



Meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ hindamine

Hindamisraport

31.08.2012

Sisukord

Sisukord	2
1. Kasutatud lühendid ja mõisted	4
2. Kokkuvõte.....	5
2.1 Paikkondlik tervisedendus	5
2.2 Töökoha tervisedendus	7
2.3 Nõustamisteenused	8
2.4 Teavitustegevused	9
2.5 Avatud taotlusvoor	10
2.6 Ettepanekud meetme arendamiseks	11
3. Summary	13
3.1 Local health promotion	13
3.2 Work place health promotion	15
3.3 Advisory services	16
3.4 Awareness-raising activities	17
3.5 Call for proposals	18
3.6 Suggestions for improvement	19
4. Sissejuhatus	21
4.1 Ülevaade meetmest	21
4.1.1 Programmid.....	21
4.1.2 Avatud taotlusvoorud	22
4.2 Ülevaade hindamisprojektist	22
4.3 Aruandega seotud piirangud	23
5. Hinnangud meetme tegevustele	24
5.1 Meetme kooskõla prioriteetse suunaga	24
5.2 Paikkondlik tervisedendus	26
5.2.1 Eesmärkide kirjeldus	26
5.2.2 Elluviidud tegevuste kirjeldus.....	27
5.2.3 Hinnang tegevuste asjakohasusele	28
5.2.4 Hinnang tegevuste tulemuslikkusele.....	31
5.2.5 Hinnang tegevuste tõhususele	39
5.2.6 Kokkuvõttev hinnang	40
5.3 Töökoha tervisedendus	42
5.3.1 Eesmärkide kirjeldus	42
5.3.2 Elluviidud tegevuste kirjeldus.....	43
5.3.3 Hinnang tegevuste asjakohasusele	44

5.3.4	Hinnang tegevuste tulemuslikkusele.....	46
5.3.5	Hinnang tegevuste tõhususele	50
5.3.6	Kokkuvõttev hinnang	50
5.4	Nõustamisteenused	52
5.4.1	Eesmärkide kirjeldus	52
5.4.2	Elluviidud tegevuste kirjeldus.....	53
5.4.3	Hinnang tegevuste asjakohasusele	55
5.4.4	Hinnang tegevuste tulemuslikkusele.....	58
5.4.5	Hinnang tegevuste tõhususele	72
5.4.6	Kokkuvõttev hinnang	73
5.5	Teavitustegevused	75
5.5.1	Eesmärkide kirjeldus	75
5.5.2	Elluviidud tegevuste kirjeldus.....	76
5.5.3	Hinnang tegevuste asjakohasusele	77
5.5.4	Hinnang tegevuste tulemuslikkusele.....	77
5.5.5	Kokkuvõttev hinnang	82
5.6	Üldised tähelepanekud programmide osas	83
5.7	Hinnang avatud taotlusvoorule	85
5.7.1	Elluviidud tegevuste kirjeldus.....	85
5.7.2	Hinnang projektide asjakohasusele.....	87
5.7.3	Hinnang projektide tulemuslikkusele	89
5.7.4	Hinnang tegevuste tõhususele	93
5.7.5	Kokkuvõttev hinnang	93
6.	Lisa 1: ülevaade andmeallikatest	95
6.1	Dokumendianalüüs	95
6.2	Süvaintervjuud programmi elluvijatega	95
6.3	Telefoniintervjuud	96

1. Kasutatud lühendid ja mõisted

ESF – Euroopa Sotsiaalfond

IARK – Inimressursi arendamise rakenduskava

KOV – kohalik omavalitsus

TAI – Tervise Arengu Instituut

TET võrgustik – tervist edendavate töökohtade võrgustik

Paikkond – maavalitsuse või ühe või mitme kohaliku omavalitsuse territoorium koos seal elavate inimestega.

Prioriteetne suund – selle all mõeldakse aruandes Inimressursi arendamise rakenduskava prioriteetset suunda „Pikk ja kvaliteetne tööelu“.

Programmid – selle all mõeldakse kahte Euroopa Sotsiaalfondist toetatava Inimressursi arendamise rakenduskava (IARK) prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ raames elluviidud programmi: (1) „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008-2009“ ja (2) raamprogrammi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2013“ koosseisu kuuluvat programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“.

Tervisedendus – protsess, mis võimaldab inimestel muuta tervist määravaid tegureid juhitavaks ning selle kaudu tugevdada tervist (WHO).

Terviseprofiil – süstemaatiline, kindlatele andmetele tuginev kirjeldus paikkonna/kogukonna/organisatsiooni tervises seisundist ja vajadustest. Paikkonna profiil sisaldab demograafilisi ja terviseandmeid, ülevaadet terviseteenuste kättesaadavusest, tervisemõjuritest, riskiteguritest jne.

2. Kokkuvõte

Ernst & Young Baltic AS viis Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi Euroopa Sotsiaalfondist toetatava Inimressursi arendamise rakenduskava (IARK) prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetme 1.3.4 „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ hindamise.

Hindamise eesmärgiks oli anda eksperthinnang, kas meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ raames elluviidavad tegevused aitavad parimal viisil saavutada rakenduskavas, programmides ja toetust saanud projektides seatud eesmärgid. Hindamine viidi läbi ajavahemikus aprill kuni juuli 2012.

Hindamisega olid hõlmatud järgmised meetme tegevused:

- ▶ programmi „Tervislike valikute toetavad meetmed 2008-2009“ raames elluviidud tegevused;
- ▶ raamprogrammi „Tervislike valikute toetavad meetmed 2010-2013“ koosseisu kuuluva programmi „Tervislike valikute toetavad meetmed 2010-2011“ tegevused;
- ▶ 01.10.2010-01.11.2010 toimunud avatud taotlusvooru raames toetatud projektid (20 projekti).

Projektiga anti hinnang tegevuste asjakohasusele ja vastavusele, tulemuslikkusele ning tõhususele. Käesolev aruanne annab ülevaate hindamisprojekti peamistest tulemustest.

Hindamisaruanne annab programmide tegevustele hinnangu järgmiste tegevusblokkide lõikes: paikkondlik tervisedendus, töökoha tervisedendus, nõustamisteenused, teavitustegevused. Iga tegevusbloki kohta on toodud eesmärkide ja elluviidud tegevuste kirjeldus ning antud hinnangud tegevuste asjakohasusele, tulemuslikkusele ja tõhususele. Eraldi on käsitletud avatud taotlusvooru tegevusi.

Üldhinnanguna meetme tegevustele võib öelda, et piiratud aja ja rahaliste ressursside tingimustes saavutati üldiselt häid tulemusi tegevuste otseste eesmärkide täitmise seisukohast. Samas jääb tegevuste mõju meetme ja prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt valdavalt tagasihoidlikuks. Nt paikkonna tervisedendusala tegevused jäävad suuresti tugistruktuuride loomise tasemele ning mõjutavad vähe tööalist elanikkonda, töökoha tervisedendusala tegevustesse on kaasatud väike hulk tööandjaid, nõustamisteenuseid osutatakse väga väikesele osale potentsiaalsest sihtrühmast). Selle põhjuseks võib olla, et vahendeid jaotati paljude erinevate tegevuste vahel, mistõttu jäi mõju enamiku tegevuste puhul valdavalt madalaks. Seetõttu võiks kaaluda meetme vahendite fookuseerimist kitsamale hulgale kõige mõjusamatele tegevustele, et saavutada suuremat mõju tööalasele elanikkonnale ja selle kaudu prioriteetse suuna eesmärkidele.

Järgnevates alapeatükkides on välja toodud kokkuvõttev hinnang programmi tegevustele tegevusblokkide lõikes ning kokkuvõttev hinnang avatud taotlusvooru tegevustele.

2.1 Paikkondlik tervisedendus

Paikkonna tervisedenduse osas oli meetme eesmärgiks luua üle Eesti maavalitsustes ja KOV-ides kompetents tööhõivest väljalangemise ennetamisele ning tööjõu produktiivsuse säilitamisele suunatud tegevuste elluviimiseks.

Kuna kohalikul tasemel langetatakse kõige enam elukeskkonda kujundavaid otsuseid ning efektiivne sekkumine eeldab kohalike olude head tundmist ja probleemide adekvaatset kaardistamist, võib paikkondade tasemel tervisedendusega tegelemise toetamist pidada asjakohaseks. Hindamisest selgus, et programmi raames elluviidud tegevused aitasid üldiselt kaasa programmi alaeesmärkide

täitmisele. Programmi tegevustega on saavutatud programmi alaeesmärkide osas alljärgnevaid tulemusi:

- ▶ Paranenud on maavalitsuste ja KOV-ide ülevaade oma piirkonna elanike tervises seisundist, olulisematest tervise mõjuritest ja tervises seisundi mõjust tööhõivele piirkonnas. Terviseprofiili koostasid kõik maavalitsused ja 44% KOV-ide, kellest ca 80% hindasid, et nende ülevaade piirkonna tervises seisundist ja -mõjuritest on paranenud.
- ▶ Paranenud on maavalitsuste ja KOV-ide juhtide ning töötajate teadlikkus ja kompetents tervisedenduse alal. Tervisedendusala teadlikkuse ja kompetentsi loomisele suunatud tegevused (nt paikkonna tervisedenduse koolitused, muud üritused jne) toimusid kõikides maakondades, tegevustes osalejatest ca 50% pidasid programmi tegevuste mõju oluliseks.
- ▶ Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas aitas kaasa KOV-ide ja maavalitsuste tervisedenduslike tegevuste planeerimisele.
- ▶ Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamise mõju on väga väike programmi alaeesmärkide seisukohalt ning ei aita kaasa prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele. Tegevuse alaeesmärgiks oli suurendada tervisedendaja kvalifikatsiooniga spetsialistide kättesaadavust tööturul. Kokku 45 uue spetsialisti koolitamine ei mõjuta oluliselt tervisedendusspetsialistide kättesaadavust, kui võtta arvesse ettevõtete ja asutuste koguarvu Eestis. Prioriteetse suuna ja programmi üldeesmärkide osas ei oma see tegevus eeldatavalt mõju seetõttu, et tervisedendusala spetsialistide puudus tööturul ei ole peamisi takistusi tervisedendusega tegelemisel. Peamise takistusena toodi välja hoopis rahaliste vahendite puudust.
- ▶ Maavalitsustega sõlmitud lepingute kaudu loodi võimalused paikkonna tervisedendusala sekkumiste arendamiseks. Samuti aitasid lepingud üldiselt kaasa tervisedendajate motiveerituse kasvule tervisedendusega tegelemiseks, mis oli üheks tegevuse otseseks eesmärgiks. Siiski tõid 22% veebiküsitlusele vastanud maavalitsuste esindajatest välja, et see programmi tegevus pigem ei ole tervisedendajate motivatsiooni tõstnud.

Programmi tegevused olid suunatud tugistruktuuri loomisele¹ (paikkondadele tervisedendajate koolitamine, lepingute sõlmimine maavalitsustega tervisedendusala sekkumiseks jne), mille tulemusel peaksid KOV-id ja maavalitsused tööealisele elanikkonnale tervisedenduslike meetmeid rakendama. Hindamine näitas, et 66% programmi tegevustes osalenud KOV-ide ja maavalitsustest on hakanud tervisedendusega mõnevõrra süstemaatilisemalt tegelema. Selle all peetakse silmas nii tervisedenduslike tegevusi tööealisele elanikkonnale kui ka tervisedenduse valdkonna süstemaatilisemat planeerimist. Siiski selgus, et tervisedenduslike tegevuste elluviimist piirab KOV-i või maavalitsuse rahaliste vahendite ja spetsialistide ajaressursi puudus. Seetõttu jäävad osaliselt ellu viimata ka paikkondade koostatud tervise tegevuskavad. Arvestades, et 32% tegevuskava koostanud 90 KOV-ist peavad reaalseks selle ellu viimist täies mahus ning 45% osaliselt, võib küsitluse tulemusi üldistades öelda, et see mõjutab pigem väikest osa kogu Eesti tööealisest elanikkonnast.

Võttes arvesse nii seda, et programmi jooksul koostasid terviseprofiili ja tegevuskava kavandatust suurem arv KOV-e, kui seda, et tegevuskavade elluviimine jätkub ka pärast programme, ei ole siiski tõenäoline, et samamoodi jätkates tegevused meetme eesmärkide osas märkimisväärset mõju avaldavad ning suurt osa tööealisest elanikkonnast mõjutavad. KOV-ide hinnangul jääb tervisedendusega tegelemine (sh tegevuskavade elluviimine) suuresti rahaliste ressursside taha. Seega tõenäoliselt ei aita tugistruktuuridega tegelemine olulisel määral kaasa tulemuseni jõudmisel ehk tööturult tervislikel põhjustel eemalejäämise ennetamisele, kui ei leita täiendavaid vahendeid

¹Lisaks tugistruktuuride loomisele oli eesmärgiks tervisealaste tegevuskavade osaline elluviimine.

selleks, et aidata KOV-idel tervisedendusala tegevusi ellu viia. See tähendab, et ilma täiendavate meetmeteta, mis tagaksid tervisedendusala tegevuste elluviimise paikkondade tasemel, jääb programmide raames loodud tugistruktuuride mõju meetme ja prioriteetse suuna üldeesmärkide seisukohalt eeldatavalt tagasihoidlikuks.

Seega tasuks edaspidi tugistruktuuri arendamise kõrval rohkem panustada ka loodud struktuuri ärakasutamisele selliselt, et mõjutada rohkem tööelise elanikkonna tervist. Juhul, kui riik leiaks vahendeid selleks, et loodud struktuuri kaudu tööelise elanikkonna tervist mõjutada, aitaks see paremini tagada programmide tegevuste asjakohasust prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt.

2.2 Töökoha tervisedendus

Programmi raames elluviidud töökoha tervisedenduse tegevuste eesmärgiks oli soodustada tervist edendavate põhimõtete ja teadmiste levikut töökohtadel, et toetada töötajate terviseriskide vähendamist ja töö efektiivsuse suurendamist. Selleks tegeleti programmides tervist edendavate töökohtade (TET) võrgustiku laiendamise ja arendamisega ning ettevõtete ja asutuste teadlikkuse tõstmisega töökohaga seonduvatest terviseriskidest ja tervisedenduse võimalustest töökohal.

Programmi tegevustega saavutati töökoha tervisedenduse alaeesmärkide osas järgmisi tulemusi:

- ▶ Programmi tegevuste tulemusel on laienenud TET võrgustik, st võrgustikku on hõlmatud varasemast suurem hulk tööandjaid. Siiski on võrgustikku kuuluvate tööandjate hulk väga väike võrreldes Eestis tegutsevate ettevõtete koguarvuga. Programmi ajal võrgustikuga liitunud 134 organisatsiooni moodustavad vaid 0,001% kõikidest Eestis registreeritud ettevõtetest.
- ▶ Tõusnud on programmi tegevustes osalenud tööandjate ja töötajate teadlikkus töökoha tervisedenduse temaatikast (ca 80% programmi tegevustes osalenutest). Kusjuures TET võrgustikuga liitunud tööandjad hindasid oma teadlikkuse tõusu kõrgemaks kui võrgustikuga mitteliitunud tööandjad.
- ▶ Tõusnud on programmi tegevustes osalenud organisatsioonide motivatsioon töökoha tervisedendusega tegelemiseks (ca 80% programmi tegevustes osalejate puhul). Kusjuures motivatsiooni tõus oli oluliselt suurem TET võrgustikuga liitunud tööandjate puhul.
- ▶ Paranenud on programmi tegevustes osalejate ligipääs töökoha tervisedendusala tegevuste juhendmaterjalidele ning informeeritus valdkonna koolituste ja infopäevade kohta (enamiku programmi tegevustes osalejate puhul).
- ▶ Programmi tegevustes osalemise tulemusel on tööandjad hakanud tervisedendusega mõnevõrra rohkem tegelema. 17% tegevustes osalenutest on hakanud tervisedendusega oluliselt rohkem tegelema, 53% osalenutest on planeerinud või teinud mõned tervisedenduse tegevused. Kusjuures rohkem on tervisedendusega tegelema hakanud TET võrgustikus olevad organisatsioonid. Vaatamata sellele ei hinda programmi tegevustes osalejad tegevusi piisavaks, et omada märkimisväärset mõju töötajate tervisele.

Seega võib töökoha tervisedenduse tegevuste tulemuslikkust programmi alaeesmärkide seisukohalt heaks hinnata. Programmi üldeesmärkide ja prioriteetse suuna eesmärkidele kaasa aitamise seisukohast on tegevuste eeldatav mõju tagasihoidlik. Esiteks seetõttu, et programmi tegevused hõlmavad väga väikest osa kõikidest Eesti organisatsioonidest (nt baaskoolitustel osales 784 isikut, temaatilistel koolitustel 848 isikut, eksperdid külastasid 140 organisatsiooni). Seetõttu pole programmi tegevuste mõju kogu Eesti tööelise elanikkonna seisukohalt märkimisväärne. Kuigi programmi tegevused polnud suunatud vaid TET võrgustiku liikmetele, näitas hindamine, et paremaid tulemusi saavutati TET võrgustikuga liitunud organisatsioonide seas, kuhu on hõlmatud ca 0,001% Eesti ettevõtetest.

Teiseks on programmi tegevused aidanud tõsta küll teadlikkust ja motivatsiooni tervisedenduse vallas, kuid vaid väike hulk programmi tegevustes osalenutest on tervisedendusega oluliselt rohkem tegelema hakanud, ning organisatsioonide elluviidavad tegevused pole tõenäoliselt piisavad, et töötajate tervisele märkimisväärset mõju avaldada. Enamasti näevad ettevõtted takistusena töökoha tervisedendusega tegelemisel rahaliste vahendite puudust.

Seega võib öelda, et programmi tegevus aitas kaasa tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele, kuid selle mõju jääb väga väikese hulga tööandjate tasemele.

2.3 Nõustamisteenused

Nõustamisteenuste osas oli programmi eesmärgiks haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavuse suurendamine, et toetada inimeste ning nende perede tööhõive suurendamist ja toimetuleku parandamist. 2008.-2009. a programmi raames tegeleti alkoholi tarvitamisest loobumise nõustamissüsteemi arendamisega, 2010.-2011. a programmis lisandusid suitsetamisest loobumise nõustamise ja HIV-positiivsetele ning sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenused.

Elluviidud tegevustega saavutati programmi alaeesmärkide osas järgmisi tulemusi:

- ▶ Loodi alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsioon ja valmistati ette selle ellu rakendamine. Perearstikeskuste huvi teenuse osutamise vastu oli madal. Peamiste takistustena teenuse osutamisel tõid perearstid välja ravivõimaluste puudulikkust, nn kaasneva paberitöö suurt mahtu ning motivatsiooni ja oskuste puudust teenuse osutamiseks. Lepingud sõlmiti vaid nelja Harjumaal perearstikeskusega ning teenust osutati vaid 494 isikule. Seetõttu ei saa hinnata, et teenuse kättesaadavus oleks olulisel määral tõusnud.
- ▶ Suurenes suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse kättesaadavus. Programmi tegevustega tagati teenuse kättesaadavus 12 maakonnas üle Eesti, teenust osutati 2042 isikule. Kuna teenust osutati vaid ca 1%-le potentsiaalsest sihtrühmast ehk suitsetajatest, võib järeldada, et vajadus teenuse järele on suurem. Teenuse saamise tulemusel loobus suitsetamisest 20% teenuse saajatest, mida loetakse rahvusvahelisele kogemusele tuginedes heaks tulemuseks².
- ▶ Suurenes HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatavate nõustamisteenuste kättesaadavus. Programmide raames osutati sõltuvushäiretega isikutele teenuseid Ida-Virumaal, Harjumaal, Lääne-Virumaal, Järvamaal ning Tallinnas, Tartus ja Pärnus ning HIV-positiivsetele suunatud tegevusi Ida-Virumaal, Harjumaal, Lääne-Virumaal, Järvamaal ning Tallinnas ja Tartus. Teenuste territoriaalne kättesaadavus jäi väiksemaks kui planeeritud. Programmi raames osutati nõustamisteenuseid 2236 HIV-positiivsele (ca 22% HIV-positiivsete hinnangulisest koguarvust) ning 1538-le sõltuvushäiretega isikule (ca 11% sõltuvushäiretega isikute koguarvust), mida oli planeeritud oluliselt rohkem. Seega võib välja tuua teenuse mahtude planeerimise probleemi, kuna väiksemas piirkonnas ning lühema aja jooksul osutati rohkem teenuseid, kui algselt planeeritud.

Hindamisest võib järeldada, et programmide raames osutatud suitsetamisest loobumise nõustamine ja HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenused aitavad kaasa tervislikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamisele ja tööturult tervislikel

² Väide pärineb Tervise Arengu Instituudilt ja põhineb alljärgnevatel allikatel:

1) McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ et al. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006; 31:42-56.

2) Tobacco Use and Dependence Guideland Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideland. Rockville:US Department of Health and Human Services.

põhjustel väljalangemise ennetamisele. Esiteks on programmi tegevused suurendanud teenuste kättesaadavust³. Teiseks on teenustel olnud mõju inimeste tervisekäitumise paranemisele, mis on seotud tervisliku seisundi ja tööturul püsimise või sinna sisenemisega.

Programmade raames osutatud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus ei aidanud märkimisväärselt kaasa prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele, kuna teenuse osutamine sisuliselt programmi raames ei käivitunudki. Selleks, et tagada teenuse mõju tööelise elanikkonna tervisele ja töötamisele, tuleks tegeleda teenuse rakendamist takistavate tegurite mõju vähendamisega. Nendeks on nii ravivõimaluste puudulikkus, kaasneva paberitöö suur maht, perearstide oskuste puudus teenuse osutamiseks. Samuti on vajalik välja selgitada, milline on teenuse mõju teenuse saajatele, sh kas ja kui suur hulk teenuse saajatest alkoholi tarvitamist vähendab.

2.4 Teavitustegevused

Programmi raames elluviidud teavitustegevuste eesmärgiks oli terviseteadlikkuse tõstmine tervislikel põhjustel töölt kõrvalejäämise vähendamiseks. Programmi raames viidi ellu otseselt lõppkasusaajate ehk tööelise elanikkonna teadlikkuse tõstmisele suunatud tegevusi, aga ka tervisedenduse spetsialistide teadlikkuse tõstmisele suunatud tegevusi. Selleks olid ette nähtud teavituskampaaniad ja teabelevi tööelisele elanikkonnale, aga ka teabekandja valdkonna spetsialistidele.

Hindamisel selgus, et teavitustegevustega on saavutatud alljärgnevaid tulemusi:

- ▶ Programmade raames elluviidud kampaaniaid valdavalt märgati (nii puu- ja köögiviljade teemaline kampaania, alkoholi tarvitamise vähendamisele suunatud kampaania kui HIV teemaline kampaania). See näitab seda, et kampaaniad aitasid tõmmata tähelepanu inimeste tervise seisukohalt olulistele teemadele (tervislik toitumine, alkoholi tarbimise vähendamine, HIV-i ennetamine).
- ▶ Tulemusuuringud ei näidanud, et kampaaniad oleksid olulisel määral mõjutanud inimeste käitumist või harjumusi puu- ja köögiviljade eelistamise ja alkoholi tarvitamise vähendamisele suunatud kampaaniate ajal. Samas 2010. aasta HIV teemalises kampaanias ilmnes väike mõju inimeste käitumisele (ca 4% ajendas kampaania tegema HIV testi ja ca 16% ajendas kampaania rääkima sellest sõprade ja seksuaalpartneriga)
- ▶ Tervisedenduse spetsialistidele levitati teabelehte „Tervis“. Seda peeti küll seda lugenud isikute poolt pigem heaks tervisedenduslaseks infoallikaks (63% vastanutest), kuid selle tähtsus tervisedenduslase info edasiandjana on võrreldes teiste teabekanalitega madal. Vaid 25% paikkonna tervisedendajatest on saanud sellest teabelehest informatsiooni tervisedenduse valdkonna olulisematest sündmustest, protsessidest ja tõendus põhjustest sekkumismeetmetest.

Tulemusuuringud ei näita, et teavituskampaaniad oleksid oluliselt mõjutanud tööelise elanikkonna tervisekäitumist. See tähendab, et hindamisega ei tuvastatud, et tegevus oleks omanud mõju programmi ja prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt. Samas tuleb arvesse võtta, et kampaaniate mõju võib olla laiem kui otsene käitumise muutus kampaania märkamise korral. Kampaaniad toetavad teisi programmi tegevusi selle kaudu, et aitavad tähelepanu tõmmata inimeste tervisega seotud probleemidele. Kampaaniatega kaasnes ühiskondlik debatt (nt alkoholi liigtarvitamise vastane kampaania), mille mõjusid pole mõõdetud.

³ Kuigi suitsetamisest loobumise nõustamise teenust osutati vaid ca 1%-le kogu potentsiaalsest sihtrühmast, sai programmi raames teenus kättesaadavaks 12 maakonnas. 2010.-2011. a programmiga loodud struktuuride (sh koolitatud nõustajate) ärakasutamiseks tuleks teenuse osutamisega jätkata ka edaspidi, kuna teenuse osutajate poolt kogutud andmed näitavad, et teenusega saavutatakse häid tulemusi (st ca 20% teenuse saajatest loobuvad suitsetamisest).

Seega, võib uskuda, et regulaarselt läbiviidavad kampaaniad aitavad tõmmata tähelepanu probleemidele, mille teadvustamine võib pikemas plaanis nende eesmärkide täitmisele kaasa aidata. Siiski, kampaaniate otsest mõju terviselikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamisele ja tööturult terviselikel põhjustel väljalangemise ennetamisele hindamine ei tuvastanud.

Teabeleht „Tervis“ mõjutab vähe tervisedendusala info kättesaadavust spetsialistidele, kuna teiste andmeallikate tähtsus (nt koolitused, infopäevad) on selles osas suurem. Seetõttu ei saa ka hinnata, et teabelehe „Tervis“ mõju prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohast oleks märkimisväärne.

2.5 Avatud taotlusvoor

2010. aastal läbiviidud avatud taotlusvooru eesmärk oli töötuse ja mitteaktiivsuse ennetamine vähendades terviselikel põhjustel tööturult väljalangenud inimeste osakaalu. Taotlusvooru läbiviimist korraldas Sihtasutus Innove ja selles said osaleda kohalikud omavalitsused ja maavalitsused.

Avatud taotlusvooriga sooviti anda kohalikule tasandile vahendeid täitmaks meetme eesmärki ja aidata kaasa kohalikes terviseprofiilides kirjeldatud probleemide lahendamisele. Peamise probleemide leevendamise viisina olid projektid suunatud liikumisharrastust ja terviseliku toitumiselase teadlikkust soodustavatele tegevustele. Kokku rahastati 20 projekti eri piirkondades üle Eesti, kuid taotlusvoorus jäi ca 63% vahenditest välja jagamata, kuna projektitaotluste kvaliteet oli madal.

Avatud taotlusvooru osas võib välja tuua järgmised tähelepanekud:

- ▶ Avatud taotlusvoorust rahastati 20 projekti, sh neli maavalitsuste projekti ja 14 KOV projekti (sh kolm projekti Tallinnas). Keskmiselt kaasati avatud taotlusvoorust rahastatud projektidesse 0,17% konkreetse paikkonna elanikkonnast. Seega jääb avatud taotlusvoorust rahastatud projektide mõju tööealisele elanikkonnale tervikuna tõenäoliselt madalaks. Esiteks madala sihtrühma kaasatuse tõttu konkreetsetes projektis ja teiseks seetõttu, et projektidega oli kaetud vaid väike osa paikkondadest.
- ▶ Projektide mõjusust ei saanud enamikel juhtudel hinnata, kuna vastavaid andmeid projekti läbiviija ei kogunud. Samas nähtus projektide elluvijatega läbiviidud intervjuudest, et valdavalt oli tegevustesse kaasatud aktiivsem osa sihtrühmast (st terviseüritustest võtsid osa inimesed, kes on ka muidu terviselike eluviisidega). See viitab, et tegevuste mõju võib avatud taotlusvooru ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohalt tagasihoidlikuks jääda, kuna olulist muutust inimeste harjumuses tegevused ei tekitanud.
- ▶ Projektide tõhusust hinnates olid projektide läbiviijate hinnanguil saadud ressursid tegevuste läbiviimiseks piisavad, kuid samas puudusid taotlejatel endal ressursid sarnaste tegevuste läbiviimiseks ja jätkutegevusteks. See tekitas olukorra, kus projekti lõppedes ei olnud enamikel juhtudel taotlejal võimalik sarnases mahus tegevustega jätkata, mistõttu võib tegevuste mõju prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohalt tagasihoidlikuks jääda.

Kokkuvõtvalt võib järeldada, et paikkondade tegevuste toetamine avatud taotlusvoorude kaudu oli asjakohane, kuivõrd paikkondadel on kõige parem ülevaade oma paikkonna tervises seisundist ja probleemidest, samuti kõige paremad võimalused tervisedendusega tegelemiseks. Samas takistab tervisedendust paikkondades väga sageli rahaliste vahendite puudus. Seega anti avatud taotlusvooriga paikkondadele võimalus taotleda raha projektidele, mis aitavad lahendada konkreetse paikkonna oludele ja vajadustele vastavaid probleeme.

Siiski jääb avatud taotlusvoorust rahastatud projektide mõju tõenäoliselt tagasihoidlikuks meetme ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohalt (tervislikel põhjustel tööturult eemale jäämine).

Seda esiteks seetõttu, et projektidega oli hõlmatud vaid väike osa tööealisest elanikkonnast (sh projektide tegevused toimusid vähestes paikkondades, kaasati väike osa sihtrühmast). Teiseks, ei suutnud tegevused märkimisväärselt muuta osalejate käitumisi ja harjumusi, et tagada tervises seisundi oluline paranemine. Siinkohal oli takistuseks see, et paikkondadel endal puuduvad vahendid jätkutegevusteks.

2.6 Ettepanekud meetme arendamiseks

Hindamise käigus kogutud ja analüüsitud andmete põhjal võib programmi tegevuste arendamiseks välja tuua alljärgnevad tähelepanekud ja ettepanekud:

- ▶ Jätkata paikkonna tervisedenduse alaste tegevustega, kuid kui 2008.-2011. a on tegeletud peamiselt tugistruktuuride loomisega, siis programmi ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele kaasa aitamise seisukohalt võib soovitada edaspidi suurema fookuse seadmist sellele, et läbi tugistruktuuride viidaks ellu tööealise elanikkonna tervist edendavaid tegevusi. Selle vahendina võib muuhulgas näha nii avatud taotlusvoore kui maavalitsuste lepingute kaudu selgemalt tööealise elanikkonna tervise parandamisele suunatud tegevusi.
- ▶ Hindamisest selgus, et programmi raames antud tervisedendusspetsialistide stipendiumid ei oma märkimisväärselt mõju programmi üldeesmärkide ja prioriteetse suuna eesmärkide osas, kuna kogutud andmed viitasid, et tervisedendusala tegevus ei jää niivõrd tööturult vastava kvalifikatsiooniga spetsialistide vähesuse kui muude takistuste taha (peamiselt rahaliste vahendite puudus). Seetõttu võib kaaluda stipendiumite andmise mittejätkamist järgmistele programmidele jooksul.
- ▶ 2008-2009. a programmi kohaselt oli programmi töökoha tervisedenduse alase tegevuse üheks eesmärgiks, et TET võrgustikku oleks kaasatud senisest enam töökohti. Antud eesmärki võib pidada asjakohaseks, kuna tegevuse mõju on seda suurem, mida suuremat hulka tööealisest elanikkonnast hõlmatakse. Samas ei selgunud hindamisest, et selle näitaja osas andmeid kogutaks. Juhul, kui järgmistes programmides TET võrgustiku laiendamisega tegeletakse, siis soovitame töökohtade alaseid eesmärgi jätkuvalt seada, kuid lisaks koguda sellekohaseid andmeid (võrgustikuga hõlmatud töökohtade arv) programmi progressi hindamiseks.
- ▶ Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse käivitumist on olulisel määral takistanud perearstikeskuste madal huvi teenuse osutamise vastu, kusjuures peamiste takistavate teguritena nähakse ravivõimaluste puudust ja kaasneva paberitöö suurt mahtu. Seega võib soovitada, et teenuse käivitamiseks ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele kaasa aitamiseks tegeletaks ennekõike nende takistuste kõrvaldamisega. See tähendab, et kõigepealt tuleks tagada rahuldavad ravivõimalused patsientidele⁴. Hindamise käigus kogutud andmete põhjal pole võimalik anda hinnangut, kas teenuse osutamisega seotud administratiivset koormust (nn paberitöö maht) on võimalik vähendada (kuivõrd statistiliste andmete kogumise nõuded on kehtestatud lähtuvalt ESF nõuetest), kuid selle aspekti edasine uurimine võib aidata kaasa teenuse käivitamisele.
- ▶ Läbivalt toodi kõikide nõustamisteenuste puhul ühe peamise teenuse osutamist takistava tegurina välja teenuse osutajate ebapiisavaid oskusi teenuse osutamiseks. Kuigi teenuse saajad hindasid programmide raames läbiviidud koolitustegevusi ja -materjale valdavalt heaks, pole ettevalmistavad tegevused olnud piisavad. Seetõttu tuleks koolitustegevusega jätkata (vt ka järgmine soovitus). Koolitustegevuse edaspidisel planeerimisel tuleks lähtuda teenuse osutajate konkreetsemast tagasisidest (nt HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega

⁴ Kuigi programmi raames arendatud teenus oli suunatud eelkõige alkoholi liigtarvitamise ennetamisele, siis teenuse osutajad pidasid siiski alkoholismi ravi võimaluste puudulikkust peamiseks takistuseks teenuse osutamisel (32% vastanutest).

isikutele nõustamisteenuste osutajad tõid välja praktiliste kogemuste vahetamise vajadust).

- ▶ Nõustamisteenuste tegevusblokkis tegevuse 3.3.2 raames toimunud koolituste osas võib soovitada koolituste sihtrühma täpsemat ja kitsamat piiritlemist, et tagada mõjusam rahakasutus. Muuhulgas tasuks fokuseerida programmi vahendeid programmi raames nõustamisteenust osutavatele isikutele, kuna hindamise käigus kogutud andmetest selgus, et teenuse osutajate ettevalmistus pole olnud piisav.
- ▶ Selleks, et oleks võimalik hinnata alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse tulemuslikkust, mis mõjutab otseselt ka selle tegevuse mõju programmi üldeesmärkide täitmisele, on oluline teenuse tulemusnäitajate kogumine (nt kui suur hulk teenuse saajatest on vähendanud alkoholi tarvitamist), millega on Tervise Arengu Instituudi andmetel juba alustatud.
- ▶ Teenuse tulemusnäitajate kogumine oleks vajalik ka HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenuste puhul. Tuleks välja töötada sobivad mõõdikud ja alustada info kogumist selle kohta, milliseid tulemusi on teenustega saavutatud (st kas on paranenud nõustatute tervisekäitumine).
- ▶ HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatavate teenuste puhul tuleks parandada teenuse mahtude planeerimist, sh vältida alplaneerimist, mis toimus 2010.-2011. a programmis. Edasisel teenuse mahtude planeerimisel on võimalik võtta arvesse varasema programmi kogemusi.
- ▶ Programmi vahendite mõjusamaks ja tõhusamaks kasutamiseks võib soovitada järgmistest programmides mitte jätkata teabelehe „Tervis“ väljaandmisega ning suunata vabanenud vahendid muudele tegevustele, mis aitavad kaasa tervisedendusspetsialistide teadlikkuse tõstmisele. Teabeleht „Tervis“ ei ole tervisedenduse spetsialistidele võrreldes teiste infokanalitega oluliseks teabeallikaks tervisedendusalase info hankimisel. Seega ei saa pidada märkimisväärseks ka teabelehe mõju tegevuste otseste eesmärkide (tervisedendusalase info kättesaadavaks tegemine spetsialistidele) ega prioriteetse suuna eesmärkide osas.
- ▶ 2010. aasta toimunud avatud taotlusvoorus jäi 2/3 toetuseks ettenähtud vahenditest kasutamata, kuna projektitaotluste kvaliteet oli madal. See mõjutab tõenäoliselt ka tegevuste tulemuslikkust meetme ja prioriteetse suuna eesmärkide seisukohast. Seetõttu tasuks avatud taotlusvoorude edaspidisel korraldamisel rakendada täiendavaid meetmeid selleks, et parandada paikkondade oskusi projektitaotluste koostamiseks, sh arusaamine taotlusvooru eesmärgist ja tegevuste seosest tervise ja töötamisega.
- ▶ Programmide tulemuslikkuse hindamiseks kasutatakse valdavalt väljundindikaatoreid, mis ei anna piisavalt informatsiooni eesmärkide saavutamise progressi osas. Vajalik oleks välja töötada ja rakendada ka tulemus- ja mõjuindikaatoreid.

3. Summary

On the request of the Ministry of Social Affairs, Ernst & Young Baltic AS carried out an assessment of the measure 1.3.4 “Health awareness”, which is part of the Human Resources Development Operational Programme’s priority axis “Good-quality and long working life”. The programme is funded by the European Social Fund.

The goal of the engagement was to give an expert assessment whether the activities executed within the framework of the measure “Health awareness” effectively contribute to the goals that have been established in the operational programme, programmes and projects that have benefited from the funding. The assessment process took place between April and July 2012.

The assessment covered the following activities of the measure:

- ▶ Programme’s “Measures Supporting Healthy Choices 2008-2009” activities that have been performed
- ▶ Framework programme’s “Measures Supporting Healthy Choices 2010-2013” sub-programme’s “Measures Supporting Healthy Choices 2010-2011” activities
- ▶ Projects that received funding from the call for proposals arranged from 1 October 2010 until 1 November 2010 (20 projects)

The engagement assessed the appropriateness and relevancy, effectiveness and efficiency of the activities. Current report offers an overview of the assessment’s main results.

The programme activities that were assessed have been divided into the following sections: local health promotion, workplace health promotion, advisory activities, and awareness-raising activities. The report includes a description of goals and activities that have been performed, also an assessment of their relevance, appropriateness, effectiveness and efficiency. Activities of the call for proposals have been separately covered.

The general conclusion drawn from the assessment is that considering the limitedness of financial resources and time mostly good results were achieved in relation to the direct goals of the activities. Yet, the activities had a modest effect on the goals of the measure and priority axis goals. For example, local health promoting activities were mainly used to the end of establishing local support structures and had little effect on the workforce, only a small number of employers have been engaged in activities promoting health at the workplace and only a fraction of the potential target groups received counseling. The reason behind this could be that the resources were divided between too many activities, which generally decreased the effect of the majority of activities. That is why we recommend considering the idea to direct resources into fewer activities, favoring the most effective ones, in order to achieve a greater impact on the workforce and, thus, on the goals of the priority axis.

The following sub-chapters include a summary assessment of the programme activities, by activity sections, and a summary assessment of the activities that were carried out with the help of call for proposals.

3.1 Local health promotion

The goal of the measure was to improve the competence of Estonian land governments and local governments in implementing activities that are directed towards preventing the labor force from dropping out of labor market and towards retaining their productivity.

Majority of the life environment influencing decisions are passed at a local level; also, effective intervention requires good knowledge and relevant mapping of the local situation – therefore, it is relevant to promote healthy living at the local level. The assessment revealed that in general, the

activities carried out within the framework of the programme helped to achieve the sub-goals of the programme. The following results have been achieved with the programme activities:

- ▶ Land and local governments now have a better overview of the health conditions of the residents in their area, of the major health influences, and health condition's effect on the local employment. All the land governments and 44% of all the local governments put together health profiles, 80% of the latter assessed that they now have an improved overview of the health conditions and relevant influencing factors in their area.
- ▶ Health promotion related awareness and competence of the leaders of land and local governments have improved. All the counties in Estonia arranged activities that aim towards increasing health promotion related awareness and competence (e.g., local health promotion trainings and other events), and ca 50% of the participants deemed the influence of the activities to be important.
- ▶ Land and local governments found that the database of health statistics and -research helped them plan health promotion activities.
- ▶ With respect to the programme's sub-goals, the effect from supporting the training of health promotion specialists is very small, and probably does not significantly support the achievement of the priority axis. A sub-goal of the activity was to increase the availability of qualified health promotion specialists on the labor market. Against the background of the number of companies and organizations active in Estonia, training of 45 new specialists in total does not affect their availability. This activity does not have a probable effect on the general goals and priority axis of the programme because the lack of health promotion specialists on labour market is not the main reason for dismissing health promoting activities. According to the web-survey, the main reason is lack of resources.
- ▶ The contracts concluded with land governments provided means for developing health promoting intervention in that particular region. Also the contracts have mostly helped to improve the level of motivation of health promoting specialists – which was one of the direct objectives of the activity. Still, in the web-survey, 22% respondents said that the motivation has not improved due to the program.

Programme activities were aiming towards developing a support structure⁵ (training local health promotion specialists, concluding contracts on health promotion activities with land governments etc) that would allow local and land governments to apply health promotion measures upon the local labor force. The assessment revealed that 66% of the local and land governments who participated in the programme activities have begun to apply a more systematic approach to health promoting activities: this covers both the health promotion related activities for the labor force and the more systematic planning of the general field of health promotion. On the other hand, the assessment brought out that the execution of health promotion activities is often hindered by insufficient funds and specialists' tight schedules. That is why regional health action plans are sometimes carried out only in part. For example, 32% of the 90 local governments that put together an action plan judged its full implementation possible, and 45% believe it is possible in part – meaning that the program activities affect rather small amount of Estonian local governments.

Keeping in mind the fact that during the programme, more local governments created a health profile and an action plan than initially planned, and that the implementation of the action plans shall continue after the programmes have been completed, it is still likely that if the activities are carried out as before, they will not have a significant impact on the goals of the measure nor will they affect the majority of the workforce.

⁵ In addition to that programme activities were aiming to partly carry out regional health action plans.

Local governments claim that the lack of health promotion activities (including activity plan implementation) is caused by the limitedness of financial resources. Therefore, even if the support structures are harnessed, it is unlikely that this will have a significant effect on the goal (i.e., prevent people from dropping out of the labor market due to health issues) unless additional means are found to help local governments to carry out health promoting activities. This means that without extra means that would ensure that health promoting activities are carried out at the local level, the effect of local support structures on the priority axis and the measure will be relatively modest.

That is why we recommend that in the future, the support structures should not only be developed but also used for health promoting activities, in order to have an impact on the health of the workforce. If the state was to find means to affect the health of the workforce via support structures, it would help ensure that the programmes activities are relevant from the perspective of the priority axis' goals.

3.2 Work place health promotion

The goal of the activities carried out within the framework of the program was to improve the awareness of health promotion principles and related knowledge at work places, in order to support the reduction of employee health risks and increase work efficiency. To this end, the activities included expanding the network of health promoting work places, raising the awareness of companies and organizations about work place related health risks, and introducing possibilities to execute health promotion within an organization.

The following sub-goals were achieved:

- ▶ As a result of the activities of the program, the network of health promoting work places has grown, i.e., more employers are included in its activities. Nonetheless, the number of employers in the network is very small when compared to the number of companies and organizations active in Estonia. 134 organizations that joined the network during the programme comprise 0.001% of all the companies registered in Estonia.
- ▶ On the subject of work place health promotion, the awareness of the employers and employees who participated in the programme activities has risen (improvement is reported by 80% of the participants). What is more, the companies who joined the network of health promoting work places assess their awareness higher than the employers who do not belong to the network.
- ▶ Organizations that participated in activities claimed that their motivation to engage in work place health promotion has improved (reported by 80% of the participants); also, the motivation was significantly higher among the health promoting work place network members than the non-members.
- ▶ Participants at program activities have gained better access to relevant guide materials and are more informed about the trainings and awareness events related to the topic (increase reported by the majority of participants).
- ▶ As a result of participating in the activities, the employers have become more engaged in providing health promotion activities. 17% of the participants are significantly more engaged, 53% have planned or carried out few health promotion activities, and again, the members of the network of health promoting work places report higher engagement. On the other hand, the participants find the activities too insufficient to claim that these have had a noteworthy effect on their employee's health.

Therefore, it can be said that the activities are effective from the point of view of the programme sub-goals. In case of the general objectives and goals of the programme and the priority axis, the activities' influence will be rather modest. This is because, firstly, the programme activities include a

very small portion of all the organizations active in Estonia (784 persons participated in the core training, 848 persons in the subject-matter training, 140 organizations were visited). That is why the effect of the activities is not significant from the point of view of the entire Estonia labor force. Although the programme activities were not targeting the members of the network of health promoting workplaces, the assessment revealed that better results were achieved with the members of the network, which comprises 0.001% of all Estonian companies.

Secondly, the programme activities have helped improve health promotion related awareness and the motivation to get engaged in such activities, but only a small part of participants have become significantly more engaged in health promotion activities at a work place. The activities carried out by organizations are very likely too insufficient to have a noteworthy effect on the health of the employees. According to the web-survey, lack of financial resources is the main restriction that relates to health promotion on work places.

Thus, it can be claimed that the programme activity slightly influence preventing the employees from dropping out of labor marked due to health problems, but only a very few employers were involved.

3.3 Advisory services

In this case, the programme aimed to increase the availability of advisory services related to the prevention of diseases and risk behavior and promotion of healthy lifestyles, in order to enhance employment and living and livelihood of individuals and their families. The programme for 2008-2009 focused on developing the advisory service for withdrawal from excessive alcohol consumption, the 2010-2011 programme saw the addition of advisory services for individuals who are planning to give up smoking, and for people with HIV and addictions.

The following sub-goals were achieved with the activities:

- ▶ The concept of early detection of alcohol abuse and related consultation service was developed and prepared for implementation. General practitioners showed little interest in providing the service. The GP's pointed out that the major obstacles to providing the service were: lack of medical options, the volume of related paper work being too large, and that the GPs are neither motivated nor skilled enough to provide such services. Service contracts were concluded with only four GPs in Harjumaa and the service was provided to only 494 persons. Therefore, it cannot be claimed that the availability of the service has been significantly enhanced.
- ▶ The availability of the service helping give up smoking has improved. The programme activities secured the availability of the service in 12 counties all over Estonia, the service was provided to 2,042 persons. As the service was provided to only around 1% of total potential target group (smokers), it could be concluded that the need for the service was higher. As a result of the service, 20% of the recipients gave up smoking, a result that according to international experience can be considered good⁶.
- ▶ The availability of services directed to persons with HIV and addictions has improved. The service directed to persons with addictions was provided in Ida-Virumaa, Harjumaa, Lääne-Virumaa, Järvamaa and Tallinn, Tartu, Pärnu. The service directed to persons with HIV was provided in Ida-Virumaa, Harjumaa, Lääne-Virumaa, Järvamaa and Tallinn, Tartu. In territorial terms, the availability of services was smaller than planned. During the programs, 2,236 persons with HIV received the service (ca 22% of estimated total number of persons with HIV in Estonia) and 1,538 persons with addictions received the services (ca

⁶ Based on the following sources: (1) McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ et al. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006; 31:42-56; (2) Tobacco Use and Dependence Guideland Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideland. Rockville:US Department of Health and Human Services.

11% of estimated total number of persons with addictions in Estonia), the total number of counselees being significantly higher than the estimate. Therefore, the issue of services' volume planning can be raised, because more consultations were carried out in a shorter time period and in a smaller region than initially planned.

It can be concluded from the assessment that the advisory services for giving up smoking and those provided to persons with HIV or addictions help to decrease the number of people inactive at the labor market due to health issues and prevent employees from dropping out of the labor market due to health problems. Firstly, the programme activities have made the services more available, secondly, the services have had an effect on peoples' health behavior, which in turn is related to their health condition, and how they enter and stay at the labor market.

The early detection of alcohol abuse and related consultation services provided within the framework of the programmes did not make a significant contribution to the objectives of the priority axis, because the service was barely effective. In order to guarantee the service's impact on the health and working capability of the labor force, main effort should go into reducing the factors that prevent service providing: shortage of medical options, the size of related paper work and general practitioners' lack of skills to provide such services. In addition, it is important to clarify the service's impact on its recipients – find out how many reduce their alcohol consumption.

3.4 Awareness-raising activities

The goal of the program's awareness-raising activities was to reduce health related work absence by raising the health awareness. During the program there were actions taken to increase work aged populations health awareness, but there were also actions to increase specialist level knowledge of health promotion. To achieve this goal there were media campaigns and information spread toward the population and health promotion specialists. The following results have been achieved with the programs activities:

- ▶ Media campaigns were largely notified by target groups (that was the case in fruit and vegetable, anti-alcohol and HIV prevention campaigns). This proves that campaigns helped to get the necessary attention from the people to health related concerns.
- ▶ Follow-up studies of the campaigns didn't prove that campaigns had any significant impact on target group's behavior or habits. That was the case in fruit and vegetable and anti-alcohol media campaign. But there was a little impact in 2010 HIV prevention campaign (ca 4% of target group went to test themselves and ca 16% talked about the issue with friends on sexual partner)
- ▶ Newsletter "Tervis" was distributed to the specialists. Of those, who had read the newsletter, 63% described it as rather good material for health promotion, but newsletter's significance compared to other channels was low. Only 25% of local health promoters had used newsletter as a source of news, processes and actions-based evidence presentation.

Research results do not show that media campaigns had significant impact to work aged population health behavior. However it must be noted, that the impact of the media campaign can be wider than the direct change in one persons habits, because campaign messages supported also programs other activities by dragging attention to them. There was also a public debate about the topics raised by the campaign (especially after anti-alcohol campaign) and positive impact of that has not been measured. Therefore it can be said that media campaign can help to bring the necessary topic to headlines even longer period than the duration of the campaign.

However it can also be concluded, that although the linkage between the media campaigns and goals of the program's measure weren't direct (reducing the amount of inactive persons in labour

market due health reasons and preventing drop out from workforce due health reasons), it can be assumed, that regular media campaigns can drag attention to the identified problems, that in long-term can help to fulfill program's goals.

The newsletter "Tervis" has a low impact on accessibility of health promotion information to specialists, because the relevance of other data sources (i.e seminars, trainings) is bigger on that matter. Therefore the assessment of newsletter impact towards measure's priorities is not significant.

3.5 Call for proposals

The goal of the 2010 call for proposals was to reduce the amount of unemployed and inactive persons through reducing drop out from labour market due to health concerns. Management of the call for proposals was done by Foundation Innove and land and local governments were able to apply to the round. The aim of the call for proposals was to give recourses to local level in order to fulfill the measures priorities and to help solve problems described in local health profiles. Most of the projects aimed solving the described problems in health profiles by conducting physical activities and promotion of healthy diet. Altogether 20 project across Estonia were funded, but ca 63% of the planned funds were not divided, because the low quality of the applications. The following results have been achieved with the call for proposals activities:

- ▶ There were 20 projects funded, including 4 from land governments and 14 from local government's (including 3 from the biggest Tallinn local government). Up to 0.17% of the work age labour force in particular area took part in project activities. This allows to presume, that the effect of call for proposals projects remains probably low to work aged population. This is firstly, because of low participation of the target group in projects, and secondly, because the area coverage of the projects was low.
- ▶ Project impact was not assessed, because that data was not collected by the project promoter. Interviews with the implementers showed that mostly the project participants were active part of the target group (i.e already physically active persons took part in physical activities). This leads, that the results of the actions may be too low to fulfill the goals of the call for proposals and priority axis, because the projects didn't bring significant change in people's habits.
- ▶ Project implementers assessed that recourses were adequate conduct actions, but at the same time implementers didn't possess recourses to conduct similar and sequel actions by their own. This lead to the situation, when after the project had ended; there were no recourses available for sequel actions in similar capacity. This leads to assumption that the impact to priority axis goals might remain modest.

As a conclusion, it can be said, that supporting local actions through call for proposals scheme was relevant, because local level has the best overview of local conditions and problems. It also has the best means to deal with local level health promotion. Assessment showed, that health promotion at local level is often hampered by lack of funds, but call for proposals helped to support project's that matched the local conditions and needs. Therefore call for proposals is appropriate method to reach local level problems.

However the effect of call for proposals remains modest towards measure's and priority axis's goals (preventing absence from labour market due to health concerns). Firstly, because of projects participants involved only a small part of work age population (i.e. project were in low population areas, target groups participation in project activities was in lower than planned). Secondly project's actions couldn't probably create lasting impact to participant's habits, i.e. maintaining or improving person's health condition. Here the main obstacle is lack resources on local level to perform sequel actions.

3.6 Suggestions for improvement

Based on the data collected and analyzed during the assessment, the following observations and suggestions can be made to the end of improving programme activities:

- ▶ Continue with regions' health promotion activities; however, if the 2008-2009 project focused on the development of support structures, then in order to contribute to the fulfillment of the goals of the programme and the priority axis, we recommend concentrating on activities which put the support structures into use and help the labor force to become more engaged in health promoting activities. The means for this include: organizing calls for proposals and concluding contracts with land governments, with which the health promotion related activities directed towards the labor force become more clearly outlined.
- ▶ The assessment revealed that the grants provided to health promoting specialists do not probably have a significant effect on fulfilling the programme and the priority axis objectives. This can be claimed because the data collected indicated that health promoting activities are not so much hindered by the lack of qualified specialists in labour market rather than other obstacles (mainly lack of financial resources). Therefore, the option to cut off grants from subsequent programmes could be considered.
- ▶ According to the 2008-2009 programme, one of the objectives of work place health improvement activities was to bring more work places into the health promoting working place network. This objective can be considered as relevant, because if more work places are involved in the activity, its effect grows. At the same time, the assessment did not explain whether any data is collected in relation to this indicator. If the subsequent programmes continue to expand the health promoting working place network, we recommend establishing work place related goals, and, in addition, collecting relevant data (number of work places in the network) to the end of evaluating the effectiveness of the process.
- ▶ The launch of the service for early detection of alcohol abuse has been significantly hindered by the low interest of the general practitioners in providing the service, what is more, the main obstacles are: shortage of medical options, the size of related paper work and GPs' lack of motivation and skills to provide such services. Therefore, in order to launch the service and contribute to the goals of the priority axis, we recommend focusing primary attention to eliminating the aforementioned obstacles. This means that first and foremost the patients should be provided with satisfactory medical options. It is not possible to determine from the data collected whether the administrative burden (volume of the paper work) related to service providing could be lessened (as the ESF has established requirements for the gathering of statistical data), however, further evaluation of this criterion may contribute to the launch of the service.
- ▶ One of the prevalent obstacles that emerged for all the advisory services was the lack of skills of the service providers to provide services. Although, service providers assessed that in general the training events and relevant materials were satisfactory, the trainings for service providers have been insufficient. Therefore, we recommend continuing with these activities (also see the next recommendation). When planning for subsequent trainings, organizers should draw on the specific feedback provided by the service providers (e.g, the providers of advisory services for persons with HIV and addictions pointed out the need for more frequent meetings and exchange of experience).
- ▶ In relation to the trainings that were carried out within the framework of activity 3.3.2 of the consultation activities set, we recommend that the target group of the trainings is

defined more specifically, in order to ensure more sufficient spending. We recommend focusing programme means towards the individuals providing consultation within the framework of the programme as it revealed that the trainings for service providers have not been sufficient.

- ▶ In order to be able to assess the effectiveness of the service for early detection of alcohol abuse, which in turn directly contributes to the fulfillment of programme's general objectives, gathering result indicators is relevant (e.g. how many people have reduced alcohol consumption). According to the National Institute of Health Development, this has been started.
- ▶ In the context of services provided to individuals with HIV and to addicts, the planning of service volumes should be improved, i.e., to avoid the situation of 2010-2011 programme, when too few plans were made. Also, it will be possible to draw on the previous experience when carrying out subsequent planning of service volumes.
- ▶ Data about the outcome from providing services should be collected also about the service that was provided to individuals with HIV and to addicts. Relevant indicators should be developed and data should be collected in order to see what kind of results the services have yielded (whether the consultees have improved their health behavior
- ▶ In order to facilitate more purposeful spending of means provided for this programme, we recommend discontinuing publishing the newssheet "Tervis" and allocate the funds that have become available to other activities that help increase the awareness of health promoting specialists. The latter consider the newssheet „Tervis“ less relevant source of health promotion related information than some other sources. Therefore, the influence of the newssheet cannot be considered relevant enough towards the end of achieving the direct aims of the activities (making relevant information available to health promoting specialists) or the goals of the priority axis.
- ▶ In the call for proposals organized in 2010, 2/3 of the means to be allocated as grants were not used because the quality of projects was low. This will probably have an impact on the efficiency of activities from the point of view of the measure and priority axis goals. Therefore, we recommend applying additional means when organizing call for proposals, in order to improve regions' skills in project writing, including clarifying the goal of the call for proposals and activities' connection to health and work.
- ▶ The efficiency of programmes is usually measured with output indicators, which do not provide sufficient information about the progress towards goals. To avoid this, efficiency and impact based indicators should be developed and applied.

4. Sissejuhatus

Ernst & Young Baltic AS viis Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi Euroopa Sotsiaalfondist toetatava Inimressursi arendamise rakenduskava (IARK) prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ hindamise.

4.1 Ülevaade meetmest

Meede 1.3.4 „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ kuulub Euroopa Sotsiaalfondi rakendamist reguleeriva Inimressursi arendamise rakenduskava kolmanda prioriteetse suuna „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ alla. Selle prioriteetse suuna eesmärgiks on kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine ja tööelu kvaliteedi parandamine. Meetme 1.3.4 eesmärgiks on kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamiseks ja tööelu kvaliteedi parandamiseks tervislikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamine ja tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamine.

Meetme sihtgrupiks on Eesti tööealine elanikkond, kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste juhid, töötajad ja tervisenõukogude liikmed, tervist edendavate töökohtade võrgustikuga liitunud asutuste ja ettevõtete juhid ja töötajad, alkoholisõltuvuse või alkoholisõltuvuse riskiga isikud, perearstid ja pereõed, ning tervisenõustajad.

4.1.1 Programmid

Meetme raames on rakendatud kahte programmi, mida viis ellu Tervise Arengu Instituut, kaasates Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonda ja Terviseametit:

- ▶ programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009“;
- ▶ raamprogrammi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2013“ koosseisu kuuluv programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011“.

Esimene programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009“ sisaldab nelja tegevust, mis omakorda jaotuvad kümneks alategevuseks. Teise programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ puhul on tegemist raamprogrammi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2013“ alla kuuluva allprogrammiga. Teine programm koosneb neljast tegevusest ja need omakorda kokku kaheteistkümnest alategevusest.

Mõlema programmi neli tegevusblokki on: paikkondlik tervisedendus, tervisedendus töökohal, nõustamisteenused ja teavitustegevused.

▶ Paikkondlik tervisedendus (programmide tegevused 3.1)

Tegevuste eesmärgiks oli ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist läbi maavalitsustesse ja KOV-idesse kompetentsi loomise tervisedendusala tegevuse elluviimiseks. Tegevuse otseseks sihtrühmaks olid maavalitsuste ja KOV-ide juhid ning töötajad, tervisenõukogude liikmed, tervisedendajad, kogukonna liidrid, paikkonna tööealine elanikkond.

▶ Tervisedendus töökohal (programmide tegevused 3.2)

Tegevuste eesmärgiks oli ennetada tervislikel põhjustel tööturult eemalejäämist läbi töökohtade tervislikumaks muutmise. Selleks tegeleti tervist edendavate töökohtade (TET) võrgustiku arendamise ja laiendamisega ning suurendati ettevõtete ja asutuste teadlikkust töökoha tervisedendusest. Tegevuste otseseks sihtrühmaks olid TET võrgustikuga liitunud ning mitte-liitunud ettevõtete ja asutuste töötajad ja juhid.

▶ Nõustamisteenused (programmide tegevused 3.3)

Tegevusbloki eesmärgiks oli suurendada haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavust, et ennetada tervislikel põhjustel tööturult eemalejäämist. 2008.-2009. a programmis tegeleti alkoholi liigtarvitamisega seotud tööturult eemale jäämise ennetamisega, alates 2010. a lisandusid suitsetamisest loobumise nõustamine ning HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud tegevused. Tegevused olid suunatud perearstidele ja -õdedele, tervisenõustajatele ja teistele tööhõivest väljalangemist ennetavate tervisteenuste osutajatele ja tugiisikutele. Samuti sõltuvushäire ja/või riskikäitumisega tööealistele inimestele ja nende lähedastele.

► **Teavitustegevused (programmide tegevused 3.4)**

Tegevusbloki eesmärgiks oli tõsta elanikkonna teadlikkust terviseriskidest ja tervist toetavast käitumisest, sh teavituskampaaniate ja teabelevi korraldamine otse tööealisele elanikkonnale ning tervisedendusala info kättesaadavaks tegemine spetsialistidele (perearstid ja -õed, tervisenõustajad ja -edendajad, tervisenõukogude liikmed, TAI ja Sotsiaalministeeriumi koostööpartnerid). Teavitustegevuse üldeesmärgiks oli ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist läbi suurema teadlikkuse.

4.1.2 Avatud taotlusvoorud

Lisaks programmidele toimus meetme raames kaks avatud taotlusvooru, esimene 2010. ja teine 2011. a. Käesoleva hindamisega on hõlmatud 2010. a toimunud avatud taotlusvoorust rahastatud projektid (20 projekti), kus toetuse taotlejateks olid KOV-id ja maavalitsused ning millest oli võimalik taotleda rahastust järgmiste tegevuste jaoks⁷:

- tervisteadlikkust tõstvad ja tervislike eluviise edendavad tegevused, mis ennetavad ja vähendavad tootlikkuse langust ja aitavad kaasa tööturule naasmisele või püsimisele;
- tööealistele sõltuvushäiretega inimestele ja nende tööealistele lähedastele tööturule naasmist või püsimist toetavate teenuste vajaduste hindamine ja süsteemne arendamine paikkonnas;
- HIV positiivsete inimeste tööturule naasmisele või püsimisele suunatud tegevused, sh koolitamine ja teavitamine sotsiaalse märgistamise vähendamiseks;
- töökohal vaimse tervise edendamisele suunatud tegevused;
- töökoha tervise tegevuskavade (v.a riskianalüüs „Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse“ mõistes, erandina lubatakse psühholoogilise ohuteguri hindamise nõustamist) koostamiseks.

4.2 Ülevaade hindamisprojektist

Hindamise eesmärgiks oli anda eksperthinnang, kas meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ raames elluviidavad tegevused aitavad parimal viisil saavutada rakenduskavas, programmides ja toetust saanud projektides seatud eesmärgid. Hindamine viidi läbi ajavahemikus aprill kuni juuli 2012.

Hindamine hõlmas järgmisi meetme tegevusi:

- programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009“ raames elluviidud tegevused;

⁷ Sotsiaalministri määrus „Meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ avatud taotlemisel toetuse andmise tingimused ja toetuse kasutamise seire eeskiri“.

- ▶ raamprogrammi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2013“ koosseisu kuuluva programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ tegevused;
- ▶ 01.10.2010-01.11.2010 toimunud avatud taotlusvoorude raames toetatud projektid (20 projekti).

Hindamine hõlmas programmide tegevusi, mis olid 2011. aasta 31. detsembri seisuga lõppenud. Projektiga anti hinnang tegevuste asjakohasusele ja vastavusele, tulemuslikkusele ning tõhususele.

Hinnangu andmine põhines alltoodud andmeallikatel:

- ▶ dokumendianalüüs;
- ▶ süvaintervjuud programmide elluvijatega (10 intervjuud);
- ▶ telefoniintervjuud avatud taotlusvoorude projektide kontaktisikutega (20 intervjuud);
- ▶ kolm veebiküsitlust programmi tegevustes osalejatele (967 vastanut, 22% veebiküsitluse saanutest):
 - paikkonna tervisedenduse tegevused - veebiküsitlus saadeti 1519 isikule, vastuseid laekus 272 (vastamise määr 18%);
 - töökoha tervisedenduse tegevused - veebiküsitlus saadeti 2243 isikule, vastuseid laekus 430 (vastamise määr 19%);
 - nõustamisteenused - veebiküsitlus saadeti 735 isikule, vastuseid laekus 265 (vastamise määr 36%).

Hinnangu andmise aluseks olevate dokumentide ning läbiviidud intervjuude loetelu ja ülevaade veebiküsitluse valimist on esitatud käesoleva aruande lisa ja aruandega kaasnevas metoodikaraportis.

4.3 Aruandega seotud piirangud

Käesoleva aruande lugemisel tuleks silmas pidada järgmiseid hindamise ja aruandega seotud piiranguid:

- ▶ Hindamine põhineb hindajate poolt intervjuude ja veebiküsitluse teel kogutud andmetel ja Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi poolt esitatud sekundaarandmetel. Hindamise läbiviija ei ole talle edastatud sekundaarset informatsiooni auditeerinud ja iseseisvalt verifitseerinud, mistõttu hindaja ei vastuta nende andmete õigsuse eest.
- ▶ Hindamine hõlmab programmide tegevusi perioodil 2008-2009 ja 2010-2011 ning hindamise aluseks olevad andmed on seetõttu ka 2011. aasta 31. detsembri seisuga. Hilisemad võimalikud arengud tegevuse tulemuslikkuse või mõju osas aruandes üldjuhul ei kajastu.

5. Hinnangud meetme tegevustele

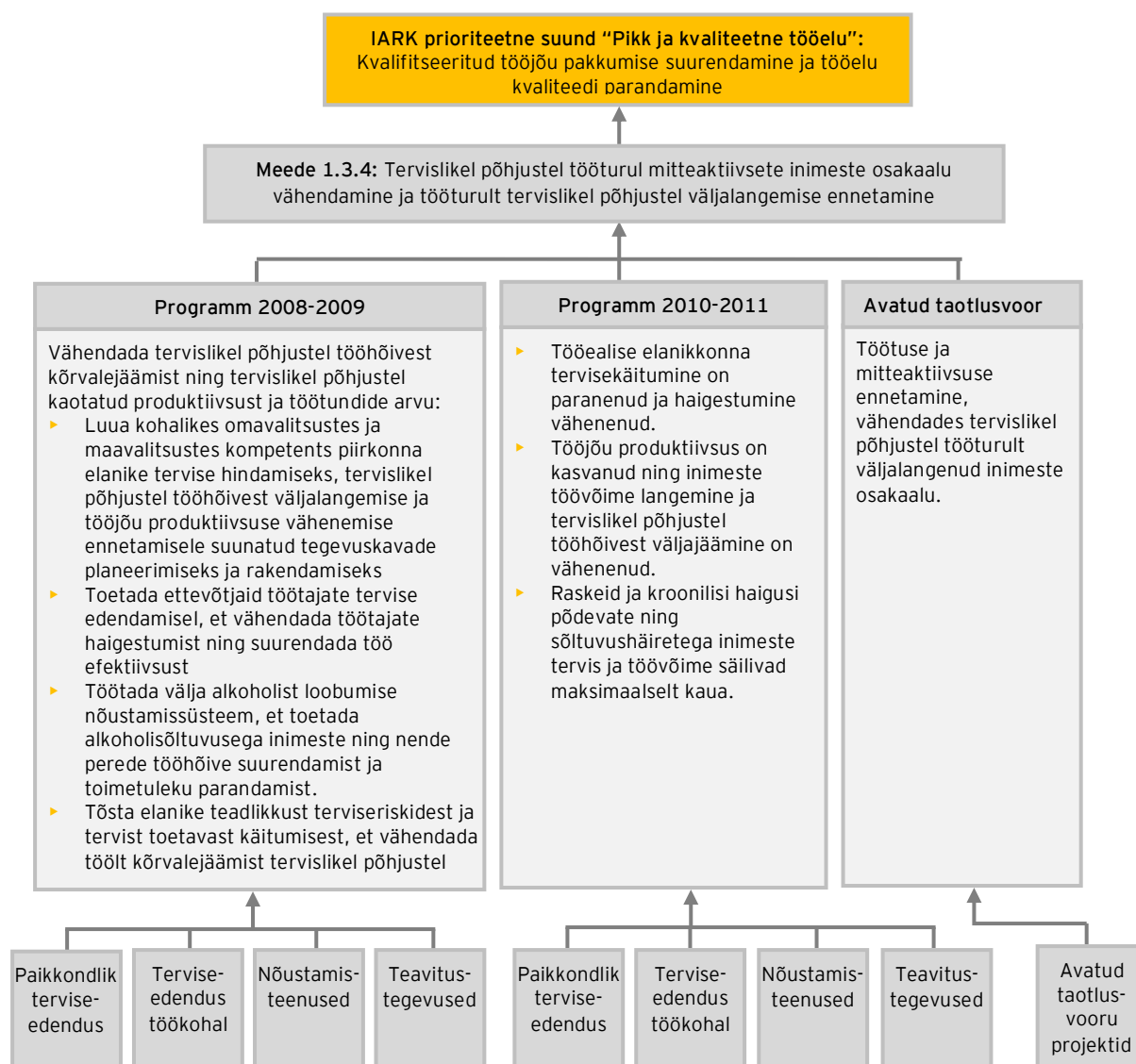
Hinnangud programmide tegevustele on toodud nelja tegevusbloki lõikes: paikkondlik tervisedendus, töökoha tervisedendus, nõustamisteenused ja teavitustegevused. Igas alapeatükis kirjeldatakse tegevusbloki eesmärke, elluviidud tegevusi ja antakse hinnang tegevuste asjakohasusele, tulemuslikkusele ja tõhususele. Samade kriteeriumite lõikes antakse hinnang avatud taotlusvoorule. Eraldi peatükis hinnatakse meetme eesmärkide kooskõla prioriteetse suuna eesmärkidega.

5.1 Meetme kooskõla prioriteetse suunaga

Programmid loodi ja avatud taotlusvoor viidi läbi selleks, et aidata saavutada programmi, avatud taotlusvooru, meetme ja prioriteetse suuna eesmärke. Seega on kõikide programmi tegevuste ja avatud taotlusvooru projektide üldiseks eesmärgiks aidata kaasa tervislikel põhjustel tööturult mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamisele ja tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele, et tagada kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine ja tööelu kvaliteedi parandamine.

Järgmisel joonisel on kirjeldatud meetme eesmärgid ja tegevused vastavalt eesmärgipuu loogikale, mis tegevuste ja eesmärkide omavaheliste hierarhiliste seoste aluseks.

Joonis 1. Meetme 1.3.4 eesmärgid ja tegevused eesmärgipuu loogikast lähtuvalt



IARK prioriteese suuna "Pikk ja kvaliteetne tööelu" eesmärgiks on kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine ja tööelu kvaliteedi parandamine. Kuigi meetme (st programmide ja avatud taotlusvooru) tegevused on suunatud tööelise elanikkonna tervisliku seisundi parandamisele ja haigestumise vähendamisele, on tervislik seisund väga olulisel määral seotud töötamisega.

Tervise ja töötamise omavahelisi seoseid näitavad mitmed uuringud. Peamine uurimisteema on olnud majanduskasvu ja populatsiooni tervisliku seisukorra omavaheline seos. Mõjukaim uuring selle valdkonnas on Robert W. Fogeli 1993. aastal Nobeli auhinnaga pärjatud töö⁸, milles tuuakse välja seos elanikkonna suremuse vähenemise ja majanduskasvu vahel. Suremuse languse põhjusteks on parem toitumine ja kättesaadavam arstiabi, ning suurem hulk terveid inimesi panustab oma tööga majanduse toimimisse ning seeläbi ka majanduskasvu. Uuringud näitavad ka, et muutused elanikkonna tervislikes näitajates 100-125 aasta jooksul (nt nakkushaigustesse suremus on Suurbritannias ja Walesis aastatel 1848-1960 vähenenud 95%) on suurendanud uuritud kümne arenenud riigi majanduskasvu 30-40%. Osa majanduskasvu näitajatest saab seostada ka üldise haridustaseme tõusuga, kuid need näitad ei ole majanduskasvuga nii tugevalt seotud kui tervisenäitajad⁹. Uuringud toovad ka välja, et hea tervisega töötaja on madala täiskasvanute suremusega riigis ca 70% produktiivsem kui töötaja, kes kannatab haiguste käes kõrge täiskasvanute suremusega riigis¹⁰.

Sarnane uuring on viidud läbi ka Eesti konteksti arvestades, millest selgub, et heade tervisenäitajega populatsioon ei ole majanduskasvu tulemus, vaid võib olla majanduskasvu mootoriks¹¹. Eesti populatsiooni praegune tervislik olukord mõjutab negatiivselt Eesti majanduskasvu näitajaid ning parandades populatsiooni tervisenäitajaid, on võimalik tagada ka majanduskasv. Arvutused näitavad, et kui vähendada täiskasvanute suremust 1,5% aastas, on 25 aasta pärast võimalik saada 14% kõrgem sisemajanduse koguprodukt, võrreldes selle ajaga, mil suremus oleks jäänud samaks.

Uurimustööde peamine järeldus on, et tervem populatsioon koos sellest tingitud väiksema suremusega panustab positiivselt arenenud riikide majanduskasvu. Sarnast põhimõtet toetab ka 2008. aastal Tallinnas sõlmitud Tallinna harta¹² ning mitmed Eesti ja EL-i taseme strateegilised dokumendid¹³. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 toob välja seose halva tervise ja töövõimeliste inimeste arvu ning töötundide arvu vähenemise ja produktiivsuse languse vahel.¹⁴

⁸ Fogel, Robert W. (1993) „Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on making of economic policy“ Nobel Lecture (1993).

⁹ Arora, Suchit (2001) „Health, Human Productivity, and Long-Term Economic Growth“, The Journal of Economic History, Vol. 61, No. 3 (Sep., 2001), lk 699-749 Cambridge University Press.

¹⁰ Bloom, David E., Canning, David (2005) „Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence“ Center on Democracy, Development, and The Rule of Law (CDDRL) Working papers, Number 42 February 2005, Stanford Institute on International Studies.

¹¹ WHO, Praxis, Sotsiaalministeerium (2006) „The economic consequences of ill-health in Estonia“.

¹² Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks (2008).

¹³ Nt Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020, Eesti säästva arengu strateegia „Säästev Eesti 21“, Lissaboni strateegia jne.

¹⁴ Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020

5.2 Paikkondlik tervisedendus

Järgnevas peatükis käsitletakse programme tegevusi 3.1.1-3.1.3 ehk paikkondliku tervisedenduse tegevusblokki.

5.2.1 Eesmärkide kirjeldus

Paikkondliku tervisedenduse tegevuste eesmärgiks oli luua üle Eesti maavalitsustesse ja KOV-idesse kompetents tervisedenduse alaste tegevuste elluviimiseks tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamiseks¹⁵. Selle saavutamise vahendina näevad programmid ette maavalitsuste ja KOV-ide teadlikkuse tõstmist tervisedenduse osas, paikkondlike terviseprofiilide koostamist ja tervisealaste tegevuskavade koostamist, maavalitsustes ja KOV-ides võrgustiku loomist tervisedenduslike tegevuste elluviimiseks, tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi loomist ja tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamist¹⁶.

Järgmises tabelis on välja toodud programmides sõnastatud paikkondliku tervisedenduse tegevusbloki eesmärgid ja spetsiifilised tegevuste eesmärgid.

Tabel 1. Paikkondliku tervisedenduse tegevusbloki eesmärgid ja tegevused.

	Programm 2008-2009	Programm 2010-2011
Tegevus- bloki eesmärk	Maavalitsustes ja KOV-ides kompetentsi loomine tõendus põhiste meetmete rakendamiseks tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamiseks	Üle-eestilise võrgustiku loomine tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamisele ja tööjõu produktiivsuse säilitamisele ja suurendamisele suunatud tegevuste elluviimiseks
Tegevuste eesmärgid	3.1.1 Tervise ja tööturu seoste ning tervisedenduse põhimõtete tutvustamine maavalitsustele ja KOV-idele, tervisedenduse baaskoolituse materjalide väljatöötamine ja koolituste läbiviimine 3.1.2 Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste terviseprofiilide ja tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist ennetavate tegevuskavade koostamine 3.1.2¹ Maakondades ja KOV üksustes võrgustiku loomine tööalasele elanikkonnale suunatud tervisedenduslike tegevuste elluviimiseks 3.1.3 Tervisestatistika ja terviseuuringute elektroonilise esitlussüsteemi loomine	3.1.1 Kogukonna liidrite, sh maavalitsuste ja KOV juhtide teadlikkuse tõstmine tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamisel, paikkondlike terviseprofiilide koostamine, paikkonna elanike tööhõivest väljalangemise ennetamist toetavate tervisealaste tegevuskavade koostamine 3.1.2 Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakkuva tugistruktuuri väljaarendamine ning tervisealaste tegevuskavade osaline elluviimine 3.1.3 Paikkonna tervise seisundi hindamise, terviseprofiili ning tõendus põhiste tegevuskavade koostamiseks vajaliku info koondamine ja levitamine, sh tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamine ja täiendamine, andmete kogumise võimaluste laiendamine 3.1.4 Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine

Allikas: Programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009” ja programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011”.

Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste tervisedendusala teadlikkuse tõstmise ja paikkondade terviseprofiilide koostamisega seotud tegevustele (2008-2009. aasta programmis tegevused 3.1.1 ja 3.1.2, 2010-2011. a programmis tegevus 3.1.1) on programmides seatud järgmised alaeesmärgid.

- ▶ Maavalitsustel ja KOV-idel on ülevaade piirkonna elanike tervise seisundist, olulisematest tervisemõjuritest ja tervise seisundi mõjust tööhõivele piirkonnas.

¹⁵ Programmid „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009” ja „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011”.

¹⁶ 2008-2009. a programmis oli tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine töökoha tervisedenduse tegevusbloki all. Käesolevas hindamisaruandes käsitletakse seda tegevust paikkondliku tervisedenduse all.

- ▶ Maavalitsuste ja KOV-ide juhtide teadlikkus oma paikkonna elanike tervises seisundist ja tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamiseks on paranenud.
- ▶ Maavalitsustes ja KOV-ides on kompetentsed töötajad terviseprofiilide ja tervise tegevuskava koostamiseks ja tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist ennetavate sekkumismeetmete planeerimiseks.
- ▶ Maavalitsused ja KOV-id on alustanud ja/või jätkavad tõenduspõhisele ja süstemaatilisele kontseptsioonile tuginevat tervisedendustegevust kohaliku elanikkonna töövõime hoidmiseks, tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ja produktiivsuse vähenemise ennetamiseks.
- ▶ Maavalitsustel ja KOV-idel on piisavalt teadmisi ja oskusi meetme avatud taotlusvoorudes projektidega osalemiseks.

Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamise eesmärgil maavalitsustes ja KOV-ides loodud tugistruktuuri (2008.-2009. a programmis tegevus 3.1.2¹ ja 2010-2011. a programmis tegevus 3.1.2) alaeesmärgid oli järgmised.

- ▶ Paikkonna tervisedendajate motiveeritus tervisedenduslike tegevuste elluviimisel on kasvanud (2010-2011).
- ▶ On loodud võimalused paikkonna tervisedenduslaste sekkumismeetmete arendamiseks (2010-2011).
- ▶ Paikkonna tervisealased tegevuskavad on elanikkonna terviseteadlikkuse tõstmiseks ja tervisekäitumise parandamiseks osaliselt ellu viidud (2010-2011).

Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamise (2008.-2009. a programmi tegevus 3.2.3, 2010.-2011. a programmi tegevus 3.1.4) osas oli alaeesmärk järgmine:

- ▶ Tööturult on võimalik leida tervisedendaja kvalifikatsiooniga spetsialisti, kes edendaks tervist ettevõtetes, või juhiks KOV-is või maavalitsuses tervisedendustööd ja nõustaks kohalikke ettevõtteid ja asutusi tervisliku töökeskkonna kujundamisel.

Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendati (2008-2009. a programmi tegevus 3.2.4, 2010-2011. a programmi tegevus 3.1.3) järgmisel alaeesmärgil.

- ▶ Tervisealane statistika ja informatsioon tõenduspõhistest meetmetest on paikkonna spetsialistidele, liidritele ja tervisedendajatele kergesti kättesaadav.

5.2.2 Elluviidud tegevuste kirjeldus

Programmide raames koostati paikkonna tervisedenduse baaskoolituse ja paikkonna terviseprofiili koostamise koolituste koolituskavad ja -materjalid (sh terviseprofiili koostamise meetodikajuhend) ning korraldati nende alusel koolitused. Paikkonna tervisedenduse baaskoolitustel osales aastatel 2009-2011 kokku 828 isikut (37 koolitust), koolitused toimusid kõikides maakondades¹⁷. Paikkonna terviseprofiili koostamise koolituse tsükli raames toimus 2009-2011. a kokku 29 koolitust kõikides maakondades, koolitustel osales 676 inimest¹⁸.

Toimus KOV-ide ja maavalitsuste nõustamine paikkonna terviseprofiili ja tegevuskavade koostamisel. 2008.-2009. a programmi raames nõustasid maavalitsusi ja KOV-e profiilide ja tegevuskavade

¹⁷ 2009. a toimus 18 koolitust kõigis 15 maakonnas, kus osales kokku 436 koolitatavat. 2010.-2011. a viidi läbi 19 koolitust seitsmes maakonnas, kus osales kokku 392 koolitatavat.

¹⁸ 2009. a toimus 17 koolitust 15 maakonnas, kus osales 456 koolitatavat. 2010.-2011. a viidi läbi 12 koolitust kaheksas maakonnas, kus osales kokku 220 koolitatavat.

koostamisel TAI loodud tööühm¹⁹ koostöös TAI ekspertidega. 2010. a korraldati nõustajate leidmiseks hange ning nõustamine toimus seminari vormis (ligikaudu 100 osalejat)²⁰. Paikkonna terviseprofili koostasid programmide jooksul kõik maavalitsused ja 99 KOV-i, paikkonna tegevuskava koostasid kõik maavalitsused ja 90 KOV-i.

Paikkondades tervisedendust koordineerivateks organisatsioonideks valiti maavalitsused ning nendega sõlmiti lepingud. Lepingud sõlmiti kõikide maavalitsustega²¹. Lepingute elluviimine toimus aprillist 2010 kuni detsembrini 2011. Paikkondades tervisedendust koordineerivate organisatsioonide kontaktisikutele viidi läbi 3 supervisioonid ning toimus 3 koolitust.

2009. a loodi tervisestatistika ja terviseuuringute elektrooniline esitlussüsteem, mida teises programmis täiendati, koostati andmebaasi tutvustav trükk ja viidi läbi uuringute andmeesitlussüsteemi kasutajauuring. Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamiseks määrati stipendiume Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledžis tervisejuhi erialal õppimiseks. Stipendiumi sai kokku 45 isikut.²²

Lisaks eelnevalt mainitud tegevustele tutvustati aastatel 2008-2009 paikkondliku tervisedenduse tegevusbloki all erinevates Eesti maakondades toimunud 19 ürituse raames rahvastiku tervise arengukava ja tervisedenduse põhimõtteid (1286 osalejat). 2011. aastal toimus 9 seminari tõenduspõhiste tervisedenduslike sekkumismeetmete planeerimise ja elluviimise nõustamiseks.²³

Perioodil 2010-2011. a töötati välja paikkonna terviseõurite uuringu standardprotokoll ja -küsimustiku moodulid ja viidi nende alusel läbi paikkonna terviseõurite uuring. Samuti koguti mõlema programmi raames hea praktika näiteid paikkonna tasandil elluviidud sekkumismeetmetest ning avaldati need internetilehel terviseinfo.ee. Paikkonna tervisedenduse baaskoolitustel ja paikkonna terviseprofili koostamise koolitustel jagati informatsiooni avatud taotlusvooru kohta.

Kolm TAI tervisedenduse valdkonna töötajat osalesid 2010.-2011. a programmi raames rahvusvahelistel tervisedenduse üritustel²⁴, ning telliti kahe paikkonna tervisedenduse ajakirja 2010-2011. a väljaandeid.

5.2.3 Hinnang tegevuste asjakohasusele

Programmide raames elluviidud tegevuste asjakohasus seisneb selles, kuivõrd hästi aitavad tegevused kaasa programmide ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele (sh seos töö leidmise ja/või säilitamisega), vastavad sihtrühma vajadustele ja aitavad lahendada probleeme, mille lahendamiseks on programmid loodud. Tervisedendusega tegelemine paikkonna tasemel on oluline, kuna kohalikul tasandil langetatakse kõige enam elukeskkonda kujundavaid otsuseid ning efektiivne sekkumine eeldab kohalike olude head tundmist ja probleemide adekvaatset kaardistamist²⁵. Hindamisega analüüsiti, kuidas aitasid programmi tegevused kaasa paikkondades üle-eestilise võrgustiku loomisele ja selle kaudu tervist edendavate tegevuste elluviimisele.

¹⁹ Liikmed Tallinna Ülikoolist, Eesti Linnade Liidust, Tervisekaitseinspeksioonist, Eesti Tervisedenduse Ühingust, Eesti Tervislike Linnade võrgustikust, Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuametist ning Sotsiaalministeeriumist.

²⁰ Kokku nõustati 37 KOV-i.

²¹ 2008.-2009. a programmi raames sõlmiti lepingud 12 maavalitsustega ning 2010.-2011. a programmi raames kolme ülejäänud maavalitsusega.

²² 2010.-2011. a programmis oli see tegevus paikkondliku tervisedenduse tegevusbloki all, kuid 2008.-2009. a programmis töökoha tervisedenduse tegevusbloki all. Käesolevas aruandes käsitletakse tervisespetsialistide väljaõppe toetamist paikkonna tervisedenduse tegevusena, kuivõrd programmide elluviija sõnul täidab see tegevus paremini paikkonna tervisedenduse eesmärgi.

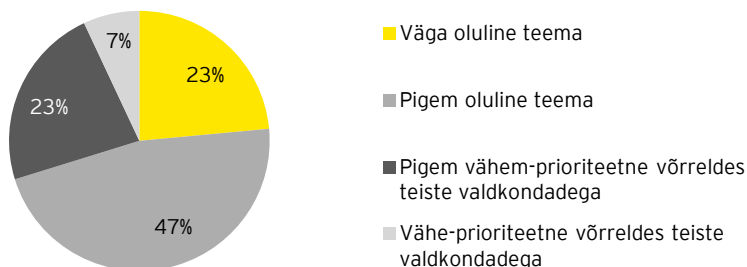
²³ Mõlemad tegevused viidi ellu Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna poolt. 2011. a korraldati kuus seminari ning kolm seminari toimusid integreerituna muude paikkonna tervisedendajatele korraldatud üritustega.

²⁴ Kokku kolm üritust, millest kahel osales üks ja ühel kolm TAI töötajat: (1) 20. maailma tervisedenduse konverents Šveitsis (2010); (2) IZSARE konverents Euroopa piirkondade tervise ebavõrdsuse indikaatorite teemal Ungaris (2010); (3) Tutvumine kohaliku tervisedendustööga Taanis (2011).

²⁵ Programmid „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009” ja „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011”.

Hindamise käigus läbiviidud veebiküsitlusest selgus, et tervisedendus on KOV-ide ja maavalitsuste jaoks väga oluline või pigem oluline prioriteet (ca 70% vastustest). Väiksem oli nende vastajate hulk, kes leidsid, et tervisedendus on nende KOV-i või maavalitsuse jaoks vähe-prioriteetne või pigem vähe-prioriteetne (ca 30% vastustest).

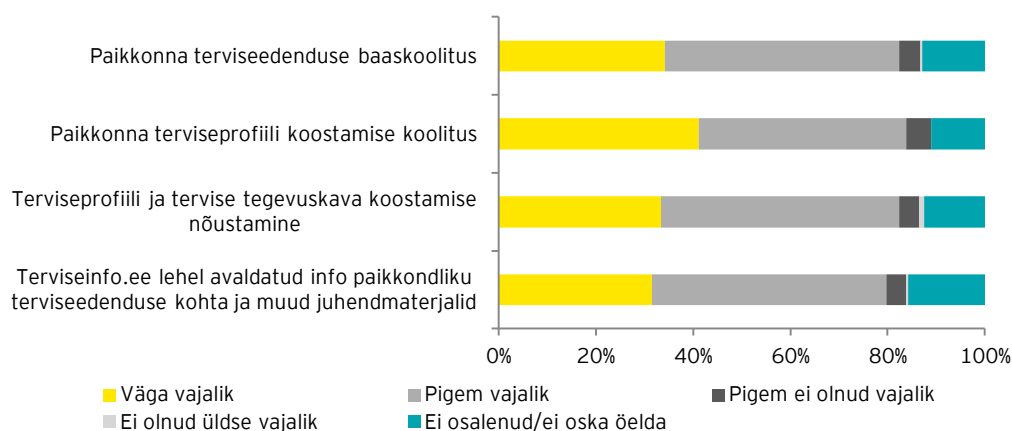
Joonis 2. "Kui oluline prioriteet on tervisedendus Teie KOV-i või maavalitsuse jaoks?" (n=272).



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Kuna programmi tegevustega soodustati paikkonna tasemel tervise edendamisega tegelemist, uuriti programmi tegevustes osalejatelt, kui oluliseks peavad nad programmi raames elluviidud tegevusi. Selgus, et programmi tegevustes osalejad peavad vajalikuks kõiki peamisi programmi raames elluviidud paikkonna tervisedenduse tegevusi, sh tervisedenduse ja terviseprofiili koostamise koolitused, terviseprofiili ja tegevuskava koostamise nõustamine ning terviseinfo.ee lehel avaldatud info ja materjalid.

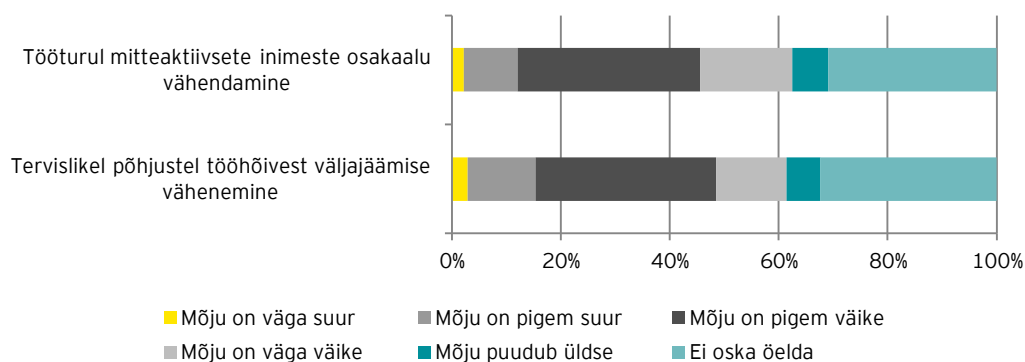
Joonis 3. „Palun hinnake, kui vajalikud olid programmi raames elluviidud tegevused Teie asutuse jaoks?“ (n=272).



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Programmi elluviijad olid hindamise käigus selgel arvamusel, et paikkonna tervisedenduse valdkonna tegevused on asjakohased prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt, kuna see loob eeldused elanikkonna tervisekäitumise parandamiseks (st kompetents maakondades ja KOV-ides tervisedendusega tegelemiseks ning võrgustik tervisedenduse elluviimiseks), mis aitab ennetada tööturult tervislikel põhjustel väljalangemist. Ka programmi tegevustes osalejatest enamus näeb seost oma piirkonnas läbiviidava tervisedendusala tegevuse ning meetme ja prioriteetse suuna eesmärkide vahel, kuigi peavad seda mõju pigem või väga väikseks (vt joonis 4). Nagu alloleval joonisel välja toodud, näeb suurt või pigem suurt mõju paikkonna tervisedenduse ja töötamise vahel ca 15% paikkonna tervisedenduse tegevustes osalejatest. Ligikaudu kolmandik vastajatest ei osanud selles küsimuses seisukohta võtta, mis viitab sellele, et nende jaoks pole tervisedendusala tegevuse ja programmi eesmärkide seos arusaadav.

Joonis 4 „Palun hinnake, kuidas on mõjutanud või mõjutab potentsiaalselt Teie piirkonnas läbiviidav tervisedenduse alane tegevus tööelist elanikkonda järgmiste eesmärkide lõikes“ (n=272).

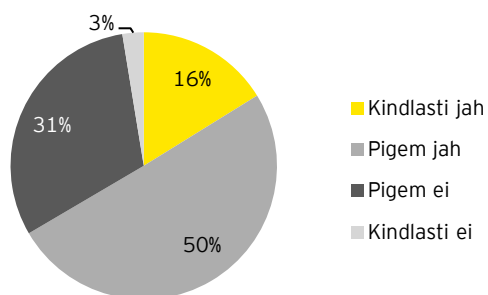


Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Seega võib hinnata, et programmide paikkonna tervisedenduse tegevused olid üldjoontes sobilikud meetme ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele kaasa aitamise seisukohast. Samas taandub küsimus tegevuste tegelikust asjakohasusest suuresti sellele, kuivõrd jõuab tegevuse mõju otsestest kasusaajatest ehk KOV-i ja maavalitsuse ametnikest lõppkasusaajateni ehk tööelise elanikkonnani. Paikkonna tervisedenduse tegevusbloki tegevused olid suures osas suunatud mitte otseselt tööelisele elanikkonnale, vaid maavalitsuste ja KOV-ide ametnikele ning teistele paikkonna tervisedendajatele (erandiks on siinkohal lepingud maavalitsustega, mille sihtrühmaks oli ka otseselt tööeline elanikkond). Seega saab üldeesmärkide täitmine ehk tervislikel põhjustel tööturult eemalejäämise ennetamine toimuda vaid juhul, kui programmi tegevuste tulemusel toimub ka reaalne tervisedendusala tegevuse ellu viimine.²⁶

Selle väljaselgitamiseks uuriti, mil määral hakkasid KOV-id ja maavalitsused programmi tegevustes osalemise tulemusel süstemaatilisemalt tervisedenduse valdkonnas tegutsema. Veebiküsitlusest selgus, et paikkonnad on programmi tegevustes osalemisel tulemusel hakanud mõnevõrra süstemaatilisemalt tervisedendusega tegelema (16% vastasid kindlasti „jah“ ning 50% „pigem jah“). Kolmandik vastanutest pigem või kindlasti ei hakanud tervisedendusega süstemaatilisemalt tegelema.

Joonis 5 „Palun hinnake, kas programmi tegevustes osalemise tulemusel on Teie KOV või maavalitsus hakanud süstemaatiliselt tegelema tervisedendusega?“ (n=272).



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Nende programmi tegevustes osalejate poolt, kes leidsid, et tegevused aitasid kaasa süstemaatilisele tervisedendusala tegevusele KOV-is või maavalitsuses, toodi kõige sagedamini välja, et on

²⁶ Kuigi meetme tegevused on piiratud eelarveliste vahenditega ning oluline on tagada tegevuste jätkusuutlikkus läbi tugistruktuuride loomise, siis prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohalt on oluline, et tegevuste mõju jõuaks tööelise elanikkonnani, mis ei pruugi toimuda programmi raames.

lisandunud ja regulaarsemaks muutunud tervisedendusalaste ürituste korraldamine (nt tervisepäevad, tervisespordi- ja südameriise üritused), sh on suurenenud toetus tervisedenduse üritustele. Samuti tegeletakse terviseradade, spordiplatside korrastamise ja tervisespordivarustuse soetamisega, tervislike eluviiside propageerimisega läbi koolituste, loengute, kampaaniate jne. Tegeletakse ka ennetustegevusega, nt toimuvad elanike tervisekontrollid. Samuti toodi mõnede vastajate poolt välja, et tervisedenduse valdkonna planeerimine on muutunud süstemaatilisemaks (tervisedenduse programmi koostamine sünkroonis piirkonna arengukavaga, vajaduste hindamisel põhinev tegevuskava jne). Kuigi tegevused olid suunatud tööelisele elanikkonnale, nimetati ka laste terviselaagreid ja -projekte, sõltuvusteemalisi ennetusprogramme lasteasutustes, ja eakatele suunatud üritusi.²⁷

Siiski ilmnes, et tervisedendusalane tegevus on sõltumata programmi tegevustest mitmete asjaolude tõttu piiratud ning ligikaudu kolmandik programmi tegevustes osalenud paikkondadest pole hoolimata programmi tegevustes osalemisest tervisedendusega süstemaatilisemalt tegelema hakanud. Eelkõige on tervisedendusalane tegevus paikkondades raskendatud ressursipuuduse tõttu. Programmi tegevustes osalejad tõid välja, et tervisedendus jääb sageli rahaliste vahendite vähesuse taha, samuti on tervisedenduse eest vastutavad isikud hõivatud muude tööülesannetega või puuduvad asutuses üldse. Lisaks nimetasid mõned vastajad tervisedendust piiravate teguritena elanike madalat huvi tervisedendamise alaste küsimuste vastu, sh toimetulekuprobleemidega seotult. Sarnased probleemid selguvad siis, kui analüüsida, kas programmi raames koostatud tervise tegevuskavades ettenähtud tegevused on ellu viidud või viiakse ellu lähitulevikus (vt ptk 5.2.4).

Kokkuvõttes võib öelda, et elluviidud paikkonna tervisedenduse alased tegevused olid suures osas suunatud tugistruktuuri loomisele (KOV-ide ja maavalitsuste ametnike kompetentsi arendamine, paikkondade tervises seisundi kaardistamine jne)²⁸, mis on oluliseks eelduseks paikkonna inimeste tervises seisundi paranemisele, kuid ei taga iseenesest mõju prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt. Programmi tegevuste tulemusel hakkas tervisedendusega mõnevõrra intensiivsemalt tegelema 66% tegevustes osalenutest, mis viitab sellele, et programmi tegevused aitavad eeldatavalt teatud määral kaasa inimeste tervise parandamisele ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele. Samas ei hõlmanud tegevused kõiki paikkondi (nt terviseprofiilid koostati 44% KOV-ides ning tegevuskavad 40% KOV-ides). Seetõttu on tegevustele hinnangu andmiseks vajalik põhjalikumalt analüüsida tegevustega saavutatud tulemusi (vt peatükk 5.2.4).

5.2.4 Hinnang tegevuste tulemuslikkusele

Paikkonna tervisedendusalaste tegevuste tulemuslikkust hinnatakse eraldi alljärgnevate tegevuste lõikes:

- ▶ tervisedendusalase teadlikkuse tõstmisega seotud tegevused;
- ▶ terviseprofiilide ja tegevuskavade koostamine;
- ▶ lepingute sõlmimine maavalitsustega tervisedendusalase tegevuse elluviimiseks;
- ▶ tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamine;
- ▶ tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine.

5.2.4.1 Tervisedendusalase teadlikkuse tõstmisega seotud tegevused

Paikkonna tervisedendusalased koolitused (tervisedenduse baaskoolitused, terviseprofiilide koostamise koolitused), juhendmaterjalide jagamine, infopäevad ja muud infojagamise seotud tegevused viidi programmi raames ellu eesmärgiga suurendada maavalitsuste ja KOV-ide juhtide teadlikkust tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive suurendamisel ja sooviga tõsta

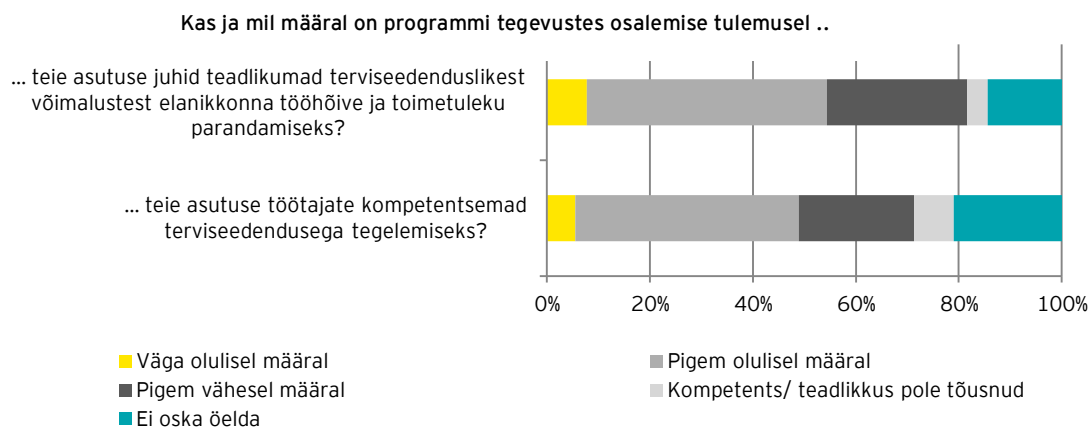
²⁷ Sotsiaalministeeriumi kommentaari kohaselt võib see viidata asjaolule, et vastajad ei seosta programmi ja KOVi tegevusi, mis võib omakorda viidata sellele, et tegevustel ei olnud planeeritud mõju.

²⁸ Va lepingud maavalitsustega, mille üheks sihtrühmaks oli ka tööeline elanikkond.

maavalitsuste ning KOV-ide töötajate kompetentsust terviseprofiilide ja tervise tegevuskava koostamiseks ja tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist ennetavate sekkumismeetmete planeerimiseks.

Tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks uuriti programmi tegevustes osalenutelt hinnanguid eesmärkide täitmise osas, st kas asutuste juhid on programmi tegevustes osalemise tulemusel teadlikumad tervisedenduslikest võimalustest ning kas asutuste töötajad on kompetentsemad tervisedenduslikest meetmete planeerimiseks ja elluviimiseks. Mõlema eesmärgi osas leidsid umbes 50% vastanutest, et programmi tegevused on olulisel või pigem olulisel määral aidanud kaasa nende eesmärkide saavutamisele.

Joonis 6 Vastused küsimustele „Kas ja mil määral tõusis Teie asutuse töötajate kompetents tervisedendusega tegelemiseks programmi tegevustes osalemise tulemusel?“ ja „Kas ja mil määral on Teie asutuse juhid teadlikumad tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamiseks programmi tegevustes osalemise tulemusel?“ (n=272)



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Veebiküsitluses toodi välja, et programmi tegevustes osalemise tulemusel tajuvad töötajad paremini tervisedenduse valdkonna olulisust ning teadvustavad seoseid tervisedenduse ning muude valdkondade edutegurite vahel (sh erinevaid valdkondi hakati planeerima läbi tervise prisma). Programmi tegevused andsid osalejatele hea ülevaate paikkonna tervisedenduslikest probleemidest ja vajadustest ning suurendasid huvi paikkonna tervisedenduslikest tegevuste korraldamise vastu. Siiski oli märkimisväärne (ca 30%) ka nende vastajate hulk, kes leidsid, et mõju joonisel 6 toodud eesmärkide saavutamisele puudus üldse või oli vähene.

Seega võib hinnata, et programmi tegevuste tulemusel on paranenud maavalitsuste ja KOV-ide juhtide ning töötajate teadlikkus ja kompetentsus tervisedenduse alal. Tervisedenduslikest teadlikkuse ja kompetentsuse loomisele suunatud tegevused (nt paikkonna tervisedenduse koolitused, muud üritused jne) toimusid kõikides maakondades ning tegevustes osalejatest ca 50% pidasid programmi tegevuste mõju oluliseks.

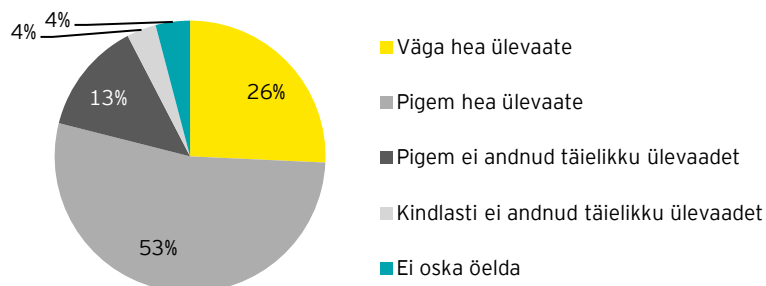
5.2.4.2 Terviseprofiilide ja tegevuskavade koostamine

Paikkonna tervisedenduse tegevusbloki üheks eesmärgiks oli parandada maavalitsuste ja KOV-ide ülevaadet piirkonna elanike tervise seisundist, olulisematest tervise mõjuritest ja nende mõjudest tööhõivele piirkonnas. Selle saavutamiseks soodustati programmi raames KOV-ide ja maavalitsuste terviseprofiilide koostamist. Toimusid terviseprofiili koostamise koolitused ning nõustati KOV-ide ja maavalitsusi terviseprofiilide ja tegevuskavade koostamisel. Programmide jooksul koostasid paikkonna terviseprofiili kõik maavalitsused ja 99 KOV-i (44% kõikidest KOV-ideist) ning tegevuskava kõik maavalitsused ja 90 KOV-i (40% kõikidest KOV-ideist). Programmi jooksul koostasid terviseprofiili KOV-id kõikidest maakondadest. Võrreldes KOV-ide koguarvuga maakonnas koostati kõige vähem

terviseprofiile Ida-Virumaal (terviseprofiili koostasid 18% kõikidest KOV-ideest), Tartumaal (23%), Harjumaal (29%) ning kõige rohkem Raplamaal (90%), Võrumaal (85%) ja Järvamaal (83%).

Ligikaudu 80% veebiküsitlusele vastanud paikkonna tervisedendajatest leidsid, et terviseprofiili koostamine andis nende KOV-ile või maavalitsusele hea ülevaate oma piirkonna elanike tervises seisundist ja tervise mõjuritest.

Joonis 7 „Kas ja kui hea ülevaate andis terviseprofiili koostamine Teie KOV-le või maavalitsusele oma piirkonna elanike tervises seisundist ja tervise mõjuritest?“ (n=127).

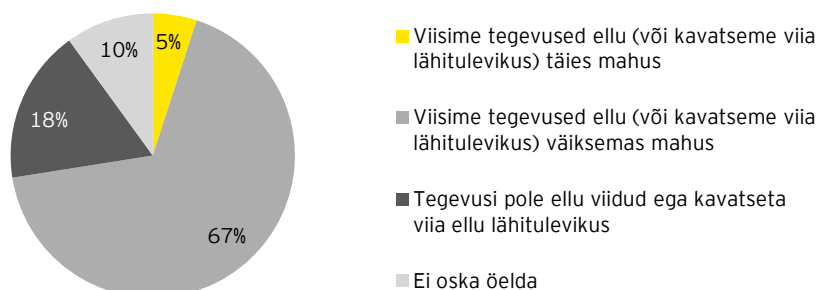


Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Samuti võib hinnata, et piirkonna tervises seisundi kindlakstegemisel ja tervisedenduslike tegevuste planeerimisel oli oluline roll programmi tegevustel, kuna vaid 36% terviseprofiili või tegevuskava koostanud KOV-ideest või maavalitsustest oleks seda enda väitel teinud ilma programmi raames aset leidnud nõustamise või koolitusteta. Lisaks motiveeris KOV-e ja maavalitsusi terviseprofiile ja tegevuskavasid koostama võimalus saada oma projektile rahastust avatud taotlusvoorst (see oli motivatsiooniks 85% juhtudest). Vaid 48% KOV-ideest ja maavalitsustest vastasid, et oleksid terviseprofiili või tegevuskava koostanud ka ilma avatud taotlusvooru rahastusest.

Kuivõrd avatud taotlusvoorudest rahastati planeeritud ja taotluste arvust oluliselt vähem projekte (2010. a rahastati 30% esitatud taotlustest ja 2011. a 24% taotlustest²⁹), piiras see olulisel määral tegevuste tulemuslikkust. Tervise tegevuskava koostanud ja avatud taotlusvoorst oma projektile raha taotlenud, kuid mittesaanud asutustest viis vaid 5% planeeritud tegevused täies mahus ellu (või kavatsevad seda teha lähitulevikus). Kaks kolmandikku toetust mittesaanud taotlejatest viisid tegevused ellu väiksemas mahus ning 18% leidsid, et planeeritud tegevusi pole üldse võimalik ellu viia ilma avatud taotlusvooru rahastusest.

Joonis 8 „Kas viisite tervise tegevuskavas planeeritud tegevused ellu vaatamata sellele, et Teie projekt ei saanud rahastust avatud taotlusvoorst?“ (n=40).



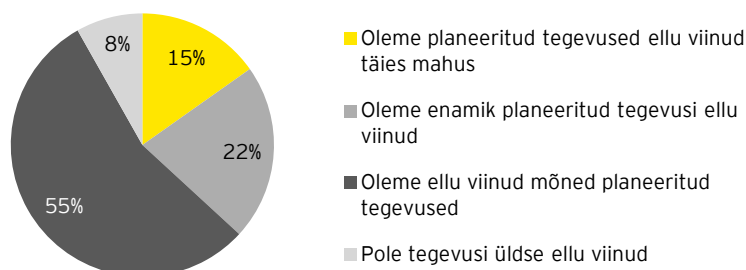
Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

²⁹ 2010. a esitati 67 taotlust, millest rahuldati 20. 2011. a esitati 96 taotlust, millest rahuldati 23.

Kuivõrd terviseprofiilide ja tegevuskavade koostamine iseenesest ei taga programmi üldeesmärkide täitmist, on asjakohane analüüsida ka seda, mil määral viiakse tegevuskavades planeeritud tervist edendavad tegevused ellu. Seda kajastab ka programmi eesmärk, et maavalitsused ja KOV-id alustavad ja jätkavad tõenduspõhist ja süstemaatilisele kontseptsioonile tuginevat tervisedendusala tegevust kohaliku elanikkonna tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamiseks.

Selleks uuriti hindamise käigus, millises mahus on maavalitsustes ja KOV-ides koostatud tervise tegevuskavad käesolevaks hetkeks ellu viidud. Selgus, et 15% KOV-ide ja maavalitsustest on tervise tegevuskavad ellu viinud täies mahus, enamik KOV-e või maavalitsusi on viinud tegevuskava ellu osaliselt (77%).

Joonis 9. „Millises mahus olete tervise tegevuskavas planeeritud tegevused tänaseks ellu viinud?“ (n=171).

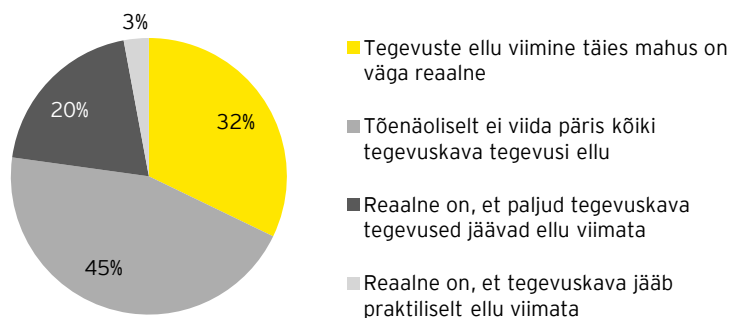


Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Ligikaudu kolmandikul nendest, kes pole tegevuskava täies mahus ellu viinud, on tegevuskavade täitmine alles käsil. Samas tõid umbes pooled vastajatest välja, et tegevuskava elluviimist takistab ressursipuudus. Asutused kirjeldasid, et tegevuskava pole olnud võimalik täies mahus ellu viia, kuna puudub rahaline ressurss ning kuna tervisedenduse spetsialistid on hõivatud muude tööülesannetega või/ja pole asutusel olnud raha (täiendavate) tervisedendusspetsialistide palkamiseks. Samuti on probleemiks tervisedenduse valdkonna madal prioriteetsus võrreldes teiste valdkondadega ja sellest tulenev vähene huvi (sh vähene toetust juhtkonna poolt) valdkonnaga tegelemiseks.

Vaatamata sellele, et mõnede tegevuskavade elluviimine alles käib, näitavad hindamise käigus kogutud andmed seda, et vähemalt pooled tegevuskavadest jäävad osaliselt ellu viimata ja on võimalik, et mõned ka täielikult ellu viimata (vt joonis 10). Lisaks eelnevalt kirjeldatud ressursiprobleemidele võib tegevuskavade elluviimist osaliselt mõjutada ka vajaduste muutumine tegevuse käigus.

Joonis 10. „Millises mahus peate reaalseks koostatud tervise tegevuskava tegevuste elluviimist Teie KOV-s/ maakonnas?“ (n=171).



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Seega, eeldades, et isegi kui käimasolevad tegevuskavad lõpetatakse täies mahus, jäävad hindamise käigus läbiviidud veebiküsitluse andmetel siiski vähemalt pooled tegevuskavadest osaliselt ellu viimata ja võimalik, et mõned ka täielikult ellu viimata.

Kokkuvõttes võib öelda, et programmi tegevuste tulemusel on paranenud maavalitsuste ja KOV-ide ülevaade oma piirkonna elanike tervises seisundist, olulisematest tervisemõjuritest ja tervises seisundi mõjust piirkonna tööhõivele. Terviseprofiili koostasid kõik maavalitsused ja 44% KOV-idest, kellest ca 80% hindasid, et nende ülevaade piirkonna tervises seisundist ja -mõjuritest on paranenud. Seega võib hinnata, et see muutus on toimunud ligikaudu kolmandikus KOV-ides üle Eesti.

Paikkondade poolt koostatud tegevuskavade elluviimine peaks aitama kaasa tööealise elanikkonna tervise parandamisele ja selle kaudu ka prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele. Samas selgus hindamisest, et paikkondade poolt koostatud tervise tegevuskavad jäävad tõenäoliselt osaliselt ellu viimata. Tegevuskava on koostatud 90 KOV-is (st 40% kõikidest KOV-idest) ning küsitluse andmetel peavad 32% nendest reaalseks tegevuskava elluviimist täies mahus ja 45% osaliselt. Üldistades küsitluse tulemusi kõikidele tegevuskava koostanud KOV-idele, võib eelduslikult hinnata, et tegevuskava viiakse ellu täielikult ca 30 KOV-is ja osaliselt ca 40 KOV-is.

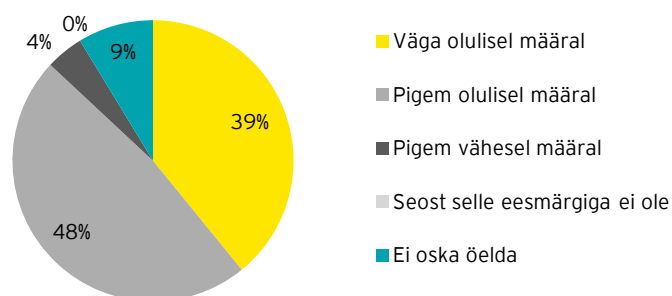
5.2.4.3 Lepingute sõlmimine maavalitsustega tervisedendusalase tegevuse elluviimiseks.

Paikkondades tervisedendust koordineerivateks organisatsioonideks valiti maavalitsused ning lepingud sõlmiti kõikide maavalitsustega. Maavalitsustega sõlmitud lepingute otsesed eesmärgid olid järgmised:

- ▶ Paikkonna tervisedendajate motiveeritus tervisedenduslike tegevuste elluviimisel on kasvanud.
- ▶ On loodud võimalused paikkonna tervisedendusalaste sekkumiste arendamiseks.
- ▶ Paikkonna tervisealased tegevuskavad on elanikkonna terviseteadlikkuse tõstmiseks ja tervisekäitumise parandamiseks osaliselt ellu viidud.

Veebiküsitluse käigus uuriti, kuidas hindavad programmi tegevustes osalenud maavalitsuste esindajad nende eesmärkide täitmist maavalitsuste ja TAI vahel sõlmitud lepingute kaudu. Enamik vastanutest (ca 90%) leidsid, et koostöölepingud on aidanud kaasa paikkonna tervisedendusalaste sekkumiste arendamisele väga või pigem olulisel määral. Mitte ükski vastanutest ei arvanud, et seos koostöölepingu ja paikkonna tervisedendusalaste sekkumiste arendamise vahel puudub.

Joonis 11. „Palun hinnake, mil määral aitas Teie asutuse ja Tervise Arengu Instituudi vahel sõlmitud koostööleping kaasa järgmiste eesmärkide täitmisele: .. Paikkonna tervisedendusalaste sekkumiste arendamine“ (n=23)*.



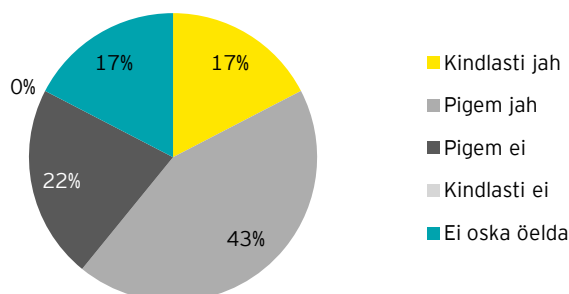
* Küsimusele vastasid nende maavalitsuste esindajad, kellel oli sõlmitud koostööleping TAI-ga. Kuigi lepingud sõlmiti 15 maavalitsusega, on vastanute arv suurem, kuna mõnes maavalitsuses vastas küsimusele mitu inimest.

Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Tervisedendajate motivatsiooni osas leidsid 17% vastanutest, et koostööleping on aidanud kaasa tervisedendajate motiveerituse kasvule tervisedenduslike tegevuste elluviimiseks. 43% vastanutest

hindas, et see on pigem aidanud kaasa tervisedendajate motivatsiooni kasvule. Ligikaudu viiendik (22%) vastanutest leidis, et koostööleping pigem ei ole kaasa aidanud tervisedendajate motivatsiooni kasvule. 17% vastanutest ei osanud sellel osas hinnangut anda.

Joonis 12. „Palun hinnake, mil määral aitas Teie asutuse ja Tervise Arengu Instituudi vahel sõlmitud koostööleping kaasa järgmiste eesmärkide täitmisele: .. Tervisedendajate motiveerituse kasv tervisedenduslike tegevuste elluviimiseks“ (n=23)*.

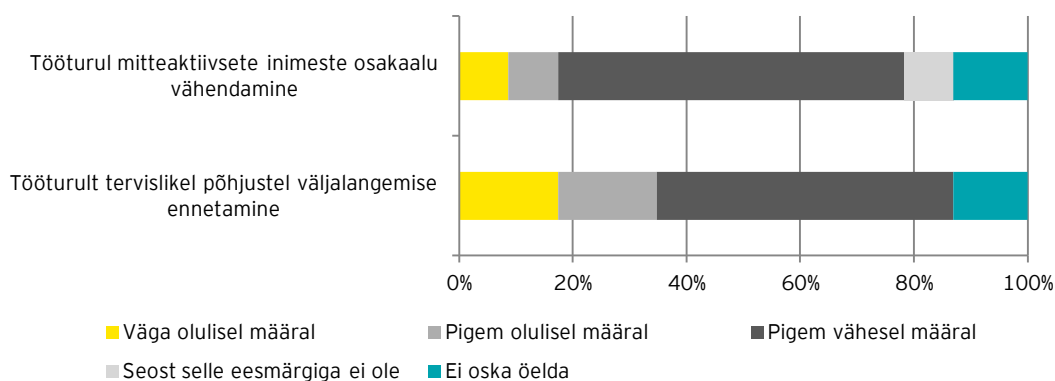


* Küsimusele vastasid nende maavalitsuste esindajad, kellel oli sõlmitud koostööleping TAI-ga. Kuigi lepingud sõlmiti 15 maavalitsusega, on vastanute arv suurem, kuna mõnes maavalitsuses vastas küsimusele mitu inimest.

Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Samas pidasid veebiküsitlusele vastanud selle programmi tegevuse mõju programmi üldeesmärkide osas väheks. 52% vastanutest leidis, et koostööleping on aidanud pigem vähesel määral kaasa tööturul tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele. 61% vastanutest leidis, et koostööleping aitab pigem vähesel määral kaasa tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamisele, lisaks leidis 9% vastanutest, et seos selle eesmärgiga puudub üldse. 13% vastanutest ei osanud seost nende eesmärkidega hinnata.

Joonis 13. „Palun hinnake, mil määral aitas Teie asutuse ja Tervise Arengu Instituudi vahel sõlmitud koostööleping kaasa järgmiste eesmärkide täitmisele: (1)Tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamine; (2) Tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamine“ (n=23).



* Küsimusele vastasid nende maavalitsuste esindajad, kellel oli sõlmitud koostööleping TAI-ga. Kuigi lepingud sõlmiti 15 maavalitsusega, on vastanute arv suurem, kuna mõnes maavalitsuses vastas küsimusele mitu inimest.

Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Samas tuleb selliste pikaajaliste eesmärkide puhul arvesse võtta, et tegevuste mõju ei pruugi olla veel avaldunud, samuti pole tervisedenduslike tegevuse ja tervisliku seisundi ning tööturu vahelised seosed alati selgelt nähtavad, mistõttu ei pruugi programmi tegevustes osalejad lihtsalt

neid seoseid tajuda. Seetõttu võib ülalolev joonis näidata seda, et paikkonnad ei taju hästi seoseid selle tegevuse ja programmi üldeesmärkide osas (mitte tingimata seda, et mõju pole olemas).³⁰

Siiski on programmi tegevuse 3.1.2 („Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakkuva tugistruktuuri väljaarendamine“) kohta ka varasemalt läbi viidud analüüs, milles järeldatakse, et elluviidud tegevuste eesmärgipärasus on väike ning need ei ole selgelt suunatud eesmärkide täitmisele ja probleemide lahendamisele. Uuringus leitakse, et tegevuste panus tervisedendajate motivatsiooni tõstmisele või uute tervisedenduslike sekkumiste arendamisse on pigem juhuslik. Samuti leitakse, et tegevused ei panusta olulisel määral ka meetme üldeesmärgi täitmisele.³¹

Kokkuvõttes võib öelda, et maavalitsustega sõlmitud lepingute kaudu loodi võimalused paikkonna tervisedenduslaste sekkumiste arendamiseks ning paikkonna tervisealased tegevuskavad on osaliselt ellu viidud. Samas näitas nii hindamine kui varasemalt läbiviidud tegevuste süvauuring, et tegevuse mõju eesmärkide täitmise osas on pigem juhuslik. Tervisedenduse motiveerituse osas pole tegevus olulisi tulemusi saavutanud, samuti ei saa hinnata, et tegevus oleks olulisel määral kaasa aidanud meetme üldeesmärkide täitmisele ehk tervislikel põhjustel tööturult eemalejäämise ennetamisele.

5.2.4.4 Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamine

Tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi arendamise eesmärgiks oli aidata kaasa sellele, et tervisealane statistika ja informatsioon tõendus põhjustest meetmetest oleks paikkonna spetsialistidele, liidritele ja tervisedendajatele kergesti kättesaadav.

Programmi elluvijate tõlgenduse kohaselt on tervisestatistika ja -uuringute andmeesitlussüsteemi eesmärgiks tervisestatistika ja terviseuuringute numbrilise andmestiku kergesti kättesaadavaks ja töödeldavaks tegemine. Andmebaasi koondatud statistiline informatsioon tervises seisundi, tervisekäitumise, tervishoiuresursside jms osas peaks aitama planeerida ja ellu viia tervisedenduslaste tegevust.

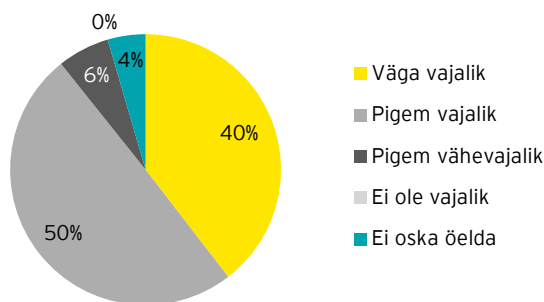
Veebiküsitluse tulemustest nähtub, et tervisestatistika ja -uuringute andmebaas on olnud abiks tervisedenduslaste tegevuse planeerimisel KOV-ides ja maavalitsustes. Andmebaasi oli kasutanud 65% veebiküsitlusele vastanud isikutest, kes osalesid programmide paikkonna tervisedenduslastes tegevustes. Seda andmebaasi pidas paikkonna tervisedendusliku tegevuse planeerimisel väga vajalikuks 40% ja pigem vajalikuks 50% andmebaasi kasutanud vastanutest. Ükski vastanutest ei pidanud seda andmebaasi ebavajalikuks.

³⁰ Tervise Arengu Instituudi hinnangul näitab küsitlus inimeste taju, et praegu tajutakse tööturult väljalangemise peamise riskina majanduskriisi, kui tervislikke põhjusi.

³¹ Poliitikauuringute Keskus Praxis (2012) „Hinnang viieteistkümnele programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ tegevuse 3.1.2 „Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakkuva tugistruktuuri väljaarendamine“ raames teostatud tegevusele“.

NB! Antud analüüs ei hõlmanud kõiki maavalitsuste tegevusi, vaid osa spetsiifilistel alustel välja valitud tegevustest.

Joonis 14 „Kui vajalik on tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas Teie KOV-le või maavalitsusele tervisedendusliku tegevuse planeerimisel oma piirkonnas?” (n=177)



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Seega võib öelda, et andmebaasi loomine ja arendamine programmi raames on aidanud kaasa paikkondade tervisedendusliku tegevuse planeerimisele. Tegevuse mõju töörealisele elanikkonnale ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele taandub suuresti sellele, kas paikkondades viiakse selle tulemusel ellu tegevusi töörealise elanikkonna tervise edendamiseks.

5.2.4.5 Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine

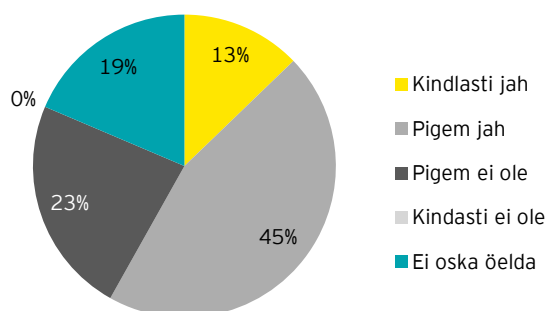
Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamise eesmärgiks programmides oli tagada, et tööturul oleks võimalik leida tervisedendaja kvalifikatsiooniga spetsialisti, kes edendaks tervist ettevõtetes või juhiks KOV-is või maavalitsuses tervisedendusala tööd ja nõustaks kohalikke ettevõtteid ja asutusi tervisliku töökeskkonna kujundamisel.

Hindamise käigus uuriti programmide töökoha tervisedenduse valdkonna tegevustes osalenud isikutelt, kas nende organisatsioonides töötab spetsialiste, kes tegeleks tervisedendusega kasvõi osaliselt oma tööajast, ning kas nad on püüdnud selle valdkonna kvalifitseeritud spetsialiste viimaste aastate jooksul värvata. Selgus, et vaid 20% organisatsioonidest on viimase kolme aasta jooksul püüdnud sellist spetsialisti värvata ning 40% organisatsioonidest on selline spetsialist praegu tööl.

Eelkõige ei pea ettevõtteid ja asutused nimetatud spetsialisti palkamist võimalikuks sellega kaasnevate rahaliste lisakulutuste tõttu. Samuti peavad mitmed organisatsioonid tervisedendusspetsialisti palkamist ebavajalikuks näiteks ettevõtte väiksuse tõttu või seetõttu, et ettevõttes on töökeskkonnaspetsialist või töötajate enda teadmisi tervisedendusest peetakse piisavalt heaks.

Nendest organisatsioonidest, kus on püütud viimase kolme aasta jooksul tervisedendusspetsialisti leida, on 13% kindal arvamusel, et sellistest spetsialistidest on tööturul puudus ning 45% pigem nõustuvad selle väitega. Ligikaudu veerand vastajatest spetsialistide puudust pigem ei näe.

Joonis 15 „Kas Teie hinnangul on tööturul puudus tervisedenduse valdkonna kvalifitseeritud spetsialistidest?” (n=86)



Allikas: Töökoha tervisedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

Programmi raames määrati stipendium tervisejuhi erialal õppimiseks kokku 45 isikule. Kuigi spetsialistide lisandumine teatud määral kvalifitseeritud spetsialistide kättesaadavust suurendab (eeldusel, et stipendiumi saajad ka õppekava lõpuni täidavad), ei saa väita, et see omaks märkimisväärset mõju kui võtta arvesse Eesti ettevõtete ja organisatsioonide koguarvu (üle 100 000). Lisaks, võttes arvesse ka programmi elluviijate väidet, et mitmed stipendiumi saajad töötasid sellel alal juba varasemalt, ei pruugi mõju eesmärgi saavutamise osas niivõrdki tugev olla (jättes kõrvale võimaluse, et stipendiumiga toetatud õpe parandab olulisel määral spetsialistide teadmisi ja oskusi töös).

Teisalt tuleb sellele tegevusele hinnangu andmisel arvesse võtta ettevõtete ja asutuste väga madalat huvi tervisedenduse spetsialistide palkamise vastu. Veebiküsitluse andmetel oli vaid 40%-l küsitlusele vastanud isikute organisatsioonidest tervisedendusspetsialist palgal ning sellise spetsialistide mitte-palkamise põhjustena ei toodud välja mitte spetsialistide puudust, vaid muid põhjuseid (sh vajaduse puudus, rahaliste vahendite puudus).

Eelpool nimetatud andmete põhjal ei saa vajadust tervisedenduse spetsialistide arvu suurendamise järele väga kõrgeks hinnata. Võttes arvesse ka seda, et veebiküsitluses osalesid programmide töökoha tervisedenduse tegevustes osalenud isikud, kellel on eeldatavasti suurem huvi antud valdkonna vastu, võib üldiselt Eesti ettevõtete ja asutuste huvi sellise spetsialisti palkamise järele veelgi madalamaks pidada.

Kokkuvõtlikult, kuigi tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamine võib vähesel määral kaasa aidata nimetatud spetsialistide kättesaadavuse suurendamisele, on tegevuse ehk väljaantud stipendiumite maht siiski väike selleks, et selle kättesaadavust olulisel määral mõjutada (võttes arvesse, et Eestis on üle 100 000 tööandja). Samal põhjusel ei aita tegevus tõenäoliselt kaasa ka programmi üldisemate eesmärkide ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele, nagu ka sellel põhjusel, et töötajate tervise edendamine ei jää käesoleval hetkel niivõrd tööturul vastavate spetsialistide puuduse kui muude takistuste taha.

5.2.5 Hinnang tegevuste tõhususele

Paikkonna tervisedenduse tõhususe hindamiseks tuleb uurida seda, kui hästi on tegevused eesmärgi saavutanud ning kas samu tulemusi oleks olnud võimalik saavutada alternatiivseid ja efektiivsemaid tegevusi tehes.

Paikkonna tervisedenduse tegevuste tõhusust võib hinnata erinevalt. Tõhusaks võib hinnata paikkonna tervisedendusala teadlikkuse tõstmisega seotud tegevusi (teadlikkus tõusnud 80% tegevustes osalenute puhul). Samuti olid need tegevused aluseks mitmetele teistele programmi tegevustele (nt terviseprofiilide koostamisele). Selle tegevuse puhul pole põhjust väita, et samu või paremaid tulemusi oleks võinud saavutada alternatiivseid ning efektiivsemaid tegevusi tehes.

Terviseprofiilide ja tegevuskavade tõhususe osas tuleb arvesse võtta mitmeid aspekte. Terviseprofiilide ja tegevuskavade koostamine saavutas planeeritud eesmärgid ning mahu mõttes isegi ületas planeeritud. Terviseprofiilide ja tegevuskavade kaudu oleks võimalik potentsiaalselt mõjutada suurt hulka tööalist elanikkonda, samas selgus hindamisest, et tegevuskavad viiakse ellu vaid osaliselt (32% vastanutest hindas, et tegevuskava täies mahus ellu viimine on väga reaalne). Selle tegevuse tõhususe paremaks tagamiseks tuleks leida meetmed tegevuskavades planeeritud tegevuste elluviimise toetamiseks.

Tervisestatistika ja -uuringute andmebaasi arendamine on aidanud kaasa paikkonna tervisedendusliku tegevuse planeerimisele, kuid küsimus tegevuse tõhususest taandub jällegi tegevuse mõjule tööalisele elanikkonnale. See tähendab, et tegevust saaks hinnata tõhusaks siis, kui paikkonnad viiksid ellu tegevusi, mis aitaksid tööalise elanikkonna tervist parandada.

Tõhusaks ei saa hinnata tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamist. Hindamisest selgus, et tegevuste mõju on marginaalne, samuti pole tegevus seotud programmides kirjeldatud probleemidega, mille lahendamiseks on tegevused ellu viidud. Stipendiumi eesmärgiks oli tagada, et tööturult oleks võimalik leida tervisedendusspetsialiste, samas selgus hindamisest, et spetsialistide puudus pole peamiseks põhjuseks, miks töökoha tervisedendusega vähe tegeletakse. Maavalitsustega sõlmitud koostöölepingute tõhususele hinnangu andmiseks ei laekunud hindamise käigus piisava detailsusega andmeid (st hindamine ei hõlmanud kõikide lepingute raames läbiviidud tegevuste analüüsi).

5.2.6 Kokkuvõttev hinnang

Paikkonna tervisedenduse osas oli meetme eesmärgiks luua üle Eesti maavalitsustes ja KOV-ides kompetents tööhõivest väljalangemise ennetamisele ning tööjõu produktiivsuse säilitamisele suunatud tegevuste elluviimiseks.

Kuna kohalikul tasemel langetatakse kõige enam elukeskkonda kujundavaid otsuseid ning efektiivne sekkumine eeldab kohalike olude head tundmist ja probleemide adekvaatset kaardistamist, võib pidada paikkondade tasemel tervisedenduse toetamist asjakohaseks. Hindamisest selgus, et programmi raames elluviidud tegevused aitasid üldiselt kaasa programmi alaeesmärkide täitmisele (st tegevuste ja tegevusbloki otsesed eesmärgid). Tegevuste tulemuslikkuse osas saab välja tuua järgmised tähelepanekud:

- ▶ Programmi tegevuste tulemusel on paranenud maavalitsuste ja KOV-ide ülevaade oma piirkonna elanike tervises seisundist, olulisematest tervisemõjuritest ja tervises seisundi mõjust tööhõivele piirkonnas. Terviseprofili koostasid kõik maavalitsused ja 44% KOV-idest, kellest ca 80% hindasid, et nende ülevaade piirkonna tervises seisundist ja -mõjuritest on paranenud.
- ▶ Programmi tegevuste tulemusel on paranenud maavalitsuste ja KOV-ide juhtide ning töötajate teadlikkus ja kompetentsus tervisedenduse alal. Tervisedendusala teadlikkuse ja kompetentsuse loomisele suunatud tegevused (nt paikkonna tervisedenduse koolitused, muud üritused jne) toimusid kõikides maakondades, kusjuures tegevustes osalejatest ca 50% pidasid programmi tegevuste mõju oluliseks.
- ▶ Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas aitas kaasa KOV-ide ja maavalitsuste tervisedenduslike tegevuste planeerimisele.
- ▶ Tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamise mõju on väga väike programmi alaeesmärkide seisukohalt ning ei aita kaasa prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele. Selle tegevuse alaeesmärgiks oli suurendada tervisedendaja kvalifikatsiooniga spetsialistide kättesaadavust tööturul. Kokku 45 uue spetsialisti koolitamine ei mõjuta tervisedendusspetsialistide kättesaadavust, kui võtta arvesse ettevõtete ja asutuste koguarvu Eestis (rohkem kui 100 000). Prioriteetse suuna ja programmi üldeesmärkide osas ei oma see tegevus eeldatavalt mõju seetõttu, et tervisedendusala spetsialistide puudus ei ole määrav takistus tervisedendusega tegelemisel.
- ▶ Maavalitsustega sõlmitud lepingute kaudu loodi võimalused paikkonna tervisedendusala sekkumiste arendamiseks. Samuti aitasid lepingud üldiselt kaasa tervisedendajate motiveerituse kasvule tervisedendusega tegelemiseks, mis oli üheks tegevuse otseseks eesmärgiks. Siiski tõid 22% veebiküsitlusele vastanud maavalitsuste esindajatest välja, et see programmi tegevus pigem ei ole tervisedendajate motivatsiooni tõstnud.

Programmide tegevused olid suunatud tugistruktuuri loomisele (paikkondadele tervisedendajate koolitamine, lepingute sõlmimine maavalitsustega tervisedendusala tegevuseks jne), mille tulemusel peaksid KOV-id ja maavalitsused tööalasele elanikkonnale tervisedenduslike meetmeid rakendama. Hindamine näitas, et 66% programmi tegevustes osalenud KOV-idest ja maavalitsustest

on hakanud tervisedendusega mõnevõrra süstemaatilisemalt tegelema. Selle all peetakse silmas nii tervisedenduslikke tegevusi tööelisele elanikkonnale kui tervisedenduse valdkonna süstemaatilisemat planeerimist. Siiski selgus, et tervisedenduslike tegevuste elluviimist piirab KOV-i või maavalitsuse rahaliste vahendite ja spetsialistide ajaressursi puudus. Seetõttu jäävad osaliselt ellu viimata ka paikkondade koostatud tervise tegevuskavad. Arvestades, et 32% tegevuskava koostanud 90 KOV-ist peab reaalseks selle ellu viimist täies mahus ning 45% osaliselt, võib küsitluse tulemusi üldistades öelda, et see mõjutab pigem väikest osa kogu Eesti tööelisest elanikkonnast.

Võttes arvesse nii seda, et programmide jooksul koostasid terviseprofiili ja tegevuskava kavandatust suurem arv KOV-e, kui seda, et tegevuskavade elluviimine jätkub ka pärast programme, ei ole siiski tõenäoline, et samamoodi jätkates tegevused meetme eesmärkide osas märkimisväärt mõju avaldavad ning suurt osa tööelisest elanikkonnast mõjutavad. Seda esiteks seetõttu, et hindamise käigus läbiviidud intervjuudel hindasid tegevuste elluviijad, et KOV-ide huvi terviseprofiilide koostamise vastu on ammeldumas³², mis tähendab, et isegi tegevuse jätkamisel ei suudeta tõenäoliselt oluliselt suuremat hulka KOV-e terviseprofiilide koostamisse kaasata. Teiseks selgus veebiküsitlusest, et KOV-ide hinnangul jääb tervisedendusega tegelemine (sh tegevuskavade elluviimine) suuresti rahaliste ressursside taha. Seega ei aita tugistruktuuridega tegelemine eeldatavalt olulisel määral kaasa tulemuseni jõudmisel ehk tööturult tervislikel põhjustel eemalejäämise ennetamisele, kui ei leita täiendavaid vahendeid selleks, et aidata KOV-idel tervisedenduslike tegevusi ellu viia. See tähendab, et ilma täiendavate meetmeteta, mis tagaksid tervisedenduslike tegevuste elluviimise paikkondade tasemel, jääb programmide raames loodud tugistruktuuride mõju meetme ja prioriteetse suuna üldeesmärkide seisukohalt tõenäoliselt tagasihoidlikuks.

Seega tasuks edaspidi tugistruktuuri arendamise kõrval rohkem panustada ka loodud struktuuri ärakasutamisele selliselt, et mõjutada rohkem tööelise elanikkonna tervist. Juhul, kui riik leiaks vahendeid selleks, et loodud struktuuri kaudu tööelise elanikkonna tervist mõjutada, aitaks see paremini tagada programmide tegevuste asjakohasust prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt.

³² Intervjuud Tervise Arengu Instituudiga, aprill 2012

5.3 Töökoha tervisedendus

Järgnevas peatükis käsitletakse programmide tegevusi 3.2.1-3.2.4 ehk töökoha tervisedenduse tegevusbloki tegevusi.

5.3.1 Eesmärkide kirjeldus

Programmi raames elluviidud töökoha tervisedenduse tegevuste eesmärgiks oli soodustada tervist edendavate põhimõtete ja teadmiste levikut töökohtadel, et toetada töötajate terviseriskide vähendamist ja töö efektiivsuse suurendamist. Selle saavutamiseks viidi programmi tegevusi ellu kahe suunitlusega. Ühelt poolt olid tegevused suunatud tervist edendavate töökohtade võrgustiku laiendamisele ja arendamisele. Teisalt toimus ettevõtete ja asutuste teadlikkuse tõstmine töökohaga seonduvatest terviseriskidest ja tervisedenduse võimalustest töökohal.

Järgmises tabelis on välja toodud programmides sõnastatud töökoha tervisedenduse tegevusbloki eesmärgid ja spetsiifilised tegevuste eesmärgid.

Tabel 2. Töökoha tervisedenduse tegevusbloki eesmärgid ja tegevused.

	Programm 2008-2009	Programm 2010-2011
Tegevus-bloki eesmärk	Tervise edendamise põhimõtete levitamine töökohtadel ja töökeskkonnast tulenevate terviseriskide vähendamine	Tervist edendava töökeskkonna kujundamise toetamine töötajate haigestumise vähendamiseks ja töö efektiivsuse suurendamiseks
Tegevuste eesmärgid	3.2.1 Tervist edendavate töökohtade võrgustiku laiendamine ja arendamine 3.2.2 Tervist edendavate töökohtade võrgustikuga liitunud ettevõtete ja asutuste töötajate, võrgustiku kontaktisikute koolitamine 3.2.3 Tervisedenduse spetsialistide väljaõppe toetamine* 3.2.4 Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteemi kontseptsiooni väljatöötamine	3.2.1 Tervist edendavate töökohtade võrgustiku laiendamine ning arendamine, töökohakesksete tervisedenduslaste koolituste, sh temaatiliste koolitusmoodulite väljatöötamine, tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmete koolitamine 3.2.2 Töökoha tervisedenduslaste teabe koondamine ja levitamine, sh temaatiliste uuringute läbiviimine ning heade praktikate tunnustamine 3.2.3 Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteemi parendamine**

* Käsitletakse käesolevas hindamises paikkonna tervisedenduse tegevuste all.

** Kehtetu alates 2011. a 1. jaanuarist.

Allikas: Programm „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008-2009” ja programm „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011”.

Programmide tegevuste alaeesmärgid olid kokkuvõtlikult järgmised:

- ▶ Ettevõtete ja asutuste tervisedendus- ja töökeskkonnavalase teadlikkuse ja kompetentsi tõus (sh teadlikkus töökeskkonna ja -korralduse mõjust töötajate tervisele ja tervisekäitumisele ning tervisedenduslastest võimalustest töötajate tervise parandamiseks).
- ▶ Tervist edendavate töökohtade võrgustiku arendamine, oluline laienemine, võrgustikuga hõlmatud töökohtade arvu suurenemine.
- ▶ Asutustele ja ettevõtetele ligipääsu loomine töökohal tervisedenduse rakendamist puudutavatele metoodilistele materjalidele ja eksperdiabile (nii võrgustikus kui väljaspool).
- ▶ Tervisedenduslaste tegevuse alustamine ja intensiivistumine võrgustiku liikmete seas ja väljas.
- ▶ Kompetentsete tervisedendajate olemasolu tööjõuturul ettevõtete ja asutuste töötajate tervise edendamiseks ning KOV-ide tervisedenduslaste töö juhtimiseks ja kohalike organisatsioonide nõustamiseks.

- ▶ Väljatöötatud IT-lahenduste kontseptsioon tööõnnetuste, kutse- ja tööga seotud haiguste registreerimiseks vastavalt muudetud aruandluse korrale, ning perearstide ettevalmistus andmete registreerimiseks.

5.3.2 Elluviidud tegevuste kirjeldus

Programmide raames leidis aset uute asutuste ja ettevõtete värbamine tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmeks. Võrgustikuga liitusid erinevad eraõiguslikud institutsioonid, sihtasutused, riigiasutused ja kohalikud omavalitsused. Kokku liitus aastatel 2008-2011 TET võrgustikuga 134 organisatsiooni³³.

Töökoha tervisedenduse alaste eesmärkide saavutamiseks toimusid mõlema programmi jooksul töökoha tervisedenduse põhimõtteid ning tervist edendavate töökohtade võrgustikku tutvustavad infopäevad (kokku 16 infopäeva) ning vastavasisulised ettekanded muude ürituste raames³⁴.

Programmide raames töötati välja tervist edendava töökoha mudeli baaskoolituse koolituskava ja -materjalid ning temaatilised koolitusmoodulid (kokku 8 koolitusmoodulit) ja viidi läbi koolitused. Kokku toimus 36 baaskoolitust erinevates Eesti regioonides, baaskoolitustel oli osalejaid kokku 784³⁵. Kokku toimus 41 temaatilist koolitust erinevates Eesti piirkondades. Temaatilisel koolitustel osales kokku 848 isikut³⁶.

Tervisedenduslaste teadmiste ja kogemustega eksperdid külastasid asutusi ja ettevõtteid, mille käigus tutvustati uuemaid töökoha tervisedenduslikke põhimõtteid. Programmide raames külastasid eksperdid 140 organisatsiooni³⁷.

Lisaks toimus mõlema programmi raames töökoha tervisedenduslaste põhimõtteid tutvustavate trükiste koostamine (kokku anti programmide jooksul välja seitse juhendmaterjali). Samuti koguti ja levitati mõlema programmi raames töökoha tervise edendamise parimaid praktikaid (levitati 40 organisatsiooni parimaid praktikaid) ning avaldati TET võrgustikku tutvustavad artikleid ja reklaame meedias. Mõlema programmi jooksul toimusid seminarid TET võrgustiku kontaktisikutele. Kokku toimus programmide raames 12 seminari, kus osales kokku 325 inimest³⁸. Lisaks toimusid 2010.-2011. a kaks töökoha tervisedenduse alast konverentsi (kokku 225 osalejat).

Samuti toimus programmide raames TAI töökoha tervisedenduse valdkonna töötajate täiendusõpe. 2008. a osales TET võrgustikku koordineeriv ekspert väliskonverentsil. 2010-2011. a osalesid TAI töökoha tervisedenduse valdkonna töötajad kokku neljal rahvusvahelisel üritusel³⁹. Telliti erialast kirjandust, sh perioodikat.

2010.-2011. a programmis oli planeeritud ka töötajatele lõunaid pakkuvate toitlustusasutuste hindamine, kuid tegevus jäeti ellu viimata, kuna puudus tegevuse elluviimisest huvitatud koostööpartner.

³³ 2008.-2009. a liitus võrgustikuga 66 organisatsiooni ja 2010.-2011. a liitus 68 organisatsiooni.

³⁴ Perioodil 2008-2009. toimus 6 infopäeva ja 5 muud üritust, kus töökoha tervisedenduse põhimõtteid ja TET võrgustikku tutvustati. Perioodil 2010-2011. toimus infopäevi 10 ja muid üritusi 6.

³⁵ 2008-2009 toimus 16 baaskoolitust erinevates Eesti regioonides, osalejaid kokku oli 433. 2010.-2011. a toimus 20 baaskoolitust üheksas linnas, osalejaid kokku oli 351.

³⁶ 2008.-2009. a toimus üheksa temaatilist koolitust erinevates piirkondades, osalejaid kokku oli 242. 2010.-2011. a toimus 32 temaatilist koolitust erinevates piirkondades (12 linna või valda), osalejaid oli kokku 606.

³⁷ 2008-2009. a külastati 80 organisatsiooni. 2010-2011. külastati 62 külastuse käigus 60 organisatsiooni.

³⁸ 2008.-2009. a toimus kuus seminari, kus osales 165 isikut. 2010.-2011. a toimus samuti kuus seminari, kus osales kokku 160 inimest.

³⁹ Osaleti kokku neljal üritusel: (1) 20. maailma tervisedenduse konverents Šveitsis (2010), (2) ENWHP töökoosolek Šotimaal (2010), (3) üritus „Health, Well-being and Safety in the Workplace: Raising the bar Across Europe“ Brüsselis (2011), (4) rahvusvaheline koolitus „Bullying and Harassment at Work“ Reykjavíkis (2011).

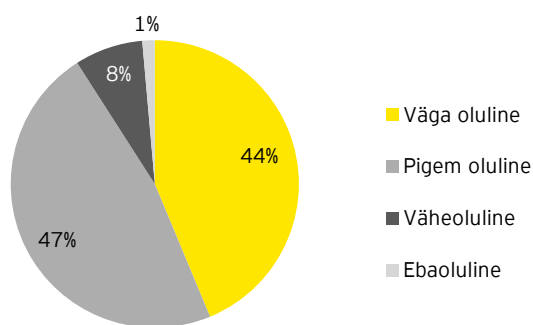
Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste seiresüsteemi parendamise käigus analüüsiti 2009. a tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste registreerimist. Plaaniti esitada ettepanekud Eesti Haigekassa andmebaasi täiendamiseks, kuid analüüsi käigus leiti, et see ei ole põhjendatud⁴⁰. Töötati välja juhised perearstidele ja töötervishoiuarstidele tööga seotud haigestumise diagnoosimiseks ja viidi läbi vastavad koolitused.

Töökoha tervisedenduse tegevused ei olnud piiritletud vaid tervist edendavate töökohtade võrgustikuga liitunud ettevõtete ja asutustega.

5.3.3 Hinnang tegevuste asjakohasusele

Hindamise käigus uuriti töökoha tervisedenduse tegevustes osalenud isikute käest, kui oluline on töökoha tervisedenduse temaatika üldiselt nende organisatsioonide jaoks. 44% vastanutest hindasid, et töökoha tervisedendus on nende organisatsiooni jaoks väga oluline teema ning 47% vastanutest pidas töökoha tervisedendust pigem oluliseks teemaks. Vaid 9% vastas, et see pole nende organisatsiooni jaoks kuigi oluline.

Joonis 16 „Kui oluline on töökoha tervisedenduse teema Teie organisatsiooni jaoks?“ (n=430).



Allikas: Töökoha tervisedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

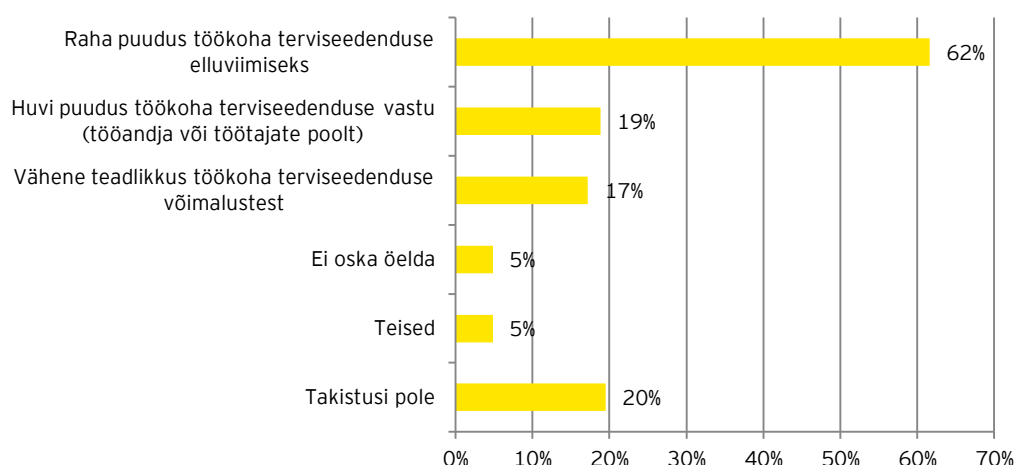
Siiski tuleb arvesse võtta, et need andmed kajastavad nende tööandjate hinnanguid, kes on osalenud programmi tegevustes ja seetõttu eeldatavalt tähtsustavad tervisedenduse temaatikat rohkem. Ka programmdokumentides mainitakse, et Eesti tööandjad sageli alahindavad keskkonna mõju inimese tervisele ja tema tervisekäitumisele⁴¹.

Teisalt nähtub järgmisel joonisel toodud andmetest, et isegi kui ettevõtted töökoha tervisedenduse teemat tähtsustavad, siis jääb töökohtadel tervise edendamine rahapuuduse taha. Rahapuudus on töökoha tervisedendusega tegelemisel takistuseks 62% vastanute hinnangul. Kusjuures üle 500 töötajaga organisatsioonid tõid rahaliste vahendite puudumist takistusena välja vähem kui väikse ja keskmise suurusega organisatsioonid. Muude takistustena nimetati huvipuudust töökoha tervisedenduse vastu (nii tööandjate kui töötajate poolt) (19%) ning vähest teadlikkust töökoha tervisedenduse võimalustest (17%).

⁴⁰ Tervise Arengu Instituudi sõnul on põhjendus see, et Eesti Haigekassa peab ravikindlustuse andmekogu ravikindlustushüvitiste võimaldamiseks, mis on haigekassa eesmärk. Tööõnnetuste, kutsehaiguste ja tööga seotud haiguste kohta eraldi andmete kogumine on eeldatavasti otstarbekam korraldada tervise infosüsteemi vahendusel (vt <http://www.e-tervis.ee/index.php/et/eesti-etervise-sihtasutus/tervise-infosusteem>).

⁴¹Programm „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“.

Joonis 17 „Millised on Teie organisatsiooni jaoks peamised takistused töökoha tervisedendusega tegelemisel?“ (n=430).

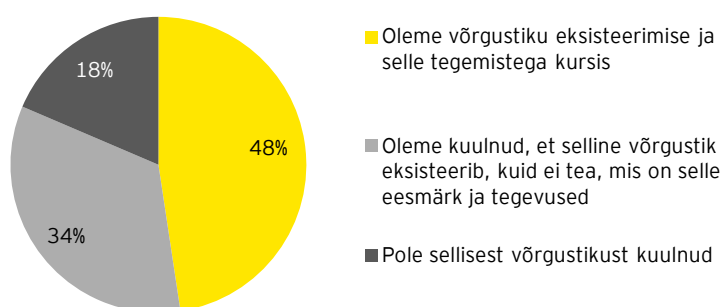


Allikas: Töökoha tervisedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

TET võrgustiku liikmeks olevatelt organisatsioonidelt uuriti, millist kasu on TET võrgustiku liikmeks olemine neile toonud. Ettevõtted ja asutused tõid välja töökoha tervisedenduse teemade suuremat tähtsustamist ja huvi tõusu organisatsioonis, aktuaalse informatsiooni saamist teemakohaste ürituste, koolituste ja seminaride kohta ning jaotusmaterjalide ja nõuannete kättesaadavust töökoha tervisedendusega tegelemisel. Samuti hindasid võrgustikuga liitunud kõrgelt kogemuste vahetamist võrgustiku liikmete vahel ning kontaktide loomist. Mõned vastajad tõid välja, et võrgustiku tegevustes osalemine on andnud oskuse näha võimalikke probleeme ja neid ennetada, samuti motiveerinud alustama töökoha tervisedenduse tegevustega (nt tervisespordiüritused, töötajate veresuhkru ja kolesterooli taseme kontrollimine, töötajatele tasuta ujula- ja saunade kasutamise võimaldamine, töö- ja puhkeaja jälgimine, puhkeruumidesse investeerimine jne).

Nendelt programmi raames elluviidud töökoha tervisedenduse tegevustes osalejatelt, kes ei olnud TET võrgustikuga liitunud, uuriti, kas nad on teadlikud tervist edendavate töökohtade võrgustiku eksisteerimisest ja tegemistest. Selgus, et valdavalt ollakse võrgustiku eksisteerimise ja tegemistega kursis (48%), vähe oli neid, kes ei olnud võrgustikust midagi kuulnud (18%).

Joonis 18 „Kas olete tervist edendavate töökohtade võrgustikust teadlik?“ (n=210).*



*Kajastab ainult neid vastajaid, kelle organisatsioon ei olnud TET võrgustikuga liitunud.

Allikas: Töökoha tervisedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

Nendelt TET võrgustikuga mitte-liitunud organisatsioonidelt, kes olid võrgustikust kuulnud, uuriti põhjuseid, miks nad pole siiani võrgustikuga liitunud. Organisatsioonid tõid välja, et neil puudub rahaline võimekus toetada töötajate tervise edendamisele suunatud tegevusi, samuti peljatakse võrgustikuga kaasnevat paberimajandust. Mitmed organisatsioonid nimetasid, et tervisedendus ei

ole nende jaoks prioriteet, mistõttu panustatakse muudele tegevustele, samuti toodi välja, et ka töötajatel puudub sellekohane huvi (nt nimetas üks organisatsioon lausa töötajate vastuseisu tegevustele). Siiski oli suur ka nende ettevõtete arv, kes ei osanud otsesid põhjuseid mitte-liitumiseks välja tuua, vaid nimetasid, et neil lihtsalt pole seda teemat tõstatatud või pole jõutud sellega tegeleda. Üksikud vastajad tõid välja ka vähest teadlikkust võrgustikust ja TET teemadest.⁴²

5.3.4 Hinnang tegevuste tulemuslikkusele

Programmide töökoha tervisedenduse alasel tegevusel olid kokkuvõtlikult järgmised eesmärgid:

- ▶ tervist edendava võrgustiku arendamine ja laiendamine;
- ▶ töötajate ja tööandjate teadlikkuse tõstmine;
- ▶ töökoha tervisedendusala materjalide kättesaadavuse parandamine;
- ▶ tervisedendusala tegevuse intensiivistumine töökohtadel.

Mõlema programmi jooksul viidi ellu tegevusi, mis aitasid laiendada ja arendada TET võrgustikku. Toimus uute asutuste ja ettevõtete tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmeteks värbamine, võrgustikku tutvustati infopäevadel, seminaridel, konverentsidel, avaldati võrgustikku tutvustavaid artikleid ja reklaame meedias jne.

Kokku liitus aastatel 2008-2011 TET võrgustikuga 134 organisatsiooni⁴³. TAI andmetel on TET võrgustikuga hetkel liitunud 187 organisatsiooni⁴⁴, st enne programme tegevusi oli võrgustikuga liitunud ligikaudu 50 organisatsiooni. Võttes arvesse ettevõtete ja asutuste koguarvu, hõlmab võrgustik vaid marginaalset osa kõikidest Eesti tööandjatest (ca 0,001% kõikidest Eestis registreeritud ettevõtetest). Kuigi 2008.-2009. a programm seadis eesmärgiks ka selle, et TET võrgustik hõlmaks varasemast suuremat arvu töötajaid, siis tuvastati hindamise käigus, et selle näitaja kohta programme raames andmeid ei kogutud.

Programmid seavad eesmärgiks, et TET võrgustik on oluliselt laienenud ning indikaatoriks oli seatud, et võrgustikuga on liitunud 40 uut asutust ja ettevõtet (kummagi programmi ajal)⁴⁵. Võttes arvesse Eestis tegutsevate ettevõtete ja asutuste koguarvu, võib välja tuua vastuolu planeeritud tegevuste ja eesmärkide vahel, kuna ei saa öelda, et 40 uue organisatsiooni liitumisega oleks võrgustik oluliselt laienenud. Samuti oleks selle mõju väga marginaalne prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt.

Seda, et võrgustikuga on liitunud vaid marginaalne hulk tööandjatest, ei saa pidada otseselt takistuseks programmi eesmärkide saavutamisel, kuna programmi tegevused ei olnud piiritletud TET võrgustiku liikmetega. Programmi elluvijate sõnul ei olnud programmi tegevuste fookus suunatud TET võrgustikule, vaid kõikidele organisatsioonidele. Tervise Arengu Instituudi kontaktibaas sisaldas üle 2000 kontakti, mille kaudu jagati koolituste jms infot⁴⁶. Kõikidele programmi töökoha tervisedendusala tegevustes osalenud isikutele saadeti hindamise käigus veebiküsitluse ankeet (juhul, kui kontakt oli olemas) ning veebiküsitluse vastused näitasid, et tegevustes osalesid nii TET võrgustiku liikmed kui muud organisatsioonid⁴⁷. Seega ei olnud programmi tegevused suunatud üksnes TET võrgustiku liikmetele.

⁴² Mitmed veebiküsitlusele vastanud tõid välja, et nende organisatsioon on hoopis Tervist Edendavate Lasteaedade, Tervist Edendavate Koolide või Tervist Edendavate Haiglate võrgustiku liige. Osad vastajad tõid välja, et neile on jäänud selgusetuks, kas mõne muu võrgustikuga liitunud saavad ja on mõtet liituda ka TET võrgustikuga.

⁴³ 2008.-2009. a liitus võrgustikuga 66 organisatsiooni ja 2010.-2011. a liitus 68 organisatsiooni.

⁴⁴ <http://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tookohal/tervist-edendavate-tookohtade-tet-vorgustik/vorgustiku-liikmed>

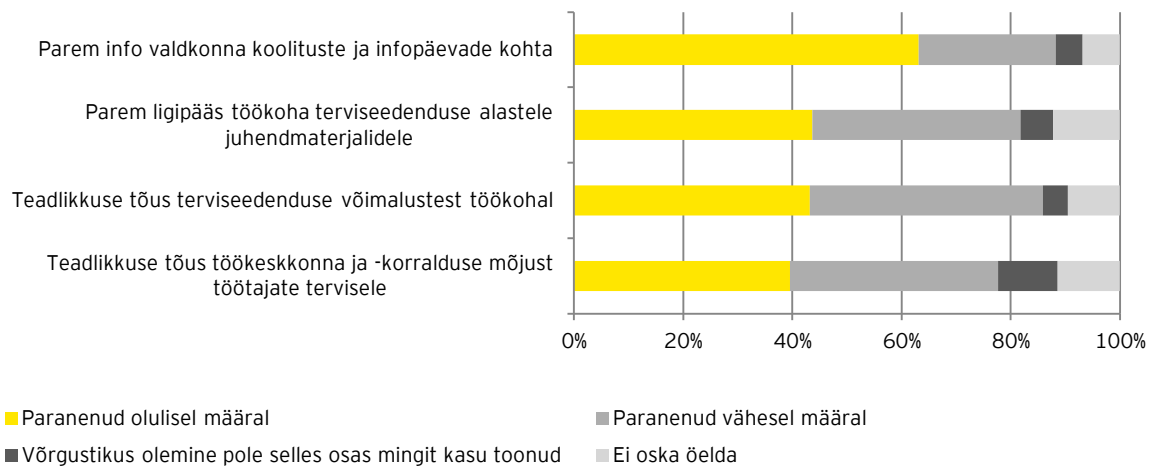
⁴⁵ Programmid „Tervislike valikuid soodustavad meetmed 2010-2011” ja „Tervislike valikuid soodustavad meetmed 2008-2009”.

⁴⁶ Infopäring Tervise Arengu Instituudile, 2012.

⁴⁷ Vastanute hulgas oli küll kõikide tegevuste puhul TET võrgustiku liikmeid rohkem, mis võib viidata sellele, et võrgustiku liikmed on aktiivsemad.

Siiski näitas veebiküsitlus, et TET võrgustiku liikmete seas saavutati oluliselt paremaid tulemusi kui nende programmi tegevustes osalenute puhul, kelle organisatsioon ei olnud võrgustikuga liitunud. TET võrgustikuga liitunud organisatsioonide esindajatelt uuriti, milline on olnud nende kasu võrgustiku liikmeks olemisest. Allpool toodud joonise kohaselt on võrgustiku liikmeks olemine andnud parema teabe valdkonna koolituste ja infopäevade kohta, samuti parandanud ligipääsu tervisedenduse alastele juhendmaterjalidele ning tõstnud teadlikkust töökeskkonna ja -korralduse mõjust töötajate tervisele ning tervisedenduse võimalustest töökohal.

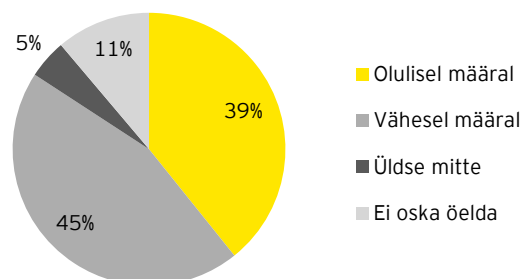
Joonis 19 „Palun hinnake, mil määral on võrgustiku liikmeks olemine aidanud kaasa järgmiste eesmärkide täitmisele?“ (n=220).



Lisaks TET võrgustiku laiendamisele viidi programme raames läbi mitmeid tööandjate ja töötajate töökoha tervisedenduse alaste teadmiste ja kompetentsuse tõstmisele suunatud tegevusi (sh teadlikkus töökeskkonna ja -korralduse mõjust töötajate tervisele ja tervisekäitumisele ning tervisedendusalaalsetest võimalustest töötajate tervise parandamiseks). Sellisteks tegevusteks olid näiteks TET mudeli baaskoolitused, temaatilised koolitused, infopäevad, ettevõtete külastused jne.

Programmi tegevustes osalejatelt uuriti, mil määral on nende tervisedendusalaalane teadlikkus programmi tegevustes osalemise tulemusel tõusnud. Programmi tegevustes osalejad hindavad ise teadlikkuse tõusu küllalt kõrgelt. Ligikaudu 40% leiavad, et teadlikkus on tõusnud olulisel määral ning veidi alla poole leiavad, et teadlikkuse tõus on toimunud, kuid vähesel määral.

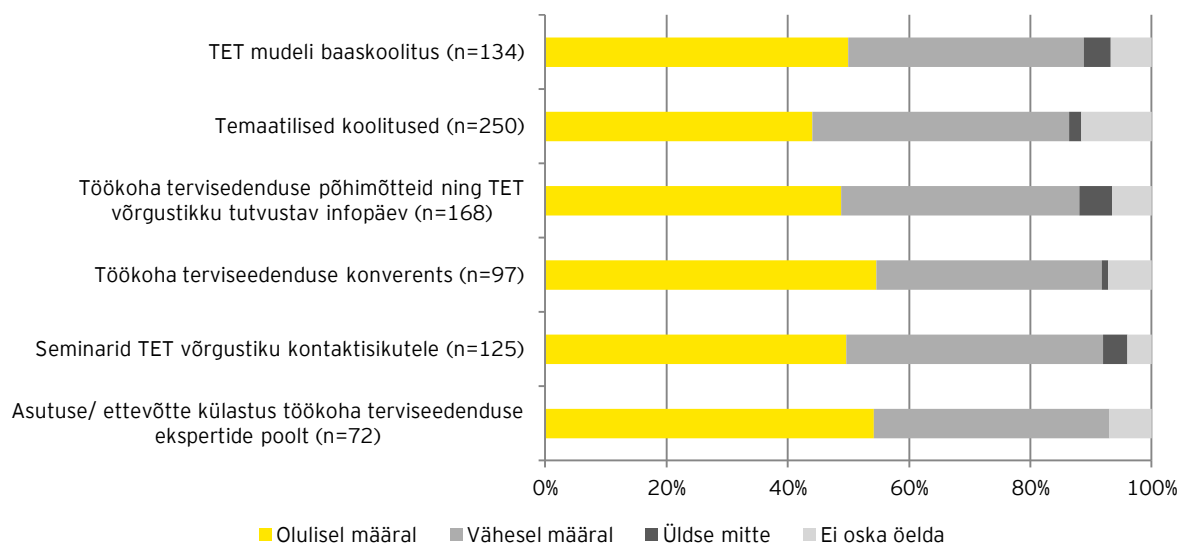
Joonis 20 „Kas ja mil määral suurenes nendes tegevuses osalemise tulemusel Teie organisatsioonis töökoha tervisedenduse alane teadlikkus?“ (n=367).



Allikas: Töökoha tervisedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

Tervisedendusalaalase teadlikkuse tõusu osas oli programmi erinevates tegevustes osalejate hinnang küllalt sarnane. Veidi mõjusamaks teadlikkuse tõstmise osas pidasid osalejad tervisedenduse konverentse ja asutuste/ ettevõtete külastusi ekspertide poolt, kõige väiksemaks hinnati temaatiliste koolituste mõju. Siiski on erisused pigem väikesed ning olulisi varieeruvusi tegevuste mõjususes välja tuua ei saa.

Joonis 21 „Kas ja mil määral suurenes nendes tegevuses osalemise tulemusel Teie organisatsioonis töökoha tervisedenduse alane teadlikkus?“ (erinevate tegevuste lõikes)

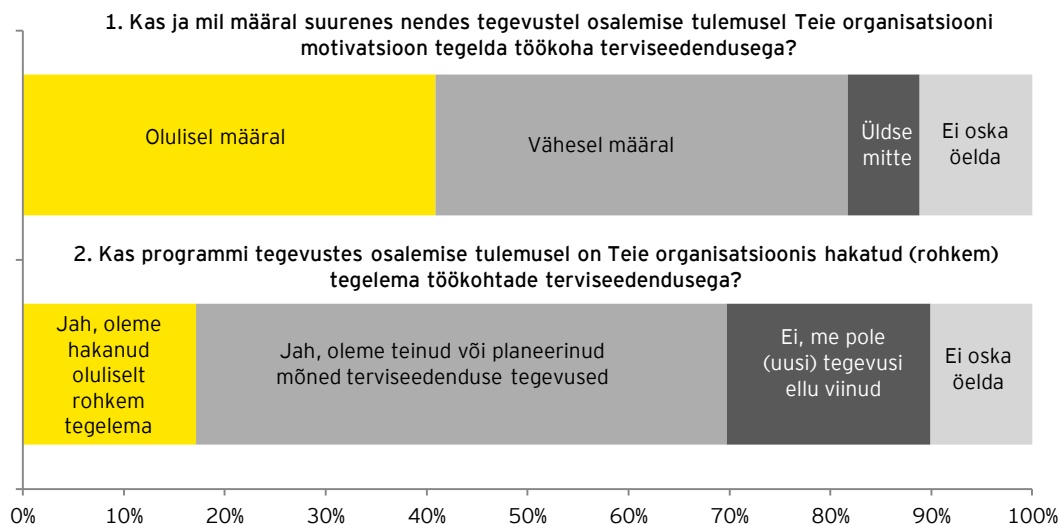


Allikas: Töökoha tervisedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

Kõikide programmi raames elluviidud töökoha tervisedenduse tegevuste üldesmärgiks oli tervisedendusalase tegevuse alustamine ja intensiivistamine nii võrgustiku liikmete kui ka mitte-liikmete seas. Selle eesmärgi täitmise hindamiseks koguti andmeid programmi tegevustes osalenutelt. Töökoha tervisedenduse tegevustes osalejatelt uuriti, kas ja mil määral suurenes programmi tegevustes osalemise tulemusel nende organisatsiooni motivatsioon tervisedendusega tegelemiseks ning kas ja mil määral on programmi tegevuste tulemusel reaalselt tervisedendusega rohkem tegelema hakanud. 41% vastanutest hindas, et nende organisatsiooni motivatsioon töökoha tervisedendusega tegelemiseks on suurenenud olulisel määral, sama palju vastajaid hindas, et nende organisatsiooni motivatsioon on tõusnud vähesel määral. Vaid 7% vastanutest hindas, et motivatsioon pole suurenenud.

Väiksem oli nende tööandjate arv, kes hakkasid töökohtade tervise edendamisega programmi tegevuste tulemusel tegelema. 17% vastanutest ütles, et programmi tegevustes osalemise tulemusel on nende organisatsioon hakanud töökohtade tervise edendamisega oluliselt rohkem tegelema. 53% vastanutest ütles, et nende organisatsioon on teinud või planeerinud mõned tervisedenduse tegevused. 20% tegevustes osalejatest polnud programmi tegevustes osalemise tulemusel mingeid uusi tervisedenduse tegevusi ellu viinud.

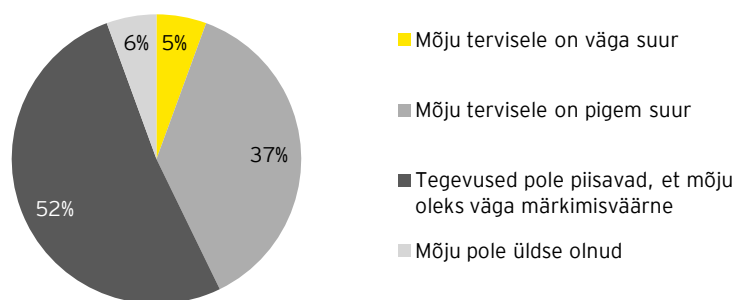
Joonis 22 Vastused küsimustele „Kas ja mil määral suurenes nendes tegevustel osalemise tulemusel Teie organisatsiooni motivatsioon tegelda töökoha terviseedendusega?” ning „Kas programmi tegevustes osalemise tulemusel on Teie organisatsioonis hakatud (rohkem) tegelema töökohtade terviseedendusega?” (n=367).



Allikas: Töökoha terviseedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

Olenemata sellest, et programmi tegevuste tulemusel on organisatsioonid hakanud töökohtade terviseedendusega mõnevõrra rohkem tegelema (enamik programmi tegevustes osalenutest on mõned uued terviseedendustegevused planeerinud või ellu viinud), leiavad organisatsioonid, et tegevused pole olnud piisavad, et nende mõju töötajate tervisele oleks kuigi märkimisväärne (52% vastanutest). Veidi rohkem kui kolmandik tegevustes osalejatest leidis, et nende töökohas tehtavad terviseedenduse tegevused omavad töötajate tervisele pigem suurt mõju. Ligikaudu sama palju oli neid vastajaid, kes leidsid, et mõju pole üldse olnud (6%) kui neid, kes leidsid, et mõju tervisele on olnud väga suur (5%).

Joonis 23 „Palun hinnake, kui märkimisväärset mõju avaldavad Teie organisatsioonis elluviidavad töökoha terviseedenduse tegevused Teie töötajate tervisele?” (n=430).



Allikas: Töökoha terviseedenduse veebiküsitlus, juuni 2012.

Kuigi tegevusbloki eesmärk on tervist edendava töökeskkonna kujundamise toetamine töötajate haigestumise vähendamiseks ja töö efektiivsuse suurendamiseks, siis programmides planeeritud ja elluviidud tegevuste maht on väike selleks, et kogu tööealise elanikkonna seisukohalt märkimisväärset mõju omada. Näiteks osales baaskoolitustel 784 inimest, temaatilistel koolitustel 848 isikut, külastati 140 organisatsiooni, võrgustikuga liitus 134 uut organisatsiooni jne. Võttes arvesse kõikide Eesti töötajate arvu ning tööealise elanikkonna koguarvu, ei mõjuta programmi tegevused väikse mahu tõttu olulisel määral meetme üldesid eesmärgi ja prioriteetse suuna eesmärgi.

Kokkuvõttes võib hinnata, et kõikide programmi raames elluviidud töökoha terviseedenduse eesmärkide osas on tegevused positiivset mõju omanud. Laienenud on TET võrgustik, kuigi võrgustik

hõlmab tööandjate koguarvu silmas pidades väikest arvu organisatsioone (alla 0,001%). Andmed näitavad, et programmi tegevustes osalemise tulemusel on suurenenud tööandjate ja töötajate teadlikkus töökoha tervisedenduse temaatikast. TET võrgustikus osalemine on parandanud töökoha tervisedendusala materjalide kättesaadavust. Samuti tõusis olulisel määral tööandjate motivatsioon töökoha tervisedendusega tegelemiseks ning organisatsioonid on hakanud töökoha tervise edendamisele rohkem tegelema. Vaatamata sellele pole tegevused piisavad, et nende mõju töötajate tervisele oleks kuigi märkimisväärne.

5.3.5 Hinnang tegevuste tõhususele

Hindamise käigus kogutud andmed näitasid, et tegevused aitasid hästi kaasa programmi alaeesmärkide saavutamisele. Tegevustes osalejate teadlikkus töökoha tervisedenduse vallas ja motivatsioon sellega tegelemiseks tõusis olulisel määral (ca 80% tegevustes osalejad). Samuti intensiivistus mõnevõrra töökohtade tervise edendamine programmi tegevustes osalenud organisatsioonides. Samas on väike nende organisatsioonide arv, kes on oluliselt rohkem tervisedendusega tegelema hakanud (17% vastanutest) ning organisatsioonide poolt elluviidavad tegevused pole tõenäoliselt piisavad, et töötajate tervisele märkimisväärset mõju omada (nii leidis 52% vastanutest).

Seega ei saa meetme üldesmärkide täitmise seisukohalt tõhusust väga kõrgeks hinnata, kuna programmi tegevused on vaid vähesel määral mõjutanud organisatsioone tervisedendusega enam tegelema ning tulemused pole olnud töötajate tervisele enamasti märkimisväärsed.

5.3.6 Kokkuvõttev hinnang

Programmide raames elluviidud töökoha tervisedenduse alased tegevused on aidanud kaasa programmides seatud alaeesmärkide täitmisele. Esiteks on programmide tegevuste tulemusel laienenud TET võrgustik, st võrgustikku on hõlmatud varasemast suurem hulk tööandjaid (võrgustikuga liitus 134 organisatsiooni). Kuigi TET võrgustikku suudeti kaasata uusi organisatsioone, on võrgustikku kuuluvate tööandjate hulk siiski väga väike võrreldes Eestis tegutsevate ettevõtete koguarvuga. Programmi ajal võrgustikuga liitunud 134 organisatsiooni moodustavad vaid 0,001% kõikidest Eestis registreeritud ettevõtetest.

Teiseks on tõusnud programmi tegevustes osalenud tööandjate ja töötajate teadlikkus töökoha tervisedenduse temaatikast ning motivatsioon töökoha tervisedendusega tegelemiseks (mõlema näitaja osas ca 80% tegevustes osalejate puhul). Veebiküsitlus näitas, et nii teadlikkuse kui motivatsiooni tõus on olnud suurem TET võrgustikuga liitunud organisatsioonides, mis näitab TET võrgustiku olulisust. Samuti parandati programmide tegevustega töökoha tervisedendusala materjalide kättesaadavust ning levitati infot valdkonna koolituste ja infopäevade kohta. Info ja materjalide kättesaadavust hindasid paremaks enamik programmi tegevustes osalenuid.

Programmide raames elluviidud töökoha tervisedenduse tegevuste eesmärgiks oli soodustada tervist edendavate põhimõtete ja teadmiste levikut töökohtadel, et toetada töötajate terviseriskide vähendamist ja töö efektiivsuse suurendamist. Programmi tegevustes osalemise tulemusel on tööandjad hakanud mõnevõrra rohkem tervisedendusega tegelema. 17% tegevustes osalenutest on hakanud tervisedendusega oluliselt rohkem tegelema, 53% osalenutest on planeerinud või teinud mõned tervisedenduse tegevused. Kusjuures rohkem on tervisedendusega tegelema hakanud TET võrgustikus olevad organisatsioonid. Vaatamata sellele ei hinda programmi tegevustes osalejad tegevusi piisavaks, et omada märkimisväärset mõju töötajate tervisele.

Seega võib hinnata, et töökoha tervisedenduse tegevused olid tulemuslikud tegevuste alaeesmärkide seisukohast, samas programmi üldesmärkide ja prioriteetse suuna eesmärkidele kaasa aitamise seisukohast jääb tegevuste mõju tõenäoliselt tagasihoidlikuks. Esiteks seetõttu, et programmi tegevused hõlmavad väga väikest osa kõikidest Eesti organisatsioonidest. Vaatamata sellele, et

tegevused ei olnud suunatud vaid TET võrgustiku liikmetele, ei hõlmanud tegevused märkimisväärset osa kogu sihtrühmast. Tervise Arengu Instituudi kontaktibaasis oli 2000 organisatsiooni, kellele koolituste jms kohta infot edastati, tegevustes osalenute arv on oluliselt väiksem (nt 784 osalejat baaskoolitusel, 848 osalejat temaatilistel koolitustel, külastati 140 organisatsiooni). Seetõttu pole programmi tegevuste mõju kogu Eesti tööealise elanikkonna seisukohalt märkimisväärne. Teiseks on programmi tegevused aidanud küll tõsta teadlikkust ja motivatsiooni tervisedenduse vallas, kuid vaid väike hulk programmi tegevustes osalenuitest on oluliselt rohkem tervisedendusega tegelema hakanud, ning organisatsioonide poolt elluviidavad tegevused pole piisavad, et töötajate tervisele märkimisväärset mõju omada.

Järelikult võib öelda, et programmi tegevus aitas vähesel määral kaasa tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele (suurenes tegevustes osalenud organisatsioonide teadlikkus ja motivatsioon, mõnevõrra intensiivsemaks muutus tervisedendusala tegevus), kuid see mõju jääb väga väikese hulga töötajate tasemele.

5.4 Nõustamisteenused

Järgnevas peatükis käsitletakse programmide tegevusi 3.3.1-3.3.3 ehk haiguste ja riskikäitumise ennetamisele suunatud nõustamisteenustega seotud tegevusi.

5.4.1 Eesmärkide kirjeldus

2008.-2009. a programmi tegevused olid suunatud alkoholi liigtarvitamisega seotud tööturult eemalejäämise ennetamiseks. Tegevusbloki eesmärgiks oli töötada välja alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteem alkoholi liigtarvitamisest tingitud töötuse, haigestumise ja suremuse ennetamiseks, sh kontseptsiooni ja meetodilise materjali väljatöötamine, koolitamine ning teenuse osutamine pilootprojekti raames.⁴⁸

2010-2011. a programm hõlmas haiguste ja riskikäitumise ennetamisele suunatud nõustamisteenuseid laiemalt kui esimeses programmis. Tegevusbloki eesmärgiks oli suurendada haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ning tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavust, et toetada tööhõivet ja toimetulekut (sh teenuste arendamine ja osutamine, sihtgrupi koolitamine teenuste kättesaadavuse parandamiseks ja teenuse arendamiseks vajaliku info kogumine ning analüüs). Programm hõlmas alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust, suitsetamisest loobumise nõustamist, HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega inimestele suunatud nõustamisteenuseid.

Tabel 3. Nõustamistegevuste tervisedenduse tegevusbloki eesmärgid ja tegevused.

	Programm 2008-2009	Programm 2010-2011
Tegevus- bloki eesmärk	Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteemi väljatöötamine alkoholi liigtarvitamisest tingitud töötuse, haigestumise ja enneaegse suremuse, s.h suitsiidide ennetamiseks	Haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavuse suurendamine, et toetada inimeste ning nende perede tööhõive suurendamist ja toimetuleku parandamist
Tegevuste eesmärgid	3.3.1 Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni väljatöötamine 3.3.2 Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodilise materjali väljatöötamine ning teenuse osutajate koolitamine 3.3.3 Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse rakendamine pilootprojekti raames	3.3.1 Sõltuvuse ja riskikäitumise ennetamiseks personaalsete teenuste osutamine ja arendamine, et parandada tööelise elanikkonna tervisekäitumist ning ennetada terviselikel põhjustel tööhõivest väljalangemist 3.3.2 Koolitusvõrgu loomine, sihtgrupi koolitamine tööhõivest väljalangemist ennetavate teenuste kättesaadavuse parandamiseks 3.3.3 Tööhõivest väljalangemist ennetavate tervisteenuste arendamiseks vajalike baas- ja hindamisuuringute läbiviimine, info (sh erialase kirjanduse) koondamine, analüüs ja levitamine

* Kehtetu alates 2011. a 1. jaanuarist.

Allikas: Programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009” ja programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011”.

2008-2009. a programm seadis tegevustele peamised järgmised alaeesmärgid.

- ▶ Alkoholi liig- ja kuritarvitamise ning sellest tingitud töötuse ennetamiseks on välja töötatud meetmed alkoholisõltuvuse varaseks avastamiseks ja patsientide nõustamiseks arstiabi esmatasandil ja tervisenõustamise kabinetites.

⁴⁸ 2008.-2009. a programmdokumendis kasutatakse mõistetena nii „alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise süsteem” kui „alkoholi liigtarvitamise varase avastamise, nõustamise ja rehabilitatsiooni süsteemi”. Käesolevas hindamisaruandes eeldatakse, et korrektne on esimene mõiste ja rehabilitatsioonisüsteemi väljatöötamine programmi raames ei toimunud.

- ▶ Sihtgrupil on teadmised ja oskused alkoholisõltuvuse varaseks avastamiseks ja nõustamiseks ning suitsidaalse kriisi avastamiseks ja nõustamiseks.
- ▶ Alkoholisõltuvuse varase avastamise ja nõustamise ning suitsidaalse kriisi ennetamise kompetentsi arendamiseks on olemas metoodika ja kättesaadavaks tehtud metoodilised materjalid.
- ▶ Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise metoodika on Eesti oludes rakendatav.

2010-2011. a programm sõnastas tegevuse alaeesmärgid järgmiselt.

- ▶ Riskikäitumisest ja sõltuvusest vabanemist toetavate teenuste amplituuda on laienenud ja kvaliteet paranenud.
- ▶ Riskikäitumisest ja sõltuvusest vabanemist toetavate teenuste kättesaadavus riskirühmadele on suurenenud.
- ▶ Esmatasandi tervishoiutöötajate teadmised ja oskused inimeste tervisenõustamiseks on paranenud.
- ▶ HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajate ja rehabilitatsiooniteenuste pakkuja tööoskused ja -motivatsioon on suurenenud.

5.4.2 Elluviidud tegevuste kirjeldus

2009. a alustati programmi raames alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni väljatöötamist (sh ettepanekud selle teenuse integreerimiseks esmatasandi arstiabi ja teenuse rahastamiseks esmatasandi arstiabi rahastamise raames). Koostati ja jaotati sihtgruppide teenuse osutamise metoodilised materjalid ning loodi nõustamisteenuse koolituste koolituskava ja -materjalid, mille alusel viidi ellu kolm alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise koolitust (187 osalejat). Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamismetoodikat ning sellekohaseid koolitusi tutvustati viiel infopäeval (359 osalejat).

Samuti toimus 2008-2009. a programmi raames alkoholismi varase avastamise ja nõustamise teenuse osutamine pilootprojekti käigus (pilootprojekti osalesid kokku kaheksa perearsti ja seitse pereõde Eesti kuue regiooni perearstikeskustest). Pilootprojekti raames osutati nõustamisteenust 267 isikule.

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse arendamine jätkus ka 2010.-2011. a programmis. Täiendati teenuse osutamise juhendmaterjali ja sõlmiti teenuse osutamiseks lepingud nelja perearstipraksisega Harjumaalt. 2010.-2011. a programmi raames osutati teenust 227 isikule. See tähendab, et mõlema programmi jooksul osutati alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust kokku 494 isikule. Lisaks nõustamisteenusele arendati välja interaktiivne alkoholialane internetileht alkoinfo.ee ning koostati 10 kokkuvõtet rahvusvaheliste alkoholialaste töögruppide koostumistest.

2010.-2011. a programmis lisandusid alkoholi tarvitamise teemale suitsetamisest loobumise nõustamine ja HIV-positiivsete ning sõltuvushäiretega isikute nõustamine. Loodi töörühm suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse arendamiseks ning töörühma ettepanekute põhjal täiendati teenusekirjeldust ja koostati teenuse osutamise juhendmaterjal. Sõlmiti lepingud 15 tervishoiuteenuse osutajaga, kes hakkasid suitsetamisest loobumise teenust osutama 12 maakonnas. Teenust osutanud nõustajad läbisid 16-tunnise täiendõppe. Suitsetamisest loobumise teenust osutati kokku 2042 isikule.

Samuti töötati välja HIV-positiivsetele inimestele tugiteenuste osutamise tegevusjuhised ning sõlmiti lepingud kuue isikuga personaalsete ja grupipõhiste nõustamisteenuste osutamiseks. Tegevuse

raames pakuti psühhoteraapiat, psühholoogilist nõustamist, sotsiaalnõustamist ja kogemusnõustamist. Kokku osutati nõustamisteenust 2236 isikule ja 361 nende lähedasele. Sõltuvushäiretega inimeste nõustamiseks töötati välja nõustamisteenuste tegevusjuhised ja sõlmiti lepingud viie isikuga personaalsete ja grupipõhiste nõustamisteenuste osutamiseks. Pakuti psühhoteraapiat, psühholoogilist nõustamist, sotsiaalnõustamist ja kogemusnõustamist, kokku nõustati programmi raames 1538 isikut ja 262 nende lähedast.

Lisaks nõustamisteenuste väljaarendamisele ja osutamisele leidis aset sihtrühma koolitamine teenuste kättesaadavuse parandamiseks. 2010-2011. a programmi raames toimusid järgmised koolitused.

- ▶ 22 alkoholi liigtarbimise varase avastamise ja nõustamise koolitust (9 linnas), osales kokku 408 isikut.
- ▶ 10 tervisliku toitumise ja liikumise edendamise koolitust (Tallinnas, Tartus, Võrus) perearstidele ja -õdedele (osalejaid 219).
- ▶ 26 eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitust⁴⁹ (osalejaid kokku 551). Samuti anti välja selleteemaline raamat.
- ▶ 18 vähihaigete vaimse tervise ja toimetuleku koolitust (üle Eesti üheksas erinevas vähiühingus) ja kolm tugisikute koolitust (Tartus, Paines, Tallinnas ja Võrus), osalejaid 596.
- ▶ Kaks kolmepäevast vaimse tervise ja toimetuleku üle-eestilist terviselaagrit vähihaigetele ja nende tugisikutele (osalejaid 293).
- ▶ Neli nõustamis- ja rehabilitatsioonikoolitust sõltlastele ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutajatele (osalejaid 116).
- ▶ Kolm kahepäevast koolitust suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutajatele Pärnus ja Viljandis (osalejaid 105).
- ▶ Neli kogemusnõustajate sissejuhatavat koolitust ning kaks kogemusnõustajate jätkukoolitust (kõik Tallinnas) sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsete inimeste tugisikutele ja eneseabiühenduste juhtidele (osalejaid 59).
- ▶ Neli diabeedialast koolitust (Tartus, Pärnus, Tallinnas, Kohtla-Järvel) ning kuus luu- ja liigesehaiguseid käsitlevat koolitust tervishoiutöötajatele (Kohtla-Järvel, Pärnus, Rakveres, Tallinnas, Tartus, Viljandis), osalejaid 246.

Samuti toimus neli nõustamisalast infopäeva (Tallinnas, Tartus ja Paines) suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutajatele, õppevisiit rehabilitatsiooni- ja nõustamisteenuse osutajatele EL liikmesriigi uimasti- ja HIV-ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemiga tutvumiseks (osalejaid 14). Viidi läbi 12 supervisiooni ja neli interviseiooni sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele tugiteenuse osutajatele.

Lisaks toimus nõustamisteenuste tegevusbloki all tööhõivest väljalangemist ennetavate tervisteenuste arendamiseks vajalike baas- ja hindamisuuringute läbiviimine, info koondamine, analüüs ja levitamine. Viidi läbi alkoholi tarbimise uuring sihtrühmaspetsiifiliste ennetusteenuste ja teavitamise planeerimiseks, vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüsimine, sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele osutatavate teenuste kaardistamine ja arendamise vajaduse analüüs. Programmis oli planeeritud ka liikumisalaste uuringute kaardistamine, mis jäi ellu

⁴⁹ 2010. a toimus üks kahepäevane eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitus. 2011. aastal korraldati kaks eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitust, mille viis läbi välislektor Saksamaalt. Tegevuse 3.3.2.1 all kirjeldatud riigihankega välja valitud koolitajad viisid läbi 23 koolitust, sh kaks koolitust vene keeles.

viimata vajaduse puudumise tõttu. Programmi lõpparuande kohaselt oli tegevus kaotanud oma aktuaalsuse⁵⁰.

5.4.3 Hinnang tegevuste asjakohasusele

Programmi raames elluviidud nõustamisteenuste arendamise ja osutamisega seotud tegevuste asjakohasuse hindamiseks analüüsiti seda, kui hästi aitasid tegevused panustada programmi ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele. Teisisõnu analüüsiti, kas programmi tegevused suurendasid haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavust ning lõppkokkuvõttes aitasid kaasa tervislikel põhjustel tööturult eemalejäämise ennetamisele. Samuti peavad tegevused sisuliselt vastama sihtgrupi vajadustele, et need lahendaksid programmides kirjeldatud probleeme, mille lahendamiseks on tegevused ellu viidud.

Sotsiaalministeeriumi andmetel on Eestis igapäevasuitsetajaid ligikaudu 37% meestest ja ligi 20% naistest, st ca 158 000 meest ning ca 87 000 naist. Hinnanguline HIV-positiivsete isikute arv Eestis on ligikaudu 10 000 ning süstivate narkomaanide arv veidi alla 14 000. Alkoholi tarvitamise osas võib välja tuua, et vähemalt korra kuus tarvitab vähemalt 6 alkoholiühikut korraga 43% meestest ja 12% naistest, st ca 186 000 meest ja ca 57 000 naist.⁵¹ Need numbrid annavad hinnangu programmi tegevuste sihtrühma indikatiivsele suurusele ja näitavad, et nii alkoholi tarvitamise ja suitsetamisega seotud kui HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud teenused on Eestis vajalikud.

Alljärgnevas tabelis on toodud välja ülevaade selle kohta, kui suurt osa indikatiivsest sihtrühmast programmi tegevustega hõlmati. Tabelis on välja toodud kaks põhilist näitajat - teenuse saajate osakaal sihtrühmast ja teenusega kaetud piirkonnad.

Tabel 4. Programmide raames osutatud nõustamisteenuste mahud ja hinnangulised sihtrühma suurused ning planeeritud ja tegelikult piirkonnad, kus teenust osutati.

Nõustamisteenus	Hinnang sihtrühma suurusele	Teenuse saajad	Teenuse saajate % sihtrühmast	Piirkonnad, kus teenust planeeriti osutada	Piirkonnad, kus teenust osutati
Alkoholi tarvitamise varane avastamine ja nõustamine	243 000	494	0,2%	Järvamaa, Raplamaa, Lääne-Virumaa, Harjumaa	Harjumaa
Suitsetamisest loobumise nõustamine	245 000	2042	0,8%	Kõik maakonnad	12 maakonda (va Jõgevamaa, Hiiumaa, Valgamaa)
HIV-positiivsetele suunatud nõustamisteenused	10 000	2236	22,4%	12 maakonda (va Raplamaa, Saaremaa ja Hiiumaa)	Ida-Virumaal, Harjumaal, Lääne-Virumaal, Järvamaal ning Tallinnas ja Tartus
Sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenused	14 000	1538	11,0%	Kõik maakonnad	Ida-Virumaal, Harjumaal, Lääne-Virumaal, Järvamaal ning Tallinnas, Tartus ja Pärnus

Allikas: Infopäringud Sotsiaalministeeriumile ja Tervise Arengu Instituudile.

Teenuse saajate osakaalu järgi on teenuse kättesaadavus kõige rohkem suurenenud HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenuste puhul. Kuigi HIV-positiivsetele suunatud teenuseid planeeriti osutada 12 maakonnas ning sõltuvushäiretega isikutele suunatud teenuseid kõikides maakondades, siis mõlema teenuse puhul jäi nii teenuse saajate arv kui ka teenuse pakkumine territoriaalses mõttes planeeritust väiksemaks.

⁵⁰ Programmi „Tervislike valikuid soodustavad meetmed 2010-2011“ lõpparuanne.

⁵¹ Tegemist on Sotsiaalministeeriumi poolt hindajatele edastatud sihtgrupi hinnanguliste suurustega, mille väljatoomise eesmärgiks on anda ülevaade programmi tegevuste sihtrühma eeldatavast suurusjärgust.

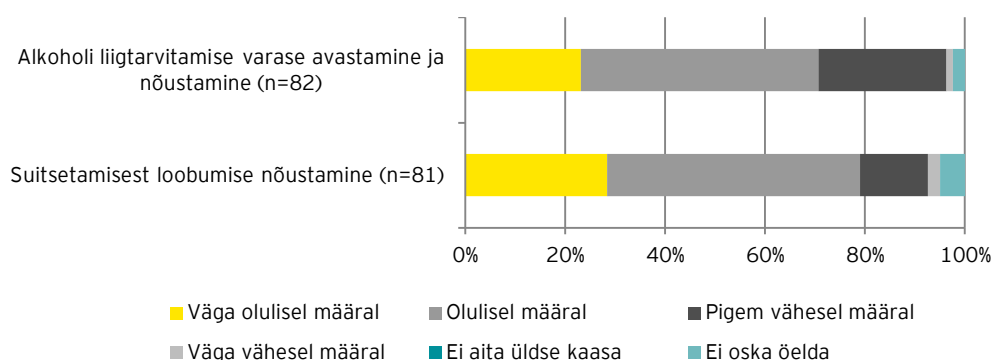
Kuigi HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega isikute nõustamisteenused olid olemas ka enne programmi, toimisid need valdavalt MTÜ-de tasemel. Enne programmi tegutsesid MTÜ-de baasil eneseabi ja tugigrupid (kogemusnõustamine). Psühholoogilist ja sotsiaalnõustamist ning psühhoteeraapiat võimaldati sihtrühmale programmi raames esmakordselt.⁵² Programmi raames loodi teenuse osutamiseks süstemaatilisem lähenemine ning tõsteti teenuste osutajate professionaalsust.⁵³ Programmi lõpparuande kohaselt aitasid välja arendatud teenused oluliselt kaasa abiteenuste kättesaadavuse suurendamisele Eestis, erinevad nõustamisteenused on paremini piiritletud ning kirjeldatud, sõnastatud on konkreetsed nõuded teenuse sisule, teenuseid osutavale personalile ning ruumidele, samuti on võimalik leida nõustatule sobilikku teenust.⁵⁴

Ka suitsetamisest loobumise nõustamise teenust pakuti enne programmide käivitumist, kuid programmide raames pakutud tasuta teenus suurendas teenuse kättesaadavust sihtgrupele. Suitsetamisest loobumise nõustamist osutati programmi raames 12 maakonnas (st kõikides maakondades, va Jõgevamaa, Hiiumaa, Valgamaa). Vaatamata sellele, et teenust oli planeeritud osutada 15 maakonnas, võib teenuse kättesaadavust territoriaalses mõttes üle Eesti küllalt heaks hinnata.

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul oli tegemist uue teenusekontseptsiooniga, mis programmi raames välja arendati. Kuigi ka varasemalt oli võimalik pöörduda alkoholi tarbimisega seotud probleemidega perearstide poole, loodi programmi raames teenuse standardid ning tõsteti perearstide oskuseid alkoholiteemalise nõustamise läbiviimiseks.⁵⁵ Seega loodi eeldused ka selle teenuse kättesaadavuse suurendamiseks. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul saame rääkida siiski vaid teenuse kättesaadavuse suurendamise eelduste loomisest. Teenuse osutamine jäi teenuse pilotiseerimise etappi, kuna teenust osutati vaid 494 isikule (vähem kui 0,2% potentsiaalsest sihtrühmast) ning teenus oli kättesaadav vaid Harjumaal.

Alkoholi liigtarvitamise ja tubakatarbimise teemal nõustamist läbi viinud isikutelt uuriti, mil määral suurendab nende hinnangul programmi tegevus teenuste kättesaadavust. Nõustajad olid valdavalt seisukohal, et programmi tegevused suurendasid teenuste kättesaadavust olulisel määral (26% väga olulisel määral ja 49% olulisel määral). Kõrgemalt hinnati teenuse kättesaadavuse suurenemist suitsetamisest loobumise nõustamise puhul.

Joonis 24 „Palun hinnake, mil määral aitab ESF programmi raames rahastatud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise/suitsetamisest loobumise nõustamise teenus kaasa riskikäitumisega inimestele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavuse suurenemisele?”



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Programmi raames arendatud ja osutatud nõustamisteenused on seotud programmi ja prioriteetse

⁵² Infopäring Tervise Arengu Instituudile

⁵³ Intervjuud Tervise Arengu Instituudiga (aprill 2012).

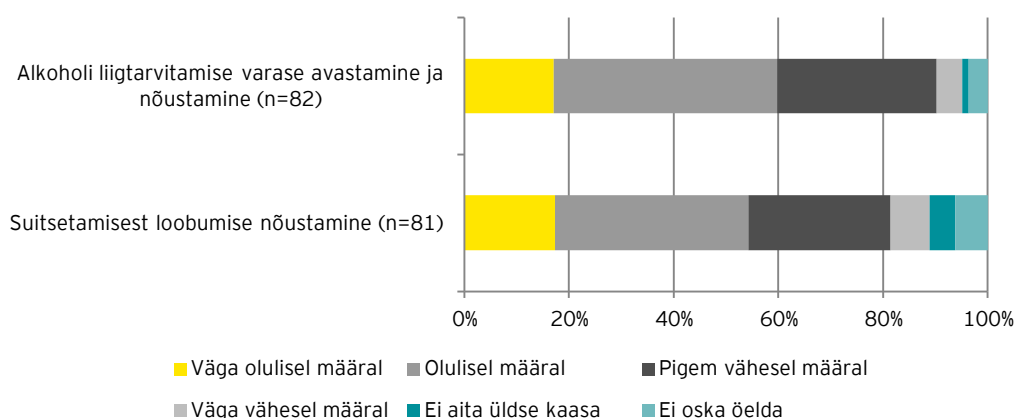
⁵⁴ Programmi „Terviselikke valikuid soodustavad meetmed 2010-2011“ lõpparuanne.

⁵⁵ Intervjuud Tervise Arengu Instituudiga (aprill 2012).

suuna ehk töötamisega. Programmi raames pakutud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse otseseks eesmärgiks oli parandada inimeste tervisekäitumist (alkoholi tarvitamise vähendamise või suitsetamisest loobumise läbi), mis viiks tervise seisundi paranemiseni ning selle kaudu ka tööturult tervislikel põhjustel eemalejäämise vähendamisele. Lisaks tervisekäitumise parandamisele on nii alkoholiteemalised kui ka HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenused otseselt seotud isikute sotsiaalse ja tervisliku seisundiga, mis on jällegi omakorda seotud töötamisega (st eelduste loomine selleks, et inimene oleks võimeline töötama).

Seost programmi tegevuste ja tööturult väljalangemise ennetamise vahel näevad nii programmi elluviijad kui nõustamisteenuste osutajad. Programmi raames nõustamisteenust osutanud isikutelt uuriti, kuivõrd aitavad nende hinnangul nõustamisteenused kaasa tervislikel põhjustel tööhõivest väljajäämise ennetamisele. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul nägid olulist seost tööturult väljalangemise ennetamisega 60% teenuse osutajatest ning suitsetamisest loobumise nõustamise puhul 54% nõustatutest.

Joonis 25 „Palun hinnake, mil määral aitab ESF programmi raames rahastatud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise teenus/ suitsetamisest loobumise nõustamise teenus kaasa tervislikel põhjustel tööhõivest väljajäämise vähenemisele?“

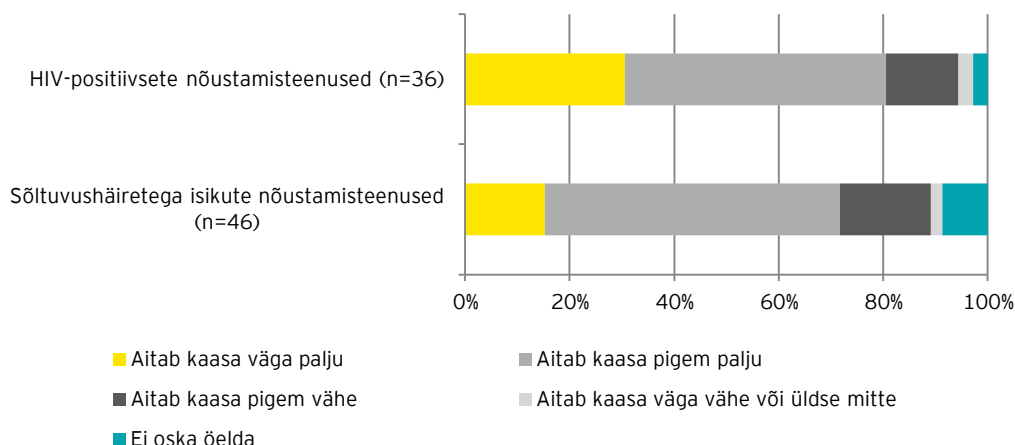


Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Neid vastanuid, kes leidsid, et nõustamisteenused ei aita üldse kaasa või aitavad väga vähesel määral kaasa tervislikel põhjustel tööturult eemale jäämise ennetamisele oli suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse puhul 12% ning alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul 6%.

Sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele isikute puhul olid teenuse osutajate hinnangud teenuste mõjule tervislikel põhjustel tööturult väljajäämise ennetamise osas samuti kõrged. Sõltuvushäiretega isikutele osutatavate teenuste puhul leidsid 72% vastanutest ning HIV-positiivsete isikute nõustamisteenuste puhul 80% vastanutest, et nõustamisteenus aitab pigem palju või väga palju kaasa nõustatute tervislikel põhjustel tööturult väljalangemise ennetamisele. Mõlema nõustamisteenuse puhul leidis vaid üks inimene, et teenuste mõju tööturult eemalejäämise ennetamisele on väga vähene või puudub üldse.

Joonis 26 „Mil määral aitavad HIV-positiivsetele isikutele/ sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenused Teie hinnangul kaasa nõustatute tervislikel põhjustel tööturult väljalangemise ennetamisele?“



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Ülaltoodud andmeid arvesse võttes võib hinnata, et vajadus alkoholi tarvitamise ja suitsetamise teemalise nõustamise ning HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenuste järele on olemas ning programmi tegevused on üldiselt aidanud teenuste kättesaadavust suurendada. Loodud on teenuse osutamiseks vajalikud eeldused ning toimunud on teenuse osutamine sihtrühmale. Vaid alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul võib hinnata, et teenuse kättesaadavus sihtrühmale ei suurenenud (jäi vaid meetodika arendamise tasemele), kuna nõustatute hulk oli väike (alla 0,2% sihtrühmast) ja piirdus vaid Harjumaaga. Tervise Arengu Instituudi hinnangul on rahvusvahelisi kogemusi arvesse võttes selle teenuse üle-eestiliseks juurutamiseks vajaminev aeg hinnanguliselt 6-7 aastat⁵⁶.

Samuti võib hinnata, et programmi tegevused on seotud meetme üldesmärgiga ehk tervislikel põhjustel tööturult eemale jäämise ennetamisega ja tööturult mitteaktiivsete isikute hulga vähendamisega. Seda, kuivõrd suurt mõju on tegevused programmi eesmärkidele avaldanud, on analüüsitud järgmises peatükis. Samuti on järgmises peatükis analüüsitud programmi raames toimunud koolitusi.

5.4.4 Hinnang tegevuste tulemuslikkusele

Tulemuslikkuse hindamiseks analüüsitakse nõustamisteenuste liike eraldi järgmiselt:

1. alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus;
2. suitsetamisest loobumise nõustamise teenus;
3. HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatavad nõustamisteenused.

Tulemuslikkust hinnatakse selle järgi, kas ja mil määral on täidetud või on saavutatavad (sh elluviidud tegevuste ja olemasolevate ressursside piires) seatud eesmärgid.

5.4.4.1 Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni väljatöötamine algas 2008.-2009. a programmi raames, sh toimus antud programmi raames teenuse osutamine pilootprojekti käigus. Esimeses programmis olid eesmärkideks alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise meetodika väljatöötamine, meetodika rakendatavuse tagamine Eesti oludes, perearstide ja -õdede koolitamine teenuse osutamiseks ning meetodiliste materjalide kättesaadavaks tegemine. 2010.-2011. a toimus alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja

⁵⁶ Tervise Arengu Instituudi hinnang põhineb näiteks Soome kogemusel sarnase teenuse käivitamisel.

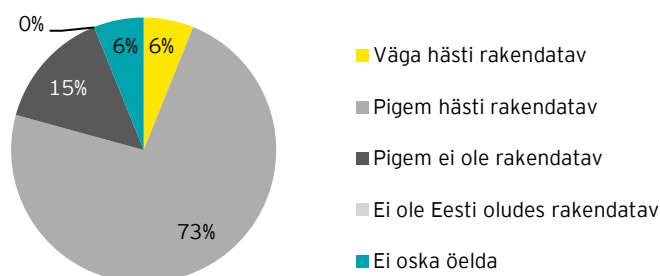
nõustamise teenuse edasiarendamine, teenuse osutajate koolitamine ja nõustamisteenuste osutamine. 2010.-2011. a eesmärkideks oli suurendada riskikäitumisest ja sõltuvusest vabanemist toetavate teenuste, sh kättesaadavust ja kvaliteeti ning tagada nõustajate teadmised ja oskused nõustamisteenuse osutamiseks.

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse käivitamine jäi suuresti pilotiseerimise tasemele. Seda näitab nii dokumentatsioonianalüüs kui tõendavad programmi elluvijate väited⁵⁷. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust osutati programmide jooksul kokku vaid 494 isikule⁵⁸, mis moodustab kogu potentsiaalsest sihtrühmast vaid marginaalse osa. Sotsiaalministeeriumi andmetel tarvitab korra kuus vähemalt 6 alkoholiühikut korraga 43% meestest ja 12% naistest, st ca 186 000 meest ja ca 57 000 naist. Võttes selle näitaja aluseks teenuse sihtrühma suuruse hindamisele, osutati programmide raames teenust 0,2%-le sihtrühmast. Samas on tegelik sihtrühm suurem, kuna tervisele kahjulik võib olla ka näiteks üle päeva 3-4 ühiku tarvitamine, aga nende näitajate osas andmed puuduvad⁵⁹.

Programmi elluvijate sõnul takistas tegevuse elluviimist suuresti perearstikeskuste madal huvi teenuse osutamise vastu, mille tõttu reageeris väike arv perearstikeskuseid lepingu sõlmimise ja hanke kutsetele. 2009. a toimunud pilootprojekti käigus osutati nõustamisteenust kuues perearstikeskuses, 2010. a korraldati hankemenetlus kuni 21 teenusepakkuja leidmiseks, kuid sõlmiti lepingud vaid nelja Harjumaal paikneva perearstikeskusega, kes ainukesena hankemenetluses osalesid. See näitab, et teenuse kättesaadavus piirdus territoriaalses mõttes vaid Harjumaaga. Seega polnud teenus kättesaadav kõikidele sihtrühmadele (st tööelisele elanikkonnale väljaspool Harjumaad). Planeeritud oli lepingute sõlmimine lisaks Harjumaale ka Järvamaal, Raplamaal ning Lääne-Virumaal.

Kuigi nõustamisteenuse osutajad ise leidsid, et väljatöötatud metoodika on Eesti oludes pigem hästi rakendatav (6% hindasid rakendatavust väga heaks ja 73% pigem heaks), nägid ka nemad mitmeid probleeme, mis teenuse osutamist takistavad. Samuti tuleb silmas pidada, et see kajastab vaid nende perearstide arvamust, kes teenust osutasid.

Joonis 27 „Palun hinnake, kas alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise metoodika on Eesti oludes rakendatav?“ (n=82)*



* Vastanuteks olid alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenust osutanud perearstid.

Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Eelkõige nähti teenust takistavate teguritena ravivõimaluste puudulikkust (32%), mis viitab alkoholismiravi võimaluste ehk eriarstiabi puudumisele, mitte metoodika probleemidele, ning teenuse osutamisega kaasnevat suurt paberitöö mahtu (32%). Nn suur paberitöö maht seondub sellega, et rakendusasutus on kehtestanud ESF nõuetest lähtuvalt statistiliste andmete kogumise nõuded teenuse osutajatele, samuti kodeeritakse klientide andmed isikustamata andmete saamise

⁵⁷ Intervjuud Tervise Arengu Instituudiga (aprill 2012).

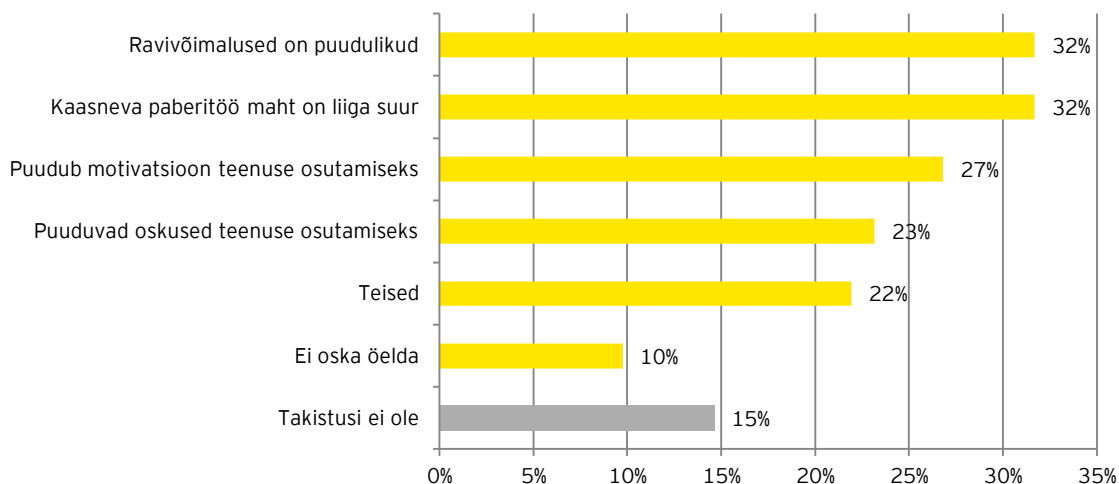
⁵⁸ Programmide „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2008-2009“ ja „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ lõpparuanded.

⁵⁹ Infopäring Sotsiaalministeeriumile, 2012

eesmärgil⁶⁰. Lisaks toodi takistustena välja motivatsiooni (27%) ja oskuste puudust (23%) perearstikeskuses alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse osutamiseks. Muude takistustena nimetati, et perearsti vastuvõtul pole aega tegeleda alkoholi tarvitamise teemalise nõustamisega piisava põhjalikkusega või et nõustamist vajavad isikud ei satugi perearsti vastuvõtule enne, kui on ilmnunud häired tervislikus seisundis. Samuti toodi välja, et patsient ise pole motiveeritud nendel teemadel rääkima.

Lisaks nägid teenuse osutajad struktuurseid probleeme, mis ei pruugi olla seotud teenuse metoodikaga, kuid ometi takistavad teenuse osutamist. Näiteks nimetati, et puudub riiklik rahastamine ennetustegevuse korraldamiseks (nt perearsti või pereõe ajakulu kompenseerimine) või patsientidele tugikeskuste loomiseks (näiteks toodi suitsetamisest loobumise tasuta nõustamiskabinette, kuhu probleemidega inimesi suunata).

Joonis 28 „Kas ja mis takistab Teie hinnangul alkoholi liigtarvitamise varase avastamise teenuse edukat osutamist perearstikeskustes?“ (n=82)



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Teenuse osutajad leidsid, et vajalik oleks tagada piisavad ravivõimalused nõustamisele tulevatele patsientidele ning vähendada teenuse osutamise kaasneva paberitöö mahtu. Samuti toodi välja, et teenuse osutajate motivatsiooni tõstmiseks peaks nõustamistöö olema eraldi tasustatud ning perearstide/pereõdede töökoormus väiksem. Oskuste parendamise osas leidsid teenuse osutajad, et kvaliteetse teenuse jaoks oleks vaja rohkem koolitusi teenuse osutamise kohta.

Kuigi eesmärgiks võeti, et 2008.-2009. a programmi lõpuks on alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise kontseptsioon välja töötatud ning Eesti oludes rakendatav ning sihtgrupil on teadmised ja oskused alkoholisõltuvuse varaseks avastamiseks ja nõustamiseks, siis üldtoodud andmed viitavad, et seda pole täielikult saavutatud. Perearstikeskuste madal huvi teenuse osutamise vastu ja teenuse osutajate poolt välja toodud takistused näitavad, et teenuse osutamise on jätkuvalt seotud mitmeid olulisi probleeme, mistõttu on ka teenuse osutamine toimunud väga väikeses mahu.

Kontseptsiooni väljatöötamist võis mõjutada ka ajaline nihkumine. Kuigi kontseptsiooni väljatöötamist alustati 2009. a jaanuaris nagu planeeritud, alustati metoodiliste materjalide koostamise ning sihtrühma koolitamisega planeeritust hiljem. Samuti alustati pilootprojekti ettevalmistamist ja pilootprojekti osalevate perearstide värbamist planeeritust oluliselt hiljem.

Nõustamisteenuse osutamise eesmärgiks oli vähendada alkoholi tarbimist. Kuna programmi dokumentatsioonis puuduvad selle kohta andmed, uuriti nõustamisteenuse osutajatelt, kui suur hulk

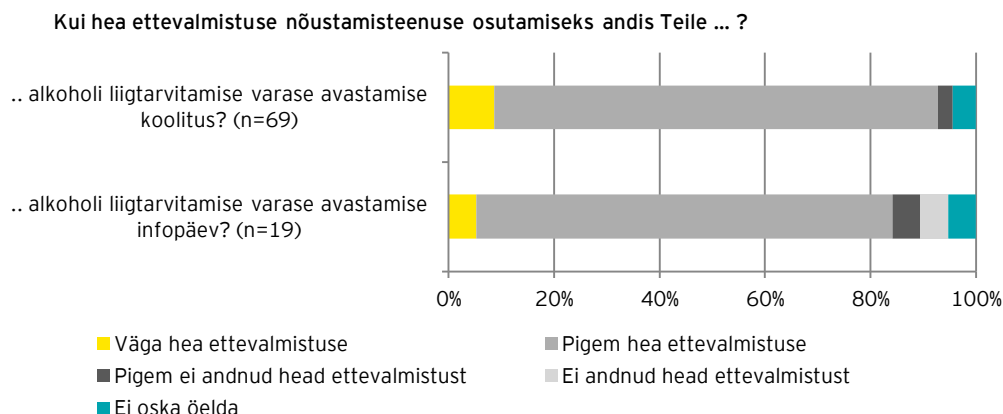
⁶⁰ Infopäring Tervise Arengu Instituudile, 2012

nõustatutest on nende hinnangul alkoholi tarbimist vähendanud. Veebiküsitluse andmetest selgub, et ka teenuse osutajatel puudub ülevaade selle kohta, milline on nõustamisteenuse tulemuslikkus. Ligikaudu 60% kõikidest vastanutest ei osanud öelda, kui paljud nende keskuses nõustatutest on nõustamisel tulemusel alkoholi tarbimist vähendanud. Need vastajad, kes sellele küsimusele hinnangu andsid, kaldusid arvama, et mõju on väga väike. 41% hinnangu andnutest leidsid, et alkoholi tarbimist on vähendanud väga väike hulk teenuse saajatest või mitte keegi (0-4% teenuse saajatest). 34% hinnangu andnutest leidsid, et alkoholi tarbimist on vähendanud kuni veerand teenuse saajatest (5-24% teenuse saajatest). Siiski tuleb arvestada, et hinnangu andnud teenuse osutajate hulk oli väike selleks, et usaldusväärsed järeldusi teha. Samuti on oluline arvestada sellega, et teenuse mõju ei pruugi avalduda lühiajalises plaanis, kuna alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise meetodikat kasutades saab perearst tõsta patsiendi motivatsiooni muuta oma alkoholitarvitamise tavasid ning tuua esile seoseid tema tervisesisundi ja tervisekäitumise vahel, mis on pikaajaline protsess. Siiski on oluline, et teenuse mõju püütaks hinnata kasvõi kaudsete meetodite kaudu.

Ülaltoodud andmeid arvesse võttes võib hinnata, et alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse osutamine ei ole käivitunud. Probleeme on esinenud lepingupartnerite leidmisega, samuti puuduvad tõendid selle kohta, et teenusel oleks olnud mõju alkoholi tarbimise vähendamisele.

Programmi raames toimus mitmeid teenuse osutamist ettevalmistavaid tegevusi, sh toimus teenuse osutajate koolitamine ning töötati välja ja jaotati meetoodilisi materjali teenuse osutamiseks. Nii koolitusel kui infopäeval osalenud isikud hindasid, et tegevus andis pigem hea ettevalmistuse teenuse osutamiseks.

Joonis 29 „Kui hea ettevalmistuse teenuse osutamiseks andis Teile alkoholi liigtarvitamise varase avastamise koolitus/ infopäev?“.

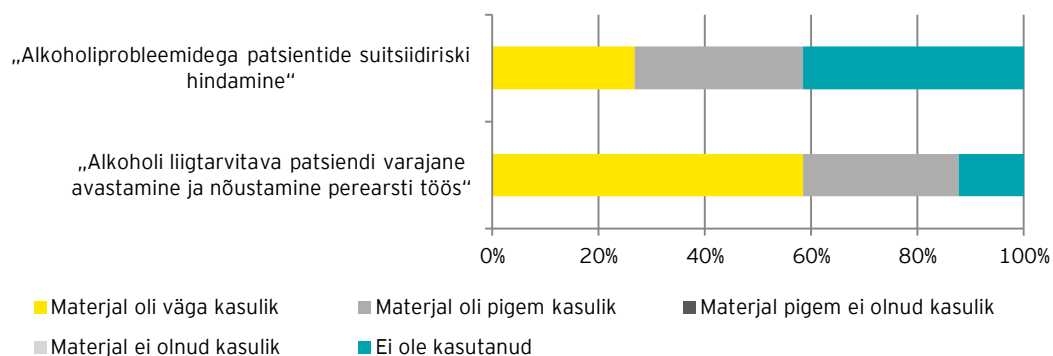


Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise koolitusel osalejad olid koolitusega pigem või väga rahul (vastavalt 48% ja 48%). Ligikaudu kaks kolmandikku osalejatest leidsid, et nende nõustamisoskused on koolituse tulemusel oluliselt paranenud, ligikaudu 44% vastanutest olid koolitusel omandatud teadmisi ka suurel määral ellu rakendanud. Sama suur oli nende osalejate arv, kes olid omandatud teadmisi vähesel määral ellu rakendanud.

Programmi raames väljatöötatud ja jaotatud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise meetoodilised materjalid oli neid kasutanud isikute hinnangul teenuse osutamisel väga või pigem kasulikud.

Joonis 30 „Kui kasulikud on Teile teenuse osutamisel olnud järgmised alkoholi liigtarvitamise varase avastamise nõustamisteenuse meetodilised materjalid?“ (n=41).

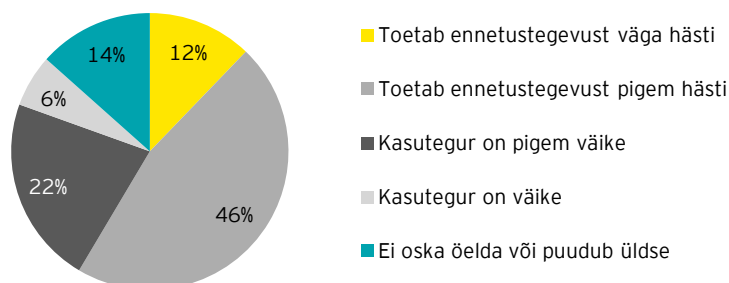


Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Vaatamata sellele, et tegevuste elluviijad hindavad koolitusi ja infopäevi heaks ning materjale kasulikuks, ilmneb, et nõustajate ettevalmistus teenuse osutamiseks pole olnud piisav. Nii programmi elluviijad kui teenuse osutajad ise leiavad, et mõnevõrra jääb puudu nõustamisteenuse osutamiseks vajalikest oskustest (23% vastanutest).

Programmi raames toimus ka alkoinfo.ee veebilehe väljaarendamine. Programmi tegevuste elluviijate hinnangul on tegemist ainukese selleteemalise veebilehega Eestis ning see on kasutajate seas väga populaarne⁶¹. Ka nõustamisteenuse osutajate hinnangul toetab see veebileht pigem hästi alkoholi liigtarvitamise ennetustegevust. Enamik vastanutest leidis, et veebileht toetab alkoholialast ennetustegevust pigem või väga hästi.

Joonis 31 „Palun hinnake, kui hästi toetab Teie hinnangul alkoholi liigtarbimise ennetustegevust veebileht alkoinfo.ee“ (n=82).



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Kokkuvõttes võib öelda, et kuigi vajadus alkoholi liigtarvitamise alase ennetustegevuse järele on suur (alkoholi tarvitab regulaarselt suurtes kogustes vähemalt 243 000 inimest⁶²) ning programmide raames tehti ära oluline eeltöö teenuse kujundamise osas, siis tõenäoliselt ei mõjutanud elluviidud tegevused olulisel määral programmi üldeesmärkide ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmist. Seda eelkõige seetõttu, et teenust osutati väga marginaalsele osale kogu sihtrühmast, sh oli teenus kättesaadav vaid Harjumaal. Samuti puuduvad andmed selle kohta, et teenusel oleks märkimisväärne mõju alkoholi tarbimisel vähendamisele.

⁶¹ Intervjuud Tervise Arengu Instituudiga (aprill 2012).

⁶² Sotsiaalministeeriumi andmetel tarvitab vähemalt korra kuus vähemalt 6 alkoholiühikut korraga 43,3% meestest ja 12,3% naistest, st ca 186 400 16-64 a meest ja 57 000 naist. Samas võib tervisele kahjulik olla ka näiteks üle päeva 3-4 ühiku tarvitamine, kuid selliste näitajate osas andmed puuduvad. See annab põhjust uskuda, et sihtrühm on tegelikult veelgi suurem.

Hindamise põhjal võib öelda, et kuigi ettevalmistavad tegevused olid üldjoontes kasulikud, siis teenuse osutamine jäi suuresti pilotiseerimise tasemele. Nõustamisteenuse käivitumist on takistanud perearstikeskuste vähene huvi teenuse osutamise vastu ja mõnel juhul ka ebapiisavad oskused teenuse osutamiseks. Teenuse osutajad näevad peamiste probleemidena ravivõimaluste puudumist, vastuvõtu aja piiratust alkoholiteemade käsitlemiseks, suurt paberitöö mahu ning patsientide enda demotiveeritust alkoholiteemadel rääkida.

Eelpool toodust võib järeldada, et teenuse käivitumiseks on kõigepealt vaja tagada ravivõimaluste kättesaadavus. Kuigi teenuse osutajatele on kehtestatud statistiliste andmete kogumise nõuded lähtuvalt ESF nõuetest, samuti on teenuse osutajatel klientide kodeerimise kohustus tulenevalt vajadusest saada isikustamata andmeid, tasuks täiendavalt analüüsida seda, kas ja milliseid võimalusi saaks rakendada teenuse osutamise seotud administratiivse koormuse vähendamiseks, kuivõrd teenuse osutajad tõid välja, et üks peamisi teenuse osutamist takistavaid tegevusi on nn paberitöö suur maht.

Selleks, et hinnata alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse mõju, on vajalik koguda andmeid selle kohta, kuivõrd on teenuse tulemusel alkoholi tarbimine vähenenud.⁶³

5.4.4.2 Suitsetamisest loobumise nõustamise teenus

Suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse tulemuslikkust võib ühelt poolt hinnata selle kaudu, kuivõrd edukas on olnud teenus suitsetamisest loobumise seisukohalt (st aitab kaasa eluviiside tervislikumaks muutmisele ja selle kaudu tööturult tervislikel põhjustel eemalejäämise ennetamisele). Teiselt poolt võib anda hinnangu nõustajate teadmiste ja oskuste paranemisele, kuna selleks viidi programmi raames ellu mitmeid tegevusi.

Nõustamisteenus on olnud tulemuslik selles osas, et märkimisväärne hulk teenuse saajatest on teenuse saamise tulemusel suitsetamisest loobunud, mis võib viidata ka potentsiaalsele tervises seisundi paranemisele ning see omakorda tööturult kõrvalejäämise ennetamisele. Vastavalt programmi lõpparuandele on suitsetamisest loobumise nõustamise teenust osutatud 2042 inimesele.⁶⁴ Suitsetamisest loobumise teenuse tulemuslikkuse hindamiseks tuleb vaadata 12-kuulist perioodi, kuna suitsetamisest loobunuks saab pidada inimesi, kes püsisid suitsuvabana vähemalt 12 kuud⁶⁵. Käesoleva hindamise läbiviijatele on esitatud andmed 2012. a alguse seisuga. Seetõttu on võimalik suitsetamisest loobujate hulka hinnata vaid 2010. a osutatud teenuste põhjal. Kuna 2010. a nõustati ca 500 patsienti, kellest on vähemalt 12 kuud suitsuvabana püsinud 102 inimest, siis võib öelda, et teenuse tulemusel on suitsetamisest loobunud ca 20% teenuse saajatest. Seda peetakse rahvusvahelise kogemuse põhjal heaks saavutuseks⁶⁶. 2011. a osutatud suitsetamisest loobumise teenuse tulemuslikkuse hindamiseks oleks vaja koguda andmed 2012. a lõpu seisuga.

Teenust osutati planeeritust väiksemale hulgale isikutele (planeeritud 3100 asemel 2042), kuid suurem oli toimunud visiitide arv (planeeritud 6300 asemel 7658)⁶⁷. Teenust osutati 2042 isikule

⁶³ TAI selgituste kohaselt alustati 2011. a andmete kogumisega alkoholi tarvitamise vähendamise hindamiseks (kordusküsitlused), kuid andmete analüüsi pole veel teostatud. Pärast esmakordset nõustamist võtsid perearstid teenust saanud inimestega ise uuesti ühendust kas telefoni teel või vastuvõtu käigus ning viisid patsientidega läbi kordusküsitluse. Kordusküsitlus viidi nõustatud patsientide hulgas läbi peamiselt üks kord. 2012. a kutsutakse nõustatud kuue kuu möödudes uuesti nõustamisele.

⁶⁴ Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ lõpparuanne.

⁶⁵ Programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ lõpparuanne.

⁶⁶ Väide pärineb Tervise Arengu Instituudilt ja põhineb alljärgnevatel allikatel:

1) McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ et al. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006; 31:42-56.

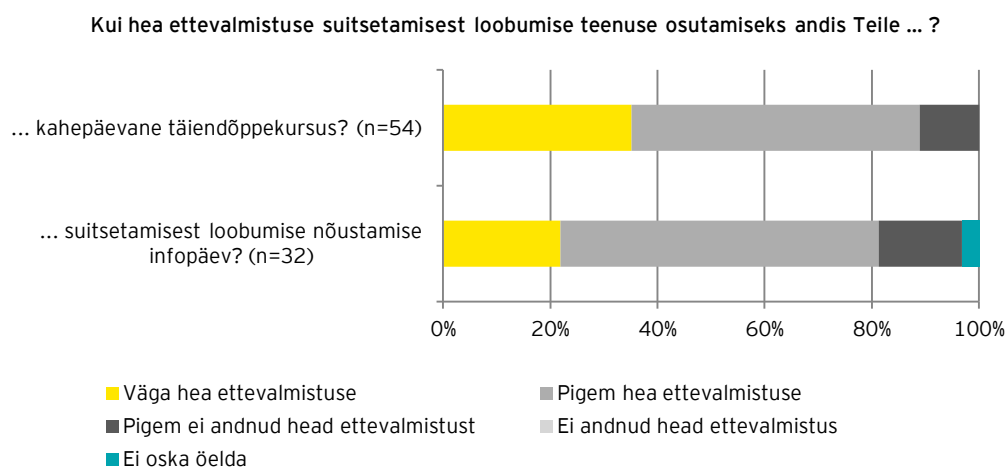
2) Tobacco Use and Dependence Guideland Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideland. Rockville:US Department of Health and Human Services.

⁶⁷ 2010.-2011. a programmi lõpparuande kohaselt jäi Inimeste arv, kellele osutati SLN teenust, prognoositust väiksemaks, kuna lepingupartnerite leidmiseks tuli läbi viia kaks hanget ja vaatamata sellele ei saavutatud teenuse kättesaadavust kõigis

ning igapäevasuitsetajate hinnanguline arv Eestis on 245 000. See tähendab, et teenust osutati ca 1%-le potentsiaalsest sihtrühmast. Regionaalses mõttes oli suitsetamisest loobumise nõustamise teenus sihtrühmale pigem hästi kättesaadav, kuna lepingud olid sõlmitud teenusepakkujatega 12 maakonnast. Teenuse osutamine oli planeeritud üle-eestilisena, st kõikides maakondades. Kolmes maakonnas (Jõgevamaa, Hiiumaa, Valgamaa) ei suudetud teenuse kättesaadavust tagada.

Nõustamisteenuse osutajate ettevalmistamiseks viidi programmi raames läbi mitmeid tegevusi, sh suitsetamisest loobumise teemaline infopäev ja kahepäevane täiendõppekursus teenuse osutajatele. Nende tegevuste tulemuslikkust võib üldiselt heaks hinnata. Valdavalt leidsid osalejad, et koolitus või infopäev andis neile väga hea (koolitus 35%, infopäev 22%) või pigem hea (koolitus 54%, infopäev 59%) ettevalmistuse teenuse osutamiseks.

Joonis 32 „Kui hea ettevalmistuse suitsetamisest loobumise teenuse osutamiseks andis Teile kahepäevane täiendõppekursus/ suitsetamisest loobumise infopäev?“ (n=54).

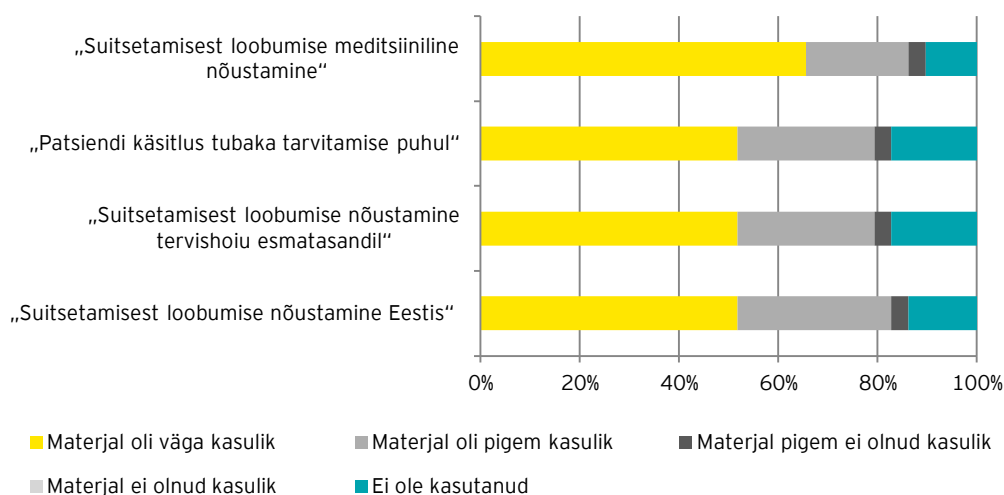


Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Samuti töötati programmi raames välja ning jaotati suitsetamisest loobumise teemalisi juhendmaterjale. Teenuse osutajad hindasid valdavalt materjale väga kasulikuks (keskmiselt 55% vastanutest). Vaid üksikud vastajad pidasid suitsetamisest loobumise juhendmaterjale pigem mitte-kasulikeks.

maakondades. Kuna SLN teenuse väljaarendamise kavandamise järgus puudus Eestis sellekohase teenuse osutamise praktiline kogemus, osutus tegelik keskmine vajadus visiitide järgi suuremaks.

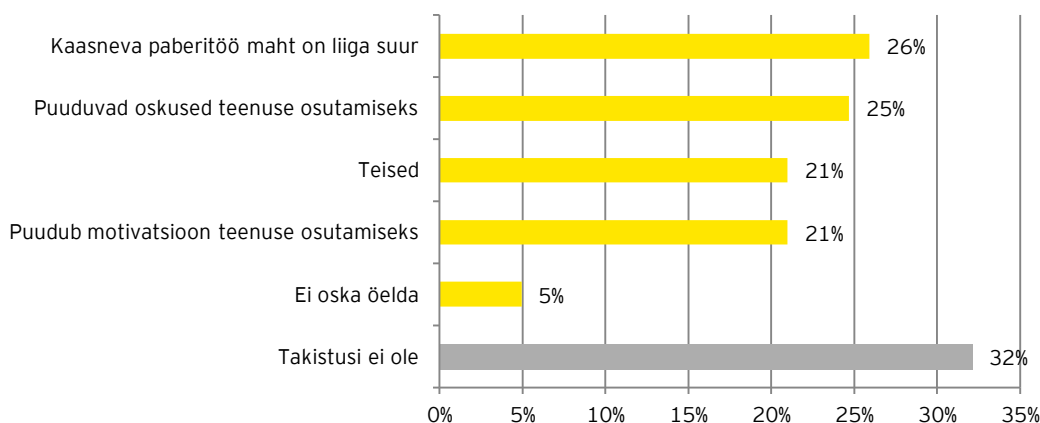
Joonis 33 „Palun valige, milliseid suitsetamisest loobumise juhendmaterjale olete oma töös kasutanud ning kui kasulikud on need Teile teenuse osutamisel olnud?“ (n=29).



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Teenuse osutajatelt uuriti ka seda, milliseid takistusi esineb suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutamisel. Kõige suurem oli nende vastajate osakaal, kes leidsid, et teenuse osutamiseks takistusi ei olegi (32%). Ligikaudu veerand vastanutest tõi välja paberitöö suurt mahtu ning puuduvaid teadmisi teenuse osutamiseks, samuti nimetati motivatsiooni puudust teenuse osutamiseks (21%). Teiste takistustena toodi välja potentsiaalsete patsientide huvi puudust teenuse saamise vastu. Lisaks toodi välja, et praeguste teenusemahtudega ei ole teenust võimalik osutada kõigile abivajajatele.

Joonis 34 „Kas ja mis takistab Teie hinnangul suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse edukat osutamist?“ (n=81).



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Teenuse osutajad pakkusid välja, et teenuse aruandluse maht võiks olla väiksem (aruandluse vormid lihtsustatud ning kindlalt nõustamisteenusele orienteeritud), samuti mainiti põhjalikumaid koolitusi (sh vene keeles). Siiski leidsid nõustajad valdavalt, et teenuse veelgi suurema edukuse tagamiseks pole niivõrd vaja teenust ümber korraldada kuivõrd tegeleda ennetamise ja teema teadvustamisega ühiskonnas üldiselt.

Kokkuvõttes võib suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse tulemuslikkust heaks hinnata, kui vaadata teenuse tulemusel suitsetamisest loobunute hulka. Suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse saamise tulemusel on suitsetamisest loobunud ca 20% teenuse saajatest, mida

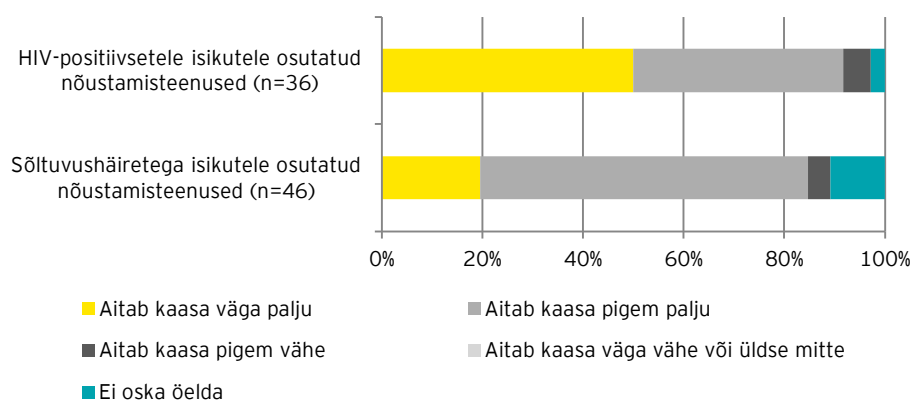
loetakse rahvusvahelisele kogemusele tuginedes heaks tulemuseks. Samas said teenust vaid ca 1% potentsiaalsest sihtrühmast ehk suitsetajatest. Seega võib vajadust teenuse mahtude järele pidada suuremaks. Suitsetamisest loobumise nõustamise teenus oli kättesaadav 12 maakonnas. Enamik nõustajaid hindab, et programmi raames elluviidud nõustamisteenuse ettevalmistavad tegevused (infopäev, koolitus, juhendmaterjalid) on olnud kasulikud.

5.4.4.3 HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenused

Programmi eesmärgiks oli suurendada riskikäitumisest ja sõltuvusest vabanemist toetavate teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust sihtrühmadele, samuti suurendada HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajate ja rehabilitatsiooniteenuste pakkujate tööoskusi ja -motivatsiooni. Programmi tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks uuriti, kui palju on programmi tegevused aidanud kaasa HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega isikute tervisekäitumise paranemisele. Samuti uuriti, kui heaks hindavad nõustajad programmi raames toimunud erinevaid koolitusi ja muid teenuse osutamist ettevalmistavaid tegevusi.

Kuna programmi raames ei koguta infot HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenuste tulemuslikkuse kohta (st kas teenust saanud isikute tervisekäitumine on paranenud vms), küsiti teenuste tulemuslikkuse hindamiseks teenuse osutajate hinnanguid. Teenuse osutajad leiavad, et teenus aitab kaasa nõustatute tervisekäitumise paranemisele. Kõrgemalt hindasid teenuse osutajad HIV-positiivsetele osutatavate nõustamisteenuste mõju. Neid teenuseid osutanud isikutest leidis 50%, et teenused aitavad väga palju kaasa nõustatute tervisekäitumise parandamisele ning 42%, et teenused aitavad tervisekäitumise parandamisele kaasa pigem palju. Sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenuste puhul olid vastavad näitajad 20% (aitab kaasa väga palju) ja 65% (aitab kaasa pigem palju). Mõlema teenuse puhul leidsid vaid üksikud vastajad, et teenused aitasid tervisekäitumise paranemisele kaasa pigem vähe.⁶⁸

Joonis 35 „Mil määral aitavad sõltuvushäiretega / HIV-positiivsetele isikutele osutatud nõustamisteenused Teie hinnangul kaasa nõustatute tervisekäitumise parandamisele?“ (n=36).



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Teenuste mahu mõttes osutati teenust programmis planeeritud rohkematele isikutele. Teenuseid sai 2236 HIV-positiivset isikut ja 361 nende lähedast (planeeritud 1800 ja 108) ning 1538 sõltuvushäiretega inimest ja 262 nende lähedast (planeeritud 850 ja 51). See näitab, et programmis seatud mahueesmärgid ületati. Sotsiaalministeeriumi hinnangul on HIV-positiivseid Eestis ligikaudu 10 000 ning sõltuvushäiretega isikuid ca 14 000, st et teenuseid osutati 22%-le HIV-positiivsete sihtrühmast ning 11% sõltuvushäiretega isikute sihtrühmast.

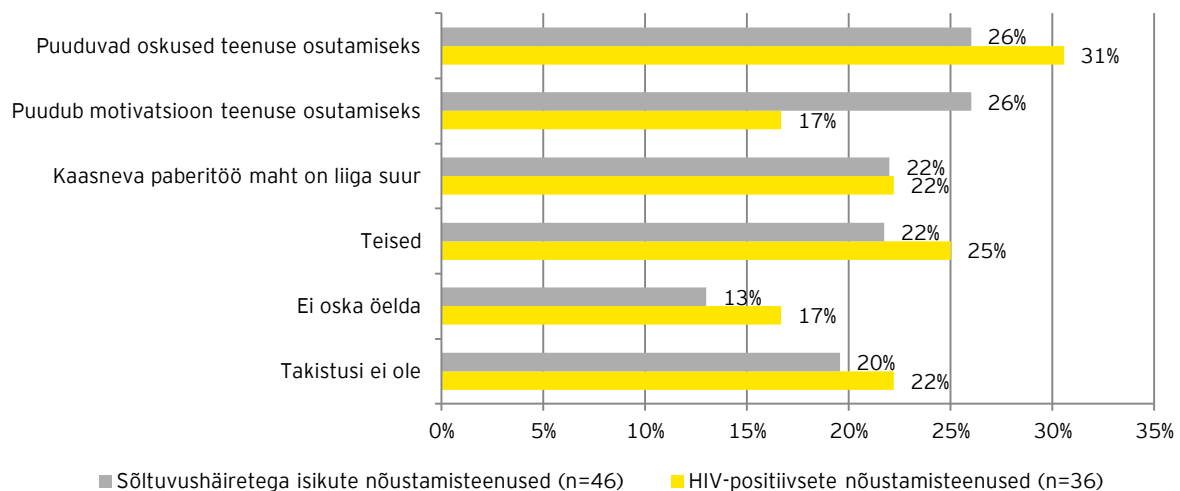
⁶⁸ Siinkohal tuleb võtta arvesse seda, et sõltlaste motiveerimine muutustele on reeglina pikaajalisem protsess kui HIV-positiivsete puhul (Allikas: Tervise Arengu Instituut).

HIV-positiivsetele isikutele personaalsete ja grupipõhiste nõustamisteenuste osutamiseks sõlmiti lepingud kuue isikuga. Sõltuvushäiretega isikutele personaalsete ja grupipõhiste nõustamisteenuste osutamiseks sõlmiti lepingud viie isikuga, lisaks sõlmiti leping rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks sõltuvushäiretega inimestele. Sõltuvushäiretega isikutele plaaniti osutada teenuseid üle Eesti (teenus kättesaadav kõikides maakondades) ning HIV-positiivsetele suunatud teenuseid 12 maakonnas (va Raplamaa, Saaremaa ja Hiiumaa). Programmide raames osutati sõltuvushäiretega isikutele teenuseid Ida-Virumaal, Harjumaal, Lääne-Virumaal, Järvamaal ning Tallinnas, Tartus ja Pärnus ning HIV-positiivsetele suunatud tegevusi Ida-Virumaal, Harjumaal, Lääne-Virumaal, Järvamaal ning Tallinnas ja Tartus.⁶⁹ See tähendab, et teenuste territoriaalne kättesaadavus jäi väiksemaks kui planeeritud.

See viitab sellele, et programmis toimus teenuse mahtude alplaneerimine, kuna väiksemas arvus piirkondades osutati teenust planeeritust suuremale arvule isikutele. Samuti viitab teenuse mahtude alplaneerimisele asjaolu, et ajalises mõttes alustati nii HIV-positiivsele kui sõltuvushäiretega isikute puhul teenuse osutamise planeeritust hiljem, kuid teenusmahus siiski ületati.

Ka teenuse osutajatelt uuriti, milliseid takistusi esineb HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele nõustamisteenuste osutamisel. Selgus, et teenuse edukat osutamist takistab eelkõige oskuste puudus, samuti kaasneva paberitöö suur maht. Sõltuvushäiretega isikute nõustamise puhul toodi takistusena välja ka motivatsiooni puudust (26%), kusjuures HIV-positiivsetele osutatud nõustamisteenuste puhul toodi motivatsioonipuudust välja oluliselt väiksema arvu vastajate poolt (17%).

Joonis 36 „Kas ja mis takistab Teie hinnangul sõltuvushäiretega /HIV-positiivsetele isikutele nõustamisteenuse edukat osutamist?”



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

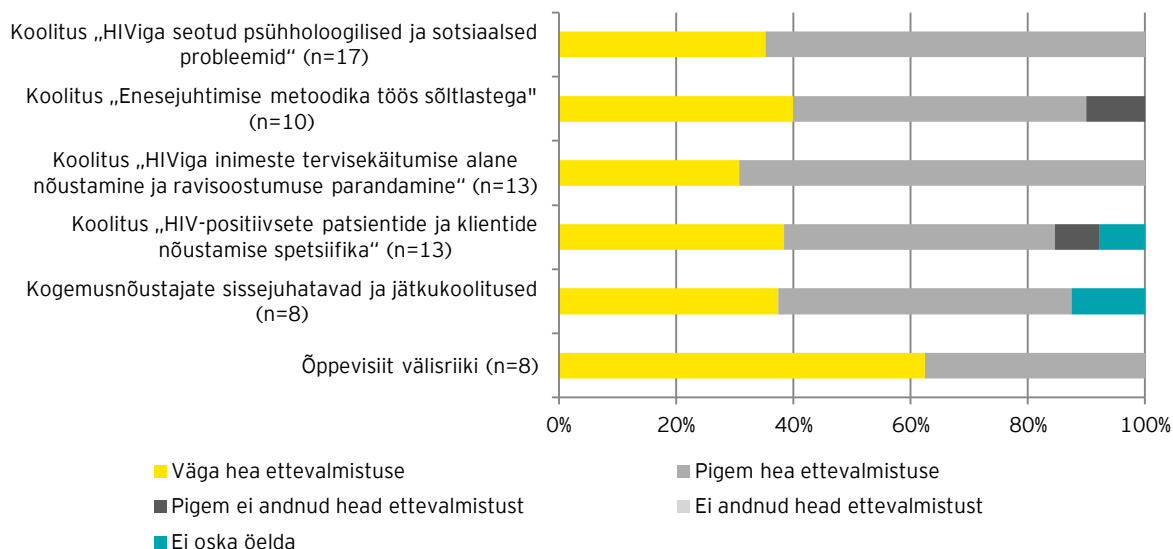
Muude takistustena tõid HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele nõustamisteenuste osutajad välja peamiselt ebastabiilset rahastust. Leiti, et hanke periood peaks olema pikem, sest aastaga ei jõua kliendil tekkida harjumust ühest kohast teenuseid saada ning on palju segadust. Samuti seondub lühikese perioodiga spetsialistide ebakindlus ning ei teki motivatsiooni spetsialiseeruda. Lisaks pakuti välja, et teenus peaks olema pindlikum (nt tänavatöö, kodukülastused, nõustamisteenuste osutamine telefoni teel ilma ajaliste piiranguteta). Mitmel puhul mainiti vajadust teenusepakkujate omavahelise info ja kogemuste vahetamise järele, sh näiteks teabe- ja koolituspäevade vormis erinevates maakondades. Kuigi programmi raames korraldati regulaarseid

⁶⁹ Tervise Arengu Instituudi hinnangul olid teenused suunatud prioriteetsetesse piirkondadesse, mis valiti välja nõustamist eeldatavalt vajavate isikute paiknemise järgi Eestis (paikkonnad, kus probleem on elanike hulgas rohkem levinud).

superviseerimise koostumise just kogemuste vahetamise eesmärgil, pole see olnud tõenäoliselt teenuse osutajate hinnangul piisav.

Hindamise käigus uuriti ka seda, kui hea ettevalmistuse teenuse osutamiseks andsid programmi raames korraldatud koolitused ja õppevisiit. Osalejate sõnul andsid need tegevused neile hea ettevalmistuse nõustamisteenuse osutamiseks. Teistest ettevalmistavatest tegevustest kasulikumaks hindasid osalejad õppevisiiti välisriiki.

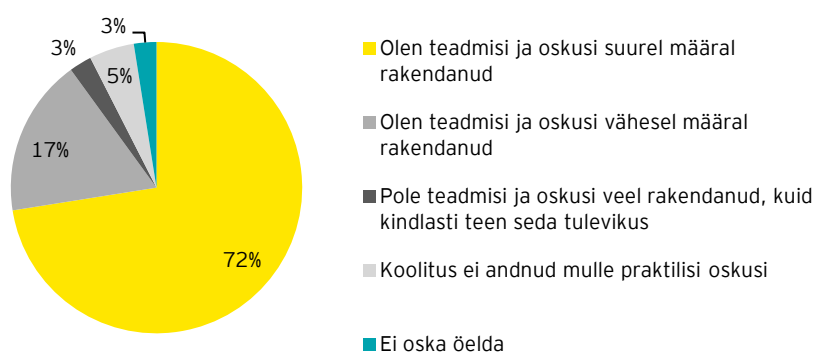
Joonis 37 „Palun hinnake, kui hea ettevalmistuse nõustamisteenuse osutamiseks andsid koolitused/ õppevisiit välisriiki“



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Samuti uuriti sõltlastele ja HIV-positiivsetele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise koolitustel osalenutelt, kui palju on koolitustest olnud praktilist kasu ehk kui palju on nad koolitustel omandatud teadmisi ja oskusi töös rakendanud. Selgus, et koolitustelt omandatud teadmised on olnud suure praktilise väärtusega, kuna ca 70% koolitusel osalenutest on omandatud teadmisi ja oskusi suurel määral ka oma töös ellu rakendanud.

Joonis 38 „Mil määral olete koolitusel omandatud teadmisi ja oskusi oma töös rakendanud?“ (n=40).



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Teisalt, vaatamata koolitusele antud heale hinnangule, leidsid teenuse osutajad, et oskuste puudus teenuse osutamiseks on üks peamisi takistusi HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele teenuste osutamisel. Sellest võib järeldada, et toimunud koolitused olid küll head, kuid mitte piisavad nõustajate ettevalmistuse tagamiseks (vaatamata sellele, et koolitusi korraldati väljaspool programmi).

Kokkuvõttes võib sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele isikutele suunatud nõustamisteenustega seotud programmi tegevusi pidada pigem edukaks. Teenused aitasid või aitavad eeldatavasti tulevikus kaasa nõustatute tervisekäitumise paranemisele. Teenuseid osutati planeeritust suuremale hulgale isikutele, territoriaalses mõttes ei tagatud teenuse kättesaadavust kõikides piirkondades, mis oli planeeritud, ning ajalisel mõttes alustati teenuse osutamisega planeeritust hiljem. See viitab teenuse mahtude alplaneerimisele, kuna teenuse mahud ületati osutades teenust väiksemas piirkonnas ning väiksema aja jooksul.

Nõustajate poolt hinnati heaks programmi raames läbiviidud koolitusi ja õppevisiiti välismaale. Siiski ei saa nõustajate ettevalmistamiseks toimunud tegevusi pidada piisavaks, kuna oskuste puudust nähakse nõustajate enda poolt ühe peamise takistusena teenuste osutamiseks.

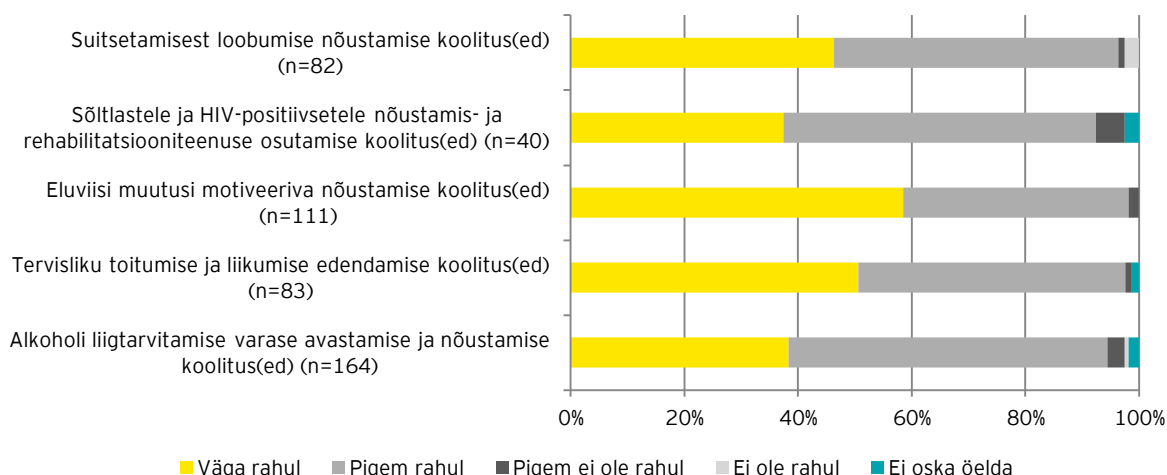
5.4.4.4 Koolitused nõustamisteenuse kättesaadavuse parandamiseks

Programmide raames toimusid mitmed koolitused, mille eesmärgiks oli parandada esmatasandi tervishoiutöötajate teadmisi ja oskusi tervisenõustamiseks ning suurendada HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajate ja rehabilitatsiooniteenuste pakkujate tööoskusi ja -motivatsiooni. Analüüsis on koolitusi grupeeritud alljärgnevalt:

- ▶ alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise koolitused;
- ▶ tervisliku toitumise ja liikumise edendamise koolitused;
- ▶ eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitused;
- ▶ sõltlastele ja HIV-positiivsetele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise koolitused;
- ▶ suitsetamisest loobumise nõustamise koolitused.

Veebiküsitluse käigus uuriti koolitustel osalejatelt nende rahulolu kohta läbiviidud koolitustega. Enamasti olid koolitustel osalejad koolitustega väga rahul või pigem rahul. Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolituste ja tervisliku toitumise ja liikumise edendamise koolitustega oli väga või pigem rahul 98% osalejatest. Suitsetamisest loobumise nõustamise koolituste puhul oli sama näitaja 96%, alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise koolituse puhul 95% ning sõltlastele ja HIV-positiivsetele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise koolituste puhul 93%.

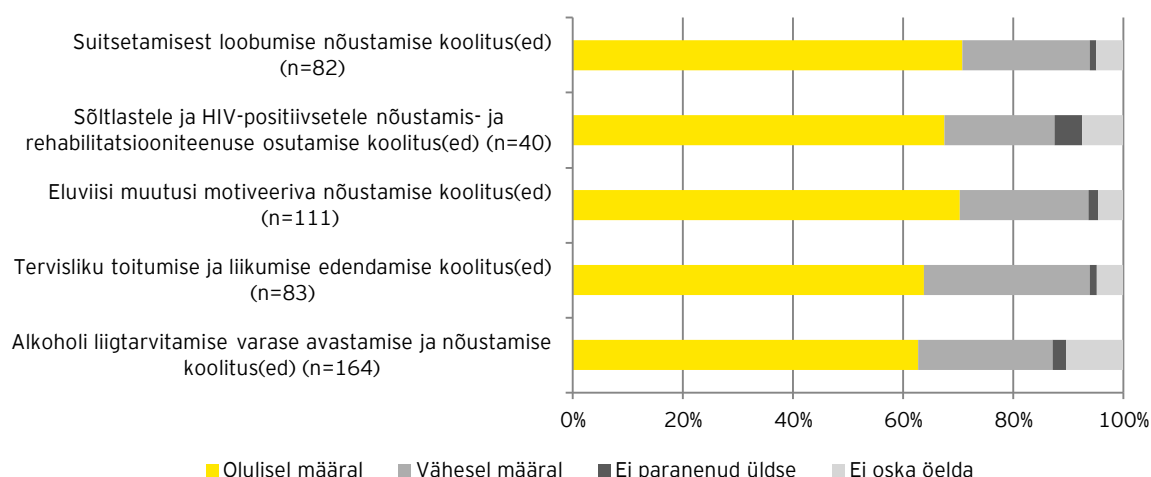
Joonis 39 „Mil määral olete koolitusega tervikuna rahul?“



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Seega olid koolitustel osalejad koolitustega tervikuna rahul. Samuti aitasid koolitused parandada osalejate nõustamisoskusi. Keskmiselt 66% koolitustel osalenutest hindas, et koolituste tulemusel nende nõustamisoskused olulisel määral paranesisid.

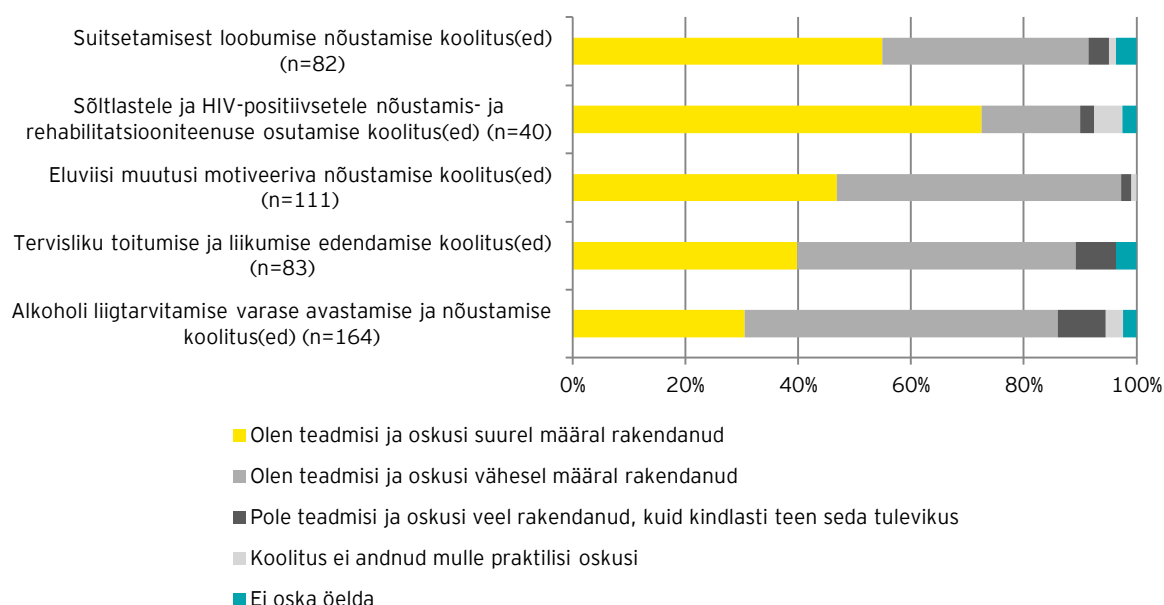
Joonis 40 „Mil määral paranesid koolituse tulemusena Teie nõustamisoskused?”



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Samuti on nõustajad koolitustel omandatud teadmisi ja oskusi reaalses töös ellu rakendanud. Kõige suuremal määral on koolitustest praktilist kasu olnud sõltlastele ja HIV-positiivsetele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise koolitustel osalenutele (73% osalenutest on teadmisi ja oskusi ellu rakendanud suurel määral). Suitsetamisest loobumise nõustamise koolitustel osalenute puhul oli vastav näitaja 55%. Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise, tervisliku toitumise ja liikumise edendamise ja alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise koolituste puhul oli kõige suurem nende inimeste hulk, kes vastasid, et on teadmisi ja oskusi vähesel määral ellu rakendanud (vastavalt 50%, 49% ja 55%).

Joonis 41 „Mil määral olete koolitusel omandatud teadmisi ja oskusi oma töös rakendanud?”



Allikas: Nõustamisteenuste osutajate veebiküsitlus, juuni 2012.

See näitab, et programmi raames elluviidud koolitused on aidanud kaasa programmi eesmärkide täitmisele, st aidanud kaasa nõustajate oskuste parandamisele. Siiski ei saa hinnata, et koolitused on taganud nõustajate piisava ettevalmistuse, kuivõrd kõikide nõustamisteenuse puhul toodi teenuse osutamise takistusena välja ebapiisavaid oskusi teenuse osutamiseks (alkoholi liigtarvitamise varase

avastamise ja nõustamise puhul 23% vastanutest, suitsetamisest loobumise nõustamise puhul 25% vastanutest, sõltuvushäiretega isikutele osutatud teenuste puhul 26% vastanutest ja HIV-positiivsetele osutatud nõustamisteenuste puhul 31% vastanutest).

Antud peatükis käsitletavat koolitused toimusid programmi tegevuse 3.3.2 raames (2010.-2011. a programm), millel oli kaks eesmärki⁷⁰:

- ▶ Esmatasandi tervishoiutöötajate teadmised ja oskused inimeste tervisenõustamiseks on paranenud.
- ▶ HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajate ja rehabilitatsiooniteenuste pakkuja tööoskused ja -motivatsioon on suurenenud.

Vastavalt sellele eesmärgile, peaks programmi tegevuste sihtrühmaks olema tervisenõustamist osutavad esmatasandi tervishoiutöötajad ja HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega inimeste nõustajate ja rehabilitatsiooniteenuste pakkujad.

Programm sõnastab tegevuse 3.3.2 sihtrühma alljärgnevalt: perearstid ja -õed, tervisenõustajad ja teised tööhõivest väljalangemist ennetavate ning tööhõivet taastavate tervisteenuste osutajad ja tugisikud (sh sõltuvushäirete rehabilitatsioonikeskuste töötajad, vähihaigete ühenduste liikmed).

Alljärgnevas tabelis on välja toodud andmed selle kohta, kes läbiviidud koolitustel osalesid.

Tabel 5. Tegevuse 3.3.2 raames toimunud koolitustel osalejad

Tegevuse 3.3.2 raames toimunud koolitus	Koolitusel osalejad	Koolituste/ osalenute arv
Alkoholi liigtarbimise varase avastamise ja nõustamise koolitused	Perearstid ja -õed (sh nii pilootprojekti raames alkoholi liigtarbimise varase avastamise ja nõustamise teenust osutanud kui mitteosutanud)	22/ 408
Tervisliku toitumise ja liikumise edendamise koolitused	Perearstid ja -õed ning lisaks ka nimetatud erialasid omandavad üliõpilased.	10/ 219
Eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitused	Perearstid ja -õed ning lisaks ka nimetatud erialasid omandavad üliõpilased (Nimetatud koolitus andis baasteadmised ja eelnes soovituslikult ülaltoodud kahel koolitusel osalemisele)	26/ 511
Vähihaigete vaimse tervise ja toimetuleku koolitused ja tugisikute koolitused	Vähihaiged ja nende tugisikud kuulusid sihtgruppi (tugisikud, vähihaigete ühenduse liikmed).	21/596
3-päevased vaimse tervise ja toimetuleku üleeestilised terviselaagrid vähihaigetele ja nende tugisikutele	Vähihaiged ja nende tugisikud kuulusid sihtgruppi (tugisikud, vähihaigete ühenduse liikmed).	2/ 293
Nõustamis- ja rehabilitatsioonikoolitused	HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuse osutajad	4/ 116
Kahepäevane koolitus suitsetamisest loobumise nõustamise teenuse osutajatele	Suitsetamisest loobumise nõustajad (sh nii lepingute raames kui mitte)	3/ 105
Kogemusnõustajate sissejuhatavad koolitused ning jätkukoolitused	Sõltuvushäiretega isikute ja HIV-positiivsete inimeste tugisikutele ja eneseabigruppide juhid	6/59
Diabeedialased ja luu- ja liigesehaiguseid käsitlevad koolitused tervishoiutöötajatele	Koolitusel osalesid tervishoiutöötajad, kelle poolt osutatav teenus on käsitletav tööhõivest väljalangemist ennetavana integreerituna nende igapäevatoosse.	10/ 246

Allikas: Tervise Arengu Instituut

Ülalolevas tabelis väljatoodud andmed näitavad, et koolitustel osalenute ring oli väga lai. Koolitustesse olid kaasatud tervishoiutöötajad, kes küll kuuluvad programmis toodud sihtrühma sõnastuse alla, kuid ei osutanud programmi raames nõustamisteenust. Kuivõrd kõikide programmi raames osutatud nõustamisteenuse liikide puhul tõid teenuse osutajad välja, et teenuse osutamist on takistanud teadmiste ja oskuste vähesus, võib soovitada sihtrühma koolitamiseks ettenähtud vahendite fokuseerimist programmi raames nõustamisteenust osutavatele isikutele.

⁷⁰ Programm „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011” tegevus 3.3.2

Lisaks vahendite fookuseerimisele võib sihtrühma kitsamat piiritlemist soovitada seetõttu, et võib esineda kaheldavusi sihtrühmale avaldatud mõju osas. Näiteks alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise koolitusel osales rohkem neid perearste ja -õdesid, kes teenuse osutamise pilootprojekti ei osalenud. Kuna perearstikeskuste huvi selle teenuse osutamise vastu oli väga madal, tuleb kahelda selles, millist kasu koolitus suuremale osale sihtrühmast andis (st kas koolitusel osalejad hakkasid omandatud teadmisi ellu rakendama).

Teiseks nähtub ülaltoodud tabelist, et tervisliku toitumise ja liikumise edendamise ja eluviisi muutusi motiveeriva nõustamise koolitustel osalesid ka üliõpilased, keda ei saa määratleda programmi sihtrühma hulka kuuluvateks.

Seega võib soovitada koolituste sihtrühma täpsemat ja kitsamat piiritlemist (sh fookuseerimine programmi raames nõustamisteenust osutanud isikutele), et tagada programmi vahendite mõjusam kasutamine ning aidata kaasa teenuse osutamist takistavat teadmiste ja oskuste vähesuse probleemi lahendamisele.

5.4.5 Hinnang tegevuste tõhususele

Nõustamisteenuste sihtrühmaks olid sõltuvushäire ja/või riskikäitumisega tööelised inimesed ja nende lähedased. Programmi raames osutatud suitsetamisest loobumise nõustamise teenus ja HIV-positiivsetele ning sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenused suurendasid nõustamisteenuste kättesaadavust ja mõjutasid inimeste tervisekäitumist, mistõttu võib hinnata, et need aitavad pikema aja jooksul tõenäoliselt ennetada ka tervislikel põhjustel tööturult eemale jäämist. Suitsetamisest loobus ca 20% teenust saanutest, mida võib rahvusvahelisele kogemusele tuginedes heaks tulemuseks pidada⁷¹. HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud teenused aitavad kaasa nõustatute tervisekäitumise parandamisele.

Teisest küljest ei olnud HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavus tagatud üle Eesti (kuigi oli planeeritud) ning suitsetamisest loobumise teenuse saajad moodustavad väikese osa kogu potentsiaalsest sihtrühmast. See vähendab tegevuste mõjusust kogu sihtrühma ehk tööelise elanikkonna osas.

Võttes arvesse, et programmide raames toimus suuresti teenuste arendamine ja ettevalmistamine ning kõikide nõustamisteenuste osutamine jätkub ka perioodil 2012-2013⁷², võib eeldada teenuse mõju laienemist tulevikus (laieneb teenust saanud isikute arv). Seetõttu võib suitsetamisest loobumise nõustamist ja HIV-positiivsetele ning sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenuseid pidada pigem tõhusaks, st ei ole põhjust hinnata, et tulemuste saavutamiseks oleks pidanud teisi, efektiivsemaid tegevusi tegema.

Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus jäi suuresti teenuse väljaarendamise tasemele ning teenuse osutamise osas märkimisväärsed tulemused ei saavutatud. Teenust osutati 494 isikule, mis moodustab vaid marginaalse osa potentsiaalsest sihtrühmast. Samuti puuduvad andmed alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse tulemuslikkuse kohta teenuse saajate tervisekäitumise paranemise osas. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse juurutamiseks üle Eesti vajaminev aeg on Tervise Arengu Instituudi väitel hinnanguliselt 6-7 aastat⁷³. Seega pole hetkel võimalik anda hinnangut selle teenuse tõhususele.

⁷¹ Väide pärineb Tervise Arengu Instituudilt ja põhineb alljärgnevatel allikatel:

1) McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ et al. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006; 31:42-56.

2) Tobacco Use and Dependence Guideland Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideland. Rockville:US Department of Health and Human Services.

⁷² Programm „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011“.

⁷³ Infopäring Tervise Arengu Instituudile, juuli 2012

Teine grupp programmi raames elluviidud tegevusi olid suunatud perearstidele ja -õdedele, tervisenõustajatele ja teistele tööhõivest väljalangemist ennetavate ning tööhõivet taastavate tervise teenuste osutajatele ja tugiisikutele. Nende tegevuste eesmärgiks oli valmistada sihtrühma ette teenuste osutamiseks, sh toimus sihtrühma koolitamine. Tegevuse 3.3.2 all toimunud koolituste sihtrühm ei olnud piiritletud programmi raames nõustamisteenust osutanud isikutega. Kuigi üldiselt hindasid osalejad, et tegevused täitsid oma eesmärgi, võib mõnede koolituste puhul kahelda koolituse kasulikkuses programmi raames nõustamisteenust mitte-osutanud sihtrühmale (nt alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul). Samuti ei saa tõhusaks pidada üliõpilaste koolitamist, kuna teenuse osutajate koolitamine annaks programmi eesmärkide täitmise seisukohalt eeldatavalt paremaid tulemusi. Kuna nõustamisteenuste osutamise ühe peamise takistusena nähti just oskuste puudust ning teenuste osutajad avaldasid soovi osaleda rohkemal hulgal koolitustel, võib tegevuse 3.3.2 tõhususe tõstmiseks soovitada fokuseerida vahendeid programmi raames nõustamisteenust osutavate isikute koolitamisele.

5.4.6 Kokkuvõttev hinnang

Programmi tegevuste eesmärgiks oli suurendada haiguste ja riskikäitumise ennetamisele ja tervislike eluviiside edendamisele suunatud nõustamisteenuste kättesaadavust, et parandada inimeste tervisekäitumist ja aidata selle kaudu kaasa tööturult eemalejäämise ennetamisele.

Sotsiaalministeeriumi andmetel on Eestis igapäevasuitsetajaid ligikaudu 245 000, HIV-positiivseid isikuid ligikaudu 10 000 ning süstivaid narkomaane veidi alla 14 000. Alkoholi tarvitamise osas võib välja tuua, et vähemalt korra kuus tarvitab vähemalt 6 alkoholiühikut 243 000 inimest. Need numbrid annavad hinnangu programmi tegevuste indikatiivsele sihtrühma suurusele ja näitavad, et nii alkoholi tarvitamise ja suitsetamisega seotud kui HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud teenused on Eestis vajalikud. Programmi tegevused üldiselt aitasid suurendada nõustamisteenuste kättesaadavust. Alljärgnevalt on kirjeldatud hindamise peamisi tähelepanekuid nõustamisteenuste lõikes:

- ▶ Programmi raames loodi alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsioon ja valmistati ette selle ellu rakendamine. Perearstikeskuste huvi teenuse osutamise vastu oli madal, mistõttu jäi teenuse osutamine programmi raames pigem pilotiseerimise faasi. Peamiste takistustena teenuse osutamisel tõid perearstid välja ravivõimaluste puudulikkust, kaasneva paberitöö suurt mahtu ning motivatsiooni ja oskuste puudust teenuse osutamiseks. Teenust osutati vaid neljas perearstikeskuses Harjumaal ning teenust sai 494 isikut. Seetõttu ei saa hinnata, et teenuse kättesaadavus oleks olulisel määral tõusnud. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenuse puhul puuduvad andmed, mille alusel hinnata nõustamisteenuse mõju tervisekäitumisele (st kas alkoholi tarvitamine vähenes).
- ▶ Suurenes suitsetamisest loobumise nõustamisteenuse kättesaadavus. Programmi tegevustega tagati teenuse kättesaadavus 12 maakonnas üle Eesti, teenust osutati 2042 isikule. Kuna teenust osutati vaid ca 1%-le potentsiaalsest sihtrühmast ehk suitsetajatest, võib järeldada, et vajadus teenuse järele on suurem. Teenuse saamise tulemusel loobus suitsetamisest 20% teenuse saajatest, mida loetakse rahvusvahelisele kogemusele tuginedes heaks tulemuseks⁷⁴.
- ▶ Ka HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud teenuse puhul võib hinnata, et

⁷⁴ Väide pärineb Tervise Arengu Instituudilt ja põhineb alljärgnevatel allikatel:

1) McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ et al. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006; 31:42-56.

2) Tobacco Use and Dependence Guideland Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideland. Rockville:US Department of Health and Human Services.

nõustamisteenuste kättesaadavus paranes. Programmi raames nõustati 1538 sõltuvushäiretega isikut (moodustab kogu potentsiaalsest sihtrühmast ca 11%) ning 2236 HIV-positiivset isikut (moodustab kogu potentsiaalsest sihtrühmast ca 22%). Teenuse osutajate hinnangul aitasid teenused palju kaasa HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega isikute tervisekäitumise paranemisele⁷⁵. Ka teenuse arendamise mõttes paranesid HIV-positiivsete ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenused. Enne programmi tegutsesid MTÜ-de baasil eneseabi ja tugigrupid (kogemusnõustamine). Psühholoogilist ja sotsiaalnõustamist ning psühhoteraapiat võimaldati sihtrühmale programmi raames esmakordselt.

Hindamisest võib järeldada, et programmide raames osutatud suitsetamisest loobumise nõustamine ja HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele suunatud nõustamisteenused aitavad kaasa tervislikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamisele ja tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele. Programmi tegevused on suurendanud teenuste kättesaadavust. Samuti on teenustel olnud mõju inimeste tervisekäitumise paranemisele, mis on seotud tervisliku seisundi ja tööturul püsimisega või sinna sisenemisega.

Programmide raames osutatud alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus ei aidanud märkimisväärselt kaasa prioriteetse suuna eesmärkide täitmisele, kuna teenus programmi raames sisuliselt ei käivitunudki. Selleks, et tagada teenuse mõju tööelise elanikkonna tervisele ja töötamisele, tuleks kõigepealt tegeleda teenuse rakendamist takistavate tegurite mõju vähendamisega. Nendeks on nii ravivõimaluste puudulikkus, kaasneva paberitöö suur maht, perearstide motivatsiooni ja oskuste puudus teenuse osutamiseks. Samuti on vajalik välja selgitada, milline on teenuse mõju teenuse saajatele, sh kas ja kui suur hulk teenuse saajatest alkoholi tarvitamist vähendab.

Teenuse tulemuslikkuse hindamine peaks toimuma ka HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenuse puhul. Hetkel ei koguta programmi raames infot selle kohta, millised tulemused nende teenustega saavutati. Seetõttu pole head infot hindamaks, kas nõustamistevõimed täidavad oma eesmärgi ehk aitavad parandada tööelise elanikkonna tervisekäitumist ja aitavad seeläbi ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist⁷⁶.

Nõustamisteenuste tegevusblokkis tegevuse 3.3.2 all toimus sihtrühma koolitamine, mille osas andsid osalenud üldiselt häid hinnanguid, sh koolituste tulemusel üldiselt paranesid osalenute nõustamisoskused. Samas ei olnud tegevuse 3.3.2 sihtrühm piiritletud programmi raames nõustamisteenust osutanud isikutega ning mõnede koolituste puhul võib kahelda koolituse kasulikkuses ehk rahakasutuse efektiivsuses (nt alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise koolituste puhul). Samuti ei saa tõhusaks pidada üliõpilaste koolitamist, kuna teenuse osutajate koolitamine annaks programmi eesmärkide täitmise seisukohalt eeldatavalt paremaid tulemusi.

⁷⁵ Kuna HIV-positiivsetele ja sõltuvushäiretega isikutele osutatud nõustamisteenuste tulemuslikkuse kohta programmi raames infot ei kogutud, on teenuste tulemuslikkuse hindamiseks kasutatud teenuse osutajate hinnangut.

⁷⁶ Programmi "Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011 tegevus 3.3.1 "Sõltuvuse ja riskikäitumise ennetamiseks personaalsete teenuste osutamine ja arendamine, et parandada tööelise elanikkonna tervisekäitumist ning ennetada tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemist".

5.5 Teavitustegevused

Järgnevas peatükis käsitletakse programmide tegevusi 3.4.1-3.4.2 ehk teavitustegevuste tegevusblokki.

5.5.1 Eesmärkide kirjeldus

Tegevusbloki eesmärgiks oli terviseteadlikkuse tõstmine tervislikel põhjustel töölt kõrvalejäämise vähendamiseks. Programmi raames viidi ellu otseselt lõppkasusaajate ehk tööealise elanikkonna teadlikkuse tõstmisele suunatud tegevusi, aga ka tervisedendus spetsialistide teadlikkuse tõstmisele suunatud tegevusi. Selleks olid ette nähtud teavituskampaaniad ja teabelevi tööealisele elanikkonnale, aga ka teabekandjate arendamine selleks, et informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest tööealise elanikkonna tervise parandamiseks oleks spetsialistidele kättesaadav.

Tabel 6. Teavitustegevuste tegevusbloki eesmärgid ja tegevused.

	Programm 2008-2009	Programm 2010-2011
Tegevus- bloki eesmärk	Terviseteadlikkuse tõstmiseks, tervisekäitumise parendamiseks ning tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ennetamiseks teabe koondamine ja levitamine.	Elanike teadlikkuse tõstmine terviseriskidest ja tervist toetavast käitumisest, et vähendada töölt tervislikel põhjustel kõrvalejäämist.
Tegevuste eesmärgid	3.4.1 Teavituse korraldamine tööealisele elanikkonnale tööjõu võimekuse tõstmiseks ja tööjõu pakkumise suurendamiseks tööjõu tervises seisundi parandamise kaudu. 3.4.2 Tervisedendusala teabelehe väljaandmine.	3.4.1 Terviseriskidest teavitamiseks ning tervislike eluviiside edendamiseks teavituskampaaniate ja teabelevi korraldamine tööealisele elanikkonnale. 3.4.2 Tervisedendusala teabe levikuks võrgustiku arendamine, teabekandjate arendamine.

Allikas: Programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009” ja programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011”.

Tööealisele elanikkonnale suunatud tegevustest toimusid programmi jooksul teavituskampaaniad, tervisealased infopäevad ja konverentsid, anti välja tervisealaseid trükiseid, kujundati ümber internetilehed www.terviseinfo.ee ja www.toitumine.ee.⁷⁷

Lisaks tervislike eluviise puudutava teadlikkuse tõstmiseks tehtud tegevustele, mis olid suunatud otseselt tööealisele elanikkonnale, viidi ellu tegevusi selleks, et tervisedendusala info oleks kättesaadav ka spetsialistidele (perearstid ja -õed, tervisenõustajad ja -edendajad, tervisenõukogude liikmed, TAI ja Sotsiaalministeeriumi koostööpartnerid).

Kokkuvõtlikult võib programmides nendele tegevustele seatud alaeesmärgid sõnastada järgmiselt.

- ▶ Tööealise elanikkonna teadlikkus tervislikest eluviisidest on suurenenud.
- ▶ Informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest tööealise elanikkonna tervise parandamiseks on spetsialistidele kättesaadav kõikjal üle Eesti.

⁷⁷ Programmi raames loodi ka veebileht www.alkoinfo.ee, kuid see kajastus programmis nõustamisteenuste tegevusblokis.

5.5.2 Elluviidud tegevuste kirjeldus

Teavitustegevusi alustati 2008. a tervisekäitumisega (sh alkoholi tarvitamisega) seotud väärtushinnangute uuringu läbiviimisega ning 2009-2010. a strateegia väljatöötamisega Eesti tööelise elanikkonna tõhusaks ja jätkusuutlikuks tervisealaseks teavitamiseks.

Tööelise elanikkonna terviseriskidest teavitamiseks ja tervislike eluviiside edendamiseks toimusid mitmed teavituskampaaniad. 2008-2009. a programmi jooksul toimus kaks kampaaniat:

- ▶ toitumisteemaline kampaania (Vali viis!);
- ▶ alkoholi liigtarbimise vastane kampaania (Palju sina jood?).

2010-2011. a programmi raames viidi läbi järgmised kampaaniad (esimene etapp 2010. ja teine etapp 2011. a):

- ▶ HIV testimiskampaania;
- ▶ tervisliku toitumise kampaania soola tarbimise vähendamiseks;
- ▶ tervisliku toitumise kampaania puu- ja köögiviljade tarbimise suurendamiseks;
- ▶ alkoholi liigtarvitamise vastane kampaania alkoholi tervisemõjude teemal.

Lisaks viidi 2011. aastal läbi kampaania www.terviseinfo.ee sihtrühmale tutvustamiseks, mis toetas programmi raames toimunud veebilehe www.terviseinfo.ee ümberkujundamist tööelise elanikkonna vajadusi arvestavaks. Veebilehe www.toitumine.ee ümberkujundamine toetas selleteemaliste kampaaniate läbiviimist. Kõikide kampaaniate tulemuslikkust hinnati tagasisideuuringutega.

2010. aastal toimus konverents, mis tutvustas tervisealaseid häid praktikaid ja tõenduspõhiseid meetodeid tervisekommunikatsiooni valdkonnas (387 osalejat). 2011. a viidi läbi alkoholiteemaline konverents „Põhjamaade jälgedes?“ (ca 160 osalejat). Koostati tervisealaseid teavikuid riskitegurite kohtaja muude programmi tegevuste toetamiseks. Aastatel 2010-2011 anti TAI või Sotsiaalministeeriumi poolt välja 27 trükist.

Samuti korraldati teabelevi spetsiifiliste terviseprobleemide kohta kahes valdkonnas: insult ning luu- ja liigesehaigused. Selleks koostati elektroonilisi ja paberkandjal infomaterjale (sh plakatid ja infovoldikud) ning viidi läbi teavitusüritusi. Lisaks viidi läbi 36 luu- ja liigesehaiguste, insuldi ja diabeediteemalist infopäeva (1080 osalejat), neli insulditeemalist infopäeva (208 osalejat) ning 19 diabeediteemalist infopäeva (1099 osalejat).

Toimus sõltuvushäiretega ja HIV-positiivsetele inimestele nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavatele organisatsioonidele suunatud internetifoorumi väljaarendamine.

Spetsialistidele tervisealase info kättesaadavaks tegemiseks anti perioodil 2009-2011 välja 14 väljaannet tervisedenduse teabelehte „Tervis“, mida levitati maakondade ja kohalike omavalitsuste tervisedendajatele, sotsiaaltöötajatele, tervishoiuasutustele, erialaliitudele ja -seltsidele, Sotsiaalministeeriumi koostööpartneritele, Eesti Tervisedenduse Ühingu liikmetele ning tervist edendavate töökohtade võrgustiku liikmetele.

5.5.3 Hinnang tegevuste asjakohasusele

Programmi raames toimusid tööelisele elanikkonnale suunatud teavituskampaaniad (alkoholi tarbimise, toitumise ja HIV teemadel), mis olid suunatud elanikkonna teadlikkuse tõstmisele tervislikest eluviisidest. Peamise elanikkonna teadlikkuse tõstmise viisina viidi läbi meediakampaaniaid enamasti väli- ja telereklaami toel, mida toetasid vastava valdkonna veebilehed (nt www.alkoinfo.ee)⁷⁸. Kampaaniad olid suunatud toetama teisi tegevusblokke nagu HIV-positiivsetele suunatud nõustamisteenused ja alkoholi liigtarvitamise ennetamine, kuna kampaaniad juhtisid elanikkonna tähelepanu samadele probleemidele, mida tegevusblokid pidid lahendama. Sellest lähtuvalt olid meediakampaaniad asjakohased, kuid kuna alljärgnevast tulemuslikkuse analüüsis (vt ptk 5.5.4) selgub, et kuigi sihtrühma arusaamine kampaaniate sõnumist on rahuldav, siis hoiakute muutumine oli küllaltki madal. Seega tulenevalt sellest ei saa ka kampaaniate asjakohasust kuigi kõrgeks hinnata.

Seega, teavituskampaaniate seost rakenduskava prioriteetse suuna eesmärkidega võibki näha eelkõige läbi programmi teiste tegevuste toetamise ning prioriteetse suuna seisukohalt oluliste teemade tõstatamisele (nt tervislik toitumine).

Teine blokk tegevusi ehk spetsialistidele suunatud teavitustegevused hõlmasid teabelehe „Tervis” väljaandmist, mida levitati sihtrühmale erinevate kanalite kaudu. Teabeleht ilmus keskmiselt kord kahe kuu tagant ning seal olevad artiklid kajastasid sündmusi ja kokkuvõtlikku infot erialase tegevuse kohta spetsialistidele. Keskmiselt oli iga ajalehe maht ca 4 lk. Tegevuse asjakohasust prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohalt ei saa hinnata väga kõrgeks, kuna teabeleht „Tervis” ei ole spetsialistide jaoks kuigi oluline infoallikaks tervisedendusala info hankimisel. Olulisemateks infoallikateks on hoopis koolitused, infopäevad, seminarid, veebilehed (nt terviseinfo.ee) ning erinevad juhendmaterjalid. Seega on teabelehe „Tervis” väljaandmine programmi raames prioriteetse suuna eesmärkide seisukohalt väga marginaalse mõjuga tegevus.

5.5.4 Hinnang tegevuste tulemuslikkusele

Teavitustegevuste tulemuslikkust analüüsitakse programmi tegevustest ja eesmärkidest lähtuvalt kahes rühmas:

- ▶ tööelisele elanikkonnale suunatud teavitustegevus;
- ▶ spetsialistidele suunatud teavitustegevus.

5.5.4.1 Tööelisele elanikkonnale suunatud teavitustegevus

Programmide jooksul toimusid teavituskampaaniad, mille eesmärgiks oli tõsta tööelise elanikkonna teadlikkust tervislikest eluviisidest. Teavituskampaaniate osas viidi läbi tulemuslikkuse mõõtmise uuringud, mille raames mõõdeti sihtrühma arvamusi ja käitumist enne ja pärast kampaaniat. Läbiviidud eeluuringud olid teadaolevalt suunatud sihtrühma olemasolevate käitumisharjumuste kaardistamiseks. Allolevas tabelis on toodud lühiülevaade teadlikkuse tõstmise kampaaniate tulemuslikkuse uuringutest ja nende tulemustest.

⁷⁸ Tervise Arengu Instituudi väitel kasutati erinevaid alternatiivmeedia kanaleid.

Tabel 7 Kokkuvõtte teavituskampaaniate järeluuringu tulemustest

Aasta	Kampaania märgatavus järeluuringu andmetel	Kampaania sõnumi arusaadavus	Teadlikkuse ja hoiakute ning harjumuste muutumine kampaania mõjul	Temaatilise veebilehe tuntus ja külastatavus
Puu- ja kõõgilviljade meediakampaania				
2009	Tele – ca 50% Välis – 26% Mõlemat – 34%	ca 38%	Järeluuringu mõjude muutust välja, kuna seda ei uuritud. Samuti puudus eeluuring.	Teadlikkus veebilehest – 12%; Korduv külastus – 4% Ühe korra – 4% Veebilehe sisu oli kasulik – ca 30%
2010	Märgatavus – 65% (sh. sihtrühm 18-49 aastased naised 77%) Tele – 63% Välis – 72%	26% Kampaania tunnusmärki sai tuntuks – 35%	Teadlikkus on tõusnud 9%→26%	Külastatavus 15-74 seas – 6% elanikkonnast
2011	Märgatavus – 72% Tele – 40% Raadio – 35%	Kampaania sõnumi mõju ei mõõdetud Kampaania tunnusmärki sai tuntuks – 37%	Teadlikkus on tõusnud 12%→25% Tegelikult käitumises statistiliselt olulisi muutusi pole.	Külastatavus 15-74 seas – 4% elanikkonnast
Alkoholivastane meediakampaania				
2009	Tele – 40% Välis – 53% Mõlemat allikat – 29%	ca 80%	Mingi mõju – 20% Ei mõjutanud üldse – 59% Alkoholitarbimise sagedus: Iga nädalaselt – 5% Mitu korda kuus – 31%	Teadlikkus veebilehest 23% Ühe korra – 40% Korduvkülastus – 13% (enim 20-29 aastased)
2010	Märgatavus – 63% (sh. sihtrühmas 25-45 aastased 72%) Tele – 54% (sh. sihtrühmas 25-45 aastased 62%) Välis – 32% (sh. sihtrühmas 25-45 aastased 37%)	ca 85%	Alkoholi mittetarbimise osakaal tõusnud (34%→45%), Koguselist erinevust ei olnud Iganädalaste tarbijate osakaal (30%→25%) Näeb seost alkoholi tarbimise ja terviseprobleemide vahel – 65% eel-, 63% järeluuringu)	-
2011	Märgatavus – 72% (sh. sihtrühmas 25-44 aastased 81%) Tele – 56% Välis – 41%	-	Mõju puudub, kuna peaaegu kõikide uurimisküsimuste tulemused kordavad eelküsitluse omi statistilise vea piires. Näeb seost alkoholi tarbimise ja terviseprobleemide vahel – 56% eel-, 57% järeluuringu)*	-
HIV reklaamikampaania				
2010	Märgatavus – 29% (sh. sihtrühmas 30-39 – 34%) Tele – 20,7% Välis – 18,8%	54,1% (sh. sihtrühm 54,5%)	Kampaania ei ajendanud midagi tegema – 64,1% (veel vähem sihtrühma – 76,3%) Tegema HIV testi – 4% (sihtrühm 3,8%) Rääkima sõprade või seksuaalpartneriga – 16,3 (sihtrühm 16,7%) Mõtlemise oma käitumise üle – 17,1% (sihtrühm 5,7%)	-
2011	Märgatavus – 76% Tele – 59% Raadio – 35% Välis – 36%	37% (sh. 18-25 aastaste seas 42%)	-	4% (enim 15-19 aastased – 11%)
Soola liigtarvitamise vastane kampaania				
2011	-	-	-	Korduv külastus – 5014 Ühe korra – 25 141 (eelmine periood 14 830)

* Muutus on statistilise vea piires.

Allikas: Kampaaniate järeluuringu kokkuvõtted

2010. aastal läbiviidud kampaaniatele ei eelnenud eeluuringuid ja seega puudus ka referentspunkt, kuid hilisematel korduskampaaniatel oli võimalik mõõta kampaania mõjusust sihtrühmale, kuna toimus vastava info kogumine.

Puu- ja köögiviljakampaaniate eesmärgiks oli muuta toitumisharjumusi tervislikumaks (kampaania sõnum oli, et päevas tuleb süüa vähemalt viis portsjonit puu- ja köögivilja). Ülaltoodud tabelis esitatud info põhjal võib välja tuua, et kampaaniad on mõnevõrra tõstnud inimeste teadlikkust tervislikust toitumisest (oma teadlikkust hindab tänu kampaaniale paremaks ca 25%, nendest, kes reklaami märkasid). Samas pole tulemusuuringute põhjal kampaaniad toonud kaasa olulist muutust inimeste toitumisharjutustes.

Alkoholi liigtarvitamise vastased kampaaniad toimusid programmi raames kolmel järjestikusel aastal ning kampaania märgatavus kolme aasta jooksul järjest kasvas. Näiteks 2011. a kampaania märgatavus oli 72%. Kampaania sõnum oli sihtrühmale suuresti arusaadav (2009. a ca 80%, 2010. a ca 85%). Samas ei näita tulemusuuringud ka alkoholi liigtarvitamise vastaste kampaaniate puhul olulisi muutusi inimeste käitumises ja teadlikkuses alkoholi kahjulikkuses isiku tervisele.

HIV ennetuskampaania sisuks oli HIVi testimise propageerimine 2010. a ja kondoomi kasutamise propageerimine 2011. a. Kui 2010. a kampaania märgatavus jäi pigem madalaks (29% sihtrühmast), siis 2011. a kampaaniat märkas 76% sihtrühmast. 2010. aasta kampaania ajendas ca 4% järeluuringu küsitletuist tegema HIV testi ja rääkima sellest teemast seksuaalpartneriga 16,3%. Seega jäi kampaania mõju väikeseks.

Soola liigtarvitamise kampaania oli üles ehitatud veebilehe reklaamile ja külastuste arv kasvas võrreldes tavapärase tasemega (keskmiselt toimus kampaania ajal 1795 külastust päevas⁷⁹). Seega võib öelda, et kampaania eesmärk tutvustada üleliigse soola kahjulikkust käsitlevat veebilehte saavutati.

Ühine tunnus kõikide kampaaniate puhul oli kampaania keskpärane arusaadavus sihtrühmale (v.a alkoholivastane meediakampaania). Kampaaniate keskmine mõõdetud arusaadavus: puu- ja köögivilja kampaania - 32%, alkoholivastane meediakampaania - ca 80%, HIV reklaamikampaania - 45,5%). See annab alust arvata, et sihtrühm oli puu- ja köögivilja ning HIV reklaamikampaania puhul liiga lai ning seega polnud võimalik sõnastada kõigile arusaadavat sõnumit.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et programmide raames elluviidud kampaaniaid üldiselt märgati. See näitab seda, et kampaaniad aitasid tõmmata tähelepanu inimeste tervise seisukohalt olulistele teemadele (tervislik toitumine, alkoholi tarbimise vähendamine, HIV-i ennetamine). Kuigi tulemusuuringud ei näidanud, et kampaaniad oleksid olulisel määral mõjutanud inimeste käitumist või harjumusi, võib kampaaniatel näha rolli ühiskonna üldise teadlikkuse tõstmisel, mis võib pikemaajalises plaanis viia tervisekäitumise paranemisele ja selle kaudu aidata kaasa tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele. Siiski, otsest seost programmi raames toimunud teavituskampaaniate ja prioriteetse suuna eesmärkide vahel hindamise raames kogutud andmete põhjal välja tuua ei saa.

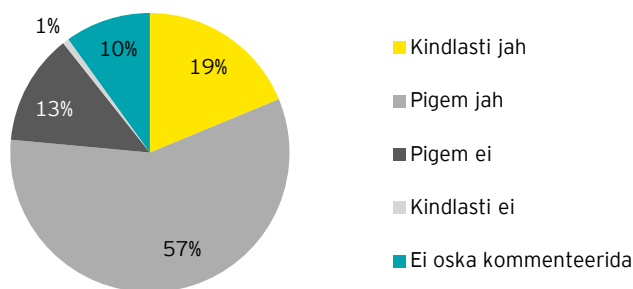
5.5.4.2 Spetsialistidele suunatud teavitustegevus

Spetsialistidele suunatud teavitustegevuse eesmärgiks oli tagada, et spetsialistidele üle Eesti oleks kättesaadav informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest tööelise elanikkonna tervise parandamiseks. Selleks anti välja 14 teabelehe „Tervis“ numbrit.

Programmi tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks analüüsiti selle tegevuse sihtrühma ehk spetsialistide hinnanguid enda informeerituse kohta. Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlusest selgus, et 19% spetsialistidest leiab, et nende asutuse jaoks on informatsioon tervisedenduse valdkonna olulisematest sündmustest, protsessidest ja tõenduspõhistest sekkumismeetmetest kergesti kättesaadav. 57% vastanutest peavad info kättesaadavust pigem heaks ning 14% hindavad, et info pigem või kindlasti ei ole kättesaadav.

⁷⁹ 2011. a soolakampaania järeluuringu kokkuvõte

Joonis 42 „Palun hinnake, kas Teie KOV-i/ maavalitsuse jaoks on informatsioon tervisedenduse valdkonna olulisematest sündmustest, protsessidest ja tõendus põhjustest sekkumismeetmetest kergesti kättesaadav?“ (n=272)



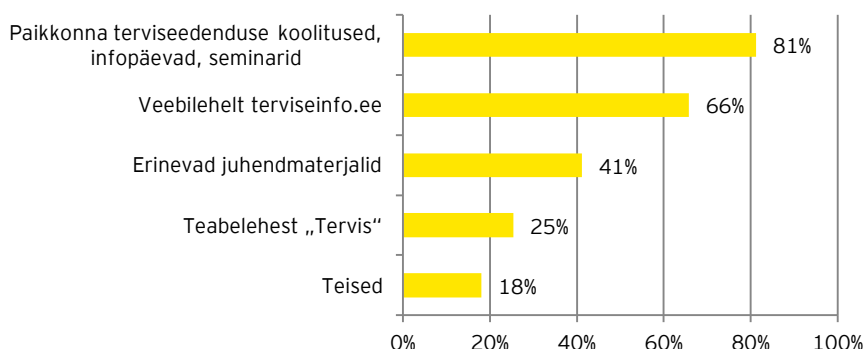
Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Toodud andmete põhjal võib öelda, et info kättesaadavus spetsialistidele on pigem hea. Kuivõrd paikkonna tervisedenduse veebiküsitluses osalesid KOV-id ja maavalitsused üle kogu Eesti, siis võib järeldada, et vastajad esindavad erinevate paikkondade hinnanguid. Siiski tuleb arvesse võtta, et paikkonna tervisedendajate veebiküsitlusele vastasid KOV-id ja maavalitsused, kes on osalenud programmi tegevustes, mistõttu võib neilt eeldada suuremat teadlikkust ja huvi tervisedenduslike teemade vastu. Üldine teadlikkus võib Eestis seetõttu mõnevõrra madalam olla. Siiski viitab eelpool väljatoodud info sellele, et tõenäoliselt väga suuri probleeme info kättesaadavuses esineda ei tohiks.

Kuivõrd programmi tegevused ei ole tõenäoliselt ainukesed allikad, mille kaudu spetsialistid tervisedendusala infot saavad, siis on asjakohane uurida, milliseid infoallikaid spetsialistid info saamiseks kasutavad.

Paikkonna tervisedendajate küsitlusest selgub, et peamiseks tervisedendusala infoallikaks tervisedenduse spetsialistide jaoks on koolitused, infopäevad ja seminarid (seda nimetas 81% veebiküsitlusele vastanutest). Samuti on oluliseks infoallikaks veebileht terviseinfo.ee, kust saavad tervisedenduse valdkonna kohta infot 66% paikkondade tervisedendajatest, ning erinevad juhendmaterjalid (nimetas 41% vastanutest). Teabeleht „Tervis“ on 25% paikkondade tervisedendajate jaoks infoallikaks tervisedenduse valdkonna olulisemate sündmuste, protsesside ja tõendus põhjuste sekkumismeetmete kohta. Muudest infoallikatest nimetati kõige sagedamini maavalitsust, aga ka meediat (sh kohalikku meediat, sotsiaalmeediat, muid veebilehti) ning Tervise Arengu Instituuti.

Joonis 43 „Palun kirjeldage, kust on saanud Teie KOV või maavalitsus informatsiooni tervisedenduse valdkonna olulisematest sündmustest, protsessidest ja tõendus põhjustest sekkumismeetmetest?“ (n=272)

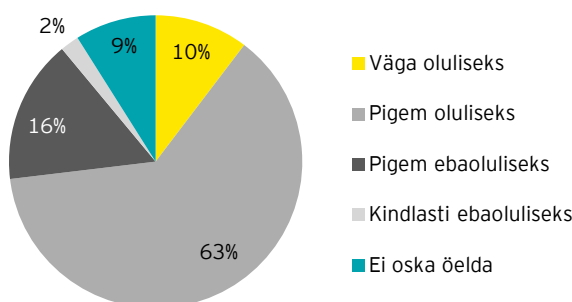


Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012.

Joonisel 44 toodud andmed näitavad, et kuigi spetsialistid hindavad tervisedendusala info kättesaadavust pigem heaks, on spetsialistide jaoks info hankimisel olulisemad hoopis muud infoallikad kui teabeleht „Tervis“. Nendest paikkonna tervisedendajatest, kes olid teabelehte „Tervis“

lugenud, pidasid seda väga oluliseks infoallikaks vaid 10%. Pigem oluliseks pidasid seda 63% vastanutest ning ligi viiendik pigem või kindlasti ebaoluliseks.

Joonis 44 „Kui oluliseks tervisedendusalaaseks infoallikaks teabeleht „Tervis“ Teie asutuse jaoks oli?“ (n=145)



Allikas: Paikkonna tervisedendajate veebiküsitlus, juuni 2012

Veebiküsitlusele vastanud paikkonna tervisedendajad leidsid, et teabelehes „Tervis“ oleks võinud rohkem uudiseid kajastada, sh piirkonnas toimuvaid üritusi ja koolitusinfot, samuti häid praktikaid sekkumismeetmete osas. Leiti, et kuigi leht on informatiivne, on see pigem kuiva moega ning võiks olla huvitavam lugeda. Mitu vastajat tõid välja, et teabeleht ei sisaldanud infot, mida pole võimalik mujalt hankida, ning lehe paberformaadi asemel eelistaksid nad infot saada veebikeskkonnast.

Kokkuvõttes võib hinnata, et programmi eesmärk (spetsialistidele on informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest tööelise elanikkonna tervise parandamiseks kättesaadav) on küll pigem täidetud, kuivõrd spetsialistid ise hindavad info kättesaadavust heaks. Siiski ei saa hinnata, et teabeleht „Tervis“ oleks omanud väga olulist mõju info kättesaadavuse tagamisel. Seda näitavad veebiküsitluse andmed, mille kohaselt on peamiseks infoallikaks hoopis paikkonna tervisedenduse koolitused, infopäevad, seminarid ning ka veebileht terviseinfo.ee ning erinevad juhendmaterjalid. Seega võib järeldada, et tegevuse (teabelehe väljaandmine) mõjus on väike ning ainult see tegevus tõenäoliselt ei vii seatud eesmärkideni.

Seega võib antud tegevuse puhul näha probleemina eesmärgi seadmist. Ka teiste programmi tegevuste raames on jagatud spetsialistidele hulgaliselt informatsiooni tervisedenduse alal (nt koolitused, juhendmaterjalid, infopäevad jne) ning programmide hindamisest ilmnes, et mitmetel programmi tegevustel on olnud positiivne mõju spetsialistidele info kättesaadavuse suurendamisel ja teadlikkuse tõstmisel. See tähendab, et programm on spetsialistidele info kättesaadavaks tegemisse panustanud oluliselt rohkem kui ainult teabelehe „Tervis“ väljaandmine. Samas seab programmdokument selle eesmärgiks ainult teabelehe väljaandmise. Järgmiste programmide koostamisel tuleks tähelepanu pöörata sellele, et ühe eesmärgi täitmisele suunatud tegevused oleksid koondatud selle eesmärgi alla. Välistada ei saa tegevuste mõju erinevatele eesmärkidele, kuid vältida tuleks olukordi, kus muud tegevused mõjutavad eesmärki oluliselt rohkem kui tegevus, mis antud eesmärgi all ette nähtud on.

5.5.4.3 Hinnang tegevuste tõhususele

Kampaaniad on laiapõhjaline vahend läbi meediakanalite laia sihtrühmani jõudmiseks. Sihtrühmani jõudmisel on olulised näitajad sõnumist arusaamine ja kampaania märgatavus. Analüüsitud üheksa kampaania osas oli sõnumist arusaamine keskpärane, kuid kampaaniaid üldiselt märgati.

Vaadates kampaaniate mõju tööelisele elanikkonnale kui programmi sihtgrupile, siis ei ole kampaaniad suutnud oluliselt või üldse muuta sihtrühma teadlikkust, hoiakuid ja käitumist. Samas tuleb rõhutada seda, et kuigi kampaania tulemusel ei toimunud otseselt käitumisharjumuste paranemist, ei ole ka teada, millised käitumisharjumused oleksid, kui kampaaniat poleks üldse

korraldatud. Hetkel puuduvad uuringud ja andmed selle kohta, kas harjumused võiksid halveneda ilma iga-aastaseid kampaaniaid läbi viimata. Silmas tuleb pidada ka seda, et teavituskampaaniate eesmärgiks on tõsta ühiskonna teadlikkust konkreetsetest teemast, mille tõus ei pruugigi kohe käitumises väljenduda.

Teavituskampaaniad kujundavad ühiskonnas hoiakuid aeglaselt, mistõttu on järjepidev tegevus oluline. Seega võivad kampaania mõjud olla oluliselt laiemad. Näiteks seostasid programmi elluviijad alkoholiteemalist kampaaniat debattidega meedias ka pärast kampaania lõppemist. Ilmusid mitmed artiklid ja teemasid käsitleti telesaadetes (nt soolatarvitamise veebikampaania puhul lõik saates „Ringvaade“). Kampaaniate abil on võimalik saata sõnum ning kui ajastus on sobiv, siis aitab tekkiv debatt mõjutada hoiakuid ka pärast kampaaniate lõppu.

Vaatamata sellele, et puuduvad tõendid selle kohta, et kampaaniad oleksid olulisel määral sihtrühma käitumist muutnud, ei tuvastatud hindamise käigus alternatiivseid lahendusi, mis võiksid olla tõhusamad mõjutamiseks laiemat elanikkonna käitumist.

Kuigi teabelehe „Tervis“ väljaandmise kulud on tõenäoliselt võrreldes teiste infojagamise kuludega väiksemad, siis ei saa seda tegevust tõhusaks hinnata, kuna selle mõju on marginaalne programmi otseste eesmärkide seisukohalt (info kättesaadavaks tegemine spetsialistidele) kui prioriteetse suuna üldeesmärkide seisukohalt (vt ptk 5.5.4.2).

5.5.5 Kokkuvõttev hinnang

Teavitustegevus oli jagatud kaheks suuremaks valdkonnaks: elanikkonna teavitamine ja spetsialistide teavitamine. Elanikkonna teavitustegevustena viidi läbi meediakampaaniaid, mille otsene mõju sihtrühma käitumise muutmiseks ei olnud enamasti kuigi tugev, kuigi kampaaniate märgatavus oli üldiselt hea. Siiski tuleb arvesse võtta, et kampaaniate mõju võib olla laiem kui otsene käitumise muutus kampaania märkamise korral. Kampaaniad toetavad teisi programmi tegevusi selle kaudu, et aitavad tähelepanu tõmmata inimeste tervisega seotud probleemidele. Kampaaniatega kaasnes ühiskondlik debatt (nt alkoholi liigtarvitamise vastane kampaania), mille mõjusid pole mõõdetud. Seega aitab kampaania uuritava probleemi fookusesse tõsta ka pikema aja jooksul kui kampaania käigusoleku aeg.

See tähendab, et teavituskampaaniate seos prioriteetse suuna eesmärkidega seisneb eelkõige teemade tõstatamises ja teiste programmi tegevuste toetamises. Hindamise käigus kogutud andmed ei näidanud, et teavituskampaaniad oleksid kaasa toonud märkimisväärset muutust inimeste tervisekäitumises. See tähendab, et ei tuvastatud tegevuste otsest mõju programmi ja prioriteetse suuna eesmärkide täitmise seisukohast.

Tervisedendajatele suunatud info kättesaadavuse suurendamise osas võib hinnata, et spetsialistidele on informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõenduspõhistest sekkumismeetmetest tööalase elanikkonna tervise parandamiseks pigem hästi kättesaadav. Siiski ei saa hinnata, et teabeleht „Tervis“ oleks omanud väga olulist mõju info kättesaadavuse tagamisel. Seda näitavad veebiküsitluse andmed, mille kohaselt on peamiseks infoallikaks hoopis paikkonna tervisedenduse koolitused, infopäevad, seminarid ning ka veebileht www.terviseinfo.ee ning erinevad juhendmaterjalid. Seega võib eeldada, et teabelehe väljaandmine ei oma märkimisväärset mõju eesmärkide saavutamisel, sh prioriteetse suuna eesmärkide täitmisel.

Programmi vahendite mõjusamaks ja tõhusamaks kasutamiseks võib soovitada järgmistes programmides mitte jätkata teabelehe „Tervis“ väljaandmisega ning suunata vabanenud vahendid muudele tegevustele, mis aitavad kaasa tervisedendusspetsialistide teadlikkuse tõstmisele. Teabeleht „Tervis“ ei ole tervisedendus spetsialistidele võrreldes teiste infokanalitega oluliseks teabeallikaks tervisedendusalase info hankimisel. Seega ei saa pidada märkimisväärseks ka teabelehe mõju tegevuste otseste eesmärkide (tervisedendusalase info kättesaadavaks tegemine

spetsialistidele) ega prioriteetse suuna eesmärkide osas.

5.6 Üldised tähelepanekud programmide osas

Lisaks konkreetseid tegevusblokke ja tegevusi puudutavatele hinnangutele võib välja tuua mõned üldised tähelepanekud, mis puudutavad eelkõige programmi ülesehitust ning võivad seostuda mitmete tegevusblokkidega.

- ▶ **Tegevuste ja tegevusblokkide eesmärgid on mitmel puhul kirjeldatud üldsõnaliselt või laiaulatuslikult, samas kui planeeritud tegevused on väiksemahulised.**

Hindamise käigus tuvastati mitmel juhul, et kuigi programmi eesmärgid olid sõnastatud laiaulatuslikult (või väga üldiselt), siis tegevused oli planeeritud ja/või elluviidud väga piiratud mahus. See tähendab, et tegevused ei ole kooskõlas eesmärkidega. Näiteks on sõnastatud töökoha tervisedendust puudutava tegevusbloki eesmärk küllalt üldiselt: „Tervist edendava töökeskkonna kujundamise toetamine töötajate haigestumise vähendamiseks ja töö efektiivsuse suurendamiseks“. Samas hõlmasid tegevused vaid väikest osa kogu tööealisest elanikkonnast või tööandjate koguarvust (baaskoolitustel osales 784 inimest, temaatilistel koolitustel osales 848 isikut, eksperdid külastasid 140 organisatsiooni, võrgustikuga liitus 134 uut organisatsiooni jne). Kuigi tegevusbloki eesmärk viitab laiemale mõjule, on tegevused seotud vaid väikese osa tööandjatega.

Teiseks võib välja tuua tervisedendusspetsialistide väljaõppe toetamise näite. 2008.-2009. a programmis on sellel tegevusel muuhulgas järgmised eesmärgid:

- ettevõtetel ja asutustel on võimalik leida Eesti tööjõuturult nende vajadustele vastav tervisedendaja, kelle kompetentsus võimaldaks edendada ettevõtte või asutuse töötajate tervist ja vähendada haiguse tõttu töölt kõrvalejäämist (ning sellega seotud majanduslikke kahjusid).
- KOV-idel on võimalik leida tööjõuturult tervisedendaja kvalifikatsiooniga spetsialist, kes juhib omaavalitsuse tervisedendusala tööd ja nõustab kohalikke ettevõtteid ja asutusi tervisliku töökeskkonna kujundamisel ja töötajate tervise edendamisel.

Programmi raames toetati 45 tervisedendusspetsialisti väljaõpet, samas kui Eestis on üle 100 000 ettevõtte ning üle 200 KOV-i. Seega on eesmärgid sõnastatud oluliselt laiemalt kui programmi tegevused. Antud väide ei seisne selles, et väljaantud stipendiumite maht peaks olema suurem, vaid selles, et tegevused ja eesmärgid peaksid olema mahult kooskõlas.

Kolmanda näitena sellest, et eesmärgid on sõnastatud oluliselt laiemalt, kui planeeritud tegevused, võib välja tuua tegevuse 4.2.2. Selle tegevuse eesmärgiks oli, et informatsioon valdkonna olulisematest sündmustest ja protsessidest ning tõendus põhjustest sekkumismeetmetest tööealise elanikkonna tervise parandamiseks on spetsialistidele kättesaadav. Antud eesmärgi all anti programmide jooksul välja 14 teabelehte. Antud juhul seisneb eesmärgi ja tegevuste vastuolu selles, et antud eesmärgi saavutamisse panustasid oluliselt rohkem teised programmi tegevused (koolitused, infopäevad jne) ning konkreetse teabelehe panus eesmärgi saavutamisse oli võrreldes teiste tegevustega väike.

- ▶ **Esineb vastuolusid eesmärkide ja selle täitmiseks seatud indikaatorite vahel.**

Näiteks oli töökoha tervisedenduse tegevusblokis üheks eesmärgiks seatud, et „Tervist edendavate töökohtade võrgustik on oluliselt laienenud“ ning sellega seotud indikaatoriks oli, et tervist edendavate töökohtade võrgustikuga on liitunud 40 uut asutust ja ettevõtet. Arvestades, et Eestis on üle 100 000 ettevõtte ja asutuse, ei saa pidada 40 uue organisatsiooni liitumist võrgustiku oluliseks laienemiseks.

► **Mõiste „sihtrühm“ kasutatakse erinevates tähendustes.**

Programmides kasutatakse sõna „sihtrühm“ pidades selle all silmas nii tegevuste otsest sihtrühma ehk programmi tegevustes osalejaid kui lõppkasusaajaid ehk tööelist elanikkonda. Programmi tegevustes võivad need kaks mõistet kattuda (juhul, kui tegevustes osaleb tööeline elanikkond), kuid mitte alati. Soovitame selguse huvides neid kahte sihtgruppi sõnakasutuses eristada (nt programmi tegevustes osalejad ja lõppkasusaajad).

► **Programmi tulemuste mõõtmiseks kasutatakse valdavalt väljundindikaatoreid.**

Indikaatoreid kasutatakse selleks, et mõõta eesmärkide saavutamise progressi. Tulemuslikkuse mõõtmiseks kasutatakse erineva taseme indikaatoreid:

- väljundindikaatorid ehk tegevusindikaatorid - mõõdavad tegevuste otseseid tulemusi (nt koolitusel osalenute arv, terviseprofiili koostanud KOV-ide arv).
- tulemusindikaatorid - mõõdavad tegevuse tulemusel toimunud lühiajalisi muutusi kasusaajas (nt nõustamise tulemusel suitsetamisest loobunud isikute arv).
- mõjuindikaatorid - mõõdavad tegevuse mõjusid, mis kestavad või ilmnevad pikema aja jooksul (nt tervislikel põhjustel tööturult väljalangenud isikute arvu vähenemine).

Hinnatud programmides kasutatakse tulemuslikkuse mõõtmiseks valdavalt väljundindikaatoreid, mis ei anna piisavalt informatsiooni eesmärkide saavutamise progressi kohta, vaid näitavad põhiliselt vaid seda, kas planeeritud tegevused on ellu viidud. Programmi tulemuslikkuse hindamise parandamiseks tuleks väljundindikaatorite kõrval programmi lisada ka tulemus- ja mõjuindikaatorid.

Näitena võib tuua tegevuse 3.1.1, mille eesmärgid 2010.-2011. a programm sõnastab alljärgnevalt:

- maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkus oma paikkonna elanike tervises seisundist on paranenud.
- kogukonna liidrite, sh maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste juhtide teadlikkus tervisedenduslikest võimalustest elanikkonna tööhõive ja toimetuleku parandamiseks on suurenenud.
- maavalitsused ja kohalikud omavalitsused on alustanud ja/või jätkavad tõenduspõhisele ja süstemaatilisele kontseptsioonile tuginevat tervisedendusala tegevust kohaliku elanikkonna töövõime hoidmiseks, tervislikel põhjustel tööhõivest väljalangemise ja produktiivsuse vähenemise ennetamiseks.

Samas puuduvad programmides tulemusindikaatorid, mis võimaldaksid hinnata nende eesmärkide täitmist. 2008.-2009. a ja 2010.-2011. a programmides jäävad indikaatorid väljundite tasemele, näiteks kogutakse infot koolitusel osalenute, koostatud terviseprofiilide ja tegevuskavade arvu kohta.

Soovitame programmidesse lisada tulemusindikaatorid ja mõjuindikaatorid ning tegeleda nende hindamiseks vajalike andmete kogumisega.

5.7 Hinnang avatud taotlusvoorule

5.7.1 Elluviidud tegevuste kirjeldus

Meetme 1.3.4 raames viidi 2010. aastal läbi avatud taotlusvoor, mille eesmärgiks oli töötuse ja mitteaktiivsuse ennetamine, vähendades tervislikel põhjustel tööturult väljalangenud inimeste osakaalu. Taotlusvooru eelarve oli 10 mln krooni (639 000 eurot), mille jaotamine oli arvestatud valemiga, mille abil arvutati igale maakonnale maakonna eripärasid arvestav piirsumma⁸⁰. Avatud taotlusvooru rakendusüksus oli Sihtasutus Innove, kes vastutas taotlusvooru läbiviimise eest. Avatud taotlusvooru raames määrati viis toetatavat tegevust, millele rahastust anti.

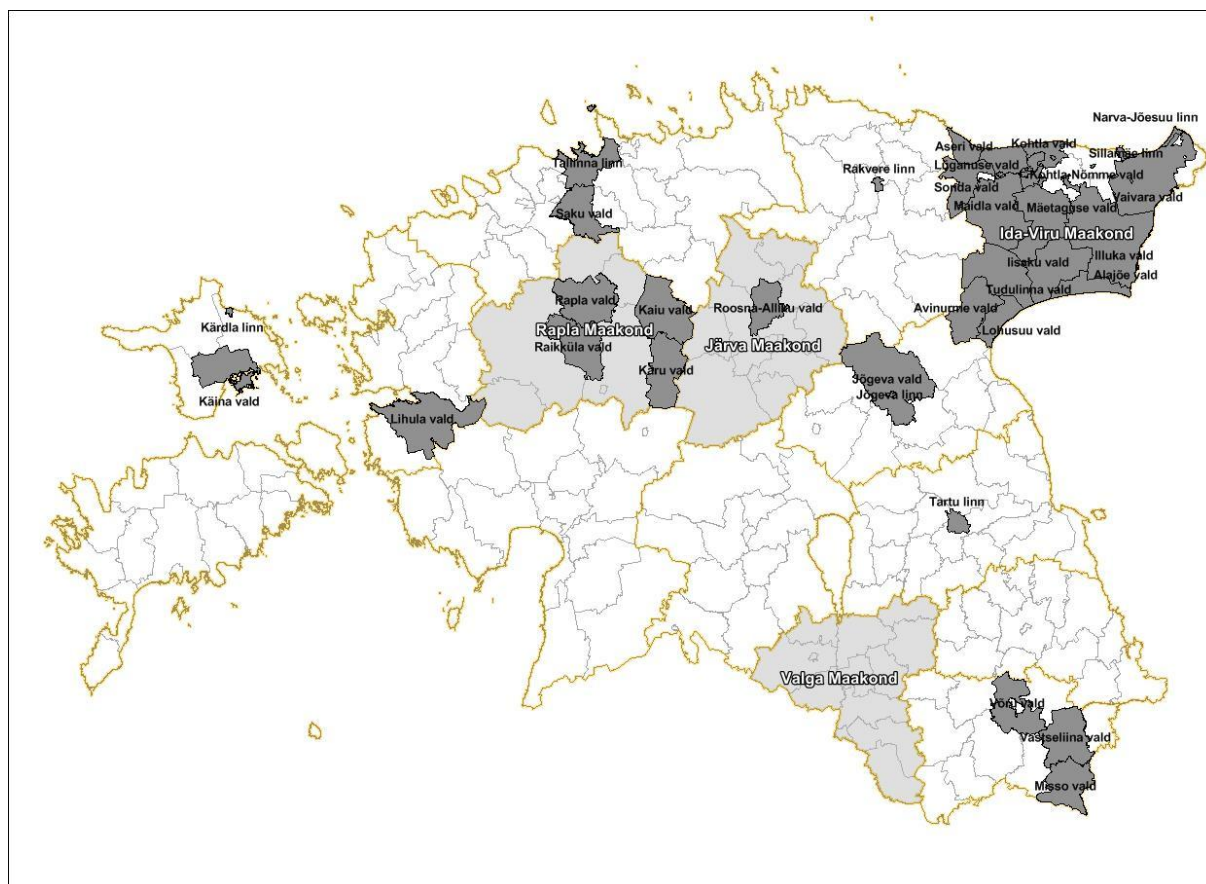
Tabel 8. Avatud taotlusvooru meetme määruses väljatoodud toetatavad tegevused.

Nr	Tegevus
1.	Terviseteadlikkust tõstvad ja tervislikke eluviise edendavad tegevused, mis ennetavad ja vähendavad tootlikkuse langust ja aitavad kaasa tööturule naasmisele või püsimisele: 1) erinevad terviseeteemalised koolitused ja teabe jagamine tööelisele elanikkonnale 2) töövõimetus ennetamiseks või töövõime parandamiseks 3) töökohal tervisliku toitumise edendamine 4) regulaarse liikumisharrastuse soodustamine ja seda takistavate tegurite vähendamine.
2.	Tööeliste sõltuvushäiretega inimestele ja nende tööeliste lähedastele tööturule naasmist või püsimist toetavate teenuste vajaduste hindamine ja süsteemne arendamine paikkonnas.
3.	HIV positiivsete inimeste tööturule naasmisele või püsimisele suunatud tegevused, sh koolitamine ja teavitamine sotsiaalse märgistamise vähendamiseks.
4.	Töökohal vaimse tervise edendamisele suunatud tegevused: 1) maavalitsuste, kohalike omavalitsuste ja kohalike omavalitsuste hallatavate asutuste psühhosotsiaalse keskkonna hindamise nõustamine ja arendamine; 2) koolitused ja teavitus spetsialistidele, tööandjatele ja tööelisele elanikkonnale 3) nõustamisteenuse arendamine ja pakkumine.
5.	Töökoha tervise tegevuskavade (v.a riskianalüüs „Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse“ mõistes, erandina lubatakse psühholoogilise ohuteguri hindamise nõustamist) koostamiseks: 1) töökohtade terviseolukorra ja tervisemõjurite kaardistamine ning selleks koolituse või nõustamise pakkumine; 2) töökohtade tervise tegevuskavade koostamiseks koolituse või nõustamise pakkumine.

Taotlusvoorule laekus kokku 67 projektirahastuse taotlust nii maavalitsustest kui ka kohalikest omavalitsustest. Hindamisekspertide hinnangute tulemusena said rahastuse 20 projekti. Rahastatud projektid olid 11-st maakonnast. Rahastuseta jäid Saare, Põlva, Pärnu ja Viljandi maakonnad. Rahastatud projektide maakondlik jaotus on väljatoodud joonisel 45.

⁸⁰ Sotsiaalministri määrus 2010. aasta 2. septembrist nr 60 „Meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ avatud taotlemisel toetuse andmise tingimused ja toetuse kasutamise seire eeskiri“ lisa 4.

Joonis 45 Rahastatud avatud taotlusvooru projektide jaotumine maakondade lõikes



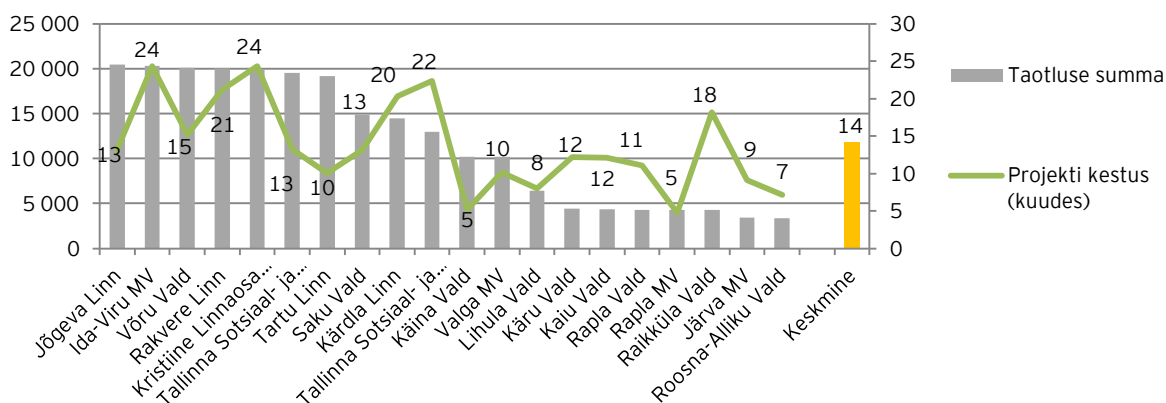
Allikas: Sotsiaalministeerium

* Tumedaga on märgitud kõik projektidesse kaasatud KOV-id (sh. partnerid) ja heledaga projektides osalenud maakonnad.

Rahastatud projektide kogusumma oli 237 169 eurot (3 710 888 krooni). See moodustas ca 37% vooru planeeritud eelarvest. Maakonna esitatud ja rahastatud projektide suhe on toodud alloleval joonisel.

Projekti rahastamise lävendiks oli 75 punkti ehk juhul kui projekti hindamisskoor oli üle 75 punkti, siis kuulus projekt rahastamisele. Projektide keskmine hindamisskoor oli 58, mediaan 59 ja mood 60 punkti. Kolm viimast rahastuse saanud projekti olid 75 punkti ja kolm esimest mitterahastatud projekti vahemikus 71 - 72 punkti.

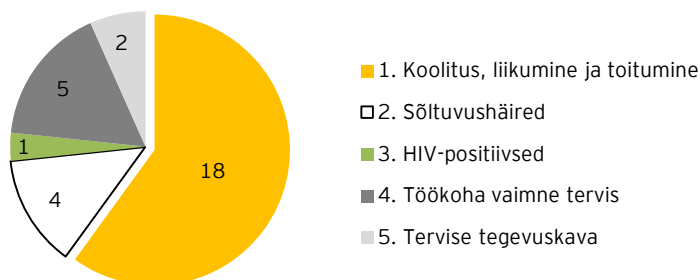
Joonis 46 Rahastatud projektid ja esitatud projektid maakondade kaupa



Allikas: Sotsiaalministeerium

Rahastatud projektide jaotus meetme määruse⁸¹ järgi on välja toodud alloleval joonisel. Joonisel näidatud jaotus hõlmab kõiki tegevusi, sealjuures eristamata seda, et üks projekt võis sisaldada mitmeid meetme määruses väljatoodud tegevusi.

Joonis 47 Avatud taotlusvooruga rahastatud projektid eesmärkide lõikes*



*Joonisel näidatud selle eesmärgi täitmisele kaasa aitavate projektide arv.

Allikas: Sotsiaalministeerium

Peamiselt olid tegevused suunatud meetme määruse esimese tegevuse elluviimiseks ehk sportlike ürituste korraldamiseks ja toitumisalaste koolituste läbiviimiseks elanikkonnale. Viidi läbi ka üks projekt HIV-positiivsete ja nende lähedaste nõustamiseks. Teised sõltuvushäiretega inimestele mõeldud tegevused olid peamiselt suunatud alkoholi liigtarvitajate või nende lähedaste kaasamisele läbi sportlike ja tervist edendavate ürituste. Rahastati ka kahte projekti töökoha tervise tegevuskava koostamiseks.

Projektid pidid kaasa aitama taotleja terviseprofiilis välja toodud probleemide lahendamisele. Näiteks südameveresoontekonna haigustesse haigestumise vähendamine läbi sportlike tegevuste, või nõustamisteenuse loomine sõltlastele ja nende lähedastele.

Rahastatud projektide keskmine kestus oli 14 kuud (maksimaalne kestus sai olla 24 kuud) ja keskmine maksumus 11 858 eurot (maksimaalne projekti suurus oli 300 000 krooni ehk 19 173 eurot).

Järgnevalt antakse hinnang 2010. a toimunud avatud taotlusvoorust rahastatud projektidele ja nende asjakohasusele ja tulemuslikkusele. Hinnangu andmiseks viidi läbi poolstruktureeritud telefoniintervjuud kõigi 20 avatud taotlusvoorus rahastatud KOVi ja maavalitsuse projekti läbiviimisega otseselt seotud töötajatega. Samuti analüüsiti rahastatud projektide rahastamistaotlusi, hindamislehti ja lõppenud projektide lõpparuandeid.

5.7.2 Hinnang projektide asjakohasusele

Avatud taotlusvooru projektide asjakohasus seisneb selles, kas ja miks oli projekte vaja ning kuidas aitasid taotlusvooru abil elluviidud projektid kaasa tervislikel põhjustel tööturul mitteaktiivsete inimeste osakaalu vähendamisele ja tööturult tervislikel põhjustel väljalangemise ennetamisele.

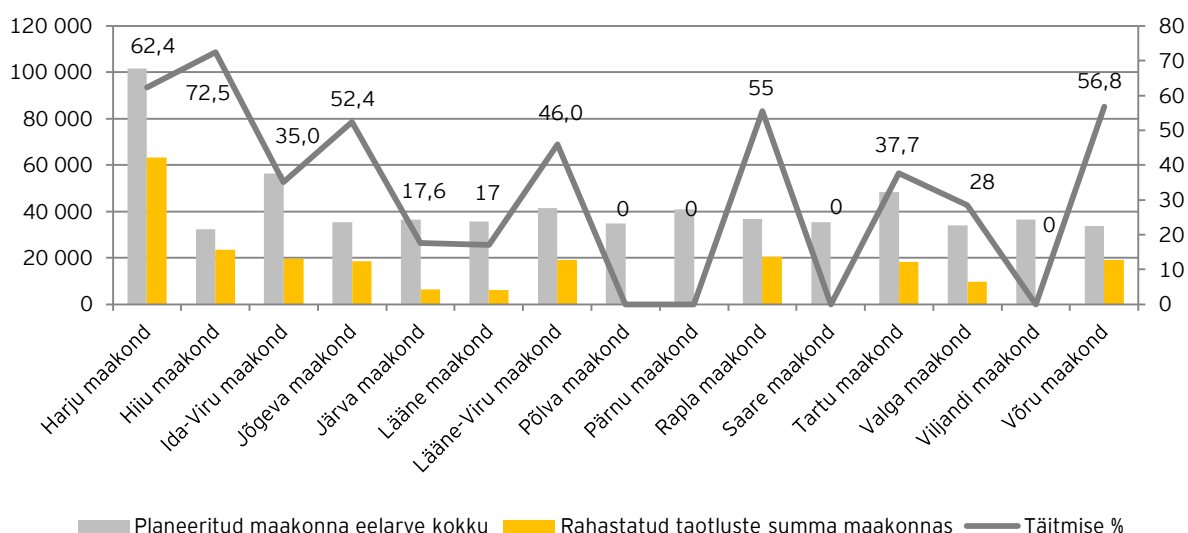
Avatud taotlusvooruga rahastatavad tegevused võimaldasid toetada mitmeid tegevusi alates tegevustest HIV-positiivsetele kuni töökoha vaimse tervise kaardistamiseni. Need tegevused nähtusid avatud taotlusvooru eesmärgist „Töötuse ja mitteaktiivsuse ennetamine vähendades tervislikel põhjustel tööturult väljalangenud inimeste osakaalu“. Kuna kõik tegevused olid suunatud tööealise elanikkonna tervisliku seisundi parandamisele, siis saab väita, et toetatavad tegevused lähtuvad meetme üldisest eesmärgist (nt terviseüritused ja toitumiskoolitused).

Taotlusvooru rahastustuse maakondliku jagunemise järgi olid igale maakonnale määratud kindel

⁸¹ Sotsiaalministri määrus 2010. aasta 2. septembrist nr 60 „Meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ §5

eelarve, mida sai maakonnas olevatele projektidele jaotada⁸². Sellist jaotust võib pidada asjakohaseks, kuna see võimaldas jaotada vahendeid üle riigi kõikidesse paikkondadesse ning vältida vahendite koondumist teatud piirkondadesse. Maakondade eelarvete koostamisel oli arvesse võetud enneaegsete surmade osakaalu ning tööealise elanikkonna hulka maakonnas. Seega võib eelarvet käsitleda kui sisuliselt rahaliste vahendite vajaduse kirjeldust maakondade lõikes. Maakondade eelarve ja tegeliku rahastuse suhe on toodud välja alloleval joonisel (vt joonis 48). Sellest nähtub, et keskmiselt täideti eelarved 34% ulatuses ning maakondadesse planeeritud vahendid jäi suures osas välja jagamata, sh neli jäi maakonda ilma ühegi projektita. See annab alust järeldada, et toimus ressursside killustatud jaotus, sest hoolimata eelarvevahendite jaotamisest jagunesid ressursid erinevalt, kui oli planeeritud iga maakonna hinnanguline vajadus. Vahendite jaotust mõjutas olulisel määral maavalitsuste ja KOV-ide oskus piisavalt heade projektide kirjutamiseks (eelkõige sobivate tegevuste valik). Hindamislehtede analüüs näitas, et projektitaotluste madal kvaliteet takistas avatud taotlusvooru eesmärkide saavutamist. Keskmise hindamisskoor oli 58 punkti, mis jäi allapoole 75 punktist lävendit.

Joonis 48 Avatud taotlusvooriga planeeritud ja saavutatud rahastuse kaetus maakondade lõikes (andmed ilma taotleja omafinantseeringuta)



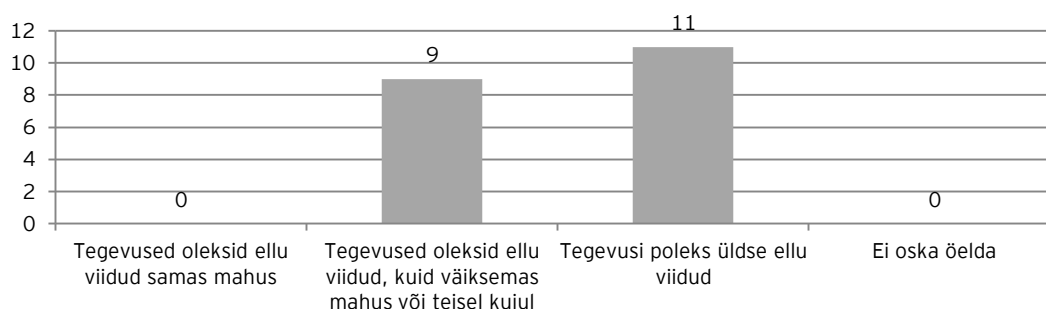
Allikas: Sotsiaalministeerium

Analüüsides seda, kas tegevused viidi ellu planeeritud ajakavas, siis mitmete projektide tegevuste puhul selgus, et esines väikseid kõrvalekaldeid planeeritud ajakavast (nt ei sobinud toitlustusala koolituse lektorile väljapakutud kuupäev, mille peale viidi tegevus hiljem läbi). Vaatamata sellele viidi planeeritud tegevused ellu ning ei tuvastatud, et kõrvalekalded planeeritud ajakavast oleksid negatiivselt mõjutanud tulemuste saavutamist.

Projektide elluviijate hinnangul võimaldas avatud taotlusvoorust saadud raha ellu viia tegevusi, mida maavalitsus või KOV muidu poleks suutnud rahastada. Projektide elluviijate hinnang näitab, et rahastus, kui vahend piirkondliku tervisedenduse läbiviimiseks, on vajalik, kuna üldjuhul ei ole muudest vahenditest ressursse tervisedenduseks ette nähtud. Samuti ei kohusta ka ükski seadus KOVe tervisedendusega tegelema.

⁸² Sotsiaalministri määruse "Meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ avatud taotlemisel toetuse andmise tingimused ja toetuse kasutamise seire eeskiri" lisa 4

Joonis 49 „Kas ja millises mahus oleksite tegevusi ellu viinud ilma avatud taotlusvooru rahastuseta?“ (n=20)



Allikas: Telefoniintervjuud avatud taotlusvoorust rahastatud projektide läbiviijatega, 2012

Kokkuvõtvalt saab väita, et avatud taotlusvoorust rahastatud projektide tegevused on asjakohased ning on suunatud meetme eesmärgi ja projektide eesmärkide täitmisele ning sihtrühma probleemide leevendamisele (nt pakkudes ülekaalulisuse vähendamiseks võimalust osaleda tervisespordiüritustel ja toitumisalastel koolitustel).

Samas jaotati avatud taotlusvooruga vahendeid väiksele arvule KOV-idele ja maakondadele lähtuvalt mitte sellest, millises piirkonnas oli vahendite järele kõige suurem vajadus, vaid vastavalt avatud taotlusvooru hindamistingimustele, millele vastasid ainult piisavalt hästi koostatud projektitaotlused. Projektidele jagati välja ca 37% avatud taotlusvooru planeeritud eelarvest. Peamine põhjus, miks vahendid välja jagamata jäid, oli projektitaotluste madal kvaliteet. Selle tulemusel tekkis ka ebaühtlane maakondlik projektidega kaetus.

Seega võib edaspidiseks (juhul, kui planeeritakse uusi avatud taotlusvoore korraldada) soovitada rakendada täiendavaid meetmeid taotluste kvaliteedi tõstmiseks (nt selgitada paremini avatud taotlusvooru eesmarke enne avatud taotlusvooru taotlejatele ja jagada varasemate taotlusvoorude läbiviijate kogemusi projektide kirjutamisel ja läbiviimisel).

5.7.3 Hinnang projektide tulemuslikkusele

Avatud taotlusvooru tulemuslikkuse hindamiseks analüüsiti, millisel määral aitavad elluviidavad tegevused kaasa planeeritud tulemuste saavutamisele või kas elluviidud tegevused aitavad jõuda soovitud tulemusteni.

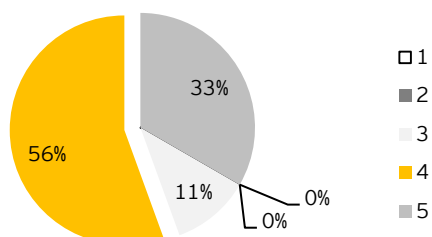
Projektitaotlustest ilmnas, et taotlejad valisid eesmärkide täitmiseks tegevused, mis olid peamiselt suunatud sportlikule tegevusele ja toitumisteadlikkuse tõstmisele (vt joonis 47). Samas oli ka üksikuid projekte, mis olid suunatud ainult töötute ja sotsiaalselt tõrjutute tervise teadlikkuse tõstmisele (nt Tartu linna projekt „Tervislike valikute toetamine Tartu linnas“, Rakvere linna projekt „Tööealiste inimeste tööturule naasmist ja püsimit soodustavate teenuste arendamine Rakvere linnas“). Vähem oli projekte, mis olid suunatud raskemini tabatavatele tööturu sihtrühmadele nagu HIV-positiivsed ja nende lähedased (Tallinna linna projekt „Tugiteenused sõltuvushäiretega inimestele ja nende lähedastele tööturule naasmiseks ning tööturul püsimiseks“). Ka näiteks otseselt meeste kui ühele halvemate tervisenäitajatega grupile suunatud projekte oli ainult üks (Valga maavalitsuse projekt „Mehed liikuma“). Viidi läbi ka kaks suuremat töökoha vaimse tervise kaardistamise ja arendamise projekti (Tallinna linna Kristiine linnaosas ja Ida-Viru maavalitsuse projekt maakonna KOV-ide seas).

Analüüsides rahastatud projekte ja ka esitatud projektitaotlusi (67 esitatud taotlusest ca 50 on seotud liikumisüritustega) võib kokkuvõtvalt öelda, et peamised tegevused probleemide lahendamiseks olid liikumisüritused kombineeritud toitumisalaste loengutega. Muudele eesmärkidele suunatud projektide osakaal oli oluliselt madalam. Samas rahastati ka töökoha vaimse tervise kaardistamise projekte, mis otseselt ei olnud suunatud tööealisele elanikkonnale, vaid KOVi enda

töötajatele (Kristiine linnaosa ja Ida-Viru maavalitsuse projekt piirkonna KOVidele). Sarnaselt eeltoodule rahastati mitmes projektis ka tervise tegevuskavade koostamist. Kuna enamike projektitaotluste mõjude mõõdikud olid piisavalt üldised ja kaudsed (nt südameveresoonkonna haiguste vähendamine KOV-is), siis projektide otsest mõju ei saa vahetult mõõta, välja arvatud väljundindikaatorite osas (nt projektis osalenute arv). Seega ei saa ka otseselt hinnata avatud taotlusvooru projektide mõju meetme eesmärgile, kuna mõju võib avalduda pikema aja jooksul ja korduvate tegevuste/projektide tulemusel.

Projektide raames ei ole mõõdetud ka tervist edendavate tegevuste ja terviseteadlikkuse tõusu kaudset mõju, mis tekib inimestevahelise läbikäimise ja teavitustegevuse läbi erilehtede või muude perioodilisemate väljaannete kaudu toimuva teavitustegevuse (valla ajaleht, valla koduleht, piirkondlik raadio, riigiülene kampaania, tervisedendus töökohal) tulemusena. Samas terviseharrastuse suurenemist tõid subjektiivse arvamusena välja projekte läbiviinud isikud, kes hindasid, et nende hinnangul on tulemused saavutatud ja suurenenud inimeste liikumisharrastus.

Joonis 50. „Palun hinnake 5-palli skaalal, mil määral projekti planeeritud tulemused saavutati?“ (n=20)



Allikas: Telefoniintervjuud avatud taotlusvoorust rahastatud projektide läbivijatega

Tabelis 9 on toodud tööealise elanikkonna kui sihtrühma kaasatus projektidesse, samuti on tabelis eristatud tööealised mehed, kui veresoonkonna haigustesse haigestumise ja sõltuvusainete tarvitamise suurim riskirühm Eestis⁸³. Tabelist puuduvad veel käimasolevad projektid, mis võivad oluliselt mõjutada analüütilisi keskmisi.

⁸³ Terviseinfo andmebaas <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

Tabel 9 Avatud taotlusvoorus osalejate arv (elanike arv on Statistikaameti 2012. aasta andmed)

Nr	Taotleja nimi	Maakond	Tööealiste elanike arv (15-64)	Tööealiste meeste arv (15-64)	Osalenute arv				Osalenud meeste arv				Märkus
					Planeeritud	Tegelik	Täitmise %	% kogu tööealisest elanikest	Planeeritud	Tegelik	Täitmise %	% kogu tööealisest meestest	
1	Saku Vald	Harjumaa	5 139	2 550	600	881	147	0,17%	250	325	130	0,13%	
2	Kristiine Linnaosa Valitsus	Harjumaa	268 226	126 378									Projekt kestab
3	Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet - tervisemeeskondade võimestamine	Harjumaa	268 226	126 378	100	113	113	0,0004%	40	38	95	0,0003%	
4	Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet - tugiteenused sõltuvushäiretega inimestele ja nende lähedastele	Harjumaa	268 226	126 378									Projekt kestab
5	Kärdla Linn	Hiiumaa	2 553	1 252									Projekt kestab
6	Käina Vald	Hiiumaa	1 563	752	50	63	126	0,04%	15	3	20	0,004%	
7	Ida-Viru MV	Ida-Virumaa	114 532	53 772									Projekt kestab
8	Jõgeva Linn	Jõgevamaa	7 998	3 782	430	977	227	0,12%	180	251	139	0,07%	
9	Roosna-Alliku Vald	Järvamaa	838	431	250	162	65	0,19%	100	53	53	0,12%	
10	Järva MV	Järvamaa	24 359	11 919	630	662	105	0,03%	210	199	95	0,02%	
11	Lihula Vald	Läänemaa	1 726	887	275	105	38	0,06%	112	32	29	0,04%	
12	Rakvere Linn	Lääne-Virumaa	11 215	5 296									Projekt kestab
13	Rapla Vald	Raplamaa	6 559	3 247	6 000	539	9	0,08%	3 000	108	4	0,03%	
14	Kaiu Vald	Raplamaa	1 202	622	412	524	127	0,44%	228	244	107	0,39%	
15	Käru Vald	Raplamaa	447	217	300	174	58	0,39%	110	58	53	0,27%	
16	Raikküla Vald	Raplamaa	1 167	590									Projekt kestab
17	Rapla MV	Raplamaa	25 001	12 510	20 045	20 045	100	0,80%	10 020	10 020	100	0,80%	
18	Tartu Linn	Tartumaa	69 349	32 017	1 590	1 122	71	0,02%	795	449	56	0,01%	
19	Valga MV	Valgamaa	22 235	10 978	645	395	61	0,02%	600	364	61	0,03%	
20	Võru Vald	Võrumaa	4 927	2 548	270	258	96	0,05%	135	68	50	0,03%	
KOKKU			569 036	269 748		KESKMINE	95	0,17%		KESKMINE	69	0,14%	
						MEDIAAN	96	0,07%		MEDIAAN	56	0,03%	

Tabelist 9 nähtub, et peaaegu poolte lõppenud projektide (15st seitse) puhul on sihtrühma määr saavutatud või ületatud, samas ülejäänud projektides jääb puudu ligikaudu kolmandik planeeritud sihtrühmast. Tuleb eraldi välja tuua, et mehi on kaasatud oluliselt vähem kui planeeritud (keskmiselt ca 31%). Kui võrrelda osalenute arvu kogu tööealise elanikkonnaga, siis keskmiselt hõlmati projektide tegevustesse ca 0,17% kõigist lõppenud projektidega paikkondade elanikkonnast.

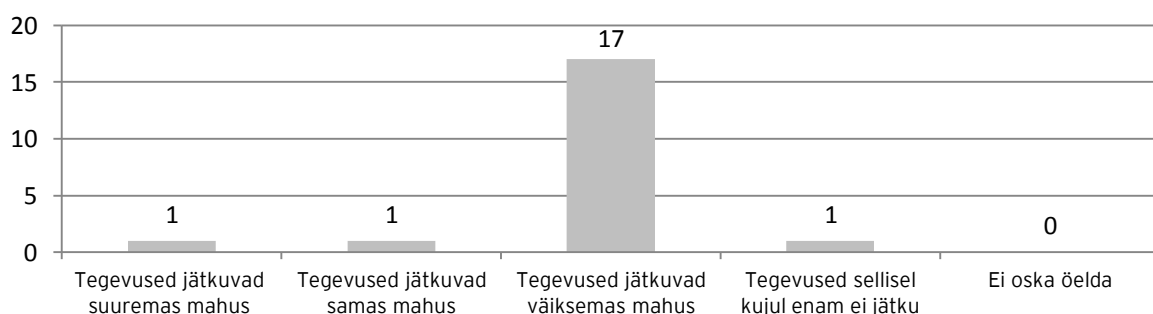
Kusjuures intervjuud projektide elluviijatega kinnitasid seda, et mitteaktiivset sihtrühma oli keerukas tegevustesse kaasata, millest võib eeldada, et üritustel osalesid ka muidu aktiivsemad tööealsed inimesed.

Projektide lõpparuannetest tuleb välja, et väiksemates KOVides on korraldatud tegevusi, milles on osalenud küllaltki vähe inimesi (nt 32 km jalgratta retk vallavanemaga 12 osalejaga, enda psühholoogilise kaitsmise koolitus 9 sihtrühma inimesele, politsei turvatud jalgratta matk 36le inimesele) ja tegevusi, mille seos meetme eesmärgiga jääb ebaselgeks (nt libedasõidu koolitus, elanike kepikõnd eemalasuvates maakondades, AQVA veekeskuse külastus vesiaeroobika võimalusega jne). Samuti esines nt spordiüritusi, kus oli planeeritud osalema ca 300 inimest, aga kohale saabus 43.

Üldiselt toimusid üritused väikestele gruppidele, kus lõpparuannete põhjal osales keskmiselt ca 20 - 30 inimest. Esines ka spordisarju, kus oli rohkem osavõtjaid. Samas oli arvuliselt vähene osavõtt eeldatav, kuna paigad, kus üritused toimusid, on samuti väikese arvu elanikega. Nii mõnelgi korral toodi välja, et vähese osalejate arvu põhjus peitus ilmas või paralleelselt toimuval sarnases ürituses.

Arvestades gruppide väiksust ja sellega seonduvat osavõtjate väikest arvu, võib hinnata, et tegevuste otsene mõju elanikkonnale paikkondades jääb väheseks. Seda eriti pikaajaliste terviseharjumiste mõjude osas. Nt pärast ujumiskursuse toimumist jäi projekti elluviija hinnangul edasi ujumisega tegelema mõni üksik kursusel osalenu, kuna ujula asub osalenute elupaigast kaugel ja vähekindlustatutel on keerukas leida nii transporti kui ka rahalisi vahendeid ujulas käimiseks. Projektitegevuste jätkuvust väiksemas mahus kinnitas ka intervjuueeritute hinnang (vt allolev joonis), kus peamise põhjusena toodi välja kohalike ressursside piiratus.

Joonis 51 „Kas ja millises mahus jätkatakse samade tegevustega pärast projekti lõppemist?“ (n=20)



Allikas: Telefoniintervjuud avatud taotlusvoorst rahastatud projektide läbiviijatega

Samas hindasid projektide elluviijad positiivselt tegevuse mõju sihtrühma käitumisele. Eelkõige nähti positiivset mõju sõltuvusprobleemidega ja HIV-positiivsete lähedaste koolitamisel. Kõige positiivsemaks hinnati seda mõju sõltuvusprobleemidega ja HIV-positiivsete inimeste lähedaste koolitamise osas – st, et kõige tugevam mõju oli koolitustel osalenud elanikele. Samas ei ole enne ja pärast avatud taotlusvooruga rahastatud tegevusi otseseid mõjuuringuid läbi viidud.

Üldiselt hindasid projektide elluviijad, et projektid on suutnud aidata kaasa projektide abil projektitaotluses väljatoodud probleemide lahendamisele. Samuti on ellu viidud peaaegu kõik projektitaotlustes lubatud tegevused ning olulisi erisusi planeeritud ja tegelikult ajakava vahel ei esinenud (v.a ühe projekti puhul, kus projekt on hetkel käimas). Samuti on olnud ressursid projekti

läbiviimiseks piisavad.

Avatud taotlusvoorudes osalejad töid veel välja väga suure aruandluse mahu ja keeruka paberitöö (8 taotlejat 20st). Samas toonitati enamikul juhtudel SA Innove koordinaatorite abivalmidust ja mõistvust projektide haldamisel. Projekti teavituse osas rõhutati ka üleriikliku teavituse vajadust nt kindlat ürituste sarja või rahastust tutvustava logo ja telesaate abil.

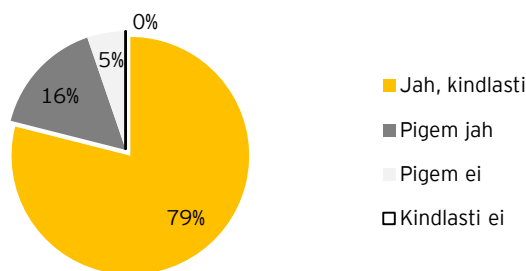
Kokkuvõtvalt saab väita, et avatud taotlusvoorst rahastatud projektid täitsid neis seatud eesmärgid. Samas võttes arvesse, et tegevustesse on kaasatud väike osa sihtrühmast, jääb tegevuste mõju paikkonna tööelisele elanikkonnale tervikuna tõenäoliselt madalaks. Lisaks vähendab tegevuste mõjusust see, et pärast projekti lõppemist ei suudeta samas mahus tegevustega jätkata (enamasti jätkuvad tegevused väiksemas mahus).

5.7.4 Hinnang tegevuste tõhususele

Hindamaks projektide tõhusust vaadati projektide kogukulusid ja küsiti intervjuueeritute käest hinnanguid kuluefektiivsuse kohta ja analüüsiti, kas ressursse oleks võinud kasutada efektiivsemalt.

Rahastatud projekti keskmine summa oli 11 858 EURi, mis on ca 2/3 taotletava toetuse maksimum summast 19 173 EURi. Küsides läbiviinute hinnangut projekti ressursside piisavuse kohta, kus tuuakse välja, et ressurssidest puudust ei tekkinud (vt joonis 52).

Joonis 52 "Palun hinnake, kas projekti ressurssid olid piisavad tulemuste saavutamiseks?" (n=20)



Allikas: Telefoniintervjuud avatud taotlusvoorst rahastatud projektide läbiviijatega

Peamine põhjus selleks oli hoolikalt planeeritud ja hindajate poolt üle vaadatud projekti eelarve, mis ei võimaldanud tekitada suuri asjatuid kulusid. Samuti toodi välja, et pigem planeerisid taotlejad rahastust tehnilistele tegevustele liiga madalaks, mistõttu tuli neil endi hinnangul teha mitmeid töötunde lisaks (nõ tasuta). Kuna läbiviidud tegevused ei olnud ülepaisutatud ja projektid viidi ellu vastavalt planeeritud eelarvetele, siis saab väita, et tegevused viidi projektide raames ellu kuluefektiivselt.

Samas võttes arvesse seda, et projekti tegevuste mõju tervikuna jääb meetme ja prioriteetse suuna seisukohalt tagasihoidlikuks, ei saa tervikuna avatud taotlusvooru projektide tõhusust kõrgeks hinnata.

5.7.5 Kokkuvõttev hinnang

Kokkuvõtvalt saab öelda, et avatud taotlusvooru kaudu rahastatud projektid oli üldiselt asjakohased, sest kohalikul tasandil on parim teadmine piirkonna elanike terviseprobleemidest, mis on ka välja toodud taotleja terviseprofiilis. Hindamisel selgus, et kohalikul tasandil pole enamasti vahendeid tervisedenduse läbiviimiseks ja seega toetati projekte, mis vastasid vastava piirkonna oludele ja vajadusele. Seega võib taotlusvooru pidada iseenesest asjakohaseks. Samas jääb avatud taotlusvoorst läbiviidud projektide mõju elanikkonnale tõenäoliselt tagasihoidlikuks. Seda nii meetme kui ka prioriteetse suuna eesmärkide täitmise kohapealt, kuna projektidega oli hõlmatud väike osa sihtrühmast (nt. osalejaid oli planeeritud vähem, projektid olid vähestes omavalitsustest).

Samuti ei suutnud tegevused tekitada tõenäoliselt püsivat muutust osalejate käitumisharjumustes, mille tulemusel paraneks nende tervislik seisund. Peamine takistus selleks on jätkutegevuste puudumine, kuna kohalikul tasandil endal puuduvad selleks tavaliselt vahendid.

Kogutud andmeid koondades saab teha avatud taotlusvoorude parendamiseks järgmised soovitused:

- ▶ 2010. aasta toimunud avatud taotlusvoorus jäi 2/3 vahendeid jaotamata, kuna projektitaotluste kvaliteet oli madal. See mõjutab tõenäoliselt ka tegevuste tulemuslikkust meetme ja prioriteetse suuna eesmärkide seisukohast. Seetõttu tasuks avatud taotlusvoorude edaspidisel korraldamisel rakendada täiendavaid meetmeid selleks, et parandada paikkondade oskusi projektitaotluste koostamiseks, sh arusaamine taotlusvooru eesmärgist ja tegevuste seosest tervise ja töötamisega (nt infopäevadel osalemise eeltingimus taotlusvoorus osalemiseks vms).

6. Lisa 1: ülevaade andmeallikatest

6.1 Dokumendianalüüs

Hindamisel analüüsiti alljärgnevat hindajatele edastatud dokumente:

1. Riiklik arengukava "Inimressursi arendamise rakenduskava"
2. Programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009“ (05.09.2008, muudetud 02.09.2009)
3. Raamprogrammi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2013“ koosseisu kuuluv programm „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011“
4. Programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2008-2009“ lõpparuanne (27.11.2011)
5. Programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ lõpparuanne (19.02.2012)
6. Sotsiaalministri määrus - Meetme „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine“ avatud taotlemisel toetuse andmise tingimused ja toetuse kasutamise seire eeskiri (04.08.2010)
7. Hinnang viieteistkümnele programmi „Tervislike valikuid toetavad meetmed 2010-2011“ tegevuse 3.1.2 „Tööhõivest väljalangemise ja tööjõu produktiivsuse vähenemise ennetamisel paikkonnale ekspertabi ja koolitust pakkuva tugistruktuuri väljaarendamine“ raames teostatud tegevusele (Praxis, 2012)
8. Raport „Terviseprofiili koostamist toetavate tegevuste uuring“ (TAI, 2010)
9. TAI poolt läbiviidud teavituskampaaniate aruanded ja järeluuringud (9 aruannet)

6.2 Süvaintervjuud programmi elluviijatega

Nr	Kuupäev	Intervjueeritavad
1	12.04.2012	■ Triinu Täht (Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna peaspetsialist)
2	12.04.2012	■ Riina Paal (Tervise Arengu Instituudi ESF terviseprogrammi osakonna juhataja)
3	13.04.2012	■ Tiia Pertel (Tervise Arengu Instituudi tervisearenguprogrammi juhataja) ■ Riina Paal (Tervise Arengu Instituudi ESF terviseprogrammi osakonna juhataja)
4	18.04.2012	■ Aljona Kurbatova (Tervise Arengu Instituudi nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja) ■ Anneli Sammel (Tervise Arengu Instituudi mittenakkushaiguste ennetamise osakonna juhataja) ■ Riina Paal (Tervise Arengu Instituudi ESF terviseprogrammi osakonna juhataja)
5	19.04.2012	■ Maris Jesse (Tervise Arengu Instituudi juhataja) ■ Riina Paal (Tervise Arengu Instituudi ESF terviseprogrammi osakonna juhataja)
6	19.04.2012	■ Tiia Pertel (Tervise Arengu Instituudi tervisearenguprogrammi juhataja) ■ Riina Paal (Tervise Arengu Instituudi ESF terviseprogrammi osakonna juhataja)
7	19.04.2012	■ Helen Noormets (Tervise Arengu Instituudi kommunikatsiooniosakonna juhataja) ■ Riina Paal (Tervise Arengu Instituudi ESF terviseprogrammi osakonna juhataja)
8	2.05.2012	■ Ülle Luide (SA Innove Tööelu üksuse juhataja) ■ Riina Penu (SA Innove Tööelu üksuse vanemkoordinaator)
9	14.06.2012	■ Mari Raudsepp (Tervise edendamise osakonna projektijuht)
10	21.06.2012	■ Ülle Rüüson (Rapla maavalitsuse tervisedenduse spetsialist)

6.3 Telefoniintervjuud

Telefoniintervjuud viidi läbi 2010. aastal toimunud avatud taotlusvoorst toetust saanud projektide elluvijatega:

1. Saku Vallavalitus, Teadlikult tervislikud valikud
2. Kristiine Linnaosa Valitsus, pilootprojekt Töökohal vaimse tervise edendamine Kristiine linnaosas
3. Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet, Tallinna linnaosade tervisemeeskondade tegevuse arendamine ja võimestamine
4. Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet, Tugiteenused sõltuvushäiretega inimestele ja nende lähedastele tööturule naasmiseks ning tööturul püsimiseks
5. Kärkla Linnavalitsus, Vaimse ja füüsilise tervise edendamine Kärkla tööelise elanikkonna hulgas
6. Käina Vallavalitsus, Pikk ja terve tööiga
7. Ida-Viru Maavalitsus, Ida-Virumaa kohalike omavalitsuste asutuste töökohtade terviseolukorra ja- mõjurite kaardistamine
8. Jõgeva Linnavalitsus, Inimesed liikuma,
9. Roosna-Alliku Vallavalitsus, Tervislik eluviis ja liikumine -igapäevaelu lahutamatu osa
10. Järva Maavalitsus, Terviselikumisüritused Järva maakonnas
11. Lihula Vallavalitsus, Teeme tervisele teene
12. Rakvere Linnavalitsus, Tööeliste inimeste tööturule naasmist ja püsimit soodustavate teenuste arendamine Rakvere linnas
13. Rapla Vallavalitsus, Rapla valla tööelise elanikkonna tervise edendamise projekt 2011
14. Kaiu Vallavalitsus, Tervislike eluviiside juurutamine Kaiu vallas
15. Käru Vallavalitsus, Terve ja töökas Käru vald
16. Raikküla Vallavalitsus, Tervis kaardile!
17. Rapla Maavalitsus, Rapla maakonna terviseteadlikkuse projekt tööelisele elanikkonnale
18. Tartu Linnavalitsus, Tervislike valikute toetamine Tartu linnas
19. Valga Maavalitsus, Mehed liikuma Valgamaal
20. Võru Vallavalitsus, Tunneme ennast turvaliselt vees