
Koondaruanne WHO hindamisvisiidist
Eestisse
20.–22. novembrini 2006

„Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riikliku
strateegia aastateks 2005–2020” hindamiseks

Hindamismeeskonna liikmed

Jill Farrington, mittenakkuslike haiguste osakonna koordinaator, WHO Euroopa
regionaalbüroo

Robin Ireland, ennetusprogrammi *Heart of Mersey* tegevjuht, Liverpool, Suurbritannia

1. Sissejuhatus

Eesti Vabariigi valitsus kiitis 14. veebruaril 2005. a heaks „Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riikliku strateegia aastateks 2005–2020” (edaspidi SVH strateegia). Strateegia üldeesmärk on vähendada alaliselt elanikkonna enneaegset haigestumust ja suremust südame-veresoonehaigustesse. Esimene tegevuskava koostati aastateks 2005–2008, mille järel uuendatakse tegevuskava iga nelja aasta tagant.

Sotsiaalministeerium taotles ministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo vahel sõlmitud kaheaastase koostöölepingu kohaselt SVH strateegia hindamist ajavahemikus 2006–2007. Esimene hindamine, mis kestis 2006. aasta novembrist kuni 2007. aasta veebruarini, hõlmas materjalide ülevaatamist, intervjuusid ja 20.–22. novembril 2006. aastal toimunud lähetuse ajal tehtud kohapealseid visiite. Täispikk aruanne edastati Sotsiaalministeeriumile 18. veebruaril 2007. Pärast aruande ülevaatamist ning analüüsimist viidi sisse vajalikud täiendused ning koostati koondaruanne.

2. Tulemused ja soovitused

2.1. Koordineerimine

SVH ennetamise strateegia hõlmab paljusid valdkondi ja huvigruppe ning vajab seetõttu eesmärgistatud ja jätkusuutlikku juhtimist. Strateegia koordinaatoril peab olema hea ülevaade kõigist strateegiasse kaasatud rühmade ülesannetest ja tegevusest. Koordinaator peab omama täielikku ülevaadet sellise laiaulatusliku SVH ennetusprogrammi kogu mahust ja ennetustöös osalevate partnerite panusest. Vastasel korral on keeruline saada ülevaadet strateegia tugevatest ja nõrkadest külgedest ning hinnata vajadusi muutusteks.

Strateegia on edukalt koondanud tervikuks erinevate osapoolte tegevused ja panused. SVH strateegia erinevate valdkondade rakendamise eest vastutavad mitmed asutused. Tervisedendust, haiguste ennetust ning tervishoiu valdkonda rahastatakse mitmete allikate kaudu. See on suureks eeliseks, sest sellisel juhul tõenäoliselt ei pretendeeri asutused ühest ja samast allikast lähtuvale finantseerimisele. Osaline rahastamine on kasulik ka seetõttu, et iga koostööpartner annab oma panuse ja kontrollib oma panust eraldi. Suuremas plaanis toimib strateegia orientiirina põhimõtete ja tegevuste rakendamisel – muudab tegevused seaduspäraseks.

Asjaolu, et erinevad asutused täidavad eri rolle, omab teatud eeliseid, kuid võib kaasa tuua riski, et igaüks tegutseb üksnes omaenda isoleeritud valdkonnas ning koostööst ja koostööst tulenev kasu jääb saamata. Erinevate rahastamisallikate miinuseks on see, et ühiste tegevuste rahastamine ja strateegiline juhtimine võib jääda tähelepanuta. Lisaks ei pruugi osapooled saada vajalikku teavet SVH strateegia rakendamise kogu eelarvest (sh erinevate rahastamisallikate osatähtsusest), mis on vajalik selleks, et omada pidevat ülevaadet muutustest eelarve osas.

Strateegia rakendamisele tuleb kasuks konkreetse nimelise isiku või vastutava korraldaja määramine, kes suunab ja koordineerib kõigi koostööpartnerite jõupingutusi. Näiteks on vajalik paremini ühendada SVH strateegia tervisedenduse, haiguste ennetamise ja tervishoiu valdkonnad. Lisaks peab kaasama selliseid partnereid või huvigruppe, kes pole seni olnud strateegiaga seotud.

I soovitus: nimetada eestvedaja või vastutav korraldaja, kelle ülesandeks on SVH strateegia ja selle rakendamise kooskõlastamine, suunamine ja kontrollimine.

2.2. Strateegia nõukogu ja partnerlus

Läbiviidud intervjuudes anti SVH strateegiale palju positiivseid hinnanguid, kuna see koondab erinevad algatused ühtse "katusstrateegia" alla. Strateegiat peetakse väärtuslikuks, sest see

tõhustab ministeeriumidevahelist koostööd, seob erinevaid strateegiaid ja arengusuundi ning rajab ühise aluse kõigile tegevustele.

Intervjueeritud ministeeriumite esindajad olid teadlikud oma rollist ja antavast panusest strateegia rakendamises. SVH strateegiast ajendatud koostoimimine on rajanud hea aluse valdkondadevaheliseks koostööks ka teistes ühistes küsimustes. Nüüdsest pööratakse ka teiste ministeeriumite strateegiates rohkem tähelepanu tervisele.

Kokkuvõttes võib öelda, et juba olemasolevate ja paralleelselt toimivate tegevuste koondamine ühtseks tegevuseks võimaldab ressursse tõhusamalt kasutada. Strateegia saavutuseks võib pidada Eestis elluviidavate asjakohaste tegevuste ühendamist, mis võimaldab vältida nende dubleerimist. Strateegia nõukogu vahendusel toimiva ministeeriumite vahelise koostöö eesmärk on vähendada erinevate algatuste võimalikku kordamist ja leida erinevatest eelarvetest vahendeid vastastikust kasu toovate tegevuste rahastamiseks. Lisaks sellele tugevdab teiste ministeeriumite tõhusam kaasamine ka üldiselt strateegia nõukogu. Majandus- ja kommunikatsioon-, keskkonna-, kaitse- ja justiitsministeerium on kõik potentsiaalsed koostööpartnerid.

Partnerlust tugevdaks ka kodanikeühenduste ja erasektori laialdasem kaasamine. Näiteks toidu ja terviseiga seotud eesmärkide (nt töödeldud toidu soolasisalduse vähendamine) saavutamiseks peaks toiduainete tööstusettevõtetele tegema ettepanekuid populaarsete toitade koostise muutmiseks.

II soovitus: laiendada strateegia nõukogu, kaasates ka teisi asjassepuutuvaid osapooli, näiteks ministeeriume, erialade ühendusi, erasektorit ja vabatahtlike ühendusi.

2.3. Kõikehõlmavus

SVH ennetusprogrammi väljatöötamiseks tuleb mõista südame-veresoonkonnahaiguste tekkimist põhjustavaid, kulgemist määravaid tegureid ning aega, millal oleks kõige efektiivsem sekkuda. Halvad sotsiaalsed- ja keskkonnatingimused soodustavad tervisele kahjuliku käitumise ja elustiili kujunemist (suitsetamine, ebatervislik toitumine, vähene kehaline aktiivsus), mis võivad omakorda põhjustada peamiste südame-veresoonkonnahaiguste bioloogiliste ohutegurite väljakujunemist (rasvumine, kõrgvererõhutõbi, vere kõrge rasva- ja suhkrusisaldus, suhkurtõbi) ning surmaga lõppevate esmaste haigusjuhtude tekkimist elanikkonna seas. Ellujääjaid ohustab haigusjuhtude kordumine, invaliidsus, südamevereringe puudulikkuse tekkimine ja surm. Sekkuda on võimalik selle protsessi igas faasis ning jõupingutusi tuleb teha südame-veresoonkonnahaiguste ennetamise kogu ulatuses, võttes arvesse nii primaarset, sekundaarset kui ka tertsiaarset preventiooni. Seejuures tuleks suurimat rõhku asetada ennetustegevusele populatsiooni tasemel. Elanikkonnale suunatud südame-veresoonkonnahaiguste ennetamise esmaseks vahendiks on kogukonnapõhine programm. Teavitustöö ja ümbritseva keskkonna muudatuste kaudu, mida toetavad vastavad poliitika ja seadusandlus, kujundatakse muudatused inimeste elustiilis ja käitumismallides.

Eesti SVH strateegial on laiaulatuslik eesmärk - elanikkonna enneaegne haigestumine ja suremus südame-veresoonkonnahaigustesse on püsiva langustendentsiga. Strateegiat viiakse ellu viie valdkonna kaudu (kehaline aktiivsus, toitumine, suitsetamine, tervishoid ning teabelevi ja paikkondliku suutlikkuse tagamine), millest igaühele on seatud oma alameesmärgid. Seatud eesmärgi ja tulemuste saavutamine nõuab ülalkirjeldatud ulatuslikku SVH ennetusprogrammi rakendamist.

Üldiselt püüab strateegia hõlmata kõiki südame-veresoonkonnahaiguste ennetustöö elemente olles suunatud nii haigestumuse kui ka suremuse vähendamisele. Samas on strateegias ravi- ja taastusravi valdkond kõige vähem välja arendatud. Nagu juba varem mainitud, on asjaolul, et erinevatel asutustel on strateegia rakendamises erinevad rollid ja panused, omad eelised, kuid lisaks on vaja süsteemset lähenemist kõigi SVH ennetustegevuse osade toimimise tagamiseks,

kontrollimiseks ja aruandluse esitamiseks. Kõik laiahaardelise lähenemise elemendid peaksid moodustama nähtava terviku.

Aastaruande koostamine, mis koondaks erinevate partnerite tegevused ning strateegias hõlmataavad tervisedenduse, haiguste ennetamise ja tervishoiu valdkonnad, tooks rohkem nähtavale ühised püüdlused. Praegu on olemas mitmed asjakohast teavet sisaldavad aruanded, mis on koostatud näiteks Tervise Arengu Instituudi ja Eesti Haigekassa poolt. Perioodiliselt koostatav aruanne, mis annab ülevaate kõigist SVH ennetamise nime all Eestis korraldatavatest tegevustest, omab mitmeid eeliseid. See aitaks säilitada üldpilti, mõista teatud tegevuste omavahelisi seoseid ja ennetustöö kogu ulatust. Lisaks võimaldab see luua kontrollisüsteemi, et vajaduse korral hiljem teha ümberkorraldusi ja korrekture tegevussuundades.

Veelgi enam, kuna strateegia liigub järgmisesse etappi, oleks vajalik analüüsida paljudest allikatest pärinevat teavet, et hinnata vajadusi ja prioriteete ning teadlikult planeerida võimalikke sekkumisi kogu ulatuses. Lisaks epidemioloogilistele andmetele haigestumuse ja suremuse kohta, on olemas SVH strateegia kavandamiseks muud kasulikke lisateavet vajaduste hindamiseks ja olukorra analüüsimiseks, nagu näiteks suremuskordaja, tervishoiuteenuste kasutamine, retseptiravimid jne. Teistest aruannetest on näha, et sellised andmed on olemas ja need tuleb programmi terviku huvides koondada.

III soovitus: kuna lõppemas on strateegia rakendamise esimene neljaastane tsükkel tuleb kasutada võimalust kujundada seda ulatuslikumaks programmiks, mis muudaks tervikuks tervisedenduse, haiguste ennetamise ja tervishoiu valdkonnad ning hõlmaks süstemaatilisemalt efektiivse sekkumise kõiki osasid.

2.4. Seire ja hindamine

SVH ennetamist toetav seiresüsteem peaks süstemaatiliselt jälgima seatud eesmärkide saavutamist. Ulatusliku SVH ennetusprogrammi raames peaks selline seiresüsteem jälgima progressi kõikidel sekkumistasanditel: sotsiaalsed- ja keskkonna tingimused, käitumismallidest ja elustiilist tulenevad ohutegurid (suitsetamine, ebatervislik toitumine, vähene kehaline aktiivsus), bioloogilised ohutegurid (rasvumine, kõrgevererõhutõbi, vere suur rasva- ja suhkruisaldus, suhkurtõbi), südameinfarktide ja ajuinsultide varane avastamine ja ravi ning kordushaigestumise ennetamine.

Ulatusliku SVH ennetusprogrammi seiresüsteemi elementide süstemaatiline läbivaatamine võimaldab kindlaks määrata, mis on Eestis olemas ja mis on puudu Samuti aitaks selline eri teabeallikate koondamine hinnata progressi. Praegu ei koondata kogu järelevalvet ja hindamist käsitlevat asjakohast teavet eesmärkide saavutamise osas ühtsesse aruandesse.

SVH strateegia rakendamisel koostatakse tegevuste kohta mitmeid ülevaateid. Näiteks esitavad tervisedendajad kord kvartalis aruanded maakonna tervisenõukogude kaudu maavalitsustele, mis omakorda edastavad need kord kvartalis Tervise Arengu Instituudile. Rääkides üldisest tegevuste tulemuslikkuse seirest, tuleks rohkem tähelepanu pöörata selliste tulemuste mõõtmisele, mis annavad tagasisidet näiteks tervisekäitumise muutumise kohta.

Ka ei kasutata piisaval määral rutiinseid andmete kogumise võimalusi. Juba kogutud andmeid, nt retseptiravimite kohta, ei seota selgelt SVH ennetustööga. Rohkem tuleks ära kasutada andmeid erinevustest geograafiliste piirkondade, elanikkonna rühmade jms tervisenäitajate vahel, et paremini prioritseerida sekkumisi.

IV soovitus: tugevdada monitooringu ja hindamise süsteemi, nii et see hõlmaks järjekindlalt ennetustöö kõiki aspekte ja koondaks kõige olulisemate teabeallikate andmed ühtseks aruandeks.

Arenguruumi jätkub ka juba olemasolevate andmete analüüsimisel ja kasutamisel, et teadlikult tegevusi tähtsuse järjekorda seada ning sekkumisi suunata ja planeerida. Kohalikul tasandil hinnatakse prioriteete ilmselt teisiti. Näiteks tehakse paiguti SWOT-analüüse, mõnes kohas määratakse kogukonna suutlikkuse indeksit ja kohati on olemas paikkondlikud tervise profiilid. Kohalikul tasandil oldi enam huvitatud just kohapeal rakendatavatest andmetest, millest osa avaldatakse peagi riiklikes uuringutes. Kuid samas on probleemiks kohaliku tasandi varustamine andmetega, mis võimaldaks neil andmeid ise kasutada tegevuste planeerimise ja hindamise protsessis. Samal ajal, kui maakondadele saavad peagi kättesaadavaks Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise, Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise ja haigekassa uuringute andmed, on vajadus tõsta kohaliku tasandi suutlikkust kasutada seda teavet prioriteetide määramisel ja tegevuste planeerimisel.

Näib, et ülikoolide ja teadusasutuste kaasabi kasutatakse üsna vähe ning need, kes on strateegia elluviimisse kaasatud, vajavad abi nii oma pingutuste hindamiseks kui ka mõne üldkehtiva lähenemisviisi rakendamiseks. Ülikoolide tuleks rohkem toetada kohalike uuringute, järelevalve ja hindamise läbiviimiseks. Kohalike hoiakute ja käitumise muutumist takistavate tegurite paremaks mõistmiseks peaks rakendama kvalitatiivseid meetodeid. Kuigi mittetulundusühingud ja teised rahastamist taotlevad osapooled peavad „tõestama oma tulemuslikkust”, võib mõju hindamiseks olla liiga vähe aega ning nad sõltuvad muutustest hoiakutes ja osalemismääras.

V soovitus: toetada kohaliku tasandi pingutusi ennetustöö planeerimisel, seirel ja hindamisel nii, et see toob kasu kogukonnale.

SVH suremuse vähenemise parimateks indikaatoriteks on keskmiste kolesterooli- ja vererõhunäitajate langemine. Kui tulevikus rajatakse Eestis ulatuslik seiresüsteem, peab nende andmete kogumine olema esmatähtsal kohal.

Peamiste bioloogiliste ohutegurite vähendamise osas ei ole seatud alameesmärke ning puuduvad sissetöötatud süsteemid nende mõõtmiseks ja kokkuvõtete tegemiseks. Ilmneb, et hetkel ei korraldata riiklikke ega paikkondlikke uuringuid bioloogiliste ohutegurite kohta ning mitte ühessegi käitumisharjumuste uuringusse ei ole kaasatud füüsiliste ega biokeemiliste näitajate mõõtmisi. On hädavajalik teha kättesaadavaks biomeditsiinilised andmed, mis on saadud kogu Eesti elanikkonnast juhusliku valimi meetodil. Bioloogiliste ohutegurite mõõtmine on vajalik, kuid praegu seda ei tehta.

VI soovitus: rajada riiklik süsteem bioloogiliste ohutegurite mõõtmiseks. Bioloogiliste ohutegurite uuringu korraldamine riiklikul tasandil on soovitatav. Aeg-ajalt võib võimaluse korral juba olemasolevatele tervisekäitumise uuringutele lisada ka füüsiliste ja bioloogiliste näitajate mõõtmised.

2.5. Haiguspetsiifiline lähenemine

Enam kui pooled (51%) surmajuhtumid Euroopas on põhjustatud südame-veresoonkonnahaigustest: just see esmane surmapõhjus koos väliste surmapõhjustega on tekitanud peaaegu 20-aastase erinevuse Ida- ja Lääne-Euroopa riikide elanike tervelt elatud eluaastate vahel. Kuni 80% suhkurtõbe põdevatest inimestest sureb südame-veresoonkonnahaigustesse. Mittenakkuslike haiguste kui terviku vastu võitlemisel on seetõttu vaja pöörata erilist tähelepanu südame-veresoonkonnahaigustele.

Siiski võivad populatsioonipõhine ennetustöö ja peamiste riskigruppide sõeluuringud olla vahendiks, mis võimaldavad samaaegselt tegeleda mitmete mittenakkuslike haiguste ja nende ühiste ohuteguritega. Paljudel mittenakkuslikel haigustel on ühesugused ohutegurid, determinandid ja sekkumiskohad. Need põhilised ohutegurid on mitmete Euroopas laialt levinud haigusseisundite puhul ühised. Näiteks seostatakse iga Euroopas domineerivat seitset ohutegurit vähemalt kahe levinuma haigusega ja omakorda iga haigust seostatakse kahe või

enama ohuteguriga. Veelgi enam, paljude üksikisikute, eriti sotsiaalselt tõrjutute korral, sellised ohutegurid koonduvad ja hakkavad vastastikku toimima, üksteist võimendades.

Käesolev strateegia ei käsitle SVH alla kuuluvate haiguste nagu südame isheemiatõbi ja ajuinsult iseloomilikke tunnuseid või erivajadusi. Kuigi tegemist on SVH strateegiaga, mainitakse ajuinsulti harva ja sellega tegelemise konkreetseid vajadusi ei käsitleta. . Samamoodi on jäetud tähelepanuta suhkurtõve ja SVH omavaheline seos. Mis puutub sekkumisse elanikkonna tasandil ja esmasesse ennetustöösse, siis on siin paljud ohutegurid ja sekkumisviisid ühised. Isheemiliste südamehaiguste ja ajuinsultide esmahaigestumuse, esinemissageduse ning suremuse põhjalikum analüüs võimaldaks muu hulgas mõista paremini vastavaid suundumusi ning nende tähendust tegevuspõhimõtete ja sekkumise kontekstis. Enamgi veel, seoses haiglaravi, ning kordushaigestumise ja invaliidsuse ennetamisega võivad esile kerkida mõned olulised erinevused, mis nõuavad strateegia rakendamisel erilise tähelepanu pööramist ja, mis veelgi tähtsam, erinevate partnerlussuhete ning professionaalide ja patsientide rühmade kaasamist. Strateegia alla kuuluvate haiguste, partnerlussuhete ja teenuste erinevuste ja sarnasuste määramine võib osutada kasulikuks nii käesoleval hetkel seoses südamehaiguste ja ajuinsuldiga, kui ka hiljem, kui keskendutakse rohkem riiklikule vähivastasele ennetusprogrammidele.

SVH strateegiast õpitut saab kasutada lähiajal rakendatavate haigusspetsiifiliste, näiteks vähivastase, ennetusprogrammide korral, et soodustada ulatuslikumat ja üldisemat lähenemist mittenakkuslike haiguste kui terviku vastu võitlemisel. SVH-vastase tegevuse tugevdamisel oleks otstarbekas kaaluda, kuidas SVH tarvis sissetöötatud süsteemid saaksid tuua kasu mittenakkuslike haiguste vastasele võitlusele laiemalt, näiteks haiglaravi kvaliteedi järelevalve ja krooniliste haigete taastusravi süsteemide osas.

VII soovitus: eristada südamehaigused ja ajuinsult ning võtta arvesse ajuinsuldi ennetamise ja ravi erivajadusi, eriti mis puudutab haiglaravi, kuid ka konkreetseid osapooli, kelle kaasamine oleks vajalik.

VIII soovitus: kasutada SVH strateegiast õpitut teiste lähiajal rakendatavate haigusspetsiifiliste ennetusprogrammide korral ulatuslikuma, terviklikuma ja sihipärasema lähenemise tagamiseks.

IX soovitus: SVH-vastase tegevuse tõhustamisel selle ja teiste aruannete alusel tuleb kaaluda, kuidas välja töötatud süsteemid saaksid tuua kasu mitte-nakkuslike haiguste vastasele võitlusele laiemalt, näiteks haiglaravi kvaliteedi järelevalve ja krooniliste haigete taastusravi süsteemide osas.

2.6. Tervisealase ebavõrdsusega tegelemine

Tähelepanu tuleb keskendada tervisealase ebavõrdsuse vähendamisele. Kvalifikatsiooni mittenõudvat või vähest kvalifikatsiooni nõudvat füüsilist tööd tegevatel meestel vanuses 20–64 eluaastat on kolm korda suurem risk surra enneaegselt SVH-sse kui elukutselistel ja juhtivtöötajatel. Tõendid sotsiaalse kuuluvuse ja tervisealase ebavõrdsuse seoste kohta on kaalukad. Sellistele ulatuslikematele tervisemõjuritele nagu majanduskasv, erinev sissetulek, vaesus, haridus, töökeskkond, töötus ja haiglaravi kättesaadavus suunatud tegevuspoliitika on üheks peamiseks viisiks, kuidas saavutada märkimisväärset edasiminekut. Sellised kogu elanikkonda hõlmavad mitmekesised abinõud nõuavad ulatuslikke ühiskondlikke pingutusi ning tervise- ja muude sektorite koostööd.

On vaja tagada, et ellu viidavad sekkumised ei süvendaks ebavõrdsust tervises. Paranemine tervisnäitajate osas jaotub ühiskonnas tavaliselt ebavõrdselt. Kui kõik ühiskonnakihid puutuvad mingil määral kokku tervisealaste sekkumistega, kalduvad kõrgemal astmel olevad sotsiaalmajanduslikud rühmad paremini reageerima ja neist suuremat kasu saama. Suremusnäitajad vähenevad proportsionaalselt kiiremini kõrgemates sotsiaalsetes rühmades kui madalamates, eriti mis puudutab SVH-d, süvendades sellega veelgi lõhet nendes kahte gruppi kuuluvate inimeste eluea vahel.

Eesti SVH ennetamise strateegia ei suuna konkreetseid meetmeid ebavõrdsuse vähendamisele tervises. Kuigi Eesti elanikkonnas on olemas vähemusgrupid (nt Vene päritolu sisserändajad), ei pööra strateegia neile otsest tähelepanu, hoolimata sellest, et nii eesti kui vene keeles on selle teema kohta palju materjali.

Eestis on olemas rikkalikud andmeallikad, mis võiksid toetada jõupingutuste suunamist erinevatele elanikkonna gruppidele ja nende mõju kontrollimist. Näiteks Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus kogutakse korrapäraselt asjakohaseid andmeid inimeste hariduse kohta, kuid strateegia eesmärkide seadmisel ja planeerimisel pole seda teavet kasutatud. Andmete analüüs ja kasutamine soo, sotsiaalmajandusliku klassi jne lõikes aitaks tegevusi suunata ja erinevatele elanikkonna kihtidele avaldatavat mõju mõõta.

Osa strateegia alla kuuluvatest tegevustest võivad oma praeguses vormis ebavõrdsust tervises süvendada. Kui tervisealast teavitustööd rakendatakse ülemäära ja selle tulemuslikkuse ainsaks näitajaks peetakse vaid laiali jagatud materjalide hulka, suurendab see arvatavasti ebavõrdsust, sest kõrgema sissetulekuga inimesed muudavad oma käitumist tõenäoliselt varem, kui teevad seda haavatavamad grupid.

X soovitus: teadvustada, et juba väljatöötatud abinõud võivad tegelikkuses ebavõrdsust tervises süvendada, ja olla valmis vajaduse korral vastavalt tegutsema.

2.7. Suunatud tegevused

Järgmise strateegia rakendusplaani ettevalmistamisel tuleb põhjalikult üle vaadata epidemioloogiline olukord ja vajaduste hindamine. Kuna strateegia koostati 2004. aastal, siis on tänaseks kogunenud piisavalt ajakohast teavet, mis võib tegevuste suunamisel kasulik olla. Näitena võib tuua ajuinsuldi registri aruande.

Lisaks ei leidu strateegias viiteid väärtuslikule teabele, mida saab koguda nii andmete analüüsimisel sotsiaalmajandusliku staatuse ja geograafilise asukoha järgi kui ka soo ja vanuse lõikes ilmnevate suundumuste põhjalikumal uurimisel. Näib, et eelmainitud andmeid, mis leiduvad näiteks 2004. aastal korraldatud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus, ei ole kasutatud strateegiliste alameesmärkide seadmisel.

Puuduvad selged tõendid, et strateegia tegeleb tervisealase ebavõrdsuse vähendamise ja elanikkonna konkreetsete vajadustega. Kuigi Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus kogutakse korrapäraselt asjakohaseid andmeid näiteks inimeste hariduse kohta, ei ole selge, kas seda teavet on kasutatud strateegia tegevuste prioriseerimisel ja planeerimisel. Hoiatust, et strateegia võib oma praeguses vormis tervislikku ebavõrdsust hoopis süvendada, käsitleti juba varem.

XI soovitus: tõhustada andmete kogumist ja analüüsimist, mis on kasulik tegevuste prioriteetide seadmisel, tegevuste suunamisel ja planeerimisel. See võib tähendada, et tuleb kulutada vähem aega tegevuste järelevalvele ja rohkem aega valikulisele hindamisele.

2.8. Toitumisele suunatud tegevuste tõhustamine

Nagu juba eespool märgitud, mõjutab Eesti elanikkonna SVH-sse haigestumuse ja suremuse vähenemist lisaks suitsetamise vähendamisele ka toitumisharjumuste parendamine.

Eesti SVH strateegia on õigesti rajatud riiklikele poliitikatele, õigusaktidele (nt tubakaseadus), sekkumisele kogukonna tasandil ja kogu elanikkonda hõlmavale ohutegurite ennetustööle mõjutamiseks suitsetamist, toitumist ja füüsilist aktiivsust. Ent veelgi paremaid tulemusi tooksid kaasa pingutused, mis on suunatud elanikkonna kolesteroolitaseme ja kõrge vererõhu langetamisele, näiteks soola ja küllastunud rasvade tarbimise vähendamine.

Seetõttu on äärmiselt oluline seada eesmärgiks kindel tulemusnäitaja, mis põhineb peamiselt loomsest allikast (nt piimatooted ja liha) pärinevate küllastunud rasvade tarbimisega seotud vere kolesteroolisisaldusel. Edaspidi oleks otstarbekam siduda soola tulemusnäitaja pigem üldise soolatarbimisega (grammides) ja mitte „söögisoola tarbivate inimeste osakaaluga”. Soola tarbimine on otseselt seotud ühe SVH peamise ohuteguri – kõrge vererõhuga.

Sellepärast on strateegia edasise rakendamise seisukohast väga oluline koostöö põllumajandusministeeriumiga. Erilist rõhku on pandud puu- ja juurviljadele tarbimise suurendamisele. Kuid palju vähem on pööratud tähelepanu mõnele veelgi olulisemale toitumisega seotud probleemile, näiteks liigne soola ja küllastunud rasvade tarbimine. Nende kahe toitumisprobleemiga tegelemisele tuleb läheneda süsteemselt, eriti arvestades toiduainete- ja piimatööstuse osalust. Näiteks võiks koolipiima programm pakkuda ainult vähese rasvasisaldusega või rasvavaba piima. Eestis on koolilastele jagatava piima rasvasus praegu 2,5%, kuid näiteks Inglismaal tarbitakse peamiselt 1,7% ja 0,2% rasvasisaldusega piima ning täispiima koolides enam ei pakuta.

Kuigi strateegia meetmes 3 mainitakse „toiduainete märgistamise süsteemi korrastamist ja rakendamist”, ei viidata sellele riikliku strateegia 2005. aasta aruandes. Toiduainete märgistamise süsteemi korrastamine ja rakendamine peaks tulevikus olema esmatähtis. Parima tulemuse saamiseks tuleb julgustada toiduainetootjaid vähendama toodete sisalduses küllastunud rasvade, suhkru ja soola hulka ning tõsta tootjate, toitlustajate, müüjate ja avalikkuse teadlikkust õigetest toitumisharjumustest.

Hea on tõdeda, et piisavalt keskendutakse ka lastele ja noortele, sest täiskasvanute terviseriske määravad elustiili puudutavad valikud tehakse lapsepõlves ja noorukieas. Juba praegu rakendatakse tegevusi toiduainetööstuses koostisainete standardite parandamiseks, kvaliteedi kontrollimiseks, vastavate koolituste korraldamiseks ja koolide toitumisstandardite parandamiseks. Arenguruumi on veel teisteski valdkondades:

- Elanikkonna teadlikkuse tõstmine küllastunud rasvade ja soola vähendamise vajadusest toidus.
- Ühtse, lihtsa ja valitsuse poolt kinnitatud toiduainete märgistussüsteemi kasutuselevõtmine.
- Koostöö toiduainetööstuse ja põllumajandusministeeriumiga toodete muutmiseks, vähendamaks küllastunud rasvade, soola ja suhkrute sisaldust.
- Piirangute seadmine lastele „ebatervislike” toodete reklaamimisele.

Oluline on teada ja võtta seisukoht, kuidas sellised tööstussektorid nagu põllumajandus ja juhtivad ravimifirmad saavad tegevuspoliitikat mõjutada ning tagada sellise võimaliku mõju tõkestamine. Rahvusvahelisel tasandil on toiduainetööstus juba pikka aega otsinud võimalusi, kuidas vältida valitsusepoolset survet suure soola-, küllastunud rasvade ja suhkrusisalduse vähendamiseks toodetes. Need teemad muutuvad aktuaalsemaks siis, kui hakkavad ilmnema uued terviseprobleemid, näiteks rasvumine. Mõningaid muudatusi saab teha üksnes valitsuse sekkumisega (nt seadusandluse kaudu) ja see puudutab eriti lapsi, kus riigil on kindel kohustus neid kaitsta.

XII soovitus: tõhustada elanikkonnale suunatud tegevust kolesteroolitaseme ja kõrge vererõhu langetamiseks. Selleks tuleb muuhulgas toiduainetööstuse ja põllumajandussektori kaasabil keskenduda soola ja küllastunud rasvade sisalduse vähendamisele toiduainetes.

2.9. Kehalisele aktiivsusele suunatud tegevuste tõhustamine

Strateegias märgitakse, et elanikkonna kehaline aktiivsus on ebapiisav peamiselt täiskasvanute hulgas ja noorte liikumisharjumused vajavad kujundamist. Ollakse nõus sellega, et tervise jaoks ei ole oluline mitte ainult spordiga tegelemine, vaid ka lihtsalt liikumine. Lisaks on rõhutatud, et on vaja rakendada erinevaid meetmeid, sealhulgas tõsta teadlikkust kehalise aktiivsuse olulisusest, pöörata tähelepanu kehalise kasvatuse tundidele, arendada toetavat keskkonda ja

infrastruktuuri ning töötada välja transpordi arendamise strateegia, mis soodustab käimist ja jalgrattaga sõitmist.

Liikumisharrastuse strateegiline arengukava aastateks 2006–2010 viitab otseselt SVH strateegiale ja sellel eesmärgil on eraldatud vahendeid noorte spordiorganisatsioonide toetamiseks. Maakondade haldusasutuste kaudu on toetatud spordirajatiste ehitamist. Kultuuriministeeriumi programm kaasab ka transpordi- ja keskkonnaküsimuste eest vastutavaid ministeeriume ning toetab kehalist aktiivsust edendavaid keskkondi.

Liikumisharrastuse tegevuskava võib aidata laiendada tegevusala, ühendada ministeeriume ja tagada vajaliku rõhuasetuse igapäevase füüsilise tegevuse suurendamiseks. Sporditegemise liigse rõhutamise tagajärjeks võib olla teatud ühiskonnagruppide kõrvalejäämine, mille kaudu pigem suuredatakse kui kahandatakse tervisevaldkonnas valitsevat ebavõrdsust. Eelnimetatu ennetamiseks peavad olema välja töötatud vastavad meetmed. Selle valdkonna jaoks peab olema üldine strateegiline plaan, kuidas ja kus algselt SVH strateegias väljapakutud kehalise aktiivsuse suurendamisele suunatud abinõud ellu viiakse, nende rakendamise suhteline kiirus abinõude kaupa ja selgitused, kuidas prioriteete seatakse. Mõne tegevuse rakendamine võtab kauem aega ja seepärast tuleks nende elluviimisega alustada juba praegu.

Rahvusvahelisel tasandil on osutunud edukamaks käimist edendavad tegevused võrreldes spordirajatises sporditegemisele suunatud tegevustega. Tervele kogukonnale suunatud kampaaniad, koolipõhised sekkumised ja individuaalselt koostatud tervisekäitumise muutmise programmid võivad olla tõhusamad koos käimist ja jalgrattaga sõitmist reklaamivate transpordipoliitikatega. Kunstlikult rajatud keskkonnas valitsevad tingimused, nt puhkealad ja transpordisüsteemid, võivad kehalist aktiivsust mõjutada nii positiivses kui ka negatiivses suunas. Näiteks jalakäijasõbralike tänavatega piirkonnad ergutavad inimesi tegema jalgsi liikumisest oma igapäevaelu nauditava osa. Selle saavutamine võib aga nõuda sektoritevahelist koostööd ja kohalikele omavalitsustele suurema otsustusõiguse andmist. Tervisenõukogud ja kohalikud omavalitsused pakuvad kohalikul tasandil spordiharrastusteks ja -tegevusteks palju võimalusi. Lisaks võib osutada vajalikuks kaasata suuremal määral transpordivaldkonna eest vastutavat ministeeriumi ning terviklikku transpordikava, mis vähendaks autode kasutamist ning edendaks käimist ja jalgrattaga sõitmist.

XIII soovitus: laiendada rahvatervisele suunatud lähenemist, et tõhusamalt mõjutada sotsiaalseid, majanduslikke ja keskkonnaga seotud tegureid ning kaasata suuremal määral selliseid peamisi sektoreid nagu transport, majandus, linnaplaneerimine ja keskkond.

Võtmeroll teiste sektorite innustamisel oma strateegiates tervisesse investeerima on sotsiaalministeeriumil, kes võiks seda rolli edaspidi rohkem rakendada. Teiste sektorite strateegiates on tervisevaldkonnale keskendumise ja näiteks süstemaatiliste hindamiste abil strateegiate mõju mõõtmise osas veel piisavalt arenguruumi. Seda aspekti on strateegias ainult mainitud, kuid mitte võetud arvesse abivahendina sektoritevahelise koostöö ja kõigis poliitikates tervisevaldkonna edendamiseks. Üheks peamiseks probleemiks on põllumajanduse ning toidu tootmisega seotud teemade tähelepanuta jätmise.

XIV soovitus: eelneva toetuseks tuleb tõhustada riiklikul ja kohalikul tasandil tervisesektori kui nõuandja rolli, olles tegevuste suunajaks (vajaduse korral tehes koostööd kolmanda sektoriga) ning edendada tervisemõjude hindamist kui abivahendit tervisevaldkonna parendamiseks kõigis poliitikates.

2.10. Sotsiaalturundus

Tavapäraste lähenemiste korral rahvatervisele kaldutakse enamasti eeldama, et üksikisiku teadmiste suurendamine teatud käitumise kohta ja seega ka vastava hoiaku parandamine viib automaatselt selle käitumise muutumiseni. Viimaste aastakümnete jooksul on ilmnunud, et kuigi teadmised ja hoiaku muutumine võivad olla käitumise muutumise eeltingimusteks, ei pruugi need isoleeritud keskkonnas üksikisiku käitumisele otsest mõju avaldada.

Eesti SVH strateegia tarbeks on koostatud suurepärased tervishariduse materjalid, kuid isoleeritud keskkonnas on nende mõju piiratud. On oluline leida tasakaal erinevate tervisedenduse lähenemiste vahel, et arendada poliitikaid tervislikumate keskkondade loomiseks, mis omakorda soodustavad inimesi oma käitumist muutma.

Strateegia toetuse kindlustamisel ei ole oluline tugineda ainult üksikisikutele ning teabe edastamisele ja tervishariduse materjalide avaldamisele. Näiteks Soomes ja Suurbritannias on meedia koostööpartnerina sellistesse ettevõtmistesse kaasatud juba varastes etappides. Lisaks on üha laiemat kõlapinda leidmas sotsiaalturunduse võtted, st kommertstoodete reklaamimisel ja müümisel kasutatavate meetodite rakendamine sotsiaalsete sõnumite edastamiseks. Sellisel juhul võetakse tihti omaks tarbijakeskne lähenemine, mille korral kasutatakse käitumise muutmiseks paljusid erinevaid meetodeid (sh kvantitatiivseid ja kvalitatiivseid uuringuid).

XV soovitus: liikuda tervishariduselt tervisedendusele ning asetada rohkem rõhku tervist toetavatele keskkondadele, võimaldades, toetades ja soosides käitumise muutumist. Siinkohal võivad olla abiks just sotsiaalturunduse võtted.

2.11. Identiteet

Eesti SVH strateegia on populaarne ja hinnatud intervjuueeritute seas. Sellist positiivset kuvandit võiks rohkem kasutada ja laiendada koostööpartnerite ringi, milleks tuleb aga kujundada välja selgepiirilised identiteet, millega organisatsioonidel ja üksikisikutel oleks kergem samastuda. Selle teostamiseks tuleb aga strateegiale luua avalikkuse jaoks atraktiivsem ja lihtsamini äratuntav kaubamärk. 2005. aasta aruandes on juttu logo, terviseportaali ja meediakampaaniate arendamisest. Seesuguseid suundumisi tuleb igati toetada. Võimalus on strateegia taaskäivitamist teha jõulisema identiteedi ja kaubamärgi all.

XVI soovitus: tugevdada strateegia kuvandit, nähtavust ja identiteeti ning ühiste pingutuste osakaalu.

3. Kokkuvõte

Eesti riiklikul südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise strateegial on ette näidata palju positiivseid külgi ja saavutusi. Eesti on edukalt töötanud välja SVH strateegia, mis paneb suurt rõhku esmatasandi ennetustööle ja kogukondadele suunatud programmidele, kaasates samal ajal tervishoiutöötajaid haiguste ennetamisse ja haiglaravi parendamisse. Strateegia peamisteks tugevateks külgedeks on kolmele peamisele ohutegurile (tubaka tarbimine, ebatervislik toitumine, vähene kehaline aktiivsus) rajanev terviklik lähenemine ja selle suutlikkus koondada erinevate ministeeriumide tegevusi, et suunata tähelepanu ja ressursse Eesti kõrge SVH taseme langetamisele.

Strateegia rakendamine on suurendanud suutlikkust tervisedenduse ja koolitamise valdkonnas ning laiendanud tervisedenduse infrastruktuuri. See on esimene samm tervisedenduse programmide detsentraliseerimises, mis pikemas perspektiivis toob lisaks SVH ennetusprogrammidele kasu ka teistele tervise parendamisele suunatud tegevustele.

Välja on töötatud seire- ja hindamissüsteem, kuigi piiratud, ning olemas on pikaajalised riiklikud uuringud, mille abil on võimalik hinnata aja jooksul aset leidvaid käitumuslikke muutusi.

Viimase 25 aasta suundumused näitavad isheemiliste südame- ja ajuveresoonkonnahaiguste suremuse vähenemist alla 65-aastaste meeste ja naiste hulgas ning loodetavasti see langustendents ka jätkub. Elanikkonnale suunatud tervisedendus- ja ennetusprogramme tuleb toetada, tugevdada ja täiendada peamistele riskirühmadele mõeldud tegevustega. Süstemaatilisem lähenemine tervisealase ebavõrdsuse vähendamisele ning SVH ja teiste mittenakkuslike haigustega seotud sotsiaalsete teguritega võitlemine toovad suurt kasu inimeste tervises.