

Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus

KONTROLLIARUANNE

nr OSIII-2-6/05/68
05.07.2005

Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus

Tallinn
2005

Kokkuvõte

Riigikontroll uuris eelkooliealiste laste tervishoiu korraldust, keskendudes auditis tervise edendamise ja haiguste ennetamise teemaatikale. Selleks analüüsiti korralduse aluseks olevaid olulisemaid valdkonda planeerivaid strateegilisi dokumente. Korralduse praktilisest küljest uuriti kooliealiste laste tervise kontrollimist perearstide poolt ja teisalt ka lasteasutuse tervishoiutöötajaga seotud teemasid, kuna enamik eelkooliealisi lapsi käib koolieelsetes lasteasutustes (nt lastesõim, -aed).

Olulisemad tähelepanekud

Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus vajab senisest suuremat tähelepanu. Haigekassa kogutavate koolitervishoiuteenuse aruannete kohaselt on profülaktiliselt läbi vaadatud esimese klassi lastest 42% terviseprobleemiga (näiteks rühihäire, üle-, alakaalulisus vm). Andmete tõlgendamisel tuleb arvestada, et neid kogutakse alles 2004. aastast alates ning nende esitamine ei ole veel täielikult ühtlustunud. Samuti tuleb arvestada, et analüüs hõlmab ligikaudu pooli esimese klassi lapsi, sest kättesaadavad olid vaid teise poolaasta tulemused. Siiski viitab suur terviseprobleemidega laste osakaal, et eelkooliealiste laste tervist edendav ja haigusi ennetav tervishoid vajab senisest efektiivsemat korraldust. Varakult avastamata terviseprobleemide süvenemisel võib nende ravi tulevikus minna riigile oluliselt kallimaks võrreldes ennetustegevuse arvelt säästetuga.

Valdkonna korraldus ei ole terviklik. 1993. aastast kehtiv lastekaitse seadus käsitleb tervist liiga üldiselt ning lapse õigus tervisele on tagatud pigem teiste õigusaktidega. Uut seadust pole ette valmistatud, kuigi selle vajaduse nägi Riigikogu ette juba 2001. aastal. Kahe peamise strateegilise dokumendi (lapse õiguste tagamise strateegia ja lastekaitse kontseptsioon) tervist käsitlevad osad ei hõlma valdkonda terviklikult. Lapse õiguste tagamise strateegia eesmärgid on üldised ning ettenähtud tegevused neid ei kata. Lastekaitse kontseptsiooni tervise osa ei täida püstitatud tervikliku süsteemi loomise eesmärki, sest selles on käsitletud vaid üksikuid probleeme. Lõppeva laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi sisu ja rahastamine on planeerituga võrreldes oluliselt kahanevad ning programmi juhtimine on olnud ebastabiilne. Programmi tulemuslikkust ei ole seni analüüsitud, mistõttu puudub info selle kohta, kuidas pärast programmi lõppemist on otstarbekas selle tegevusi jätkata.

On oht, et perearst ei ole kõiki lapsi perioodiliselt läbi vaadanud. Laste tervisekontrolli teostab peamiselt perearst ning selleks on välja töötatud soovituslik juhend. Kuna juhend ei ole perearstile kohustuslik, on haigekassal raske selle järgimist kontrollida. Seetõttu puudub seni ülevaade, kui palju lapsi on juhendi järgi läbi vaadatud. Võrreldes 7aastaste laste arvu ja perearstide raviarvete arvu 2003. aastal, võib keskmiselt 90% laste kohta kindlalt väita, et perearst on nad kalendriaasta jooksul läbi vaadanud. Olukorda parandab 2007. a rakenduv perearstide lisatasu, mis seab muu hulgas prioriteediks kuni 2aastaste ja kooliminevate laste tervisekontrolli ning võimaldab senisest paremat kontrolli juhendi täitmise üle. Riigikontrolli arvates oleks siiski vajalik soodustada ka 3–5aastaste laste regulaarset läbivaatamist.

40% lasteasutustes pole tervishoiutöötajat, kuna see pole kohustuslik. Tervishoiutöötajale on seadusega ülesanded küll antud, kuid **reguleerimata on, kas üldse ja kes peaks neid ülesandeid tema puudumise korral täitma.** Sellise ebaselge vastutuse tõttu jääb osa tervishoiualaseid ülesandeid täitmata just eelkõige tervishoiutöötajata lasteasutustes. Tulevikus väheneb tervishoiutöötajate arv lasteasutustes tõenäoliselt veelgi: veerand olemaolevatest tervishoiutöötajatest on juba praegu pensioniealised ning noored üldjuhul lasteasutusse ei tule. Samuti võib osa lasteasutusi rahapuudusel tervishoiutöötajast loobuda kehtestatud miinimumpalga nõude tõttu. Seetõttu tuleks tervishoiutöötaja ülesanded kriitiliselt üle vaadata ja otsustada, milliseid neist täita tuleks ning ühtlasi kehtestada lasteasutuse selge vastutus nende täitmise üle.

Lasteasutused ei ole teadlikud tervishoiutöötaja kvalifikatsiooninõuetest ega Andmekaitse Inspeksioonis registreerimise kohustusest, mistõttu neid ei täideta. Paljude omavalitsuste ja lasteasutuste jaoks ei ole üheselt selge, milliseid kvalifikatsiooninõudeid peaks lasteasutuse tervis-

hoiutõtaja tãitma. Nõuet registreerida end tervishoiutõtajate registris ei tãida üle poole laste-asutuse tervishoiutõtajatest, samuti saavad nad nõutavast oluliselt vähem täienduskoolitust. Samuti ei ole ükski lasteasutus ega kohalik omavalitsus registreerinud end Andmekaitse Inspektionis delikaatsete isikuandmete tõõtlejana, kuigi need andmed ehk laste terviseinfo tuleb kirjutada rühmapäevikusse.

Peamised ettepanekud sotsiaalministrile

Laste tervise valdkonna terviklikuks käsitlemiseks ja selle prioriteetsuse tagamiseks ning ülevaate saamiseks eelkooliealiste laste tervisest

- täiendada kehtivat lastekaitse seadust või koostada uus ning tagada, et see sätestaks täpselt, kuidas ja milliste normatiivaktide kaudu on korraldatud laste tervishoid (tagatud õigus võimalikult heale tervisele, ravivahenditele ning tervise taastamisele);
- kajastada laste tervishoiu korraldus lapse õiguste tagamise strateegias ja lastekaitse kontseptsioonis terviklikult ja tagada kõikide püstitatud eesmärkide elluviimine;
- uurida, miks on ligi 42%-l esimese klassi õpilastest terviseprobleem ning millises vanuses need terviseprobleemid on tekkinud.

Koostõõs Eesti Haigekassa juhatuses esimehega kuni 7aastaste laste perioodilise tervisekontrolli tagamiseks

- selgitada, kui palju lapsi ja millistel põhjustel jääb perearstil perioodiliselt läbi vaatamata;
- kaaluda 3–5aastaste laste tervisekontrolli lisamist perearstidele kavandatava lisatasu kriteeriumide hulka.

Koostõõs haridus- ja teadusministriga koolieelsete lasteasutuste tervishoiu korrastamiseks ja laste tervise paremaks jälgimiseks

- otsustada, millisel määral on tervishoiuteenus lasteasutuses vajalik ja selle osutamine kohustuslik ning kas teenuse osutamiseks peab lasteasutuses olema tervishoiutõtaja;
 - otsustada, kas teenuse osutamiseks peab lasteasutuses olema tervishoiutõtaja või tuleks rakendada alternatiivseid lahendusi (näiteks kohalik omavalitsus ostab tervishoiuteenuse sisse raviasutuste spetsialistidelt)
 - tagada mingi osa teenuse kohustuslikuks muutmisel selle osa rahastamine;
 - kui teenust kohustuslikuks ei muudeta, kehtestada selgelt, kes peab lapse tervisega seotud ülesandeid tãitma, juhul kui tervishoiutõtaja lasteasutuses puudub;
 - määrata kindlaks lasteasutuse suurus, millest alates on tervishoiutõtaja olemasolu või teenus kohustuslik;
- reguleerida lasteasutuse tervishoiutõtaja ja lapse perearsti kohustused (sh nendevaheline infovahetus) laste tervise jälgimisel;
- kehtestada selgelt lasteasutuste tervishoiutõtajate kvalifikatsiooninõuded ning tagada nende tãimine;
- teavitada kohalikke omavalitsusi vajadusest tãita isikuandmete kaitse seadusega nõutavat registreerimiskohustust laste tervisega seotud delikaatsete isikuandmete tõõtlemisel (sh vastava info rühmapäevikusse kandmisel).

Sotsiaalminister teatas oma vastuses, et koolieelsete lasteasutustega seotud probleemistikuga hakkab Sotsiaalministeerium tegelema 2006. aastal, kui tuleb ülevaatamisele kogu koolieelsete lasteasutuste tervisedendus, tervisekaitse ja tervishoiukorraldus. Käesoleval ajal on Sotsiaalministeeriumis alustatud uue lastekaitse seaduse eelnõu koostamist, kuid minister leiab, et selle seadusega ei peaks reguleerima kogu lastele suunatud tervishoiukorraldust, vaid laste tervisekaitse põhinõudeid. Riigikontroll nõustub sellega, kuid leiab, et lastekaitse seadus peaks andma muu hulgas viited ka teistele seadustele, mis reguleerivad laste tervishoiukorraldust. Haridus- ja teadusminister peab tervishoiu kättesaadavust koolieelses lasteasutuses väga oluliseks ning nõustub ettepanekutega tagada võimalused laste tervise paremaks jälgimiseks lasteasutuses, kuid täpset tegevuskava selleks ei esitata.

Sotsiaalminister teatas, et eelkooliealiste laste üldiseid tervisenäitajaid pole ka edaspidi plaanis tsentraalselt koguda, kuna see oleks kulukas ning saadav tulu ei pruugi seda õigustada. Aastal 2008 käivitub digitaalne terviselugu, mis loob võimalused laste tervisenäitajate paremaks kogumiseks ning kust on tulevikus võimalik vastavalt vajadusele saada infot ühtseks tervikuks koondatuna. Minister leiab, et esmane valik laste terviseseisundi jälgimiseks on siiski suremus- ja haigestumusstatistika ning selles osas on täidetud kõikne hõlmatus. Minister ei teavitanud Riigikontrolli, kas Sotsiaalministeerium kavatses uurida, miks on ligi 42%-l esimese klassi õpilastel terviseprobleem.

Nii sotsiaalminister kui ka Eesti Haigekassa juhatuse esimees teatasid oma vastuses, et edaspidi on kavas kaaluda 3–5aastaste laste tervisekontrolli lisamist perearstidele kavandatava lisatasu kriteeriumite hulka. Samuti kavatsetakse teostada ravikindlustuse andmekogu probleemidest tulenev analüüs ja selgitada välja nende laste arv, kelle kohta puudus perearsti raviarve, ja raviarve vormistamata jätmise põhjused.

Sisukord

SISSEJUHATUS	6
Valdkonna ülevaade.....	6
Auditi iseloomustus	7
1. LASTE TERVISE VALDKONNA STRATEEGILINE PLANEERIMINE.....	9
1.1. Kehtiv lastekaitse seadus on vananenud ja tervise osas üldsõnaline.....	9
1.2. Lastekaitse kontseptsioon ja lapse õiguste tagamise strateegia ei taga laste tervise valdkonna terviklikku korraldust	10
1.3. “Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005” on oma esialgsel kujul ebaõnnestunud	11
2. LASTE TERVISLIKU ARENGU JÄLGIMINE	14
2.1. Puuduvad andmed efektiivseks sekkumiseks	14
2.2. Puudub ülevaade, kas perearstid järgivad laste tervisekontrolli juhendit.....	16
2.3. Teatud hulga laste tervislikust seisundist puudub perearstil ülevaade.....	18
3. TERVISHOIUTÖÖTAJA LASTEASUTUSES	22
3.1. Tervishoiutöötaja olemasolu lasteasutuses ei ole tagatud	22
3.2. Tervishoiutöötaja roll lasteasutuses ei ole selge	26
3.3. Lasteasutuse tervishoiutöötaja kvalifikatsiooninõudeid ei täideta.....	32
LISAD	36
1. Auditi käigus korraldatud intervjuud.....	37
2. Eelkooliealiste laste tervist (kaudselt) käsitlevad strateegilised dokumendid	39
3. Tervisega seotud projektid ja toetused lasteasutustes	40
4. Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005 rahastamine alaprogrammide kaupa	41
5. Tervist edendavate lasteaegade projektiga liitunud lasteasutuste võrdlus mitteliitunud lasteasutustega.....	42
6. Tervishoiustatistiliste aruannete nimekiri	43
7. Tervishoiutöötaja olemasolu munitsipaallasteasutustes.....	44
8. Tervishoiutöötajate keskmine töökoormus ja töötasu.....	45
9. Küsimustik lasteasutustele	46
SOTSIAALMINISTRI, HARIDUSMINISTRI JA EESTI HAIGEKASSA JUHATUSE ESIMEHE VASTUSED ..	49

Sissejuhatus

Auditi eesmärk: hinnata, kas eelkooliealiste laste tervise edendamine ja haiguste ennetamine on korraldatud tõhusalt. Ühtlasi soovitakse käesoleva auditiga tähtsustada eelkooliealiste laste tervishoidu, mis seni on jäänud piisava tähelepanuta, näidata süsteemi korrastamist vajavaid kohti ning anda Sotsiaalministeeriumile infot kavandatava süsteemi uuendamise jaoks.

Auditeeritud asutused: Sotsiaalministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Eesti Haigekassa. Lisaks koguti materjale ning infot Tervise Arengu Instituudist. Audit hõlmas ka koolieelseid lasteasutusi, perearste ja kohalikke omavalitsusi lasteasutuste omanikuna.

Auditeeritud periood: kontrolliti lasteasutuse tervishoiutöötaja olemasolu 2004. aastal, kuni 7aastaste laste 2003. a raviarveid, koolitervishoiu 2004. a II poolaasta aruandeid.

Auditirühma liikmed: auditijuht Liisi Uder, audiitorid Siiri Suits ja Laura Maran.

Valdkonna ülevaade

Rahvatervise seaduse eesmärk on “inimese tervise kaitsmine, haiguste ennetamine ja tervise edendamine, mis saavutatakse riigi, omavalitsuse, avalik- ja eraõigusliku juriidilise isiku ning füüsilise isiku kohustustega ning riiklike ja omavalitsuslike abinõude süsteemiga”. Seaduse kohaselt on üheks tervisekaitse, haiguste ennetamise ja tervise edendamise põhiülesandeks abinõude süsteemi väljatöötamine, seadustamine ja rakendamine **laste tervislikuks arenguks**. Kooliealiste laste tervise seiramise ja koolitervishoiuteenuse teema on muutunud aktuaalseks ning Sotsiaalministeerium on töötanud välja koolitervishoiu kontseptsiooni. Eelkooliealiste lastega seotud probleemidele on aga seni vähe tähelepanu pööratud. Samas nimetab Sotsiaalministeerium oma strateegilise eesmärgina ja juba 2004. a prioriteedina paremaid võimalusi lapse tervislikuks arenguks.

Koolieelne iga on otsustav periood, kui kujunevad individuaalne tervisekäitumine ja -harjumused, mis moodustavad edaspidi igaihe elustiili ja panevad aluse kogu eluks. Spetsialistid rõhutavad varajase sekkumise olulisust¹, see tähendab et terviseprobleemid ja kõrvalekalded tuleb avastada ja nendega tegeleda võimalikult varajases eas hoidmaks ära hilisemaid, märgatavalt suuremaid kulusi haiguste ravimisele.

Laste tervishoidu käsitlevad mitmed strateegilised dokumendid, peamisi neist koordineerib Sotsiaalministeerium. Eraldi eelkooliealistele lastele (sh nende tervisele) loodud raamdokumenti ei ole. Olulisemate dokumentidena võib välja tuua “Lastekaitse kontseptsiooni” ning “Lapse õiguste tagamise strateegia”. Strateegia terviseosa viiakse suures osas ellu “Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005” kaudu. Programmi ja selle alaprojektide juhtasutuseks ning elluviijaks on Tervise Arengu Instituut.

Laste tervisliku arengu jälgimise ja haiguste ennetamise üheks peamiseks meetmeks on profülaktiline tervisekontroll, mida teevad perearstid (vajaduse korral ka lastearst), lähtudes soovituslikust tervisekontrolli juhendist.

Teiseks eelkooliealise lapse tervise jälgijaks perearsti kõrval on koolieelse lasteasutuse tervishoiutöötaja, kes tegeleb lasteasutuses käivate lastega. Koolieelseteks lasteasutusteks on vastavalt koolieelse lasteasutuse seadusele lastesõim (kuni 3aastastele lastele); lasteaed (kuni 7aastastele lastele); erilasteaed (kuni 7aastastele erivajadustega lastele) ning lasteaiaga ühendatud algkool või põhikool (ühise juhtkonnaga lasteaed-alkool või -põhikool). Keskmiselt käib 1–7aastastest lastest

¹ Tervisehäirete ennetamise ja varajase avastamise on eesmärgiks seadunud ka “Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005”.

koolieelses lasteasutustes 60% ning 3–6aastastest 75%. Lasteasutuste suurus erineb eelkõige linnas ja maal: linnas on suhteliselt võrdselt nii väikesi kui ka suuri lasteasutusi, maal on ülekaalus väikesed. Tervishoiutöötaja olemasolu pole aga lasteasutuses kohustuslik ning selle üle otsustab kohalik omavalitsus või lasteasutuse juhataja.

Auditi iseloomustus

Auditi “Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus” korraldamise aluseks on Riigikontrolli 2004. a tööplaan.

Metoodika

- **Õigusaktide analüüs** kõikide auditis käsitletud probleemide raames, selgitades vastava teema korraldust.
- **Statistika analüüs**
 - *Haigekassale perearstide poolt esitatud raviarvete analüüs (ka maakondlik):* Riigikontroll analüüsis kõikide kuni 7aastaste laste 2003. a raviarvete põhjal, kui palju on tehtud perearsti visiite teenusekoodide kaupa: 9001 – esmane vastuvõtt; 9002 – korduv vastuvõtt; 9003 – profülaktiline vastuvõtt; 9004 – koduvisiit². Lisaks analüüsi, millisel määral saab kogutavatele andmetele tuginedes jälgida, kas perearstid järgivad laste tervisekontrolli jaoks välja töötatud juhendit. Eraldi vaadati kuni üheaastaste laste vastuvõtte ja visiite.
 - *Haigekassale koolitervishoiuteenuse pakkuja poolt esitatud andmete analüüs:* 1. klassi õpilastele koolis tehtud profülaktilise läbivaatuse tulemused.
 - *Statistikaameti koostatav alushariduse statistika:* koolieelsete lasteasutuste ja nendes käivate laste arv, vanuseline ning piirkondlik jaotumine ja lasteasutuse kohtade arv. Lisaks kogutakse statistikat tervishoiutöötaja ametikoha olemasolu ja täidetuse ning eri- ja sobitusrühmadega lasteasutuste kohta, kuid seda ei avaldata.
- Küsimustik lasteasutustele (vt lisa 9). Küsimustikuga uuriti järgmisi teemasid: tervishoiutöötaja olemasolu ja ülesanded, info lapse tervise kohta, aruandlus, tervisekasvatus, tervisekoolitused lasteasutuses. Küsimustik saadeti välja kõikidele koolieelsetele lasteasutustele (päring maa-avalitsustele ja kohalikele omavalitsustele, 2004. a info) kas e-posti või tavapostiga. Küsimustikule vastas 584 munitsipaallasteasutusest 504 ning 20 eralasteaiast 13. Eralasteasutuste vastu-seid küsimustiku koondanalüüsi ei kaasatud.
- Intervjuud: intervjuudega koguti kvalitatiivset infot lisaks dokumentaalsetele ja statistilistele materjalidele. Intervjuude loetelu on toodud lisa 1.
- Välisriikide praktika analüüs. Lühiküsitlusega uuriti, kuidas on korraldatud eelkooliealiste laste tervishoid välisriikides. Päring saadeti järgmiste riikide kõrgeimate kontrolliasutuste kontaktametnikele: Taani, Rootsi, Soome, Läti, Leedu, Suurbritannia, Holland, Iirimaa, Tšehhi, Ungari, Sloveenia, Poola. Päringule vastasid Soome, Ungari, Holland, Rootsi, Taani, Sloveenia.

Piirangud

Auditis ei käsitletud eriarstiabi osutamist lastele ega eraldi erivajadustega laste tervise edendamist ja haiguste ennetamist.

² Visiidid kajastuvad raviarvetes, mida perearst esitab haigekassale.

Aruandes kasutatud lühendid

TAI – Tervise Arengu Instituut

TEL – tervist edendav lasteaed

TEK – tervist edendav kool

KELS – koolieelse lasteasutuse seadus

1. Laste tervise valdkonna strateegiline planeerimine

Üheks olulisemaks lapse õigusi käsitlevaks dokumendiks on Eesti Vabariigi lastekaitse seadus, mis lähtub Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) lapse õiguste konventsioonist, millega Eesti liitus 1991. a. Lastekaitse seaduse ja konventsiooni paremaks täitmiseks on koostatud erinevaid strateegilisi dokumente, mis muu hulgas käsitlevad lapse õigust tervisele ja millest tähtsamad on:

- “Lastekaitse kontseptsioon” (edaspidi *kontseptsioon*), mille Vabariigi Valitsuses kiitis heaks 27.01.2005. a;
- “Lapse õiguste tagamise strateegia” (edaspidi *strateegia*), mille Vabariigi Valitsus kiitis heaks 16.10.2003. a.

Konkreetseteks tervise kaitsega seotud tegevusteks on varem loodud “Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005” (programm sai Vabariigi Valitsuse nõusoleku 1996. a istungil ning programmi lisa kiideti heaks Vabariigi Valitsuse 15.02.2000. a korraldusega 124-k).

Lisaks mainitutele puudutavad eelkooliealiste laste tervist mitmed muud dokumendid, mille nimekiri on toodud lisa 2. Neid ei ole aruandes põhjalikumalt analüüsitud, sest osa neist on laste tervisega seotud kaudsemalt ning osa seotud konkreetse valdkonna/haiguse ennetusega (immuunprofülaktika programm, tuberkuloositõrje programm, HIV/AIDSi ennetus jt). Auditis on analüüsitud olulisemaid alusdokumente.

Auditis analüüsitati lühidalt ka, kui palju ja millistest allikatest on lisaks eelarvele koolieelseid lasteasutusi viimasel kolmel aastal laste tervisele seotult rahastatud. Tulemused on toodud lisa 3, põhjalikumalt seda teemat ei käsitletud.

1.1. Kehtiv lastekaitse seadus on vananenud ja tervise osas üldsõnaline

ÜRO lapse õiguste konventsioon kohustab konventsiooniga ühinenud riike võtma kasutusele kõik vastavad seadusandlikud, administratiivsed ja teised abinõud, et tagada konventsioonis tunnustatud õiguste täitmine. Konventsiooni täitmiseks koostatud lastekaitse seadus on nii Sotsiaalministeeriumi kui ka valitsusväliste organisatsioonide hinnangul liiga üldsõnaline, mistõttu lastekaitsetöötajad ega teised lastega tegelevad spetsialistid ei saa seda oma töös kasutada.³

2001. aasta lõpus otsustas Riigikogu, et on vaja välja töötada uus lastekaitse seadus, järgmisel aastal aga otsustati, et sellele peab eelnema “Lapse õiguste tagamise strateegia” koostamine. Üleriigilise strateegia loomist soovitas ka ÜRO lapse õiguste komitee 2003. a. Praeguseks on lisaks strateegiale valminud ka “Lastekaitse kontseptsioon”, kuid lastekaitse seadus on seni muutmata. Seaduse uuendamine on kontseptsiooni üheks tegevuseks, mille tähtjaks on 2006. a. Seega on uue lastekaitse seaduse uuendamine plaanis alles viis aastat pärast Riigikogu otsust.

Praegune lastekaitse seadus käsitleb laste tervishoidu kui osa riiklikust lastekaitsest, mis on riigieelarveline ja sotsiaalfondi vahenditest rahastatav õigusloome ning investeerimis- ja järelevalvetevetus. Igal lapsel on seaduse kohaselt “sünnipärane õigus tervisele” ning “iga laps peab hoidma oma tervist ning seda mitte rikkuma”, ülejäänud seaduse sätted hõlmavad tervist kaudsemalt. Kuigi lastekaitse seadus on tervise osas üldsõnaline, on lapse õigus tervisele tagatud teistes õigusaktides. Olulisema näitena võib nimetada ravikindlustuse seadust (§ 5), mis tagab kuni 19aastasele isikule ravikindlustuskaitse ja sellega hulga tasuta tervishoiuteenuseid.

³ Lastekaitse kontseptsioon, lk 4, Eesti valitsusväliste organisatsioonide täiendused, kommentaarid ning ettepanekud, “Lapse õiguste konventsiooni” täiendav aruanne (2002).

Kuigi (eelkooliealiste) laste tervishoiu korraldus on reguleeritud teiste õigusaktidega ning ei sõltu oluliselt lastekaitse seadusest, ei õigusta see kehtiva lastekaitse seaduse üldsõnalisust ning uue seaduse väljatöötamise viibimist.

1.2. Lastekaitse kontseptsioon ja lapse õiguste tagamise strateegia ei taga laste tervise valdkonna terviklikku korraldust

Riigikontroll keskendus oma analüüsis “Lastekaitse kontseptsiooni” ja “Lapse õiguste tagamise strateegia” tervist käsitlevatele osadele. Mõlema dokumendi aluseks on ÜRO lapse õiguste konventsioon ning eesmärgiks selle parem rakendus. Kontseptsioon peaks olema raamdokument, mis paneb paika valdkonna põhilised arengusuunad ja mille alusel koostatakse strateegia, selle alusel omakorda detailsem tegevuskava. Lastekaitse ja laste õiguste tagamise valdkonnas on raamdokumentiks pigem strateegia, mis valmis enne kontseptsiooni ja on tervise osas kontseptsioonist oluliselt üldsõnalisem. Sotsiaalministeeriumi sõnul käsitletakse kontseptsiooni strateegia osana. Mõlemal dokumendil on oma tegevuskava.

Kontseptsiooni eesmärgiks on tervikliku süsteemi loomine laste õiguste kaitse korralduseks, mis on raamdokumendi loogiline eesmärk. Sellest hoolimata on dokumendi tervise osas käsitletud üksikuid ja detailseid probleeme ning tehtud ettepanekuid nende lahendamiseks (sh väga konkreetsed ettepanekud sünnieelse diagnostika käigus avastatud pärilike kromosoomhaiguste korral nõustamise kohta ning kehalise kasvatuses tunnustuse vabastuse kirjutamise kohta).

Kontseptsiooni teiseks eesmärgiks on ettepanekute tegemine õigusaktide muutmiseks, kuid Sotsiaalministeeriumi esindaja mõõnis, et dokumendi koostamisel kerkis üles ja lisati kontseptsiooni ka probleeme, mis õigusaktide muutmise otseselt seotud ei ole. Riigikontrolli jaoks jääb selgusetuks, miks ei lisatud kontseptsiooni tegevusi, mis ei ole seotud õigusaktide uuendamisega, strateegia järgmiste aastate tegevuskavadesse.

Lapse õiguste tagamise strateegia tervise osa kõikide eesmärkide täitmine ei ole tagatud

Strateegia üheks eesmärgiks on toetada iga last parema tervise ning vaimse, emotsionaalse ja füüsilise heaolu saavutamisel. Selle saavutamiseks on järgmised alameesmärgid:

- 1) tagada arstiabi igale Eestis viibivale lapsele;
- 2) edendada laste ja noorte teadlikkust tervislikust eluviisist;
- 3) töötada välja ja rakendada laste ja noorte tervisedendusprogramme;
- 4) laiendada laste võimalusi koolieelses lasteasutuses ja koolis tasuta sooja lõunaeine saamiseks;
- 5) laiendada psühholoogide, logopeedide ja sotsiaaltöötajate abi kättesaadavust.

Strateegia 2005. a tegevuskavas on tegevused 2004. a tegevuskavaga võrreldes vähenenud. Kui 2004. a tegevuskava näeb ette tegevusi neljas alameesmärgis (punktid 2–5), siis 2005. a on tegevusi vaid kahes (punktid 2 ja 3). Strateegias puuduvad ka viited sellele, et alameesmärkide täitmine on tagatud teiste strateegiate või õigusaktidega. Seetõttu näeb Riigikontroll ohtu, et tervise osas ei suudeta kõiki alameesmärke täita. Riski suurendab asjaolu, et valdav osa tegevusi viidi 2004. a ja viiakse ka 2005. a ellu “Laste ja noorukite riikliku programmi aastani 2005” kaudu, mille rahastamist ei ole algselt planeerituga võrreldes tagatud, mis on lõppemas ning mille asemel uut ei ole kavas luua (vt järgmine peatükk).

1.3. "Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005" on oma esialgsel kujul ebaõnnestunud

2000. aastal sai Vabariigi Valitsuselt konkreetseteks tegevusteks kinnituse "“Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005” täiendus".⁴ Kuigi programmi püstitatud lähieesmärgid⁵ on sisult tegevused, mille saavutamist on raske mõõta, on ka intervjuudes programmiga seotud inimesed öelnud, et programm ei ole suutnud täielikult oma eesmäärke täita. Nimetati kaht peamist põhjust:

- Programmi rahastamine on aastate jooksul planeerituga võrreldes oluliselt vähenenud (vt tabel 1), mistõttu programmi alaprojektid on sisult kahanenud ning kogu programmi juhtimine olnud ebastabiilne.
- Programmi juhtorgan on vahetunud neli korda (Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaaltöö Keskus, Eesti Tervisekasvatuse Keskus, praegu koordineerib programmi TAI).

Tabel 1. Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi rahastamine (kr)

Aasta	Eelarve	Lisaeelarve	Aruanne	Esiialgselt planeeritud*
2000	2 323 700		2 323 400	2 327 000
2001	1 000 000	163 000	1 133 000	4 000 000
2002	970 000			3 800 000
2003	970 000			3 800 000
2004	1 135 000		1 135 000	2 650 000
2005	1 135 000		1 135 000	1 500 000
Kokku	7 533 700			18 077 000

*Vabariigi Valitsuse 15.02.02 korraldus 124-k

Allikas: Sotsiaalministeeriumi saadetud materjalid.

Sotsiaalministeeriumist saadud rahastamise tabel alaprojektide ja aastate kaupa on toodud lisa 4. Täpsemaid andmeid rahastamise kohta Sotsiaalministeerium ega TAI Riigikontrollile ei esitanud.

Programmi rahastamise vähenemist põhjendasid nii Sotsiaalministeerium kui ka TAI (programmi koordineerija) poliitiliste valikutega, tuues näitena, et samal ajal suurendati prioriteetsema, HIV/AIDSi ennetamise programmi finantseerimist. Seoses programmi rahastamise vähenemisega (vt tabel 1) on esialgu planeeritud alaprojektid muutunud nii arvuliselt kui ka sisuliselt ning programmi tegevused on oluliselt vähenenud.

Muutunud on ka programmi juhtimisstruktuur ning alaprojektide arv ja sisu:

⁴ Programm alustati 1996. a, kuid Riigikontroll lähtus oma analüüsis 2000. a kinnitatud programmi täiendusest, kus on püstitatud programmi eesmärgid ning toodud kavandatav rahastamine.

⁵ **Programmi lähieesmärgid:** 1) laste vaimse tervise probleemide ja psüühikahäirete ennetamine, varajane avastamine ja kvaliteetse psühhiaatrilis-psühholoogilise nõustamisteenuse kättesaadavus; 2) lastele ja noorukitele igakülgeks arenguks vajamineva tasakaalustatud ja kvaliteetse toidu tagamine koolieelsetes lasteasutustes ja koolides. Laste tervislike toitumisharjumuste kujundamine; 3) laste eluviisi kujundamine kehaliselt aktiivseks. Välispõhjustest tingitud vigastuste ja traumajuhtude vähendamine ning keskkonna turvalisuse suurendamine; 4) laste tervisehäirete ennetamine, varajane avastamine ning koolides ja koolieelsetes lasteasutustes kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavus; 5) kooli ja koolieelse lasteasutuse laste tervist kaitsva töökorralduse ja õpikeskkonna tagamine; 6) laste terviseprogrammi arengusuundade täiendamine, programmi tegevuste kvaliteedi parandamine, programmi tulemuslikkuse ja efektiivsuse hindamine.

- Algselt jagunes programm kuueks alaprojektiks, millel olid projektijuhid ja projektiõukogud.⁶ Alaprojekte nõustas omakorda programminõukogu. Kuus alaprojekti said töötada planeeritud mahus vaid aastal 2000, misjärel rahastamine vähenes neljandikuni kavandatud (vt tabel 1).
- 2001. a lõpetati alaprojekt “Keskkond koolis ja koolieelses lasteasutuses”. Sama aasta tegevusaruandes märgitakse enamiku alaprojektide juhtide hõivatust põhitööga, mis jättis vähe aega tegelemiseks laste terviseprogrammiga.⁷
- 2002. a loodi programminõukogu asemel programmi juhtkomitee. Lõpetati alaprojekt “Toit koolis ja koolieelses lasteasutuses”, osaliselt lõpetati ka “Laste kehalise aktiivsuse ja traumade ennetuse” alaprojekt. Tegevust jätkasid arendusprojektid “Tervist edendav kool” (TEK), “Tervist edendav lasteaed” (TEL) ja alaprojekt “Laste vaimne tervis”, mis TAI sõnul hõlmavad asutusekeskse käsitluse kaudu probleeme kõikidest algetest alaprojektidest.
- 2003. a jätkati kolme alaprojektiga: “Laste vaimne tervis”, TEL, TEK.
- 2004. a alguses peatati programmi juhtkomitee tegevus, muudeti TAI struktuuri ning alaprojektijuhtide ametikohad nimetati ümber vastava valdkonna eksperdi ja peaspetsialistide ametikohtadeks, mida täitvad inimesed jätkavad samade tegevuste elluviimist. Praeguseks on kuuest projektijuhist järel vaid laste tervise peaspetsialist ning koolitervise peaspetsialist, vaimse tervise edendamise tegevuseks sõlmitakse töövõtulepingud. Tulevikus, pärast programmi lõppemist, on laste tervise valdkonna juhtimiseks plaanis luua Laste Tervise Nõukogu, kuhu oleks kaasatud valdkonna spetsialistid.

Arvestades pidevaid muutusi ning ebapiisavast rahastamisest tulenevat ebakindlust programmi tuleviku suhtes, ei ole programmi tegevused tervikuna olnud Riigikontrolli hinnangul jätkusuutlikud.

Programmi mõjusid pole hinnatud

Et programm lõpeb käesoleval aastal, on otstarbekas teostada põhjalik programmi tegevuste ja tulemuste analüüs. Sotsiaalministeeriumi kinnitusel on programmi tegevuste ja tulemuste analüüs kavas läbi viia 2005. a lõpus.

Üheks alaprojektide tulemuslikkuse näitajaks on õigusaktidesse tehtud ettepanekute realiseerumine ehk reaalsed muudatused. Algselt plaaniti seda programmi lõppedes hinnata, kuid 2005. aasta tegevuskava seda enam ette ei näe. Riigikontroll ei saa anda hinnangut tehtud ettepanekutele, sest programmi koordineerija sõnul suheldakse ministeeriumiga valdavalt suuliselt ja vaid üksikud ettepanekud muudatuste (õigusaktide) algatuseks on kirjalikult dokumenteeritud. Riigikontrollile on olnud kättesaadavad ainult kaks dokumenti kirjalike ettepanekutega. Mitmeid, ka käesolevas auditi aruandes tõstatatud probleeme on programmi raames arutatud juba 2001. ja 2002. a, kuid lahendusi pole õnnestunud ellu viia (eelkõige seotud eelkooliealiste lasteasutuste ja koolitervishoiu mudelitega, mille viibimise peamiseks põhjenduseks toob TAI alaprojekti “Tervishoid koolis ja koolieelses lasteasutuses” lõppemise).

Kuigi alaprojektide tulemuslikkust ei ole seni hinnatud, on TAI hinnangul TEL, TEK ja “Laste vaimse tervise” projektid olnud edukad ning neid kavatakse jätkata. Alates 2006. a integreeritakse TEL ja TEK alaprojektide tegevused “Lapse õiguste tagamise strateegiasse”. Vaimse tervise alaprojekti tegevused integreeritakse samuti Sotsiaalministeeriumi poolt arendatavasse “Vaimse tervise strateegiasse”. Liitunud koolide/lasteaedade arvu põhjal on programmi kahe alaprojekti TEL ja TEK tegevus olnud edukas (2005. a eesmärgiks oli algselt 10% liitunud; 2003. a oli 8–9% koolidest/lasteaedadest liitunud ning esialgne eesmärk tõsteti 15%

⁶ Alaprojektid: laste vaimne tervis, toit koolis ja koolieelses lasteasutuses, laste kehaline aktiivsus ja traumade ennetamine, tervishoid koolis ja koolieelses lasteasutuses, keskkond koolis ja koolieelses lasteasutuses, arendusprojekt

⁷ “Laste ja noorte riikliku terviseprogrammi aastani 2005” 2001. a tegevusaruanne

peale⁸). TEK alaprogrammi tulemuslikust saab osaliselt hinnata koolitervishoiuteenuse aruannete põhjal, mis alates 2004. a sisaldavad küsimusi tervise valdkonna kajastatuse kohta kooli arengukavas ning tervisenõukogu olemasolu kohta. Mõlemad on kriteeriumiks ka projektiga liitumisel. 31.12.2004. a seisuga oli tervise valdkond kajastatud 48% koolide arengukavades ning tervisenõukogu oli olemas 15% koolides.⁹

Suurema osa allesjäänud alaprojektide tööst moodustavad eelarve piiratuse tõttu (vt lisa 4) koolitusseminarid lasteaedadele ja koolidele. Samas puudub analüüs nende mõjust. Olemas on küll kohene koolitusjärgne hinnang (sh küsitakse, kuidas koolitatud kavatsevad õpitut rakendada), kuid puudub hilisem teadmine, kui palju õpitust on koolitatavad tegelikult edaspidi laste tervise edendamisel kasutanud.

Et käesolev audit keskendub eelkooliealistele lastele, uuriti põhjalikumalt TEL-projekti tegevusi ning nende tulemuslikkuse analüüsimist. Positiivsena võib alaprojekti puhul välja tuua, et 2004. a korraldati enne TEL-koolitust ühele rühmale ka eelnev tervise teemaline küsitlus.¹⁰ Samas pole nende lasteasutuste töötajate korduvat küsitlust kavas, kuigi küsitluse kordamine mõni aeg hiljem näitaks TEL-koolituse mõju.

Ressursside puuduse tõttu pole koolitustega veel kõikidesse maakondadesse jõutud¹¹, kuigi Riigikontrolli korraldatud intervjuus, nt Tartu Linnavalitsuses, tunti suurt huvi selle vastu. Riigikontrolli korraldatud lasteasutuste küsitluste vastustes mainiti TEL-põhimõtete ja tervisestrateegia kirjutamise koolitust suhteliselt vähe.¹² Samas on projekti raames välja antud trükis “Tervisedendus lasteaias” jõudnud peaaegu kõikide lasteasutusteni.

TEL tulemuste laiem hindamine on projektiga liitunud lasteasutuse ja mitteliitunud asutuse võrdluse baasil plaanis programmi 2005. a tegevuskavas. Riigikontroll võrdles läbiviidud lasteasutuste uuringu valitud küsimuste põhjal, kas ja millisel määral TELiga liitunud vastused erinevad mitteliitunud lasteasutuste vastustest (tulemused lisas 5). Koolituste (ehk alaprojekti põhitegevuste) tegelikku mõju liitunud ja mitteliitunud lasteasutuste võrdlus aga ei pruugi näidata, sest koolitust on saanud ning tervisedendamise põhimõtteid rakendanud ka mitteliitunud lasteasutused.

Seni, kuni programmi ja selle alaprojektide tulemuslikkuse analüüsi pole tehtud, puudub kindlus, et jätkatavate tegevuste käsitusviis ja meetodika on olnud sobivad ega korrata seniseid vigu (sh ka ebastabiilne rahastamine).

Ettepanekud sotsiaalministrile

Laste tervise valdkonna terviklikuks käsitlemiseks ja selle prioriteetsuse tagamiseks:

- täiendada kehtivat lastekaitse seadust või koostada uus ning tagada, et see sätestaks konkreetselt, kuidas ja milliste normatiivaktide kaudu on korraldatud laste tervishoid (tagatud õigus võimalikult heale tervisele, ravivahenditele ning tervise taastamisele);
- kajastada terviklikult laste tervishoiu korraldus “Lapse õiguste tagamise strateegias” ja “Lastekaitse kontseptsioonis” ning tagada kõikide püstitatud eesmärkide elluviimine;
- analüüsida “Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005” tegevusi, nende otsustatavust, tulemusi ja mõju. Tagada tulemuslike tegevuste jätkumine ning vajalik rahastamine ka programmi lõppemise järel.

⁸ “Laste ja noorte riikliku terviseprogrammi aastani 2005” 2003. a tegevusaruanne

⁹ Andmed Eesti Haigekassalt

¹⁰ “Laste ja noorte riikliku terviseprogrammi aastani 2005” 2004. a tegevusaruanne

¹¹ TEL alaprojekti raames on koolitustega TAI andmetel 2005. aprilliks jõutud 11 maakonda.

¹² Arvu ei saa vastuste vaba vormi tõttu välja tuua.

2. Laste tervisliku arengu jälgimine

Laste tervise valdkonna põhisuundade sätestamiseks strateegilistes dokumentides peab olema ülevaade selle kohta, milline on laste tervis ning millised on haiguste, tervisehäirete ja riskitegurite (terviseprobleemide) trendid. See loob eeldused tõhusaks sekkumiseks ning võimaldab hinnata tervishoiukorralduse mõjusust. Haiguste ennetamise üheks peamiseks meetmeks on profülaktiline tervisekontroll, mis kuni 7aastaste laste puhul on ka riiklikuks prioriteediks.¹³ Selleks on lastearstid ja perearstid välja töötanud tervisekontrolli juhendi, mille järgi on kõige olulisem roll lapse tervise jälgimisel perearstil.

2.1. Puuduvad andmed efektiivseks sekkumiseks

Probleem, et (eelkooliealiste) laste terviseprobleemide kohta puuduvad andmed, on päevakorral olnud juba varem. 2003. a saatis "Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005" juhtkomitee kirja sotsiaalministrile, kus muu hulgas viidatakse vajadusele luua õpilaste tervisehäirete statistilise registreerimise ja analüüsi süsteem. Sama programmi 2004. a ühe tegevusena uuriti laste tervise seisundi andmete kättesaadavust ja analüüsivõimalusi. Järeldusena tuuakse välja, et eriti suurt tähelepanu vajab vanuserühm 0–7 aastat, mille osas esmase tulemuse järgi on puudulik andmete saamine ja registreerimine.¹⁴

Praegu kogutavast statistikast saab eelkooliealiste laste tervise kohta teavet järgmistest allikatest:

- **Tervishoiustatistika**, mida tervishoiuteenuse osutajad esitavad maavanemale, kes omakorda esitab koondid sotsiaalministrile (kogutava statistika aruannete nimekiri on toodud lisas 6). Kogutav statistika annab ülevaate esmahaigestumisest diagnooside kaupa.
- Tervise Arengu Instituudi kogutav **sünni- ja abordistatistika**.
- **Perearstide raviarvetel põhinev statistika**. Perearst esitab haigekassale eelmise kuu seisuga raviarved. Raviarvete põhjal on võimalik analüüsida isikule pandud diagnoose, tehtud protseduure ja uuringuid. Lisaks kantakse raviarvete statistika pidamiseks pearaha sisse arvestatud tegevused vastavate koodidega (visiidid/vastuvõtud). Parema ülevaate saamiseks perearsti tööst on koode viimastel aastatel täpsustatud. 2005. a alates kogutakse koodide kaupa andmeid ka laste profülaktilise läbivaatuse ja vaksineerimise kohta (täpsem seletus ptk 2.3).
- **Koolitervishoiuteenuse aruanded**, mida koolid esitavad haigekassale, kus võib eristada esimesele klassile tehtud profülaktilist läbivaatust ning selle tulemusi.
- **Tervisekaitsetalituste järelevalve andmed**, nende põhjal koostatud uuringud.

Sotsiaalministeeriumi kogutavast statistikast võib saada ülevaate laste esmahaigestumusest. Selle põhjal ei saa aga teha järeldusi haiguste tegelikust levimusest, kuna see hõlmab vaid aasta jooksul registreeritud esmahaigestumisi (s.t kui arst on haiguse diagnoosinud, kajastub see konkreetse visiidiga seotult, järgnevatele raviarvetele seda diagnoosi ei lisata, kui visiit on mõne muu terviseprobleemiga seotud).

Tervisehäired kajastuvad suuremal määral ka perearstide andmetes (tervisekaartidel), kuid koondstatistikat nende kohta ei koguta. Eraldi päringutega oleks võimalik koguda perearstide käest andmeid lapse tervisekaardile märgitavate diagnooside kohta. Samas ei pruugi ka need andmed anda kõikset ülevaadet, kuna eriarsti määratud diagnoosi info ei pruugi jõuda perearstini.

¹³ Sotsiaalministri 21.01.2000. a määrus nr 10 "Haiguste ennetamisele suunatud abinõude tegevuskava"

¹⁴ "Laste ja noorte riikliku terviseprogrammi aastani 2005" 2004. a aruande lisa nr 8

Tervisehäireid on võimalik jälgida koolitervishoiuteenuse aruannetest, kuid kuna väga palju sõltub kooliõe /-arsti häirete tuvastamise oskusest, siis võib nende võrdlus mõnevõrra üldtulemust moonutada. Koolitervishoiuteenuse aruandeid kogub haigekassa alates 1995. a, kuid kokkuvõtteid on koostatud alles 2003. aastast. Alates 2004. a esitatakse koolitervishoiuteenuse statistikat kooliklasside kaupa, kuid I poolaasta andmete analüüsi tulemused vajavad tulenevalt aruannete esitamise ebatäpsustest lisaanalüüsi. Enne 2004. aastat kogutud aruanded ei võimalda teha järeldusi lapse tervise kohta koolieelsel perioodil.

Alljärgnev tabel kajastab 2004. a II poolaasta koolitervishoiu aruannete tulemusi maakondade (lisaks Tallinn ja Tartu) kaupa. Nagu näha, on tulemused maakonniti erinevad. Terviseprobleemideta laste osa kõigub 40%st Läänemaal kuni 83%ni Põlvamaal. Keskmiselt 42%-l läbivaadatud esimese klassi lastest on mingi terviseprobleem (nägemisteravuse halvenemine, rühihäire, üle- või alakaalulisus, kõrgeenenud vererõhk vms). Kuna lapsi vaadatakse üle nii õppeaasta esimeses kui ka teises pooles, ei pruugi andmed olla täielikud.

Tabel 2. Terviseprobleemideta esimese klassi õpilaste osakaal maakonniti

Maakond	Läbivaadatud laste arv	Terviseprobleemideta laste osakaal, %	Maakond	Läbivaadatud laste arv	Terviseprobleemideta laste osakaal, %
Läänemaa	139	40	Järvamaa	209	63
Võrumaa	299	42	Tartumaa	288	64
Saaremaa	55	45	Viljandimaa	467	64
Tallinn	718	47	Pärnumaa	292	64
Ida-Virumaa	492	49	Harjumaa	511	67
Tartu	695	51	Hiiumaa	52	71
Jõgevamaa	161	58	Raplamaa	267	79
Valgamaa	123	63	Põlvamaa	139	83
Lääne-Virumaa	437	63	Keskmine	5391	58

Allikas: 2004. a II poolaasta koolitervishoiuteenuse aruanded, haigekassa koondanalüüs, Riigikontrolli arvutused.

“Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005” käesoleva aasta tegevuskavas on laste (3–18 a) terviseindikaatorite seiresüsteemi loomine. Põhjus, miks vanus algab alles 3. eluaastast, on programmi suunatus kollektiivis käivatele lastele. Programm ei ole otseselt tegelenud koduste lastega.

Kui kooliealiste laste tervise kohta tehakse mitmeid (ka rahvusvahelisi) uuringuid, siis eelkooliealiste laste terviseuuringud puuduvad. Sama on tõdetud ka uuringus “Ülevaade Eesti terviseuuringutest viimasel kümnendil”, kus tuuakse välja, et uuritavate vanus on olnud peamiselt vahemikus 11–65, regulaarsed andmed alla 11 ja üle 65 aastaste kohta on vähesed või puuduvad üldse.¹⁵

Üksikuid uuringuid ja analüüse on korraldanud tervisekaitsetalitused (inspekterimise andmete tuginedes), “Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005” elluvijad ning ka Haridus- ja Teadusministeerium.¹⁶ Nt. 2000. a korraldati viie maakonna 25 lasteasutuses projekti “Keskfond koolieelses lasteasutuses ja koolis” raames uuring, mille tulemusena toodi välja mitmeid puudusi, muu hulgas märgiti, et meditsiiniline teenindamine lasteasutustes on ebarahuldav.

Sotsiaalministeeriumi asekancleri sõnul on kogutav statistika esmahaigestumiste kohta praegu piisav. Laste tervise seisundi kohta täpsemat ülevaadet andva süsteemi loomist ei peeta vajalikuks,

¹⁵ J. Voisti ja M. Harro ettekanne “Ülevaade Eesti terviseuuringutest viimasel kümnendil” TÜ arstiteaduskonna päevadel 2004. a

¹⁶ H. Kala, “Koolieelse kasvatuse valdkonna korraldus 2002. a” (HTM), L. Suurorg, “Koolieelse lasteasutuse uuringu tulemused” 2001 (Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005).

kuna haiguste levimust hakatakse analüüsima elektroonilise haigusloo kasutusele võtmisel. Praegu on vajaduse korral võimalik teha vastavaid süvauuringuid. Mingil määral võimaldavad laste terviseprobleemide levimust hinnata koolitervishoiuteenuse aruanded, kuid seda alates koolimineku. Lähemas tulevikus hakatakse andmeid eelkooliealiste laste terviseprobleemidest koguma perearstidelt (vt ptk 2.3), koostades selleks tervisekontrolli protokollid, mis sarnaneksid koolitervishoiuteenuse aruande vormiga ning mis pikemas perspektiivis on võimalik lisada elektroonilise haigusloo juurde.

Riigikontrolli hinnangul on laste terviseprobleeme kajastavate andmete kogumine ja analüüsimine vajalik, et riigil oleks pikaajaliselt võimalik paremini suunata vahendeid levinumate terviseprobleemide ennetamiseks. Praegu eelkooliealiste laste tervise kohta kogutav statistika ei võimalda hinnata haiguste levimust. Seetõttu on oht, et tegelikult on rohkem terviseprobleemidega lapsi, kui statistika näitab, ning riik ei tea sekkuda (nt konkreetse haiguse ennetusprogrammi näol).

2.2. Puudub ülevaade, kas perearstid järgivad laste tervisekontrolli juhendit

Lapse tervist ja selle arengut kuni kooli minekuni peaks perearst jälgima, lähtudes “Kuni 7 aastaste laste tervisekontrolli juhendist”, mis toob välja läbivaatuse tegevused kindlas vanuses. Esimene juhend kinnitati sotsiaalministri määrusega 1995. a ning selle kehtivus lõppes 2002. aastal. Uue “Kuni 7-aastaste laste tervisekontrolli juhendi” on osapooled Sotsiaalministeeriumis läbi arutanud, kuid seda ei kinnitata määrusena, vaid see jääb kehtima soovitusliku ravijuhendina. Juhend on saanud heakskiidu ka Eesti Lastearstide Seltsilt (05.01.2004). Sotsiaalministeerium on toonud juhendi soovituslikule kujule jätmise põhjusena asjaolu, et perearsti ei saa panna vastutama vanemate eest, kes erinevatel põhjustel ise lapsega perearsti vastuvõtule ei pöördu ega tee seda ka kutsumise järel (nt pereõed jälgivad kuu kaupa laste vaktsinatsiooni ning vajaduse korral teatavad lapsevanemale, millal nad peaksid lapsega perearsti külastama). Praegu puudub ülevaade, kui palju lapsi vaadatakse juhendi järgi läbi.

Juhendis ettenähtud tegevused

Juhendi eesmärgiks on lapse arengu jälgimine, tervisehäirete ja arenguhäirete varajane leidmine ning dokumenteerimine. 3 ja 9 kuu vanuste ning 2- ja 5–6aastaste laste kohta täidab perearst läbivaatuse protokollid. Varasem juhend protokolle ei nõudnud. Tervise- või arenguprobleemide korral täidab protokollid lastearst.

Nii perearst kui ka pereõde peavad lapse esimesel elukuul sooritama koduviisi (pereõde esimese kolme päeva jooksul, perearst 2. nädalal), korra peab lapsega käima ka ambulatoorsel vastuvõtul, edaspidi kuni aastaseks saamiseni peab lapsevanem korra kuus (v.a 5. elukuu) koos lapsega perearsti /-õe vastuvõtul käima. 3. elukuul teeb koduviisi pereõde. Pärast aastaseks saamist tuleb perearsti /-õe juures käia, kui laps on 18 kuu ja 2, 3, 4, 5–6 ning 7 aasta vanune. Seega peab juhendi järgi kuni 7. eluaastani perearst /-õde vähemalt korra aastas lapse läbi vaatama (v.a 5.–6. eluaasta).

Et uurida juhendi järgimist, intervjueris Riigikontroll perearste.¹⁷ Kuna juhend kinnitati ametlikult alles 2004. a alguses, ei saa selle järgimist hinnata 2003. a perearsti-raviarvete põhjal. Auditeerimise ajaks polnud 2004. a raviarved veel kättesaadavad.

Juhendi järgimist on raske kontrollida

Intervjueritud perearstid väitsid, et nad kasutavad juhendit, kuna selle on koostanud spetsialistid ning see hõlbustab perearsti tööd. Juhendi täitmise kontrollimine on aga keeruline, kuna selleks puudub ühtne süsteem. Üheks juhendi järgimise kontrolli võimaluseks oleks perearsti profülaktiliste vastuvõttude kokkulugemine, kuid see ei annaks terviklikku ülevaadet: juhendis ettenähtud profülaktilist läbivaatust võidakse teha ka haigusega seotud vastuvõttude raames ning

¹⁷ Põhjalikumat juhendi järgimise analüüsi, mis hõlmaks ka juhendis ettenähtud eriarsti visiite, ei korraldatud.

profülaktiline tegevus sellisel juhul raviarvel ei kajastu.¹⁸ Kuna perearsti profülaktilise vastuvõtu tegevusi pole määratletud, ei pruugi ka selle märkimine raviarvele alati tähendada, et lapsele on tehtud juhendikohane tervisekontroll.

Kuigi tegu on soovitusliku ravijuhendiga, on haigekassa usaldusarstidel võimalus selle järgimist kontrollida. Nt kontrolliti Tallinnas 2004. a II poolaastal juhendi täitmist (kontrolliti 6 asutust, 121 tervisekaarti). Üldjoontes tuvastati, et juhendit järgitakse, väiksematele esinenud puudustele on tähelepanu juhitud. Suurima probleemina toodigi välja juhendi soovituslik vorm, see tähendab et usaldusarstil on väga raske teha ettekirjutusi või soovitusi. Viru, Tartu ja Pärnu osakonnas juhendi järgimist eraldi ei ole kontrollitud, kuid lapse tervisekaardi sattumisel kontrolli objektiks vaadatakse ka tehtud tegevuste vastavust juhendile.

Sotsiaalministeeriumi tervishoiu asekancleri sõnul hakatakse juhendi järgimist kontrollima perearstidele kavandatava lisatasu raames, kus muu hulgas on üheks lisatasu saamise kriteeriumiks väikelaste vaksineerimine ning tervisekontroll 1., 3., 12 elukuul, 2. eluaastal ning kooliminevatele lastele (vt. ka ptk 2.3). Selleks on kavas koostada ja kinnitada tervisekontrolli protokollid (vt ka ptk 2.1), mis lisatakse lapse haigusloo juurde.

Enamik laste käikudest perearsti juurde on seotud haigusega, profülaktiliste vastuvõtude osakaal on väike

Kuigi aastatel 2002–2003 polnud ametlikult kinnitatud juhendit, mida perearstid saaksid lapse profülaktilist läbivaatust tehes jälgida, analüüsis Riigikontroll 2003. a kuni 7aastaste laste raviarvete põhjal, kui palju selles vanuses lapsi on perearsti juures käinud ning milline on erinevate vastuvõtude osakaal. Kokku tegid kuni 7aastased lapsed 2003. a 562 906 visiiti, see tähendab et üks kuni 7 a laps tegi aasta jooksul keskmiselt 6,3 visiiti.¹⁹ Vähemalt ühte raviarvet omavate laste keskmine visiitide arv sünniaastate kaupa on toodud tabelis 3.

Tabel 3. Keskmine visiitide arv lapse kohta 2003. a, sulgudes vanus seisuga 01.01.04 (tabelis hõlmab ainult neid lapsi, kelle kohta on 2003. a esitatud vähemalt üks raviarve)

Sünniaasta	1996 (7 a)	1997 (6 a)	1998 (5 a)	1999 (4 a)	2000 (3 a)	2001 (2 a)	2002 (1 a)	2003 (0 a)	Keskmine
Keskmine visiitide arv lapse kohta	4,2	4,7	5,4	6,3	7,1	7,0	8,8	6,5	6,3

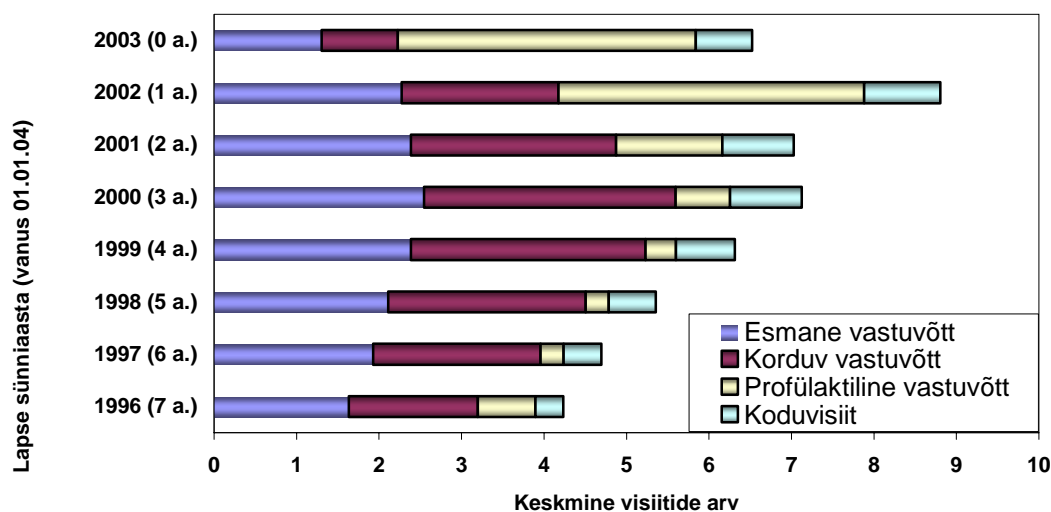
Allikas: 2003. a raviarved, Riigikontrolli analüüs.

Visiitide jagunemist sünniaastate ja vastuvõtu liikide (vt metoodika) kaupa näitab joonis 1.

¹⁸ Intervjuud perearstidega. Raviarvete analüüsimisel tuvastas Riigikontroll siiski üksikud arved, kus oli kirjas nii esmane kui ka profülaktiline vastuvõtt (vaadeldi lapsi, kellel oli aasta kohta üks raviarve. Mitme raviarve puhul ei ole võimalik tuvastada, milline visiit millisele arvele märgiti)

¹⁹ Arvestatud on esmaseid, korduvaid ja profülaktilisi vastuvõtte ning koduviite (koodid 9001–9004)

Joonis 1. Keskmise 2003. a tehtud perearsti visiitide arv sünniaastate ja liikide kaupa lapse kohta



Allikas: 2003. a raviarved, Riigikontrolli analüüs.

Jooniselt on näha, et kõige rohkem on vastuvõtte lapse vanuses 1–3 aastat, siis hakkab nende arv vähenema. Ühtlasi on näha, et mida noorem on laps, seda rohkem on profülaktilisi vastuvõtte ja koduviite ning vanemaks saades suureneb haigusega seotud vastuvõttude (esmane ja korduv) osakaal. Haigusega seotud vastuvõttude sagenemist vanuses 2–5 aastat võib seostada lasteaias käimisega, ka perearstid on intervjuudes rõhutanud, et kollektiivi kuuluvad lapsed on sagedamini haiged.

Lisaks töid perearstid intervjuudes välja, et terve lapse profülaktiliste läbivaatuste osas on ka vanemad ise suhteliselt passiivsed: tervisekontrolli tullakse peamiselt enne lapse esimesse klassi minekut. Ka jooniselt 1 on näha, et koolimineku eas suureneb mingil määral profülaktiliste vastuvõttude osakaal.

Riigikontroll analüüsis laste raviarveid ka maakondlikult²⁰, et tuua välja võimalikud kõrvalekaldumised keskmisest. Visiitide arvu erinevus maakonniti (ka sünniaastate järgi) ei ole väga suur²¹. Teistest eristuvad Ida-Virumaa, Pärnumaa ja Lääne-Virumaa, kus lapse kohta on keskmiselt rohkem esmaseid ja korduvaid vastuvõtte. Ka kuni aastaste laste raviarvete analüüs ei too välja olulist kõrvalekallet. Üldiselt juhendit täidetakse – vastuvõttude arv sünnikuude kaupa vastab juhendis ettenähtule või on kuni ühe võrra väiksem.

2.3. Teatud hulga laste tervislikust seisundist puudub perearstil ülevaade

Kuigi lapsed käivad suhteliselt tihti perearsti juures (keskmise visiitide arv lapse kohta oli 2003. a 6,3), puudub kindlus, et perearst on kõik lapsed läbi vaadanud. Riigikontrolli raviarvete analüüs näitab, et 2003. a esitati 88 651 kuni 7aastase lapse kohta kokku 377 608 raviarvet ehk lapse kohta keskmiselt 4 arvet. Arveid omavate laste arvu võrdlus samavanuste laste koguarvuga²² näitab, et suhteliselt suure hulga laste kohta (9%) ei ole ühtegi raviarvet. On tõenäoline, et need lapsed pole aasta jooksul perearsti vastuvõtul käinud (vt tabel 4).

²⁰ Kuna puudub võimalus kõik raviarved siduda maakonnaga, on võimalus maakonniti analüüsida 318 338 raviarvet, mis moodustab 2003 a kuni 7 aastaste raviarvetest 84%. Perearsti nimistuga ei ole võimalik siduda 10% lastest. Põhjuseks võib tuua järgmised asjaolud: 1) lapse perearst on puhkusel ning teda asendab teine perearst 2) perearsti kood on vahepeal muutunud 3) laps on liikunud ühe perearsti nimistust teise (eristada tuleks maakonnavahelist liikumist)

²¹ Keskmiste võrdlusel on kasutatud ühefaktorilist dispersioonanalüüsi. Erinevus on statistiliselt oluline.

²² Statistikaameti andmed: rahvastik seisuga 01.01.2004

Tabel 4. Rahvastiku andmete võrdlus laste arvuga, kelle kohta on esitatud raviarve

Sünniaasta (vanus)	Rahvastik 01.01.2004	Lapsi arvetega 2003 (%)	Laste arv, kelle kohta ei ole 2003. a raviarvet esitatud (%)
2003 (0 a)	12 961	11 193 (86)	1768 (14)
2002 (1 a)	12 916	12 543 (97)	373 (3)
2001 (2 a)	12 518	11 861 (95)	657 (5)
2000 (3 a)	12 916	11 703 (91)	1213 (9)
1999 (4 a)	12 036	10 653 (89)	1383 (11)
1998 (5 a)*	11 746	9831 (84)	1915 (16)
1997 (6 a)*	12 074	9679 (80)	2395 (20)
1996 (7 a)	12 665	11 188 (88)	1477 (12)
Kokku**	76 012	69 141 (91)	6871 (9)

Allikas: Statistikaamet, haigekassa 2003. a raviarved, Riigikontrolli analüüs.

* 5–6aastaselt peavad juhendi järgi lapsed perearsti vastuvõtul käima korra kahe aasta jooksul.

** Koondis ei arvestata 5-6 aastaseid lapsi

Tegelikult ei pruugi lapsed, kelle kohta perearsti raviarve puudub, ilmtingimata meditsiinilise järelevalveta olla – mõne lapse visiit ei pruugi olla kajastatud 2003. a raviarvetes, sest see võib olla toimunud vahetult enne 2003. a algust ja lõppu (alla aastaste laste puhul seda põhjust pole). Ka võib olla tegu lastega, kes nt on käinud eraperearsti juures, saanud läbivaatuse vanema visiidi ajal, külastanud neid eriarste, kelle poole võib pöörduda saatekirjata, või viibivad välismaal.

Haigekassa hinnangul võib suur osa alla aastaseid olla ilma raviarveteta seetõttu, et laps võidakse pärast sündi kindlustatuna arvele võtta viitajaga. Lisaks võib olla põhjuseks (ka üle aasta vanuste laste puhul), et:

- perearstid ei esita kõiki raviarveid;
- on väike osa lapsi, kes kasutavad oma tuttavate arstide abi või kes ei pöördu üldse arsti poole;
- 2003. a ei kogutud infot pereõdede vastuvõttude ja koduvisiitide kohta;
- on lapsevanemaid, kes pöörduvad pigem lastehaigla vastuvõttu, kui otsivad abi perearstilt.

Kuna ka perearstid kinnitavad intervjuudes, et nimistutes on üksikuid lapsi, keda ei nähta, siis ei saa probleemi täielikult toodud põhjendustega seletada. Riigikontroll saab kindlusega väita, et 2003. a on mingisugust perearsti teenust saanud 91% 1-4 ning 7aastastest lastest.

Eelkooliealiste laste tervisekontrolli süsteemi tõhustamisel tuleks suuremat tähelepanu pöörata lastele, kes perearsti juurde ei jõua

Intervjuudest perearstidega selgus, et lapsed, kelle kohta puudub raviarve või keda perearst harva näeb, on valdavalt kas kodused lapsed, kes ei ole sageli haiged, või on pärit probleemsetest peredest. Kuna enamikku lastest näeb perearst haiguse tõttu (eelkõige lasteasutuses käivad lapsed), tekib oht, et perearstil jääb vähe aega (koduste) tervete laste profülaktiliseks läbivaatuseks ning probleemsetest peredest pärit lastega tegelemiseks. Viimaseid tuleb mitu korda kutsuda vaksineerimisele, rääkimata tervise tavakontrollist.

Siinkohal tuleks tõhustada sotsiaaltöötajate, lastekaitsetöötajate ja perearstide koostööd: kui vanem ei ole lapsega ilmunud teatud perioodil perearsti vastuvõtule hoolimata kutsumisest, peaks selle informatsiooni saama piirkonna sotsiaal- või lastekaitsetöötaja. Ka Lastekaitse kontseptsioonis on kirjas, et tuleks “sätestada perearstile kohustus teavitada sotsiaaltöötajaid, kui tema nimekirjas olev pere ei ole käinud imikuga perearsti juures ning ka öde pole koduvisiidil last näinud”. Ettepanek hõlmab imikuid, kuid tegelikkuses peaks kontrollisüsteem Riigikontrolli hinnangul olema vähemalt kuni 7aastaste laste kohta, kui perearst neid teatud perioodil näinud ei ole.

Kuna perearsti aeg kulub valdavalt haigete laste ravimisele, võiks terve lapse läbivaatusega hakata rohkem tegelema pereõed. Ka intervjueritud perearstid on öelnud, et terve lapse profülaktilise kontrolliga saab hakkama ka pereõde, kes kahtluse korral suunab lapse perearsti juurde. Siiski tuuakse takistusena välja, et see nõuab pereõe head ettevalmistust ja kogemust lastega töötada, et pereõde ei soovi endale nii suurt vastust ning tihti ei ole ka lapsevanemad ainult pereõe läbivaatusega nõus.

Perearstid nimetasid intervjuudes ka lastele suunatud füüsilise vägivalla probleemi, mida perearstil üksi on raske jälgida ning lahendada, kuna enamasti on need lapsed pärit probleemsetest predest ning satuvad arsti vastuvõtule väga harva. Seetõttu on perearsti, lasteaia ning sotsiaal-/lastekaitsetöötaja koostöö arendamine väga oluline. Riigikontroll võib lasteasutuste küsitluse põhjal väita, et praegu on lasteasutuste ja perearsti vaheline lapsi puudutava info vahetus vähene (vt p 3.1.2).

Laste tervisekontrolli sidumine perearsti lisatasuga annab võimaluse jälgida, kui palju lapsi vaadatakse profülaktiliselt läbi

Et motiveerida perearste tegelema rohkem haiguste ennetamisega, lisatakse Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu "Lisatasu kinnitatud nimistuga töötavale perearstile haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise ning ravitöö tulemuslikkuse eest". Lisatasu suurus ühes kalendrikuus on 4000 krooni ning see jõustub 1. juulil 2007. Üks osa haigusi ennetavast tööst, mille täitmist hakkab haigekassa jälgima ja mille alusel lisatasu maksuma, on seotud eelkooliealiste laste tervise: kuni 2aastaste laste vaksineerimine, väikelaste üldine tervisekontroll (1., 3., 12. elukuul ning 2 aasta vanuselt) ning esimesse klassi minevate laste läbivaatus.²³ Tegevusi hakatakse kontrollima koodide järgi, mida perearstid hakkasid kasutama alates 2005. a algusest.

Riigikontrolli hinnangul on astunud oluline samm, et motiveerida perearste tegelema väikelaste haiguste ennetamise ja tervise edendamise. Haigekassa sõnul on valitud ainult teatud vanuses laste läbivaatus lähtudes prioriteetidest, milleks on väikelaste vaksineerimine ning kooliminevate laste tervisekontroll. Riigikontrolli hinnangul tuleks kaaluda ka praegu välja jäetud 3–5aastaste laste läbivaatuste lisamist kriteeriumide hulka, kuna perearstid on intervjuudes rõhutanud, et lasteaias käivad 3–5aastased on tihedamini haiged kui lasteaias mitte käivad, mistõttu selle vanuserühma lisamine tagaks, et ka kodused lapsed vaadatakse profülaktiliselt läbi. Lisaks ei täpsusta määruse eelnõu, milliseid tegevusi laste tervisekontroll sisaldab. Määruse sidumist väljatöötatud tervisekontrolli juhendiga takistab juhendi soovituslik vorm. Juhendist lähtumine oleks tervishoiuteenuse osutajale kohustuslik ravi rahastamise lepinguga, kui tegu oleks haigekassa tunnustatud ravijuhendiga²⁴. Kuni 7aastaste laste tervisekontrolli juhendi järgsete tegevuste sidumine määrusega on Haigekassal kavas läbi lisatasu süsteemi tutvustava juhendi.

Koodipõhine jälgimine annab küll ülevaate, kui palju lapsi on perearsti juures tervisekontrollis käinud, kuid ei anna ülevaadet laste tervise trendide kohta. Järgmise sammuna tuleks kaaluda läbivaatuse tulemuste (diagnooside) analüüsimist.

²³ Eesti Haigekassa nõukogu 10.03.2005. a otsus nr 7 "Vabariigi Valitsuse 17. jaanuari 2005. a määruse nr 3 "Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu" ning sotsiaalministri 3. oktoobri 2002. a määruse nr 121 "Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika" muutmiseks ettepaneku tegemine", millega kiideti heaks eeltoodud õigusaktide täiendamine uue teenusega "Lisatasu kinnitatud nimistuga töötavale perearstile haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise ning ravitöö tulemuslikkuse eest".

²⁴ Selleks et Haigekassa saaks tunnustada "Kuni 7aastaste laste tervisekontrolli juhendi", tuleb see viia vastavaks ravijuhendile esitatavatele nõuetega ning algatada juhendi tunnustamise menetlus, mida saab teha erialaselt (praegusel juhul Eesti Perearstide Selts või Eesti Lastearstide Selts).

Ettepanekud

Sotsiaalministrile

- **Uurida, miks on ligi 42%-l esimese klassi õpilastest terviseprobleem ning millises vanuses need terviseprobleemid on tekkinud. Andmed kõikide laste kohta annavad täpsema ülevaate laste tervisest ning võimaldavad tõhusamalt sekkuda. Selleks**
 - luua laste tervise jälgimiseks indikaatorite süsteem, mis hõlmaks andmeid kõikide eelkooliealiste laste kohta (sh alla 3aastased ja kodused lapsed).

Kui indikaatorite süsteemi loomist kavandatavate muudatuste valguses ei peeta vajalikuks, siis

- uurida vähemalt ühel korral eelkooliealiste laste terviseseisundit ning hinnata haiguste levimust.
- **Informeerida perearste vajalikkusest teavitada piirkonna sotsiaaltöötajat, kui tema nimistusse kuuluv kuni 7aastane laps ei ole teatud perioodi jooksul perearsti vastuvõtul käinud või perearst pole koduvisiidil last näinud.** See tagab, et info laste kohta, kellega vanemad ise perearsti poole ei pöördu, jõuab inimesteni, kelle kohustuseks on probleemsete peredega tegeleda (sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja).

Sotsiaalministrile koostöös Eesti Haigekassa juhatuse esimehega

- **Selgitada põhjused, miks suhteliselt suure osa kuni 7aastaste laste kohta puudus 2003. a perearsti raviarve. Viia läbi võrdlus 2004. a raviarvetega, et näha, kas olukord on paranenud. Kui tegu on andmekogumissüsteemi puudustega, siis täiustada seda (nt vähendada aega lapse sünni ning kindlustatuks registreerimise vahel).** See annaks riigile ülevaate, kui palju on lapsi, kes mingil põhjusel perearsti juurde ei jõua ning kelle tervislikust arengust ülevaadet ei ole.
- **Kaaluda teenuse “Lisatasu kinnitatud nimistuga töötavale perearstile haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise ning ravitöö tulemuslikkuse eest” täitmise kriteeriumide hulka 3–5aastaste laste tervisekontrolli lisamist.** See võimaldaks jälgida, kui palju kuni 7aastaseid lapsi vaadatakse juhendi järgi läbi (sh ka kodused lapsed).

Eesti Haigekassa juhatuse esimehele

- **Jätkata koolitervishoiuteenuse aruannete põhjal regulaarsete kokkuvõtete koostamist laste profülaktiliste läbivaatuste kohta igas kooliklassis.** Info esimese klassi laste tervise kohta aitab ühtlasi hinnata eelkooliealiste laste tervishoiukorralduse tulemusi.

3. Tervishoiutöötaja lasteasutuses

Valdav osa eelkooliealistest lastest veedab suure osa oma ajast lasteasutustes, mistõttu on õigustatud küsimus, mil määral ja kuidas peaks lasteasutuses olema tagatud lapse tervis. Samas on eelkooliealised lapsed ka perearsti järelevalve all ning perearste külastavad sagedamini just lasteasutuses käivad lapsed (vt 2. ptk). Tänapäevaks on peaaegu kõikidest lasteasutustest kadunud arstid ning kogu süsteem vajab ümberkorraldamist, kuid senini pole seda tehtud. Sotsiaalministeerium on koolieelsete lasteasutuste tervishoiukorralduse analüüsi ja võimaliku ümberkujundamise planeerinud aastaks 2006. Peatüki eesmärgiks on muu hulgas anda ministeeriumile selleks vajalikku infot.

Koolieelse lasteasutuse seadus (§ 20) sätestab lasteasutuse töötajana muu personali hulgas tervishoiutöötaja, kelleks on vastava pädevusega õde või arst. Käesolevas peatükis on analüüsitud tervishoiutöötaja olemasolu lasteasutustes, tema ülesandeid ja talle kehtestatud nõudeid ning nende täitmist.

Vaadeldud kuuest välisriigist (Ungari, Soome, Sloveenia, Taani, Holland, Rootsi) on vaid Ungaris lasteasutustes tervishoiutöötaja, kelle ülesandeks on jälgida lapse füüsilise arengu eakohasust. Ülejäänud riikides sellekohane regulatsioon puudub ning eelkooliealiste laste tervist jälgib perearst, lastearst või tervisekeskus, Hollandis alates 5. eluaastast kooliarst või -õde. Hollandis ei ole sealjuures kogu lasteasutuse koosseis riiklikult reguleeritud ning see võib erineda, nt erilasteaedades on vajaduse korral olemas ka meditsiiniharidusega töötaja.

3.1. Tervishoiutöötaja olemasolu lasteasutuses ei ole tagatud

Lasteasutus peab tervishoiutöötaja ametikoha loomisel arvestama eelkõige rühmade arvuga.²⁵ Täpsemaid koormuse või olemasolu nõudeid ministri määrus ega teised õigusaktid välja ei too. Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Sotsiaalministeeriumi sõnul ei ole tervishoiutöötaja olemasolu lasteasutuses kohustuslik.

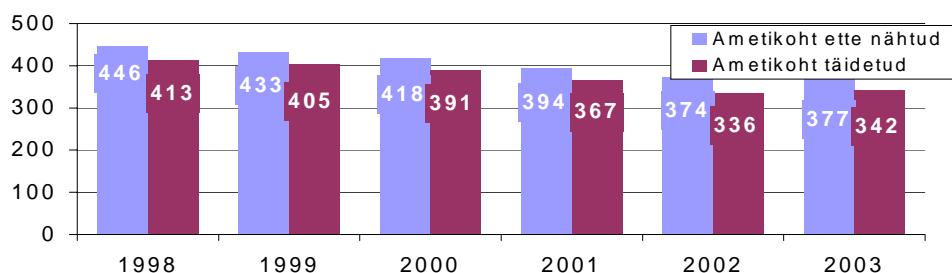
Auditis uuriti, kui paljudes lasteasutustes on tervishoiutöötaja olemas ning kui teda ei ole, siis küsiti, millistel põhjustel ta puudub. Samuti uuriti, millised on võimalused, et ka tulevikus oleks lasteasutustes tervishoiutöötaja.

Tervishoiutöötaja puudub 40% lasteasutustes

Statistikaameti andmetel on aastatel 1998–2003 tervishoiutöötaja ametikohaga lasteasutuste arv vähenenud, samuti on vähenenud nende lasteasutuste arv, kus see ametikoht täidetud on (vt joonis 4). Teatud määral on arvu kahanemine seotud lasteasutuste arvu üldise vähenemisega 668-lt 597-ni, siiski on 62 protsendilt 57ni vähenenud ka tervishoiutöötajaga lasteasutuste osakaal kõikidest lasteasutustest.

²⁵ Lisaks muude füüsiliste suuruse näitajatega, nagu maa-ala suurus või ruumide koormatus. Haridusministri 06.12.1999. a määrus nr 58 "Koolieelse lasteasutuse personali miinimumkoosseisu kinnitamine"

Joonis 4. Ametikoha olemasolu ja täidetud tervishoiutöötajaga lasteasutustes aastatel 1998–2003



Allikas: Statistikaamet.

Riigikontrolli esitatud päringute vastuste kohaselt puudub 2005. aasta alguse seisuga tervishoiutöötaja 40% koolieelsetest munitsipaallasteasutustest. Eelkõige puuduvad tervishoiutöötajad hõredamalt asustatud maapiirkondades. Suuremates linnades ja tihedalt asustatud maapiirkondades on nad üldjuhul enamikus lasteasutustes olemas (vt lisa 7). Osaliselt on tervishoiutöötaja puudumist püütud korvata perearsti või kohaliku vallaarsti üks või kaks korda aastas toimuvate läbivaatustega, ka on viidatud perearsti vm arstiabi füüsilisele lähedusele või sellele, et kellelgi teisel lasteasutuse personalist on meditsiiniline haridus.

Neljast Eesti suuremast linnast on tervishoiutöötaja olemas kõigis lasteasutustes Narvas ja Pärnus, maakondadest eristub Ida-Virumaa, kus paljudes lasteasutustes on kaks või rohkem tervishoiutöötajat (vt lisa 7). Pärnu Linnavalitsus on võtnud ametliku seisukoha, et nende lasteasutustes peab olema tervishoiutöötaja, ning lähtub sellest ka lasteasutuse eelarve kujundamisel. Üks Ida-Viru omavalitsusi – Sillamäe linn – toob välja, et kuigi ametlikke norme pole linnavalitsus kehtestanud, peetakse tervishoiutöötaja olemasolu tähtsaks ning kokkuhoiu nimel vähendatakse pigem muu abipersonali osa.

Küsitlusele vastanud lasteasutustest on eri- või sobitusrühmi²⁶ 85-s. Sellised lasteasutused on ka tervishoiutöötajatega paremini varustatud: tervishoiutöötajad on olemas 75% eri- või sobitusrühmadega lasteasutustes, samal ajal kui kõigis kokku on see protsent vaid 57. Füüsiliste erivajadustega lastega erilasteasutustes on uuringu andmetel tervishoiutöötaja olemas ning enamasti on selleks arst.

Eralasteasutustes tervishoiutöötaja enamasti puudub. Küsimuslikule vastanud 13 asutustest oli tervishoiutöötaja olemas kahes. Osa eralasteasutusi on nimetanud tema puudumise korvamist kas lasteasutust vajaduse korral külastava perearstiga või sellega, et lasteasutuses on mõni muu meditsiiniharidusega töötaja.²⁷

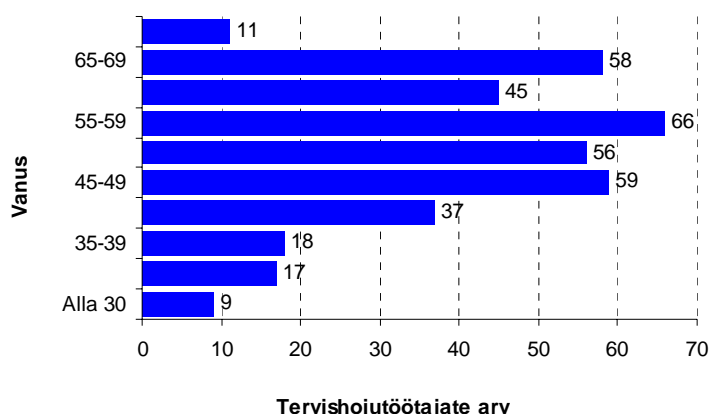
Veerand lasteasutuste tervishoiutöötajatest on pensioniealised ning noored ei soovi lasteasutustesse tööle tulla

Järjepideva tervishoiuteenuse osutamise lasteasutuses tagab piisava hulga tervishoiutöötajate järelkasv. Eesti lasteasutuste tervishoiutöötajate keskmine vanus on 53,2 aastat, nendest neljandik on juba praegu pensioniealised ehk 63aastased või vanemad.

²⁶ Erirühma kuuluvad erivajadustega lapsed, sobitusrühma erivajadustega lapsed koos teiste lastega.

²⁷ Riigikontrolli lasteasutuste uuring. Eralasteaedu küsitluse koondanalüüsi ei kaasatud.

Joonis 5. Lasteasutuste tervishoiutöötajate vanuseline jaotus



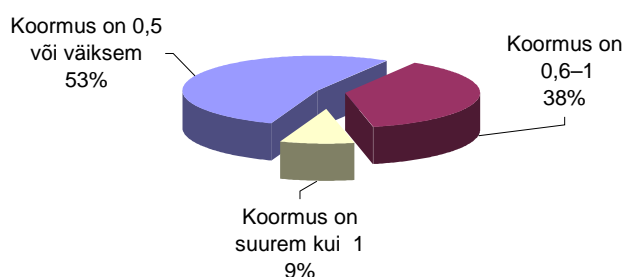
Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste-uuring. Päringud maavalitsustele ja kohalikele omavalitsustele.

Joonisel 5 toodud lasteasutuste tervishoiutöötajate vanuseline jaotus osutab, et järgnevate aastate jooksul jääb neist suur osa pensionile. 40aastaseid või vanemaid töötajaid on 88% kõigist lasteasutuse tervishoiutöötajaist. Samuti on järelkasv võimalike uute töötajate näol vähene. Noored töötajad ei soovi enamasti lasteasutustesse tööle asuda, mistõttu lahkuvate töötajate asemele on raske uusi leida.

Tervishoiutöötaja puudumise põhjuseks on enamasti väike koormus ja madal töötasu

Ligi pooled küsitatud lasteasutustest, kus tervishoiutöötaja puudub, tõid selle põhjuseks väikesest laste arvust tuleneva väikese töökoormuse, mistõttu on madal ka pakutav palk. Haridus- ja Teadusministeeriumi 2002. a-l tehtud analüüs toob välja, et 1–3rühmalises lasteaias on väga väikese koormuse tõttu tervishoiutöötaja leidmine mõeldamatu. Lisaks võib pikaajaliselt alla minimaalse koormuse töötamine ohustada tervishoiutöötaja meditsiinilise kompetentsuse säilimist. Riigikontrolli analüüsi kohaselt on rohkem kui pooltes tervishoiutöötajaga lasteasutustes tervishoiutöötaja koormus 0,5 või väiksem (vt joonis 6).

Joonis 6. Tervishoiutöötaja koormus lasteasutustes



Allikas: Päringud maavalitsustesse ja kohalikesse omavalitsustesse. Riigikontrolli lasteasutuste uuring. Riigikontrolli analüüs.

Tabel 5 näitab, et suurema laste arvuga lasteasutustes on tervishoiutöötaja ametikoht täidetud või vähemalt ette nähtud, väiksemates ostetakse teenust lepinguga või puudub tervishoiutöötaja üldse. Laste arvu vähesusega võib põhjendada tervishoiutöötaja puudumist ka enamikus küsitlusele vastanud eralasteasutustes, kus laste keskmine arv oli 39.

Tabel 5. Lasteasutuse tervishoiutöötaja ametikoht ning ametikoha täidetus võrreldes keskmise rühmade ja laste arvuga

Vastus	Lasteasutuste arv	Keskmine rühmade arv	Keskmine laste arv
Jah, ametikoht on täidetud	317	6,6	124
Ametikoht on olemas, aga täitmata	30	4,8	90
Teenust ostetakse lepinguga	17	3,4	64
Puudub nii tervishoiutöötaja kui ka tema ametikoht	201	2,1	38
Muu variant	17	3,4	59
Kokku	582	4,8	89

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring. Päringud maavalitsustele ja kohalikele omavalitsustele.

Enamikus lasteasutustes on täiskoormusega tervishoiutöötaja palk madalam lasteasutuse pedagoogi (kasvataja) palgast. Küsitlusele vastanud lasteasutustes oli tervishoiutöötaja palk keskmiselt 2380 kr kuus ning tema töökoormus keskmiselt 0,65. See teeks täiskoha palgaks ligikaudu 3663 kr, mis on intervjuude põhjal tunduvalt väiksem lasteasutuse õpetaja palgast. Kuna enamikus lasteasutustest töötab tervishoiutöötaja vaid osalise koormusega, kulutavad lasteasutused tervishoiutöötajale keskmiselt 2583 kr. Lisas 8 toodud tabel näitab neid andmeid erinevate maakondade kaupa. Eraldi piirkonnana võib välja tuua Narva linna, kus keskmine tervishoiutöötaja töökoormus on väga suur (tervishoiutöötajaid on lasteasutuses rohkem kui üks) ning seoses sellega on ka kulutused tervishoiutöötajale suuremad. Täiskoha palk on aga suurim Lääne-Virumaal ja Pärnu linnas.

Lisaks kahele peamisele põhjusele põhjendasid lasteasutused tervishoiutöötaja puudumist ka sellega, et lapsi vaatab vajaduse korral läbi lähedal asuv pere-, valla- või kooliarst, ning sellega, et ametikoht pole kohustuslik. Samuti toodi intervjuudes välja, et pole leitud vastavat inimest: see tuleneb osaliselt ka töö spetsiifikast, mis ei ole eriti noorte meditsiinitöötajate jaoks tihti professionaalselt motiveeriv. 12 lasteasutust vastas, et tervishoiutöötajast loobuti kohaliku omavalitsuse otsuse alusel.

Lisaks küsimustikus välja toodud põhjustele on Riigikontroll varasemas auditis viidanud ka Eesti üldisele tervishoiutöötajate puuduse.²⁸ Seega ei ole reaalne suurendada lasteasutuse tervishoiutöötajate hulka teiste valdkondade tervishoiutöötajate arvel.

Miinimumpalga kokkuleppe täitmisel ei ole paljude lasteasutuste jaoks tervishoiutöötaja ametikoha säilitamine jõukohane

Tervishoiutöötajate palgakokkuleppe²⁹ kohaselt peaks õeharidusega lasteasutuse tervishoiutöötaja saama täiskoormuse miinimumpalka ligikaudu 5800 kr kuus ning arsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja ligikaudu 11 000 kr kuus. Praegu maksavad tervishoiutöötajale palgakokkuleppe kohast palka vaid väga üksikud lasteasutused.

Lasteasutuste sõnul muudab miinimumpalga kokkuleppe täitmine tervishoiutöötaja tagamise raske- maks, sest suurema palga maksmiseks pole lisaraha eraldatud. Tervishoiutöötajate keskmine koormus lasteasutuse kohta on küsitlusele vastanud 252 lasteasutuses praegu 0,73 ning keskmine töötasu 2583 kr (vt lisa 8). Õdede palgakokkuleppe kohase miinimumi³⁰ maksmiseks oleks ühe lasteasutuse kohta lisaraha vaja keskmiselt 2196 kr, aastas aga 26 352 kr³¹. Kui vastanud laste-

²⁸Riigikontrolli 15.04.2005 kontrolliaruanne nr OSIII-2-6/05/28 "Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus"

²⁹ Miinimumpalga kokkuleppe laieneb kõigile arsti kvalifikatsiooni nõudval ametikohal töötavatele arstidele (66 kr tund) ning kõigile keskastme tervishoiutöötajatele (34 kr tund), kes töötavad vastava kutse omamist nõudval ametikohal.

³⁰ 2005. aastal 34 kr tunnis ning ca 5800 kr kuus

³¹ Miinimumpalga 5800 kr maksmiseks peaks 0,73 koormuse juures palk olema 4243 kr; vahe praeguse palgaga 4243 – 2583 = 1651 kr kuus, lisandub sotsiaalmaks 33%

asutused maksaksid oma tervishoiutöötajate praeguse koormuse juures õdede palgakokkuleppekohast miinimumi, tuleks neil kokku maksta kuus lisaks vähemalt 546 588 kr ehk 6,6 mln kr aastas.³²

Kui aga õeharidusega tervishoiutöötaja tuleks keskmiselt poole koormusega tagada lisaks ka 231 lasteasutustes, kus seda praegu ei ole, nõuaks see nendelt lasteasutustelt kokku 890 967³³ kr kuus ning 10,7 mln aastas.

Vajaminev lisasumma on aga veelgi suurem nii vastamata asutuste võrra, töötuskindlustusmaks võrra³⁴ kui ka seetõttu, et 7% praegustest tervishoiutöötajatest on arstid, kelle miinimumpalk on peaaegu kaks korda suurem. Seega võib ka kõiki neid lasteasutusi, kus praegu tervishoiutöötaja olemas, tulevikus ähvardada oht, et nõutud palka ei suudeta maksta ning tervishoiutöötajast loobutakse. Seda riski vähendaks lasteasutuse tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuse riiklik rahastamine, mida küsitluses ja intervjuudes mainisid lasteasutuste ja kohalike omavalitsuste, samuti Eesti Õdede Liidu ning Haridus- ja Teadusministeeriumi esindajad. Sotsiaalministeeriumi esindajad on selle kohta öelnud, et koolitervishoiuteenusega sarnast rahastamist lasteasutustes rakendada ei saa, sest erinevalt koolikohustusest ei ole lasteasutuses käimine kohustuslik. Siiski ei ole ministeerium seni riikliku rahastamise kohta seisukohta võtnud tulenevalt plaanist analüüsida koolieelse lasteasutuse tervishoiukorraldust alles 2006. a.

3.2. Tervishoiutöötaja roll lasteasutuses ei ole selge

KELSi kohaselt on lasteasutuse tervishoiutöötaja peamisteks kohustusteks

- laste tervise jälgimine, vanemate ja lapse arsti (perearsti) teavitamine;
- nõuetele vastava lasteasutuse päevakava koostamine;
- laste toitlustamise nõuetele vastavuse kontroll;
- vanemate ja pedagoogide nõustamine lapse tervisega seotud küsimustes.

Toodud neli ülesannet on täpsemalt lahti kirjutatud sotsiaalministri 25.10.1999. a määruses nr 64 "Koolieelse lasteasutuse tervisekaitse-, tervise edendamise, päevakava koostamise ja toitlustamise nõuete kinnitamine" Samas ei ole õigusaktides sätestatud, kas neid ülesandeid tuleb täita ka juhul, kui tervishoiutöötaja lasteasutuses puudub, ning kes nende ülesannete täitmise eest vastutab.

Auditis uuriti, kas ja millistel põhjustel peavad lasteasutused tervishoiutöötajat vajalikuks ning kuidas tervishoiutöötajad ette nähtud ülesandeid täidavad. Samuti uuriti, kuidas täidetakse neid ülesandeid lasteasutustes, kus tervishoiutöötaja puudub.

Suur osa lasteasutustest peab tervishoiutöötajat vajalikuks

Riigikontroll uuris küsimustikus, kui vajalikuks peavad tervishoiutöötajat lasteasutused ise. Küsimusele, kas meditsiiniharidusega tervishoiutöötaja on lasteasutuses vajalik, vastasid jaatavalt

³² Summad on saadud vastanud lasteasutuste arvuga (252) korrutamisel

³³ Lasteasutuste arv (231) x koormus (0,5) x miinimumpalk (5800) x sotsiaalmaks (1,33)

³⁴ Vabariigi Valitsuse 22.11.2004. a määruse nr 333 järgi on aastal 2005 töötuskindlustusmaks määr tööandjale 0,5%. Eelnevates arvutustes Riigikontroll töötuskindlustusmaksu ei arvestanud, sest a) see ei mõjuta üldsummat oluliselt; b) tööandja ei pea seda maksma kõigi tervishoiutöötajate eest (vanaduspensionari saajad)

83% lasteasutuse esindajad.³⁵ Ka 2000. aastal I. Moksi korraldatud uuringus anti sellele küsimusele sarnane vastus, sh pidas ligi 40% vastajatest vajalikuks ka arsti ametikohta.³⁶

Riigikontrolli uuringus ei küsitud eraldi arsti ja õe ametikoha vajalikkust, kuid avatud vastuste ja intervjuude põhjal saab hinnata, et nii paljud lasteasutused praegu enam arsti vajalikuks ei pea. Erandiks on füüsiliste erivajadustega laste erilasteasutused, kelle hinnangul on nende lasteasutuses vajalik tervishoiutöötajana arst (lastearst, taastusravi arst) ning ainult õest ei piisa.

Kõige rohkem peetakse tervishoiutöötajat vajalikuks toitlustamisega seotud ülesannete, tervisehäirete, erivajadustega ja haigete lastega tegelemise ning tervisekaitseõuete jälgimise pärast. Samuti nimetati tervishoiutöötaja suuremat kompetentsust või autoriteeti terviseeteema korral, sh vanemate nõustamisel (vt ka tabel 6). Haige lapse lasteasutusse toomist on mitmed lasteasutused üritanud ohjata ka hoolekogu kehtestatud korra või lapsevanematega sõlmitud lepingute abil, 30 lasteasutust on välja toonud vajaduse seda küsimust riiklikult reguleerida.

KELSiiga ette nähtud lasteasutuse nõuetekohase päevakava koostamist nimetas vajalikkuse põhjendusena aga vaid neli lasteasutust, kuigi paljudes tervishoiutöötajate ametijuhendites oli see ülesanne kirjas. See viitab, et päevakava koostamisega tegeleb lasteasutuses pigem muu personal kui tervishoiutöötaja.

Tabel 6. Enam nimetatud põhjendused tervishoiutöötaja vajalikkuse kohta (394 vastanut)

Põhjused, miks tervishoiutöötaja on vajalik	Arv
Toitlustamise jälgimine, sh menüü, kalorsus	107
Suurem kompetentsus/autoriteet	74
Tervisehäirete ja erivajadustega lapsed	65
Tervisekaitse- ja hügieeninõuete ning keskkonna jälgimine	64
Laste haigestumine ja haigete laste lasteasutusse toomine	62
Esmaabi andmine	58
Laste tervise ja arengu jälgimine	58
Tervise edendamine ja ennetus	41
Tervisekasvatus	26
Lapsevanemate nõustamine	23
Probleemid perearstiabiga	20
Teiste töötajate suure töökoormuse kergendamine	13
Turvatunde tagamine	10
Lapsevanem ei jõua lapse tervisega tegelda	9

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring. Avatud küsimuse analüüs.

Need lasteasutused, kes tervishoiutöötajat vajalikuks ei pidanud, tõid eelkõige põhjuseks laste vähese arvu, perearsti või muu arstiabi läheduse või lausa samas hoones asumise. Samuti rõhutati, et mitmete ülesannete täitmiseks ei ole vaja meditsiiniharidusega inimest (nt kaalumise, mõõtmise ja menüü koostamine) ning et lasteasutus on seni toime tulnud ilma tervishoiutöötajata.

Nii tervishoiutöötajat vajalikuks pidavate kui ka mittevajalikuks pidavate lasteasutuste hulgas oli neid, kes arvasid, et kui suuremates lasteasutustes peaks tervishoiutöötaja olema, siis väiksemad ei pruugi teda vajada. Maapiirkondades peetakse lasteasutusse tervishoiutöötajast vajalikumaks sotsiaaltöötajat, kuna mitmed lapse tervisprobleemid on seotud pigem antisanitaarse koduse keskkonnaga.

³⁵ 11% vastas "ei" ning vastamata jättis või arvamus puudub 6%.

³⁶ Sh 37% lasteasutuse juhatajatest ning 41% lasteasutuse õdedest. Küsitleti 315 lasteasutuse juhatajat ja 310 õde. I. Moksi uuringule viidatud dokumendis "Koolieelsete lasteasutuste uuringu tulemused". Laste ja noorukite terviseprogramm aastani 2005 alaprojekt "Tervishoid koolis ja koolieelses lasteasutuses". L. Suurorg, 2001. a.

Tervishoiutöötaja toitlustamisega seotud ülesanded ei ole kokku lepitud

Tervishoiutöötaja üheks ülesandeks on KELSis kohaselt laste toitlustamise nõuetele vastavuse kontroll.³⁷ Toitlustamisega seotud ülesannete täitmise esitasid lasteasutused Riigikontrolli küsitluses ühe peamise põhjusena, miks meditsiiniharidusega tervishoiutöötajat lasteasutustesse vajalikuks peetakse.

Ligikaudu kolmveerandis tervishoiutöötajaga lasteasutustest on tema ülesandeks lisaks KELSis sätestatud kontrollile ka menüüde koostamine ja toidu kalorsuse arvutamine, need tegevused on aga oluliselt aja- ja töömahukamad. Juba 2001. aastal I. Moksi tehtud uuring osutab probleemile, et suur osa lasteasutuse õdedest tegeles menüü koostamisega, mis jättis neile sellevõrra vähem aega laste tervise kontrolliks.

Lasteasutused on toonud välja, et menüü (sh erimenüü allergikutele) koostamise ning kalorsuse arvutamist oskavad eelkõige pikaajalise kogemusega lasteasutuse tervishoiutöötajad. See viitab, et kuigi praegune õhharidus sisaldab ka toitumisõpetust³⁸, omandatakse vajalikud oskused pigem töö käigus. Eelnevast võib järeldada, et lasteasutuse toitlustamisega seotud ülesannete täitmise eelduseks ei ole tervishoiutöötaja meditsiiniharidus. Sarnane on ka Sotsiaalministeeriumi seisukoht. Rahvatervise osakonna juhataja hinnangul võiks välispraktikale tuginedes koostada soovituslikke lasteasutuse menüüsid pigem tsentraalselt ning sätestada see ülesanne vastava kompetentsiga institutsioonile.

Lasteasutustes, kus tervishoiutöötaja puudub, tegelevad nii toitlustamise kontrollimise, menüü koostamise kui ka kalorsuse arvutamisega teised töötajad (nt kokk või majandusjuhataja). Samas ei ole nende töötajate ettevalmistus ülesannete täitmiseks alati piisav. 2000. aastal tehtud uuringu kohaselt olid saanud täienduskoolitust vaid pooled lasteasutuse kokkadest.³⁹ Riigikontrolli küsitluses vastas küsimusele teiste lasteasutuse töötajate, v.a tervishoiutöötaja koolituste kohta vaid alla poole lasteasutustest, et nende töötajad on saanud viimasel kolmel aastal toitlustuse alal täienduskoolitust. Mõlemas uuringus piirdusid peaaegu kõik lasteasutuste nimetatud toitlustuskoolitused vaid toiduhügieeniga.⁴⁰

2002. aastani tegeles toitlustamise teemaga “Laste ja noorukite terviseprogrammi aastani 2005” alaprojekt “Toit koolis ja koolieelses lasteasutuses”. Alaprojekti raames korraldati 2001. aastal kokkade koolitus. Samuti on 1999. a välja töötatud teabematerjal “Laste toit I ja II”. Pärast alaprojekti lõpetamist 2002. aastal (vt ka p 1.3) ei ole neid tegevusi enam korratud ega edasi arendatud. Riigikontrolli küsitluses nimetasid lasteasutused ühe probleemina ka toitlustusalaste juhendmaterjalide puudumist lisaks kehtestatud ametlikele normidele.

Kuna meditsiiniharidus ei anna praeguste toitlustusalaste ülesannete täitmiseks vajalikke oskusi ning suures osas lasteasutustes puudub praegu tervishoiutöötaja, aitaks tervisliku toitumise tagamiseks kaasa eelkõige lasteasutuse kokkade (jm toitlustusega seotud ülesannete täitjate) toitlustusteadmiste ja -oskuste suurendamine ning vastavate teabematerjalide uuendamine ja levitamine.

³⁷ Sotsiaalministeeriumi 27.07.2002. a määruses nr 93 “Tervisekaitseõuded toitlustamisele koolieelses lasteasutuses ja koolis” on kehtestatud nõuded toitlustamisele koolieelses lasteasutuses eelkooliealiste laste tervisele ohutu toidu valmistamise, serveerimise, säilitamise, tervisliku toitumise ja erinevatesse vanuserühmadesse kuuluvate laste toidu energianing toitainete sisalduse kohta.

³⁸ Ühe ainepunkti ehk 40 tunni ulatuses. Tartu Meditsiiniõppekooli ja Kohtla-Järve Meditsiiniõppekooli õenduse õppekavad veebilehtedel.

³⁹ Koolieelse lasteasutuse tervisekaitse-, tervise edendamise, päevakava koostamise ja toitlustamise hindamine. 2000. a laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005 alaprojekt “Keskkond koolieelses lasteasutuses ja koolis”. Uuringus osales 5 maakonna 25 lasteasutust, milles kokkasid oli 38.

⁴⁰ Riigikontrolli lasteasutuste uuring, avatud küsimuse vastustes oli 348-st 161 lasteasutust nimetanud muu personali, s.o mitte tervishoiutöötaja täienduskoolitusena toiduhügieeni, vaid seitse oli välja toonud tervisliku toitumise koolituse.

Tervisekasvatusega tegelevad nii tervishoiutöötajad kui ka lasteasutuste pedagoogid

Tervisekasvatusega seotult on lasteasutuse tervishoiutöötaja KELSis sätestatud ülesandeks lapsevanemate ja pedagoogide nõustamine. Ka lasteasutused peavad tervisekasvatust ülesandeks, mida tervishoiutöötaja täitma peaks (vt tabel 6). L. Suuroru 2001. aastal korraldatud lasteasutuste õdede uuringu kohaselt viib tervisekasvatust lastele läbi 96%, õpetajatele 70% ja lapsevanematele 80% õdedest.⁴¹ Riigikontroll uuris, kes tegeleb lasteasutustes tervisekasvatusega, eristamata tervisekasvatuse sihtrühmi.

Tabel 7. Tervisekasvatusega tegeleja koolieelsetes lasteasutustes. Vastamisel võis esitada mitu vastusevarianti

Tervisekasvatusega tegeleja	Kõik lasteasutused (504 vastanut)				Tervishoiutöötajaga lasteasutused (291 vastanut)	
	Tervishoiutöötaja	Pedagoogid	Muud töötajad	Vastus puudub	Tervishoiutöötaja	Tervishoiutöötaja ei tegele
Lasteasutuste arv	277	481	122	2	265	26
Osakaal (%)	55,0	95,4	24,2	0,4	91,1	8,9

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring.

Riigikontrolli küsitluse tulemused näitavad, et lasteasutuste tervishoiutöötaja ei ole enamasti ainuke ja peamine tervisekasvatusega tegeleja: enamasti tegelevad sellega tervishoiutöötaja kõrval ka pedagoogid. Ligikaudu kümnendikus tervishoiutöötajaga lasteasutustes tervishoiutöötaja tervisekasvatusega ei tegele (vt tabel 7). Tervisekasvatust loenguid kutsutakse pidama nii perearste, lastearste kui ka muid tervishoiutöötajaid.

Lasteasutuse tervishoiutöötaja ja perearst vahetavad vähe infot lapse tervise kohta

Lapse tervise jälgimiseks on tervishoiutöötajal vaja informatsiooni tema tervise kohta. Ka sotsiaalministri määrus näeb ette teatud koostöö perearsti ja lasteasutuse tervishoiutöötaja vahel, kes teavitab vajaduse korral lapse arsti tervise- või käitumishäirest, võtab perearsti tõendiga vastu uued lapsed, jälgib püsivate tervisehäiretega lapsi koostöös perearstiga.⁴² Ka selle kohustuse kohta pole sätestatud, kes peab koostööd tegema juhul, kui tervishoiutöötaja puudub. Seoses perearstiabi maavalitsuse keske korraldusega vastavalt Tervishoiuteenuste korraldamise seadusele (§ 8 ja 9) on kohaliku omavalitsuse jaoks probleemiks ka infovahetuse korraldamine. Näiteks Tartu linnarsti teenistuse juhataja hinnangul on infovahetust lasteasutuse tervishoiutöötaja ja perearsti vahel otstarbekas arendada elektroonselt, kuid praegu ei ole omavalitsustel selleks võimalust, sest omavalitsusele ei ole ühegi seadusega antud ülesannet esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldamiseks.

Lasteasutuste tervishoiutöötajad suhtlevad perearstidega vähe, ka ei ole seda kohustust paljude tervishoiutöötajate ametijuhendites. Riigikontrolli küsimustikule vastanud lasteasutuste tervishoiutöötajate ametijuhenditest oli perearstiga ehk lapse arstiga koostööd mainitud vaid ligikaudu pooltes. Neistki osas piirdus see vaid tervisetõendite vaatamisega ning koostööd tervisehäirete korral ei olnud mainitud.

Suureks probleemiks on lasteasutuste vastuste põhjal perearsti väljastatavate tõendite vähene informatiivsus. Pärast lapse haigusest paranemist välja antud arstitõendil on tavaliselt vaid märgitud, et laps on terve ja lubatud kollektiivi. Infot lapse põetud haiguse kohta pole, mistõttu lasteasutuse

⁴¹ Koolieelsete lasteasutuste uuringu tulemused. Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005 alaprojekt "Tervishoid koolis ja koolieelses lasteasutuses". L. Suurorg, 2001. a.

⁴² Sotsiaalministri 25.10.1999. a määruse nr 64 "Koolieelse lasteasutuse tervisekaitse-, tervise edendamise, päevakava koostamise ja toitlustamise nõuete kinnitamine", § 13–15

personal ei oska hinnata, kas laps peaks olema näiteks kehalisest tegevusest ja õueminekust vabastatud või mitte. Kuuel juhul toodi välja ka vajadus kehtestada riiklikult teavitamise kord nakkushaigusesse haigestumisel. Praegu lasteasutust enamasti ei teavitata, mistõttu lasteasutus ei tea kasutusele võtta meetmeid haiguse leviku tõkestamiseks.

Küsimusele, kui palju vahetatakse infot perearstiga, vastas üle poole lasteasutustest, et infot vahetatakse kas vähe või seda praktiliselt ei vahetata (vt tabel 6). Ka 2004. a TAI korraldatud küsitluses vastas 40% lasteaiatöötajatest, et nad ei tea, kas lapsed on perearsti kontrolli all või mitte.⁴³ Väheste koostöö perearsti jt meditsiinitöötajatega on lasteasutuste õed välja toonud juba 2001. aastal.⁴⁴

Tabel 8. Lasteasutuse infovahetus perearstiga tervishoiutöötajat omavates ja mitteomavates lasteasutuses

Lasteasutuse infovahetus perearstiga	Tervishoiutöötaja on olemas	
	(286 vastanut), %	Tervishoiutöötaja puudub (201 vastanut), %
Infovahetus ja koostöö on väga hea	16,1	11,4
Infot vahetatakse suhteliselt palju	16,1	17,4
Infot vahetatakse vähe	28,0	28,4
Infot omavahel peaaegu ei vahetata, saadakse vaid tõend pärast laste haigestumist	31,1	35,8
Muu variant	8,7	7,0
Kokku	100,0	100,0

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring.

Tabelis 8 on esitatud võrdlus perearstiga infovahetuse kohta tervishoiutöötajaga ja ilma tervishoiutöötajata lasteasutuses. Infovahetust perearstiga peavad pisut paremaks asutused, kus tervishoiutöötaja on olemas, kuid see erinevus on väga väike. See osutab, et tervishoiutöötaja olemasolu ei taga lasteasutuse paremat infovahetust perearstiga.

Tervishoiutöötajaga lasteasutustel on küll rohkem infot laste tervise kohta, kuid sageli puudub info kõigi laste kohta ka nendel

Haridusministri määrus kohustab lasteasutuse tervishoiutöötajat kandma õppe- ja kasvatustegevuse päevikusse ehk rühmapäevikusse andmed lapse tervise kohta (sh lapse pikkus ja kaal, perearsti nimi ja kontaktandmed, tervisehäired ja tervishoiutöötaja korraldused).⁴⁵ Samas ei ole ette nähtud, millist infot tuleb rühmapäevikusse kanda tervishoiutöötaja puudumisel ning kes seda tegema peab.

⁴³ Laste ja noorukite terviseprogramm aastani 2005. 2004. a tegevusaruanne, lasteaiatöötajate küsitluse tulemused (84 küsitletut, sh 26 tervishoiutöötajat). Tervise Arengu Instituut 2005.

⁴⁴ Koolieelsete lasteasutuste uuringu tulemused. Laste ja noorukite terviseprogramm aastani 2005 alaprojekt "Tervishoid koolis ja koolieelses lasteasutuses". L. Suurorg, 2001. a. Vastas 93 lasteasutuse õde.

⁴⁵ Haridusministri 18.04.2001. a määrus nr 15 "Koolieelse lasteasutuse õppe- ja kasvatustegevuse alaste kohustuslike dokumentide loetelu ja nende täitmise kord."

Tabel 9. Ülevaade lapse tervise seisundist tervishoiutöötajat omavas (lahter “THT”) ja mitteomavas lasteasutuses (lahter “Ilma”).

Info kategooria	Laste pikkus ja kaal (%)		Milliseid haigusi laps on põdenud? (%)		Kas ja milliseid tervisehäireid lapsel esineb? (%)		Kas ja milliseid käitumishäireid lapsel esineb? (%)		Kas ja milliseid kroonilisi haigusi lapsel esineb? (%)		Kas ja milliseid allergiaid lapsel esineb? (%)		Kas iga lapse kohta on olemas eraldi tervisekaart? (%)	
	THT	Ilma	THT	Ilma	THT	Ilma	THT	Ilma	THT	Ilma	THT	Ilma	THT	Ilma
Info olemaolu	96,2	68,5	47,4	20,3	45,7	25,9	36,4	28,4	49,8	29,4	54,6	33,5	86,6	28,9
Kõikide laste kohta	3,1	11,2	29,9	24,4	33,0	28,4	19,9	25,9	25,1	27,9	22,7	28,9	2,1	8,6
Enamiku laste kohta	0,0	1,5	5,5	6,6	6,5	6,1	2,1	1,5	1,0	4,1	4,1	4,6	0,3	1,5
Umbes poolte laste kohta	0,3	1,0	7,9	15,2	6,9	17,8	16,2	12,2	10,3	12,2	11,0	16,2	1,4	4,1
Väheste laste kohta	0,0	10,7	3,8	22,3	0,7	9,1	13,4	20,8	4,8	14,7	1,7	6,6	3,4	33,0
Info puudub	0,0	2,5	1,4	4,6	1,7	5,1	4,1	3,0	2,1	2,5	1,0	3,6	3,1	10,7
Muu variant	0,3	4,6	4,1	6,6	5,5	7,6	7,9	8,1	6,9	9,1	4,8	6,6	3,1	13,2
Vastamata	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kokku	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring.

Tabel 9 näitab, millist infot ja kui paljude laste kohta lasteasutused omavad. Kõikide lapse tervise seisundi informatsiooniliikide kohta on ülevaade parem nendes lasteasutustes, kus tervishoiutöötaja on olemas. Isegi info laste pikkuse ja kaalu kohta sõltub sellest, kas asutuses on tervishoiutöötaja või mitte, kuigi kaaluda ja mõõta oskavad lapsi ka lasteasutuse teised töötajad, kes enamasti tervishoiutöötaja puudumisel seda ka teevad. Samuti on tervishoiutöötaja olemasoluga seotud info laste haiguste, tervishäirete ja allergiate kohta ning laste tervisekaartide olemasolu. Kõige vähem sõltub tervishoiutöötaja olemasolust info käitumishäirete kohta. Kuigi ülaltoodud haridusministri määruse kohaselt peaks tervishoiutöötaja kandma päevikusse ka laste tervisehäired, ei ole rohkem kui pooltel tervishoiutöötajaga lasteasutustest infot kõikide laste tervisehäirete kohta.

Kuigi tervishoiutöötajaga lasteasutusel on üldjuhul laste tervisliku seisundi kohta rohkem informatsiooni, võib selle põhjuseks osaliselt olla ka asjaolu, et terviseandmete rühmapäevikusse kandmise ülesanne on antud tervishoiutöötajale ning puudub selge kohustus seda täita, kui tervishoiutöötaja puudub.

Suhtlust perearstiga ning lapse tervist käsitleva info omamist raskendavad andmekaitse-nõuded, mida ülesannete täitmiseks eiratakse

Põhjustena infovahetuse vähesuse ja info puudumise kohta töid lasteasutused eelkõige isikuandmete kaitse seadusega kehtestatud nõudeid, mis ei luba perearstidel (jt arstidel) lasteasutustele ilma lapsevanema nõusolekuta edastada laste tervise seisundiga seotud andmeid. Isikuandmete kaitse seaduse (§ 4 lg 3) kohaselt on delikaatseid isikuandmeid muu hulgas ka andmed tervise seisundi või puude kohta. Perearstid edastavad infot lapse haiguse kohta tavaliselt vaid tema vanematele ning vanem otsustab, kas jagada seda infot ka lasteasutusega või mitte. Siiski suhtlevad perearstid ja lasteasutused intervjuudes öeldu põhjal ka praegu osaliselt ilma lapsevanema nõusolekuta. Sellele viitab ka nende lasteasutuste osakaal (40%), kes peavad infovahetust ja koostööd väga heaks (vt tabel 6). Vastavalt juba nimetatud Isikuandmete kaitse seadusele (§ 14 lg 5 p 2) on perearstil õigus lasteasutusele edastada delikaatseid isikuandmeid vaid lapse enda või muude isikute kaitseks või seadusega antud ülesande täitmiseks. Perearstil on aga andmete edastamisel kohustus jälgida vastutava töötajana, kas ja kui palju on lasteasutuse töötajal temalt õigus andmeid saada.⁴⁶ Kuigi tervishoiutöötajale on KELSiga antud laste tervise jälgimise ülesanne, on see

⁴⁶ Telefoniintervjuu Andmekaitse Inspektsiooni kontrolliosakonna menetlustalituse juhatajaga

ülesanne perearstilt (ilma lapsevanema nõusolekuta) lapse tervise alase info saamise ja töötlemise õigustamiseks praegu liiga üldine. Vajalikku ulatust ei ole lasteasutuse tervishoiutöötaja ülesannete täitmiseks kindlaks määratud.

Vastutavaks isikuks delikaatsete isikuandmete töötajana on koolieelne lasteasutus ise või munitsipaalomandis lasteasutuse korral kohalik omavalitsus, kes peaks end selleks ka Andmekaitse Inspeksioonis registreerima. Pärning Andmekaitse Inspeksiooni (15.03.2005) näitas aga, et ükski lasteasutus ega kohalik omavalitsus ei ole end delikaatsete isikuandmete töötlemiseks registreerinud. Seega rikuvad koolieelsed lasteasutused lapse tervises seisundit käsitlevaid andmeid töödeldes, sh neid rühmapäevikusse kandes isikuandmete kaitse seaduses sätestatud registreerimiskohustust. Laste tervise andmed, sh kirjalikud tervisekaardid on aga paljudes lasteasutustes (vt tabel 9).

Riigikontroll on seisukohal, et lasteasutuse tervishoiutöötaja olemaolu korral peaks tal olema õigus omada lapse tervise paremaks jälgimiseks vajalikku infot lapse tervisliku seisundi kohta. Sellise olukorra saavutamiseks peaks omavalitsusi laiemalt teavitama Andmekaitse Inspeksioonis registreerimise kohustusest ning selleks esitatavatest nõuetest. Samuti peaks olema sätestatud, kas ja millises ulatuses on lasteasutusel õigus töödelda delikaatseid isikuandmeid, juhul kui tervishoiutöötaja puudub.

Lasteasutuse tervisealane aruandlus pole korraldatud üheselt mõistetavalt

Sotsiaalministri 25.10.1999. a määruse nr 64 kohaselt peab tervishoiutöötaja kord aastas esitama valla- või linnavalitsusele ja hoolekogule kirjaliku ülevaate laste tervisekaitse ja tervise edendamise nõuete täitmise kohta. Samas ei ole kinnitatud aruande vormi ega seda, millist infot see sisaldama peaks. Nagu teiste tervishoiutöötaja ülesannete puhul, pole siingi täpsustatud, kas seda ülesannet tuleb täita ka juhul, kui lasteasutuses tervishoiutöötaja puudub, ning kes seda siis tegema peaks.

Riigikontrolli küsitatud lasteasutustest 53% ettenähtud aruannet ei esita, 22% esitab seda aga ainult hoolekogule, sest omavalitsus aruandlust ei nõua. Kuna ühtset riiklikku aruande vormi koolieelsetele lasteasutustele pole kehtestatud, ei ole võimalik erinevate omavalitsuste lasteasutuste tervisekaitse ja tervise edendamise alast olukorda võrrelda. Intervjueeritud omavalitsustest on aruannet tervisekaitse nõuete täitmise kohta ühel korral nõudnud Pärnu linn.

Lasteasutused, kus tervishoiutöötaja olemas on, esitavad aruandeid keskmisest rohkem – neist 55% esitab tervisealase aruande kas hoolekogule, omavalitsusele või mõlemale. Lasteasutused, kus tervishoiutöötaja puudub, esitavad aruandeid vähem – vaid 36%.

Nii omavalitsused kui ka lasteasutused on öelnud, et infot vahetatakse suuliselt, eriti väikeste omavalitsuste korral, kus on vaid üks või paar lasteasutust. Intervjuudes on kohalike omavalitsuste esindajad öelnud ka, et terviseinfo kajastub vähemalt osaliselt majandusaasta aruandes. See seab aga kahtluse alla eraldi lisaaruande esitamise nõude mõttekuse.

3.3. Lasteasutuse tervishoiutöötaja kvalifikatsiooninõudeid ei täideta

Kohustuslikuks tervishoiutöötaja kvalifikatsiooni kinnitavaks nõudeks, mis annab õiguse tervishoiuteenuse osutamiseks, on tervishoiutöötaja registreerimine Tervishoiuametis⁴⁷ ning kvaliteedinõudena on vajalik vähemalt 60tunnine täienduskoolitus aastas⁴⁸.

Sotsiaalministeeriumi seisukoht on, et ka lasteasutuse tervishoiutöötaja puhul on tegemist kvalifikatsiooni nõudva töökohaga ning töötaja peab olema Tervishoiuameti registris registreeritud ja

⁴⁷ Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 63. Tervishoiutöötajate pädevuse vabatahtliku hindamise on sotsiaalminister jätnud oma 15.12.2004. a määrusega nr 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded" kutse- ja erialaühenduste ülesandeks.

⁴⁸ Sotsiaalministri 15.12.2004. a määruse nr 128 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded" § 8 lg 2

täitma täienduskoolituse nõuet, kuid möönab nende nõuete täitmise raskust, kuna lasteasutus pole tervishoiuteenuse osutaja. Sotsiaalministeerium ei kontrolli ega analüüsi praegu ka nende nõuete täitmist.

Õiguskantsler tõi oma vastuses Riigikontrolli päringule välja veelgi rangemad nõuded: et koolieelse lasteasutuse tervishoiuteenust iseseisva õenduserialana⁴⁹ pole sätestatud, võib õigusaktidest lähtuvalt lasteasutuse tervishoiutöötajaks olla kas Tervishoiuametis registreeritud arst üksi või Tervishoiuametis registreeritud õde koos arstiga.

Osa intervjuueeritud omavalitsuste esindajatest, samuti Haridus- ja Teadusministeeriumi ametnikud ei olnud siiski kvalifikatsiooninõuete täitmise kohustuslikkuse suhtes samal seisukohal, tuues põhjuseks, et see küsimus ei ole selgelt ja üheselt reguleeritud. Samuti arvati, et lasteasutuses töötamine ei taga tervishoiutöötajale tema kvalifikatsiooni säilimist.

Enam kui pooled lasteasutuste tervishoiutöötajatest ei ole registreeritud Tervishoiuametis

Intervjuudes väidetu põhjal on lasteasutuste tervishoiutöötajatest Tervishoiuameti registris registreeritud pigem need, kes töötavad põhikohaga mõnes tervishoiuasutuses. Tervishoiuametis oli 03.03.2005. a seisuga registreeritud vaid 46% lasteasutuses täis- või osalise koormusega töötavatest tervishoiutöötajatest. Arste on lasteasutuse tervishoiutöötajate hulgas vaid 7%. Lisaks on tervishoiutöötaja ametikohal 3 mittemeditsiinilise haridusega inimest.

Osa lasteasutusi on välja toonud, et vanemad tervishoiutöötajad (eelkõige pensioniealised) ei soovi end registreerida. Alla 50aastastest on registreeritud 55% ning 50aastastest ja vanematest 42%.

Lasteasutuse tervishoiutöötajad saavad täienduskoolitust nõutavast mahust oluliselt vähem

Sotsiaalministri määrus “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded”(§ 8 lg 2) kohustab tervishoiuteenuse osutajat tagama tervishoiutöötajatele täienduskoolituse minimaalselt 60 tundi aastas. Eespool välja toodud ebaselgete kvalifikatsiooninõuete ja asjaolu tõttu, et lasteasutus pole tervishoiuteenuse osutaja, ei ole ka ühtset arusaama, kas lasteasutuse tervishoiutöötaja peab täienduskoolituse miinimumnormi täitma. Et lasteasutuse tervishoiutöötaja ei ole pedagoog, ei ole ka lasteasutus või kohalik omavalitsus kohustatud talle tagama pedagoogidele mõeldud tööalast täienduskoolitust ega saa selleks riigieelarvest taotleda pedagoogidele ette nähtud 3% palgafondist.⁵⁰ Kohustuslikku täienduskoolituse nõuet lasteasutuse tervishoiutöötajal pole, samuti puudub seadustes lasteasutuse tervishoiutöötaja õigus täienduskoolitusele oma pädevuse säilitamiseks.

Küsitlusele vastanud 275 lasteaiast, kus vastav ametikoht on täidetud, vastas 207, et nende tervishoiutöötaja on viimase kolme aasta jooksul tervisekoolitustel osalenud. Enamuse asutuste (60%) tervishoiutöötajad olid nende aastate jooksul läbinud 1–3 koolitust (vt tabel 10). Kuigi küsitlustes ei uuritud lasteasutuste tervishoiutöötajate koolituse mahtu, võib vastuste ning intervjuude põhjal hinnanguliselt öelda, et eespool nimetatud määruses tervishoiutöötajatele ette nähtud 60 tundi täienduskoolitust aastas pakub oma tervishoiutöötajatele väga vähe (alla 15–20%) lasteasutusi. Ka laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi raames tehtud küsitluses leiti, et lasteasutuste tervishoiutöötajad on viimase viie aasta jooksul koolitusi saanud silmatorkavalt vähe.⁵¹ Paremas seisus on lasteasutused, mille tervishoiutöötaja töötab osaliselt ka tervishoiuasutuses, kes tema koolituse tagab.

⁴⁹ Tulenevalt sotsiaalministri 10.01.2002. a määruse nr 11 “Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu” punktist 1.3 on iseseisvalt osutatavateks õendusabi tervishoiuteenusteks vaid koolitertvishoiuteenus ning koduõendus-
hooldusteenus.

⁵⁰ Täiskasvanute koolituse seadus, §13 lg 5¹ ja 5² (RT I 1993, 74, 1054)

⁵¹ Laste ja noorukite terviseprogramm aastani 2005. 2004. a tegevusaruanne, lasteaiatöötajate küsitluse tulemused (84 küsitletut, sh 26 tervishoiutöötajat). TAI 2005.

Tabel 10. Tervishoiutöötajate läbitud koolituste arv

Koolituste arv	1	2	3	4	5 või enam	Vastamata	Kokku
Lasteasutuste arv	48	41	37	25	52	4	207
Lasteasutuste osakaal, %	23,2	19,8	17,9	12,0	25,0	1,9	100

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring. Avatud küsimuse analüüs.

Suurima osa koolituste mahust moodustavad toiduhügieeni ja esmaabikoolitused. Toiduseadusega (§29) toidu käitlejatele kohustuslikuks tehtud toiduhügieenikoolitust on tervishoiutöötaja saanud 95 ning esmaabi koolitust 66 lasteasutusest.

Riigikontrolli hinnangul ei ole praegu tagatud kvalifitseeritud tervishoiuteenuse osutamine lasteasutustes, sest enamik lasteasutuste tervishoiutöötajad on õppeasutuse lõpetanud suhteliselt kaua aega tagasi (54% neist rohkem kui 30 aastat tagasi), täienduskoolitusi saavad lasteasutuse tervishoiutöötajad vähe ning üle poolte neist ei täida ametlikku kvalifikatsiooninõuet.

Ettepanekud sotsiaalministrile

Koostöös haridus- ja teadusministriga otsustada, millisel määral on tervishoiuteenus lasteasutuses vajalik ja selle osutamine kohustuslik ning kas teenuse osutamiseks peab lasteasutuses olema tervishoiutöötaja.

- **Kui tervishoiuteenuse või -töötaja kohustuslikuks muutmist peetakse vajalikuks, siis**
 - töötada välja tervishoiutöötaja miinimumülesanded, mille täitmine nõuab tervishoiutöötaja kvalifikatsiooni ning mis peavad olema täidetud kõigis lasteasutustes (nt laste regulaarne läbivaatus teatud arv kordi aastas). Tagada riigipoolne täiendav rahastamine kokku lepitud tervishoiutöötaja kvalifikatsiooni nõudvate miinimumülesannete täitmiseks. Riiklikult mitterahastatavate ülesannete täitmist on lasteasutustel võimalik vajaduse korral tagada kohaliku omavalitsuse vm lasteasutuse omaniku eelarvest;
 - tervishoiuteenuse osutamiseks leppida kokku tervishoiutöötaja koormus tulenevalt lasteasutuste tüübist ja suurusest (laste või rühmade arv, eri- või sobitusrühmade olemasolu jm);
 - määrata lasteasutuse suurus, millest alates on tervishoiutöötaja olemasolu või teenus kohustuslik.
- **Kui tervishoiuteenuse või -töötaja kohustuslikuks muutmist ei peeta vajalikuks, siis** määrata kindlaks, milliste praeguste tervishoiutöötaja ülesannete täitmine ning kelle poolt tuleb tagada juhul, kui tervishoiutöötaja lasteasutuses puudub. See aitab likvideerida praeguse olukorra, kus osa ülesandeid peavad täitma vaid need lasteasutused, kus tervishoiutöötaja on olemas.

Koostöös haridus- ja teadusministriga tagada võimalused laste tervise paremaks jälgimiseks lasteasutuses. Järgnevate ettepanekute täitmine on vajalik sõltumata sellest, kas tervishoiuteenuse osutamine on kõigis lasteasutustes kohustuslik või mitte.

- Kehtestada lasteasutuse tervishoiutöötaja ja lapse perearsti kohustused ja vastutus lasteasutuse laste tervise jälgimisel. Reguleerida selgelt infovahetus lasteasutuse ja perearsti vahel, sh täpsustades pärast lapse haigestumist perearsti väljastatavate tõendite sisu (nt kas laps peab olema kehalisest tegevusest vabastatud), samuti Tervisekaitseameti või perearsti kohustus informeerida lasteasutust nakkushaigustest ning kinnitada vastav nakkushaiguste loetelu.

- Teavitada kohalikke omavalitsusi vajadusest täita isikuandmete kaitse seadusega nõutavat registreerimiskohustust laste terviseiga seotud delikaatsete isikuandmete töötlemisel (sh vastava info rühmapäevikusse kandmisel).
- Töötada lasteasutuse jaoks välja ühtne kord ja/või soovituslikud juhendid erinevate laste terviseiga seotud ülesannete täitmiseks, nt milliste haigustunnustega last ei tohi lasteasutusse tuua, millised on tänapäevased eelkooliealise laste toitumisnormid ja näidismenüüd.
- Kaaluda kohalikele omavalitsustele ja hoolekogule esitatava tervisealase aruandluse nõude otstarbekust. Kui aruandlust peetakse vajalikuks, tagada kohustusele vastav aruandlussüsteem, kinnitades tervisealase aruande vormi lasteasutuse jaoks.
- Kehtestada selgelt lasteaia tervishoiutöötajatele sarnased kvalifikatsiooninõuded teiste tervishoiuteenust osutavate tervishoiutöötajatega (kohustuslik täiendusõpe, registrisse kandmine) ning järelvalve kaudu tagada selle kohustuse täimine.

Jüri Kõrge
III auditiosakonna peakontrolör

Lisad

1. Auditi käigus korraldatud intervjuud

Kuupäev	Asutus	Intervjuu
Laiendatud fookusega intervjuud⁵²		
12.07.04	Sotsiaalministeerium	Anneli Taal (rahvatervise osakonna juhataja), Helja Eemois (laste tervise spetsialist)
14.07.04	Eesti Haigekassa	Sirje Vaask (tervishoiuspetsialist)
28.07.04	SA Tallinna Lastehaigla	Lagle Suurorg (kvaliteedijuht), Mall-Anne Riikjärv (ravijuht), Esti Põldmaa (pediaater), Mari Laan (pediaater)
23.08.04	Pärnu Maavalitsus	Epp Klooster (sotsiaal- ja tervishoiu osakonna juhataja)
23.08.04	OÜ Kesklinna Tervisekeskus (Pärnu)	Jaan Lemendik (peaarst), Inga Kuldmäe (ülemõde), Marja Laineste (koolide vanemõde)
25.08.04	Tervise Arengu Instituut	Maarika Harro (direktor), Kädi Lepp (koolitervise peaspetsialist), Liana Varava (laste tervise peaspetsialist), Mai Maser (laste tervise ekspert), Aljona Kurbatova (strateegia ja planeerimise osakonna juhataja), Malle Roomeldi (vaimse tervise peaspetsialist)
02.09.04	Tervisekaitseinspeksioon	Mihhail Muzõtšin (peadirektori asetäitja)
16.09.04	Tallinna Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuamet (TSTA)	Ene Tomberg (juhataja asetäitja)
17.09.04	Eesti Õdede Liit	Ester Pruuden (president), Tiina Tõemets (juhatuse liige)
21.09.04	Haridus- ja Teadusministeerium	Heda Kala (alus- ja põhihariduse talituse ekspert)
22.09.04	Tartu Ülikooli lastekliinik	Vallo Tillmann (juhataja), Iisi Saame (direktor), Tiina Talvik (neuroloogia osakonna arst-konsultant), Ülle Pant (ülemõde), Heli Grünberg (üldpediaatria osakonna juhataja),
26.10.04	Tallinna tervisekaitsetalitus	Jelena Tomasova (osakonna juhataja, direktori kt), Lembi Tamm, (vaneminspektor), Jelena Andrianova (vaneminspektor)
Eelkoolialiste laste fookusega intervjuud		
18.10.04	Sotsiaalministeerium	Anneli Taal (rahvatervise osakonna juhataja), Helika Hermlin (peaspetsialist)
25.10.04	Tervise Arengu Instituut, tervist edendavate lasteaedade projekt	Liana Varava (laste tervise peaspetsialist)
24.11.04	Tallinna lasteaed Pallipõnn	Maire Kaljuveer (juhataja), Erika Simmulson (juhataja asetäitja), Liisa Annus (tervishoiutöötaja)
11.01.05	Sotsiaalministeerium	Ivi Normet (tervishoiuosakonna juhataja), Helika Hermlin (peaspetsialist), Marek Seer (peaspetsialist)
27.01.05	OÜ Kalamaja Perearstid	Ene Loitme (Tallinn)
28.01.05	Eesti Haigekassa	Arvi Vask (juhatuse liige), Reet Kambla (siseauditi osakonna juhataja), Sirje Vaask (tervishoiupeaspetsialist)
04.02.05	Pärnu Linnavalitsus	Ada Kraak (linnaarst),

⁵² Auditit alustati laiemal fookusega, mis hõlmas ka koolialisi lapsi.

		Marga Napp (alushariduse peaspetsialist)
08.02.05	Tartu Linnavalitsuse linnaarstiteenistus	Sirje Kree (juhataja)
08.02.05	Tartu Linnavalitsuse haridusosakond ja Tartu linna lasteaed	Meeri Tampere (peaspetsialist alushariduse alal), Anne Juhkam (peaspetsialist finantseerimise alal), Eike Lillemets (Tähtvere lasteaia juhataja)
09.02.05	Tartu Maavalitsus ja Tartu maakonna lasteaed	Annely Vösaste (haridus- ja kultuuriosakonna metoodik), Õnne Oja (Luunja lasteaia Midrimaa juhataja), Lea Pung (Valguta lastead-alkooli juhataja), Kersti Mihailov (Elva lasteaia Önneseen juhataja)
09.02.05	OÜ Ülikooli Perearstikeskus	Heidi-Ingrid Maaroo (polikliiniku ja peremeditsiini korraline professor, perearst); Ruth Kalda (polikliiniku ja peremeditsiini dotsent, erakorraline vanemteadur, perearst); Anneli Rätsep (polikliiniku ja peremeditsiini teadur, perearst)
16.02.05	OÜ Perearstide Keskus Neeme	Irina Tšern (Toila perearst), Silvi Ruusmäe (Toila pereõde, kooliõde)
16.02.05	OÜ Järve Tervisekeskus	Natalja Loginova (Kohtla-Järve)
16.02.05	Sillamäe Linnavalitsus	Tiina Kasema (haridus- ja kultuuriosakonna juhataja)
17.02.05	Vaivara lasteaed	Thea Liiva (lasteaia juhataja)
18.02.05	Haridus- ja Teadusministeerium	Heda Kala (alus- ja põhihariduse talituse ekspert), Tiina Peterson (järelevalve osakonna järelevalve talituse peainspektor alushariduse alal)
02.03.05	Tervise Arengu Instituut	Aljona Kurbatova (strateegia ja planeerimise osakonna juhataja), Anu Harjo (tervise edendamise osakonna juhataja)

Päringud:

- Haigekassa (kuni 7aastaste laste 2003. a perearsti-raviarved, kuni 7 a laste arv perearsti nimistus, perearsti lisatasu süsteemi kirjeldus, koolitervishoiu 2004. a II poolaasta aruannete kokkuvõte, hinnang raviarvete analüüsi tulemustele)
- Tervishoiuamet (koolieelse lasteasutuse tervishoiutöötaja pädevus)
- Õiguskantsler (hinnang KELSile)
- Haigekassa Harju osakond (koolitervishoiu aruanded, usaldusarsti kontrollaktid juhendi täitmisest)
- Statistikaamet (alushariduse statistika väljavõte)
- TAI (laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aruanded, programmi rahastamine, seaduse muudatuste algatused)
- Andmekaitse Inspeksioon (delikaatsete isikuandmete töötlemise kohta koolieelses lasteasutuses)
- Maavalitsused, kohalikud omavalitsused (koolieelsed lasteasutused piirkonnas)
- Sotsiaalministeerium (rahvatervise osakond, hoolekande osakond)
- Tallinna Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuamet, haridusamet (eelkooliealiste laste tervishoiukorraldus Tallinnas)
- Kadrina vallavalitsus, Kadrina perearst (eelkooliealiste laste tervishoiukorraldus)
- Pärnu perearst Mare Kerner (eelkooliealiste laste tervishoiukorraldus)

2. Eelkooliealiste laste tervist (kaudselt) käsitlevad strateegilised dokumendid

- Laste ja perepoliitika kontseptsioon. Kinnitanud Vabariigi Valitsus 11.12.2003. a (Rahvastikuministri büroo)
- Rahvastikupoliitika aluste elluviimise strateegia 2005–2008 (Rahvastikuministri büroo)
- Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 (Sotsiaalministeerium)
- Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm aastateks 1997–2007 Heaks kiidetud Vabariigi Valitsuse 25.11.1997. a istungil nr 56 (Sotsiaalministeerium)
- Immunoprofülaktika riiklik programm nakkushaiguste vältimiseks aastatel 2001–2005. Kinnitanud Vabariigi Valitsus 05.01.2001 korraldusega nr 2-k (Sotsiaalministeerium)
- Riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 2004–2007. Kinnitanud Vabariigi Valitsus 30.10.1997. a korraldusega nr 799-k (Sotsiaalministeerium)
- HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002–2006. Kinnitanud Vabariigi Valitsus 04.12.2003. a korraldusega nr 804-k (Sotsiaalministeerium)
- Eesti keskkonnatervise riiklik programm. Vabariigi Valitsuses heaks kiidetud 15.06.1999 (Sotsiaalministeerium)
- Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Välja töötanud poliitikauuringute keskus Praxise 2002. a (Sotsiaalministeeriumi tellimusel) (Sotsiaalministeerium)
- Eesti noorsootöö kontseptsioon, Eesti noorsootöö arengukava 2001–2004. Kinnitanud Vabariigi Valitsus 03.07.2001. a (Haridus- ja Teadusministeerium)
- Kultuuriministeeriumi hallatavad programmid/projektid: sportlik-kultuuriline koolivaheaja projekt; regionaalsete tervisespordikeskuste programm 2003–2006; mängu- ja spordiväljakute programm
- Eesti Haigekassa tervist edendavad ja haigusi ennetavad projektid

3. Tervisega seotud projektid ja toetused lasteasutustes

Lisaks riiklikult korraldatavale tegevusele saavad lasteasutused ise tervisedenduslikuks tegevuseks raha taotleda ning projekte ellu viia. Antud teematikat uuris Riigikontroll lasteasutustes tehtud küsitluses, kus uuriti, kui palju on lasteaiad saanud eelarvevälist toetust tervisega seotult. Kolme aasta jooksul (2002.–2004. a) on erinevatest allikatest eelarvevälist finantseerimist toonud välja ca 70 lasteasutust erinevatest maakondadest. Vastuste põhjal võib liigitada peamiste finantseerimise allikatena sponsorluse ning Haigekassa, Kultuuriministeeriumi, Hasartmängumaksu nõukogu ja Keskkonna investeringute keskuse projektid ja toetused. Lisaks on mitmeid asutusi, assotsiatsioone, liite, kes on lasteasutusi ühekordselt toetanud. Suuremad toetussummad on jaganud Hasartmängumaksu nõukogu ning Haigekassa. Esimestest on raha kulunud peamiselt remondi ja renoveerimistöödele. Haigekassa finantseeritud projekte iseloomustab mitme lasteaiaga koostöö rahade kasutamisel. Sponsorluse kohta saab välja tuua, et seda eksisteerib vaid Harjumaa ning Tallinna ja Tartu lasteasutustes.

Toetuse liik	Toetuse suuruse vahemik (kr)	Kommentaar
Heategevus, sponsorlus	700–100 000	Saanud ainult Harjumaa, Tallinna ja Tartu lasteasutused
Keskkonna Investeeringute Keskus	4 200–22 000	Aastas on saanud raha 2–3 lasteasutust
Hasartmängumaksu Nõukogu*	3 000–350 000	Suured toetussummad on peamiselt läinud hoonete või söökla renoveerimiseks. Väiksemaid summasid on antud tervist edendavatele projektidele (3000–20 000 kr).
Haigekassa tervist edendavad projektid	5 000–120 000	Suuremad summad on mitme lasteaiaga ühisele projektile.
Kultuuriministeeriumi projektid	3 000–45 000	Enamik seotud sportlik-kultuurilise vaheaja projektiga, toetatud on raamatute soetamist ja mänguväljaku ehitamist
Muud projektid	2 000–160 000	Energia Säästu Projekt, Kohaliku Omaalgatuse Programm, Eesti Olümpiakomitee, SAPARD, Ettevõtluse Arendamise Sihtasutus, Kultuurkapital, Lastekaitse Liidu Viljandi osakond, Ettevõtlike Daamide Assotsiatsioon
Omatulu		Ühel lasteaiaga

Allikas: Riigikontrolli tehtud koolieelsete lasteasutuste küsitluse vastused.

*Riigikontrollil on põhjust arvata, et lasteasutused pole hasartmängumaksust makstavaid toetusi saanud mitte ainult Hasartmängumaksu Nõukogu kaudu, vaid ka laste, noorte, perede, vanurite ja puuetega inimestega seotud regionaalprogrammide investeringuteks mõeldud hasartmängumaksu rahast, mida jagab Sise- ja kohaliku omavalitsuste ministeeriumi juurde loodud komisjon.

Kokkuvõttes võib öelda, et eelarveväliseid projekte on suhteliselt vähe. Suurim erinevus TEL liitunud ja mitteliitunud vahel tuleb välja just tervisedendavate projektide osas – liitunud on rohkem tervisedenduslike projekte.

Ravikindlustusest finantseeritavate projektide arv on langemas, kuna Haigekassa läks 2005. a üle tervisedenduslike projektide riigihankepõhisele rahastamisele ning väikestel lasteasutustel on tingimuste karmistumise tõttu üksi neid peaaegu võimatu taotleda. Seega kaob lasteasutustelt oluline võimalus eelarveväliseks tegevuseks finantseeringut leida.

4. Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005 rahastamine alaprogrammide kaupa

	2000		2001			2002			2003			2004		2005	
	eelarve	aruanne	eelarve	lisa-eelarve	aruanne	eelarve	aruanne	lisa-eelarve	eelarve	aruanne	lisa-eelarve	eelarve	aruanne	eelarve	aruanne
Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm	2 323 700	2 323 400	1 000 000	163 000	1 133 000	970 000		0	970 000		0	1 135 000	1 135 000	1 135 000	
Rakendusasutusele kokku	2 207 600		945 750			940 900	940 899		935 500	932 903		1 135 000			Pole veel esitatud
Laste vaimne tervis	293 604								149 429			130 000			
Toit koolieelasutustes ja koolis	377 000														
Laste kehaline aktiivsus ja traumade ennetamine	254 325														
Tervishoid koolis ja koolieelasutustes	260 782														
Tervislik ja toetav õpikeskkond	180 000								181 887			477 600			
Tervist edendava lasteaia kujundamine									283 972			355 000			
Programmi hindamine ja arendustöö	786 699								306 212			172 400			
Juhtasutuse üldkulu (2,5%)	55 129		24 250			23 497			14 000			tegevuste kaupa			tegevuste kaupa
Programmi haldamine															
Sotsiaalministeeriumile	116 100		30 000			5 603			34 500			Sotsiaalministeeriumi tegevuskuludes			Sotsiaalministeeriumi tegevuskuludes

Allikas: Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut.

5. Tervist edendavate lasteaedade projektiga liitunud lasteasutuste võrdlus mitteliitunud lasteasutustega

Riigikontrolli korraldatud lasteasutuste küsitluse vastuste analüüsi olulisemad tähelepanekud (vt ka küsitlusankeeti lisas 9)

- Tervishoiutöötajaid on võrdselt nii tervist edendavate lasteaedade (TEL) projektiga liitunud kui ka mitteliitunud lasteasutustes. Projektiga liitunud lasteasutustes on tervishoiutöötaja valdavalt suurema töökoormusega kui mitteliitunud lasteasutuses (2% liitunud ja 14% mitteliitunud lasteasutustes on tervishoiutöötaja töökoormus alla 0,5).
- TEL-projektiga liitunud lasteasutused on kõikidel uuritud aastatel saanud rohkem lasteasutuse eelarve välist toetust.
- TEL-projektiga liitunud lasteasutused hindavad suhtlust perearstiga paremaks kui mitteliitunud (45% liitunutest väitis, et infot vahetatakse suhteliselt palju või infovahetus ja koostöö on väga hea, mitteliitunutel on sama näitaja 30%).
- TEL-projektiga liitunud lasteasutused esitavad rohkem õigusaktiga⁵³ nõutud tervisekaitse ja -edenduse teemalist aruandlust lasteasutuse hoolekogule ja kohalikule omavalitsusele (vastavalt 33% ja 15%). Samas on vähestes projektiga liitunud lasteasutustes selleks välja töötatud vorm.
- Nii TEL-projektiga liitunud kui ka mitteliitunud lasteasutustes viib tervisekasvatust läbi nii tervishoiutöötaja kui ka lasteaia kasvataja/pedagoog. Liitunud lasteasutuste vastustes on märgatavalt suurem muu töötaja poolt läbiviidav tervisekasvatuse osakaal (juhataja, õpetaja abi vms), mis viitab TEL-põhimõtete järgimisele ehk kogu lasteaia kaasatusele (vastavalt 45% ja 22%).
- TEL-projektiga liitunud lasteasutustest pole ühtegi, kes ütleks, et nad ei ole saanud tervisekasvatuslikke materjale. Erinevus teistes vastusevariantides, v.a koolilastele mõeldud tervisekasvatuslike materjalide osas, on olemas ning see on TEL-projektiga liitunute kasuks (keskmiselt 10% rohkem lasteasutusi on igas kategoorias maininud materjalide saamist).

⁵³ Sotsiaalministri 25.10.1999. a määrus nr 64 "Koolieelse lasteasutuse tervisekaitse-, tervise edendamise, päevakava koostamise ja toitlustamise nõuete kinnitamine"

6. Tervishoiustatistiliste aruannete nimekiri

Tervishoiuteenuseid osutava juriidilise isiku poolt maavanemale ja maavanema poolt sotsiaalministrile esitatavate tervishoiustatistiliste aruannete nimekiri:⁵⁴

- «Tervishoiupersonal» (aastaruanne);
- «Tervishoiuasutus» (aastaruanne);
- «Haigla» (aastaruanne);
- «Rasedad ja sünnitajad» (aastaruanne);
- «Laste arstiabi» (aastaruanne);
- «Naha- ja suguhaigused» (aastaruanne);
- «Psüühika- ja käitumishäired» (aastaruanne);
- «Hambaarsti aruanne» (aastaruanne);
- «Päevaravi» (aastaruanne);
- «Ravivoodid ja hospitaliseerimine» (kuuaruanne);
- «Arsti vastuvõtud ja koduvisiidid» (kvartaliaruanne)
- «Esmased kinnitunud HIV positiivsed uuringud» (kuu- ja aastaruanne);
- «Tervishoiuteenuse osutaja üldandmed» (aastaruanne).

⁵⁴ Sotsiaalministri 14.02.2005. a määrus nr 16 "Tervishoiustatistiliste aruannete vormid ning nende esitamise kord"

7. Tervishoiutöötaja olemasolu munitsipaallasteasutustes

	Olemas	%	Puudub	%	Muu	%	Lasteasutusi kokku
Narva	24	100,0	0	0,0	0	0,0	24
Pärnu	14	100,0	0	0,0	0	0,0	14
Tartu	24	88,9	2	7,4	1	3,7	27
Ida-Virumaa (v.a Narva)	28	80,0	7	20,0	0	0,0	35
Tallinn	97	73,5	33	25,0	2	1,5	132
Harjumaa (v.a Tallinn)	34	60,7	21	37,5	1	1,8	56
Tartumaa (v.a Tartu)	17	60,7	9	32,1	2	7,1	28
Jõgevamaa	11	52,4	8	38,1	2	9,5	21
Valgamaa	9	42,9	12	57,1	0	0,0	21
Võrumaa	8	42,1	11	57,9	0	0,0	19
Järvamaa	9	39,1	14	60,9	0	0,0	23
Saaremaa	7	38,9	11	61,1	0	0,0	18
Pärnumaa (v.a Pärnu)	10	34,5	16	55,2	3	10,3	29
Raplamaa	11	34,4	20	62,5	1	3,1	32
Hiiumaa	2	33,3	4	66,7	0	0,0	6
Läänemaa	6	31,6	12	63,2	1	5,3	19
Põlvamaa	5	31,3	11	68,8	0	0,0	16
Viljandimaa	11	29,7	23	62,2	3	8,1	37
Lääne-Virumaa	7	28,0	17	68,0	1	4,0	25
Lasteasutusi kokku	334	57,4	233	40,0	17	2,9	582

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring

8. Tervishoiutöötajate keskmine töökoormus ja töötasu

Maakond/linn	Lasteasutuste arv	Keskmine töötasu (krooni)	Keskmine töökoormus (ametikohta)	Täiskoormuse töötasu (krooni)	Keskmine laste arv lasteasutuses
Narva	20	4513	1,48	3060	127
Pärnu	12	3610	0,75	4813	140
Raplamaa	6	3174	0,83	3809	93
Ida-Virumaa	20	3059	0,95	3220	112
Põlvamaa	3	2792	0,83	3350	147
Võrumaa	6	2595	0,71	3664	135
Harjumaa	25	2584	0,75	3464	113
Tallinn	68	2572	0,73	3520	139
Tartu	19	2266	0,57	3998	177
Saaremaa	5	2221	0,70	3172	96
Viljandimaa	8	2194	0,57	3857	106
Lääne-Virumaa	6	2177	0,45	4837	161
Pärnumaa	10	1802	0,54	3368	80
Läänemaa	6	1790	0,55	3255	89
Tartumaa	14	1640	0,45	3617	68
Jõgevamaa	8	1624	0,41	3972	91
Järvamaa	8	1550	0,39	3937	84
Valgamaa	6	1474	0,42	3509	66
Hiiumaa	2	1271	0,38	3390	90
Kokku	252	2583	0,73*	3533	121

*Kuna väikses osas lasteasutustest töötab kaks või rohkem tervishoiutöötajat, on töökoormus lasteasutuse kohta suurem kui tekstis toodud koormus tervishoiutöötaja kohta (0,65).

Allikas: Riigikontrolli lasteasutuste uuring.

9. Küsimustik lasteasutustele⁵⁵

Kontaktandmed:

Vastaja nimi Lasteasutuse nimi
(linn/vald)..... (maakond).....

1. Kas lasteasutuses on olemas tervishoiutöötaja ametikoht ning kas see on täidetud?

- Jah, ametikoht on täidetud.
 Ametikoht on olemas, aga pole täidetud.
 Ostame tervishoiutöötaja teenust lepinguga.
 Ei.
 Muu variant

2. Kui tervishoiutöötajat Teie lasteasutuses ei ole, siis mis aastast alates ta puudub?

3. Kui tervishoiutöötajat Teie lasteasutuses ei ole, siis millistel põhjustel ta puudub?

NB! Küsimustele 4–8 saavad vastata vaid asutused, kus tervishoiutöötaja on olemas. Kui Teie asutuses tervishoiutöötaja puudub, jätkake vastamist küsimusest 9.

4. Kirjutage tervishoiutöötaja kohta järgmised andmed (kui on mitu töötajat, siis kirjutage andmed kõigi kohta):

Nimi	Omandatud eriala	Õppeasutus	Lõpetamise aasta	Töökoormus	Teie poolt makstav palk või lepingutasu kuus (bruto)

5. Kas tervishoiutöötaja ülesanded on kirjalikult sätestatud?

- Jah, tema ametijuhendis
 Jah, tema lepingus
 Jah, muu variant. Täpsustage

Ei

6. Kui ülesanded on kirjalikult sätestatud, lisage tagastatavale küsimustikule väljavõte või koopia antud dokumendist. Kui koopiat ei ole võimalik lisada, kirjutage lünka tervishoiutöötaja kõik ülesanded tema ametijuhendist, lepingust vm dokumendist.

7. Kui tervishoiutöötaja täidab lisaks paberil sätestatule veel ülesandeid, kirjutage ka need. Kirjutage lünka tema tööülesanded ka juhul, kui vastav ametlik dokument puudub.

8. Kas tervishoiutöötaja praegused ülesanded on Teie arvates piisavad ja vajalikud?

- Jah.
 Ei, tal võiks olla rohkem ülesandeid. Millised?

Ei, osa ülesandeid võiks ära võtta. Millised?

9. Kas laste tervisega seotud ülesandeid täidab veel keegi asutuse personalist? Kui jah, siis kirjutage ülesanded ja nende täitjad.

10. Kas peate vajalikuks meditsiiniharidusega tervishoiutöötaja olemasolu lasteasutuses?

- Jah.
 Ei.
 Puudub seisukoht

⁵⁵ Käesolevas lisas on ruumi kokkuhoidmiseks originaalküsimustikuga võrreldes vähendatud fonti, vastuselahtrite ja -lünkade suurust, samuti lisalahtrite arvu.

11. Põhjendage oma seisukohta tervishoiutöötaja vajalikkuse kohta.

12. Kas Teie lasteasutuses on erirühmi või sobitusrühmi? Vajaduse korral märkige mitu vastusevarianti.

- Jah, sobitusrühmi.
 Jah, erirühmi.
 Ei.

13. Kas Teie asutusel on olemas ülevaade lapse tervises seisundist? Märkige sobivasse lahtrisse rist ning lisage vajaduse korral märkuste lahtrisse selgitus.

	Kõikide laste kohta	Enamiku laste kohta	Umbes poolte laste kohta	Väheste laste kohta	Info puudub	Muu variant	Lisamärkused (muu variandi korral selgitus)
Laste pikkus ja kaal							
Milliseid haigusi laps on põdenud?							
Kas ja milliseid tervisehäireid lapsel esineb?							
Kas ja milliseid käitumishäireid lapsel esineb (nt hüperaktiivsus)?							
Kas ja milliseid kroonilisi haigusi lapsel esineb?							
Kas ja milliseid allergiaid lapsel esineb?							
Kas iga lapse kohta on eraldi tervisekaart							
Muu info							

14. Kui palju vahetab Teie lasteasutus infot laste perearstidega?

- Infot omavahel peaaegu ei vahetata (vaid tõend pärast laste haigestumist)
 Infot vahetatakse vähe
 Infot vahetatakse suhteliselt palju
 Infovahetus ja koostöö on väga hea
 Muu variant ...

15. Kas Teie lasteasutuses on hoolekogu eraldi kinnitanud laste tervise ja haigestumise korra või juhendi?

- Jah
 Ei

16. Kui vastasite eelmisele küsimusele jaatavalt, siis loetlege palun kinnitatud dokumendid.

17. Kui peate vajalikuks mõne terviseiga seotud korra või juhendi kehtestamist riiklikult lisaks olemasolevatele, kirjutage need palun. ...

18. Kas Teie lasteasutus esitab aruandeid tervisekaitse ja terviseedendamise nõuete täitmise kohta omavalitsusele ja hoolekogule?

- Jah, esitab.
 Ainult hoolekogule, omavalitsus ei nõua aruandlust.
 Ainult omavalitsusele, hoolekogu ei nõua aruandlust.
 Ei esita.

19. Kas eelnevas küsimuses nimetatud aruandluseks on olemas eraldi aruandevorm? Vajaduse korral märkige mitu vastusevarianti.

- Jah, omavalitsuse välja töötatud
- Jah, lasteasutuse enda välja töötatud
- Ei
- Muu variant

20. Kas Teie lasteasutus on viimasel kolmel aastal lisaks lapse kohta makstavale pearahale saanud lisarahastust? Kui jah, siis märkige summa ja otstarve.

	2002. a	2003. a	2004. a
Omavalitsuselt, nimetage summa ja otstarve ⁵⁶			
Muust allikast, nimetage allikas, summa ja otstarve?			

21. Kas Teie lasteasutuse töötajad on saanud viimasel kolmel aastal tervisekoolitust? Vajaduse korral märkige mitu vastusevarianti.

- Jah, tervishoiutöötaja. Loetlege koolitused
- Jah, teised asutuse töötajad. Loetlege koolitused
- Ei

22. Millistel teemadel on Teie asutus viimase aasta jooksul läbi viinud tervisekasvatust lastele? Vajaduse korral märkige mitu vastusevarianti.

- Hügieen
- Toitumine
- Narkootikumid või AIDS (nt et maas olev süstal on ohtlik)
- Liiklusohutus, traumade ennetamine
- Käitumine õnnetuse/trauma korral, esmaabi
- Muud teemad

23. Kes tegeleb Teie asutuses tervisekasvatusega? Vajaduse korral märkige mitu vastusevarianti.

- Tervishoiutöötaja
- Lasteaia kasvataja/pedagoog
- Muu töötaja

24. Kas olete saanud oma lasteaia jaoks tervisekasvatustlikke materjale? Vajaduse korral märkige mitu vastusevarianti.

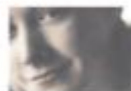
- Jah, oleme saanud just eelkooliealiste laste jaoks koostatud materjale.
- Oleme saanud koolilaste jaoks tehtud materjale, mida oleme lasteaialaste jaoks kohandanud.
- Meil on lasteasutuse enda koostatud materjalid.
- Ei, meil ei ole selliseid materjale.
- Oleme saanud teisi tervise edendamise alaseid materjale.
- Muu variant

25. Kui Teil on antud teema või küsimuste kohta lisakommentaare, palun kirjutage need.

TÄNAME!

⁵⁶ Omavalitsuse lisarahastust auditis ei analüüsitud, sest erinevate omavalitsuste rahastamise alused osutusid selleks liiga erinevaks.

Sotsiaalministri, haridusministri ja Eesti Haigekassa
juhatuse esimehe vastused



Hr Jüri Kõrge
Riigikontroll
Narva mnt 11 a
15013 Tallinn

Teie 17.05.2005 nr OSIII-2-7.1/05/751

Meie 17.06.2005 nr 13.1-5/4870

Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus

Lugupeetud härra Kõrge

Olles tutvunud Riigikontrolli kontrollaruande eelnõuga OSIII-2-5/05/40 „Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus“, esitame Teile omapoolsed vastused kontrollaruande eelnõus toodud ettepanekutele.

Meie vastused on toodud ettepanek-vastused vormis, kus Riigikontrolli ettepanekutele järgneb meie vastus.

1. Täiendada kehtivat lastekaitse seadust või koostada uus ning tagada, et see sätestaks konkreetselt, kuidas ja milliste normatiivide kaudu on korraldatud laste tervishoid (tagatud õigus võimalikult heale tervisele, ravivahenditele ning tervise taastamisele).
Kajastada terviklikult laste tervishoiu korraldus „Lapse õiguste tagamise strateegias“ ja „Lastekaitse kontseptsioonis“ ning tagada kõikide püstitatud eesmärkide elluviimine.

Käesoleval ajal on Sotsiaalministeeriumis alustatud uue lastekaitse seaduse eelnõu koostamist, mis peaks valmima 2006.a lõpuks ja kehtima hakkama alates aastast 2007. Leiame, et lastekaitse seadusega ei peaks reguleerima kogu lastele suunatud tervishoiukorraldust, vaid laste tervisekaitse põhinõudeid.

Samuti leiame, et laste tervishoiu korraldus on osa üldisest tervishoiukorraldusest, mis on reguleeritud peamiselt tervishoiuteenuste korraldamise seadusega ja ravikindlustusseadusega ning me ei pea vajalikuks selle terviklikku kajastamist „Lapse õiguste tagamise strateegias“ ja „Lastekaitse kontseptsioonis“. Samas mõistame, et lapsed on täiskasvanutest erinevate vajadustega sihtrühm ning üldises tervishoiukorralduses on seda arvesse võetud. Näiteks on kõik alla 19aastased ravikindlustatud, mis on kõige olulisemaks kriteeriumiks ravi kättesaadavuse tagamisel.



2. Analüüsida „Laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi aastani 2005“ tegevusi, nende otstarbekust, tulemusi ja mõju. Tagada tulemuslike tegevuste jätkumine ka programmi lõppemise järel.

„Laste ja noorukite riiklik terviseprogramm aastani 2005“ lõpeb käesoleva aastaga ja Sotsiaalministeeriumil on aasta lõpus kavas läbi viia programmi tegevuste ja tulemuste analüüs. Programmi tegevusi jätkatakse alates 2006.aastast „Lapse õiguste tagamise strateegia“ raames ning planeeritud tegevused kajastuvad järgmise aasta tegevuskavas.

Valmivas „Lapse õiguste tagamise strateegia“ 2006.a. tegevuskavas on käsitletud järgmisi tervisealaseid alaeesmärke: 1) tagatakse arstiabi igale Eestis viibivale lapsele; 2) edendatakse laste ja noorte teadlikkust tervislikust eluviisist; 3) rakendatakse kooli ja koolieelsete lasteasutuste tervise kontseptsiooni; 4) tagatakse tervist edendavate koolide ja lasteaedade jätkusuutlik areng ning koordineeritud tegevus.

3. Uurida, miks on ligi 42%-l esimese klassi õpilastel terviseprobleem ning millises vanuses need terviseprobleemid on tekkinud. Selleks luua laste tervise jälgimise süsteem, mis hõlmaks andmeid kõikide eelkooliealiste laste kohta või uurida vähemalt ühel korral eelkooliealiste laste terviseseisundit ning hinnata haiguste levimust.

Leiame, et eristada tuleks kergemaid ja raskemaid tervisehäireid, kuna osad kergemad terviseprobleemid taanduvad iseenesest lapse arengu ja kasvamise käigus või on kergesti korrigeeritavad jälgimise ja ennetustegevusega. Tulevikus tuleks Eesti Haigekassa poolt kogutavat koolitervishoiu aruannet täiendada nii, et saaks eristada, kui palju lapsi on kooli tervishoiutöötaja poolt suunatud tervishoiusüsteemi ja kui palju jääb kooliõe jälgimisele.

Üldiseid tervisenäitajaid ei ole lähitulevikus kõikselt plaanis tsentraalselt koguma hakata, kuna see oleks liiga kulukas ning saadav tulu ei pruugi seda õigustada. Samas ei saa me unustada, et suremus- ja haigestumusstatistika on primaarne vajalik info laste terviseseisundi jälgimiseks ning selles osas on tänasel hetkel tagatud kõikne hõlmatus. Sotsiaalministeerium kogub laste haigestumus- ja tervisenäitajaid vanusrühmiti aruannetega „Tervishoiuasutus“ (esmashaigestumus), „Haiglaravi“, „Naha- ja suguhaigused“, „Psüühika- ja käitumishäired“, „Rasedad ja sünnitajad“ (vastsündinute haigestumine), „Nakkushaigused“, „Laste, õpilaste ja noorukite hõlmatus immuniseerimisega“. Eesti Vähiregister ja Eesti Tuberkuloosiaudmehokogu koguvad kõikset infot vähi- ja tuberkuloosijuhtude kohta. Suremusstatistikat kogub Statistikaamet.

Aastast 2008 käivitub digitaalne terviselugu, mis loob võimalused laste tervisenäitajate paremaks kogumiseks ning kust on tulevikus vastavalt vajadusele võimalik saada agregeeritud informatsiooni sh eelkooliealiste laste tervisenäitajate kohta. Vajadusel saab läbi viia lisauuringuid põhjuslike seoste leidmiseks.

4. Informeerida perearste vajalikkusest teavitada piirkonna sotsiaaltöötajat, kui nende nimistusse kuuluv kuni 7-aastane laps ei ole teatud perioodil perearsti vastuvõtul käinud või perearst ei ole koduvisiidil last näinud.

Nõustume, et oluline on parandada sotsiaaltöötaja ja perearsti koostööd, eeskätt väärkohtlemise osas. Me ei pea otstarbekeks panna perearstidele sotsiaaltöötaja teavitamiskohustust teatud perioodi jooksul arsti vastuvõtule mitteilmumise korral, kuna arsti vastuvõtule mittepöördumise põhjus ei pruugi olla sotsiaalne laadi. Ministeeriumis koostamisel olevas uues lastekaitse seaduses leiab antud teema täpsustamist.

5. Selgitada põhjused, miks suhteliselt suure osa kuni 7-aastaste laste kohta puudus 2003.a perearsti raviarve. Viia läbi võrdus 2004.a raviarvetega, et näha, kas olukord on paranenud. Kui tegu on admekogumissüsteemi puudusega, siis täiustada seda.

Vastavalt Eesti Haigekassa auditi vastuskirjale teostatakse Haigekassa 2003. ja 2004.a. raviarvete võrdlus ning kavandatakse tegevuse osaks ravikindlustuse andmekogu probleemidest

tulenev analüüs laste arvu ja põhivaste vajaduse määramiseks, mis viitab arve
määratlemisele perearsti poolt haigekassa alates 2006.aastast saama isikuandmeid
otse Rahvastikuregistrist, mis hoiab ära arve võtmise ooteaja. Vajadusel rakendatakse
täiendavad meetmed andmekogumissüsteemi täiustamiseks.

6. Kaaluda 3-5 aastaste laste tervisekontrolli lisamist perearstidele kavandatava lisatasu kriteeriumide hulka

Et motiveerida perearste tegelema raskem haiguste ennetamisega, lisatakse Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu „Lisatasu kinnitatud nimistuga tootavale perearstile haigusi ennetava ja krooniliste haiguste jälgimise ning ravitöö tulemuslikkuse eest“. Muudatus jõustub 1. juulil 2007 a. Üks osa ennetavast toost, mida haigekassa hakkab jälgima ja mille alusele lisatasu maksma, on seotud eelkooliealiste laste tervisega: kuni 2aastaste vaktsineerimine, väikelaste üldine tervisekontroll (1.,3., 12. elukuul ning 2 aasta vanuselt) ning esimesse klassi minevate laste läbivaatus.

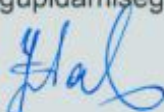
Vastavalt Eesti Haigekassa auditi vastuskirjale kaalutakse Rigikontrolli ettepanekut 3-5 aastaste laste tervisekontrolli lisamiseks perearstidele kavandatava lisatasu kriteeriumide hulka eeltoodud kriteeriumide edasiarendamisel.

7. Koostöös haridus- ja teadusministriga otsustada, millisel määral on tervishoiuteenus lasteasutustes vajalik ja selle osutamise kohustuslik ning kas teenuse osutamiseks peab lasteasutustes olema tervishoiutöötaja.
Koostöös haridus- ja teadusministriga tagada võimalused laste tervise paremaks jälgimiseks lasteasutustes.

Nimetatud probleemidele lahenduste otsimisega hakkab Sotsiaalministeerium koostöös Haridus- ja teadusministeeriumiga tegelema 2006.a., kui tuleb ülevaatamisele kogu koolieelsete lasteasutuste tervisedendus, tervisekaitse ja tervishoiukorraldus.

Täname Teid tehtud ettepanekute eest ja soovime meeldivat koostööd edaspidiseks.

Lugupidamisega



Jaak Aab
Minister

Helika Hermlin 626 9156
Helika.Hermlin@sm.ee



Hr Jüri Kõrge
Riigikontroll
Narva mnt 11a
15013 TALLINN

Meie: 28.06.2005 m 7.1-5/5490

Haridus- ja Teadusministeeriumi seisukoht Riigikontrolli 17.05.2005. a kontrollaruande nr OSIII2-5/05/40 „Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus” eelnõu kohta

Haridus- ja Teadusministeerium peab väga oluliseks tervishoiuteenuse kättesaadavust koolieelses lasteasutuses, sest lapse varajane tervise jälgimine on oluline eelkõige tõsisemate arenguprobleemide märkamiseks ja sekkumiseks. Seetõttu toetame esitatud ettepanekuid - määratleda perearsti kohustused ja vastutus, koostöö lasteasutuse tervishoiutöötajaga, info liikumine.

Nõustume kontrollaruande eelnõus esitatud ettepanekuga tagada koostöös Sotsiaalministeeriumiga võimalused laste tervise paremaks jälgimiseks lasteasutuses. Leiame arusaadavad ja põhjendatud olevat tegevused antud eesmärgi saavutamiseks.

Lugupidamisega

Mailis Reps
Minister

Heda Kala 735 0203
heda.kala@hm.ee



Hr Jüri Kõrge
Riigikontroll
Narva mnt 11a, Tallinn 15013

Teie: 17.05.2005 nr 05111-1-7,1/05/753

Meie: 02.06.2005 nr 1-6/1092-2

Eelkoolialiste laste tervishoiu korraldus

Käesolevaga edastame Teile arvamuse eelkoolialiste laste tervishoiu korralduse aruande eelnõus sisalduvate seisukohtade ja Haigekassale tehtud ettepanekute kohta. Nõustume aruandes toodud seisukohtadega ja vajadusega pöörata enam tähelepanu eelkoolialiste laste tervishoiu korraldusele.

Lisame täpsustuseks aruandes toodud teemadele:

1. Koolitervishoiuteenuse aruandeid kogus Haigekassa alates 1995.aastast paber kandjal vastavalt Sotsiaalministeeriumi poolt väljatöötatud aruande vormile. Vastavalt sellel perioodil kehtinud määrusele esitati koolitervishoiu aruanded paber kandjal ka maakonnaarstidele, kelle kaudu saadeti aruanded Sotsiaalministeeriumisse. Õppeaastast 2003/2004 rakendus elektrooniline aruanne, paber kandjal aruandeid enam ei koguta ning elektrooniline aruanne on võimaldanud ka koolitervishoiu aruannete tulemuste analüüsi. Õppeaastal 2003/2004 kehtinud ja õppeaastast 2004/2005 rakendunud parandatud koolitervishoiu aruande formaat töötati välja koostöös Sotsiaalministeeriumi, Eesti Lastearstide Seltsi, Eesti Õdede Liidu ja Eesti Perearstide Seltsiga. (aruanne, lk 15)
2. Haigekassa poolt riigikontrollile analüüsiks esitatud raviarved ei sisaldanud neid raviarveid, mis olid küll Haigekassale esitatud ja Haigekassa poolt aktsepteeritud, ent kus arvel puudus lapse isikukood. (aruanne, lk 19)
3. Haigekassa tegi 2004.aasta sügisel Sotsiaalministeeriumis toimunud 0-7 aastaste laste profülaktilise jälgimise nõupidamisel ettepaneku vormistada Eesti Perearstide Seltsi ja Eesti Lastearstide Seltsi poolt koostatud 0-7-aastaste laste profülaktilise jälgimise juhend vastavaks Haigekassa ravijuhenditele esitatavatele nõuetele ning menetleda juhendi tunnustamine. Ravijuhendi, antud juhul tegevusjuhendi koostamise rahastamiseks Haigekassa poolt on vajalik erialaseltsi poolne taotlus. Käesolevaks momendiks taotlust Eesti Perearstide ega Eesti Lastearstide Seltsi poolt Haigekassale esitatud ei ole, ent Haigekassa on jätkuvalt valmis eeltoodud tegevusjuhendit menetlema. (aruanne, lk 20-21)

Seisukoht Haigekassale tehtud ettepanekute kohta (aruanne, lk. 21):

1. Vastavalt aruandes toodud ettepanekule teostab Haigekassa 2003 ja 2004.a. raviarvete võrdluse ning kavandab tegevuse osaks ravikindlustuse andmekogu probleemidest tuleneva analüüsi laste arvu ja põhjuste väljaselgitamiseks, mis puudutab raviarve mittevormistamist perearsti poolt. Haigekassa hakkab alates 2006.aastast saama isikuandmeid otse Rahvastikuregistrist, mis hoiab ära arvele võtmise ooteaja. Vajadusel rakendatakse täiendavad meetmed andmekogumissüsteemi täiustamiseks.



2. Vastavalt aruandes toodud ettepanekule kaalub Haigekassa ettepanekut 3-5 aastaste laste tervisekontrolli lisamiseks perearstidele kavandatava lisatasu kriteeriumide hulka eeltoodud kriteeriumide edasiarendamisel.
3. Haigekassa jätkab õppeaastast 2005/2006 ja edaspidi praegu kehtiva aruandeformaadi alusel koolitervishoiu aruannete kogumist ja analüüsi koostöös Sotsiaalministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi ja teiste asjaomaste asutustega. Koolitervishoiu aruannetes toodud andmete kvaliteedi tagamiseks kavandab Haigekassa koostöös eeltoodud partneritega kooliõdede jätkuvat juhendamist lapse tervise ülevaatuse läbiviimise ja terviseprobleemide registreerimise osas ning teostada 2005/2006 õppeaasta aruannetes esitatud andmete valiidsuse analüüs koolitervishoiuteenuse osutamist tõendava dokumentatsiooni alusel.

Lugupidamisega



Hannes Danilov
Juhatuse esimees

Sirje Vaask, 6208455
Maie Thetloff, 6208 445