



CPD ARENDUSKESKUS

Hankija nimi: Tervise Arengu Instituut
Address: Hiiu 42, 11 619 Tallinn
laura.aaben@tai.ee

Esimene aruanne

Eesti paikkondliku tervisedenduse tugistruktuuri korralduse põhimõtete väljatöötamine

Töövõtja: CPD OÜ
Address: Pärnu mnt 139e
Tallinn, 11317

31. august 2011. a

Sisukord

1. SISSEJUHATUS.....	4
2. TÖÖ METOODIKA KIRJELDUS	6
3. PAIKKONNA TERVISEDENDUSE SÜSTEEMI ÜLESEHITAMISE PÕHIMÕTTED.....	8
3.1 TERVISEDENDUS KUI TERVISESÜSTEEMI OSA	8
3.2 TERVISEDENDUSE JÄTKUSUUTLIK KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL	10
4. EESTI PAIKKONDLIKU TERVISEDENDUSE SÜSTEEMI KORRALDUS ÜLE-RIIGILISEL, MAAKONDLIKUL JA KOHALIKUL TASANDIL.....	13
4.1 EESTI PAIKKONDLIKU TERVISEDENDUSE PRAKTIKUTE HINNANG KÄESOLEVA SÜSTEEMI TOIMIMISELE	13
4.1.1 ERI TASANDITE (ÜLE-RIIGILINE, MAAKOND, KOV) ROLL JA FUNKTSIOONID, OMAVAHELINE KOOSTÖÖ.....	13
4.1.2 SEADUSANDLUS JA STRATEEGIAD	15
4.1.3 FINANTSEERIMINE	15
4.1.4 INIMRESSURSID	17
4.1.5 HINNANG SÜSTEEMILE WHO TERVISESÜSTEEMI ÜLESEHITUSE PÕHIMÕTETEST LÄHTUVALT (TERVISEDENDUSE PRAKTIKUTE HINNANGUL)	17
4.1.6 KOHALIKU ARENGU PÕHIMÕTETE ARVESTAMINE PAIKKONNA TERVISEDENDUSES.....	18
4.1.7 TERVISEDENDUSE SÜSTEEMI JÄTKUSUUTLIKKUSE TUGEVED JA NÕRKUSED TERVIKUNA (TERVISEDENDUSE PRAKTIKUTE HINNANGUL)	19
5. VALITUD VÄLISRIIKIDE PAIKKONDLIKU TERVISEDENDUSE SÜSTEEMI KORRALDUS ÜLE- RIIGILISEL, MAAKONDLIKUL JA KOHALIKUL TASANDIL	21
5.1 RIIKLIKU, REGIONAALSE JA KOHALIKU TASANDI ROLLID JA FUNKTSIOONID; SENINE TEGEVUS JA OMAVAHELINE KOOSTÖÖ	21
5.2 SEADUSANDLUS JA STRATEEGIAD.....	25
5.3 FINANTSEERIMINE.....	26
5.4 INIMRESSURSID.....	27
5.5 PAIKKONNA TERVISEDENDUSE KORRALDUSE KUI TERVISESÜSTEEMI OSA EESMÄRGID JA KOOSTISOSAD (BUILDING BLOCKS).....	27
5.6 KOHALIKU ARENGU PÕHIMÕTETE ARVESTAMINE PAIKKONNA TERVISEDENDUSES	29
5.7 TERVISEDENDUSE KORRALDUSE TUGEVED JA NÕRKUSED.....	29
5.8 NÄITEID AUSTRALIAST JA KANADAST	30
5.8.1 AUSTRALIA.....	30
5.8.2 KANADA	32
6. IDEED EESTI PAIKKONDLIKU TERVISEDENDUSE TUGISTRUKTUURI KORRALDUSE VÄLJATÖÖTAMISEKS	34
KOKKUVÕTE.....	38

ALLIKAD	40
LISA 1 TERVISEDENDUSE KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI OSANA RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL ROOTSIS	45
LISA 2 TERVISEDENDUSE KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI OSANA RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL TAANIS	58
LISA 3 TERVISEDENDUSE KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI OSANA RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL INGLISMAAL.....	70
LISA 4 EESTIS INTERVJUEERITUD ISIKUTE NIMEKIRI	89
LISA 5 EESTI INTERVJUUDE KÜSIMUSED.....	90
LISA 6 VÄLISRIIKIDE INTERVJUUDE KÜSIMUSED	93
LISA 7 VÄLISRIIKIDES INTERVJUEERITUD ISIKUTE NIMEKIRI	98

1. Sissejuhatus

Tervisedendus on osa iga riigi tervisesüsteemist (WHO 2007). Tervisedendusega seotud struktuure ja mehhanisme rakendatakse riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasandil (Bensaude De Castro Freire, Costongs, Stegeman ja Hagard 2007). Eestis on tervisedendusliku koordineeritud tööga tegeletud riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil alates 1995. aastast. Riiklikul tasandil tegelevad tervisedendusliku tööga Sotsiaalministeerium (SoM) ja Tervise Arengu Instituut (TAI) ning maakondlikul tasandil maavalitsuste juures töötavad tervisedendajad. Kohalikul tasandil on tervisedenduse korraldus omavalitsustest lähtuvalt erinev.

Oma olemuselt on senine paikkondlik tervisedenduslik töö põhinenud peamiselt projektidel – seda nii tegevuste elluviimise kui osaliselt tervisedendajate töötasude osas (mõnedes maakondades ei ole tervisedendajate ametikohad eelarvelised). Projektipõhine paikkondlik tervisedendus ei ole aga pikemas perspektiivis jätkusuutlik.

Eesti paikkonna tervisedenduse tugistruktuuri arendamine suurema jätkusuutlikkuse saavutamiseks on TAI poolt algatatud aktuaalne teema. Kuna tervisedendus on osa iga riigi tervisesüsteemist, on selleks vaja ka teada, millised on tervisesüsteemidele püstitatud eesmärgid ja millistest osadest nad koosnevad. Erinevates riikides on tervisedenduse süsteemi korraldusel läbi tehtud põhjalikke arenguid, millest võiks enne muutuste planeerimist ideid ammutada ka Eesti jaoks. Süsteemi arendamisel planeeritavate ümberkorralduste puhul on oluline arvestada kõigi tasandite tervisedenduse praktikute (kellel on roll ümberkorralduste tulemuste elluviimisel) arvamust tervisedenduse senisest toimimisest ja vajalikest muutustest. Sellisel juhul on suurem tõenäosus, et muudatused osutuvad edukaks ja pikaajaliseks.

Käesoleva töö eesmärgiks ongi esitada ideid paikkonna tervisedenduse tugistruktuuri jätkusuutlikuks korraldamiseks Eestis riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil.

Uurimisküsimused:

1. Mida arvavad Eesti tervisedendusega igapäevaselt tegelevad praktikud (maakondlikul ja kohalikul tasandil) ning nende tööd mõjutavad riikliku tasandi esindajad Eesti paikkonna

tervisedenduse süsteemi korralduse jätkusuutlikkusega seotud aspektidest? Mida peetakse peamisteks tugevusteks? Mida peetakse nõrkusteks, mida soovitakse muuta?

2. Kuidas on paikkonna tervisedendussüsteem korraldatud Rootsis, Taanis, Inglismaal, Austraalias ja Kanadas? Millised on selle jätkusuutlikkusega seotud aspektid?
3. Kuidas muuta tervisedenduse süsteemi tugistruktuuri korraldust riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil jätkusuutlikumaks (arvestades Eesti tervisedenduse praktikute hinnanguid praegusele süsteemile ja Rootsi, Taani, Inglismaa, Austraalia ning Kanada kogemusi)?

2. Töö metoodika kirjeldus

Uurimus viidi läbi kasutades kvalitatiivseid meetodeid: dokumendianalüüsi ja intervjuusid. Dokumendianalüüsiga koguti infot erinevatest allikatest: raamatutest, aruannetest ja artiklitest. Kasutati ka interneti-põhiseid allikaid. Intervjuud viidi läbi Eesti paikkonna tervisedenduse süsteemi esindajatega kohalikul, maakondlikul ja riiklikul tasandil ning välisriikide (Rootsi, Taani, Inglismaa, Austraalia ja Kanada) esindajatega.

Eesti osa uurimusest

Uurimuse Eesti osa puhul viidi kõigepealt läbi intervjuud. Intervjueeriti 10 inimest, kelle igapäevatöö on seotud paikkonna tervisedendusega riiklikul, maakondlikul või kohalikul tasandil. Inimeste valimisel oli oluliseks kriteeriumiks see, et kaasatud oleksid kõikide tasandite esindajad. Kohaliku tasandi puhul valiti KOV-d, kus on loodud tervisedendajate töökohad. Lisaks intervjueeriti 2 Siseministeriumi (SiM) esindajat, et paigutada paikkonna tervisedenduse erinevate tasandite tegevus üldise halduskorralduse perspektiivi. Intervjueeritavate isikute nimekiri kooskõlastati enne intervjuude läbiviimist TAI esindajaga. Intervjueeritud inimeste nimekiri on esitatud lisan nr 4.

Intervjuu läbiviimisel kasutati poolstruktureeritud intervjuu meetodit. Küsimused olid eelnevalt ettevalmistatud, kuid kui intervjueeritav rääkis lisaks mõnel asjakohasel teemal, siis esitati tervikpildi saamiseks selle kohta veel mõned küsimused. Kasutati ühtseid intervjuu küsimustikke, va SiM ja Haigekassa esindajate puhul – neil olid asutuse eripärast lähtudes mugandustega küsimused. Küsimustikud kooskõlastati enne intervjuude läbiviimist TAI esindajaga. Intervjuu küsimustikud on esitatud lisan 5.

Intervjuude järgselt viidi läbi dokumendianalüüs dokumentide osas, mida intervjuudes eraldi välja toodi ja mida oli vaja täpsustada.

Välisriikide osa uurimusest

Välisriikidest valiti antud uurimuses osalema Rootsi, Taani ja Inglismaa ning näidete varal ka Austraalia ja Kanada. Rootsi ja Taani osutusid valituks kui Eestile suhteliselt sarnased Põhjamaad, kus on pikem traditsioon tervisedenduse praktika elluviimisel. Inglismaa valiti tänu pikaajalisele tegevusele tervisedenduse valdkonnas ning Eesti senistele kogemustele Inglismaa tervise valdkonna õppetundide kasutamisest. Näiteid Kanadast ja Austraaliast

sooviti lisada kuna tegemist on maailma mastaabis tervisedenduse nn lipulaevadega. Kaasatavate riikide nimekiri koostati enne intervjuude läbiviimist TAI esindajaga.

Kõigepealt viidi riikide kohta läbi dokumendianalüüs WHO-le koostatud raportite „*Health Systems in Transition*“ põhjal. Seejärel toimusid poolstruktureeritud intervjuu meetodil telefoni-intervjuud. Küsimused olid eelnevalt ettevalmistatud, kuid kui intervjuueeritav rääkis lisaks mõnel asjakohasel teemal, esitati tervikpildi saamiseks selle kohta veel küsimusi. Kasutati ühtseid intervjuu küsimustikke, mis on esitatud lisan 6. Küsimustikud koostati enne intervjuude läbiviimist TAI esindajaga.

Intervjuueeritud inimeste nimekiri on lisan nr 7. Intervjuude järgselt viidi läbi (Rootsi, Taani ja Inglismaa puhul) täiendav dokumendianalüüs dokumentide/ organisatsioonide osas, mida intervjuudes mainiti ja mida oli vaja kasutada tervikliku ülevaate saamiseks iga riigi kohta.

3. Paikkonna tervisedenduse süsteemi ülesehitamise põhimõtted

3.1 Tervisedendus kui tervisesüsteemi osa

Rahvastiku tervise olukorra kujunemisel on olulise tähtsusega riiklike tervisesüsteemide tõhusus ja tulemuslikkus (WHO 2004). World Health Organization (WHO) defineerib oma 2007.a raportis (*Strengthening... 2007*) tervisesüsteemi kui „süsteemi, mis hõlmab kõiki organisatsioone, inimesi ja tegevusi, mille peamine eesmärk on tervist edendada, taastada või säilitada“ (WHO 2007:2). Seega on tervisedendus osa tervisesüsteemist. Juba WHO 2000. a raportis (*The World... 2000*) rõhutatakse, et sellised traditsioonilised rahvatervise tegevused nagu tervise edendamine ja haiguste ennetamine, on samuti süsteemi olulised osad. Tervisesüsteem tegeleb nii erinevate tervisemõjurite kui otseste tervist parandavate tegevuste elluviimisega (WHO 2007). Ressursside jaotamisel on oluline leida sobiv tasakaal tervise edendamise, tervishoiu ja haiguste ennetamise vahel, mis võimaldab tegeleda nii praeguste kui tulevaste tervise vajadustega (WHO 2008).

Kuna tervisedenduse korraldus on osa tervisesüsteemist, siis kehtivad selle puhul ka tervisesüsteemidele seatud eesmärgid ja süsteemile määratletud koostisosad, mida on käsitletud alljärgnevalt.

Tervisesüsteemide paremaks mõistmiseks on praeguseks tehtud palju tööd süsteemide erinevate aspektide kaardistamiseks. Tervisesüsteemidele on seatud kolm põhilist eesmärki: elanikkonna tervise parandamine, inimeste ootustele vastamine ja finantskaitse pakkumine halva tervisega seotud kulude puhul (WHO 2000).

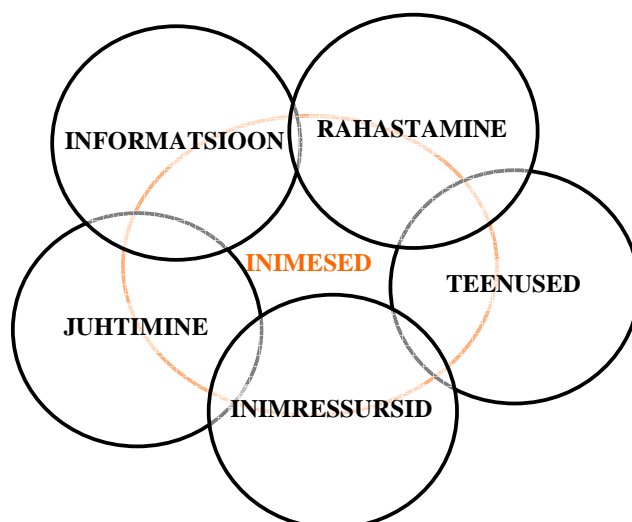
Kuigi paremat tervist võib pidada tervisesüsteemi kõige olulisemaks eesmärgiks, on kõik kolm eesmärki olulised igas maailma riigis – olenemata sellest, kuidas konkreetne tervisesüsteem on üles ehitatud. Erisused eesmärkide poole liikumisel tulenevad aga eelkõige elanikkonna sissetulekute tasemest ning süsteemi kultuurilistest ja organisatsioonilistest iseärasustest (WHO 2000.) Kuna kolmas eesmärk on eelkõige asjakohane tervishoiu valdkonnas, siis kehtivad tervisedenduse süsteemi puhul eelkõige kaks esimest eesmärki.

Tervisesüsteemi individuaalsete osade paremaks mõistmiseks on WHO kirjeldanud kuus süsteemi koostisosa/ehitusblokki (*building blocks*):

- **teenuste edastamine** - tulemuslikud ja kvaliteetsed teenused, mida pakutakse neile, kes seda vajavad; ajal, mil neid vajatakse; ja kohas, kus neid vajatakse
- **tervise personal** - vastutulelik, õiglane ja tõhus personal; piisav personali hulk
- **tervise informatsioon** - õigeaegse ja usaldusväärse informatsiooni tootmine, analüüsimine, levitamine ja kasutamine tervisemõjurite, tervisesüsteemi toimimise ja tervise olukorra kohta
- **meditsiinitehnoloogia** - kvaliteetsed, turvalised ning kuluefektiivsed meditsiinitooted ja tehnoloogia; nende teaduspõhine kasutamine
- **finantseerimine** - piisavate vahendite leidmine, et inimesed saaksid kasutada enda jaoks vajalikke teenuseid
- **juhtimine** - strateegiliste raamistike järgimine koos tulemusliku koalitsioonide moodustamisega, vastutuse võtmisega, regulatsioonidega, motiveerimisega jne. Juhtimine on oma olemuselt valitsuse vastutusvaldkond. Selle edukaks elluviimiseks on oluline koostada terviklik ja läbimõeldud poliitiline visioon, millega määratletakse peamised osapooled ja jagatakse rollid.

Erinevad seosed ja mõjud nimetatud blokkide vahel muudavadki nad tervisesüsteemiks. Süsteemi keskmes on inimesed: sellega mõeldakse nende osalemist erinevates võrgustikes ja kodanikuühiskonna organisatsioonides ning tervisetöötajate, juhtide ja poliitikakujundajate tegevuse mõju blokkidele (WHO 2009.) Süsteemi osade integreeritus ja juhtimine mõjutavad seda kuidas süsteem toimib (WHO 2000).

Tervisedenduse süsteemi puhul on meditsiinitehnoloogia vähem asjakohane ning selles kontekstis on põhjendatud vastavate koostisosade käsitlemine ilma tehnoloogiata. Asjakohased koostisosad on esitatud joonisel 1.



Joonis 1 Tervisesüsteemi blokkide dünaamiline ülesehitus ja omavaheline seotus – kohandatult tervisedenduse süsteemile (WHO 2009, lk 32 mugandatud)

WHO 2009 a. raport (*Systems... 2009*) rõhutab, et paradoksaasel kombel on tervisesüsteemide senises töös vajaka jäänud süsteemsest lähenemisest. „Süsteemne mõtlemine on lähenemine, mis vaatleb probleeme osana laiemast ja dünaamilisest süsteemist” (WHO 2009:33). See nõuab süsteemi osade seoste, mõjude ja suhete sügavamat mõistmist – ning annab parema arusaamise, milline lahendus töötab.

Süsteemse mõtlemise põhjal loodud sekkumised on suunatud ühele või mitmele süsteemi ehitusblokkile. Need võivad oluliselt kaasa aidata riiklikul tasemel võimekuse suurendamisele, selleks et lahendada tervisesüsteemi probleeme (WHO 2009.)

Tervisedenduse süsteemi muutuste planeerimisel on oluline kaasata erinevaid osapooli. See on vajalik selleks, et inimesed, kel on osa muutuste tulemuste elluviimisel, tunnetaksid suuremat vastutust ja omanditunnet. Vastavat põhimõtet nimetatakse „omandi” (*ownership*) põhimõtteks ning selle rakendamisel on suurem tõenäosus, et muudatused on edukad (Thompson & Kinne 1999.)

3.2 Tervisedenduse jätkusuutlik korraldus tervisesüsteemi riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasandil

Paljudel juhtudel võimaldab ressursside suunamine rahvatervise valdkonna sekkumistele vähendada tervishoiu kulusid tulevikus, maksimeerida tervisetulemit ja aidata seega jätkusuutlikkuse saavutamisel (Thomson et al 2009) - rahvatervise valdkond hõlmab aga ka tervisedendust.

Erinevad autorid on käsitlenud jätkusuutlikkust tervise kontekstis ning otsinud vastust küsimusele, kuidas vastava valdkonna tegevust jätkusuutlikumaks muuta nii riiklikul, regionaalsel kui kohalikul tasandil. Tervisedenduslike tegevuste korraldamiseks peetakse väga oluliseks määratleda igal tasandil konkreetsed asutused, mis tervisedenduse töös kindlaid funktsioone täidavad. Väga tähtis on see, et tervisedenduse eest vastutavad valitsusasutused kaasaksid aktiivselt ka teisi sektoreid peale tervisesektori. Lisaks on vajalik hea juhtimine: et kokkulepitud tegevuste osas reaalselt progressi oodata (Davis & MacDowall 2005.) Selgelt määratletud vastutusvaldkondade ja koostööpõhimõtete puudumine võib viia probleemideni erinevate tasandite tegevuste ühtlustamisel (Bensaude De Castro Freire et al. 2007).

Süsteemaatilise ja pikaajalise arengu jaoks on tervisedenduses esmatähtsad vajalike oskustega personal ja piisav finantseerimine (Davis & MacDowall 2005). Tervisedenduse riiklikul ja institutsionaalsel tasandil on enamus Euroopa Liidu maades probleemideks just finants- ja inimressursside olemasolu ja jätkusuutlikkus. Kogemused maailma erinevatest piirkondadest näitavad, et jätkusuutlikkuse tagamiseks on oluline tugineda avaliku sektori finantseerimisele (Bensaude De Castro Freire et al. 2007.)

Tervisedendus kohalikul tasandil lähtub suuresti kogukonna arendamise põhimõtetest. Kogukonna arengut peetakse tervisedenduses reaalsete tulemuste saavutamiseks ülioluliseks (Naidoo & Wills 2000). Kogukonna arendamisel tuleb järgida alljärgnevat olulisi põhimõtteid:

- kogukonna vajadustest lähtumine
- keskendumine ebavõrdses seisus olevatele ning haavatavatele gruppidele (Naidoo & Wills 2000).

Kohaliku tasandi tervisedenduse arendamisel on (nimetatud põhimõtetest lähtudes) oluline saavutada kogukondade võimestumine (McMurray 2003). Kogukonna võimestumine on „kogukonna võimelisus oma otsuste ja tegudega saavutada kontroll oma tervise ja sotsiaalsete probleemide üle“ (Kasmel & Lipand 2007:177). Võimestunud kogukonnad usuvad, et suudavad ise oma tulevikku kujundada ja osalevad aktiivselt tervisepoliitikates ning elu-ja töötingimuste kujundamisel.

Kogukondade suutlikkuse suurendamist ja võrgustike laiendamist peavad pikaajalise jätkusuutlikkuse saavutamisel oluliseks ka Davis ja MacDowall (2005). Kogukonna liikmete osalemine suurendab tõenäosust, et arengu planeerimisel ja poliitika kujundamisel arvestatakse nii kohalike tugevuste kui piirangutega (McMurray 2003).

Kogukonna arendamise olulisust kohaliku tasandi tervisedenduses rõhutab ka Ottawa harta 1986. aastast. Selle järgi aitab kogukonna võimestumisele oluliselt kaasa piisava informatsiooni ja õppimisvõimaluste kättesaadavaks tegemine kogukonna liikmetele.

Lisaks eelnimetatule on Davis ja MacDowall (2005) pikaajalise jätkusuutlikkuse saavutamiseks tervisedenduses määratlenud alljärgnevad põhimõtted:

1) siduda kogukonna terviseprojektid laiemate muutustega, mis on asjakohased tervise ja sotsiaalpoliitika valdkondades 2) jälgida, et projektid on võimelised saavutama reaalseid tulemusi ning esitlema neid kogukondadele ja finantseerijatele.

Praktikas on tõeliseks väljakutseks projektide reaalsete tulemuste saavutamine. Nimelt on tervisesekumiste puhul sageli väga keeruline näidata kasu tervisele lühiajalises perspektiivis – muudatused terviseseisundis nõuavad aega (Swerissen & Crisp 2004).

4. Eesti paikkondliku tervisedenduse süsteemi korraldus üle-riigilisel, maakondlikul ja kohalikul tasandil

4.1 Eesti paikkondliku tervisedenduse praktikute hinnang käesoleva süsteemi toimimisele

Eesti tervisedenduse maakondliku ja kohaliku tasandi praktikud ja nende tegevust mõjutavad riikliku tasandi esindajad avaldasid arvamust alljärgnevate jätkusuutlikkusega seonduvate aspektide kohta:¹

- riigi, maakondade ja kohalike omavalitsuste rollid ja funktsioonid; senine tegevus ja omavaheline koostöö
- seadusandlus ja strateegiad
- finantseerimine
- inimressursid
- paikkonna tervisedenduse korralduse kui tervisesüsteemi koostisosad
- kohaliku arengu põhimõtete arvestamine paikkonna tervisedenduses
- paikkonna tervisedenduse korralduse tugevused ja nõrkused ning muudatusvajadused.

Alljärgnevalt on esitatud üldistatud intervjuude tulemused nimetatud aspektide kaupa.

4.1.1 Eri tasandite (üle-riigiline, maakond, KOV) roll ja funktsioonid, omavaheline koostöö

Paikkonna tervisedenduse toimimine erinevatel tasanditel erineb intervjuueeritute arvates tulenevalt konkreetsest maakonnast ja/või KOV-st. Funktsioonide jaotust erinevate tasandite vahel peeti üldjoontes arusaadavaks. Tervisedenduse toimimist riigi tasandil, eelkõige TAI tegevust vastavas valdkonnas, peeti reeglina hästi toimivaks. Üldiselt on TAI roll osapooltele arusaadav ning intervjuudes rõhutati korduvalt TAI poolset viimastel aastatel pidevalt kasvanud abi ja toetust (eelkõige) maakondadele. Hinnatakse TAI poolt maakondadele pakutavaid koolitusi, nõustamist; ka finantseerimist ja maakondade tervisedendajate tegevuse koordineerimist.

¹ Nende määratlemisel lähtuti teoreetilises ülevaates esitatud jätkusuutlikkuse olulistest aspektidest ning tervisedenduse süsteemi puhul asjakohastest tervisesüsteemi eesmärkidest ja koostisosadest.

Paaril juhul toodi välja riigi ja maakonna rollide ebaselgus, pidades maakondade vajadustega arvestamist veidi ebapiisavaks. See tuleneb küll peamiselt Euroopa Liidu Sotsiaalfondi (ESF) ja Haigekassa programmide finantseeringutest. ESF abil finantseeritakse mh maakondade tegevusi ning seejuures on määratletud erinevad toetuse saamise aspektid, nt sihtrühmad. Sihtrühmaks on kehtival ESF programmil (*Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2013*) tööealine elanikkond, kuigi maakondade vajadused võivad seotud olla laste või eakatega. Maakondade töö tõhustamiseks peeti oluliseks paikkondliku eripäraga arvestamist.

Maakonna tasandi puhul toodi välja mitmeid näiteid hästi toimivatest maakondlikest võrgustikest, kus maakonna edendaja omab pikaajalist kogemust ja koostööpartnereid, kellega tegevusi ellu viia. Ka tervisenõukogudel on oluline roll. Samas arvati, et tervisedendus ei ole paljudes maakondades teadvustatud kui üks maavalitsuse põhifunktsioone ning toetus tervisedendajatele varieerub.

KOV-des ei ole tervisedendus reeglina prioriteediks, kuigi märgiti, et viimastel aastatel on näha olulist edasiminekut. KOV-d, mida peeti tervisedenduses kõige aktiivsemaks, on Tallinna ja Tartu linn (ning nt Rapla vald). Tervisedenduse tööd KOV-des takistab eelkõige inim- ja finantsressursside nappus, mis on eriti iseloomulik väikestele KOV-dele. Seega piirab KOV-de tervisedenduslikku tööd halduskorraldusest tulenev väikeste KOV-de suhteliselt madal haldusvõimekus. Arvati, et KOV-des võib olla probleeme tervisedenduse funktsiooni teadvustamisega ning ilmselt ei ole ka tegevustest saadavat kasu piisavalt tunnetatud. Seega sõltub vastav töö sageli kohalikest aktivistidest. Samas väideti, et võimalus taotleda ESF rahastust avatud taotlusvoorudes on KOV-e tervisedenduses aktiveerinud.

Koostööd erinevate tasandite vahel peeti üldjoontes heaks. Riigi ja maakonna tasandi suhtluses on olemas pikaajaline koostööliin, mida reeglina väärtustatakse. Maakondade tervisedendajate omavahelist koostööd peeti väga heaks. Samuti peeti järjest paremini toimivaks vabatahtlike kaasamist maakondlikul tasandil (nt lasteaedade ja koolide mentorid), mis aitab terviseküsimusi viia laiematesse ringkondadesse. Maakondade ja KOV-de suhtluse osas mainiti samuti positiivseid arenguid. Maakonna ja KOV tasandi eduka koostöö eelduseks peeti järjepidevat tööd ning motiveerimist maakonna edendaja poolt. Maakonna tervisedendaja ja KOV-de hea koostöö näiteks toodi terviseprofiilide koostamist KOV-des alates 2009.aastast.

Intervjuudest selgus, et teiste sektorite kaasamine tervisedenduslike tegevustesse on senini kõige paremini õnnestunud KOV-del (kes on tervisedenduse valdkonnas aktiivsed) ning keerulisemaks on see osutunud riiklikul tasandil. KOV-de heade partneritena märgiti nt Päästeametit, Politseid, Kiirabi jne. Rõhutati, et senise töö käigus on erinevatel tasanditel palju tähelepanu pööratud koostöövõrgustike kujundamisele – mis aitab kaasa erinevate sektorite kaasamisele. Läbi on viidud valdkonnapõhiseid tegevusi (nt südameveresoonekonna haiguste ennetamine, HIV-ennetamine, toitumine jne), oluliselt väiksemal määral on tegeletud elukeskkonnaga.

4.1.2 Seadusandlus ja strateegiad

Paikkonna tervisedenduse korraldamist toetavat seadusandlust ei peetud praegusel hetkel piisavaks. Olulise dokumendina mainiti rahvatervise seadust, mis muuhulgas määratleb tervisedenduse SoM ja maavanema ülesandena ning KOV-de ülesandena seisab seal „elanikkonna haiguste ennetamisele ja tervise edendamisele suunatud tegevuse korraldamine kohaliku omavalitsuse maa-alal” (Rahvatervise... 1995). Seadust peeti ebapiisavaks just KOV-de osas, kuna see on liiga üldine ja ebaselge ning annab võimalusi erinevateks tõlgendusteks.

Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (KOKS) käsitleb KOV-de ülesandeid, kuid tervisedendust seal eraldi ei mainita (Kohaliku... 1993). Leiti, et seaduse laia määratluse tõttu võib öelda, et tervisedendus seal mainitud kohaliku elu korraldamise tegevuste alla kuulub, kuid otsest kohustust tervisedendusega seoses KOKS-s ei teki.

Korduvalt märgiti vajadust rahvatervise seaduse muutmiseks, eriti KOV-de tervisedenduslike ülesannete osas. Samas mainiti, et KOV-d peaksid avaldama soovi vastavate sätete detailsemaks määratlemiseks. Lisaks arvati, et sätete täpsustamisel peaks analüüsima kaasnevaid kulusid ning rahastusskeeme ja vältima „puust ja punaseks” ette kirjutamist (et saaks kohalike vajaduste ja võimalustega arvestada).

Intervjuudes mainiti pidevalt positiivselt RTA-d (2009-2020), mille puhul on tegemist strateegiaga, mis on heaks nõ katusdokumendiks tervisedenduse töö korraldamisel.

4.1.3 Finantseerimine

Finantseerimist peeti paikkonna tervisedenduse üheks suurimaks probleemiks.

Riiklikul tasandil on oluline ressursside olemasolu paikkonna tervisedenduse töö koordineerimiseks – praegu toimib see TAI-s eelkõige ESF põhiselt (loodud 2 ametikohta), kuid vajadus ametikoha järgi oleks ka ESF ressurssidest sõltumata.

Maakonna tervisedenduslike tegevuste elluviimisel on peamisteks allikateks riiklikud ressursid –TAI (ESF programmi raames) ja Haigekassa (vigastuste ennetamise programm) poolt. Üldjoontes väärtustati põhimõtet, et neist programmidest on rahastamine ette nähtud kõikidele maakondadele ning ei toimu otsest konkureerimist. Riiklikud programmid rahastavad eelkõige konkreetseid valdkondi teatud tingimustel ning ei ole otseselt mõeldud laiemapõhjaliseks tervisedenduseks maakondade missioonide/visioonide alusel. Lisavahendite saamiseks peeti tähtsaks projektivahendite taotlemist (nt ESF meetme „Tervist toetavate valikute soodustamine“ avatud taotlusvoorudest). Selle puhul mainiti küll ohtu, et tervise ebavõrdsus suureneb maakondade vahel (rohkemate kogemustega ja kõrgema suutlikkusega maakondadel õnnestub saada enam vahendeid). Toodi näiteid kolmanda sektori kaasamisest maakondi hõlmavate projektidega taotlusvoorudes osalemisel.

Olulise probleemina mainiti maakondlike tervisedendajate ametikohtade erinevat finantseerimist – osadel juhtudel on tegemist maavalitsuse koosseisulise töötajaga, teistel juhtudel peab edendaja palk tulema nt ESF programmi vahenditest. Maakondliku tasandi tervisedenduse finantseerimise puhul peetigi oluliseks, et see toimiks ühtsetel alustel ja tagaks edendajate kindlustunde.

Suurt probleemi tervisedenduse finantseerimisel tõdeti ka KOV-de puhul. Tallinna ja Tartu linna olukorda peeti küll heaks - olemas on nii koosseisulised tervisedendajate ametikohad kui eelarve tegevusteks, samas Tallinna linnaosade edendajatel puuduvad vahendid tervisedenduslikeks tegevusteks (sõltutakse projektide taotlemisest). Ülejäänud KOV-del ei ole reeglina tervisedenduseks piisavalt rahalisi ressursse. Samas märgiti mitmel juhul, et vahendite leidmine sõltub KOV prioriteetidest ning sellest, kui hästi on suudetud tervisedenduse vajalikkust tõestada. Ka KOV-de puhul rõhutati vajadust projektivahendite taotlemiseks, kuid regulaarsete tervise taotlusvoorude puudumist ning sageli vähest projektialast kompetentsi.

4.1.4 Inimressursid

Üldjoontes tõdeti, et paikkonna tervisedendusega tegelev inimressurss ei ole praegusel hetkel piisav ühelgi tasandil. Samas toodi välja erisusi – nt riiklikul tasandil peeti 2 spetsialisti TAI-s piisavaks. Arvati ka, et valdkonna paremale teadvustamisele riiklikul tasandil võiks kaasa aidata eraldi paikkonna spetsialist SoM-s. Maakondade puhul rõhutati eelkõige tervisedendaja loodud koostöövõrgustiku rolli – maakonna koordineeriva töö tegemine võib olla sobiv ühele inimesele kui on kaasatud teiste sektorite esindajaid (nt tervisenõukogudes). Mõnedes maakondades on tervisedendajal ka palgelist abijõudu, nt Rapla, Viljandi. Teisalt toodi välja, et edendajate suutlikust vähendab see, kui neil on lisaks teisi vastutusvaldkondi (nt noorsootöö).

Väikeste KOV-de puhul on reeglina seis kõige keerulisem, sest vastava kompetentsiga inimesi on raske leida ja tööle rakendada. Samas toodi välja, et kui spetsiaalse ametikoha loomine KOV poolt on keeruline, siis tasub mõelda, kuidas integreerida tervisedenduse kompetentse teiste ametikohtadega. Seejuures rõhutati vastava kompetentsi pidevat kasvamist õppesuundade kaudu Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis (TTKK) ja Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledzis (HK).

Olulise ohuna toodi nii maakondlikul kui kohalikul tasandil välja seda, et eelarveliste vahendite puudumine tervisedenduslikeks tegevusteks võib soodustada personali voolavust, seda just nõuete süsteemi sisenejate puhul, kellel ei ole veel aastatepikkust tervisedenduse töökogemust ja väljakujunenud koostöövõrgustikku.

4.1.5 Hinnang süsteemile WHO tervisesüsteemi ülesehituse põhimõtetest lähtuvalt (tervisedenduse praktikute hinnangul)

Intervjuude raames küsiti osapoolte arvamust paikkonna tervisedenduse korraldusest WHO poolt defineeritud tervisesüsteemi koostisosade põhjal.

Tõhusate ja kvaliteetsete teenuste pakkumise osas arvati valdavalt, et senini pole see kuigi hästi õnnestunud. Riigi tasandil on olemas ennetusteenused (nt suitsetamisest loobumise nõustamise kabinetid), kuid inimesed ei ole neist piisavalt teadlikud. KOV tasandil sõltub palju konkreetse omavalitsuse võimekusest. Esitati näiteid, mille puhul toimib hästi ennetusteenuste ostmine KOV-i poolt, kuid enamasti on probleemiks kompetents ja teenuste kättesaadavus. Leiti, et teenustega seotud probleeme võib põhjustada ka varasem usaldusväärse terviseinfo puudumine, mistõttu võivad esineda eksimused teenuste

planeerimisel ja rakendamisel. Eraldi toodi välja nõustamisteenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi probleem (nt narkoprobleemide puhul).

Usaldusväärse terviseinfo tootmise, analüüsimise ja levitamise poolelt märgiti üldjoontes positiivset arengutendentsi. Väärtustatakse erinevaid andmekogumissüsteeme ja registreid, mis sisaldavad infot eelkõige riigi tasandil – KOV (ja kohati maakondade) tasandil on andmete kättesaadavus sageli probleemne. Kõige keerulisemaks peeti info analüüsimise poolt, mis võib jääda vajaliku kompetentsi puudumise taha. Rõhutati ka valdade/linnade ja maakondade terviseprofiilide koostamist alates 2009.aastast, mis on palju panustanud nii usaldusväärse info tootmisele kui analüüsimisele ja levitamisele. Terviseprofiilide koostamises nähakse võimalust arendada maakondade ja KOV-de analüüsioskuseid.

Juhtimise osas väärtustatakse SoM-i rolli. Kohati peeti segadust tekitavaks struktuuri, mille puhul maavalitsused kuuluvad Siseministeriumi alla, kuid tervisedenduse suunad tulevad SoM-st. Probleemaatiliseks peeti ka Eesti haldussüsteemi, mille puhul maavalitsused on riigi esindajad maakondades ega oma iseseisvat otsustusõigust; samas peeti maakondliku tervisedendaja eduka töö eelduseks maavanema toetust. Tõdeti ka, et osades maakondades on tervisedendajatel hästi õnnestunud KOV-de töö suunamine ühise eesmärgi nimel: see on aga tihti isikutepõhine. KOV-de puhul rõhutati kohalike aktivistide entusiasmist tulenevat tervisedendust, mis on nõ mitteametlik juhtimine: kui ei ole tervisedendajate ametikohti ja alluvussuhteid.

4.1.6 Kohaliku arengu põhimõtete arvestamine paikkonna tervisedenduses

Intervjuude raames avaldati arvamust, kuidas on praeguse tervisedenduse korralduse juures olnud võimalik panustada kohalikule arengule. Kogukonna vajadustega arvestamise osas olid arvamused erinevad, mis tuleneb osaliselt KOV-de erinevast suutlikkusest kogukonna vajadusteni jõuda ja nendest lähtuda. Positiivse hinnangu andnud rõhutasid, et terviseprofiilide koostamine annab võimaluse kogukonna vajadusi paremini kaardistada. Samuti mainiti, et kuna erinevate gruppide (nt erinevad vanuserühmad) terviseteadlikkus on suurenenud, on neid lihtsam tervise teemadel otsustusprotsessi kaasata. Eriti hästi on võimalik kogukonna vajadustest lähtuda paikkondades, kus toimivad tervisenõukogud. Negatiivse poole pealt toodi välja KOV-de kompetentsi puudust ning ressursipuudusest tulenevat vähest ennetustööd (tehakse palju nõ „tulekustutamist“, kuigi kogukonna vajaduste õigeaegne märkamine võimaldaks seda vältida). Samuti märgiti riikliku

programmipõhise lähenemise vähest paindlikkust, mis ei soosi paikkondlike iseärasustega arvestamist (nt ESF programm).

Ebavõrdses seisundis olevatele inimestele keskendumise osas oli nii neid, kes leidsid, et vastav tegevus läheb järjest paremaks kui ka neid, kes pidasid seda komplitseerituks. Üldiselt jagati arvamust, et ebavõrdses seisundis olevad grupid on kohalikul tasandil suhteliselt hästi teada, kuid kohati jääb tegevuste läbiviimine ressursi puudumise taha. Abi võiks olla ebavõrdses seisundis olevate inimeste kaardistusest terviseprofiilis ning selle tegevuskavast. Mainiti, et oluline on erinevate gruppidega igapäevaselt töötavate inimeste kaasamine koostöövõrgustikesse. Märgiti, et kohati on probleemne gruppide esindajate kaasamine selleks, et neile suunatud teenuseid välja töötada: see vajab eraldi väljaõpet, millest KOV-des jääb tihti vajaka.

4.1.7 Tervisedenduse süsteemi jätkusuutlikkuse tugevused ja nõrkused tervikuna (tervisedenduse praktikute hinnangul)

Praeguse paikkonna tervisedenduse korralduse peamiste **tugevustena (jätkusuutlikust toetavate teguritena)** toodi kõige sagedamini välja:

- olulise strateegilise dokumendi - RTA – olemasolu
- TAI aktiivset rolli paikkonna tervisedenduse koordineerijana riiklikul tasandil
- pikaajalist maakondliku tervisedendajate võrgustiku head koostööd
- tervisedenduse õppesuundi HK-s ja TTKK-s².

Praeguse paikkonna tervisedenduse korralduse peamiste **nõrkustena (jätkusuutlikkuse takistajatena)** toodi kõige sagedamini välja:

- maakondliku tervisedenduse ebastabiilset finantseerimist (eelkõige maakondlike tervisedendajate palgafondi erinevat kujunemist ja eelarveliste vahendite puudumist tervisedenduslikeks tegevusteks)
- enamus KOV-des tervisedendajate ametikohtade ja finantside puudumist
- nii maakondade kui KOV-de puhul finantseerimise ebastabiilsusest tulenevat süsteemse tervisedendusliku töö komplitseeritust

² Käesoleva uuringu raames ei ole antud hinnangut õppekavade kvaliteedile, vaid tugevusena on mainitud õppesuundade olemaolu.

- ebapiisavat seadusandlust: KOV-de tervisedenduse rolli liiga üldist määratlust
- kehtivat halduskorraldust: palju väikeseid madala suutlikkusega KOV-e
- ebapiisavat paikkondlike eripäradega arvestamist riiklike programmide planeerimisel.

Intervjueeritud inimesed tõdesid, et eelnimetatud nõrkuste osas ongi tegemist aspektidega, mis vajaksid paikkonna tervisedenduse süsteemi puhul muutmist.

5. Valitud välisriikide paikkondliku tervisedenduse süsteemi korraldus üle-riigilisel, maakondlikul ja kohalikul tasandil

Rootsi, Taani ja Inglismaa paikkonna tervisedendussüsteemi korralduse osas koguti dokumendianalüüsi ja intervjuude (Austraalia ja Kanada puhul ainult intervjuude) käigus infot alljärgnevate jätkusuutlikkusega seonduvate aspektide kohta:

- riigi, regionaalse ja kohaliku tasandi rollid ja funktsioonid; koostöö
- seadusandlus ja strateegiad
- finantseerimine
- inimressursid
- paikkonna tervisedenduse kui tervisesüsteemi osa eesmärgid ja koostisosad
- kohaliku arengu põhimõtete arvestamine paikkonna tervisedenduses
- paikkonna tervisedenduse korralduse tugevused ja nõrkused.

Lisades (lisa 1 Rootsi, lisa 2 Taani, lisa 3 Inglismaa) on esitatud nimetatud riikide paikkonna tervisedenduse süsteemi põhjalikud kirjeldused. Alljärgnevalt on esitatud tulemused kokkuvõtvalt kolme riigi kohta (üldnimetatud aspektide kaupa).

5.1 Riikliku, regionaalse ja kohaliku tasandi rollid ja funktsioonid; senine tegevus ja omavaheline koostöö

Halduskorralduse poolest on Rootsis ja Taanis tegemist kolmetasandilise süsteemiga: riiklik, maakondlik ja kohalik tasand Rootsis (Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell ja Bankauskaite 2005) ning riiklik, regionaalne ja kohalik tasand Taanis. Ka Taanis eksisteerisid varem maakonnad, kuid 2007. a. haldusreformiga need kaotati, loodi regioonid ja vähendati KOV-de arvu (Strandberg-Larsen 2007). Inglismaal on samuti tegemist riikliku, regionaalse (9 regiooni) ja kohaliku tasandiga, kuid kohaliku tasandi ülesehitus on mitmetahuline. Kohaliku tasandi alla arvatakse mh maakonnad, vallad, ühendatud võimud (katavad maakonna ja valla tasandi, mida neis piirkondades eraldi ei ole) ning Suur-London, mis jaguneb 33 linnaosaks (Boyle 2011.) Eelnimetatud piirkondi käsitletakse antud uurimuse raames Inglismaa kohaliku tasandina³.

³ Kõige madalam kohaliku omavalitsuse tase on Inglismaal *civil parish*, kuid need ei kata kogu Inglismaad.

Riiklik (esimene) tasand

Riikliku tasandi tervisedenduse organisatsioonid on kolmes riigis sarnased, eriti Rootsis ja Taanis, kus need on praktiliselt identsed. Kõikides riikides tegutseb tervisevaldkonna ministerium ning riiklik instituut, milleks Rootsis ja Taanis on Riiklik Rahvatervise Instituut ning Inglismaal Tervise ja Kliinilise Kvaliteedi Riiklik Instituut (*NICE*). Tervisevaldkonna ministeriumi roll ja ülesanded on riikides sarnased – üldise tervisepoliitika ja – strateegia kujundamine, vastav seadusloome ja juhtimine (ka tervisedenduse puhul) (Boyle 2011; Glenngård et al. 2005; Strandberg-Larsen 2007.) Instituutide tegevuse peamine erisus on see, et kui Rootsi Rahvatervise Instituudil on laiapõhjalised ülesanded, milles oluline osa on strateegilisel arendustööl (Glenngård et al. 2005), siis Inglismaa *NICE* on keskendunud teadustööle ning tõendus põhiste juhiste koostamisele. Samas on *NICE* eelkäijad olnud tegevad ka strateegiate ja haridusküsimustega ning võib öelda, et *NICE* loomisega kaotati riiklik tervisedenduse „eestkõneleja“ ja arengu juhtija (South telefoniintervjuu) Ka Taani Rahvatervise Instituudi peamine tegevusvaldkond on teadustöö, kuid tal on roll ka nõustamises ja hariduse korralduses (The National... s.a.).

Rootsi ja Taani riikliku tasandi tervisedenduses on keskne roll veel terviseametitel (Riiklik Tervise ja Heaolu Amet Rootsis, Riiklik Terviseamet Taanis), mis tegelevad info kogumise, analüüsimise ja levitamise, nõustamise, soovitude andmise, statistika kogumise ning järelvalvega (Ericsson telefoniintervjuu; Our tasks... s.a; Strandberg-Larsen 2007). Tähtsal positsioonil on ka omavalitsuste huvide eest seisvad organisatsioonid: Taani Kohalik Omavalitsus ja Rootsi Kohalike Omavalitsuste ja Regioonide Assotsiatsioon (SALAR). Nad nõustavad KOV-e, mh tervisedenduses; esindavad neid läbirääkimistel erinevate institutsioonidega (nt valitsusega) jne. Mõlemas organisatsioonis tegutseb tervise üksus (About SALAR... 2011; Health and... 2011; LGDK's... 2009; Local Government... s.a.) Lisaks on mõlemas riigis olulised valitsusvälised organisatsioonid, mis tegutsevad konkreetsetes tervise valdkondades või tervisehäirete põhiselt (Hogstedt, Moberg, Lundgren ja Backhans 2008), nt Vähi Liit, Südame Liit Taanis (Jørgensen telefoniintervjuu).

Inglismaa tervisedenduse riiklikul tasandil tegutseb Riiklik Terviseteenus (*NHS*), mis täidab olulist rolli rahvatervises: see hõlmab programme, mis toimivad esmatasandi trustide kaudu kohalikul tasandil (Department of Health 2007). Valitsusvälistest organisatsioonidest on peamine Rahvatervise Kuninglik Selts, mis esindab rahvatervise/tervisedenduse spetsialiste

ja juhhib koostöökogu „Tervisedenduse tuleviku kujundamine“ (About us s.a; South telefoniintervjuu).

Regionaalne (teine) tasand

See tasand on käsitletud riikidest kõige olulisem Rootsi tervisedenduses: sealsed maakonnad vastutavad tervisedenduse eest 1982.a tervishoiu- ja arstiabi seaduse kohaselt (Glenngård et al. 2005). Samas on oluline, et nt Inglismaal käsitletakse maakondi hoopis kohaliku tasandi üksustena (Boyle 2011). Suurte regioonide tähtsus Inglismaa tervisedenduses on vähenemas - käimas on reformid, millega suurendatakse KOV-de volitusi tervisedenduse valdkonnas (Government Office... 2011). Taanis on tervise valdkond regioonide ja KOV-de vahel jagatud nii, et regioonid vastutavad põhiliselt tervishoiu ning KOV-d tervisedenduse eest (Strandberg-Larsen 2007).

Rootsi maakonnad koostavad piirkondlikke rahvatervise tegevusplaane ning rahvatervise/tervisedenduse toetavat funktsiooni pakuvad reeglina rahvatervise/tervisedenduse osakonnad – kuigi nende tegevuse kvaliteet ja ulatus varieerub (Hogstedt et al. 2008). Maakondadel on 2002. aastast koordineeriv funktsioon alkoholi, narkootikumide, dopingu ja tubaka kasutamise ennetamise osas. Nende ülesandeks on toetada kohalikke ennetustegevusi (County and... 2010.) Maakonnad on suhteliselt iseseisvad: nad võivad ise otsustada, kas ja kuidas Riikliku Tervise ja Heaolu Ameti soovitusi rakendada (Ericsson telefoniintervjuu).

Inglismaa regionaalsel tasandil on tegevad strateegilised tervise asutused (SHA), mis eelkõige tegutsevad tervishoiu valdkonnas, kuid mille tegevus hõlmab ka rahvatervist (Boyle 2011; Department of Health 2007). SHA-d kontrollivad NHS-i tegevusi omas piirkonnas: iga SHA juhhib kõiki piirkonna esmatasandi truste (Overview 2009). Lisaks tegutsevad regionaalsed rahvatervise vaatluskeskused, mis koondavad tervisealast informatsiooni, nt koostades piirkondade terviseprofiile (Boyle 2011).

Inglismaa puhul on oluline mainida nõ ajutisi tervise tegevuspiirkondi, mis loodi 1998. a: tegemist oli keskvalitsuse katsega stimuleerida uusi koostöömeetodeid, et vähendada ebavõrdsust tervises. Piirkonnad loodi 26-l alal. Praeguseks on nad tegevuse lõpetanud, kuid mõned tegevused on osutunud jätkusuutlikuks ning neid rakendatakse jätkuvalt (South telefoniintervjuu.)

Kuigi Taani regioonide peamiseks vastutusvaldkonnaks on tervishoid, omavad nad rolli ka tervisedenduses: nt piirkonna terviseprofiilide koostamisel, mida tehakse iga 4 aasta tagant (Jørgensen telefoniintervjuu; Strandberg-Larsen 2007).

Kohalik (kolmas) tasand

Kohaliku tasandi osatähtsus on kõigis kolmes riigis järjest suurenenud. Taanis anti KOV-dele suuremad volitused tervisedenduse valdkonnas 2007.aastal (Strandberg-Larsen 2007), Inglismaal on vastavad reformid käimas (Government Office... 2011). Peamiseks eesmärgiks on integreerida tervisedendust teiste sektorite tegevusse – vastavaid võimalusi peetakse kõige suuremaks KOV tasandil (HM Government 2010; The Ministry of Interior and Health 2007). Järjest enam suureneb arusaamine vajalikkusest tegeleda tervise struktuursete mõjuritega (nt töötus, keskkond jne) ka KOV tasandil, kuigi senini on tehtud tööd konkreetsetes valdkondades ning ei ole rakendatud laiemal ulatusel süsteemset tervisedendust (Jørgensen telefoniintervjuu; Glengård et al. 2005). Rootsi ja Taani puhul on eraldi rõhutatud KOV-de olulisust alkoholi tarvitamise vähendamisel (Glengård et al. 2005; Strandberg-Larsen 2007). Tervisedenduse korraldus KOV-des erineb aga reeglina päris palju.

Taanis eeldatakse tervisedenduse erinevate aspektidega tegelemiseks KOV-delt erinevate lahenduste väljatöötamist, nt kogukonna tervisekeskuste loomist (Strandberg-Larsen 2007). Kuna selle jaoks puudub konkreetne definitsioon, siis erinevad taolised keskused palju (Nolte, Knai ja McKee 2008). Nõ hea praktika näiteks on Horsensi omavalitsus. Üks olulisemaid initsiatiive on seal nn „Tervisliku Linna Pood“ (*The Healthy City Shop*), mis on keskus professionaalidele ja vabatahtlikele, kes töötavad Horsensis tervisedendusega (The Healthy... s.a.) Kuna „poes“ töötab palju vabatahtlikke ning inimesed algatavad ise eneseabigruppe, võib öelda, et see on hea näide edukast kaasamisest (Horsens Kommune s.a.).

Inglismaa kohaliku tasandi tervisedenduse erisuseks on NHS-i koosseisu kuuluvad esmatasandi trustid (*PCT*), kus lisaks tervishoiule töötavad tervisedenduse meeskonnad (South telefoniintervjuu). Koos PCT-dega vastutavad tervisevaldkonna eest KOV-d, mis viivad läbi strateegiliste vajaduste analüüse (kohalike elanike vajaduste arvestamiseks) (Department of Health 2007). Praeguste reformidega PCT-d reorganiseeritakse (South telefoniintervjuu).

Koostöö

Erinevate tasandite koostööd on käsitletud riikides soovitud reguleerida lepingute abil. Taanis on regioonide ja KOV-de vahelised terviselepingud kohustuslikud (Strandberg-Larsen 2007). Terviselepingud sõlmitakse üheks aastaks ning need vastavad keskselt paika pandud nõuetele ja määratlevad ühised eesmärgid (Jørgensen telefoniintervjuu; Nolte et al. 2008). Rootsis on tervisevaldkonna koostöölepingud sõlmitud mõnedel maakondadel ja KOV-del. Ametlikud lepingud võivad Rootsis olla olulised selleks, et taotleda raha riiklikest vahenditest. Ametlik koostöö teadusasutustega võib olla taotlemise tingimuseks, võimaldades teadustöö olulisemalt praktilist mõõdet (Ericsson telefoniintervjuu.)

Inglismaa erinevate tasandite koostöö põhineb suuresti iga kolme aasta tagant sõlmitavatel kohalikel piirkondlikel kokkulepetel (*LAA*), mis määratlevad prioriteedid kohalike piirkondade jaoks ning käsitlevad ka tervist. Need lepitakse kokku keskvalitsuse, kohaliku omavalitsuse jt kohaliku tasandi strateegiliste partnerite poolt (Department of Health 2007.)

Inglismaal on 2006. a loodud spetsiaalselt tervisedendusega tegelev koostöökogu: „Tervisedenduse tuleviku kujundamine“, mida juhib Rahvatervise Kuninglik Selts. Koostöökogu toimimist finantseerib osaliselt Inglismaa Terviseministeerium. Selle eesmärkideks on tervisedenduse olulisuse teadvustamine laiemas rahvatervise kontekstis ning tervisedenduse valdkonna töötajate toetamine (Welcome s.a.)

5.2 Seadusandlus ja strateegiad

Paikkonna tervisedenduse kajastamine seadusandluses on suhteliselt üldine: eriti Rootsi ja Taani puhul, kus piirkondlik otsustusõigus on juba ajalooliselt olnud väga oluline. Seega töö praktiline korraldus omavalitsuste lõikes erineb (Ericsson telefoniintervjuu; Strandberg-Larsen 2007.) Siiski on antud olukord Taanis 2007.a haldusreformiga muutunud: võrdseid kvaliteedistandardeid peetakse nüüd tervise valdkonna korraldamisel prioriteediks (Strandberg-Larsen 2007).

Rootsi puhul toodi välja KOV-de vähesed seaduslikud kohustused tervisedenduses. Majanduslanguse tingimustes tegelevad omavalitsused ainult valdkondadega, milles neil on seaduslikud kohustused ning tervisedendus võib jääda kõrvale (Ericsson telefoniintervjuu.)

Kõikide riikide riiklikud rahvatervise programmid käsitlevad tervisedendust. Rootsis ei seota sellist strateegiat täiendavate riiklike ressursside eraldamisega või KOV-de kohustustega (Ericsson telefoniintervjuu; Hogstedt et al. 2008). Inglismaal kaasneb programmi uute suundadega kohalikule tasandile ka finantseerimine (HM Government 2010). Rootsi ja Inglismaa programmidega rõhutatakse ebavõrdsuse vähendamist ja kõikides riikides tähtsustatakse kodanike osalemist (Glenngård et al. 2005; HM Government 2010; Ministry of Health and Prevention 2008).

Inglismaa reformid kohaliku tasandi volituste suurendamiseks rahva tervise parandamisel põhinevad strateegial „*Healthy Lives, Healthy People*“. Sellega muutub NHS-i roll haigusepõhisest rohkem tervisepõhiseks. Alates 2013 võimaldatakse programmiga KOV-dele nõ tervisepreemiat, mis on ette nähtud progressi eest rahvatervise eesmärkide poole liikumisel (HM Government 2010.) Kohaliku tasandi rolli valupunktiks peetakse tõenäoliselt suurenevat teenuste ebaühtlust eri piirkondade vahel (RSPH 2011), kuigi Taanis on seda üritatud vähendada kohustuslike terviselepingutega regioonide ja KOV-de vahel (Strandberg-Larsen 2007).

5.3 Finantseerimine

Kõigis kolmes riigis finantseeritakse paikkonna tervisedendust peamiselt avaliku sektori vahenditest. Riiklike vahendeid saavad nii regionaalne kui KOV tasand kõikides riikides, kuid selle osakaal nende tervisedenduse kogueelarves erineb. Inglismaal saavad SHA-d ja PCT-d rohkem kui poole riiklikest vahenditest; Rootsis eraldab riik mõlema tasandi puhul vähem kui poole nende tervisedenduse kogueelarvest (Ericsson telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu). Samas tuleneb Inglismaa suur riiklik rahastus eelkõige sellest, et PCT-d on riikliku tervise teenuse kohalikud üksused. Taanis saavad regioonid tervise valdkonnas riiklike vahendeid summas, mis moodustab rohkem kui poole nende tervise koguresurssidest – seal ei ole aga regiooni tasandil õigust makse koguda (Jørgensen telefoniintervjuu). See erineb Rootsist, kus maakonnad oma maksudega tervisedendust finantseerivad (Ericsson telefoniintervjuu). Taani KOV-d saavad riigilt tervisedenduseks suhteliselt vähe vahendeid (riikliku osa kasutamise üle võivad KOV-d ise otsustada, lähtudes teatud piiridest) ning nad kasutavad tegevuste finantseerimiseks peamiselt kohalike makse nagu Rootsi KOV-dki (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu). Projektide vahendid (nt riiklikest programmist, Taanis ka Riiklikust Tervisedenduse Fondist) on oluline osa rahastusest kõikide riikide regionaalse ja kohaliku tasandi puhul. Ka seal on tervisedendus teatud määral projektidest sõltuv – eriti just paljude valitsusväliste

organisatsioonide puhul (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu.)

Reeglina on paremas olukorras suuremad piirkonnad, nt Rootsis on suurematel maakondadel eelarves vahendid KOV-de tervisedenduseks (Ericsson telefoniintervjuu). Riiklikult rahastatakse Rootsis alkoholi, narkootikumide, dopingu ja tubaka valdkonna maakondlikke koordinaatoreid (County and... 2010).

Huvitavaks näiteks Taanist on KOV-de kaasamine regioonide rahastamisse. Selle tagamõte oli luua KOV-dele stiimuleid, et pingutada tervisedenduse valdkonnas (Strandberg-Larsen 2007.) Nimelt sõltub KOV-de poolne rahastus ravijuhtude arvust regioonide haiglates. Selliselt premeeritakse KOV-e, kellel tervisedenduse ja ennetuse kaudu õnnestub vähendada ravijuhtusid (The Ministry of Interior and Health 2007.)

Inglismaal ei ole Terviseministeeriumi poolt PCT-dele eraldatud vahendid olnud reeglina konkreetselt määratletud (Boyle 2011), kuid alates 2013 koostatakse KOV-dele sihtotstarbelised rahvatervise eelarved (South telefoniintervjuu).

5.4 Inimressursid

Kõikides riikides pälvib järjest enam tähelepanu teema, kuidas kaasata ja koolitada teiste ametikohtade esindajaid, et nad arvestaksid tervisedenduse põhimõtetega oma igapäevatoos. Nt Inglismaal on kaardistatud erinevate ametikohtade esindajad ja loodud kolm peamist kategooriat ametikohtadest, mille töö mõjutab rahvastiku tervist (Boyle 2011). Tervisedenduse haridust peetakse kõikides riikides kvaliteetseks, kuid töökohtade leidmine võib olla problemaatiline (ametikohtad on täidetud teiste spetsialistide poolt, mõned piirkonnad on vähem populaarsed jne) (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu). Teisalt võib olla puudus spetsiifilisest kompetentsist, nt individuaalsetest nõustajatest Taanis (Jørgensen telefoniintervjuu).

5.5 Paikkonna tervisedenduse korralduse kui tervisesüsteemi osa eesmärgid ja koostisosad (building blocks)

Riikide esindajad andsid hinnangud selle kohta, kui hästi nende paikkonna tervisedenduse süsteemid võimaldavad liikuda tervisesüsteemi eesmärkide suunas. Üldiselt arvati, et süsteemid võimaldavad seda mõningal määral (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu). Mitmel juhul peeti takistuseks senist ebapiisavat

tähelepanu laiematele (nt sotsiaalsetele, nagu sissetulekute ebavõrdsus, halb haridus) terviseõjuriitele ning süsteemsete muutuste keerukust (nt tervislike keskkondade kujundamine). Seetõttu võib senist edu mainida konkreetselt piiritletud valdkondades, nt tubaka valdkond Rootsis (Ericsson telefoniintervjuu). Samas märgiti positiivsena inimeste suurenevat teadlikkust süsteemsete muutuste olulisusest: nt pooldab enamuse Taani elanikest suitsetamise keelamist avalikes kohtades (Jørgensen telefoniintervjuu). Inimeste ootustele vastamise osas mainiti Inglismaa puhul, et see on kõige paremini õnnestunud kohalikul tasandil, kus tervisedendajad kogukondadega igapäevaselt koos töötavad (South telefoniintervjuu).

Riikide hinnangud WHO määratletud tervisedenduse süsteemi osadele on järgnevad:

- **teenuste edastamine:** hinnatud pigem positiivselt. Takistada võivad seda KOV-de vähesed kohustused tervisedenduse valdkonnas (Ericsson telefoniintervjuu). Soodustavaks teguriks peetakse kohaliku tasandi ühiste vajaduste analüüside koostamist, mis võimaldavad teenuseid paremini sihtrühmadele suunata (South telefoniintervjuu).
- **tervise personal:** tervisedenduse personali haridust ja kvalifikatsiooni peetakse väga heaks kõikides riikides. Seda on soodustanud kvaliteetne õpe (mh ülikoolides) ning tõenduspõhisuse järgimine tervisedenduse hariduses (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu.) Piisava personali hulga (töökohtade) tagamine on reeglina problemaatiline (vt 5.4 Inimressursid).
- **tervise informatsioon:** seda peetakse tervisedenduse süsteemi kõige tugevamaks osaks kõikides riikides. Asjakohane statistika on hästi kättesaadav kõigil tasanditel. Usaldusväärse info tootmist, analüüsimist ja levitamist toetavad võrdlevad analüüsid, Rootsis rahvatervise uuring „Avatud võrdlused“, Inglismaal ja Taanis terviseprofiilid (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu.) „Avatud võrdlused“ võrdleb KOV-de ja maakondade rahvatervise olukorda. Selle eesmärgiks on pakkuda suuremat läbipaistvust ning suunata maakondi ja KOV-e tervisedendusega tegelema – nt kui ollakse teistest kehvemas seisus (Ericsson telefoniintervjuu.)
- **finantseerimine:** Rootsi ja Inglismaa esindajad märkisid vahendite ebapiisavust, mis tuleb üle-maailmsest majanduskriisist (Ericsson telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu). Vahendeid ei piisa ka laiemapõhjaliseks tervisedenduseks

Inglismaal: programmide raames tegeletakse aktiivselt tervisekasvatusega, kuid puuduvad ressursid, et kaasneda võiks keskkonna muutus (South telefoniintervjuu).

- **juhtimine:** hinnati pigem positiivselt. Soodustavaks peeti riiklikke rahvatervise strateegiaid (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu). Rootsi ja Taani märkisid riigi selget rolli ning eri tasandite konkreetseid vastutusvaldkondi (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu). Inglismaal rõhutati head juhtimist rahvatervises, mitte eraldi tervisedenduses (South telefoniintervjuu).

5.6 Kohaliku arengu põhimõtete arvestamine paikkonna tervisedenduses

Riikide esindajate sõnul kohaliku arengu põhimõtetega paikkonna tervisedenduses arvestatakse ning senisele rakendamisele anti positiivseid hinnanguid. Ebavõrdses seisundis inimesed on reeglina hästi kaardistatud ja seda kasutatakse teenuste suunamiseks (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu.) Rootsi esindaja rõhutas küll vahendite nappust ebavõrdses seisundis gruppidele suunatud tegevusteks (Ericsson telefoniintervjuu). Siiski on riikidel näiteid vastavatest initsiatiividest, nt Inglismaal on rakendatud mitmeid ebavõrdsuse vähendamise programme, nt tervise tegevuspiirkondade oma. Programmide tulemused on olnud erinevad (Boyle 2011.)

Kogukonna vajadustest lähtumisel on riikidel nii positiivseid kui negatiivseid näiteid. Inglismaa puhul märgiti, et kohalike piirkondade arendamisel kogukondade liikmeid kaasatakse, kuid võimestumisele suunatud areng ei ole tavaline (South telefoniintervjuu). Samas võimaldavad kogukondade osalemist kohaliku tasandi vajaduste analüüsid (Department of Health 2007). Taani puhul toodi näiteid, et KOV-d väidavad sageli, et neil puuduvad selleks inimressursid, samas kui riiklik tasand suunab KOV-e tervisliku keskkonna kujundamisele (mille raames kaasata teisi sektoreid ning seega suuremat inimressurssi) (Jørgensen telefoniintervjuu).

5.7 Tervisedenduse korralduse tugevused ja nõrkused

Kolme riigi poolt väljatoodud paikkonna tervisedenduse süsteemi tugevuste ja nõrkuste puhul on võimalik leida ühisosasid ja neid grupeerida alljärgnevalt:

Tugevused (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu)

- haridussektor toetab tervisedenduslikku tööd; tervisedenduse valdkonna õpe ülikoolides on hea kvaliteediga

- tervisedenduse praktikas on järjest suurem roll tõenduspõhisusel

Nõrkused

- tervisedenduse areng on toimunud pigem projektide kaudu ning struktuursetele tervisemõjuritele ei ole piisavalt tähelepanu pööratud, nt KOV-des. Samas on see muutumas (Ericsson telefoniintervjuu; Jørgensen telefoniintervjuu; South telefoniintervjuu.)
- erinevad rahastusprobleemid: 1) kohalike maksude kasutamine tervisedenduse rahastuseks on probleemiks väiksemate piirkondade puhul, kuna raske on leida piisavalt vahendeid (Ericsson telefoniintervjuu) 2) kohalikul tasandil kogukondadega töötavad (valitsusvälised) organisatsioonid sõltuvad liigselt projektidest (South telefoniintervjuu).

5.8 Näiteid Austraaliast ja Kanadast

5.8.1 Austraalia

Austraalia jaguneb 8 osariigiks ja territooriumiks. TE heaks näiteks on neist Victoria, mida on ka alljärgnevalt põhjalikumalt käsitletud. Samas on inimeste tervise olukord erinevates osariikides suuresti sama ning ebavõrdsus eksisteerib pigem iga osariigi sees, kus põlisrahva seisukord on teistest märgatavalt halvem (nende keskmine eluiga on 17 aastat madalam kui teistel).

Austraalias on oluliseks diskussiooniks rakendatava TE täpne sisu – ajalooliselt on Austraalias olnud oluline laiemapõhjaline TE, mis sisaldab võimestumist, tähelepanu pööramist tervise sotsiaalsetele mõjuritele jne. Riiklikul tasandil loodud TE organisatsiooni – Riiklikku Ennetuse Agentuuri (*National Preventative Health Agency*) – peetakse kohati isegi tagasimeenuks, kuna nende tegevus keskendub vaid elustiili küsimustele ning haiguste ennetusele. Agentuuri finantseeritakse (käitumuslike programmide tarbeks) tervishoiuga võrreldes väga väikeses mahus.

Victoria on jaotatud 8 tervise regiooniks, mis osaliselt on samad kui sealsed tervishoiu regioonid. Igal tervise regioonil peab olema TE üksus, mille ülesandeks on integreeritud TE pakkumine. Integreeritud TE all mõeldakse erinevate elualade inimeste kaasamist- lisaks tervisedendajatele on oluline ka nt õdede, keskkonnatervise ametnike jne ühtne tegutsemine. Samas ei ole välja töötatud standardeid kui suure elanike arvu kohta peaks tervisedendaja olemas olema.

Victorias on oluliseks TE organisatsiooniks sihtasutus VicHealth. Selle tegevust finantseeritakse tubakaaktsiisi arvelt (tubakas on seal väga kõrge hinnaga). VicHealth sponsoreerib väga paljusid spordi-ja kultuuriorganisatsioone, finantseerib teadustööd, toetab võimestamist (nt läbi ebavõrdses seisus olevate kogukondade toetamise) jne. Ta on finantseerinud väga paljusid erinevaid valdkondi laiapõhjalise TE mõttes ning seega on ka Victorias kohati pettumuseks, et riikliku tasandi organisatsioon (ennetuse agentuur) tegeleb üksnes käitumise muutustega.

Üldised nõuded osariigile TE-ga tegelemiseks tulenevad osariikide (rahva)tervise seadustest. Victorias tegeleti kevadel 2011 selle muutmiseks, et täpsustada kogukonna rolli TE-s.

Kohaliku tasandi oluliseks TE funktsiooniks Victorias on iga KOV kohustus OV rahvatervise/TE plaani koostamiseks iga 3 aasta tagant. See on ei ole universaalne kohustus Austraalia KOV-dele, vaid iseloomulik just Victoriale. Vastavate rahvatervise plaanide koostamine on KOV-dele väga suur väljakutse ning nende koostamisega nähakse palju vaeva. Olukorda raskendab asjaolu, et KOV-del on vaja koostada palju erinevaid plaane (nt jätkusuutlikkuse plaan, keskkonna tervise plaan jne) ning kuigi ideaalis võiks need erinevad plaanid ühendada, ei ole see senini õnnestunud.

Kogu KOV-de TE alane tegevus toimub raamistikus, mida kutsutakse tervise keskkonnaks – see on väga laia spektriga, kattes ka tervise sotsiaalseid mõjureid. KOV-de pingutus investeerida inimkapitali, sotsiaal- ja majanduskeskkondadesse toetab VicHealth, viies nt läbi KOV-de suutlikkuse tõstmise töötubasid jne. Erinevate programmide väljatöötamise ja rakendamise osas toetuvad KOV-d regionaalsetele tervisüksustele Victoria regioonides, mis on täienduseks KOV-de enda ressurssidele.

Enamus KOV-e osaleb esmatasandi partnerlustes (*PCP=primary care partnership*), mille puhul perearstid-ja õed, KOV-d ja regionaalsed terviseasutused kohtuvad, et ühtlustada oma ideid ja plaane, mida tervise ning TE valdkonnas teha. PCP-d on loodud kohaliku ja regionaalse tasandi vahel.

Victoria osariigi kohta läbiviidud intervjuu kohaselt ei ole projektide vahendid seelses TE-s määravad. Kuna institutsioonid ja vastutused on paigas (VicHealth, KOV-de seaduslikud

kohustused), võib projektide puhul näha lihtsalt lisavõimalusi, mitte nõ ellujäämisküsimust. TE jätkusuutlikkust toetavad ka rohked koolitusvõimalused ning valdkonna prioriteetsus ülikoolides- peaaegu kõik ülikoolid riigis õpetavad TE-st. Oluliseks väljakutseks on erinevate osapoolte huvide ühendamine (KOV-d, regioonid jne) ning kohalikul tasandil erinevate plaanide (sh rahvatervise plaani) koordineerimine – kõige selle juures kogukondade vajadusi arvestades.

5.8.2 Kanada

Kanada on jaotatud 10 provintsiks ja 3 territooriumiks. Provintssides on tervisedenduse korraldus (sh TE süsteemid, poliitikad jne) suhteliselt erinev – peamine põhjus on selles, et vastutus tervise eest on pandud provintsidele. Alljärgnev info on Ontario provintsi kohta kuna see on üks eeskujulikuma TE korraldusega provintse.

Ontarios on TE seisukohast olulised eelkõige rahvatervise üksused (*public health units*), mis on oma olemuselt regionaalsed. Neid finantseeritakse Ontario TE ministeeriumi ja KOV-de poolt. Rikkad KOV-d finantseerivad oma rahvatervise üksuseid suuremas mahus ning see võimaldab ellu viia ka rohkem kohalikest huvidest lähtuvaid programme – samas on nendega siiani keskendunud suhteliselt palju tervisekaitsele. Üksustes on sageli mitmeid TE ametikohti, sageli erinevate rahvatervise programmide raames (nt narkoprogrammid, rinnaga toitmise programmid jne). Provintss määrab ka suuresti nende üksuste tegevuspraktika, sest on koostanud neile kohustuslikud juhised, mida oma programmides järgida (üksuste funktsioonid jne). Samas on paljudel üksustel ka täiendavad TE programmid, mis tulenevad piirkonna elanikest, nende vajadustest. Iseenesest on kohustuslike juhiste olemasolu hea kuna suurendab jätkusuutlikkust – nendega kaetud osa on provintss kohustatud finantseerima.

Kohalikul tasandil on Ontarios TE puhul olulised kogukondlikud tervisekeskused, kus tervisedendajad töötavad kogukondlike programmide raames. Tervisekeskused pakuvad laiaulatuslikke teenuseid -nt töötavad seal palgalised arstid, hambaarstid, õed, toitumisnõustajad, tervisedendajad jne. Iga keskust finantseeritakse Ontario valitsuse kesksest fondist. Tervisekeskuste tegevust korraldabki Ontario valitsus – neile tuleb esitada avaldus tervisekeskuse loomiseks, nt madala sissetulekuga ja kõrgete vajadustega piirkonnas. Nimelt on tervisekeskused sageli loodud konkreetsetele sihtrühmadele, spetsiaalsetele piirkondadele. Keskused tegelevad seega ka ebavõrdsusega tervises.

Tervisekeskustel (ja ka eelmainitud rahvatervise üksustel) on reeglina hea side kohalike kogukondadega ning nad viivad läbi ka kohalike vajaduste hindamist.

Peamised TE –t käsitlevad õigusaktid on provintsiaasel tasandil. Ka Kanada (provintside) TE-s on palju projektipõhisust – eksisteerivad mõned tuumikprogrammid, kuid palju sõltub ka projektidest. See vähendab oluliselt tegevuste jätkusuutlikkust. Tuumikprogrammid ei ole sageli eraldi TE programmid, aga nt ema-lapse tervise programmid, mis sisaldavad ka TE komponente. Keskvalitsuse poolt võimaldatakse finantseerimist kohalikule tasandile nt läbi keskse fondi, kust KOV-d saavad taotleda raha vaimse tervise ja ülekaalu ennetamise projektideks.

Kanada/Ontario kohta läbiviidud intervjuu kohaselt peetakse sealset süsteemi siiski ebakindlaks- kuigi tervisekeskuste mudelit peetakse isenesest hästi toimivaks. Ontario TE ministeeriumi eelarve on aasta-aastalt vähenenud, keskvalitsuse poolt võimaldatav finantseerimine on konkreetsetes valdkondades, mitte niivõrd kohalikest vajadustest lähtuv. Finantseerimise ebastabiilsust tingib ka see, et puudub ühtne tugev uskumus TE-sse – poliitikute poolt peetakse seda sageli elustiili küsimuseks, mitte niivõrd võimaluseks kujundada tervist toetavat poliitikat, tegeleda vaesusega jne.

6. Ideed Eesti paikkondliku tervisedenduse tugistruktuuri korralduse väljatöötamiseks

Käsitledes uuringu tulemusi teoreetilise tausta kontekstis, saab välja pakkuda ideid, millega arvestada paikkonna tervisedenduse tugistruktuuri korralduse jätkusuutlikumaks muutmisel Eestis. Ideede esitlemisel on arvestatud sellega, et need kataks Eesti paikkonna tervisedenduse praktikute poolt intervjuudes väljatoodud nõrkusi ja muudatusvajadusi⁴. Ideed:

- **säilitada tervisedenduse riiklik juhtimine Sotsiaalministeeriumis ning Tervise Arengu Instituudi roll paikkonna tervisedenduse arengu riikliku planeerijana ja koordineerijana**

Teooriale põhinedes saab väita, et riiklik roll jätkusuutlikus arendustegevuses on väga oluline, et tagada tervisedenduse laiapõhjalisus ning kaasata teisi sektoreid. Kui tervisedenduse põhimõtteid soovitakse põimida teistesse valdkondadesse, on tähtis vastav „eestkõneleja“ riiklikul tasandil. Eesti tervisedenduse praktikud peavadki TAI praegust rolli tervisedenduse korralduse oluliseks tugevuseks. Inglismaa vastupidine kogemus (riikliku strateegilise tervisedenduse asutuse reorganiseerimine teadustööga tegelevaks organisatsiooniks) võib pigem suurendada ohtu süsteemi killustumiseks.

- **suurendada KOV-de rolli tervisedenduslikes tegevustes**

Teoreetilisest ülevaatest lähtus, et kohaliku tasandi aktiivne osalemine tervisedenduslikus tegevuses on ülioluline, et saavutada pikaajaline jätkusuutlikkus. Uuritud riikides on KOV-de osatähtsust tervisedenduses pidevalt suurendatud. Eesti tervisedenduse praktikud peavad praeguse süsteemi nõrkusteks enamuse KOV-des tervisedendajate ametikohtade ja finantsressursside puudumist ning süsteemse töö komplitseeritust. Kuna tervisedendajate töölevõtmine kõikide KOV-de poolt on vahendite puudumise tõttu keeruline, võiks kaaluda tervisedenduse tegevuste integreerimist teiste ametikohtade ülesannetega. Kaaluda võiks Inglismaale sarnase tervist mõjutavate ametikohtade kaardistuse koostamist (käsitledes ka funktsioonide võimalikku jaotust teiste ametikohtade vahel tervisedendaja puudumisel). Kaardistusest tulenevalt saaks välja töötada ametikohtade tervisedenduse koolitus- ja kompetentsiprogrammid, mis kuuluksid nt KOV töötajate ametijuhendite juurde. Programmide põhjal tuleks viia läbi regulaarseid koolitusi, mis sisaldaksid praktilist infot selles osas, kuidas ametikoha tegevused inimeste tervist mõjutavad ja millega peaks

⁴ Väljaarvatud üldine riiklik halduskorraldus, kuna tegemist on välise teguriga ning esitatud ideed on kirjeldatud eeldusel, et halduskorraldus ei muutu.

otsuseid tehes arvestama. Tervisedendaja olemasolul hõlbustaks see koostööd teiste sektoritega, tervisedendaja puudumisel võimaldaks siiski tagada, et tervise teemasid käsitletakse. Seda toetab ka teoreetiline aspekt, et kogukonna tervisetgevused tuleks siduda laiemate muutustega, nt sotsiaalpoliitikas. Programmide väljatöötamise finantseerimist võiks kaaluda ESF vahenditest.

Ühe meetmena võiks kaaluda rahvatervise seaduse täpsustamist KOV- de tervisedenduslike ülesannete osas. KOV-de ülesannete üldsõnalisust peeti üheks Eesti tervisedenduse suurimaks nõrkuseks; seda toetab ka Rootsi kogemus. Samas ei peeta teistes uuritud riikides KOV-de ülesannete liiga detailset kirjeldust seadustes vajalikuks: oluline on jätta KOV-dele otsustusõigust. Kindlasti peab kohustustega seoses käsitlema ka finantseerimise teemat. Uuritud riikides on KOV-de motiveerimiseks kasutatud nii täiendavat vahendite eraldamist (Inglismaal) kui ka kulude vähendamist (Taanis). Rahvatervise seaduse muutmisel tuleks kaasata erinevate omavalitsusliitude esindajaid (nt Linnade Liit, Maaomavalitsuste Liit) jne, et suurendada osapoolte omanditunnet muudatuste elluviimisel.

- **suurendada maakondade ja KOV-de tervisedenduse tegevuste läbipaistvust**

kasutades regulaarseid võrdlevaid analüüse. Tervisesüsteemide läbipaistvuse suurendamist rõhutab nt Tallinna Harta. Piirkondade võrdlevaid terviseanalüüse koostatakse ka uuritud riikides. Eestis oleks üheks võimaluseks terviseprofiilide võrdlevate kokkuvõtete koostamine valitud indikaatorite osas. Eesti tervisedenduse praktikud on terviseprofiilide koostamise hästi vastu võtnud – see võiks hõlbustada ka võrdluste koostamist. Lisaks (tervisedenduse integreerimiseks teistesse sektoritesse) võiks KOV-de puhul kaaluda terviseindikaatorite lisamist kohaliku omavalitsuse üksuste võimekuse indeksisse (regulaarselt koostatav ja suure meediakajastusega kohaliku tasandi indeks). Kuna Eesti kohaliku tasandi tervisedenduse üheks nõrkuseks on süstemaatilisuse puudumine, võiks regulaarselt avaldatav indeks KOV-e motiveerida tervisedenduse järjepidevamaks muutmisel.

- **suurendada teiste sektorite ja osapoolte kaasamist paikkonna tervisedendusse erinevate koostöövormide soodustamise kaudu**

Teooriast lähtub, et tervisedenduse arendamisel on tähtis saavutada kogukondade võimestumine, milleks on oluline osapoolte koostöö. Koostöö arendamist üritatakse soodustada ka kõikides uuritud riikides, nt lepingute raames. Eesti tervisedenduses on tehtud palju tööd erinevate võrgustike käivitamiseks. Selleks, et lihtsustada

tervisedendajatel osapoolte kaasamist, võiks kaaluda erinevate koostöövormide soodustamist; nt riiklikest vahenditest raha taotlemiseks teatud koostöötingimuste sätestamist. Koostöövormideks võivad olla kohalikud partnerlused, et rõhutada tervise teema olulisust kohaliku arengu perspektiivis (koostöö omavalitsusliitudega); koostöö teadusasutustega tervisedenduse praktika tõendus põhise suurendamiseks jne. Seda võiks rakendada sobivate programmide avatud taotlusvoorude puhul.

Kohalikul tasandil võiks kaaluda süsteemset vabatahtlike kaasamist, millel on suur potentsiaal kogukondade võimendamiseks. Siinjuures on oluline pikaajalise koostöö arendamine, mitte kaasamine ühekordsetesse üritustesse. Vabatahtlike süsteemse kaasamise osas võiksid KOV-d välja töötada konkreetsed põhimõtted.

- **ühtlustada maakondlike tervisedendajate rahastuspõhimõtteid**

Teoreetilisest ülevaatest järeldub, et jätkusuutlik finantseerimine on üks tervisedenduse pikaajalise arengu alustaladest- samas on see Eestis üheks suurimaks probleemiks. Kui teistes uuritud riikides on projektide näol tegemist oluliste lisafinantsidega, siis riikliku ja regionaalse tasandi tervisedendajate palgad projektide taotlemisest ei sõltu. Teoriast lähtub, et tervisedenduse jätkusuutlikuks arenguks on oluline ka kvalifitseeritud tööjõud: praegune maakondlike tervisedendajate ebastabiilne finantseerimine võib pigem soodustada personali voolavust. Seega oleks oluline kajastada kõikide tervisedendajate töötasud maavalitsuste eelarvetes.

- **riiklikes finantseerimisprogrammides arvestada piirkondade eripäraga**

Kohalike vajaduste arvestamine on üks kogukondade arendamise põhiprintsiipidest. Uuritud riikides kasutatakse selleks mitmeid vahendeid. Selleks, et tagada maakondade vajadustega arvestamine riiklikes finantseerimisprogrammides, on oluline maakondade tervisedendajate kaasamine vastavate programmide koostamise ja abikõlblikkuse reeglite määratlemise faasis (nt ESF programmide puhul).

- **astuda samme erinevate piirkondade ebavõrdsuse vähendamiseks tervises**

Ebavõrdsuse vähendamine tervises on teooriale toetudes üks olulisemaid teemasid kogukondade arendamisel. Ebavõrdsuse vähendamist on käsitletud ka uuritud riikide rahvatervise strateegiatel. Eesti praktikute sõnutsi jääb konkreetsete tegevuste rakendamine ressursipuuduse taha. Ebavõrdsuse vähendamiseks võiks pikemas perspektiivis kaaluda nõ. ajutiste tervisepiirkondade loomist, mis ei pea põhinema maakondade või KOV-de piiridel – ühes piirkonnas võib olla mitu maakonda või KOV-i (ka nt erinevates

maakondades olevad KOV-d). Taolisele tervisepiirkonnale võiks määratleda konkreetseid eesmärgid ja indikaatorid (mille abil eesmärkide saavutamist mõõta) ning koostada tegevuskavad. Soovitavaks mõjuks on see, et teatud tervisedenduslikud tegevused saaksid osaks KOV-de struktuuridest/regulaarsetest tegevustest. See tuleneb teoreetilises osas märgitud jätkusuutlikkuse aspektist – projektide/programmide võimekusest saavutada reaalseid tulemusi. Tervise tegevuspiirkondade loomise perspektiiv vajaks kindlasti täiendavaid uuringuid.

- **muudatuste planeerimisel arvestada nende võimaliku mõjuga tervisesüsteemi eesmärkide saavutamisele ja nõ ehitusblokkidele**

Uuritud riikide kogemusest lähtub, et tervisesüsteemi eesmärkide saavutamiseks on oluline tähelepanu pöörata laiematele tervisemõjuritele. Tähtsaks peetakse süsteemseid muutusi (nt keskkondade kujundamist, mis soosivad tervislikke valikuid).

Eestis vajaks süsteemi ehitusblokkidest tugevdamist eelkõige finantseerimine ja teenuste edastamine. Teenuste planeerimisel võiks abi olla nt kohaliku tasandi partnerite ühiste vajaduste analüüside koostamisest (nagu Inglismaal).

Paikkonna tervisedenduse süsteemi muutmisel peaks arvestama ka selle mõjuga teistele süsteemi ehitusblokkidele: **personalile** (et kindlustada tervisedenduse hariduse jätkusuutlikkus), **terviseinfole** (tõhustades seda eelpool väljapakutud terviseprofiilide võrdlustega või KOV-de võimekuse indeksiga) ja **juhtimisele** (kaardistades eelnevalt mainitud tervist mõjutavaid ametikohti ning soodustades erinevaid koostöövorme).

Kokkuvõte

Tervisedendus on osa iga riigi tervisesüsteemist ning seda rakendatakse nii riiklikul, regionaalsel kui kohalikul tasandil. Kuna Eestis toimub paikkondlik tervisedenduslik tegevus eelkõige projektide kaudu, raskendab see oluliselt pikaajalist ja süsteemset tööd.

Käesoleva töö eesmärgiks oli esitada ideid paikkonna tervisedenduse tugistruktuuri jätkusuutlikuks korraldamiseks Eestis riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil. Selleks kasutati dokumendianalüüsi ja intervjuusid. Kõigepealt uuriti Eesti tervisedenduse praktikute arvamust paikkonna tervisedenduse jätkusuutlikkuse kohta. Seejärel uuriti paikkonna tervisedenduse süsteemide toimimist Rootsis, Taanis, Inglismaal, Austraalias ja Kanadas.

Eesti uuringuosast lähtub, et kõrgelt hinnatakse riigi tasandi koordineerivat osa tervisedenduse korraldamisel ja Rahvastiku Tervise Arengukava olemasolu. Lisaks väärtustatakse tervisedenduse võrgustikku, kus on näha positiivseid trende teiste sektorite kaasamisest. Oluliseks tugevuseks peetakse ka tervisedenduse õppesuundade olemasolu Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledžis ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. WHO poolt määratletud tervisesüsteemi koostisosade puhul rõhutatakse suurt edasiminekut terviseinfo tootmises ja levitamises ning kuigi analüüsimist peetakse probleemseks, mainitakse ka selle positiivset arengut (nt tulenevalt terviseprofiilide koostamisest).

Jätkusuutlikkuse peamiseks probleemideks, mille puhul nähakse vajadusi muutusteks, peetakse ebastabiilset finantseerimist, vähest seadusandlikku toetust ning üldisest halduskorraldusest tulenevat KOV-de suhteliselt madalat võimekust.

Rootsi, Taani ja Inglismaa kogemuse põhjal saab väita, et paikkonna tervisedenduse arendamiseks on oluline riikliku tasandi koordineeriv asutus, millel on ka arendusfunktsioon. Kohaliku tasandi tähtsus on nimetatud riikide paikkonna tervisedenduses pidevalt kasvanud. Seejuures on peamiseks eesmärgiks tervisedenduse integreerimine teiste sektorite tegevusse. Selles osas on palju tööd tehtud ka Austraalias. Erinevate tasandite koostööd püütakse soodustada lepingutega või tingimuste esitamisega vahendite taotlemisel. Samas on paikkonna tervisedenduse kajastamine uuritud riikide seadusandluses suhteliselt üldine. Viimasel ajal pööratakse siiski tähelepanu selle miinustele.

Rootsis, Taanis ja Inglismaal saavad riiklike vahendeid nii regionaalne kui KOV tasand. Tervisedendus on kõikides uuritud riikides teatud määral projektidest sõltuv, kuid mitte nii suurel määral kui Eestis. Tervisesüsteemi eesmärkide poole liikumisel peetakse peamiseks takistuseks senist ebapiisavat tähelepanu laiematele (nt sotsiaalsetele) tervisemõjuritele: kuigi Austraalias, Victorias, on edukalt rakendatud laiemapõhjalist tervisedendust. Samas on teadlikkus süsteemsete muutuste vajalikkusest kasvanud ka teistes riikides. Tervisesüsteemi koostisosadest peetakse kõige tugevamaks usaldusväärse info tootmist, analüüsimist ja levitamist, mis suurendab tervisedenduse läbipaistvust. Ebapiisavaks peetakse olemasolevaid inim- ja finantsressursse.

Käesoleva uuringu tulemuste põhjal koondatud ideed on alljärgnevad:

Riiklik tasand

- säilitada riiklik juhtimine ja TAI roll paikkonna tervisedenduse arengu riikliku koordineerijana
- täpsustada rahvatervise seadust KOV-de tervisedenduslike ülesannete osas
- sätestada rahastamise koostöötingimused vahendite taotlemiseks (omavalitsusliitudega, teadusasutustega jne)
- kaasata maakondade tervisedendajaid finantseerimisprogrammide koostamisel

Maakondlik tasand

- koostada maakondade terviseprofiilide võrdlused
- ühtlustada maakondlike tervisedendajate rahastuspõhimõtted
- ebavõrdsuse vähendamisel tervises kaaluda ajutiste tervisepiirkondade loomist

Kohalik tasand

- kaardistada tervist mõjutavad ametikohad koos koolitus- ja kompetentsiprogrammidega
- lisada terviseindikaatorid kohaliku omavalitsuse üksuste võimekuse indeksisse
- töötada välja vabatahtlike pikaajalise kaasamise põhimõtted

Edaspidi tuleks tehtud ideid kasutada paikkonna tervisedenduse tugistruktuuri jätkusuutlike arengustsenaariumide koostamiseks, mis sisaldaks eri tasandite funktsioone. Stsenaariumitest tuleks välja valida sobivaim, mis oleks aluseks Eesti paikkonna tervisedenduse edasisele arengule.

Allikad

- About NICE* (2011). National Institute for Health and Clinical Excellence. [2011, märts 27]. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/>
- About SALAR* (2011). The Swedish Association of Local Authorities and Regions. [2011, märts 12]. http://english.skl.se/about_salar
- About us* (sine anno). Royal Society for Public Health. [2011, märts 27]. <http://www.rsph.org.uk/en/about-us/index.cfm>
- Authorities and trusts* (2010). National Health Service.[2011, märts 27]. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx#primary>
- Background: About Shaping the Future* (sine anno). Shaping the Future of Health Promotion. [2011, märts 27]. <http://www.rsph.org.uk/en/health-promotion/background/index.cfm>
- Bensaude De Castro Freire, S; Costongs, C; Stegeman, I; Hagard, S. (2007). *Building the Capacity for Public Health and Health Promotion in Central and Eastern Europe: Project Report*. Brussels: EuroHealthNet.
- Boyle, S. (2011). *United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition*. WHO Regional Office for Europe.
- Central Denmark Region - Centre for Public Health (sine anno). *Centre for Public Health – your partner in the strenghtening of public health*. [Brochure]. Centre for Public Health.
- Centre for Public Health* (2010). Region Midtjylland midt. [2011, aprill 14]. <http://www.regionmidtjylland.dk/om+regionen/english/centre+for+public+health>
- County and municipality coordination of alcohol and drug prevention* (2010). The Swedish National Institute of Public Health. [2011, märts 12]. <http://www.fhi.se/en/Highlights/County-and-municipality-coordination-of-alcohol-and-drug-prevention/>
- CyclePlan (2009). *Terviseprofiilide kaardistus*. Tervise Arengu Instituut.
- Davis, M; MacDowall, W. (2005). *Health Promotion Theory*. McGraw-Hill Education.
- Department of Health (2004). *Choosing Health: making healthy choices easier*.

- Department of Health.
- Department of Health (2007). *The DH Guide*. Crown Copyright.
- Glenngård, A, H; Hjalte, F; Svensson, M; Anell, A; Bankauskaite, V. (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Government Office Network is now closed (2011)*. Government Office Network. [2011, aprill 13]. <http://www.gos.gov.uk/>
- Government Offices of Sweden* (sine anno). The Ministry of Health and Social Affairs. [2011, aprill 15]. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061>
- Health* (2009). Local Government Denmark. [2011, aprill 13]. <http://www.kl.dk/English/Artikler/39988/2008/08/Health/>
- Health Act (2009)*. The National Archives. [2011, aprill 4]. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/21/contents>
- Health and Social Care Act (2008)*. The National Archives. [2011, aprill 4]. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/14/contents>
- Health and Social Care Division* (2011). The Swedish Association of Local Authorities and Regions. [2011, märts 12]. http://english.skl.se/about_salar/administrative_organisation/health_and_social_care_division
- HM Government (2010). *Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England*. Crown Copyright.
- Hogstedt, C; Moberg, H; Lundgren, B; Backhans, M. (2008). *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Swedish National Institute of Public Health.
- Horsens Kommune (sine anno). *Memorandum on Horsens Healthy City*. Horsens Kommune.
- Horsens Kommune (2001). *The Horsens Declaration on Sustainability & Health for All*. City of Horsens.
- Horsens Kommune (2007). *Healthy Citizens in a Healthy City for a Healthy Future. Short Version*. Horsens: Grafisk.
- Kasmel, A; Lipand, A. (2007). *Tervisedenduse teooria ja praktika I: sissejuhatus salutoloogiasse*. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda.
- Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (1993). *Riigi Teataja I*. 37, 558.
- LGDK's Protection of Interests* (2009). Local Government Denmark. [2011, aprill

- 13]. <http://www.kl.dk/English/Artikler/49915/2008/10/LGDKs-Protection-of-Interests/>
- Local Government and Public Involvement in Health Act (2007)*. The National Archives. [2011, april 4].
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/28/contents>
- Local Government Denmark* (sine anno). Local Government Denmark. [2011, april 13]. <http://www.kl.dk/English/Local-Government-Denmark/>
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness*. Elsevier (Australia) Pty Limited.
- Ministry of Health and Prevention (2008). *Health Care in Denmark*. Ministry of Health and Prevention.
- Municipalities and Regions* (2010). Ministry of the Interior and Health. [2011, april 13]. <http://www.im.dk/English/Municipalities-regions.aspx>
- Naidoo, J; Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundations for Practice*. Harcourt Publishers Limited.
- Nolte, E; Knai, C; McKee, M. (2008). *Managing Chronic Conditions; experience in 8 countries*. World Health Organization.
- Our Tasks* (sine anno). The National Board of Health. [2011, april 13].
<http://www.sst.dk/English/NBWhoandhow/OurTask.aspx>
- Overview* (2009). National Health Service. [2011, märts 27].
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
- Public Health (2011)*. National Institute for Health and Clinical Excellence. [2011, märts 27]. <http://guidance.nice.org.uk/Topic/PublicHealth>
- Public Health in Sweden* (2009). The Swedish National Institute of Public Health. [2011, märts 12]. <http://www.fhi.se/en/>
- Public Health issues at the regional level in Sweden* (2009). The Swedish National Institute of Public Health. [2011, märts 12]. <http://www.fhi.se/en/Public-Health-in-Sweden/Public-health-issues-at-the-regional-level/>
- Public Health policy – 11 objectives* (2009). The Swedish National Institute of Public Health. [2011, märts 12]. <http://www.fhi.se/en/About-FHI/Public-health-policy/>
- Rahvatervise seadus (1995). *Riigi Teataja I*. 57, 978.
- Research at the NIPH* (2011). The National Institute of Public Health. [2011, april 13]. <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning.aspx>
- Rissel, C; Bracht, N. (1999). Assessing Community Needs, Resources, and Readiness:

- Building on Strengths. In Bracht, N. (Ed.). *Health Promotion at the Community Level 2: New Advances*. Sage Publications Inc, 59-81.
- RSPH (2011). *Liberating Health Improvement: a Closer Look at what the Public Health White Paper Means for the Delivery of Health Improvement*. RSPH.
- SALAR; The Swedish National Institute of Public Health; The National Board of Health and Welfare (2009). *Open Comparisons 2009: Public Health*. Kombinera AB.
- Scrapping Regional Bureaucracy Will Save Millions* (17.06.2010). Communities and Local Government. [2011, april 13].
<http://www.communities.gov.uk/newsstories/newsroom/1618027>
- Skills for Health; Public Health Resource Unit; Skills for Business (2008). *Public Health Skills and Career Framework*. Skills for Health.
- Sotsiaalministeerium (2010). *Programm: Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2013. Muudetud sotsiaalministri 28. märtsi 2011. a käskkirjaga nr 46*. Sotsiaalministeerium.
- Spending Review 2010 - The Department for Communities and Local Government* (20.10.2010). HM Treasury. [2011, april 13].
<http://nds.coi.gov.uk/content/detail.aspx?NewsAreaId=2&ReleaseID=416088&SubjectId=2/>
- Strandberg-Larsen, M; Nielsen, M, B; Vallgård, S; Krasnik, A; Vrangbæk, K; Mossialos, E. (2007). *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*. 9(6). World Health Organization.
- Structure of NICE* (2010). National Institute for Health and Clinical Excellence. [2011, märts 27].
http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/structureofnice/structure_of_nice.jsp
- Swerissen, H; Crisp, B. (2004). The Sustainability of Health Promotion Interventions for Different Levels of Social Organization. *Health Promotion International*, vol 19, no 1, 123-130.
- The Health and Medical Service Act (1982:763)* (2003). Government Offices of Sweden. [2011, märts 12]. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/574/a/23125>
- The Healthy City Shop* (sine anno). Horsens Healthy City. [2011, april 14].
<http://www.horsenssundby.dk/?o=20&k=139&s=133>
- The local municipalities' role in public health* (2009). The Swedish National Institute of Public Health. [2011, märts 12]. <http://www.fhi.se/en/Public-Health-in-Sweden/The-local-municipalities-role-in-public-health/>

- The Ministry of Interior and Health (2007). *The Local Government Reform: In Brief*.
The Ministry of Interior and Health.
- The National Institute of Public Health* (sine anno). The National Institute of Public Health. [2011, april 13]. <http://www.si-folkesundhed.dk/?!lang=en>
- The Swedish National Institute of Public Health (2005). *An introduction to the Swedish National Institute of Public Health*. [Brochure]. The Swedish National Institute of Public Health.
- The Swedish National Institute of Public Health (a). *Public Health in Sweden*. [Brochure]. The Swedish National Institute of Public Health Distribution.
- Thompson, B; Kinne, S. (1999). Social Change Theory Applications to Community Health. In Bracht, N. (Ed.). *Health Promotion at the Community Level 2: New Advances*. Sage Publications Inc, 29-46.
- Thomson, S; Foubister, T; Figueras, J; Kutzin, J; Permanand, G; Bryndovj, L. (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. WHO.
- Welcome* (sine anno). Shaping the Future of Health Promotion. [2011, märts 27]. <http://www.rsph.org.uk/en/health-promotion>
- WHO (2000). *The World Health Report: Health Systems: Improving Performance*. WHO.
- WHO (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems*. Newton: Digital Design Group.
- WHO (2007). *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. WHO.
- WHO Europe (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. WHO Europe.
- WHO (2009). *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. WHO.

LISA 1 TERVISEDENDUSE KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI OSANA RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL ROOTSIS⁵

1.1 Halduskorraldus

Rootsi halduskorralduse süsteemi kohaselt on riigis kolm iseseisvat tasandit – riiklik valitsus, maakonna volikogud ja kohalikud omavalitsused. Maakonna volikogud ja kohalikud omavalitsused eksisteerivad paralleelselt ning maakonna volikogud ei ole seega kohalike omavalitsuste suhtes ülemuslikud. Kohalike omavalituste ja maakondade suurus varieerub oluliselt – kohalike omavalitsuste puhul ulatub see vähem kui 3000 elanikust kuni ca 760 000 inimeseni ning maakondade puhul 60 000 elanikust kuni 1,8 miljoni inimeseni (Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell ja Bankauskaite 2005.)

Regionaalne tasand

Regionaalsel tasandil omavad olulist rolli maakonna volikogud ja haldusnõukogud (Länsstyrelsen). Haldusnõukogud on valitsusasutused, millel on ametisse määratud personal; maakondlikud volikogud valitakse aga otse vastava maakonna elanike poolt (Glenngård et al 2005.)

Kohalik tasand

Igal omavalitsusel on valitud kogu - volikogu, mis teeb otsuseid omavalitsuse tasandil (Glenngård et al 2005).

1.2 Peamised organisatsioonid tervisedenduses⁶

Riiklik tasand

Tervise – ja Sotsiaalministeerium (*Ministry of Health and Social Affairs*) vastutab erinevate sotsiaalse heaolu poliitikate juhtimise ja koordineerimise eest, sh sotsiaalteenuste, tervishoiu, tervisedenduse, laste ning puuetega inimeste õiguste eest (Government Offices...s.a.).

⁵ Allikate nimekiri on esitatud peatükis ALLIKAD.

⁶ Tegemist ei ole kõiki tervisedenduslike tegevustega seotud organisatsioone hõlmava nimekirjaga, vaid intervjuu ja dokumendianalüüsi põhjal väljavalitud peamiste organisatsioonidega.

Riiklik Rahvatervise Instituut (*The National Institute of Public Health*), mis kuulub Tervise- ja Sotsiaalministeeriumi haldusalasse, vastutab tervisedenduse ja haiguste ennetamise programmide juhtimise eest riiklikul tasandil. Ta koostab rahvatervise alaseid juhendeid ja juhendab ning teostab seiret vastava valdkonna tegevuste üle maakondade volikogude ja omavalitsuste poolt. Sellega seoses esitab instituut keskvalitsusele regulaarselt rahvatervise poliitika aruannet, mis on aluseks diskussioonidele riikliku rahvatervise poliitika arendamisest ja rakendamisest (Glenngård et al 2005.) Lisaks viib instituut koos Rootsi Statistikaametiga alates 2004.a-st läbi regulaarset uuringut – riikliku rahvatervise uuringut, mis toimub tihedas koostöös Rootsi maakondadega, mis osalevad regionaalse ja kohaliku tasandi valimite moodustamisel (The Swedish National Institute of Public Health 2005).

Instituudi ülesandeks on ka pakkuda tervisedenduse alaseid tõenduspõhiseid teadmisi valitsusele, riigiasutustele, valitsusvälistele organisatsioonidele, omavalitsustele ja maakondade volikogudele. Ta arendab ja levitab rahvatervise alaseid strateegiaid ja meetodeid, viib läbi valdkondadevahelisi jätkutegevusi, hindab riiklikke rahvatervise poliitikaid (mh. tervisedenduse sekkumisi) ja teostab järelvalvet alkoholi, narkootikumide ja tubaka kasutamise valdkondade üle (Glenngård et al 2005.) Instituut rakendab erinevaid riiklikke projekte, nt HIV/seksuaalsel teel levivate haiguste ennetus, tubaka vastu võitlemine jne. Instituudi tegevus toimub tihedas koostöös sidusgruppidega kohalikul ja regionaalsel tasandil, kuna seal viiakse läbi enamus rahvatervise valdkonna praktilistest tegevustest (Public Health...2009.)

Riiklik Tervise ja Heaolu Amet (*The National Board of Health and Welfare*) edendab terviseteenuseid, koostab tervisekäitumise juhendeid ja annab tervisedenduse alaseid soovitusi. Lisaks kogub, analüüsib ja levitab infot; teostab järelvalvet ja kogub ning analüüsib statistikat (Ericsson telefoniintervjuu.)

Rootsi Kohalike Omavalitsuste ja Regioonide Assotsiatsioon (SALAR) esindab ja koordineerib Rootsi kohalike omavalitsuste ja maakondade huve. Assotsiatsioon püüdleb kohalike omavalitsuste tugevdamise poole ja arendab regionaalset ning kohalikku demokraatiat (About SALAR... 2011.) Assotsiatsiooni Tervise ja Sotsiaalhoolekande Divisjon tegeleb tervise ja arstiabi teemadega, sotsiaalhoolekandega, rahvatervisega ja võrdõiguslikkusega. Divisjon esindab SALAR-t läbirääkimistes valitsuse ja teiste riiklike institutsioonidega, kommenteerib aruandeid ja konsulteerimiseks saadetud ettepanekuid.

Rahvatervise teemadega tegeleb divisjonis Rahvatervise ja Võrdõiguslikkuse osakond (Health and... 2011.)

Valitsusvälised organisatsioonid (sh. mittetulundusühingud, sihtasutused) omavad Rootsi tervisedenduslikus töös suurt tähtsust – seda nii riiklikul, regionaalsel kui kohalikul tasandil. Neil on oluline roll nt HIV/seksuaalsel teel levivate haiguste ennetamisel, tervislike toitumisharjumuste kujundamisel ning tubaka ja alkoholi tarbimise vähendamisel (Hogstedt et al 2008) – seda materjalide koostamise, programmide ettevalmistamise jms kaudu (Ericsson telefoniintervjuu).

Alates 2009. aastast antakse SALAR-i, Rahvatervise Instituudi ning Riikliku Tervise ja Heaolu Ameti koostöös välja aruannet „Avatud võrdlused“ (*Open Comparisons*), mis kirjeldab kohalike omavalituste ja maakondade rahvatervise alase olukorra võrdlusi - sarnasusi ja erinevusi. Eesmärgiks on pakkuda suuremat läbipaistvust omavalitsuste ja maakondade tegevustele ja saavutustele. Loodetavasti panustab see põhjalikumale diskussioonile ja analüüsile, mis aitab kohalikul ja maakondlikul tasandil prioriteete seada ja rahvatervise meetmeid arendada. Aruanne soovib panustada ka teadmiste suurenemisele ses osas, mis üldse parandab tervisolukorda ja mida maakonnad ning omavalitsused saavad selleks ette võtta (SALAR et al 2009.) Oluliseks põhjuseks aruande koostamise juurutamisel oli eelkõige soov suunata maakondi ja omavalitsusi tervisedenduse teemadega tegelema – seda eriti just juhul, kui mingi valdkonna osas jäädakse teistest oluliselt maha (nt mõnes maakonnas suur ülekaaluliste osakaal) ning see kõik on must-valgel võrdluses kirjas (Ericsson telefoniintervjuu).

Regionaalne tasand

Regionaalsel tasandil omavad olulist rolli 18 maakonna volikogu, 2 regionaalset ühendust (Västra Götaland ja Skåne) ja üks omavalitsus, mis ei kuulu maakonda (Gotland). Nemed vastutavad tervishoiu süsteemi eest, mis ulatub esmatasandist haiglaravini. Samuti juhivad nad tegevust rahvatervise ja ennetava tegevuse valdkonnas. 1982. aastast pärinev tervishoiu- ja arstiabi seadus (The Health and... 2003) andis maakondlikele volikogudele vastutuse ka tervisedenduse ja haiguste ennetamise eest. Maakondliku volikogu peamised vastutusvaldkonnad ongi tervis ja arstiabi, aga ka hambaravi, ühistransport, turism ja kultuur (Glenngård et al 2005.) Kõik maakondlikud volikogud on vastu võtnud piirkondlikud rahvatervise valdkonna tegevusplaanid. 18 nendest tegevusplaanidest on seotud riikliku rahvatervise poliitikaga ja selle üheteistkümne valdkonnaga (Hogstedt et al 2008.)

Maakondlikel volikogudel on rahvatervise valdkonnas reeglina teatud toetav funktsioon maakonnas, eelkõige epidemioloogilise seire, rahvatervise alase aruandluse ja teabe osas. Seda toetavat funktsiooni pakuvad rahvatervise/tervisedenduse osakonnad – kuid toetuse kvaliteet ja ulatus varieerub suuresti (Hogstedt et al 2008.) Nt Stockholmi maakondliku volikogu rahvatervise osakond viidi üle Karolinska Instituuti – maakonnal on instituudiga leping, mille alusel töö toimub ning mille suurimaks väljakutseks on teadusliku uuringubaasi ühendamise praktilise tegevusega. Väiksemate maakondade puhul võivad tervisedendusega tegelevad üksused kuuluda ka planeerimisosakondade juurde (Ericsson telefoniintervjuu.)

Maakondade haldusnõukogudel on valitsuse esindajatena eelkõige koordineeriv roll ja neil lasub üldine vastutus riikliku rahvatervise poliitika valdkondade eest; samuti teostavad nad järelvalvet, et maakondlikud organisatsioonid järgiksid riiklike seadusi ja regulatsioone. 2007. aastal kaardistasid maakondade haldusnõukogud oma rahvatervise valdkonna rolli ja ülesandeid, millest nad ka valitsust informeerisid. Selle tulemusena selgus, et haldusnõukogude rolli edasiseks arenguks rahvatervise valdkonnas vajavad nad selgemat missiooni, suuremat vastutust ja kompetentsi (Public Health issues... 2009.) Olulised tegevused, mida mainida rahvatervise seisukohast, on suunatud ebavõrdsuse vähendamisele tervises, nt omavalitsuste poolt rakendatavate sotsiaalteenuste kontroll. Haldusnõukogud vastutavad ka alkoholimüügi lubade väljaandmise eest (Hogstedt et al 2008.)

Selleks, et rakendada riiklikke tegevuskavasid maakondlikul ja kohalikul tasandil, on alates 2002. aastast arendatud maakondlikku koordineerivat funktsiooni alkoholi, narkootikumide, dopingu ja tubaka (*ANDT*) kasutamise ennetamise osas. Sealjuures on olulisel kohal olnud omavalitsuste toetamine maakondade poolt ja ennetustegevuste aktiivsuse suurendamine. Eesmärgiks on see, et omavalitsused integreeriksid vastava töö oma tavapärasesse struktuuridesse. Selleks, et maakondade ülesandeid täpsustada ja tugevdada ja ühtsemat suunda välja arendada, anti maakondlikele haldusnõukogudele 2008.aastal valitsuse poolt selgemad mandaadid maakondlikeks koordineerimistegevusteks. Maakondlikud koordinaatorid on riiklikult finantseeritud. Enamus maakondlikest koordinaatoritest töötavad maakondlike halduskogude juures ning mõned maakonnad on jaganud vastavad ülesanded mitme ametikoha vahel. Maakondliku koordinaatori ülesandeks on toetada kohalikke ennetustegevusi, pakkudes vajalikke teadmisi ja suuniseid ning tehes koostööd omavalitsustega. Alates 2008. aastast toetab maakondlikke koordinaatoreid nende *ANDT*-

valdkonna töös Rootsi Rahvatervise Instituut, kus on loodud ka vastav spetsiaalne ametikoht. Instituudi poolt pakutav tugi seisneb eelkõige ennetusvaldkonna meetodite laste teadmiste jagamises ja maakondliku kompetentsi arendamises. Maakondlikku tööd seiratakse regulaarsetel kohtumistel maakondade koordinaatoritega. Nii maakondlike koordinaatorite kui nende omavalitsuste koostööpartnerite puhul on olulisel kohal erinevate sektorite kaasamine vastavasse töösse (nt narkootikumide alase nõudluse vähendamise juures on kaudne mõju nii vanemluse kui koolielu toetamisel) (County and... 2010.)

Skåne's ja Västra Götaland's on maakondade volikogud reorganiseeritud regioonideks (otse valitud regioonide delegaadid). Teistes maakondades on omavalitsused ja maakondlikud volikogud loonud regionaalsed koostöökogud mis teevad koostööd regionaalarengu soodustamiseks. Sellised koostöökogud on loodud ca 14 maakonnas. Paljudes piirkondades on regionaalsed koostöökogud maakondade haldusnõukogudelt ülesanded üle võtnud. Maakondlikud volikogud jagavad maakondade omavalitsustele rahvatervise valdkondade baastadmisi ja koostavad rahvatervise plaane, poliitikaid ja programme (koostöös teiste osapooltega). Mõnedel maakondade volikogudel on lepingud omavalitsusega, millel põhjal nad finantseerivad omavalitsuste teenuseid või projekte (Public Health issues... 2009.)

Maakondade iseseisvat otsustusõigust näitab ka nt see, et neil on võimalus ise otsustada, kas Riikliku Tervise ja Heaolu Ameti poolt antud soovitusi ja juhiseid rakendada ning kuidas neid oma tegevustega kombineerida. Neil on võimalus soovitusi eirata, põhjendades seda nt piisava personali puudumisega (Ericsson telefoniintervjuu.)

Enamus rahvatervise alasest tööst viiaksegi läbi kohalikul tasandil maakondlike volikogude, omavalitsuste ja valitsusväliste organisatsioonide poolt (Glenngård et al 2005).

Kohalik tasand

Kohalikul tasandi tervisedenduses on oluliselt kohal Rootsi 290 omavalitsust. Omavalitsuste peamisteks vastutusvaldkondadeks on elanikke vahetult puudutavad kohalikud teemad, nt haridus, eakate hooldamine, lastehoid, teed, vesi, kanalisatsioon ja energia. Keskne roll on neil ka elanike tervise osas, näiteks mitmesuguste ennetusmeetmete rakendamisel. Omavalitsused on tegevad tervisega seotud valdkondades nagu näiteks alkoholi tarvitamine. Viimasel ajal pööratakse kohalikul tasandil järjest enam tähelepanu ka tervise struktuursetele mõjuritele, nt töötus, keskkond jne (Glenngård et al 2005.)

Omavalitsuste tervisedendusliku töö tõhustamiseks loodi Rootsis 2004. aastal uus Tervist Edendavate Linnade võrgustik (*Healthy Cities Network*). Nimetatud võrgustikku kuulub 8 Rootsi omavalitsust ning selle ülesandeks on toetada oma liikmeid kohalike rahvatervise poliitikate arendamisel ja rakendamisel (The local... 2009.)

2004. aastal läbiviidud uuringus, väitsid 139 (59%) omavalitsust, et on prioritiseerinud ühe või enam riikliku rahvatervise poliitika valdkondadest, mis kinnitati valitsuse poolt 2003. aastal (vt „Seaduslik taust ja strateegiad“). Prioriteediks seatud valdkonnad olid põhiliselt seotud elustiiliga (alkohol, tubakas, toitumisharjumused ja füüsiline aktiivsus) ja lapsepõlve ning noorukiea tingimustega. 42% omavalitsustest väitsid, et teevad erilisi jõupingutusi ebavõrdsuse vähendamiseks tervises (Hogstedt et al 2008.)

Tervisedendusliku töö konkreetne korraldus ja ülesannete jaotus erineb kohalike omavalitsuste lõikes suuresti (Ericsson telefoniintervjuu).

Vertikaalne ja horisontaalne koostöö

Erinevate osapoolte omavaheline koostöö sõltub palju konkreetsetest piirkondadest ja asutustest ja võib paljuski varieeruda. Nt riiklikul tasandil on Tervise- ja Sotsiaalministeeriumil olnud suhteliselt keeruline kaasata teisi ministeeriume. Riikliku ja regionaalse tasandi (maakondade) koostöö toimib jällegi suhteliselt hästi – heaks näiteks on siin eespool kirjeldatud ühine tegutsemine alkoholi, narkootikumide, dopinguga ja tubaka (*ANDT*) kasutamise ennetamise osas. Tihedat koostööd riikliku, maakondliku ja kohaliku tasandi vahel eeldab ka riiklikul tasandil läbiviidav seire rahvatervise prioriteetsete valdkondade osas (vt. „ Seaduslik taust ja strateegiad“), millele kohalikud omavalitsused panustavad täites küsimustikke oma piirkondades läbiviidud initsiatiivide kohta (Ericsson telefoniintervjuu.)

Maakondade ja omavalitsuste koostöö osas on näiteid nii koostöö heast sujumisest kui ka selle problemaatilisusest. Mõnedel maakondadel on tervisedenduse alaseks koostööks omavalitsustega sõlmitud lepingud, mille osapoolteks võivad olla ka valitsusvälised organisatsioonid. Ametlikud lepingud võivad olla olulised ka selleks, et taotleda raha riiklikest vahenditest. Ametlik koostöö (nt) teadusasutustega võib olla koguni raha

taotlemise tingimuseks, võimaldades nii tervisedenduse suuremat teaduspõhisust kui teadustöö olulisemat praktilist mõõdet (Ericsson telefoniintervjuu.)

Kokkuvõtteks võib maakondade ja kohalike omavalitsuste tervisedendusliku tegevuse kohta öelda, et senini on tehtud tööd pigem konkreetsetes valdkondades (nt alkohol, narkootikumid jne) kui rakendatud laiema ulatusega süsteemset tervisedendust. Samas on eri tasandite panustamine rahvatervise prioriteetidele (vt „Seaduslik taust ja strateegiad“) olnud kindlasti märkimisväärne. Samuti on järjest enam tähelepanu pööratud teiste sektorite kaasamisele terviseetemesse ning rahvatervise küsimused on jõudnud ka teiste valdkondade asutustesse, nt riiklikesse instituutidesse (Ericsson telefoniintervjuu.)

1.3 Seaduslik taust ja strateegiad

Oluliseks dokumendiks tervisedenduse seisukohalt võib pidada 1982. aastast pärinevat tervishoiu- ja arstiabi seadus (*The Health and... 2003*), mille kohaselt peab iga maakonna volikogu oma piirkonnas elavatele inimestele pakkuma head tervishoiu ja arstiabi teenust ning edendama kõikide elanike tervist.

2003.a. aprillis võttis valitsus vastu dokumendi nimega „Rahvatervise eesmärgid“ (Public Health Objectives: Government Bill 2002/03:35), mis andis riiklikule rahvatervise poliitikale uue suuna. Sellega soovis valitsus parandada rahvastiku tervist ja vähendada terviselõhet erinevate rahvastiku gruppide vahel. Nimetatud dokumendiga võttis valitsus omaks laiema lähenemise rahvatervisele ning põhjalikuma keskendumise tervisedendusele (Glenngård et al 2005.)

Nimetatud rahvatervise eesmärgid katavad 11 valdkonda ning pakuvad hea raamistiku tervisedenduslikule tegevusele. Need valdkonnad on alljärgnevad:

1. Osalemine ühiskonnas
2. Majanduslikud ja sotsiaalsed eeldused
3. Lapsepõlve ja noorukiea tingimused
4. Tööealiste tervis
5. Keskkonnad ja tooted
6. Tervist edendavad terviseteenused
7. Kaitse nakkushaiguste vastu
8. Seksuaalsus ja reproduktiivne tervis

9. Füüsiline aktiivsus

10. Toitumisharjumused ja toit

11. Tubakas, alkohol, narkootikumid, doping ja hasartmängud (Public Health Policy... 2009.)

Vastavates valdkondades keskendutakse eelkõige lastele, noortele ja eakatele ning fookuses on tegevused, mis toetavad ja tugevdavad vanemlust, suurendavad jõupingutusi suitsiidide ennetamisel, edendavad tervislikke toitumisharjumusi ja füüsilist aktiivsust ning vähendavad tubaka kasutamist (Swedish National Institute of Public Health a).

Omavalitsuste ja regioonide vastutusvaldkonnad/kohustused on seotud pigem konkreetsete teemadega (nt alkohol, narkootikumid) ja mitte niivõrd laiapõhjalise üldise tervisedendusega. Kohalik ja regionaalne sõltumatus on juba ajalooliselt olnud väga tähtsad ja riiklikul tasandil ka palju ette ei kirjutata. Nt on soovitusliku iseloomuga ka maakondade ja omavalituste poolne panustamine eelnevalt nimetatud riikliku rahvatervise poliitika 11 valdkonnale (Ericsson telefoniintervjuu.)

1.4 Jätkusuutlikkus ja ressursid

Finantsressursid

Rootsi riikliku, maakondliku ja kohaliku tasandi tervisedenduse rahastamine toimub peamiselt avaliku sektori poolt. Kolme tasandi tervisedendusliku tegevuse finantseerimise peamisteks allikateks on riiklikud vahendid, maakondlikud ja kohalikud maksud (sh. proportsionaalne tulumaks). Oluline osa tervisedenduse finantseerimisest maakondlikul ja kohalikul tasandil tulebki kohalikest maksudest, mida on õigus koguda mõlemal tasandil. Vahendeid saab taotleda ka valitsusvälistelt organisatsioonidelt (sh sihtasutustelt, nt Vähi Sihtasutus) (Ericsson telefoniintervjuu.)

Rahvatervise poliitika 11 valdkonna (vt Seaduslik taust ja strateegiad) prioriseerimisega 2003. aastal otseselt uue fookuse toetamiseks täiendavaid finantsressursse ei eraldatud. Samuti ei toonud see kaasa uusi (rahalisi) kohustusi omavalitsustele või maakondadele. Riikliku Rahvatervise Instituudi võimalused rahvatervise projektide toetamiseks on viimastel aastatel üldse olnud suhteliselt piiratud. Sama kehtib ka paljude maakondlike volikogude kohta, mis on varasemalt andnud projektirahastust, et toetada metodoloogiate arendamist ja kohalikke rahvatervise initsiatiive. Riiklik Rahvatervise Instituut on välja toonud vajaduse

analüüsida erinevaid vahendeid arendustegevusteks (mis on kättesaadavad nii riiklikul kui rahvusvahelisel tasemel) ja koostada nende finantseerimisvõimaluste tulemuslikuks ja jätkusuutlikuks kasutamiseks vajalikud kriteeriumid (Hogstedt et al 2008.)

Riiklikud vahendid on siiski osaks maakondliku ja kohaliku tasandi tervisedendusliku töö vahenditest (kuigi mõlema tasandi puhul saadakse riigilt vähem kui pool tervisedenduslike tegevuste kogurahastusest). Riikliku tasandi poolt ei toimu otseselt süsteemi kui sellise finantseerimist, vaid pigem erinevate valdkondade töö hõlbustamise rahastamine. Riiklike vahendeid saavad maakonnad ja omavalitsused taotleda konkreetsete valdkondade jaoks, nt vanemluse toetamise programmide raames; alkoholi ja narkootikumide kasutamise ennetamise ning HIV- ennetuse raames jne. Tegemist ei ole nõ „kindla“ rahaga, vaid vahendite eraldamine sõltub esitatud taotlustest ning konkreetsetest projektidest. Sageli on tegemist tiheda konkurentsiga (Ericsson telefoniintervjuu.)

Üks olulisi valdkondi, mida Rootsi tervisedenduses riiklikult rahastatakse, on alkoholi, narkootikumide, dopingi ja tubaka (*ANDT*) valdkond. Valitsus finantseerib *ANDT* maakondlikke koordinaatoreid kõikides maakondades ja maakonnad, kus asuvad suurlinnad, saavad vahendeid kahe täisajaga töökoha tarbeks. Alates 2008. aastast toetab maakondlikke koordinaatoreid nende *ANDT*- valdkonna töös Rootsi Rahvatervise Instituut, kus on loodud ka vastav spetsiaalne ametikoht. Rahvatervise Instituut teostab maakondade halduskogudele ka väljamakseid eelnimetatud ametikohtade jaoks (County and... 2010.)

Regionaalse tasandi poolse finantseerimise osas on paremas olukorras suuremad piirkonnad. Suurematel regioonidel (nt Stockholm) on eelarves vahendid, mida neil on võimalik eraldada omavalitsustele tervisedenduslikeks tegevusteks. Mõningatel maakondadel on tervisedenduse programmid oma maakonna tarbeks. Sageli sisaldavad maakondade eelarved spetsiaalselt tervisedendusele eraldatud vahendeid (Ericsson telefoniintervjuu.)

Riiklike ja maakonna vahendite kaasamine on omavalitsustele sageli väga olulise tähtsusega (isegi kui summad ei ole suured). Riikliku rahastuse saamine aitab näidata teema olulisust ja suurendada selle päevakajalisust kohalikul tasemel. Samuti nähakse seda kui tunnustust ja võimalust kaasata kohalikke vahendeid (eriti kuna riiklikud projektid nõuavad sageli kaasfinantseerimist kohalikest vahenditest) (Ericsson telefoniintervjuu.)

Inimressursid

Vajadus kvalifitseeritud tööjõu järele on nii riiklikul, maakondlikul kui kohalikul tasandil. Oluline on siinjuures just piisava tervisedenduse kompetentsiga inimeste kaasamine. Tervisedenduse alast õpet on võimalik Rootsis omandada ülikooli tasandil ning saadav haridus on hea kvaliteediga. Siiski on tervisedenduse kvalifikatsiooniga inimestel probleeme töö leidmisega, kuna sobivad ametikohad on juba varasemast täidetud (nt heade administratiivtöötajate, teadlaste vt poolt). Oluliseks mõttekohaks on viimasel ajal see, kuidas rakendada tervisedenduse alase hariduse saanud inimesi teiste töötajate koolitamiseks - et ka teistel ametikohtadel töötavad inimesed oskaksid oma igapäevatöös arvestada tervisedenduse põhimõtetega (Ericsson telefoniintervjuu.)

Jätkusuutlikkus

Ericssoniga peetud intervjuu põhjal on jätkusuutlikkuse takistajaks eelkõige omavalitsuste vähesed kohustused tervisedenduse valdkonnas. Seetõttu tekib majanduslanguse tingimustes olukord, mil omavalitsused tegelevad ainult valdkondadega, mille osas neil on seaduslikud kohustused ning tervisedendus võib jääda kõrvale. Ka regionaalsel tasandil vajaksid kohustused täpsemat selgitamist. Riiklikul tasandil seire on küll heal tasemel (rahvatervise aruanded, „Avatud võrdlused“ jne) ning võimaldab omavalitsuste vahelisi erinevusi esile tuua, kuid oluline küsimus on selles, kuidas neist tulenevalt omavalitsuste konkreetseid tegevusi stimuleerida.

Jätkusuutlikkust võiks suurendada ka erinevate tasandite arengusuundade ja juhiste väljatöötamine riikliku tasandi poolt.

1.5 Tugevused, nõrkused ja väljakutsed

Ericsson tõi intervjuus välja alljärgnevad Rootsi tervisedenduse kolme tasandi tugevused, nõrkused ja väljakutsed:

Tugevused	<ul style="list-style-type: none">• Hea seiresüsteem (indikaatorite kogumine, aruandlus) riiklikul, maakondlikul, kohalikul tasanditel• Tervisedenduse arendamine ülikooli tasandil• Tervisedenduse alase teadustegevuse suurenemine; tegevuste puhul nõutakse
------------------	--

	<p>suuremat teaduspõhisust (nt mõningal juhul peab riikliku rahastuse saamiseks projekti kaasama teadusasutuse/ülikooli)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maakondlikud ja kohalikud maksud, mis on oluliseks rahastusallikaks
Nõrkused	<ul style="list-style-type: none"> • Maakondlikud ja kohalikud maksud rahastusallikana võivad olla ka probleemiks, seda eriti väiksemate omavalitsuste puhul, kus on keeruline leida omavahenditest piisavalt vahendeid tervisedenduse jaoks • Senine projektitegevus on toimunud piiratud valdkondades
Väljakutsed	<ul style="list-style-type: none"> • Laiemapõhjalise tervisedenduse juurutamine, mitte tegevus ainult teatud valdkondades • Parema koostöö saavutamine valitsusväliste organisatsioonidega. Eesmärgid on ühised, aga tuleks täpsemalt määratleda, mille raames teha koostööd/mida teha eraldi jne. • Generatsioonide vahetus – tervisedenduses on palju inimesi vanuses 60+ . Süsteemi oleks vaja rohkem nooremaid – aga see on sisuliselt võimalik siis, kui vabaneb koht kellegi pensionile minemise tõttu. Tervisedenduses on palju tegemist võrgustikega ja isiklike kontakte ei ole nii lihtne uutele pärandada.

1.6 Tervisedenduse korraldus riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasandil kui osa tervisesüsteemist

Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) kirjelduse järgi on tervisedendus osa iga maa tervisesüsteemist. Iga tervisesüsteemi (ja selle alaosüsteemi, milleks on ka tervisedenduse korraldus kolmel tasandil) olulised eesmärgid on rahvastiku tervise parandamine ja inimeste ootustele vastamine (WHO 2000). Ericssoni intervjuu kohaselt on Rootsi kolmel tasandil toimival tervisedendusel õnnestunud nende eesmärkide poole liikumine mõningal määral. Seejuures on aga oluline mainida suuri erinevusi valdkondade vahel – mõningal juhul on rahva tervise parandamine õnnestunud väga hästi (nt tubaka valdkond), mõne teise

valdkonna puhul aga oluliselt kehvemini (nt on antud hetkel suur huvi toitumise valdkonna vastu, kuid tervisedenduslikud tegevused selles valdkonnas on väga piiratud).

MTO on määratlenud ka iga tervisesüsteemi (ja selle alasüsteemi, milleks on ka tervisedenduse korraldus kolmel tasandil) olulisi koostisosasid (*building blocks*) (WHO 2009). Alljärgnevalt on kirjeldatud nende koostisosade tugevust Rootsi tervisedenduse korralduses.

- **teenuste edastamine** (*tulemuslikud ja kvaliteetsed teenused, mida pakutakse neile, kes seda vajavad; ajal, mil neid vajatakse; ja kohas, kus neid vajatakse*) – on Ericssoni sõnusti Rootsis õnnestunud mõningal määral. Takistanud on seda nt KOV-de vähesed seadusest tulenevad kohustused tervisedenduse valdkonnas.
- **tervise personal** (*vastutuleliku, õiglase ja tõhusa personali olemasolu; piisav personali hulk*) – Ericssoni väitel praegune tervisedenduse süsteem sellise personali olemasolu kuigi palju ei võimalda, kuna vajadus kvalifitseeritud tööjõu järele on nii riiklikul, maakondlikul kui kohalikul tasandil. Kuigi tervisedenduse alane õpe on Rootsis kvaliteetne, on vastava kvalifikatsiooniga inimestel probleeme töö leidmisel, kuna sobivad ametikohad on juba varasemast täidetud (nt heade administratiivtöötajate, teadlaste vt poolt).
- **tervise informatsioon** (*õigeaegse ja usaldusväärse informatsiooni tootmine, analüüsimine, levitamine ja kasutamine terviseõõjurite, tervisesüsteemi toimimise ja tervise olukorra kohta*) – Ericssoni sõnusti on see Rootsi tervisedenduse süsteemi koostisosadest kõige tugevam. Asjakohane statistika on kättesaadav kõigil tasanditel, seda kogutakse ja analüüsitakse pidevalt ning levitatakse erinevate raportite ja võrdluste kujul (nt riiklik rahvatervise uuring, „Avatud võrdlused“ jne).
- **finantseerimine** (*piisavate vahendite leidmine, et inimesed saaksid kasutada enda jaoks vajalikke teenuseid*) – Ericssoni intervjuust selgus, et praegusel hetkel Rootsi süsteem seda kuigi palju ei võimalda, mis tuleneb suuresti ülemaailmse majanduskriisi mõjudest.
- **juhtimine** (*strateegiliste raamistike järgimine koos tulemusliku koalitsioonide moodustamisega, vastutuse võtmisega, regulatsioonidega, motiveerimisega jne*) - Ericssoni sõnusti toimib see Rootsi tervisedenduse korralduse puhul päris hästi – riikliku tasandi roll on selge ja aktiivne, strateegilised raamistikud (sh. rahvatervise prioriteetsed valdkonnad) on loodud ja vastutused paigas; täiendav vajadus oleks

erinevatele tasanditele mõeldud tervisedenduslike (tegevus)juhiste järele, mida võiks koostada riiklik tasand.

1.7 Tervisedenduse ja kogukonna areng

Kogukonna arendamisel tuleb lähtuda kogukonna vajadustest ja keskenduda ebavõrdses seisus olevatele ja haavatavatele gruppidele (Naidoo & Wills 2000). Ericssoni väitel on Rootsis kohaliku tasandi tervisedenduses ebavõrdses seisus olevate gruppidele keskendumine õnnestunud paremini kui üldiste kogukonna vajadustega arvestamine - kui ebavõrdses seisundis olevate gruppidega tegelemine on läinud päris hästi, siis kogukonna vajadustest lähtumist saab väita mõningal määral. Ebavõrdses seisundis grupid on iseenesest hästi teada ja kaardistatud, nende suunatud tegevuste amplituud piirab aga olemasolevate vahendite nappus.

LISA 2 TERVISEDENDUSE KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI OSANA RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL TAANIS⁷

2.1 Halduskorraldus

Taani Kuningriigi halduskorralduses on kolm olulist tasandit – riik, regioonid ja kohalikud omavalitsused (KOV-d). 2007.a. toimunud haldusreformiga kaotati tolle ajani eksisteerinud maakonnad ning loodi 5 regiooni ja 98 KOV-i. Kõigil kolmel tasandil on demokraatlikult valitud assambleed ning pikaajaliste traditsioonide kohaselt on juhtimine ja planeerimine suuresti detsentraliseeritud regioonidele ja KOV-dele (Strandberg-Larsen 2007.)

Regionaalne tasand

Alates 2007.aastast eksisteerivad Taanis 5 regiooni, mida juhivad regionaalsed volikogud. Regionaalsed volikogud valitakse neljaks aastaks. Regionaalse administratsiooni ülesehituse kohta ei ole konkreetseid seadusandlikke nõudeid – iga regionaalne volikogu võib seega moodustada administratsiooni, mis sobib kõige paremini regionaalseid asjaolusid arvestades. Regioonidel puudub maksude kehtestamise õigus (Municipalities and...2010.)

Kohalik tasand

Alates 2007.aastast on Taanis 98 KOV-i. Kohaliku elu üldine juhtimine ja sellega kaasnev vastutus on iga KOV-i volikogu korraldada. KOV-de volikogu valitakse neljaks aastaks. Ka kohaliku administratsiooni ülesehituse osas ei kehtestata konkreetseid seadusandlikke nõudeid. Volikogu võib ise otsustada, millist juhtimisstruktuuri kasutada, milliseid funktsioone erinevatele osakondadele anda ning kuidas erinevaid üksuseid üles ehitada (Municipalities and...2010.)

2.2 Peamised organisatsioonid tervisedenduses⁸

Riiklik tasand

Siseasjade - ja Terviseministeerium (*The Ministry of Interior and Health*) tegutseb alates 2010. aastast (sellisel kujul eksisteeris see ka kuni 2007.aastani, kuid 2007-2010. a tegutsesid perioodiliselt Heaolu Ministeerium ning Tervise- ja Ennetuseministeerium). Ministeeriumi

⁷ Allikate nimekiri on esitatud peatükis ALLIKAD.

⁸ Tegemist ei ole kõiki tervisedenduslike tegevustega seotud organisatsioone hõlmava nimekirjaga, vaid intervjuu ja dokumendianalüüsi põhjal väljavalitud peamiste organisatsioonidega.

peamine tervise valdkonna roll seisneb selle üldises juhtimises, reguleerimises ja koordineerimises. Tema töövaldkonda kuuluvad ka ennetus ja tervisedendus (Strandberg-Larsen 2007.)

Riiklik Terviseamet (*The National Board of Health*) juhib ja teostab järelvalvet tervisevaldkonna tööjõu ja organisatsioonide üle ning nõustab erinevaid ministeeriume, regioone ja KOV-e terviseteemadel (Strandberg-Larsen 2007). Samuti on see keskselt vastutav narkoennetuse, vastavate info-ja haridusmaterjalide väljatöötamise ning riiklike ennetuskampaaniate eest. Asutus toetab ka kohaliku tasandi ennetustegevust ja pakub selleks vajalikku tõenduspõhist informatsiooni (Ministry of Health and Prevention 2008.) Lisaks koostab amet erinevate valdkondade statistikat (nt surmapõhjused, vähk jne), juhib ja seirab üldisi tervisesüsteemi arenguid, koostab reegleid ja soovitusi (Our Tasks s.a.).

Riikliku Rahvatervise Instituudi (*The National Institute of Public Health*) ülesanneteks on Taani elanikkonna tervise ja haigestumuse ning tervisesüsteemi toimimise alane teadustöö. Samuti teostab instituut seiret elanikkonna tervise ja haigestumuse üle; koostab ülevaateid ja nõustab avalikke asutusi; osaleb magistri/doktoriõppe korralduses ja õpetab rahvatervise teadust ning sotsiaalmeditsiini. Instituudi teadustöö toimub alljärgnevate programmide kaupa: laste tervis, tervisedendus ja ennetus, eluviis ja tervis, rahvatervis Taanis, rahvatervis Gröönimaal ning registripõhine teadustöö (The National... s.a.) Terviseteenuste alane teadustöö keskendub tervisedenduse tegevuste ja ravi hindamisele – nii üldises perspektiivis kui konkreetsete haiguste lõikes. Selle raames hinnatakse nt erinevaid kavasid ja meetodikaid, mida on kasutatud tervisedendusele panustamiseks (Research... 2011.) Olulisel kohal instituudi töös on ka regioonide ja KOV-de nõustamine (Jørgensen telefoniintervjuu).

Taani Kohalik Omavalitsus (*Local Government Denmark – edaspidi LGDK*) on Taani KOV-de huvigrupp ja nõ „eestkõneleja“. Selle liikmelisus on vabatahtlik, kuid kõik 98 KOV-i on liikmeks astunud. LGDK missiooniks on seista KOV-de ühiste huvide eest, KOV-e nõustada ja tagada, et KOV-dele on kättesaadav ajakohastatud ja asjakohane informatsioon. Samuti korraldatakse liikmetele koolitusi (Local Government... s.a.) KOV-de ühishuvide eest seismine hõlmab nii poliitilist, fiskaalset kui administratiivset valdkonda läbirääkimistel Taani Parlamendiga, valitsusega, keskvalitsuse administratsiooniga, Euroopa Liiduga, meediaga jne. Igal aastal peab LGDK läbirääkimisi valitsusega KOV-de üldise finantsraamistiku osas. Samuti on LGDK tööandjate liit ja esindab KOV-e läbirääkimistel KOV-de töötajate ametiühingutega. LGDK koosseisu kuulub 6 poliitilist komiteed, mis on ülesehitatud

valdkondade kaupa – oma komitee on ka tervise valdkonnal (LGDK's... 2009.) LGDK nõustab KOV-e ka tervisedenduse alasel (Jørgensen telefoniintervjuu).

Aktiivselt tegutsevad ka erinevad **valitsusvälised organisatsioonid**, nt Vähi Liit, Südame Liit jne, mille tegevus hõlmab konkreetseid valdkondi (Jørgensen telefoniintervjuu).

Regionaalne tasand

2007.a reformiga loodud regioonide peamiseks vastutusvaldkonnaks on regionaalareng ja tervishoid – sh. somaatiline ja psühhiaatiline tervishoid avalikes haiglates ja esmatasandi teenused perearstide ning teiste tervisevaldkonna töötajate poolt. Enamus haiglaid on regioonide omanduses ja regioonid juhivad nende tööd (Strandberg-Larsen 2007.) Regioonid koostavad ka oma arenguplaanid (The Ministry of Interior and Health 2007). Lisaks on regioonide ülesandeks piirkonna terviseprofiilide koostamine, mida tehakse iga 4 aasta tagant. Profiilid sisaldavad infot ka KOV-de lõikes, võimaldades näha erisusi (Jørgensen telefoniintervjuu.)

Regioonid omavad teatud rolli ka tervisedenduses, kuigi see võib erineda. Nt Midtjylland regioonis tegutseb Rahvatervise keskus (*Centre for Public Health*), mis keskendub tervisesüsteemi teadus-ja arendustööle. Lisaks pakutakse mitmeid erinevaid teenuseid, nagu „eluviisi kohvikud“, koolitused, toitumisalane nõustamine jne. Keskuse eesmärgiks on elanikkonna tervise edendamine ja sotsiaalse võrdsuse suurendamine tervises. Enamus tegevustest viiakse läbi koostöös KOV-de, ülikoolide, haiglate ja regiooni esindajatega. Keskuses on ka eraldi tervise edendamise ja haiguste ennetamise osakond (Centre for... 2010.)

Osakond koostab muuhulgas regiooni terviseprofiile, korraldab tervisekäitumise nõustamist, koordineerib krooniliste haigustega patsientide koolitamist ja selle hindamist, korraldab erinevate teenuste väljatöötamist ja tervisetöötajate koolitamist tervisedenduse valdkonnas jne (Central Denmark Region-Centre for Public Health s.a.).

Kohalik tasand

2007.a. haldusreformiga moodustati suuremad regioonid ja KOV-d ning muudeti ülesannete ja vastutusvaldkondade jaotust. Oluliselt suurendati KOV-de rolli ennetustegevuses, tervisedenduses ja rehabilitatsioonis. KOV-de peamiseks vastutusvaldkondadeks ongi eakate hooldus, sotsiaalpsühhiaatria, ennetus ja tervisedendus, rehabilitatsioon ja teised

hooldustüübid, mis ei ole otseselt seotud statsionaarse raviga haiglates. Samuti on alates 2007.a KOV-de korraldada suur osa alkoholismi ja narkomaania ravist (Strandberg-Larsen 2007.) Tervisedenduse funktsioonid anti KOV-dele üle eesmärgiga integreerida see tegevus teiste kohalike ülesannetega, mis toimivad kodanike vahetus ümbruses, nagu päevahoid, koolid, eakate keskused jne (The Ministry of Interior and Health 2007). Tervisedendust ja ennetust mõtestataksegi selliselt, et tegu on eelkõige KOV-de vastutusega tervislikuks eluks tingimuste loomise eest. KOV-d peavad ka nt (koostöös kohalike arstide ja teiste asutustega) informeerima kodanikke, kuidas elada tervislikult, kuidas vältida 2. tüüpi diabeeti jne. Lisaks on lähiaastate olulisteks väljakutseteks muutuv demograafia ja eakate osakaalu kasv. Seetõttu on paljudes Taani KOV-des mitmeid projekte, mis sellele teemale keskenduvad (Health 2009.)

Tervisedenduse ja rehabilitatsiooni erinevate aspektidega tegelemiseks eeldatakse KOV-delt erinevate lahenduste väljatöötamist, nt kogukonna tervisekeskuste (*community health centres*) loomist (Strandberg-Larsen 2007). Kuna puudub konkreetne definitsioon selles osas, mida üks tervisekeskus täpselt sisaldab, erineb ka pakutavate teenuste arv keskuste lõikes päris palju (esmasest ennetusest kuni rehabilitatsioonini). Enamus keskustest tegelevad krooniliste haigustega inimeste ennetus- ja rehabilitatsiooniteenustega (Nolte, Knai ja McKee 2008.) KOV-de tagada on ka füüsilise inaktiivsuse ennetamine (mille osas tehakse aktiivset koostööd kohalike spordiklubidega), toitumisalaste teavituskampaaniate korraldamine jne (Ministry of Health and Prevention 2008).

Kuna KOV-des on tervisedenduse funktsioonidega tegelemine lahendatud erinevalt, kirjeldatakse allpool ühte edukamat näidet Horsens omavalitsuse praktika põhjal.

Horsensis koordineerib tervisedenduse alast tegevust asutus nimega *Horsens Healthy City*, mis teeb koostööd suure hulga vabatahtlikega. 2006. aastast vastutab Horsensis tervisedendusliku tegevuse eest tervisedenduse komitee. Alates 1987. aastast on Horsens WHO Euroopa Tervislike Linnade võrgustiku (*Healthy Cities Network*) liige ning sellest ajast on ka tervisedendus integreeritud omavalitsuse poliitilisse ja praktilisse tegevusse. Lisaks on Horsens rahvusvahelise *Safe Community* võrgustiku liige, mis töötab eesmärgiga suurendada turvalisust kõikidel tasanditel (Horsens Kommune s.a.)

„Tervisliku Linna Pood“ (*The Healthy City Shop*) on kohtumispaik ja keskus professionaalidele ja vabatahtlikele, kes töötavad Horsensi omavalitsuses sotsiaalteemadega ja tervisedendusega. Kui „pood“ 1987. aastal loodi, oli see esimene omataoline Euroopas. Seal koordineeritakse alljärgnevat omavalitsuse tegevusi:

- Kodanike Foorum (*The People's Forum*) – vabatahtlike ühenduste võrgustik, mis tegeleb tervisedenduse ja sotsiaalteemadega
- Keskkonna „pood“ (*The Environmental Shop*) – keskkonna informatsioon jätkusuutlikkusest ja taaskasutusest
- PI Horsens – informatsioon patsientide organisatsioonidelt
- Eneseabi (*Self Help*) – eneseabi gruppide tegevuse koordineerimine
- Tervisepatrull – informatsioon ja juhised tervisliku eluviisi kohta.

„Pood“ pakub tervisedenduses tegutsevatele vabatahtlikele ka vahendeid, nt koosolekute ruumid, internetiühendus, koopiategemine ja nõustamine (The Healthy... s.a.) Lisaks rakendatakse seal erinevaid projekte, et vähendada ebavõrdsust tervises – nt varases eas pensionile jääjatele, endistele narkosõitlastele, noortele vaba aja veetmiseks jne (Horsens Kommune s.a.).

Kuna „pood“ töötab palju vabatahtlike ning inimesed saavad seal ise algatada nt eneseabigruppe, võib öelda, et sealne täpne tegevus määratletakse suures osas kodanike endi poolt ning seega on see hea näide edukast kaasamisest, mis on tervisedenduses oluline komponent (Horsens Kommune s.a.).

Vertikaalne ja horisontaalne koostöö

Seadusejärgselt peavad regioonid ja KOV-d omavahel koostööd tegema ravi, koolituste, ennetustegevuste ja hoolduse osas. Selleks tuleb sõlmida kohustuslikud aastased terviselepingud (*health agreements*), mis sisaldavad ka punkte tervisedenduse, ennetus- ja rehabilitatsiooni meetodite osas (Strandberg-Larsen 2007.) Terviselepingud peavad vastama keskselt paika pandud nõuetele ning määratlema ühised eesmärgid. Need vaadatakse läbi regionaalsete nõuandvate komiteede poolt, mis kaasavad esindajaid regioonidest, KOV-dest ja erasektorist (Nolte et al 2008.) Igal aastal hinnatakse eesmärkide saavutamise progressi (Jørgensen telefoniintervjuu).

Aastaste lepingute süsteem on siiski veel suhteliselt algusjärgus ja täpsed toimimismehhanismid alles selgumas (Jørgensen telefoniintervjuu).

Oluliseks murekohaks on kartus, et olukord, kus tervise valdkonna funktsioonid on jaotatud regioonide ja KOV-de vahel, võib viia süsteemi killustatuseni, kuna sellega kaasnevad suured nõudmised neile, kes koordineerivad tegevusi KOV-de ja regioonide vahel (Nolte et al 2008). Õnneks pole see kartus senini tegelikkuseks saanud.

Kokkuvõtteks: Taani tervisesüsteem kujundati 2007.a reformiga põhjalikult ümber ning põhiroll tervisedenduse tegevuste läbiviimise eest anti kohalikele omavalitsustele, mis võivad ise otsustada, kuidas tervisedendust praktikas ellu viia. Regioonidel on tervisedenduses suhteliselt väike roll, nt terviseprofiilide koostamine. Ka regioonide vahel on siiski erisusi ja mõnel pool on loodud nt eraldi regionaalne rahvatervise asutus, mille ülesannete hulka kuuluvad ka tervisedenduslikud tegevused. Koostöö koordineerimiseks ja kattuvuste vältimiseks on regioonid ja KOV-d kohustatud sõlmima iga-aastased terviselepingud, mis sisaldavad eraldi punkte ka tervisedenduse osas.

2.3 Seaduslik taust ja strateegiad

Tervise valdkonna seadusandlikud aktid määratlevad reeglina üldise seadusandliku raamistiku, jättes kohalikele ja regionaalsetele võimudele sageli otsustusõiguse, kuidas asju praktikas korraldada (Strandberg-Larsen 2007). Tervise valdkonnas on peamiseks seaduseks tervise seadus (*Health Law*) (Jørgensen telefoniintervjuu).

Omavalitsustele otsustusõiguse andmine on Taanis reeglina olnud suuremaks prioriteediks kui võrdse taseme ja kvaliteediga terviseteenuste kindlustamine kogu riigis. Siiski on see olukord 2007.a haldusreformiga muutunud: võrdseid kvaliteedistandardeid peetakse nüüd oluliseks prioriteediks tervise valdkonna tegevuste korraldamisel. Näiteks nõue KOV-dele ja regioonidele teha koostööd ravi, koolituste, tervisedenduse ja hoolduse osas tuleneb seadusest; samuti on selle koostöö raames kohustuslik sõlmida terviselepingud (*health agreements*) (Strandberg-Larsen 2007.)

Järk-järgult on haiguste ennetus ja tervisedendus saanud rohkem poliitilist tähelepanu nii keskkvalitsuse kui ka kohalikul tasandil. Vastavad riiklikud programmid pärinevad aastatest

1989, 1999 ja 2002. Kohalikul tasandil on korraldatud palju kampaaniaid, nt südameveresoonekonna haiguste ennetamiseks ning on värvatud tööle inimesi tervisedenduslike tegevuste elluviimiseks (Strandberg-Larsen 2007.)

Üks olulisematest strateegiatest riiklikul tasandil oli 2002. aastal vastu võetud „Terve läbi elu 2002-2010“ (*Healthy Throughout Life*) strateegia. Tegemist oli valitsuse rahvatervise ja haiguste ennetamise programmiga. Programm pööras suurt tähelepanu erinevatele riskifaktoritele – tubakas, alkohol, vigastused, ebatervislikud toitumisharjumused ja vähene füüsiline aktiivsus. Samas käsitleti ka laiemat konteksti, mis sisaldas olulisemate ennetatavate haiguste ennetust (nt allergiad, astma, diabeet, südameveresoonekonnahaigused jne). Programmi üks eesmärke oli elukvaliteedi parandamine, muuhulgas ka eakatele ja krooniliste haigustega inimestele. Samuti rõhutas programm kodanikuühiskonna tähtsat rolli – olulised on nii sotsiaalvõrgustikud, töökohad, eraettevõtted jne – eluviisi muutmisel on tähtis arvestada ka inimeste elu sotsiaalset konteksti (Ministry of Health and Prevention 2008.)

Ka KOV-des on vastu võetud oma omavalitsust käsitlevaid strateegilisi dokumente. Näiteks, 2007. aastal võeti Horsensis vastu tervisepoliitika nimega „Tervislikud kodanikud tervislikus linnas tervisliku tuleviku jaoks“ (*Healthy Citizens in a Healthy City for a Healthy Future*).

Antud dokument jaguneb viieks erinevaks valdkondlikuks strateegiaks:

- Peamiste ennetatavate haiguste ja häirete ennetamine riskifaktoritele suunatud tegevuste kaudu
- Patsientidele suunatud ennetus
- Võrdsete võimaluste loomine tervises
- Jätkusuutlike, tervist edendavate ja haigusi ennetavate kogukondade ja töökeskkondade loomine ja toetamine
- WHO Tervislike Linnade võrgustiku tegevustes osalemine.

Iga strateegia puhul on määratletud ka konkreetset eesmärgid, mida soovitakse saavutada (Horsens Kommune 2007.)

Selle strateegia alusdokumendiks on 2001. aastal linnavolikogu poolt vastu võetud Horsens'i Deklaratsioon (*The Horsens Declaration*), mis on baasiks omavalitsuse tervisedenduslike tegevusele. Horsensi üldine plaan (mis sisaldab ka terviseplaani) on peamine vahend

deklaratsiooni elluviimiseks. Deklaratsiooni kohaselt on Horsensi Linnavolikogu eesmärgiks edendada elanike tervist jätkusuutlike kogukondade pideva arendamise kaudu. Oluliste väärtustena rõhutatakse võrdsust tervises ja tervist kõikides eluperioodides. Peamiste meetoditena märgitakse elanike aktiivset kaasamist (Horsens Kommune 2001.) Elanike kaasamise osas ongi Horsens üks nõ suurimaid edulugusid kogu Euroopa mastaabis, sest kodanike aktiveerimist peetakse sageli keeruliseks, kuid Horsenis on see hästi õnnestunud (vt „Peamised organisatsioonid tervisedenduses – kohalik tasand“).

2.4 Jätkusuutlikkus ja ressursid

Finantsressursid

Taani tervisesektorit finantseeritakse peamiselt avaliku sektori poolt – eelkõige riiklike ja kohalike maksude arvelt. Rahastus tuleb riiklikul tasandil sihtotstarbelisest proportsionaalsest maksustamisest: enamus sellest (ca 80%) eraldatakse regioonidele toetuskeemide alusel, mis põhinevad objektiivsetel kriteeriumitel (sotsiaalsed ja demograafilised indikaatorid). Ca 20% eraldatakse KOV-dele, mis kasutavad neid vahendeid, et kaasfinantseerida regionaalseid haiglateenuseid (vastavalt sellele, kuivõrd on antud KOV elanikud saanud abi regionaalsetes haiglates) (Strandberg-Larsen 2007.) Regioonid ja KOV-d saavad riiklike vahendeid ka tervisedenduseks, regioonide puhul moodustab riiklik rahastus rohkem kui poole koguressurssidest (Jørgensen telefoniintervjuu).

Regioone finantseeritakse riigi ja mõningal määral ka KOV-de poolt – regioonide rahastamisel kombineeritakse alates 2007. aastast riiklikud vahendid ja kohaliku tasandi kaasrahastus. Selle rahastuskeemi nõ tagamõte oli suurendada otsest riiklikku kontrolli ja luua KOV-dele stiimuleid, et rohkem pingutada ennetuse, tervisedenduse ja rehabilitatsiooni valdkonnas (Strandberg-Larsen 2007.) Nimelt koosneb KOV-de poolne rahastus regioonidele kahest osast: kohalik baastoetus ja kohalik nõ. tegevusest tulenev toetus. Tegevusest tulenev toetus sõltub sellest, kui palju kodanikud riikliku tervise teenust kasutavad. See peegeldab eelkõige ravijuhtude arvu haiglates; samuti perearstide teenuste kasutamist. Sellisel kujul nõ premeeritakse KOV-e, kellel tõhusate tervisedendus- ja ennetusmeetmete kaudu õnnestub vähendada inimeste ravijuhtude arvu jne (The Ministry of Interior and Health 2007.)

2007.a. haldusreform tähendas KOV-dele ka täiendavaid ressursse uutest ülesannetest tulenevate tegevuste finantseerimiseks, sest reform viidi ellu põhimõttega, et ülesannetega kaasnevad ka vahendid (The Ministry of Interior and Health 2007). Suhteliselt väike osa makstakse ka tervisedenduse puhul otse valitsuselt KOV-dele: KOV-d võivad ise otsustada, kuidas seda täpselt kasutada, kuid lähtuda tuleb teatud piiridest. Riiklikest vahenditest saadakse tervisedenduse jaoks vähem kui pool koguressurssidest. KOV-d finantseerivad tervisedendust eelkõige oma maksudest ning otsustavad ka selle puhul ise täpse kasutuse üle. KOV-des järjest kasvab mõistmine, et tervisedendus on tihedalt seotud teiste sektoritega, nt transpordiga. KOV-d on ka järjest enam huvitatud teiste sektorite kaasamisest tervisedendusse ja sellest, kuidas erinevad töökohad võiksid integreerida ka tervisedenduslike tegevusi (Jørgensen telefoniintervjuu.)

Tervisedenduse rahastamisel on väike roll ka erasektoril – põhiliselt kindlustuse kaudu. Kindlustuse vahenditest on KOV-del ja regioonidel võimalik taotleda vahendeid tervisedenduslikeks tegevusteks, mida ka sageli tehakse. 2007. aastast tegutseb Riiklik Tervisedenduse Fond, kust regioonid ja KOV-d taotleavad aktiivselt raha projektide elluviimiseks. Teadusasutused saavad taotleda vahendeid teadusprojektide rakendamiseks. Samuti mängivad mõningat rolli valitsusvälised organisatsioonid, nt Vähi Liit, Südame Liit jne, millel on kohalikud kontorid erinevate projektide elluviimiseks (Jørgensen telefoniintervjuu.)

Inimressursid

Piisavate inimressursside olemasolu sõltub palju konkreetsetest töösuunitlustest. Võib väita, et süsteemi-tasandi tööks (st. tööks erinevate tasandite, nt regionaalse ja kohaliku tasandiga või tööks organisatsioonidega) on piisavalt inimressurssi. Näiteks võib öelda, et riiklikul tasandil on tõenäoliselt piisavalt spetsialiste, nt Riiklikus Terviseametis. Tööjõust on aga puudus individuaalse tasandi tervisedenduse puhul, nt individuaalseks nõustamiseks toitumise, liikumise jne alal. Samas ongi just süsteemi-tasandi struktuursed muutused väga olulised selleks, et juhtida inimesi õigete valikute juurde. Järjest enam proovitakse ka KOV-e suunata sinnapoole, et nad tegeleksid struktuursete muutustega, nt teeksid inimeste jaoks raskeks/ebamugavaks suitsetamise, alkoholi tarvitamise jne (Jørgensen telefoniintervjuu.)

Jätkusuutlikkus

Tervisedenduse süsteemi võib üldiselt pidada jätkusuutlikuks - vastutusvaldkonnad on jagatud erinevate tasandite vahel ning on selge, milliseid ülesandeid keegi täitma peab. KOV-

d ja regionid on panustanud struktuuride ülesehitamisse, mida kasutada inimeste tervise parandamiseks. Reaalsete tegevuste elluviimine on aga palju keerulisem, eriti administratiivsete tasandite ja poliitikute puhul. Käesoleval hetkel käib nt aktiivne poliitiline diskussioon selle üle, kas inimeste tervise mõjutamiseks tuleks muuta süsteemi (kaudne mõju) või proovida muuta inimesi (otsene mõju). Järk-järgult liigub Taani siiski individuaalsest tervisedendusest eemale – järjest rohkem inimesi mõistab struktuursete muudatuste olulisust (nt väiksemad soolakogused tööstuslikult toodetud toitudes). Siiski sõltub see palju poliitikutest ja nende mõjutamine on sageli keeruline, kuna paljusid poliitikutuid toetavadki nt tubakafirmad (Jørgensen telefoniintervjuu.)

2.5 Tugevused, nõrkused ja väljakutsed

Jørgensen tõi intervjuus välja alljärgnevad Taani tervisedenduse kolme tasandi tugevused, nõrkused ja väljakutsed:

Tugevused	<ul style="list-style-type: none"> • hea struktuur – konkreetsed vastutusvaldkonnad, selge ülesannete jaotus KOV-de ja regionide vahel
Nõrkused	<ul style="list-style-type: none"> • erinevate tasandite (nt valitsuse) veenmine tervisesõbralike poliitikate vajalikkusest • KOV-de veenmine vajadusest tegeleda struktuursete küsimustega ja mitte niivõrd keskenduda individuaalsele tasandile
Väljakutsed	<ul style="list-style-type: none"> • poliitikute mõjutamine

2.6 Tervisedenduse korraldus riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasandil kui osa tervisesüsteemist

Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) kirjelduse järgi on tervisedendus osa iga maa tervisesüsteemist. Iga tervisesüsteemi (ja selle alaosüsteemi, milleks on ka tervisedenduse korraldus kolmel tasandil) olulised eesmärgid on rahvastiku tervise parandamine ja inimeste ootustele vastamine (WHO 2000). Jørgensen'i intervjuu kohaselt on Taani kolmel tasandil toimival tervisedendusel õnnestunud nende eesmärkide poole liikumine hästi. Seejuures rõhutas Jørgensen, kui oluline on ka nende eesmärkide saavutamisel süsteemide

keskendumine, struktuursete muutuste poole püüdlemine: individuaalsed muutused ei aita väga palju. Inimesi huvitab ühiskonna struktuurne ülesehitus ka järjest enam. Heaks näiteks on siinkohal suitsetamise keelamine avalikes kohtades, mida pooldab enamuse Taani elanikest.

MTO on määratlenud ka iga tervisesüsteemi (mis hõlmab tervisedendust) olulisi koostisosasid (*building blocks*) (WHO 2009). Alljärgnevalt on kirjeldatud nende koostisosade tugevust Taani tervisedenduse korralduses Jørgensen'i intervjuu põhjal:

- **teenuste edastamine** (*tulemuslikud ja kvaliteetsed teenused, mida pakutakse neile, kes seda vajavad; ajal, mil neid vajatakse; ja kohas, kus neid vajatakse*) – toimisi Taanis päris hästi – struktuur on paigas ja selle raames saab pakkuda individuaalseid teenuseid, mida struktuur toetab.
- **tervise personal** (*vastutuleliku, õiglase ja tõhusa personali olemasolu; piisava personali hulk*) – tööjõu kvalifikatsiooni ja hariduse osas on see õnnestunud päris hästi: hea hariduse saavad nii arstid, õed kui ka spetsiaalsed tervisedenduse töötajad. Piisava hulga töötajate tagamine on aga keerulisem – see on õnnestunud mõningal määral.
- **tervise informatsioon** (*õigeaegse ja usaldusväärse informatsiooni tootmine, analüüsimine, levitamine ja kasutamine terviseõõjurite, tervisesüsteemi toimimise ja tervise olukorra kohta*) – ka seda tervisedenduse süsteemi osa võib pidada päris heaks. Asjakohast informatsiooni on palju ning selle kättesaadavus on hea, näiteks enamuse inimesi teab, kuhu minna ja mida teha, et saada abi ja nõustamist. Olulisel kohal on ka nt regioonide poolt koostatavad terviseprofiilid.
- **finantseerimine** (*piisavate vahendite leidmine, et inimesed saaksid kasutada enda jaoks vajalikke teenuseid*) – üldiselt võib finantseerimist pidada päris hästi toimivaks – lisaks riigi poolt regioonidele ja KOV-dele eraldatavatele vahenditele ja KOV-de omafinantseerimisele, on palju abi erinevatest projektivõimalustest (mida KOV-d ka aktiivselt kasutavad).
- **juhtimine** (*strateegiliste raamistike järgimine koos tulemusliku koalitsioonide moodustamisega, vastutuse võtmisega, regulatsioonidega, motiveerimisega jne*) – ka juhtimise blokk toimib päris hästi, siinjuures on palju aidanud selgete

funktsioonide ja rollide määratlemine ja konkreetne jaotus riikliku, regionaalse ja kohaliku tasandi vahel.

2.7 Tervisedenduse ja kogukonna areng

Kogukonna arendamisel tuleb lähtuda kogukonna vajadustest ja keskenduda ebavõrdses seisus olevatele ja haavatavatele gruppidele (Naidoo & Wills 2000). Jørgensen'i väitel on see Taani tervisedenduses õnnestunud päris hästi. Kuigi kohaliku tasandi vajaduste arvestamise osas valitsevad erinevad arvamused – KOV-d väidavad, et neil ei ole piisavalt inimesi, et seda hästi teha; riikliku tasandi arvates peaksid KOV-d rohkem tähelepanu pöörama tervisliku keskkonna kujundamisele (kuhu saab kaasata ka paljude teiste sektorite inimesi, nii et inimressurssi vähesus ei oleks probleemiks).

Ebavõrdses seisus olevate gruppide identifitseerimisele aitavad palju kaasa mitmed registrid, mille abil saab probleeme määratleda; samuti terviseprofiilid. Hästi on kaardistatud üldine geograafiline informatsioon, rohealad, kõnniteed, toidupoodide jne asukohad. Neid kaardistusi on võimalik ühendada Geograafilise Infosüsteemi (*Geographic Information System*) abil, nii, et saab siduda teadmised keskkonnast, haigustest (mis pärinevad registritest) ja eluviisist (mis pärinevad terviseprofiilidest) konkreetses piirkonnas elavate inimestega. Sellisel kujul saab kirjeldada konkreetse keskkonna „tervise struktuuri“ (Jørgensen telefoniintervjuu.)

LISA 3 TERVISEDENDUSE KORRALDUS TERVISESÜSTEEMI OSANA RIIKLIKUL, REGIONAALSEL JA KOHALIKUL TASANDIL INGLISMAAL⁹

3.1 Halduskorraldus

Suurbritannia ja Põhja-Iirimaa Ühendatud Kuningriik (*United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*) on Loode-Euroopas asuv saareriik, mis hõlmab Suurbritanniat (Inglismaa, Šotimaa ja Wales) ja Põhja-Iirimaad. Käesolevas uurimuses on keskendutud Inglismaale, mille kõrgeimaks tasandiks on Ühendatud Kuningriigi Valitsus ning kus on loodud 9 regiooni ja 354 väiksemat kohaliku tasandi piirkonda (Boyle 2011).

Regionaalne tasand

Inglismaal on regioonid keskvalitsuse poolt kasutatava riigisisese jaotuse kõrgeimaks tasandiks. 2010.a. seisuga oli Inglismaal 9 regiooni. Enamus regioonides (va London) tegutsevad kohaliku võimu nõukogud (*local authority leaders' boards*), millel on keskvalitsuse poolt delegeeritud piiratud volitused ja funktsioonid (Boyle 2011.) Kuni 2011.aastani olid regioonides ka keskvalitsuse üksused (*regional government offices*), mis olid oma olemuselt keskvalitsuse organid, mis vastutasid regionaalsete programmide eest. Need lõpetasid oma tegevuse märtsis 2011 (Spending Review... 2010.)

Seoses keskvalitsuse plaanidega suurendada kohaliku tasandi rolli ja funktsioone, kavandatakse regionaalsete tasandi volitusi edaspidi oluliselt vähendada. Sellega seoses plaanib keskvalitsus lõpetada ka regionaalsete kohaliku võimu nõukogude finantseerimise ning keskenduda rohkem kohaliku tasandi toetamisele (Scrapping... 2010.)

Kohalik tasand

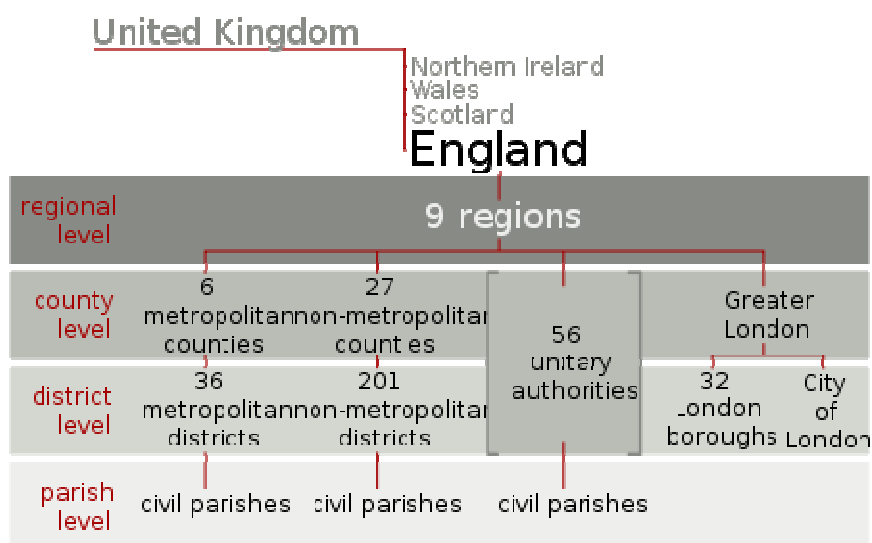
Kohalikul tasandil on Inglismaal 354 väiksemat administratiivset piirkonda, mida juhivad kohalikud valitsused (kohalikud omavalitsused), mis omavad otsustusõigust kohalike teenuste üle ning mängivad olulist rolli sotsiaalteenuste ja hariduse korraldamisel ja pakkumisel (Boyle 2011). Siia alla kuuluvad nt (vt joonis 1):

- maakonnad (*counties*),
- vallad (*districts*),

⁹ Allikate nimekiri on esitatud peatükis ALLIKAD.

- ühendatud võimud (*unitary authorities*) – mis katavad nii maakonna kui valla tasandi, mida neis piirkondades eraldi ei eksisteeri
- nn Suur-London (*Greater London*), mida võrdsustatakse maakonna tasandiga - mis omakorda jaguneb 33 linnaosaks (*boroughs*), mille hulka kuulub ka Londoni linn (*City of London*).

Eelnimetatud piirkondi käsitletakse antud uurimuse raames Inglismaa kohaliku tasandina/ kohalike omavalitsustena¹⁰ ning need on esitatud joonisel 1.



Joonis 1 Halduskorraldus Inglismaal

([File:England_administrative_divisions_since_1995.svg](#) licensed with Cc-by-sa-2.5)

3.2 Peamised organisatsioonid tervisedenduses¹¹

Inglismaal kasutatakse tervisedendusest rääkides sageli laiemat terminit „rahvatervis“. Tihti ei eristata tervisedenduse funktsioone nii selgesti kui paljudes teistes riikides ja see komplitseerib teema käsitlust. Väidetakse, et varasemalt kasutati spetsiifilist tervisedenduse terminit isegi enam ja rohkem oli tervisedenduse osakondi jne. Praegugi töötab Inglismaal palju tervisedenduse spetsialiste, kuid on vähe spetsiifilisi tervisedenduse üksuseid. Selline laiem rahvatervise levinud käsitlus on aga teatud ringkondades tekitanud mure, et tervisedendus kui eraldi haru on Inglismaal veidi oma identiteeti kaotamas. Samuti võib

¹⁰ Kõige madalam kohaliku omavalitsuse tase on Inglismaal *civil parish*, kuid need ei kata kogu Inglismaad.

¹¹ Tegemist ei ole kõiki tervisedenduslike tegevustega seotud organisatsioonide hõlmava nimekirjaga, vaid intervjuu ja dokumendianalüüsi põhjal väljavalitud peamiste organisatsioonidega.

tervisedenduse korralduses märgata mõningast killustatust – kuigi struktuurid on olemas, esineb palju erinevusi selles osas, kuidas tervisedenduse funktsioone tegelikult ellu viiakse (South telefoniintervjuu.)

Riiklik tasand

Terviseministeerium (*Department of Health*) on keskvalitsuse organ, mille peamiseks rolliks on valitsuse toetamine rahva tervise parandamisel – selleks määratleb ministeerium üldise tervisepoliitika ja strateegia ning tegeleb vastava seadusandlusega. Terviseministeerium määratleb üldise raamistiku rahvatervise, täiskasvanute sotsiaalhoolekande, Riikliku Terviseteenuse toimimise jms kohta. Kuigi rahvatervise valdkonna eesmärgid on aastate jooksul muutunud, on üheks peamiseks eesmärgiks pidevalt olnud kõikidele elanikele suunatud tervise ja heaolu edendamine – aidates inimesi terveks jääda ja võimestades neid iseseisvalt elama; ning tervise ebavõrdsuse vähendamine. Ministeeriumi vastutusvaldkondadeks on peamiselt:

- tervisekaitse programmid (nt. immuniseerimine, nakkushaiguste tõrje)
- tervise parandamise programmid (nt. suitsetamise vähendamine)
- ebavõrdsuse vähendamine tervises.

Kuni märts 2011 töötasid ministeeriumi rahvatervise valdkonna töötajad nii ministeeriumis endas kui ka selle regionaalsetes üksustes (Boyle 2011.)

Riiklik Terviseteenus (*National Health Service* – edaspidi *NHS*) täidab lisaks tervishoiule olulist rolli ka rahvatervises – see hõlmab nii tervisekaitse programme (nt immuniseerimine) kui ka tervist parandavaid programme (nt tubaka tarbimise vähendamine), mis toimivad esmatasandi trustide kaudu (vt „kohalik tasand“). NHS kuulub Terviseministeeriumi haldusalasse (Department of Health 2007.)

Tervise ja Kliinilise Kvaliteedi Riiklik Instituut (*National Institute for Health and Clinical Excellence* – edaspidi *NICE*) koostab juhiseid ja määratleb kvaliteedi standardeid, et inimeste tervist parandada ja haigusi ennetada ning ravida (About NICE 2011). NICE-i tervist edendavat tegevust juhib instituudi Rahvatervise Keskus (Structure... 2010). Juhiseid koostab NICE nii NHS-le, kohalikele omavalitsustele kui kogu elanikkonnale. Neid on koostatud erinevates rahvatervise valdkondades, nt ülekaalulisus, füüsiline aktiivsus, kogukonna kaasamine, suitsetamisest loobumine, ema ja lapse toitumine jne (Public Health 2011.) Samas on NICE puhul tegemist asutusega, mis on eelkõige seotud uurimistööga ning mis kogub tõendusmaterjali infot nimetatud valdkondades. NICE-i eelkäijate (Tervise Hariduse

Amet – *Health Education Authority* ja Tervise Arengu Amet – *Health Development Agency*) tegevused olid aga palju laiemalt amplituudiga, eelkõige tervisedenduse valdkonnas. Nad koostasid lisaks uurimistöodele ka strateegiaid ja tegelesid haridusküsimustega, levitasid infot ja määratlesid standardeid. Seega võib öelda, et NICE'i loomisega kaotati tegelikult riikliku tasandi tervisedenduse valdkonna „eestkõneleja“ ja praegune süsteem on rohkem killustunud (South telefoniintervjuu.)

Rahvatervise Kuninglik Selts (*Royal Society of Public Health*) on 2008. aastal loodud oluline organisatsioon Inglismaal, mis esindab rahvatervise/tervisedenduse valdkonna spetsialiste (South telefoniintervjuu). Seltsil on üle 6000 liikme ning liikmelisus on avatud kõigile, kes rahvatervise valdkonnas töötavad. Selts korraldab palju koolitusi ja konverentse, viib läbi inimeste kvalifitseerimist erinevates rahvatervise valdkondades, teostab tervisetoote akrediteerimist jne (About us s.a.) Samuti juhivad seltsi kogu Ühendkuningriikides toimivat koostöökoogu „Tervisedenduse tuleviku kujundamine“ (South telefoniintervjuu).

Riiklikul tasandil tegelevad laiemalt rahvatervise (ja kitsamalt tervisedenduse) valdkonna tööjõu arendamisega ka Rahvatervise Fakulteet (*Faculty of Public Health*) ja Tervisedenduse ja Hariduse Instituut (*Institute of Health Promotion and Education*) (South telefoniintervjuu).

Regionaalne tasand

Regionaalsed keskvalitsuse üksused (*Regional Government Offices*) **kuni 31. märts 2011**– Inglismaa on jagatud 9 regiooniks, mis tegelevad lisaks tervisele ka muude teemadega (nt transport). Nimetatud üksustes töötasid muuhulgas ka Terviseministeeriumi töötajad, kelle tegevuse keskmes oli kaks peamist valdkonda: rahvastiku tervise ja hooldusteenuste parendamine. Nendes regionaalsetes keskvalitsuse üksustes töötasid rahvatervise meeskonnad, mille peamiseks ülesandeks oli tegeleda regiooni rahvastiku tervise ja siduda töö tervise valdkonnas tegevustega teistes sektorites (nt majandus, transport jne). Samuti tegelesid nad ebavõrdsuse vähendamise tervises. Spetsiaalset tervisedenduslikku tööd nende meeskondade poolt küll väga palju ei tehtud, kuna üldine rahvastiku tervise koordineerimine võttis peamise osa ajast (South telefoniintervjuu.)

Regionaalsed üksused koordineerisid keskvalitsuse poolt määratud tegevust igas regioonis ja tegid selleks tihedat koostööd strateegiliste tervise asutustega (Department of Health 2007). Märtsis 2011 lõpetasid nimetatud üksused oma tegevuse seoses keskvalitsuse reformidega, millega suurendatakse kohaliku tasandi osatähtsust (Government Office... 2011).

Strateegilised tervise asutused (*Strategic Health Authorities* – edaspidi SHA) – Inglismaal tegutsevad 10 SHA-d, mille peamiseks rolliks on terviseteenuste tulemuslikkuse juhtimine ja tagamine vastavas regioonis ning selleks vajalike standardite kehtestamine (South telefoniintervjuu). SHA-de tegevust juhib Terviseministeerium ning SHA-d kontrollivad omakorda NHS-i tegevusi omas piirkonnas - iga SHA juhib kõiki oma piirkonna esmatasandi truste (vt „kohalik tasand“) (Overview 2009). SHA-d on aktiivsed eelkõige tervishoiu valdkonnas ning peavad regioonis tagama võrdse ligipääsu soovitud teenustele (Department of Health 2007). Samas on iga SHA juures rahvatervise direktor, kellel on küll sageli meditsiinilised kompetentsid ja kes on tihti ka vastava SHA meditsiiniline direktor. Selle ametikoha ülesannete hulka kuulub muuhulgas jälgimine, kuidas NHS-i esmatasandi trustid tegutsevad ja kas neil õnnestub saavutada oma rahvatervise eesmärged (Boyle 2011.)

Regionaalsed rahvatervise vaatluskeskused (*Public Health Observatories*) on rahvatervise asutused, mis koondavad ja levitavad tervisealast informatsiooni, mis on kasutatav kohalikul tasandil. Lisaks pakuvad nad kohaliku tasandi tervise järelvalvet (Boyle 2011.) Keskusi tegutseb kokku 8. Üheks oluliseks tegevuseks on nende puhul piirkondade terviseprofiilide koostamine, mida kasutati taustainfona ka Eesti maakondade ja KOV-de terviseprofiilide koostamise juhendite, indikaatorite ja muude alusmaterjalide väljatöötamisel (CyclePlan 2009.)

Erinevate programmide raames on Inglismaal loodud ka nõ ajutisi tervisepiirkondi, nt 1998. aastal loodud **tervise tegevuspiirkonnad** (*health action zones*) - tegemist oli keskvalitsuse poolse katsega stimuleerida uusi koostöömeetodeid, mille abil püüti vähendada ebavõrdsust tervises. Tervise tegevuspiirkonnad loodi Inglismaal 26-l kohalikul alal, millest enamus olid linnalised piirkonnad. Praeguseks on nad oma asjakohasuse minetanud, kuid nendega ei tahetudki luua kestvat struktuuri, vaid seda initsiatiivi rakendati programmina. Hiljutine majanduslangus mõjutas kindlasti ka nende tegevuspiirkondade toimimist. Samas on oluline, et mõned tegevused, mis selle programmi raames piirkondades ellu kutsuti, on osutunud jätkusuutlikuks ning toimivad ka pärast programmi lõppu (South telefoniintervjuu.)

Kohalik tasand

Esmatasandi trustid (*primary care trusts* - edaspidi PCT) on olulised kohaliku tasandi tervisedenduses. Neid on Inglismaal 151 ning nende tegevuses on kombineeritud tervishoid ja tervisedendus. PCT-d on piirkondade jaoks, mille suurus on keskmiselt umbes 340 000

inimest. PCT-des on nõ tellimusi esitavad organid – planeerimise ja strateegilise arengu jaoks: nemad tellivad ja rahastavad teenuseid. Nende ülesandeks on ka tervisedendus ning selleks töötavad seal väikesed tervisedenduse meeskonnad- tervisedenduse spetsialistid. Need organid tellivad teistelt organisatsioonidelt tervisedenduslike tegevuste läbiviimist – nt valitsusvälistelt organisatsioonidelt, NHS-i teenuse pakkujatelt (nagu kogukonna terviseteenuste pakkujad) jne (South telefoniintervjuu.)

Heaks näiteks selle kohta on ka tudengite kaasamine praktikate raames. Mõned üliõpilased töötavad PCT-des ja nende töö seondub suuresti strateegiliste arenguküsimustega, sh tervisedendusega; samuti tervisteema aktualiseerimisega kohalikes valitsustes – nende jaoks on oluline kindlustada, et inimeste jaoks on olemas vajalikud terviseteenused ning nende ülesandeks on vastavate tellimuste esitamine. Osad tudengid töötavad aga ise kohapeal nõ näost-näku kogukonna inimestega - inimesi koolitades, erinevaid gruppe juhtides, projekte ellu viies (South telefoniintervjuu.)

PCT –d annavad oma tegevusest aru SHA-dele (Department of Health 2007). Nad kuuluvad NHS-i koosseisu ja kontrollivad 80% NHS-i eelarvest. Kuna tegemist on kohalike organisatsioonidega, siis on neil võimalik ka lähtuda paikkonna inimeste vajadustest ning tagada teenusepakkujate töö efektiivsus; samuti teenuste piisavus ning kättesaadavus (Authorities... 2010.)

Kohalikud omavalitsused koos esmatasandi trustidega vastutavad tervise- ja sotsiaalteenuste tagamise eest kohalikule elanikkonnale. Selle tagamiseks viivad nad läbi ühiseid strateegiliste vajaduste analüüse, et kohalike elanike vajadusi mõista ja nende ootustele vastata. Nad vastutavad valdkondliku kohaliku strateegilise planeerimise eest, kaasates kõiki kohalikke partnereid – teenuste kasutajaid, patsiente jne. Nad vastutavad ka selle eest, et tellida võimalikult häid tervis(edenduse)teenuseid, mh ebavõrdsuse vähendamiseks tervises. Selleks töötavad nad koos teenuste pakkujatega, et võimalikult sobivaid teenuseid välja töötada ja oodatavad tulemid täpselt määratleda (Department of Health 2007.)

Vertikaalne ja horisontaalne koostöö

- Üks olulisemaid tervisedenduse spetsiifilisi koostöövorme on 2006. aastal loodud ja Inglismaal ning Walesis tegutsev „Tervisedenduse tuleviku

kujundamine“. Tegemist on Ühendkuningriike katva koostöökoguga, mida juhivad Rahvatervise Kuninglik Selts ja milles osalevad veel Rahvatervise Fakulteet, Ühendkuningriikide Rahvatervise Register ning Tervisedenduse ja Hariduse Instituut. Koostöökoogu toimimist finantseerib osaliselt Inglismaa Terviseministeerium. Selle eesmärkideks on tervisedenduse olulisuse teadvustamine laiemas rahvatervise kontekstis ning tervisedenduse tööjõu toetamine (Welcome s.a.)

Koostöökoogu loodi pärast seda kui Inglismaa Terviseministeerium ja Wales'i Valitsuse Assamblee juulis 2005 koostasid väljaande „Rahvatervise tuleviku kujundamine: tervise edendamine NHS-s“. Selle väljaande eesmärgiks oli muuhulgas defineerida tervisedenduse töötajate rollid ja arenguvajadused PCT-des ja kohalikes omavalitsustes (Background... s.a.)

- Erinevate tasandite koostöö põhineb suuresti ka iga kolme aasta tagant sõlmitavatel kohalikel piirkondlikel kokkulepetel (*Local Area Agreements* – edaspidi LAA), mis määratlevad prioriteedid kohalike piirkondade jaoks. Need lepivad kokku keskvalitsuse, kohaliku omavalitsuse, kohaliku strateegilise partnerluse ja teiste kohaliku tasandi peamiste partnerite poolt (Department of Health 2007.) Nimetatud kokkuleppeid toetab kohaliku omavalitsuse ja rahva tervisesse kaasamise seadus (Local Government and Public Involvement in Health Act 2007).

Nimetatud lepingute raames tegid kohalike valitsustega (lisaks PCT-dele) aktiivset koostööd ka regionaalsed rahvatervise meeskonnad, pidades läbirääkimisi ja viies läbi lepingute perioodilisi ülevaatamisi. Nende meeskondade ülesandeks oli otsida vastavates lepingutes võimalusi tervise ja heaolu parandamiseks (nt füüsilise aktiivsuse suurendamiseks, et ennetada ülekaalulisust). Selleks tegid nad aktiivset koostööd PCT-dega. Teenuste parandamise nimel tegid regionaalsete rahvatervise meeskondadega ja vastavate keskvalitsuse üksustega aktiivset koostööd ka SHA-d (Department of Health 2007.)¹²

- **Kohalikud strateegilised partnerlused (*Local Strategic Partnerships* – edaspidi LSP)** on erinevatest avaliku-, era- ja kolmanda sektori organisatsioonidest koosnevad kohalikud partnerlused (mis ei ole seadusega ette nähtud), mis

¹² Regionaalsed keskvalitsuse üksused lõpetasid tegevuse märtsis 2011.

põhinevad kohalike omavalitsuste piiridel. Nende tagada on see, et kõik asjakohased partnerid (nt NHS, kohalik omavalitsus, politsei) osaleksid jätkusuutlike kogukonna strateegiate koostamisel ja teeksid koostööd kohalike eesmärkide kokkuleppimiseks, mis kajastuvad kohalikes plaanides ja LAA-des (Department of Health 2007.)

- PCT-de ja SHA-de tegevuse planeerimiseks on Terviseministeerium koostanud „oluliste näitajate“ (*vital signs*) raamistiku, mis määratleb nende jaoks eesmärkide grupid kolmel tasandil: 1) ette määratud riiklikud kohustused – st iga PCT või SHA peab saavutama konkreetse kõigile ühtse eesmärgi 2) riiklikud kohustused, kuid PCT-de panused võivad olla erinevad, nt suremuse määr 3) kohaliku tasandi kohustused. Nende eesmärkidega kaetakse peaaegu kõik 44 indikaatorit, mille kohta Terviseministeerium ise keskvalitsusele aru peab andma. Iga PCT peab esitama üldise aastase strateegilise plaani ning täpsema tegevus- ja finantsplaani. Tegevusplaanis kajastuvad nii riiklikud kui kohalikul prioriteetid ja see vastab teenusepakkujatega sõlmitud lepingutele ning koos kohalike omavalitsustega koostatud ühistele strateegiliste vajaduste analüüsidele. Need PCT-de plaanid kogutakse kokku ja kontrollitakse vastava SHA poolt, mis esitab omakorda vastavatel kohalikel plaanidel põhineva strateegilise plaani Terviseministeeriumile (Boyle 2011.)

Kokkuvõtteks: tervisedendusega seotud organisatsioonide puhul on teatud määral tegemist killustatusega, kuna tervisedendusega tegelevaid asutusi on palju. Riiklikul tasandil tervisedenduse eest vastutav organisatsioon tegeleb peamiselt teadustööga, kuigi varasemalt on eksisteerinud ka tervisedenduse strateegilise arenguga tegelev riiklik asutus (mis on aga mitmeid kordi reorganiseeritud). Regionaalsel tasandil oli kuni märtsini 2011 tervisedenduse põhiroll regionaalsete keskvalitsuse üksuste rahvatervise meeskondadel ja strateegilistel terviseasutustel ning kohaliku tasandi puhul esmatasandi trustidel, milles samuti paiknevad tervisedendusega tegelevad meeskonnad. Edaspidi suureneb oluliselt kohaliku tasandi osatähtsus (vt „Seaduslik taust ja strateegiad“).

3.3 Seaduslik taust ja strateegiad

Üldiseks seaduseks, mis Inglismaal tervist käsitleb, on 2009.aastal vastu võetud tervise seadus (*Health Act*). Selles käsitletakse nii erinevaid organisatsioone kui ka mõningaid spetsiifilisi valdkondi (nt tubakas), kuid tervisedendust eraldi ei mainita (Health Act 2009). 2008.aastast pärit tervise- ja sotsiaalhoolekande seadus (*Health and Social Care Act*) määratleb, et iga PCT peab korraldama nii enda poolt pakutava kui lepinguliselt sisseostetava tervishoiu kvaliteedi pideva paranemise. Lisaks täpsustatakse, et tervishoiu all peetakse silmas nii teenuseid, mis on suunatud haiguste ennetamisele, diagnoosimisele ja ravile kui ka rahvatervise edendamisele ja kaitsele (Health and... 2008). Kohalike omavalitsuste kohustust kohalike inimeste kaasamiseks, muuhulgas terviseteenuste korraldamisel, määratleb kohaliku omavalitsuse ja rahva tervisesse kaasamise seadus (Local... 2007).

Kuna seadustes olemasolevad määratlused on väga üldised, siis on töö praktilises korralduses kohalikes omavalitsustes palju erinevusi (South telefoniintervjuu).

Olulisemaks strateegiliseks dokumendiks oli pikka aega 2004.aastal riiklikul tasandil avaldatud *Public Health White Paper "Choosing Health"*, mis 2010.aastal asendati strateegilise dokumendiga *"Healthy lives, healthy people"* (South telefoniintervjuu). 2004. a. dokumendiga „*Choosing Health*“ keskenduti kuuetele valdkonnale:

- suitsetamise vähendamine
- ülekaalulisuse vähendamine
- füüsilise aktiivsuse suurendamine
- alkoholi mõõdukas tarvitamine
- seksuaaltervise parandamine
- vaimse tervise parandamine.

Lisaks nimetati olulise tegevusvaldkonnana ebavõrdsuse vähendamist tervises, mille puhul märgiti ära ka konkreetne abiprogramm, mida selleks kasutada. Samuti määratleti koostöövajadus erinevate osapoolte vahel (valitsus, NHS, kohalikud omavalitsused jne) ning

rõhutati kohalike omavalitsuste ja kogukondade kaasamise olulisust konkreetsetesse tegevustesse (nt LAA-de koostamine, erinevate tervisekäitumise programmide ellukutsumine jne). Üldises plaanis kirjeldati ka strateegiliste suundade praktilist elluviimist – reguleerimist, ressursse, koostööd jne. Finantseerimise osas märgiti dokumendis: „valitsus..... hüvitab kohalikele võimudele täies mahus kõik lisakulud, mis neil tuleb kanda selles dokumendis kirjeldatud poliitikate tõttu“ (Department of Health 2004:177.)

2010.a. strateegilise dokumendi „*Healthy Lives, Healthy People*“ uut suunda peetakse suhteliselt radikaalseks – pöörõhk edasisel tegevusel rahva tervise parandamiseks ja ebavõrdsuse vähendamiseks saab olema kohalikel omavalitsustel ja kogukondadel. Tähtsaid muudatusi planeeritakse sellega seoses lisaks riiklikule tasandile ka nt maakondade ja ühendatud võimude (*unitary authorities*) tasandil. Oluliseks põhjuseks selle muutuse algatamisel oli arusaamine, et nõ inimestele lähemal olles on lihtsam arvestada iga omavalitsuse eripära ja vajadustega ning tagada terviseeteema kajastamine teistes kohaliku tasandi otsustusprotsessides (nt elamumajandus, keskkond, transport, sotsiaahoolekanne, vaba aeg jne). Selleks peetakse oluliseks kohalike omavalitsuste ja nende juhtide võimendamist ning laiemat mõistmist erinevate sektorite tegevuse mõjust inimeste tervisele. Võimendamise osana võimaldatakse kohalikele omavalitsustele uusi ressursse, õigusi ja volitusi, et kujundada oma keskkondi ja tegeleda kohalike probleemidega (HM Government 2010.)

Uue suuna kohaselt antakse keskvalitsuse poolt kohalikele omavalitsustele kohaliku tervise parandamise funktsioonid ja võimaldatakse vastavat rahvatervise valdkonna sihtotstarbelist finantseerimist alates 2013.a. Selle raha kasutamiseks kaasnevad küll mõningad tingimused, kuid üldiselt soovitakse anda kohalikele omavalitsustele vahendite kasutamiseks võimalikult palju otsustusõigust. Ka riiklikul tasandil eristatakse NHS-i eelarves sihtotstarbeline finantseerimine rahvatervise valdkonna jaoks. Lisaks koostatakse rahvatervise valdkonna eesmärkide raamdokument. Fookusesse võetakse inimese elukaar ja suurt tähelepanu pööratakse varajastele eluaastatele. Esialgse ettepaneku kohaselt oleksid selle dokumendi rahvatervise valdkonnad alljärgnevad:

- tervisekaitse ja vastupidavus
- laiemad tervisemõjurid, mis mõjutavad tervist ja heaolu
- tervise parandamine tervisliku eluviisi kontekstis

- haiguste ennetamine
- tervislik oodatav eluiga ja varajase suremuse vältimine (HM Government 2010.)

Kohalikes omavalitsustes luuakse tervise ja heaolu nõukogud, mille peamiseks funktsiooniks on juhtida integratsiooni ja partnerlustööd selleks, et kindlustada koostöö ühiste vajaduste analüüsimiseks ja rahvatervise alaseks strateegiliseks planeerimiseks. Keskvalitsuse poolt nähakse ette ka rahvatervise direktorite töölevõtmist kohalikes omavalitsustes (maakondades, ka ühendatud võimude, so *unitary authorities* poolt), et juhtida kohalikke rahvatervise valdkonna tegevusi – seda rolli on aga lubatud ka jagada teiste kohalike omavalitsustega (kui nii kokku lepitakse). Nimetatud ametikohtade ülesannete hulka kuuluvad:

- tervise ja heaolu edendamine kohalikus omavalitsuses
- tõenduspõhise terviseinfo levitamine ja kasutamine
- perearstide nõustamine
- kohaliku tervise ja heaolu arendamise lähenemise väljatöötamine, sh ebavõrdsuse vähendamiseks tervises
- koostöö kohalike partneritega tervise ja heaolu parandamiseks (nt koostöö teiste rahvatervise direktoritega, kohalike ettevõtete, perearstidega)
- jne (HM Government 2010.)

Kohalikele omavalitsustele võimaldatakse ka nõ tervisepreemia, mis on ette nähtud progressi eest rahvatervise valdkonna eesmärkide poole liikumisel. Halvemas olukorras piirkondadel on progressi puhul võimalik saada suuremat preemiat, kuna nende jaoks on ka väljakutsed suuremad. Välja soovitakse töötada ka täiendavaid stiimuleid perearstidele, et suurendada nende tegevust rahvatervise valdkonnas (st mitte ainult tervishoius) (HM Government 2010.)

Tähtsaks peetakse võrreldavate andmete avaldamist kohalike omavalitsuste kohta, et soodustada omavalitsuste tegevust tulemuste parandamisel. Oluline on ka mainida, et nimetatud uue lähenemisega kaasnevad struktuursed muudatused ka olemasolevates

organisatsioonides – PCT-des, SHA-des jne – mis antud kujul lõpetavad eksisteerimise (HM Government 2010.)

Üldiselt on „*Healthy Lives, Healthy People*“ dokumendis kajastatud strateegiline suund hästi vastu võetud. Rahvatervise Kuninglik Selts on maininud, et sellega on rõhutatud rahvatervise/tervisedenduse olulisust rohkem kui kunagi varem ning ka NHS-i roll muutub sellega haigusepõhisest rohkem tervisepõhiseks. Suurimaks väljakutseks peetakse kvalifitseeritud tööjõu jätkuvat kaasamist ja arendamist, mida võivad häirida rohked struktuurimuudatused ning muutuvad rollid. Kohaliku tasandi rolli peamiseks valupunktiks peetakse tõenäoliselt suurenevat teenuste ebaühtlust eri piirkondade vahel. Samuti nähakse olulise dilemmana otsust, kui palju peaks keskvalitsus ettekirjutusi tegema, olukorras, kus põhirõhk on kohalikul tasandil (RSPH 2011.)

3.4 Jätkusuutlikkus ja ressursid

Finantsressursid

Inglismaa tervise teenuseid (sh. terisedendust) rahastatakse eelkõige avaliku sektori poolt. NHS-i tegevust rahastatakse valitsuse poolt, eelkõige maksudest (Overview 2009.)

Riiklikku rahastust saavad nii regionaalne (regionaalsed keskvalitsuse üksused¹³ ja SHA-d) kui ka kohalik tasand (PCT-d) – mõlema tasandi puhul saadakse enam kui pool rahastusest riiklikest vahenditest (South telefoniintervjuu). Igal aastal eraldab Terviseministeerium 80% NHS-i eelarvest PCT-dele, mis tellivad kohalike elanike vajadustele vastavaid tervise teenuseid (sh terisedenduslikuks tööks) teenusepakkujatelt (mh era- ja kolmandast sektorist). Reeglina ei ole Terviseministeeriumi poolt antavad eraldised konkreetselt määratletud (st millise teenuse jaoks või millistel eesmärkidel neid kasutada), vaid see on iga PCT enda otsustada (Boyle 2011.) Mõningatele piirkondadele eraldatakse rohkem raha, kuna seal on inimeste terviseseisund halvem ning neid vahendeid terisedenduse tegevusteks tõenäoliselt ka kasutatakse – kuid tegemist ei ole nõ sihtotstarbelise terisedenduse rahaga. Uue süsteemi kohaselt (vt „Seadusandlik taust ja strateegiad“) koostatakse aga kohalikele omavalitsustele sihtotstarbelised rahvatervise eelarved – keskvalitsuse poolt eraldatavad vahendid rahvatervise jaoks (mh ka terisedenduse tarbeks) (South telefoniintervjuu.)

¹³ Lõpetasid tegevuse märtsis 2011.

Lisaks tavapärasele rahastusele on keskvalitsuselt võimalik taotleda ka lisarahastust, tavaliselt erinevate programmide raames. Nt tervise tegevuspiirkondade puhul, samuti Kindla Alguse (*Sure Start*) programmiga liitumiseks (tervisedenduslik programm väikelastega peredele) – mille puhul kohaliku tasandi esindajad võisid taotleda riiklikke vahendeid, et alustada Kindla Alguse programmiga oma piirkonnas (South telefoniintervjuu.)

PCT-de ja SHA-de jaoks ei ole projektide elluviimiseks vahendite taotlemine määrava tähtsusega – neile on tagatud stabiilne rahastus riiklikest vahenditest. Tervisedendus on siiski suhteliselt suurel määral projektidel põhinev paljude valitsusväliste ja vabatahtlike organisatsioonide, tervise teenuste pakkujate jt puhul – nemad taotlevad sageli PCT-dest vahendeid, et projekte ellu viia. Mõned kogukonna organisatsioonid, mis on tegevad tervisedenduse valdkonnas, sõltuvad peaaegu täielikult PCT-delt saadavast projektirahast. Seega võib öelda, et tervisedenduse tuumikfunktsioonid on PCT-de näol tagatud ning puudub projektidest sõltumise risk. Kui 2013. aastal tuumikfunktsioonid kohalikele omavalitsustele üle antakse, jätkub ka see finantseerimine, kuigi veidi teiste struktuuride kaudu. Samas toimub mõnedes valdkondades töö praktiliselt ainult projektide abil (mitte mahukamate programmide põhjal) ning tervisedendust peetakse sageli tervishoiu kõrval siiski marginaalseks (nagu paljudes teisteski maades) ning ennetavale tööle ei ole kunagi eraldatud samal tasemel vahendeid kui nt tervishoiule. Selleks, et tervisedenduse valdkonnas rohkem tööd teha, tulebki taotleda täiendavaid vahendeid (South telefoniintervjuu.)

Mõningaid terviseprojekte rahastatakse ka heategevusest või riikliku loterii vahenditest (millel on eraldi vahendid tervise ja heaolu projektidele) – tegemist võib olla mahukate regionaalsete projektidega, mille eelarved on mitmeid miljoneid eurosid (South telefoniintervjuu).

Inimressursid

Rahvatervise valdkonna inimressursside kaardistamise osas on Inglismaal tehtud põhjalikku tööd. Sealne terviseministerium on määratlenud kolm peamist inimeste kategooriat, kelle töö panustab rahvastiku tervisele. Need kategooriad on alljärgnevad:

- spetsialistid - rahvatervise konsultandid ja spetsialistid, kes töötavad nt strateegilisel või tippjuhtide tasandil; samuti teadusliku ekspertiisi kõrgema tasandi eksperdid;

- laiem kogukond – inimesed, kellel on roll tervise parandamisel või ebavõrdsuse vähendamisel (nt õpetajad, kohalikud ettevõtjad, sotsiaaltöötajad, insenerid, elamumajanduse spetsialistid, kohalikud omavalitsused ja vabatahtliku sektori inimesed; samuti arstid, õed ja teised tervishoiu valdkonna töötajad);
- rahvatervise praktikud – töötajad, kelle tööst peamine osa kulub rahvatervise valdkonna praktikale ja kes kasutavad uuringute, informatsiooni, rahvatervise teaduse või tervisedenduse oskuseid spetsiaalsetes rahvatervise valdkondades (Boyle 2011.)

Nende kategooriate määratlemisel oli üheks oluliseks põhjuseks soov laiemalt teadvustada, et kaasatud ei ole mitte ainult rahvatervise spetsialistid, vaid inimeste tervist mõjutavad ka mitmete teiste ametikohtade esindajad (Skills for Health et al. 2008).

Rahvatervise Fakulteet (*Faculty of Public Health*) määratleb vajalikud standardid rahvatervise valdkonna tööjõu jaoks ja jälgib Inglismaa rahvatervise spetsialistide koolituste ja ametialase arengu kvaliteeti. Samuti koostab see asutus meetodeid rahvatervise tööjõu taastamiseks (Boyle 2011.)

Uuringud näitavad, et rahvatervise spetsialistide arv riigi erinevates piirkondades erineb väga palju (Boyle 2011). Ülikoolides omandab igal aastal kõrghariduse küll märkimisväärne arv tervisedenduse spetsialiste, kuid see ei pruugi tagada vajalikku arvu kõikides piirkondades (South telefoniintervjuu).

Jätkusuutlikkus

Üldiselt võib tervisedenduse alast tegevust pidada Inglismaal jätkusuutlikuks – selle vajadust on teadvustatud. Töö tegemiseks vajalikud struktuurid on küll pidevalt muutunud ja muutuvad lähiajal veelgi, kuid töö maht ei sõltu niipalju struktuuridest, vaid välistest faktoritest – nt sellest, kui palju vahendeid on avalikus sektoris tervisedenduse rahastamiseks (South telefoniintervjuu.)

3.5 Tugevused, nõrkused ja väljakutsed

South tõi intervjuus välja alljärgnevad Inglismaa tervisedenduse kolme tasandi tugevused, nõrkused ja väljakutsed:

<p>Tugevused</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tugev haridus- ja teadussektor, mis toetab tervisedenduse alast tööd; paljud kogu maailmas tuntud juhtivad “mõtled” töötavad Inglismaal • teaduspõhisuse arvestamine tervisedenduse praktikas; tõenduspõhisuse kasutamine töös, mh nt NICE juhendmaterjalide puhul • tugevad (kohalikud) partnerlused erinevate sektorite vahel. Mõningane funktsioonide killustatus võimaldab samas töötada partneritega loovaid mooduseid kasutades - multisektoorne lähenemine on aga tervisedenduses eesmärkide saavutamiseks kriitilise tähtsusega • erinevad võimalused rahastusprogrammide raames (mis nüüd on küll lõppemas), nt tervise tegevuspiirkondade jaoks, mis toetasid kogukonna põhist tervisedenduslikku tööd.
<p>Nõrkused</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kogukonna tasandi tervisedenduse vähene jätkusuutlikkus – kõige haavatavam on tasand, mille puhul tervisedendajad töötavad otse kogukondadega, nt nõustamisi läbi viies, eneseabi grupe juhtides jne. See tasand sõltub kõige enam projektirahadest • tervisedenduse mõningane killustatus, mõningate valdkondade arendamine väikeste projektide kaudu.
<p>Väljakutsed</p>	<ul style="list-style-type: none"> • küsimus, kas tervisedenduse jaoks on vajalik täiesti eraldiseisev identiteet või piisab laiemast rahvatervise määratlusest (mida praegu kasutatakse), mis

	<p>tervisedendust hõlmab – kas tervisedenduse puhul on tegemist niivõrd spetsiifiliste kompetentsidega, et see vajaks nõ „eraldi häält“</p> <ul style="list-style-type: none"> • tervisedendus ei ole piisavalt reguleeritud (nagu nt õendus) – eksisteerib küll rahvatervise alane kompetentside süsteem, kuid ametialaselt ei ole see nii täpselt reguleeritud.
--	--

3.6 Tervisedenduse korraldus riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasandil kui osa tervisesüsteemist

Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) kirjelduse järgi on tervisedendus osa iga maa tervisesüsteemist. Iga tervisesüsteemi (ja selle alaosüsteemi, milleks on ka tervisedenduse korraldus kolmel tasandil) olulised eesmärgid on rahvastiku tervise parandamine ja inimeste ootustele vastamine (WHO 2000). Southi intervjuu kohaselt on Inglismaa kolmel tasandil toimival tervisedendusel õnnestunud nende eesmärkide poole liikumine mõningal määral. Rahvastiku tervise parandamisel on takistavateks faktoriteks olnud:

- 1) tervisedendusele ja ennetusele eraldatav raha on oluliselt väiksem kui kliinilisele ravile võimaldatavad vahendid
- 2) ebapiisav mõistmine sotsiaalsete tervisedeterminantide mõjust inimeste tervisele. Halb tervis, sissetulekute ebavõrdsus, ebapiisav haridus jne on kõik olulised tervisemõjurid, kuid samas on raske ette kujutada, et praegune tervisedenduse süsteem Inglismaal suudaks kõige sellega vajalikul määral tegeleda.

Inimeste ootustele vastamine on kõige paremini õnnestunud kohalikul tasandil, kus tervisedendajad töötavad tihedasti koos kohalike kogukondadega (kuigi finantseerimine on seal erinevate tasandite võrdluses kõige ebastabiilsem). Samas inimesed reeglina tervisedendust kui sellist eraldi ei teadvusta ja selle osas spetsiifilisi ootusi ei oma – tervise valdkonnas mõeldakse ikka veel pigem tervishoiule (South telefoniintervjuu.)

MTO on määratlenud ka iga tervisesüsteemi (sh tervisedenduse korraldus kolmel tasandil) olulisi koostisosasid (*building blocks*) (WHO 2009). Alljärgnevalt on kirjeldatud nende koostisosade tugevust Inglismaa tervisedenduse korralduses Southi telefoniintervjuu põhjal:

- **teenuste edastamine** (*tulemuslikud ja kvaliteetsed teenused, mida pakutakse neile, kes seda vajavad; ajal, mil neid vajatakse; ja kohas, kus neid vajatakse*) – see on Inglismaal õnnestunud päris hästi. Aastate jooksul on tehtud palju tööd kindlustamiseks, et tervisedenduse teenused on suunatud neile, kes seda kõige rohkem vajavad, mh koostatakse nt kohalikul tasandil ühiseid vajaduste analüüse, mis peaks sellele panustama.
- **tervise personal** (*vastutuleliku, õiglase ja tõhusa personali olemasolu; piisav personali hulk*) – vastava personali olemasolu tagamine on õnnestunud päris hästi – haridussüsteem võimaldab saada väga head tervisedenduse alast haridust (sh kõrgharidust); inimeste koolitamisel ja ametialasel arendamisel järgitakse tõendus põhisust. Personali piisav hulk on aga küsitav – eriti selle ebaühtlase jaotuse tõttu kogu Inglismaa lõikes.
- **tervise informatsioon** (*õigeaegse ja usaldusväärse informatsiooni tootmine, analüüsimine, levitamine ja kasutamine terviseõjurite, tervisesüsteemi toimimise ja tervise olukorra kohta*) – seda võib pidada Inglismaa tervisedenduse süsteemi kõige tugevamaks osaks ning praegune süsteem võimaldab sel hästi toimida. Olulisel kohal on seejuures Rahvatervise Vaatluskeskused (*Public Health Observatories*), mille rolliks on koguda tõendus põhised infot ning töödelda erinevaid terviseindikaatoreid nii kohalikul kui riiklikul tasandil. Nt nende koostatud terviseprofiilid võimaldavad erinevaid piirkondi võrrelda (ning võrrelda ka ühe piirkonna arengut ajas) ja tervisedendajad kasutavad neid profile ka oma igapäevatoos kohalikul tasandil.
- **finantseerimine** (*piisavate vahendite leidmine, et inimesed saaksid kasutada enda jaoks vajalikke teenuseid*) – siinkohal on tegemist Inglismaa tervisedenduse süsteemi kõige nõrgema osaga; võib väita, et teatud juhtudel on see mõningal määral õnnestunud, kuid kohati pole see eriti võimalik olnud. Peamiseks põhjuseks on piisavate vahendite puudumine laiemapõhjaliseks tervisedenduseks ja haiguste ennetuseks. Sageli ei piisa vaid katsetest muuta inimeste käitumist, vaid sellega peab kaasnema laiapõhjaline süsteemide muutus. Nt oli Inglismaal väga edukas tervisedenduse kampaania „Viis päevas“ (*5 a day*), mis käsitles puu- ja köögiviljade tarbimist ning mida juhiti riiklikult, kuid mis oli edukas ka kohalikul tasandil. Selles oli olulisel kohal tervisekasvatuse komponent – nt „söö puu- ja köögivilju“ - aga kui tahta mõjutada peresid ja lapsi, osutuvad vajalikuks ka teised, laiemad ennetuslikud meetmed – nt koolitoolustus, puu- ja juurviljade kättesaadavus, piisav raha, et neid

osta, vastavad toiduvalmistamise oskused jne. Kõigi nende komponentidega tegelemiseks puuduvad aga reeglina piisavad vahendid.

- **juhtimine** (*strateegiliste raamistike järgimine koos tulemusliku koalitsioonide moodustamisega, vastutuse võtmisega, regulatsioonidega, motiveerimisega jne*) – see on siiani õnnestunud mõningal määral. Peamiseks põhjuseks on siin jällegi see, et praegu tervisedendust kui eraldiseisvat rahvatervise haru Inglismaal väga ei tunnista. Seega võib väita, et tervisedendust ei ole piisavalt juhitud, kuna seda ei ole eraldiseisvana teadvustatud ning ka praegused rahvatervise poliitikadokumendid seda eraldi ei käsitle. Samas – kui vaadata rahvatervist laiemalt – on selle juhtimine kindlasti olnud edukas nii riiklikul, regionaalsel kui kohalikul tasandil ning viimastel aastatel on saavutatud suur edasimineku (ka nt koostöö ja koalitsioonide moodustamise osas).

3.7 Tervisedenduse ja kogukonna areng

Kogukonna arendamisel tuleb lähtuda kogukonna vajadustest ja keskenduda ebavõrdses seisus olevatele ja haavatavatele gruppidele (Naidoo & Wills 2000). Southi väitel on see Inglismaa tervisedenduses õnnestunud mõningal määral.

Tervise ebavõrdsuse vähendamiseks on Inglismaal rakendatud mitmeid erinevaid programme, nt 1998. aastal alustatud tervise tegevuspiirkondade programm (*health action zones*) Inglismaa 26-s piirkonnas. Nende eesmärgiks oli rahvastiku tervise parandamine arendades partnerlusi valitsuse ja erinevate sektorite vahel. 1999. aastal alustati „Kindla alguse“ (*Sure Start*) programmiga vaesemates piirkondades, et toetada ebavõrdses seisundis olevaid väikeste lastega peresid – võimaldades lastehoidu, parandades laste tervist ja emotsionaalset arengut ning toetades vanemaid nii oma vanemlikus rollis kui töölases eneseteostuses. Vaesematele piirkondadele suunatud programm oli ka „Tervislike elukeskkondade“ initsiatiiv, mis kutsuti ellu 1999.aastal, et edendada tervist ja parandada ligipääsu teenustele ning 2008. aastal 9 linnas algatatud „Tervislike linnade“ programm, mis püüdis parandada inimeste toiduvalikuid ning suunata neidervislikele tegevustele (Boyle 2011.)

Siiski võib kokkuvõtvalt öelda, et nende programmide tulemused on olnud erinevad - kuigi inimeste tervisenäitajad on reeglina paranenud, ei ole sageli õnnestunud saavutada

keskmise oodatava eluea lõhe vähenemist erinevate elanikkonna gruppide vahel (Boyle 2011).

Samas mõistetakse Southi väitel Inglismaa tervisedenduse süsteemi poolt kogukondade arendamise olulisust. Töö planeerimisel keskendutakse haavatavatele gruppidele, neid kaardistatakse ja kohaliku elanikkonna profiile kasutatakse teenuste täpsemaks suunamiseks. Võimendamisele suunatud kogukondade areng ei ole aga veel nii laialt levinud, kuigi kogukondade liikmeid kaasatakse, on kõrgetasemeline kogukondade arendustöö pigem väikesemahuline, mitte niivõrd loomulik töötegemise viis.

LISA 4 EESTIS INTERVJUEERITUD ISIKUTE NIMEKIRI

1. Triinu Täht, Sotsiaalministeerium, rahvatervise osakonna peaspetsialist
2. Tiina Tõemets, Eesti Haigekassa, tervishoiu spetsialist
3. Aira Varblane, Siseministeerium, nõunik
4. Ave Viks, Siseministeerium, nõunik
5. Tiia Pertel, Tervise Arengu Instituut, tervise edendamise osakonna juhataja
6. Ülle Rüüson, Rapla Maavalitsus, tervisedendaja
7. Elo Paap, Viljandi Maavalitsus, tervisedendaja
8. Hele Leek-Ambur, Lääne Maavalitsus, tervisedendaja
9. Kristel Tamm, Tallinna linna Kristiine linnaosa, tervisedendaja
10. Sirje Kree, Tartu linnavalitsus, tervishoiu osakonna juhataja

LISA 5 EESTI INTERVJUUDE KÜSIMUSED

Intervjueeritavad: SoM, TAI, maakondlikud tervisedendajad, KOV-d

Paikkonna tervisedenduse (TE) jätkusuutlikkus riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil (KOV) Eestis.

1. Mis Teie arvates üldse iseloomustab hästi korraldatud paikkonna tervisedendust riiklikul, regionaalsel/maakondlikul ja kohalikul tasandil?
2. Kui hästi toimib praegune paikkonna TE korraldus kolmel tasandil: riik, maakond ja KOV?
3. Kui selge on praeguse korralduse puhul rollide ja funktsioonide jaotus kolme tasandi vahel?
4. Kuidas toimib praegu paikkonna TE-alane koostöö kolme tasandi vahel?
5. Kui hästi toetab praegust paikkonna TE korraldust olemasolev seadusandlus? Mis vajaks täiendavat kajastamist/täpsustamist?
6. Kui hästi toimib praeguse paikkonna TE korralduse finantseerimine? Millised on peamised väljakutsed ja probleemid?
7. Mis on praeguse paikkonna TE korralduse tugevused?
8. Mis on praeguse paikkonna TE korralduse nõrkused?
9. Kas praeguse paikkonna TE korralduse juures on kõigil kolmel tasandil piisavalt ressursse (inimesi, raha)?
10. Kui hästi on õnnestunud teiste sektorite (lisaks tervisesektorile) kaasamine paikkonna TE töösse nimetatud kolmel tasandil?
11. Millele on senise paikkonna TE töö käigus peamiselt keskendutud? Mida sooviks tulevikus teha?
12. Kas praeguse paikkonna TE korralduse juures kolmel nimetatud tasandil on võimalik piisaval määral:
 - a) Pakkuda tõhusaid ja kvaliteetseid teenuseid?
 - b) Toota, analüüsida ja levitada usaldusväärset terviseinfot?
 - c) Kindlustada vajalik juhtimisfunktsioon?
13. Kuidas aitab praegune paikkonna TE korraldus kaasa kohalikule arengule?
 - a) Kuidas võimaldab see kogukonna vajadustega arvestada?
 - b) Kuidas võimaldab see keskenduda ebavõrdses seisundis olevatele inimestele?
14. Kui jätkusuutlikuks peate praegust paikkonna TE korraldust kolmel tasandil? Mis toetavad või takistavad korralduse jätkusuutlikkust?
15. Mida peaks kindlasti praeguse paikkonna TE korralduse puhul säilitama ja mida võiks muuta? Milliste põhimõtetega peaks arvestama tervisedenduse korralduse muutmisel?

Intervjueeritav: Siseministeerium

Paikkonna tervisedenduse (TE) jätkusuutlikkus riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil (KOV) Eestis.

1. Mis Teie arvates üldse iseloomustab hästi korraldatud haldussüsteemi riiklikul, regionaalsel/maakondlikul ja kohalikul tasandil? /Millised põhimõtted on olulised?
2. Kui hästi toimib praegune haldussüsteemi korraldus kolmel tasandil: riik, maakond ja KOV (sh maavalitsus kui riigi esindus kohapeal)?
3. Kui selge on praeguse korralduse puhul rollide ja funktsioonide jaotus kolme tasandi vahel?
4. Kuidas toimib praegu koostöö kolme tasandi vahel (nii vertikaalselt – st nt maakonnad KOV-dega kui horisontaalselt, st nt maakonnad omavahel)?
5. Kuidas hindate KOV-de suutlikkust?
6. Kui hästi toetab praegust halduskorraldust olemasolev seadusandlus? Mis vajaks täiendavat kajastamist/täpsustamist?
7. Kui hästi toimib praeguse haldussüsteemi korralduse finantseerimine? Millised on peamised väljakutsed ja probleemid?
8. Mis on praeguse haldussüsteemi korralduse tugevused (Teie hinnangul)?
9. Mis on praeguse haldussüsteemi korralduse nõrkused (Teie hinnangul)?
10. Kuidas aitab praegune halduskorraldus kaasa kohalikele arengule?
 - c) Kuidas võimaldab see kogukonna vajadustega arvestada?
 - d) Kuidas võimaldab see keskenduda ebavõrdses seisundis olevatele inimestele?
11. Kui jätkusuutlikuks peate praegust halduskorraldust kolmel tasandil? Mis toetavad või takistavad korralduse jätkusuutlikkust?
12. Millised on praeguse halduskorralduse peamised väljakutsed?
13. Kuidas prognoosite edasist halduskorralduse arengut? Millises suunas liiguvad maakondade ja OV-de rollid?

Intervjueeritav: Haigekassa

Paikkonna tervisedenduse (TE) jätkusuutlikkus riiklikul, maakondlikul ja kohalikul tasandil (KOV) Eestis.

1. Mis Teie arvates üldse iseloomustab hästi korraldatud paikkonna tervisedendust riiklikul, regionaalsel/maakondlikul ja kohalikul tasandil?
2. Kui hästi toimib Teie hinnangul praegune paikkonna TE korraldus kolmel tasandil: riik, maakond ja KOV?
3. Kui hästi toetab praegust paikkonna TE korraldust olemasolev seadusandlus? Mis vajaks täiendavat kajastamist/täpsustamist?
4. Milline on Haigekassa roll paikkonna TE puhul?
5. Kuidas on TE alane töö korraldatud Haigekassa siseselt?
6. Milliste osapooltega teeb paikkonna TE raames koostööd Haigekassa ja kuidas senist koostööd hindaksite?
7. Kuidas hindate maakondade suutlikkust TE-ga tegelemiseks?
8. Kuidas ja kui hästi toimib Haigekassa poolne TE finantseerimine? Millised on peamised väljakutsed ja probleemid?
9. Mis on praeguse paikkonna TE korralduse tugevused (Teie hinnangul)?
10. Mis on praeguse paikkonna TE korralduse nõrkused (Teie hinnangul) ?
11. Millele on senise paikkonna TE töö käigus Haigekassa poolt peamiselt keskendutud? Mida sooviks tulevikus teha?

12. Kuidas prognoosite Haigekassa rolli paikkonna TE – s tulevikus? Millises suunas see liigub? Millised on prioriteedid?
13. Kas finantseerimise osas on plaanis jätkata nõ projektikonkurssidega?
14. Kui jätkusuutlikuks peate praegust paikkonna TE korraldust kolmel tasandil? Mis toetavad või takistavad korralduse jätkusuutlikkust?

LISA 6 VÄLISRIIKIDE INTERVJUUDE KÜSIMUSED

Intervjueeritavad: Välisriikide esindajad

„Using International Practice in Developing Estonian Local Health Promotion at National, Regional and Local Level“.

Interview questions for..... (country).

PS! Please only describe the local health promotion system in the context of this interview (please do not include information regarding health care etc).

..... (name)..... (position) (organization).....(date)

1. Organizations

1.1 Which main organizations/institutions are responsible for local health promotion development at national, regional and local level?

National:

Regional:

Local:

1.2 Is there a health promoter/health promotion unit in each regional level organization?

1.3 Is there a health promoter/health promotion unit in each local level organization?

1.4 What are the health promotion roles and functions of the main organizations (mentioned above) at national, regional and local levels?

National:

Regional:

Local:

1.5 How do the organizations on the national, regional and local level cooperate with each other vertically in supporting local health promotion? (e.g are there any formal contracts between the national and regional or national and local levels?)

2. Legal issues

2.1 Which legal acts regulate local health promotion in your country?

2.2 Which rights and obligations regarding local health promotion are granted by the legal acts (mentioned above) to the national, regional and local level?

2.3 Which are the most important (up to 3) strategies regarding local health promotion at the three levels?

3. Sustainability and Resources

3.1 Do the regional and local levels receive national financing for local health promotion?

Regional:

Local:

3.2 How much national financing do the regional and local levels receive for supporting local health promotion?¹⁴:

	Regional	Local
All of the financing comes from national sources		
More than half of the financing comes from national sources		
Around half of the financing comes from national sources		
Less than half of the financing comes from national sources		

3.3 Is local health promotion mostly financed by the public sector or private sector?

National:

Regional:

Local:

3.4 Is it common for the regional and local level to **apply for funding for different projects** (from any sources)? In other words: do they have stable budgets or is their ability to apply for project funding crucial for the continuation of their activities?

3.5 Please list other important sources of local health promotion financing at the national, regional and local level.

3.6 Is there enough qualified health promotion personnel at all levels (in the main organizations/institutions mentioned above)?

National:

Regional:

Local:

¹⁴ If you know, you can indicate an approximate % of the total health promotion financing at regional and local level, which is received as national financing.

- 3.7 How sustainable (in your opinion) is the current local health promotion system in your country (its national, regional and local levels) in general? In other words to what extent are the results of health promotion investments, projects and/or programs maintained over time?

Why?

4. Which are (in your opinion) the **most important strengths/weaknesses/challenges** of the local health promotion system in your country?

	The current local health promotion system in your country
Strengths	
Weaknesses	
Challenges	

5. According to the World Health Organization (WHO) health promotion is part of the health system in any country. **Two important goals of any health system** (and therefore - of a health promotion system as its subsystem) are improving the health of its population and responding to people's expectations.

To what extent (in your opinion) does the current local health promotion system in your country (its national, regional and local levels) enable to:

	Not at all	Not much	To some extent	Rather well	Well	Comments
Improve the health of its population?						
Respond to people's expectations?						

6. According to the WHO the **building blocks of a health system** (and therefore - of a health promotion system as its subsystem) include service delivery, health workforce, health information, financing and leadership.

To what extent (in your opinion) does the current local health promotion system in your country (its national, regional and local levels) enable:

	Not at all	Not much	To some extent	Rather well	Well	Comments

The provision of effective and quality services to those in need, when and where needed?						
Availability of responsive, fair and efficient personnel available in sufficient numbers?						
The production, analysis, dissemination and use of reliable and timely information on health determinants, health systems performance and health status?						
The raising of adequate funds for health in ways that ensure people can use the services needed?						
Adequate leadership ensuring that strategic policy frameworks are in place combined with effective oversight, coalition building, accountability, regulations, incentives etc?						

7. To what extent (in your opinion) does the current local health promotion system in your country (its national, regional and local level) enable to support the following important principles of local community development:

	Not at all	Not much	To some extent	Rather well	Well	Comments
Taking into account the needs of a community?						
Focusing on vulnerable groups or groups experiencing inequalities?						

8. Which sources (incl on the Internet) are available for more information on the local health promotion system in your country? Please list:

9. Which contact persons would you recommend for more in-depth information on the health promotion system in your country (in case necessary)? Please list:
10. Anything else you'd like to add:

LISA 7 VÄLISRIIKIDES INTERVJUEERITUD ISIKUTE NIMEKIRI

1. Mr Torben Jørgensen; Director, Professor, DrMedSc; Research Centre for Prevention and Health, Department of Planning and Development, Capital Region University of Copenhagen, Institute of Public Health; Denmark
2. Mr Charli Eriksson; Professor in Public Health; School of Health and Medical Sciences; Örebro University; Sweden
3. Ms Jane South; Reader in Health Promotion (Healthy Communities); Director, Centre for Health Promotion Research; Leeds Metropolitan University; England
4. Ms Evelyne de Leeuw; Chair, Community Health Systems & Policy, Faculty of Health, Deakin University; Australia
5. Ms Suzanne F Jackson; Head, WHO Collaborating Centre in Health Promotion, Lead, Masters Global Health Concentration, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; Editor-in-Chief, Global Health Promotion; Canada