of medics, healthy hospital food, prevention of stress, high communication culture, etc.).

It is important to cope with the growing demands of people, their need for information,

and participation in decision making. The effective debt law places the responsibility for diagnosing, making treatment decisions, informing the patient and getting the patient's permission for treatment upon the doctor.

HPH develops cooperation with other health establishments, the community family doctors, pharmacists, social workers, representatives of patient unions, etc. It also collaborates with local politicians and key persons, representatives of local governments and media. In time the hospital will evolve into the health centre of the region.

The short- and long-range development plans of hospitals should include health promotion and preventive activities and directions. To implement these plans, we need qualified and motivated personnel that should also be trained in health promotion.

The 11th International HPH Conference in Florence on May 18–20, 2003, will set the health promotion standards in the following areas:

1. Management policy — the health promotion policy of the institution is documented and forms an integral part of the quality management system.
2. Patient assessment — to assess the needs and expectations of the patients in order to support their treatment, improve the prognosis, health and well-being of patients.
3. Informing the patient — providing the patients with health information, thus enabling them to become active partners in the collaborative effort.
4. Integration of health promotion activities — the organization promotes the development of the hospital as a healthy work environment.
5. Continuity and cooperation — planned and continuous cooperation with other health providing institutions; the aim of this standard is to secure cooperation with pertinent partners and to develop social networks.

Assessable criteria have been elaborated according to these standards to assess the efficiency of the work done at the hospital (surveys of patient and personnel satisfaction, checking the medical documentation, quality of training seminars, quantity and comprehensibility of treatment instructions and information materials, etc.).

The Estonian hospitals belonging to the HPH-network cooperate with several other WHO HPH-network hospitals — Palanga Rehabilitation Hospital in Lithuania, Hvidovre and Glostrup hospitals in Denmark, the University of Bratislava Children's Hospital, and TB and Respiratory Diseases hospital of Nitra in Slovakia.

Tervist edendavate koolide liikumine (1993–2003)

Health Promoting Schools Movement (1993–2003)

■ *“Through sustainable and collaborative approaches to health promotion in schools you can help to build a new generation of healthy citizens in Europe.”*

■ *“Järjepidev ja koostööle suunatud tervisedendustöö koolides võimaldab üles kasvatada uue ja terve Euroopa kodanike põlvkonna.”*

Gudjon Magnusso

Eesti koolides jõudis tervisedendus uude etappi kümme aastat tagasi, kui esimesed koolid liitusid Maailma Terviseorganisatsiooni, Euroopa Nõukogu ja Euroopa Komisjoni algatatud liikumisega tervist edendav kool (TEK). Need koolid seadsid eesmärgiks edendada igakülgset õpilaste ja õpetajate, aga ka kohalike inimeste tervist ja heaolu. TEK-i katseprojekti osalesid Tallinna 21. Keskkool, Tallinna Katleri Põhikool, Tallinna Hiiu Põhikool, Loo Keskkool Harjumaal, Tartu Descartes'i Lütseum, Ülenurme Gümnaasium ja Puhja Gümnaasium Tartumaal, Võrusoo Põhikool Võrumaal, Kärkla Keskkool Hiiumaal, Are Põhikool Pärnumaal, Kadrina Keskkool Lääne-Virumaal, Türi Gümnaasium Järvamaal, Põltsamaa Ühisgümnaasium Jõgevamaal, Rapla Vesiroosi Gümnaasium Raplamaal, Tornimäe

Põhikool Saaremaal ja Röpina Ühisgümnaasium Põlvamaal. 2000. a alustas “Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm” TEK põhimõtete tutvustamist ning liikumise laiendamist. Selle tulemusel on praegu Eestis ligi 70 tervisedendus-kooli.

Tervist edendavate koolide liikumise peaesmärgiks on parandada kooliõpilaste, õpetajate ja kogu paikkonna elukvaliteeti terviseteadlikkuse suurendamise, personaalsete ning sotsiaalsete oskuste arendamise ja suhtumiste kujundamise teel.

1997. a Kreekas korraldatud Euroopa tervist edendavate koolide I konverentsil esitati järgnevate aastate tegevuspõhimõtted. Eesti võrgustik on järginud WHO väljatöötatud tegevussuundi ja hindamise aluseid. Mitme uuringu tulemused

lubavad järeldada, et tervisedenduskoolid on oma eesmärkide saavutamisel olnud edukad. Eestis on tervisedenduskoolid kaasanud meeskonna, kuhu peale pedagoogide ja õpilaste esindajate kuulub ka lapsevanemaid ning tervishoiutöötajad, aga ka teisi kohalikke inimesi. Koostööl rajanev tegevus ja terviseteadlikkuse kasv on suurendanud osalejate huvi, pädevust ning valmidust lahendada terviseküsimusi. Lähtudes 2002. a Euroopa TEK II konverentsil vastu võetud Egmondi resolutsioonist ja jätkusuutliku tervisedenduskooli loomise vajadusest on tervisedendavate koolide järgnevate aastate peamiseks ülesandeks laiendada piirkondlikke võrgustikke ning luua riiklik juhtimisstruktuur.



Health promotion reached a new stage in Estonian schools ten years ago when the first schools joined the health promoting schools (HPS) movement initiated by the WHO, the Council of Europe and the European Commission. Those schools set it as their aim to promote the health and well-being of students and teachers, as well as that of local people. A number of schools participated in the HPS pilot project, e.g. Tallinn Secondary School No. 21, Tallinn Ketler Middle School, Tallinn Hiiu Middle School, Loo Secondary School in Harjumaa, Tartu Descartes Lycée, Ülenurme and Puhja Gymnasiums in Tartumaa, Võrusoo Middle School in Võrumaa, Kärkla Secondary School in Hiiumaa, Are Middle School in Pärnumaa, Kadrina Secondary School in Lääne-Virumaa, Türi Gymna-

sium in Järvamaa, Põltsamaa Joint Gymnasium in Jõgevamaa, Rapla Vesiroosi Gymnasium in Raplamaa, Tornimäe Middle School in Saaremaa, and Räpina Joint Gymnasium in Põlvamaa. In 2000 the “Children and Youth Health State Program” began to publicize the basic tenets of the movement, and to expand it. As a result, there are about 70 health promoting schools now in Estonia.

The principal aim of the health promoting schools movement is to improve the quality of life of students, teachers and the whole community by promoting their health awareness, personal and social skills and attitudes.

At the first conference of European health promoting schools in Greece in 1997, the principles for further action were presented. The Estonian network has been following the courses of action and evaluation criteria developed by the WHO. Several surveys show that the health promoting schools have been successful in attaining their goals. Estonian health promoting schools have formed teams that include teachers and students, but also parents, health care professionals and other local people. Co-operative action and health awareness have increased the interest, competence and readiness of participants to solve health problems. In accordance with the Egmond resolution adopted at the second European HPS conference that emphasized the need for health promoting schools, the main task facing the health promoting schools would be the development of regional networks and the foundation of a national control structure.

Pärnu linn tervislikuks linnaks

Let's Make Pärnu a Healthy Town

■ *“It is important to recognize that each community or city should go through this exercise itself and not adopt some other city's vision. This is because every city or community will have its own understanding of health and its own unique circumstances.”*

■ *“On tähtis tunnistada, et iga kogukond või linn läbiks terviklike linnade protsessi iseseisvalt, mitte ei omandaks teise linna ettekujutust, sest et igal linnal või kogukonnal on oma arusaam tervisest ja oma ainulaadsetest tingimustest.”*

Ashton, 1993

Pärnu linn on liitunud WHO tervislike linnade liikumisega ning Eesti tervislike linnade võrgustikuga. Sellist mahukat erinevaid eluvaldkondi haaravat linnaarengulist tervisedenduslikku tegevust ei oleks õige nimetada projektiks, pigem on see linna arenguprotsess tervist arvestava ja turvalise elukeskkonna loomisel.

1997. aasta koolituskursusest “Tervisedenduse põhialused” sai alguse idee Pärnu linna arenguks tervisliku linnana. Linnaarst kogus initsiatiivgrupi arengumeti spetsialistidest, kaates ka haigla peaarsti.

Tervisliku linna põhimõtete tutvustamist alustati poliitikute ja erinevate eluvaldkondade esindajate seas, lisaks kohtuti linlastega, avaldati artikleid ajalehes, esineti kohalikus raadios, peeti loenguid ülikooli kolledži tudengitele.

1998. aasta novembris otsustas linnavalikogu liituda WHO Euroopa tervislike linnade liikumisega, et ka Pärnu linnast saaks tervislik linn. Sama aasta detsembris kinnitati volikogus seitse linna arenguprioriteeti, millest esimene sõnastati järgmiselt: Pärnu on inimväärse elukeskkonnaga sotsiaalselt turvaline linn.

1999. aasta vältel koguti ja analüüsiti tervisena näitajaid; koolinoorte seas tehti küsitlus alkoholi

ja narkootikumide tarvitamise ning suitsetamise kohta; korraldati küsitlus linna probleemide selgitamiseks ning analüüsiti seda võrdlevalt 1996. ja 1997. aasta küsitlustulemustega; tehti keskkonnaaudit.

2000. aastal koostati tulenevalt arengukavast linna viie aasta terviseplaan, kus määrati kindlaks tegevuste aeg, vastutajad ja rahaline kate.

2001. a korraldas Pärnu linn tervislike linnade liikumise III konverentsi, kus asutati Eesti tervislike linnade võrgustik. Selleks ajaks oli Kuressaare linn juba WHO liikumise liige ning hulk Eesti linnasid avaldas soovi võrgustiku loomiseks.

2001. aastal kinnitas Pärnu linnavalitsus aastateemad kuni aastani 2006. Aasta 2002 kuulutati Pärnu linnas terviseaastaks eesmärgiga rohkem tähelepanu pöörata säästlikkusele, loodust ja sotsiaalset keskkonda mõjutavatele projektidele, inimeste isiklike oskuste arendamisele, tervislikule eluviisile ning ennekõike noorte tervise hoidmiseks vajalikule ennetustegevusele.

30. detsembril 2001 võeti Pärnu linn vastu WHO Euroopa tervislike linnade III faasi võrgustiku liikmeks, mille kohta 28. jaanuaril 2002 anti linnale üle vastav tunnistus.

Pärnu linn eraldab eelarvest juba teist aastat raha tervisedenduslikele ja haigusi ennetavatele projektidele, eraldi piimarahha koolieelsetele lasteasutustele. Loodud on Avatud Noortekeskus noorte vaba aja sisustamiseks; sõpruslinna Helsingborgi toetusel on linn ehitanud ja ajakohastanud üheksa uut lastemänguväljakut. Tervisedenduslik tegevus on jätkunud igal aastal ka lühiajaliste projektidena erinevate rahastamisallikate kaudu väljaspool linna eelarvet.

Tervislike linnade liikumisel on Pärnu linna kui terviku tervendamisel-parandamisel oluline osa, mille kaudu on võimalik kujundada linnaelanike, eriti areneva põlvkonna ellusuhtumist ning mõjutada säästvalt tegutsema nii keskonna, majanduse-ettevõtluse kui ka sotsiaalvaldkonnas.



The town of Pärnu has joined the WHO Healthy Cities movement and the Estonian Healthy Cities network. This complex large-scale health promotion activity should not be called a project. Rather, it is the town development process of creating a health-conscious and safe environment.

The idea of Pärnu as a healthy town grew out of a 1997 training course entitled “The Basics of Health Promotion”. The town physician convened an initiative group of the specialists of the development department, including the head doctor of the hospital.

The principles of healthy cities were first introduced to the politicians and representatives of various fields of life. Besides, meetings were arranged with townspeople, articles published in the newspaper, speeches made on the local radio, and lectures given to the college students.

In November 1998, the city council decided to join the WHO Healthy Cities movement, so that Pärnu would also become a healthy town. In December of the same year seven town development priorities were approved by the city council, the first of which read: Pärnu is a socially safe town with a decent environment.

In 1999 several health indicators were collected and analysed — a survey was conducted among schoolkids about drug-use and smoking. Data were comparatively analysed with the respective results of the 1996 and 1997 surveys, an environment audit was carried out.

In 2000 a five-year plan was drawn up and in 2001 the third Healthy Cities conference organized, at which the Estonian Healthy Cities network was formed. By that time, Kuressaare was a member of the WHO movement, and a number of other Estonian towns were eager to form a network.

In 2001 the city council of Pärnu approved the annual themes until 2006. The year 2002 was declared the year of health in Pärnu, with the main emphasis on environment-friendly projects, healthy life style and above all, the preventive work among the young.

On December 30, 2001, Pärnu was admitted to the third phase network of the WHO Healthy Cities, and a certificate was given to the town on January 28, 2002.

For the second year running, the town of Pärnu finances health promotion and disease prevention projects, and, specifically, provides pre-school institutions with money for milk. Pärnu collaborates with its twin city of Helsingborg in several ways.

The Healthy Cities movement has an important role in improving Pärnu in many environmental, economic and social fields.

Muutused tervisepoliitikas

Changes in Health Policy

■ *“It is clear that public health will be improved by decisions that are made outside the health sector and that is why health is, first of all, a political matter, and only secondarily a technical one.”*

■ *“On selge, et tervist saab edendada otsustega, mis tehakse tervise sektorist väljaspool, seega on tervis eeskätt poliitiline ja alles seejärel tehniline küsimus.”*

Asthon, 1993

Positiivsed muutused. 1993. a loodi Sotsiaalministeeriumis rahvatervise osakond ja asutati Eesti Tervisekasvatuse Keskus. Rahvatervise seadus võeti Eestis vastu 14. juunil 1995, tervise edendamine on seal määratletud kui inimese tervist väärtustava ja soodustava käitumise ja elulaadi kujundamine ning tervist toetava elukeskkonna sihipärane arendamine. Tervisepoliitika kontseptsioon kiideti heaks Vabariigi Valitsuse 2. märtsi 1995. a istungil.

24. mail 1995 vastuvõetud Eesti Vabariigi ning Rahvusvahelise Rekonstrueerimis- ja Arengupanga vahel sõlmitud laenulepingu ratifitseerimise seaduse punkt 5.01 ütleb, et Sotsiaalministeerium ja Keskaigekassa jõuavad kokkuleppele selles, et igal aastal kantakse vastav protsent ravikindlustusmaksust laekuvatest summadest üle Sotsiaalministeeriumile tervise edendamise ning haiguste ennetamise programmide jaoks. Lepingu lisa 2 täpsustab, et viimaste all mõeldakse kohalike tervisedenduslike programmide iga-aastast rahastamist ja üleriigilisi kampaaniaid viies esmatähtsas valdkonnas: suitsetamisvastane võitlus, südame-veresoonkonna haiguste ennetamine, õnnetusjuhtumite kontroll, naiste tervis ning perekonna planeerimine. 1995. aastast alates on kodanikualgatusel põhi-

neva tervisedendusliku projektitöö tarvis ravikindlustuse eelarvest eraldatud kuni 1% (1997); 2002. aastal 0,3%. See oli Eesti vaatenurgast tervishoiupoliitiline otsus, mis määras ühe kindla allika rahvatervise programmide rahastamiseks.

Riigieelarvest kinnitati ja rahastati järgmisi tervishoiuprogramme: AIDSi profülaktika riiklik programm 1992–1997, laste ja noorukite riiklik terviseprogramm 1996–2005, immuunprofülaktika riiklik programm nakkushaiguste vältimiseks 1995–2005, HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste riiklik arengukava 1998–2001, tuberkuloositorje riiklik programm 1998–2003, alkoholismi ja narkomaania ennetamise riiklik programm 1998–2007, rahvatervise teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm 1999–2008, HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm 2002–2006.

Tervisedenduse spetsialistid töötavad 1997. aastast kõigis maakondades, enamasti maa-valitsuse juures. Tervisedenduse spetsialistide tööd rahastati kuni 2001. a-ni haigekassa tervisedenduse eelarvest. Tervist edendavat tegevust rahastatakse osaliselt ka hasartmängumaksu seaduses sätestatud toetuste andmise nõukogu kaudu ning teiste riiklike programmide ja kampaaniate vahenditest, näiteks kriminaal-

preventsiooni riiklik programm või Riigi Maanteeameti kampaaniad. Terviseiga seotud projekte rahastavad ka paljud riigieelarvest sõltumatud fondid (nt Avatud Eesti Fond) ja rahvusvahelised organisatsioonid (nt WHO ja UNICEF).

Seadusega kehtestati tubakaaktsiis alates 01.01.1995 ning alkoholiaktsiis alates 01.01.2001. Seadustest lähtuvalt peab 3,5% saadud tubakaaktsiisist minema Eesti Kultuurkapitalile, sealhulgas 0,5% kehakultuuri toetamiseks.

Tervisedenduse osa tegevusvaldkondi on praegu püsivategevus: teave ja koolitus laste-aedades ning koolides kodunduse, inimeseõpetuse ja perekonnaõpetuse ainekava raames ning perearstide töö ühe osana.

Aastal 2002 valmis rahvastiku tervise poliitika eelnõu aastani 2010. Praegu on ettevalmistamisel esimene riiklik tervise strateegia, mis peaks jõudma avalikkuse ette veel sellel aastal.

Toiduseaduses on sätestatud käitleja enesekontrolli kohustus, millega on seotud ka üks toiduseaduse põhialuseid: käitleja ainuvastutus oma tegevuse eest.

Sotsiaalministri määrustega on kinnitatud toitlustamise põhialused ja toitainete vajalikud määrad lasteasutustele, koolidele, haiglatele ning hooldekodudele, nende koostamisel arvestati Eesti ja rahvusvahelisi toitumissoovitusi.

Negatiivsed muutused. Kümne aasta jooksul ei ole valminud riiklik tervisedenduse strateegia, mistõttu tervisedenduse korraldus ja koordineerimine on olnud suhteliselt kaootiline.

Vabariigi Valitsus kinnitas "Vähktõve ennetamise riikliku programmi aastateks 2000–2009", "Kõrgvererõhutõve ennetamise riikliku programmi 2000–2009" ja "Reproduktiivtervise riikliku programmi 2000–2009", ent nimetatud programmid ei ole realiseerunud ja neid ei ole riigieelarvest rahastatud.

Sotsiaalministri 6. märtsi 2001. a määrusega nr 31 kinnitati "Maavalitsuse tervisedenduse spetsialistide tegevuse korraldamine", mille alusel tervisedenduse spetsialist viib maakonnas

oma pädevuse piires ellu tervise edendamise ja haiguste ennetamise riiklikku poliitikat. Tervisedenduse spetsialistide tegevuse rahastamine riigieelarvest ei ole sätestatud.

Vabariigi Valitsus ei ole kinnitanud 2002. aastal valminud rahvastiku tervise poliitikat aastani 2010.



Positive Changes: In 1993 the public health department was formed at the Ministry of Social Affairs and the Estonian Centre for Health Education and Promotion established. The Public Health Law was passed on June 14, 1995, which defines health promotion as the shaping of health-friendly and supportive behaviour and lifestyle, as well as the consistent development of health supportive environment. The concept of health policy was approved by the Government of the Republic on March 2, 1995.

According to item 5.01 of the ratification law of the loan contract between the Republic of Estonia and the International Bank of Reconstruction and Development, the Ministry of Social Affairs and the Estonian Sick Fund agreed to transfer a certain percentage of the health insurance tax money to the Ministry of Social Affairs for health promotion and disease prevention programs. The five priority areas include: anti-smoking campaign, prevention of cardiovascular diseases and accidents, women's health and family planning. Since 1995, up to 1% of the health insurance budget money has been allotted to health promotion projects based on civic initiative (1997), the respective figure for 2002 was 0.3%. From the Estonian point of view, this was a health policy decision that established a definite source for financing public health programs.

The following health care programs were chosen for financing from state budget: state AIDS prevention program for 1992–1997, state

children and youth health program for 1996–2005, state infectious diseases prevention program for 1995–2005, HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases program 1998–2001, state TB prevention program 1998–2007, state alcohol and drug prevention program 1998–2007, state target program of public health research and development for 1999–2008, state HIV/AIDS prevention program for 2002–2006.

Health promotion specialists work in all counties since 1997. This work is financed by various state and independent sources (e.g. the Open Estonia Foundation), as well as international organizations (e.g. the WHO and UNICEF).

In 2002, the population health policy bill until 2010 was drawn up. The first state health strategy is being elaborated at present, which should be made public before the end of this year.

Measures are being taken in the field of education and food services as well.

Negative Changes: The state health promotion strategy has not been elaborated within the ten years, as a result of which the structure and coordination of health promotion have been relatively chaotic.

Although state programs of cancer and hypertension prevention, as well as the reproductive health program for 2000–2009 have been approved, they have not been realized or financed from state budget. The financing of health promotion specialists from state budget has likewise not been set.

The Government of the Republic has not approved the population health policy until 2010 that was drawn up in 2002.

VI Tervisedenduslik tegevus kümne aasta jooksul

Health Promotion Activities
in Ten Years

1. Riiklikud terviseprogrammid

State Health Programs

- *“The experience of mobilizing people in community groups strengthens social networks and social support between individuals and enhances the community’s or organizations competence to collaborate and solve health problems.”*
- *“Inimeste paikkondlikesse rühmadesse kaasamise kogemus tugevdab sotsiaalseid struktuure ja individidevahelisi sotsiaalse toetuse vorme ning suurendab paikkonna või organisatsioonide pädevust koostöö ja terviseprobleemide lahendamise valdkonnas.”*

Wallerstein, 1996

Tervisedendusliku tegevuse võime tinglikult jaotada kolme suurde rühma. Esimene osa tervisedenduslikust tegevusest on püsigegevus — teave ja koolitus lasteaedades ning koolides kodunduse ja inimeseõpetusega seoses ning perearstide töö osana.

Teiseks osaks võime pidada riigieelarvest rahastatud riiklike terviseprogramme, mis on kavandatud 5–10 aastaks ning mis on koostatud eesmärgiga lahendada suuri riikliku tähtsusega terviseprobleeme. Näiteks riiklik laste ja noorte terviseprogramm aastani 2005, alkoholismi ja narkomaania ennetamise riiklik programm 1997–2007, HIV/AIDSi ennetamise programm ning tuberkuloosi ennetamise programm.

Kolmandasse rühma kuuluvad haigekassa rahastatud projektid, mis oma olemuselt on lühiaegsemad ja on välja valitud kas toetamaks hai-

guste preventiooni või ergutamaks ja võimendamaks kohalikku algatust tervise arendamisel. Näiteks “Noorte reproduktiivtervisealane nõustamine ja sugulisel levivate haiguste ennetamine 2002–2006”, “Südame-veresoonkonna haiguste ennetamise projekt aastateks 2002–2006”, “Rinnanähi varajase avastamise projekt 2002–2006” ja “Osteoporoosi varase avastamise projekt 2002–2006”, “Tervisemõju ja analüüsi rakendamise areng” ja veel hulk suuremaid ning väiksemaid projekte.

Enamik programme/projekte kasutavad oma tegevuskavas mitmete tervisedenduslike teooriate ja mudelite kombinatsioone, erinevat meetodikat, koolitust, paikkondade aktiveerimist ja poliitika mõjutamist. Alljärgnevalt on kirjeldatud mõningaid kompleksseid programme/projekte.

■

Health promotion activities can be divided into three large groups. Firstly, the permanent activities — information and education at kindergartens and schools in connection with home economics and human studies, as well as the work done by family doctors.

Secondly, the state health programs planned for five to ten years financed from state budget that deal with important health issues of the entire state. For example, state children and youth health programs until 2005, alcoholism and drug, HIV/AIDS and TB prevention programs.

The third group comprises short-range programs financed by the health insurance fund, chosen to promote disease prevention or local initiatives in health development. A number of various projects (e.g. counselling of youth on reproductive health and STD, cardio-vascular disease prevention, early detection of breast cancer, etc.) fall into this category.

Most programs/projects combine various theories and models in their work, applying different methodological approaches, training, community participation and lobbying. Next, a few complex programs/projects will be touched upon.

Riiklik laste ja noorte terviseprogramm aastani 2005

State Children and Youth Health Program until 2005

Riiklik lasteprogramm algas 1996. aastal kümneaastase programmina. Programmi eesmärgiks seati laste “probleemide lahendamise koordineeritud tegevuse arendamine erinevate ametkondade vahel”. Laiaulatusliku programmi I etapis aastatel 1996–1999 toimus tervisedenduslik tegevus viie alaprojekti raames. II etapis aastatel 2000–2005 on alaprojektide tegevus koondunud tervisedenduslikesse lasteaeadesse ja koolidesse, kusjuures olulisim on haridussektori ja paikkonna kaasamine tervisedendusse.

Koolikeskkonna alaprojekt. Eelnevate töendus- põhiste uuringute põhjal peetud seminarid koolide juhtkondadele võimaldasid tunduvalt parandada koolide füüsilist keskkonda: valgustust, arvutiklasside olukorda, koolivõimlaid ja õpilaste pesemisvõimalusi. Programm suutis kaasata üldsust. Näiteks algatas lauljatar Siiri Sisask “Saagu valgus” heategevusprojekti koolide valgustuse parandamiseks. Seaduste korrastamisel on arvestatud projekti ettepanekutega.

Selle tulemusel on asutud õpikute (koolikoti raskus!) kaalu kohta nõudeid esitama ja püütakse kirjastajatega kokku leppida.

Koolitoidu alaprojekt tegutses 1995ndast (algas enne riiklikku programmi eraldi projektina) kuni 2001. a-ni. Projekti põhieesmärk oli tagada lastele kvaliteetne toit, kindlustada toitlustamisega saadava toiduenergia nõutav kogus kasvavale ja arenevale organismile ning kujundada tervislikud toitumisharjumused. Selle aja jooksul täitis projekt oma ülesande kokkade ja tervisekasvatuse õpetajate kvalifikatsiooni parandamisel ning õppematerjalidega varustamisel. Projekti tulemusel on paranenud lastele pakutava toidu kvaliteet nii laste endi antud hinnangute alusel kui koolilõunate menüüde kordusuuringute tulemusel. Suurenenud on toitlustatavate kooliõpilaste suhtarv paljudes maakondades, ehkki siiani püsib see alla 70% õppurite üldarvust. Uuringute alusel on paranenud teadmised tervisliku toitumise kohta. Projekt on osalenud nii

seaduste väljatöötamisel kui koolipiima programmi rakendamisel. Ei ole suudetud aga korrastada Haridusministeeriumi haldusalasse kuuluvat õpilaste toitumise koolitussüsteemi.

Koolitervishoiu alaprojekt koostas aastatel 1997–2001 arvukalt materjale kooliarstide ja õdede arvamuste, töö iseloomu jm kohta. Koolitervise mudel ja koolitervishoiu käsiraamat valmisid 2002. aastal. Kooliarstide ja õdede tööülesannete kindlaksmääramine on tihedalt seotud perearstireformi rakendamisega, kuid seni ajani on seadusega reguleerimata kooliarstide, kooliõdede ja perearstide vahelised tööülesannetud.

Kehaline aktiivsus ja traumade ennetamine. 1996.–2000. aastal töötas alaprojekt koolides kehalise kasvatus tundide arvu suurendamise nimel ning saavutas õpilaste ujuma õpetamise ja esmaabi õpetamise aktiveerumise. Lasteaedades on hoogustunud õuetegevus. Projekt ei ole analoogselt koolitoidu projektiga saavutanud püsivaid tulemusi haridussüsteemis.

Vaimse tervise alaprojekti kaudu on edu saavutatud õpilaste vaimse tervise probleemide sagemistendentsi pidurdamiseks. Selle aluseks on uuringud ning spetsialistide väljaõpe. Eraldi teemana on projekt käsitlenud tegutsemist kriisi või katastroofi korral koolis. Koolipsühholoogide vajaduse tähtsustamine on leidnud positiivset vastukaja ja kohalikud omavalitsused on mitmes kohas leidnud võimaluse koolipsühholoogi palkamiseks. Paralleelselt sellega korrastatakse tugiõpilaste süsteemi, koolitatakse vastavaid juhendajaid. Programmi lõppedes on igas maakonnas koordineeritud tugiõpilaste juhendamine. Katseprojektidega on maakondades töötatud välja laste ja noorukite vaimse tervise probleemide teavitamise ning nõustamise mudelid. Samuti on välja töötatud pedagoogide täiendus- koolitusprogramme, kuid need ei ole senini haridussüsteemi kinnistunud.

Alates 1999. aastast on arendusprojekt koordineerinud alaprojektidevahelist tegevust. Programmi arengus on pearõhk laste tervist edendava keskkonna loomisel. Koolikeskkonna tervislikumaks muutmisele on kaasa aidanud tervist edendavate koolide ideoloogia levimine (vt *Tervist edendavate koolide liikumine 1993–2003*). Alates 1999. a-st on programmi kaasatud ka laste- aialapsed.

II etapis on lisandunud **tervislike lasteaedade ja tervist edendavate koolide** alaprojektid. 2000. aastal kinnitas Vabariigi Valitsus “Laste- ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005” täiendused, kus ühe punktina oli kirjas tervist edendava kooli ja koolieelse lasteasutuse mudeli rakendamine.

2000. aastal alustati Eestis esimest korda tervist edendavate lasteaedade liikumisega. See lähtub oma töös järgmistest põhimõtetest:

- 1) arendada ja tugevdada koostööd laste ning lasteaia personali tervise nimel erinevatel tasanditel;
- 2) luua lapse arengule ja tervisele soodsad tingimused;
- 3) arendada last ja kujundada tervislikku eluviisi.

Alustasid kolm katsemaakonda. Aastatel 2000–2002 töötati välja tervist edendava lasteaia mudel. Väljatöötatud mudel on aluseks koolieelsetele lasteasutustele tervisedenduse arengukava koostamisel, tegevuste analüüsimisel, laste tervise aspektist oluliste probleemide selgitamisel ja sobivate lahenduste leidmisel, tervisedenduse planeerimisel ja elluviimisel asutuse ning paikkonna tasandil. Projekti lõppeesmärgiks on tervist edendava lasteaia põhimõtete tutvustamine ja rakendamine aastaks 2005 koolieelsetes lasteasutustes üle Eesti.

Praeguseks on tegevus laienenud seitsmesse maakonda. Oluline on tagada maakondlike võrgustike jätkusuutlikkus ja see nõuab nii maakonna haridus- kui tervishoiuspetsialistide osalemist.

Viimases programmi etapis töötatakse välja paikkonna arengu printsiibil jätkusuutlik kooli ja lasteaia tervisedendustöö skeem. Seda peavad aga toetama nii haridus- kui ka tervishoiusüsteem ja see sõltub riigi üldisest tervisestrateegiast. Väljatöötamisel on programmide koostöömudel.

Lasteprogramme hinnatakse regulaarselt kooliõpilaste terviskäitumise uuringu kaudu (*HBSC-study*).



This children program began in 1996 as a ten-year program. Its aim was “to solve problems connected with children in coordination with various authorities”. The health promotion activities of the first stage (1996–1999) of this extensive program were carried out in the framework of five subprojects. The second stage (2000–2005) focuses on health promotion in kindergartens and schools, involving the education sector and community participation.

School Environment Subproject. Seminars given to school administrators, at which the results of previously conducted studies were used, have significantly helped to improve the physical environment of schools — lighting, computer classes, gymnasiums, washing facilities. The program attracted public attention. Thus, for example, singer Siiri Sisask initiated the “Fiat Lux” charity project for improving the lighting conditions at schools. The project has also helped to draw attention to problems like the weight of schoolbags, etc.

School Meals Subproject functioned from 1995 to 2001. Its main objective was to provide children with good quality meals and to develop healthy eating habits. This aim was fulfilled as surveys have shown. The proportion of children having meals at school has increased in many counties, although it is still below 70% of the

overall number of students. The students’ awareness of healthy food has improved, yet the system of eating education has not yet been arranged by the Ministry of Education.

School Health Subproject concentrated on collecting data on the opinions, nature of work, etc. in 1997–2001. The model of school health and a school health care handbook were completed in 2001. This field is closely related to the present reform of family doctors, and there are many unresolved issues there.

The other subprojects include **Physical Fitness and Injury Prevention Subproject** and **Mental Health Subproject**. The former helped to increase the number of physical education classes at school, and to include swimming and emergency aid lessons in the curricula. The latter has dealt with crisis and catastrophe management at school. Also, the number of school psychologists has increased, and various counselling and training programs have been initiated.

Since 1999 the state children and youth health program has been in charge of the coordination between the subprojects. Since all subprojects deal with children, the activities have been combined at local schools.

In the second stage, **Healthy Kindergartens** and **Health Promoting Schools subprojects** have been added by the Government.

The Healthy Kindergartens movement was introduced in Estonia in 2000. This movement aims to (1) develop and consolidate cooperation in the name of the health of children and the kindergarten staff at different levels; (2) create favourable conditions for the development and health of children; (3) develop children and form healthy lifestyle.

At first there were three pilot kindergartens, in 2000–2002 the model of healthy kindergarten was elaborated, and by now seven counties participate in this subproject.

The development of Estonian school health reached a new stage ten years ago when the first schools joined the movement of health promoting schools initiated by the WHO, the Council of Europe, and the European Commission. By now, more than fifty schools are involved in it.

Main emphasis is laid on the creation of healthy school environment, teams include teachers, students, parents, local people and health care professionals.

In the last stage of the program, a sustainable scheme for school and kindergarten health promotion based on community development will be elaborated. However, both the education and health care systems should support it. A cooperation model of programs is being elaborated at present.

Children programs are systematically evaluated by the health behaviour of schoolchildren studies (HBSC-studies).

HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm

HIV/AIDS Prevention State Program

HIV leviku ennetamisega on Eestis tegeletud 1980. aastate lõpust, esimene HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm algatati 1992. aastal. Jaanuaris 2002 kinnitas Vabariigi Valitsus kolmanda programmi "HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002–2006". Peamine erinevus eelnevatest programmidest on teiste ministeeriumite ja valitsusasutuste, kohalike omavalitsuste, kolmanda sektori ning sihtgruppide kaasamine programmiga seotud tegevustesse. Programmi üldeesmärgiks on HIV/AIDSi suureneva leviku peatamine ning HIV-nakatunutele kvaliteetse antiretroviirusravi ning teiste tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavuse tagamine.

Esimene HIV-nakkuse juhtum Eestis diagnoositi 1988. aasta lõpus. Kuni 1999. aastani levis HIV-nakkus põhiliselt sugulisel teel ja leviku ulatus oli minimaalne. 2000. aasta augustis algas HIV-nakkuse epideemiline levik Ida-Virumaalt Narvast, seda peamiselt süstivate narkomaanide seas. Järgnevalt levis epideemia teistesse Ida-Virumaa linnadesse ja Tallinna. Kokku registreeriti 2000. aastal 390; 2001. aastal 1474 ja 2002. aastal 899 uut HIV-juhtu. Kuigi siiani on peamiseks ohurühmaks süstivad narko-

maanid, on järjest enam registreeritud nakkuse leviku sagenemist sugulisel teel. Enamus nakatunuid on noored: 2002. aastal registreeritud HIV-juhtudest kuulus 85% vanuserühma 15–29 a.

HIV/AIDSi programmi peamine tegevusvaldkond on töö ohurühmadega: süstivad narkomaanid, nende sekspartnerid ja prostitutsiooni kaasatud. Narkomaanide nõustamise ja süstalde vahetamise projekt algas 1997. aastal ning selle oluline laienemine toimus 2001. aasta I poolel. Praegu pakutakse seda teenust 13 süstlavahetuspunktis Ida-Virumaal ja Tallinnas.

Ennetustöö noorte hulgas hõlmab koolitust ning kampaaniaid. Paikkondliku ennetustegevuse arendamise raames on suuremad omavalitsused töötanud välja oma piirkonna HIV/AIDSi ennetuse tegevuskava kuni aastani 2006. Vabatahtlik nõustamine ja HIV-testimine toimub viies anonüümses AIDSi-kabinetis: Tallinnas, Pärnus, Tartus, Narvas ja Kohtla-Järvel (Puru haiglas). HIV-positiivsete antiretroviirusravi ja psühhosotsiaalset toetust saavad alates 2001. aastast Eestis kõik HIV-positiivsed, kes seda meditsiinilistel näidustustel vajavad. Esimene HIV-

positiivsete tugirühm loodi 10 aastat tagasi (Eesti Positiivsete Ühing ESPO) ja viimase aasta jooksul on loodud eraldi tugirühmi naistele, HIV-positiivsetele narkomaanidele ning HIV-positiivsetele vangidele.

2002. aastal hindasid HIV/AIDSi programmi tegevust poliitikauuringute keskus Praxis, Riigikontroll ja Maailma Terviseorganisatsiooni ekspertgrupp.

Programmi headeks koostööpartneriteks on olnud mitu välisorganisatsiooni: World Health Organization (WHO), Family Health International (FHI), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), U.S. Agency for International Development (USAID). Koostöös välisekspertidega koostati 2002. aasta septembris ülemaailmsele AIDSi vastu võitlemise fondile The Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis taotlus, millele saadi positiivne vastus.



Work in HIV prevention in Estonia began in the end of the 1980s, the first state program was launched in 1992. In January 2002 the Government of the Republic approved the third “HIV/AIDS Prevention State Program for 2002–2006”. The main difference of this program from the previous ones is its emphasis on involving other ministries and government institutions, local authorities, the third sector and target groups in its activities. The overall aim of the program is to stop HIV/AIDS and to provide the HIV-positives with quality antiretrovirus treatment and other health care and social services.

The first case of HIV in Estonia was diagnosed in the end of 1988. Until 1999 HIV was mostly transmitted sexually and its range was minimal. In August 2000, HIV started to spread from Narva in Ida-Virumaa mostly among injecting drug addicts. From there it spread to other towns

of Ida-Virumaa and Tallinn. All in all, in 2000 390 new cases were recorded, in 2001 1474 new cases and in 2002 899 new cases. Most of the infected are young — 85% of the HIV cases recorded in 2002 belonged to the age group of 15–29.

Main Fields of HIV/AIDS Prevention Program is work with risk groups — injecting drug addicts, including their sex partners, and prostitutes. The project of counselling and syringe exchange started in 1997, and it was significantly expanded in the first half of 2001. Thirteen syringe exchange stations operate in Ida-Virumaa and Tallinn at present.

Prevention work among the young involves training and various campaigns. Bigger local authorities have elaborated their own HIV/AIDS prevention plans within the framework of community development until 2006. Voluntary counselling and HIV-testing take place in five anonymous HIV labs – in Tallinn, Pärnu, Tartu, Narva and Kohtla-Järve (at Puru hospital). Since 2001, all HIV-positives get antiretrovirus treatment and psychological and social support. The first support group for HIV-positives was formed ten years ago (ESPO), and last year separate support groups were founded for women, HIV-positive drug addicts and HIV-positive prisoners.

In 2002, the HIV/AIDS prevention program was evaluated by the centre of political studies Praxis, the State Audit Office and a WHO group of experts.

The program has collaborated with several foreign organizations: the WHO, the Family Health International (FHI), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and the U.S. Agency for International Development (USAID). In September 2002 an application was sent to the world anti-AIDS fund, the Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis, which received a favourable answer.

Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm

Alcohol and Drug Prevention Program

Narkomaania ennetamise ning narkokuritegevuse tõkestamise poliitika (uimastipoliitika) põhimõtted aastateks 1997–2007 ning alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi aastateks 1997–2007 kiitis Vabariigi Valitsus heaks novembris 1997. Programmi juhib Sotsiaalministeerium.

Aastatel 1998–2000 viis ellu programmi osi ning koordineeris riikliku programmi nõukogu tööd Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus (EUS). Alates 2000. aastast on programmi juhtasutuseks olnud Eesti Tervisekasvatuse Keskus. Programmi põhieesmärgiks on alkoholi ja uimastite tarbimisest tuleneva kahju vähendamiseks kujundada alkoholi- ja uimastipoliitika, mis tugineb rahvusvahelistele kokkulepetele, programmidele ja teistele riiklikele dokumentidele, tagades kooskõlastatud ennetustegevuse rahvusvahelisel, riiklikul ja kohalikul tasemel.

Programmi peamiseks tegevusteks on olnud toetava keskkonna soodustamine, ravi- ja rehabilitatsiooni kvaliteedi ning kättesaadavuse parandamine, uimastialase informatsiooni kogumine ja analüüs ning programmi edasine arendamine.

Riikliku programmi toetusel toimub ennetav tegevus omavalitsuste tasandil maakondlike uimastiennetusnõukogude koordineerimisel. Alkoholismi, narkomaania ja HIV/AIDSi ennetuskoolitustele on kaasa aidanud Kohtuekspertiisi ja Kriminialistika Keskus, Tallinna Kiirabi, OÜ WH Ravikeskus, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinna Lastehaigla laste ja noorte nõustamiskeskus, Tallinna Laste Tugikeskus, Eesti Pereplaneerimise Liit, Politseiamet, AIDSi Ennetuskeskus, Tartu Ülikool, Haridus- ja Teadusministeerium ning Kaitse-, Rahandus-, Sise- ja Sotsiaalministeerium, Riigikogu.

Jätkatakse koolitöötajate uimastialaste teadmiste täiendamist ja alternatiivsete tegevusvõimaluste pakkumist Kaagvere, Puiatu ja Tapa

erikoolis ning sanatoorsetes koolides. Ennetus- ja rehabilitatsioonitegevusega vanglates antakse personalile lisateadmisi uimastitest ning osutatakse kinnipeetavatele nõustamisteenust tagasi-pöördumiseks ühiskonda.

Sõltuvushaigete ravi ja rehabilitatsiooni kvaliteedi ning kättesaadavuse parandamise põhilisteks koostööpartneriteks on olnud Lääne- ja Ida-Virumaa ning Tallinna ravi- ja rehabilitatsiooni-keskused (sh MTÜ Sind Ei Jäeta Üksi, MTÜ Me Aitame Sind, MTÜ AIDSi Tugikeskus, Sillamäe Sotsiaalabi Arenduskeskus, Tallinna Wismari Haigla, Narva Haigla, Pärnu Haigla, Ahtme Haigla, Jämejala Psühhiaatria haigla, Taagepera Haigla ja Tartu A-polikliinik).

Uimastialase informatsiooni kogumise ja analüüsiga on alates 2001. maist tegelenud Eesti Uimastiseire Keskus (EUSK), mis loodi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi biostatistika ja epidemioloogia osakonna juurde. EUSK on Euroopa uimastite ja uimastisõltuvuse seire keskuse EMCDDA riiklik esindaja. EUSK eesmärk on koguda ja analüüsida objektiivseid ja usaldusväärseid ning Euroopa Liidu tasandil võrreldavaid epidemioloogilisi ja statistilisi andmeid uimastitest ja uimastisõltuvusest ning hinnata narkomaania levimust Eestis.

Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi peamiseks tegevusteks rahvusvahelisteks koostööpartneriteks on olnud 1999.–2001. ja 2003.–2004. aastal Põhjamaade Ministrite Nõukogu ning 2001.–2002. aastal Euroopa Liidu PHARE programmi Saksamaa Schleswig-Holsteini liidumaa ning Eesti Sotsiaal- ja Siseministeeriumi koostööprojekt “EL PHARE toetus uimastitega võitlemise programmile”.

Programmi initsiatiiviks oli avaliku kirja saatmine Riigikogule, milles nõuti alkoholi tänavakaubanduse keelustamist.

■

This program for 1997–2007 was approved by the Government of the Republic in November 1997. The Ministry of Social Affairs is in charge of the program.

In 1998–2000, the Estonian Drug Prevention Foundation (EUS) implemented the various parts of this program and coordinated the work of the state program board.

The main fields of this program have been the promotion of supportive environment, improvement of the treatment and rehabilitation quality and availability, collecting information on drug use and analysing it, and the further development of the program.

Preventive activities take place at the local self-government level by the coordination of drug prevention councils. Most of the work is done in Lääne- and Ida-Virumaa, and Tallinn.

The main international partners in this program have been the Nordic Council of Ministers in 1999–2001 and 2003–2004, and in 2001–2002 within the EU PHARE program, the state of Schleswig-Holstein in Germany. The Estonian Ministry of Social Affairs and the Estonian Ministry of Internal Affairs have launched a joint project entitled “THE EU PHARE Support to Anti-Drug Program”.

The first step within the program was to send an open letter to the Estonian Parliament that called for a ban on selling alcohol in the streets.

Vigastuste ennetamine

Injury Prevention

Aktiivne tegevus vigastuste ennetamiseks algas Eesti Tervisekasvatuse Keskuses alates selle loomisest 1993. aastal. Vastava projekti elluviimisel oli kuni 1999. aastani peaeesmärgiks vähendada liiklusvigastusi ja liiklusega seotud surmajuhte ning parandada liiklusohutusteadmisi. Sihtrühmaks olid peamiselt lapsed. Alates 2000. aastast juhib liiklusvigastuste ennetamist Maanteeamet ning Eesti Tervisekasvatuse Keskuse ülesandeks on alates 2001. aastast ennetada kodu- ja vaba aja vigastusi.

Et käivitada maakondlikud vigastuste ennetamise projektid, algatati projekti raames maakondlike vigastuste ennetamise töörühmade tegevus ja koolitus. Pikaajalisem koostöö on toimunud Raplamaa ja Viljandimaa töörühmadega, kellest on saanud teiste maakondade õpetajad vigastuste ennetuses. Maakondlike projektide ülesandeks on omakorda koolitada ja nõustada omavalitsusi “Turvalise paikkonna” kontseptsiooni järgi, et omavalitsused kujundaksid keskkonna, mis oleks

ohutu seal elavatele ja töötavale inimestele, pöörates erilist tähelepanu lastele ja eakatele inimestele.

Projekt “**Turvaline kodukant**” järgib oma eesmärkide saavutamisel tõenduspõhist vigastuste ennetamist Põhjamaades ja ka Lääne-Euroopa riikides. Turvalise kogukonna edendamiseks on vaja kaasata kohalik omavalitsus, mis otsuste tegemisel arvestaks turvalise kogukonna eesmärke; kohalikud elanikud, et küsida nende arvamust ja arvestada nende ettepanekutega keskkonna turvalisemaks muutmisel; kogukonna erinevad esindajad abiks probleemide lahendamisel ning toetada turvalisust arvestavat poliitikat, mille tagavad vastavad muudatused seadustes.

Üleriigiline projekt saab parandada sihtrühmade teadmisi turvalisusest, mõjutada üldist suhtumist, arendada lihtsamaid individuaalseid oskusi ja aastatega mõjutada ka avalikku arvamust ning teha ettepanekuid seadusemuudatusteks.



Active work in this field started in the Estonian Centre for Health Education and Promotion as soon as it was founded in 1993. The main aim of this project has been the reduction of traffic injuries and deaths caused by traffic accidents, as well as the improvement of traffic safety awareness. The main target group are the children.

Since 2000 this work is conducted by the Road Administration, and the task of the Estonian Centre for Health Education and Promotion is to prevent injuries at home and in spare time.

The project “**Safe Home**” follows the principles of the similar projects in Nordic and West European countries. Communities play an important part in this work.

Tubaka tarbimise ennetamine

Tobacco Use Prevention

Sihipärast ja regulaarset suitsetamislevimuse vähendamisele suunatud tegevust alustati Eestis koos teiste Kesk- ja Ida-Euroopa riikidega Rahvusvahelise Vähiliidu (UICC) algatusel ning toel 1992. aastal. Nii sai alguse ka suitsetamisest loobumise päeva rahvusvaheline tähistamine iga aasta novembri kolmandal neljapäeval. Möödunud sügisel tähistati seda päeva Eestis nimetuse all ei-päev suitsetamisele kümnendat korda.

1994. aastal töötati välja koos Maailmapanga spetsialistidega strateegiline programm “Suitsetamine või tervis”, mille elluviimist alustati Eesti Tervisekasvatuse Keskuses 1995. aastal.

Projekti “Tubakast lahti” peamiseks eesmärgiks on kõikidel tegevusaastatel olnud

- kujundada üldsuse suhtumist mittersuitsetamisse kui elunormi;
- suurendada inimeste üldist haritust ja teadlikkust suitsetamise kahjulikkusest;
- ennetada suitsetamisharjumuse tekkimist.

Suuremad tegevused nende aastate jooksul on olnud kampaaniate elluviimine suitsetamisest loobumiseks (igal aastal 31. mail maailma mittersuitsetamise päev ja ei-päev suitsetamisele novembris ning suitsetamisest loobumise rahvus-

vaheline võistlus “Quit & Win” (“Loobu ja võida”) igal paaris aastal alates 1994. aastast); suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse kabinetide võrgustiku loomine ning esmatasandi meditsiinitöötajate koolitamine suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutamiseks nii nõustamiskabinettides kui igapäevases arsti-praksises. Täna on loodud viis regulaarselt töötavat nõustamiskabinetti.

2001. aastal käivitunud Eesti-Taani ühisprojekt “Suitsuprii kool” toetas oma tegevustega lasteprogrammi ja tervist edendavate koolide eesmärkide saavutamist. Projekti tulemused näitasid tubakatarbimise vähenemist uuritud koolide õpilaste seas. Ka õpetajate tervisekäitumises oli toimunud positiivne muutus, kuigi selles projektis olid nad sidusrühma rollis ja nende suitsetamine polnud otsese vaatluse all.

Activities in this area began in Estonia in cooperation with other Central and East-European countries by the initiative and support of the Union of the International Councils of Cancer (UICC). Thus the smoke-free day was intro-

duced on the third Thursday of November each year. This day was observed as World No Smoking Day in Estonia for the tenth time last year.

A strategic program was elaborated in cooperation with the World Bank specialists under the name “Smoking or Health”, the implementation of which began in 1995. The international contest “Quit & Win” since 1994 serves the same purpose. Five counselling centres have been

opened by today. In 2001 a joint Estonian-Danish project “Smoke-free School” was launched.

The other relevant prevention projects include Heart Health Promotion, Early Detection of Breast Cancer, Labour Health System Development and Health Impact Assessment development.

Südametervise edendamine

Heart Health Promotion

Südame-veresoonkonnahaiguste preventsiiooni projekt on töötanud Eesti Tervisekasvatuse Keskuses aastast 1993. Programm on kavandatud koostöös maakondade tervisedenduse spetsialistidega ning see on võimendanud kohalikke samaeesmärgilisi tegevusi. Analoogseid mudeleid on kasutatud nii Stanfordi kui Põhja-Karjala projektis, mis on hindamisel osutunud tulemuslikeks ning kogunud rahvusvahelise tuntuse.

Eelistatud tegevusvaldkonnad on eri aastatel olnud südame-veresoonkonna riskitegurite mõjustamine (1994), suur kolesteroolisisaldus (1995), kõrge vererõhk (1996), kehaline aktiivsus (1997), passiivne suitsetamine (1998), stress (1999), südametervis perekonnas (2000), liikumisharrastus (2001), kõrge vererõhk (2002) ja vere kolesteroolisisaldus (2003).

Südamenädalad algatati Eesti Tervisekasvatuse Keskuses koostöös Eesti Kardioloogide Seltsiga 1993. aastal. Kujundati tavapärase, rahva seas populaarsuse võitnud ning hindamisel tõhusaks meetodiks osutunud südamenädala kampaania, mille jälgitavus tervisekäitumise uuringute andmetel on kõikunud 64–87% vahel. 2001. aastast on südamenädalat korraldatud koostöös Eesti Südameliiduga.

Projekti tegevus on mõjutanud hüpertensiooni esinemissageduse ja suitsetamise vähenemist, parandanud inimeste toitumiskäitumist, soodustanud kehalist aktiivsust ning parandanud juurdepääsu tervist toetavatele teenustele. Südamenädala aluseks on algatus kohtadel, viimaste aastatega on nädala ürituste korraldamisel osalenud üha enam asutusi. Sügiseti tähistatakse Eestis ka maailma südamepäeva.



The Estonian Centre for Health Education and Promotion has been dealing with the cardiovascular disease prevention since 1993. The program was initiated in cooperation with the health promotion specialists of the counties, and it has empowered local activities in this field. Analogous models have been used both in the Stanford and North-Karelian models, which have been evaluated as efficient, and have earned international recognition.

The priorities here in different years have been the impact on cardiovascular risk factors (1994), high cholesterol levels (1995), high

blood pressure (1996), physical exercise (1997), passive smoking (1998), stress (1999), heart health in family (2000), jogging (2001), and cholesterol level in the blood (2003).

The so-called Heart Weeks were introduced by the Estonian Centre for Health Education and Promotion in collaboration with the Estonian Association of Cardiologists in 1993. This campaign became quite popular and efficient, according to health behaviour surveys, followed by about 64–87% of the respondents. Since 2001,

Heart Weeks have been organized together with the Estonian Heart Association.

The project has contributed to the reduction of hypertension frequency and smoking, improvement of eating habits and physical fitness, and to better access to health supporting services. The heart weeks are based on local initiative, every year more and more institutions join it. In the coming autumn, the World Heart Day will be observed in Estonia.

Rinnavähi varajane avastamine

Early Detection of Breast Cancer

Rinnavähk on Eestis naistel esinevatest pahaloomulistest kasvajatest esikohal nii haigestumises kui ka surma põhjusena. Aastas diagnoositakse üle 550 esmasjuhu, millest Eesti vähiregistri andmeil 1/6 on I staadiumis (T1N0M0) ja 35% on lokaalsed, ilma levikuta regionaalse lümfisõlmedesse (N0).

Viie aasta elulemus on 60%, mis on tunduvalt väiksem kui Põhjamaades (Soomes näiteks 74%). Põhjamaade kogemused näitavad, et hästi korraldatud mammograafiline sõeluuring, mis hõlmab kogu vastavat earühma, vähendab rinnavähki suremust 25–30%. Eestis alustati mammograafilise sõeluuringu katseprojekte 1996. a Tallinnas ja 1998. a Tartus.

Esimene katseprojekt, mis hõlmas Tallinna 3 linnaosa, kestis 5 aastat (1996–2000) ning selle raames uuriti 5066 naist vanuses 40–59 a. Avastati 24 rinnavähki (4,7 juhtu 1000 uuritud naise kohta), millest 12 juhtu (50%) olid varajases staadiumis.

2001. a laienes mammograafiline sõeluuring, hõlmates Tallinna ja Harjumaa ning Tartu ja

Tartumaa. Uuritavad olid 45–59 a. Selle projekti käigus uuriti 7788 naist, kelle hulgast avastati 47 rinnavähki (6 juhtu 1000 uuritu kohta), millest 33 juhtu (70,2%) olid 0-IIA staadiumis.

Alates 2002. a on Eesti Haigekassa ja Eesti Vähifondi ühisprojektina käivitatud üleriigiline “Rinnavähi varajase avastamise programm 2002–2006”. See programm hõlmab ravikindlustatud naisi vanuses 45–59 a. Viie aastaga on plaanis uurida 119 000 naist. Programmi esimesel, 2002. aastal käis uuringul 14 899 isikut plaanitud 15 000st. Rinnavähk avastati 98-l (6,5 naisel 1000st), millest 70 juhtu (71,4%) olid varajased (0–IIA).

Alustatud programm on muutumas samm-sammult klassikaliseks üldtunnustatud mammograafiliseks sõeluuringuks, mis on rahvusvaheliselt võrreldav ja kus samade naiste regulaarse (2–3aastase intervalliga) uurimise kaudu saab avastada rinnavähki selle algusjärgus, prekliinilises staadiumis. Sel aastal kutsutakse uuringule isikliku kirja teel, mille aluseks on haigekassa kindlustatute registriandmed.

■

Breast cancer is the most frequent form of cancer in Estonia, both in morbidity and mortality rates. More than 550 first cases are diagnosed every year, of which 1/6 are in stage I, according to the Estonian cancer registry (T1N0M0), and 35% are local without metastasis to regional lymph nodes (N0).

The life extension of five years is 60% in Estonia, while in Nordic countries, for example, in Finland, it is 74%. A well-conducted mammographic screening study which involves the entire age group, reduces mortality by 25–30%. Such pilot projects were launched in 1996 in Tallinn and in 1998 in Tartu.

The first pilot project in Tallinn, involving three districts, lasted for five years (1996–2000), within which 5066 women between 40 and 59 were screened. 24 cases of breast cancer were detected (4.7 cases per 1000 women under inspection), of which 12 cases (50%) were in the early stage.

In 2001, the mammographic screening project was extended to Tallinn, Harjumaa, Tartu and Tartumaa. 7788 women between 45 and 59 were screened, and 47 cases of breast cancer detected (6 cases per 1000 women), of which 33 cases (70.2%) were in stage 0-IIA.

Since 2002, the Estonian Health Insurance Fund and the Estonian Cancer Foundation have conducted the national “Early Detection of Breast Cancer Program 2002-2006”. In five years, the program will include 119,000 women of age 45–59. In 2002, 14,899 women participated of the planned 15,000. 98 cases of breast cancer were detected (6.5 per 1000 women), of which 70 cases (71.4%) were in its early stage (0-IIA).

This program is turning into a classical generally recognized mammographic screening study, comparable to international analogues. Investigating the same women at regular intervals (of 2–3 years) helps to detect breast cancer at its early pre-clinical stage. This year, personal letters will be sent to women, according to the registry data of the health insurance fund.

Töötervishoiu süsteemi arendamine

Labour Health System Development

Projekt “Töötervishoiusüsteemi rajamine riigis” (1995–1997) pani sisuliselt aluse töötervishoiu arengule Eesti Vabariigis. Projekt lähtus Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO), Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (ILO) ja Euroopa Liidu töötervishoiualastest põhimõtetest. Projekti elluviimisel juhinduti kogemustest, mida andis Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi (EKMI) pikaajaline koostöö Soome Töötervishoiu Instituudiga.

Projekti raames hakati Eestis esimest korda ette valmistama töötervishoiuarste ja õdesid selleks koostatud 6kuuliste koolitusprogrammide järgi. Loodi töötervishoiuarstide-residentide

õppekava projekt. Katseprojektina loodi töötervishoiu osakond Tartu Linna Polikliiniku ja Pärnu Haigla polikliiniku juurde. Tänu nende kogemustele hakkas riigis järk-järgult tekkima töötervishoiuteenuste võrk. Sellele oli toeks töötervishoiuteenuste mudelite väljatöötamine Tallinna linnale ja Kirde-Eesti tööstuspiirkonnale. Projekti käigus koostati töötervishoiu arenguprogramm aastateks 1997–2000, mis esitati Sotsiaalministeeriumile. Oluliseks tuleb pidada ka seda, et projekti käigus saadud teadmised ja praktilised kogemused aitasid kaasa töötervishoiu ja tööohutuse seaduse vastuvõtmisele Riigikogus 1999. a.

■ “The Development of Labour Health System” Project (1995–1997) practically laid the foundation of the labour health development in the Republic of Estonia. It proceeded from the labour health principles of the WHO, the International Labour Organization (ILO), and the European Union. The long-time collaboration of Institute of Experimental and Clinical Medicine in Estonia (EKMI) with the Finnish Institute of Labour Health has also been taken into account.

Within this project, a six-month training program was developed for training labour health doctors and nurses for the first time in Estonia.

A curriculum for labour health doctors and residents was developed, and labour health departments formed as a pilot project at Tartu Polyclinic and the Polyclinic of Pärnu Hospital. As a result of this, a network of labour health services gradually began to evolve in Estonia. It was supported by the development of labour health models in Tallinn and the industrial region of North-East Estonia. In the course of the project, a labour health development plan was drawn up for 1997–2000, which was sent to the Ministry of Social Affairs. Importantly, the knowledge and practical experience gained within this project contributed to the adoption of the law of labour health and occupational safety in the Estonian Parliament in 1999.

Tervisemõju analüüsi rakendamise areng

Health Impact Assessment Development

■ *“The general proposition that I wish to put to you is that the solution to many of today’s medical problems will not be found in the research laboratories of our hospitals, but in our Parliaments. For the prospective patient, the answer may not be cure by incision at the operating table, but prevention by decision at the Cabinet table.”*

■ *“Üldine väide, mida tahan esitada, on see, et paljude tänaste meditsiiniliste probleemide lahendamist ei leia meie haiglate uurimislaboritest, vaid meie parlamendist. Tulevasele patsiendile ei tule vastus mitte raviga lõikusel, vaid valitsuskabineti otsustega, mis toetavad haiguste ennetamist.”*

Sir George Young

Tervisemõju analüüsi kui tervist toetava poliitika strateegiat rõhutavad nii Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) kui ka Euroopa Liidu (EL) rahvatervist käsitlevad põhidokumen-

did, nt WHO Euroopa regiooni “Tervis kõigile” raampoliitika 21. sajandiks ja EL rahvatervise programm 2003–2008.

Idealvariandis peavad nii kohalikul kui riigi

tasandil tegutsevad poliitikud tagama, et nende vastu võetud otsused, määrused, seadused oleksid tervisesõbralikud, ning vajadusel tuleks analüüsida nende otsuste, seaduste jne tervisemõju.

Tervisemõju analüüsi Eesti riigis praegu süstemaatiliselt ei tehta. Selleks puudub vastav mehhanism ja ilmselt ka poliitiline tahe, kuid loodetavasti on Euroopa Liidu kontekstis rahvastiku tervise eelisarendamine kogu poliitilise protsessi loogiline areng.

Tervisemõju analüüsi strateegia on uus kontseptsioon, mille ühised seisukohad on väljatöötamisel. Seejuures rõhutab olemasolev rahvusvaheline kirjandus ja praktika kohalike olude ning tavadega arvestamise möödapääsmatust.

2001. aastal võttis Eesti Tervisekasvatuse Keskus oma ülesandeks tutvustada tervisemõju analüüsi (*Health Impact Assessment*) Eesti kohalikele omavalitsustele, kogukondadele. Olulised olid ka paikkonna arvamusi liidrite hinnangud ja ettepanekud.

2001. ja 2002. aastal toimunud erinevatel foorumitel (tervislike linnade III konverents Pärnus, maakondade tervisekonverentsid Paldiskis, Jõhvis, Raplas, Eesti tervisedenduse VI konverents Tartus) on tervisemõju analüüsi teema olnud päevakorras. Praeguseini ainukese laiema tervisedendusliku struktuurina tegutsev maakondade võrgustik on saanud nii põhjalikku teoreetilist teavet tervisemõju analüüsi kohta kui ka praktilise rakendamise juhiseid. 2002. aastal avaldati esimene eestikeelne lühiülevaade poliitiliste otsuste ja programmide tervisemõju analüüsist.

Tagasivaade peaaegu 2aastasele perioodile lubab järeldada paremat arusaamist terviseprobleemide ja tervisemõju tähtsusest osas ringkondades, kuid siiski puudub selgus analüüsi teostatavuse mehhanismis. Selleks et analüüsida tervisemõju, vajab kohalik tasand seadusandlikku tuge.

Praegusel ajal ja meie võimaluste juures saab keskenduda peamiselt otsustajate terviseteadlikkuse parandamisele. Selle olulisust kogukonna arengus ei saa muidugi alahinnata. Kohalik tervisemõju analüüs on sarnane paikkondliku arengu põhimõtetega, mis tähendab kogukonna kaasamist, läbirääkimisi inimestega, nende teavitamist ja arvamuse ärakuulamist. Kokkuvõttes tähendabki see probleemide lahenduste läbikaalumist, et oleks vähem negatiivseid ja võimalikult rohkem positiivseid tervisemõjusid.

2003. aastal on toimunud sisuline nihe: maakondlike tervisedendajate ja kohalike omavalitsusjuhtide initsiatiivil on huvi tervisedenduse ning tervisemõju analüüsi praktilise rakendamise vastu ilmutanud paikkonnad ise. Nii on juba toimunud nõupidamised ning seminarid Lääne-Virumaa, Saaremaa ja Hiiumaa, Raplamaa ja Viljandimaa omavalitsustegelaste algatusel.

Tervisemõju analüüsi põhimõttelises vajalikkuses ei kahtle keegi. Huvipakkuv oli Raplamaa omavalitsusliidu esindaja arvamus, mille järgi meil pööratakse tähelepanu küll keskkonnamõjudele, ja vastav seaduski on olemas, kuid tervisemõjusid on paraku vähe märgatud. Viljandi maakonna esindaja rõhutas, et pigem nähakse meil puud kui inimesi. Saaremaa omavalitsusliidu esindaja arvates oleks omavalitsustele vaja lihtsalt mõistetavat ja järgitavat tervisedenduse käsiraamatut. Arvestades rahvastiku tervise huve, rõhutasid Lääne-Viru omavalitsuste juhid riigi tasandil vastuvõetud otsuste ja seaduste tervisemõju analüüsi vajadust.

Teine positiivne suundumus seisneb tervisemõju analüüsi sissekirjutamisel tervislike linnade raamkontseptsiooni, tervist edendavate koolide, tervist edendavate haiglate ja turvalise kodukandi tegevuspõhimõtetele. Ühtlasi on kõik eelnimetatud paikkonna arengu näited Eestis.



The basic documents of both the WHO and the EU stress the importance of health impact assessment as a health supportive strategy, e.g. the frame policy of the European region of the WHO for the 21st century and the EU Public Health Program 2003–2008.

Health impact assessment is not being systematically applied in Estonia today. We lack both mechanisms and political will for this work at present, but we hope that things will improve in this respect within the context of the EU.

The health impact assessment strategy is a new concept that is still in the process of being elaborated. The international publications emphasize the need to consider local practices and customs in this field. The Estonian Centre for Health Education and Promotion is in charge of introducing this strategy to local authorities

and communities since 2001. Various events and conferences have been held to introduce this new concept.

There has been an important change in this respect in 2003 — the communities themselves have shown initiative and interest in this area. Several meetings and seminars have been held in Lääne-Virumaa, Saaremaa, Hiiumaa, Rapla-maa, and Viljandimaa, all initiated by local authorities.

Nobody doubts the necessity for health impact assessment. This is most encouraging. Another positive change is the fact that the health impact assessment has been included in the frame concept of healthy cities movement, as well as in those of health promoting hospitals and safe community movements. All the above serve also as examples of community development in Estonia.

2. Tervisedenduse regionaalne areng

Regional Development of Health Promotion

■ *“Even the best-intentioned national or international healthy policy initiatives may fail to have the intended impact at the local level, and may even result in serious harm because of ignorance of local conditions.”*

■ *“Isegi kõige paremate kavatsustega korraldatud rahvuslikud ja rahvusvahelised tervisepoliitilised algatused ei pruugi anda kohalikul tasandil soovitud efekti ning võivad koguni teha palju halba, kui ei tunta kohalikke olusid.”*

Mittelmark, 2000

Sotsiaalministri 6. märtsi 2001. aasta määrusega nr 31 kinnitati “Maavalitsuse tervisedenduse spetsialistide tegevuse korraldamine”, mille alusel korraldab tervise edendamise spetsialist oma pädevuse piires tervise edendamise ja haiguste ennetamise riikliku poliitika elluviimist maakonnas. Tervisedenduse spetsialistide tegevuse rahastamine riigieelarvest ei ole sätestatud.

The Minister of Social Affairs approved “The Organization of the Work of Health Promotion Specialists by County Governments” on March 6, 2001, by decree 31. According to this document, the health promotion specialist is responsible for the implementation of the health promotion and disease prevention state policy in the county. The financing of the work done by health promotion specialists from state budget has not been set.

Tervisedendus Harjumaal

Tervisedenduslikku tegevust Harju maakonnas on kooskõlastanud maavalitsuse tervisedenduse spetsialist. 10 aasta jooksul on tööd koordineerinud 3 erinevat inimest.

Harju maakonnas on üks kool liitunud tervist edendavate koolide liikumisega ja kaks kooli suit-supriide koolide projektiga. Eraldi on tähelepanu pööratud puuetega inimeste liikumisharrastustele ja ühiste ürituste kaudu ka sotsiaalse siduse suurendamisele.

Üheks positiivseks sammuks maakonnas võib pidada 2002. aastal loodud uimastiennetusnõukogu. Nõukogu tegevus on olnud järjepidev nagu ka käivitunud uimastiennetusala tegevus maakonnas. Mitmendat aastat toimivad ennetusprojektid Saue ja Keila linnas, samuti Harku vallas. Möödunud aastal tihenesid uimastiennetusnõukogu koostöösides Soome Vabariigi Etela-Suomen Maavalitsuse uimastiennetusega tegelevate inimestega.

Tervisedendus Hiiumaal

Hiiumaa on Eesti kõige väiksem maakond, aga aasta-aastalt on hiidlased hakanud üha rohkem oma tervist hindama. Kõige olulisemaks on olnud süstemaatiline tervisedenduse alustamine juba varakult, lasteaedadest ning see jätkub koolides ja Hiiumaa tervisetoa eestvedamisel ka täiskasvanute seas.

Tervisedenduslik tegevus koolieelsetes lasteasutustes algas 1995. aastal, hõlmates hamba-kaariese preventsiiooni, hommikvõimlemist ja tervislikku toitumist. Kehakultuuri, karastamise ja hügieeni tähtsus on laste teadvuses suurenenud. Õpitakse tundma ravimtaimi ning korraldatakse pere- ja spordipäevi. 2001. aastast osalevad eelkooliealised lapsed südamenädalal deviisi all "Mis on hea minu väiksele südamele".

Koolid alustasid tervisedenduslikku liikumist 1994. aastast, kui Kärdla Keskkool liitus Eesti

tervist edendavate koolide võrgustikuga. Tegevuse põhisisu on tervislik toitumine, seksuaalkasvatus, sõltuvusainete (tubakas, alkohol, narkootikumid) kahjulikkuse teadvustamine, sportliku tegevuse tõhustamine. Koolitatud on kõiki Hiiumaa koolide õpilasi ja õpetajaid. Profülaktilise töö tulemusena on abortide arv Hiiumaal vähenenud 50%. Kampaaniatest kasvas välja maakondlik projekt "Narkovaba Hiiumaa", mille raames soetati narkokoerad, korraldati narkoreide laevadel, sadamates ja lõbustusasutustes. Projekti raames korraldati rahvusvaheline koolitusseminar Inglismaa, Norra ja Prantsusmaa õpilaste ning õpetajatega. Lastevanematele on kõikides maakonna koolides korraldatud üldkoosolekud teemal "Kuidas ära tunda narkojoobes laps". Narkovastasesse võitlusesse on tänu kohaliku meedia aktiivsusele kaasatud peaaegu kõik Hiiumaa inimesed.

Tervisedendus täiskasvanutele toimub peamiselt 1996. aastal avatud Hiiumaa südametoa, 2002. aastast Hiiumaa tervisetoa baasil, mille töö seisneb tervislike eluviiside tutvustamises, nõustamises, lihtsamate terviseuuringute korraldamises (vererõhu, kolesterooli, veresuhkru, rasvasisalduse ja kehamassi indeksi mõõtmises). Viie aasta andmete alusel on terviseteadlikkus ja tervisekäitumine paranenud.

1999. aastal alustati koostööd Taani kolleegidega: projekti "Paikkondlik areng tervisedenduses" sihtrühmaks on omavalitsusjuhid ja sotsiaaltöötajad.

Tervisedendus Ida-Virumaal

Tervisedendusliku töö eesmärgiks Ida-Virumaal on olnud maakonna elanike tervise ning elukvaliteedi parandamine, inimeste terviseteadlikkuse ja käitumise kujundamine tervisesõbralikumaks, poliitiliste otsuste mõjutamine ning efektiivsete terviseteenuste väljaarendamine ja täiustamine.

Ida-Virumaal on viimase seitsme aasta jooksul kõige efektiivsemalt arenenud tervise-teenused ning paranenud nende kättesaadavus. Maakonnas on väga tõhusat tööd teinud noortele seksuaaltervise nõustamist pakkuvad noortekabinetid Kohtla-Järve Puru haiglas ning Narva haiglas. Noortekabinettide töö tulemusena on abortide arv pidevalt vähenenud, mis on suure tähtsusega noorte reproduktiivtervise säilitamisel tulevikus. Esile võib veel tuua mitmeid psühholoogilist abi pakkuvaid keskusi, mille arv ning teenuste valik on suurenenud, uimastiennetuse nõustamiskabinette, perekoolide süsteemi arengut. Narva haigla perekooli näide kinnitab perekoolide tähtsust patoloogiliste sünnituste arvu ning vastsündinute terviseprobleemise vähenemisel.

Maakonnas on aastate jooksul pööratud suurt tähelepanu terviseteadmiste, suhtumiste ja motivatsiooni kujundamisele ning paikkonna arengule. Koolitatud on koolide inimeseõpetuse õpetajaid, lasteaedade töötajaid, perearste ja õdesid, ämmaemandaid, kolmanda sektori esindajaid, kooliarste ja õdesid, psühholooge, omavalitsuste töötajaid jt. Paikkonna arengu näidena võib tuua Narva ja Jõhvi linna osalemise tervist edendavate linnade liikumises, tervist edendavate lasteaedade liikumise leviku maakonnas ning sellega seostuvate keskkonnamuutuste arengu.

Samal ajal on maakonnas jätkuvalt suureks probleemiks tervist mittetoetavad majanduslikud ja sotsiaalsed tingimused, vaba ligipääs uimastitele soodustab maakonnas uimastite kasutamise levikut, sellega kaasnevat HIV/AIDSi nakatumist. Probleemi aktuaalsuse püsimist soodustavad nii riigi tervisepoliitika kui ka maakonna omavalitsuste passiivne roll, samuti tervisele ebasoodsate otsuste vastuvõtmine omavalitsustes.

Tervisedendus Jõgevamaal

Pikaajalise eduka tervisedendusliku tegevusena Jõgeva maakonnas võiks kõigepealt ära märkida projekti "Kaitse end ja aita teist", mis sel aastal tähistab 9. tegevusaastat. Koolides on spetsialistid korraldanud õppusi teemal liikumine tänaval, liikumine looduses, orienteerumine, liikumine vees, üksteise abistamine õnnetusjuhtumite korral. Tegevused on andnud sihtrühmale palju teoreetilisi ja praktilisi teadmisi traumade ennetamise kohta. Orienteerumismäng metsas õpetab õpilasi metsas käituma ja eksinuna ka endaga toime tulema. Koolituse sooritanud õpilased oskavad anda esmaabi, liigelda tänaval jalgrattaga, ei eksi ära metsas ja tulevad toime eriolukordades (tulekahju). Projektis teevad koostööd Jõgeva Maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakond, noorsootööspetsialistid, Jõgevamaa Punane Rist, Jõgevamaa Päästeteenistus, Jõgeva Haigla, Jõgeva Teedevalitsus ning koolide huvijuhid ja õpetajad.

2005. aastaks peaks koolilaste traumade arv vähenema 8%, sest kaheksa aasta tulemusena on traumade arv koolilaste seas vähenenud: 1998. a-l oli 581, 1999. a 573, 2000. a 542 juhtu.

Tervise arendamiseks loodi 2001. a Jõgeva maakonna narkonõukogu, mille tegevuse eesmärgiks on tõhustada maakonnas narkomaania ja HIV/AIDSi vastast võitlust sihivast tegevuse ning tsentraliseeritud juhtimise abil.

Tervisedendus Järvamaal

Tervisedendustöö eesmärgiks on anda maakonna inimestele enam teadmisi tervislikest eluviisidest, haiguste ennetamisest ning tervise kaitsmisest. Terviseprojektid on suunatud peamiselt tervisepäevade, -nädalate ning terviselaagrite korraldamisele. Projektide sihtrühmaks on olnud vähekindlustatud ja erivajadustega lapsed, puuetega inimesed, lapsevanemad, õpilased ning maakonna sotsiaal- ja tervishoiutöötajad.

Nii lasteaedades kui koolides on korraldatud leivanädalaid, piimanädalaid, tervislikke eluviise teadvustavaid nädalaid jm. Tervisedendusele maakonnas on kaasa aidanud koostöö ajalehega Järva Teataja ning Kuma raadioga. Ajakirjanikud on ka ise käinud lasteaedades ja koolides.

Et tõhustada tööd alkoholismi ja narkomaania ennetamisel, moodustati sügisel 2001 Järvamaa uimastiennetusnõukogu, mille ülesandeks on töötada välja ning rakendada maakondlik uimastiennetusprogramm. Sellele eelnes koolitus maakonna õpetajatele, tervishoiutöötajatele, politseis ja mittetulundussektoris töötavatele inimestele. Uimastiennetusnõukogu teeb koostööd kõigi omavalitsusüksustega, samuti Lääne-Viru ning Ida-Virumaa kultuuriosakondadega. Järva maavalitsuse koduleheküljel on tervisedenduse lehekülj (www.jarvamv.ee).

2002. a alustas tööd anonüümne AIDSi nõustamis- ja testimiskabinet. Vigastuste ennetamise seminarid panid aluse eakate ja noorte vahelisele koostööle vigastuste vältimisel ning tervislike eluviiside teadvustamisel. Hea näitena võib esile tuua Eesti arstiüliõpilaste korraldatud rahvusvahelise eakate päeva tähistamise Tartus, kus Järvamaalt osales 56 pensionäri.

Tulemuste saavutamise aluseks on paikkonna erinevate institutsioonide ning meedia vaheline tervist toetav koostöö.

Tervisedendus Läänemaal

Tervisedenduslik tegevus Läänemaal sai alguse 1995. aastal. Täna toimub maakonna tervisedendus sihipärase tegevusena, mida koordineerib Eesti Haigekassa rahastatud maakonna terviseprojekt "Tervema Läänemaa nimel". See projekt koondab kogu maakonna tervisedenduslikke ettevõtmisi, inimesi ja organisatsioone, kes tähtsustavad tervist ning suudavad selle nimel ka midagi tulemuslikku ette võtta. Tervisedendustöö kaudu on antud maakonna inimestele enam teadmisi tervislikest eluviisidest, haiguste enne-

tamistest ning tervise kaitsmisest. Kümneaastase töö viljana on saadud ülevaade maakonna inimeste tervisenäitajatest, probleemidest ja leitud tegevussuunad kitsaskohtade ületamiseks.

Loodud on püsivad koostöösuhted mitme institutsiooniga: kohalikud omavalitsused, koolid, lasteaiad, meditsiinasutused, kohalik ajakirjandus, kultuuriasutused. Tänu korraldatud koolitustele on nüüd hea tõdeda, et suurenenud on spetsialistide ja koostööpartnerite aktiivsus, paranenud teadlikkus ja kvalifikatsioon.

Maakonna terviseprojekt on korraldanud ja toetanud paljusid ettevõtmisi, koolitusi, üritusi, mille tulemusena on välja kujunenud toimivad võrgustikud.

Täna on Läänemaal olemas järgmised teenused/võimalused:

- tervisedendusliku informatsiooni kättesaadavus maakonnaportaali ja kohaliku ajakirjanduse kaudu;
- Läänemaa Laste ja Noorte Nõustamiskeskuse koordineerimisel laste ning noorukite vaimse tervise probleemide ja psüühikahäirete ennetamine kvaliteetse psühhiaatrilise ning psühholoogilise nõustamisteenuse kaudu;
- tervist edendavate koolide ja lasteaedade korraldatud koolitused lastevanematele, pedagoogidele ja õpilastele;
- SA Läänemaa Haigla koordineerimisel noorte seksuaalkasvatuse tõhustamine, HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate nakkushaiguste ennetamine;
- uimastiennetusnõukogu koordineerimisel erinevate ettevõtmiste toetamine, et pidurdada sõltuvusainete tarvitamist Läänemaal.

Maakonnas tegutseb 3 tervisedenduslikku kooli ja 4 lasteaeda. Haapsalu linn osaleb tervislike linnade võrgustiku töös, SA Läänemaa Haigla on tervist edendav haigla. Maakonnas tähistatakse terviseiga seotud tähtpäevi ja nädalaid, korraldatakse terviseüritusi: südamenädala ettevõtmised, tervisepäevad, sõltuvusainetevastased

kampaaniad, regulaarsed tervisekonverentsid. Maakonnas on tervisedenduslik tegevus projektpõhine, riiklike terviseprogrammide toetus maakondadele on olnud lünklik ning seetõttu ei saa planeerida pidevat tegevust.

Tervisedendus Lääne-Virumaal

Tervisedenduslikule tegevusele Lääne-Virumaal lõi aluse aastatel 1997–2000 maakonnas ellu viidud rahvusvaheline tervisedenduslik projekt “Paikkondlik areng”. Projekt oli novaatorlik, kuna nii otsustajatele kui ka kohalikele inimestele selgitati, et tervis ei sõltu mitte ainult haiglate ja arstide töötulemustest, vaid ka igas teises eluvaldkonnas tehtavatest otsustest. Suurt rõhku pöörati maakondliku ja kohaliku tasandi koostöövõrgustike loomisele, inimeste mõttemaailma kujundamisele.

Projektitööst alguse saanud võrgustikud ja ideed on leidnud väljundi erinevate uute projektide ja algatuste kaudu. Maakonna 9 lasteaeda osalevad aktiivselt tervist edendavate lasteaedade projektis ning maakonna 8 kooli osalevad tervist edendavate koolide töös. Rakvere Gümnaasium osales projektis “Suitsuprii kool” ja sellega saavutatud edu tulemusel on käivitunud maakonnas jätkuprojekt “Ole tubakavaba”. Õpilaste seas oli populaarne ka traumaprojekt koos esmaabi ja liikluse õpetamisega. Rakvere linn osaleb terviselike linnade liikumise laiendamisega seotud tegevustes.

2000. ja 2001. aastal ilmus tervisedenduse teabeleht Tere Teile. Maakonna tervisedendajad andsid välja “Terviseaabitsa”. Toimib maakonna psühholoogide ja sotsiaaltöötajate koostöövõrgustik, tegeletakse maakonna õpetajate koostöövõrgustiku loomisega. Lisaks on arvukalt korraldatud tervise- ja liikumispäevi, seminare ja koolitusi.

Rakendatud meetmete tulemused avalduvad nii otseselt kui ka kaudselt. Suurimaks ja olulisimaks otseseks tulemuseks on Lääne-Virumaa

nõustamiskoja avamine Rakvere linnas. Nõustamiskojas tegutseb tervisedenduse nõustamise- ja südametuba, kus teavitatakse pöördujaid kõigis tervist puudutavates küsimustes. Konsulteerivad psühholoogid, pedagoogid, androloog, väljakutsel ka günekoloog. Nõustamiskojas toimuvad ühiskondlike organisatsioonide korraldatud seminarid ja koolitused. Samal ajal pärsib aga nõustamiskoja tegevust pikaajaline ja järjepideva tegevus- ning rahastamiskindluse puudumine.

Tervisedendusliku mõtteviisi leviku tulemusel on omavalitsused pööranud suurt tähelepanu inimeste liikumisharjumuste kujundamisele. Valminud või ehitamisel on spordihooned, matka- ja suusarajad. Tapa Linnavalitsuse toel tegutseb narkonõustamiskabinet. 2001. aastal esitas Lääne-Viru Ühisomavalitsuskogu maakonna omavalitsustele üleskutse piirata alkoholi müüki öisel ajal. Koostöös omavalitsustega on plaanis hakata analüüsima kohaliku tasandi poliitiliste otsuste tervisemõju.

Probleemiks on 2001. aastast seoses tervisedenduse spetsialisti ametikoha kaotamisega ettevõtmiste koordineerimatus ning tervisedendusliku tegevuse järjepidevuse, analüütilisuse ja süsteemsuse puudumine maakonnas.

Rahva tervisenäitajate osas teeb muret rahvarvu pidev vähenemine ja rahvastiku vananemine. Sündimus on stabiliseerunud 10‰ juures, suremus on 1994. aastaga võrreldes vähenenud 16,2‰-lt 13,7‰-ni. Vähenenud on imikusuremus, enesetappude arv, kasvanud on traumatism ja suremus vigastustesse ning narkomaania. Alates 2001. aastast on Lääne-Virumaal registreeritud 15 HIV-positiivset inimest. Lääne-Virumaa inimeste haigestumus nakkushaigustesse on küllaltki suur võrreldes Eesti keskmisega. Nimetamisväärselt suurem on nakatumine ülemiste hingamisteede ägedatesse nakkustesse (2002. a maakonnas u 23 000, riigis u 16 300 haigestunut 100 000 inimese kohta), grippi (vastavalt 371 ja 205), tuberkuloosi (vastavalt 47 ja 38) ja süüfilisse (vastavalt 38 ja 21).

Lääne-Virumaa tervisedendusliku tegevuse aluseks on "Paikkondliku arengu" projekti tulemusel 2000. aastal valminud Lääne-Virumaa tervise ühislepe. Ühislepe eesmärgiks on Lääne-Virumaa linnade ja valdade inimeste parem tervis — suurem inimvaramu tervenisti.

Ühislepe näeb ette tegutsemist nii iseseisvalt kui ka tegevusrühmades ja ümarlaudades. Maakondlikul tasandil on tänaseks loodud Lääne-Viru Maavalitsuse juures tegutsev Lääne-Virumaa narkonõukogu ja Lääne-Viru Ühisomavalitsuskogu sotsiaalkomisjon, Rakvere Linnavalitsuse juures tegutseb säästva arengu komisjon, Tapa Linnavalitsuses on loodud säästva arengu osakond.

Lääne-Viru Ühisomavalitsus on üles näidanud suurt aktiivsust HIV/AIDSi ennetustegevuse eestvedamisel. Moodustatud sotsiaalkomisjon viib ellu maakonna HIV/AIDSi ennetustegevuse arengukava aastani 2006. Maakonna narkonõukogu tegutseb "Lääne-Virumaa uimastipreventsiooni tegevuskava aastani 2005" alusel.

Tervisedendus Põlvamaal

1995. a märtsis moodustati Põlva Maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakonda koosseisuline tervishoiu peaspetsialisti ametikoht eesmärgiga tagada tervisedenduse järjepidevus maakonnas. 2002. a-st on tööl ametnik, kes tegeleb ainult tervisedendusega. Maakonna arengukavas on tervisedendusel oluline koht ja see jõudis 2001. a ka maakonna planeeringusse.

Maakonnas on edenenud tervisedenduslik projektitöö, ka projektide kvaliteet on paranenud, enam viiakse ellu tervisedenduslikke võrgustikke haaravaid jätkuprojekte.

Eelistatud sihtrühmaks on lapsed, noorukid ja noored pered. Maakonnas on aktiivselt toimiv lasteprogramm, 2000. a-st alkoholismi ja narkomaania ennetusprogramm ning 2002. a sügisest alates ka HIV/AIDSi ennetusprogramm. 2000. a-l ellu kutsutud maakondlik uimastienne-

tusnõukogu koostas lisaks uimastienne-arengukavale ka HIV/AIDSi ennetuse arengukava aastani 2006. Arvestades ennetustegevuse kattuvust, on planeeritud ühine maakondlik tegevuskava mõlemale programmile.

Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm valis 2000. a Põlva oma katsemaakonnaks. Selle tulemusel tegutseb maakonnas praegu 13 tervisedenduslikku kooli, millest Röpina Ühisgümnaasium kuulub 1999. aastast WHO võrgustikku, ja 8 tervist edendavat lasteaeda. Maakondliku võrgustiku lasteasutused kuuluvad üleriigilisse võrgustikku.

Põlva maakonnast kuuluvad Eesti tervist edendavate haiglate võrgustikku Põlva Haigla (2000. a) ja Röpina Haigla (2002. a). Hea koostöö on maakonna perearstide ja õdedega. Projektitööst on kasvanud välja Põlva Haigla ruumides alates 1998. aastast töötav tervisetuba, kus südamehaigusi ja vähktõbe ennetava, krooniliste haigustega toimetuleku ja psühholoogilise nõustamise kõrval pakutakse 2002. a sügisest ka suitsetamisest loobumise nõustamise teenust.

Viis aastat on Põlva Haigla ruumides töötanud noorte nõustamiskabinet (seksuaalkasvatus, AIDSi ennetus). Põlva Päevakeskuse ruumides töötab Põlva nõustamiskeskus, kabinettide töö on suunatud ka maakonna koolidele.

Põlva linnade esindajad on saanud koolituse tervislike linnade teemal. Hea koostöö on kohalike omavalitsustega, koostöövõrgustikus osalevad ka sotsiaaltöötajad.

Maakonnas on välja kujunenud traditsioonilised rahvaspordiüritused: kevadel "Tund tervisele" ja südamenädala raames "Südamekõnd ümber Põlva järve" ning Põlva Naisliidu naiste maijooks, septembris südamepäeval "Sügis-kõnd" ja hulk kampaaniaid (südamenädala üritused, sõltuvusainetevastased kampaaniad, vähi-nädal, tervisepäevad, mis on seotud erinevate krooniliste haigustega jm).

Jätkuvalt on hea koostöö kohaliku ajalehega Koit. Alates 2001. a avati maakonna tervisedenduslik kodulehekülg (www.tervis.polvamaa.ee),

mis uueneb pidevalt. Sujub koostöö mittetulundusorganisatsioonidega: Punase Risti Põlva organisatsioon, Põlva Lastekaitse Ühing, Naiste Terviseklubi jt. Põlva Päevakeskus on katusasutus nii vanuritele, krooniliste haigustega haigete eneseabirühmadele kui ka puuetega inimestele. Järjest suureneb avatud noortekeskuste ja noorte turvaliselt vaba aja veetmise keskuste hulk omavalitsustes. 2002. a alustas taas tööd Põlva õpilasmalev, mis jätkab 2003. a laienenult.

Maakonnas väljakujunenud tervisedenduslik võrgustik on heaks aluseks tervisedenduse jätkusuutlikuks tegevuseks. Tervisedenduslik tegevus Põlva maakonnas on olnud järjepidev ja püsiv.

Tervisedendus Raplamaal

1995. aastast on maakonnas tegeletud tervisedendusliku võrgustiku loomise ja tervisedendusliku projektitööga. Sellest ajast on tervisedendus ka maakonna arengukavas. Esimene tervisedenduslik konverents "Inimene — tervis — kohalik võim" toimus 16. veebruaril 1995. a-l. 2003. aastal peetakse arvult juba üheksas tervisekonverents. Teemadeks on olnud alkohol, narkomaania ja HIV/AIDS (1997, 1999, 2002); perekond ja peresuhted muutuvahiskonnas (2000); vigastused ja kogukonna tervis (2001); lapse tervis (1998 ja 2003).

Tervisedenduse spetsialist on alates 2001. aastast Rapla Maavalitsuse koosseisuline töötaja. Sellega on tagatud tervisedendusliku tegevuse järjepidevus.

Rapla maakonnas toimub tervisedenduslik tegevus paikkondliku arengu mudeli põhjal. Olulisel kohal on võrgustikutöö — erinevaid programme juhivad erinevad töörühmad: vigastuste ennetamise programmi juhivad traumanoökogu, uimastiennetusprogrammi ja HIV/AIDSi programmi uimastiennetusnoökogu, südamerwise töögrupp on korraldanud südamepäevadeid. Rapla maakonnas alustati 1997. aastal vigastuste ennetamisega, mis praeguseks hõlmab

kogu maakonda ja erinevaid sihtühmi. Loodetavasti ühineme 2004. aastal rahvusvahelise liikumisega Safe Community. 2000. aastast on Raplamaal tegeletud sihipäraselt uimasti- ja HIV/AIDSi preventsiiooniga. On olemas mitme aasta andmebaas oma maakonna koolinoorte küsitluse tulemusena, mille alusel võib väita, et uimastikasutus ei ole oluliselt suurenenud, kuigi asume Tallinnale väga lähedal. HIV-positiivseid ei ole samuti sellisel hulgal, et see oleks suureks probleemiks.

Rapla maakond oli üks maakondadest, kus algklasside õpilaste ujumisõpe toimus mitu aastat projektipõhisena, enne kui riik võttis vastutuse endale, ning nüüdseks toimub ujumisõpe üleriigiliselt.

Maakonnas on 2 tervist edendavat kooli, 6 tervist edendavat lasteaeda; Rapla Maakonna haigla on tervist edendav haigla, kus töötab ka suitsetamisest loobumise nõustamise kabinet.

Aastast aastasse on kasvanud terviseprojekti-juhtide pädevus. Tervisedenduslike projektidega on kaetud haavatavad grupid: väikelapsed, lasteaiälapsed, koolinoored, eakad inimesed.

Maakonnas on kaks nõustamiskeskust. Rapla Maakonna psühholoogiateenistuses töötavad psühholoogid ja psühhoterapeudid. Raplamaa Noorte Nõustamiskeskus loodi 2000. aastal. Keskus töötab projektipõhiselt ning hõlmab lisaks psühholoogilisele nõustamisele ka seksuaalkasvatust ja -nõustamist ning ravi. Noored on keskuse omaks võtnud ja selle külastatavus on suur.

Raplamaa lasteasutustes on tervisedenduslik tegevus muutunud sihipäraseks ja järjepidevaks. Terviseõpetus on tänu koolitatud terviseõpetajatele heal tasemel. 1997. aastast töötab terviseõpetajate aineseksioon, 1999. aastast on toimunud terviseõpetuse aineolümpiaad 5. klassidele. See kõik on soodustanud terviseõpetuse populaarsuse kasvu.

Koostöö erinevate institutsioonide vahel on muutunud tõhusamaks. Näiteks politsei ja omavalitsuste koostöö tulemusena on võetud alko-

holismi leviku tõkestamiseks vastu olulised otsused alkoholimüügi osas: keelustatud öine alkoholimüük.

Erinevate tegevuste – konkursid nii õpilastele kui ka täiskasvanutele (“Suitsuprii klass”, “Quit&Win” jm), terviseväljaanded maakonnalehes, tervisenädalad (uimastiennetusnädal, südamenädal), tervisepäevad, konverentsid, õppepäevad, koolitusseminarid ja ümarlauad – tulemusena on inimeste teadlikkus aastatega suurenenud, terve eluviis on populaarne: tervisesportlaste arv on kasvanud.

Tervisedendus on Raplamaal valdkond, millega on hakatud üha enam arvestama ja mis on muutunud osaks igapäevaelust.

Tervisedendus Saaremaal

Saare maakonna tervisedenduse tulemuseks võib pidada inimeste elavnenud huvi tervise vastu. Paikkondliku arengu koolitusprogrammi eesmärgiks on olnud paikkondliku arengu põhimõtetest lähtuva koostöövõrgustiku loomine Saare maakonnas. Selle sihtrühmaks on Saaremaa omavalitsusjuhid, maavalitsuse osakondade juhatajad, koolijuhid, tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad. Saare maakonna omavalitsusjuhid on oma tegevuses lähtunud tervisedenduslikest põhimõtetest.

Uimastitele on lisandunud maakonna suur probleem — noored ja alkohol. 1999. aastal käivitus projekt “Tulevik sõltuvusaineteta keskkonna poole”, mille rakendamise vajadus tulenes maakonna noortes murettekitavalt elavnenud huvist uimastite vastu. 2000. aastal korraldas Kuressaare noorte nõustamise kabinet keskkooliõpilaste hulgas küsitluse eluhoiakutest. Selgus, et narkootilisi aineid olid kasutanud 17% vastanuist, eriti pidude ajal; 26% vastanuist olid esimese seksuaalvahekorra ajal alkoholijoobes. Kuressaare linnas on 75 ja maakohtades 112 alkoholi müügikohta, mis teeb 200 inimese kohta ühe alkoholi müügikoha. Nüüdseks on omavalitsused rakendanud mitmeid meetmeid, mis

aitavad piirata alkoholi tarvitamist: alkoholi müügipunktide sulgemine hilistel õhtutundidel ja öösel, alkoholimüügi vanusepiiri tõstmine, keslinna väljakutel ja tänavatel joomise keeld, alkohoolsete jookide reklaami keelustamine. Saarelise iseloomu tõttu jõuavad Eesti suurte linnade probleemid, mis on analoogsed kogu maailmas, nagu HIV/AIDSi levik, sõltuvusainete suurenev kasutamine, kodutus, tänavalapsed, kohale veidi hiljem. Sellepärast on oluline suurendada erinevate institutsioonide ja sihtrühmade (noored ise, lapsevanemad, pedagoogid, sotsiaaltöötajad, omavalitsused) teadlikkust. Aastaid on toimunud infopäevad tervisekasvatuse õpetajatele ja tervishoiutöötajatele teemal “Abordist rasedusvastaste vahenditeni”.

2001. aastal moodustati Saare Maavalitsuse juurde Saare maakonna uimastiennetusnõukogu, kes koordineerib maakondlikku ennetustegevust. Uimastiennetusnõukogu töötas 2003.–2006. aastaks välja alkoholi ja narkootikumide ennetuse tegevuskava, mis hõlmab ka HIV/AIDSi ennetustööd.

1999. aastast korraldatakse kogu pere üritusena tervisepäevi koos tervisemessiga, mille eesmärgiks on panna inimesi mõtlema tervislikele eluviisidele ning pakkuda võimalusi liikumiseks ja sportimiseks. Messi ajal on tutvustatud sõltuvusainetest vabanemise võimalusi ja farmakoloogilisi abivahendeid ning antud võimalus kontrollida oma tervislikku seisundit. Üritused aitavad teadvustada Kuressaare tervisliku linna ideed.

Traditsiooniks on saanud südamenädala tähistamine, “Tubakast lahti” aktsioonina on aastaid avaldatud kohalikus lehes Meie Maa artikleid, kus on tutvustatud “Tubakast lahti” võistlust.

Traditsiooniks on kujunenud ka iga-aastane leivanädal.

Saare maakonnas on tegeldud vigastuste ennetamise ja turvalisuse edendamise, on tehtud koostööd üleriigilise vigastuste ennetamise projektiga. Ühisseminaride tulemusena koostati turvalisuse tagamise programmid kohalikele omavalitsustele, mis saadeti kooskõlastamiseks Saa-

remaa Omavalitsusliidule. Aktiivne on selles töös on olnud SA Turvaline Saaremaa.

Kuressaare on WHO võrgustiku tervislik linn, kes on näidanud eeskju ka teistele Eesti linnadele.

Ennetavat tööd tuleb teha kogu maakonna tasandil, haarates kaasa erinevaid institutsioone, ühendades erinevate töörühmade (hariduse, sotsiaalvaldkonna, tervishoiu, politsei, omavalituste) pingutusi.

Tervisedendus Viljandimaal

Viljandi maakonnas on tervisedendust peetud väga oluliseks valdkonnaks. Viljandi Maavalitsuses töötab 1997. aastast alates kuni praeguseni tervisedenduse spetsialist, kes korraldab maakondlikku tervisedenduse tööd.

Kõikide tegevusaastate kõige olulisemaks osaks on olnud töö inimestega. Kasvanud on kohalike otsusetegijate aktiivsus ja pädevus tervisedenduse valdkonnas. Koostöö tagab tervise võrdsuse ja kvaliteedi ning tulemuseks on paremad tervisenäitajad. Täna on koostööpartnereid juba sadakond: politsei, töökaitseinspeksioon, koolid, lasteaiad, tervishoiuasutused, kohalikud omavalitsused, kohalik ajakirjandus, maanteeamet, päästeteenistus, Punane Rist, kultuuriasutused ning tootmisettevõtted.

On loodud tervisedendusliku algatusena hästi toimiv kogukondlik psühhosotsiaalne rehabilitatsioonisüsteem, mida juhib Viljandi päeva-keskus Singel.

1999. aastal alustati koostööd Taani kolleegidega projekti "Paikkondlik areng tervisedenduses" kaudu. Sihtrühmaks olid omavalitsusjuhid, sotsiaaltöötajad, vallaarstid ja teised võtmeisikud omavalitsuse tasandil. Esimene paikkondliku arengu põhimõtetest lähtuv tegevusmudel algatati Lõuna-Mulgimaal, tulemuseks on koostöö "Paikkond stardib". Nelja omavalitsuse ühise tööna on valminud sotsiaal- ja tervis-

hoiu rakendusprojektid, mis tänaseks on tegevuses. Tegevust koordineerib MTÜ Karksi Areng.

Viljandi Tervisekeskuses on juba aastaid südamertervise tuba, kus on võimalik saada tervise-nõustamist ning mõõta tervisenäitajaid.

Tervist edendavate lasteaegade võrgustikku kuulub 10 lasteaeda, mille eesmärgiks on sihikindlalt tegeleda tervise edendamisega, kaasates lapsed, lasteaiad personali ja lapsevanemaid.

Traumapreventsiooniga tegelev võrgustik on välja töötanud traumade preventsiiooni paikkondliku arengukava, lähtudes paikkonna vajadustest. Sõltuvusainete preventsiiooniga tegelev võrgustik maakonnas algatati riikliku alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi initsiatiivil, ent see on esialgsete hinnangute põhjal vähe tulemuslik, sest paikkondlik algatus puudus.

Maakonna tervisedendusega tegelevatest inimestest on 75% saanud väljaõppe. 30% maakonna elanikest on saanud tervisealast teavet erinevate kampaaniate vahendusel. Tervisedendusega omaalgatuslikult tegelevaid inimesi ja organisatsioone on iga aastaga rohkem.

Tervisedendus Võrumaal

Tervisedendusliku tegevusega alustati Võrumaal 1995. aastal, kui Võru Maavalitsuse tervishoiu- ja sotsiaalosakonda asus tööle tervisedenduse spetsialist. Alustati maakonna rahvatervise analüüsiga, sellest lähtuvalt tervisedendusliku strateegia väljatöötamisega ja tähtsamate valdkondade väljatoomisega. Koostati maakondlik tervisedenduslik arengukava.

Maakonnas on olnud oluliseks paikkondlik areng: loodud on kohalikud tervist toetavad võrgustikud ja infrastruktuurid. Hea koostöö on olnud erinevate valdkondadega ja riiklike tervisedenduslike projektidega.

Võru maakonna elanikkond väheneb ja vana-neb aasta-aastalt. Rahvatervise olukorras võib täheldada väikseid positiivseid muutusi. Suremus

südame-veresoonkonnahaigustesse on hakanud vähenema: 1998. a suri 410; 2002. a 303 inimest. Pahaloomuliste kasvajate osas oli 1997.–1999. a märgata vähest vähenemistendentsi, kuid 2002. aastal on näitaja suurenenud (126 surmlõppega juhtu). Suremus vigastustesse on olnud kahanevistendentsiga. Surmlõppega juhtusid oli 1997. a 91; 2002. a 53. Sealhulgas on ka suit-siidide arv vähenenud: 1997. a 22; 2002. a 11 juhtu. Alkoholimürgistuste osas esineb viie aasta andmetel samuti väike kahanemistendents.

Kasvanud on inimeste terviseteadlikkus ja seoses sellega õigete toitumisharjumuste kujunemine (nt beebisid rinnapiimaga toitvate emade arvu suurenemine). Kõikides eärühmades on suurenenud toorsalatite ja piima tarvitamine.

Enam teatakse, kuidas ära hoida vigastusi ning aidata ennast ja teisi. Järjepidevalt on pööratud tähelepanu laste heale rühile ja füüsilise võimekuse arendamisele.

Olulisel kohal on olnud uimastiennetus. Maakonnas on loodud uimastiennetuse nõukogu ja välja töötatud ennetustöö arengukava, mis põhineb koolides korraldatud uuringutel. Õpilaste temaatilistest kirjandi- ja joonistusvõistlustest ilmnas noorte negatiivne hoiak ning suhtumine sõltuvusainete tarbimisse. Antsla Gümnaasium tunnistati parimaks 2002. a PHARE "Suitsuprii kooli" Eesti koostööprojekti, mille eesmärgiks oli muuta koolilaste ja koolipersonali suhtumist suitsetamisele ning luua suitsuprii koolikeskkond.

Tulemuslik on olnud Võrumaa noorte nõustamiskabineti tegevus (moodustati 1996. a projektitöö tulemusena Võrumaa Haigla juurde), kus toimub noorte pereplaneerimise nõustamine, seksuaaleluks ettevalmistus ja suguhai-

guste ennetamine, sõltuvushäirete kujunemise ennetamine ning eluga toimetuleku oskuste õpetamine. 1995. aastal registreeriti 422 aborti, 2002. aastal 291. Senini ei ole Võrumaal registreeritud ühtegi HIV-positiivset juhtu.

Alates 2002. aastast tegutseb Võrumaa A-kabinet, mis pakub sõltuvusainete nõustamisteenust. Samal aastal avati Lõuna-Eesti Haiglas südame-teabetuba, kus pakutakse teavet südameprobleemidega haigetele, ja diabeetikabinet suhkruhaigetele.

Võru linn kuulub Eesti tervislike linnade liikumise võrgustikku alates 2002. a-st. Koostöös omavalitsustega on järjepidevalt pööratud tähelepanu ohutule elukeskkonnale.

Vigastuste ennetamine on maakonnas eelistatud valdkond. Õpilased, kes olid saanud vastava koolituse, päästsid ja elustasid 1999. a kahel korral uppumissurmast inimese. Traumaennetustöö tulemuseks on liiklustraumatismi vähenemine: 2000ndal ja 2001. a ei olnud lastega ühtki surmlõppega õnnetusjuhtumit. Sihipäraseks tulemuseks tervisekäitumises võib pidada ka helkurite kandmist, 79%-l lasteaiialastest on helkurid.

Tervisedenduslik tegevus on laienenud ja muutunud professionaalsemaks. Esimesena vabariigis moodustati 1995. a Võrumaa Südamesõprade Selts, mis tegutseb aktiivselt praeguse ajani. Maakonna 20 lasteaiast on 5 tervist edendavad ja 32 koolist 5 tervist edendavad. Lõuna-Eesti Haigla sai tervist edendavaks haiglaks 2001. a, seal toimub järjepidev personali ja patsientide koolitus ning pööratakse tähelepanu heale klienditeenindusele. Kõik need struktuurid on aidanud kaasa rahvatervise paranemisele ja tervislikuma elukeskkonna loomisele.

VII Akadeemiline haridus tervisedenduses Eestis

Academic Education
of Health Promotion in Estonia

■ *"It is generally recognised that competent and capable health promotion professionals have an important role in the 'social fabric' in order to promote and protect population health."*

■ *"Tõsiasi, et kompetentsetel ja võimekatel tervisedenduse professionaalidel on ühiskonna 'sotsiaalses struktuuris tähtis roll rahvastiku tervise edendamisel ja kaitsmisel, on leidnud üleüldist tunnustust."*

Evelyn de Leeuw, 2002

Tervisedendust ei saa ellu viia ilma spetsiaalse väljaõppe ning oskusteta personalita. Tervise edendamise teooria paremaks mõistmiseks, arendamiseks ning edukaks rakendamiseks on vaja ka akadeemilist väljaõpet. Akadeemilise hariduse omandamine on aeganõudev protsess, mis saavutatakse teaduspõhise õppe ja teadusliku uurimistöö kõikide etappide omandamise teel. Kuni praeguse ajani on enamik tervisedenduse spetsialistidest saanud väljaõppe väljaspool Eestit, peamiselt Soomes, Norras, Rootsis, Inglismaal ja Ameerika Ühendriikides.

Taasiseseisvumine tõi kaasa vajaduse ning andis võimaluse Tartu Ülikoolis 1992. a hügieeni kateedri reorganiseerimiseks tervishoiu instituudiks. Arstiteaduskonna uues õppekavas eraldati 1994. a rahvaterviseainete õpetamisele rohkem tunde (ligi 6% õppekavast), suurenes rõhuasetus tervise väärtustamisele ning tervise kujunemist määravatele sotsiaalsetele teguritele. Maailmapanga toetusel käivitatud Eesti tervishoiuprojekt nägi ette tervishoiu instituudi laiendamise ning edasiarendamise. Aastatel 1995–1996 loodi ning täideti põhikaadriga 5 õppetooli, sealhulgas tervise edendamise õppetool. Uusi õppetooli nimetati alul erakorraliseks,

sest neid rahastas Eesti tervishoiuprojekt, kuid alates 1999. aastast on need kõik Tartu Ülikooli korralised õppetoolid.

Õppetooli arengukava näeb ette viis peamist ülesannet:

- 1) õppetöö diplomieelsel tasemel,
- 2) teadustöö,
- 3) teadusmagistri- ja doktoriõpe,
- 4) kutsemagistriõpe ja
- 5) avatus koostööks tervise edendamisel Eestis.

Diplomieelse õppe eesmärgiks on anda kõigile programmi läbinud tulevastele arstidele teoreetilised teadmised tervise edendamise olemusest, meetoditest, rollist tänapäeva tervishoius ja ühiskonnas; tervist määravatest teguritest ning nende muutmise võimalustest üksikisiku, paikkonna ja riigi tasandil. Juba viis aastat on tudengitele õpetatud tervist edendava projektitaotluse koostamise aluseid.

Aineprogrammi arendatakse ning täiendatakse igal aastal. Õpetamise taseme tõstmiseks on erinevaid teemasid palutud õpetama kitsamate valdkondade parimaid praktikuid. Õppetöö korraldamisel on olulisel kohal tagasiside kogumine õpetamise sisu ja kvaliteedi, üliõpilaste

ootuste ning soovide kohta. Tagasiside on eriti oluline ka seetõttu, et aasta-aastalt on tudengitel eelnevate teadmiste maht suurenenud ning paljude teemade käsitlemisel ei pea enam algteadmistele aega kulutama.

Olukorra muutumine haigestumuses ning suremuses loob vajaduse täiendada õppeprogrammi aktuaalseks muutunud teemadega. Seoses HIV/AIDSi probleemi teravnemisega on 2003. a-st õppekavas valikaine "HIV/AIDSi ennetamine ning töö HIV-positiivse patsiendiga". Viimastel aastatel on rohkem tähelepanu pööratud ebavõrdsuse-teemale tervises, uimastisõltuvuse ennetamisele ning vaimse tervise probleemide käsitlemisele.

Õppetooli eelisvaldkonnaks on teaduslik töö ja kraadiõpe (teadusmagistri- ja doktoriõpe). Selle töö eelduseks on vajaliku materiaalse baasi loomine ja finantsvahendite hankimine. Teadustöök vajalik personal tuleb kraadiõppe käigus üles kasvatada. Teadustöö ning kraadiõppe tulemuslikkuse näitajaks on kaitsitud kraadid ning avaldatud publikatsioonid.

Kuigi see töö on pikaajaline ning pidev, võib tõdeda, et õppetoolis on õnnestunud luua arenguvõimeline meeskond ning maitsma võib hakata intensiivse töö esimesi vilju. Seitsme aasta jooksul on tervise edendamise õppetoolis kaitsitud 2 doktori- ning 3 magistrikraadi.

Edukas on oldud finantsvahendite hankimisel. Aastatel 2000–2003 on õppetooli õppejõudude projekte rahastatud 1,3 miljoni krooni ulatuses, sellest 0,8 miljonit on antud teaduslike projektide ning 0,5 miljonit tervisedenduslike projektide elluviimiseks. Õppetool osaleb tervisehoiu instituudi sihtfinantseeritava programmi teostamisel. Aastatel 1998–2003 on avaldatud või avaldamiseks vastu võetud 122 publikatsiooni, sealhulgas 7 monograafiat, 12 artiklit eelretsenseeritavates ajakirjades, 5 artiklit ajakirjas Eesti Arst, 4 artiklit kogumikes ning 92 teadusliku ettekanne teesid. Õppetoolis on kujunenud välja oma meeskond, kes on võimeline tegema teadus-

likke uurimusi. Viimasel viiel aastal on teostatud hulk mahukaid uuringuid, kogutud on ulatuslik andmebaas, sealhulgas unikaalsed longituud-uuringu andmed, mis annavad hea aluse edukaks publitseerimiseks.

Teadustöö peamiseks suunaks on seni olnud erinevate riskitegurite kujunemise longituudne uurimine. Teadustöö osas on tehtud tihedat koostööd Tartu Ülikooli psühholoogia ning sotsioloogia osakonnaga, Uppsala, Helsingi, Odense, Exeteri, Bristol ja Johns Hopkins'i ülikooliga, Karolinska instituudiga jt. Osaletud on rahvusvahelises Euroopa noorte südameuuringus, käivitumas on rahvusvaheline koostööprojekt "HIV-nakkuse ennetamine narkomaanide hulgas". Viimastel aastatel on korraldatud mitu uuringut tervist edendavate sekkumisprojektide tulemuslikkuse hindamiseks. Alates 2001. a-st kuulub tervise edendamise õppetool tervisekäitumise uurimisrühmana Eesti käitumis- ja terviseteaduste tippkeskusesse.

Praktilise tervisedenduse vallas Eestis on tehtud koostööd Sotsiaalministeeriumi, Haigekassa, Tervisekasvatuse Keskuse, riiklike programmide, mittetulundusühingute ja -organisatsioonidega. Osaletud on rahvatervise arendusnõukogus, Haigekassa rahastatavate projektitaotluste hindamise komisjonis, rahvatervise sihtprogrammi nõukogus. Kuus aastat järjest on tervise edendamise õppetool korraldanud üle-eestilist teaduslikku konverentsi "Tervise edendamine Eestis", mis on saanud heaks tavaks ning millel on kujunenud välja oma kindel osalejaskond. Viimastel aastatel on osalejate arv küündinud 300ni. Konverents on andnud tervise edendamise korraldajatele, praktikutele ning tervisega haakuvate uurimistööde tegijatele võimaluse kuulda uutest suundadest ning ideedest tervise edendamise korraldamisel riiklikul tasemel, tutvustada oma töö tulemusi, saada ülevaade teiste tegemistest ja plaanidest, vahetada kogemusi ning teha plaane edaspidiseks.



Health education cannot be implemented without special training and skilled personnel. The better understanding of health promotion theory, its development and implementation cannot be achieved without academic training. The acquisition of academic education takes much time and can be achieved by means of research-based learning and research. Until today, most of the health promotion specialists have been trained outside Estonia, mainly in Finland, Norway, Sweden, England and the U.S.A.

The newly regained independence created the necessity and opportunity to reorganize the department of hygiene at the University of Tartu into the Department of Public Health in 1992. More classes (nearly 6% of the curriculum) were reserved for public health disciplines in the new curriculum of the medical faculty. More emphasis was laid on health and the social factors behind it. A new Estonian health care project supported by the World Bank included the expansion and further development of the Department of Public Health. In 1995–1996, five chairs were opened and staffed, including the health promotion chair. At first the new departments were financed by the Estonian health care project but since 1999 all these departments function as regular departments of Tartu University.

The development plan of the chair includes five main tasks:

- 1) undergraduate study,
- 2) research,
- 3) master's degree and doctoral courses,
- 4) professional master's courses,
- 5) readiness for cooperation in promoting health in Estonia.

Undergraduate students acquire theoretical knowledge of the essence of health promotion, methods, role in contemporary health care and

society; health determinants and the opportunities of changing them at personal, community and state level. For five years now, students have been taught the basics of health promoting project making.

Teaching programs are constantly being revised and best specialists have been invited to teach special subjects. Feedback information has also been taken care of. New and vital subjects have been included in the programs, especially those connected with HIV/AIDS, but also those concerning disparities, drug addiction and mental health.

The main priority of the chair is research and graduate programs. The number of defended dissertations and publications reflects the progress made. Within seven years, two doctoral and three master's degrees have been defended at the health promotion department.

Numerous projects have likewise been chosen for financing. In 1998–2003, 122 publications have been accepted, including seven monographs, twelve articles in previewed journals, five articles in the magazine *Eesti Arst (The Estonian Physician)*, four articles in collections and 92 abstracts of scholarly papers. During the last five years, several research-intensive studies have been conducted and a substantial database collected.

The principal research direction has been the longitudinal study of different risk factors. We are in close collaboration with the departments of psychology and sociology of Tartu University, the universities of Uppsala, Helsinki, Odense, Exeter, Bristol and Johns Hopkins, the Karolinska Institute, etc. Since 2001, the health promotion chair belongs to the top Estonian behaviour and health research centre as a research group of health behaviour.

In the area of practical health promotion, we have collaborated with the Ministry of Social Affairs, the Health Insurance Fund, the Centre for Health Education, state programs and

NGOs. For six years, the chair has organized all-Estonian conferences “Health Promotion in Estonia”. It has become a tradition now, with participants of its own. In recent years, more than

300 people have participated in these conferences. This conference has proved to be most effective in many respects.

VIII Tervisedenduse hindamine

Health Promotion Evaluation

■ *“The process of developing and using indicators to evaluate healthy public policy is more a political problem than a technical one.”*

■ *“Rahvatervise hindamiskriteeriumide arendamise ja kasutamise protsess on pigem poliitiline kui tehniline probleem.”*

Springett, 1998

Hindamine on tervisedenduse oluline koostisosa. Hindamise vajadused on erinevatel asjaomastel rühmadel erinevad: rahastajad on huvitatud peamiselt tegevuste kulu-tulususest, poliitikutud tulemuslikkusest, praktikud aga nii tegevuste kvaliteedist kui ka efektiivsusest.

Eesti tervisedenduse algusaastatel oli suur vajadus hindamisalase väljaõppe järele. 1997. aastal käivitus Eesti Tervisekasvatuse Keskuse kvaliteedikoolituse programm, mille käigus õpetati välja tervisedenduse audiitorid. See projekt oli üles ehitatud jätkuva kvaliteeditagamise programmile (CQI, *Continuos Quality Improvement Programme*), mis oli osa rahvusvahelisest nelja-aastasest terviklikust audiitorite väljaõppe programmist ning mida toetas Norra valitsuse juures töötav Tervise Nõukogu ja Rahvusvaheline Tervisedenduse Assotsiatsioon oma õppejõududega. Koolituses osalesid üleriigiliste projektide meeskonnaliikmed ja maakondade tervisedenduse koordinaatorid. Hindamisalast täienduskoolitust jätkati Toronto Ülikooli õppejõudude kaasabil aastatel 1998 ja 1999 ning Sidney ülikooli õppejõudude kaasabil aastatel 1999 ja 2000.

1998. aastal alustas Eesti Tervisekasvatuse Keskus tervisedenduse valdkonna kvaliteedi-

kriteeriumite väljatöötamist, kuid see katkes rahastamise puudusel.

1998. aastal koolitati tervisedenduslike projektide rahastamist otsustava nõukogu liikmeid eesmärgiga suurendada komisjoniliikmete pädevust taotletavate projektide kvaliteedi hindamisel. 2000. a projekti “Tervist edendavate projektide ja programmide hindamine” raames töötati välja tervist edendavate projektide/programmide hindamise käsiraamat, mis valmis 2001. a alguses.

Kuna Eestis puudub praeguseni tervisedenduse alal väljaõpe, siis omandavad ka hindamispetsialistid hindamisoskusi valdavalt väljaspool Eestit või täienduskursuste kaudu Eesti Tervisekasvatuse Keskuse juures.

Me võime jaotada tervisedenduse hindamise kahte suurde rühma:

- 1) protsessi hindamiseks ning
- 2) mõju ja tulemuslikkuse hindamiseks.

Protsessi hindamise peamine eesmärk on tegevuste kvaliteedi analüüs ja projektide/programmide parendamine; mõju ja tulemuslikkuse hindamise eesmärgiks aga tegevuste toimel ilmnevate muutuste kindlakstegemine sihtrühmas.

Protsessi hindamine

Eesti tervisedenduses on tegevuste kvaliteeti hinnanud peamiselt projektide/programmide juhtkond protsessi hindamisena ning haigekassa projektide auditeerimisena. Protsessi hindamise elemente on suuremad projektid/programmid rakendanud nende tegevuse algusest alates. Pädevad projektijuhid planeerivad protsessi hindamise projekti juba selle kavandamise ajal.

Rahvatervise Arendusnõukogu tellis Eesti Tervisekasvatuse Keskuselt 20 ravikindlustuse eelarvest finantseeritud projekti auditeerimise esimest korda 1998. aastal. Hinnati juhuvalimi teel määratud projektide kavandamise ja teostuse kvaliteeti, projektide eesmärkide teostatavust, projekti vastavust sihtrühma vajadustele ja sihtrühma kaasamist, projekti struktuuri ning koostööd teiste projektide ja üleriigiliste programmidega, teostatud tegevuste vastavust projektiplaanile ning projektis osalejate ja sihtrühma hinnanguid projekti kasulikkuse kohta.

Analoogselt on tellinud haigekassa auditeerimisi igal aastal kuni praeguse ajani. Hindajate hulka on lisandunud maakondade tervisedenduse spetsialistid ning Tartu Ülikooli tervisehoiu instituudi ja Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi teadurid. Iga-aastane auditeerimine on välja toonud projektide nõrgad ja tugevad küljed, mis on teinud võimalikuks projektide järjepideva parendamise. Auditeerimiste alusel on võimalik väita, et projektide kvaliteet ja teostus on aasta-aastalt paranenud.

Mõju ja tulemuslikkuse hindamine

Mõju ja tulemuslikkuse hindamised on üldjuhul laiemad teadusuuringud, mis eeldavad teaduri kvalifikatsiooni vähemalt magistritasandil. Ka nõuavad mõju- ja tulemusuuringud suuremaid

aja- ja raharessurse. Johtuvalt eeltoodust on mõju- ning tulemusuuringuid tehtud oluliselt vähem ja mittesüsteemiliselt võrreldes protsessi hindamisega.

Sotsiaalministeeriumi algatusel on suuremate riiklike programmide eelarvest eraldatud viimastel aastatel 5% programmide hindamiseks, mis aga valdavalt on realiseeritud protsessi hindamisena.

Eesti Haigekassa hindab projektide tulemuslikkust, kasutades järgnevaid allikaid:

- 1) tervist edendavate projektide aruanded (sh viited uuringute tulemustele projektide tulemuslikkuse kohta ning projektide raames tehtud uuringud);
- 2) eraldi tellitud projektide ulatust ja mõju hindavad uuringud ning
- 3) regulaarse tervishoiustatistika ning tervisekäitumist, elanikkonna tarbimist ja teisi tervisekäitumisega seotud näitajaid sisaldavate uuringute andmed.

Mitmed riiklikud programmid (südame-veresoonkonnahaiguste ennetamise programm, tubakaprojekt, traumatismi preventsiiooni programm, koolilaste terviseprogramm jne) kasutavad oma tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks süstemaatilisi tervisekäitumise monitooringuid: Eesti täiskasvanud inimeste tervisekäitumise monitooringut (igal paaris aastal) ning Eesti koolilaste tervisekäitumise monitooringut (iga kolme aasta järel).

Mitmete programmide hindamiseks on kasutatud andmeid üleriiklikest haiguste registreist, näiteks vähiregistrist, sünni- ja abordiregistrist. Loomisel on traumaregister traumade tekkepõhjuste täpsemaks selgitamiseks. Alkoholismi ja narkomaania ennetamise riikliku programmi hindamiseks on loodud aastal 2000 uimastiseire keskus, mis koondab endas uimastite kasutamise ja ennetamisega seotud andmebaase.



Evaluation is an integral part of health promotion. Evaluation needs differ with different groups — financiers are mainly interested in the efficiency of spending, politicians in the results, but the people who do the practical work are interested both in the quality and efficiency of activities.

During the first years of health promotion in Estonia, there was a great need for evaluation training. In 1997, the Estonian Centre for Health Education and Promotion launched a program of quality training that specialized in training health promotion auditors. This project was based on the Continuous Quality Improvement Programme, which formed a part of an international four-year training program of auditors, being financed by the Health Council at the Government of Norway and the International Union for Health Promotion and Education. Members of state projects and coordinators of county health promotion participated in the training. The evaluation training was continued under the guidance of professors of the University of Toronto (1998–1999), and of the University of Sydney (1999–2000).

In 1998 the Estonian Centre for Health Education and Promotion started to elaborate the criteria of quality in health promotion but had to stop because of the lack of financing.

In 2000 a handbook of evaluating health promotion projects/programs was compiled. It was published in 2001.

As health promotion training is still not available in Estonia, most of the evaluation specialists are trained outside Estonia or at refreshment courses at the Estonian Center for Health Education and Promotion.

Health promotion evaluation can be divided into two large groups — firstly, the evaluation of the process, and, secondly, the evaluation of the impact and efficiency. The former involves the

analysis of the quality of activities and the improvement of projects/programs, the latter deals with the assessment of changes in the target groups.

Process evaluation

This has been mainly conducted by the leaders of the projects/programs. Competent project leaders include the process evaluation in the project while it is being drawn up.

The Public Health Development Council commissioned the Estonian Centre for Health Education and Promotion for the first time to audit twenty projects financed from the health insurance budget in 1998. The health insurance fund has continued to commission audits every year. Specialists from counties and research workers from the Department of Public Health of Tartu University and from the Estonian-Swedish Institute of Suicidology have joined the work as evaluators in the recent years. Auditing has shown that the quality and execution of projects has improved year by year.

Evaluating Impact and Efficiency

These evaluations are in essence extensive studies that require the master's level qualification at least. They also require more time and money. This is why there have been less evaluations like these, especially when compared to process evaluations.

The Ministry of Social Affairs has allotted 5% of the state project budget money to program evaluation, but this has mainly been used in process evaluation.

The Estonian Health Insurance Fund assesses the efficiency of projects on the basis of the following sources:

- 1) reports of the health promotion projects,

- 2) specially commissioned studies of the extent and impact of projects,
- 3) regular health care statistics and data from other studies that include information of the population consumption habits and other health behaviour indicators.

Several state programs (prevention of cardio-vascular diseases, anti-tobacco, injury prevention programs, schoolkids' health program, etc.) systematically use health behaviour monitoring for evaluating their work — the health behaviour

monitoring of Estonian adult population (every other year) and the health behaviour monitoring of Estonian schoolkids (every third year).

The data obtained from all-Estonian disease registries, e.g. from cancer, birth and abortion registries, have been used in evaluating several programs. An injury registry is being compiled to study the causes of injuries. In 2000, a drug use surveillance centre was founded to evaluate the alcoholism and drug prevention state program, comprising databases of drug use and prevention.

Kirjandus

Bibliography

1. Eesti Haigekassa arengukava 2003–2005. Eesti Haigekassa, Tallinn, 2002.
2. Eesti Haigekassa ravikindlustatute tervise edendamise ja haiguste ennetamise prioriteetid, www.haigekassa.ee
3. Eesti rahva tervis 1991–2000. Tartu, 2002.
4. Eesti tähtsamad tervisenäitajad. Euroopa Liit ja WHO, Tallinn, 2002.
5. Kasmel A, Lipand A, Kasmel K, Markina A. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise