

**Südame- ja veresoonkonnahaiguste
ennetamise riiklik strateegia
2005-2020**

2005

SISUKORD

SISUKORD	2
1. SISSEJUHATUS	3
2. OLUKORRA KIRJELDUS	3
SVH-st tingitud haiguskoormus maailmas	3
SVH-st tingitud haiguskoormus Eestis.....	4
SVH ennetamise strateegia vajalikkus ja olemus	5
SVH ennetamise strateegia õiguslikud ja strateegilised alused.	6
3. STRATEEGIA EESMÄRK	8
3.1. VALDKOND: FÜÜSILINE AKTIIVSUS	9
Taust.....	9
Meetmed liikumisharjumuste suurendamiseks	10
3.2. VALDKOND: TOIT JA TOITUMINE	11
Taust.....	11
Meetmed toitumisharjumuste parandamiseks	12
3.3. VALDKOND: SUITSETAMINE	14
Taust.....	14
Meetmed tubakatarbimise levimuse ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimise vähendamiseks.....	15
3.4. VALDKOND: TERVISHOID	16
Taust.....	16
Meetmed tervishoiuteenuste parendamiseks SVH ennetamisel.....	17
3.5. VALDKOND: TEABELEVI JA PAIKKONNA SUUTLIKKUSE TAGAMINE	18
Meetmed SVH ennetamise strateegia teavitamise läbiviimise ja koostöö tagamise tõhustamiseks.....	18
4. STRATEEGIA JUHTIMINE	20

1. SISSEJUHATUS

Südame- ja veresoonehaigused (edaspidi *SVH*) on Eestis varase (nooremalt kui 65-aastaselt) töövõime kaotamise ja surma peapõhjus. Eesti on *SVH*-sse suremuselt juhtpositsioonil nii Euroopas kui ka kogu maailmas. Viimase 20 aasta jooksul ei ole märkimisväärselt pööret paremuse poole toimunud. Jätkuvalt haigestutakse noorelt ja tööealises vanuses.

Varajase haigestumuse ja suremuse kõrge tase võrreldes Euroopa arenenud riikidega ning mis veelgi olulisem - langustendentsi puudumine viimase kuue aasta vältel püsiva negatiivse iibe taustal – esitab tõsise väljakutse riigi sotsiaal-majanduslikule arengule. Inimeste keskmist oodatavat eluiga on võimalik pikendada ja tervena elatud eluaastaid lisada just *SVH* ennetamisega, mida on veenvalt näidanud paljude riikide kogemused.

SVH näol on tegemist Eesti elu ja rahvast tervikuna haarava probleemiga, millele ei ole võimalik leida lahendust üksnes ühe valdkonna kaudu ega üksnes meditsiini tasandil. Teiste riikide kogemus näitab, et südame- ja veresoonehaigusi on võimalik vähendada pikaajaliste, erinevaid valdkondi ja rahvast ulatuslikult kaasavate programmidega. Tähtis on erinevate valdkondade (haridus, kultuur, majandus, liikluskorraldus, teadus, meditsiin jt) kooskõlastatud ühistöö ühise eesmärgi nimel.

Tänase tervisepoliitika lähtekohaks on tõdemus, et rahva tervist saab parandada üksnes siis, kui minna probleemide juurteni, mis paljuski asuvad väljaspool arstiabisüsteemi – tervisehariduses, tervist väärtustavates töökohtades, tervise hoidmiseks piisava sissetuleku tagamises, taunivas suhtumises tervist kahjustavatesse eluviisidesse ja tervislike meelelahutusvõimaluste kättesaadavuses.

Käesolev strateegia on samm parema südametervise suunas, ühendades mitmete erinevate valdkondade esindajate teadmisi ja tegevuskavu. Koostamisel oli põhimõtteks anda võimalikult terviklik ülevaade südame- ja veresoonehaigusi mõjutavate tegurite kohta nii Eesti enda kui ka rahvusvaheliste arusaamade valguses. Tõenduspõhisel alusel on kirjeldatud, mis seisust, miks ja millises suunas tuleb Eestil *SVH* vähendamiseks liikuda. *SVH* vähendamise põhilised mõjurid on: regulaarne füüsiline aktiivsus, tasakaalustatud toitumine, suitsetamisest hoidumine, vererõhu- ja kolesteroolitaseme kontroll, tervise väärtustamine ja psühhosotsiaalsed tegurid.

Strateegia koostamisel on arvestatud Maailma Terviseorganisatsiooni juhistega ja Euroopa Liidu Nõukogu järeldustega “Südametervise edendamisest” (2.06.2004).

Euroopa tasandil ühine strateegiline eesmärk on:

igale sellel aastatuhandel sündivale lapsele luua eeldused ja tingimused, mis võimaldaksid tal elada vähemalt 65-aastaseks, kannatamata välditavate südame- ja veresoonehaiguste all.

Kavandatud tegevused, olles suunatud kasvava põlvkonna tervisekäitumise kujundamisele, annavad tulemuse pikaajalises perspektiivis, seetõttu on strateegia eesmärgid planeeritud aastateks 2005–2020 ning tegevuskava vastavalt riigieelarve strateegiale aastateks 2005–2008, mistõttu tulemuslikkuse indikaatorid on määratud ka aastaks 2008. Järgnevalt pikendatakse tegevuskava 4-aastase tsükliks, see tähendab, et järgneva 4-aastase perioodi 2009–2012 tegevuskava koostatakse aastal 2008.

Käesoleva *SVH* ennetamise strateegia valmimisel on kasutatud alusdokumendina Eesti Südameliidu koostatud versiooni (19.03.2004).

2. OLUKORRA KIRJELDUS

***SVH*-st tingitud haiguskoormus maailmas**

Südame- ja veresoonehaigused on kogu maailmas varajaste surmade ja vaegurluse peamiseks põhjuseks.

SVH-sse sureb maailmas aastas umbes 17 miljonit inimest, kusjuures 80% neist surmadest leiab aset madala või keskmise sissetulekuga elanikega maades (Maailma Südameföderatsioon, 2002). Seejuures on SVH ravi pikaajaline ja kallis. Samuti põhjustab varajane SVH-sse haigestumine kulusid väljaspool tervisesüsteemi, mis avaldab negatiivset mõju üldisele majandusarengule.

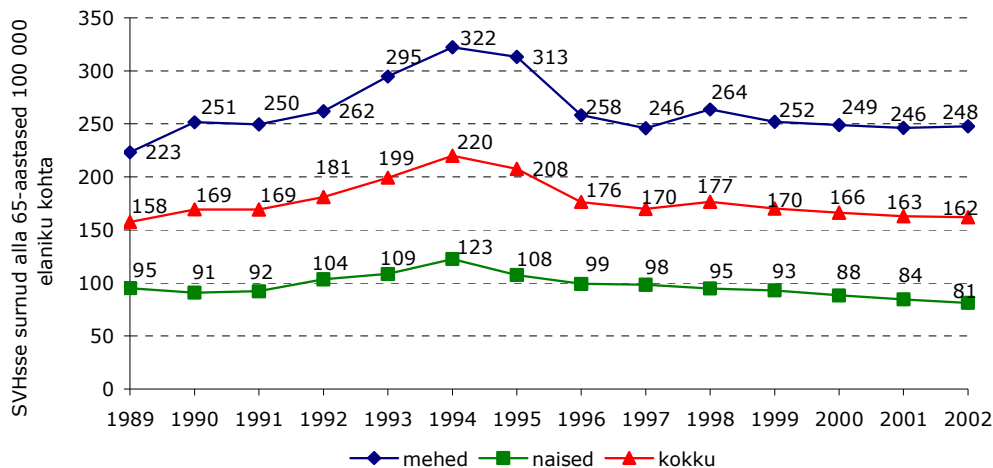
Euroopas on SVH üks peamine surmade põhjus: igal aastal sureb nendesse rohkem kui 4 miljonit inimest. Aastal 2000 oli SVH põhjuseks ligikaudu 41% -l kõigist surmajuhtudest: 21% olid põhjustatud südame isheemiatõvest, 9% ajurabandusest ning 11% teistest südame- ja veresoonkonna haigustest (Euroopa südame- ja veresoonkonna haiguste statistika, 2000).

Südame isheemiatõbi on Euroopa Liidus sagedaseim surma põhjus noorematel kui 65-aastastel, mis tähendab enam kui 170 000 surmajuhtumit. Euroopa Liidus sureb südame isheemiatõve tõttu enne 65. eluaastat 14% meestest ja 7% naistest (Shelly, 2004).

SVH-st tingitud haiguskoormus Eestis

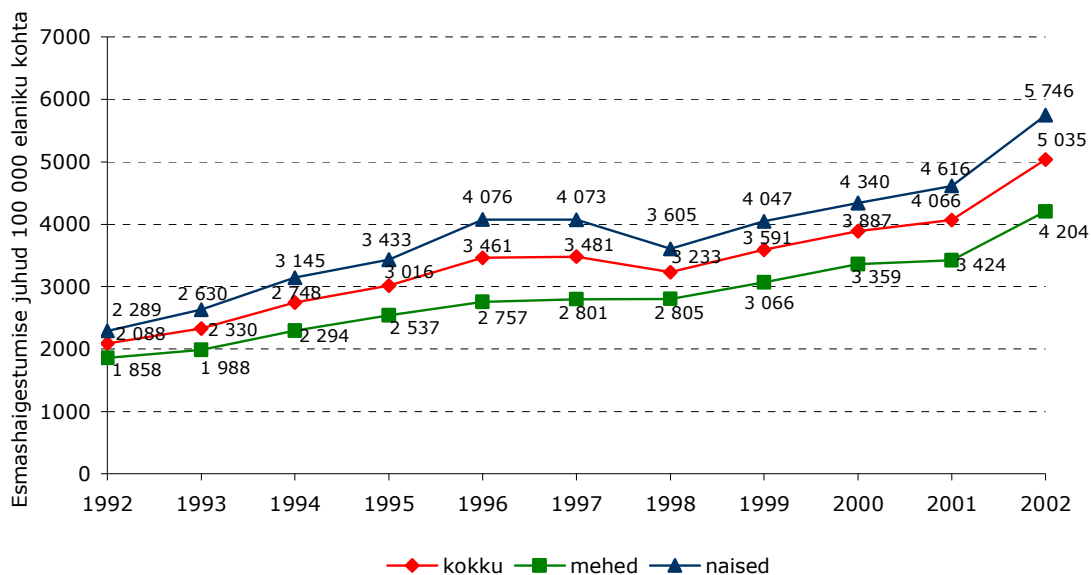
Varajaste SVH-st tingitud surmade tõttu kaotab Eesti oma potentsiaalsest inimkapitalist igal aastal ligi 40 000 eluaastat (s.o varajaste surmade tõttu elamata jäänud aastad) (Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad ehk tervisekadu Eestis. Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituut, 2003).

Märkimisväärset kahju rahva tervisele, samuti ka majandusele tervikuna, avaldab eelkõige suurem SVH-sse enne 65. eluaastat. Iga 100 000 elaniku kohta sureb SVH tagajärjel ühe aasta jooksul vähemalt 250 meest ja 80 naist enne 65. eluaastat. Sotsiaal-majanduslikult murrangulisel ajal, aastatel 1992–1994, suurenes oluliselt varajane suremus SVH-sse. Hilisematel aastatel on suremus taandunud 1990-ndate algusele eelnevale tasemele, kuid stabiilset ja pidevat langust ei ole seni saavutatud (vt joonis 1).



Joonis 1. Alla 65-aastaste suremus SVH-sse 100 000 elaniku kohta Eestis, 1989.–2002. aastal (Statistikaamet, 2004)

Varajase suremuse kõrge taseme kõrval on muret tekitav pidev ja järsk SVH-sse haigestumise kasv. Esmahaigestumine SVH-sse 100 000 elaniku kohta on 10 aastaga enam kui kahekordistunud (joonis 2). 2002. aastal haigestus SVH-sse esmakordselt iga 100 000 elaniku kohta 4204 meest ja 5746 naist. Osaliselt on seda põhjustanud sotsiaal-majanduslikud mõjud (arstiabi kättesaadavus, sh diagnostikavõimaluste paranemine, andmekogude kvaliteedi tõus jms).



Joonis 2. Esmashaigestumine SVH-sse 100 000 elaniku kohta Eestis, 1992.–2002. aastal (Eesti tervishoiustatistika 1992–1999, 2002)

SVH ennetamise strateegia vajalikkus ja olemus

Alates 1995. aastast on ravikindlustuse eelarvest rahastatud tervisedendamise projekte, milleks on kasutatud igal aastal ligikaudu 14 miljonit krooni. Südamehaiguste riskifaktorite vähendamisele suunatud tegevus on olnud tervisedendamise pikaajaliseks prioriteediks ning aastatel 1995–2004 on südamehaiguste ennetamisele suunatud tegevust rahastatud üle 26 miljoni krooni. Projektide kaudu on järjekindlalt edastatud teavet elanikkonnale südamehaiguste riskifaktoritest, nagu ebaõige toitumine, suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus, kõrge kolesteroolitase jt. Regulaarselt on projektide raames läbi viidud südamenädalaid, haritud koolide tervisekasvatuse õpetajaid ja perearste ning on edastatud südamerõõmsust teavet meedias, kohalike ürituste ja koolituse kaudu. Ravikindlustuse eelarvest rahastatud kodanikualgatusel põhinevad projektid ei ole aga nendel aastatel süsteemselt planeeritud ja korraldatud ning projektipõhisuse printsiibist tulenevalt ei ole tagatud tegevuste jätkusuutlikkust.

Paljudele tegevustele vaatamata puudub riiklik SVH ennetamise strateegia. Seetõttu ei ole olnud võimalik süsteemne vajadustest lähtuv lähenemine kogu SVH ennetustegevusele.

SVH ennetus peab olema suunatud riskikäitumise vähendamisele ja tervist toetava keskkonna suurendamisele. SVH puhul on peamiseks käitumisriskideks vähene liikumisaktiivsus, ebatervislikud toitumisharjumused ja suitsetamine. Olulisemaks keskkonnariskiks on ebatervislik töö- ja elukeskkond. Kuna krooniliste haiguste riskifaktorid on sarnased, siis on leitud, et tõhus SVH ennetusstrateegia avaldab mõju teistest kroonilistest haigustest tingitud haiguskoormuse vähenemisele. Kõige kulutõhusam meetod riskitegurite mõju vähendamiseks rahvastiku tasandil on kasutada kogu rahvastikule suunatud meetmeid. Kõige tõhusamad meetmed on integreeritud, multidistsiplinaarsed, laialdase lähenemisega ning suunatud erinevatele tasanditele nagu üksikisikule, paikkonnale, keskkonnale ja poliitilistele otsustele.

Olulise osa ennetustegevuses moodustab SVH-st ohustatud kontingendi väljaselgitamine ja selle riskide vähendamine. On kindlad tõendid, et isegi inimestel, kes juba põevad mingit südame- ja veresoonehaigust, saab toitumisharjumuste, eluviisi ja keskkonna muutmisega pidurdada haiguse arengut. Erilist tähelepanu tuleks pöörata tuvastatud kõrge kolesterooliga, vere ülemäärase

kolesteroolisisaldusega, südame isheemiatõvega, perifeerse või ajuveresoonkonna haigustega isikutele. Samal ajal tuleks jälgida ka sümptomivabu isikuid, kes on ohustatud samaaegselt mitme riskifaktori poolt või kellel esineb ühe riskifaktori (kolesteroolisisaldus, vererõhk, veresuhkru sisaldus) oluline kõrgenemine (*European Guidelines on CVD Prevention*, 2003).

Strateegiaga ei ole võimalik hõlmata kõiki tegevusi, mis aitavad kaasa südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamisele ja haigestumise riski vähendamisele. Seetõttu on keskendunud viiele suuremale valdkonnale ning valdkonnasiseselt on planeeritud tegevused, mis on tõenduspõhised ja mille tulemusena on eeldatavad muudatused suhtumistes ja hoiakutes, tervisekäitumises, keskkonnas ning seeläbi kaugema tulemusena ka muutused haigestumises ja suremuses. Vaimse tervise probleemid ja alkoholi liigtarvitamine on samuti olulisteks SVH riskifaktoriteks, kuid kuna neid valdkondi on kavas käsitleda eraldi strateegiates, siis käesoleva strateegia raames neile valdkondadele otseselt ei keskenduta.

SVH ennetamise strateegia viiakse ellu viie strateegilise valdkonna kaudu, mis käsitlevad SVH peamisi mõjureid:

- 1) füüsiline aktiivsus
- 2) toitumine
- 3) suitsetamine
- 4) tervishoid
- 5) teabelevi ja paikkonna suutlikkuse tagamine

SVH ennetamise strateegia õiguslikud ja strateegilised alused

SVH ennetamise strateegia juhindub meetmete ja tegevuste planeerimisel järgmistest printsiipidest.

Kooskõla õigusaktide, riiklike strateegiate ja arengukavade ning rahvusvaheliste kokkulepetega

SVH ennetamise strateegia aluseks on:

Õigusaktid

1. Eesti Vabariigi põhiseadus ¹
2. "Rahvatervise seadus" ²
3. Euroopa Liidu Nõukogu järeldused "Südametervise edendamiseks", 2.06.2004 ³

Rahvusvahelised kokkulepped

4. Ottawa harta (1986) ⁴
5. Maailma Terviseorganisatsiooni "Tervis kõigile" raampoliitika (1998) ⁵
6. Verona algatus (2000) ⁶
7. SVH ennetamise Euroopa juhendmaterjalid (2003) ⁷
8. Maailma Terviseorganisatsiooni tervise, füüsilise aktiivsuse ja dieedi üldstrateegia (2004) ⁸
9. CINDI krooniliste haiguste ennetamise strateegia Euroopas (2004) ⁹

Riiklikud strateegiad ja arengukavad

10. Ühenduse Vabariigi Eest – Res Publica, Eesti Reformierakonna ja Eestimaa Rahvaliidu koalitsioonileping aastateks 2003–2007 ¹⁰
11. "Eesti edu 2014" ¹¹
12. Vabariigi Valitsuse 31. mai 2004. a korraldus nr 392-k "Riigi eelarvestrateegia 2005 – 2008 heakskiitmine" ¹²

Võrdsed võimalused

Võrdsete võimaluste loomine ja tagamine on õiglase ja demokraatliku ühiskonna üheks tunnuseks. Ühiskonna kõikide sektorite ja tasandite tegevused SVH ennetamise strateegia elluviimisel peavad eelkõige olema suunatud nendele ühiskonna rühmadele, kes kõige rohkem vajavad toetust ja abi.

Kvaliteet

SVH ennetamise strateegia edukaks elluviimiseks on oluline kõikide tegevuste kvaliteet, mis tähendab täpset tegevuste planeerimist tõenduspõhiste eelduste tuginedes, õigete ja kvaliteetsete vahendite ja meetodite kasutamist tegevuste elluviimisel ja kõikide osapoolte ühist ning koordineeritud tegevust.

Ühine vastutus tervise eest

Enda ja oma lähikonna tervise eest hoolitsemine ja vastutamine on oluliseks võtmeks parema tervise saavutamisel. Tervise väärtustamise suurenemine peab endaga kaasa tooma suurema vastutuse ühiskonna kõikide sektorite ja üksikindiviidi tasandil. Iga otsus (poliitiline, majanduslik, sotsiaalne vm) mõjutab rahvastiku tervist ning iga otsusetegija peab tegevuste planeerimisel võtma vastutuse iseenda ja rahvastiku tervise arendamise eest.

Koostöö

Ainult ühiste jõupingutustega on võimalik saavutada rahvastiku südametervises nihet paremuse suunas. Ainuüksi tervisesektori vahenditest ja võimalustest ei piisa rahvastiku tervise parandamiseks. Kõige olulisemate tervisemõjurite arendamine soodsas suunas on võimalik vaid kogu ühiskonna ühiste jõupingutuste ja investeeringute tulemusena. Tervisesektoril on seejuures oluline roll strateegia elluviimise koordineerimisel ja jälgimisel ning teiste valdkondade nõustamisel nende tegevuste kavandamisel ja täitmisel.

3. STRATEEGIA EESMÄRK

Strateegia üldeesmärk:

Rahvastiku varajane haigestumine ja suremus südame- ja veresoonkonnahaigustesse on püsiva langustendentsiga

Tulemuslikkuse indikaatorid

- Nooremate kui 65-aastaste meeste suremus südame- ja veresoonkonnahaigustesse on vähenenud 2020. aastaks 40% võrra, mille tulemusel sureb enne 65. eluaastat iga 100 000 mehe kohta 100 meest aastas vähem kui 2002. aastal (2002. aastal 248 meest 100 000 elaniku kohta).
- Nooremate kui 65-aastaste naiste suremus südame- ja veresoonkonnahaigustesse on vähenenud 2020. aastaks 30% võrra, mille tulemusel sureb enne 65. eluaastat iga 100 000 naise kohta 24 naist aastas vähem kui 2002. aastal (2002. aastal 81 naist 100 000 elaniku kohta).

SVH ennetamise riiklik strateegia keskendub elanikkonna tervist mõjutavatele üldistele teguritele: sotsiaal-majanduslikud ja keskkondlikud, elu- ja töötingimused, juurdepääs teenustele, sotsiaalsed võrgustikud, individuaalne tervisekäitumine. Need on tegurid, mis kõige enam määravad elukvaliteeti ja heaolu ning haiguste kujunemist.

Südametervise parandamiseks on oluline suurendada individuaalset ja ühiskondlikku vastutust tervise eest ning vähendada tervist ohustavaid riskitegureid. Oluline on, et rahva füüsiline aktiivsus suureneks, toitumisharjumused paraneksid, tubakatarbimine ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimine väheneksid ning ennetavate tervishoiuteenuste kättesaadavus paraneks. Selleks tuleb tõsta terviseteadlikkust ning väärtustada tervist indiviidi, organisatsiooni, paikkonna ja riigi tasandil, arendada oskusi tervislike valikute ja tervist toetavate otsuste tegemiseks ning tugevdada kõigi sektorite vahelist koostööd tervisedendamise soodustamiseks.

3.1. VALDKOND: FÜÜSILINE AKTIIVSUS

Strateegiline alaeesmärk:

Rahvastiku füüsiline aktiivsus on suurenenud

Tulemuslikkuse indikaatorid

- 16–64-aastaste osakaal, kes on vähemalt kaks korda nädalas kehaliselt aktiivsed, suureneb 2008. aastaks 40%-ni (2002. a 30%) ja 2020. aastaks 60%-ni (allikas: Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring)
- Õpilaste osakaal, kes on vähemalt 5 korda nädalas vähemalt 30 minutit kehaliselt aktiivsed, suureneb 2008. aastaks 70%-ni (2001/2002. a 59%) ja 2020. aastaks 80%-ni (allikas: Eesti kooliõpilaste liikumisaktiivsus 2001/2002)

Taust

Vähene füüsiline aktiivsus suurendab riski haigestuda südame- ja veresoonehaigustesse

Füüsilist aktiivsust defineeritakse kui kehalist liikumist, millega kaasneb energiakulu. Liikumisel on südame- ja veresoonehaiguste riskifaktoreid, pidurdab SVH teket, arengut ja kordumist ning aitab kaasa südamehaigustest taastumisele. Südamehaiguste seisukohast ei ole oluline mitte võistlussport, vaid regulaarne füüsiline aktiivsus.

Rohkem kui 30% Euroopa täisealise elanikkonna füüsiline aktiivsus on madal. Regulaarse füüsilise aktiivsusega inimestel on südame isheemiatõppe haigestumise riski hinnatud poole väiksemaks istuva eluviisiga inimeste omast (Morris et al., 1953, Powell, 1987, Berlin ja Colditz, 1990, Vouri, 2001). Insuldi riski on hinnatud kehaliselt aktiivsetel inimestel 25% võrra madalamaks võrreldes vähemaktiivsetega (Lee et al., 2003, Promoting Heart Health, 2004).

Eesti täiskasvanud elanikkonnast saab spordiharrastuslikku liikumiskoormust (käimine ja jalgrattasõit kaasa arvatud) vähemalt 2–3 korda nädalas 30% täiskasvanuist, sealhulgas 20% üle 40-aastastest. Need näitajad on püsinud stabiilsena viimase aastakümne jooksul. Regulaarset sportlikku laadi liikumist harrastab kuni 15% mehi ja 10% naisi, kusjuures viimased saavad enam olulist kehalist koormust. Seejuures on tõusnud istumist nõudva töö tegijate osakaal, eeskätt naiste hulgas. 1996. aastal oli istuvat tööd tegevate meeste osakaal 25% ja 2002. aastal 28%, naiste osas vastavalt 35% ja 41% (Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, 2002). Spordiharrastustega mittetegelevate inimeste arv on viimase viie aasta jooksul oluliselt suurenenud. Kui 1998. aastal ei tegelnud üldse spordiga 21%, siis 2003. aastal 33% elanikkonnast (Eesti Sporditeabe Sihtasutus, 2004).

Tallinna Pedagoogikaülikooli spordisotsioloogia labori andmed (1992., 1996., 2003. a) näitavad, et keskkooliõpilaste sportimisaktiivsus on püsinud viimasel aastakümnel põhiliselt samal tasemel – vähemalt 2 korda nädalas harrastab liikumist (kehalise kasvatus tund välja arvatud) kaks kolmandikku poistest ja mõnevõrra vähem tütarlastest, kusjuures viimaste sportimise ja liikumisharrastuse määr on kasvanud. Intensiivset liikumist saavad poisid keskmiselt 3–4 ja tütarlapsed 2–3 tunni ulatuses nädalas (Arvisto et al., 1995, Noormets, 1998, Kaal, 1998). 90% õpilastest osaleb kõigis või enamikus kehalise kasvatus tundides (Harro et al., 2004).

Kokkuvõtteks võib öelda, et elanikkonna füüsiline aktiivsus ei ole piisav eelkõige täiskasvanud elanikkonna hulgas ning noorte liikumisharjumuste kujundamine vajab jätkuvat toetamist.

Meetmed liikumisharjumuste suurendamiseks

Tervisespordiga tegelejate osakaal ja inimeste füüsiline aktiivsus on olnud aastaid madalseisus. Liikumisharrastuse olulisuse teavitamist on küll toimunud erinevate projektide raames (südameprojekt, maijooks, rahvajooksud jm), ent see ei ole andnud laialdast positiivset nihet igapäevase liikumisharjumuse kujunemisel Eestis.

Üleriigilise tegevuse ja infrastruktuuri arendamisega on võimalik Eesti elanike liikumisharjumusi mõjustada. Tegevuste korraldamisel on eriti oluline kohalike omavalitsuste (KOV) kaasamine ning nende suutlikkuse tõstmine paikkondlike tegevuste elluviimisel. Positiivseid näiteid võib leida põhjanaabrite juurest, kus viimase viieteistkümne aasta jooksul on ellu viidud ulatuslikud programmid eesmärgiga muuta rahvastiku liikumisharjumusi. Selle tulemusena saavutati Soomes 1990ndate alguses pidev liikumisharrastuse tõus, mis on viimased aastad stabiilsena püsinud.

Liikumisharrastuse edendamise programmi kaks tõenduspõhist komponenti on nii elanikkonna teavitamine kui toetava keskkonna ja infrastruktuuri arendamine. Eesti teavitamise vigadeks senini võib pidada kas kampaaniate ebapiisavat mahtu või kampaaniate liigset suunatust spordiüritustele.

Oluline on teadvustada, et tervislik ei ole mitte ainult sportimine, vaid ka lihtsalt liikumine. Juba mõõdukal liikumisel on positiivne mõju tervisele ning seda on meil kõigil võimalik oma igapäevatoimetustesse põimida. Eriti oluline on laste liikumisharjumuste kujundamine, kuna juba lapseas palju liikunud inimesed jätkavad suure tõenäosusega liikuvat eluviisi ka täiskasvanuna. Koolieas metoodiliselt õigesti läbiviidud kehalise kasvatuse tunnid motiveerivad hiljem sportlike harjumuste teket. Erineva füüsilise võimekusega lapsed tuleks kaasata kooli kehalise kasvatuse tundidesse nii, et kõigil lastel tekiks soov ja harjumus olla füüsiliselt aktiivne.

Kiire elutempo ja piiratud rahaliste vahendite juures on paljudel keeruline ühineda spordiklubidega. Seetõttu tuleb julgustada inimesi leidma endale alternatiivsed liikumisvõimalused. Igapäevane kõndimine ja jalgrattaga sõitmine on odavad ja käepärased liikumisvõimalused, mida peaaegu kõik saaksid oma päevakavasse lülitada. Selleks peab inimeste liikumist soodustava ja toetava keskkonna tagamine olema üheks transpordi arengustrateegia suunaks.

Meede 1. Elanikkonna teadlikkuse tõstmine tervist toetavast liikumisest

Tegevused

- 3.1.1. Kõigi sihtrühmade vajadusi arvestava liikumisvõimaluste süsteemse teabelevi väljatöötamine ja rakendamine (viiakse ellu tegevuse 3.5.4 raames)
- 3.1.2. Erinevatele sihtrühmadele suunatud füüsilise võimekuse enesetestimise läbiviimise süsteemi väljatöötamine ja kättesaadavaks muutmine
- 3.1.3. Perearstide ja pereõdede täiendkoolitus tervisespordiga seonduva nõustamise laialdasemaks rakendamiseks (viiakse ellu tegevuse 3.4.3 raames)

Meede 2. Füüsilist aktiivsust soodustava toetava keskkonna ja infrastruktuuri tagamine

Tegevused

- 3.1.4. KOV-de teadlikkuse tõstmine nende rollist liikumist soodustava keskkonna kujundamisel, mille tulemusena peaksid kohalikud arengukavad sisaldama ühe osana liikumist soodustava keskkonna

ja infrastruktuuri (spordirajatised, turvalised jalgrattateed ja terviserajad, laste spordi- ja mänguväljakud, turvaline koolitee) arendamist paikkonnas

- 3.1.5. Täiendava raha suunamine KOV-le tingimusel, et kohalik arengukava sisaldab liikumist soodustava keskkonna ja infrastruktuuri arendamist ja nad on ise nõus täiendavalt arengukava täitmisse panustama
- 3.1.6. Kõigile õpilastele õppeasutuste juures sportimise ja liikumise võimaluste tagamine
- 3.1.7. Õpetajate (klassi- ja kehalise kasvatus õpetajad) põhi- ja täiendkoolituse õppekavade täiendamine temaatikaga, mis käsitleb õpilaste füüsilise võimekuse arvestamist (sh meditsiiniliste erivajaduste arvestamine). Õpetajate põhi- ja täiendkoolitus
- 3.1.8. Lasteaedades kehalise kasvatus läbiviimise tingimuste kaardistamine ning kõigis lasteaedades liikumisharrastusteks tingimuste loomine
- 3.1.9. Tõsta oluliselt liikumisharrastuse riiklikku toetust, sh suunata tegevus põhiliselt uute harrastajate kaasamiseks
- 3.1.10. “Spordiseaduse”, “Mittetulundusühingute seaduse” ja vastavate maksuseaduste muutmine stimuleerimaks tervislikke eluviise ja liikumisharrastust
- 3.1.11. Liikumisharrastuse juhendajate kursuste rakendamine

3.2. VALDKOND: TOIT JA TOITUMINE

Strateegiline alaeesmärk:

Rahvastiku toitumisharjumused on paranenud

Tulemuslikkuse indikaatorid

- Täiskasvanute osakaal, kes tarbivad värsket puu- ja köögivilja 6–7 päeval nädalas, suureneb 2008. aastaks 30%-ni ja 2020. aastaks 70%-ni (2002. a 24%) (allikas: Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring)
- 11–15-aastaste laste ja noorte osakaal, kes tarbivad puu- ja köögivilja, suureneb 2008. aastaks 45%-ni ja 2020. aastaks 60%-ni (2002. a 36%) (allikas: õpilaste tervisekäitumise uuring)
- Toidu valmistamisel peamiselt toiduõli kasutajate osakaal suureneb 2008. aastaks 92%-ni ja 2020. aastaks 96%-ni (2002. a 89%) (allikas: Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring)
- Tavalise keedusoola kasutajate osakaal väheneb 2008. aastaks 73%-ni ja 2020. aastaks 65%-ni (2002. a 77%) (allikas: Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring)

Taust

Südam- ja veresoonehaiguste toitumisalasteks riskifaktoriteks on vähene puu- ja köögiviljade ning marjade tarbimine, soola ja küllastunud rasvade liigtarbimine, kiudainete vähesus toidus ja tasakaalustamata toitumisest tingitud ülekaalulisus.

Euroopas seostatakse ligikaudu 1/3 SVH-st kehva ja tasakaalustamata toitumisega. Tasakaalustamata toitumine põhjustab 4,6% kõigist töövõimetus ja vaegurluse tõttu kaotatud eluaastatest Euroopa Liidus, täiendavalt lisanduvad ülekaalust ja vähesest kehalisest aktiivsusest tingitud kaotatud eluaastad (vastavalt 3,7 ja 1,4%).

Viimasel kümnendil on eestlaste toitumisharjumused muutunud paremuse suunas. Kõige markantsemad muutused on aset leidnud toidurasvade tarbimises. Loomse rasvaine asendamine taimsega ja üldine toidurasvade kasutamise vähenemine on toimunud hüppeliselt. Kui 1990-ndate aastate alguses kasutas taimeõli peamise rasvaina toidu valmistamisel 28% küsitletutest, siis 2002. aastaks tõusis see 89%-ni.

Teiseks tähelepanuväärseks muutuseks eestlaste toitumiskäitumises on viimasel kümnendil nii värsked köögivilja kui ka puuvilja tarbimise sageduse ja tarbijaskonna kiire kasv nii meeste kui naiste seas. Värske köögivilja tarbimine igal nädalapäeval on meeste ja naiste hulgas tõusnud ning oli aastal 2002 vastavalt 17% ja 27% (1998. a vastavalt 12% ja 20%). Eestis tehtud leibkonnauuringute alusel on meil köögiviljade, puuviljade ja marjade tarbimine päevas siiski alla 260 g, mis on oluliselt madalam Maailma Terviseorganisatsiooni poolt soovitatavast vähemalt 400 g päevas.

Laste ja noorte toitumisharjumuste kujunemisel ja tasakaalustatud toitumisel on oluline roll lasteaias ja koolis pakutaval toidul. Koolilõunat sõid 2000. aastal keskmiselt 63% õpilastest. Koolis pakutava toidu põhilised vead on C- ja D-vitamiini ning raua ja kaltsiumi vähesus, küllastunud rasvhapete ja naatriumi liig ning vee vähene pakkumine (Pitsi, 1998). Kardioloogia Instituudi poolt 1998.–1999. aastal läbiviidud noorukite faktilise toitumise uuring näitas, et noorukite põhitoidainete vahekord on tasakaalustamata. Rasv moodustas kogu toiduenergiast 37,5% ning süsivesikud 49,4%. Polüküllastumata rasvhapped moodustasid 39,6% kogu rasvast ning suhteliselt suur on sahharoosist saadav toiduenergia (14,5%). Vitamiinidest ja mineraalainetest oli vajadusest madalam A-vitamiini ja kaltsiumi tarbimine (Saava, 2002).

Rasvumine ja ülekaalulisus suurendavad südame- ja veresoonkonnahaigustesse ning insuliinist sõltumatusse suhkurtõppe haigestumise ohtu. Euroopas on ülekaalulisus muutunud väga tõsiseks rahvatervise probleemiks. Eestis ei ole ülekaalulisus tänaseks veel ulatuslik probleem, kuigi noorte ja keskealiste kehaliselt mitteaktiivsete meeste hulgas on uurimused näidanud suhteliselt suurt (44,2%) ülekaaluliste protsenti (Pihl et al., 1998).

Kokkuvõtteks võib öelda, et kuigi viimasel kümnendil on Eesti elanike toitumiskäitumises rida positiivseid muutusi, on valdav osa Eesti toidulauast ikka tasakaalustamata, eriti südame- ja veresoonkonnatervise seisukohast.

Meetmed toitumisharjumuste parandamiseks

Eesti rahva toitumisharjumused on küll viimase kümnendi jooksul paranenud, kuid südamertervise aspektist oleks vajalik toitumisharjumusi veelgi muuta. SVH ennetamisel peetakse kogu rahvastikku hõlmavat tervisliku toitumise programmi kõige kuluefektiivsemaks tegevuseks võrreldes teiste programmidega (nt suitsetamisest loobumise nõustamine, vererõhu alandamine ravimitega jne). Puu- ja köögivilja tarbimine vähemalt 5 portsjonit (portsjon = 100–200 g aedvilju toorena või keedetult või 1 puuvili (100 g); 2 dl marju; 2 dl puuviljamahla) päevas vähendab kroonilistesse haigustesse haigestumise tõenäosust kuni 20%. Tavapärasest 1 portsjon rohkem puu- ja köögivilja päevas alandab riski haigestuda südame- ja veresoonkonnahaigustesse 4% ja infarkti 6% ning aitab alandada kõrget vererõhku.

Elanikkonna toitumisharjumuste parandamiseks tuleb elanikkonda teavitada tervislikest toitumistavadeist. Pikaajaline ja regulaarne samasuunaline teavitustöö võib tõsta ühiskonnas teadlikkust ja kaugemas perspektiivis toob kaasa positiivseid muutusi suhtumistes ja tervisekäitumises. Näiteks Taanis läbiviidud “6 a day” projekti tulemusena on suurenenud kahe aasta jooksul puu- ja köögiviljade tarbimine kuni 40%. Eestis 2003. aastal massimeedia vahendusel teostatud puu- ja köögivilja projekti tulemusel oli 15–74-aastaste hulgas köögivilja (v.a kartul) igapäevaseid tarbijaid Eestis 2003. aastal 47% (2002. aastal 35% elanikkonnast) puuvilja/marjade tarbijaid 46% (2002. a vastavalt 27%).

Toitumisharjumuste parandamiseks ei piisa üksnes teavitamisest, vaid tuleb luua inimestele võimalus tervislikult toituda. Keskkonna muutumist (näiteks toidu koostise muutust toitlustusasutustes) peetakse

ühaks kõige efektiivsemaks ja kiiremini tulemusi andvaks tegevuseks. Väga oluliseks institutsionaalse toitlustamise osaks on koolitoit. Soome erilist edukust SVH ennetamisel võib osaliselt seostada ka sellega, et Soome annab igale õppijale tasuta koolitoidu – võrdse võimaluse igale koolilapsele.

Meede 3. Soodustada elanikkonna tervislikke toitumisvalikuid ning tõsta teadlikkust tasakaalustatud toitumisest

Tegevused

- 3.2.1. Tervisliku toitumise soovitude kogumine ja süstematiseerimine erinevate vajadustega sihtrühmadele
- 3.2.2. Toitumisalase eestikeelse arvutiprogrammi loomine, mis võimaldab inimesel enesel hinnata oma toitumise tervislikkust
- 3.2.3. Puu- ja köögivilja, rukkileiva ning väherasvaste ja vähese keedusoolasisaldusega toodete tarbimise edendamise teabekampaaniad noortele ja täiskasvanutele
- 3.2.4. Südametervisliku toitumise alane koolitus ning infoallikate kasutamise õpetus perearstidele ja pereõdedele, kooliõdedele ning tervisetoa tervisedendajatele (viiakse ellu koos tegevusega 3.4.3)
- 3.2.5. Toiduainete märgisüsteemi korrastamine ja rakendamine. Elanikkonna teavitamine märgisüsteemi olemusest
- 3.2.6. Teabematerjalide koostamine, mis sisaldavad toitumissoovitusi erinevate krooniliste haiguste korral ning mida jaotatakse tervishoiusüsteemi kaudu, ja tervislike eluviiside juhendmaterjalide levitamine kõigis vanuserühmades
- 3.2.7. Teavitamine ning seeläbi tootjate, toitlustajate ja kaubandusettevõtete motiveerimine mõtlema oma rolli üle rahva toitumisharjumuste kujunemisel ja valikute mõjutamisel

Meede 4. Tagada tasakaalustatud toitumise põhimõtete järgimine institutsionaalses toitlustamises

Tegevused

- 3.2.8. Südametervisliku toitumise alane koolitus ning infoallikate kasutamise õpetus institutsionaalse toitlustamise korraldajatele
- 3.2.9. Terviseportaalide soovituslike menüüde ja koolitusmaterjalide avaldamine lasteaedadele, koolidele, haiglatele, hooldekodudele jt riigi poolt toitlustamist korraldavatele ettevõtetele (viiakse ellu tegevuse 3.5.3 raames)
- 3.2.10. Järelevalvemehhanismi tõhustamine toidu koostise õigusaktidele vastavuse järelevalveks institutsionaalses toitlustamises
- 3.2.11. Projekti “Üks puuvili koolis” käivitamine puuvilja pakkumiseks lasteaias/koolis
- 3.2.12. Koolipiima ja koolilõuna programmide jätkamine

3.3.VALDKOND: SUITSETAMINE

Strateegiline alaeesmärk:

Tubaka tarbimislevimus ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimine on püsiva langustendentsiga

Tulemuslikkuse indikaatorid

- Igapäevasuitsetajate osakaal 13-aastaste hulgas on püsiva langustendentsiga ning 16–64-aastaste meeste hulgas väheneb 2008. aastaks 40%-ni ja 2020. aastaks 30%-ni; naiste hulgas 2008. aastaks 16%-ni ja 2020. aastaks 10%-ni (2002. aastal mehed 45%, naised 18%, 13-aastased 10%) (allikad: Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, õpilaste tervisekäitumise uuring, 2002).
- Väljaspool kodu tubakasuitsuses keskkonnas vähemalt üks tund päevas viibivate meeste osakaal väheneb 2008. aastaks 12%-le, 2020. aastaks 6%-le; naiste seas 2008. aastaks 5%-le, 2020. aastaks 2%-le (2002. aastal vastavalt mehed 26% ja naised 10%).

Taust

Nii aktiivne kui passiivne suitsetamine kahjustavad kogu südame ja veresoonkonna ühtset süsteemi, suurendades oluliselt ateroskleroosi, südame isheemiatõve, südameinfarkti ja ajurabanduse riski.

Tavateadmises seostatakse suitsetamist peamiselt kopsuvähiga. Palju vähem teatakse suitsetamise tervist kahjustavast toimest seoses südame- ja veresoonkonnahaigustega. Sigareti põlemisel tekib üle 4000 keemilise ühendi, lisaks eraldub veel mitmeid tahkeid aineosakesi, millest samuti suur hulk on tervisele kahjulikud või lausa toksilised. Nende regulaarsel sissehingamisel kahjustub nii suitsetaja enda kui ka tema lähiümbruses viibiva mitesuitsetaja arterite sisesein, häirub vere normaalne biokeemia ning südamelihase hapnikuvajadus ja -varustus, mis viib paratamatult taaspöördumatute muutusteni organismis ja kroonilise haigusseisundi väljakujunemisele. Arvestuslikult väheneks südame- ja veresoonkonnahaiguste osakaal ligi 40%, kui keegi ei suitsetaks.

Suitsetamine on ainus südamerervise üksik riskifaktor, mida on võimalik kohe kõrvaldada. Suitsetamisest loobumisel hakkab riski suurus kohe vähenema ja võrdsustub mitesuitsetaja riskiga haigestuda mõnda südame- ja veresoonkonnahaigusse umbes 10 aasta jooksul.

Eesti täiskasvanute tervisekäitumise uuringu andmetel suitsetas 2002. aastal Eesti meestest 45% ja naistest 18%. Muret tekitav on kooliõpilaste suitsetamislevimuse kasv viimasel kümnendil, kusjuures eriti märkimisväärne on olnud tõus tütarlaste seas. 2001.–2002. aastal läbiviidud õpilaste tervisekäitumise uuringu andmetel oli neid, kes vähemalt üks kord nädalas suitsetasid, 13-aastaste hulgas keskmiselt 10,3% (poistest 12,8% ja tüdrukutest 8%). 15-aastastest Eesti noortest suitsetas vähemalt üks kord nädalas 24,2% (30,4% noormeestest ja 18,2% neidudest).

Enamik igapäevasuitsetajatest (ligi 75%) on mures oma tervise pärast seoses suitsetamisega. Nende igapäevasuitsetajate hulk, kes soovib tubakasõltuvusest vabaneda, on aastate vältel suurenenud ning läheneb teistes arenenud riikides avaldatud uuringuandmetele (80%).

Tähelepanuväärselt suur osa mitesuitsetajatest on suuremal või vähemal määral sunnitud viibima tubakasuitsust saastatud ruumides ning selle nn passiivse suitsetamise kaudu ohtu seadma oma tervise. Passiivse suitsetamise levimuses on toimunud paranemine just väljaspool kodu, kus suitsustes ruumides viibinute osakaal on hakanud oluliselt vähenema. Siiski vaid 50% üle 16-aastastest elanikest sai 2000. aastal väljaspool kodu alati hingata suitsuvaba õhku.

Suitsetamislevimuse iseloomulikeks suundumusteks viimasel kümnendil on olnud: kiire kasv pärast 1990. aastat ja vähenemistendents alates 1994. aastast peamiselt suurema sissetulekuga ja kõrgharidusega inimeste seas; üldine kasv kooliõpilaste seas kõikides uuritud vanuserühmades; tubakavaba keskkonna suurenemine väljaspool kodu; nõustamis- ja ravivõimaluste tekkimine tubakast loobumiseks.

Meetmed tubakatarbimise levimuse ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimise vähendamiseks

Tubakatarbimisest tingitud tervise- ja majanduskahju on siiani alahinnatud. Vähesed teavad, et suitsetamine on sõltuvushaigus, mis on fikseeritud diagnoosina rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis. Sõltuvusest täielikult vabaneda õnnestub vaid 1/3 suitsetajatest.

Maailma arenenud tööstusriikides oli aastatel 1970–2000 tubaka tarbimislevimus selge langustendentsiga, mille saavutamise aluseks on olnud kolm komplekselt rakendatud strateegilist tegevussuunda: tubakatoodete nõudluse ja kättesaadavuse vähendamine, suitsetajate abistamine tubakast loobumisel ja tubakavaba keskkonna suurendamine.

Kontseptuaalselt on sellise strateegia elluviimiseks vajalik seada tubakatarbimise levimuse vähendamine üheks pikemaajaliseks riiklikuks prioriteediks.

Nimetatud suundadest hõlmab esimene preventiivse suunaga meediakampaaniaid sisaldavate projektide/programmide käivitamist; põhikoolide õppekavades tubakateema käsitlemise muutmist kohustuslikuks; seadusandluse korrastamist suitsetamispiirangute suurendamisega avalikes kohtades; järelevalve tõhustamist tubakatoodete müügikohtades; illegaalse turuosa vähendamist tubakakaubanduses; tubakareklaami, müügiesituse ja sponsorluse keelustamist; tubakatoodete hinna tõusu hoidmist kõrgemal keskmisest inflatsioonist ja sissetulekute kasvust; suitsetamisteema lülitamist kõikidesse arengukavadesse.

Teise suuna sisuks on püsiva nõustamis- ja raviteenuste kättesaadavuse tagamine suitsetamisest loobujatele koos vastava personali koolituse ja asjakohaste juhendmaterjalidega. Efektiivseks on osutunud ka tubakast loobumise regulaarsete võistluste korraldamine.

Kolmanda suuna sisuks on tööandjate sotsiaalse vastutuse tõstmine tubakavaba keskkonna tagamisel, elanike suhtumiste ja hoiakute muutmine suitsetamise suhtes taunivaks ning õigusaktide täitmise senisest tõhusam järgimine.

Meede 5. Erinevate sihtrühmade väärtushinnangute ja käitumismudelite kujundamine tubaka tarbimisest ja passiivsest suitsetamisest hoidumiseks

Tegevused

- 3.3.1. Suitsetamise teema kajastamine riiklikes õppekavades (alushariduse raamõppekava, põhikooli ja gümnaasiumi riiklik õppekava) elutervete hoiakute kujundamiseks, enesehinnangu tõstmiseks, toimetulekuks erinevates olukordades, koos näitlike õppevahendite kasutamise (videod, rollimängud, viktoriinid, konkursid jms)
- 3.3.2. Suitsetamise ning teiste tervist kahjustavate tegevuste käsitlemine õpetajate põhi- ja täiendkoolituses ning vastavasisulistel õppe- ning meetodilistel materjalidel varustatuse tagamine
- 3.3.3. Suitsetamise vähendamine kaitsevõimevahendites nõustamise ja suitsetamise piirangute kehtestamise kaudu sõjaväe territooriumil

- 3.3.4. Tubakaaktsiisi kokkulepitud taseme tõstmine vastavalt Euroopa Liidu liitumislepingus sätestatud nõuetele 10 aasta asemel 5 aasta jooksul. Laekunud aktsiisist 1% suunatakse suitsetamise vähendamisele suunatud tegevuste, tervisekampaniate finantseerimiseks
- 3.3.5. Motivatsioonistrateegiate rakendamine organisatsiooni arengustrateegiates (rahvusvahelistes kampaniates osalemine, nt “Loobu ja võida”, “Suitsuprii klass”, motiveerimissüsteemi rakendamine), tubakateema lülitamine kõikidesse tervist edendavatesse liikumistesse (tervist edendav kool/haigla/linn/töökoht), osalemine Euroopa Liidu koostööprojekti ENYPAT

Meede 6. Tubakast loobumise nõustamise teenuse süsteemi loomine ja elanikkonnale kättesaadavaks tegemine

Tegevused

- 3.3.6. Suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse integreerimine esmatasandi arstiabisüsteemi (viiakse ellu tegevuse 3.4.3 raames)

Meede 7. Tubakavaba keskkonna suurendamine järelevalvesüsteemi tegevuse parandamise kaudu

Tegevused

- 3.3.7. “Tubakaseaduse” efektiivne ja tulemuslik rakendamine koostöös järelevalveüksuste ja meediaga. Kodanikualgatuse suurendamine koos avalikustamisega. Regulaarne järelevalvet teostavate isikute koolitus

3.4. VALDKOND: TERVISHOID

Strateegiline alaeesmärk:

Kvaliteetsed SVH ennetamisele suunatud tervishoiuteenused on kättesaadavad

Tulemuslikkuse indikaatorid

- Perearsti nimistus olevate 30–60-aastaste isikute osakaal (%), kellele määratakse SVH riskitegureid, suureneb püsivalt 5% aastas.
- Südame- ja veresoonehaigete taastus- ja järelravisüsteem on 2008. aastaks korrastatud.

Taust

SVH kõrgriskiga inimeste ja haigestunute kvaliteetne ja kättesaadav ravi aitab ennetada haigestumist, varajast suremust ning parandab haigestunute elukvaliteeti.

Kogu maailmas on ca 32 miljonit südameinfarkti ja ajuinsulti aastas, samas on miljardeid avastamata kõrge SVH-riskiga isikuid. Nende riskitegurite mõjustamine elustiili muutuste ja ravimitega aitab oluliselt langetada tüsistuste riski (WHO Report. Geneva, 2002). SVH ennetamise oluliseks komponendiks on nüüdisaegsel tasemel südamehaiguste ravi ja kliiniline preventatsioon.

Keskised arteriaalse vererõhu ja kolesterooli näitajad ületavad Tallinna meestel ja naistel vastavaid näitajaid nende eakaaslastel enamikus Euroopa riikides. Teiselt poolt on Kardioloogia Instituudi teadurite uuringud näidanud, et Eesti arstid on puudulikult orienteeritud ennetuslikule tegevusele ja tegelevad vähe SVH profülaktikaga ja tervisedendamisega. Vaid 14% Tallinna elanikele olid meedikud soovitanud oma eluviise parandada (Volož, 1999).

Vaatamata kõrgele suremusele/haigestumusele on paljude südame- ja veresoonehaiguste uurimis- ja ravimeetodite kasutamissagedus Eestis kordi madalam kui Lääne-Euroopa riikides. Ambulatoorse eriarstiabi järjekorrad kardioloogias ületavad viimastel aastatel Haigekassa poolt kehtestatud maksimaalset lubatud piiri regionaalsetes ja osades keskhaiglates. Plaanilise arstiabi osakaal on kardioloogias personali vähesuse ja puuduliku ressursi tõttu väike, haiged jõuavad statsionaari kõige sagedamini alles haigustüsistuste tekkides, mil tervistumise ja töövõime täieliku taastamise tõenäosus on tagasihoidlik ning ravikulutused suuremad.

Taastus- ja järelravi kättesaadavus on viimastel aastatel oluliselt vähenenud. Aktiivravi saanud haigete (kardioloogia, kardiovaskulaarkirurgia, neuroloogia) süstemaatilise ja igakülgse taastusravi abil on võimalik kiiremini ja täielikumalt taastada inimeste töövõime ning ilma kõrvalise abita toimetulek.

Meetmed tervishoiuteenuste parendamiseks SVH ennetamisel

Ennetusega on seni tegeldud peamiselt projektipõhiselt, millesse on siiani kaasatud ligi veerand perearstidest ning suuremad haiglad. Lisaks on ennetus ka kõigi Haigekassa poolt tunnustatud ravijuhendite kohustuslik osa. Raviteenuste kõrval tuleb rohkem tähelepanu pöörata haigusprotsessi avastamisele selle algjärgus ja nende faktorite määramisele, mis võivad haigusprotsessi vallandada. Oluline on käivitada motiveeritud ennetustegevus ja ohustatud isikute väljaselgitamine rutiintegevusena (mitte kampaaniatena) nii arstiabi esmatasandil kui ka eriarstide poolt. Esmatasandi arste tuleb suunitletult koolitada oskuste ja teadmiste osas, mis võimaldavad kasutada igapäevatoos aktiivselt SVH varajast diagnostikat.

Nüüdisaegse ravikeskkonna loomine on ravi tulemuslikkuse ja kvaliteedi eeltingimus, mis hoiab ära tüsistuste tekkimise ja vähendab hilisema kalli taastusravi vajadust.

Meede 8. SVH-st ohustatud kontingendi väljaselgitamine ja riskide vähendamine

Tegevused

- 3.4.1. SVH ennetamisele ja varasele avastamisele suunatud ennetavate tervishoiuteenuste süsteemi arendamine esmatasandi tervishoius ja SVH riskifaktorite skriining
- 3.4.2. Tervisetoa tervisedendaja tegevusjuhendi väljatöötamine, tunnustamine ja rakendamine (viiakse ellu tegevuse 3.5.1 raames)
- 3.4.3. Südameravisliku toitumise, liikumisaktiivsuse ja suitsetamisest loobumise alane koolitus ning infoallikate kasutamise õpetus perearstidele ja pereõdedele, kooliõdedele ja tervisetoa tervisedendajatele. (Tegevus toimub lisaks Haigekassa poolt esmatasandi tervishoiuteenuse piirhinna üldkulu osana toimuvale tegevusele.)

Meede 9. Eriarstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamine

Tegevused

- 3.4.4. Tõendus põhise ja kvaliteetse raviteenuse kättesaadavuse tagamine

- 3.4.5. Meditsiinasutuste töövahendite, ruumide ja aparatuuriga varustatuse nõuetega vastavusse viimine
- 3.4.6. Südame- ja veresoonkonnahaigete taastus- ja järelravisüsteemi korrastamine
- 3.4.7. Valdkonna rakendusliku iseloomuga teadustöö riikliku finantseerimise suurendamine

3.5. VALDKOND: TEABELEVI JA PAIKKONNA SUUTLIKKUSE TAGAMINE

Strateegiliste valdkondade eesmärkide elluviimiseks on vajalik teabelevi ja sektorite vaheline koostöö, mis ei piirdu enamasti ühe strateegilise valdkonnaga. Seetõttu on kõigi strateegiliste valdkondade ülene teabelevi ja koostöö toodud eraldi valdkonnana. SVH ennetamine seisneb südamerõõslike probleemide vältimises, milles on määravaks inimeste tervist hoidvate eluhoiakute kujundamine ning tervisepotentsiaali maksimaalne väljaarendamine tervist toetava keskkonna suurendamise kaudu.

Strateegiline alaeesmärk:

Tagada programmi terviklik ja tõhus elluviimine

Meetmed SVH ennetamise strateegia teavitamise läbiviimise ja koostöö tagamise tõhustamiseks

Strateegia edukuse tagavad tegevused maakondade ja kohalike omavalitsuste tasemel, mis eeldab paikkonnas paiknevate üksuste koostööd. Maakondliku süsteemi eesmärgiks on detsentraliseerida tervisedenduslikku tegevust, kuna see aitab paremini vastata kohalikele vajadustele ning eripäradele. Vastavalt "Rahvatervise seaduse" §-le 9 vastutab maakondliku tervisedendusliku tegevuse korraldamise eest maavanem. Maavalitsuse juurde moodustatakse tervisenõukogu, kuhu kuuluvad erinevate osapoolte, sh kohalike omavalitsuste esindajad. Koostöös maavalitsuste esindajatega töötatakse välja tervisenõukogude täpsed ülesanded. Tervisenõukogu peamiseks ülesandeks strateegia rakendamisel on maakondliku strateegia rakenduskava koostamine ning tegevuskava elluviimine. Tegevuskava elluviimiseks luuakse maakondlikud tervisetoad, kus hakkab töötama tervisedendaja. Tervisetoad on mittemeditsiinilised ning nende põhiülesandeks on rakendada maakondlikku strateegia tegevuskava koostöös kohalike omavalitsustega ning erinevate võrgustikega. Pikemas perspektiivis peaks selline maakondlik korraldus muutuma püsistruktuuriks ning haarama lisaks strateegia elluviimisele ka teisi rahvatervise programme.

Meede 10. SVH ennetustöö paikkondlikul tasandil

Tegevused

- 3.5.1. Paikkondliku tervisedenduse korralduse kontseptsiooni rakendamine, sh maakondlike tervisenõukogude rakendamine
- 3.5.2. Maakondlike tervisetubade loomine, kus teostatakse südamerõõslike informatsiooni levitamist, terviselike eluviiside teabe levitamist, rahvatervise ürituste korraldamist
- 3.5.3. Terviseportaali loomine
- 3.5.4. Paikkondliku teabevisüsteemi loomine

- 3.5.5. Tervist edendavate töökohtade liikumise ellukutsumine ja toetamine, personalitöötajate kaudu töökeskkonna tingimuste, tööandjate ja töötajate südamerwise alase teadlikkuse mõjutamine positiivses suunas. Vastavate juhendmaterjalide väljatöötamine
- 3.5.6. Tervist edendavate koolide, lasteaedade, linnade ja haiglate tegevuse laiendamine

Meede 11. Tervist hoidvate eluhoiakute kujundamine

Tegevused

- 3.5.7. Teavitamiskontseptsiooni väljatöötamine ja rakendamine erinevate meediakampaniate läbiviimiseks avalik-õiguslikus televisioonis ja raadios, trükiste ning venekeelsete subtiitritega varustatud VHS-kassettide väljaandmiseks
- 3.5.8. Üleriigilise südamenädala korraldamine igal aastal

3.6. Strateegiaga seotud uuringud ja statistilised andmekogud

- 3.6.1. Liikumisharrastuse monitooring
Kogu elanikkonda hõlmav küsitlus viiakse läbi liikumisharrastuse tendentside fikseerimiseks. Uuring võimaldab hinnata elanikkonna liikumisharjumuste muutusi
- 3.6.2. Antropomeetria andmekogu
Antropomeetria andmekogu on Tartu Ülikooli juures. Oluline on täiendada andmekogu ja ajakohastada infobaasi eesmärgiga jälgida antropomeetrilisi trende. Rahvastiku antropomeetriliste trendide jälgimine on oluline toitumise ja füsioloogiliste muutuste hindamisel
- 3.6.3. Projekt “Lapsed ja rasvumine”
Osalemine rahvusvahelises projektis “Children and Obesity and Associated Avoidable Chronic Diseases” (“Lapsed ja rasvumine ning ärahoitavad kroonilised haigused”). Projekti eesmärgiks on pidurdada laste rasvumist ning projekt keskendub peamiselt keskkonnaga seotud faktoritele: mõõta ja analüüsida toidu turustamise ja reklaami mõju lastele ja noortele. Lõpptulemusena peaks valmima konsensusdokument nii Euroopa kui rahvuslikul tasandil, mis näitab ära edasised tegevussuunad ja juhised. Projekti kogu kestus on 32 kuud ning haaratud on kõik Euroopa Liidu endised liikmed ning uutest liikmetest Eesti, Sloveenia, Ungari ja Tšehhi
- 3.6.4. Toitumise andmekogu
Toitumise andmekogu rakendamisele suunatud tegevus. Sotsiaalministeerium ja Põllumajandusministeerium on teinud erinevaid toidu koostise ja toiduohutuse uuringuid, mis vajavad süstematiseerimist ja tarkvarad ühtlustamist
- 3.6.5. E-haigusloo täiendamine tervisekäitumise märgetega
E-haigusloo täiendamine tervisekäitumise märgetega. E-haigusloo projekti koostamisel on oluline lisada tervisekäitumise (füüsiline aktiivsus, suitsetamisharjumused, passiivne suitsetamine, tasakaalustatud toitumine) kohta andmeväljad, et edaspidi oleks võimalik lihtsate vahenditega hinnata trende ja riskifaktoreid
- 3.6.6. Infarktiregister
Infarktiregistrit peetakse Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum juures projektipõhiselt. Oluline on laiendada infarktiregistrit kogu riigi ulatuses eesmärgiga koguda informatsiooni, mis on aluseks populatsiooni tasandil infarkti puudutavale statistikale ning teadustööle. Samuti toetab infarktiregister meditsiiniliste auditite läbiviimist, mille abil on võimalik parandada ravikvaliteeti.

3.6.7. Insuldiregistri loomine

Insult on peaaegu veresoonte haigusest põhjustatud tervisehäire, mis on pahatihti püsiv. Sarnaselt infarktiregistriga on oluline hakata pidama ka insuldiregistrit insuldi haigestumusstatistika korraldamiseks, insuldi esinemise ja põhjuste ning insuldihaigete elulemuse analüüsiks, tervishoiukorralduseks, insuldi ravikvaliteedi tõstmiseks ja preventsiivmeetmete väljatöötamiseks ning nende tõhususe hindamiseks

3.6.8. Laste ja täiskasvanute tervisekäitumise uuringud

Uuringuid viiakse läbi alates 1996. aastast igal teisel aastal. Mõlemad uuringud on aluseks elanikkonna tervisetrendide ja tervisekäitumise trendide jälgimisel ja võimaldavad hinnata tervisevaldkonnas (sh SVH ennetamise strateegia raames) rakendatavate meetmete tõhusust, seetõttu on eriti oluline jätkata uuringute läbiviimist väljakujunenud skeemi kohaselt

3.7. Strateegia elluviimise toetamine

3.7.1. Iga-aastane kvantitatiivne ja kvalitatiivne eksperthinnang strateegia elluviimise protsessi ja mõju kohta

3.7.2. Strateegia juhtimine ja arendamine

4. STRATEEGIA JUHTIMINE

Strateegia elluviimist juhib ja selle rakendamist koordineerib Sotsiaalministeeriumi juurde moodustatud strateegia nõukogu, kuhu kuuluvad maavalitsuste, kohalike omavalitsuste ning strateegiaga seotud ministeeriumide ja teiste institutsioonide, sh mittetulundusühingute esindajad ning erialaliitude esindajad.

Strateegia nõukogu esimees on sotsiaalminister, kes esitab üks kord aastas Vabariigi Valitsusele strateegia täitmise aruande.

Strateegia nõukogu pädevusse kuulub strateegia elluviimiseks kavandatud iga-aastase tegevuskava täitmiseks kavandatud meetmete ja ettepanekute läbivaatamine ja heakskiitmine, strateegia täitmise aruannete läbivaatamine, heakskiitmine ja strateegia elluviimise tulemuslikkuse hindamine.

Strateegia nõukogu otsused kinnitab sotsiaalminister oma allkirjaga.

Strateegia nõukogu koosseis ja töökord kinnitatakse sotsiaalministri käskkirjaga.

Strateegia nõukogu teenindav üksus on Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond.

Strateegia ettevalmistamist ja aruande koostamist koordineerib Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond.

Ettepanekud strateegia nõukogu osas:

Nõukogu esimees:
sotsiaalminister

Liikmed:

Sotsiaalministeeriumi asekancler

Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja

Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna tervisepoliitika juht

Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna krooniliste haiguste peaspetsialist

Sotsiaalministeeriumi terviseinfo- ja analüüsi osakonna peaspetsialist
 Rahandusministeeriumi esindaja
 Haridus- ja Teadusministeeriumi esindaja
 Kultuuriministeeriumi esindaja
 Põllumajandusministeeriumi esindaja
 Siseministeeriumi esindaja
 Tööandjate Keskliidu esindaja
 Eesti Linnade Liidu esindaja
 Eesti Maaomavalitsuste Liidu esindaja
 Eesti Südameliidu esindaja
 Eesti Kardioloogide Seltsi esindaja
 Tervise Arengu Instituudi esindaja
 Tallinna Tehnikaülikooli Toiduainete Instituudi esindaja
 Eesti Haigekassa esindaja
 Eesti Maakonnaarstide Koja esindaja
 Eesti Tervisedenduse Ühingu esindaja
 Perearstide Seltsi esindaja

¹ RT 1992, 26, 349; RT I 2003, 29, 174; 64, 429

² RT I 1995, 57, 978; 1996, 3, 56; 49, 953; 1997, 37/38, 569; 1999, 30, 415; 88, 804; 2001, 23, 128; 2002, 32, 187; 53, 336; 61, 375; 63, 387; 90, 521; 2003, 26, 156 ja 160; 2004, 45, 315; 75, 520; 87, 593

³ "EL Nõukogu 2. juuni 2004 järeldused "Promoting heart health", 9627/04 SAN 92"

⁴ Ottawa Charter for Health Promotion, 1986

http://www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827_2

⁵ EUR/RC49/R9 HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region

http://www.who.dk/Governance/resolutions/1999/20030225_6

⁶ Rethinking Health - The Verona Initiative Grows

http://www.who.dk/mediacentre/PressBackgrounders/2000/20010926_7

⁷ De Backer G et al. European Guidelines on CVD prevention. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 10, Suppl 1. 2003.

⁸ WHO Global strategy on diet, physical activity and health

http://www.who.dk/nutrition/ActionPlan/20031111_1

⁹ EUR/04/5049624 A strategy to prevent chronic disease in Europe www.who.int

¹⁰ <http://www.riik.ee/valitsus/index.php?id=1276&PHPSESSID=77c16a10c29b8432229db943d2587447>

¹¹ <http://www.riigikantselei.ee/failid/EE2014.doc.pdf>

¹² RT L 2004, 74, 1218