

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Ragnar Nurkse innovatsiooni ja valitsemise instituut

Katrin Ruben

SÜDAME- JA VERESONKONNAHAIGUSTE ENNETUSTÖÖ  
VÄLJAKUJUNEMINE JA ELLUVIIMINE EESTIS

Magistritöö

Õppekava HAHM

Juhendaja: Veiko Lember, PhD

Tallinn 2017

Deklareerin, et olen koostanud töö iseseisvalt ja olen viidanud kõikidele töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele, ning ei ole esitanud sama tööd varasemalt ainepunktide saamiseks. Töö pikkuseks on 9995 sõna sissejuhatusest kuni kokkuvõtte lõpuni.

Katrin Ruben.....  
(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 900548HAHM  
Üliõpilase e-posti aadress: katrinruben@hot.ee

Juhendaja: Veiko Lember, PhD:  
Töö vastab kehtivatele nõuetele

.....  
(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....  
(nimi, allkiri, kuupäev)

# SISUKORD

<u>LÜHIKOKKUVÕTE.....</u>	<u>4</u>
<u>SISSEJUHATUS.....</u>	<u>5</u>
<u>1. TEOREETILINE RAAMISTIK.....</u>	<u>8</u>
<u>1.1. AJALOOLINE INSTITUTSIONALISM.....</u>	<u>8</u>
<u>1.2. KOORDINEERIMINE JA SPETSIALISEERUMINE.....</u>	<u>13</u>
<u>1.3. TERVISHOIUSÜSTEEMI KIRJELDAMINE.....</u>	<u>14</u>
<u>2. ÜLEVAADE EESTI TAUSTAOLUKORRAST.....</u>	<u>16</u>
<u>2.1. EESTI ELANIKKONNA SÜDAME- JA VERESOOKONNAHAIGUSTE</u> <u>    TERVISENÄITAJAD 1990–2015.....</u>	<u>16</u>
<u>2.2. SÜDAME- JA VERESOOKONNAHAIGUSTE ENNETAMISE RIIKLIK</u> <u>    KORRALDUS EESTIS.....</u>	<u>20</u>
<u>3. EMPIIRILINE ANALÜÜS.....</u>	<u>24</u>
<u>3.1. ANALÜÜSI METOODIKA.....</u>	<u>24</u>
<u>3.2. INSTITUTSIONAALNE ARENG AASTATEL 1990-2015.....</u>	<u>24</u>
<u>3.3. SÜDAME- JA VERESOOKONNAHAIGUSTE ENNETUSPOLIITIKA 1990–2015.....</u>	<u>26</u>
<u>4. DISKUSSIOON, JÄRELDUSED JA SOOVITUSED.....</u>	<u>31</u>
<u>4.1. DISKUSSIOON.....</u>	<u>31</u>
<u>4.2. JÄRELDUSED.....</u>	<u>35</u>
<u>4.3. SOOVITUSED.....</u>	<u>36</u>
<u>SUMMARY.....</u>	<u>40</u>
<u>KASUTATUD KIRJANDUS.....</u>	<u>42</u>
<u>LISA 1. EESTI HAIGEKASSA TEGEVUSED SÜDAME- JA</u> <u>VERESOOKONNAHAIGUSTE ENNETAMISE ALAL AASTATEL 2002–2012.....</u>	<u>45</u>
<u>LISA 2. SÜVAINTERVJUUDE EESMÄRK JA KÜSIMUSED EKSPERTIDELE.....</u>	<u>46</u>
<u>LISA 3. SÜVAINTERVJUUDE INTERVJUEERITAVATE NIMEKIRI.....</u>	<u>48</u>

## LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös käsitletakse rahvatervise valdkonda kuuluva südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustööd peale Eesti taasiseseisvumist. Kui nõukogudeaegne meditsiin tegeles peamiselt viimase astme haiguste ravimisega, siis tänapäeval panustatakse haiguste ennetamisele ja seeläbi tervena elatud eluea tõstmisele. SVH on Eestis varase (enne 65. eluaastat) töövõime kaotamise ja surma peapõhjus. Magistritöö uurimisküsimus on järgmine: kuidas on institutsionaalne areng ja riiklik koordineerimismehhanism mõjutanud SVH ennetustegevuse väljakujunemist ja elluviimist Eestis aastatel 1990–2015? Analüüsi läbiviimiseks on kasutatud ajaloolise institutsionalismi teoreetilist raamistikku. Olulised märksõnad on rajasõltuvus ja institutsionaalne areng. Uurimisküsimusele vastamiseks on kasutatud kvalitatiivset analüüsimeetodit. Andmete kogumise meetodiks on dokumendianalüüs ja süvaintervjuud valdkonna spetsialistidega.

Uurimistöö tulemusena selgus, et SVH ennetustöö väljakujunemisel ja elluviimisel on institutsionaalselt oluline roll olnud riigi ametlikel organisatsioonidel. See on omane endistele Ida-Euroopa riikidele, kus vastavad huvirühmad ei ole veel küllaldaselt välja arenenud. Reforme vallandavaks teguriks 1990. aastatel olnud elanikkonna äärmiselt halvad tervisenäitajad viitavad selgelt nõukogude aja pärandile. Riik on peaasjalikult tegelenud süsteemide ülesehitamise, spetsialistide koolitamise ja elanikkonna väärtushinnangute kujundamisega. Oluline on olnud maailma parimate praktikatega tutvumine ja nende rakendamine Eestis, tähtis roll nii selles kui ka kogu populatsioonile mõeldud südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustöö elluviimisel on meditsiinidoktor Margus Viigimaal.

Institutsionaalselt oluline on võrgustumine paikkondlikul tasandil ja seeläbi tervist edendavate organisatsioonide teke. Riigipoolse poliitika planeerimisel ei ole kahjuks tänaseni lähtutud põhilistest SVH mõjuteguritest: need on sotsiaalmajanduslikud ja sotsiaalpsühholoogilised tervisemõjurid.

Ennetustegevuste elluviimist on läbi aastate raskendanud turupõhise koordineerimismehhanismi kasutamine ja erasektori klienditeeninduspõhimõtete rakendamine tervishoiusüsteemis, mis ei ole võimaldanud ellu viia vajaduspõhiseid ennetustegevusi. Samuti ei ole poliitika planeerimisse kaasatud piisavalt patsiendikaitse organisatsioone ega ka töövõtjate ja tööandjate esindusorganisatsioone.

**Märksõnad:** rahvatervis, haiguste ennetamine, institutsionaalne areng, rajasõltuvus, riigi roll

## SISSEJUHATUS

Käesolevas magistritöös käsitletakse südame- ja veresoonehaiguste (SVH) ennetustööd peale Eesti taasiseseisvumist aastatel 1990–2015.<sup>1</sup> Teema valikul on lähtunud rahvatervise valdkonda kuuluva haiguste ennetamise olulisusest ühiskonnas. Haiguste ennetamine ja vastava valdkonna poliitika väljakujunemine on Eesti jaoks saanud oluliseks seoses rahvastikudünaamika muutustega, mida on võimendanud astumine Euroopa Liitu. Muutunud on prioriteedid tervishoiupoliitikas ka laiemalt. Kui nõukogudeaegne meditsiin tegeles peamiselt viimase astme haiguste ravimisega, siis tänapäeval panustatakse haiguste ennetamisele ja seeläbi tervena elatud eluea tõstmisele. Haiguste ennetamise eesmärk on eelkõige ära hoida või edasi lükata inimese võimalik haigestumine, et seeläbi säilitada pikemaks ajaks tema elukvaliteet ning vähendada haigusega seotud kulutusi nii inimesele enda kui ka riigi tervishoiusüsteemi jaoks tervikuna.

Suremus SVH-sse koos väliste surma põhjustega on viinud ligi 20-aastasele erinevusele Ida- ja Lääne-Euroopa riikide elanike tervelt elatud eluea vahel (Farrington, Ireland, 2006). SVH on Eestis varase (enne 65. eluaastat) töövõime kaotamise ja surma peapõhjus (Vabariigi Valitsus 2005). Eesti on SVH-sse suremuselt juhtpositsioonil nii Euroopas kui ka maailmas (*ibid.*). Aastatel 2004–2013 on 65-aastaste Eesti naiste eeldatav eluiga kasvanud 2,5 aastat ja meestel 2,2 aastat, jäädes siiski mõlemal juhul alla Euroopa Liidu 28 riigi keskmisele näitajale (EHLEIS 2015). 2013. aastal oli Eesti 65-aastaste naiste keskmine eelolev eluiga 20,3 aastat ja meestel 15,2 aastat. Märkimisväärne erinevus on EL28 riigi võrdluses tervena elatud eluea vahel.

Ennetuspoliitika oma eesmärkide ja vajalike tegevustega on fikseeritud „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020” (RTA) ja valdkonna tegevuskavades. Ennetustegevuse eesmärgiks on vähendada elanikkonna riskikäitumist ja suurendada tervislikke valikuid. Viimastel aastatel on Eesti teinud märgatavaid edusamme elanikkonna tubakatarbimise vähendamisel, kuid toitumisharjumuste parandamine ja füüsilise aktiivsuse tõstmine vajavad veel tõhusamat riigipoolset tegevust (Lai et al. 2015). Samuti vajab tõhustamist hüpertoonia varane avastamine ja ennetustöö juhtimine (*ibid.*). Eestil puudub mittenakkushaigustega seotud tegevusi ja toiminguid koordineeriv ning järelevalvet teostav ühtne institutsioon (*ibid.*). Maailmapanga Grupi poolt teostatud uuringu järgi moodustasid välditavad hospitaliseerimised kõrgvererõhktõve ja muude südamehaiguste puhul 84,3% kõikidest hospitaliseerimistest SVH osas (Maailmapanga Grupp 2015). See osutab esmatasandi arstiabi nõrkusele (*ibid.*). Eesti on välditavate hospitaliseerimiste osakaalu poolest südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhktõve haiguste osas OECD riikide hulgas kolmandal kohal (*ibid.*). 2013. aastal osutus kõrgvererõhktõve puhul 67,5% eriarstivisiitidest välditavaks ja ainult pooled kvaliteedisüsteemis osalenud arstidest on osutanud vajalikul tasemel teenuseid (*ibid.*).

---

<sup>1</sup> Kuigi Eesti taasiseseisvus 1991, siis täpsemaks vaadeldavaks ajavahemikuks on 1990-2015.

Tegemist on kompleksse valdkonnaga, kus on palju osapooli, kelle toimimispõhimõtted on välja kujunenud pika aja vältel ning kus mõjusate muudatuste sisseviimine on eelnevast tulenevalt keeruline. Soovides analüüsida SVH ennetamisega seonduvat Eestis, tuleb eelkõige aru saada, miks on teatud otsused ja prioriteedid selles valdkonnas vastu võetud. Oluliseks saavad siinkohal ajalooliselt tähtsad pöördepunktid ja otsuste vastuvõtmisel toimivad mängureeglid. Probleemiks võib olla Eesti ajalooline taust Nõukogude Liidu pärandi näol, mis mõjutab tavapäraseid käitumisprotseduure ja muutuste võimalikkust selles valdkonnas. Samuti peab arvestama huvirühmade rolliga valdkonna kitsaskohtade väljatoomisel ja põhjendatud huvide kaitsel. Seega analüüsitakse käesolevas töös Eesti institutsionaalset arengut ja selle mõju SVH ennetamisele. Teise aspektina uuritakse olemasoleva riikliku koordineerimismehhanismi mõju valdkonna juhtimisele aastatel 1990–2015. Arvestades eelmainitud aspektidega probleemi püstitamisel, on magistr töö uurimisküsimus järgmine: **kuidas on institutsionaalne areng ja riiklik koordineerimismehhanism mõjutanud SVH ennetustegevuse väljakujunemist ja elluviimist Eestis aastatel 1990–2015?**

Analüüsi läbiviimiseks on kasutatud ajaloolise institutsionalismi teoreetilist raamistikku. Olulised märksõnad on *rajasõltuvus* ja *institutsionaalne areng*. Uurimisküsimusele vastamiseks on kasutatud kvalitatiivset analüüsimeetodit. Andmete kogumise meetoditeks on olnud dokumendianalüüs ja süvaintervjuu valdkonna spetsialistidega. Dokumentidest on võetud vaatluse alla valdkonna tegevuskavad ja nende elluviimise aruanded, samuti Eesti Haigekassa (HK, loodud 2001. a) poolt heakskiidetud ennetusprojektid ajavahemikuks 2002–2012. Süvaintervjuude läbiviimine spetsialistidega on selgitanud vastuvõetud otsuste tausta ja põhjusi.

SVH ennetuspoliitika kirjeldamiseks on kasutatud tervishoiusüsteemide hindamiseks mõeldud teoreetilist raamistikku (Roberts et al. 2008). Tervishoiusüsteemi poliitika kujundamise instrumentideks on finantseerimine, tasumine, organisatsioon, regulatsioon ja käitumine. Hindamiskriteeriumiteks on tõhusus, kvaliteet ja kättesaadavus. Lõppeesmärgiks on tervises seisund, rahulolu ja riski kaitse. Käesolevas magistr töö on tervishoiusüsteemi kirjeldamiseks kasutatud eeltoodud poliitilisi instrumente, osaliselt ka andmeid kvaliteedi ja kättesaadavuse kriteeriumite kohta.

Töö on üles ehitatud järgmiselt. Esimeses peatükis antakse ülevaade teoreetilisest raamistikust. Peatüki lõpus tuuakse kokkuvõttes tabelis välja Eesti kaasuse analüüsiks vajalikud kriteeriumid. Teises peatükis antakse ülevaade Eesti taustaolukorrast. Peatükk jaguneb kaheks alapeatükiks, millest esimeses antakse ülevaade Eesti elanikkonna tervisenäitajatest SVH osas ajavahemikus 1990–2015 ning teises alapeatükis antakse ülevaade SVH ennetamise riiklikust korraldusest Eestis. Ülevaade valdkonna riiklikust korraldusest Eestis hõlmab kolme osa: ülevaade institutsionaalsest korraldusest, SVH ennetuspoliitikast ja valdkonna kitsaskohtadest. Töö kolmas peatükk sisaldab

ülevaadet metoodika kohta ning empiirilist analüüsi Eesti institutsionaalse arengu ja SVH ennetuspoliitika kohta Eestis aastatel 1990–2015. Töö viimases, neljandas peatükis analüüsitakse teooria osas välja toodud tegurite alusel empiirilises osas kirjeldatud Eesti institutsionaalse arengu ja koordineerimismehhanismide mõju SVH ennetustöö väljakujunemisele ja elluviimisele aastatel 1990–2015. Lisaks tehakse järeldusi ja antakse soovitusi valdkonna edaspidiseks arenguks.

# 1. TEOREETILINE RAAMISTIK

## 1.1. AJALOOLINE INSTITUTSIONALISM

Ajaloolise institutsionalismi idee seisneb selles, et poliitilised valikud, mis on tehtud minevikus, mõjutavad poliitilisi valikuid ka tulevikus, ning sellise sõltuvuse kirjeldamiseks kasutatakse rajasõltuvuse mõistet (Peters, 2005; Pierson ja Skocpol, 2002; Lowndes, 2002). Teooria uurib seda, kuidas osapoolte eesmärgid ja strateegia on kujundatud institutsionaalse konteksti poolt (Thelen, Steinmo, 1992; Thelen, 1999; Peters et al. 2005). Ajalooline institutsionalism näitab üksikasjalikult poliitiliste institutsioonide arengut, kirjeldades reguleeritud struktuuride ja rutiinsete tegevuste kujunemist, lähtudes rajasõltuvuse loogikast (Schmidt, 2010). Teooria pooldajate sõnul võib poliitika arengut käsitleda pigem mittepideva protsessina (Peters et al. 2005). Kaasaegne rajasõltuvuse teooria kaasab oma analüüsisse lisaks institutsioonidele ka tegevuse ja osapooled (Rico, Costa-Font, 2005). Tegevust nimetatakse mänguks, osapooled ehk mängijad võivad olla nii kollektiivsed tegijad kui ka üksikisikud. Institutsioonide all mõeldakse reegleid. Osapoolte vastastikuse mõju dünaamikat, milleks võib olla nii konkureerimine kui ka koostöö, käsitletakse muutuse peamise põhjusena. Teiste sõnadega väljendades on need osapoolte käitumist mõjutavad mängureeglid, mis otsustavad poliitika valiku. Ajaloolise institutsionalismi lähenemisviisis eeldatakse, et inimesed kiidavad heaks institutsiooni poolt kehtestatud piiranguid. Teades neid olemuslikke seoseid, on võimalik leida põhjuslikke seoseid SVH ennetustöös minevikus tehtud otsuste ja praeguste vahel.

Ajalooline institutsionalism toob esile riigi erilise rolli (Duric, 2011). Riigi rolli ei tajuta siin enam neutraalse vahendajana konkureerivate poliitiliste huvidegruppide vahel, vaid pigem erinevate pädevate institutsioonide kompleksina, mis on võimeline korrastama grupi vastuolusid. Riigi roll on olla aktiivne võimuhete mõjutaja ja nende suhete säilitaja. Paljud sotsiaalsed tegevused on juhitud pigem mängureeglitest, tavapärastest käitumisprotseduuridest ja traditsioonidest kui majandusteooria poolt pakutavast ratsionaalsest kaalutlusest (Vrangbæk, Christiansen, 2005). Ajalooline institutsionalism sobib antud töö uurimisküsimusele vastamiseks, kuna võimaldab hinnata SVH ennetustöö väljakujunemist ja elluviimist tänu oma tagasivaatavale iseloomule. Teooria võimaldab hinnata varasemal ajaperioodil tehtud otsuste mõju praegu elluviidavale ennetustegevusele.

Ajaloolise institutsionalismi selgitusvõimel on teatud piirangud (Peters, 2005). Esiteks võib esile kerkida küsimus, kuidas eraldada ajaloolist institutsionalismi üldise ajaloo mõjust poliitika kujunemisele. Teine tõlgendustega seotud probleem võib esile kerkida seoses ideede tõlgendamisega institutsiooni tasandil. Lähenemisviisi esindajad peavad olema võimelised selgitama ideede seostatust institutsiooniga. Institutsioonid võivad omaks võtta ja ellu viia erinevaid ideid, kuid alati ei ole selge, kas need ideed määravad institutsiooni olemuse. Ideed, mida ellu



viiakse, on tervishoiu valdkonnas väga olulised. Samuti on ajaloolise institutsionalismi teooria probleemiks selle tagasivaatav stiil, mis juhib teadlasi uurima ainult võidukate poliitiliste seisukohtade püsimist, mistõttu poliitika ja strateegia muutuste põhjused võivad jääda põhjendamata (Peters, 2005; Rico, Costa-Font, 2005). Teadlased on seisukohal, et uus institutsionalism selgitab pigem institutsionaalset stabiilsust, mitte aga institutsionaalset muutust. Teooria toetub nende sõnul liiga palju ebatavalise sündmuse mõjule institutsionaalse või poliitilise muutuse esilekutsumisel, näiteks väline šokk või sisemine kriis.

### ***Institutsiooni mõiste***

Võrreldes teiste lähenemisviisidega, on ajaloolises institutsionalismis institutsiooni mõiste ebamäärasem. Institutsiooni mõistet kirjeldatakse mitmel erineval moel. Näiteks on üks institutsiooni mõiste järgmine: institutsioon on sihilikult loodud organisatsioon avaliku poliitika elluviimiseks ja formaalsed reeglid määramaks suhteid riigi ja huvigruppide vahel (Peters *et al.* 2005). Samuti on institutsioone kirjeldatud kui riigi ametlikke institutsioone (administratiivsed institutsioonid), millele lisanduvad mitteametlikud reeglid, kokkulepped ja tavapärased käitumisprotseduurid riigi sees ning riigi ja ühiskonna vahel (*ibid.*). Üldiselt käsitletakse institutsioone kui sotsiaalse käitumise üldisi reegleid või kui ühiskonna mängureegleid või kui inimese poolt väljamõeldud piiranguid, mis kujundavad inimeste koostoime (Hodgson, 1998; Pierson, 1993; Saltman, Bergman, 2005). Samuti rõhutatakse ajaloolise institutsionalismi puhul poliitika tekke momendil tehtud struktuuriliste otsuste olulisust (Durić, 2011).

Tervishoius, nagu ka mujal valdkondades, on domineerivateks teguriteks ideed ja väärtushinnangud, mida institutsioonid kannavad, ja väljakujunenud praktikad ehk tegevuskavad, mida poliitika kujundamise ja elluviimise käigus rakendatakse. Idee kujundab struktuuride poliitilisi eelistusi. Muutuseks on olulised nii idee kui ka väline šokk, kuna tegija peab jätkuvalt olema vahendajaks dünaamilise väliskeskkonna ja institutsiooni sisemise inertsiga vahel (Peters *et al.* 2005). Idee probleemide lahendamiseks põhineb konkreetse valdkonna spetsialistide poolt heakskiidetud praktikatel, mida reaalselt järgitakse (*ibid.*).

Ajalooline institutsionalism rajaneb oletusel, et poliitilised institutsioonid ja varasemalt rakendatud avalikud poliitikad struktureerivad ametiisikute ja huvirühmade käitumist poliitika kujundamise protsessis. Valimistulemused, huvirühmad ja avalik arvamus võivad tuua uusi ideid poliitilistesse aruteludesse. Poliitilised ideed peavad leidma mõjukate isikute toetuse, kellel on tahtmist neid ideid ellu viia ehk seadustada. Ilma mõjukate poliitiliste tegijateta jäävad ideed ainult ideedeks ning neid ei rakendata kunagi valdkonna poliitika kujundamisel (Béland, 2005). Poliitika toob endaga kaasa võitluse võimu pärast, eesmärk on kehtestada ja muuta reegleid, mis valitsevad sotsiaalset tegevust teatud territooriumil. Poliitikat on üldiselt lihtsam muuta, kui muuta ametlike institutsioonide õigustloovaid reegleid (Pierson, 2000).

Huvirühmad kujundavad strateegia ja strateegia kujundab omakorda huvirühmi (Pierson 1993). Strateegia annab huvirühmale nii motivatsiooni kui ka allika, mis võib kas hõlbustada või pidurdada rühmade moodustumist või laienemist. Kindel strateegia võib tugevdada huvirühmi suurendades nende juurdepääsu otsustajate ringile. Endistes Ida-Euroopa riikides, kus huvirühmad on välja kujunenud ja arenenud vähesel määral, on poliitika kujundamise tagamaadest arusaamiseks oluline pöörata tähelepanu institutsioonide ja organisatsioonide loomise momentidele. Isegi siis, kui strateegia mõjutused sotsiaalsele rühmale on suhteliselt väikesed, võivad need väikesed muutused olulisel pöördepunktil osutada tähtsaks ja muutus võib olla väga põhjalik.

Poliitilisi valikuid on võimalik teostada kahel viisil: valdkondadevahelise poliitilise nõukogu kaudu või poliitilise ettevõtluse kaudu, mille näitena võib tuua ühiskondliku kokkuleppe (Kasmel, Lipand, 2007). Intersektoraalne ministeeriumitevaheline nõukogu võib olla efektiivne viis, kuidas tervise teema teiste ministeeriumite otsustus- ja mõjusfääri saada. Nõukogu vorm võimaldab käsitleda teemasid, mis kuuluvad mitme ministeeriumi valdkonda. Poliitiline ettevõtlus on teistsugune koostöövorm. Kuna poliitiline keel erinevates poliitika valdkondades on erinev, siis on hea, kui poliitikute hulgas on keegi, kes suudab teistele poliitikutele selgitada tervisemõjurite olulisust.

### ***Kriitilise pöördepunkti kontseptsioon***

Soovides analüüsida poliitika muutumise protsessi ajas, saab seda vaadata läbi kriitiliste pöördepunktide ning pöörata tähelepanu pika-ajalistele protsessidele (Peters, 2005; Pierson, Skocpol, 2002; Durić, 2011). Kriitiline pöördepunkt on harv juhus, millal tekib liitumiskoht probleemide, lahenduste, otsustusvõimaluste ja tegijate vahel, ning tekivad uued võimalused probleemide lahendamiseks (Oliver, Massialos, 2005). Teiste institutsionalismi liikide esindajad vaatlevad ainult kindlaid ajavahemikke või lühiajalisi sihipäraseid tegevusi (Pierson, Skocpol, 2002). Otsuste heakskiitmine või tagasilükkamine tuleneb otsustusprotsessi loogikast ja mängureeglitest, mis kehtivad otsustajate vahel ja määravad otsustusprotsessi tulemuse (Immergut, 1992). Peale väljakujunenud mängureeglite ja otsustusprotsessi loogika saavad oluliseks ka veto-mängijad. Veto-mängija võib olla isik või kollektiiv, kelle nõusolek on vajalik poliitikat muutva otsuse tegemisel (Tsebelis, 1995). Rajasõltuvus sobib eelkõige kriitilise pöördepunkti pärandi taasesitamise selgitamiseks, mitte niivõrd kriitilise pöördepunkti enda produtseerimise selgitamiseks (Kay, 2003). Antud magistritöös püütakse leida kriitilisi pöördepunkte 25 aasta jooksul, millal tekkis liitumiskoht probleemide, lahenduste, otsustusvõimaluste ja tegijate vahel.

### ***Rajasõltuvus***

Üsna tihti on rajasõltuvus defineeritud pisut enam, kui ebamäärane arusaam ajaloo tähendusest või siis, et minevik mõjutab tulevikku. Rajasõltuvuse määratlemine sisaldab nii lõpptulemuse tagasiviimist ajalooliste sündmuste täpsesse kogumisse kui ka põhjendust kuidas need sündmused

ise on juhuslikud ja neid ei ole võimalik seletada eelnevate ajalooliste tingimuste baasil (Mahoney, 2000). Rajasõltuvuse kontseptsioonil on keskne roll ajaloolise institutsionalismi kirjeldamisel (Durić, 2011). Ajaloolise protsessi iseloomustamiseks kasutatakse majandusteooriat kasvavast kasumlikkusest (Vrangbæk, Christiansen, 2005; Oliver, Mossialos, 2005; Durić, 2011). Kasvav kasumlikkus on iseloomulik situatsioonile, kus ühe tegevusega kaasnev suhteline kasu ajas suureneb võrreldes alternatiivsete tegevustega kaasneva suhtelise kasuga. Teooriad, mis rõhutavad normatiivseid institutsionaalseid struktuure sotsiaalsete tegevuste jaoks sobivad kõige paremini valitsejate valikute põhjendamiseks tervishoiusüsteemis. Kokkuvõtvalt võib öelda, et institutsionaalne areng on mõjutatud raja poolt, mille on kujundanud institutsioonid oma väärtuste, standardite, reeglite ning varasemal ajaperioodil tehtud poliitiliste otsustega (Truvé *et al.* 2010).

Rajasõltuvust kirjeldatakse institutsioonidele omaste joontega, milleks on fikseeritud suured kulud, õppimiseefektid, koordinatsiooniefektid ja kohanemisootused (Pierson, 1993; Pierson, 2000; Oliver, Mossialos, 2005). Fikseeritud suurte kulude puhul moodustavad algsed kulud suure osa üldkuludest ning tõenäoliselt on oodata tulevikuinvesteeringute kasvavat kasumlikkust. See motiveerib otsustajaid jätkama valitud lahendustega. Õppimiseefekt seisneb teadmiste tõhusas kasutamises, mis omakorda võib langetada tootmiskulusid. Omandatud teadmised on lisaallikaks kasumlikkuse tõusule. Paljudel juhtudel oleneb inimeste töö tulemus teiste inimeste tegevusest. Koordinatsiooniefekt seisneb erinevate tegevuste kooskõlastatuses, *arvestades ühtse valiku põhimõttega*. Kohanemisootused ilmnevad harjumuspäraste käitumissreeglite eelistamises. Oluline on see, et tehtud otsused leiaksid laiemat toetust. Vastasel juhul kipuvad need otsused hiljem taanduma.

Need neli tunnusjoont on omased nii tehnoloogiale, formaalsetele organisatsioonidele kui ka avalikele poliitikatele (Pierson, 1993; Pierson, 2000; Truvé *et al.* 2010). Kasutades neid rajasõltuvust kirjeldavaid institutsioonidele omaseid jooni, on võimalik ette ennustada ajaloolist protsessi, milles institutsiooni esialgne mudel omab pikaajalist mõju nii majanduslikule kui ka poliitilisele tegevusele. Rajasõltuvuse protsessid on võimsamad mitte üksikute institutsioonide ja organisatsioonide tasandil, vaid makro tasandil. Selline sõltuvus toob endaga kaasa institutsioonide ja organisatsioonide täiendavaid piirjooni. Institutsionaalset ühinemist tõlgendatakse võimuorganites kehtivate ühiste väärtuste, standardite ja reeglite kaudu, mis reguleerivad tervishoiu ja sotsiaalsete teenuste süsteemi.

Rajasõltuvuse raamistikus tuuakse teadlaste poolt esile kaks domineerivat jada tüüpi. Need on isevõimenduv ja reaktiivne jada. (Mahoney, 2000). Isevõimenduvat jada iseloomustab institutsionaalsete struktuuride väljakujunemine ja pikaajaline taastootmine. Teadlaste sõnul esindavad isevõimenduvad jadad tihtipeale kasvavat tulu. Isevõimenduvate jadade puhul on institutsionaalne teke vastavuses kriitilise pöördepunktiga. Kriitilist pöördepunkti on iseloomustatud

kui mugandumist teatud institutsionaalse korraldusega, mis on valitud kahe või enama alternatiivi hulgast. Need pöördepunktid on kriitilised, kuna kord tehtud valikut on raske tagasi pöörata lähtepunkti, kus oli veel mitu alternatiivi. Nende jadade puhul sisaldab inerts mehhanisme, mis toodavad uuesti teatud aja tagant kindlaid institutsionaalseid struktuure. Teine jada tüüp on reaktiivne jada. Raja reaktiivsus seisneb selles, et iga sündmus jadas on osaliselt reaktsioon ajaliselt eelnevale sündmusele. Reaktiivsete jadade puhul sisaldab inerts reaktsiooni ja vastureaktsiooni mehhanisme, mis annavad sündmuste jadale sisemise loogika ning mille tulemusena üks sündmus viib teise sündmuseni. Rajasõltuvuse asemel võib kasutada ka puu mõistet (Pierson, 2000). Puu puhul lähtub tüvest mitu erinevat haru ja väiksemat oksa. Kuigi on võimalik pöörata tagasi või hüpata ühelt oksalt teisele, kiputakse siiski teed jätkama mööda juba alustatud oksa.

### ***Muutuste põhjuste analüüs***

Peale SVH ennetuspoliitika algmudeli ja seejärel järgnevate oluliste otsuste ja tegevuste kirjeldamist koos kriitiliste pöördepunktide leidmise ja rajasõltuvuse määramisega, analüüsitakse selles töös muutuste võimalikke põhjusi 25-aastase ajaperioodi jooksul.

Muutuse toimumine on tihtipeale seotud kõrvalekaldega või muutusega poliitikas. Poliitika reformid on suuremal või vähemal määral seotud järgnevate muutujatega: probleemi surve; poliitika ideed, eelkõige sotsiaal-majanduspoliitika ideed ja muutused (muutused maksupoliitikas, organisatsiooni puudutavad poliitikad ja avalike teenuste areng); tervishoiusüsteemi ja poliitilise süsteemi institutsioonid; globaalsed majanduslikud tegurid ja arengud rahvuslikus makromajanduses; demograafilised muutused (rahvastiku vananemine ja muutused haiguste struktuuris) ja ühiskonna vajaduste muutumine (Vrangbæk, Christiansen, 2005). Oluline ei ole mitte üksik muutuja, vaid pigem nende muutujate omavaheline kombinatsioon.

Poliitikareforme saab selgitada kaht tüüpi põhjustega: põhjused, mis vallandavad reformi ja põhjused, mis struktureerivad reformi (Starke, 2010; Mahoney, 2000; Vrangbæk, Christiansen, 2005; Oliver, Mossialos, 2005). Reforme vallandavad põhjused hõlmavad kõiki tegureid, mis seletavad reformi ajastust. Võimalikud tegurid: majanduslik või muu kriis; sellised võimalikud sündmused, nagu näiteks epideemiad, loodusõnnetused, korruptsiooniskandaalid või sõjad; erilised avastused ja funktsionaalsed põhjused. Vallandajateks võivad olla ka tegurid, milliseid saab iseloomustada märksõnaga „reformi motiiv” (Starke, 2010), mis tähendab võimalust või soodsat juhus. Oluline on vallandavate tegurite vastastikune mõju teiste sotsiaalsete arengutega (Vrangbæk, Christiansen, 2005; Häkkinen, Lehto, 2005; Sinclair, Whitford, 2012; Durić, 2011). Muud sotsiaalsed arengud on näiteks New Public Management'i (NPM) ideed, kaasaegsete rahvusvaheliste juhtimissuundade juurutamine, tehnoloogiline areng ning muutused poliitilises kliimas ja valitseva koalitsiooni koosseisus.

Struktureerimise põhjused sisaldavad erinevaid institutsionaalseid filtreid. Näitena võib tuua poliitilise süsteemi muutujad (nn vetopunkt ja vetomängijad), poliitika allsüsteemid ja tervishoiupoliitika otsuseid mõjutav huvirühmade keskkond (näiteks ametiühingud ja tööandjate organisatsioonid). Struktureerimise põhjuseid peetakse tihti peale ebapiisavateks seletamiseks ootamatuid sündmusi. Institutsioonid ei tegutse, vaid inimesed või sündmus on see, mis ajendab inimesi tegutsema (Starke, 2010; Mahoney, 2000; Oliver, Mossialos, 2005).

## **1.2. KOORDINEERIMINE JA SPETSIALISEERUMINE**

Koordineerimine on erinevate üksuste sihipärane ühitamine kindlate eesmärkide saavutamiseks (Peters, 1996). Koordineerimise jõupingutused võivad pärineda kesksest asutusest, mis koordineerib teiste asutuste tegevust. Samuti võib koordineeriv tegevus asutuste vahel ilmnedu keskse vahele segamiseta. Koordineerimismehhanisme on kolme tüüpi: hierarhial põhinev, turupõhine ja võrgustikel põhinev mehhanism (Peters, Savoie, 1996; Laugesen, 2005). Hierarhilise koordineerimismehhanismi puhul on keskselt vastastikuse mõjutamise struktuuriks võimuorgan enda poolt kehtestatud reeglite ja koordineerimismehhanismidega. Turupõhine koordineerimismehhanism põhineb turul osalejate omavahelisel konkurentsil ja vahetustel. Turul osalejate tegevus on mõjutatud hinnamehhanismidest, motiveeritusest ja isiklikust huvist. Võrgustikel põhinevat koordineerimismehhanismi kasutatakse partnerite vahel ühiste teadmiste, väärtuste ja strateegiate loomiseks.

Spetsialiseerumise sisuks NPM-i raames avalikus sektoris on uute, kindlate eesmärkide ja spetsiifiliste tööülesannetega organisatsioonide loomine (Verhoest, Bouckaert, 2005; Peters, 1996). Traditsioonilise haldusjuhtimise raames on organisatsioonil palju tööülesandeid ning erinevad, vahel ka vastukäivad eesmärgid. Spetsialiseerumine ilmneb kahes erinevas vormis. Nendeks vormideks on horisontaalne ja vertikaalne spetsialiseerumine (*ibid.*). Horisontaalse spetsialiseerumise puhul liigitatakse asutused sama administratiivse üksuse sees samal hierarhilisel tasandil, andes neile ülesanded ja võimu. Vertikaalse spetsialiseerumise puhul eristatakse asutused hierarhilisel tasandil ning nad omavad erinevat vastutust ja ülesandeid vastavalt oma asukohale hierarhilisel tasandil. Vertikaalse spetsialiseerumise ulatus sõltub sellest, kui palju keskvoim delegerib poliitika kujundamise tsükli ja ülesandeid äärealade avaliku sektori asutustele. Spetsialiseeritud asutusel võib olla väga kitsas vastutusulatus. Asutus võib täita isegi ainult ühte eesmärki või teostada ühetaolisi tegevusi. Samuti võivad poliitikatsükli erinevad etapid olla spetsialiseeritud asutuste moodustamise ja sellele tööülesannete jaotamise aluseks. Vertikaalne spetsialiseerumine tõstab üksiku üksuse töö võimekust, suurendades nende üksuste tulemusele orienteeritust ja sisemist koordineeritust. Samas võib vertikaalne spetsialiseerumine omakorda kaasa tuua üldise poliitikavõimekuse languse ning uute, lahendamist vajavate probleemide esilekerkimise. Lõpptulemusena toob spetsialiseerumine endaga kaasa suurema vajaduse

koordineerida poliitikaid ja tegevusi erinevate üksuste vahel. Vahetalituste ehk agentuuride loomine ja avaliku sektori ülesannete delegeerimine erasektorile vähendavad avalike programmide sidusust ja suurendavad keskse koordineerimise vajadust. Samas vajavad tõhusamat koordineerimist valdkondadevahelised poliitilised programmid. Detsentraliseeritud otsustusprotsess toob omakorda endaga kaasa suureneva aruandekohustuse. Mitmed valdkondadevahelised poliitilised küsimused ei mahu ühe ministeeriumi raamidesse, vaid koonduvad ümber kliendirühmade, näiteks vanemaealised, immigrandid, põliselanikud, naised jne (Peters, 1998). Erinevad sihtrühmad vajavad teenuseid erinevatelt osakondadelt erinevatest ministeeriumitest. Koordinatsioon võib ebaõnnestuda, kui kaks organisatsiooni täidavad sama ülesannet või kui mitte ükski organisatsioon ei täida vajalikku ülesannet. Koordinatsioon on vähem tõenäoline, kui organisatsioonid tegutsevad samas poliitikavaldkonnas, kuid ei oma ühist arusaama teenuse kättetoimetamisest.

### **1.3. TERVISHOIUSÜSTEEMI KIRJELDAMINE**

Empiirilises osas on kasutatud tervishoiusüsteemi kirjeldamiseks finantseerimis-, tasumis-, organisatsiooni-, regulatsiooni- ja käitumispoliitika instrumente (Roberts *et al.* 2006). Finantseerimine kirjeldab kõiki võimalikke allikaid, kust saadakse rahalisi vahendeid tervishoiusüsteemi tegevuste rahastamiseks. Rahalised vahendid võivad tulla maksudest, kindlustusmaksetest ja patsientide otsestest maksetest. Siia alla kuuluvad ka institutsioonid, kes tegelevad raha kogumisega. Näitena võib tuua kindlustusfirma ja sotsiaalkindlustusfondi.

Tasumise all kirjeldatakse meetodeid, kuidas tasutakse tervishoiusüsteemi teenusepakkujale tema teenuse eest. Näitena võib tuua töötasusid, pearaha ja eelarvet. Patsientide poolt otse makstud tasud kuuluvad samuti selle instrumendi alla.

Organisatsiooni all mõeldakse erinevaid mehhanisme, mis soodustavad teenusepakkujate omavahelist koostööd. Võimalikud meetmed on näiteks detsentraliseerimine ja omavaheline konkureerimine. Samuti käsitletakse selle instrumendi all organisatsioonitasandi tegevusi, näiteks personali koolitusi. Organisatsiooni all mõeldakse nii üldist tervishoiusüsteemi ülesehitust kui ka üksikut institutsiooni selles süsteemis.

Regulatsiooni all mõeldakse erinevaid riigi poolt kehtestatud reegleid mõjutamiseks tervishoiusüsteemi osapoolte tegevusi. Reeglid on näiteks seadused, määrused, administratiivsed reeglid ja ravijuhendid. Osapoolte all mõeldakse teenusepakkujaid, kindlustusfirmasid ja patsiente. Reeglid ei tegutse iseenesest. Tähelepanu tuleb pöörata tegevustele, mis soodustavad reeglite elluviimist.

Käitumise all käsitletakse erinevaid tegevusi, mis on suunatud inimese tervisealase käitumise muutmisele. Käitumispoliitika instrument hõlmab enda alla massimeedia kampaaniad kujundamiseks

inimeste tervisealaseid valikuid ja tervishoiutöötajate tegevuse mõjutamiseks inimeste tervisealast teadlikkust ja valikuid.

Tervishoiusüsteemi hindamise kriteeriumid – kvaliteet ja kättesaadavus – on patsiendi seisukohalt vaadatuna olulised. Kvaliteetse teenuse puhul on tähtis, et see jõuaks patsiendini, järgides kindlaid eeskirju või teostatuna kindlas raviasutuses. Näitena võib tuua siinkohal ravijuhendid.

Kättesaadavuse all mõistetakse seda, kui lihtne on patsiendil tervishoiuteenust saada. Tõhususe kriteeriumi täpsemalt antud töös ei käsitleta.

Alljärgnevas tabelis (tabel 1) esitatakse kokkuvõtvalt teoorias väljatoodud tegurid, mille alusel on võimalik hinnata Eesti institutsionaalse arengu ja koordinatsioonimehhanismi mõju SVH ennetustöö väljakujunemisele ja elluviimisele aastatel 1990–2015.

**Tabel 1.** Tervishoiusüsteemi ja SVH ennetamise rajasõltuvuse kirjeldamine (autor: kirjanduse põhjal)

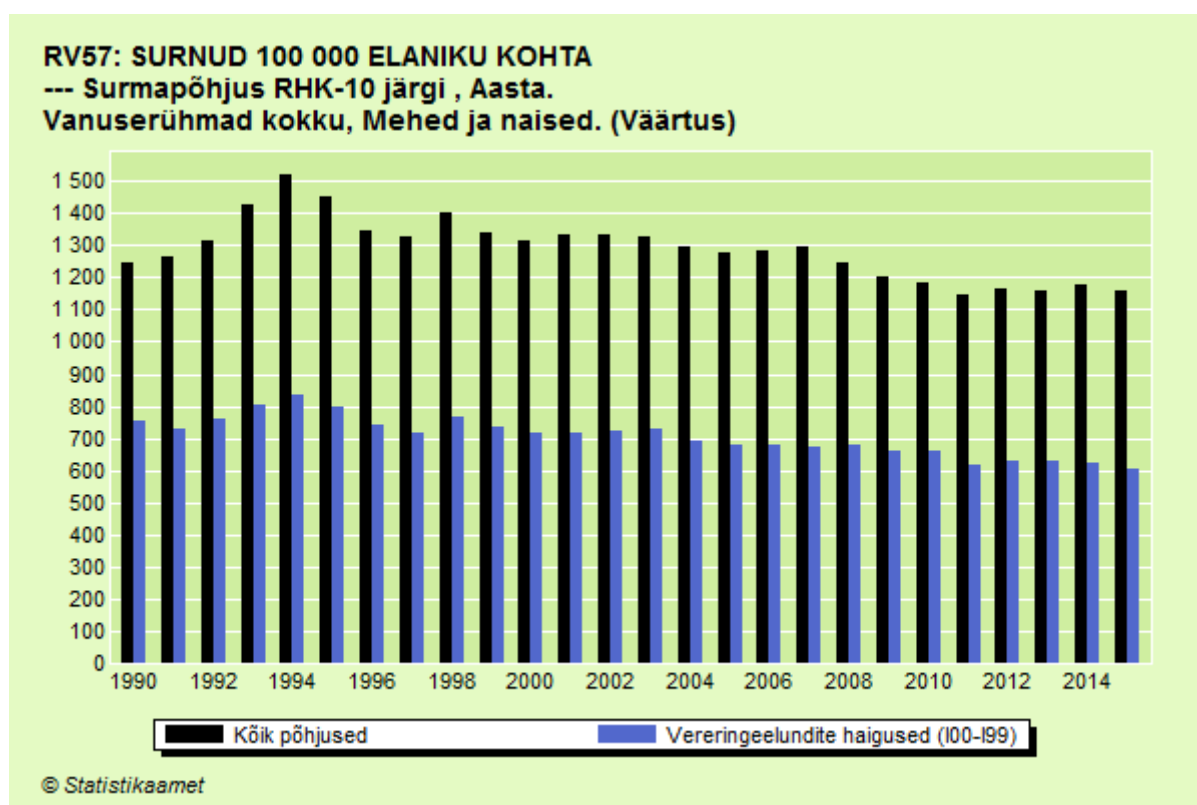
<b>Tervishoiu-süsteem</b>	<b>Rajasõltuvus</b>	<b>Muud võimalikud reforme mõjutavad tegurid</b>
Tervishoiu-süsteemi poliitika-instrumendid:  finantseerimine tasumine organisatsioon regulatsioon käitumine  Kriteeriumid:  kvaliteet kättesaadavus	1. Kriitiline pöördepunkt, mida aitavad kirjeldada:  nn vetomängijad, kes või mis võivad olla: - üksikisik - riiklikud organisatsioonid - huvirühmad (nt tööandjate ja töövõtjate organisatsioonid, patsiendikaitse organisatsioonid) - erasektori organisatsioonid  2. Suured fikseeritud kulud 3. Õpitud efektid 4. Koordinatsiooni efektid: - hierarhiaal põhinev - võrgustikel põhinev - turupõhine 5. Kohanemise ootused	Reforme vallandavad tegurid: - majanduslik või muu kriis - epideemiad, loodusõnnetused - korrupsiooniskandaalid - sõjad - teadusavastused  Reforme mõjutavad sotsiaalsed arengud: - NPM, rahvusvahelised juhtimistrendid - tehnoloogiline areng - muutused valitsuskoalitsioonis

## 2. ÜLEVAADE EESTI TAUSTAOLUKORRAST

### 2.1. EESTI ELANIKKONNA SÜDAME- JA VERESÖONKONNAHAIGUSTE TERVISENÄITAJAD 1990–2015

#### *Suremus*

Südame- ja veresoonkonnahaigused on Eestis läbi aastate olnud elanikkonna peamine surma põhjus. Suremus SVH-sse on viimase 25 aasta jooksul moodustanud keskmiselt 50% kõikidest surmapõhjustest (Maailmapanga Grupp, 2015; vt ka joonis 1).

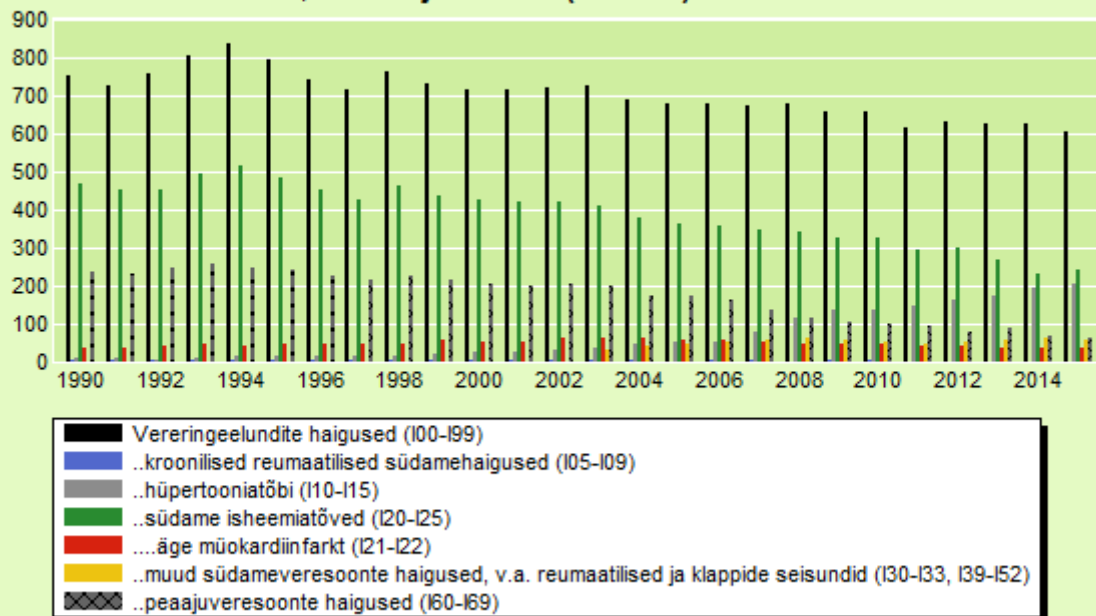


**Joonis 1.** Surnud 100 000 elaniku kohta, vereringeelundite haigused (Allikas: Statistikaamet)

Vereringeelundite haigustest on peamiseks surma põhjuseks südame isheemiatõbi. Suremus peajuveresoonte haigustesse, mis on samuti olnud kõrge, on hakanud langema viimase kümne aasta jooksul. Samas on viimase kümne aasta jooksul tõusnud suremus hüpertooniatõppe (vt joonis 2).



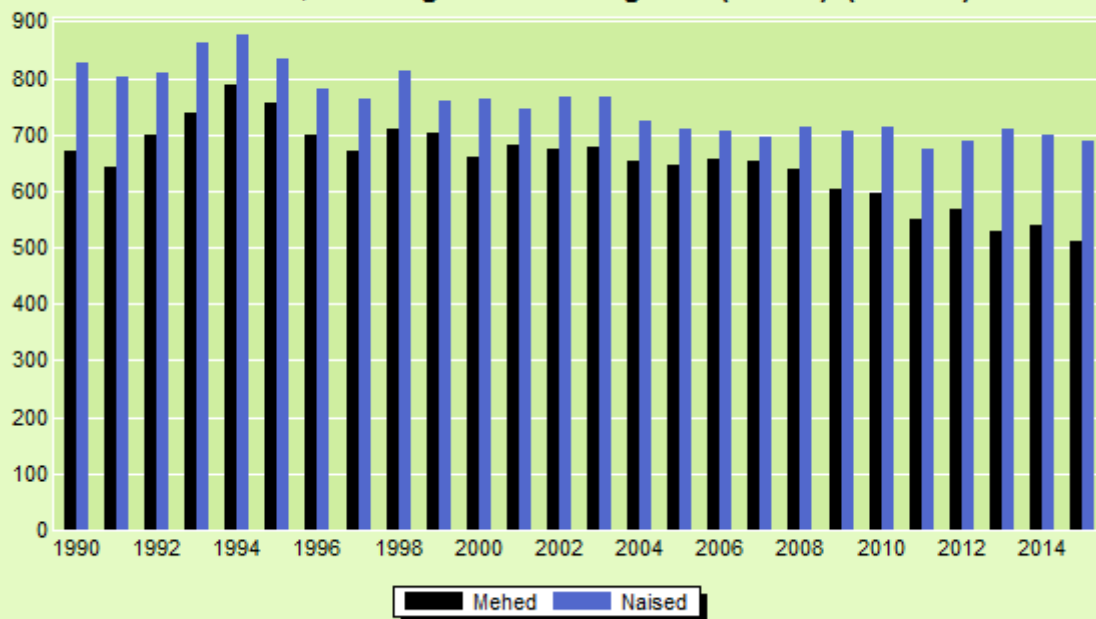
**RV57: SURNUD 100 000 ELANIKU KOHTA**  
**--- Surmapõhjus RHK-10 järgi , Aasta.**  
**Vanuserühmad kokku, Mehed ja naised. (Väärtus)**



© Statistikaamet

**Joonis 2.** Surnud 100 000 elaniku kohta, vereringeelundite haigusrühmad (Allikas: Statistikaamet)

**RV57: SURNUD 100 000 ELANIKU KOHTA**  
**--- Sugu , Aasta.**  
**Vanuserühmad kokku, Vereringeelundite haigused (100-199). (Väärtus)**



© Statistikaamet

**Joonis 3.** Suremus vereringeelundite haigustesse 100 000 elaniku kohta, mehed ja naised (Allikas: Statistikaamet)

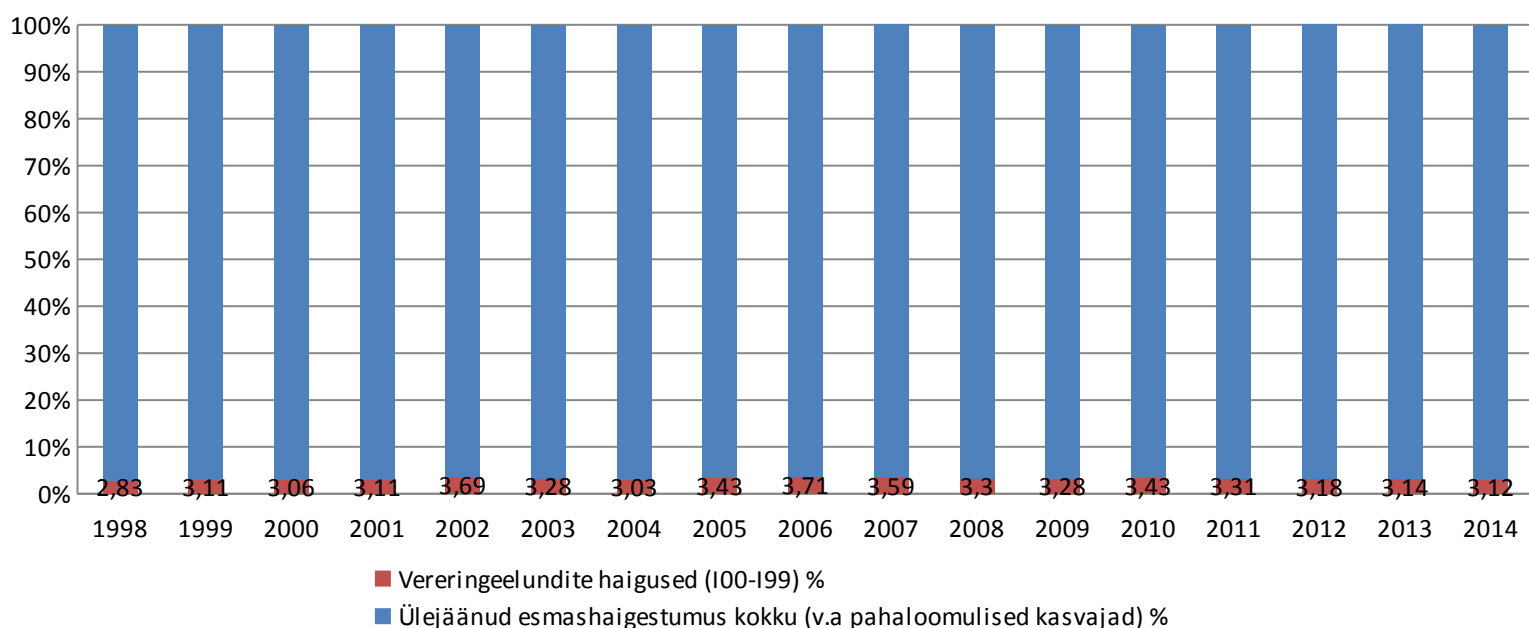
Üldiselt on läbi aastate SVH-surmajuhude arv 100 000 elaniku kohta olnud naistel suurem kui meestel (vt joonis 3). Meeste puhul teeb eelkõige muret nende haigestumus ja suremus liiga noores

eas. Suremus SVH-sse on meestel nooremalt kui 65-aastat peamine töövõime kaotuse ja surma põhjus (Tervise Arengu Instituut, 2005).

### ***Eluiga ja haigestumus***

Suremus SVH-sse koos väliste surma põhjustega on viinud ligi 20-aastase erinevuseni Ida- ja Lääne-Euroopa riikide elanike tervelt elatud eluea vahel (Farrington, Ireland, 2006). Alates 1995. aastast on eestimaalaste keskmine eluiga pikenenud ligi 10 aastat (keskmiselt 67-lt 77-ni), kuid tervena elatud eluiga vaid 3 aastat (52-lt 55-ni) (Laasner, 2015; Lai *et al.* 2015). Tervena elatud eluea andmed on saadavad vaid viimase kümne aasta kohta. Eesti jääb endiselt EL-i 15 riigi keskmisest maha oodatava eluea ja suremusmäärade osas SVH-sse (Kokkuvõttev aruanne, Maailmapanga Grupp, 2015). Standardiseeritud suremuskordaja vereringesüsteemi haiguste puhul on EL-i 15 riigi keskmisest rohkem kui kaks korda suurem (*ibid.*).

Esmane haigestumus SVH-sse moodustab läbi aastate keskmiselt 3% kõikidest esmahaigestusjuhtudest (joonis 4). Antud tabelis esitatud Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmebaasi andmed ei ole kahjuks isikupõhised, kuna TAI-l ei ole võimalik kontrollida võimalikke topeltregistreerimisi ega korduvate haigusjuhtude esitamist esmahaigusjuhtudena (TAI). Kuna patsient võib pöörduda mitme erineva tervishoiuasutuse poole, siis on võimalik, et ta saab ka mitu korda statistikas registreeritud. Kõikide esmahaigestunute haigusrühmade hulgas on SVH haigusrühm alles 11. kohal (*ibid.*). Esmahaigestumuse ligi 50% kasvu 2000. aastate alguses võib põhjendada HK poolt rahastatud südamehaiguste ennetusprogrammi käivitumisega, mille käigus tõusis märgatavalt skriiningutega ja esmatasandi arstiabis diagnoositud uute haigusjuhtude arv (Tervise Arengu Instituut, 2008).



**Joonis 4.** Esmahaigestumus Eestis, sh vereringeelundite haigustesse (Allikas: TAI)

### ***Muutused tervisekäitumises***

#### Tervislik toitumine

Kõige rohkem on muutunud inimeste toitumisharjumused (Laasner, 2015; Kasmel et al. 2003). Oluliseks põhjuseks võib pidada tervislike toiduainete valiku ja kättesaadavuse paranemist. Tunduvalt on vähenenud loomse rasva tarbimine ja suurenenud taimse rasva kasutamine igapäevases toiduvalmistamises. Samuti on suurenenud värske köögi- ja puuvilja tarbimise sagedus ja sagedasti tarbijate osakaal (tõus 8%-lt 33%-ni). Probleemiks on jätkuvalt tarbitava köögi- ja puuvilja liiga madal kogus, mis jääb alla tervisliku toitumise soovituslikele normidele. Muret tekitab jätkuvalt liiga suur liha ja maiustuste osakaal toidus ning madal leiva-saia, kartuli ja kala osatähtsus. Positiivse suunana on märgata kõrge naatriumisaldusega soola tarbimise vähenemist.

#### Kehaline aktiivsus

Regulaarselt tervisespordiga tegelevate inimeste hulk on aastatega tõusnud ja ulatub praegu ligikaudu 40%-ni elanikkonnast (Laasner, 2015). Vastav näitaja EL-i 28 liikmesriigi puhul on keskmiselt 50% ja Põhjamaades tegeleb regulaarselt tervisespordiga ligikaudu 80% elanikkonnast (Eurostat 2014). Vastav näitaja Eesti kohta Eurostati andmete põhjal oli 2014. aastal ligikaudu 45% (*ibid.*).

#### Suitsetamine ja alkoholi tarbimine

Viimase kahekümne aasta jooksul on vähenenud igapäevasuitsetajate osakaal nii täiskasvanute (33%-lt 22%-ni) kui ka kooliõpilaste (55%-lt 33%-ni) seas. Kõige suurema languse on läbi teinud suitsetamine tööruumides, mis on langenud üle 5 korra (44%-lt 8%-ni) (Laasner, 2015; Kasmel et al. 2003).

Murettekitav on jätkuv alkoholsete jookide tarbimise suurenemine. Seda näitab alkoholsete psühhooside ja maksakahjustuste hüppeline kasv ning vigastuste ja vigastustraumade suurenemine seoses alkoholiga (*ibid.*).

## **2.2. SÜDAME- JA VERESOONKONNAHAIGUSTE ENNETAMISE RIIKLIK KORRALDUS EESTIS**

### ***Institutsionaalne korraldus***

SVH ennetustöö juhtimise ja poliitika kujundamise eest vastutavaks riiklikuks organisatsiooniks on Sotsiaalministeerium (SoM). Poliitika elluviimise eest „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” (RTA) järgi vastutavad SoM-i haldusalasse kuuluv TAI ning HK. HK roll on tänaseks koondunud perearstisüsteemi alla. Alates 2013. aastast ei käsitle HK SVH ennetustööd enam iseseisva

projektina ning kogu ennetustöö on integreeritud perearstisüsteemi (HK). Aastatel 2002–2012 rahastas HK SVH ennetamise projekte, milles osalesid nii perearstid kui ka maakondade südamekabinetid. Alates aastast 2006 rakendus perearstidele kvaliteeditasusüsteem, mis pidi motiveerima perearste rohkem tegelema ennetustöö ja kroonilise haiguseisundiga patsientide jälgimisega (Maailmapanga Grupp, 2015). Liitumine selle boonussüsteemiga oli vabatahtlik. Piiratud uuringufond ja kvaliteeditasusüsteemi enda ülesehitus võisid takistada eesmärgi paremat saavutamist (*ibid.*). Osalemine kvaliteeditasusüsteemis on alates 2015. aastast kohustuslik kõikidele perearstidele (*ibid.*).

Kuna RTA vastuvõtmisega taheti suurendada valdkondade vahelist koostööd, siis on praeguseks SVH ennetustöö kavandamisesse ja elluviimisesse haaratud ka teised ministriumid. Olulised on RTA-s kajastatud Kultuuriministeeriumi, Põllumajandusministeerium ja Siseministeeriumi tegevused (Sotsiaalministeerium 2009). RTA juhtivkomitee tööd juhib ja koordineerib SoM. RTA ettevalmistamise protsessi on episoodiliselt kaasatud patsientide ühingutest ainult Eesti Diabeediliit (Lai *et al.* 2015). Muud patsiendikaitse organisatsioonid ei ole kaasatud, sh Eesti Südameliit, kes rahapuuduse tõttu 2011. aastal oma tegevuse lõpetas. Praegu on tegev ainult Eesti Laste Südameliit. Esindatud ei ole ka tööandjate ja töövõtjate esindusorganisatsioonid. Mõningal määral on toitumisalase rohelise raamatu ettevalmistamise käigus olnud protsessi kaasatud Eesti Toiduainetetööstuse Liidu esindajad (*ibid.*). Paikkondliku tervisedenduse elluviimisele on kaasatud MTÜ-sid. Samuti on TAI kaasanud erinevate tervisedenduslike tegevuste elluviimisele erasektori ettevõtteid. Tähtsamaks koostööpartneriks on Südamenädalatel olnud Südameapteek.

### **Südame- ja veresoonehaiguste ennetuspoliitika Eestis**

Haiguse ennetamine on sihipärane tegevus mingi haiguse, antud juhul SVH vältimiseks. SVH ohutegurid võib jagada laias laastus kolme rühma: bioloogilised, elustiilist sõltuvad ja teised erinevad mõjutajad (Tervise Arengu Instituut, 2008; Tervise Arengu Instituut, 2005; Sotsiaalministeerium 2009). Bioloogilised ohutegurid on kõrgenenud vererõhk, kõrgenenud veresuhkur, kõrgenenud kolesteroolitase veres ning ülekaal ja rasvumine. SVH peamiseks bioloogiliseks ohuteguriks on kõrgenenud vererõhk. Elustiilist sõltuvad ohutegurid on tubaka tarbimine, ebatervislik toitumine, kehaline passiivsus ja alkoholi liigtarbimine. Teised erinevad mõjutajad on vanus, sugu, geneetilised soodumused ja etnilisus, mis pole muudetavad tegurid. Muudetavad muud ohutegurid on sissetulek, haridustase, elutingimused ja töötingimused.

SVH ennetamise strateegia peab sisaldama kolme ennetuse komponenti (Tervise Arengu Instituut, 2008). Kogu populatsioonile suunatud strateegia keskendub kogu rahvastiku elustiili ja keskkonna mõjuga seonduvatele teguritele. Esmase preventsiiooni eesmärgiks on vähendada SVH tekkeriski nende haiguste ohutegurite kontrolli kaudu. Primaarse ennetuse edukus sõltub elanikkonna tervisekäitumisest. Sekundaarne preventsiioon on SVH põdeva inimese edasine nõustamine ja

taastusravi eesmärgiga ära hoida tüsistusi, haiguse esinemise kordusriski ja parandada haigestunud inimese toimetulekut ja elukvaliteeti.

SVH ennetustöö kuulub peamiselt RTA tervisliku eluviisi valdkonna alla (Sotsiaalministeerium 2009). RTA strateegiline eesmärk on tervena elatud eluea pikendamine. Alljärgnevalt antakse ülevaade RTA tegevuskavade aastaaruannetest ajavahemikul 2009–2014 (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

### Kehalise aktiivsuse tõstmine

Seoses üldise majanduslanguse ja eelarvekärbetega vähendati 2009. aastal investeringuid sportimisvõimaluste arendamisse. Programmi „Regionaalsed tervisekeskused 2006–2010” raames valmis ajavahemikus 2007–2012 igas maakonnas üks tervisespordi keskus. Liikumisharrastuse toetamiseks korraldati aastatel 2009–2014 Kultuuriministeeriumi eestvedamisel erinevaid liikumist tutvustavaid spordiüritusi, kampaaniaid, koolitati liikumisharrastuse spetsialiste ja harrastajaid ning anti välja infomaterjale ja arendati infoportaale. TAI eestvedamisel korraldati mitmeid tervisekäitumise uuringuid, anti välja liikumist käsitlevaid infomaterjale ja juhendeid ning toetati spordikeskuste loomist regionaalsete spordikeskuste programmi kaudu (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

### Toitumisharjumuste parandamine

Tervisliku toitumise teadlikkuse tõstmiseks korraldati TAI eestvedamisel ja Euroopa Sotsiaalfondi toetusel aastatel 2009–2014 erinevaid kampaaniaid, koostati infomaterjale ning uuendati toitumisalaseid infoportaale. Pearõhk on olnud noorte tervisliku toitumise võimaluste parandamisel. Koostöös Põhjamaadega alustati 2012. aastal kogu elanikkonnale suunatud toitumissoovituste uuendamist. Aastal 2013 alustas TAI koostöös Põllumajandusministeeriumiga toitumise faktilise uuringu läbiviimist. Tasakaalustamata toitumisest ja ebapiisavast liikumisest tingitud terviseprobleemide vähendamiseks alustati 2014. aastal toitumise ja liikumise rohelise raamatu väljatöötamist. Samuti kinnitati toitumisenõustaja ja toitumisterapeudi kutsestandardid (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

### Riskikäitumise vähendamine

Alkoholi tarvitamise vähendamiseks korraldas TAI aastatel 2009–2014 kampaaniaid alkoholi tarvitamise riskipiiride kohta ning koolides tehti teavitustööd. Samuti tegeleti alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise juurutamisega esmatasandi arstiabis. Euroopa Sotsiaalfondi toel arendati mitmeid sõltuvusravile suunatud programme ja koostati ravijuhendeid. See puudutab nii alkoholi liigtarvitamise varase avastamise kui ka suitsetamisest loobumise nõustamise alaseid programme. Alkoholipoliitika memorandum valmis aastal 2009 ning alkoholi- ja

tubakapoliitika rohelised raamatud kinnitati Vabariigi Valitsuse poolt aastal 2014 (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

Suitsetamise vähendamiseks arendati aastatel 2009–2014 suitsetamisest loobumise nõustamisteenust ning korraldati erinevaid suitsetamise kahjulikkuse teavitustööga seotud kampaaniaid üldhariduskoolides. Samuti korraldas TAI mitmeid elanikkonnale suunatud tubakavastaseid kampaaniaid. Koostati mitmeid infomaterjale. Samuti tõhustati ametite vahelist koostööd salakaubanduse piiramiseks. Tubakapoliitika kontseptsiooni ehk rohelise raamatu väljatöötamist alustati aastal 2011, see valmis aastal 2012 ning kinnitati Vabariigi Valitsuse poolt aastal 2014. Aastal 2013 toimus Eesti seisukohtade kujundamine tubakatoodete direktiivi eelnõu suhtes ning osalemine aruteluprotsessis. Samuti rakendati mitmeid meetmeid tubakatoodete müügikeelu osas. TAI kaasajastas tubakatarbimisest loobumise nõustamise teenuskirjeldust, keskendudes nikotiinisõltuvuse ravile (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

### ***Valdkonna kitsaskohad***

Valdkonna üks peamine kitsaskoht on elanikkonna sotsiaalne ebavõrdsus. Riik ei suuna piisavalt ennetustegevusi sotsiaalselt haavatavatele elanikkonna rühmadele. Teiseks valdkonna kitsaskohaks on esmase preventsiiooni ebapiisavus perearstisüsteemi poolt. Samuti on probleemiks perearstide ja kardioloogide koostöö koordineerimatus krooniliste haigete puhul ning sekundaarse ennetuse korraldamine eriarstiabis. Näitena võib tuua taastusravi ebapiisavat korraldamist infarkti läbipõdenud inimeste puhul (intervjueeritav 8).

SVH haigestumise riskifaktorid on palju laiemad, kui RTA tervisliku eluviisi all väljatoodud riskitegurid. Oluline riskifaktor on SVH seisukohalt sotsiaalne keskkond ehk kitsamalt sotsiaalne ebavõrdsus (intervjueeritav 3). Sotsiaalne ebavõrdsus toob endaga kaasa stressi, mis omakorda on SVH haigestumist soodustav tegur. RTA ei käsitle stressi kui SVH riskitegurit (intervjueeritavad 1 ja 8). Sotsiaalset ebavõrdsust kajastab RTA-s 1. valdkond – sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused. Paraku on suhtelise vaesuse määr Eestis alla elatusmiinimumi, millele on korduvalt juhtunud tähelepanu OECD oma raportites (intervjueeritav 3). Seega ei tegeleta praktiliselt üldse Eestis suhtelise vaesuse ja sotsiaalse ebavõrdsuse probleemidega. Nende probleemide lahendamiseks ei ole erinevad valitsuskoalitsioonid soovinud tegeleda (intervjueeritavad 3 ja 4).

SVH bioloogiliste riskitegurite määramine ja haiguste varane avastamine peaks tänaseks olema integreeritud perearstisüsteemi. Paraku on probleemiks perearstisüsteemi liigne haiguspõhisus (intervjueeritavad 6, 7 ja 8) ning realselt ennetustööga tegelevate perearstide osakaal on väga väike (intervjueeritavad 5 ja 6). Esmase preventsiiooni ja SVH riskitegurite mõõtmine perearstide juures on juhuslik ning seoses väga pikkade järjekordadega kardioloogi vastuvõtule on halvenenud ka täiendavate lisauuringute tegemine neile patsientidele, kellel on perearsti poolt täheldatud riskitegurite tõusu (intervjueeritav 8). Samuti on probleeme sekundaarse ennetusega eriarstiabi

süsteemis. Peale südamestrateegia integreerimist RTA-sse on halvenenud perearstide ja kardioloogide vaheline koostöö juba esmase diagnoosi saanud haigete korduva kontrolli korraldamises ning infarkti läbipõdenud inimeste taastusravi korraldamises (intervjueeritav 8). Südamestrateegia nägi ette, et peale esmaste riskitegurite määramist perearsti poolt peavad täiendavad eriarsti tehtud uuringud olema tehtud vähemalt kahe nädala jooksul. Selles osas toimusid väga hästi SVH ennetuskeskused ehk südamekabinetid haiglate juures (*ibid.*). Kogu ennetustöö oli korraldatud HK ennetusprojektide alusel.

### **3. EMPIIRILINE ANALÜÜS**

#### **3.1. ANALÜÜSI METOODIKA**

Uurimisküsimusele vastamiseks on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit. Andmete kogumise meetodina on kasutatud dokumendianalüüsi ja süvaintervjuusid valdkonna spetsialistidega. Dokumentidest võetakse vaatluse alla SVH ennetamist käsitlevad tegevuskavad ja aastaaruanded ajavahemikus 1990–2015. HK ennetustegevustest ülevaate saamiseks vaadeldakse aastaaruandeid. Samuti tutvutakse WHO ja Maailmapanga Grupi analüüsidega Eesti tervishoiusüsteemi kohta.

Intervjueeritavate valikul oli oluline nende pikaajaline seotus valdkonna poliitika planeerimise ja elluviimisega peale Eesti taasiseseisvumist. Oluline oli intervjueeritava töökogemus valdkonna spetsialisti või juhina. Intervjueeritavate otsimist alustati Sotsiaalministeeriumi (SoM) rahvatervise osakonnast. Edasised soovitusel järgnevateks intervjuudeks on saadud eelnevatelt intervjueeritavatelt. Organisatsioonidest on olulised SoM, Haigekassa (HK) ja Tervise Arengu Instituut (TAI). Samuti on oluline intervjueeritavate seos TAI eelkäija Eesti Tervise Keskuse (ETK) ning paikkondliku tervisedendusega. Süvaintervjuu küsimustik on koostatud lähtuvalt teoreetilisest raamistikust ning eesmärgist selgitada välja erinevad tegurid, mis mõjutasid SVH ennetamise väljakujunemist ja elluviimist aastatel 1990–2015 (vt Lisa 2). Tähtis on mõista arengute ja otsuste tausta. Kokku intervjueeriti kaheksat inimest (vt Lisa 3). Intervjuud viidi läbi ajavahemikus märtsist juunini 2016. aastal. Intervjuud kestsid orienteeruvalt 1-2 tundi ja viidi läbi näost-näku, üks intervjuu viidi läbi telefonitsi. Intervjueeritavate vastuseid on tekstis edaspidi kasutatud kodeeritult tagamaks vastajate anonüümsust.

#### **3.2. INSTITUTIONAALNE ARENG AASTATEL 1990-2015**

Oluline strukturealne alustala SVH ennetustöö institutsionaalses arengus on Eesti sotsiaalminister Marju Lauristini poolt 1993. aastal Sotsiaalministeeriumi struktuuris loodud rahvatervise osakond (Kasmel *et al.* 2003). Tegemist oli oma aja kohta väga edumeelse otsusega, kus suurt rolli mängis just Marju Lauristini isik (intervjueeritavad 2 ja 3). Rahvatervise osakonna loomise eesmärk oli üleminek haigusekeskselt tervisepoliitikalt tervisekesksele tervisepoliitikale (Kasmel *et al.* 2003). Sama oluline on samal aastal Eesti Tervisekasvatuse Keskuse (ETK) loomine (*ibid.*). ETK ülesandeks sai riikliku tervisestrateegia koordineerimine ja elluviimine ning innovaatiliste tervisedenduslike meetmete väljatöötamine. ETK töös peeti kõige olulisemaks seda, et planeeritavad strateegiad oleksid teaduspõhised (ETK, 2002; intervjueeritav 3). Esimeste riiklike terviseprogrammide ellu kutsumise peamine põhjus ehk reforme vallandav tegur oli Eesti kui üleminekuriigi äärmiselt halvad tervisenäitajad (intervjueeritav 1).

Esimeste terviseprogrammide elluviimist alustati Maailmapanga toetusel (Kasmel *et al.* 2003). Maailmapangalt laenu saamise kaastingimuseks oli tervisedenduslike projektide rahastamise sidumine kohaliku rahaallikaga. Alates aastast 1994 otsustati eraldada 0,5% (edaspidi kuni 1%)



ravikindlustuse eelarvest tervisedenduslike projektide tarvis. Kaasrahastamise sidumine just sotsiaalkindlustusmaksega oli tingitud pidevast poliitilisest ebastabiilsusest iga-aastaste riigieelarvete koostamisel ja kinnitamisel Riigikogus (intervjueeritav 1). Projektide koordineerimiseks loodi SoM-i juurde tervisekaitseline sihtkapital (Kasmel et al. 2003). Projektid esitati avaliku konkursi korras ja projektide rahastuse üle otsustas Tervisekaitselise Sihtkapitali Nõukogu. Tegemist oli turupõhise koordineerimismehhanismiga rahastamise taotlemisel. Turul osalejate tegevus on mõjutatud hinnamehhanismidest, motiveeritusest ja isiklikust huvist (Peters, Savoie, 1996; Laugesen, 2005) Ravikindlustuse eelarvest eraldatud summadele lisaks rahastati projekte ka riigieelarvest (ETK 97/98). Aastatel 1995–2001 lähtuti üleriigiliste projektide puhul Maailmapanga ekspertide soovitustest ning prioriteetsete valdkondade hulka kuulusid ka südamerervis, tubakast loobumine, lastele ja kooliõpilastele suunatud projektid ning tervislik toitumine (Kasmel *et al.* 2003; ETK 97/98).

Seoses HK seaduse jõustumisega 2001. aastal viidi tervise edendamise ja haiguste ennetamisega seotud projektide administreerimine üle SoM-st HK-sse (Laasner 2015). Projektide valikuks ja tulemuste hindamiseks moodustati HK juhatus nõustav alalise iseloomuga Rahvatervise Komisjon. Alates 2005. aastast said elluviidavad SVH ennetamisega seotud tegevused riikliku strateegia osaks. Paljude projektide puhul kuulutati välja avalik hankekonkurss täiendavate partnerite leidmiseks. Projektipõhine rahastamine ei taganud paraku alati vajalike tegevuste jätkusuutlikku rahastamist ning paljudel juhtudel otsustas maakond mitte hakata raha taotlema projektipõhiselt, vaid arendas tervisedenduslikke tegevusi edasi maakonna üldise arengukava raames või lõpetas tegevused üldse (intervjueeritavad 1 ja 6). HK rahastatavate ennetusprojektide tarvis loodi Südamestrateegia raames maakondades südamekabinetid, moodustati tervisenõukogud ning loodi tervisetoad, mis olid mõeldud üldise tervisedendusliku tegevuse toetamiseks (Laasner 2015).

Peale esmatasandi arstiabi struktuuri valmimist 2000. aastal toimusid perearstid ja südamekabinetid korraga (intervjueeritav 1). Palju oli samalaadsete tegevuste dubleerimist Südameliidu ja TAI planeeritud tegevustel maakondades (ibid.). TAI moodustati 2003. aastal Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, ETK ning Rahvatervise- ja Sotsiaalkoolituse Keskuse ühendamisel (Laasner, 2015).

Praegu peaks südamekabinettide töö olema integreeritud eriarstiabi süsteemi ja kõrgendatud riskiteguritega inimestega tegelema kardioloogid (intervjueeritavad 1 ja 6). Alates 2013. aastast on HK poolne SVH ennetamine integreeritud perearstisüsteemi ning HK ennetusprojektid on lõpetatud (HK). Alates 2006. aastast kehtib perearstidele kvaliteeditasusüsteem, et neid motiveerida rohkem tegelema ennetustööga (intervjueeritavad 2 ja 7). Liitumine selle süsteemiga oli alguses vabatahtlik, alates 2015. aastast aga kohustuslik (Maailmapanga Grupp, 2015). Aastast 2018 alustavad tööd uued tervisekeskused, kuhu on võimalik perearstipraksistel liituda (intervjueeritav 7). Kindlasti

peaksid valmivad tervisekeskused võimaldama paremat arstiabi kvaliteeti, kuna sinna on võimalik kokku koondada erinevat kliinilist ja administratiivset abipersonali (*ibid.*).

### **3.3. SÜDAME- JA VERESONKONNAHAIGUSTE ENNETUSPOLIITIKA 1990–2015**

#### ***Ajavahemik 1990–2005***

Esimene rahvatervise seadus võeti taasiseseisvunud Eestis vastu 1995. aastal. Tervise edendamine oli seal määratletud kui inimese tervist väärtustava ja soodustava käitumise ja elulaadi kujundamine ning tervist toetava keskkonna sihipärane arendamine (Kasmel *et al.* 2003). Samal aastal kiitis Vabariigi Valitsus heaks tervisepoliitika kontseptsiooni. Üleriigilisi teavituskampaaniaid planeeriti viies prioriteetses valdkonnas, mille hulka kuulusid ka suitsetamisvastane võitlus ja SVH ennetamine (*ibid.*). Lisaks rahastati otse riigieelarvest rida tervishoiuprogramme (ETK 93/96; ETK 97/98). Näitena võib tuua laste ja noorukite riikliku terviseprogrammi 1996–2005 ning alkoholismi ja narkomaania ennetamise riikliku programmi 1998–2007. Põhiliselt toetati 1990. aastate alguses tervisedendust maakondades ja vastavaid üleriigilisi programme. Tekkisid tervist edendavate organisatsioonide liikumised ehk võrgustumine (ETK, 97/98; Kasmel *et al.* 2003). Võrgustikel põhinevat koordineerimismehhanismi kasutatakse partnerite vahel ühiste teadmiste, väärtuste ja strateegiate loomiseks (Peters, Savoie, 1996; Laugesen, 2005). Häid tulemusi andsid 1990.1 aastatel toimunud tervisedendusliku töö ja paikkondliku arengu mudeli rakendamise koolitused (ETK, 93/96; intervjueeritavad 3 ja 6)

Esimene SVH ennetamisele suunatud üleriigiline programm kandis nime „Südameprojekt” (ETK, 93/96; ETK, 97/98). Projekti tegevust suunava nõukogu esimees oli meditsiinidoktor Margus Viigimaa, kelle „roll arenenud riikide parimate praktikate tutvustamisel ja elluviimisel on olnud äärmiselt kõrge” (intervjueeritavad 2 ja 6). Tänu tema tööle on teostatud SVH ennetavaid tegevusi, „mis on suunatud kogu populatsioonile, mitte ainult juba haigestunud inimestele” (intervjueeritavad 2 ja 6). Peamised tegevussuunad projekti elluviimisel olid teavitamine, koolitamine ja tervist toetava elukeskkonna loomine ning tähtsaks koostööpartneriks peeti meediat (ETK, 93/96; ETK, 97/98). Tähtsaim meediakampaania igal aastal oli Südamenädal, mille jooksul püüti inimest mõjutada ka individuaalsel tasandil, korraldades riskitegurite mõõtmisi (*ibid.*). Mõningatel juhtudel oli tegevustes dubleerimisi Südamepäeva ja Südamenädala ürituste raames (intervjueeritav 1). Südameprojekt on aidanud kaasa Eesti Südameliidu kui huvirühma loomisele (ETK 93/96). „Südameliidu roll jäi aasta aastalt väiksemaks, kuna nad olid aktiivsed ainult Südamenädala ürituste raames” (intervjueeritav 6).

Suitsetamisvastast tegevust käsitleti eraldi projekti raames (ETK, 93/96; ETK, 97/98; ETK, 2002). Täiskasvanutele suunatud projekti esimees oli Andrus Lipand. Andrus Lipandi tööleasumine SoM

rahvatervise osakonda oli äärmiselt oluline (intervjueeritav 3). Tal on olnud läbi aastate väga suur roll kogu populatsioonile suunatud suitsetamisvastase töö edendamisel (*ibid.*).

Tervisliku toiduvaliku soovitude väljatöötamisel vajab äramärkimist koolitoidu programm (ETK, 93/96; ETK, 97/98; ETK, 2002). Kõrgelt tuleb hinnata sealjuures Raivo Voki tööd Tallinna Tehnikaülikooli toiduainete instituudis (intervjueeritav 2).

Alkoholi liigtarvitamisega seonduvat käsitleti 1997. aastal vastu võetud programmis (ETK, 97/98; ETK, 2002). Eelmainitud programmide puhul olid tegevused suunatud ennetustöö tõhustamisele laste ja noorte hulgas, mida peeti tol ajal väga oluliseks, kuna „tervisele tuleb tugev alus panna just noores eas” (intervjueeritav 2).

Esimene tervisepoliitika dokument, mis valmis aastal 1995, keskendus peaaesjalikult vajadusele muuta inimeste tervisekäitumist ja parandada terviseteadlikkust. Poliitika eesmärgid olid väga üldised ja tulemused halvasti mõõdetavad (Kasmel *et al.* 2003). Dokument ringles ainult SoM-i seinte vahel ja koostamata jäi elluviimise jaoks vajalik strateegia (*ibid.*). Puudulik oli riiklik koordineerimine poliitika elluviimisel. Rahvastiku tervisepoliitika dokument aastani 2010 (valmis aastal 2002) käsitles oluliselt laiemaid tervisemõjureid (*ibid.*). Lisandusid sotsiaalmajanduslikud ja sotsiaalpsühholoogilise keskkonna mõjurid. Intervjueeritava 1 sõnade järgi võib öelda, et aastatel 1995–2000 toimus initsiatiivi arendamine, aastatel 2000–2005 teemapõhine planeerimine ning ajavahemikus 2005–2009 oli strateegiapõhine areng.

### ***Ajavahemik 2005–2009***

SVH ennetamise riiklik strateegia 2005–2020 (Südamestrateegia) keskendus kolmele olulisemale riskifaktorile: vähene füüsiline aktiivsus, ebatervislik toitumine ja suitsetamine (Tervise Arengu Instituut 2005). Tegevused kõikide alaeesmärkide all olid põhiliselt suunatud elanikkonna tervisekäitumise alase teadlikkuse parandamisele, süsteemi arendamisele ja spetsialistide koolitamisele (Tervise Arengu Instituut 2006, 2007, 2008). Südamepäeva ja Südamenädala raames oli võimalik ka mõõta oma tervisenäitajaid (*ibid.*). Heaks koostööpartneriks oli Südameapteek (intervjueeritav 8). Tervisliku toitumise soovitude väljatöötamisel võeti aluseks Põhjamaade ja Eesti erialaseltside toitumissoovitused (Tervise Arengu Instituut 2006, 2007, 2008).

Tubakapoliitika elluviimise õnnestumisele aitas kindlasti kaasa kohaliku tubakatööstuse puudumine (intervjueeritav 3). See tähendab, et puudusid erasektori organisatsioonid ehk vetomängijad, kes oleksid takistanud tubakavastase poliitika elluviimist. Veto-mängija võib olla isik või kollektiiv, kelle nõusolek on vajalik poliitikat muutva otsuse tegemisel (Tsebelis, 1995). Paraku omas kohalik alkoholitööstus suurt rolli selles, et radikaalsemat alkoholipoliitikat ei õnnestunud ellu viia (intervjueeritavad 3 ja 5). Oluline oli Riigikogu poliitikute noorema põlvkonna mõju tervist väärtustavate tegevuste ja põhimõtete seadustamisel (intervjueeritav 2).

SVH-st ohustatud kontingendi väljaselgitamine ja riskide väljaselgitamise meede oli koondatud tervishoiu punkti alla (Tervise Arengu Instituut 2006, 2007, 2008). Toimused tervisliku toitumise, liikumisaktiivsuse ja suitsetamisest loobumise nõustamise alased koolitused ning infoallikate kasutamise õpetused perearstidele, pereõdedele, kooliõdedele ja tervisetoa tervisedendajatele.

Südamestrateegiat võib õigustatult pidada SVH ennetustöö eesmärkide püstitamise seisukohalt *ideaaldokumendiks* (intervjueeritavad 2, 4 ja 8). Rahvastiku tervisepoliitikale suunatud tegevus on täiendav ja paralleelne tervishoiupoliitikale suunatud tegevustega (Kasmel, Lipand 2007). „Kahjuks ei õnnestunud sõlmida ühiskondlikku kokkulepet Südamestrateegia raames” (intervjueeritav 3). Võimalikke põhjusi võib olla mitmeid, kuid oluline oli „valitsuskoalitsiooni ühe osapoole esindaja [ehk vetomängija] suhtumine läbirääkimiste protsessi /.../ ning tervisemõjurite olulisusesse” (intervjueeritav 3). Loomulikult võis selgelt täheldada alkoholitootjate ja kaupmeeste (ehk vetomängijate) poolset survet selleks, et ei piirataks alkoholiturgu (*ibid.*). Selline oli toleaege valitsuse poliitika Südamestrateegia elluviimisel. Kahjuks ei tekkinud liitumiskohta probleemide, lahenduste, otsustusvõimaluste ja tegijate vahel (Oliver, Massialos, 2005) ning kriitilist pöördepunkti ei tekkinud.

Probleemseks võib pidada SoM-i osakondade omavahelist horisontaalset koordinatsiooni, kuna „sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond olid lahus ning koostöö oli halb” (intervjueeritav 4). Horisontaalse spetsialiseerumise puhul liigitatakse asutused sama administratiivse üksuse sees samal hierarhilisel tasandil, andes neile ülesanded ja võimu (Vechoest, Bouckaert, 2005; Peters 1996). Riik keskendus tol ajaperioodil sotsiaalkindlustussüsteemi ülesehitamisele ja sotsiaalvaldkonna arendamine jäi tahaplaanile (*ibid.*). Samuti oli puudulik TAI poolne elluviimine ning häiritud oli tegevustest ülevaadete saamine, kuna „TAI-l puudus pikka aega SVH programmi koordineeriv isik /.../, sellest tulenevalt ei olnud SoM-il sisendit edasiste tegevuste planeerimiseks” (intervjueeritav 1). Seega oli puudulik ka vertikaalne koordinatsioon TAI ja SoM-i vahel. Vertikaalse spetsialiseerumise puhul eristatakse asutused hierarhilisel tasandil ning nad omavad erinevat vastutust ja ülesandeid vastavalt oma asukohale hierarhilisel tasandil (Vechoest, Bouckaert, 2005; Peters 1996). Vertikaalse spetsialiseerumise ulatus sõltub sellest, kui palju keskvoim delegeerib poliitika kujundamise tsükli ja ülesandeid äärealade avaliku sektori asutustele (*ibid.*).

### ***Ajavahemik 2009–2015***

WHO soovitusel ehk välismõjude tõttu planeeris SoM suurendada valdkondadevahelist koostööd (Sotsiaalministeerium 2009). Alustati RTA 2009–2020 koostamist. Toimus ministeeriumitevaheline vastutusvaldkondade jaotamine (intervjueeritavad 4 ja 5). „Lepiti kokku, et HK ja SoM ei panusta enam elanikkonna liikumisharrastuse parandamisesse, vaid seda teeb Kultuuriministeerium /.../, toiduohutusega tegeleb edasi Põllumajandusministeerium ning TAI tegeleb toitumissoovituste

koostamisega.” (*ibid.*). RTA juhtivkomiteed juhib SoM (Sotsiaalministeerium 2009). SVH ennetustöö kuulub peaasjalikult RTA 2009–2020 tervisliku eluviisi valdkonna alla (*ibid.*). RTA-sse peaks olema integreeritud Südamestrateegia 2005–2020. Intervjueeritava 6 sõnul oli Südamestrateegia sisulise lõpetamise peamiseks põhjuseks paljude tegevuste rahastamise lõpetamine. „Praktiliselt täielikult lõpetati alla 16-aastaste ennetustegevused ja kogu ennetustöö oli suunatud täiskasvanud tööealisele elanikkonnale” (intervjueeritav 6). RTA-s kajastatud riskitegurid olid üldised riskitegurid kõikide mittenakkushaiguste puhul, mitte ainult SVH puhul (intervjueeritav 8). SVH peamised riskitegurid on vähene kehaline aktiivsus, ebatervislik toitumine, stress, sotsiaalmajanduslik keskkond ja suitsetamine (intervjueeritavad 1, 3 ja 8). Üleminek RTA-s üldistele riskiteguritele on SVH ennetamise seisukohalt ebapiisav (intervjueeritavad 1 ja 8).

RTA-s kajastatud erinevate alaeasmärkide all olid tegevused põhiliselt suunatud elanikkonna teadlikkuse tõstmisele, süsteemi ülesehitamisele ja spetsialistide koolitamisele. Mõningast mõju avaldas tegevuste elluviimisele majanduslangus ja sellest tulenevad eelarvekärped. Välisvahendite toel tõsteti sõltuvusravile suunatud programmide kvaliteeti (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

TAI annab maakondadele soovitusi võimalike meetmete kohta kehalise aktiivsuse tõstmiseks paikkonnas (intervjueeritavad 2 ja 5). Otsused tehakse maakondades tervise nõukogude ja kohalike terviseedendajate poolt. „Suurt rolli mängib ka kohalike juhtide isiklikud elustiili eelistused ja seotus kohaliku alkoholitööstusega” (intervjueeritav 5) ehk vetomängijaga. Positiivse näitena võib siinkohal tuua Saare maakonna, Rapla maakonna (Kasmel, 2011), Kuressaare ja Tallinna linna ning negatiivse näitena Põltsamaa valla (intervjueeritavad 3 ja 5).

Üheks keskseks probleemiks on kujunenud esmatasandi arstiabi roll ja seotus ennetustööga. Tänu HK projektidele ja koostöö paranemisele perearstidega Südamestrateegia rakendamise ajal „tekkisid perearstidel harjumused mõõta SVH riskitegureid elanikkonna hulgas” (intervjueeritav 8).<sup>2</sup> Tekkisid kohanemise ootused perearstisüsteemi poolt. Kohanemisootused ilmnevad harjumuspäraste käitumisreeglite eelistamises (Pierson, 1993; Pierson, 2000; Oliver, Mossialos, 2005). Oluline on see, et tehtud otsused leiaksid laiemat toetust. Tänapäevaks on aga „sisuliselt lõpetatud Südamekabinettide töö maakondade haiglate juures /.../, kogu süsteem toimib tänu entusiastidele, väljakujunenud tervisedenduse paikkondlikule võrgustikule ja headele koostööpartneritele” (intervjueeritavad 6 ja 8). Esmatasandi arstiabi nõrkusele viitab välditavate hospitaliseerimiste hulk SVH osas (Maailmapanga Grupp, 2015). Probleemiks on ka eriarstide ja perearstide töö koordineerimine krooniliste haigete jälgimisel ja taastusravi korraldamine infarkti läbipõdenud haigete puhul (intervjueeritav 8). Maailmapanga Grupi aruande kohaselt osutus aastal 2013 kõrgvererõhktõve puhul 67,5% eriarstivisiitidest välditavaks ning ainult pooled kvaliteedisüsteemis

<sup>2</sup> Ülevaade perearstide aktiivsuse ja projektides osalenud inimeste hulga kohta aastatel 2002–2012 on lisatud tabelina töö lõppu (lisa 1).

osalenud arstidest on osutanud vajalikul tasemel teenuseid (*ibid.*). Intervjueeritavad viitasid ka probleemidele, mis tõusetuvad perearstide organisatsioonilisest ja motivatsioonisüsteemist tervikuna. Riskirühmale toitumis- ja liikumisalaste nõuannete andmisel perearsti praksistes ei ole soovitatav kasutada „erasektori kliendi ja teenindaja suhte põhimõtet /.../, patsientide nõustamine vajab pikemat visiidiaega /.../, inimesele tuleb koostada individuaalne kava /... / [ja] kindlasti kutsuda teatud aja möödudes tagasi” (intervjueeritav 3).

Tänase päeva peamist probleemidena toodi välja laste ülekaalulisus, toiduainete tööstuse poolt toodetavad ülekalorsusega toidud ja laste vähene liikumisaktiivsus (intervjueeritavad 2, 5 ja 7). Lisaks, „liialt vähe pööratakse tähelepanu lihastreeningu olulisusele” (intervjueeritav 5), kusjuures maakondade põhifookus on võistlusspordiga tegelevatel lastel, mis on aga üldise liikumisaktiivsuse seisukohalt ebapiisav (intervjueeritavad 2 ja 5). Intervjueeritavad näevad, et hetkel planeeritavad poliitikamuutused on oma olemuselt palju süvitsi minevamad kui senitehtu: „hetkel võimul oleva valitsuskoalitsiooni tervise- ja tööministri Jevgeni Ossinovski poolt välja pakutud meetmed on palju radikaalsemad, kui [alkoholipoliitika] rohelises raamatus sisalduvad meetmed” (intervjueeritav 6). Poliitika fookuses on 30-aastased mehed ja 40-aastased naised. Samas tõdetakse, et tänane institutsionaalne keskkond ei ole toetav ennetustegevuste elluviimiseks. Nagu sedastas intervjueeritav 6: „riigi tasandil on tegemist pigem plaani- ja käsumajanduse kui koostööga /.../, tihti tuleb kasutada elluviimisel paikkondades erinevaid JOKK [juriidiliselt on kõik korrektne]-skeeme selleks, et lähtuda paikkonna vajadusest“.

## 4. DISKUSSIOON, JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

### 4.1. DISKUSSIOON

#### *Ajaperiood 1990–2000*

Ajalooline institutsionalism näitab üksikasjalikult poliitiliste institutsioonide arengut, kirjeldades reguleeritud struktuuride ja rutiinsete tegevuste kujunemist, lähtudes rajasõltuvuse loogikast (Schmidt, 2010). Peale Eesti taasiseseisvumist 1990. aastate alguses loodi Sotsiaalministeeriumi struktuuris rahvatervise osakond eesmärgiga üle minna haigusekeskselt tervisepoliitikalt tervisekesksele tervisepoliitikale. Tervishoius peetakse väga oluliseks ideed (Peters *et al.* 2005) üle minna tervisekesksele poliitikale. Samuti on ajaloolises institutsionalismis oluline poliitika tekke momendil tehtud struktuuralsed otsused (Durić 2011). Teiseks oluliseks struktuuralseks alustalaks oli 1990. aastate alguses ETK loomine, mille ülesandeks oli riikliku tervisestrateegia väljatöötamine ja elluviimine. Põhirolli mängis tervisedendusliku töö arendamisel ja paikkondliku võrgustiku loomisel ETK juht Anu Kasmel. Mitmed tervisedendusliku töö ja paikkondliku arengu mudeli rahvusvahelised koolitused panid tugeva aluse rutiinsete tegevuste tekkimisele ja võrgustumisele paikkondlikul tasandil.

Esimeste riiklike terviseprogrammide ellukutsumise peamiseks põhjuseks ehk reforme vallandavaks teguriks Eestis 1990.l olid Eesti kui üleminekuriigi äärmiselt halvad tervisenäitajad. Aastal 1994 Maailmapangalt saadud laenu kaastingimuseks oli tervisedenduslike projektide rahastamise sidumine kohaliku rahaallikaga. Seoses poliitilise ebastabiilsusega iga-aastaste riigieelarvete koostamisel otsustati jätkusuutlikkuse tagamiseks kaasrahastamine siduda sotsiaalkindlustusmaksuga, mis tagas projektidele riikliku rahastuse. Kuna projektid esitati avaliku konkursi korras ja nende rahastuse üle otsustas Tervisekaitse Sihtkapitali Nõukogu, siis selline projektipõhine rahastamine ehk turupõhine koordineerimine ei taganud paraku alati vajalike tegevuste jätkusuutlikku rahastamist. Peale HK loomist 2002. a jätkus turupõhine koordineerimine ennetusprojektide rahastamisel ehk konkureerimine vajaduspõhiste projektide ellurakendamise nimel. HK loomine oli oluline struktuurane reform 2000. aastate alguses.

Põhiliselt toetati 1990. aastate alguses tervisedendusliku võrgustiku loomist maakondades ja üleriigilisi programme. Põhilisteks tegevusteks olid meediakampaaniad kujundamiseks elanikkonna väärtushinnanguid. Eelmainitud tegevused olid suunatud käitumise poliitikainstrumendi mõjutamisele. Tänu meditsiinidoktor Margus Viigimaale on tehtud SVH ennetustööd, mis on suunatud kogu populatsioonile, mitte ainult juba haigestunud inimestele (intervjueeritavad 2 ja 6). Margus Viigimaal on äärmiselt suur roll maailma parimate praktikate (Peters *et al.* 2005) tutvustamisel ja seeläbi harjumuspärase tegevuste tekkimisel. Südamenädala ja Südamepäeva ürituste puhul oli tihti tegemist samaaegsete ja samalaadsete tegevuste dubleerimisega (Peters

1998). Südameprojekt on aidanud paljuski kaasa südamehaigeid ühendava patsiendi kaitse organisatsiooni Eesti Südameliit loomisele. Kahjuks jäi Südameliidu roll aasta- aastalt väiksemaks ning näitas initsiatiivi ülesse vaid Südamenädala ürituste raames (intervjueeritav 6). Endistes Ida-Euroopa riikides, kus huvirühmad on välja kujunenud ja arenenud vähesel määral, on poliitika kujundamise tagamaadest arusaamiseks oluline pöörata tähelepanu institutsioonide ja organisatsioonide loomise momentidele (Pierson 1993). Eesti konteksti silmas pidades on oluline SoM-i struktuuris loodud rahvatervise osakonna ja ETK roll. Samuti on oluline HK loomine. Kogu populatsioonile suunatud ennetustöö väljakujundamisel ja parimate praktikate tutvustamisel on 1990. aastatel oluline just riiklikes struktuurides töötavate ametnike ja teadlaste töö.

Intervjueeritava 1 sõnul toimus aastatel 1995–2000 initsiatiivi arendamine ja aastatel 2000–2005 mindi üle teemadepõhisele planeerimisele. Kahjuks ei suudetud poliitikat ellu viia, kuna koostamata jäi strateegia (Kasmel *et al.* 2003). Ebapiisav oli vertikaalne koordineerimine riigi ametlike organisatsioonide vahel. Oluliselt laiemad tervisemõjurid – sotsiaalmajanduslik ja sotsiaalpsühholoogiline keskkond – toodi sisse alles teises tervisepoliitika dokumendis aastani 2010 (*ibid.*).

### ***Ajaperiood 2005–2009***

Intervjueeritava 1 sõnul iseloomustab seda ajaperioodi strateegiapõhine planeerimine.

Paljude intervjueeritavate arvates oli Südamestrateegia eesmärkide püstitamise seisukohalt ideaaldokument. Paraku ei suudetud sellist ideaalset kontseptsiooni ideaalselt ellu viia. Probleemiks oli SoM-i erinevate osakondade vahelise koostöö puudumine (intervjueeritav 4) ehk puudulik horisontaalne koordineerimine. Nimelt olid sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond lahus ning koostöö oli puudulik. Samuti oli puudulik vertikaalne koordineerimine SoM-i ja ellurakendamise eest vastutava TAI vahel (intervjueeritav 1). Puudulik oli ka riigipoolne roll sotsiaalvaldkonna arendamisel, kuna põhiliselt keskenduti sotsiaalkindlustussüsteemi ülesehitamisele (*ibid.*). Kahjuks jäi tol ajal sõlmimata ühiskondlik kokkulepe, mille üheks põhjuseks võib pidada valitsuskoalitsiooni ühe osapoole halvustavat suhtumist läbirääkimiste protsessi. Tegemist oli vetomängijaga, kes blokeeris ühiskondliku kokkuleppe sõlmimise (Tsebelis 1995). Poliitiliste valikute tegemisel tervishoiuvaldkonnas on võimalik kasutada poliitilist ettevõtlust (Kasmel, Lipand 2007), mille üheks vormiks on ühiskondlik kokkulepe tervise olulisusest ühiskonnas. Kriitilist pöördepunkti rajal ei tekkinud kuna puudus see harv juhus, millal tekib liitumiskoht probleemide, lahenduste, otsustusvõimaluste ja tegijate vahel (Oliver, Massialos, 2005). „Eduka tubakapoliitika elluviimisele aitas kaasa erasektori organisatsioonina kohaliku tubakatööstuse” (intervjueeritav 3) ehk vetomängija puudumine. Samas takistas vetomängijana erasektori organisatsioonide ehk „kohaliku alkoholitööstuse vastasseis” (*ibid.*) radikaalsete alkoholi tarbimist piiravate meetmete



ellurakendamist. Ilma mõjukate poliitiliste tegijateta Riigikogu noorema põlvkonna poliitikute hulgast oleks ideed jäänud ainult ideedeks ja neid ei oleks rakendatud tervist toetavate seaduste vastuvõtmisel (Béland, 2005).

Südamestrateegia koondas enda alla ka HK-poolsed ennetusprojektid. Nagu eespool viidatud siis, tänu HK ennetusprojektidele ja koostöö paranemisele perearstidega Südamestrateegia rakendamise ajal tekkisid perearstidel harjumused mõõta patsientidel südame- ja veresoonkonnahaiguste riskitegureid (intervjueeritav 8) ehk tekkisid tavapärased käitumisprotseduurid (Peters et al. 2005). Kahjuks ei aidanud 2006. aastal rakendunud perearstide motivatsioonisüsteem kaasa sellele, et kõik perearstid oleksid riskitegureid patsientidel mõõtma hakanud. Probleemiks oli nii motivatsioonisüsteemi ülesehitus ise (Maailmapanga Grupp 2015) kui ka vabatahtlikkuse põhimõte perearstidele sellega liitumisel. Tegemist oli turupõhise koordineerimisega, mis ei taganud patsientidele õigust primaarsele ennetusele esmatasandi arstiabis. Motivatsioonisüsteemi rakendamine ei taganud piisavat perearstide tasustamist. Südamestrateegia raames töötasid edukalt südamekabinetid maakonnahaiglate juures, mis võimaldasid täiendavaid uuringuid vajavaid patsiente vastu võtta kahe nädala jooksul peale perearsti visiiti (intervjueeritav 8). Tegemist oli teadmispõhise lähenemisega SVH ennetamises ehk ideega, mis oli heaks kiidetud valdkonna spetsialistide poolt, ja neid ideid tuleks ellu viia tegevuskavas (Peters et al. 2005). Mitmed tervisliku eluviisi alased nõustamiskoolitused perearstidele ja pereõdedele esmatasandi arstiabis ei ole kahjuks endaga kaasa toonud märgatavat efekti. Küll aga on perearstisüsteemi ülesehitamine (intervjueeritav 2) olnud üks suuremaid fikseeritud kulusid tervishoiusüsteemis.

### ***Ajaperiood 2009–2015***

Edasist poliitika planeerimist mõjutasid välismõjud ehk WHO soovitusel – suurendada valdkondadevahelist koostööd. Seoses majanduskriisist tingitud eelarvekärbetega vähendati (Sotsiaalministeerium 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015) või peatati üldse (intervjueeritav 6) paljude Südamestrateegias alustatud tegevuste rahastamine. Mõne intervjueeritava sõnul oli just paljude tegevuste rahastamise lõpetamine põhjuseks ka Südamestrateegia sisulisel lõpetamisel. Eriti halb oli asjaolu, et sisuliselt lõpetati alla 16-aastastele noortele suunatud ennetustegevused ning suurem osa tegevusi planeeriti täiskasvanud tööealisele elanikkonnale (intervjueeritav 6). Mitme intervjueeritava sõnul oli väga halb, et lõpetati südamekabinettide töö maakonnahaiglate juures. Kogu ülesehitatud süsteem toimis mingil määral edasi tänu entusiastidele, väljakujunenud tervisedenduslikule paikkondlikule võrgustikule ja headele koostööpartneritele (näiteks MTÜ-d) (intervjueeritav 6). Ebapiisav on selline poliitika planeerimine, mis jätab rahastusest ilma just kõige rohkem tähelepanu vajavad elanikkonna rühmad, sh lapsed ja noorukid. Poliitika planeerimisel ei ole siiani arvestatud sotsiaalmajandusliku ja sotsiaalsühholoogilise keskkonna tervisemõjuritega. Mitmete intervjueeritavate sõnul on just need tervisemõjurid kõige olulisemad SVH ennetust silmas

pidades. Samas peavad SoM-i esindajad üleminekut üldistele riskiteguritele väga oluliseks muutuseks (intervjueeritav 2).

Esmane preventatsioon esmatasandi arstiabis perearstisüsteemi poolt on seoses turupõhise koordineerimisega kahjuks siiani ebapiisav. Parimate praktikate ellurakendamise aluseks olevate reeglite järgimine on olnud vabatahtlik. Positiivseks muutuseks võib pidada kvaliteedisüsteemis osalemise kohustuslikuks tegemist perearstidele alates aastast 2015. Perearstisüsteemi areng on mõjutatud raja poolt, mille on kujundanud institutsioonid oma väärtuste ehk tervisekeskse tervisepoliitika, kvaliteedistandardite, ravijuhendite ning varasemal ajaperioodil tehtud poliitiliste otsustega ennetustegevuse lõimumisest perearstisüsteemi (Truvé *et al.* 2010). Riigi poolset koordineerimist vajab ka sekundaarne preventatsioon, kuna riigi roll on olla aktiivne võimuhete mõjutaja ja nende suhete säilitaja (Duric 2011). Tegemist on koordineerimatusega perearsti- ja eriarstisüsteemi vahel, mille tulemusena vajalikke ennetustegevusi ei toimu või neid dubleeritakse (Peters 1988). Perearstipraksiste poolt teostatavad elustiili nõustamised põhinevad pigem kliendi ja teenindaja suhtel, mitte aga individuaalsel nõustamisel koos konkreetse kava koostamise ja muutuste kontrollimisega (intervjueeritav 3). Selgelt võib läbi aastate täheldada New Public Management'i (NPM) mõju ennetustegevuste ellurakendamisel. Paljude intervjueeritavate sõnul on erasektori ärijuhtimise põhimõtete rakendamise näol tegemist pigem pärssiva kui soodustava teguriga.

Institutsionaalselt ei ole poliitika planeerimisse kaasatud praktiliselt mitte ühtegi huvirühma. Kindel strateegia võib tugevdada südamehaigeid ühendavat patsiendi kaitse organisatsiooni suurendades nende juurdepääsu otsustajate ringile (Pierson 1993). Inimeste stress on tänapäeval Eestis paljuski seotud töökeskkonna ja töökorraldusega. Siit tulenevalt võib kaaluda tööandjate ja töövõtjate esindusorganisatsioonide kaasamist arengukavade ettevalmistamisesse. Näiteks on Soome tervishoiusüsteemi riiklikul koordineerimisel institutsionaalselt läbi aastate olnud oluline roll kanda just tööandjate ja töövõtjate esindusorganisatsioonidel (Häkkinen, Lehto, 2005). Sotsiaalse ebavõrdsuse kui ühe peamise riskifaktoriga ei ole siia maani sisuliselt üldse tegeletud. Tervisedenduslikud tegevused paikkonnas peaksid eelkõige olema suunatud sotsiaalselt haavatavatele rühmadele, mitte niigi endaga hästi toimetulevatele ja aktiivsetele entusiastidele.

## **4.2. JÄRELDUSED**

SVH ennetustöö väljakujunemisel ja elluviimisel on institutsionaalselt oluline roll olnud poliitika tekke momendil riigi ametlikel organisatsioonidel. See on omane endistele Ida-Euroopa riikidele, kus huvirühmad on välja arenenud vähesel määral. 1990. aastate keskel alustatud edumeelsed reformid on alustatud riikliku organisatsiooni SoM-i ja ETK poolt. Reformise vallandavaks teguriks olnud elanikkonna äärmiselt halvad tervisenäitajad (nn muu kriis) viitavad selgelt nõukogude aja pärandile. Ajaloolise institutsionalismi selgitusvõimel on teatud piirangud. (Peters, 2005). Esile võib

kerkida küsimus, kuidas eraldada ajaloolist institutsionalismi üldise ajaloo mõjust poliitika kujunemisele. Eesti puhul võib täheldada riigikorra muutumise mõju poliitika muutumisel 1990. aastate keskel. Poliitika väljakujunemisel ja elluviimisel on suurt rolli mänginud üksikisikud nii riigi formaalsetest struktuuridest, teadusasutustest ja ka noorema põlvkonna poliitikute hulgast. Riik on läbi aastate peaaesjalikult tegelenud süsteemi ülesehitamisega, spetsialistide koolitamisega ja elanikkonna väärtushinnangute muutmisega tervislikku eluviisi, millele on paljuski kaasa aidanud maailma parimate praktikate Eestisse toomine.

Riigipoolne poliitika planeerimine ei ole kahjuks tänaseni lähtunud põhilistest SVH tervisemõjurite olulisusest. Need on sotsiaalmajanduslikud ja sotsiaalpsühholoogilised tervisemõjurid. Selles osas on kindlasti oluline, et tulevikus laiendataks poliitikavõrgustikku ning võimalus poliitika planeerimisel kaasa rääkida oleks nii patsiendikaitse organisatsioonil kui ka töövõtjate ja tööandjate esindusorganisatsioonidel.

Rajasõltuvust kirjeldatakse institutsioonidele omaste joontega, milledeks on fikseeritud suured kulud, õppimiseefektid, koordineerimiseefektid ja kohanemisootused (Pierson, 1993; Pierson, 2000; Oliver, Maasialos, 2005). SVH ennetustöö puhul on fikseeritud suureks kuluks perearstisüsteemi ülesehitamine. Fikseeritud suurte kulude puhul moodustavad algsed kulud suure osa üldkuludest ning tõenäoliselt on oodata tulevikuinvesteeringute kasvavat kasumlikkust (*ibid.*). Samuti on perearstisüsteemi poolt tekkinud kohanemisootused seoses harjumuspäraste ennetustegevuste ellurakendamise. Kahjuks ei saa täheldada erilisi õppimiseefekte seoses erinevate nõustamiskoolituste toimumisega läbi aastate perearstisüsteemis. Koordineerimiseefektidest vajab äramärkimist 1990. aastatel alguse saanud võrgustumine maakondlikul tasandil ja seeläbi tervist edendavate organisatsioonide teke. Võrgustikel põhinevat koordineerimismehhanismi kasutatakse partnerite vahel ühiste teadmiste, väärtuste ja strateegiade loomiseks (Peters, Savoie, 1996; Laugesen, 2005). Erinevate ennetustegevuste elluviimist on takistanud turupõhine koordineerimine ja konkureerimine rahastamise taotlemisel (*ibid.*). Turul osalejate tegevus on mõjutatud hinnamehhanismidest, motiveeritusest ja isiklikust huvist (*ibid.*). Samuti on kasutatud boonussüsteemi perearstidele motiveerimaks neid tegelema SVH ennetustegevustega ning kasutatud on erasektori klienditeeninduse põhimõtteid, mis ei võimalda ellu viia vajaduspõhiseid ennetustegevusi. Riik on ülesse näidanud läbi aastate liiga vähest poliitika koordineerimist, millele viitavad nii samalaadsete tegevuste dubleerimised (Peters, 1998) kui ka konkreetsete ravijuhendite puudumine.

Kindlasti on reforme mõjutanud ja arstiabi kvaliteeti parandanud meditsiinitehnoloogia areng, mis on võimaldanud teostada kvaliteetset diagnostikat ja ravi. Probleemiks on pigem osutunud liiga pikad ooteajad eriarstiabis ja mõningate ravijuhendite puudumine.

Muutused valitsuskoalitsioonis ei ole toonud muutusi SVH ennetuspoliitika väljakujundamises. Valimistulemused, huvirühmad ja avalik arvamus võivad tuua uusi ideid poliitilistesse aruteludesse (Béland 2005). Poliitilised ideed peavad leidma mõjukate isikute toetuse, kellel on tahtmist neid ideid ellu viia ehk seadustada. Eesti puhul ei ole valimistulemused toonud uusi ideid SVH ennetuspoliitika väljakujundamisel ja elluviimisel (intervjueeritav 2). Huvirühmad on kaasatud vähesel määral ning avalik arvamus ei oma märkimisväärset mõju SVH ennetuspoliitika kujundamisel.

SVH ennetustööd aastatel 1990 – 2015 iseloomustab pigem reaktiivne jada, kus iga järgnev sündmus jadas on reaktsioon ajaliselt eelnevale sündmusele (Mahoney, 2000).

### **4.3. SOOVITUSED**

Eelneva põhjal võib välja tuua järgnevad soovitused südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustöö valdkonna arenguks Eestis.

**1) Võrgustiku laiendamine** - eesmärgiga kaasata valdkonna arendusdokumentide ettevalmistamise protsessi rohkem osapooli

SVH ennetustöö planeerimisel ja elluviimisel torkab silma, et läbi aastate on arendusdokumentide väljatöötamisel liiga vähe kaasatud patsiendi kaitse organisatsioone. Isegi siis, kui arutluse all on just seda sihtrühma puudutavad küsimused on vastavad liidud jäetud arutlusringi kutsutama. Näiteks peale Eesti Südameliidu töö lõpetamist on esile kerkinud probleemid sekundaarse ennetuse koordineerimise ja korraldamisega perearsti- ja eriarstiabisüsteemis. Ekspertide intervjuude põhjal võib järeldada, et ühe peamise riskitegurina tuleks edaspidi tegeleda stressiga. Töötava elanikkonna üheks pidevaks stressi põhjuseks on sotsiaalne ebakindlus ja tööandjate poolt tekitatud pinged seoses töökorralduse ja töötingimustega. Samuti on oluline pöörata tähelepanu pidevatele ületundide tegemisele ja sellest tingitud stressi tekkimisele inimestel. Stressis inimene on aga omakorda rohkem aldis järgima ebatervislikke eluviise, mis omakorda süvendab veelgi stressi. Siit tulenevalt tuleks kindlasti kaasata aruteludesse tööandjate ja töövõtjate esindusorganisatsioonid.

**2) Tervisedenduslike tegevuste suunamine paikkonna tasandil sotsiaalselt haavatavatele sihtrühmadele**

Sotsiaalne ebavõrdsus on peamine riskifaktor pidades silmas sotsiaalselt haavatavate elanikkonna rühmade, nagu näiteks lapsed ja vanemaealised inimesed, võimalusi tarbida tervisedenduse teenuseid oma elukoha lähedal. Kuna hetkel on suureks probleemiks laste ülekaalulisus ja vähene tähelepanu osutamine lihastreeningu olulisusele, siis oleks mõistlik tulevikus soodustada paikkonna tasandil just neid tegevusi. Samuti on oluline, et need tegevused oleksid kättesaadavad mõistliku hinnaga. Selles osas on suur roll kohalikel omavalitsustel kavandades paikkonna terviseprofiile, planeerides rahalisi vahendeid ning kasutades selleks e-profiili.

### **3) Täiendavate indikaatorite lisamine eesmärgiga parandada koordineerimise tase perearstiabi ja eriarstiabi vahel**

Tulevikus võiks kaaluda järgnevate indikaatorite lisamist tervishoiusüsteemi eesmärgiga paremini jälgida SVH-ga seotud riskirühmade ja juba haigestunud inimeste tervisekontrolli korraldamist (Aaben et al. 2016). Maailmapanga Grupi poolt aastal 2015 läbiviidud uuringus on välja toodud järgmine: välditavad hospitaliseerimised kõrgvererõhktõve ja muude südamehaiguste puhul moodustasid 84,3% kõikidest hospitaliseerimistest SVH osas. Selline näitaja osutab esmatasandi arstiabi nõrkusele. Samuti tõi uuring välja, et 2013. aastal osutus kõrgvererõhktõve puhul 67,5% eriarstivisiitidest välditavaks ning ainult pooled kvaliteedisüsteemis osalenud arstidest on osutanud vajalikul tasemel teenuseid.

Lisatavad kriteeriumid on järgmised (ibid.):

- SVH välditavate visiitide osakaal eriarstiabis
- SVH välditavate hospitaliseerimiste osakaal
- Esmatasandi arstiabis SVH patsientide osakaal, kellele on teostatud kõik soovitatavad diagnostilised uuringud
- Statiinide kasutamise määr SVH patsientide ravis

### **4) SVH ennetuspoliitika teaduspõhine planeerimine**

Spetsialiseerumise sisuks avalikus sektoris on uute, kindlate eesmärkide ja spetsiifiliste tööülesannetega organisatsioonide loomine (Verhoest, Bouckaert, 2005; Peters, 1996). Paljud valdkondade vahelised poliitilised küsimused ei mahu ühe ministeeriumi raamidesse, vaid koonduvad ümber kliendirühmade (näiteks vanemaealised, lapsed, riskirühmad) (Peters 1998). Erinevad sihtrühmad vajavad teenuseid erinevatelt osakondadelt erinevatest ministeeriumitest. Spetsialiseeritud asutuse moodustamise aluseks võivad olla ka poliitika tsükli erinevad etapid, näiteks SVH või üldiselt rahvatervise valdkonna ennetuspoliitika planeerimine. Rahvatervise valdkonna alla kuuluvad erinevad haiguste ennetamised. SVH on jätkuvalt Eestis varase (nooremalt kui 65-aastaselt) töövõime kaotamise ja surma peapõhjus. Oluline on planeerida ennetustegevusi teaduspõhiselt ja vajaduspõhiselt ning suunata tegevused õigetele sihtrühmadele. Selleks oleks mõistlik luua spetsialiseeritud struktuuriüksus või siis teadmuskeskus, mis tegeleks ennetuspoliitika planeerimisega. Peale SVH võiks see üksus planeerida poliitikaid ka teiste rahvatervise valdkonna alla kuuluvate ennetatavate haigusrühmade tarvis. Selliste lahenduste traditsiooniliseks väljakutseks on planeerimise kui protsessi sidumine elluviimisega (Peters 1998), mistõttu ei peaks selline üksus olema autonoomne ja eraldiseisev poliitikate elluviimisest, vaid pigem eksperimentaalse iseloomuga, kus sel oleks pädevus planeeritud tegevusi esmalt väikeses ulatuses

ka katsetada. Saadud tulemuste põhjal oleks võimalik juba välja pakkuda terviklik tegevusplaan koos täienduspõhise informatsiooniga.

## KOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös käsitletakse südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustööd peale Eesti taasiseseisvumist. Teema valikul on lähtunud rahvatervise valdkonda kuuluva haiguste ennetamise olulisusest ühiskonnas. Kui nõukogudeaegne meditsiin tegeles peamiselt viimase astme haiguste raviga, siis tänapäeval panustatakse haiguste ennetamisele ja seeläbi tervena elatud eluea tõstmisele. Eesti on südame- ja veresoonkonnahaigustesse suremuselt juhtpositsioonil nii Euroopas kui ka maailmas. EL 28 riigi võrdluses on märkimisväärne erinevus tervena elatud eluea vahel. Südame- ja veresoonkonnahaigused on varase (enne 65. eluaastat) töövõime kaotamise ja surma peapõhjus. Magistritöö eesmärgiks oli uurida riikliku koordineerimismehhanismi ja institutsionaalse arengu mõju südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustöö väljakujunemisele ja elluviimisele Eestis aastatel 1990–2015.

Uurimustöö tulemusena on selgunud, et südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustöö väljakujunemisel ja elluviimisel on institutsionaalselt oluline roll olnud peamiselt riigi ametlikel organisatsioonidel. See on omane endistele Ida-Euroopa riikidele, kus vastavad huvirühmad on välja arenenud veel vähesel määral. 1990. aastate algul reforme vallandavaks teguriks olnud elanikkonna äärmiselt halvad tervisenäitajad viitavad selgelt nõukogude aja pärandile. Poliitika väljakujundamisel ja elluviimisel on läbi aastate olnud oluline roll üksikisikutel – nii riigi ametlikest struktuuridest, teadusasutustest kui ka noorema põlvkonna poliitikute hulgast. Riik on põhiliselt tegelenud süsteemi ülesehitamisega ja elanikkonna väärtushinnangute muutmisega tervisliku eluviisi suhtes. Maailma parimate praktikate Eestisse toomisel ja tutvustamisel ning kogu populatsioonile suunatud ennetustöö arendamisel on väga oluline roll olnud meditsiinidoktor Margus Viigimaal. Institutsionaalselt oluline on olnud võrgustumine paikkondlikul tasandil. Samuti on oluline harjumuspäraste tegevuste kujunemine perearstisüsteemis seoses ennetustöö ellurakendamisega. Kahjuks ei ole märgata täiendkoolitustest tulenevat efekti. Rajasõltuvust kirjeldada aitava iseloomuliku joonena on perearstisüsteemi ülesehitamine fikseeritud suur kulu tervishoiusüsteemis. Fikseeritud suurte kulude puhul moodustavad algsed kulud suure osa üldkuludest ning tõenäoliselt on oodata tulevikuinvesteeringute kasumlikkuse kasvu.

Erinevate ennetustegevuste elluviimist on takistanud turupõhine koordineerimine rahastamise taotlemisel. Riigi osa ennetustegevuse koordineerimisel on olnud ebapiisav, millele viitavad nii samalaadsete tegevuste dubleerimine kui ka konkreetsete ravijuhendite puudumine. Kasutatud on erasektori klienditeeninduse põhimõtteid, mis ei võimalda ellu viia vajaduspõhiseid ennetustegevusi.

Riik ei ole kahjuks tänaseni oma poliitika planeerimisel lähtunud põhilistest südame- ja veresoonkonnahaiguste mõjutajatest: need on sotsiaalmajanduslikud ja sotsiaalpsühholoogilised tervisehäired.

Uurimustöös on antud soovitused südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustöö edasiseks arenguks. Need on järgmised:

- Võrgustiku laiendamine – eesmärgiga kaasata valdkonna arendusdokumentide ettevalmistamise protsessi rohkem osapooli. Ekspertide intervjuude põhjal võib järeldada, et ühe peamise riskitegurina tuleks edaspidi tegeleda stressiga. Töötava elanikkonna üheks pidevaks stressi põhjuseks on sotsiaalne ebakindlus ja tööandjate tekitatud pinged. Siit tulenevalt võiks kaasata aruteludesse tööandjate ja töövõtjate esindusorganisatsioonid. Samuti tuleks edaspidi arvestada rohkem patsiendikaitse organisatsioonidega.
- Tervisedenduslike tegevuste suunamine paikkonna tasandil sotsiaalselt haavatavatele sihtrühmadele. Oluline on paikkondade terviseprofiilide koostamisel suunata tegevused rohkem lastele ja vanemaealistele. Samuti on oluline, et need tegevused oleksid kättesaadavad mõistliku hinnaga.
- Täiendavate indikaatorite lisamine eesmärgiga parandada koordineerimise perearstiabi ja eriarstiabi vahel. Tulevikus võiks kaaluda järgnevate indikaatorite lisamist: a) SVH välditavate visiitide osakaal eriarstiabis; b) SVH välditavate hospitaliseerimiste osakaal; c) SVH patsientide osakaal esmatasandi arstiabis, kellele on teostatud kõik soovitatavad diagnostilised uuringud; d) statiinide kasutamise määr SVH patsientide ravis.
- SVH ennetuspoliitika teaduspõhine planeerimine. Oluline on planeerida ennetustegevusi teadus- ja vajaduspõhiselt ning suunata need õigetele sihtrühmadele. Selleks oleks mõistlik luua spetsialiseeritud üksus, mis tegeleks nii ennetuspoliitika planeerimise kui ka eksperimenteerimisega. Peale südame- ja veresoonkonnahaiguste võiks see agentuur anda sisendit ka teiste rahvatervise valdkonda kuuluvate ennetatavate haigusrühmade tarvis.

Teema võimaliku edasiarendusena võiks uurida perearstisüsteemi probleeme SVH ennetustöö elluviimisel.



# SUMMARY

## DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN ESTONIA

Katrin Ruben

This Master's thesis examines the prevention of cardiovascular diseases in Estonia after the restoration of independence. The topic was chosen according to the necessity of preventing public health diseases. While the Soviet-era medicine mainly attended to diseases already developed to final stages, the focus today is on prevention and thus increasing the healthy lifetime. Estonia is ranking high in Europe and in the world in mortality rates due to cardiovascular diseases. A significant difference exists in comparing healthy lifetime with EU-28. Cardiovascular diseases are the main reasons for early incapacity for work (among <65-year-olds) and death. The aim of this Master's thesis was to examine the impact of the national coordination mechanism and institutional improvements on the development and application of prevention of cardiovascular diseases in Estonia between 1990-2015.

The research discovered that the state's official organisations have had an important institutional role in the development and application of prevention of cardiovascular diseases. That is common for former Eastern European countries where interest groups have evolved only somewhat. The extremely bad health indicators in the 1990s, which were the pushing force behind new health reforms, clearly refer to the Soviet-era heritage. Individuals have constantly had an important role in developing and implementing policies – as part of official structures, science institutions or as a younger generation in political parties. The state has mainly dealt with setting up the public health system and influencing Estonian population's value judgments towards making healthier lifestyle choices. A doctor Margus Viigimaa has had an important role in bringing world's best practices to Estonia, introducing these practices and developing prevention directed towards the whole population. Networking at the local level has been institutionally very important. Equally important has been the evolvement of routine practices within the general practitioner (GP) system in regard to implementing preventative actions. Unfortunately, the additional trainings have not had a noticeable effect. A common characteristic for path dependency is fixed large expenses in health care system which are used to set up the GP system. In regard to these expenses, the initial cost make up a large part of overall expenses and it is likely that the future investments will be met with increase in profits.

Market-based coordination for applying for funding have hindered the realisation of different preventative activities. State's part in coordinating prevention has been insufficient which can be

seen from duplicating similar activities as well as from the lack of certain clinical guidelines. The private sector's principles of customer service have been used; however, these do not allow to execute needs-based preventative actions.

Unfortunately, even until today, the state has not taken into consideration a few very important factors influencing cardiovascular diseases when planning health care policies: namely, socio-economic and socio-psychological impacts on health.

This thesis provides the following recommendations for further prevention of cardiovascular diseases:

- Expanding the network – with the aim of engaging more stakeholders into drafting development documents relevant for the cardiovascular diseases field. It can be concluded, based on interviews with experts, that one main risk factor that needs to be attended to is stress. One main reason for stress among the working population is social insecurity and tensions caused by employers. Therefore, representatives of employers' and employees' organisations should be engaged in discussions. Moreover, the opinion of patients' protection organisations should be taken into account more.
- Directing public health activities to vulnerable groups at the local level. It is important to focus the activities on a local level on children and elderly. Furthermore, it is important that these activities are accessible and affordable.
- Including additional indicators with the aim of improving the coordination between GPs and specialised doctors. In the future, the following indicators could be included:
  - The percentage of preventable visits due to cardiovascular diseases in specialist care
  - The percentage of preventable hospitalisations due to cardiovascular diseases
  - The percentage of cardiovascular disease patients in primary health care who have been going through all diagnostic tests
  - The rate of statins in the treatment of cardiovascular disease patients
- A science-based planning of prevention policies. It is important to plan preventative actions based on scientific research and the actual need, and to direct these actions to the right target groups. Thus, it would be reasonable to create a specialised unit that deals with the planning of as well as small scale experimenting with preventative policies. Besides cardiovascular diseases, this agency could also contribute to other public health issues that need preventative actions.

Another question that could be undertaken is examining the problems within the GP systems in regard to implementing preventative actions.

## KASUTATUD KIRJANDUS

### Teadusallikad

1. Béland, D. (2005) Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. *Social Policy & Administration*, Vol. 39, No. 1, 1-18.
2. Bevan, G., Robinson, R. (2005) The Interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health care in England. *Journal of Health Politics and Law*, Vol. 30; Nos. 1-2, 53-78.
3. Durić, I. (2011) The New Institutionalism(s): A Framework for the Study of Public Policy in Post-conflict and Post-communist Countries. *Politička misao*, Vol. 48, No.2, 85-105.
4. Greif, A., Laitin, D. D. (2004) A Theory of Endogenous Institutional Change. *American Political Science Review*, Vol. 98, No. 4, 633-652.
5. Hodgson, G. M. (1998) The Approach of Institutional Economics. *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXVI, 175-181.
6. Häkkinen, U., Lehto, J. (2005) Reform, Change, and Continuity in Finnish Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, 79-96.
7. Immergut, M. E. (1992) The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden. In: Steinmo, S., Thelen, K., Longstreth, F. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge University Press, 57-89.
8. Kasmel, A. (2011) Evolution as a tool for community empowerment – a study on three community initiatives in Rapla, Estonia. Denmark: Unit for Health Promotion Research, Series A; No 4.
9. Kay, A. (2003) Path dependency and the CAP. *Journal of European Public Policy*, 10:3, 405-420.
10. Laugesen, M. (2005) Why Some market Reforms lack Legitimacy in Health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 6, 1065-1100.
11. Lowndes, V. (2002) Institutionalism. In: March, D., Soker, G. *Theory and Methods of Political Science*, Palgrave-Macmillan, 90-108.
12. Mahoney, J. (2000) Path dependence in historical sociology. *Theory and Society*, 29, 507-548.
13. Oliver, A., Massialos, E. (2005) European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, 7-28.
14. Peters, B. G., Savoie, J. D. (1996) Managing Incoherence: The Coordination and Empowerment Conundrum. *Public Administration Review*, Vol. 56, No. 3, 281-290.
15. Peters, B. G. (1998) Managing Horizontal Government: the Politics of Co-Ordination. *Public Administration*, Vol. 76, No. 2, 295-311.
16. Peters, G. B. (2005) The Legacy of the Past: Historical Institutionalism. In *Institutional Theory in Political Science: The New Institutionalism*. Continuum, 63-77.
17. Peters, G. B., Pierre, J., King, S. D. (2005) The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism. *The Journal of Politics*, Vol. 67, No. 4, 1275-1300.
18. Pierson, P. (1993) When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change. *World Politics*. Vol. 45, No. 4, 595-628.
19. Pierson, P. (2000) Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, Vol. 94, No. 2, 251-267.

20. Pierson, P., Skocpol, P. (2002) Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. In: Katznelson, I., Milner, V. H. *Political Science: State of the Discipline*. New York: Norton, 693-721.
21. Rico, A., Costa-Font, J. (2005) Power Rather Than Path Dependency? The Dynamic of Institutional Change under Health care Federalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, 231-252.
22. Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M. R. (2008) Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity. New York: Oxford University Press, 26-28.
23. Saltman, R. B., Bergman, S-E. (2005) Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, 253-275.
24. Schmidt, A. V. (2010) Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth new institutionalism. *European Political Science Review*, Vol. 2. No.1, 1-25.
25. Sinclair, A. H., Whitford, A. B. (2012) Separation and Integration in Public Health: Evidence from Organizational Structure in the States. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 18, 55-77.
26. Starke, P. (2010) Why Institutions Are Not the Only Things That Matters: Twenty-five Years of Health Care Reforms in New Zealand. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 35, No. 4, 487-516.
27. Thelen, K., Steinmo, S. (1992) Historical institutionalism in comparative politics. In: Steinmo, S., Thelen, K., Longstreth, F. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge University Press, 3-29.
28. Truvé, H., Countier, Y., Etheridge, F., Saint-Jean, O., Somme, D. (2010) The path dependence theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 10, 1-9.
29. Tsebelis, G. (1995) Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism. *British Journal of Political Science*, Vol. 25, No. 3, 289-325.
30. Verhoest, K., Bouckaert, G. (2005) Machinery of Government and Policy Capacity: The Effects of Specialization and Coordination. In: Painter, M., Pierre, J. *Challenges to state policy capacity: global trends and comparative perspectives*, 92-111.
31. Vrangbæk, K., Christiansen, T. (2005) Health Policy in Denmark: Leaving the Decentralized Welfare Path? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, 29-52.

## **Muud allikad**

Kõik veebiallikad kehtivad seisuga 04.01.2018.

1. Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm, Ü-K., Kallavus, K. (2016) Rahvastiku tervise arengukava 2009 – 2020 vahehindamine. Südame- ja veresoonekonnahaiguste valdkonna raport. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. Kättesaadav: praxis.ee.
2. Eesti Tervisekasvatuse Keskus. Tervisedendus Eestis. Health Promotion in Estonia 93-96. Tallinn: ETK.
3. Eesti Tervisekasvatuse Keskus (1997/98) Tervisedendus Eestis. Health Promotion in Estonia. Tallinn: ETK.
4. ETK (2002) Tervise edendamise aastaraamat. Tallinn: ETK.
5. EHLEIS (2015) Riikide ülevaated, 9. väljaanne – oktoober 2015. Kättesaadav: tai.ee.

6. Eurostat (2014) Time spent on health-enhancing aerobic physical activity. Kättesaadav: [eurostat.ec.europa.eu](http://eurostat.ec.europa.eu).
7. Farrington, J., Ireland, R. (2006) Koondaruanne WHO hindamisvisiidist Eestisse 20.-22. novembrini 2006. „Südame- veresoonkonnahaiguste ennetamise riikliku strateegia aastateks 2005-2020” hindamiseks. Mitteametlik tõlge.
8. Kasmel, A., Lipand, A. (2007) Tervisedenduse teooria ja praktika I Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn.
9. Kasmel, A., Laasner, A., Lipand, A., Tamm, K., Vaask, S. (2003) Kümme aastat tervisedendust Eestis. Ten Years of Health Promotion in Estonia. ETK
10. Laasner, Ü. (2015) Paikkonna tervisedendus 20. Eesti Tervisedenduse Ühing. Rapla: Rajakaar
11. Lai, T., Johansen, A. S., Breda, J., Reinap, M., Dorner, T., Mantingh, F., Jewell, J., Jakab, M. (2015) Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health system, Country assessment, Estonia. WHO Regional Office for Europe. Kättesaadav: [euro.who.int](http://euro.who.int)
12. Maailmapanga Grupp (jaanuar 2015) Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis, kokkuvõttev aruanne. Kättesaadav: [haigekassa.ee](http://haigekassa.ee).
13. Sotsiaalministeerium (2008) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020
14. Sotsiaalministeerium (2010) Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta aruanne
15. Sotsiaalministeerium (2011) Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta aruanne
16. Sotsiaalministeerium (2012) Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta aruanne
17. Sotsiaalministeerium (2013) Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta aruanne
18. Sotsiaalministeerium (2014) Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta aruanne
19. Sotsiaalministeerium (2015) Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta aruanne
20. Sotsiaalministeerium (2016) Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta aruanne
21. Tervise Arengu Instituut (2005) Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. Kättesaadav: [rahvatervis.ut.ee](http://rahvatervis.ut.ee).
22. Tervise Arengu Instituut (2006) Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. Aastaruanne 2005. Kättesaadav: [rahvatervis.ut.ee](http://rahvatervis.ut.ee).
23. Tervise Arengu Instituut (2007) Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. Aastaruanne 2006. Kättesaadav: [rahvatervis.ut.ee](http://rahvatervis.ut.ee).
24. Tervise Arengu Instituut (2008) Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. Aastaruanne 2007. Kättesaadav: [rahvatervis.ut.ee](http://rahvatervis.ut.ee).
25. Tervise Arengu Instituut (2008) Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020. 2008. aasta I poolaasta aruanne.
26. Tervise Arengu Instituut (2008) Südamestrateegia 2008. aasta eelnõu.

## LISA 1. EESTI HAIGEKASSA TEGEVUSED SÜDAME- JA VERESONKONNAHAIGUSTE ENNETAMISE ALAL AASTATEL 2002–2012

Põhiliste tegevustena teostati perearstide poolt SVH riskitegurite vererõhk ja kolesterool mõõtmised ning kõrge riskiteguritega inimesed suunati edasi maakonna haiglate juures loodud südamekabinettidesse, kus teostati täiendavaid lisauuringuid südamearsti poolt lõpliku diagnoosi saamiseks. Samuti teostati riskirühma kuuluvatele inimestele nõustamisi elustiili osas (HK majandusaasta aruanded 2003-2013<sup>3</sup>).

2002. aastal toimusid südamehaiguste riskitegurite skriiningud, milles osalesid perearstid ja maakondade südamekabinetid. Skriiningus osales 8090 elanikku ning 81 perearstipraksist.

2003. aastal toimus SVH ennetamise projekt, mis oli suunatud riskirühmale. Projektis osales planeeritud 180 perearstipraksisest 121 ja riskirühm oli haaratud 73% ulatuses.

2004. aastal osales planeeritud 200 perearstipraksisest 156 ja sihtrühm oli haaratud 59% ulatuses. Risk haigestuda SVH-sse avastati ligikaudu igal neljandal mehel ja viiendal naisel.

2005. aastal osales projektis 198 perearstipraksist. Võimalus osaleda oli kõigil praksistel. Eelarve täitmine oli 46%.

2006. aastal osales projektis 221 erinevat tervishoiuasutust. Elanikke osales kokku 16226, mis oli 39% planeeritud sihtrühmast.

2007. aastal olid projektid peamiselt suunatud kõrgema kardiovaskulaarse riskiga isikutele. Uuringuid teostati 14 maakonnakeskuses. Osalusprotsent oli planeeritust madalam, kuna paljudel perearstidel ei olnud vajadust suunata riskirühma inimesi südamekabinettidesse.

2008. aastal oli projekt suunatud kõrgema riskiga isikutele ning projektis osales 4979 isikut.

2009. aastal oli projekt suunatud vaid kõrge riskiga täiskasvanutele. Projektis osales 3400 isikut, mis oli 74% sihtrühmast.

2010. aastal oli projekt suunatud kõrge riskiga täiskasvanutele.

2011. aastal oli projekt suunatud riskirühmadele. Lisaks toimusid koolitused tervishoiu- ja hariduspersonalile. Samuti toimusid mitmed meediakampaaniad.

2012. aastal oli projektide rõhk suunatud maakondlike SVH ennetamise keskuste tegevusele kuhu perearstid suunasid kõrgema riskiga patsiente sekundaarseks ennetuseks.

Alates 2013. aastast on ennetustöö lõimunud perearstisüsteemi.

<sup>3</sup> Eesti Haigekassa majandusaasta aruanded 2003-2013. Kättesaadav: haigekassa.ee

## LISA 2. SÜVAINTERVJUUDE EESMÄRK JA KÜSIMUSED EKSPERTIDELE

Intervjuude eesmärk oli välja selgitada peamised probleemid ja takistused SVH-ennetustöö planeerimises ja elluviimises. Lisaks loodeti intervjuueeritavatel saada mõni hea viide edaspidiste intervjuude läbiviimiseks. Eesmärk on jõuda võtmeisikuteni.

Värske WHO riikide tervishoiusüsteemide hindamise aruanne mittenakkuslike haiguste kohta tõi Eesti osas välja peamise probleemina riigipoolse tegevuse ebapiisava tõhususe elanikkonna toitumisharjumuste parandamisel ja liikumisaktiivsuse tõstmisel südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetustöös. Samuti vajab aruande kohaselt tõhustamist hüpertoonia varane avastamine ja ennetustöö juhtimine. Tähelepanu juhiti ka ennetustöö tegevusi/toiminguid koordineeriva ning järelevalvet teostava ühtse institutsiooni puudumisele. Seoses selle WHO aruandega tekkis vajadus intervjuude käigus välja selgitada riigi edasised plaanid ennetustöö juhtimise mõjususe tõstmiseks.

1. Missuguseid tegevusi teostati südame-veresoonkonnahaiguste (edaspidi SVH) riikliku strateegia 2005–2020 raames aastatel 2005–2009, peale mida see riiklik strateegia integreeriti Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020 koosseisu? Miks need riiklikud programmid ühendati ja kas seoses ühendamiseks toimus ka sisulisi muutusi?

2. Missuguseid tegevuskavasid viidi SVH ennetustöö osas ellu peale Eesti taasiseseisvumist enne aastat 2005? Missugused olid nende tegevuskavade peamised eesmärgid ja hinnangulised tulemused?

3. Kuidas on toimunud Eesti Haigekassa poolt elluviidud SVH-ennetusprojektide koordineerimine alates aastast 2001? Missugustele ennetustegevustele on Haigekassa oma tegevuskavades keskendunud? Missugused on olnud tulemused ja milles seisnevad põhilised probleemid?

4. Missugused on olnud peamised probleemid, mis on takistanud Sotsiaalministeeriumil SVH-ennetustööd neile soovitatavalt planeerida ja ellu viia?

5. Kas ajaperioodil 1990–2015 on olnud suuri kulutusi tervishoiusüsteemis, mis on mõjutanud edaspidi SVH ennetustööd?

6. Kas seoses SVH-ennetustööga on toimunud mingisuguseid koolitusi, mis on hõlbustanud edaspidist ennetustöö elluviimist?

7. Missuguseid koordinatsioonimehhanisme on kasutatud SVH-ennetustöö juhtimisel ja kuidas erinevad koordinatsioonimehhanismid on mõjutanud ennetustööd?

8. Kas eelmainitud ajaperioodi jooksul on välja kujunenud harjumuspäraseid praktikaid SVH ennetustöös?

9. Kas 25 aasta jooksul on toimunud SVH-enetustöö planeerimise ja elluviimisega seonduvaid suuri muutusi ehk reforme? Missugused nendest muutustest on olulisemad?
10. Mis on olnud nende reformide peamine põhjus?
11. Kas nende aastate jooksul on SVH-enetustöös tehtud otsused olnud selgelt mõjutatud mõne konkreetse isiku, isikute rühma või organisatsiooni poolt? Missuguse konkreetset?
12. Missugune on olnud huvirühmade roll SVH-enetustöö planeerimisel ja elluviimisel? Missugused peamised huvirühmad on töösse kaasatud?
13. Missugune on olnud valitsuskoalitsioonide mõju poliitika planeerimisel?
14. Missuguseid kaasaegseid rahvusvahelisi juhtimistrende ja uusi tehnoloogiaid on kasutatud seoses SVH-enetustööga? Kas muutused juhtimises ja uute tehnoloogiate kasutusele võtmises on seotud üldise tervishoiusüsteemi arenguga?
15. Kas on kasutatud *new public management* 'i põhimõtteid?
16. Kas ja missugused on olnud välismõjud seoses SVH-enetustöö planeerimise ja elluviimisega antud ajaperioodi jooksul? Kas peamine välismõju on seotud Eesti liitumisega Euroopa Liiduga?
17. Kuidas planeeritakse tõhustada/tugevdada riigi koordineerivat rolli elanikkonna riskikäitumise vähendamisele suunatud tegevuste elluviimisel? Kas riik suudab neid tegevusi jätkusuutlikult jätkata ka peale Euroopa Liidu toetuste lõppemist?
18. Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamine ei seisne mitte ainult elanikkonna riskikäitumise vähendamises, vaid ka haiguste varases avastamises ja ravis. Viimane WHO ülevaade Eesti kohta toob muu hulgas puudusena välja ka hüpertooniatõve varase avastamise riigipoolsete tegevuste madala tõhususe. Kuidas planeeritakse tulevikus tõsta riigi rolli nii elanikkonna terviku kui ka riskirühmade korralise tervisekontrolli teostamiseks?
19. Kas ja kuidas on plaanis tõhustada ennetustöö üldist riiklikku juhtimist? Kas on planeeritud tervishoiusüsteemi reforme, mis puudutavad ka ennetustöö juhtimise tõhustamist?



### LISA 3. SÜVAINTERVJUUDE INTERVJUEERITAVATE NIMEKIRI

- A. **Sirje Vaask**, õppejuht, PhD, loodus- ja terviseteaduste instituut, Tallinna Ülikool; 2011–2014 tervishoiuosakonna talituse juht, Eesti Haigekassa; 2002–2011 tervishoiuosakonna peaspetsialist (tervise edendamine ja haiguste ennetamine), Eesti Haigekassa; 1996–2002 rahvatervise osakonna peaspetsialist (toitumine ja kehaline aktiivsus), Sotsiaalministeerium.
- B. **Triinu Täht**, alates 2007. a nõunik (varasemalt peaspetsialist), rahvatervise osakond, Sotsiaalministeerium.
- C. **Anu Kasmel**, psühhiaater, PhD, 1993–2002 direktor, Eesti Tervisekasvatuse Keskus; 2011-asepresident, Rahvusvaheline Tervisedenduse Assotsiatsioon.
- D. **Moonika Viigimäe**, arst-resident, AS Ida-Tallinna Keskhaigla; 2009–2017 Tervisedenduse õppetooli juhataja-lektor, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool; 2006–2008 rahvatervise osakonna peaspetsialist ja ekspert, Sotsiaalministeerium.
- E. **Tiia Pertel**, alates 2007. a osakonnajuhataja, tervise edendamise osakond Tervise Arengu Instituut.
- F. **Elo Paap**, alates 2014. a juhatuse liige/tervisedendaja, järelvaataja/koolitaja; 2015–2017 AS Viljandi Haigla, kvaliteedijuht; 2009–2011 Tervise Arengu Instituut, koolitaja; 2013–2014 OÜ Payles, tervisedendaja (koolitaja ja nõustaja); 1998–2013 Viljandi Maavalitsus, tervisedenduse peaspetsialist; õendusteaduse magister, arstiteaduskond, Tartu Ülikool; Eesti 2008. ja 2010. aasta tervisedendaja tiitli omanik.
- G. **Triin Habicht**, 2015–2017 osakonnajuhataja, tervisesüsteemi arendamise osakond, Sotsiaalministeerium; 2006–2015 osakonnajuhataja, tervishoiu osakond (kuni 2013. aastani tervishoiuökonomika osakond), Eesti Haigekassa; 2004–2005 tervisepoliitika juht, Sotsiaalministeerium; 2001–2003 vanemspetsialist, Eesti Haigekassa.
- H. **Margus Viigimaa**, PhD, teadusjuht, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardioloogiakeskus; 2004–2011 kardioloogiakeskuse juhataja, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla; alates 2005. a professor ja teadur, hetkel infotehnoloogia teaduskond, tervisetehnoloogiate instituut, Tallinna Tehnikaülikool (intervjuu tehti Poliitikauuringute Keskuse Praxis poolt).