

## **Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020**

**2008 (täiendatud 2012)**

|  |    |
|--|----|
| 1. Sissejuhatus .....                                    | 3  |
| 2. Rahvastiku tervise arengukava vajalikkus .....        | 5  |
| 3. Rahvastiku tervise arengukava väärtused .....         | 6  |
| Inimõigused .....  | 6  |
| Ühine vastutus tervise eest.....                         | 6  |
| Võrdsed võimalused ja õigus .....                        | 6  |
| Sotsiaalne kaasatus.....                                 | 6  |
| Tõenduspõhisus.....                                      | 6  |
| Rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine.....           | 6  |
| 4. Hetkeolukord .....                                    | 8  |
| Rahvastik .....  | 8  |
| Majandus, tööhõive ja vaesus.....                        | 8  |
| Tervishoid .....   | 8  |
| Tervisekäitumine.....                                    | 9  |
| Haigestumustrendid.....                                  | 9  |
| Keskkond ja tervis.....                                  | 10 |
| Tervise mõjud majandusele .....                          | 11 |
| 5. Arengukava prioriteedid.....                          | 12 |
| 6. Arengukava eesmärk.....                               | 13 |
| 7. Rahvastiku tervise muutuste jälgimise süsteem .....   | 15 |
| 8. Arengukava koostamisel osalenud isikud .....          | 17 |
| 9. Seosed teiste arengukavadega .....                    | 18 |
| 10. Arengukava eesmärkide saavutamise vahendid .....     | 27 |
| I Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused .....         | 28 |
| II Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng.....   | 32 |
| III Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond .....       | 39 |
| IV Tervislik eluviis .....                               | 44 |
| V Tervishoiusüsteemi areng .....                         | 52 |
| 11. Arengukava juhtimise süsteem .....                   | 58 |
| 12. Arengukava rakendusplaan ja maksumuse prognoos ..... | 62 |
| Terminid.....  | 65 |
| Kasutatud lühendid .....                                 | 70 |
| Kasutatud kirjandus .....                                | 72 |

## 1. Sissejuhatus

Inimeste tervis mõjutab märkimisväärselt nende võimet igapäevaelus toime tulla, nende sotsiaalsed ja majanduslikku panust riigi ülesehitamisel ja riigi üldist edu. Tervis on seega oluline rahvuslik ressurss, mis väärib sihi- ja kavakindlat arendamist. Samuti kuulub õigus tervise kaitsele inimese põhiõiguste hulka ning kõikidele inimestele peavad olema tagatud vajalikud eeldused parima võimaliku terviseseisundi saavutamiseks – igal Eesti inimesel peab olema võimalus elada tervist toetavas keskkonnas ja võimalus teha tervislikke valikuid.

Rahvastiku tervise arengukavas püstitatakse alaeesmärke (strateegilisi eesmärke) rahvastiku tervise hoidmiseks ja jätkuvaks parandamiseks. Vabariigi Valitsuse prioriteetide seas on olulisel kohal rahvastiku iibe positiivseks muutmine, eeldatava ja tervena elatud eluea pikenemine ning need suunad on aluseks ka kõigile käesolevas rahvastiku tervise arengukavas välja toodud eesmärkidele ja tegevustele.

Eesti viimaste aastate areng rahvastiku tervises ja riigis üldiselt on igati positiivne – majandus on kasvanud, rahvaarvu vähenemine on aeglustunud, sündivus on tõusnud ning rahvastiku eluiga on pikenenud, kui nimetada vaid mõnda olulisemat. Eesti rahvastiku tervisenäitajate paranemine, näiteks keskmise eluea pikenemine, on toimunud kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt. Eesti tervishoiusüsteem on viimase kümne aasta arengu tulemusena kujunenud üheks Euroopa kulutõhusamaks.

Jätkuvalt kiire arengu tagamisel muutuvad seniste prioriteetsete suundade kõrval üha olulisemaks inimeste tervisekäitumuslike valikute soodustamine, tervist toetava keskkonna arendamine ning sotsiaalse kaitse ja tervishoiusüsteemi osade integratsiooni parandamine.

Rahvastiku tervise arengukava prioriteetide aluseks on meie ühised väärtused, nagu inimestevaheline solidaarsus, võrdsed võimalused ja õigus, juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele ja kodanikuühiskonna võimestumine. Jagame neid väärtusi teiste Euroopa Liidu liikmetega ja nii toetavad mitmed planeeritavad üleeuroopalised tegevused Eesti püüdlusi uute rahvastiku tervise eesmärkide saavutamisel.

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ strateegiliseks valdkonna üldeesmärgiks on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Eraldi on arengukavas välja toodud viis temaatilist valdkonda, mis kajastavad sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamist, lastele tervisliku ja turvalise arengu tagamist, tervist toetava keskkonna kujundamist, tervislike eluviiside soodustamist ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kindlustamist. Nende temaatiliste valdkondade kaupa on esitatud ka arengukava strateegilise valdkonna üldeesmärgi täitmiseks seatud prioriteetid, alaeesmärgid (strateegilised eesmärgid) ning meetmete kompleksid.

Arengukava väljatöötamises on osalenud erinevate töörühmade ning avalike arutelude kaudu suur hulk inimesi erinevatest rahvusvahelistest organisatsioonidest, ministriumidest, maavalitsustest, kohalikest omavalitsustest, mittetulundusühingutest, erasektorist ning erinevatest sidus-, siht- ja huvirühmadest. Kõigi nende inimeste panus on olnud väga tänuväärne ning määrava tähtsusega nii uute ülesannete selgitamisel kui ka nendele lahenduste leidmisel. Kuna rahvastiku tervises toimuvad pidevalt muutused, on ka rahvastiku tervise arengukava dokument, mida tuleb pidevalt täiendada ja uuendada, ning meie kõigi jätkuv panus uute visioonide loomisel ja elluviimisel on Eesti arengu tagamiseks oluline.

2011–2012 toimusid arutelud rakendusplaani aastateks 2013–2016 koostamiseks. Arutelude käigus jõuti otsusele, et parema ülevaate saamiseks rahvatervise tegevustest tuleb meetmete sõnastused muuta, alaeesmärkide indikaatorite sihttasemeid korrigeerida ning uusi indikaatoreid lisada. Ülddokumendi ülesehitus on arusaadav ja sujuv teemade vahetus annab hea ülevaate tuleviku eesmärkidest. Iga valdkonna all on välja toodud peamised probleemid ja neile plaanitavate tegevuste abil ka vastus leitud ning arengukava alaeesmärke on võimalik viia täide parimal moel strateegilise eesmärgi – rahvastiku pikema, tervema ja parema elu saavutamiseks.

Riigi strateegilise juhtimise korrastamise tulemusena on Rahvastiku tervise arengukava raamdokumendi asemel saamas tervise valdkonna arendusdokument, millesse integreeritakse järjest enam varem eraldiseisvalt eksisteerinud valdkondlikke arengukavu. Nii on Rahvastiku tervise arengukavasse integreeritud narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, riiklik tuberkuloositõrje strateegia aastateks 2008–2012, südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020 ning riikliku HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015.

## 2. Rahvastiku tervise arengukava vajalikkus

Eesti on edukas riik. Seda tõendavad senine kiire majandusareng ning Eesti kuulumine Euroopa Liitu (EL) ning mitmetesse teistesse rahvusvahelistesse organisatsioonidesse. Majanduse arenguga on kaasnenum ka rahvastiku tervise pidev paranemine pärast 1994. aastat, mil rahvastiku tervis oli mitmete suremuse, haigestumise ja tervisekäitumise näitajate järgi lähiajaloo kõige halvemas seisus.

Alates 1990. aastate algusest on Eestis koostatud mitmeid tervisepoliitika visioone ning 1995. aasta 2. märtsil kinnitati Vabariigi Valitsuse protokollilise otsusega varem ette valmistatud tervisepoliitika dokument. Nii selle tervisepoliitika koostamine kui ka seatud eesmärgid on olnud suunanäitajaks edasistele rahvatervise programmidele ja tervishoiu tegevustele ning on oluliselt kaasa aidanud sihiks seatud rahvastiku tervise paranemisele. Nimetatud dokument on osa pikemast rahvastiku tervise ning tervisepoliitika arendamise protsessist – olemasolevaid tervisepoliitika dokumente on pidevalt uuendatud ning lisaks koostatud ka uusi visioonidokumente erinevates töörühmades ja aruteludel. Aastate jooksul on koostatud mitmeid olulisi poliitika- ja strateegiadokumente, mis on uutele ülesannetele lahendusi ja ennetusvõimalusi pakkunud. Need dokumendid moodustavad aluse, milleta ei oleks mõeldav ka käesolev arengukava. Käesoleva arengukava loomine algas, kui Vabariigi Valitsus kiitis 13. oktoobril 2006. a heaks rahvastiku tervise arengukava 2008–2015 koostamise ettepaneku. Arengukava väljatöötamisel võeti aluseks samal aastal koostatud konsensuslik visioonidokument „Rahvastiku tervisepoliitika „Investeering tervisesse””, mis läbis ulatuslikud avalikud arutelud enamikus maakondades ja Riigikogu sotsiaalkomisjonis.

Ühiskonna ja ümbritseva keskkonna arenguga kaasnenum muutused on seadnud meid silmitsi uute lahendamist vajavate ülesannetega ning seetõttu on tekkinud vajadus uue rahvastiku tervise arengukava järele, mis aitaks ennetada näiteks keskmise eluea pikenemisest, traditsioonilise peremudeli muutustest, tööjõu vabast liikumisest ja mitmetest teistest teguritest tekkida võivaid probleeme rahvastiku tervises. Uute ülesannete lahendamiseks on vaja vaadata üle senised tegevused ning lisada uusi lähenemisi riigi rahvastiku tervise hoidmiseks ja jätkuvaks parandamiseks.

Terved kodanikud on riigi arengu aluseks, sest mida tervem on inimene, seda enam suudab ta panustada ühiskonna ja majanduse arengusse. Rahvastiku tervise parendamisse saavad oma panuse anda nii Riigikogu, Vabariigi Valitsus, kohalikud omavalitsused, erasektor, ühiskondlikud organisatsioonid kui ka iga kodanik. Sellest lähtuvalt on ka see arengukava mõeldud kõigile ühiskonnaliikmetele.

### **3. Rahvastiku tervise arengukava väärtused**

#### ***Inimõigused***

Tervis on inimese põhiõigus ning kõigile ühiskonnaliikmetele tuleb tagada eeldused võimalikult hea terviseseisundi saavutamiseks. Õigus tervisele ja selle kaitsele, õigus ohutumale elu-, töö- ja psühhosotsiaalsele keskkonnale on fikseeritud meie põhiseaduses, Euroopa Ühenduse asutamislepingus, Euroopa sotsiaalharta ja mitmetes teistes rahvusvahelistes dokumentides. Euroopa Liidu Amsterdami lepingu artikkel 152 seab tervise kaitse ülimuslikuks kõikide otsuste, projektide ja programmide puhul, mis võivad mõjutada inimese tervist.

#### ***Ühine vastutus tervise eest***

Inimese ja rahvastiku tervist mõjutavad suuremal või vähemal määral kõik poliitilised, majanduslikud või muud otsused. Vastutus rahvastiku tervise eest on ühine vastutus, mis hõlmab ühiskonna kõiki sektoreid, organisatsioone, rühmi ja üksikisikuid, ning see loob aluse tasakaalustatud keskkonna, sotsiaal- ja majanduspoliitika arenguks. Sellest lähtuvalt peab tervisemõjudega arvestamine olema osa kõikide ühiskonna tasandite ning sektorite otsuste ja tegevuskavade planeerimisest.

#### ***Võrdsed võimalused ja õiglus***

Võrdsed võimalused tervisele ja teistele väärtustele on demokraatliku ühiskonna ideaalideks. Nende ideaalide saavutamisele on suunatud ka rahvastiku tervise arengukava, mis aitab kaasa süstemaatiliste ja ebaõiglusest tulenevate tervisenäitajate erinevuste vähendamisele rahvastikus, toetades erinevate sektorite ja tasandite koostöös ühiskonna enim haavatavaid rühmi. Võrdsete võimaluste loomine hariduse, eluaseme, töö ning tervise ja tervishoiuteenuste osas, olenemata soost, rahvusest ja sotsiaalsest positsioonist, on eelduseks Eesti inimeste tervise ja elukvaliteedi jätkuvale paranemisele.

#### ***Sotsiaalne kaasatus***

Isikute, sotsiaalsete rühmade ja kogukondade aktiivne osalemine enda, oma kodukandi ja ühiskonna elu ja keskkonda mõjutavate otsuste tegemisel ja probleemide lahendamisel toob kaasa nende võimestumise ja võime suuremal määral lahendada oma terviseprobleeme. Tervislikele valikutele orienteeritud ühiskonna kujunemine, paikkondade võimestumine ja sotsiaalse kapitali suurendamine on tervist toetava elukeskkonna arengu aluseks.

#### ***Tõenduspõhisus***

Rahvastiku tervise arengukava rakenduslike tegevussuundade elluviimisel lähtutakse ressursside tõhusamaks ja läbipaistvamaks planeerimiseks eelkõige tõenduspõhistest teadmistest. Teadusuuringud aitavad seada rahvastiku arengukava eesmärged ja mõõta nende saavutamist ning on toeks otsusetegijatele nende töös. Tõenduspõhisus on üheks riigi strateegiliste arengukavade aluseks ning nende tasakaalustatud elluviimist toetavaks teguriks.

#### ***Rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine***

Rahvastiku tervise arengukava järgib mitmete rahvusvaheliste algatuste, nagu Alma-Ata deklaratsiooni (1978), Ottawa harta (1986), Jakarta deklaratsiooni (1997), ÜRO lapse õiguste konventsiooni (1989), Euroopa sotsiaalharta (2000), Euroopa Liidu põhiõiguste harta (2000), Lissaboni strateegia (2000), Euroopa Liidu tervisestrategie 2008–2013 (2007), patsientide

õiguste Euroopa harta (2002), Euroopa keskkonna ja tervise strateegia 2004–2010 (2004), WHO laste ja noorte tervise ning arengu strateegia (2005), Maailma Terviseorganisatsiooni raampoliitika „Tervis kõigile“ (2005), Euroopa Liidu ja WHO ühisstrateegia „Tervis kõigis poliitikates“ (2007), Euroopa Komisjoni rahvastiku tervise strateegia 2008–2013 „Üheskoos tervise nimel“ (2007) ja muude tervisealaste rahvusvaheliselt tunnustatud dokumentide ideid.

## 4. Hetkeolukord

### *Rahvastik*

Eestis elas 2007. aasta alguses 1,34 miljonit inimest. Üle poole nendest olid naised, ligi veerand olid nooremad kui 20 aastat, üle kahe kolmandiku elas linnalistes asulates, üle kahe kolmandiku olid eestlased ja üle 80% omasid Eesti kodakondust. Sellele eelnenud aastat iseloomustas taas rahvaarvu vähenemine, sest surmade arv ületas sündide arvu, hoolimata jätkuvast sündide suurenemisest ja surmade vähenemisest. Rahvaarvu suurenemist võib praeguse olukorra jätkumisel kõige varem oodata pärast 2013. aastat, kuigi viimase 15 aasta madala sündimuse tõttu võib see jääda lühiajaliseks või veelgi kaugemasse tulevikku lükkuda.

Eeldatav eluiga sünnihetkel oli Eestis 2006. aastal 73 aastat ning viimase viie aasta positiivsete arengute jätkumisel saavutame ELi keskmise taseme 10–20 aasta pärast. Samas on võimalik ELi keskmise taseme saavutamist kiirendada, vähendades erinevate rahvastikurühmade vahelist ebavõrdsust. 2006. aastal oli meeste eeldatav eluiga 11 aastat lühem kui naistel ning selline erinevus on püsinud ligilähedasel tasemel 1996. aastast tänaseni. Sama ajavahemiku jooksul on Euroopa Liidus eluea sooline ebavõrdsus vähenenud ning on praeguseks Eestiga võrreldes peaaegu kaks korda väiksem.

Samuti lisanduvad sooliste eluea erinevustele haridusest ja muudest teguritest tingitud erinevused, näiteks elab kõrgharidusega naine eeldatavasti 13 aastat kauem kui põhiharidusega mees.

### *Majandus, tööhõive ja vaesus*

Eesti majandus on alates 1995. aastast jõudsalt arenenud: tööhõive ja sissetulekud on suurenenud ning töötus ja allpool vaesuspiiri elavate isikute osakaal on vähenenud. Näiteks oli tööpuudus 2006. aastal vaid 5,9% ja allpool absoluutset vaesuspiiri elas 12,4% peredest ning 16,8% lastest vanuses 0–15 aastat.

Samal ajal positiivsete muutustega on suurenenud erinevate ühiskonnakihtide vaheline majanduslik ebavõrdsus, mis oli Eestis 2006. aastal suurem Euroopa Liidu keskmisest. Suurenenud on inimeste omast taskust tehtavad kulutused tervishoiule (näiteks hambaravile ja ravimitele), mis veelgi võimendab majandusliku ebavõrdsuse mõjusid ja suurendab terviseprobleemide tõttu vaesusesse langemise ohus olevat ühiskonnaosa.

Need tegurid koos ennustatavast majanduskasvu pidurdumisest tingitud võimaliku tööhõive ja sissetulekute vähenemisega võivad kaasa tuua terviseprobleemide tõttu allapoole absoluutset vaesuspiiri langevate isikute arvu suurenemise. Sellise olukorra tekkimise oht on kõige tõenäolisem suurema tööpuudusega piirkondades, nagu Ida-Viru maakond, ja haavatavamate rahvastikurühmade seas, nagu lapsed ja noorukid, vanurid, krooniliste haiguste põdejad ja üksikvanematega perekonnad.

### *Tervishoid*

Eesti tervishoiusüsteemi tõhusus ja kulutõhusus on head. Sellele viitavad lisaks riiklikule statistikale ka sõltumatud rahvusvahelised uuringud, nagu Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks (*Euro Health Consumer Index, EHCI*)<sup>1</sup>, mille hinnangul oli Eesti 2007. aastal tehtud kulutuste ja saadava tervisekasu poolest Euroopa Liidu parimate seas.

---

<sup>1</sup> Health Consumer Powerhouse. (2007). Euro Health Consumer Index 2007. Stockholm: Health Consumer Powerhouse.  
[http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)



Tervishoiusüsteemi kulutõhusus on aasta-aastalt suurenenud. Sellele viitab ambulatoorse ravi osakaalu suurenemine ja perearstisüsteemi jätkuv areng, mis on aidanud tõhusamaks muuta ka haiglaravi. Üldisele tervishoiusüsteemi arengule viitab ka näiteks imikusuremuse kiire langus ELi keskmisele tasemele. 1995. aastal oli erinevus veel pea kahekordne.

Aastate jooksul on tervishoiusüsteem muutunud patsiendisõbralikumaks. Sotsiaalministeerium on koostöös Eesti Haigekassaga alates 2000. aastast korraldanud rahulolu-uuringuid. Nende uuringute tulemused näitavad, et juurdepääs tervishoiuteenustele on paranenud ning rahulolu saadud teenustega suurenenud, seda isegi pidevalt kasvavate ühiskondlike ootuste taustal.

Samas võivad jätkuv linnastumine, rahvastiku vananemine ning muud kaasnevad tegurid tulevikus kaasa tuua probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega, eriti maapiirkondades ja majanduslikult vähemkindlustatud inimeste seas.

### ***Tervisekäitumine***

Eestis on noorte inimeste suremus pidevalt vähenenud ning krooniliste haiguste levimus on seni olnud väike. Siiski mõjutavad nooruses tehtavad tervisekäitumuslikud valikud inimese hilisemat terviseseisundit oluliselt. Tuleb tõdeda, et alates 1990. aastate keskpaigast on noorukite tervisekäitumine märkimisväärselt halvenenud.

Pidevalt on suurenenud suitsetavate, alkoholi ja narkootilisi aineid tarvitavate noorte osakaal ning vigastuste tase noorte seas on endiselt kõrge: 2006. aastal suri õnnetusjuhtumite, mürgistuste ja traumade tagajärjel 92 kuni 19-aastast last ja noort. Samal ajal on vähenenud noorukite kehaline aktiivsus ja suurenenud tasakaalustamata toitumine ning kehakaal, mis koos eelmainitud tervisekäitumistavadega viib suure tõenäosusega mitmete terviseprobleemide tekkimiseni täiseas.

Täiskasvanutel on mitmes tervisekäitumise valdkonnas toimunud noortega sarnased muutused ning praegu suureneb suitsetavate, alkoholi liigtarvitavate ning ülekaaluliste isikute hulk rahvastikus. Siiski on viiteid ka tervist ohustava käitumise vähenemisele, näiteks õnnetusjuhtumitest ja enesetappudest tingitud surmajuhtumite arv on vähenenud. Erandiks on küll liikluses hukkunute arv, mille vähenemine on viimaste aastate jooksul peatunud.

Tervislike eluviiside edendamise abil on tõenäoliselt võimalik Eesti rahvastiku terviseseisundit oluliselt parandada. Tervisekäitumises on üksikisiku roll olulisem kui mis tahes teises tervisevaldkonnas ning kõigil kodanikel on võimalus anda oma panus rahvastiku tervise paranemisse.

### ***Haigestumustrendid***

Koos eluea pikenemisega suureneb rahvastikus krooniliste haiguste põdejate hulk ja haigus piirab neist ligi 90% igapäevategevusi. Kogu rahvastikust hindas 2006. aastal oma terviseseisundit heaks või pigem heaks veidi üle poole ning oma eluviise tervislikeks vaid veidi üle kolmandiku inimestest.

Suurimat haiguskoormust põhjustavaks haigusrühmaks on südame-veresoonkonnahaigused, mille kujunemisel mängib samas väga suurt rolli iga inimese tervisekäitumine (toitumine, alkoholi tarvitamine, suitsetamine ja kehaline aktiivsus). Võrreldes Lääne-Euroopa ja Põhjamaadega on südame-veresoonkonnahaiguste puhul Eesti eripäraks just neisse haigustesse jäämine ja suremine suhteliselt varases eas. Samadele tendentsidele ka teiste haigusrühmade puhul viitab tõsiasi, et enam kui pool kogu rahvastiku haiguskoormusest langeb Eestis produktiivses eas inimeste (vanuses 20–64 eluaastat) arvele.

Kasvajad on tervisekaotuse põhjusena südame-veresoonkonnahaiguste järel teisel kohal. Tuginedes nüüdisaegsetele teadmistele pahaloomuliste kasvajate tekkepõhjustest ja

ennetusest, on võimalik vältida ligi 40% uutest vähijuhtudest. Sellise tulemuse saavutamisel on oluline roll tervisekäitumuslikel valikutel, eriti seoses rahvastiku vananemise vähihaigustumust suurendava efektiga.

Vigastuste roll üldises haigestumises on erinevalt kahest eelmainitud haigusrühmast vähenenud, kuid põhjustatava haiguskoormuse järgi on siiski tegemist tähtsuset kolmanda haigusrühmaga. Sama kinnitab ka vigastussurmade arvu võrdlus ELi keskmisega – Eesti välditavate vigastussurmade arv on sellest üle nelja korra suurem, kusjuures ebanproportsionaalselt palju vigastusi esineb laste, noorte ja tööealiste inimeste seas.

Seni tagaplaanil olnud haigusrühmadest tõusevad üha enam esiplaanile vaimse tervise häired, psühhiaatrilised haigused ning nakkushaigused, viimased eelkõige HIV/AIDSi ja tuberkuloosi juhtude sagenemise tõttu. Eriti kiiret tervisekaotuse suurenemist on seostatud HI-viirusega, millega nakatumise juhtumeid oli 2007. aasta keskpaigaks registreeritud enam kui 6000. Sarnaselt kõigi teiste olulisemate haigusrühmadega on ka vaimse tervise seisundite ja HIV-nakkuse tekkes oluline roll inimeste riskikäitumisel, mille näiteks võib tuua alkoholi tugevat seost depressiooni ja enesetappudega ning narkomaania ja turvamata seksi seost HIV-levikuga.

### ***Keskkond ja tervis***

Rahvastiku tervist mõjutab oluliselt väljaspool inimorganismi asuv keskkond füüsikaliste, bioloogiliste, keemiliste, sotsiaalsete ja psühhosotsiaalsete teguritega, kusjuures mõju tervisele ilmneb sageli alles aastate pärast. Hinnanguliselt on kuni kolmandik rahvastiku tervisekaotusest otseselt seotud elu-, töö ja õpikeskkonnast tulenevate teguritega. Eelkõige mõjutavad keskkonnategurid lapsi, kusjuures alla 5-aastaste arvele langeb koguni 40% keskkonna negatiivsest tervisemõjust. Lisaks lastele on keskkonnamõjudele kõige vastuvõtlikumad veel rasedad ja vanurid.

Eestis on looduslik keskkond suhteliselt hästi säilinud. Kasutatava põhjavee looduslikest omadustest tingituna on mitmetes Eesti piirkondades probleeme joogivee kvaliteediga, eelkõige seoses kõrge radionukliidide, fluori ja raua sisaldusega joogivees.

Kindlasti tasub märkimist veel Kirde-Eesti põlevkivil põhinev elektritootmine ja keemiatööstus, mis samal ajal majandusliku olulisusega on ka oluliseks terviseriskiks piirkonnas. Regionaalsetest keskkonnatervise probleemidest on aastate jooksul üha olulisemaks muutunud õhusaaste mõju krooniliste hingamisteede haiguste, näiteks allergilise köha ja nohu tekkele eelkõige suuremates linnades. Näiteks 2005. aastal oli õhusaaste Tallinnas seotud hinnanguliselt kuni 296 surmajuhtumiga<sup>1</sup>.

Looduskeskkonna kõrval mõjutab inimese tervist oluliselt ka inimtekkeline tehiskeskkond, sealhulgas õpi- ja töökeskkond, mille tingimuste parandamine on võimalik tõhusa tervisekaitse- ja tööohutussüsteemi abil. Kui selline süsteem puudub, suureneb tööõnnetuste arv ja kutsehaigustesse haigestumine, mis omakorda toovad kaasa tööaja kaotuse ja töövõimetuse suurenemise. Eelmainitul on aga otsene negatiivne mõju kogu majandusele.

Viimaste aastate positiivseima suundumusena on Eestis elu-, töö- ja õpikeskkonna planeeringute (sh infrastruktuuri, linnade, elamurajoonide) koostamisel hakatud korraldama terviseriskide hindamisi. Samas tuleb tõdeda, et tegemist ei ole süstemaatilise tegevusega ning sellele ei ole järgnenud kulutõhususe analüüsi parimate keskkonnatervisealaste sekkumiste valikuks.

---

<sup>1</sup> Orru, H., Teinemaa, E., Lai, T., Kaasik, M., Kimmel, V., Tamm, T., Merisalu, E. (2007). Välisõhu kvaliteedi mõju inimeste tervisele Tallinna linnas – peentest osakestest tuleneva mõju hindamine. Tartu: Tartu Ülikool, Keskkonnaministeerium.  
[http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA\\_Tallinn\\_ohk\\_ARTH.pdf](http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA_Tallinn_ohk_ARTH.pdf)

### ***Tervise mõjud majandusele***

Tervise olulisust majanduse arengu jätkumiseks rõhutavad mitmed praegused strateegilised dokumendid, nagu riigi eelarvestrateegia (RES) aastateks 2008–2011 ja Eesti säästva arengu riiklik strateegia „Säästev Eesti 21” (SE21). Ka ELi strateegilistes dokumentides on rahvastiku tervis ja riigi majanduse areng seotud. Näiteks rõhutatakse Lissaboni strateegias vajadust parandada rahvastiku tervist, et seeläbi tagada võimalus majanduse arenguks.

Tervise ja majanduse vahelised seosed on väga laialdased: halb tervis vähendab töövõimeliste inimeste arvu ning töötavate inimeste töötundide arvu ja produktiivsust. Eestis on 6–7% potentsiaalsest tööjõust mitteaktiivsed haiguse, puude või vigastuse tõttu – kehv tervis vähendab tööturul osalemise tõenäosust meestel 40% ja naistel 30% võrra. Kokku langetab halb tervis Eesti sisemajanduse koguprodukti (SKP) 6–15%. Selle põhjuseks on praeguse toodangu vähenemine ja tulevikus tegemata töö. Praeguste tegevuste mõjud kumuleeruvad aastate jooksul, näiteks kui praegu õnnestuks langetada suremust 1,5% võrra, saaks 25 aasta pärast saadavat SKP-d isiku kohta tõsta 14% võrra. Suremuse ja haigestumise langetamise koosmõju ühiskonna arengule ja jõukuse kasvule on ootuspäraselt veelgi suurem.

Tervem tööjõud on ka paindlikum ning suudab paremini kohaneda muutuvate tingimustega ning tööjõu volavus väheneb. Ühtlasi paraneb kogu riigi võime reageerida üldistele majanduskeskkonna muutustele. Rahvastiku tervise paranemise positiivsed mõjud tööjõule ja riigi majandusele saavad mõistagi alguse juba lapseeas – parema tervisega lapsed puuduvad vähem koolist, paraneb nende õppimisvõime ning eeldatavasti on suurem ka nende panus teadmismahukate ja innovaatiliste majandusharude arendamisse.

## 5. Arengukava prioriteedid

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“ strateegiliseks valdkonna üldeesmärgiks on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Arengukava strateegilise valdkonna üldeesmärgi saavutamise prioriteedid ning nendest lähtuvalt ka vahendid on jagatud viie temaatilise valdkonna vahel, mis käsitlevad sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamist, lastele tervisliku ja turvalise arengu tagamist, tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna kujundamist, tervislike eluviiside soodustamist ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kindlustamist.

Kõikide nende temaatiliste valdkondade prioriteedid tuginevad ühele või enamale arengukava alusväärtusele, milleks on inimõigused, ühine vastutus tervise eest, võrdsed võimalused ja õiglus, sotsiaalne kaasatus, tõenduspõhisus ja rahvusvaheliste dokumentidega arvestamine.

Ühiskonna **sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste** esiletõstmine teadvustab kõigile ühiskonnaliikmetele, et nad on oodatud ja soovitud ühiskonna tegemistes ning otsustes osalema.

**Tervisliku ja turvalise arengu tagamine** lastele ning noortele annab neile võimaluse kasvada tervena ning saada ühiskonna tegusateks liikmeteks.

**Tervislik elu-, töö- ja õpikeskkond** on ühtviisi oluline nii lastele kui ka kõigile teistele ühiskonnaliikmetele. Puhas ja turvaline keskkond on alus, mis võimaldab inimestel kasutada maksimaalselt oma võimalusi nii üksikisiku kui ka ühiskonnana, ning keskkonnariskide vähendamine ja kõrvaldamine on seega esmatähtis.

Kui kolme eelneva valdkonna sisuks oli eelduste ning võimaluste loomine tervise arenguks, siis **tervislike eluviiside** puhul on peamiseks küsimuseks, kas ja kuidas me neid võimalusi kasutame. Seega on lisaks võimaluste loomisele vaja suurendada inimeste teadlikkust neist võimalustest, tervislikust käitumisest ja enda valikute tervislikkusest, et elada kauem, tervemana ning täisväärtuslikumalt.

Kõik tervist halvendavad tegurid ei ole kahjuks ärahoitavad võimaluste loomise ja isiklike valikute abil. **Tõhusa ja patsiendikeskse tervishoiusüsteemi** olemasolu ja selle pidev kohandamine muutuvate haiguste, võimaluste ja patsientide soovidega on seega rahvastiku tervise arengukava oluliseks osaks.

## 6. Arengukava eesmärk

**Strateegilise valdkonna üldeesmärk** – Tervena elatud eluiga on Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga on pikenenud meestel 75 ja naistel 84 eluaastani.

**Tabel 1.** Rahvastiku tervise arengukava strateegilise valdkonna üldeesmärk koos vaheeesmärkidega.

| Indikaator  | Baastase 2006  | Täitmine 2011 | Aasta 2012 | Aasta 2016 | Sihttase 2020 |
|---|----------------|---------------|------------|------------|---------------|
| Eeldatav eluiga sünnimomendil – mehed.<br>Allikas: Statistikaamet                           | 67,36          | 71,16         | 71,2       | 73         | 75            |
| Eeldatav eluiga sünnimomendil – naised.<br>Allikas: Statistikaamet                          | 78,45          | 81,09         | 81,1       | 82,5       | 84            |
| Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – mehed.<br>Allikas: Statistikaamet  | 48,0<br>(2005) | 53,9          | 56         | 57,5       | 60            |
| Tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga sünnimomendil – naised.<br>Allikas: Statistikaamet | 52,2<br>(2005) | 57,7          | 60,5       | 62,5       | 65            |

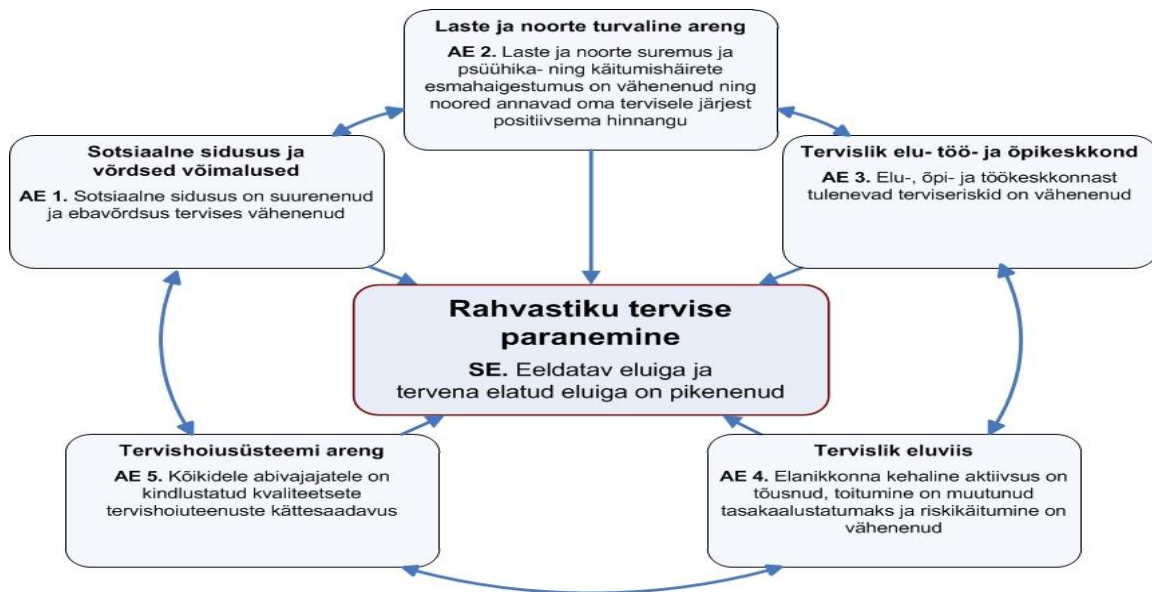
Nagu eespool osutatud, on lisaks rahvastiku tervise arengukava strateegilisele valdkonna üldeesmärgile kirjeldatud ka viit eesmärgi saavutamise seisukohast olulisemat temaatilist valdkonda koos prioriteetidega ja valdkonnaspetsiifiliste alaeesmärkidega, nagu on kujutatud joonisel 1 A. Samuti on joonisel 1 näha, et hoolimata valdkondade eristamisest rahvastiku tervise arengukavas, moodustavad need siiski suurte vastastikuste mõjude ja läbivate teemade tõttu ühtse terviku.



**Joonis 1.** Perioodi 2009-2012 Rahvastiku tervise arengukavas kajastuvad prioriteetsed valdkonnad ja strateegilised eesmärgid koos üldeesmärgiga.

SE – valdkonna strateegiline eesmärk

ÜE – rahvastiku tervise arengukava üldeesmärk

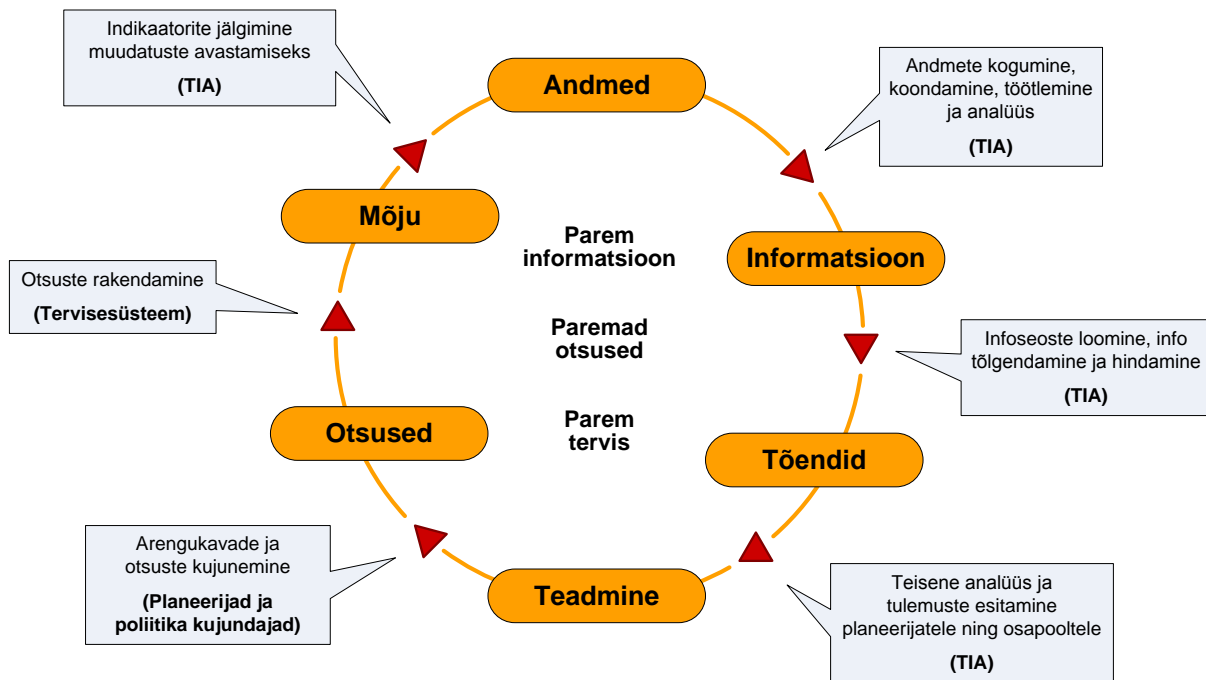


**Joonis 1 A** Perioodi 2013-2016 Rahvastiku tervise arengukavas kajastuvad prioriteetsed valdkonnad ja alaeesmärgid koos strateegilise üldeesmärgiga.

SE – strateegiline valdkonna üldeesmärk  
AE – alaeesmärk

## 7. Rahvastiku tervise muutuste jälgimise süsteem

Rahvastiku tervise jälgimiseks ning ennetustegevuste ja teenuste planeerimiseks on vaja head ülevaadet kõigist nendest ning mitmetest teistest teemadest. Ülevaade seire- ja hindamissüsteemi ülesehitusest on esitatud joonisel 2.



**Joonis 2.** Terviseandmete kogumise ja süstematiseerimise ning nende alusel tegevuste planeerimise süsteemi ülesehitus.

TIA – Tervise info ja analüüs

Seiresüsteemi abil kogutakse andmeid erinevate rahvastikurühmade tervisliku seisundi, toimunud muutuste, aga ka tehtud sekkumiste kohta. Lisaks andmete kogumisele kirjeldatakse seiresüsteemi ülesannetena ka näiteks andmete korrastamist, säilitamist ning esmast analüüsi. Nende tegevuste puhul on raskeimaks ja suurimaks ülesandeks tagada kogutavate andmete kvaliteet ja erinevate andmeallikate võrreldavus. Näiteks kas korduvad rahvastiku tervisekäitumise uuringute küsimused tõepoolest mõõdavad soovitud käitumuslikke malle ning kas aastate jooksul on mõõdetud samu käitumisharjumusi. Sealjuures peavad kogutavad andmed olema piisavalt detailsed, et võimaldada sotsiaalsete rühmade ja piirkondlike erinevuste võrdlust.

Eesti rahvastiku tervise arengukava tulemuste jälgimiseks kasutatakse eelkõige muutumatu regulaarsusega uuendatavaid andmeallikaid ja uuringud. Regulaarsetest uuringutest on olulisemad näiteks iga-aastased tervishoiuteenuste kasutajate rahulolu-uuringud, kaheaastase intervalliga toimuv Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring (ETETU), iga nelja aasta tagant toimuvad koolilaste uuringud (HBSC ja ESPAD) ning veelgi pikema intervalliga korraldatav Eesti terviseuuring (ETU). Väljaspool tervisevaldkonda toimuvatest uuringutest üks olulisemaid on leibkonna eelarve uuring (LEU), millele tuginevad mitmed Eesti tervishoiusüsteemi ning patsientide tervishoiukulutusi jälgivad indikaatorid. Jooksvalt täiendatavate andmeallikate hulka kuulub enamik rutiinstatistikat, nagu suremusandmed surmaregistris ja tulevikus ka haigestumusstatistika e-tervise infosüsteemis.

Andmete kogumine on esmatähtis, kuid nendest reaalse kasu saamiseks on vaja luua erinevate andmestike vahel infoseosed, tõlgendada andmeid ning esitada üldkasutatavaid tulemusi. Nii koostatakse arengukava rakendamise jooksul regulaarselt ülevaateid tehtud tegevustest ning saavutatud tulemustest, mille alusel on võimalik vajadust mööda suunata arengukava järgnevate perioodide tegevusi.

Samas moodustavad rahvastiku tervise arengukava mõjude jälgimiseks tehtavad tegevused ühe osa laiemast sekkumiste ja poliitikate mõjude ning tervisesüsteemi toimivuse hindamise süsteemist. Poliitikate mõjude hindamise süsteemi täiendamine ning ühtlustamine on praegusel ajal üks olulistest protsessidest Eestis ning samavõrra oluline on, et uuendatud mõjude hindamise süsteemi raames hinnataks kõikide uute poliitikate mõjusid tervisele, hoolimata nende rakendamise peamisest valdkonnast.



## 8. Arengukava koostamisel osalenud isikud

Rahvastiku tervise arengukava koostamiseks moodustatud töörühmade töös ning arengukava valmimisel osalesid paljud oma ala spetsialistid, keda siinkohal täname.

|                       |                       |                         |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Aira Varblane         | Jelena Tomasova       | Monika Sarapuu          |
| Airi Värnik           | Kadi Katharina - Viik | Moonika Viigimäe        |
| Aljona Kurbatova      | Kairi Kilp            | Natalia Kerbo           |
| Anne Rähn             | Kaja Kuivjõgi         | Natalja Jedomskihh-Eigo |
| Anneli Susi-Persidski | Kati Karelson         | Oliver Kruuda           |
| Annika Soa            | Katrin Karolin        | Ott Roots               |
| Diana Ingerainen      | Katrin Lõhmus         | Reet Pruul              |
| Eha Anslan            | Kristel Ojala         | Rita Pihl               |
| Eha Samra             | Kristi Rüütel         | Sergei Bogovski         |
| Elo Paap              | Krystiine Liiv        | Sirje Tihhanov          |
| Ene Tomberg           | Kädi Lepp             | Sirje Vaask             |
| Hede Kala             | Lagle Suurorg         | Taavi Lai               |
| Heidi Gil             | Leelo Männik          | Tiia Pertel             |
| Helen Trelin          | Liana Värava          | Tiina Paldre            |
| Heli Laarmann         | Liis Rooväli          | Tiina Ristimäe          |
| Helvi Tarien          | Maila Kuusik          | Toomas Veidebaum        |
| Iisi Saame            | Mairi Kaha            | Triinu Tikas            |
| Ille Allsaar          | Mare Ruuge            | Triinu Täht             |
| Inga Villa            | Marge Reinap          | Tõnu Seil               |
| Ingrid Tilts          | Mari Laan             | Urmas Sule              |
| Inna Vabamäe          | Marina Karro          | Ööle Janson             |
| Irma Nool             | Maris Salekešin       | Ülla-Karin Nurm         |
| Ivar Raik             | Martin Kadai          | Üllar Lanno             |
| Ivi Normet            | Mihkel Kübar          | Ülle Rüüson             |
| Jaan Kiviall          | Mikk Jürisson         |                         |

### **Oma esindajate kaudu osalesid rahvastiku tervise arengukava koostamisel järgmised asutused, mille panust siinkohal samuti tunnustada soovime:**

Eesti Haigekassa Minister Urve Palo büroo  
Eesti Linnade Liit Peaministri büroo  
Haridus- ja Teadusministeerium Põllumajandusministeerium  
Justiitsministeerium Rahandusministeerium  
Kaitseministeerium Siseministeerium  
Keskkonnaministeerium Sotsiaalministeerium  
Kultuuriministeerium Tartu Ülikooli tervishoiu instituut  
Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium Õiguskantsleri Kantselei

## 9. Seosed teiste arengukavadega

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” koondab paljusid olemasolevaid või loodavaid strateegilisi dokumente. Kõigi käesolevas arengukavas viidatavate programmide, strateegiate ja arengukavade ühendavaks lüliks on rahvastiku tervis. Allpool nimetatud strateegiate ja arengukavade täpsemad seosed rahvastiku tervise arengukava ja selle strateegiliste valdkondadega on lähemalt käsitletud rahvastiku tervise arengukava alusdokumentides.

Sotsiaalministeerium

- Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015

Esmatasandi tervishoid on oluline tervishoiu valdkond, mille toimimisel on määrav roll tervishoiusüsteemi peamiste eesmärkide – rahva parema tervise ja ühiskonna ootustele vastavuse – saavutamisel esmavajalike teenuste osutamise kaudu, sealhulgas haiguste ja nende tüsistuste ennetamise ning inimese tervise edendamise kaudu. Arengukava eesmärk on arendada nii esmatasandi põhiteenuseid (perearstija -õteenus, kodune õendusabiteenus, füsioteraapiateenus, ämmaemandusabiteenus ja koolitervishoiuteenus) kui ka võrgustikku kuuluvaid teenuseid (kiirabi-, statsionaarse hooldusravi teenus, töötervishoiuteenus, hambaraviteenus, apteegiteenus, vaimse tervise õe teenus jms).

- Haiglavõrgu arengukava kuni 2015 (Eesti haiglavõrgu arengukava 2002)

Haiglavõrgu arengukava eesmärk on tagada eriarstiabi ühtlane kättesaadavus. Selleks kehtestab Vabariigi Valitsus haiglate loetelu ning vajalikud investeeringud loetelus nimetatud haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks. Eesti Haigekassa ülesanne on sõlmida haiglate loetelus nimetatud haiglatega tervishoiuteenuste ostmise lepingud vähemalt viieks aastaks.

- Hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015

Hooldusravi arengukava määrab kindlaks teenused haigetele, kes kulukat ja kõrgtehnoloogilist aktiivravi enam ei vaja. Arengukava eesmärgiks on parandada nii ambulatoorse kui ka statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning kasutada ravikindlustuse vahendeid eesmärgipäraselt.

- Lapse õiguste tagamise strateegia (lõppenud)

Strateegia alusel viiakse ellu üldiseid laste tervist, arengut ja heaolu toetavaid tegevusi, kavandatakse ka tegevused erilist tähelepanu (vaesuses või vaesusriskis elavad lapsed; puudega, erivajadustega lapsed; vähemusrühmadesse ja/või teistesse marginaalsetesse rühmadesse kuuluvad lapsed; vanemliku hoolitsuseta lapsed). Sotsiaalselt tõrjutud laste seas on sagedane riskiv käitumine, mis viib ka tervisenäitajate halvenemiseni. Hariduslikud, majanduslikud ja sotsiaalsed tegurid on olulised rahvastiku tervise ning tervisekäitumise mõjutajad. Nendest teguritest tingitud ning laste ja noorte tervises avalduva ebavõrdsuse vähendamine aitab kaasa rahvastiku tervise paranemisele tervikuna. Seetõttu aitab lapse õiguste tagamise strateegia ellu viia rahvastiku tervise arengukavas, eeskätt laste ja noorte tervise valdkonnas seatud eesmärgid. Strateegia toetab ka ÜRO lapse õiguste konventsioonis sätestatud, sh tervise kaitse tagamisele suunatud kohustuste täitmist.

- Laste ja perede arengukava 2012–2020

Arengukava peaesmärk on laste ja perede heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sündi. Peaesmärgi saavutamiseks toetatakse Eesti ühiskonna jätkusuutlikkust läbi teadmispõhise ja ühtse perepoliitika ning paranda-takse laste elukvaliteeti ja tulevikuväljavaateid läbi positiivse vanemluse toetamise. Peredele püsiva kindlustunde loomiseks luuakse perede adekvaatset majanduslikku toimetulekut toetav kombineeritud toetuste ja teenuste süsteem. Soodustamiseks kvaliteetset ja iga pereliikme vajadustele vastavat igapäeva elu, luuakse meestele ja naistele võrdsed

võimalused töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks. Lapse õiguste tagamiseks luuakse toimiv lastekaitseüsteem, et väärtustada ühiskonnas iga last ja tema arengut ning heaolu toetavat turvalist keskkonda.

- Lähisuhtevägivalla ennetamise arengukava (koostamisel)

*Sotsiaalministeeriumi haldusalas eelnimetatud arengukava ei valminud, Justiitsministeerium koostas Vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010–2014.*

Arengukava eesmärk on kujundada ühtselt koordineeritud poliitika lähisuhtevägivalla ennetamiseks ja tõkestamiseks ning ühtlustada valdkonna arengusuunad Euroopa Liidu ja ÜRO poolt seatud eesmärkidega. Lähisuhtevägivalla all mõeldakse paari- ja peresisest vägivalda, mis väga paljudel juhtudel mõjutab peres kasvavaid lapsi. Peresisese vägivalla ennetamine loob võimalused laste turvaliseks arenguks, mis omakorda toetab vastutustundliku teadliku tervisekäitumise kujunemist. Seega toetab strateegia rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide saavutamist. Strateegia raames kavandatakse teenuste arendamine ning kättesaadavuse tagamine lähisuhtevägivalla pooltele; edendatakse inimeste teadlikkust lähisuhtevägivallaga seotud küsimustes, suurendatakse spetsialistide kompetentsi.

- Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015

Kõik strateegia alamvaldkondade meetmed aitavad kaasa rahvastiku tervise arengukava üldeesmärgi saavutamisele, pikendades inimeste eluiga enneaegse vähktõve suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Vähktõve ennetamise üheks strateegiliseks eesmärgiks on saavutada püsiv positiivne muutus rahvastiku tervisekäitumises (sh inimeste oskuse teha tervislikke valikuid suurendamine, suitsetamise vähendamine, alkoholi tarvitamise vähendamine jne). Strateegia ennetustegevused on suunatud haridusasutustes tehtavale teavitustööle alkoholikahjude kohta, tubakatoodete tarvitamise vähendamisele noorte seas, passiivse suitsetamise vältimisele, suitsetajate abistamisele tubakast loobumisel jne. Tervisliku toitumise soodustamiseks korraldatakse tootjatele, toitlustajatele ja inimestele teavitussüritusi toiduvalmistamise tehnoloogia kohta.

- Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 (strateegia tegevused on integreeritud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaani 2013–2016)

Kogu strateegia aitab kaasa rahvastiku tervise arengukava üldeesmärgi saavutamisele, piirates HIV-nakkuse levikut ning tagades AIDSi haigestunud inimestele kvaliteetse ravi. Strateegia üldeesmärk on saavutada püsiv langustendents HIV-nakkuse levikus. Seejuures on eesmärgiks aastaks 2015 uute HIV-nakkuse juhtude arvu vähenemine 100 000 inimese kohta 20-ni ning strateegia tegevuste abil ära hoida epideemia laienemine (st HIV-nakatanud rasedate osakaal kõigist rasedatest peab jääma alla 1%). Tegevusvaldkonnad HIV-epideemia leviku peatamiseks ning epideemia mõjude leevendamiseks on järgmised: ennetustegevus erinevate sihtrühmade seas, HIVtestimine ja nõustamine; HIV-nakkusega ja AIDSi haigestunud inimestele suunatud ennetus, ravi ja hoolekanne; seire, monitooring ja hindamine ning inim- ja organisatoorse ressursi arendamine.

- Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 (strateegia tegevused on integreeritud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaani 2013–2016)

Nimetatud strateegia on riiklik multidistsiplinaarne pikaajaline narkootikumidevastase võitluse strateegia, mis tervikuna on suunatud isikule tekitatud psühholoogiliste, sotsiaalsete ja füüsiliste kahjude vähendamisele. Strateegia käsitleb komplekselt nii narkootikumide nõudluse poolt (ennetus, ravi, rehabilitatsioon) kui ka pakkumise poolt (erinevate jõustruktuuride tegevus: politsei, toll, piirivalve), hõlmates kuut valdkonda: ennetamine, ravi ja rehabilitatsioon, kahjude vähendamine, pakkumise vähendamine, narkootikumid vanglas ja uimastiolukorra seire.

- Riiklik tuberkuloositõrje strateegia aastateks 2008–2012 (strateegia tegevused on integreeritud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaani 2013–2016)

Tuberkuloos on rahvastiku tervise arengukava kontekstis oluline kõikides selle temaatilistes valdkondades. Sotsiaalselt vähekindlustatutel on suurem risk haigestuda tuberkuloosi, mis omakorda suurendab teiste ühiskonnarühmade ja eriti laste haigestumise riski. Suurenenud haigestumine seab lisakoormuse tervishoiusüsteemile.

- Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020 (strateegia lõpetatud ennetähtaegselt, tegevused on integreeritud Rahvastiku tervise arengukavasse 2009–2020)

Strateegia üldesmärgiks on saavutada rahvastiku varajase haigestumise ja suremuse püsiv langustendents südame- ja veresoonkonnahaigustesse, mistõttu aitavad kõik strateegias rakendatavad meetmed kaasa inimeste eluea pikenemisele. Strateegia viiakse ellu viie strateegilise valdkonna kaudu, mis käsitlevad SVH peamisi mõjureid. Need on kehaline aktiivsus, toitumine, suitsetamine, tervishoid, teabelevi ja paikkonna suutlikkuse tagamine. Üldprintsipiis on strateegia suunatud rahvastiku toitumis- ja liikumisharjumuste parendamisele ning suitsetamisest loobumisele. Tegevuste üheks osaks on kõrge riskigrupiga inimeste sõeluuring ning tervislikumate eluviiside alane nõustamine, samuti perearstide, pereõdede ja tervisetubade tervisedendajate koolitamine. Korraldatavad tegevused on suunatud ühelt poolt inimeste hoiakute, tõekspidamiste ja väärtushinnangute kujundamisele ning teiselt poolt tervist toetava keskkonna loomisele.

- Viljatusravi toetamine 2007–2010 (lõppenud)

Dokument kajastab viljatusega seotud olukorra hetkeanalüüsi, strateegilisi eesmärke ja meetmeid, mis on suunatud nii viljatusest tingitud tagajärgede leevendamisele (lastetutele paaridele kunstliku viljastamise võimaluste loomine), viljatuse põhjuste teadasaamisele (uuringud, statistika) ning viljatuse põhjuste ennetamisele (avalikkuse teavitamine vastutustundliku seksuaalkäitumise kujundamiseks; noortele suunatud ennetavate ja tervisedenduslike seksuaalterviseteenuste pakkumine jm). Seega toetab arengukava rahvastiku tervise arengukavas reproduktiiv- ja seksuaaltervise valdkonnas seatud eesmärkide saavutamist.

- Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010–2013 (strateegia tegevused on integreeritud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaani 2013–2016)

Käesoleva strateegia eesmärk on muuta töökeskkond töötaja tervist hoidvaks. Strateegia alaeesmärkida alla kuuluvad: töötajate tervise ja töövõime säilitamine ja edendamine; töökeskkonna parendamine nii, et oleks võimalik töötada tervist ohustamata; juhtimissüsteemi ja töökorralduse arendamine suunas, mis toetab tööohutust ja töötervishoidu, edendab ettevõttes positiivset psühhosotsiaalset mikrokliimat ja loob eelduse töö tootlikkuse suurendamiseks. Tervist toetava töökeskkonna arendamine ja töökeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine on kajastatud RTA elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamise peatükis.

Riigikantselei

- Eesti Euroopa Liidu poliitika 2011–2015 (Eesti Euroopa Liidu poliitika 2007–2011)

Poliitikadokumendi eesmärgiks on määratleda peamised põhimõtted, millest valitsuse Euroopa Liidu poliitika lähtub. Dokumendis määratakse kindlaks, millises suunas Eesti tahab Euroopa Liidu arengut suunata, millised on Eesti tegevuse eesmärgid ja huvid ning valitsuse seisukohad olulisemates ELi poliitikavaldkondades, milleks on tervishoiuteenus, tööohutus ja töötervishoid, e-tervis, keskkonnakaitse, toit jms.

- Vabariigi Valitsuse 2007.–2011. aasta tegevusprogramm

See on koostatud "Valitsusliidu programmi aastateks 2007–2011" elluviimiseks. Seni Vabariigi Valitsuse töö planeerimise aluseks olnud tööplaani eraldi ei koostata, sest tegevusprogrammiga kavandatakse valitsuse tegevus järgneviks neljaks aastaks. Kuna tegevusprogrammi on vajaduse korral võimalik igal aastal täiendada, ei ole üheaastase tööplaani koostamine otstarbekas.

- Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2011–2015

Eesti Reformierakonna ning Isamaa ja Res Publica Liidu koalitsioonilepingu elluviimiseks on koostatud „Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2011–2015“. Tegevusprogrammi uuendatakse kord aastas, kui pärast esmaste tegevuste täitmist lisatakse tegevusprogrammi valitsusliidu eesmärkide täitmiseks vajalikke jätkutegevusi.

- Eesti säästva arengu riiklik strateegia „Säästev Eesti 21“

Säästev areng on sotsiaal-, majandus- ja keskkonnavaldkonna pikaajaline sidus ja kooskõlaline arendamine, mille eesmärgiks on inimestele kõrge elukvaliteedi ning turvalise ja puhta elukeskkonna tagamine täna ja tulevikus. RTAs kirjeldatud meetmed elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamiseks on seatud samade eesmärkide saavutamiseks.

#### Rahandusministeerium

- Riiklik struktuurivahendite kasutamise strateegia 2007–2013

Strateegia määrab kindlaks üldise strateegilise lähenemise struktuuritoetuste kasutamisele. Struktuurivahendite strateegia põhjal on koostatud selle elluviimiseks valdkondlikud rakenduskavad (*operational programmes*), millega määratakse kindlaks täpsemalt struktuurivahenditest rahastatavad tegevused aastateks 2007–2013 ja nende finantsplaan. Rahvastiku tervise arengukavaga on seotud kolm rakenduskava: - inimressursi arendamise rakenduskava prioriteetne suund „Pikk ja kvaliteetne“ tööelu;

- majanduskeskkonna arendamise rakenduskava prioriteetne suund „Infoühiskonna edendamine“;
- elukeskkonna arendamise rakenduskava prioriteetne suund „Tervishoiu ja hoolekande infrastruktuuri arendamine“.

#### Keskkonnaministeerium

- Eesti keskkonnastrateegia aastani 2030

Keskkonnastrateegia aastani 2030 määrab kindlaks pikaajalised arengusuunad kogu elukeskkonna hea seisundi hoidmiseks. Elukeskkonna hea seisund on seatud eesmärgiks ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamise peatükis.

- Kiirgusohutuse riiklik arengukava 2008–2017

Kiirgus on üks inimese tervist ohustav tegur. Kiirgusohutuse tagamine inimese ja keskkonna kaitseks on seatud eesmärgiks nii riiklikus kiirgusohutuse arengukavas kui ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonnas terviseriskide vähendamise peatükis.

#### Siseministeerium

- Kodanikualgatuse toetamise arengukava 2007–2010 (lõppenud)

Arengukava sätestab riigi peamised tegevussuunad kodanikuühiskonna arengu toetamisel, osalusdemokraatia edendamisel ning avaliku ja kolmanda sektori koostöö arendamisel, mida rahvastiku tervise arengukava käsitleb meetmena ühe olulisima tervisemõjuri, sotsiaalse sidususe arendamisel. Arengukava keskendub viiele strateegilisele eesmärgile: avaliku sektori pädevus ja võimekus organisatsioonide ja aktiivsete kodanikega koostöö tegemisel; kolmanda sektori riigipoolse rahastamise põhimõtete ühtlustamine erinevates ministeeriumides ja teistes riigiasutustes; kodanikeühenduste kaasamine otsustusprotsessidesse; efektiivne infovahetus avaliku, era- ja kolmanda sektori vahel; kodanikualgatuse soodustamine teadlikkuse suurenemise ja toetava keskkonna kaudu. Arengukava panustab paikkondade sotsiaalse suutlikkuse arengusse, arendades kodanikualgatuse maakondlikke tugistruktuure.).

- Kodanikuühiskonna arengukava 2011–2014

Valdkonna arengukava eesmärgiks on tagada soodsad tingimused kodanikualgatuseks ja kodanikuühiskonna organiseerumiseks ning osapoolte partnerluse tugevdamiseks järgmistes prioriteetsetes tegevussuundades: kodanikuharidus; kodanikuühiskonna ja –algatuse organiseerumine ja võrgustikud; heategevus ja filantroopia (vabatahtlik tegevus ja annetamine); kaasamine; kodanikeühendused kui partnerid avalike teenuste osutamisel; kodanikeühenduste riigieelarveline rahastamine; kodanikuühiskonna arengu hindamiseks vajalik statistika ja uurimusteave.

- Eesti regionaalarengu strateegia 2005–2015

*Koostamisel (21.06.2012 Valitsuse korraldus nr 260) on Eesti regionaalarengu strateegia 2020.*

Arengukava käsitleb Eesti piirkondlikult tasakaalustatud arengu ja selle soodustamise võimalusi koos eesmärkidega. Rahvastiku tervise seisukohalt on tasakaalustatud piirkondlik areng äärmiselt oluline, kuna puudujäägid selles valdkonnas võivad tähendada tervishoiuteenuste halvemat kättesaadavust mingile osale rahvastikust ning piirkondlikud erinevused sissetulekutes võivad asetada osa rahvastikust ebasoodsamasse olukorda ka tervisekäitumuslike valikute tegemisel. Samuti on piirkondliku arengu küsimused tihedalt seotud sotsiaalse sidususe ja võrdsusega, mida käsitleb rahvastiku tervise arengukava esimene temaatiline valdkond.

- Üleriigiline planeering "Eesti 2010" (lõppenud)

Põhirõhk on tasakaalustatud ja jätkusuutliku ruumilise arengu kontseptsiooni kujundamisel. Turvalise ja inimese tervisele ohutu elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine on seatud eesmärgiks ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis.)

- Üleriigiline planeering "Eesti 2030+"

Põhirõhk on tasakaalustatud ja jätkusuutliku ruumilise arengu kontseptsiooni kujundamisel. Turvalise ja inimese tervisele ohutu elu-, töö- ja õpikeskkonna tagamine on seatud eesmärgiks ka RTA elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis.

- Siseturvalisuse arengukava aastateks 2009–2013 (arengukava ei koostatud)

Arengukava eesmärk on sisejulgeoleku mõiste täpsem määratlemine nii, et see oleks üheselt mõistetav nii Siseministeeriumi valitsemisalas kui ka sidusrühmadele. Ühiskonnas peab tekkima arusaam laiapõhjalisest sisejulgeolekukäsitlusest ja sellega seotud mõistetest. Sisejulgeoleku lahutamatuks osaks on tervisekaitse ja tervishoiusüsteem.)

- Eesti turvalisuspoliitika põhisuunad aastani 2015

Turvalisus on paljude kaasabil loodav ühiskonna seisund, milles inimene tunneb ennast kaitstult ja on tagatud tegelik ohutu elukeskkond, vähendades tõenäosust sattuda ohuolukordadesse, suurendades võimekust ohule reageerida ja leevendada ohu realiseerumisel tekitatud kahju. Korrarikumisi ei ole võimalik vältida või märgatavalt vähendada üksnes täidesaatva riigivõimu abil, turvalise elukeskkonna loomisesse tuleb kaasata ka elanikud, kohalikud omavalitsused, majandusringkonnad ja ühiskondlikud organisatsioonid. Rõhutatud on viite turvalisuspoliitika põhimõtet: igaühe vastutus, kaasamine, koostöö, ennetus ja pikaajaline planeerimine. Põhimõtete ellurakendamiseks on seatud kaheksa turvalisuspoliitika põhisuunda: turvalisem tunne, ohutum liiklus, tuleohutum elukeskkond, kaitstum vara, vähem õnnetusi, turvalisem riik, kiirem abi ning tõhusam turvalisuspoliitika.

Haridus- ja Teadusministeerium

- Noorsootöö strateegia 2006–2013

*Koostamisel (6.12.2012 Valitsuse korraldus nr 502) on Noortevaldkonna arengukava 2014–2020.*

Strateegias riskiva käitumisega noorte arengu toetamiseks kavandatud tegevused loovad eeldused ka noorte tervisekäitumise edendamiseks ning riskivast käitumisest tingitud tervisehäirete ennetamiseks. Noorte teavitamis- ja nõustamisteenuste kvaliteedi ja integreerituse saavutamisele suunatud tegevused toetavad noorte teadlikkuse ja toimetuleku kujunemist. Nõustamisteenused võimaldavad noortel langetada nende elu puudutavaid teadlikke otsuseid. See omakorda loob eelduse ka vastutustundliku tervisekäitumise kujunemiseks ning toetab seega rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide saavutamist.

- Üldharidussüsteemi arengukava aastateks 2007–2013

Arengukava alusel luuakse võimalused iga õppija arengu toetamiseks ning isiklikus, töö- ja ühiskonnaelus tarvilike teadmiste, oskuste, väärtushinnangute ja valmisolekute kujunemiseks ning pannakse alus elukestvatele õppele. Arengukava toetab lapse koolivalmiduse kujunemist ning sujuvat kohanemist koolis, luues võimalused koolieelse eelõpetuse saamiseks. Head toimetulekut koolis toetavad ka laste arenguliste erivajaduste varajasele märkamisele suunatud tegevused. Oluliselt toetab rahvastiku tervise arengukava eesmärkide saavutamist üldharidussüsteemi arengukavas kavandatud üldhariduskoolist väljalangemist ennetav meede. Haridustase ja tervisekäitumine on omavahel seotud. Õppekavade arendus toetab ka Tervisekasvatuse kvaliteedi edendamist ning vastamist nüüdisaegsetele tervisekasvatuse nõuetele. Pedagoogide motiveeritusele ning professionaalsele arengule suunatud meetmed aitavad edendada kooli psühhosotsiaalset keskkonda ning kujundada enam sotsiaalset, arendavat ja toimetulekut soodustavat dialoogi õpetajate ja õpilaste vahel. Arengukava näeb ette võimalused ka kooli füüsilise keskkonna uuendamiseks. Kõik eelmainitud tegevused ja arengukava tervikuna mõjutavad rahvastiku tervise kujunemist alates lapse- ja noorukieast ning seetõttu toetab arengukava rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide saavutamist.

- Koolikiusamist ennetav programm "Turvaline kool"

Programm aitab ellu viia rahvastiku tervise arengukava strateegilist eesmärki tagada lastele ja noortele tervislik ja turvaline arengukeskkond vägivalla ja vigastuste ennetamise ning vaimse tervise edendamise kaudu. Kool on keskkond, kus tervisedenduslikud sõnumid jõuavad suure sihtrühmani, samas võib koolikeskkonnas avalduv vägivaldne käitumine olla tervise riskiteguriks. Vägivaldse käitumise ennetamine ja toetava ning arendava psühhosotsiaalse keskkonna edendamisele suunatud programm toetavad rahvastiku tervise arengukavas seatud eesmärkide elluviimist.

Põllumajandusministeerium

- Eesti maaelu arengu strateegia 2007–2013

Eesti maaelu arengukava 2007–2013 on suunatud Eesti, muu hulgas ka maapiirkondade ja paikkondade elukvaliteedi parandamisele. Arengukava koostades on arvestatud Eesti maaelu omanäolisust. Rahvastiku tervise arengukava elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis antakse soovitusi kohalikele omavalitsustele paikkondade elukvaliteedi parandamiseks.

- Põllumajandusministeeriumi valitsemisala arengukava 2009–2012 (lõppenud)

Järelevalve arendamise ja tõhustamise meetme raames tagatakse toiduohutuse täitmine, mille üks eeldus on efektiivselt toimiv toidu ja alkoholi järelevalve süsteem. Tagatakse vajalike andmekogude regulaarne täiendamine (sh järelevalve ja seireprogrammide tulemused ning toidutarbimise andmed), mille alusel tehakse riskianalüüse ja otsuseid vajalike normide kehtestamise kohta. Info kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamise meetme raames teavitatakse tarbijat ja toidukäitlejat soovituslikest normatiividest.

Kultuuriministeerium

- Liikumisharrastuse strateegiline arengukava 2006–2010 (lõppenud)

Liikumisharrastuse arengukava täidab tervikuna rahvastiku tervise arengukava eesmärki. Arengukava eesmärk on kaasa aidata liikumisaktiivsuse suurendamisele ning paremate võimaluste loomisele igapäevaseks spordiga tegelemiseks. Eesmärgiks on regulaarse liikumisharrastusega tegelejate arvu suurendamine 2010. aastaks 45%ni rahvastikust. Arengukavas on seatud põhieesmärgiks suurendada liikumisharrastuse võimalusi ja vorme. Arengukava koosneb järgmistest põhitegevusvaldkondadest: sportimispaigad, tervisesportlaste arstiabi, infoteenindus ja nõustamine, koolitus, infomaterjalide koostamine ja levitamine harrastajatele, liikumisharrastuse korraldamine, liikumisharrastuse suhtekorraldus- ja edenduskava.

- Liikumisharrastuse arengukava aastateks 2011–2014

Arengukava üldeesmärk on aastaks 2014 tegeleb 45% elanikkonnast regulaarselt liikumisharrastusega. Elanikkonna märksa ulatuslikum kaasamine liikumisharrastusse on kompleksne ülesanne, mille lahendamise edukus sõltub nii objektiivsetest tingimustest (spordirajatised, treeninguvahendid, kompetentne isikkoosseis, organisatsiooniline süsteem, koolitus, infosüsteem jms) kui ka subjektiivsetest teguritest (inimeste hoiakud ja sportimise väärtuselised aspektid). Arengukavas seatud eesmärgi saavutamine on institutsiooniliselt mitme ametkonna ülesanne, mida saab täita erinevate ministeeriumide, spordiorganisatsioonide, erasektori ja teiste institutsioonide koostöös

- Eesti lõimumiskava 2008–2013 (Valitsuse 11.06.2009 korraldusega nr 236 on minister Urve Palo büroo asemel üldvastutajaks lõimumiskava eest Kultuuriministeerium)

Koostamisel (11.10.2012 Valitsuse korraldus nr 432) on Lõimuv Eesti 2020.

Riiklik programm on tegevuskava valitsusasutustele ja teistele institutsioonidele. Integratsioonipoliitika üldesmärgiks on sidusa ühiskonna tekkimine, milles ühiste huvide, sotsiaalsete institutsioonide ja väärtuste kõrval on loodud võimalused vähemustele nende kultuurilise eripära säilitamiseks. Lõimumiskava sotsiaalmajandusliku integratsiooni peatükis käsitletakse meetmeid mitte-eestlaste riskikäitumise vähendamiseks ja tervislike valikute suurendamiseks.

Justiitsministeerium

- Alaealiste kuritegevuse vähendamise arengukava aastateks 2007–2009 (lõppenud)

Arengukava üldesmärgiks on vähendada alaealiste kuritegevust, sh alaealiste korduvõigusrikkumisi, ning parandada alaealiste seas tehtavat ennetustööd. Alaealiste kuritegevuse vähendamise arengukava raames tegeletakse kuriteoennetusele suunatud sotsiaalsete ja hariduslike meetmetega, alaealiste komisjonide töö tõhustamisega ning alaealiste õigusrikkujate resotsialiseerimisprogrammide arendamisega.

- Inimkaubanduse vastu võitlemise arengukava 2006–2009 (lõppenud)

Arengukava eesmärgiks on suurendada rahvastiku teadlikkust inimkaubandusest, sellega seonduvatest ohtudest ning selle ennetamise võimalustest. Arengukava oluliseks osaks on lastele ning noorukitele suunatud teavitustegevused, mis suurel määral seonduvad rahvastiku tervise arengukavas käsitletava laste ja noorukite üldise riskikäitumise vähendamisega.

- Kriminaalpoliitika arengusuunad 2018



Kriminaalpoliitika eesmärgiks on ühiskonna turvalisuse tagamine süütegude ennetamise ja nendele reageerimise, süütegudega tekitatud kahju vähendamise ning õigusrikkujatega tegelemise kaudu. Kriminaalpoliitika esmasteks eesmärkideks on korduvkuritegevuse ning alaealiste kuritegevuse ennetamine. Alaealiste kuritegevuse ennetamine võimaldab ära hoida kuritegusid täiskasvanueas; korduvkuritegevuse ennetamine vähendab kuritegude arvu ning kuriteoohvriks langemise riski. Kuna ühiskonnale tekitavad kõige suuremat kahju organiseeritud kuritegevus, sealhulgas majandus-, korrupsiooni-, küber- ja inimkaubanduse kuriteod, ning isikuvastased kuriteod, sealhulgas perevägivald, siis tuleb kõrgendatud tähelepanu pöörata nimetatud kuritegude ennetamisele ning neile reageerimisele.

- Vägivalda vähendamise arengukava aastateks 2010–2014

Vabariigi Valitsuse kinnitatava arengukava eesmärk on vähendada ja ennetada vägivalda selle mitmesugustes vormides. Arengukavas on vaatluse alla võetud alaealistega seotud vägivald, perevägivald ja inimkaubandus. Käsitlemist leiavad vägivallaliigid ja situatsioonid, mis ohustavad enim haavatavaid sihtrühmi – lapsed ja naised – ning mille riskitegurid on omavahel sageli seotud (nt lapsepõlves kogetud vägivalda mõju hilisemale vägivaldsele käitumisele).

Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium

- Eesti eluasemevaldkonna arengukava 2008–2013

Arengukava käsitleb üht olulisimat tervisemõjurit – eluaset. Osaliselt panustab arengukava kodutuse kui ühe tervisele negatiivseimat mõju avaldava faktori ennetamisele. • Rahvastiku tervise arengukava elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise peatükis analüüsitakse eluasemest tingitud keskkonnatervise näitajaid, näiteks ruumide siseõhu koostist, temperatuuri, valguse hulka, radooni emissiooni jne.

- Transpordi arengukava 2006–2013

Koostamisel (6.09.2012 Valitsuse korraldus nr 386) on Transpordi arengukava 2014–2020. Arengukava on strateegiline lähtedokument transpordisektori arendamiseks. Arengukava tegeleb selliste sõlmküsimustega nagu infrastruktuuri arendamine ohutu liiklemise tagamiseks ning kergliikluse infrastruktuuri parendamine nii asulates kui ka asulavälistel teedel. Arengukava koostamisel on arvestatud ka Eesti rahvuslikus liiklusohutusprogrammis aastateks 2003–2015 püstitatud liiklusohutuse arengu eesmärgid. Efektive transpordisüsteem tähendab ohutut liikluskorraldust ning turvalist liikluskeskkonda kergliiklusele. See toetab RTAs eesmärgiks seatud elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseriskide vähendamise meetmeid (välisõhusaaste jne).

- Eesti rahvuslik liiklusohutusprogramm 2003–2015

Eesti rahvuslik liiklusohutusprogramm püstitab liiklusohutuse arengu eesmärgid ja nende realiseerimise abinõud, mis aitavad vähendada inimeste enneaegset suremust vigastustesse. Eesmärgiks on vähendada Eestis kümme aasta jooksul avariide arvu poole võrra ning säästa 1000 inimese elu. Üheks tegevuseesmärgiks on kujundada inimeste õigeid liiklushoiakuid ning suunata inimesi liiklusohutumale käitumisele. Kavandatud liiklusohutuse parandamise meetmed on suunatud nendele liiklejarühmadele ja valdkondadele, kelle või mille kaudu on kõige enam võimalik mõjutada liiklusohutustaset. Programmi üheks valdkonnaks on lastele ja noortele suunatud tegevused. Kuna laste suremuse suurimaks põhjuseks on vigastused, siis toetab liikluses tekkivate vigastuste ennetusele suunatud programm ka rahvastiku tervise arengukava eesmärkide saavutamist.

- Eesti infoühiskonna arengukava 2013

Koostamisel (27.09.2012 Valitsuse korraldus nr 417) on Eesti infoühiskonna arengukava 2020.

Sotsiaalsete teemade käsitlemisel seatakse arengukavas eesmärgiks, et iga inimene elab täisväärtuslikku elu, kasutades igakülgset infoühiskonna võimalusi, ja osaleb aktiivselt avalikus elus (Kedagi ei jäeta ja keegi ei jää kõrvale!). Selleks et luua ühiskonnaliikmetele võimalus osaleda infoühiskonnas, on vaja ühelt poolt tagada inimestele võimalus kasutada digitaalset teavet ning suhelda omavahel erinevate tehnoloogiliste lahenduste ehk kanalite kaudu. Teisalt on vaja, et inimesed oskaksid ja tahaksid kasutada loodud võimalusi ning oleksid motiveeritud ühiskonna otsustusprotsessides osalema. Arengukavas kirjeldatakse tegelikku ja olulist mõju (high impact applications) omavate avaliku sektori e-teenuste (e-tervise projektid) defineerimise, loomise, käivitamise ja rakendamise aluseid. Riigivalitsemise tõhustamisele ja majandusarengule suurimat mõju avaldavad e-teenused on välja selgitatud, teadvustatud, käivitatud ning vajadusel juriidilistele isikutele ka kohustuslikuks tehtud.

Kaitseministeerium

- Sõjalise kaitse arengukava 2009–2018

*Koostamisel (24.11.2011 Valitsuse korraldus nr 488) on Sõjalise riigikaitse arengukava 2013–2022.*

Arengukava on suunatud Eesti iseseisvuse säilitamiseks hädavajaliku turvavõrgu ehitamisele. Arengukavas on vastavalt ohustenaariumidele kindlaks määratud vajalikud sõjalised võimed ning planeeritud ressursid nende arendamiseks.

Ministeeriumiülesed arengukavad

- Konkurentsivõime kava „Eesti 2020“:

Konkurentsivõime kavas „Eesti 2020“ seatakse:

- konkurentsivõime tõstmise eesmärgid 2015. ja 2020. aastaks, mille seadmisel on lähtutud valitsusliidu programmist, novembris 2010 valitsuse poolt heaks kiidetud eesmärkidest ja laiendatud euroala paktis sisalduvatest indikaatoritest;
- otsustakse olulisemad konkurentsivõimega seotud reformid, lisaks laiendatud euroala paktile, mille aluseks on olnud põhjalikud ministeeriumidevahelised arutelud, peamiste poliitikaväljakutsete raport, olulisemate uute soovitude ja olemasolevate meetmete analüüs ning kooskõla valitsusliidu programmiga aastateks 2011-2015.
- fikseeritakse täiendavalt kohustused ja konkreetsed muutused, mille riik laiendatud euroala pakti elluviimiseks aasta jooksul alates juunist 2011 ülesandeks võtab.

Rahvastiku tervise arengukava panustab konkurentsivõime kava ühte eesmärki suurendada tervena elatud eluaastaid läbi tervisekäitumise parandamise ja õnnetusjuhtumite edasise vähendamise ning läbi tervishoiu taristu arendamise.

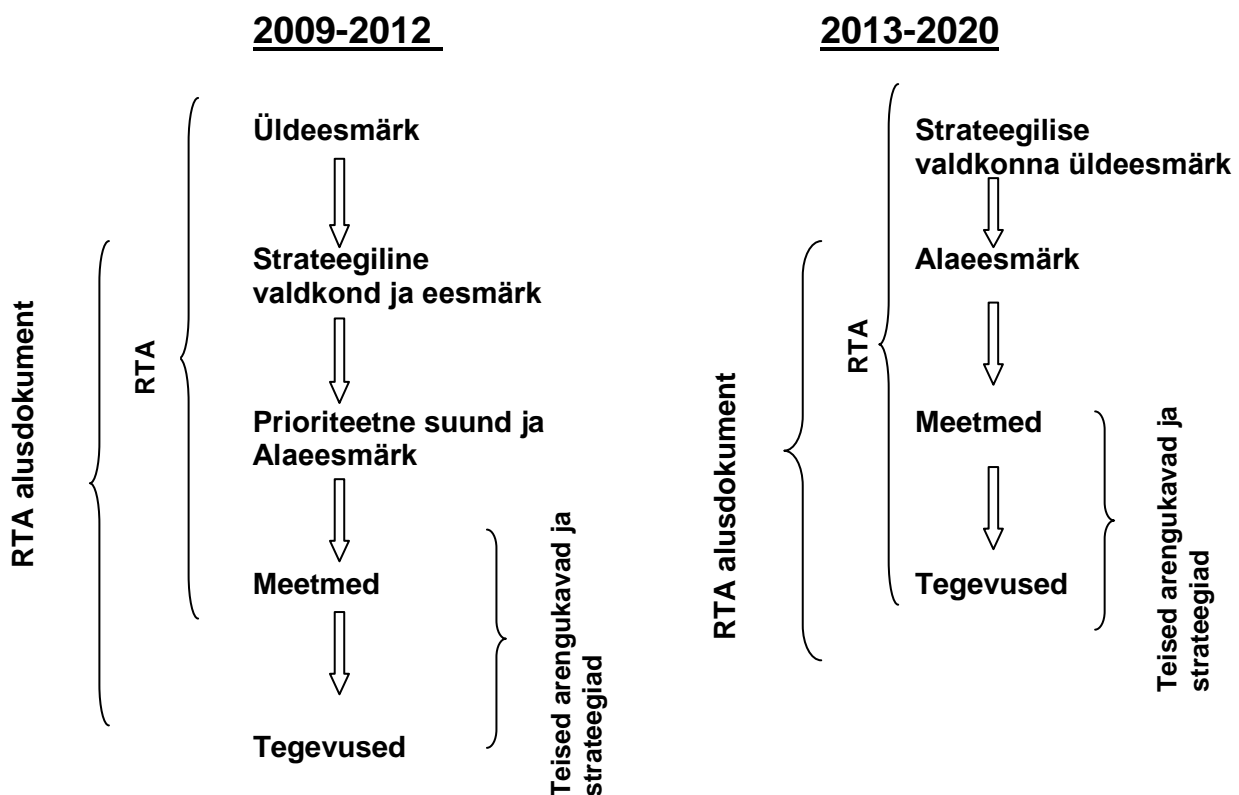
- Eesti julgeolekupoliitika alused

Julgeolekupoliitika alused on põhimõtteline juhisdokument, mis sõnastab terviklikult Eesti julgeolekukäsitluse, kajastades kõiki riigi julgeoleku tagamise olulisi valdkondi. Julgeolekupoliitika eesmärk - kindlustada Eesti riigi iseseisvus ja sõltumatus, territoriaalne terviklikkus, põhiseaduslik kord ja rahva turvalisus – tuleneb põhiseadusest. Julgeolekupoliitika eesmärk ja põhimõtted loovad raamistiku julgeolekukeskkonna hindamiseks ning julgeoleku tagamiseks vajalike tegevussuundade määramiseks.

## 10. Arengukava eesmärkide saavutamise vahendid

Kõikide arengukava alaeesmärkide kohta on järgnevalt esitatud põhjalikumad ülevaated, mis sisaldavad nii valdkonna kirjeldust ja peamiste probleemide loetelu kui ka alaeesmärkide saavutamiseks vajalike peamiste prioriteetide ja meetmete ning tulemuste saavutamise jälgimiseks kasutatavate indikaatorite loendeid.

Samas on käesolevas arengukavas eraldi välja toodud vaid nimetatud valdkondade peamised osad, tuginedes arengukava alusdokumentides leiduvatele veelgi põhjalikumatele ülevaadetele. Kuna rahvastiku tervise arengukava on koondokument, mis koondab mitmetes varasemates arengukavades ja strateegilistes dokumentides kirjeldatud tegevusi, siis ei ole käesolevas arengukavas ega selle alusdokumentides üksiktegevusi üldjuhul välja toodud. Rahvastiku tervise arengukava ja sellega seotud dokumentide temaatiline kaardistus on esitatud joonisel 3.



**Joonis 3.** Teemade jagunemine rahvastiku tervise arengukava, selle alusdokumendi ja teiste seotud dokumentide vahel.

## **I Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused**

### ***Valdkonna kirjeldus***

Sotsiaalse sidususe all mõistetakse ühiskonna võimet tagada iga oma liikme heaolu, ületades sotsiaalset lõhestumist ja vältides tõrjutust.

Sidususel on otsene seos tervisega – mida suurem on sidusus, seda paremad on ka tervisenäitajad. Sidususe kõrge tase toetab ka sotsiaalset turvalisust, mis on omakorda oluline tervisemõjur. Sotsiaalset turvalisust iseloomustavad tööhõive, vaesuse ja kihistumise näitajad. Tõrjutud sotsiaalsete gruppide olemasolu on oluline risk rahva tervisele, seevastu võrdsed võimalused ja võrdne ligipääs teenustele suurendavad sotsiaalset turvalisust ja sidusust ning parandavad tervisenäitajaid.

Eesti tervisepoliitika lähtub põhimõttest, et inimestel peavad olema võrdsed võimalused heale tervisele, sõltumata nende sotsiaalmajanduslikust staatusest, haridusest, rahvuslikust vms kuuluvusest.

Vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse ennetamine on Eesti majandus- ja sotsiaalarengu tagamisel üks keerukamaid ülesandeid. Vaesuse ja tõrjutuse vähendamisel lähtutakse arusaamast, et töö on parim viis vaesuse leevendamiseks. Teiseks oluliseks põhimõtteks on integreeritud teenuste pakkumine, nagu sotsiaal- ja tööturuteenused, mis peavad olema omavahel seostatud. Oluliseks lähtekohaks on universaalsete teenuste ja toetuste süsteemi arendamine, et vältida erimeetmetega kaasneva vaesuse ja tõrjutuse stigma tekkimist. Samas tuleb teadvustada teatud riskirühmade probleeme, mida üldiste teenuste ja toetuste süsteemiga ei ole võimalik lahendada, ning kasutada spetsiaalseid konkreetsete rühmade vajadusi arvestavaid meetmeid.

Riigi- ja kohalikul võimul on märkimisväärsed võimalused mõjutada sotsiaalse sidususe arengut seadusandluse, rahastamisotsuste ja ühiskonna prioriteetide kujundamise kaudu. Avalik sektor saab toetada valitsusväliste organisatsioonide initsiatiive ja arengut, kaasates individide ja huvigruppe otsuste tegemisse. Sidususe planeeritud arendamine ja sotsiaalselt tundlike rühmade kaasamine toob kaasa nii usalduse kui ka sotsiaalse ja majandusliku turvalisuse kasvu, mis on olulised rahvastiku tervise mõjurid.

Vaimne tervis on tihedalt seotud üldise heaolu ja ühiskonna sidususega, muutused ja probleemid ühiskonnas kajastuvad ka halvenenud vaimse tervise näitajates. Eelarvamused ja teenuste vähenenud kättesaadavus põhjustavad olukorra, kus vaimse tervise probleemid saavad sageli ka sotsiaalse tõrjutuse ja toimetulekuraskuste põhjustajaks. Ühiskonna hoiakute muutmise ning teenuste arendamise läbi on võimalik ära hoida vaimse tervise probleemide akumulereerumist ja leevendada nende mõju inimeste toimetulekule.

### ***Valdkonna peamised probleemid***

Eesti ühiskond on viimase viieteistkümnepäevase jooksul kiiresti polariseerunud ning sotsiaalse sidususe näitajad on Eestis oluliselt madalamad kui Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides<sup>1</sup>.

Eri rahvastikugruppide vahel valitseb suur tervisealane ebavõrdsus, tervisenäitajad on tugevalt seotud soo, hariduse, etnilisuse ja sissetulekuga.

Sotsiaalne ebavõrdsus avaldub määravalt laste ja noorte tervises. Vanemate vaesus laieneb paratamatult lastele. Lapsepõlve sotsiaalmajanduslikud tingimused ennustavad

---

<sup>1</sup> Raska, E., Raitviir, T. (2005). Eesti edu hind. Eesti sotsiaalne julgeolek ja rahva turvalisus. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus.

täiskasvanute tervises seisundit paremini kui täiskasvanu sotsiaalne staatus. Sageli on lapsea haigestumiste ning surmade kaudseteks põhjustajateks sotsiaalne eraldatus, halvad elutingimused, vaesus ja hoolimatu tervisekäitumine.

Vaimse tervise teenuste süsteem on killustatud, teenused ei ole piisavalt kättesaadavad ega pruugi vastata inimeste vajadustele. Vähene teadlikkus ja eelarvamused pärsivad õigeaegse abi jõudmist abivajajani.

Adekvaatse ning õigeaegse sekkumise puhul on meil võimalik ära hoida uue põlvkonna tõrjutud inimeste teket.

*Valdkonna prioriteetidid lähtuvalt eelnevast:*

- Sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamine tervises.
- Gruppide ja kogukondade võimestumine.

*Valdkonna alaeesmärgiks (AE) ja meetmeteks (M) on lähtuvalt eelnevast:*

*Alaeesmärgiks (AE) on lähtuvalt eelnevast:*

**AE 1.** Sotsiaalne sidusus on suurenenud ja ebavõrdsus tervises vähenenud.

*Valdkonna alaeesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:*

**Tabel 2.** Sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste valdkonna alaeesmärgi saavutamise indikaatorid.

| Indikaator   | Baastase 2006                           | Täitmine 2011                          | Aasta 2012     | Aasta 2016     | Sihttase 2020  |
|--|---|--|----------------|----------------|----------------|
| Ravikindlustusega kaetute osakaal rahvastikust<br>Allikas: Statistikaamet ja Haigekassa  | 95,2%<br>m: 93,3%<br>n: 96,8%           | 93,0%<br>m:90,4%<br>n: 95,1%           | 99%            | 99%            | 100%           |
| † Suhtelise vaesuse määr peale sotsiaalseid siirdeid (isikute osakaal, kelle ekvivalentsissetulek on madalam kui 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaan)<br>Allikas: Statistikaamet | 18,3%<br>m: 16,3%<br>n: 20,0%<br>(2005) | 17,5%<br>m:17,6%<br>n: 17,4%<br>(2010) | 16,8%          | 16,5%<br>(16%) | 15%<br>(16%)   |
| Laste vaesusrisk (allpool vaesuspiiri elavate kuni 15-aastaste laste osakaal)<br>Allikas: Statistikaamet   | 19,8%<br>m: 20,8%<br>n: 18,8%<br>(2005) | 19,4%<br>m:19,0%<br>n: 19,9%<br>(2010) | 19%            | 18%            | 17%            |
| † Pikaajaliste (üle 12 kuu) töötute osatähtsus tööjõus<br>Allikas: Statistikaamet  | 2,3%<br>m:2,9%<br>n:1,7%<br>(2007)      | 7,1%<br>m. 7,8%<br>n: 6,3%             | 5,7%<br>(1,7%) | 3,7%<br>(1,3%) | 2,5%<br>(0,8%) |
| Suitsiidide suremuskordaja 100 000   | 18,4                                    | 16,3                                   | 15             | 12,5           | 10             |

|   |                   |                   |  |  |  |
|---|-------------------|-------------------|--|--|--|
| elaniku kohta<br>Allikas: Statistikaamet ja Tervise<br>Arengu Instituut | m: 30,9<br>n: 7,7 | m: 28,8<br>n: 5,5 |  |  |  |
| † Indikaatori sihttase korrigeeritud, sulgudes endine sihttase          |                   |                   |  |  |  |

*Valdkonna alaeesmärgi saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid:*

| 2009-2012   | 2013-2016   |
|---|---|
| <p>M 1 Täiendada seadusandlust, et motiveerida omavalitsuste ja organisatsioonide sotsiaalset vastutust ja rahvastiku tervise arengukava elluviimist</p> <p>M 2 Tõhustada sotsiaalsete tagatiste süsteemi, et vältida sotsiaalselt tundlike inimgruppide langemist alla toimetulekut ohustava vaesusepiiri</p> <p>M 4 Panustada tervist enim mõjutavatesse sotsiaalsetesse valdkondadesse nagu töötuse, vaesuse, kodutuse ja tõrjutuse ennetamine</p> <p>M 5 Arendada kaasatusel põhinevaid töötuid aktiveerivaid programme ja täiendada töötamise motivatsiooni tõstvaid seadusandlikke meetmeid</p> | <p>M 1 Ebavõrdsuse vähendamine tervises läbi sotsiaalmajanduslike mõjurite</p>                              |
| <p>M 3 Arendada maakondlike ja kohalike omavalitsuste suutlikkust rahvastiku tervise hindamisel, ja analüüsimisel ning tervisedenduslike sekkumismeetmete planeerimisel ja elluviimisel</p> <p>M 7 Toetada kolmanda sektori ja vabatahtlike algatusi ja tegevust</p>  | <p>M 2 Rahvatervise valdkonna arendamine ja kogukondade ja paikkondade võimestamine tervise edendamisel</p> |
| <p>M 6 Arendada sotsiaalselt tundlike gruppide vajadustele vastavat terviseteenuste võrgustikku</p> <p>M 8 Edendada inimeste vaimse tervise alast teadlikkust, sh suunates tähelepanu depressiooninähtude varajasele äratundmisele ja kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamisele</p>  | <p>M 3 Inimeste vaimse tervise toetamine</p>  |

2009-2012 meetmed on kajastatud 2013-2016 rakendusplaanis tegevustena.

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkonna alaeesmärgi prioriteedid, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende prioriteetide rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Käivitada omavalitsuste juures partnerlusel põhinevate tervisenõukogude ja tervise tööühmade töö, kaasata sotsiaalselt tundlike gruppe.
- Integreerida rahvastiku tervise arengukava eesmärgid kohalike omavalitsuste arengukavadesse või koostada omavalitsuse tervise arengukava.
- Arendada kohaliku tasandi sotsiaalset infrastruktuuri, toetada koostöö- ja toetusvõrgustike ja huvialaühenduste tegevust ning luua inimeste omaalgatust ja sotsiaalset aktiivsust soosiv keskkond.
- Arendada elukvaliteeti ja toimetulekut suurendavaid teenuseid ja meetmeid.
- Tagada tervisega seonduva teabe kättesaadavus sotsiaalselt tundlikele gruppidele nende õiguste, neile suunatud hüvitiste ja teenuste kohta, kasutades selleks neile arusaadavaid suhtlusvorme.

### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Integreerida personali tervise arendamise teema organisatsioonide arengukavadesse.
- Luua töökohal tervisearengut soodustav ning terviseriske maandav keskkond.
- Luua motiveerivad tingimused sotsiaalselt tundlikele gruppidele.

### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Hoolida enda ja lähikondsete heaolust ja vaimsest tervisest, vajadusel otsides ise ning julgustades lähikondseid pöörduma professionaalsete abipakkujate poole.

## II Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng

### ***Valdkonna kirjeldus***

Lapse- ja noorukieas pannakse alus inimese terviseteadlikkusele ja tervist säästvale käitumisele. Tervist mõjutavad peresuhted, kodused elamistingimused, kodukoha loodus- ja tehiskeskond, lasteaia- ja koolikeskkond, samuti üldine sotsiaalmajanduslik keskkond, sh. haridus- ja tervishoiusüsteemi korraldus ning töötus ja vaesus riigis. Suurt mõju avaldab lastele neid ümbritsev sotsiaalne võrgustik, vanemate, vanavanemate ja sõprade eluviis ja käitumine. Lapse ja noore tervise ja arengu kujunemist tuleb käsitleda koosmõjus perekonna ja keskkonnaga, kus laps suurema osa ajast viibib. Laste tervise edendamiseks tuleb tegevused esmajoonel suunata tundlikele eluperioodidele, milleks on ema rasedus ning lapse imiku- ja teismeliseiga. Investeering haridusse võrdub investeeringuga tervisesse.

Koolil ja koolis toimival on oluline roll lapse väärtushinnangute, sotsiaalsete oskuste, tervise ja toimetuleku kujunemisel. Haridustee katkemine ja rahvastiku tervis on omavahel seotud. Mida madalam on hariduslik tase, seda halvemad on tervisenäitajad ning lühem keskmine eluiga. Pöörates õigel ajal tähelepanu arengu- ja tervisehäiretele ning riskiteguritele, on võimalik paljusid probleeme ennetada. Varajase sekkumise nüüdisaegne käsitus põhineb tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna paindlikul koostööl, liikudes meditsiiniliselt mudelilt enam sotsiaalse mudeli poole. Tähelepanu vajavad sotsiaalsete probleemidega, tagasihoidliku haridusliku ning majandusliku taustaga peredes elavad lapsed ja noored. Nende tervise ja arengu toetamisele suunatud tegevused aitavad märkimisväärselt vähendada rahvastiku tervisenäitajates avalduvat ebavõrdsust.

Laste turvalise ja tervisliku arengu peatükis kavandatakse elukaare põhimõttest lähtuvalt erinevatele arenguetappidele suunatud üldised toetavad meetmed tulevaste vanemate seksuaal- ja reproduktiivtervise edendamiseks, laste kehalise ja vaimse tervise ning sotsiaalse arengu edendamiseks, vaimse tervise häirete, vigastuste, vägivalda, krooniliste haiguste ja nende riskitegurite ennetamiseks.

Füüsikalistest, keemilistest ja bioloogilistest keskkonnateguritest tingitud laste terviseprobleemid ning soovitusel, põhimõtted ja meetmed nende ennetamiseks on kajastatud arengukava keskkonnatervise peatükis. Toitumise, kehalise aktiivsuse ja riskiva käitumise (suitsetamine, alkoholi ja uimastite tarbimine) mõju laste ja noorte tervisele ning põhimõtted ja meetmed nendega seotud terviseprobleemide ennetamiseks on kajastatud arengukava tervislike valikute peatükis.

Laste tervise valdkonnas toimivate muutuste jälgimise eelduseks on andmesüsteemide ning -analüüsi strateegiline areng. Laste tervise andmete kogumisel lähtutakse Maailma Terviseorganisatsiooni soovitusel, mille kohaselt peab kogutav informatsioon olema piisavalt detailne, et võimaldada suunata tegevusi erinevatele sihtgruppidele ning teha perioodilisi analüüse teenuste kättesaadavuse ja mõju kohta erinevates sotsiaalsetes gruppides ja piirkondades.

### ***Valdkonna peamised probleemid***

- Riskid rasedate tervisekäitumises (indutseeritud ja kordusabortide kõrge tase, suitsetamine raseduse ajal), ema haridustase ja imikusuremus pärast 28. elupäeva on jätkuvalt tugevalt seotud, jätkuvalt kaasneb teismeliste raseduse ja sünnitusega kõrge riski vastsündinute tervisele, saagenenud on enneaegsete vastsündinute haigusseisundid.
- Laste ja noorte suur suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu.
- Vanemate vähenenud teadlikkus imikute ja väikelaste tervisest, arengu iseärasustest (toitmine, ohutu keskkond jm), vajadus suurendada rinnapiimaga toidetavate imikute osakaalu.



- Eelkooliealiste laste ennetavate tervisekontrollide ebaregulaarsus, immuniseerimise hilinemine, arenguliste erivajaduste hiline märkamine.
- Kõrge hambakaariese esinemissagedus eelkooliealistel lastel, selle sagenemine lapse vanuse suurenedes.
- Riskiv seksuaalkäitumine (teismeliste tüdrukute sagedasem nakatumine Hlviirusesse, 15–19-aastaste naiste abortide vanuskordaja (abortide arv 1000 sama vana naise kohta) selge langustrendi puudumine.
- Krooniliste haiguste (astma, diabeet) või krooniliste haiguste riskitegurite (ülekaalulisus, vererõhu kõrgenemine) esinemissageduse tõus laste ja noorte hulgas, krooniliste haiguste võimalik hilisem diagnoosimine keskustest kaugemal elavatel lastel.
- Pingelised peresuhted, ebapiisavad suhtlemisoskused, puuduv lapsevanemate koolitamis-nõustamissüsteem, ebapiisav võrgustikutöö probleemsete perede laste terviseriskide vähendamiseks.
- Lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide pakutava abi ebapiisav kättesaadavus.
- Erivajadustega laste õppimis- ja ravivõimalused on terviklikult lahendamata.
- Lapsevanematele, õpetajatele ja teistele lastega töötavatele spetsialistidele mõeldud lapse arengu ja tervise kaitse ning edendamise võimalusi kajastava tõenduspõhise infokeskkonna täiendamise ja arendamise vajadus.
- Rutiinselt kogutav agregeeritud tervisestatistika laste ja noorte kohta ei võimalda saada ülevaadet erinevate sihtgruppide (haridustaseme, sotsiaalmajandusliku olukorra, rahvuse) kaupa ega saa olla aluseks sihtgruppidele suunatud ennetustegevuste planeerimisel.

*Valdkonna prioriteetidid lähtuvalt eelnevast:*

- Laste ja noorte kehalise ja vaimse tervise ning sotsiaalse arengu edendamine.
- Vigastuste ja vägivalla ennetamine laste ja noorte seas
- Krooniliste haiguste ja nende riskitegurite ennetamine laste ja noorte seas.

*Valdkonna alaeesmärgiks (AE) ja meetmeteks (M) on lähtuvalt eelnevast:*

*Alaeesmärgiks (AE) on lähtuvalt eelnevast:*

**AE 2. Laste ja noorte suremus ja psüühika- ning käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ning noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu.**

Valdkonna alaeesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 3.** Lastele ja noortele tervisliku ja turvalise arengu tagamise valdkonna alaeesmärgi saavutamise indikaatorid.

| Indikaator   | Baastase 2006                                    | Täitmine 2011                                  | Aasta 2012 | Aasta 2016 | Sihttase 2020 |
|--|--|--|------------|------------|---------------|
| † Imikusuremuskordaja (alla 1-aastaste laste surmade arv aastas 1000 elussündinu kohta).<br>Allikas: Statistikaamet                              | 4,4<br>m: 5,7<br>n: 3,1                          | 2,5<br>m: 2,4<br>n: 2,5                        | 3,6        | 2,2<br>(3) | 1,7<br>(2,6)  |
| † 0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja 100 000 elaniku kohta.<br>Allikas: Statistikaamet   | 61,2<br>m: 82,2<br>n: 39,1                       | 37<br>m: 41,2<br>n: 32,5                       | 46         | 34<br>(39) | 31            |
| † 0–19-aastaste laste ja noorte suremuskordaja vigastuste, mürgistuste, õnnetusjuhtumite tõttu 100 000 elaniku kohta.<br>Allikas: Statistikaamet | 30,1<br>m: 42,1<br>n: 17,5                       | 15,8<br>m: 18,2<br>n: 13,3                     | 23         | 12<br>(19) | 7<br>(15)     |
| 1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut   | 2 251<br>m: 2 597<br>n: 1 886                    | 1987<br>m: 2 455<br>n: 1 492                   | 2 058      | 1 929      | 1 801         |
| Oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, HBSC                               | 31,3%<br>m: 34,2%<br>n: 28,5%<br>(2005/<br>2006) | 29,3%<br>m: 32,1<br>n: 26,6<br>(2009/<br>2010) | 32,9%      | 33,8%      | 34,7%         |
| * Osaliselt või täielikult rinnapiimatoidul olevate 6 kuu vanuste imikute osakaal.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut                          | –  | 55,3%  | –          | 66%        | 75%           |
| * Uus indikaator (baastasemeks 2011 aasta)<br>† Indikaatori sihttase korrigeeritud, sulgudes endine sihttase                                     |  |  |            |            |               |

Valdkonna alaeesmärgi saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid:

| 2009-2012  | 2013-2016   |
|--|---|
| AE 2-1 Reproduktiivtervise ja imikute tervise-näitajad on paranenud.   | M 1 Reproduktiiv- ja imikute tervise edendamine       |
| AE 2-2 Eelkooliealiste laste suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu ning psüühika ja käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud.   | M 2 Eelkooliealiste laste tervise edendamine          |
| AE 2-3 Kooliealiste laste ja noorte suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu ning psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ja noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu. | M 3 Kooliealiste laste ning noorte tervise edendamine |

### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkonna alaeesmärgi prioriteetid, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende prioriteetide rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

### AE 2-1 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Edendada inimeste reproduktiiv- ja seksuaaltervisealast teadlikkust; ennetada soovimatuid rasedusi ning haigestumist sugulisel teel levivatesse haigustesse; vähendada viljatusest tingitud sotsiaalseid ja terviseprobleeme.
- Edendada rasedate tervist ja tervisekäitumist, imikute rinnapiimaga toitmist.
- Suurendada rasedatele ja imikutega peredele tasuta kvaliteetsete tervishoiu-, nõustamis- ja tugiteenuste kättesaadavust.
- Tagada rasedatele ja vastsündinutele kvaliteetsete sünnieelse diagnostika ning pärilike haiguste skriiningprogrammide ja kvaliteetse nõustamisteenuse kättesaadavus.
- Suurendada lapsevanemate teadlikkust ja oskusi imiku tervise edendamisel ja arengu toetamisel; edendada lapsevanemate teadlikkust pere- ja lähisuhtevägivalla olemusest, mõjust, ennetus- ning kahjude vähendamise võimalustest.
- Edendada sünnieelset ja -järgset arstiabi perinataalabi indikaatorite väljatöötamise ja regulaarse monitoorimise abil. Luua kõrge riskiga vastsündinute elukvaliteedi parandamiseks aktiivravijärgse meditsiinilise jälgimise ning arendusravi süsteem.
- Tõhustada kuni 1-aastaste laste arengu- ja tervisehäirete varajaseks avastamiseks, vanemate nõustamiseks ning immuniseerimisega hõlmatuse tagamiseks tehtavat regulaarset laste ennetavat tervisekontrolli.
- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku seksuaal-reproduktiivtervise ja imikute tervisenäitajaid ja mõjureid, korraldades uuringuid, arendades meditsiiniregistreid ja tervise infosüsteemi ning täpsustades kogutavate andmete koosseise.

### Soovituslikud tegevuste kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Luua teenuste kättesaadavuse tagamiseks motiveerivad tingimused teenuse osutajatele (ruumide tagamine, transpordi korraldamine jm); edendada koostööd ja võrgustikutööd erinevate spetsialistide vahel (tervishoiutöötajad, sotsiaaltöötajad, pedagoogid jt) eesmärgiga tagada teenuste järjepidevus ning vastavus perede ja laste vajadustele.

### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervisttoetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Rasedate ja väikelastega vanemate toetamiseks aidata kaasa pere- ja tööelu ühitamise põhimõtete rakendamisele ning tervislikke harjumusi toetavate töötingimuste loomisele töökohtadel.

### AE 2-2 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Suurendada lapsevanemate teadlikkust ja oskusi väikelapse ja eelkooliealise lapse tervise edendamisel ja arengu toetamisel.
- Tõhustada eelkooliealiste laste arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks, vanemate nõustamiseks, immuniseerimise hõlmatuse säilitamiseks ja hambahaiguste ennetuseks tehtavat regulaarset ennetavat tervisekontrolli.
- Suurendada koolieelsete lasteasutuste võimekust laste tervise edendamisel, laste koolivalmiduse kujunemise toetamisel, tagades mh koolieelsete laste eakohase kvaliteetse tervisekasvatuse ja sotsiaalsete oskuste õpetuse riikliku õppekava alusel.
- Edendada üldarstiabi osutajate ning kohaliku omavalitsuse võimekust väikelaste vigastuste ennetamisel.
- Seirata ja hinnata regulaarselt väikelaste arengu- ja tervisenäitajaid ning nende mõjureid, arendades tervise infosüsteemi, tehes uuringuid, täpsustades kogutavate andmete koosseise ja indikaatoreid.

### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks (lisaks AE 2-1 olevale)

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Luua võimalused alushariduse ning tasuta eelõpetuse kättesaadavuse tagamiseks kõigile eelkooliealistele lastele.
- Suurendada arenguliste ja hariduslike erivajadustega lastele tugiteenuste (logopeediline, psühholoogiline, eripedagoogiline abi) kättesaadavust, vajadusel koostöös maakondlike nõustamiskeskustega.
- Selgitada välja vigastuste ja mürgistuste saamise riskid laste ja noorte hulgas ning rakendada asjakohased ennetusmeetmed.

### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Koostöös lapsevanematega ja kohaliku omavalitsusega rakendada koolieelsetes lasteasutustes põhimõtteid ja meetmeid laste tervise ja arengu edendamiseks ning tervisehäirete ja vigastuste ennetamiseks.

AE 2-3 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Ennetada õpilaste koolist väljalangemist.
- Suurendada koolide ja pedagoogilise personali võimekust laste tervise edendamisel, arendades õpilaste eakohast kvaliteetset tervisekasvatust, sotsiaalsete oskuste õpetust riikliku õppekava alusel ja õppekavaväliste kvaliteetsete koolitusvõimaluste kaudu.
- Tõhustada kooliealiste laste vigastuste ja mürgistuste ennetusele ja vaimse tervise edendusele suunatud tegevusi.
- Suurendada psühholoogilise abi kättesaadavust kooliõpilastele; tõhustada psüühika ja käitumishäiretega, perevägivalda või kriisisituatsiooni kogenud laste abistamist.
- Tagada tõsiste psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noortele nüüdisaegne ning kvalifitseeritud spetsialistide poolt osutatavate teenustega pikaajaline õppe-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalus vähemalt ühes koolkoduga õppeasutuses.
- Suurendada koolitervishoiuteenuse tõhusust, kvaliteeti ning usaldusväärsust eesmärgiga ennetada tervisehäireid ja riskikäitumise kujunemist ning vähendada tervisest tingitud piiranguid haridusvõimaluste kasutamisel; tõhustada kooliealiste laste hambahaiguste ennetust.
- Tagada õpetajate läbipõlemise ennetamiseks ja kooli psühhosotsiaalse keskkonna edendamiseks regulaarsed grupi- ja individuaalse supervisiooni ning mentorluse võimalused õpetajatele.
- Edendada nõustamiskomisjonide ning koolide tegevust erivajadustega õpilaste arengu toetamisel ja tervisehäiretega toimetulekul.
- Seirata ja hinnata regulaarselt kooliealiste laste tervisenäitajaid ja nende mõjureid, arendades tervise infosüsteemi, tehes uuringuid ning täpsustades kogutavate andmete koosseise ja indikaatoreid.

Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Riskikäitumisega noorte koolist väljalangemise ennetamiseks arendada võrgustikutööd (info liikumine) kooli, lapsevanemate ja sotsiaalpedagoogide/sotsiaaltöötajate vahel ning pakkuda noortele vajaduse korral individuaalseid võimalusi haridustee jätkamiseks.
- Kindlustada sotsiaalpedagoogide/sotsiaaltöötajate, koolimeedikute, terviseõpetuse õpetajate, logopeedide, psühholoogide jt spetsialistide osutatavate teenuste kättesaadavus paikkonna koolides.

- Arendada koostööd kolmanda sektoriga noortele suunatud koolitusvõimaluste suurendamiseks, sh avatud noortekeskuste kaudu.

#### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Koostöös noortega ja kohaliku omavalitsusega rakendada koolides, huvikeskustes ja -ringides põhimõtteid ja meetmeid laste ja noorte tervise, arengu ja sotsiaalsete oskuste edendamiseks ning vägivalda ennetamiseks.

#### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Soovitus lapsevanematele, pedagoogidele jt täiskasvanutele on täiendada oma teadmisi laste tervise ja arengu iseärasustest, ealistest vajadustest; edendada konfliktilahendus-, läbirääkimis- jm sotsiaalseid ja vanemlikke oskuseid.
- Soovitus lastele ja noortele on hoolida enda ja teiste tervisest ja heaolust, suurendada selleks vajalikke teadmisi ja sotsiaalseid oskuseid, olla aktiivne partner õppe- ja huvitegevuse, sh tervisedenduslike tegevuste kavandamisel ja elluviimisel.

### III Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond

#### **Valdkonna kirjeldus**

Inimest ümbritsev keskkond mõjutab terviseseisundit sageli enam, kui seda tajutakse. Valdkonna paremaks käsitlemiseks vaadeldakse selles peatükis elukeskkonnana keskkonda, mis ümbritseb meid väljaspool töö- ja õpikeskkonda. Elu-, töö- ja õpikeskkonda võivad sattuda erinevad ohutegurid (keemilised, füüsilised, bioloogilised) peamiselt toodetest, ehitistest, rajatistest, sõidukitest ja tööstusettevõtetest. Eelnimetatud ohuteguritega puutub inimene kokku kas vahetu kontakti või õhu, vee ja toidu kaudu. Samuti võib kontakt ohuteguritega toimuda teiste inimeste või ka loomade kaudu. Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate ohutegurite negatiivne mõju võib ilmuda tihti alles aastate pärast (näiteks areneb välja allergia, närvikahjustus või kasvaja). Sageli mõjutab inimese tervist samal ajal mitu keskkonnast tulenevat ohutegurit. Seega on keskkonna mõju tervisele kompleksne ning sõltub nii keskkonnategurite iseloomust kui ka ajast, mille jooksul nad tervist mõjutavad.

Käesoleva dokumendi elu-, töö- ja õpikeskkonna peatükis ei käsitleta sotsiaalseid ja psühhosotsiaalseid keskkonnategureid, vaid keskendutakse looduslikust ja tehiskeskkonnast tulenevate bioloogiliste, keemiliste ja füüsiliste tegurite negatiivsele mõjule inimese tervisele.

#### **Valdkonna probleemid:**

- Inimesed on vähe teadlikud elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest ja nende maandamise meetmetest.
- Elu-, õpi- ja töökeskkonnast lähtuvate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteem ning inimese tervist soodustava käitumise ja tervist toetava keskkonna sihipärase arendamise ehk nn heade tavade juurutamise süsteem ei ole piisavalt tõhus.
- Riiklik valmisolek nakkushaiguste leviku tõkestamiseks ning epideemiateks ja pandeemiateks ei ole piisav.
- Tööõnnetustest ja tööga seotud haigestumistest põhjustatud haiguspäevade arv on suur ning sellega kaasnevad kahjud riigi majandusele.
- Töötervishoiu- ja tööohutusnõuete ning toote- ja toiduohutuse ning tervisekaitse nõuete järgimine ei ole piisav ning sellega seoses vajab tõhustamist ka riiklik järelevalve.
- Elu-, töö- ja õpikeskkonnale juurdepääsetavus ja nende keskkondade kasutatavus ei ole tagatud kõigile ühiskonnaliikmetele, sh erivajadustega isikutele.
- Elu-, töö- ja õpikeskkonnas esinevate ohutegurite mõjude olulisusest inimese tervisele ei ole süsteemset ülevaadet ja ohutegurite kohta ei koguta andmeid süstemaatiliselt.

#### Valdkonna prioriteetidid:

- Erinevate sihtrühmade teadlikkuse tõstmine elu-, töö- ja õpikeskkonnast lähtuvatest terviseriskidest ja nende maandamise meetmetest.
- Elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteemi tõhustamine.
- Riikliku valmisoleku suurendamine nakkushaiguste leviku tõkestamiseks ja epideemiateks ning pandeemiateks.
- Järelevalve tõhustamine elu-, töö- ja õpikeskkonnas.
- Töötervishoiu korralduse parendamine ning töötervishoiuteenuste kvaliteedi oluline suurendamine ning nende kättesaadavuse tagamine kõikidele töötajatele.
- Suurendada ja säilitada elanikkonna immuniseerimistega hõlmatust.

Valdkonna alaeesmärgiks (AE) ja meetmeteks (M) on lähtuvalt eelnevast:

#### AE 3. Elu-, õpi- ja töökeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud.

Valdkonna alaeesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 4.** Tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna valdkonna alaeesmärgi saavutamise indikaatorid.

| Indikaator   | Baastase<br>2006           | Täitmine<br>2011         | Aasta<br>2012 | Aasta<br>2016 | Sihttase<br>2020 |
|--|----------------------------|--------------------------|---------------|---------------|------------------|
| † Suremus hingamiselasundite haigustesse 100 000 elaniku kohta<br>Allikas: Statistikaamet ja Tervise Arengu Instituut                    | 36,9<br>m: 57,2<br>n: 19,6 | 31<br>m: 44,2<br>n: 19,8 | 34,5          | 31<br>(33)    | 31<br>(31,4)     |
| † Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv 100 000 hõivatatu kohta<br>Allikas: Tööinspeksioon ja Statistikaamet                                 | 4,5                        | 3,1                      | 3,6           | 2,7<br>(3)    | 2,4              |
| † Tööõnnetuste tagajärjel kaotatud tööpäevade arv 100 hõivatatu kohta<br>Allikas: Haigekassa ja Statistikaamet                           | 20                         | 16,7                     | 18            | 16<br>(17)    | 15               |
| Töö mõju tervisele – hõivatute osakaal, kes arvavad, et nende töö halvendab nende tervist<br>Allikas: European Working Conditions Survey | 59,2%<br>(2005)            | 43,5%<br>(2009)          | 50%           | 40%           | 30%              |
| Elanikkonna toidutekkelistesse nakkushaigustesse haigestunute arv 100 000 elaniku kohta<br>Allikas: Terviseamet                          | 303                        | 340                      | 250           | 200           | 200              |
| Nõuetele vastava joogiveega varustatud elanikkonna osakaal<br>Allikas: Terviseamet   | 73%                        | 72%                      | 86%           | 88%           | 90%              |
| Astma diagnoosi/ravi saanute osakaal 16–64-aastaste hulgas   | 2,1%<br>m: 1,8%            | 2,7%<br>m: 2,3%          | 1,8%          | 1,7%          | 1,5%             |



|   |             |                |    |         |      |
|---|-------------|----------------|----|---------|------|
| Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring  | n: 2,4%     | n: 3,0% (2010) |    |         |      |
| † Peenosakeste (PM10) aastakeskmine kontsentratsioon Eesti linnade välisõhus (µg/m <sup>3</sup> )<br>Allikas: Statistikaamet, Keskkonnateabe Keskus | 20,7 (2005) | 14,6           | 18 | 14 (16) | 14   |
| * 2-aastaste laste hõlmatus leetrid-mumps-punetised (MMR) immuniseerimisega<br>Allikas: Terviseamet   | –           | 93,9%          | –  | ≥95%    | ≥95% |
| * Uus indikaator (baastasemeks 2011 aasta)<br>† Indikaatori sihttase korrigeeritud, sulgudes endine sihttase  |             |                |    |         |      |

Valdkonna alaeesmärgi saavutamiseks kasutatakse järgmiseid meetmeid (M):

| 2009-2012  | 2013-2016  |
|--|--|
| <p>M 1 Nüüdisajastada ja täiendada tervise säilimist ja parendamist soodustava elu-, töö- ja õpikeskkonna saavutamiseks vajalik õigusruum.</p> <p>M 2 Tõhustada elukeskkonnast (sh kliimamuutustest) ning töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise, juhtimise ja teavitamise süsteemi.</p> <p>M 3 Tõhustada elu-, töö- ja õpikeskkonna järelevalvesüsteemi (erinevatel tasanditel), arendada tugev ja koordineeritud koostöö.</p> <p>M 4 Tõsta inimeste teadlikkust elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest.</p> <p>M 5 Koolitada elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide hindamise eksperte ning suurendada terviseriskide hindamise teenuse kvaliteeti.</p> <p>M 6 Korraldada maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste spetsialistidele koolitusi keskkonna terviseriskidest ja nende maandamise võimalustest.</p> <p>M 7 Korraldada uuringuid elu-, töö- või õpikeskkonnast lähtuvate tervist mõjutavate keskkonnategurite tervisemõjude hindamiseks ning avalikustada uuringute tulemused.</p> <p>M 8 Arendada perearstide koostööd töötervishoiuarstide ja tervisekaitespetsialistidega, et tagada tervisehäirete ja haiguste ennetamine ja efektiivne ravi, arvestades negatiivsete tervisemõjude seotust elu-, töö- või õpikeskkonnaga.</p> <p>M 11 Võtta töötervishoid ja tööohutus üld- ja</p> | <p>M 1 Tervist toetava elukeskkonna arendamine ja elukeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine.</p> <p>M 2 Tervist toetava õpikeskkonna arendamine ja õpikeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine.</p> <p>M 3 Tervist toetava töökeskkonna arendamine ja töökeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>kutseõppeasutuste õppekavadesse.</p> <p>M 12 Parandada töötervishoiu korraldust, parandada oluliselt töötervishoiuteenuste kvaliteeti ning nende teenuste kättesaadavust kõikidele töötajatele.</p> <p>M 13 Töötada välja tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteem ja koordineerida selle rakendamist.</p> <p>M 14 Tagada kõigile ühiskonnaliikmetele juurdepääs elu-, töö- ja õpikeskkonnale ja nende kasutatavus</p> <p>M 15 Teha asjaomastele sihtrühmadele kättesaadavaks (sh vajadusel töötada välja) juhendmaterjalid elu-, töö- ja õpikeskkonna terviseohutumaks</p> |  |
| <p>M 9 Suurendada immuniseerimisega hõlmatud rahvastiku osakaalu.</p> <p>M 10 Tagada riiklik valmisolek nakkushaiguste leviku tõkestamiseks ja epideemiateks ning pandeemiateks, sh täiustada vajalikku laboratorset baasi.</p>   | <p>M 4 Nakkushaiguste leviku seire, ennetamise ja tõrje korraldamine</p> |

2009-2012 meetmed on kajastatud 2013-2016 rakendusplaanis tegevustena.

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsusasutuste ülesandeks on kujundada alaeesmärgi prioriteetsed valdkonnad, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisavteave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

#### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused) elu-, töö- ja õpikeskkonnas. Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Selgitada välja ohutegurid ja arvestada nendega planeerimisel ja ehitustegevuses ning informeerida inimesi ohuteguritest.
- Tõsta inimeste teadlikkust keskkonnast tulenevatest terviseriskidest ning nende ohjamise meetmetest.
- Järgida avaliku sise- ja välisruumi kujundamisel põhimõtteid, mis teevad kõigile ühiskonnaliikmetele elu-, töö- ja õpikeskkonna juurdepääsetavaks ja kasutatavaks.

#### Soovituslikud tegevused organisatsioonide ja ettevõtete tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi prioriteetide elluviimisele, inimeste teavitamisele terviseriskidest ning osaleda aktiivselt alaeesmärgi prioriteetide kujundamisel.

- Korraldada strateegiliste suundade kujundamisel terviseriskide hindamisi ning arvestada nendega (sh rakendada riskide maandamise meetmeid).
- Hinnata ettevõttes terviseriske.
- Suurendada inimeste teadlikkust terviseriskide ennetamisest ja nende vähendamise võimalustest.
- Soodustada tervistedendavaid tegevusi töökohtadel.
- Arvestada töö korraldamisel juhiste ja standarditega, et vähendada elu-, töö- ja õpikeskkonnast lähtuvaid terviseriske.

#### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks:

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel. Iga inimene vastutab oma koduste elutingimuste kujundamise eest. Seejuures tuleb silmas pidada enda ja oma lähedaste ning naabrite võimalikke terviseriske ning võimalusel tuleb rakendada terviseriskide maandamise tegevusi juba kodu planeerimisel ja rajamisel.

- Olla teadlik elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest ning kasutada riskide vältimiseks või vähendamiseks rakendatavaid tegevusi oma igapäevaelus ja töökohal.
- Informeerida teisi inimesi elu-, töö- ja õpikeskkonnast tulenevatest terviseriskidest.

## **IV Tervislik eluviis**

### ***Valdkonna kirjeldus***

Käesolevas peatükis antakse ülevaade sellest, kuidas oleks võimalik tervislike valikuid suurendada ning inimeste riskikäitumist vähendada. Tervislike valikute ja tervisliku eluviisi soodustamise suund on seotud kõikide teiste arengukava peatükkidega, kuid selles peatükis keskendutakse peamistele terviseriskidele ning tervisekäitumise kujundamisele. Tervislike valikute puhul on peamiseks sihtrühmaks lapsed ja noored, kuna investeerimine laste ja noorte tervisesse on üks tulemuslikumaid meetodeid tulevaste täiskasvanute hea tervise tagamiseks.

Haiguste ja vigastuste riskitegurid on omavahel sageli seotud, mistõttu on oluline vaadata nende ennetust komplekselt. Peamisteks käitumuslikeks tervisemõjuriteks tuleb pidada vähest kehalist aktiivsust, tasakaalustamata toitumist ja riskikäitumist, näiteks alkoholi, tubaka ja illegaalsete narkootikumide tarbimist, hasartmängurlust, riskivat seksuaalkäitumist ning ebaturvalist käitumist liikluses (kiiruse ületamine, turvavööde ja helkurite kasutamata jätmine jne).

Tervisekäitumist mõjutavad otseselt isiku enda hoiakud, uskumused, väärtushinnangud, teadlikkus, oskused ja motivatsioon. Inimest ümbritsev elukeskkond oma keskkondlike, sotsiaal-majanduslike ja psühhosotsiaalsete mõjudega määrab suures osas ära, milliseid tervist puudutavaid otsuseid inimene langetab ja kuidas inimene enda ja teiste tervise suhtes käitub.

Tervisliku eluviisi soodustamiseks tuleb erinevate eluvaldkondade esindajatega koostöös viia ellu abinõud terviseteadlikkuse ja tervist toetava keskkonna kujundamiseks. Tuleb suurendada kehalist aktiivsust soodustavate võimaluste ja täisväärtusliku toidu kättesaadavust, vähendada füüsilist ja psüühilist sõltuvust tekitavate ainete kättesaadavust ja nõudlust nende järel ning soodustada turvalist käitumist liikluses, olmes ja vaba aja veetmisel.

### ***Valdkonna peamised probleemid***

- Enamikul koolinoortel jääb normaalset füüsilist arengut tagav kehaline koormus saamata. Madal on ka kehaline aktiivsus täiskasvanute hulgas, eriti vanemates vanusrühmades ning madalamates sotsiaalmajanduslikes rühmades.
- Teavitustöös on liiga vähe tähelepanu pööratud igapäevase kehalise aktiivsuse suurendamisele. Toetus spordialasele huvitegevusele koolides ja väljaspool kooli on ebapiisav. Liikumisharrastajate (sh noorsportlaste) arstiabi, infoteeninduse ja nõustamise maht ja kvaliteet ei vasta vajadustele. Liikumisharrastuse valdkonna spetsialistide ettevalmistussüsteem on nõrk. Välja arendamata on kättesaadavate lähiliikumispaiakade võrk, mis lähtuks elamurajoonide ja koolide paiknemisest. Kõigis asulates pole veel spordi- ja mänguväljakuid, mis paikneksid lastele ja nende vanematele võimalikult kodu või kooli lähedal.
- Soovituslikust kogusest on väiksem puu- ja köögiviljade, rukkileiva ja kala tarbimine ning soovitatavast suurem on toidurasvade, maiustuste, lihatoodete ja soola tarbimine.
- Puuduvad kompleksed sekkumistegevused koolides ja töökohtades, mis oleksid suunatud toitlustamisele sööklates, toidumüügipunktidele või puhvetitele. Vähene on toidukäitlejate kaasatus tervisliku toitumise soodustamisse. Puudub toitumisspetsialistide koolituse ja kutsekvalifikatsiooni riiklik süsteem. Kõrge rasva-

soola- ja suhkruisaldusega ning vähese toiteväärtusega toitude reklaamide sihtgrupiks on haavatavad sihtrühmad.

- Puuduvad järjepidevad uuringud rahvastiku ja erinevate riskirühmade liikumis- ja toitumisharjumust määravate mõjurite ja hoiakute kindlakstegemiseks, laste ülekaalulisuse trendide (sh antropomeetriliste näitajate seiramine) jälgimiseks ning efektiivsete sekkumiste planeerimiseks.
- Puuduvad regulaarsed toitumist ja toidu ohutust käsitlevad riskiuuringud.
- Alkoholi tarbitakse sageli ja suurtes kogustes, eriti alaealiste hulgas. Märkimisväärne on joobe põhjuslik roll vigastussurmades.
- Alkohoolsed joogid on noortele kergesti kättesaadavad. Järelevalve kehtiva alkoholiregulatsiooni täitmise üle on ebapiisav. Iseloomulik on intensiivne alkoholireklaam meedias ning alkoholi tarbima õhutavate rahvaürituste rohkus. Välja arendamata on alkoholismi varase avastamise ja alkoholismist loobumise nõustamise süsteem ning alkoholisõltuvuse ravivõimalused.
- Naiste hulgas on igapäevasuitsetajate arvu langustendents väiksem kui meeste hulgas. Suitsetajate osakaal on suurem madalama sissetulekuga inimeste, mitteeestlaste ning töötute seas. Suitsetama hakatakse üha nooremas eas. Vesipiibu ja suitsuvabade toodete, eeskätt huuletubaka levimus noorte seas suureneb. Suur on kodus suitsuses ruumis viibijate osakaal madalama haridustasemega rahvastiku seas.
- Illegaalsete narkootikumide esmatarbijate vanus langeb pidevalt. Suurenenud on veenisiseselt narkootikumide süstivate isikute arv, narkootikumidega seotud õigusrikkumiste arv, stimulantide süstimine ja segatarbimine ning HIV-nakkuse levik veenisüstivate uimastisõltlaste seas.
- Sõltuvusest vabaneda aitavate nõustamisteenuste kättesaadavus ei ole tagatud kõigile abivajajatele. Tugiteenused sõltlaste lähedastele ei ole piisavalt kättesaadavad. Lastepsühhiaatrite, lastekaitse spetsialistide ja sotsiaaltöötajate arv on ebapiisav ning nende töökoormus on suur.
- Sagenenud on HIVi edasikandumine seksuaalsel teel. Uute täiskasvanud nakatunute arv on suurenenud tingituna vähesest kaitsevahendite kasutamisest.
- Suurenenud on sõltuvusega kaasnevad probleemid, nagu terviseprobleemid, sõltuvusainete kuritarvitamine, majanduslik laostumine, sotsiaalne isoleeritus ning vägivald ja kuriteod.
- Vigastuste ennetamist pidurdab puudulik andmete kogumine. Eri ametkonnad kasutavad erinevaid meetodeid, puudub erinevaid infovooge koguv ja kõrvutav institutsioon. Tervishoiuasutustes registreeritakse vigastustega seotud infot ebaühtlaselt ning mittetäielikult.

- Alates 1998. a., mil tuberkuloosihagistumine saavutas Eestis kõrgeima taseme (48 uut Tuberkuloosi haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta) on üldine haigestumine tänu riiklikule programmile langenud rohkem kui kaks korda (2011. a. 19,7 tuberkuloosi haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta). Täna on Eesti suurimaks probleemiks multiravimresistentsete (MDR), sh nn. eriti resistentsete (XDR TB) juhtude ning HIV-nakatanud tuberkuloosihagete väga kõrge suhtarv. 2011 aastal oli 24% esmastest ja 52,7% varem ravitud kopsutuberkuloosi juhtudest multiresistentsete; HIV-nakatanud tuberkuloosihagete osakaal tõusis 13,2 %-ni kõigist tuberkuloosi haigetest.

*Valdkonna prioriteetidid lähtuvalt eelnevast:*

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

*Valdkonna alaeesmärgiks (AE) ja meetmeteks (M) on lähtuvalt eelnevast:*

**AE 4.** Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud, toitumine on muutunud tasakaalustatumaks ja riskikäitumine on vähenenud.

*Valdkonna alaeesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:*

**Tabel 5.** Tervisliku eluviisi valdkonna alaeesmärgi saavutamise indikaatorid

| Indikaator   | Baastase 2006                        | Täitmine 2011                          | Aasta 2012 | Aasta 2016 | Sihttase 2020 |
|--|--------------------------------------|--|------------|------------|---------------|
| 16–64-aastaste ülekaaluliste inimeste osakaal.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring   | 30,5%<br>m: 37,3%<br>n: 26,1%        | 31,7%<br>m:36,6%<br>n: 28,4%<br>(2010) | 28%        | 26%        | 25%           |
| 16–64-aastaste rasvunud inimeste osakaal.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring        | 15,2%<br>m: 14,9%<br>n: 16,5%        | 16,9%<br>m: 17%<br>n: 16,8%<br>(2010)  | 13%        | 13%        | 12%           |
| Ülekaaluliste kooliõpilaste osakaal.<br>Allikas: Haigekassa koolitervishoiu aruanded                           | 7,8 %<br>(2006/<br>2007)             | 10,5%<br>(2011/<br>2012)               | 7%         | 6,5%       | 6%            |
| Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000 elaniku kohta.<br>Allikas: Terviseamet                                    | 47,2<br>m: 60,4<br>n: 35,9<br>(2007) | 27,6<br>m: 36,9<br>n: 19,7             | 30         | 20         | 15            |
| HIV-sse nakatanud rasedate osakaal kõigist rasedatest.<br>Allikas: Terviseamet, Tervise Arengu Instituut       | 0,3%                                 | 0,49%<br>(2007)                        | <1%        | <1%        | <1%           |
| Illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, ESPAD uuring | 33,5 %<br>m: 37%<br>n: 23%<br>(2007) | 32<br>m: 36%<br>n: 27%                 | 29         | 24         | 21            |
| Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku                                       | 121<br>m 201                         | 85<br>m:144                            | 95         | 78         | 61            |

|   |       |  |     |            |            |
|---|-------|--|-----|------------|------------|
| kohta<br>Allikas: Statistikaamet  | n: 53 | n: 34                                  |     |            |            |
| † Joobes juhtide osalusel toimunud õnnetustes hukkunute arv.<br>Allikas: Maanteeamet  | 53    | 14                                     | 35  | 14<br>(25) | 14<br>(15) |
| * Südame- ja veresoonehaigustesse surnud alla 65-aastaste arv 100 000 elaniku kohta<br>Allikas: Statistikaamet                              | –     | 94<br>m: 150<br>n: 41                  | –   | 73         | 56         |
| * Liikumisharrastusega regulaarselt tegelevate 16–64-aastaste isikute osakaal<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring | –     | 36,3%<br>m:36,9%<br>n: 35,8%<br>(2010) | 37% | 45%        | 53%        |
| * Absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas<br>Allikas: Konjunkturiinstituut  | –     | 10,2                                   | –   | <8         | <8         |
| * 16–64-aastaste igapäevasuitsetajate osakaal<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, tervisekäitumise uuring                                 | –     | 26,2%<br>m:36,8%<br>n: 18,7%<br>(2010) | –   | 21,5%      | 18,3%      |
| * Tuberkuloosi esmashaigestunute arv 100 000 elaniku kohta<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut, Tuberkuloosiregister                       | –     | 19,8<br>m:29,8<br>n: 11,2              | –   | 16         | 14         |
| * Uus indikaator (baastasemeks 2011 aasta)<br>† Indikaatori sihttase korrigeeritud, sulgudes endine sihttase                                |       |  |     |            |            |

Valdkonna alaeesmärgi saavutamiseks kasutatakse järgmisi meetmeid:

| 2009-2012   | 2013-2016  |
|---|--|
| AE 4-1 Rahvastiku kehaline aktiivsus on suurenenud. | M 1 Rahvastiku kehalise aktiivsuse suurendamine  |
| AE 4-2 Rahvastiku toitumisharjumused on paranenud.  | M 2 Rahvastiku toitumisharjumuste parandamine  |
| AE 4-3 Rahvastiku riskikäitumine on vähenenud       | M 3 Alkoholist tingitud kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale<br><br>M 4 Tubakast tingitud tervisekahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale<br><br>M 5 Narkootiliste ainete tarbimise ennetamine, vähendamine ning kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale<br><br>M 6 Vigastuste ennetamine ja vähendamine<br><br>M 7 Uute nakkusjuhtude ennetamine ja püsiva langustendentsi saavutamine |

|  |  |
|--|--|
|  | HIV/AIDSi levikus<br><br>M 8 Elanikkonna kaitsmine tuberkuloosi nakkuse eest |
|--|--|

#### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkonna alaeesmärgi prioriteetidid, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

#### AE 4-1 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Tõsta inimeste teadlikkust tervist toetavast liikumisest ning liikumisharrastuse võimalustest ning integreerida liikumisharrastuse (sh õpilaste kehalise võimekuse arvestamise) teemad õpetajate põhi- ja täiendusõppesse ning riiklikesse õppekavadesse; tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele.
- Tagada kehalist aktiivsust soodustav toetav keskkond (sh tervist edendavad võrgustikud, koolisport, liikumisalane nõustamisteenus ja meditsiiniline teenindamine) ning infrastruktuur.
- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku liikumisharjumusi, liikumisharjumust määravaid mõjureid ning nendele suunatud sekkumisi; täiendada spordistatistika andmebaasi.

#### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Täiendada kohalike omavalitsuste arengukavasid lähiliikumispaikade võrgu hindamise tulemustest ning sportimispaikade soovitusnormidest lähtuvalt; investeerida liikumist soodustava infrastruktuuri rajamisse.
- Suurendada inimeste võimalusi veeta vaba aega kehaliselt aktiivselt.

#### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Jagada personalile liikumisharrastusalast informatsiooni ning tuua eeskujuks kehaliselt aktiivseid inimesi.
- Edendada kehalist aktiivsust organisatsioonis.
- Arendada üleriigiliste spordiühenduste, piirkondlike spordiliitude ja tervisetubadega info- ja õppekeskusi ning koostöös avaliku sektoriga liikumis- ja terviseradasid.



### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Täiendada oma teadmisi kehalise aktiivsuse kasulikkusest ning kasutada liikumisharrastuse võimalusi ja teenuseid.
- Toetada oma lähikondseid liikumisharjumuste tervislikumaks muutmisel, pakkudes positiivset eeskuju ja kaasates aktiivselt teisi.

### AE 4-2 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Tõsta inimeste teadlikkust tasakaalustatud ja täisväärtuslikust toitumisest ning integreerida toitumise ja toiduga seotud teemad õpetajate põhi- ja täiendkoolitusse ning riiklikesse õppekavadesse; tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele.
- Tagada inimeste tervislikke toitumisvalikuid soodustav keskkond ning tasakaalustatud toitumise põhimõtete järgimine institutsionaalses toitlustamises.
- Arendada toitumisalast nõustamisteenust ja tagada selle kättesaadavus riskirühmadele.
- Seirata ja hinnata regulaarselt rahvastiku toitumisharjumusi, ülekaalulisuse trende (sh antropomeetriliste näitajate seiramine) ja nendele suunatud sekkumisi ning teha toitumisalast riski-kasulikkuse hindamise analüüsi (toitumine, toidu ohutus jne).

### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Integreerida tasakaalustatud toitumise ja toitlustamise teema kohalike omavalitsuste arengukavadesse.
- Toetada institutsionaalset toitlustamist ning korraldada toitu ja toitumist käsitlevate õigusaktide täitmist ja nende järgimise kontrollimist oma pädevuse piires.
- Välja töötada ja ellu viia toetavate tegevuste kontseptsioon haavatavate rühmade täisväärtusliku toitumise tagamiseks.
- Toetada organisatsioone ja projekte, mille eesmärgiks on tervisliku toitumise soodustamine.

### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

- Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Vähendada võimalusel toodetes soola, suhkru ja rasva sisaldust; teha toodete kohta käiv toitumisalane teave tarbijale kergesti kättesaadavaks.
- Luua meedias positiivseid rollimudeleid; tagada reklaami puhul, et tarbijat ei eksitataks ja et ei kasutataks ära haavatavate rühmade kergeusklikkust; kajastada meediapõhiseid tervislikule toitumisele suunatud õppeprogramme.
- Edendada tervislikku toitumist organisatsioonis.

#### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Täiendada oma teadmisi tasakaalustatud ja täisväärtuslikust toitumisest ning toidu märgistusest; kasutada tervislikule toitumisele suunatud võimalusi ja teenuseid.
- Toetada oma lähikondseid toitumisharjumuste tervislikumaks muutmisel, pakkudes positiivset eeskujut ja jagades informatsiooni tervisliku toitumise kohta.

#### AE 4-3 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Tõsta inimeste teadlikkust riskikäitumisest ning integreerida riskikäitumisega seotud teemad õpetajate põhi- ja täiendkoolitusse ning riiklikesse õppekavadesse; õpetada eluusküsi üldharidus- ja kutsekoolides ning laiendatult riskivalt käituvate ning enim haavatavate noorte hulgas; tagada asjakohaste materjalide ning koolituste kättesaadavus siht- ja sidusrühmadele (sh noortelt-noortele-koolitused); arendada koostöös partneritega vaba aja veetmise võimalusi.
- Kehtestada rangemad piirangud sõltuvust tekitavate ainete reklaamile ja tooteedendusele ning viia ellu sotsiaalse turunduse ja vastureklaami meetmeid.
- Tõhustada järelevalvet sõltuvusainete käitlemist ja tarvitamist reguleerivate seaduste täitmise üle ning rakendada vältimatuid ja tõhusaid sanktsioone seaduste rikkujate suhtes.
- Tagada erinevatele sihtrühmadele ulatuslike ja kvaliteetsete kahjude vähendamise teenuste (sh nõustamine, asendusravi), süstimisvarustuse ja kondoomide kättesaadavus.
- Teha riskiva seksuaalkäitumise ja HIV-ennetust erinevates sihtrühmades, jagades informatsiooni, kujundades hoiakuid ja oskusi, korraldades koolitusi ning tagades testimise ja kaitsevahendite kättesaadavuse.
- Tagada abivajajatele kvaliteetse sõltuvusalase nõustamise, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus.
- Arendada tugivõrgustikke haavatavatele rühmadele ning suurendada riskikäitumise ennetuse, sõltuvusravi ning rehabilitatsiooni valdkondades tegutsevate pädevate inimeste hulka, koolitades ja täiendkoolitades spetsialiste.
- Töötada välja ja rakendada alkoholi liig- ja kuritarvitamise, vigastuste ning hasartmängusõltuvuse ennetamise põhimõtted.

- Teha regulaarsed käitumuslikku, sõltuvusainete levimuse ja tarbimise tagajärgede seiret, uuringuid riskikäitumisega seotud mõjurite kohta ja sekkumiste hindamist.

#### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Integreerida riskikäitumise ennetamise ja vähendamise teema kohalike omavalitsuste arengukavadesse.
- Tagada kohalikele vajadustele vastav arv kvalifitseeritud lastekaitse spetsialiste ning sotsiaaltöötajaid.
- Soodustada eneseabi- ja tugigruppide teket ning tegevust.
- Toetada riskikäitumise ennetamise ja lahendamise tegelevaid organisatsioone ja projekte rahaliselt või tegutsemiseks vajalike muude ressurssidega.
- Edendada sõltuvusainetevaba elustiili ja luua alternatiivseid vabaajaveetmise võimalusi.

#### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeasmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Luua meediaorganisatsioonide abil meedias positiivseid rollimudeleid ning pakkuda meediapõhiseid meelelahutuslikke õppeprogramme riskikäitumise vähendamiseks.
- Arvestada tootearenduses ja turunduses riskikäitumise ennetamise põhimõtteid, vältides alaealistele tarbijatele köitvaid tooteid ja reklaame; jaemüüjatel välistada alkoholimüük alaealistele.
- Kodanikuühendustel ja MTÜdel arendada omavahelist koostööd; koos valitsusorganisatsioonidega algatada, planeerida, arendada ja viia ellu ennetustegevusi; tagada oma organisatsiooni tegevuse vastavus rahvusvaheliste standarditele.

#### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Täiendada oma teadmisi ja oskusi, kasutades riskikäitumise ennetamisele ja vähendamisele suunatud võimalusi, teenuseid ja vahendeid, ning toetada oma lähikondseid tervislikul käitumisel.
- Vältida avalikus kohas alkoholi ja tubaka tarvitamist ning kasutada turvavahendeid (turvavööd, kondoomid jne).

## **V Tervishoiusüsteemi areng**

### ***Valdkonna kirjeldus***

Viimaste uuringute kohaselt mõjutab tervishoiusüsteem inimeste tervist kuni 30% ulatuses. Ühiskonna arenguga kaasnevad uued ülesanded, mille lahendamine eeldab tasakaalu leidmist ja kompromissi ühiskonna erinevate huvigruppide vahel.

Iga tervishoiupoliitiline otsus mõjutab rahvastiku heaolu ja tervist. Tervishoiusüsteemi juhtimine tähendab tasakaalu loomist vajaduste ja võimaluste vahel, tagades inimestele vajadustele vastava kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavuse ressursside optimaalse kasutamise kaudu.

Pärast taasiseseisvumist on Eesti tervishoiusüsteemis toimunud suured muutused. Tervishoiureformid algasid 1992. aastal üleminekuga solidaarsele ravikindlustusepõhisele tervishoiu rahastamisele, mis tõi endaga kaasa tervishoiuteenuse osutajate ja tervishoiu rahastaja eraldumise ning lepinguliste suhete tekkimise haigekassa ning tervishoiuteenuse osutajate vahel. Teiseks oluliseks muutuseks Eesti tervishoiusüsteemis on teenuse osutajate võrgustiku reorganiseerimine perearstikeskse esmatasandisüsteemi ning optimeeritud haiglavõrgu arendamise kaudu.

Eesti tervishoiusüsteemis on avalikul sektoril märkimisväärne roll tervishoiu korraldamises ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamises. Samas on tervishoiusüsteemi toimivuse ja paindlikkuse suurendamiseks rakendatud mitmeid erasektori põhimõtteid. Seetõttu tegutsevad kõik tervishoiuteenuse osutajad eraõiguse alusel. Perearstid on valdavalt kas füüsilisest isikust ettevõtjad või äriühingute omanikud ja palgatöötajad ning haiglad sihtasutused või aktsiaseltsid. Selleks et paremini tagada haiglate tegutsemise eesmärkide vastavus avalikele huvidele, on haiglate omanikeks kas riik, kohalik omavalitsus või muu avalik-õiguslik organisatsioon, kes haiglate nõukogude kaudu suunavad haiglate tegevjuhtkonna igapäevategevust.

Tervishoiusüsteem peab olema patsiendikeskne, et tagada ravi järjepidevus. Selle oluliseks eelduseks on esmatasandi, eriarstiabi ja hooldusravi/hoolekande vaheline koostöö ning koordineeritus. Oluline aspekt on ka patsiendi informeeritus, mis ühelt poolt tähendab oskust orienteeruda tervishoiusüsteemis ning teisalt teadlikkust oma terviseprobleemidest ning ravivõimalustest.

### ***Valdkonna peamised probleemid***

#### Rahastamine

- Ravikindlustuse piiratud tulubaas, mis elanikkonna vananemisest tulenevalt inimeste vajaduste suurenedes ning teenuste kallinedes ohustab tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkust.
- Patsientide omaosaluse suhteliselt kõrge määr tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasumisel, mis ennekõike ohustab krooniliste haigustega madalama sissetulekuga inimesi.

#### Ressursid

- Tervishoiuteenuste osutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus on piiratud.
- Tervishoiutöötajate pädevushindamine pole piisavalt koordineeritud.
- Puudub hindamissüsteem, mis võimaldaks tuvastada, kui suur on vajadus

- kallihinnalise meditsiinitehnoloogia järele.
- Ravimite kättesaadavus on ebaühtlane.
- Haiglavõrgu ebaefektiivsus, näiteks osa ravivoodite madal hõivatus haiglavõrgu haiglates, mis viitab teenuste ümberkorraldamise jätkamise vajadusele.

### Teenused

- Rahvastiku vananemise tõttu suureneb vajadus hooldusravi/hoolekande järele.
- Pikad ravijärjekorrad eriarsti juurde.
- Päevaraviteenuste vähene osakaal eriarstiabis.
- Esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavus on ebaühtlane.

### Juhtimine

- Inimeste vähene teadlikkus sellest, kuhu pöörduda oma õiguste kaitseks, kui inimene ei ole rahul talle osutatud tervishoiuteenusega.
- Hooldusravi ja hoolekandeteenuste erinev juhtimine, korraldus ja finantseerimine.
- Puudulik infovahetus erinevate tervishoiuteenuste osutajate vahel.
- Puudub tervishoiuteenuse osutajate tegevusnäitajate süsteem.

### *Valdkonna prioriteetidid lähtuvalt eelnevast:*

- Tervishoiusüsteem peab olema õiglane, tagades inimestele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse ressursside optimaalse kasutuse kaudu.
- Tervishoiusüsteem, kus töötavad kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajad, peab olema patsiendikeskne.
- Tervishoiu rahastamine toimub solidaarse ravikindlustuse põhimõtte järgi, tagades tervishoiuteenuste võrdse kättesaadavuse ja kvaliteedi kõigile ravikindlustusega isikutele.
- Tervishoiu rahastamissüsteem peab olema pikaajaliselt jätkusuutlik, et tagada kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ning pakkuda inimestele kaitset finantsriski sattumise eest.

### *Alaeesmärgiks (AE) on lähtuvalt eelnevast:*

**AE 5.** Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu.

Valdkonna alaeesmärgi saavutamist jälgitakse järgmiste indikaatorite abil:

**Tabel 6.** Tervishoiusüsteemi arengu alaeesmärgi saavutamise indikaatorid.

| Indikaator   | Baastase<br>2006 | Täitmine<br>2011 | Aasta<br>2012 | Aasta<br>2016 | Sihttase<br>2020 |
|--|------------------|------------------|---------------|---------------|------------------|
| Arstide arv 100 000 elaniku kohta.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut  | 322              | 323              | 320           | 320           | 320              |
| Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut  | 680              | 640              | 761           | 830           | 900              |
| † Arstiabi kvaliteediga üldiselt või väga rahul olijate osakaal.<br>Allikas: Sotsiaalministeerium, „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile” | 69%<br>(2007)    | 72,4%            | 70%           | 76%<br>(71%)  | 80%<br>(72%)     |
| Arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks pidanute osakaal.<br>Allikas: Sotsiaalministeerium, „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile”   | 60%<br>(2007)    | 51,4%            | 62%           | 65%           | 68%              |
| Leibkonna kulutuste osakaal tervishoiu kogukuludest.<br>Allikas: Tervise Arengu Instituut  | 24%              | 17,6%            | <25%          | <25%          | <25%             |
| † Indikaatori sihttase korrigeeritud, sulgudes endine sihttase   |                  |                  |               |               |                  |

Valdkonna alaeesmärgi saavutamiseks rakendatavad meetmed on lähtuvalt eelnevast:

| 2009 – 2012  | 2013 - 2016  |
|--|--|
| AE 5-1 Patsiendikeskse tervishoiusüsteemi arendamine inimeste parema informeerituse ning erinevate tasandite arstiabi parema koordineerituse kaudu   | M 1 Patsientide õiguste kaitse, tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamine  |
| AE 5-2 Kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine esmatasandi tervishoiuteenuste arendamise, aktiivravi haiglavõrgu optimeerimise ning hooldusravi/hoolekande arendamise kaudu | M 2 Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu sh õendus- ja ämmaemandusabi tagamine<br>M 3 Eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabi teenused<br>M 5 Valmisoleku tagamine tervishoiualasteks hädaolukordadeks ning kättesaadava kiirabi osutamiseks |
| AE 5-3 Tervishoiu rahastamise pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamine, kindlustades seejuures inimeste finantskaitse terviseriski tekkimisel   | M 4 Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevaid töötajaid, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid veretooted ja meditsiiniseadmed   |

### Meetmed valitsustasandil rakendamiseks

Valitsustasandi ülesandeks on kujundada valdkonna alaeesmärgi prioriteetid, välja töötada (vajadusel koostöös kohalike omavalitsustega) nende arengusuundade rakendamiseks vajalikud meetmed, nüüdisajastada nende rakendamiseks vajalik õigusruum ja näha ette nende meetmete rakendamiseks vajalikud ressursid. Tagada inimestele piisav teave, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

### AE 5-1 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Kaitsta patsientide õigusi ja suurendada nende teadlikkust oma õigustest tervishoiusüsteemis.
- Nüüdisajastada ja korrastada esmaabikoolituste korraldamiseks vajalik õigusruum.
- Edendada koolides tervishoiualaste teadmiste õpetamist.
- Korraldada patsientide ja personali rahulolu-uuringuid, analüüsida tulemusi ja anda tagasisidet.
- Töötada välja ja rakendada teenuste kvaliteediindikaatorite süsteem.

### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Tõhustada koostööd perearstidega tervishoiusüsteemi teavitustegevuse ja ennetusprogrammide elluviimisel.

### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Korraldada patsiendi rahulolu-uuringuid, analüüsida tulemusi, anda tagasisidet ning rakendada parendamistegevusi.
- Korraldada personali rahulolu-uuringuid, analüüsida ja avalikustada tulemusi ning rakendada parendamistegevusi.
- Arendada kvaliteedijuhtimissüsteeme; tutvustada neid patsientidele ja töötajatele.
- Töötada välja ja rakendada klienditeeninduse standardid.
- Korraldada patsiendile ja tema lähedastele haigusega toimetuleku alast nõustamist ja koolitusi ning jagada infomaterjale.
- Korraldada esmaabikoolitusi.

### Soovituslikud tegevused indiviidi tasandil rakendamiseks

Iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

- Järgida tervislikke eluviise.
- Osaleda esmaabikoolitustel.
- Suurendada oma teadlikkust tervishoiust elukestva õppe kaudu.

AE 5-2 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Tagada kõigile abivajajatele optimaalse standardiseeritud kiirabiteenuse kättesaadavus.
- Edendada kiirabiteenuse ja teiste teenuste osutajate koostööd operatiivteenistustega tagamaks valmisolek efektiivseks tegutsemiseks hädaolukordades (koolitused ja õppused, vajalikud ressursid).
- Arendada koduõendusteenust ja teisi esmatasandi tervishoiuteenuseid.
- Tagada üldarstiabi kättesaadavus perearsti töövälisel ajal.
- Tsentraliseerida esmatasandi tervishoiuteenuste planeerimine ja korraldamine.
- Parandada eriarstiabiteenuste kättesaadavust ravijärjekordade lühendamise abil.
- Suunata hooldusraviteenuste vajajad õigel tasemel ravile ja/või hoolekandele, suurendada päevaste ja koduteenuste osakaalu.
- Tagada motiveeritud töötajate optimaalne arv.
- Motiveerida tervisedendust ja haiguste ennetustegevust.
- Ehitada välja nüüdisaegne tervishoiu infrastruktuur, lähtudes seejuures meditsiini arengust ja vajadusest arstiabi järele.
- Tõhustada nii erinevate teenuseosutajate omavahelist koostööd ja infovahetust kui ka koostööd ja infovahetust teiste valdkondadega (haridussüsteem, sotsiaalhoolekanne jne).
- Rakendada e-riigi põhimõtteid ja innovaatilisi lahendusi.
- Tõhustada järelevalvetegevusi, suurendada kliiniliste auditite arvu.

Täiendavad tegevused 2013–2016 rakendusplaanis AE 5 meetmete

M 2. Ühiskonna ootustele ja vajadustele vastava esmatasandi tervishoiu, sh õendus- ja ämmaemandusabi tagamine;

M 3. Eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabiteenused ja

M 4. Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevad töötajad, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid, veretooted ja meditsiiniseadmed)

all:

- Jätkata haiglavõrgu optimeerimist, luues üldhaiglate restruktureerimiseks õiguslikud eeldused ja toetavad rahastamismeetmed.



- Jätkata haiglavõrgu pädevuskeskuste tugevdamist kaasaegse infrastruktuuri loomisse jätkuvalt investeerides ja õiguslikke eeldusi täpsustades.
- Töötada välja ja viia ellu haiglavõrgu ja esmatasandi tervishoiu arengusuunad aastani 2020.
- Toetada investeeringuid esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuritaristusse elanikkonna tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused.

Täiendavate tegevuste eesmärk on fookustada haiglavõrgu jätkuva korrastamise vajadust ja esmatasandi tugevdamise suunda koos investeeringutega ning töötada välja ja viia ellu esmatasandi tervishoiu ja haiglavõrgu arengusuunad aastani 2020.

#### Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused). Tagab inimestele piisava teabe, mis võimaldab teha teadlikke valikuid terviseriskide vähendamiseks.

- Osaleda esmatasandi tervishoiuteenuste infrastruktuuri väljaehitamises ja korras hoidmises.
- Arendada integreeritud õendushooldusteenust.

#### Soovituslikud tegevused organisatsioonide tasandil rakendamiseks

Aidata kaasa valdkonna alaeesmärgi saavutamisele, luues tervist toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna.

- Analüüsida tervishoiutöötajate rahulolu ja suurendada seda motivatsioonisüsteemi kaudu.
- Korraldada, hinnata ja toetada tervishoiutöötajate täiendusõpet.
- Prioriseerida tervisedendust ja haiguste ennetustegevust.
- Korraldada regulaarselt pädevushindamist.
- Tõhustada koostööd Tartu Ülikooliga ja tervishoiu kõrgkoolidega personali planeerimiseks, koolitamiseks ja tööle värbamiseks.
- Ehitada välja nüüdisaegne infrastruktuur, lähtudes seejuures meditsiini arengust ja vajadusest arstiabi järele.
- Võtta kasutusele nüüdisaegsed infotehnoloogilised ja sidevahendid (sh telemeditsiin).

#### AE 5-3 2009-2012 meetmed on kajastatud tegevustena 2013-2016 rakendusplaanis:

- Hõlmata Eesti rahvastik ravikindlustatusega.
- Prognoosida vajadust arstiabi järele, arvestades seejuures haiguskoormuse regionaalseid aspekte.
- Tagada ravimite, veretoodete ja meditsiiniseadmete ohutus, kvaliteet ja kättesaadavus.

- Tagada ravikindlustussüsteemi finantsiline jätkusuutlikkus.

Soovituslikud tegevused kohaliku omavalitsuse tasandil rakendamiseks

Kohalik omavalitsus korraldab tegevuste rakendamist oma pädevuse piires (sh luues vajalikud õiguslikud alused).

- Tagada ravikindlustuseta isikutele arstiabi, mida vältimatu abi ei kata.

## **11. Arengukava juhtimise süsteem**

„Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” oluliseks osaks on kogum valdkondlikke meetmeid arengukava eesmärkide saavutamiseks ja indikaatorite süsteem nende eesmärkide poole liikumise jälgimiseks. Suur osa indikaatoritest on seotud erinevate kaheaastase intervalliga korraldatavate rahvastiku-uuringutega ja seega on kõiki indikaatoreid võimalik uuendada iga kahe aasta tagant.

Rahvastiku tervise arengukava meetmete tõhusaks rakendamiseks on vajalikud: ülevaade senistest tegevustest, hinnangud nende tegevuste tulemusena saavutatud vahe-eesmärkide kohta, prioriteetide ja tegevuste nüüdisajastamine ning planeeritavate muudatuste elluviimine. Samas toimuvad need tegevused erineva regulaarsusega. Näiteks meetmete rakendamist ja selleks vajalikke rahalisi ressursse planeeritakse igal aastal, kuid rahvastiku tervises toimuvad muutused suhteliselt aeglaselt ning neid on otstarbekam jälgida pikema ajavahemiku tagant. Rahvastiku tervise arengukava juhtimistsükleid on kolm:

- iga-aastane, mis hõlmab arengukava tegevuste ülevaadet ja jooksvaid juhtimisotsuseid tegevuste rahastamise ning rakendamise kohta;
- kaheaastane, mis hõlmab lisaks jooksvatele juhtimisotsustele ka arengukava indikaatorite uuendamist, täitmisaruande koostamist ja valitsuse otsust seniste tegevuste ja võimalike uute suundade kohta. Indikaatorite uuendamise kaheaastase intervalli põhjuseks on nende aluseks olevate rahvastiku-uuringute toimumine sellise sagedusega;
- nelja-aastane, mis lisaks eelnevale hõlmab ka teadusnõukogu tegevust.

Arengukava täitmise aruannete ja lõpparuande koostamiseks esitavad ministriumid Sotsiaalministeeriumile kokkuvõtte oma vastutusalasse jäävate terve perioodi meetmete ja tegevuste elluviimise kohta. Sotsiaalministeerium koostab aruande, kooskõlastab selle ministriumidega ning esitab seejärel hiljemalt 30. juunil (lõpparuande puhul hiljemalt 30. juunil 2021) Vabariigi Valitsusele heakskiitmiseks.

### *Juhtorganid*

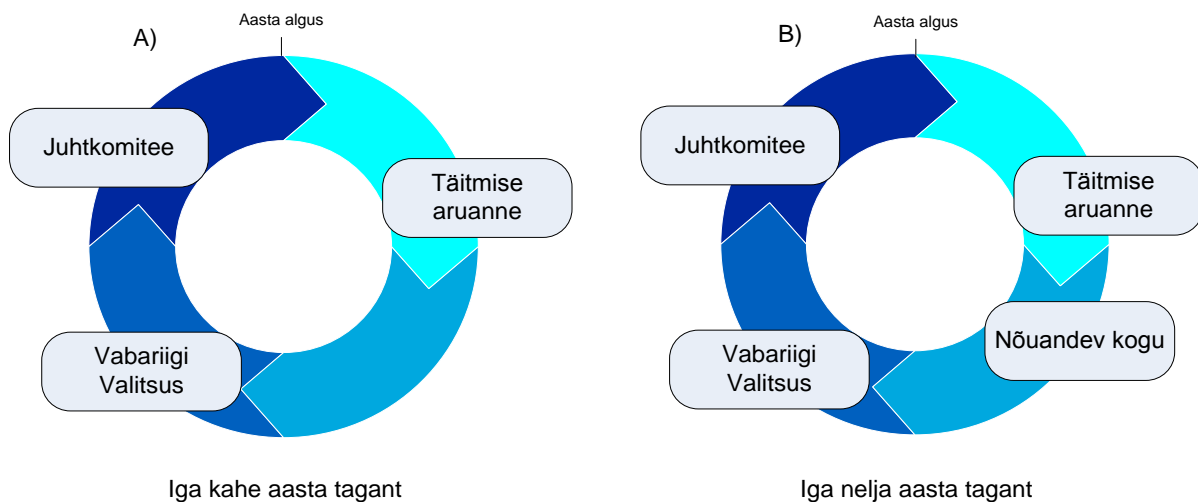
2009-2012 rakendusperiood:

Nagu eespool märgitud, korraldatakse iga nelja aasta järel põhjalikum rahvastiku tervise arengukava hindamine ja eesmärkide ülevaatamine, mis koosneb neljast peamisest osast koos igale osale omase juhtimisorganiga. Need neli osa lähtuvad erinevatest arengukava juhtimiseks vajalikest tegevustest ning on kujutatud ka joonisel 4B koos ligikaudse toimumisajaga aasta jooksul.

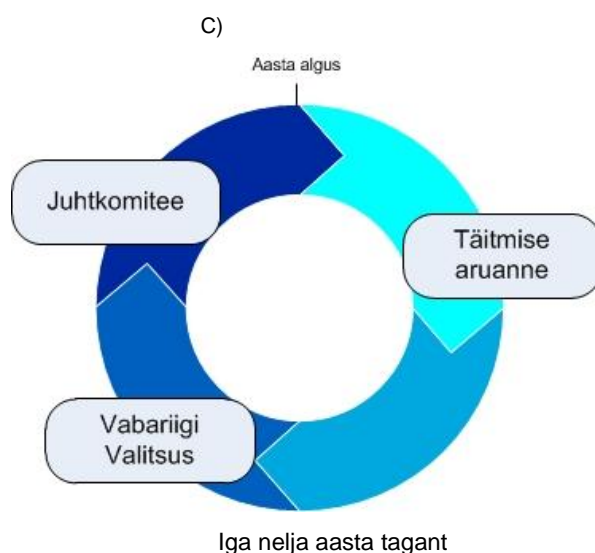
2013-2016 rakendusperiood:

Iga nelja aasta järel korraldatakse põhjalikum rahvastiku tervise arengukava hindamine ja eesmärkide ülevaatamine, mis koosneb kolmest peamisest osast koos igale osale omase juhtimisorganiga. Need kolm osa lähtuvad erinevatest arengukava juhtimiseks vajalikest tegevustest ning on kujutatud ka joonisel 4C koos ligikaudse toimumisajaga aasta jooksul.

Rakendusperiood 2009-2012



### Rakendusperiood 2013-2016



**Joonis 4.** Rahvastiku tervise arengukava aastane juhtimistsükkel koos erinevate juhtkogudega.

Rahvastiku tervise arengukava juhtimiskogude ja nende tegevuste täpsem sisu on järgmine:

1. Valdkondlikud ekspertrühmad ja tulemuste/tegevuste raport

Sotsiaalministeeriumisse koondatakse info rahvastiku tervise arengukava indikaatorite tulemuste, eelnenud aasta jooksul tehtud tegevuste ning edusammude kohta arengukava strateegiliste eesmärkide saavutamisel. Rahvastiku tervise arengukava koostamisel osalenud valdkondlike ekspertrühmade baasil moodustatakse ekspertrühmad ka arengukava tulemuste hindamiseks. Sotsiaalministeeriumi koostatav tegevuste-indikaatorite ülevaade ning sellel põhinevad ekspertrühma hinnangud on aluseks Sotsiaalministeeriumis koostatavatele arengukava eelnenud perioodi kokkuvõtetele, mis omakorda on sisendiks järgmise juhtorgani tegevusele.

## 2. Vabariigi Valitsus

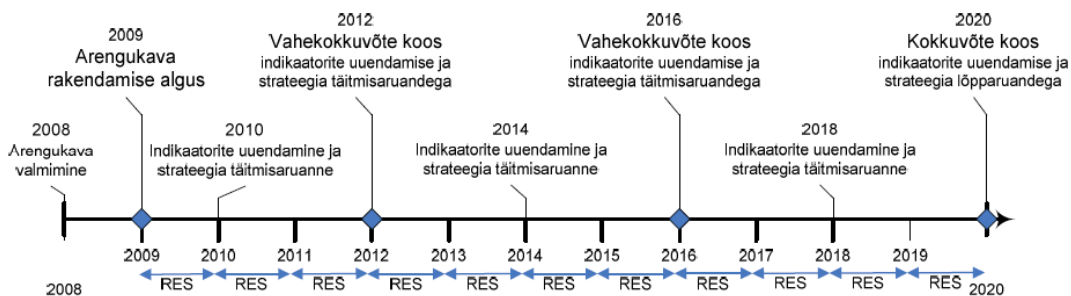
Vabariigi Valitsusele esitatakse aruteluks rahvastiku tervise arengukava eelmise perioodi aruanne, mis soovitavalt on enne läbinud kooskõlastusringi juhtkomitees. Arutelu eesmärgiks on tagada, et rahvastiku tervise arengukava edasiste tegevuste plaan oleks vastavuses riigi kavandatavate arengusuundade ja tegevustega. Vabariigi Valitsuse istungi tulemuste põhjal seatakse rahvastiku tervise arengukava rakendamise järgmise perioodi prioriteetid ja vahe-eesmärgid, mille elluviimise eest vastutab rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee.

Rahvastiku tervise arengukava eelmise perioodi aruanne esitatakse tutvumiseks ka Riigikogu rahanduskomisjonile.

## 3. Juhtkomitee

Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee koosneb erinevate ministriumide esindajatest, kelle tööülesannete hulka kuulub soovitavalt riigi eelarvestrateegia (RES) planeerimine ja rakendamine. Samuti kuulub juhtkomitee koosseisu üks kohalike omavalitsuste ja üks valitsusväliste organisatsioonide esindaja. Juhtkomitee tegevusse võib vajaduse korral kaasata erialaspetsialiste ja erinevate valdkondade esindajaid.

Juhtkomitee ülesandeks on planeerida rahvastiku tervise arengukava järgmise perioodi konkreetsed tegevused ja nende elluviimiseks vajalikud rahalised vahendid. Seejuures lähtutakse eelnenud perioodi tegevuste analüüsi tulemustest, nõuandva kogu soovistest ja valitsuse poolt seatud eesmärkidest. Iga juhtkomitee liige vastutab juhtkomitee ees enda ministriumi või sidusrühma tegevuste korraldamise, oma haldusala eesmärkide saavutamise ja Sotsiaalministeeriumile ning ekspertrühmadele arengukava aruandluse koostamiseks vajaliku info edastamise eest.



Joonis 5. Rahvastiku tervise arengukava tulemuste kokkuvõtete tegemise ajakava.  
RES – riigi eelarvestrateegia

Rahvastiku tervise arengukava juhtimise erinevad juhtimistsüklid on koondatud tervikuks joonisel 4, kus lisaks igal aastal toimuvale tegevuste ülevaate uuendamisele (kuna see on aluseks juhtkomitee tegevusele) on eraldi välja toodud arengukava indikaatorite uuendamine ja seniste tegevuste põhjalikum hindamine.

Rahvastiku tervise arengukava elluviimist koordineerib Sotsiaalministeerium. Arengukava elluviimises osalevad peale Sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutuste ka Kaitseministeerium, Keskkonnaministeerium, Siseministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Põllumajandusministeerium, Kultuuriministeerium, Justiitsministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, kohalikud omavalitsused ja kodanikeorganisatsioonid.

## 12. Arengukava rakendusplaan ja maksumuse prognoos

Kuna rahvastiku tervise arengukava on raamdokument, mida rakendatakse peamiselt kas heakskiidetud või väljatöötatavate Sotsiaalministeeriumi ja teiste ministeeriumite haldusala valdkondlike arengukavade kaudu, siis vajadus täiendavate finantsvahendite järele planeeritakse valdkondlike arengukavade koostamise ja täiendamise ning riigieelarve strateegia ja riigieelarve seaduse koostamise käigus. Rahvastiku tervise arengukava viiakse ellu peamiselt Sotsiaalministeeriumi haldusala ja teiste ministeeriumite riigieelarvelise rahastuse kaudu. Täiendavad finantsvahendid planeeritakse riigieelarve koostamise käigus, mille aluseks Sotsiaalministeeriumi haldusala puhul on iga-aastane Sotsiaalministeeriumi haldusala „Finantsraamistik ja tegevuskava: uued algatused ja olulisemad kasvud”. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 eeldatavaks kogumaksumuseks aastatel 2009–2020 on 1 066,29 miljardit krooni, sh 311,07 miljardit krooni perioodil 2009–2012. Rahvastiku tervise arengukava finantsvahendid Sotsiaalministeeriumi haldusalas on planeeritud 2008. a märtsis Rahandusministeeriumile esitatud Sotsiaalministeeriumi haldusala „Riigi eelarvestrateegia 2009–2012 – Finantsraamistik ja tegevuskava: uued algatused ja olulisemad kasvud” tabeli järgi. Erandina on märtsis taotletud vahenditele lisatud summad ravikindlustuseta isikutele ravikindlustuse tagamise laiendamise kontseptsiooni elluviimiseks (arutati valitsuskabineti nõupidamisel 24. aprillil 2008. a) ja suurendatud Eesti Haigekassa eelarve sotsiaalmaksu laekumise prognoosi Rahandusministeeriumi kevadprognoosist lähtuvalt. Teiste ministeeriumide kulude prognoosid on lisatud kooskõlastusringil olemasolevate arengukavade maksumusi arvestades. Tegemist on indikatiivsete numbritega, reaalsed võimalused arengukava rahastamiseks sõltuvad 30. mail 2008. a Vabariigi Valitsuse korraldusega kinnitatud „Riigi eelarvestrateegia 2009–2012” finantsplaanis toodud piirsummade jagamisest tegevustele nii Sotsiaalministeeriumi kui ka teiste ministeeriumite valitsemisalas. Rahvastiku tervise arengukava tegevused ning detailsem maksumuse prognoos täpsustatakse iga-aastase riigi eelarvestrateegia koostamise käigus.

**Tabel 7.** Rahvastiku tervise arengukava maksumuse prognoos strateegiliste eesmärkide kaupa perioodil 2009–2012. Kõik ministeeriumid (mln krooni).  
RTA SE – rahvastiku tervise arengukava strateegiline eesmärk

| RTA SE | Valdkond                                       | 2009             | 2010             | 2011             | 2012             |
|--------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 1      | Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused       | 30 665,90        | 35 868,88        | 39 946,60        | 43 464,61        |
| 2      | Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng | 207,52           | 216,55           | 227,44           | 231,78           |
| 3      | Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond       | 6 061,61         | 7 437,14         | 4 891,59         | 4 870,98         |
| 4      | Tervislik eluviis                              | 729,31           | 714,39           | 724,84           | 509,59           |
| 5      | Tervishoiusüsteemi areng                       | 16 462,61        | 18 600,66        | 20 634,65        | 22 628,97        |
| KOKKU  |  | <b>54 126,96</b> | <b>62 837,62</b> | <b>66 425,12</b> | <b>71 705,93</b> |

**Tabel 7 A.** Rahvastiku tervise arengukava maksumuse prognoos strateegiliste eesmärkide kaupa perioodil 2013–2020. Kõik ministeeriumid (tuhat eurot).  
RTA AE – rahvastiku tervise arengukava alaeesmärk

| RTA AE | Valdkond                                       | 2013    | 2014      | 2015      | 2016      | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      |
|--------|--|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1      | Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused       | 4 840   | 3 830     | 2 194     | 1 540     | 1 582     | 1 625     | 1 669     | 1 713     |
| 2      | Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng | 9 671   | 9 750     | 9 768     | 9 826     | 10 097    | 10 371    | 10 650    | 10 933    |
| 3      | Tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond       | 3 752   | 4 991     | 5 135     | 5 119     | 5 260     | 5 402     | 5 547     | 5 695     |
| 4      | Tervislik eluviis                              | 39 696  | 40 851    | 43 845    | 46 238    | 47 512    | 48 803    | 50 113    | 51 444    |
| 5      | Tervishoiusüsteemi areng                       | 924 427 | 955 662   | 997 707   | 999 043   | 1 026 566 | 1 054 456 | 1 082 760 | 1 111 524 |
| KOKKU  |  | 982 385 | 1 015 083 | 1 058 650 | 1 061 766 | 1 091 018 | 1 120 658 | 1 150 739 | 1 181 309 |

\*2017-2020 on arvestatud 2016 aasta tasemel ning kulusid on suurendatud THI alusel <http://www.struktuurifondid.ee/abimaterjalid-tasuvusanalusi-koostamiseks/> 3.10.2012 RM prognoos

\* Maksumuse prognoosis ei ole kajastatud 2014+ välisvahendeid

**Tabel 8.** Rahvastiku tervise arengukava maksumuse prognoos ministeeriumide kaupa Perioodil 2009–2012 (mln krooni).

| Ministeerium                       | 2009             | 2010             | 2011             | 2012             |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>SOM kokku</b>                   | <b>47 815,17</b> | <b>55 198,31</b> | <b>61 378,33</b> | <b>66 974,79</b> |
| sh. SOM tervise valdkond           | 17 174,56        | 19 366,30        | 21 462,50        | 23 543,34        |
| sh ülejäänud SOM                   | 30 640,61        | 35 832,01        | 39 915,82        | 43 431,45        |
| <b>Teised ministeeriumid kokku</b> | <b>6311,79</b>   | <b>7639,31</b>   | <b>5046,79</b>   | <b>4731,14</b>   |
| sh. HTM                            | 17,00            | 17,00            | 17,00            | 17,00            |
| sh. KuM                            | 115,35           | 40,51            | 0                | 0                |
| sh. KKM                            | 3,35             | 2,58             | 1,9              | 2,51             |
| sh. PÕM                            | 1,33             | 7,73             | 0,63             | 4,78             |
| sh. JuM                            | 1,63             | 0                | 0                | 0                |
| sh. MKM                            | 6112,62          | 7505,88          | 4969,43          | 4684,84          |
| sh. SIM                            | 41,75            | 44,90            | 34,80            | 0                |
| sh Rahvastikuministri büroo        | 18,45            | 20,72            | 23,00            | 22,00            |
| sh RM                              | 0,3              | 0                | 0                | 0                |
| <b>RTA KOKKU</b>                   | <b>54126,96</b>  | <b>62837,62</b>  | <b>66425,12</b>  | <b>71705,93</b>  |

**Tabel 8 A** Rahvastiku tervise arengukava maksumuse prognoos ministeeriumide kaupa perioodil 2013–2016 (tuhat eurot).

(tuh eurodes)

| Ministeerium                       | 2013           | 2014             | 2015             | 2016             |
|------------------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>SOM kokku</b>                   | <b>114 416</b> | <b>110 621</b>   | <b>113 945</b>   | <b>117 059</b>   |
| <b>Teised ministeeriumid kokku</b> | <b>867 969</b> | <b>904 462</b>   | <b>944 705</b>   | <b>944 707</b>   |
| sh. HTM                            | 30 299         | 30 299           | 30 299           | 30 299           |
| sh. KuM                            | 1 444          | 1 444            | 1 444            | 1 444            |
| sh. KKM                            | 231            | 157              | 157              | 157              |
| Sh KaM                             | 12             | 12               | 12               | 12               |
| sh. PÕM                            | 1 756          | 1 902            | 1 922            | 1 922            |
| sh. JM                             | 413            | 443              | 443              | 443              |
| sh. MKM                            | 64             | 64               | 64               | 64               |
| sh. RM                             | 10             | 263              | 0                | 0                |
| sh. SIM                            | 2 817          | 465              | 450              | 453              |
| sh. VV                             | 0              | 230              | 231              | 230              |
| sh EHK                             | 830 925        | 869 184          | 909 684          | 909 684          |
| <b>RTA KOKKU</b>                   | <b>982 385</b> | <b>1 015 083</b> | <b>1 058 650</b> | <b>1 061 766</b> |

\* Maksumuse prognoosis ei ole kajastatud 2014+ välisvahendeid



## Terminid

EBAVÕRDSUS TERVISES (*Health inequalities*) – üldtermin, mida kasutatakse erinevuste, hälvete ja ebaühtluse määramisel üksikisikute ja gruppide tervisesaavutustes.

EBAÕIGLUS TERVISES (*Health inequity*) – terminiga tähistatakse sellist ebavõrdsust tervises, mida peetakse ülekohtuseks või mis tuleneb mõnest õiglusetuse vormist.

ELATUSMIINIMUM e ABSOLUUTSE VAESUSE PIIR – inimesele vajalike elatusvahendite väikseim kogus, mis võimaldab tööjõu säilitamist ja taastamist. Elatusmiinimumi arvutamisel on lähtunud statistilisest keskmisest inimesest ning püütud eksperdi hinnangutele ja empiirilistele arvutustele tuginedes järgida tegelikule tarbimisele lähedast tarbimist, mis peaks katma inimese esmatarbevajadused (toit, riietus, eluase) ning võimaldama teha ka minimaalselt muid kulutusi mahus, mis on sotsiaalselt vastuvõetavaks elustandardiks vajalikud.

ELUKESKKOND (*Living environment*) – elukeskkond on looduslik ja tehiskeskkond, mis ümbritseb meid väljaspool töö- ja õpikeskkonda.

ELUKVALITEET (*Quality of life*) – üksikisikute arusaam oma positsioonist kultuuri- ja väärtussüsteemis, milles nad elavad, koos selle positsiooniga seotud eesmärkide, ootuste, standardite ja muredega.

ENNEAEGNE SUREMUS (*Premature mortality*) – suremus enne vanusrühma eeldatava eluea lõppu. Isiku surma korral enne vanusrühma eeldatava eluea lõppu kaotab isik eluaastaid, mille summat rahvastiku tasemel tähistatakse terminiga YLL (*Years of Life Lost*) ehk enneaegsest suremusest tingitud eluaastate kaotusena, mis moodustab ühe osa rahvastiku haiguskoormusest ehk tervisekaotusest.

ESMATASANDI TERVISHOID (*Primary health care*) – oluline tervishoiu valdkond, mis tehakse kättesaadavaks riigile ja ühiskonnale jõukohase tasu eest ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning sotsiaalselt aktsepteeritavad.

ETIOLOOGILINE PÕHJUS (*Etiological cause*) – haiguse või seisundi otseseks põhjuseks olev tegur.

GINI KOEFITSIENT (*Gini coefficient*) – ühiskonna ebavõrdsuse näitaja. Gini koefitsiendi arvutamisel on kasutatud leibkonnaliikme kuu keskmist väljaminekut (võib kasutada ka leibkonnaliikme sissetulekuid). Gini koefitsient on null, kui kõikide leibkondade väljaminekud on võrdsed, ja üks, kui kõik väljaminekud on teinud sama leibkond. Mida lähemal ühele koefitsient on, seda suurem on ühiskonna diferentseeritus. Gini indeks on sama näitaja väljendatud protsentuaalselt ning sellisel juhul korrutatakse koefitsient 100ga.

HAIGUSKOORMUS (*Burden of disease*) – kaotus rahva tervises, mida väljendab enneaegsete surmade tõttu kaotatud eluaastate ning haigestumise ja välispõhjuste tõttu vähenenud täie tervise juures elatud eluaastate koguarv. Kaotatud eluaastate arvu tähistatakse lühendiga DALY (*Disability adjusted life years* e vaevustele kohandatud eluaastad), mida kasutatakse ka haiguskoormuse ning tervisekaotuse sünonüümina.

KAITSEV TEGUR (*Protective factor*) – tegur, mille mõju aitab ära hoida või vähendada tervistkahjustavate tegurite mõju. Tervisespetsiifilised kaitsetegurid (sh personaalne motivatsioon oma tervist kaitsta ning tunnetatud otsene toetus või surve grupi poolt tervist toetavate tegevustega tegelemiseks) avaldavad tervisele otsest mõju. Kaudsemat, kuid samas ülimalt olulist mõju avaldavad tervisele distaalsed kaitsetegurid, nagu

isiksuseomadused, tunnetatud sotsiaalne keskkond, kaasatus ühiskondlikesse organisatsioonidesse ning laste ja noorte positiivsed lähisuhted täiskasvanutega.

**KEHALINE AKTIIVSUS** (*Physical activity*) – keha mis tahes liikumine, mis on põhjustatud lihastööst ning mis põhjustab suuremat energiakulu kui organismi põhiainevahetuse (rahulolekutaseme) energiakulu. Mitmesugune tegevus alates organiseeritud sporditegemisest kuni tööl või koolis käimiseni või vabaõhutegevuseni.

**KEHAMASSIINDEKS** (KMI; *Body Mass Index*) – suurus, mis näitab kehakaalu ja pikkuse ruudu suhet ning mis saadakse keha massi (kg) jagamisel pikkuse ruuduga (m<sup>2</sup>).

**KESKKONNATERVIS** (*Environmental health*) – termin hõlmab neid inimese tervise aspekte, k.a elukvaliteet, mida mõjutavad keskkonna füüsikalised, keemilised, bioloogilised, sotsiaalsed ja psühhosotsiaalsed tegurid; puudutab ka praeguse ja tulevaste põlvkondade tervisele potentsiaalselt ebasoodsalt mõjuda võivate keskkonnategurite hindamise, korrektsiooni ja tõkestamise teooriat ja praktikat.

**KLIINILINE AUDIT** (*Clinical audit*) – patsientide ravi ja selle tulemuste parandamisele suunatud protsess, mis kasutab eesmärkide saavutamiseks teostatud ravi ja muude tegevuste süstemaatilist võrdlemist eelnevalt sõnastatud kriteeriumidega ning võrdluse tulemustest lähtuvate muudatuste tegemist ravi- ja muudesse protseduuridesse (töö kvaliteedi juhtimise protsess).

**KROONILINE HAIGUS** (*Chronic disease*) – pikaajaline haigus, vaegus või puue, mis on kestnud või tõenäoliselt kestab 6 kuud ja kauem.

**LÄHILIIKUMISPAIGAD** (*Sporting facilities at close distance*) – liikumis- ja spordipaigad, mis asuvad elamurajoonide lähiümbruses (kuni 15 minuti kaugusel elukohast) inimese igapäevases tegevuskeskkonnas ning mida kasutavad peamiselt selle piirkonna elanikud igapäevaseks liikumiseks ja sportimiseks. Lähiliikumispaidad koosnevad nii lastele ja noortele mõeldud sportimis- ja mängupaikadest kui ka harrastusspordiks mõeldud spordisaalidest ja -väljakutest ning liikumis- ja sportimisaladest.

**MONITOORING JA HINDAMINE** (*Monitoring and evaluation*) – programmi, projekti või tegevuse ning nende kulgemise kohta pideva info kogumine ning saavutatud tulemuste episoodiline hindamine võrreldes planeerituga.

**MÜRA** (*Noise*) – igasugune häiriv heli, mis tekib tahke keha mehhaanilisel võnkumisel või aero- või hüdrodünaamilisel gaasi, auru ning vedeliku liikumisel, kui rõhk või liikumise suund järsult muutub.

**PAIKKOND** (*Locality*) – inimeste võrgustik, keda ühendab kas elukoht, töökoht, etnilisus või mingi muu kokkukuuluvustegur.

**PAIKKONDLIK ARENG** (*Local development*) – inimeste aktiveerimine, julgustamine ja stimuleerimine oma tervisevajaduste väljendamiseks ja nende toetamiseks kollektiivsetes tegevustes pädevuse tõstmise ja oskusteabe jagamise kaudu eesmärgiga arendada paikkonna tegevuspotentsiaali tervise edendamiseks.

**POSTNEONATAALNE SUREMUS** (*Postneonatal mortality*) – imikute suremus esimese elukuu lõpust kuni aasta vanuseks saamiseni.

**RAHVASTIKU TERVIS** (*Population health*) – terminiga väljendatakse püüdlust parendada kogu rahvastiku või selle rühmade tervist ja vähendada ebavõrdsust nende tervises.

**RAHVATERVIS** (*Public health*) – tervise edendamise, haiguste ennetamise ja eluea pikendamise teadus ja tegevus; kogu rahvastiku tervise edendamise, eluea pikendamise ja elukvaliteedi parandamise sotsiaalne ja poliitiline kontseptsioon, mis toimib tervisedenduse, haiguste ennetamise ja teiste tervise sekkumisvormide kaudu.

**RIIKLIK TERVISEPOLIITIKA** (*Public health policy*) – on kantud riigi vastutusest edendada rahvastiku tervislikku seisundit. Riikliku tervisepoliitika eesmärgiks on luua toetav keskkond, et võimaldada inimestel elada tervislikku elu, teha tervislikud valikud kodanikele võimalikuks või lihtsamaks ning muuta tervilikumaks nii sotsiaalset kui ka füüsilist keskkonda.

**RISKITEGUR** (*Risk factor*) – sotsiaalne, käitumuslik, majanduslik, keskkondlik või bioloogiline tegur, mis põhjustab või soodustab terviseseisundi halvenemist, terviseseisundile soodsalt mõjuvate tegurite toime vähenemist või haigustele vastuvõtlikkuse suurenemist.

**RISKIKÄITUMINE** (*Risk behavior*) – eriline käitumisvorm, millega võib kaasneda suurem vastuvõtlikkus ühele või enamale haigusele või üldisele terviseseisundi halvanemisele.

**SEIRE** (*Surveillance*) – pidev ja/või regulaarne ühesuguse meetodika alusel andmete kogumine ja analüüs. Seiret saab kogutavate andmete põhjal tinglikult jagada kaheks: tervist ohustavate tegurite seire ning käitumuslik seire. Seireandmete kogumise meetoditele tuginevalt saab mõlemat seiret omakorda jagada kaheks: passiivne seire ehk rutiinselt registreeritavad andmed ja nende analüüs ning aktiivne seire ehk uurimustega kogutavad andmed ja nende regulaarne analüüs.

**SEKTORITEVAHELINE KOOSTÖÖ** (*Intersectoral collaboration*) – tunnustatud ühendus ühiskonna erinevate sektorite vahel, mis on tekkinud tervisetulemuste või vahepealsete tervisetulemuste saavutamiseks viisil, mis on tõhusam ja säästvam tervisesektori eraldi tegutsemisest.

**SIDUSRÜHMAD** (*Stakeholders*) – inimesed või organisatsioonid, keda programmi/projekti protsess või lõpptulemus otseselt või kaudselt mõjutab.

**SOTSIAALNE SIDUSUS** (*Social cohesion*) – sotsiaalse sidususe all mõistetakse ebavõrdsuse määra ning sotsiaalsete suhete ja sidemete tugevust. Sotsiaalse sidususe suurendamise vahendid on kahetised – ühiskondliku kihistumise, ebavõrdsuse ja tõrjutuse vähendamine ning sotsiaalsete suhete, sidemete ja suhtlemise tugevdamine. Euroopa Nõukogu kasutab sotsiaalse sidususe järgmist definitsiooni: "Sotsiaalse sidususe all mõistame ühiskonna võimekust tagada oma kõigi liikmete heaolu, vähendada erinevusi ja vältida polariseerumist"

**SOTSIAALNE KAASATUS** (*Social inclusion*) – sotsiaalne kaasatus on olemuslikult sotsiaalse tõrjutuse vastand ning on defineeritav kui kõikide inimeste võimalus osaleda täisväärtuslikult ühiskondlikus elus, pääseda ligi temale olulistele ressurssidele ning teenustele, töötada ja olla majanduslikult aktiivne. Ülalnimetatud ressursside ja teenuste all mõistetakse näiteks võimalust tööd teha ja ligipääsu sotsiaalkindlustusele, haridusele, tervishoiuteenustele, kultuurile ja vaba aja veetmise võimalustele ning infotehnoloogiale.

**SOTSIAALSED VÕRGUSTIKUD** (*Social networks*) – sotsiaalsed suhted ja sidemed üksikisikute vahel, mis võivad pakkuda juurdepääsu tervise sotsiaalsele toetusele või mobiliseerida seda.

**SÄÄSTEV ARENG** (*Sustainable development*) – säästvat ehk jätkusuutlikku arengut on defineeritud kui arengut, mis rahuldab oleviku vajadusi, säilitades tulevastele põlvkondadele

võimaluse rahuldada ka nende ette kerkivaid nõudmisi; inkorporeerib mitut elementi ja kõiki valdkondi, sh tervishoiusektorit, mis peab toetama selle saavutamist.

TERVENA ELATUD ELUIGA e EELDATAVALT TERVENA ELATUD ELUIGA (*Health Adjusted Life Expectancy* e HALE) – rahvastiku tervise kvaliteedi näitaja, mille arvutamisel on lisaks rahvastiku suremusele arvesse võetud ka rahvastikus esinevate haiguste elukvaliteeti langetav mõju. Näitaja väärtus on võrdne eluaastatega, mida rahvastiku keskmine liige eeldatavalt elab maksimaalse võimaliku tervisega. Näide: 2006. aastal oli meeste eeldatav eluiga Eestis sünnimomendil 67 aastat. Osa sellest ajast veedetakse haigena ning kui konkreetne haigus langetab elukvaliteeti inimese parima kujuteldava (ideaalse), tervisepiiranguteta tasemega võrreldes 50% võrra, siis langeb haiguse pooleaastatase kestuse korral inimese eeldatavalt tervena elatud eluiga veerandaasta võrra (0,5 parimast tervisest x 0,5 aastat = 0,25 parima võimaliku tervise aastat). Seega, kui 2006. aastal oleks meeste eeldatavalt tervena elatud eluiga näiteks 50 aastat, siis jääks neil elu jooksul keskmiselt kasutamata 17 aastat, sest selle aja veedavad nad haigetena.

TERVIS (*Health*) – 1948. a defineeris WHO tervist kui täielikku füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu seisundit ning mitte ainult kui haiguste ja puuete puudumist; tervis ei ole elamise eesmärk, vaid igapäevase elu vahend; positiivne mõiste, mis toonitab sotsiaalseid ja individuaalseid ressursse ning füüsilisi võimeid.

TERVISE ARENG e. SALUTOGENEES (*Health development, salutogenesis*) – üksikisikute ja rahvastiku gruppide terviseseisundi jätkuva ja progressiivse paranemise protsess (Jakarta deklaratsioon kirjeldab tervisedendust kui tervise arenduse olulist elementi).

TERVISEDENDUS (*Health promotion*) – WHO defineerib tervisedendust kui protsessi, mis võimaldab inimestel muuta tervist määravaid tegureid juhitavaks ning selle kaudu tugevdada tervist (termini sisu määratleti esimesel rahvusvahelisel tervisedenduse konverentsil 1986. aasta dokumendis, mis on tuntud Ottawa harta nime all); tervisedenduse tõlgendamisel tuleb eristada tervisedendust kui oodatavat tulemust (läh- ja kaugeesmärgid) ja kui strateegiat (protsessid ja tegevused).

TERVISE MÕJURID (*Determinants of health*) – rida isiklikke, sotsiaalseid, majandus- ja keskkonnategureid, mis määravad üksikisikute või rahvastiku terviseseisundi.

TERVISEKAITSE (*Health protection*) – haiguste ennetamise juurde kuuluv terviseteenistus, milles kehtivad kohustuslikud normid ja eeskirjad; tervisekaitse käsitleb vahendeid ja abinõusid rahvastiku tervise halvenemise vältimiseks ning selle eesmärgiks on tagada tervisele ohutu füüsiline, keemiline ja bioloogiline keskkond.

TERVISEKASVATUS (*Health education*) – sisaldab teadlikult loodud õppimisvõimalusi, kaasates mõningaid kommunikatsioonivorme terviseharituse parandamiseks, mis sisaldavad teadmiste täiendamist ning üksikisiku ja ühiskonna tervisele kaasa aitavate eluks vajalike oskuste arendamist.

TERVISE KESTUS (*Health expectancy*) – sotsiaalsetel normidel ja arusaamadatel ning erialastel standarditel põhinev hinnang, millega kirjeldatakse rahvastiku täisväärtusliku, haigusteta ja puueteta eluea eeldatavat pikkust.

TERVISEKÄITUMINE (*Health behaviour*) – igasugune üksikisiku poolt ettevõetud tegevus, hoolimata hetkelisest või eelnevast terviseseisundist, tervise edendamiseks, kaitsmiseks või säilitamiseks; olenemata sellest, kas selline käitumine on lõppkokkuvõttes objektiivselt efektiivne või mitte.

TERVISEMÕJU ANALÜÜS (*Health impact assessment*) – meetodite ja/või protseduuride kombinatsioon, mis võimaldavad hinnata poliitilise otsuse, programmi või projekti mõju rahvastiku tervisele.

TERVISEPOLIITIKA (*Health policy*) – institutsioonisisene (eriti valitsuse) selgesõnaline otsus või protseduur, mis määratleb tegevuse prioriteedid ja parameetrid vastusena tervisevajadustele, kättesaadavatele ressurssidele ja poliitilistele survetele.

TERVISESEISUND (*Health status*) – üksikisiku või rahvastiku tervise kirjeldus ja/või mõõtmistulemus mingil kindlal ajahetkel, vastandudes samastavatele standarditele, viidates tavaliselt tervise indikaatoritele.

TERVISESEKTOR (*Health sector*) – hõlmab organiseeritud avalikke ja eraterviseteenistusi sh tervisedendus, haiguste ennetamine, diagnostika, ravi- ja hooldusteenused), tervishoiu osakondade ja ministriumide poliitikat ja tegevust, mitteriiklikke tervisega seotud organisatsioone ja ühiskondlikke gruppe ning kutsealaseid assotsiatsioone.

TERVISESÜSTEEM (*Health system*) – terviseteevuste osutamise süsteem, mille peamiseks osadeks on tervishoiu- (*healthcare*) ja rahvatervise (*public health*) süsteemid. Alasüsteemidest esimese esmaseks ülesandeks on raviteenuste osutamine (nt haiglas, esmatasandil ja hooldusravis) ning teise esmaseks ülesandeks terviseedenduse ja -ennetuse korraldamine.

TERVISE TULEM (*Health outcomes*) – üksikisiku, inimgrupi või rahvastiku terviseseisundis toimuv muutus, mida võib omistada planeeritud sekkumisele või sekkumiste seeriale, vaatamata sellele, kas taoline sekkumine oli planeeritud tervise seisundit muutuva tegevusena.

TERVISE ÕIGLUSPÄRASUS (*Equity in health*) – õigluspärasus tähendab erapooletust; tervises tähendab heaolu võimaluste jaotamist inimeste vajaduste järgi.

TERVIS KÕIGILE (*Health for All*) – inimkonna teadmised tervisest, mis võimaldavad elada sotsiaalselt ja majanduslikult täisväärtuslikku elu.

TERVISLIK TOITUMISVIIS (*Healthy eating habit*) – toitumisviis, millel on teatavad kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed omadused, nagu energiasisalduse vastavus individuaalsetele vajadustele ja alati vastavus toitumisjuhenditele.

TERVIST TOETAVAD KESKKONNAD (*Supportive environments for health*) – keskkonnad, mis pakuvad inimestele kaitset tervist ohustavate asjaolude eest ning võimaldavad inimestel suurendada oma võimeid ja arendada eneseusaldust tervises; hõlmab inimeste elukeskkonda, nende kodu, kus nad töötavad ja mängivad ning ka inimeste ligipääsu tervise ressurssidele ja nende võimendamisele.

VAESUS (*Poverty*) – materiaalsete ressursside ebapiisavusest tingitud ilmajaetus ühiskonnas hädavajalikuks peetud elustandardist ja sotsiaalmajanduslikust osalusest (näiteks võimalus õppida ning võimalus saada kaaskodanike tunnustuse osaliseks); jaotub: absoluutne vaesus, suhteline vaesus, süvavaesus ja toimetulekut ohustav vaesus.

VÕIMESTAMA, VÕIMESTUMA, VÕIMESTUMINE (*Empowerment for health*) – inimese sisemine kontrollitaju oma elu üle, milles on teadmised ja usk oma kompetentsusse ja toimimise tõhususse; selle puudumine avaldub inimese märgatavas jõuetuses midagi korda saata, ta on tõrjutud ja tal avaldub õpitud abituse sündroom.

VÖRGUSTIK (*Network*) – üksikisikute, organisatsioonide ja asutuste pühendumisel ning usaldusel põhinev grupp, mis on organiseerunud mittehierarhilisel alusel tegelemaks üldiste probleemide või muredega, mida seiratakse aktiivselt ja süstemaatiliselt.

ÜLEKAALULISUS JA RASVUMINE (*Overweight and obesity*) – ülemäärane toiduenergia tarbimine, kusjuures madala või ebapiisava energiakulutamise tagajärjel tekib energia ülejääk, mis ladestub kehas rasva kujul. Ülekaaluliste all mõeldakse neid isikuid, kelle kehamassiindeks (KMI) on 25–29.9 kg/m<sup>2</sup>, ning rasvunud on need isikud, kelle KMI on > 30 kg/m<sup>2</sup>. Teatud juhtudel mõeldakse ülekaalulisuse all KMI > 25 kg/m<sup>2</sup>. Kooliõpilaste puhul on ülekaalulisuse määramise kriteeriumid: 7–9aastased KMI>19 kg/m<sup>2</sup>, 10–12aastased KMI>22 kg/m<sup>2</sup>, 13–15aastased KMI>24 kg/m<sup>2</sup>, 16–18aastased KMI >25 kg/m<sup>2</sup>. Laste puhul sõltub ülekaalulisuse kriteerium vanusest, andmed on avaldatud Sotsiaalministeeriumi kodulehel:

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMIpoeg/\\$file/KMIpoeg.jpg](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMIpoeg/$file/KMIpoeg.jpg)

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMItüdr/\\$file/KMItüdr.jpg](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/KMItüdr/$file/KMItüdr.jpg)

## Kasutatud lühendid

|         |  |
|---------|--|
| AE      | - alaeesmärk   |
| AIDS    | – HIV-nakkuse kliiniline staadium ( <i>Acquired ImmunoDeficiency Syndrome</i> )  |
| DG      | – Euroopa Komisjoni tervise ja tarbijakaitse peadirektoraat ( <i>Direction Générale de SAnTé et protection des COnsommateurs</i> )                 |
| EHCI    | – Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeks ( <i>Euro Health Consumer Index</i> )   |
| EHK     | – Eesti Haigekassa   |
| EK      | – Euroopa Komisjon ( <i>European Comission; EC</i> )   |
| ESA     | – Eesti Statistikaamet   |
| ESPAD   | – Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide tarvitamise küsitlusuuring ( <i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i> ) |
| ETETU   | – Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring   |
| ETU     | – Eesti terviseuuring  |
| EU      | – Euroopa Liit ( <i>European Union; EU</i> )   |
| EWCS    | – Euroopa töötajate uuring ( <i>European Working Conditions Survey</i> )   |
| HBSC    | – Kooliealiste laste tervisekäitumise uuring ( <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> )   |
| HIV     | – Inimese immuunpuudulikkuse viirus ja selle nakkus ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )  |
| HTM     | – Haridus- ja Teadusministeerium   |
| JuS     | – Justiitsministeerium   |
| KaM     | – Kaitseministeerium   |
| KKM     | – Keskkonnaministeeriumi   |
| KKM ITK | – Keskkonnaministeeriumi Info- ja Tehnokeskus  |
| KuM     | – Kultuuriministeerium   |
| LEU     | – Leibkonna eelarve uuring   |
| MKM     | – Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium  |
| MTÜ     | – Mittetulundusühing   |
| PõM     | – Põllumajandusministeerium  |
| RaM     | – Rahandusministeerium   |
| RES     | – Riigi eelarvestrateegia  |
| RTA     | – Rahvastiku tervise arengukava  |
| SE      | – strateegilise valdkonna üldeesmärk   |
| SE21    | – Säästev Eesti 21 (arengukava)  |

|     |  |
|-----|--|
| SiM | – Siseministeerium   |
| SKP | – Sisemajanduse koguprodukt  |
| SoM | – Sotsiaalministeerium   |
| SVH | – Südame- ja veresoonehaigused                                       |
| TAI | – Tervise Arengu Instituut   |
| TI  | – Tööinspeksioon   |
| TIA | – Tervise info ja analüüs  |
| TKI | – Tervisekaitseinspeksioon   |
| VV  | – Eesti Vabariigi valitsus   |
| WHO | – Maailma Terviseorganisatsioon ( <i>World Health Organization</i> ) |
| ÜE  | – Käesoleva arengukava üldeesmärk                                    |
| ÜRO | – Ühinenud Rahvaste Organisatsioon ( <i>United Nations; UN</i> )     |

## Kasutatud kirjandus

Abel-Ollo, K., Talu, A., Vals, K., Vorobjov, S. (2007) Narkomaania olukord ja vastutegevus Eestis. Tallinn: Eesti Uimastiseire Keskuse 2007 a. II raport Vabariigi Valitsuse narkomaania ennetamise komisjonile.

Ajzen, I., Fishbein, M. (1980) Understanding attitudes and predicting social behaviour. New Jersey: Prentice-Hall

Andersson, B., Hibell, B., Beck, F. (2007). Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students: Data from the ESPAD Project. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Astover, V. (2007) Vastsündinu tervis ema I tüüpi diabeedi korral. Tallinn: Eesti Lastearstide 18. Kongressi teesid.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New York: General Learning Press.

Bartholomew, K.L., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. (2006). Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass. Bracht, N. and Kingbury, L. (1990). Community organization principles in health promotion - A five-stage model. In: Bracht, H. N. Health promotion at the community level. Thousand Oaks: Sage.

Bruce, T. A. (1995). Community health science: A discipline whose time has already come. American Journal of Preventive Medicine, 11(suppl.): 7.

Carroll, T., Lum, M., Taylor, J., Travia, J. (2000). Evaluation of the launch phase of the national alcohol campaign. Sydney: Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Cerel, J., Roberts, T.A. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. Journal of Adolescent Health, 36, 352.e8-352.e14.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). Levelling up (part 2): A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Geneva: WHO. <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>

Donovan, J.E., Jessor, R., Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 762-765.

Euroopa Komisjon. (2007). Valge raamat – Toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud terviseküsimumustega tegelemise Euroopa strateegia. Brüssel: Euroopa Komisjon.

Euroopa Narkootikumide ja narkomaania seirekeskus. (2007). Uimastiprobleemide olukord Euroopas, 2007. Luksemburg: Euroopa Ühenduste Ametlike Väljaannete Talitus

European Commission. (2006). Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions: An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels: European Commission.

Eesti Konjunkturiinstituut. (2005). Alkoholi ja sigarettide tarvitamisest tulenevad riskid (elanike hinnangute alusel). Tallinn: Eesti Konjunkturiinstituut.



Eesti Konjunktuuriinstituut. (2005). Elanike toitumisharjumused ja toidukaupade ostueelistused. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.

Eesti Konjunktuuriinstituut. (2006). Lastevanemate hinnangud oma pere laste toitumisharjumustele. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.

Eesti Konjunktuuriinstituut. (2007). Eesti alkoholiturg 2006 aastal. Tallinn: Eesti Konjunktuuriinstituut.

Emor. (2006). Toidu märgistuse uuring. Tallinn: Emor.

Faktum. (2004). Elanikkonna kokkupuude hasart- ja õnnemängudega. Tallinn: Faktum.

Fraser, J.A., Armstrong, K.L., Morris, J.P., Dadds, M.R. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl.*, Nov;24(11):1399-429.

Haavio-Mannila, E., Haldre, K., Kontula, O., Poolamets, O. (2006). Seksuaalsus Eestis. Tallinn: Eesti Akadeemiline Seksoloogia Selts.

Haldre, K. (2006). Is a poor pregnancy outcome related to young maternal health? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992 to 2002). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Mar;131(1):45-51.

Harro, M. (2002). Eesti koolinoorte tervis ja selle sõltuvus perekonna sotsiaal-majanduslikust olukorrast. *Eesti Arst*; 81(4): 216-221.

Hawkins, J., Catalano, R., Miller, J. (1992). Risk and protective factors and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*; 112(1): 64-105

Health Consumer Powerhouse. (2007). Euro Health Consumer Index 2007. Stockholm: Health Consumer Powerhouse.  
[http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (1996). The ESPAD Report 1995 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2000). The ESPAD Report 1999 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

HIV-nakkuse Referentslaboratoorium. (2007). HIV infitseeritud rasedad 1987-2006. Tallinn: Lääne-Tallinna Keskhaigla.  
[http://www.ltkh.ee/failid/HIV\\_infitseeritud\\_rasedad\\_1988\\_20062.pdf](http://www.ltkh.ee/failid/HIV_infitseeritud_rasedad_1988_20062.pdf)

HIV-nakkuse Referentslaboratoorium. (2007). HIV-positiivsetelt emadelt sündinud lapsed 1987-2996. Tallinn: Lääne-Tallinna Keskhaigla.  
[http://www.ltkh.ee/failid/HIV\\_positiivsetelt\\_emadelt\\_s\\_ ndinud\\_lapsed\\_1987\\_20062.pdf](http://www.ltkh.ee/failid/HIV_positiivsetelt_emadelt_s_ ndinud_lapsed_1987_20062.pdf)

Jerningan, D. (2001). Global Status Report: Alcohol and Young People. Geneva: WHO.

Jessor, R., Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press.

Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.

Kaasik T, Väli M, Drikkit I. (2006) Alkoholi liigtarvitamine – peamine vigastussurmade tekkepõhjus Eestis. *Eesti Arst, Lisa 8*: 9-17

Kaasik, T., Uusküla, L. (2003) Vigastused Eestis: levimus, tagajärjed ja ennetus. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

Kaasik, T., Uusküla, L. (2007). Vigastused Eestis. Levimus, tagajärjed ja ennetus. Tartu: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

Kalda, R. (2002). Tartu linna 2 aasta vanuste laste vaksineerimiste kvaliteet. *Eesti Arst*; 81 (10): 620-622

Kask, U. (2005). Laps ja sotsiaalne keskkond. Tallinn: Statistikaamet.

Kasmel, A., Lipand, A., Kasmel, K. (2001). Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad, 2000. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

Kasmel, A., Lipand, A., Laasner, A. Tamm, K., Vaask, S. (2003). Kümme aastat tervisedenduse arengut Eestis, 1993-2003. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

Kasmel, A. (2005). Raplamaa täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervisemõjurite uuring, kevad 2003. Rapla: Rapla Maavalitsus.

Kawachi, I., Kennedy, B.P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ*; 314:1037–40.

Kawachi, I., Berkman, L.F. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman, L.F., Kawachi, I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Kink, K. (2004). Teooria ja tegelikkuse suhe perinataalse HIV-infektsiooniga. *Eesti Arst*; (5): 346.

Kolk, A., Ennok, M., Jaani, J. (2005). Eesti koolilaste kognitiivne võimekus algklassides. *Eesti Arst*; (5): 315-321.

Kolga, V. (2006). Lastekaitse võimalikkusest erinevates maailmades. Väljaandes: Tulva, T. *Lapse heaolu Eestis: riskid ja valikud*. Tallinn: Lastekaitse Liit.

Koupil, I., Rahu, K., Rahu, M., Karro, H., Vågerö, D. (2007). Major improvements, but persisting inequalities in infant survival in Estonia 1992-2002. *Eur J Public Health*;17(1):8-16.

Kultuuriministeerium. (2006). Ujumise algõppe programm. Tallinn: Kultuuriministeerium.  
<http://www.kul.ee/index.php?path=0x1124>

Kunst, A., Leinsalu, M., Kasmel, A. and Habicht, J. (2002). Social inequalities in health in Estonia. Tallinn: Ministry of Social Affairs of Estonia, The World Bank.

Lai, T., Kiiwet, R., Vals, K. (2004). Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskiteguritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Tallinn: Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool.

Lai, T., Habicht, J., Reinap, M., Kiiwet, R. (2006) Kuluefektiivsed sekkumised alkoholi tarbimise vähendamiseks Eestis. Eesti Arst, Lisa 8: 30-34.

Lai, T. (2006). Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000-2004. Tallinn: Sotsiaalministeerium.  
[http://www.taavilai.net/bod/2006Maakondlik\\_Haiguskoormus.pdf](http://www.taavilai.net/bod/2006Maakondlik_Haiguskoormus.pdf)

Lai, T., Habicht, J., Reinap, M., Chisholm, D., Baltussen, R. (2007). Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. Health Policy. Nov;84(1):75-88.

Lawlor, D.A., Riddoch, C.J., Page, A.S., Andersen, L.B., Weddekopp, N., Harro, M., Stansible, D., Smith, G.D. (2005). Infant feeding and components of the metabolic syndrome: findings from the European Youth Heart Study. Arch Dis Child;90:582-588.

Locke, T.F., & Newcomb, M.D. (2004). Child maltreatment, parent alcohol- and drug-related problems, polydrug problems, and parenting practices: a test of gender differences and four theoretical perspectives. Journal of Family Psychology, 18, 120-134.

65

Loxley, W., Toumbourou, J., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence. Adelaide: National Drug Research Institute and the Centre of Adolescent Health.

Lutsar, I., Oona, M., Meriste, S. (2005). Riikliku immunoprofülaktika kava alusdokument. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Riikliku\\_immunoprofülaktika\\_kava\\_alusdokument/\\$file/Riikliku\\_immunoprofülaktika\\_kava\\_alusdokument.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Riikliku_immunoprofülaktika_kava_alusdokument/$file/Riikliku_immunoprofülaktika_kava_alusdokument.doc)

Lõhmus, L., Trummal, A. (2005). HIV/AIDS temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.  
[http://www.tai.ee/failid/le\\_eestiline\\_noorteuurimus\\_2005.pdf](http://www.tai.ee/failid/le_eestiline_noorteuurimus_2005.pdf)

Lõhmus, L., Trummal, A. (2006). HIV/AIDSi hoiakud, uskumused ja teadlikkus. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Lõhmus, L., Varava, L. (2006). Terviseiga seotud eeldused ja tingimused koolieelsetes lasteasutuses. Tallinn: 2006.

[http://www.tai.ee/failid/Terviseiga\\_seotud\\_eeldused\\_ja\\_tingimused\\_koolieelsetes\\_lasteasutustes.pdf](http://www.tai.ee/failid/Terviseiga_seotud_eeldused_ja_tingimused_koolieelsetes_lasteasutustes.pdf)

Maanteeamet. (2007). Liiklusohutuse statistika, 2007. Tallinn: Maanteeamet.

Mackay, M., Vincenten, J. (2007). Child Safety Summary Report Card for 18 Countries – 2007. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe.

<http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l4downloads.htm?OpenDocument>

- Marks, L. (2002). Evidence-Based Practice in Tackling Inequalities in Health. Report of a Research and Development Project. Durham: University of Durham.
- Maser, M. (2004). Kooliõpilaste tervisekäitumine: 2001/2002 õppeaasta uuring. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Matthews, A., Cowburn, G., Rayner, M. (2004). Ebatervisliku toidu turundamine Euroopa lastele – Projekti "Lapsed, rasvumine ja rasvumisega seostuvad ärahoitavadkroonilised haigused" 1. faasi aruanne. Tallinn: Eesti Südameeliit.
- Muceniece, S., Muszynska, M., Otto, M., Rozentale, G., Rudkowski, Z., Skerliene, B., Slotova, K., Suurorg, L., Tur, I., von Mühlendahl, K.E. (2007). Pediatric Environmental Medicine in Eastern Central Europe. *Int J Hyg Environ Health*;210(5):509-13.
- Nelms, B. C. (2002). Family assessment may help us identify troubled families. *J Pediatr Health Care*;16(1):1-2.
- Olak, J., Mändar R., Karjalainen S., Söderling E., Saag M. (2007). Dental health and oral mutans streptococci in 2-4-year-old Estonian children *Int J Paediatr Dent*;17(2):92-7.
- Ormisson, A. (2004) Kolme aasta vanuste väga väikese sünnikaaluga enneaegsete tervis ja areng. *Eesti Arst*;5): 323.
- Ormisson, T. (2006). Elanike hinnangud tervisele ja arstiaabile 2006. Tallinn: Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa, Turu-uuringute AS.
- Orru, H., Teinemaa, E., Lai, T., Kaasik, M., Kimmel, V., Tamm, T., Merisalu, E. (2007). Välisõhu kvaliteedi mõju inimeste tervisele Tallinna linnas – peentest osakestest tuleneva mõju hindamine. Tartu: Tartu Ülikool, Keskkonnaministeerium.  
[http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA\\_Tallinn\\_ohk\\_ARTH.pdf](http://www.envir.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=959943/HIA_Tallinn_ohk_ARTH.pdf)
- Osterberg, E. (2001). Effects of price and taxation. In: Heather, N., Peters, T., Stockwell, T. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chicester: John Wiley.
- Pesur, E. (2006). Radoon radooniohtlike alade lasteasutustes. Tallinn: Tallinna Ülikool.  
<http://www.kiirguskeskus.ee/index.php?leht=153>
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T., Torpy, E., Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance use and misuse*; 33(13):2561-2604.
- PRAXIS. (2002). Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work*. Princeton, New York: Princeton University Press.
- Putnam, R.D. (1993). The prosperous community: social capital and public life. *American Prospect*;13: 35-42.
- Päll, A. (2004). Sotsiaalne kapital: mõõtmise ja seose sotsiaalmajandusliku arenguga Eesti regioonide näitel. Tartu: Tartu Ülikool.

Pärna, K., Rahu, M., Youngman, L.D., Rahu, K., Nygård-Kibur, M., Koupil, I. (2005). Self Reported and Serum Cotinin-Validated Smoking in Pregnant Women in Estonia. *Matern Child Health J*;9(4):385-92.

Raska, E., Raitviir, T. (2005). Eesti edu hind. Eesti sotsiaalne julgeolek ja rahva turvalisus. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus.

Riigikontroll. (2005). Eelkooliealiste laste tervishoiu korraldus. Tallinn: Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/audit.php?audit=444>

Riigikontroll. (2006). Erivajadustega laste õppimisvõimalused. Tallinn: Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/audit.php?audit=509>

Rohtmets, A., Karro, H., Baburin, A., Rahu, M. (2003). Eesti sünnitusabi suundumused 1992–2001. *Eesti Arst*;82,234-238

Rudov, T. (2003). Immuniseerimise järelevalves esinevad probleemid. Tallinn: Tervisekaitseinspeksioon. [http://www.tervisekaitse.ee/documents/nakkushaigused/Rudov\\_immuniseerimine.pdf](http://www.tervisekaitse.ee/documents/nakkushaigused/Rudov_immuniseerimine.pdf)

Saag, M., Russak, S. (2004). Laste hambaravi juhised. Tallinn: Eesti Haigekassa.

Selg, M., Soo, K., Strömpl, J., Šahverdov-Žarkovski, B. (2007). Eesti teismeliste vägivallatõlgendused. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Solodkaja, E., Volozh, O., Abina, J., Kaup, R. (2000). Tallinna elanike toitumise dünaamika kümne aasta jooksul. *Eesti Arst*;79(3):149–54.

Sotsiaalkindlustusamet. (2006). Riiklik sotsiaalkindlustus 2006. Tallinn: Sotsiaalkindlustusamet. [http://www.ensib.ee/frame\\_eelarve.html](http://www.ensib.ee/frame_eelarve.html)

Sotsiaalministeerium. (2004). Eesti Tervishoiustatistika Aastaraamat 2004. Tallinn: Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Eesti\\_tervishoiustatistika\\_aastaraamat\\_2004\\_E0603/\\$file/Eesti\\_tervishoiustatistika\\_aastaraamat\\_2004\\_E0603.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Eesti_tervishoiustatistika_aastaraamat_2004_E0603/$file/Eesti_tervishoiustatistika_aastaraamat_2004_E0603.pdf)

Tervise Arengu Instituut.(2006). Eesti Meditsiiniline Sünniregister. Tallinn: TAI. <http://www.tai.ee/?id=3796>

Sotsiaalministeerium. (2006). Viljatusravi toetamise aluspõhimõtted 2007-2010. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Sotsiaalministeerium. (2007). Haigestumus. Tallinn: Sotsiaalministeerium. [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/AAvälispõhjused\\_05/\\$file/AAvälispõhjused\\_05.xls](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/AAvälispõhjused_05/$file/AAvälispõhjused_05.xls)

Statistikaamet. (2004). Eesti statistika aastaraamat 2003. Tallinn: Statistikaamet.

Steingrímisdóttir, L., Ovesen, L., Moreiras, O., Jacob, S., EFCOSUM Group. (2002). Selection of relevant dietary indicators for health. *Eur J Clin Nutr*;56 Suppl 2:S8-11.

Stuart-Brown, S. What is the evidence on school health promotion in improving health of preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? Copenhagen: WHO/EURO. <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>

- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug Alcohol Depend*;55(3):209-24.
- Taal, A., Kiivet, R. (2000). *Suitsetamise majanduslikud tulemid Eestis*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Talu, A., Oole, K., Abel, K. Vals, K. (2006). *Narkomaania Eestis 2006. Raport Vabariigi Valitsuse narkomaania ennetamise komisjonile*. Tallinn: Justiitsministeerium.
- Tamm, A. (2006). *Kuidas aidata kaasa vastutustundliku lapsevanema kujunemisele. Väljaandes: Tulva, T. Lapse heaolu Eestis: riskid ja valikud*. Tallinn: Lastekaitse Liit.
- Tervise Arengu Instituut. (2003). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2002*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervise Arengu Instituut. (2005). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2004*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervise Arengu Instituut. (2007). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Tervisekaitseinspeksioon. (2007). *Nakkushaiguste statistika*. Tallinn: Tervisekaitseinspeksioon
- Tiit, E. M. (2006). *Vaesus ja selle mõõtmine - Vaesuse suundumused Eestis*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Toumbourou, J. (2005). *Alcohol and drug use: Theoretical integration of interventions to based Handbook for Social and Public Health*. Edinburgh: Elsevier.
- TPÜ spordisotsioloogia labor. (2004). *Noorte spordiharrastuse struktuur ja arenguvõimalused*. Tallinn: Eesti Sporditeabe Sihtasutus.
- TPÜ spordisotsioloogia labor. (2004). *Täiskasvanute spordiharrastus ja selle arengu perspektiivid*. Tallinn: Eesti Sporditeabe Sihtasutus.
- Turu-uuringute AS. (2005). *Elanikkonna teadlikkus tervislikust toitumisest*. Tallinn: Eesti Toitumisteaduse Selts.
- Turu-uuringute AS. (2006). *Elanikkonna kokkupuude hasart- ja õnnemängudega*. Tallinn: Turu-uuringute AS.
- Vaask, V. (2004). *NorBaGreen uuring: tervisliku toitumise indikaatoritena käsitletavate toidurühmade tarbimine Eestis*. *Eesti Arst*;83 (12):811–816.
- Valent, F. (2004). *Burden of diseases attributable to selected environmental factors and injuries among Europe's children and adolescents*. Copenhagen: WHO/EURO.
- Valgma, Ü. (2005). *Laps ja perekond*. Tallinn: Statistikaamet. [http://www.stat.ee/files/eva2005/laps\\_ia\\_perekond.pdf](http://www.stat.ee/files/eva2005/laps_ia_perekond.pdf)
- Vasar, M., Julge, K., Kivivare, M., Otter, K. (2006). *Astma ja teiste allergiahaiguste sõeluuring Eesti kooliõpilastel*. *Eesti Arst*;85(8):488-493.

Vendt, N. (2007). Rauapuuduse ja rauapuudusaneemia levimus lastel. Tallinn: Eesti Lastearstide Selts.

Värnik, A., Kõlves, K. (2006). Alkohol suitsiidi riskitegurina. Eesti Arst;Lisa 8:30-34

Whitehead, P., Wechsler, H. (1980). Implications for further research and public policy. Minimum drinking age laws: An evaluation. Washington DC: Lexington Books.

Wilkinson, R. G. (1997). Income inequality and social cohesion. American Journal of Public Health;8:104-106.

World Health Organization. (1984). Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen: WHO/EURO.

World Health Organization. (1999). Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO/EURO.

<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

World Health Organization. (2002). Children's health and environment: A review of evidence. Geneva: WHO

World Health Organization. (2003). Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. Copenhagen: WHO/EURO.

[www.euro.who.int/document/e79097.pdf](http://www.euro.who.int/document/e79097.pdf)

World Health Organization. (2004). Conclusions from Pre-conference "The Mental Health of Children and Adolescents" of the WHO Ministerial Conference on Mental Health. Luxembourg: European Commission.

World Health Organization. (2004). How can injuries in children and older people be prevented? Copenhagen: WHO/EURO. <http://www.euro.who.int/document/e84938.pdf>

World Health Organization. (2004). Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159215X.pdf>

World Health Organization. (2004). Promoting Mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591595.pdf>

World Health Organization. (2005). European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO/EURO. <http://www.euro.who.int/document/e87710.pdf>

World Health Organization. (2005). What is the effectiveness of antenatal care? Copenhagen: WHO/EURO. <http://www.euro.who.int/document/e87997.pdf>

World Health Organization. (2006). Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: WHO.

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593504\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593504_eng.pdf)

World Health Organization. (2006). Food and nutrition policy for schools - A tool for the development of schools nutrition programmes in the European Region. Copenhagen: WHO/EURO.

World Health Organization. (2006). What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies? (WHO, 2006)

World Health Organization. (2007). Second European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Copenhagen: WHO/EURO.

World Health Organization. (2007). Sexual and reproductive health and rights of young people. Geneva: WHO.

Õunap, K., Kahre, T., Metspalu, A. (2004). Vastsündinute skriinimine fenüülketonuuria ja hüpotüreooosi suhtes: 11 aasta tulemused, probleemid, tulevikuperspektiivid. Eesti Arst;(5):328.