



TARTU ÜLIKOOL
RAKE

technopolis |group|



RAHVATERVISE PROGRAMMI HINDAMINE

Uuringuaruanne
Juuli 2017



Uuring viidi läbi Sotsiaalministeeriumi tellimusel.

Uuringu koostasid Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE ja Technopolis Group Eesti OÜ.

Uuringu autorid:

- Liis Rooväli** (tervishoiuvaldkonna ekspert)
- Theresa Madubuko** (tervishoiuvaldkonna ekspert)
- Kadri Soo** (sotsiaalvaldkonna ekspert)
- Aivi Themas** (analüütik)
- Kerli Müürisepp** (analüütik)
- Elvo Themas** (projektijuht)

Viitamine: Themas, A., Rooväli, L., Müürisepp, K., Madubuko, T., Themas, E., Soo, K. (2017) Rahvatervise programmi hindamine. Tartu Ülikool ja Technopolis Group Eesti OÜ.

Autorid tänavad tellija esindajaid Käthlin Mikiveri ja Elis Haani ning kõiki teisi hindamisprotsessile kaasa aidanud projektijuhte ja fookusgruppides osalenuid, kes leidsid aja ning võimaluse jagada oma kogemusi ja mõtteid.

Uuringuga seotud küsimuste puhul palume pöörduda:

Elvo Themas (e-post elvo.themas@ut.ee)
Lossi 36-329, 51003, Tartu
Telefon/e-post 737 6373, rake@ut.ee
<http://rake.ut.ee>

Sisukord

1	Kasutatud lühendid ja mõisted	4
1.1	Lühendid	4
1.2	Mõisted	4
2	Kokkuvõte	6
3	Sissejuhatus ja ülevaade uurimistest	12
4	Programmi eesmärk ja hinnatavad tegevused	18
4.1	Hindamise eesmärk	23
4.2	Hinnatavad tegevused	24
4.3	Hindamisülesanded ja -küsimused	33
5	Hindamise metoodiline raamistik	36
5.1	Dokumendianalüüs	37
5.2	Kvantitatiivne analüüs	38
5.3	Süvaintervjuud ja fookusgrupid	38
5.4	Hinnangute andmine, järelduste ja soovitude tegemine	39
6	Analüüs ja tulemused	44
6.1	Asjakohasus	44
6.1.1	Projektide hindamine ja valimine	44
6.1.2	Projektide tegevuste ja sihtrühmade valik ning omavaheline kooskõla	49
6.1.3	Projektide vastavus NFM, RTP, LPA ning teiste rakenduskavade eesmärkidele	53
6.1.4	Indikaatorite sobivus	63
6.1.5	Projekti aruannete kvaliteet	67
6.2	Tulemuslikkus	70
6.2.1	Projekti tulemuslikkuse näitajad	71
6.2.2	Riskid	75
6.2.3	Koostöö	77
6.3	Tõhusus	78
6.3.1	Tegevuste kooskõla planeeritud ajakavaga	78
6.3.2	Tegevuste kooskõla planeeritud eelarvega	80
6.3.3	Projektide omafinantseering	81
6.4	Jätkusuutlikkus	83
6.5	Ettepanekud uueks perioodiks	86
6.6	Kokkuvõttev hinnang programmile	88
6.6.1	Asjakohasus	88

6.6.2	Tulemuslikkus	91
6.6.3	Tõhusus	94
6.6.4	Jätkusuutlikkus	95
7	Järeldused ja soovitused	97
8	Summary	102
9	Kasutatud kirjandus.....	109
10	Lisa.....	113
10.1	Projektjuhtide küsitluse tulemused.....	113

1 Kasutatud lühendid ja mõisted

1.1 Lühendid

FMO – Finantsmehhanismide kantselei (ingl *Financial Mechanism Office*)

KSF – Kahepoolsete suhete fond

LPA – Laste ja perede arengukava 2012–2020

NFM – Norra finantsmehhanism 2009–2014

RaM – Rahandusministeerium

RTA – Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020

RTP – Rahvatervise programm, mida rahastati Norra finantsmehhanismist 2009–2014

SoM – Sotsiaalministeerium

WHO – Maailma Terviseorganisatsioon (ingl *World Health Organization*)

1.2 Mõisted

Avatud taotlusvoor on programmioperaatori poolt programmi eesmärkide saavutamiseks kindlatel tingimustel korraldatav avalik projektitaotluste konkurss.

Eelnevalt kindlaksmääratud projekt on Norra finantsmehhanismist 2009–2014 rahastatud projekt, millel on programmilepinguga kindlaksmääratud projekti elluviija, toetussumma, projekti eesmärgid ja tegevused.

Järelhindamine (ingl *ex post evaluation*) annab hinnangu sekkumise kohta pärast selle elluviimist. Ennekõike on järelhindamise eesmärk selgitada välja sekkumise elluviimiseks kulunud ressursid ja nende kasutamise tõhusus ning oodatavate ja ettenägematute tulemuste ja mõju saavutamine. Samuti tehakse kindlaks sekkumise elluviimisega seotud edulood ja õppetunnid ning tulemuste ja mõjude jätkusuutlikkus. Järelhindamise tulemusena valmivad järeldused ja soovitused, mida on võimalik arvesse võtta edaspidises poliitikakujundamises (European Commission 2013).

Kahepoolsete suhete fond on programmi eelarves reserveeritud rahaline toetus eesmärgiga hõlbustada projektipartnerite otsimist Norrast projektitaotluse koostamiseks, soodustada selliste partnerluste arengut ning pakkuda projektide elluviijatele teadmiste, kogemuste, meetodite ja parimate praktikate vahetamist, jagamist ning edasi andmist.

Norra finantsmehhanismi 2009–2014 peamised eesmärgid on aidata kaasa majandusliku ja sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele Euroopa Majanduspiirkonnas ning tugevdada kahepoolseid suhteid Norra ja abisaajariikide vahel omavahel kokkulepitud esmatähtsates valdkondades.

Programm on ühtsete meetmetega arengustrateegia, mis viiakse ellu erinevate projektide rakendamisel Norra finantsmehhanismi 2009–2014 toel ja mille eesmärk on saavutada kokkulepitud eesmärgid ja tulemused.

Programmioperaator vastutab programmide ettevalmistamise, rakendamise ja eesmärkide saavutamise eest. Norra finantsmehhanismi rakendamist aastatel 2009–2014 käsitleva vastastikuse mõistmise memorandumi kohaselt on Rahvatervise programmi operaatoriks Sotsiaalministeerium.

Programmipartner on avaliku sektori asutus või valitsusvaheline organisatsioon Norras, mille on määranud toetuse andja, kes nõustab programmi ettevalmistamist ja rakendamist. Rahvatervise programmi partneriks on Norra Rahvatervise Instituut (NRI), kes nõustas programmi elluviimist Eestis.

Projekti elluviija on avaliku või erasektori asutus, äriiline või mitteäriiline, või valitsusväline organisatsioon, mis viib ellu Norra finantsmehhanismist 2009–2014 rahastatavat projekti.

Sekkumisloogika (ingl *intervention logic*) on mõjuahel, mis kirjeldab, kuidas kavandatud tegevused viivad sekkumisele seatud eesmärkide saavutamiseni ning millises kontekstis ja millistel eeltingimustel soovitud muutused toimuvad.

Teooriapõhise hindamise (ingl *theory-based evaluation*) eesmärk on välja selgitada, miks ja kuidas jõudis/ei jõudnud elluviidud sekkumine oodatavate (ja ettenägematute) tulemuste ja mõjudeni. Samuti tehakse kindlaks, kelle jaoks ja millistel tingimustel sekkumise tulemused ja mõjud saavutati. Et mõista tulemuste saavutamise või mittesaavutamise põhjuseid, on teooriapõhise hindamise lähtekoht kavandatud sekkumisloogika tuvastamine ja selle reaalse toimimise hindamine (European Commission 2014).

Toetus on projektitaotluses kirjeldatud tegevuste elluviimiseks ja tulemuste saavutamiseks mõeldud sihtotstarbeline kaasrahastus, mis moodustub 85% ulatuses Norra Kuningriigi vahenditest ja 15% ulatuses Eesti riigi programmitasandi kaasfinantseeringust.

Toetuse andja on Norra finantsmehhanismi 2009–2014 puhul Norra Kuningriik, keda esindab Norra Välisministeerium.

Valikukomisjon on Sotsiaalministeeriumi poolt moodustatud vähemalt kolmest asjakohase pädevusega inimesest koosnev komisjon, mille liikmetest vähemalt üks ei ole Sotsiaalministeeriumi töötaja. Valikukomisjon vaatab üle avatud taotlusvoorude hindajate poolt paremusjärjestatud projektide loetelu ja võib põhjendatud juhtudel projektide paremusjärjestust muuta esitades üksikasjaliku muudatuste põhjenduse valikukomisjoni koosoleku protokollis. Valikukomisjon kinnitab programmi raames rahastamiseks soovitatavate projektide nimekirja ja esitab selle Sotsiaalministeeriumile.

2 Kokkuvõte

Käesoleva hindamise eesmärk oli **Norra finantsmehhanismi 2009–2014 alla kuuluva rahvatervise programmi ning selle raames ellu viidud projektide ja kommunikatsioonitegevuste järelhindamine**. Hindamise käigus selgitati välja, kas ja kuivõrd on programmi raames ellu viidud tegevused aidanud saavutada:

- Norra finantsmehhanismi 2009–2014 prioriteete,
- Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020 seatud eesmäärke,
- Laste ja perede arengukavas 2012–2020 seatud eesmäärke,
- Rahvatervise programmis seatud eesmäärke,
- programmi raames toetust saanud projektides seatud eesmäärke.

Norra finantsmehhanismi 2009–2014 üldeesmärk oli aidata kaasa majandusliku ja sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele Euroopa Majanduspiirkonnas ning tugevdada kahepoolseid suhteid Norra ja abisaajariikide vahel kokkulepitud esmatähtsates valdkondades. **Rahvatervise programmi üldeesmärk oli rahvatervise parandamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervishoius**. Konkreetsemad eesmärgid olid laste vaimse tervise teenuste arendamine ning selle kvaliteedi ja kättesaadavuse suurendamine, riskikäitumise vähendamine ja tervisliku eluviisi ning käitumise edendamine, elustiilist põhjustatud haiguste ennetamine (sõltuvusainete tarvitamine), ja nakkushaiguste ennetamine ning ravi vanglates.

Rahvatervise programmi peamine fookus oli laste vaimse tervise valdkonnas ja eesmärk oli leevendada järgmisi probleeme:

1. suurendada spetsialistide hulka ja parandada nende professionaalset taset laste ja noorte vaimse tervise probleemidega tegelemiseks (koolituste ja supervisiooni kaudu on paranenud spetsialistide teadmised ja oskused; vajalike spetsialistide hulk vaimse tervise teenuse osutamiseks on suurenenud – vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog, lastepsühhiaater);
2. parandada vaimse tervise teenuseid (abisajaate ja personali rahulolu teenustega on paranenud ning vaimse tervise ja reproduktiivtervise alaste teenuste kvaliteet ja kättesaadavus on paranenud, sh on suurendatud statsionaarsete voodikohtade arvu, loodud on uus pikaajaline rehabilitatsiooniteenus, kaasaegsed digilahendused ja veebipõhise nõustamisteenuse kvaliteedijuhised);
3. parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust erinevates regioonides (uute ravimeetodite kasutamine abivajaja elukohas ja piirkondlikult sisse seatud vaimse tervise nõustamismeeskonnad (kabinetid), erinevates piirkondades ja kohalikes omavalitsustes on koolitatud spetsialistid vaimse tervise teenuste koordineerimiseks ning teenuste osutamiseks);
4. tõsta elanikkonna teadlikkust vaimse tervise probleemidest (sh laste ja noorte, lapsevanemate ja elanikkonna teadmised ja oskused on paranenud);
5. parandada valdkondade vahelist koostööd ja võrgustikutööd spetsialistide vahel (tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussektori vahel, koolituste ja supervisiooni kaudu on paranenud sidusspetsialistide teadmised ja oskused);
6. suurendada tõenduspõhiste meetodite kasutamist vaimse tervise teenuste osutamisel (parandada teadlikkust efektiivsetest ja tõenduspõhistest sekkumistest ning kohandada meetodid tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks).

Programm töötati välja Sotsiaalministeeriumi ja Norra Rahvatervise Instituudi koostöös, selleks kulus aasta.

Rahvatervise programmi tegevuste sihtgrupid olid Eesti elanikkond (laiem avalikkus), lapsed (kuni 18-aastased) ja noored (kuni 26-aastased), lapsevanemad, laste ja noortega kokku puutuvad spetsialistid tervise-, sotsiaal- ja haridusvaldkonnas, kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste otsuse langetajad ning

spetsialistid väljaspool tervise sektorit (tervisedendajad), kes vastutavad tervisliku elukeskkonna loomise eest kohalikes omavalitsustes ja maakondades.

Programmile seati 17 väljundindikaatorit. Tulemus- ja mõjuindikaatorid jäid välja töötamata aja ja oskuste puudumisel. Programm viidi ellu eelnevalt kindlaksmääratud, avatud taotlusvooru ja Kahepoolsete suhete fondi projektidena ning kommunikatsioonitegevustena.

Programmi järelhindamise käigus hinnati nii programmi tervikuna kui ka 21-te rahvatervise programmis ellu viidud tegevust ning anti hinnang nende asjakohasusele, tulemuslikkusele, tõhususele ja jätkusuutlikkusele. Hindamine hõlmas perioodi 01.02.2013–31.01.2017. Hindamisel lähtuti teooriapõhise hindamise põhimõtetest, sealhulgas kasutati dokumendi- ja andmeanalüüsi, viidi läbi veebiküsitlus ja 19 poolstruktureeritud süvaintervjuud projektijuhtidega ning kuus fookusgruppiintervjuud programmi ettevalmistajate ja koordineerijatega, projektitaotluste hindajate ja valikukomisjoni liikmetega, sidusrühmade esindajatega ning hindamise tulemuste kasutajatega erinevatest organisatsioonidest.

Rahvatervise programmi raames arendati välja neli laste ja noorte vaimse tervise keskust (Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel) ning laste vaimse tervise kabinetid Põlvas, Valgas, Võrus ja Narvas, mis jätkavad tegevust ka pärast programmi lõppemist. Koostati kaks rehabilitatsiooniprogrammi pikaajalise rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks raske ja püsiva psüühikahäirega lastele, millest ühte rakendatakse ka pärast programmi lõppu. Valmis kontseptsioon „Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi“, kontseptsiooni edasiseks rakendamiseks otsitakse Sotsiaalministeeriumis võimalusi. Loodi kaks vaimse tervise seotud veebikeskkonda www.peaasi.ee ja www.enesetunne.ee, üks reproduktiivtervisega seotud veebikeskkond www.amor.ee ning neli mobiilirakendust vaimse tervise seotud teemadel „Ära tee!“, „Tee nii!“, „Deprest vabaks“ ja „Une monitor“. Viidi ellu mitmeid sotsiaalkampaaniaid: „Onu Alko“, „Passiivne joomine“, „Joo me poole vähem!“, „Mul on kõik OK!“ ja muid teavitustegevusi. Läbi viidi elanikkonna küsitlus „Elanikkonna teadlikkus, suhtumine ja hoiakud vaimse tervise teemal“, kuid kuna sarnast küsitlust enne programmi toimumist läbi ei viidud, siis ei võimalda antud uuringu tulemused hinnata muutusi elanikkonna teadlikkuses, suhtumises ja hoiakutes vaimse tervise teemadel. Koolitati nii vaimse tervise kui ka sidusrühmade spetsialiste.

Projektide elluviimist takistanud tegurid olid peamiselt seotud inimressursi puudusega. Ühelt poolt oli puudu vajalikke spetsialiste (sh vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid, tegevusterapeutid, veebinõustajad), kes saaksid teenust osutada ning kelle abil uusi teenuseid luua ja testida. Teisalt oli sageli probleeme projektimeeskondade ülekoormusega, kuna projektitegevus oli paljudele meeskonnaliikmetele täiendavaks tegevuseks oma põhitöö kõrval. Oluliseks takistavaks teguriks projektide elluviimisel oli ka tegevuste jätkusuutlikkusega seotud kindlustunde puudumine, mis loodud vaimse tervise keskuste ning nõustamiskabinetide puhul põhjustas personali vahetumist ning Valga haigla loobumise nõustamiskabineti töö toetamisest. Kabineti töö rahastamise ja korraldamise võttis üle Tartu Ülikooli Kliinikum koostöös kohaliku omavalitsusega.

Hindamise tulemusena on kõik RTP-s toetatud tegevused asjakohased ja kooskõlas nii NFM, RTP, RTA kui ka LPA eesmärkidega. Kuigi üksikutes tegevustes oli mõne asjakohasuse aspekti puhul väiksemaid puudujääke, siis üldist asjakohasuse hinnangut need ei mõjutanud. Projektide sihtrühmad ja tegevused valiti eelkõige RTP eesmärkidele ja kirjeldusele toetudes. Projektijuhtide hinnangul said nad projekti eesmärged ja tegevusi arvestades projekti kaasata kõik vajalikud sihtrühmad ning ükski projekti ega RTP seisukohalt oluline sihtrühm kaasamata ei jäänud. **Projektidesse valitud tegevused olid enamasti nii üksteist kui ka projekti eesmärkide täitmist toetavad.** Lisaks viidi programmis ellu täiendavaid tegevusi, mille vajadus selgus programmi jooksul.

Dokumendianalüüsi põhjal vastas projektide tegevuste regionaalne jaotus enamasti projekti dokumentatsioonis märgitule ning RTP eesmärgile vähendada ebavõrdsust tervishoius. Programmi

tegevuste regionaalse kaetuse aspekti ehk vastavust piirkondlikele vajadustele ei ole ilma täiendavate uuringuteta võimalik hinnata, sest Eestis ei ole teada laste vaimse tervise alased regionaalsed vajadused.

Dokumendianalüüsi põhjal olid projektides valitud tegevused nii sisult kui mahult sobivad projekti eesmärkide saavutamiseks ning ükski oluline tegevus ellu viimata ei jäänud. Samuti ei muudetud projektide tegevusi elluviimise jooksul olulisel määral. Hinnatud projektidest 17 olid tulemuslikud, kaks mõõdukalt tulemuslikud ning ühe projekti tulemuslikkust ei olnud võimalik hinnata. Projektide elluviimist toetas kogunud projektijuhtide ning meeskondade kasutamine, läbimõeldud tegevused ning selgelt seatud eesmärgid. Projektide tulemuslikkust ja tõhusust positiivselt mõjutanud tegurina võib välja tuua RTP-s teostatud projektide omavahelise koostöö ning negatiivsena mõnikord ka selle vähesuse. Koos tegutsedes või üksteise tegevustega kursis olles vähendati dubleerivaid tegevusi või täiendati üksteise tegevusi sobival viisil. Programmis ilmselgus erinevaid riske, mis mõjutasid tegevuste elluviimist.

Kuigi RTP ettevalmistamisele kulus palju aega ning rakendamise periood jäi selle tõttu lühemaks, **loeme programmi hindamise tulemusena pigem tulemuslikuks.** Programmi tegevused olid sobivalt valitud ning piisavad RTP eesmärkide saavutamiseks. Suurem osa programmi eesmärkidest täideti või ületati, samas osa indikaatorite sihttasemetest olid valitud liiga madalad. Tulemuslikkuse osas oli võimalik hinnata ainult programmi väljundindikaatorite saavutamist, kuid programmi tulemuste ja laiemate mõjude saavutamisele ühest hinnangut anda ei saa, kuna programmile ei seatud tulemus- ega mõjuindikaatoreid. Programmi tulemuslikkuse paremaks hindamiseks on vaja läbi viia täiendavad uuringud tegevuste ulatuse (nt milline on maakondlik laste vaimse tervise probleemide levimus, millisele osale probleemidega lastest on teenused maakondlikult kättesaadavad, kui paljud neist teenuseid mõistliku ooteaja jooksul kasutab, milline on katmata vajadus) ja mõju (nt kas laps saab probleemile talle vajaliku integreeritud terviklahenduse koos vajalike jätkutegevustega, kas laps terveneb/paraneb/tema areng on asjakohaselt toetatud) kohta.

11 projekti viidi ellu tõhusalt ning neli projekti mõõdukalt tõhusalt. Olulisi probleeme ajakavas püsimisega hinnatud projektidel polnud, kuid peaaegu kõikide projektide eelarveid projekti jooksul teatud määral muudeti, mistõttu on keeruline hinnata, kas planeeritud tegevusi oleks olnud võimalik saavutada väiksema ressursikuluga. **Projektide eelarved oli enamasti kooskõlas planeerituga ning keskmiselt kasutati ära 94% eelarvest.** Projektide eelarve ülejäägid suunati teiste projektide pikendamiseks või Kahepoolsete suhete fondi projektide toetuseks. Nii panustati rahakasutuse efektiivsuse tõstmisesse programmi tasandil. Lisarahastust said projektid ainult täiendavate tegevuste ellu viimiseks. Tagasiside kohaselt oli rahastamise maht piisav projektide eesmärkide saavutamiseks. **Programmi eesmärkide täitmisele aitas oluliselt kaasa võimalus projektide täitmisaja pikendamiseks, mida kasutati kümne projekti puhul.**

Hindamise tulemusena loeme RTP tegevused pigem tõhusaks. 96% programmis väljamakstud toetussummast jagati projektidele, mis olid hindamismeeskonna arvates tulemuslikud ja 82% vahenditest jagati projektidele, mille tegevusi hindasid hindajad jätkusuutlikeks. Programmis projektide pikendamine, kõrvalekalded ajakavas ning eelarve vähesem kasutamine tõhususe hinnangut oluliselt ei mõjutanud. Programmi tõhusust vähendas projektijuhtide suur halduskoormus. Programmi rahastamise maht oli enamasti piisav valitud tegevuste ellu viimiseks ja eesmärkide saavutamiseks.

Paljud projektides ellu viidud tegevused on enamasti mõjusad ja jätkusuutlikud ega vaja hilisemat toetust, kuid RTP-s viidi ellu ka projekte, mille tulemused vajavad jätkuvat tähelepanu ja rahastust. **Hindamise tulemusena olid 11 projekti jätkusuutlikud, kuus projekti olid mõõdukalt jätkusuutlikud,** kuna nende tulemused on küll olemas, kuid neid pärast projekti lõppu enam edasi ei kasutata. **Kaks projekti ei olnud jätkusuutlikud.** Intervjuueeritud ekspertide ning hindamismeeskonnale kättesaadavate materjalide põhjal on vaimse tervise teema RTP lõppedes riiklikult jätkuvalt madala prioriteetsusega, mis seab ohtu programmitegevuste edaspidise jätkusuutlikkuse ja arendamise. Ei ole selge, kelle koordineerida jäävad riiklikul tasandil algatatud laste ja noorte vaimse tervisega seotud arendus- ja sisutegevused pärast RTP

lõppemist. Programmi lõpus puudub endiselt ülevaade laste ja noorte vaimse tervise probleemide ulatusest, teenuse nõudlusest ning sellest, kui suure osa loodud vaimse tervise keskused ja kabinetid nõudlusest ära katavad. Puudub strateegia teenuse vajaduste katmisest teistes maakondades. Arendamist vajab koostöömehhanism perearstidega ning üldises plaanis tuleks astuda samme vaimse tervise spetsialistide (lastepsühhiaatrite, vaimse tervise õdede, kliiniliste psühholoogide) koolitustellimuse tagamiseks.

Hindamise tulemusena loeme RTP tegevused mõõdukalt jätkusuutlikuks. Suurem osa projektidest jätkab programmis alustatud tegevustega, rahastades jätkutegevusi enda eelarvest või koostöös projektipartneritega. Programmi olulise tulemusena on kaks vaimse tervise teenust Haigekassa poolt rahastatavate teenuste nimekirjas ning teenuse pakkumise jätkumist toetavad ka kohalikud omavalitsused. Mitmete projektide tulemusi on võimalik edaspidi kasutada ja arendada. Jätkusuutlikkuse hinnangut vähendab asjaolu, et mitte kõigi programmi oluliste tulemuste (sh pöörates tähelepanu just eelnevalt kindlaks määratud projektide tulemustele) jätkusuutlikkuse osas pole selgust ega kindlust. Näiteks ei ole teada, kuidas jätkub ühe väljatöötatud laste rehabilitatsiooniteenuse rahastamine ning laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni ja hindamisvahendite rakendamine. Samuti ei ole selgust, kuidas tagatakse loodud vaimse tervise keskustele ja kabinettidele jätkusuutlik rahastamine integreeritud teenuste pakkumiseks ning vajaliku personali koolitamine ja väljaõpe piisava juurdekasvu tagamiseks.

Analüüsi ja hindamise tulemusena on toodud välja **soovitused**, mida on hindajate arvates oluline arvesse võtta lõppeva programmiperioodi kokkuvõtteid tehes ja uut programmiperioodi ette valmistades.

Programmi välja töötamine

- **Kasutada eelmise programmi ettevalmistamise ja doonorriigiga läbirääkimiste kogemusi uue perioodi ettevalmistamisel:** (1) alustada Eesti-poolse programmi ettevalmistamisega võimalikult varakult, (2) rakendada uue programmiperioodi ettevalmistamisel maksimaalselt lõppeva perioodi kogemusi, väljatöötatud materjale (nt juhendid, taotlus- ja aruandlusvormid) ja praktikaid (nt toimivad tööprotseduurid) ning (3) rakendada uue perioodi programmide ettevalmistamisse ning elluviimisesse eelmisel perioodil sarnaste programmidega seotud ning seega juba vajalike teadmiste ja kogemustega inimesi.
- **Teha doonorriigile ettepanek, et programmi ettevalmistusaeg ei oleks osa programmiperioodist** ehk programmi rakendusperioodi pikkus ei sõltuks programmi ettevalmistamisele kuluvast ajast.
- **Pöörata järgmise programmi ettevalmistamisel oluliselt enam tähelepanu lisaks programmi väljundindikaatoritele ka tulemus- ja mõjuindikaatorite väljatöötamisele.** Seejuures mõelda läbi, kuidas indikaatorite täitmist seiratakse (meetod ja mõõtmise sagedus), viia enne programmitegevuste algust läbi vajalikud tegevused (nt küsitlusuuring) indikaatorite baastasemete määramiseks, vastavalt mõõdetud baastasemetele seada indikaatoritele sihttasemed, arvestada indikaatorite täitmise seirega seonduvad kulud osana juhtimiskuludest ning planeerida mõõtmisega seonduvad tegevused osana programmi elluviimisest ja aruandlusest.
- **Kui programmi tasandil seatud eesmärgi panustab mitu programmi raames elluviidavat tegevust** (nt sotsiaalkampaaniad, teatud käitumuslike ja hoiakuliste muutuste saavutamine ühiskonnas), **siis seada vastava eesmärgi saavutamise hindamiseks programmi tasandil ühine tulemus- ja/või mõjuindikaator ning hinnata selle saavutamist programmioperaatori poolt** (nt küsitlusuuring enne ja pärast programmi elluviimist, sotsiaalkampaaniate märgatavusuuring). Seejuures silmas pidada, et käitumuslike ja hoiakuliste muutuste hindamine ei toimuks vahetult pärast vastavate projektitegevuste elluviimist.

Projektide hindamine ja valik

- **Kaasata kõigi Kahepoolsete suhete fondi projektide hindamisse lisaks Eesti eksperdile ka Norra ekspert, et tagada hindamise erapooletus ja Norra-poolsete teadmistega arvestamine.** Kahepoolsete suhete fondi projektide õnnestumiseks on oluline, et Norra ekspert hindaks Norra-poolse projektipartneri sobivust projekti eesmärkide saavutamise kontekstis, samuti kas ootused projekti raames Norrast saadavate teadmiste, kogemuste, meetodite ja parimate praktikate saamisele on realistlikud. Kui Norra eksperdi kaasamine teatud projekti hindamisse ei ole mingil põhjusel võimalik, peaks sõltumatuse tagamiseks vähemalt üks kahest hindajast olema ekspert, kes ei tööta Sotsiaalministeeriumis ega selle haldusala asutustes.
- **Programmis pöörata rohkem tähelepanu riskide hindamisele projektide ettevalmistamisel.** Välja töötada protsess, kuidas hindajate poolt väljatoodud probleemide ja riskidega projekti elluviimisel arvestatakse.
- **Tagada, et kõigile projektitaotluste hindajatele ja valikukomisjoni liikmetele antakse põhjalik ja selge ülevaade nende õigustest ja kohustustest projektitaotluste hindamisel ja valikul nii kirjalikus kui ka suulises vormis.**
- **Muuta projektitaotluseid hinnanud ekspertide jaoks osalemine valikukomisjoni koosolekul kohustuslikuks** (sh vajadusel elektrooniliste sidevahendite abil), et vajadusel oleks võimalik neil taotlustele antud tagasisidet valikukomisjoni liikmetele selgitada ning projektitaotluste tugevaid ja nõrku külgi koos arutada.

Programmitegevuste elluviimine

- Avatud taotlusvoorude väljatöötamisel mitte seada välistavaid piiranguid erinevate sihtgruppide kaasamisele. **Läheneda projektitegevustes osalevate sihtgruppide kaasamisele probleemikeskset**, st kaasata tegevustesse kõik sihtgrupid, kelle osalus on vajalik määratletud probleemi lahendamiseks.
- **Tagada põhjendatud paindlikkus tegevuste elluviimisel ja eelarve kasutamisel** ka järgmise NFM programmide rakendamisel.
- **Lähtuda ka edaspidi laste ja noorte vaimse tervise keskuste arendamisel kohapealsetest eripäradest.**

Projektide juhtimine ja aruandlus

- Pöörata edaspidi rohkem tähelepanu projekti tasandi indikaatorite seadmisele, sh **juhendada toetuste taotlejaid indikaatorite seadmisel** (nt infopäevadel või vastavate juhendmaterjalide jagamise abil), et tagada ühelt poolt sobivate indikaatorite seadmine projekti tasandil ning teisalt seatud indikaatorite kooskõla programmi tasandi indikaatoritega. Seejuures pidada silmas, et projektid võtaksid arvesse ja jälgiksid programmi tasandi indikaatoreid, kuid samas peab neile jääma ka vabadus seada indikaatoreid, mis on kõige sobivamad just nende projekti tulemuste mõõtmiseks.
- **Iga vahearuanne peaks kajastama projekti peamiste indikaatorite täitmist** vastava indikaatori saavutamist toetava tegevuse juures. See võimaldab jooksvalt hinnata projekti eesmärkide suunas liikumist. Projekti lõpparuanne peab sisaldama infot kõigi taotluses seatud indikaatorite saavutustasemetega kohta. Taotleja peab tagama indikaatorite mõõdetavuse ning vajadusel esitama mõõtmismetoodika kirjelduse.
- **Iga projekti lõpparuandes tuua välja tulemuste otsesed ja kaudsed seosed programmi väljunditega koos projektijuhi põhjendusega panuse osakaalule.**
- **Segaduse vältimiseks ning aruande jälgitavuse parandamiseks soovime edaspidi muuta projektide vahearuande vormi** selliselt, et pikemate tegevuste korral oleks aruandest näha nii eelmise perioodi tulemus, jooksva perioodi tulemus kui ka plaanid sama tegevuse jätkamiseks järgmisel perioodil. Kui tegevuse eesmärk saavutatakse ja tegevus järgmisel perioodil ei jätku, siis seda järgmise perioodi vahearuandes enam ei kajastata, vaid tuuakse tulemusena välja projekti lõpparuandes. Aruande vormil

peab olema koht põhjenduste jaoks, miks mõnda planeeritud tegevust ellu ei viidud, mõni tegevus edasi lükkus või asendati teisega.

Projektide elluviijate halduskoormus

- Programmi tulemusliku rakendamise seisukohast on väga oluline vähendada projektide elluviijate, aga ka Sotsiaalministeeriumi ja Rahandusministeeriumi tehnilise töö osakaalu, et seeläbi oleks võimalus panustada enam sisulisele tegevusele. **Programmioperaator koostöös projekti täitjatega peab leidma tasakaalu aruandlusperioodide sageduse, aruannete detailsuse ning kontrollperioodi pikkuse vahel.** Aruandlusnõuded ei tohiks programmi jooksul olulisel määral muutuda ega saada takistuseks projektide elluviimisel. Lubada kõigil projektidel lisaks projektijuhile kaasata meeskonda assistent või finantsspetsialist.
- **Kaaluda uuel perioodil erinevaid võimalusi finantsaruandluse lihtsustamiseks** (nt kulude hüvitamine ühtse määra, kindlasummalise makse või standardiseeritud ühikuhindade alusel), võttes eeskuju lihtsustamise meetmete kasutamise kogemustest struktuurivahendite rakendamisel, sh valmiva “Struktuurivahendite rakenduskeemide tõhususe ja toetuse saajate halduskoormuse hindamise” tulemustest.
- **Seada ajalised piirangud projekti vahearuanete kinnitamisele ning tagada projektide rahalised väljamaksed aruandlusperioodide vahel.** Jätta projekti elluviimisaja lõppu piisav ajavaru aruandlusnõuete täitmiseks või arvestada aruandlusega seotud tööjõukulude katmine pärast projekti lõppu projektitoetuse osaks.

Projektitegevuste jätkusuutlikkus

- **Eelnevalt kindlaks määratud projektide tegevuste jätkusuutlikkuse tagamine pärast programmi lõppemist mõelda läbi ja leppida kokku juba ideede väljatöötamise etapis.** Toetada erinevatel viisidel (nt vajadusel jätkuv rahastamine, tegevuste elluviimise ülevõtmine riigiasutuse poolt, teemaga edasitegelemine töörühmades ja arvestamine poliitikadokumentide väljatöötamisel) ka avatud taotlusvoorudest rahastatud tegevuste elluviimist ja jätkusuutlikkust pärast programmi lõppemist. **Mõelda läbi riiklikud võimalused projektitegevuste jätkusuutlikkuse tagamiseks avatud taotlusvoorude projektide hindamise etapis ja arvestada nendega rahastusotsuste tegemisel.**
- **Töötada välja riiklik vaimse tervise poliitika ning tegevuskava koos elluviijate ja vastutajatega,** mis võtaks arvesse Rahvatervise programmi raames saavutatud tulemusi ning toetaks nende edasist elluviimist ja arendamist.
- Kaardistada laste vaimse tervise teenuste kaetud ja katmata vajadused (mh laste vaimse tervise riskitegurite ja vaimse tervise probleemide iseloom ja levimus, erinevaid laste vaimse tervise teenuseid osutava personaliga kaetus, ravijärjekordade pikkused, vajalikke teenuseid saanud laste osakaalud teenuste lõikes jms) maakonniti. **Soodustada integreeritud vaimse tervise teenuste väljaarendamist kõigis maakondades.**
- Leppida kokku patsientide liikumisteed ja koostöö perearstidega.
- **Soodustada vajaliku hulga lastepsühhiaatrite, vaimse tervise õdede, kliiniliste psühholoogide koolitustellimust.**

3 Sissejuhatus ja ülevaade uurimistest

Rahva tervise seisundit on võimalik iseloomustada mitmeti. Siiski pole erinevatel põhjustel olemas ühtset üldtunnustatud standardset rahva tervise näitajate kogumit, mida igal pool või kõigi uurijate poolt üksmeelselt kasutatakse. Maailma Terviseorganisatsioon on **peamiste rahvatervise näitajana** kaardistanud mitmed erinevad tegurid, mille hulka kuuluvad nii oodatav eluiga, peamised surmapõhjused, vaimne tervis, nakkushaiguste levik, pikaajalised haigused ja vaegurlus, laste ja noorukite tervis, naiste tervis, elustiilist tulenevad tervise riskifaktorid, sh tubaka, alkoholi ja narkootikumide tarbimine, toitumine, kehaline aktiivsus, ülekaalulisus, erinevad keskkonnategurid ning tervishoiusüsteemi näitajad (tervishoiu rahastamine, ravimid ja apteegid, tervishoiupersonal) (WHO Euroopa Regionaalbüroo jt 2002).

Erinevate uuringute tulemuste põhjal on vaimse tervise probleemid Eestis üks olulisem oodatavat eluiga ja tervena elatud aastaid lühendav ning töövõimekust vähendav tegur. Maailma Terviseorganisatsioon kirjeldab **vaimset tervist** kui heaolu seisundit, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevase elu pingetega, suudab tulemuslikult töötada ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks (WHO 2004). Seega tähendab vaimne tervis enam kui psüühikahäire või psüühilise puude puudumist – see on inimese tervise oluline ja lahutamatu osa ning tema kogukonna heaolu ja tõhusa toimimise alus. **Erilist tähelepanu vajab just laste ja noorte vaimse tervisega seonduv, kuna ligikaudu pooled täiskasvanud inimestel esinevatest probleemidest on alguse saanud enne 14. eluaastat** (Kessler jt 2007). Varajane märkamine ja õigeaegne sekkumine vähendavad edaspidiseid kulutusi ja suurendavad inimeste elukvaliteeti.

Enne Rahvatervise programmi väljatöötamist 2013. aastal ei olnud vaimne tervis Eestis prioriteetne valdkond ning puudusid selged strateegiad ja tegevuskavad nii riiklikul kui kohalikul tasandil. 2008. aastal märkis WHO oma raportis „*Policies and Practices for Mental Health in Europe*“, et Eesti oli üks neljast Euroopa regioonist liikmesriigist (kokku 42 riiki), kus puudus vaimse tervise poliitika. Eestis puudus selge kontseptsioon ja sektorite ülene regulatsioon vaimse tervise teenuse osutamiseks, mis oleks sätestanud lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks (Bogdanov ja Pertel 2012).

Aastal 2002 koostatud vaimse tervise poliitika alusdokumendis toodi välja **peamised probleemid Eesti elanike vaimses tervises** (Praxis 2002):

- psüühikahäirete sagenemine, noorenemine ning suur prognoositav kasv;
- kõrge suitsiidide tase;
- sõltuvushäirete suur hulk, sagenemine ja noorenemine;
- teenuste madala ja ebaühtlase kvaliteet koos vähese kättesaadavuse ja puuduliku õiguskaitse süsteemiga;
- teenuste süsteemikesksus, puudulik koordineeritus, alafinantseerimine ja ebaefektiivne vahendite kasutamine.

Vaimse tervisega seotud valdkondade ühe peamise probleemina nimetati pigem keskendumist tagajärgede likvideerimisele kui vaimse tervise edendamisele ja probleemide ennetamisele. Olukorra parandamiseks peeti eelkõige vajalikuks elanikkonna laiemat teavitamist ja vaimse tervise alase edendus- ja ennetustöö tõhustamist ning nende õiguslikku määratlemist. Väga oluliseks peeti ka abiandjate täiendavat ja jätkuvat koolitust, supervisiooni ja rahastamist (Praxis 2002). Rahvatervise programmi eel ei olnud nimetatud alusdokumenti ellu viidud ning arengud riigi tasandil olid seiskunud (Bogdanov ja Pertel 2012).

Vahendite paigutamise tähtsust ja prioriteetsust väikelaste, laste ja noorukite vaimse tervise valdkonda rõhutasid 2004. aasta nõupidamisel Luksemburgis nii Euroopa Komisjon, Euroopa Liidu liikmesriikide tervishoiu ministrid kui ka WHO Regionaalkomitee. 2005. aastal koostati MTÜ Tervishoiuseltsi,

Sotsiaalministeeriumi ja WHO koostöös ülevaade vaimse tervise teenuste süsteemist Eestis (Sarjas jt 2005), mille eesmärk oli luua lähtealused edasisteks, senisest enam integreeritud arenguteks.

Vaimse tervise olukord enne Rahvatervise programmi

Psüühikahäirete sagenemine, noorenemine ning suur prognoositav kasvamine on väga lähedalt seotud vaimse tervise üldise väärtustamise ja probleemide vähese teadvustamisega nii riiklikul kui ka üksikisiku tasemel. Oskamatus probleeme märgata ja tõrjuv suhtumine psüühikahäiretega inimestesse on seotud väheste teadmistega nendes küsimustes. Lapsevanemate ja lastega tegelevate spetsialistide (nt õpetajad, lasteaiaõpetajad) teadmised, oskused ja ajaressurss on lastega toimuva (nt eri liiki vägivald, kõnehäired) märkamiseks üldiselt vähesed, mistõttu jääb ennetus ja sekkumine hiljaks. Lapse- ja noorukiea tõsised vaimsed häired mõjutavad lapseea normaalset arengut – eelkõige psüühilist, emotsionaalset, kognitiivset ja sotsiaalset küpsemist. Probleemiks on ka lastega tegelevate psühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide vähesus. Samuti pole erivajadustega laste õppimis- ja ravivõimalustele terviklikult lähenetud (Praxis 2002).

Psühhiaatriliste uute haiguste arv aastal 2012 vastavalt Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi haigestumuse andmetele oli 2016 juhtu 100 000 elaniku kohta. Vastavalt Terviseuuringu (2006) andmetele esines depressiooni 5,6% elanikest ja vaid 34% depressiooni all kannatanutest oli viimase aasta jooksul otsinud abi (Kleinberg 2014). Eesti Psühhiaatrite Seltsi andmetel oli 12–20%-l Eesti lastest psühhiaatrilisi probleeme, vähem kui pooled neist said märgatud esmatasandil ning ainult osa neist sattus vaimse tervise spetsialisti juurde (Kleinberg 2012). Statistika näitas, et üldine psühhiaatriliste probleemide esinemissagedus lastel ja noorukitel oli alates 2000. aastast pisut vähenenud, kuid esile tõusid uued diagnoosid (Teeäär 2005). Eesti Kooliõpilaste Tervisekäitumise uuringu 2010 (HBSC) andmetel oli depressiivsete episoodide 12-kuu levimus 15-aastaste poiste hulgas 19% ja tüdrukute hulgas 39%. Kõige sagedasemad vaimsete häirete põhjused olid neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired, meeleoluhäired ning psühhootiliste ainete tarbimisest tingitud psüühika- ja käitumishäired. Laste ja noorte puhul olid sagedasemateks põhjusteks lapseeas alanud käitumis- ja tundeoluhäired, psühholoogilise arengu häired ning neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired (Kleinberg 2012). Siiski ei saa depressiooni, alkoholi kasutamisest tingitud või muude kergemate psüühikahäirete esinemissageduse kohta midagi lõplikku väita ainult ametliku statistika alusel, kuna diagnoosipõhine statistika kajastab pigem konsultatsioonile või ravile pöördunute arvu kui tegelikku abivajajate hulka (Bogdanov ja Pertel 2012).

Tavaliselt pöörduvad inimesed vaimse tervise probleemidega perearsti poole ja vaid suuremate probleemidega psühhiaatri vastuvõtule. On leitud, et ainult 69% patsientidest jõuab kontaktini tervishoiusüsteemiga ja ainult 18% depressiivsetest patsientidest ühiskonnas saab korrektse diagnoosi ja ravi (Knorring 2001).

Lastepsühhiaatria arengut Eestis on pidurdanud spetsialistide vähesus. Seda nii lastepsühhiaatrite kui ka nende ravimeeskonnas hädavajalike kliiniliste lastepsühholoogide, logopeedide ja vaimse tervise õdede vähesus. Aastal 2013 töötas Eestis umbes 22 lastepsühhiaatrit, kelle keskmine vanus oli 55 aastat, kuid reaalne vajadus aastaks 2015 oli 60 lastepsühhiaatrit (Laarmann jt 2013). Spetsialistide puudus ja piiratud võimalused haigekassa teenuse näol kujundasid olukorra, kus laste psühhiaatriline abi oli kättesaadav piiratud hulgal patsientidele ja ainult suuremates keskustes (Laste- ja noorukitepsühhiaatria ... 2012). 2013. aastal pakuti nii ambulatoorset kui statsionaarset lastepsühhiaatrilist teenust Tallinnas, Tartus ja Jämejalas. Statsionaarseid voodikohti oli Eestis kokku 45, neist 16 voodikohta (sh 10 lastele ja 6 noorukitele) Tartus. Teistes Eesti piirkondades oli abi kättesaadavus tõsine probleem. Eriti kriitiline oli olukord Ida-Virumaal, kus ei töötanud ühtegi lastepsühhiaatrit.

Kõige tõsisem ja lausa eluohtlik halva vaimse tervise avaldumisviis on **suitsidaalsus** (enesetapumõtted ja – katsed ning enesetapud). 2010. aastal oli Eesti Euroopa Liidu riikide pingereas esimese viie-kuue hulgas just

kõrge standardiseeritud enesetapakordajaga, mis oli 16,5 enesetappu 100 000 elaniku kohta, kusjuures EL keskmine 2010. aastal oli 10–12 enesetappu 100 000 elaniku kohta (Säästva arengu ... 2011). Ebapiisava psühhiaatrilise abi kättesaadavust Eestis peegeldab ka suitsiidimõtteid omavate õpilaste kõrge osakaal ning õpilaste enesevigastamiste määr. 2010. aastal tehtud rahvusvahelise SEYLE uuringu (2011) põhjal tundis 2% Tallinna koolide 14–15-aastastest õpilastest väga suurt soovi elust lahkuda või olid nad juba üritanud enesetapu katset sooritada. Vähemalt korra elus oli enda tahtlikult vigastanud kolmandik Eesti noortest, kusjuures sagedasem on selline käitumine tütarlaste seas. Enesetapumõtetega oli Eestis üle 10% kõigist 13–15-aastastest kooliõpilastest, kusjuures suitsiidimõtteid oli enam riskikäitumisega (suitsetamine, alkoholitarmine, kakluses osalemine, kiusatud või kiusaja olemine) noorukitel (Samm jt 2010, Samm 2012).

Sõltuvushäirete kõrge tase, lisandumine ja noorenemine

Vaimse tervise probleemid (depressioon, suitsiid) on otseselt seotud **alkoholi tarvitamisega** (Maaroos jt 2010, Hämäläinen jt 2005), kusjuures Eestis tarbisid täiskasvanud ehk enam kui 15-aastased elanikud 11,4 liitrit alkoholi ühe elaniku kohta aastal 2010. Euroopa Liidu riikide keskmine alkoholi tarbimine 2010. aastal oli 10,7 liitrit elaniku kohta (OECD 2012). Alkoholi tarvitamine ja purju joomine on laialt levinud ka noorukite hulgas (Aasvee jt 2012). Alkoholitarmine on 10–24-aastaste noorte vanuserühmas kõige olulisem alkoholismi riskitegur, kuna teismelisena alkoholi regulaarset tarbimist alustanud inimestel on kõrgem risk nii tervist ohustavaks riskikäitumiseks täiskasvanuna kui ka alkohoolsete jookide kuritarvitamiseks (Alkoholipoliitika roheline raamat 2014). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringute (2009/2010. õppeaasta) raportis märgiti, et noorte alkoholi tarvitamine oli seotud vigastuste, liiklusõnnetuste, enesetappude, depressiooni, õppimisvõime languse, vägivalda, vägistamise ja kaitsmata vahekordadega. Kaks kolmandikku noori leidis, et lahjad alkohoolsed joogid olid kergesti kättesaadavad. Vähemalt korra oli alkoholi proovinud 40% 11-aastastest, 75% 13-aastastest ja 93% 15-aastastest lastest (*ibid.*). Pooled noortest tarvitasid alkoholi harvem kui korra kuus, kuid 9% tegi seda regulaarselt ehk vähemalt korra nädalas. Elu jooksul ei ole ennast purju joonud 66% õpilastest, ühe korra on seda teinud 13% ning kaks või rohkem korda 21% noortest (*ibid.*).

Ka esmase tubakatarvitamise osas ehk 15-aastaste kooliõpilaste osakaal, kes on esimese sigareti suitsetanud 13-aastaselt või varem, on Eesti teiste Euroopa Liidu riikidega võrdluses olnud esikolmikus. Viimase Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (2013/2014 õa) andmete põhjal on aga toimunud positiivne nihe ning Eesti õpilased alustavad sigarettide suitsetamisega veidi hiljem. Kui 2010. aastal proovis esimese sigareti 13-aastaselt või varem 63% poistest ja 48% tüdrukutest, siis 2014. aastal tegi seda 49% poistest ja 40% tüdrukutest. Varast suitsuproovimist alustatakse sagedamini maapiirkondades, eestikeelsetes peredes ja seal, kus perekonna moodustab bioloogiline vanem ja kasuvanem (*ibid.*). 15-aastastest suitsetas igapäevaselt 8%. Viimaste andmete põhjal on 11–15-aastaste õpilaste suitsetamise levimus langustrendis ning suurenenud on mittesuitsetajate osakaal – kui 2010. aastal oli mittesuitsetajaid selles vanuserühmas 87%, siis 2014. aastal vastavalt 92% (*ibid.*).

Kuigi sigarettide ja vesipiibu suitsetamine on vähenenud, on populaarsust võitmas alternatiivsed tubakatooted nagu huuletubakas ja elektrooniline sigaret (e-sigaret) (Tubakapoliitika roheline raamat 2014). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (2013/2014. õppeaasta) andmetel on kunagi elus vesipiibu suitsetanud 28% õpilastest ning uuringu ajal luges end vesipiibu suitsetajaks ligikaudu 19% 11–15-aastastest õpilastest. Igapäevaseid vesipiibu suitsetajaid oli õpilaste hulgas alla 1%, pigem oli see juhuslik tegevus ning rohkem levinud tüdrukute seas. Huuletubakat on kunagi tarvitanud 13% 11–15-aastastest õpilastest ning uuringu ajal tarvitas huuletubakat 9% 15-aastastest poistest ja 2% sama vanadest tüdrukutest (*ibid.*). E-sigarette oli proovinud või suitsetas 33% 11–15-aastastest õpilastest, 15-aastaste noorte hulgas oli e-sigarette suitsetajaid vastavalt 13% poistest ja 8% tüdrukutest (*ibid.*).

Tõsiseks probleemiks laste ja noorukite vaimse tervise valdkonnas oli kujunemas üha suurenev käitumishäirete ilmnemine ja narkomaania levik, mis paljudel juhtudel võib viia koolist välja langemise ja kriminaalkuritegude sooritamiseni. Uimastite tarvitamist alustatakse üha nooremana. Kanepit oli elu jooksul proovinud iga kümnes õpilane, kanepiga katsetamine suureneb hüppeliselt 15-aastaste seas, kusjuures poiste hulgas oli kanepit proovinud 9% võrra rohkem kui tüdrukute hulgas (Aasvee jt 2012). Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu andmetel oli elu jooksul vähemalt korra kanepit tarvitanud 29% õpilastest 15-aastastest poistest ja 19% sama vanadest tüdrukutest (Aasvee jt 2016). Kanepi tarvitamise levimuses viimastel aastatel suuri muutusi toimunud ei ole (TAI 2016). Lisaks kanepile oli muid narkootilisi aineid tarvitanud 15% õpilastest, muude ainete hulgas olid sagedasemad rahustite või uinutite (9% 15–16-aastastest õpilastest) ning inhalantide (13%) kasutamine (TAI 2016).

Laste vaimset tervist üha enam mõjutavaks teguriks on saanud internetisõltuvus. SEYLE uuringu (2011) kohaselt kuulus Eestis internetisõltuvuse riskirühma 17% ja sõltuvus oli juba välja kujunenud 5%-l kooliõpilastest. Internetisõltuvust ilmneb sagedamini poistel, seevastu tüdrukud kuuluvad sagedamini internetisõltuvuse riski piiril olevasse rühma. Internetisõltuvusega noortel on suurem depressiooni, ärevushäirete, käitumisprobleemide ning suitsidaalsuse risk (Durkee jt 2012).

Sagenenud on pere- ja koolivägivallaga seotud probleemid. Kaasõpilaste kiusamist oli 2009/2010. õppeaastal uuringule eelnenud paari kuu jooksul vähemalt korra kogenud 41% ning 2013/2014. õppeaasta uuringu andmetel 38% 11–15-aastastest lastest. Koolikiusamise esinemine väheneb oluliselt vanuse kasvades. Sagedamini langevad kiusamise ohvriks õpilased, kes on pärit halvema majandusliku olukorraga perest, koolis halvema toimetulekuga, hinnanud oma tervise halvaks ja kel on aasta jooksul olnud mitu nädalat kestvaid, igapäevategevusi takistavaid kurvameelsusperioode (Aasvee jt 2012, Aasvee jt 2016).

Teenuste vähene kättesaadavus, madal ja ebahühtlane kvaliteet

Eesti vaimse tervise teenuste peamine probleem oli nende vähene kättesaadavus ja elanike vähene teadlikkus teenuste saamise võimalustest ja asukohast. Teenuste kättesaadavust mõjutas eelkõige spetsialistide vähesus, ebapiisavad võimalused vajaliku hulga psühhiatrite ja vaimse tervise õdede koolitamiseks ning neile töökohtade loomiseks. Heatasemeline vaimse tervise teenus vajab erinevatest spetsialistidest meeskonda ja tegelemist kogu inimest ümbritseva võrgustikuga. Diagnoosimine, ravi ja rehabilitatsioon on tulemuslik piisava arvu psühholoogide, sotsiaaltöötajate, psühhiatrite ja neid toetavate spetsialistidega (nt pedagoogid, õed, logopeedid, hingehoidjad). Selliste võrgustike ja spetsialistide koostöö oli aga välja kujundamata. Puudujääke oli ka olemasolevate spetsialistide teadmiste, väljaõppe ja täiendõppe osas. (Praxis 2002)

Teenuste kättesaadavust vähendas ka elanikkonna, sh noorte, madal vaimse tervise alane teadlikkus ning valmisolek pöörduda psühhiatrilist või psühholoogilist abi saama (Praxis 2002).

Laste ja noorukite vaimse tervise alases teenuses on võtmekohal ennetamine, mis on nii lapse, pere kui ka ühiskonna huvides ning aitab tagada hilisema kulude kokkuhoiu. Häirete kujunemise ennetamiseks on vaja sektorite ülest koostööd, informeerides lapsevanemaid, haridus-, sotsiaal- ja tervishoiutöötajaid laste ja noorukite vaimsest tervisest (Teeäär 2005). Seega integreeritud süsteemi arendamine varajaseks probleemide märkamiseks, ennetamiseks ning sekkumiseks on oluline samm laste vaimse tervise probleemide vähendamisel. Ühtse süsteemi loomine võimaldab parandada teenuste kättesaadavust ning kvaliteeti ja tagada sobiv teenus abivajajatele.

Teenuste süsteemikesksus, puudulik koordineeritus, alafinantseerimine ja ebaefektiivne vahendite kasutamine

Maailma Majanduse Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD 2001) hinnangu kohaselt raskendab Eesti olukorda killustunud tervisepoliitika ja teenuste osutamine, näiteks mõjutab tervise teenuste killustatust

tervise- ja sotsiaalteenuste rahastamine erinevatest eelarvetest. Vaimse tervise teenused olid rahastatud nagu teised tervise- ja sotsiaalteenused, põhinedes tervise- ja sotsiaalteenuste nimekirjal, millel olid erinevad rahastus asutused.

Ühed suuremad puudujäägid rahastuses ja valdkondade vahelises koostöös olid just vaimse tervise valdkonnas ning kõige haavatavamaks grupiks olid lapsed ja noored. Eesti oli üks vähestest Euroopa Liidu liikmesriikidest, kus laste vaimse tervise teenuste rahastamine oli programmile eelnenud perioodil vähenenud. Lisaks märgiti uuringus, et Eestis puudus statistika laste ja noorukite erinevate psüühikahäirete kohta, millest tulenevalt pole täpselt teada, mis ulatuses peaks planeeritav sekkumine aset leidma (Braddick jt 2009)

Eestis on suurenenud vajadus uute teenuste järele, mis sisaldaks sotsiaalteenuseid, psühholoogilist abi ja meditsiinilisi teenuseid kombineeritult muude toetustega, et laps saaks omandada tema võimetele ja vajadustele vastava hariduse. Teenuste koordineerimatus oli seotud ebaselgelt määratletud vastutuse ja funktsioonidega, mille tõttu ei vastuta keegi osutatud teenuse eest või pakutakse konkreetsele isikule ebasobivaid teenuseid. Probleemiks oli ka info liikumine asutuse ja süsteemi sees ning nende vahel. Teenuse saaja osalus teenuse kujundamises, planeerimises ja kvaliteedihindamises sisuliselt puudus. (Praxis 2002).

Enamus vaimse tervise teenuseid toimivad killustatult ning vajalik on teenuste pakkumine viisil, mis ühest küljest oleks sujuvam abivajajale ja teisest küljest aitaks vähendada kõrgema etapi spetsialistide koormust. Vaimse tervise probleemide ennetamiseks, varajaseks märkamiseks ning komplekseks raviks ja rehabilitatsiooniks on vajalik esmatasandi ja sotsiaalteenuste ning psühholoogilise, psühhoterapeutilise ja psühhiaatrilise abi teenuste integreeritud pakkumine. Oluline on korraldada tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem juhtumikorralduslikul põhimõttel abi vajava inimese vajadustest lähtuvalt (Bogdanov ja Pertel 2012). Lisaks eelmainitud valdkondadele oli Eestis oluliseks probleemiks jätkuvalt kõrge uute HIV positiivsete juhtude arv ning puudulik C-hepatiidi ravi kinnipeetavate hulgas. Eestis on kinnipeetavad nakatunud mitmetesse nakkushaigustesse – tuberkuloos, HIV, C-hepatiit. 2010. aastal oli Eestis 2667 süüdimõistetud vang, neist 877 olid narkomaanid ja 14,5% HIV positiivsed ning need arvud on pidevalt suurenenud. C-hepatiidi esinemise ja ravi kohta Eesti vangistatute seas statistika puudus. Algselt said metadooniga võõrutusravi vaid üksikud vangid, kuid alates 2010. aastast paranes metadoonravi kättesaadavus vanglates, kuna teenust hakati pakkuma ka Viru ja Tallinna arestimajas (Narkomaania ... 2012). C-hepatiidi vastast ravi sai vaid üks või kaks kinnipeetavat, kuid vajadus ravi järele oli üheksal kuni kümnel kinnipeetaval. Kuna C-hepatiidi ravi on kallid (16 000 eurot ühe inimese ravikuuri kohta), siis sellest tingituna oli ka ravi saavate inimeste hulk väike. Vanglate raviteenuseid rahastati riigi eelarvest, teisi rahastusallikaid polnud. (Sotsiaalministri 22.mai ... 2013)

Rahvatervisealased väljakutsed programmi perioodi eel

Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020 tuuakse peamiste probleemidena välja eri rahvastikugruppide vahel valitsevat suurt tervisealast ebavõrdsust. Erinevate uuringute põhjal on tervisenäitajad tugevalt seotud soo, hariduse, etnilisuse ja sissetulekuga. Peamiselt avaldub sotsiaalne ebavõrdsus laste ja noorte tervises, kusjuures sageli on lapsea haigestumiste ning surmade kaudseteks põhjustajateks sotsiaalne eraldatus, halvad elutingimused, vaesus ja hoolimatu tervisekäitumine.

Vaimse tervise teenuste süsteem on killustatud, teenused ei ole piisavalt kättesaadavad ega pruugi vastata inimeste vajadustele. Vähenenud teadlikkus ja eelarvamused pärsivad õigeaegse abi jõudmist abivajajani. Teenuse saamiseks on pikad järjekorrad ning psühhiaatriliste teenuste kättesaadavus on väga piiratud, eriti maapiirkondades. Seetõttu põhjustavad vaimse tervise teenuste regionaalsed erinevused sotsiaalset ebavõrdsust.

2014. aastal oli endiselt vähe sobiva kvalifikatsiooniga töötajaid. Eestis oli sel ajal ligikaudu 150 psühhiaatrit, sealhulgas 20 laste psühhiaatrit, kes töötasid peamiselt haiglates ning umbes 70 kliinilist psühholoogi. Perearstide võimekus vaimse tervise häirete avastamiseks ja diagnoosimiseks oli mõnevõrra paranenud, kuid üldarstiabis oli puudus vaimse tervise õdedest. (WHO Country Office in Estonia 2014)

Rahvatervise programmi eel seatud eesmärgid

Rahvastiku tervisenäitajate parandamiseks ning vaimse tervise probleemide vähendamiseks seati eesmärgiks nii elanike kui spetsialistide teadlikkuse tõstmine, vajalike teenuste kaardistamine ning arendamine, integreeritud teenuste süsteemi arendamine varajaseks probleemide märkamiseks ning ennetamiseks. Ühtse süsteemi kujundamise plaaniti kaasata nii tervishoiu-, sotsiaal- kui ka haridussektori spetsialistid ning loodavad vaimse tervise keskused. Kesksele kohale süsteemi arendamises seati spetsialistide koolitamine ja tõenduspõhiste ning efektiivsete meetodite kasutamine töös laste ja noortega. Ühtse arusaamise kujundamist erinevates valdkondades ja erinevate spetsialistide hulgas peeti määrava tähtsusega koordineeritud ja hästi toimiva süsteemi loomisel.

Rahvatervise programmi eesmärk oli leevendada järgmisi probleeme:

1. spetsialistide puudulik professionaalne tase vaimse tervise probleemidega tegelemiseks (ka vajalike spetsialistide vähesus vaimse tervise teenuse osutamiseks – vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog, lastepsühhiaater);
2. parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust erinevates regioonides (osades piirkondades ja kohalikes omavalitsustes puuduvad spetsialistid vaimse tervise teenuste koordineerimiseks ning teenuste osutamiseks);
3. tõsta elanikkonna teadlikkust vaimse tervise probleemidest;
4. parandada valdkondade vahelist koostööd ja võrgustikutööd spetsialistide vahel (tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussektori vahel);
5. suurendada tõenduspõhiste meetodite kasutamist vaimse tervise teenuste osutamisel (vähene teadlikkus efektiivsetest ja tõenduspõhistest sekkumistest ning puudulikud meetodid tegevuste tulemuslikkuse hindamiseks).

4 Programmi eesmärk ja hinnatavad tegevused

Norra finantsmehhanismi 2009–2014 (edaspidi NFM) üldeesmärk oli aidata kaasa majandusliku ja sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele Euroopa Majanduspiirkonnas ning tugevdada kahepoolseid suhteid Norra ja abisaajariikide vahel kokkulepitud esmatähtsates valdkondades. NFM 2009–2014 rakendamist käsitleva Eesti Vabariigi ja Norra Kuningriigi vahelise vastastikuse mõistmise memorandumiga kohaselt sai Eesti Norralt toetusena kokku 23 680 000 eurot (Norra finantsmehhanismi... 2011). Sellest suurim osa (8,912 mln eurot) suunati Rahvatervise programmi (edaspidi RTP). Mahult järgnesid Keskkonnasõbraliku tööstuse uuendamise programm (6 mln eurot), Teaduskoostöö (3 mln eurot), Soolise võrdõiguslikkuse ning töö- ja pereelu tasakaalu programm (2 mln eurot) ning Koduse ja soolise vägivalda programm (2 mln eurot). Lisaks kuulusid NFM 2009–2014 alla väiksema mahuga Stipendiumifond (1 mln eurot) ning Inimväärse töö edendamise ja kolmepoolse dialoogi fond (256 000 eurot) (*ibid.*).

NFM 2009–2014 rahastatud ja käesoleva uuringu raames hinnatava **Rahvatervise programmi (edaspidi RTP)** üldeesmärk on rahvatervise parandamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervishoius. Peamised konkreetsamad eesmärgid on laste vaimse tervise teenuste arendamine ning selle kvaliteedi ja kättesaadavuse suurendamine; riskikäitumise vähendamine ja tervisliku eluviisi ning käitumise edendamine; ja elustiilist põhjustatud haiguste ennetamine (sõltuvusainete tarvitamine), aga ka nakkushaiguste ennetamine ning ravi vanglates.

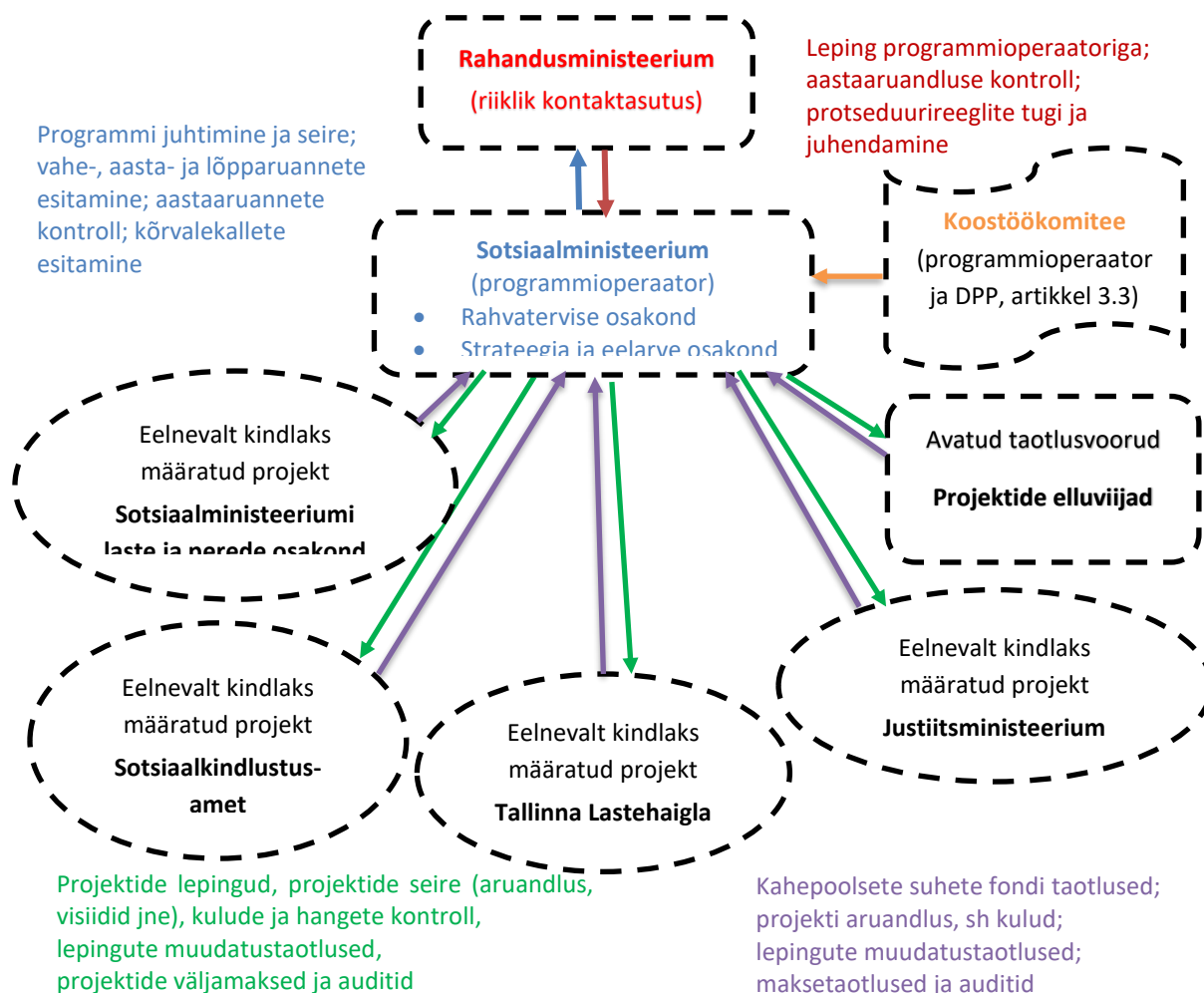
Programm töötati välja Sotsiaalministeeriumi ja Norra Kuningriigi, täpsemalt Norra Rahvatervise Instituudi koostöös. Programmi koostamiseks kulus aasta. Eesti soov ja vajadus antud programmi osas oli laste vaimse tervise keskuse hoone ehitamine Tallinnas, Norra soovitas üles ehitada vaimse tervise teenused esmatasandil. Pikkade riikidevaheliste läbirääkimiste tulemusena võeti eesmärgiks nelja regionaalse vaimse tervise keskuse rajamine ja integreeritud lähenemine. Nähti palju vaeva, et leida keegi, kes oleks huvitatud Ida-Virumaal teenust osutama. Programmi väljatöötamisel arvestati paralleelselt ettevalmistatava Euroopa Majanduspiirkonna Riskilaste programmiga samades piirkondades. Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna eelnevalt kindlaksmääratud projekti algne *mõte* programmi läbirääkimiste faasis oli pakkuda ühtset raamistikku laste vaimse tervise keskuste kontseptsioonile, et tagada ühistel alustel tegevus ja poliitikakujundamine enne keskuste loomise algust. Kuna programmi algus viibis ja ehituse ning teiste tegevustega oli kiire, muutus laste vaimse tervise kontseptsiooni eesmärk juba eeldefineeritud projekti taotluses laiemaks ja valdkondadeüleltselt integreeritumaks. Laste vaimse tervise teenuse välja töötamisega tegelesid neli vaimse tervise keskust eraldi. Kuigi nende projektide meeskonnad korraldasid ühiseid arutelusid ja tegid muul viisil koostööd, siis päris ühtset meetodilist lähenemist neljale vaimse tervise keskusele ei tekkinud.

Norra Kuningriigi soovil lisati programmi nakkushaiguste ennetus ja ravi vanglates. Kuna tuberkuloosi ravi oli Eesti vanglates juba hästi korraldatud, kujunes vastavalt Eesti vajadustele fookuseks C-hepatiit koos B-hepatiidi ja HIV-iga. Selle osa programmist valmistas ette Justiitsministeerium.

Programmi koostamisel muutus programmi eelarve oluliselt suuremaks, kui algselt taotleti. Läbirääkimiste tulemusena lepiti kokku rahastamise proportsioon eelnevalt kindlaks määratud projektide ja avatud taotlusvoorude vahel. Juhtimistegevuste ja Kahepoolsete suhete fondi summa kujunes vastavalt ettemääratud protsendina eelarvest. Eelnevalt kindlaks määratud projekte kasutati juhul, kui vaid üks organisatsioon sai projekti ellu viia, kõik ülejäänud tegevused kavandati avatud taotlusvoorudena, et maksimaalselt ära kasutada sidusrühmade ideid nii riiklikul kui ka kohalikul tasandil. Avatud taotlusvoorude võimalusi tutvustati kõigis maakondades. Projekti tegevuste kavandamisel tuli arvestada Norra rakendusmääruse nõudega, et projekti alampiir on 200 000 (sh toetus 170 000) eurot. Määruses lubatud *small grant* võimalust RTP-s ei kasutatud, kuna väikestes MTÜ-des teostatud projektide puhul oleks pärast projekti elluviimist tekkinud risk tagada tegevuste jätkusuutlikkus nende madalama võimekuse ja

omavahendite vähesuse tõttu. Omafinantseeringut arvestati programmi tasemel, see võimaldas osade projektide ja taotlejate juures kasutada madalamat kaasfinantseeringu määra. Programmile seati 17 indikaatorit, mis kõik olid programmi väljundeid iseloomustavad (vt Tabel 1). Kuigi tagantjärei hinnates oleks kasulik olnud seada programmile ka tulemus- ja mõjuindikaatorid, jäid need välja töötamata – aega ja oskusi jäi indikaatorite väljatöötamisel väheks ning puudus ka vastava kompetentsi alane toetus Rahandusministeeriumilt ja programmpartnerilt. Riske mingil määral hinnati, kuid programmi rakendamisel realiseerusid tegelikult riskid, mille peale programmi koostamise ajal ei mõeldud (nt info kadumine inimeste lahkumisel). Kuna programmi väljatöötamiseks kulus terve aasta, tuli programm algse nelja aasta asemel ellu viia kolme aastaga, hilisem programmi pikendamine ei olnud ette teada. Seetõttu tuli programmi jooksul mitu korda tegevusi ümber planeerida.

Programmi elluviimises osales **programmioperaatorina Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond ja finantsküsimumustes strateegia ja eelarve osakond** ning projekti elluvijatena **15 partnerit**: SA Tallinna Lastehaigla, Sotsiaalkindlustusamet, Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakond, Justiitsministeerium, SA Tartu Ülikooli Kliinikum (2 projekti), SA Pärnu Haigla, MTÜ Peasjad (2 projekti), Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut, Eesti Seksuaaltervise Liit, Terve Eesti SA, MTÜ Eesti Karskusliit (2 projekti), Tervise Arengu Instituut (2 projekti), Tallinna Ülikool, MTÜ Ole Terve Selts ning SA Tallinna Koolitervishoid. Rahvatervise programmi üldine juhtimisstruktuur on esitatud alljärgneval joonisel (joonis 1).



Joonis 1. Rahvatervise programmi juhtimisstruktuur

Allikas: Kohandatud programmilepingu lisa V alusel

Rahvatervise programmi oodatavad tulemused olid:

- vaimse tervise teenused on paranenud – abisaajate ja personali rahulolu teenustega on paranenud ning vaimse tervise ja reproduktiivtervise alaste teenuste kvaliteet ja kättesaadavus on paranenud, sh statsionaarsete voodikohtade suurem arv, uute ravimeetodite kasutamine abivajaja elukohas ja piirkondlikult sisse seatud vaimse tervise nõustamismeeskonnad (kabinetid), loodud on uus pikaajaline rehabilitatsiooniteenus, kaasaegsed digilahendused ja veebipõhise nõustamisteenuse kvaliteedijuhised, koolituste ja supervisiooni kaudu on paranenud sidusvaldkondade spetsialistide, noorte ja lapsevanemate teadmised ja oskused;
- teadlikkus reproduktiiv- ja vaimsest tervisest on tõusnud – veebipõhised vaimse tervise ja reproduktiivtervise alased teenused on paranenud ja paremini kättesaadavad, teadlikkus vaimse tervise probleemidest on tõusnud ja ennetustegevused on paranenud;
- elustiilist tingitud haiguste ennetamine on paranenud – teadlikkus tervislikust käitumisest ja riskikäitumisest (peamiselt alkoholi, tubaka ja vaimse tervise teemal) on elanikkonna ning riskigruppide hulgas suurenenud, koolituste kaudu on paranenud teadlikkus tervisemõjuritega arvestada;
- nakkushaiguste ennetamine ja ravivõimalused (HIV, hepatiit B ja C) kinnipidamisasutustes on suurenenud.

Rahvatervise programmi tegevuste sihtgrupid olid Eesti elanikkond (laiem avalikkus), lapsed (kuni 18-aastased) ja noored (kuni 26-aastased), lapsevanemad, laste ja noortega kokku puutuvad spetsialistid tervise-, sotsiaal- ja haridusvaldkonnas, kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste otsuse langetajad ning spetsialistid väljaspool tervise sektorit (tervisedendajad), kes vastutavad tervisliku elukeskkonna loomise eest kohalikes omavalitsustes ja maakondades.

Rahvatervise programmi väljundindikaatorid ning nende baas- ja sihttasemed oodatavate tulemuste saavutamise mõõtmiseks on kirjeldatud järgmises tabelis (tabel 1).

Tabel 1. Rahvatervise programmi väljundindikaatorid ning nende baas- ja sihttasemed oodatavate tulemuste lõikes programmilepingu lisa 1 (Consolidated... 2016) ning programmi aastaaruannete põhjal¹

Oodatav tulemus	Väljundindikaator	Baastase	Sihttase ja allikas
<i>1. Vaimse tervise teenused on paranenud</i>			
1.1	Tallinna Laste Vaimse Tervise Keskus on ehitatud ja tegutseb	Keskuste arv – 0	Keskuste arv – 1 (www.ehr.ee)
1.2	Rehabilitatsiooniteenused on loodud ja neid pakutakse raske psüühikahäirega lastele	Teenust saanud laste arv – 0	Teenust saanud laste arv – 75 (projektide aruandlus)
1.3	On loodud ja avalikustatud kava laste vaimse tervise integreeritud teenuste pakkumiseks	Kavade arv – 0	Kavade arv – 1 (projektide aruandlus, www.sm.ee)

¹ Lisaks Rahvatervise programmi lepingu lisa 1 seatud indikaatoritele lisandus hiljem indikaatoreid FMO poolt esitatuna Doris andmebaasis. Programmioperaator kajastas nii programmilepingu lisa 1 kui ka Doris andmebaasis toodud programmi indikaatorite täitmist programmi aastaaruannetes.

Oodatav tulemus	Väljundindikaator	Baastase	Sihttase ja allikas
1.4*	Integreeritud vaimse tervise teenust pakkuvate spetsialistide rahulolu tase	Algtase – 0	75% integreeritud vaimse tervise teenust pakkuvatest spetsialistidest on rahulolevad (projektide aruandlus)
1.5*	Integreeritud vaimse tervise teenusekasutajate rahulolu tase	Algtase – 0	75% integreeritud vaimse tervise teenuse kasutajatest on rahulolevad (projektide aruandlus)
<i>2. On paranenud terviseteeuste (sh reproduktiivtervis ja vaimneervis) juurdepääs ja kvaliteet</i>			
2.1	Vaimse tervise probleemidega lastele on loodud teenuste võrgustik integreeritud sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuteenuste osutamiseks	Organisatsioonide arv integreeritud teenuste pakkumiseks lastele – 0	Organisatsioonide arv integreeritud teenuste pakkumiseks lastele – 4 (projektide aruandlus – 1 eelnevalt kindlaks määratud projekt ja 3 projekti avatud taotlusvoorudest)
2.2	Lastele osutatakse integreeritud vaimse tervise teenuseid	Lastele integreeritud vaimse tervise teenuste pakujate arv – 0	Lastele integreeritud vaimse tervise teenuste pakujate arv – 4 (projektide aruandlus, Eesti Haigekassa)
2.3	Vaimse ja reproduktiivtervise parandamiseks pakutakse veebipõhist informatsiooni ja veebipõhiseid nõustamisteenuseid	Veebipõhise info allikate arv – 0	Veebipõhise info allikate arv – 1 (veebiotsing)
2.4	Vaimse ja reproduktiivtervise alaseid veebipõhiseid nõustamisteenuseid saanud laste ja noorukite arv	Laste ja noorukite arv – 0 poissi ja 0 tüdrukut	Laste ja noorukite arv – 2000 poissi ja 3000 tüdrukut (projektide aruandlus)
2.5*	Integreeritud teenuseid saanud vaimse tervise probleemidega laste ja noorukite arv – poisid	Teenust saanud laste ja noorukite arv – 0 poissi aastas	Teenust saanud laste ja noorukite arv – 600 poissi aastas (projektide aruandlus)
2.6*	Integreeritud teenuseid saanud vaimse tervise probleemidega laste ja noorukite arv – tüdrukud	Teenust saanud laste ja noorukite arv – 0 tüdrukut aastas	Teenust saanud laste ja noorukite arv – 600 tüdrukut aastas (projektide aruandlus)
2.7*	Vaimse tervise alast koolitust saanud spetsialistide arv – mehed	Koolitust saanud spetsialistide arv – 0 meest aastas	Koolitust saanud spetsialistide arv – 10 meest aastas (projektide aruandlus)
2.9*	Vaimse tervise alast koolitust saanud spetsialistide arv – naised	Koolitust saanud spetsialistide arv – 0 naist aastas	Koolitust saanud spetsialistide arv – 70 naist aastas (projektide aruandlus)

3. Elustiilist tingitud haiguste ennetamine on paranenud			
3.1	Läbi on viidud sotsiaalkampaaniad tervisliku elustiili (peamiselt alkoholi ja suitsetamise vähendamise) kohta	Läbiviidud sotsiaalkampaaniate arv – 0	Läbiviidud sotsiaalkampaaniate arv – 2 (kampaaniate hindamisaruanded)
3.2	Kohalike omavalitsuste jaoks on töötatud välja sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamise juhised	Väljatöötatud juhiste arv – 0	Väljatöötatud juhiste arv – 1 (juhised on avalikult veebis või trükisena kättesaadavad)
3.3	Sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamise juhised on jagatud kõigile omavalitsustele	Kohalike omavalitsuste osakaal, kellele on juhiseid jagatud – 0%	Kohalike omavalitsuste osakaal, kellele on juhiseid jagatud – 100% (juhise saanud kohalike omavalitsuste kontaktisikute nimekiri)
3.4	“Tervis igas poliitikas” koolituste arv väljaspool tervisesektorit	Koolituste arv – 0	Koolituste arv – 22 (projektide aruandlus: osalejate nimekiri, koolitusmaterjalid)
3.5	“Tervis igas poliitikas” koolitatud isikute arv väljaspool tervisesektorit	Koolitatud isikute arv – 0 meest ja 0 naist	Koolitatud isikute arv – 150 meest ja 290 naist (projektide aruandlus)
3.6*	Teadlikkus sotsiaalkampaaniatest on sihtrühma hulgas vähemalt 50%	Sihtrühma teadlikkus sotsiaalkampaaniast – 0	Sihtrühma teadlikkus sotsiaalkampaaniast – 50% (projektide aruandlus)
4. Nakkushaiguste ennetamine ja ravivõimalused (HIV, hepatiit B ja C) kinnipidamisasutustes on suurenenud			
4.1	C-hepatiidi kontroll kinnipidamisasutustes on suurenenud	Kinnipeetavate arv aastas, keda on testitud C-hepatiidi osas – 300	Kinnipeetavate arv aastas, keda on testitud C-hepatiidi osas – 400 (projektide aruandlus)
4.2	HIV kontroll kinnipidamisasutustes on suurenenud	Kinnipeetavate arv aastas, keda on testitud HIV osas – 0	Kinnipeetavate arv aastas, keda on testitud HIV osas – 3000 (projektide aruandlus)
4.3	Nakkushaiguste ennetuse kohta kinnipidamisasutustes on koostatud juhendmaterjalid	Juhendmaterjalide arv – 0	Juhendmaterjalide arv – 1 (projektide aruandlus)
4.4	Isikute arv kinnipidamisasutustes, kes on saanud koolitust nakkushaiguste ennetuseks	Koolitust saanud isikute arv – 0	Koolitust saanud isikute arv – 180 (projektide aruandlus)
4.5	Kinnipidamisasutustes on suurenenud C-hepatiidi ravi saanute arv	C-hepatiidi ravi saanute arv kinnipidamisasutustes aastas – 2 meest ja 0 naist	C-hepatiidi ravi saanute arv kinnipidamisasutustes aastas – 10, sh 8 meest ja 2 naist (projektide aruandlus)

* Indikaatorid, mis ei kajastu programmilepingu lisas ning mis lisati hiljem Finantsmehhanismide kantselei (edaspidi ka FMO) poolt ja esitati Doris andmebaasis.

Rahvatervise programm viidi ellu projektipõhiselt (tabel 2) eelnevalt kindlaks määratud, avatud taotlusvoorude ja Kahepoolsete suhete fondi projektide ning juhtimistegevuste (sh kommunikatsioonitegevused) kaudu. Eelnevalt kindlaks määratud projektide nimekiri ja teostajad olid enne toetuse andmist kinnitatud ning toetuse saajad olid reeglina keskvõimu esindajad (erandiks SA Tallinna Lastehaigla), mistõttu võib neid projekte tinglikult nimetada n-ö "kohustuslikuks kavaks". Avatud taotlusvoorud ja Kahepoolsete suhete fondi projektid sisaldasid erinevate tegevuste ja eesmärkidega projekte, mistõttu saab seda toetuse andmise viisi tinglikult nimetada "vabakavaks".

Rahvatervise programm oli seotud ka teiste valdkonnaga seotud riiklike arengukavadega nagu Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 ning Laste ja perede arengukava 2012–2020.

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (edaspidi ka RTA) on Eesti tervisevaldkonna strateegiline dokument, kus on kajastatud kõik tervisepoliitika eesmärgid ja nende saavutamiseks kavandatud tegevused. RTA üldeesmärk on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu – tervena elatud eluiga kasvab Eestis aastaks 2020 meestel keskmiselt 60 ja naistel 65 eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga meestel 75 ja naistel 84 eluaastani (Rahvastiku tervise arengukava 2008). RTA üldeesmärgi saavutamise prioriteedid on jagatud viie temaatilise valdkonna vahel, mis käsitlevad sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamist, lastele tervisliku ja turvalise arengu tagamist, tervist toetava elu-, töö- ja õpikeskkonna kujundamist, tervislike eluviiside soodustamist ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kindlustamist.

Laste ja perede arengukava 2012–2020 (edaspidi LPA) peaesmärk on laste ja perede heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sündi (Laste ja perede ... 2011). Peaesmärgi saavutamiseks on püstitatud viis strateegilist eesmärki: 1. Eesti laste- ja perepoliitika on teadmispõhine ja ühtne, et toetada ühiskonna jätkusuutlikkust; 2. Eesti on positiivset vanemlust toetav riik, kus pakutakse vajalikku tuge laste kasvatamisel ja vanemaks olemisel, et parandada laste elukvaliteeti ja tulevikuväljavaateid; 3. Lapse õigused on tagatud ja loodud on toimiv lastekaitseüsteem, et väärtustada ühiskonnas iga last ja tema arengut ning heaolu toetavat turvalist keskkonda; 4. Eestis on perede adekvaatset majanduslikku toimetulekut toetav kombineeritud toetuste ja teenuste süsteem, et pakkuda perele püsivat kindlustunnet; 5. Meestel ja naistel on võrdsed võimalused töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks, et soodustada kvaliteetset ja iga pereliikme vajadustele vastavat igapäevaolu.

4.1 Hindamise eesmärk

Hindamise objektiks oli NFM 2009–2014 alla kuuluv RTP ning selle raames ellu viidud projektid ja kommunikatsioonitegevused. Tegemist oli programmi **järeldamisel**, mille raames hinnati programmi ja selle tegevuste elluviimise tõhusust ning oodatavate ja ettenägematute tulemuste ja mõju avaldumist. Samuti tehti kindlaks programmi elluviimisega seotud edulood ja õppetunnid ning tulemuste ja mõjude jätkusuutlikkus.

Hindamise käigus selgitati välja, **kas ja kuidas on Norra toetusprogrammi „Rahvatervis“ raames ellu viidud tegevused aidanud saavutada:**

- Norra finantsmehhanismi 2009–2014 prioriteete,
- Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020 seatud eesmärgid,
- Laste ja perede arengukavas 2012–2020 seatud eesmärgid,
- Rahvatervise programmis seatud eesmärgid,
- programmi raames toetust saanud projektides seatud eesmärgid.

RTA valdkondadest keskendusime RTP mõju hindamisel eelkõige:

- I valdkonnale „Sotsiaalne sidususe ja võrdsed võimalused“,

- II valdkonnale „Laste ja noorte turvaline ja tervislik areng“,
- IV valdkonnale „Tervislik eluviis“ (eelkõige alameesmärgile „Rahvastiku riskikäitumine on vähenenud“ ja meetmetele „Alkoholist tingitud kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“, „Tubakast tingitud tervisekahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“, „Narkootiliste ainete tarbimise ennetamine, vähendamine ning kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“ ja „Uute nakkusjuhtude ennetamine ja püsiva langustendentsi saavutamine HIV/AIDSi levikus“),
- V valdkonnale „Tervishoiusüsteemi areng“ (eelkõige meetmele „Piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevaid töötajaid, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ning kättesaadavad ravimid, veretooted ja meditsiiniseadmed)“ ja alameetmele „Patsiendikeskse tervishoiusüsteemi arendamine inimeste parema informeerituse ning erinevate tasandite arstiabi parema koordineerituse kaudu“).

Hindamise raames hindasime RTP mõju LPA strateegilise eesmärgi 2 ja 3 täitmisele.

Hindamisel otsiti vastuseid küsimustele **kuivõrd on RTP-s ellu viidud projektide tegevused kooskõlas vajaduste ja programmile seatud eesmärkidega** (hinnang asjakohasusele), **kuivõrd on tegevused aidanud kaasa eesmärkide saavutamisele** (hinnang tulemuslikkusele), **kas tegevusi on ellu viidud kuluefektiivselt nii ajalast kui finantsressurssi arvestades** (hinnang tõhususele) ning **kuivõrd on tagatud saavutatud tulemuste kestmine projektide lõppemise järel** (hinnang jätkusuutlikkusele).

Hindamise tulemusena valmisid **järeldused ja soovitused**, mis on sisendiks NFM programmiperioodi 2014–2021 planeerimisse, väljatöötamisse ja elluviimisesse. Hindamise tulemused moodustavad vajaliku teadmise ka RTA ning LPA raames elluviidavate jätkutegevuste jaoks.

4.2 Hinnatavad tegevused

Hindamisele kuulusid 21 RTP raames ellu viidud tegevust (tabel 2):

- 4 eelnevalt kindlaks määratud projekti,
- 10 avatud taotlusvooru projekti,
- 6 Kahepoolsete suhete fondi (edaspidi KSF) projekti ja
- juhtimiskulude ühe osana programmi kommunikatsioonitegevused.

Neli eelnevalt kindlaks määratud projekti pandi paika programmi ette valmistades ning nende projektide taotlused ja eelarved kinnitati programmilepingu lisana. Eelnevalt kindlaks määratud projektide kohta oli enne lepingu sõlmimist teada projekti elluviija, toetussumma, projekti eesmärgid ja tegevused. Projektid valis välja RTP-d ettevalmistanud töörühm vastavalt RTA-le ja selle aruannetele, nii et toetust saaksid kõige kriitilisemad valdkonnad. Eelnevalt kindlaks määratud projektide oodatavad tulemused olid seotud programmi oodatavate tulemustega:

- kolm eelnevalt kindlaks määratud projekti –
 - Tallinna Lastehaigla projekt „Laste Vaimse Tervise Keskuse rajamine“, toetus 6 108 209 eurot²,
 - Sotsiaalkindlustusameti projekt „Rehabilitatsiooniteenuse loomine raske ja püsiva psüühikahäiretega lastele“, toetus 994 501 eurot,
 - Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna projekt „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“, toetus 282 109 eurot
- pidid toetama vaimse tervise teenuste paranemist (RTP esimene oodatav tulemus) ning

² Projektidele väljamakstud toetussummad on märgitud programmioperaatori poolt esitatud kokkuvõtte või projekti viimase aruande põhjal.

- neljas eelnevalt kindlaks määratud projekt –
 - Justiitsministeeriumi projekt „Nakkushaiguste ennetamise ja ravisüsteemi tugevdamine vanglates“ toetus 800 000 eurot,
- toetas nakkushaiguste ennetamise ja ravivõimaluste (HIV, hepatiit B ja C) paranemist kinnipidamisasutustes (RTP neljas oodatav tulemus).

Esimeses avatud taotlusvoorus eelistati vaimse tervise keskuste väljaarendamist eelkõige Tartu, Pärnu ja Ida-Viru piirkonnas ning toetati järgmisi tegevusi:

- a. statsionaarsete ja/või ambulatoorsete vaimse tervise teenuste arendamist ja ellu viimist lastele;
- b. väärkoheldud laste diagnostikasüsteemi ja sekkumiste arendamist;
- c. vaimse tervise alaste koolituste ja teabe jagamist spetsialistidele (koolitused vaimse tervise keskustes töötavale personalile, teadlikkuse tõstmist laiemal avalikkusel ning riskigruppide hulgas);
- d. võrgustikutöö arendamistegevusi (laste vaimse tervise teenuste vajaduste kaardistamist ja arendamist piirkonniti, nii teiste vaimse tervise keskuste vahel kui ka haridus-, sotsiaal- ja tervishoiusektori kaasamisel);
- e. kogemuste vahetamist ja teadmiste saamist koostöös välispartneritega.

Esimesse avatud taotlusvooru esitati 3 projekti. Projekte hindasid kaks sõltumatut eksperti: Helvi Tarien ja Pille Vaarmann. Valikukomisjoni otsusega kinnitati projektide pingerida ning programmist toetati kõiki kolme projekti:

- 1) SA Tartu Ülikooli Kliinikumi projekt „Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskuse loomine“, toetus 702 080 eurot,
- 2) SA Pärnu Haigla projekt „Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus“, toetus 622 271 eurot,
- 3) SA Tartu Ülikooli Kliinikumi projekt „Ida-Virumaa vaimse tervise keskuse loomine lastele ja noorukitele“, toetus 621 871 eurot.

Teises avatud taotlusvoorus toetati järgmisi tegevusi:

- a. veebipõhiste infokanalite arendamist ja rakendamist (teadlikkuse tõstmist vaimse tervise probleemidest ja tervislikust käitumisest laiemal elanikkonnal ja riskigruppide hulgas, sh võrgustikusüsteemi arendamist spetsialistidele informatsiooni vahetamise edendamiseks);
- b. veebipõhiste nõustamisteenuste arendamist ja rakendamist nii vaimse- kui ka reproduktiivtervise valdkonnas.

Teise avatud taotlusvooru projektide oodatavad tulemused olid järgmised:

- vaimse tervise ja reproduktiivtervise alaste veebipõhiste teenuste tase ja ulatus on paranenud;
- loodud veebipõhistest teenustest saavad kasu nii lapsed, noored, lapsevanemad kui ka spetsialistid;
- elanikkonna ja riskigruppide hulgas on kasvanud vaimse tervise ja reproduktiivtervise alane teadlikkus.

Teise avatud taotlusvooru esitati 15 projekti, mida hindasid kolm sõltumatut eksperti: Pille Kink, Malle Hallimäe ja Merle Tomberg. Valikukomisjoni otsusega kinnitati projektide pingerida ja programmist toetati kolme projekti:

- 1) MTÜ Peaasjad projekt "Peaasi.ee - Eesti noorte vaimse tervise alane e-nõustamine, veebiplatvorm ja e-lahendused", toetus 240 048 eurot,
- 2) Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi projekt "AppsTerv - veebipõhised rakendused vaimse tervise heaks" toetus 230 194 eurot,

- 3) Eesti Seksuaaltervise Liidu projekt "Seksuaaltervisealase internetinõustamisteenuse korraldamine ning vaimse- ning reproduktiivtervisealaste veebipõhiste nõustamisteenuste kvaliteedijuhendi välja töötamine" toetus 151 701 eurot.

Kolmandas avatud taotlusvoor „Tervist edendavad sotsiaalkampaaniad ja koolitused“ rahastati projekte, mille eesmärk oli parendada vaimset ja füüsilist keskkonda läbi tervislike valikute toetamise. Taotlusvoorul oli kaks alasuunda:

- a. „Sotsiaalkampaaniad tervisliku elustiili edendamiseks“,
- b. „Tervisealased koolitused mitte-tervise sektori spetsialistidele“.

Projektide oodatavad tulemused olid järgmised:

- elanikkonna, sh eriti noorte, teadlikkus tervislikest eluviisidest on suurenenud;
- tervisealane teadlikkus kohalike omavalitsuste ja maavalituste mitte-tervise sektori spetsialistide seas on suurenenud;
- mitte-tervise sektori spetsialistide teadlikkus tervise ja vaimse tervise sotsiaalsetest ja keskkonnavalitustest teguritest on paranenud;
- mitte-tervise sektori spetsialistide oskused otsuste langetamisel arvestada erinevate tervist mõjutavate teguritega on paranenud;
- kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste spetsialistide teadmised ja oskused sõltuvusainete tarvitamise ennetamiseks ja tervislike eluviiside edendamiseks on paranenud.

Kolmandasse avatud taotlusvoorust esitati 22 taotlust (sh 12 alasuunal (a) ja 10 taotlust alasuunal (b)). Haldus- ja abikõlblikkusekriteeriumite hindamisel jäi lõplikust hindamisest kõrvale 5 taotlust. Projekte hindasid kolm sõltumatut eksperti Triin Edovald, Anu Kasmel ja Ülla-Karin Nurm. Sisuliselt hinnati 17 projekti ning hindamiskriteeriumite alampiiri ületas ehk vähemalt 65 punkti 100-st sai 14 taotlust. Kahte projekti hindasid hinnangute suure erinevuse tõttu kolm eksperti ning hindamisel arvestati kahe lähima punktitemuleme keskmist. Otsuse tegemisel muutis valikukomisjon hindamiskriteeriumite poolt soovitatud pingerida ning toetust sai neli projekti:

- 1) Terve Eesti SA projekt „Sotsiaalne liikumine „Joome poole vähem!““, toetus 265 794 eurot;
- 2) MTÜ Eesti Karskusliidu projekt „Passiivse alkoholitartvitamise termini juurutamine ja seeläbi hoiakute ja käitumise muutmine alkoholi liigtartvitamise suhtes“, toetus 235 862 eurot;
- 3) Tervise Arengu Instituudi projekt „Rahvatervise alase pädevuse suurendamine Eesti paikkondades“ toetus 218 826 eurot;
- 4) Tallinna Ülikooli projekt „Tervise ilmajaam – koolitus kogukondadele“, toetus 204 237 eurot.

Põhjendatud asjaolude korral oli valikukomisjonil õigus muuta hindajate antud tulemuste põhjal koostatud taotluste pingerida, mida ka kolmanda avatud taotlusvoorust teise alamsuuna projektide valikul kasutati. Ekspertide poolt kõrgemad hinnangud saanud (ehk pingereas teisele ja kolmandale kohale seatud) projektid jäid rahastamata, kuna üks neist oli oma tegevuste poolest väga Tallinna-keskne ning oleks vastuollu sattunud NFM eesmärgiga vähendada (regionaalset) ebavõrdsust ning teise rahastamata jäänud projekti puhul leidis valikukomisjon, et esitatud taotlus kattus suures osas teisest NFM programmist toetust saanud projektiga, mistõttu programmide vahelise dubleerimise vältimiseks seda taotlust RTP raames ei rahastatud. Nende asemel rahastati pingereas neljandale kohale asetunud projekti, mille tegevused olid üleriikliku kaetusega. (PKF Littlejohn LLP 2015)

Kahepoolsete suhete fond on osa NFM 2009–2014 ja selle eesmärk on a) toetada ja soodustada projektipartneri otsinguid doonorriigist Norrast ja vastastikust koostööd ning b) teadmiste, kogemuste, meetodite ja parimate praktikate vahetamist, jagamist ning edasi andmist projekti elluviijate (Eesti organisatsioon) ja Norra partnerite (doonorriigi organisatsioon) vahel. Kahepoolsete suhete fondi

toetatavate tegevuste hulka kuulusid konverentsidel/seminaridel/kursustel/töötubades ja kohtumistel osalemine, õppereisid Norrasse, Norra ekspertide kaasamine ja välisnõustamise sisse ostmine.

Kahepoolsete suhete fondi oodatavad tulemused olid järgmised:

- koostöö ulatus Eesti ja Norra organisatsioonide vahel on suurenenud;
- konkreetsetele probleemidele on leitud lahendused läbi kogemuste, teadmiste ja tehnoloogia jagamise; koostöö käigus on välja töötatud poliitikaid, seadusi, strateegiaid või rakendatud uusi teadmisi praktikas;
- vastastikune mõistmine riikide, institutsioonide ja isikute vahel ning teadmiste jagamine on suurenenud;
- koostööl on laiem mõju, st toimib sektorite vaheline koostöö või koostöö Euroopa ühiste probleemide lahendamisel.

Kahepoolsete suhete fond jaguneb omakorda kaheks meetmeks – meede A ja meede B –, mille alt toetati kokku kuue projekti elluviimist.

Meetme A peamine eesmärk oli edendada partnerlussidemeid projektide ettevalmistajate (Eesti organisatsioon) ja Norra partnerite (doonorriigi organisatsioon) vahel. Toetati projekte, mille keskmes olid ettevalmistustegevused projektitaotluse esitamiseks kolmandasse avatud taotlusvooru. Täpsemalt toetati Norra partnerite otsinguid, partnerlussidemete edendamist Eesti ja Norra partnerite vahel ning ühiselt projektitaotluse ettevalmistamist kolmandaks avatud taotlusvooruks. Projektide rahastamiseks meetme A alt korraldati üks avatud taotlusvoor, mille tähtaeg oli 13. detsember 2013. Esitati kaks taotlust. Taotluseid hindasid kaks eksperti: Andrei Grjibovski Norra Rahvatervise Instituudist ja Triinu Täht Sotsiaalministeeriumist. Valikukomisjon otsustas toetada mõlema projekti elluviimist osaliselt:

- 1) MTÜ Ole Terve Seltsi projekt „Partnerlussidemete loomine tervislike eluviiside teemaliseks sotsiaalkampaaniaks”, toetus 24 400³ eurot;
- 2) SA Tallinna Koolitervishoiu projekt „Kohaliku tasandi uimastiennetuse võimalused noorte seas: kõige efektiivsemate meetodite ja heade praktikate rakendamine pikaajalistes sekkumisprogrammides, mis põhinevad Drammeni ja Tallinna kogemusel”, toetus 9510 eurot.

Lisaks rahastati Kahepoolsete suhete fondi meetme A alt seminari “Põhjamaade kogemus vaimse tervise valdkonna arendamisel” (toimus 13.05.2013) ning Rahvatervise programmi avakonverentsi „Arenusuunad laste vaimse tervise valdkonnas Eestis: Norra kogemus ja praktika” (toimus 27.05.2013) korraldamist kogusummaga 22 225,61 eurot. Kokku osales seminaril ja avakonverentsil 292 inimest ning mõlemale üritusele olid esinejatena kaasatud ka eksperdid Norrast.

Kahepoolsete suhete fondi **meetme B** peamine eesmärk oli vahetada, jagada ja edasi anda teadmisi, tehnoloogiaid, kogemusi ning parimaid praktikaid projektide elluviijate (Eesti organisatsioon) ja Norra partnerite (doonorriigi organisatsioon) vahel. Kui esialgu said meetmesse B taotluseid esitada organisatsioonid, kes viisid juba ellu eeldefineeritud projekte või avatud taotlusvoorude projekte, siis hiljem muutis FMO reegleid ja fondist said toetust taotleda kõik asjakohased rahvatervise valdkonnas tegutsevad organisatsioonid. Taotluseid oli võimalik programmioperaatorile esitada jooksvalt kuni 1. novembrini 2016. Esitati kolm projektitaotlust, iga projektitaotlust hindasid kaks eksperti. Hindajate hulka kuulusid: Andrea Kink (endine Sotsiaalministeeriumi töötaja, hindas ühte projekti), Andrei Grjibovski (Norra Rahvatervise Instituut, hindas kahte projekti), Triinu Täht (Sotsiaalministeerium, hindas kahte projekti) ja Liis Reiter (Sotsiaalministeerium, hindas ühte projekti). Kõiki kolme projekti otsustati täies mahus rahastada:

³ Kahepoolsete suhete fondist rahastatud projektide toetussummad on märgitud taotluse alusel, kuna lõplikud väljamakstud summad pole hindajatele teada.

- 3) MTÜ Karskusliidu projekt „Alkoholi põhjustatud sünnikahjustuste ennetamine“, toetus 9110 eurot;
- 4) MTÜ Peasjad projekt „Õppevisiit – parimad praktikad noorte poolt juhitud vaimse tervise algatustes“, toetus 26 836 eurot;
- 5) Tervise Arengu Instituudi projekt „Rahvatervise alaste kommunikatsiooni- ja koostööskuste suurendamine“, toetus 16 515 eurot.

Samuti viidi Kahepoolsete suhete fondi meetme B alt ellu programmioperaatori ehk Sotsiaalministeeriumi tegevus „Laste psühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi QNIC ja QNCC piloteerimine“, milleks eraldati toetusena 35 270,35 eurot⁴. Tegevusel puudub taotlus ja seetõttu selle kohta hindamist läbi ei viidud. Küll aga arutati programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt tegevus läbi Koostöökomisjonis ja küsiti nõusolek nii RaM-ilt kui ka FMO-lt.

Lisaks toetati KSF meetme B alt kahe õppereisi korraldamist Norrasse (kokku 18 Eesti spetsialisti, sh vaimse tervise keskuste ja Sotsiaalministeeriumi esindajad ning sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonna eksperdid), kolme seminari ja ühe töötoa korraldamist projektide elluviijatele ning sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonna ekspertidele Eestis (kokku 222 osalejat) ning ühte kohtumist vaimse tervise keskuste esindajatega (27 osalejat). Kirjeldatud tegevusi rahastati meetme B alt 50 838,20 euroga⁵. Kõigi tegevuste elluviimisesse olid kaasatud ka eksperdid Norrast.

Ühe osana Rahvatervise programmist viidi ellu **programmi teavitustegevused**, et toetada programmi elluviimist, hõlbustada rahade läbipaistvat kasutamist ja kindlustada kõigi oluliste osapoolte osalemine. Kommunikatsioonitegevuste eesmärk oli informeerida, julgustada ja toetada võimalikke projekti teostajaid taotlemisel, projektipartnerite leidmisel doonorriigist, kogemuste ja kontaktide vahetamisel, samuti tõsta avalikkuse teadlikkust programmi tegevustest, uutest loodud võimalustest ning tervise ja vaimse tervise teemadest üldisemalt. Selle eesmärgiga korraldas programmioperaatori ehk Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond alates juunist 2013 kuni 2017. aasta esimese pooleni 19 tegevust, kogusummas 102 289,65 eurot (osa juhtimiskuludest)⁶. Tegevused jagunesid peamiste tüüpide lõikes järgmiselt:

- programmi lõpusündmus (1);
- võimalikele taotlejatele suunatud infoseminarid ja kohtumised (3);
- projektide elluviijatele suunatud infoseminarid ja kohtumised (5⁷);
- rahvusvahelise konverentsi "Laste ja noorte heaolu parandamine ja sotsiaalse tõrjutuse ennetamine" korraldamine (1);
- õppereis Norrasse (1⁸);
- osalemine rahvusvahelistel konverentsidel, sh programmi ja selle tulemuste tutvustamised (4);
- Tallinna Pimedate Ööde Filmifestivalil (PÖFF) vaimse tervise teemade kajastamine (1);
- Rahvatervise programmi tulemusi tutvustav video (1);
- vaimse tervise teemaline kampaania "Mul on kõik OK!" (1);
- vaimse tervise teemaline küsitlusuuring (1).

⁴ Kokku eraldati tegevuse „Laste psühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi QNIC ja QNCC piloteerimine“ teostamiseks 35 270,35 eurot. Täpsemalt toetati tegevuse elluviimist summas 35 027,49 eurot KSF meetme B alt ja summas 242,86 eurot kommunikatsioonitegevuste alt.

⁵ Ühte õppereisi Norrasse rahastati lisaks KSF meetmele B ka kommunikatsioonitegevuste alt.

Kommunikatsioonitegevuste alt rahastati lisaks ka kohtumist vaimse tervise keskuste esindajatega.

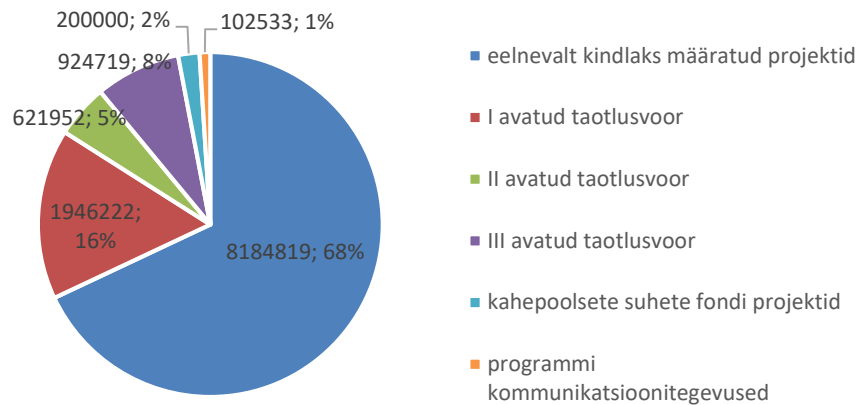
⁶ Lisaks toetati kommunikatsioonitegevustest tegevuse „Laste psühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi QNIC ja QNCC piloteerimine“ elluviimist 242,86 euroga.

⁷ Ühte kohtumist vaimse tervise keskuste esindajatega rahastati osaliselt kommunikatsioonitegevuste (60% kogusummast) ja osaliselt KSF meetme B alt (40% kogusummast).

⁸ Rahastati osaliselt kommunikatsioonitegevuste (17% kogusummast) ja osaliselt KSF meetme B (83% kogusummast) alt.

Kokku registreeriti eelnimetatud tegevustes 643 osalemist, mille hulka ei ole arvestatud PÕFF-i publikut, samuti inimesi, kelleni jõudis video programmi tulemustest (30.04.2017 seisuga YouTube'is 74 kuvamist) ja kampaania "Mul on kõik OK!" (30.04.2017 seisuga kolmel YouTube'i videoklipil 117 071 kuvamist). Seejuures tuleb silmas pidada, et kindlasti on registreeritud osalemiste hulgas arvukalt inimesi, kes on saanud osa mitmest teavitustegevusest. Siiski võib nende näitajate alusel hinnata, et programmi teavitustegevused jõudsid paljudeni ja nendes osales suur hulk inimesi. Kolmel teavitusüritusel (programmi lõpusündmus, rahvusvaheline konverents "Laste ja noorte heaolu parandamine ja sotsiaalse tõrjutuse ennetamine" ja kohtumine vaimse tervise keskuste esindajatega) osalesid esinejatena ka Norra eksperdid.

Rahvatervise programmi erinevate osade finantseerimine on esitatud järgmisel joonisel (joonis 2).



Joonis 2. Rahvatervise programmi toetuste jagunemine programmi osade vahel (kokku toetus 12 053 065 eurot)

Allikas: Programmi ja projektide aruanded, autorite arvutused

Hinnatavatest tegevustest oli hindamise alguseks lõppenud 11 projekti ja nende lõpparuanded olid Sotsiaalministeeriumi laekunud, 3 projekti lõppes vahetult enne hindamise algust 31.12.2016 (projektide 19 ja 20 lõpparuanded laekusid 27.01.2017, projekti 3 aruanne 24.02.2017) ning 6 projekti lõppesid hindamise ajal 31.01.2017. **Hindamine hõlmas perioodi 01.02.2013–31.01.2017.** Seega jäid hindamise alt välja programmi viimase 3 kuu jooksul tehtud kommunikatsioonitegevused. Juhime tähelepanu, et hindamise elluviimise ajal lõppenud projektide sisuline mõju ei olnud veel hindamise hetkeks avaldunud. Uuritavat ajaperioodi 2013–2017 analüüsiti tervikuna, eristamata hindamises lühemaid perioode.

Tabel 2. Rahvatervise programmi raames ellu viidud projektid ja tegevused

Projekti number	Projekti/tegevuse nimi	Eesmärk	Projekti elluviija (lisainfo lingina)	Projekti/tegevuse lõpp ⁹
Eelnevalt kindlaks määratud projektid				
1	Vaimse tervise keskuse loomine	Pakkuda kvaliteetseid psühhiaatrilise ravi teenuseid patsientidele ja koolitusvõimalusi spetsialistidele nende pädevuse tõstmiseks.	SA Tallinna Lastehaigla	31.03.17
2	Rehabilitatsiooniteenuse loomine raske ja püsiva psüühikahäiretega lastele	Uute teenuste loomine raske ja püsiva psüühikahäirega lastele, mis sisaldab integreeritud sotsiaal-, tervishoiu- ja haridusteenuseid, arvestades laste vajadusi ning toetades nende hariduse omandamist. Turvalise keskkonna loomine, toetades lapse arengut ja valmistamaks last hakkama saamiseks täiskasvanueas.	Sotsiaal-kindlustusamet	31.01.17
3	Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks	Laste vaimse tervise teenuste kontseptsiooni loomine integreeritud süsteemi üles ehitamiseks erinevate sektorite vahel, et tagada vaimse tervise teenuste kvaliteet ja regionaalne katvus lastele ja peredele.	Sotsiaalministeerium, Laste ja perede osakond	31.12.16
4	Nakkushaiguste ennetamise ja ravisüsteemi tugevdamine vanglates	Nakkushaiguste leviku vähendamine ja ravivõimaluste parandamine vanglates, sh personali teadlikkuse tõstmine nakkushaigustest.	Justiitsministeerium	30.04.16
1. avatud taotlusvoor „Regionaalsete vaimse tervise keskuste väljaarendamine“				
<i>Eesmärk: laste vaimse tervise teenuste arendamine, kvaliteedi tõstmine ja kättesaadavuse parandamine regionaalsel tasandil.</i>				
5	Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskuse loomine	Senisest efektiivsema ja kättesaadavama lastepsühhiaatrilise abi pakkumine projekti raames loodava Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskuse kaudu.	SA Tartu Ülikooli Kliinikum	31.01.17
6	Ida-Virumaa vaimse tervise keskuse loomine lastele ja noorukitele	Senisest efektiivsema ja kättesaadavama lastepsühhiaatrilise abi pakkumine projekti raames loodava Ida-Virumaa laste ja noorukite vaimse tervise keskuse kaudu.	SA Tartu Ülikooli Kliinikum	31.01.17
7	Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus	Laste ja noorte vaimse tervise teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse suurendamine ning koostöö tõhustamine sotsiaal- ning haridusvaldkonnaga vaimse tervise probleemide varajaseks märkamiseks ning õigeaegse abi osutamiseks.	SA Pärnu Haigla	31.01.17
2. avatud taotlusvoor „Veebipõhiste vaimse tervise ja reproduktiivtervise alase teenuse arendamine“				
<i>Eesmärk: veebipõhiste teenuste arendamine vaimse tervise ja reproduktiivtervise valdkonnas.</i>				
8	Peaasi.ee - Eesti noorte vaimse tervise	Noorte vaimse tervise paranemine. Noorte vaimse tervise alase teadlikkuse	MTÜ Peaasjad	29.02.16

⁹ Eelnevalt kindlaks määratud projekti ja avatud taotlusvooru projekti lõpparuanne tuleb Sotsiaalministeeriumile esitada 40 tööpäeva jooksul peale tegevusperioodi lõppu, Kahepoolsete suhete fondi projekti aruanne 20 tööpäeva jooksul.

	alane e-nõustamine, veebiplatvorm ja e-lahendused	suurendamine, häbimärgistamise vähendamine, abi kättesaadavuse parandamine, vaimse tervise häirete ennetamine ja leevendamine ning varajane sekkumine läbi noorte hulgas tuntud, kättesaadava ja huvipakkuva vaimse tervise alaseid teemasid koondava veebiportaali.		
9	AppsTerv - veebipõhised rakendused vaimse tervise heaks	Suurendada vaimse tervise alast teadlikkust ning tõsta vaimse tervise alaste veebipõhiste infokanalite kvaliteeti, nõustamisteenuse taset ja ulatust.	Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut	31.12.15
10	Seksuaaltervisealase internetinõustamisteenuse korraldamine ning vaimse- ning reproduktiivtervisealaste veebipõhiste nõustamisteenuste kvaliteedijuhendi välja töötamine	Eesti noorte seksuaal- ja reproduktiivtervisealane riskikäitumine ning HIV/ seksuaalsel teel levivate infektsioonide ja soovimatute raseduste esinemissagedus on vähenenud läbi kvaliteetse info ja veebipõhiste seksuaaltervisealase nõustamisteenuse. Ühtsed alused kvaliteedi arendamiseks vaimse ning seksuaal- ja reproduktiivtervisealaste veebipõhiste nõustamisteenustele on loodud.	Eesti Seksuaaltervise Liit	31.12.15
3. avatud taotlusvoor „Tervist edendavad sotsiaalkampaniad ja koolitused“				
<i>Eesmärk: parendada vaimset ja füüsilist keskkonda läbi tervislike valikute toetamise.</i>				
11	Sotsiaalne liikumine Joome poole vähem!	Muuta Eestis valitsevaid sotsiaalseid norme alkoholiroomimisega seoses, vähendades järk-järgult ühiskondlikku tolerantsust purju joomise ning alaealiste alkoholi ja tubaka tarvitamise vastu.	Terve Eesti SA	29.02.16
12	Passiivse alkoholitartvitamise termini juurutamine ja seeläbi hoiakute ja käitumise muutmine alkoholi liigtartvitamise suhtes	Suurendada elanikkonna teadlikkust väga olulisest alkoholi tarvitamisega seotud kahjust ning parandada seeläbi inimeste suutlikkust ja motivatsiooni oma käitumist ning valikuid muuta. Passiivse joomise kontseptsiooni selgitamise ja tutvustamisega riskikäitumise ennetamine ning seda eriliselt suunatuna nooremale sihtrühmale.	MTÜ Eesti Karskusliit	31.12.15
13	Rahvatervise alase pädevuse suurendamine Eesti paikkondades	Piirkondadevaheline ebavõrdsus tervises on Eestis vähenenud. Eesti kohalikud omavalitsused arvestavad oma poliitika kujundamisel rahvatervise põhimõtetega.	Tervise Arengu Instituut	31.03.2016
14	Tervise ilmajaam – koolitus kogukondadele	Toetada kogukondade ja isikute isikliku vastutuse ja initsiatiivi võtmist ning parendada kogukonna elanike vaimset ja füüsilist keskkonda läbi kohaliku tasandi otsusetegijate teadlikuma ja võimestavama tegevuse tervisedenduses.	Tallinna Ülikool	31.12.15
Rahvatervise programmi kommunikatsioonitegevused				
15		Toetada programmi eesmarke, hõlbustada rahade läbipaistvat kasutamist ja kindlustada kõigi oluliste osapoolte osalemine. Kommunikatsioonitegevuste eesmärk on informeerida, julgustada ja toetada võimalikke projekti elluviijaid taotlemisel, projekti partnerite leidmisel doonorriigist, vahetada kogemusi ja	Programmi- operaatori poolt elluviidav kommuni-	30.04.17

		kontakte. Tõsta avalikkuse teadlikkust programmi tegevustest, uutest loodud võimalustest ja tervise ja vaimse tervise teemadest üldisemalt.	katsiooniplaan	
Kahepoolsete suhete fond				
<i>Eesmärk: toetada ja soodustada projekti partneri otsingut doonorriigist Norrast ja vastastikust koostööd; teadmiste, kogemuste, meetodite ja parimate praktikate vahetamist, jagamist ning edasi andmist projekti elluviijate (Eesti organisatsioon) ja Norra partnerite (doonorriigi organisatsioon) vahel.</i>				
16	Partnerlussidemetel loomine Tervislike eluviiside teemaliseks sotsiaal-kampaaniaks	Luu partnerlussidemed Eesti ja Norra organisatsioonide vahel projekti "Vali terve elu" ettevalmistamiseks 3. avatud taotlusvoorus. Eesmärgiks on suurendada vastastikust mõistmist, vahetada teadmisi ja kogemusi ning häid praktikaid osalejate vahel, edendada koostööd indiviidi, organisatsiooni ja ühiskonna tasandil ning era- ja valitsussektori vahel tervisedenduse kampaaniate ja tegevuste kohta.	MTÜ Ole Terve Selts	19.02.14
17	Kohaliku tasandi uimastiennetuse võimalused noorte seas: kõige efektiivsemate meetodite ja heade praktikate rakendamine pikaajalistes sekkumisprogrammides, mis põhinevad Drammeni ja Tallinna kogemusel	Hinnata välisekspertide abiga uimastiennetuse meetmeid Tallinna noortele, saada ülevaade Norra kogemusest, headest praktikatest, meetoditest ja sekkumisprogrammide kohalikul tasandil. Samuti alustada pikaajalise sekkumisprogrammiga, mis põhineb rahvusvahelise projekti Youth in Europe küsitlusandmetel.	SA Tallinna Koolitervishoid	19.02.14
18	Alkoholi põhjustatud sünnikahjustuste ennetamine	Teistele tekitatud alkoholi kahju või passiivse joomise oluline aspekt on alkoholi tarvitamine raseduse ajal ja alkoholi põhjustatud sünnidefektid (FASD). Eesmärgiks on organiseerida rahvusvaheline konverents, kaasates eksperte erinevatest riikidest.	MTÜ Karskusliit	15.12.15
19	Õppevisiit – parimad praktikad noorte poolt juhitud vaimse tervise algatustes	Parandada Eesti noorte vaimset heaolu. Tõsta teadlikkust ning seeläbi aidata varakult avastada vaimse tervise probleeme, samuti hõlbustada juurdepääsu asjakohasele abile ja varajasele sekkumisele.	MTÜ Peasjad	31.12.16
20	Laste psühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi QNIC ja QNCC piloteerimine	Hinnata lastepsühhiaatria teenuste kvaliteeti laste vaimse tervise keskustes ja maakondlikes kabinettides Inglismaal toimiva lastepsühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi näitel statsionaarsetele (QNIC- <i>Quality Network of inpatient child and adolescent mental health services</i>) ja kogukondlikele teenustele (QNCC - <i>Quality Network of community child and adolescent mental health services</i>).	Programmi- operaatori poolt elluviidav Kahepoolsete suhete fondi tegevus	31.12.16
21	Rahvatervise alaste kommunikatsiooni- ja koostööskuste suurendamine ¹⁰	Koolituskava tervisealase info jagamiseks, koolitajate koolitused	Tervise Arengu Instituut	31.01.17

¹⁰ Hankelepingu sõlmimise ajal lisandunud projekt.

4.3 Hindamisülesanded ja -küsimused

Lähtuvalt eesmärgist täitis hindamine kahte peamist ülesannet:

- 1) Esiteks oli käesoleva hindamise ülesanne välja selgitada, **kas RTP raames on ellu viidud õigeid tegevusi.**

Selle ülesande täitmiseks andsime hinnangu eelkõige programmi raames ellu viidud tegevuste **asjakohasusele** ja **tulemuslikkusele**. Täpsemalt analüüsisime, kas programmi raames läbiviidud tegevused ja projektid olid valitud optimaalseimalt, et programmides ja arengukavades olevaid eesmärke täita. Analüüsisime valdkonna ees programmiperioodi alguses seisnud rahvatervisealaseid väljakutseid ning programmi väljatöötamise ja elluviimise protsessi sisutegevuste vaates neile väljakutsetele optimaalseima lahenduse leidmise osas. Hindasime, kas ja kui palju programmi ja projektide tegevused panustasid programmide, arengukavade ja projektide eesmärkide saavutamisse. Andsime hinnangu, kas programmide ja arengukavade eesmärke saavutati tulemuslikumalt eelnevalt kindlaks määratud projektide, avatud taotlusvoorude või Kahepoolsete suhete fondi projektide abil.

- 2) Teiseks oli käesoleva hindamise ülesanne välja selgitada, **kas RTP raames on viidud tegevusi ellu õigil viisil.**

Ülesande täitmiseks andsime hinnangu eelkõige programmi raames ellu viidud tegevuste **tõhususele** ja **jätkusuutlikkusele**. Analüüsisime programmi ja projektide raames ellu viidud tegevuste planeerimise, läbiviimise ja aruandluse protsessi ning otstarbekust, avatud taotlusvoorude korraldamist ning programmis ja projektis tehtud rahaliste vahendite kasutamist vastavalt esitatud andmete detailsusele. Andsime hinnangu, millised tegurid mõjutasid enim eesmärkide saavutamist või mittesaavutamist. Hindasime algatatud tegevuste jätkusuutlikkust.

Projektide hindamisel lähtusime konkreetse projekti puhul asjakohastest alusdokumentidest (uuringud, arengukavad, analüüsid, statistika, projektide dokumentatsioon jms) ja ekspertteadmisest. Iga projekti hindas kaks sõltumatut hindajat, kelle hinnangu tulemusena kujunes projekti koondhinnang nelja hindamiskriteeriumi, sh **asjakohasuse, tulemuslikkuse, tõhususe ja jätkusuutlikkuse** kohta.

Hindamisülesannete lahendamiseks vastasime järgmistele **hindamisküsimustele**, mille omakorda jagasime **nelja hindamiskriteeriumi lõikes**.

A. Asjakohasus (ingl *relevance*):

A.1 Kas RTP raames ellu viidud tegevused olid sobivaimad ning kas tegevused tervikuna olid kompleksed ja omavahel kooskõlas ning parimal viisil kombineeritud, et täita seatud eesmärke?

Analüüsisime, kas ja kui võrd valitud projektid ning nende eesmärgid sobisid sisuliselt programmides ja arengukavades püstitatud eesmärkide täitmiseks, kui võrd nad täiendasid või dubleerisid üksteist või juba käigus olevaid tegevusi, kas eesmärkide saavutamiseks jäi planeerimata või teostamata mõni oluline tegevus. Analüüsisime projektide ja nende teostajate valiku protsessi. Hindasime, kas projektide valiku protsess oleks võinud olla teistsugune või optimaalsem.

A.2 Indikaatorsüsteemi asjakohasus, sh ettepanekute tegemine seire- ja indikaatorsüsteemi parendamiseks.

Analüüsisime, kas ja kui võrd programmi elluviimist mõõtvad indikaatorid ja seiresüsteem kajastasid sisuliselt soovitud eesmärkide saavutamist ja edusamme eesmärkide suunas liikumisel. Hindasime RTP indikaatorite valiidsust (kas mõõtsid õiget asja), indikaatorite sihttasemet sobivust (kas olid piisavalt ambitsioonikad, kuid realselt saavutatavad) ja mõõtmismetoodika valiidsust.

Andsime hinnangu programmi seiresüsteemi optimaalsusele. Tegime ettepanekuid indikaator- ja seiresüsteemi tõhustamiseks ja optimaalsemaks muutmiseks.

B. Tulemuslikkus (ingl *effectiveness*):

B.1 Rahvatervise programmi raames ellu viidud tegevuste mõju eesmärkide täitmisele. Mil määral täideti püstitatud eesmärgid?

Analüüsisime, kas RTP eesmärgid tervikuna ja iga konkreetse projekti eesmärgid eraldiseisvana sisuliselt saavutati, sealhulgas eristasime, kas eesmärgid saavutati täielikult või osaliselt.

B.2 Kuivõrd viisid elluviidavad tegevused soovitud tulemusteni (sisuline tulemus lähtuvalt eesmärgist)? Kas eesmärgid olid saavutatavad olemasolevate ressursidega?

B.3 Tegevuste piisavus püstitatud eesmärkide täitmiseks. Kas tulemused olid saavutatavad sellises mahus elluviidavate tegevustega?

B.4 Miks mõni püstitatud eesmärk jäi saavutamata või täideti osaliselt?

Hindamisküsimustele B.2, B.3 ja B.4 vastamiseks analüüsisime, kas ja kuivõrd panustas iga konkreetne projekt hinnatavate programmide ja arengukavade sisuliste eesmärkide saavutamisse. Hindasime projektide sisulist mõju programmi mõõtvate ja võimalusel ka RTA ning LPA vastavate indikaatorite saavutamisse. Analüüsisime, miks mõni eesmärk jäi saavutamata või saavutati osaliselt.

B.5 Missugused olid ühelt poolt positiivsed arengud ja teiselt poolt probleemid tegevuste rakendamisel?

Analüüsisime, kas programmis ja projektides olid võimalikud riskid hinnatud ja maandatud, kas riskid avaldusid, kas riskide maandamismehhanismid töötasid. Esitasime süstemaatilised positiivsed ja negatiivsed küljed programmi ja tema tegevuste rakendamisel nii sisuliselt kui ka administratiivselt, tegime ettepanekud programmi sisulise ja administratiivse külje tõhustamiseks ning probleemsete aspektide maandamiseks.

C. Tõhusus (ingl *efficiency*):

C.1 Kas eesmärke oleks olnud võimalik saavutada ressursse efektiivsemalt kasutades? Nt kas samu tulemusi on võimalik saavutada alternatiivseid (efektiivsemaid) tegevusi tehes. Milliseid täiendavaid tegevusi oleks olnud otstarbekas eesmärkide saavutamiseks rakendada?

Analüüs on osaliselt seotud hindamisküsimusega A.1. Siin analüüsisime, kas saavutatud eesmärke ja tulemusi oleks võinud saavutada väiksemamahuliste tegevuste abil, väiksema ressursiga, teiste efektiivsemate tegevustega, kui mõne tegevuse siht- ja sidusrühm oleks olnud teine, kas mõni teine tegevus oleks andnud pikaajaliselt jätkusuutlikuma tulemuse. Toome välja, millised need teistsugused tegevused oleksid võinud olla.

D. Jätkusuutlikkus (ingl *sustainability*):

D.1 Kuivõrd jäävad tulemused püsima pärast Norra programmiperioodi lõppemist?

Analüüsisime projektide kaupa, kas ja kuivõrd jäävad eeldatavalt projektides ja programmis saavutatud tulemused püsima. Eristasime juba lõppenud projekte ja hindamise ajal lõppevaid projekte – esimeste puhul saime täiendavalt hinnata, kas ja kuivõrd projekti käigus arendatud teenus/partnersuhe siiani toimunud on. Hindamise ajaks lõppenud projektide puhul tõime välja, milliste projektide jätkusuutlikkus on kõrgeim, millistes problemaatiline, tõime välja madala jätkusuutlikkuse või jätkusuutmatuse põhjused ja andsime soovitusi mida tulevastest programmides arvestada, et jätkusuutlikkust parandada.

D.2 Kuidas saab toetada programmi raames arendatud teenuste ja tegevuste jätkusuutlikkust pikaajaliste rahvatervisealaste eesmärkide saavutamisel?

Kuigi programmi raames teostatud arendustegevused löid pinnase pikaajaliste rahvatervisealaste eesmärkide saavutamiseks, oli programm pikaajaliste mõjude avaldumiseks liiga lühike. Seetõttu pidime väga oluliseks anda soovitusi, kuidas saavutatud tulemusi hoida või tõhustada jätkutegevuste abil.

Väljatoodud hindamisküsimustele (A.1 kuni D.2) vastamine (sh töö tulemusena antavate hinnangute põhjalikkus) olenes sellest, kas ja millistele projekti dokumentidele oli hindajatel ligipääs (nt projektide taotlused, hindamislehed, vahearuanded, lõpparuanded, finantsaruanded, sisehindamise või auditite tulemused jmt) ning millise detailsusega andmeid algdokumentid sisaldasid.

5 Hindamise metoodiline raamistik

Käesoleva uuringu näol oli tegemist RTP **järeldamisega** (ingl *ex-post evaluation*). Järeldamise käigus anti süstemaatiline hinnang ellu viidud tegevuste tulemuslikkusele, sh tegevuste sobivusele ja piisavusele eesmärkide täitmiseks, ning selle põhjal tehti järeldusi ja anti soovitusi tulevaste Norra programmide planeerimiseks ja lõppeva programmi tegevuste jätkusuutlikkuse parandamiseks.

Hindamisel lähtuti **teooriapõhise hindamise** (ingl *theory-based evaluation*, edaspidi TBE) põhimõtetest. Teooriapõhisel hindamisel keskenduti küsimusele "miks?" – miks ellu viidud projektid ja tegevused töid/ei toonud (määratletud sihtrühma jaoks) kaasa planeeritud tulemusi? Et mõista tulemuste saavutamise või mittesaavutamise põhjuseid, on TBE lähtekoht kavandatud sekkumisloogika (ingl *intervention logic*) tuvastamine ja selle reaalse toimimise hindamine (European Commission 2013). Sekkumisloogika all peame silmas mõjuahelat, mis kirjeldab, kuidas kavandatud projektid ja tegevused viivad seatud eesmärkide saavutamiseni ning millises kontekstis ja millistel eeltingimustel soovitud muutused toimuvad.

Programmis ja projektides kavandatud sekkumisloogika määratleti peamiselt hindamismeeskonna ekspertide sisulisel juhendamisel ning dokumendi- ja andmeanalüüsi alusel. Tegelikult sekkumisloogika toimimise/mittetoimimise väljaselgitamiseks ning vastavate soovitusete tegemiseks koguti sisendit peamiselt dokumendi- ja andmeanalüüsi, aga ka poolstruktureeritud süvaintervjuude ja fookusgruupintervjuude läbiviimise raames.

Hindamise läbiviimiseks ning hindamisküsimustele vastamiseks kasutati **segametoodikat**, mis koosnes nii **kvantitatiivsetest** kui ka **kvalitatiivsetest meetoditest**. Segametoodikat kasutati andmete piisava esindatuse ning usaldusväärsuse tagamiseks, põhjuste ja seoste mõistmiseks, samuti leidude ja soovitusete valideerimiseks. Kvantitatiivsed meetodid andsid faktilise nägemuse NFM kasutamisest projektide ja projektitüüpide lõikes, kuid selle seose ja mõju mõistmiseks kasutati kvalitatiivseid meetodeid, mis töid analüüsi küll juurde subjektiivsust, kuid andsid võimaluse teha üldistusi ja järeldusi.

Hindamise käigus kasutatud peamistest hindamismeetoditest ja nende rakendamisest erinevatele hindamisküsimustele vastamisel annab ülevaate tabel 3.

Tabel 3. Hindamismeetodite rakendamine uuringu hindamisküsimuste kaupa

Küsimus	Kvantitatiivsed uurimismeetodid	Kvalitatiivsed uurimismeetodid		
	Veebiküsitlus	Dokumendianalüüs	Süvaintervjuud	Fookusgrupid
A.1	+	+	+	+
A.2	-	+	+	+
B.1	+	+	+	+
B.2-4	+	+	+	+
B.5	+	+	+	+
C.1	+	+	+	+
D.1	+	+	+	+
D.2	-	+	+	+

Kvantitatiivseid meetodeid ehk peamiselt veebiküsitluse tulemusi kasutati nii iseseisvalt kui sisendiks kvalitatiivsetele meetoditele, eelkõige just süvaintervjuude ja fookusgruppide kavade koostamiseks. Sel juhul vaadeldi, millised on kvantitatiivse analüüsi tulemuste kõige suuremad varieeruvused või vastuolud, millele kvalitatiivsete meetoditega otsiti põhjuseid. Samas kasutati ka kvalitatiivset dokumendianalüüsi kvantitatiivsete meetodite sisendina. Antud hindamise puhul seadis ajaline raamistik nende uurimismeetodite kombineerimisele teatud piirangud – ajasurve tõttu toimusid kvantitatiivne ja kvalitatiivne hindamine paralleelselt (kvantitatiivne küsitlus viidi suures osas läbi enne süvaintervjuude

algust, täielik kvantitatiivne analüüs valmis enne fookusgruppe, v.a programmi planeerijate ja elluviimise koordineerijate fookusgrupp).

Alljärgnevalt on kirjeldatud, kuidas erinevaid hindamismeetodeid kasutati.

5.1 Dokumendianalüüs

Dokumendi- ja andmeanalüüsi eesmärk oli koguda võimalikult palju hindamisteema kohast informatsiooni siseriiklikest ja rahvusvahelistest strateegiadokumentidest, analüüsides ja uuringutest, projektidokumentatsioonist ja andmebaasidest, mõistmaks hindamise konteksti ning olles üheks peamiseks meetodiks indikaatorsüsteemi asjakohasuse, sihttasemete sobilikkuse ja sihttasemete täitmise või mittetäitmise hindamisel, samuti programmides ja arengukavades püstitatud eesmärkide saavutamiseks teostatud tegevuste sobivuse, tulemuslikkuse ja kaetuse hindamisel.

Rahvusvahelisest kirjandusest kasutati eelkõige rahvusvahelisi strateegiadokumente (Maailma Terviseorganisatsioon, Euroopa Liit), sest nende dokumentide koostamisel kasutati juba tõenduspõhist lähenemist, lisaks on WHO strateegiadokumendid valminud hiljuti (2013) ja Eesti on dokumente vastu võttes aktsepteerinud seal pakutavate meetmete ja tegevuste asjakohasust ning otstarbekust.

Dokumendianalüüsi tulemusi kasutati nii otsese sisendina hindamisküsimustele vastamiseks (tabel 3) kui ka kvantitatiivse analüüsi, süvaintervuude ja fookusgruppide kava ettevalmistamisel ja täiendamisel. Dokumendi- ja andmeanalüüsi tulemusena töötati välja esmased järeldused ja soovitused, saadavat informatsiooni valideeriti ja täiendati kvantitatiivse analüüsi, süvaintervuude ja fookusgruppide tulemuste põhjal.

Dokumendianalüüsi abil hinnati muuhulgas avatud taotlusvoorudes rahuldamata jäänud taotlusi. Analüüsi edukaid ja mitteedukaid projekte eristanud tegureid, mis olid peamised rahastusotsuse saamise ja väljajäämise põhjuseks.

Projektide eesmärkide saavutamise hindamiseks töötati dokumendianalüüsi põhjal välja kriteeriumid, mille järgi defineeriti eesmärkide täielikku ja osalist täitmist. Hindamiseks kasutatud kriteeriumid ja püstitatud hindamisküsimused on esitatud eraldiseisvas metoodika aruandes.

Esmase dokumendianalüüsi alusel koostati kvantitatiivuuringu küsimustik projektijuhtidele ning projektijuhtide intervjuukava. Küsimusi täpsustati enne kvantitatiivuuringu algust ja intervjuude läbiviimist.

Dokumendi- ja andmeanalüüsi kaasati nii varasemad valdkondlikud hindamised ja uuringud kui ka olemasolev statistika, et kaardistada programmi valdkondi iseloomustav olukord hinnatava perioodi alguses. Analüüsi käigus toetuti viiele erinevale andmeallika tüübile:

- (1) siseriiklikud strateegilised dokumendid ja nende aruanded, sh RTA, Alkoholipoliitika roheline raamat, Tubakapoliitika roheline raamat, Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, LPA;
- (2) rahvusvahelised strateegilised dokumendid, sh Norra toetuse prioriteedid, WHO ja Euroopa Komisjoni asjakohased dokumendid;
- (3) varasemalt teostatud uuringud, hindamised ning teised aruanded;
- (4) statistika ja andmebaasid;
- (5) programmi ja projektide dokumentatsioon. Projektide käigus loodud konkreetseid sisudokumente analüüsi juhul, kui antud dokument oli olnud otseseks sisendiks projekti teistele hinnatavatele tegevustele ja/või jätkutegevustele või kui hindamise käigus selgus, et teiste andmeallikate analüüs ei võimalda mõnele hindamisküsimusele vastata. Dokumendianalüüsis kasutatud andmeallikate loetelu on esitatud kasutatud kirjanduse peatükis.

5.2 Kvantitatiivne analüüs

Kvantitatiivse analüüsi sihtrühmaks olid **projektide elluviijad**. Kvantitatiivse analüüsi eesmärk oli anda statistiline ülevaade Norra toetusmehhanismi kasutamisest ja varieeruvusest projektitüüpide lõikes. Selleks kasutati kirjeldavat statistikat ja sagedustabeleid. Kvantitatiivuuring viidi läbi kõikse valimiga (19 projekti, kaks projekti jäid veebiküsitlusest välja ning küsitlus asendati projektijuhtide intervjuuga) veebiküsitlusena, lisades sinna juurde projektide taotlustest ja aruannetest arvnäitajaid. Tuginedes kirjeldavale statistikale, antakse aruandes üldistatud ülevaade Norra vahendite kasutamisest, projektide tulemustest, nende jätkusuutlikkusest, eelnevalt kindlaks määratud ja edukate projektide ettevalmistamisest, nende sisulisest suunatusest, projekti vahendite ja aja piisavusest, eduteguritest, peamistest sisulistest takistustest, aga ka programmi administratiivsete protseduuride selgusest, otstarbekusest, halduskoormusest jms, osalejate ettepanekutest tulevaste programmide ja projektide osas. Kirjeldav statistika ei anna lõplikke vastuseid, kuna nende meetodite põhjal ei ole võimalik hinnata mõju ja seoste põhjuseid. Kirjeldavat statistikat kasutati teiste meetoditega (eelkõige dokumendianalüüs ja süvaintervjuud) kogutud andmete täiendamiseks ja konkretiseerimiseks.

5.3 Süvaintervjuud ja fookusgrupid

Süvaintervjuude ja fookusgruppide eesmärk oli koguda vahetut kvalitatiivset infot NFM rakendamise tulemuste kohta. Intervjuud ja fookusgrupid toetasid dokumendi- ja kvantitatiivse analüüsi tulemusi ning aitasid mõista ja kirjeldada kvantitatiivse küsitluse käigus kogutud ja analüüsitud numbrilisi tulemusi. Lisaks oli intervjuude ja fookusgruppide kaudu kogutud teave otseseks sisendiks hindamisküsimustele vastamisel (tabel 3).

Süvaintervjuud projektide elluviijatega viidi läbi poolstruktureeritud intervjuudena, mis on vabas õhkkonnas ette antud teemasid süvitsi käsitlevad vestlused hindaja ja intervjuus osaleja vahel. Intervjuude läbiviimine toimus andme- ja dokumendianalüüsi ning kvantitatiivse analüüsi lõppjärgus, täpsustas nende tulemusi ja oli sisendiks lõpparuandele. Intervjuude eesmärk oli trianguleerida teiste andmeallikate põhjal teostatud analüüsi tulemusi, anda sisendit hindamisküsimustele vastamiseks ning järelduste ja soovitude tegemiseks. Intervjuud viidi läbi iga projekti projektijuhiga või projekti elluviija esindajaga, kui projektijuht polnud enam asutusega seotud. Hindamise käigus tehti **19 süvaintervjuud**, sealhulgas 4 paarisintervjuud organisatsioonides, kus projekti elluviimise eest vastutas mitu isikut. Süvaintervjuud viidi läbi silmast silma, respondendi soovil ühel korral ka telefoni ja kolmel korral Skype'i teel.

Intervjuude läbiviimiseks koostati intervjuu kava. Kava sisaldas nii avatud kui ka suletud küsimusi. Intervjuud viidi läbi poolstruktureeritult, st intervjuuks olid teemavaldkonnad paika pandud ja põhiküsimused ette valmistatud, ent intervjuueerijal oli vabadus nende järjekorda ja sõnastust teatud määral muuta vastavalt vajadusele.

Intervjuud salvestati, tagades nii algmaterjali olemasolu, mida sai vajadusel hiljem kasutada andmete tõepärasuse kontrollimiseks. Intervjuud viidi läbi hindamiseeskonna analüütikute ja tervisevaldkonna eksperdi poolt.

Intervjuude andmete analüüsimiseks kasutati teemaanalüüsi (*template analysis*) meetodit. Intervjuud kodeeriti lähtuvalt teemadest ning kodeeringute põhjal moodustati andmebaas, mis oli analüüsi aluseks.

Fookusgrupid viidi läbi kvalitatiivsete andmete kogumiseks RTP ettevalmistamise, rakendussüsteemi, projektitaotluste hindamise ja valiku protsessi ning programmi ja projektide tulemuste laiema nähtavuse kohta. Lisaks korraldati fookusgrupid hindamise esialgsete järelduste ja soovitude valideerimise eesmärgil. Kokkuvõttes viidi erinevate sihtgruppide seas läbi kuus fookusgrupi arutelu (sh programmi ettevalmistajate

ja koordineerijatega, projektitaotluste hindajate ja valikukomisjoni liikmetega, sidusrühmade esindajatega ning hindamise tulemuste kasutajatega erinevatest organisatsioonidest).

Fookusgrupid toetasid sarnaselt intervjuudele dokumendi- ja kvantitatiivse analüüsi käigus saadud tulemusi. Igasse fookusgruppi kutsuti võimalikult erineva kogemusega programmi või valdkonnaga seotud inimesi (olenevalt neljast erinevast fookusgrupi sihtrühmast), sealhulgas erinevatest piirkondadest.

Fookusgrupi arutelud viidi läbi Tallinnas. Fookusgruppides osales keskmiselt neli inimest (v.a hindamismeeskonna liikmed) ning fookusgruppe juhtisid hindamismeeskonna analüütik ja valdkonna ekspert. Fookusgruppide intervjuu kavad ja osalejate nimekirjad on esitatud metoodikaaruande lisan.

5.4 Hinnangute andmine, järelduste ja soovitude tegemine

Hinnangute andmisel ning järelduste ja soovitude tegemisel lähtuti loogilise voolu (*logical flow*) põhimõttest, mille kohaselt erinevad hindamise etapid (andmete kogumine, analüüsimine, hinnangute andmine ja soovitude tegemine) järgnesid üksteisele loogiliselt (joonis 3). Selle põhimõtte kohaselt koguti vaid neid andmeid, mis olid hilisemas analüüsi etapis vajalikud. Viidi läbi just need analüüsid, mis usaldusväärsete hinnangute andmiseks ja soovitude tegemiseks vajalikud olid. Teisalt järgiti, et kõik soovitud oleksid vastavate hinnangutega põhjendatud (ehk ei soovitatud midagi, kui ei antud vastavat hinnangut). Samuti ei antud hinnanguid, kui neid ei toetanud vastavad analüüsi tulemused. Ja omakorda ei viidud läbi analüüsi, kui ei kogutud piisavalt usaldusväärseid (ehk trianguleeritud) andmeid.



Joonis 3. Loogiline vool

Hindamistulemuste mugavaks visuaalseks esitlemiseks ja paremaks edastamiseks kasutati projektide hindamistabelis nõ "valgusfoori" meetodit: nt kas ja kuivõrd projekt panustas vastava programmi või arengukava eesmärkide saavutamisse (roheline: täielikult, kollane: osaliselt, punane: ei panustanud). Täiendavad selgitused esitati hindamisaruande tekstis. Analoogne tabel koostati projektide kaupa hinnates iga projekti asjakohasust, tulemuslikkust, tõhusust ja jätkusuutlikkust. Valgusfoor võimaldab lugejal ja aruande kasutajal kiirelt ja ülevaatlikult saada teada hinnangust igale projektile ja programmile tervikuna.

Projektide hindamisel lähtuti kõikidest konkreetse projekti puhul asjakohastest teguritest ja etteantud kriteeriumitest. Iga projekti asjakohasust, tulemuslikkust, tõhusust ja jätkusuutlikkust hindas kaks sõltumatut hindajat, kelle hinnangu tulemusena kujunes projekti koondhinnang vastavas aspektis.

Asjakohasuse hindamisel vaadeldi planeeritud tegevusi tervikkogumina ning hinnati, kuivõrd on elluviidud tegevused kooskõlas NFM 2009–2014, RTP, RTA ning LPA eesmärkidega, st aitavad tervikuna kaasa seatud eesmärkide täitmisele.

Asjakohasuse hindamise sisenditeks olid RTP alusdokumendid, projektitaotlused ja projektide vahe- ning lõpparuanded (kui need olid esitatud), projektijuhtide seas läbiviidud veebiküsitluse tulemused ning süvaintervjuud projektijuhtidega. Põhilise osa hindamisest moodustas dokumendianalüüs, mille käigus koondati projektide taotlustest ja aruannetest info, mis võimaldaks projekti asjakohasust hinnata.

Asjakohasuse (aruande lisana esitatud tabelis märgitud rohelisega) hinnati projektid, mille eesmärgid ja tegevused olid kooskõlas NFM, RTP, RTA ja LPA eesmärkidega ning mille sihtgrupid ja tegevustes osalenud olid kooskõlas RTP alusdokumentides tooduga. Asjakohaseks loeti ka projektid, mille puhul üksikud eelnevalt loetletud tingimused ei olnud täidetud, kuid mille täitmine hindajate hinnangul ei olnud olulise ulatusega. Projektid, kus mõned tegevused ei olnud planeerituga kooskõlas, kuid aitasid hindajate

hinnangul kaasa eesmärkide saavutamisele ja olid sihtrühmale sobivad, loeti asjakohaseks. Mõnede indikaatorite mittedobivus või hindamata jätmine ei vähendanud projekti asjakohasust, kui projekt oli muus osas asjakohane.

Mõõdukalt asjakohaseks (aruande lisana esitatud tabelis märgitud kollasega) hinnati projektid, kus esines väheseid ja dokumendialüüsi läbiviijate arvates mõõdukaid ebakõlasid projekti eesmärkide ja tegevuste sobivuses RTP eesmärkide saavutamiseks, kuid suurem osa tegevustest ja sihtgruppidest olid kooskõlas nii projekti kui RTP eesmärkidega.

Projektid oleks loetud **mitteasjakohaseks**, kui need oleks olnud selges vastuolus RTP või mõne teise valitud arengukava eesmärkidega.

Tulemuslikkuse hindamisel vaadeldi projektide tegevusi nii tervikuna kui üksikult ning anti vastus küsimusele, kuivõrd on tegevused mõjutanud RTP eesmärkide täitmist. Tulemuslikkust hinnati nii RTP kui terviku tasemel kui projektides eraldi. Tegevuste elluviimisel ilmnenuid kõrvalekallede põhjuste, ilmnenuid riskide ja nende maandamise meetmete kohta koguti hindamise käigus infot nii projektide vahe- ja lõpparuannetest kui ka projektijuhtide küsitlusest ja intervjuudest. Projekti tulemuslikkuse hindamisel arvestati, millised probleemid projekti käigus esinesid, kuidas need lahendati ning kuidas leitud lahendused mõjutasid projekti eesmärkide täitmist.

Projektide tulemuslikkuse hindamisel arvestati ka projektidele seatud indikaatorite sihttasemetega täitmisega (kas püstitatud eesmärgid indikaatorite sihttasemetega näol saavutati osaliselt või täielikult). Mõõdetavate indikaatorite kasutamine tulemuslikkuse hindamisel oli võimalik vaid nende projektide puhul, millele olid taotluses indikaatorid koos sihttasemetega seatud ning lõpparuandes vastavate indikaatorite saavutustasemed välja toodud. Kuna ühe ja sama RTP eesmärgi ja väljundindikaatori täitmisesse panustasid väheseid programmi raames ellu viidud projektid, siis enamasti erinesid projektidele seatud indikaatorid üksteisest oluliselt.

Projektide tulemuslikkuse lõplik hinnang kujunes erinevate näitajate kompleksse hindamise tulemusena, sealhulgas arvestati tegevuste kooskõla ja sobivust eesmärkide saavutamiseks, projekti jooksul ilmnenuid riske ja nende maandamise meetmeid, projekti eesmärkide täitmist.

Tulemuslikuks (aruande lisana esitatud tabelis märgitud rohelisega) loeti need projektid, kus rohkem kui pool näitajatest sai positiivse hinnangu. **Mõõdukalt tulemuslikuks** (tabelis kollasega) loeti need projektid, millel enam kui pool näitajatest sai madalama hinnangu või milles oli üksikuid suuremaid probleeme, ehkki projekti peamised eesmärgid peaaegu saavutati. Projekt oleks loetud **vähetelemuslikuks** (tabelis punasega), kui eesmärgid oleksid suures osas jäänud täitmata või oleks esinenud muid olulisi takistusi projekti elluviimisel, sh oleksid indikaatorid hindamata.

Tõhususe hindamisel oli fookus peamiselt ressursside kasutamise efektiivsusel seatud eesmärkide ja saavutatud tulemuste aspektist. Tõhusust hinnati nii RTP kui terviku tasemel kui projektides eraldi. Projektide tõhususe hindamisel toetuti peamiselt projektitaotlustele, esialgsetele eelarvetele, lõpparuannetes esitatud eelarve täitmise hinnangutele, võimalusel ka eelarve muutmise seletuskirjadele ning projektijuhtide küsitluse ning intervjuude tulemustele.

Tõhususe juures hinnati projekti ajakava kooskõla planeerituga ehk kas ajakava oli piisav eesmärkide saavutamiseks, projekti eelarve kooskõla planeerituga ehk kas eelarve oli piisav eesmärkide saavutamiseks, projektis esinenud ajakava ja/või eelarve kõrvalekallede põhjuste, ressursside kasutamise efektiivsust saavutatud tulemuste aspektist ehk kas samu tulemusi oleks olnud võimalik saavutada väiksema ressursikuluga ning projekti tegevuste tõhusust mõjutanud tegureid.

Projekti üksiktegevuste kulu hindamist ega osakaalu leidmist võrreldes teiste tegevuskuludega ega sarnaste kulude (nt koolituskulu, tööjõukulu, õppereiside kulu, teavituse- ega arendustegevuste kulu) võrdlust projektide vahel hindamise raames läbi ei viidud, kuna RTP projektides viidi ellu nii sisult kui ka mahult väga erinevaid tegevusi, millele kulutatud ressursid ei olnud suuremas osas võrreldavad. Arvestades projektide üksiktegevuste hindamisest saadavat vähest lisandväärtust käesoleva hindamise kontekstis, oleks tegemist olnud väga ajamahuka ülesandega ning eeldanud ligipääsu projektide detailsetele väljamaksetele ja nõudnud lisaandmete kogumist. Küll aga koguti hindamise raames kvalitatiivseid hinnanguid, millised tegevused andsid projekti eesmärgi silmas pidades kulutatud raha suhtes kõige paremaid tulemusi.

Lisaks eelkirjeldatud piirangutele oli programmi tasandil tõhususe hindamisele takistuseks programmiüleste tulemusindikaatorite puudumine, mis oleks võimaldanud hinnata programmi raames kulutatud summat saavutatud tulemuste võrdluses. Et siiski anda üldine hinnang programmi tõhususele, võrreldi RTP raames ellu viidud projektidele väljamakstud kogusummat ning hindamismeeskonna poolt projektidele antud koondhinnanguid nende tulemuslikkuse ja jätkusuutlikkuse kohta.

Tõhusaks hinnati (aruande lisa olevas tabelis rohelisega) projektid, mille tegevused viidi ellu ning eesmärgid saavutati esialgse ajakava kohaselt. Peaaegu kõigis projektides tuli ette üksikute tegevuste ajalisi viibimisi või pikemat kestust, kuid tõhususe hinnangut ei alandatud, kui nihked ajakavas ei mõjutanud olulisel määral projekti eesmärkide täitmist. Sageli tuli projektides ette ka eelarve muudatusi, nii seoses eelarveridadel olevate ressursside ümberpaigutamise kui ka projektide ajalise pikendamise tõttu. Projekt loeti tõhusaks ning tõhususe hinnangut ei alandatud, kui eelarve muutmine ei avaldanud negatiivset mõju projekti eesmärkide saavutamisele etteantud ajakava raames.

Projektide kestuse pikendamisel hinnati tõhusaks need projektid, mille ajaline pikendamine toimus esialgse eelarve ülejäägi kasutamiseks ning tingimuseks seati, et projekti eesmärgid oleksid esialgse tähtaja saabumiseks saavutatud. Tõhususe hinnangut alandati kui projekti pikendamine toimus küll esialgse eelarve raames, kuid seatud eesmärgid oleksid esialgse tähtaja saabumiseks jäänud saavutamata, st projekt vajab lisaajaga esialgsete eesmärkide täitmiseks.

Projekti lisarahastamisel loeti tõhusaks need projektid, mille puhul toetati uute või täiendavate tegevuste elluviimist projekti raames või projekti pikendamise ajal.

Mõõdukalt tõhusaks (tabelis kollasega) loeti projektid, kus lisaajaga või lisarahastust vajati esialgsete eesmärkide täitmiseks või kus projekti esialgse tähtaja saabudes eesmärgid täideti, kuid üle 10% eelarvest jäi kasutamata. See viitas olukorrale, kus eesmärgid saavutati kavandatust väiksema ressursiga.

Jätkusuutlikkuse hindamisel oli fookuses küsimus, kas saavutatud tulemused jäävad püsima pärast RTP ja rahastuse lõppemist. Jätkusuutlikkuse kontekstis oli kõige olulisem, kas projektide abil loodud laste ja noorte vaimse tervise keskused jätkavad teenuse osutamist ka pärast projekti lõppu, kas nõustamiskabinetid jätkavad oma tööd, kas loodud veebikeskkonnad on kättesaadavad ning toimub veebipõhine nõustamine, kas jätkub spetsialistide koolitamine ja toimub võrgustikutöö jne. Kokkuvõttes keskenduti jätkusuutlikkuse hindamisel sellele, kas projektides rakendatuga sarnaste teenuste pakkumine ja/või samale sihtrühmale suunatud tegevused jätkusid pärast programmi rahastuse lõppemist.

Kuna seitse RTP projekti lõppes hindamise ajal ehk 2017 aasta I kvartalis, siis on nende jätkusuutlikkuse kohta veel vara hinnangut anda.

Lõppenud projektide puhul koguti jätkusuutlikkuse tagamiseks rakendatavate tegevuste info projektide lõpparuannetest ning avalikest allikatest (sh veebilehed, artiklid). Jätkusuutlikkuse puhul hinnati tegevuste jätkumist pärast projekti lõppu, tegevuste või teenuste edasi arendamist omavahenditest, kas ja kes on jätkanud projekti tegevuste rakendamist pärast rahastuse lõppemist.

Projektidokumentide analüüs annab ülevaate üksnes projekti elluviija kavatsustest jätkusuutlikkuse tagamisel, mitte aga tegelikust projekti jätkusuutlikkusest. Infot projekti tegeliku jätkusuutlikkuse kohta koguti projektijuhtide küsitluse ja intervjuu käigus ning avalikke infoallikaid kasutades, st kontrolliti, kas projekti- või projekti täitja veebilehel on infot tegevuste või teenuste jätkumise kohta projektis nimetatud sihtrühmadele.

Projekt loeti **jätkusuutlikuks** (aruande lisas esitatud tabelis rohelisega), kui täitja oli pärast projekti lõppemist jätkanud teenuste osutamist või pakkunud projektiga sarnaseid tegevusi projekti kaasatud sihtrühmadele või kui teenuste/tegevuste pakkumise võttis projekti lõppedes üle mõni projektipartneritest, teenust rahastati haigekassa või riigi eelarvest.

Projekt loeti **mõõdukalt jätkusuutlikuks** (aruande lisas esitatud tabelis kollasega), kui projekti tulemused jäid pärast rahastuse lõppu püsima (nt veebilehed on olemas, materjalid on kättesaadavad, teenust osutatatakse), kuid nende edasiarendamist või laiemat kasutamist (nt koolitusmaterjalid või juhendid) pärast projekti lõppu ei toimu.

Projekt **ei ole jätkusuutlik** (tabelis punasega), kui tegevused lõppesid koos rahastuse lõppemisega.

Jätkusuutlikkuse hinnang jäeti andmata (tabelis halliga), kui puuduva info põhjal polnud tegevuste või teenuste jätkusuutlikkust võimalik hinnata.

Projektide hindamise maatriksi ehk projekti **asjakohasuse, tulemuslikkuse, tõhususe ja jätkusuutlikkuse hinnangud ja nende selgitused on järgmised:**

Asjakohasus	Tulemuslikkus	Tõhusus	Jätkusuutlikkus
Projekt on asjakohane	Projekt on tulemuslik	Projekt on tõhus	Projekt on jätkusuutlik
Projekt on mõõdukalt asjakohane	Projekt on mõõdukalt tulemuslik	Projekt on mõõdukalt tõhus	Projekt on mõõdukalt jätkusuutlik
Projekt ei ole asjakohane	Projekt on vähetulemuslik	Projekt on vähetõhus	Projekt ei ole jätkusuutlik
Projekti asjakohasust ei saa hinnata.	Projekti tulemuslikkust ei saa hinnata.	Projekti tõhusust ei saa hinnata.	Jätkusuutlikkust pole andmete puudumise tõttu võimalik hinnata

Norra toetus on omanud laste vaimse tervise alaste, samuti teiste tegevuste arendamisel olulist rolli, kuid väljatöötatud tegevuste jätkamine koos muude asjakohaste siseriiklike jätkutegevustega on pikaajaliste rahvatervisealaste tulemuste saavutamiseks olulise tähtsusega. Selleks on oluline teadvustada lõppeva programmi saavutusi ja õppetunde ning neid arvesse võttes tõsta tulevaste tegevuste elluviimise asjakohasust, tulemuslikkust, tõhusust ja jätkusuutlikkust.

Vastavalt seatud eesmärgile esitasime **hindamise tulemusena:**

1. järeldused, kas, mil määral ja kuidas panustasid Norra toetusprogrammi „Rahvatervis“ raames ellu viidud tegevused Norra toetuse prioriteetide, RTA 2009–2020, LPA 2012–2020, Rahvatervise programmis ja programmi raames toetust saanud projektides seatud eesmärkide saavutamisse;
2. soovitused 2014–2021 Norra programmiperioodi tegevuste planeerimise ning jätkusuutlikkuse tõhustamiseks.

Hindamise tulemusena andsime programmile ja projektidele lõpphinnangu ning tõime välja **soovitused ja ettepanekud:**

- vahendite efektiivsemaks ja tulemuslikumaks kasutamiseks;
- sarnaste meetmete edaspidiseks arendamiseks ja väljatöötamiseks, et aidata kaasa järgmise Norra programmiperioodi planeerimise ja elluviimise protsessi kujundamisele (mida protsessi planeerimisel silmas pidada (eelistada või kombineerida avatud taotlusvoore või eelnevalt kindlaks määratud projekte, soovituslik projektide maht)? milliste riskidega arvestada?);
- rakendus- ja seiresüsteemi parendamiseks;
- programmi raames arendatud teenuste ja tegevuste jätkusuutlikkuse tõstmiseks pikaajaliste rahvatervisealaste eesmärkide saavutamisel.

6 Analüüs ja tulemused

6.1 Asjakohasus

Dokumendianalüüsi ja intervjuude kohaselt on kõik 20 RTP-s toetatud tegevused asjakohased. Kuigi üksikutes projektides oli mõne asjakohasuse aspekti puhul väiksemaid puudujääke (vt projektidele antud hinnangud aruande lisana esitatud tabelis), siis üldist asjakohasuse hinnangut need ei mõjutanud. **RTP-s teostatud projektid olid kooskõlas nii NFM, RTP, RTA kui ka LPA eesmärkidega.** Sellise vastavuse tagasid eelnevalt kindlaks määratud ja avatud taotlusvoorudes suhteliselt täpselt sõnastatud eesmärgid, rahastatavad tegevused, oodatavad tulemused ja sihtrühmad ning nende järgimise range kontroll taotluste hindamisel ja projektide teostamisel.

Vastavalt dokumendianalüüsile (sh avatud taotlusvoorude juhendid ja sotsiaalministri käskkirjad ning RTP eesmärgid, projekti taotlusvormil toodud selgitused punktis E.2) olid kõik avatud taotlusvoorudes (sh nii I, II kui III voores) toetust saanud projektid kooskõlas RTP eesmärkidega. Samuti vastasid kõik Kahepoolsete suhete fondist rahastatud projektid üldisemalt RTP ja täpsemalt Kahepoolsete suhete fondile seatud eesmärkidele (toodud taotlejatele koostatud Kahepoolsete suhete fondi juhendis).

Hindamise tulemusena võib öelda, et **kõikide RTP-s toetatud projektide eesmärgid on kooskõlas RTA eesmärkidega.** Kuigi projektide seoste hindamisel RTA-ga (vt ptk 6.1.3) selgus, et RTP projektide tulemusi kajastati RTA-s peamiselt ainult I valdkonna tegevuste ja eesmärkide all, on projektide eesmärgid laiemalt seotud RTA I ja II valdkonna eesmärkidega ning vähemal määral RTA IV ja V valdkonna eesmärkidega.

Kõik RTP raames elluviidud projektid, v.a eelnevalt kindlaks määratud projekt “Nakkushaiguste ennetamise ja ravisüsteemi tugevdamine vanglates”, mis oli suunatud täiskasvanud kinnipeetavatele, **on kooskõlas LPA-s seatud strateegiliste eesmärkide, meetmete ja tegevussuundadega.** Täpsemalt on RTP raames elluviidud projektidel olnud selge panus LPA 3. strateegilise eesmärgi meetme 3.2 “Varase sekkumise ja lastekaitseüsteemi tõhustamine” ning meetme 3.3 “Inimeste vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine” tegevustele ja alategevustele seatud oodatavate tulemuste/indikaatorite täitmisesse. Lisaks on RTP projektid toetanud LPA 2. strateegilise eesmärgi meetme 2.1 “Vanemlust toetavate hoiakute kujundamine ja teadmiste suurendamine” elluviimist, kuid seda kaudselt, panustamata otseselt rakendusplaanides seatud tegevuste tulemuste/indikaatorite täitmisesse. Täpsem ülevaade RTP projektide seostest LPA-ga on toodud peatükis 6.1.3.

Kokkuvõttes olid nii Rahvatervise programmi kui ka erinevate arengukavade eesmärkidega tugevamalt seotud eelnevalt kindlaks määratud ja avatud taotlusvoorude projektid. Kahepoolsete suhete fondi projektid omakorda toetasid avatud taotlusvooru projektide ellu viimist.

6.1.1 Projektide hindamine ja valimine

Eelnevalt kindlaksmääratud projekte hinnati kahe hindaja poolt, hindajad olid nii majasisesed kui ka majavälised, st nii Sotsiaalministeeriumi ametnike ringist kui ka väljastpoolt. Kuigi programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt teavitati kõiki hindajaid teise hindaja olemasolust, kuid mitte teise hindaja isikust, siis läbiviidud fookusgrupi intervjuu põhjal selgus, et vähemalt osa hindajatest enda sõnul siiski ei teadnud, et ka teine hindaja olemas oli. Selle põhjuseks võib olla nii asjaolu, et hindajani vastav informatsioon mingil põhjusel ei jõudnud (või kui jõudis, siis ta ei teadvustanud seda), kui ka see, et ekspert enam kõike hindamisega seotut ei mäleta. Kõik eelnevalt kindlaksmääratud projektid said ekspertidelt positiivsed hinnangud, kuid nende poolt toodi välja ka projektide kitsaskohad ja parendusettepanekud. Seejuures puudub selgus, kas ja kuidas hindamise käigus välja toodud puudusi, aga ka võimalikke riske lepingute sõlmimisel arvestati, seda nii eelnevalt kindlaksmääratud projektide kui ka avatud taotlusvoorude projektide puhul.

„Hea oleks, kui tulevikuks jääks kõlama see, et rakendusüksuse abi oleks ennetav. Muidu toimub nii, et toimub infopäev ja on juhised. Aga kui lõpuks on välja valitud see projekt, siis on võimalik rakendusüksusel see projekt niimoodi kätte võtta ja vaadata, mis on need etapid, mis igaks juhaks üle käia juba konkreetset, mitte üldpildis (nii et sul on kümme projekti koos). Näiteks, et ahhaa, teie tahate seda tegevust teha. Ärge siis unustage, et tuleb võtta need pakkumised. /.../ Et see oleks selline individualiseeritud ennetav abi, kus samm-sammult käia läbi, et ahhaa poole aasta pärast te peate seda tegema – lugege seda kohta või tehke nii.“ (Projektijuht)

Eelnevalt kindlaksmääratud projektide taotluste üheks puuduseks oli see, et need olid suhteliselt üldsõnalised ja ette valmistatud ministeeriumites. Seega juhul kui projekti elluvijaks olid ministeeriumite haldusala asutused, kulus projektijuhtidel üksjagu aega ja energiat aru saamiseks, mida sooviti projekti käigus tegelikult ellu viia.

„Projekti tegevuskava on ülesehitatud loogiliselt ja arusaadavalt. Riskikohaks võib olla see, et teenuse sisu kontseptsioon kirjutatakse valmis ning hakatakse alles siis hanke kaudu teenuse pakkujaid otsima, kuid hetkel ei näe me ette, kas sellisel kujul pädevaid teenuse pakkujaid Eestis üldse ongi? /.../ Selleks, et Sotsiaalkindlustusamet leiaks pädevaid lepingupartnereid, tuleks koostööd arendada juba varem ning välistada riskid, et peale hanke väljakuulutamist selgub, et teenuse sisule sobivaid teenuse osutajaid, sellise professionaalsusega meeskonda ja selliseid teenuse osutamise ruume Eestis hetkel ei olegi.“ (Eelnevalt kindlaksmääratud projekti hindamisleht)

„Et kuidagi, see küsimus tekkis, et kuidas see projekt sobitub sellesse olemasolevasse süsteemi, sest seal räägiti riskirühmade testimisest, testitakse üle või, et selles osas olid mingid küsitavused või segadus ka tekkis. /.../ Ja mis minu probleem oli ka, oli see, et nad toimetasid omakeskis selle C-viirus hepatiidi raviga, aga seal olid, tollel perioodil olid just uued ravijuhised välja tulemas, /.../ ja see oli see kolmikravi. Uued preparaadid olid tulemas ja nemad rääkisid endiselt sellest kahe kombinatsioonist, kahe ravimi kombinatsioonist. Et, et see tekitas küsimusi, et kas nad on oma ravimise kooskõlastanud nagu erialaühendustega. Ja siis tuli nagu välja, et väga ei ole. Ehk et kokkuvõttes selle projekti hindamisel jäigi nagu see mulje, et ta ei olnud nagu korralikult läbi mõeldud, et kuidas selles mõttes see ravisüsteemi sobitub, kas see on kooskõlas muu ravisüsteemiga ja kas see on jätkusuutlik, et mis saab edasi. Et no seal tekkis see küsimus, et vanglas alustatakse ravi, /.../ et kas siis jätkatakse, kuidas nii öelda see vanglast vabanemisel ravi on korraldatud ja kas antakse siis nagu üle nii nagu meil tuberkuloosiga on, et suhtlevad omavahel, vanglate kopsuarst suhtleb nagu tsiviiliarstidega ja antakse piltlikult üle patsient, et meil nüüd tuleb, vanglast vabaneb. Et seal nagu sellist asja ei olnud. Oli nagu mitmes osas läbi mõtlemata. Aga no iseenesest muidugi hästi vajalik ja oluline teema. Et seal nagu kahtlust ei olnud.“ (Projekti hindaja)

„Projektitaotluse juures peaksid olema inimesed, kes hilisemalt hakkavad nimetatud tegevusi ellu viima st taotluses peaks olema nõue, et elluviidavad tegevused on planeeritud koos elluvijatega. Ministeeriumi poolt koostatud projektides jääb puudu kogemustest ning seetõttu oli vaja korduvalt projekti muuta.“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

„Projekti oli juba kuu aega käinud, siis vahetus projektijuht. Seal oli esialgu inimene, kel ei olnud üldse meditsiinilist backgroundi. Tundus kohe esimesel avakoosolekul, et seal on rohkem vaja tuge. Siis sai ümber vahetatud. Seal alguses kohe päris mitut asja muutsime, mis oli projektis kaheti tõlgendatav /.../ esimesed poolteist kuud oligi täpsustamist Sotsminiga /.../ Põhimõtteliselt oligi see probleem, et ma ei olnud alguse juures, mina täpsustasin enda jaoks, mida siin mõeldud on.“ (Projektijuht)

„Aluseks oli proposal, üldiselt sõnastatud, et vajatakse teenuseid. Sihtrühma suurus oli märgitud /.../ arusaamatu oli SoM tellimus, kus oli üldsõnaline eesmärk. Eesmärgi täpsustamiseks telliti analüüs, mis oleks pidanud eelnema projektile, sihtrühma ja vajaduse kohta. Mida konkreetselt vaja on. /.../ Üldsõnastus. Raha on ja tehke miskit ja vajadus oli...“ (Projektijuht)

Avatud taotlusvooru projekte hinnati kahe majavälise hindaja poolt. Juhul kui kahe hindaja antud punktide vahe oli üle 30%, kaasati kolmas hindaja ja paremusjärjestuse koostamisel arvestati kahe lähedasema punkti hinnangu keskmist. Hindamistulemused kinnitas valikukomisjon, mis koosnes nii Sotsiaalministeeriumi, teiste riigiasutuste kui valdkonna ekspertide esindajatest. Vastavalt Rahandusministeeriumi poolt välja töötatud programmi detailse juhtimis- ja kontrollisüsteemi punktile 2.3 pidi valikukomisjoni suurus olema vähemalt kolm vastava pädevusega isikut. Valikukomisjon pidi andma hinnangu hindajate poolt antud punktide objektiivsusele ja põhjendatusele ja tal oli õigus projektide paremusjärjestust muuta. NFM ja RaM ametnikke võis kutsuda valikukomisjoni koosolekutele vaatlejatenä. Fookusgrupi intervjuus osalenud valikukomisjoni liikmete hinnangul osales valikukomisjoni koosolekutel vaatlejatenä palju ametnikke (sh Sotsiaalministeeriumi kõrgeid ametnikke), mistõttu tundsid nad vaatlejate poolt kohati survet. Hindamismeeskonna hinnangul võib selline olukord avaldada mõju valikukomisjoni töö ja otsustusprotsessi sõltumatusele. Programmioperaatori sõnul oli vaatlejate kaasamise eesmärk jälgida valikukomisjoni koosolekul seda, kas taotleja on samale või sarnasele projektile mõnest teisest programmist või toetuskeemist rahastuse saanud. Nii välditi dubleerivate projektide toetamist ning tagati rahastuse jõudmine erinevate taotlejatenä. Lisaks selgus läbiviidud fookusgrupi intervjuu tulemusena, et osa valikukomisjoni liikmetest ei saanud aru, miks nad pidid kiiresti uuesti üle hindama ekspertide poolt juba põhjalikult hinnatud taotlused ja miks neil oli voli paremusjärjestust muuta. See tundus neile vastutuse hajutamisena. Selliste arusaamatuste vältimiseks tuleb edaspidi tagada, et valikukomisjoni liikmetele antakse nende rollist projektitaotluste hindamisel ja valikul selge ülevaade nii kirjalikult kui ka suuliselt.

„Mina ei teadnud üldse, et niimoodi hinnatakse. /.../ Just, et see valikukomisjon on seal hindamise otsas. Olid hästi väärivad hindajad, kes seal olid, ja nad olid tõesti hästi põhjalikult tööd teinud. Projektide järjekord oli tekkinud ja nüüd siis peame meie sealt veel valima. Kinnitama nende hindajate tööd. See oli minu jaoks arusaamatu. Ja siis veel, et meile ju ei öeldud, et me lähme sinna ja siis on tohtu toatäis rahvast.“ (Valikukomisjoni liige)

„Ma ütlen, täna on mul õudselts lihtne seda rääkida. Minul tegelikult, ma tundsin, vot seal ma tundsin küll survestatust. /.../ Ma tundsin kogu selles olekus survestamist, teatud programmi projektide heakskiitu. /.../ Ma ütlen, mina ei heidutanud meelt.“ (Valikukomisjoni liige)

„Et no tegelikult oli ju seda, et ega eksperdid olidki ju hea töö ära teinud. Aga ma ei tea, miks tundus vahepeal, et äkki ei lähe nii nagu eksperdid, äkki me mõtleme natukene teisiti. See oli nagu hästi huvitav.“ (Valikukomisjoni liige)

„Aga vaata, ega hindajad hindasid ju ka niimoodi, et ikkagi teatud projektid. Nad ei olnud seal, aga meid, no mind ei survestatud, aga et siis tuleks ikkagi need, nii öelda riiklikud programmid tuleksid ülesse, et saaksid nagu seda välisraha.“ (Valikukomisjoni liige)

„Põhiline mure nagu oli selles, et TAI, et TAI saaks ikkagi nagu rahastust. Aga sellel TAI programmil ei olnud ju probleemi tegelikult. Aga no ikkagi see on see, et kuna ta on meie asutus, et ikkagi seda võiks, kusjuures TAI teemal ei olnud üldse nagu teemat. Kampanias oli. Kampanias nad isegi hakkasid seal, vot isegi seal laua taga hakati meid survestama.“ (Valikukomisjoni liige)

„Ja, ja vot meie just arvasime seda, et tõesti kui me selle välisrahaga midagi teeme, siis me algatame midagi uut, mitte ei toeta neid vanu iidamast-aadamast riiklikke kampaaniaid. Et ikkagi uut hingamist.“ (Valikukomisjoni liige)

„Ja, ja kuigi hindajad olid selle töö ära teinud ja ma saan nüüd tagantjärele aru, et hindajad tegelikult väga adekvaatselt ikka hindasid. Nad arvestasid tegelikult seda, et kes neid asju hakkavad ellu viima ja kõik siuksed asjad. Aga meie vaatasime seda, et oleks see rohujuuretasandil see kasusaajate arv oleks maksimaalne. Näiteks ma tean ju, et oli eespool hoopis Tallinna linna projekt ja, ja meie ikkagi tõstsime, kuna see oli meie õigus, me tõstsime tegelikult Tallinna Ülikooli projekti ettepoole lausa vist kaks kohta. /.../ aga see oli tõesti tohutult hästi kirjutatud, ta oli nii okei asi. Ma ei saanud üldse aru, et kuidas ta nii vähe punkte sai.“ (Valikukomisjoni liige)

Esimesse avatud taotlusvooru esitati kolm taotlust ja kõik said rahastuse. Hiljem täiendavate tegevuste taotlusvooru esitatud taotlusi ei hinnatud, rahastamisotsused kinnitas valikukomisjon. Teise taotlusvooru esitati 15 taotlust, rahastussoovituse sai vastavalt kujunenud paremusjärjestusele kolm projekti, kõigil rahastuse saanud projektidel vähendati valikukomisjoni otsusega eelarvet, kuna projektide poolt taotletud summa ületas teise taotlusvooru kogusummat. Eelarve vähendamised projektijuhtide hinnangul projektide elluviimist oluliselt ei mõjutanud.

Teise taotlusvooru esitatud taotluste hulgas oli mitmeid uuenduslikke ja huvitavaid ideid (nt avataripõhine küberteraapia või veebipõhine diagnostikasüsteem vaginiitide diagnoosimiseks), mis rahastust ei saanud, kuna taotlejad ei suutnud piisavalt põhjendada tegevuste tõendus põhisust ning jätkusuutlikkust. Hindajate arvates toetati teises taotlusvoorus asjakohaseid ja õigeid projekte, mille tulemused kokkuvõttes toetavad vaimse tervise valdkonnas teadlikkuse paranemist lisaks lastele ja noortele ka lapsevanemate, spetsialistide ning elanikkonna hulgas. Siiski **soovitab hindamismeeskond täiendavate tegevuste taotlusvoore hinnata edaspidi ka ekspertide poolt**, et tagada täiendavate rahastamisotsuste asjakohasus, erapooletus ja läbipaistvus. Rahastamata jäänud projektide taotlustes oli mitmeid ühiseid tegureid, mille tõttu projektid toetust ei saanud. Kõige sagedasemaks probleemiks oli taotluste üldsõnalisus, sh puudusid konkreetsed tegevused, rollijaotused ja mõõdikud projekti eesmärkide saavutamiseks. Projekti tulemuslikkuse mõõtmiseks seati kas ebasobivaid indikaatoreid või jäeti indikaatorid üldse kirjeldamata. Probleeme oli ka taotlejate kompetentside osas. Mõne projekti puhul oli olemas varasem projektijuhtimise kogemus, kuid puudus piisav teadmised valdkonnast või oli vastupidiselt olemas head teadmised valdkonnast, kuid puudus piisav kogemus pikaajaliste ja mitmete partneritega projektide elluviimisest. Osad rahastamata jäänud projektidest olid pigem suunatud partnerlusele ning vähem programmi sihtrühmale ja võrgustikutöö arendamisele. Üheks oluliseks puuduseks, mis rahastamata jäänud taotlustes silma jäi, oli jätkusuutlikkuse vähene põhjendus.

Kolmas avatud taotlusvoor “Tervist edendavad sotsiaalkampaaniad ja koolitused” jagunes kaheks alasuunaks: (1) sotsiaalkampaaniad tervisliku elustiili edendamiseks, (2) tervisealased koolitused mitte tervise sektori spetsialistidele. Taotlusvooru laekus kokku 22 projektitaotlust, millest 17 taotlust vastas haldus- ja abikõlblikkuskriteeriumitele. Viis projekti jäid tehnilises voorus kõrvale, sest ei esitanud parandusi tähtaegselt või loobusid taotlemisest pärast rahastatavate tegevuste või omafinantseeringu nõuete täpsustamist. 17 taotlust, sh üheksa sotsiaalkampaaniate ja kaheksa koolituste alasuunal, läbisid hindamise. Suur osa sotsiaalkampaaniate alasuuna projektitaotlustest keskendus ennekõike alkoholarvitamisega seotud sotsiaalsete normide muutmisele ning seeläbi alkoholarvitamise ennetamisele ja vähendamisele, kuid oli ka taotluseid, mille eesmärk oli suurendada üldisemalt teadlikkust erinevate sõltuvusainete mõjude kohta ning populariseerida tervislikku eluviisi. Teise alasuuna projektitaotluste tegevused olid suunatud ennekõike kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste spetsialistidele ning otsuse langetajatele, kelleni jõudmiseks kavandati projektitaotlustes lisaks koolitustele luua ka kogukonnapõhiseid meeskondi ja

võrgustikke, korraldada ümarlaudasid ning koostada juhend- ja õppematerjale. Projektitaotluste hindamisel töid eksperdid välja erinevaid puudujääke, mis olid omased mitmele taotlusele. Näiteks oli osade taotluste kitsaskohaks projekti eesmärgi liiga lai määratlemine ja tegevuste vähene fokuseeritus, samuti lahendatava probleemi liiga lai defineerimine. Paljudel juhtudel jäi tagasihoidlikuks ka projektitegevuste uuenduslikkus, lisandväärtus ja tõenduspõhisus. Osade projektide nõrga küljena töid hindajad välja sihtgrupi vähese kaasatuse projektitegevuste väljatöötamise. Lisaks oli üheks läbivaks kitsaskohaks vähesed oskused seada projektidele sobivaid indikaatoreid. Valikukomisjon otsustas kinnitada ekspertide hinnangute alusel kujunenud paremusjärjestuse esimese alasuuna puhul, kuid muutis teise alasuuna projektitaotluste pingerida. Täpsemalt said positiivse rahastamisotsuse hindajate pingereas esimesele ja neljandale kohale asetunud projektid ning rahastamata jäid pingereas teisele ja kolmandale kohale seatud projektid. Pingereas teisele ja kolmandale kohale seatud projektide mitterahastamise otsuse põhjendustena toodi välja, et ühe projekti nõrkuseks oli tema Tallinna-keskus, mis oleks vastuolus olnud NFM eesmärgiga vähendada (regionaalset) ebavõrdsust riigis, ning teine projektitaotlus kattus suures osas teise NFM programmist saanud projektiga. Algselt pingereas neljandal kohal olnud, kuid rahastuse saanud projekti tugevuseks pidas valikukomisjon suurt regionaalset kaetust ja valitud meetodite tõenduspõhisust. Kokkuvõttes tegi valikukomisjon positiivse rahastamisotsuse nelja projekti kohta, kaks sotsiaalkampaaniate ja kaks koolituste alasuuna all.

Kuna kolmanda avatud taotlusvooru teise alasuuna projektitaotluste hindamisel ja valikul ei langenud hindajate poolt antud hinnangud ja valikukomisjoni liikmete arvamused kokku, st valikukomisjon otsustas muuta ekspertide hinnangute alusel kujunenud paremusjärjestust, siis oleks olnud soovitatav kaasata valikukomisjoni koosolekule ka projektide hindajad, et koos erinevad argumendid rahastamise ja mitterahastamise poolt läbi arutada. Kolmanda avatud taotlusvooru valikukomisjoni koosolekul ei osalenud ühtegi projektitaotluste hindajat, vaatamata sellele, et programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt olid nad koosolekule kutsutud. Sellest lähtuvalt **soovitab hindamismeeskond muuta projektitaotluseid hinnanud ekspertide jaoks osalemine valikukomisjoni koosolekul edaspidi kohustuslikuks (sh vajadusel elektrooniliste sidevahendite abil)**, et vajadusel oleks võimalik neil taotlustele antud tagasisidet valikukomisjoni liikmetele selgitada ning projektitaotluste tugevaid ja nõrku külgi koos arutada.

Kahepoolsete suhete fondi meetmete A ja B alla esitati kokku viis projektitaotlust. Kõik taotlused läbisid kahe eksperdi hindamise. Nelja projekti puhul oli üks hindaja Sotsiaalministeeriumi ja teine hindaja Norra Rahvatervise Instituudi esindaja. Viiest projektist ühe hindamisse ei olnud aga Norra-poolset eksperti kaasatud, vaid mõlemad hindajad olid Sotsiaalministeeriumi töötajad. Täpsemalt ei kaasatud Norra Rahvatervise Instituudi esindajat ühe projekti hindamisse, kuna Norra Rahvatervise Instituut oli hinnatava projekti ametlik partner ja poleks sellest tulenevalt saanud täita sõltumatu hindaja rolli. Seega kehtis antud projekti hindamisel programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt erisus. Kuigi hindamine viidi läbi nõuetekohaselt, ei pruugi olukord, kus kaks projekti hindajat on seotud Sotsiaalministeeriumiga, tagada hindamismeeskonna hinnangul projektitaotluse hindamisel erapooletuse ja läbipaistvuse. Samuti on Kahepoolsete suhete fondi projektide õnnestumiseks oluline, et taotlustele annaks tagasisidet ja oma hinnangu ka Norra ekspert, kes oskab hinnata Norra-poolse projektipartneri sobivust projekti eesmärkide saavutamise kontekstis, samuti kas ootused projekti raames Norrast saadavate teadmiste, kogemuste meetodite ja parimate praktikate saamisele on realistlikud. Seega on soovitatav, et kõiki Kahepoolsete suhete fondi projekte hindaksid nii Eesti-poolne ekspert kui ka Norra-poolne ekspert. Kui programmipartnerit ei saa hindamisse kaasata (nt kirjeldatud olukorras, kus programmipartner on hinnatava projekti ametlik partner), siis tuleks hindajaks leida Norra-poolne ekspert, kes on programmipartnerist sõltumatu. Kui aga Norra eksperdi kaasamine teatud projekti hindamisse ei ole siiski

mingil põhjusel võimalik, peaks sõltumata tagamiseks vähemalt üks kahest hindajast olema ekspert, kes ei tööta Sotsiaalministeeriumis ega selle haldusala asutustes.

Lisaks viidi üks programmi lõpphindamisele kuulunud Kahepoolsete suhete fondi tegevus ellu programmioperaatori ehk Sotsiaalministeeriumi poolt. Selle tegevuse kohta puudub projektidokumentatsioon, samuti ei läbinud tegevus hindamist. Kuigi programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt arutati tegevus läbi Koostöökomisjonis ja küsiti nõusolek nii RaM-ilt kui ka FMO-lt, on hindamismeeskonna hinnangul läbipaistvuse tagamiseks oluline, et ka programmioperaator koostaks projektidokumentatsiooni (sh taotlus ja aruanne) võrdsetel alustel teiste taotlejate ja tegevuste elluviijatega. Samuti tuleb kasuks, kui ka programmioperaatori koostatud taotlus läbiks hindamise sõltumatute ekspertide poolt, kuna hindamise eesmärk ei ole vaid otsuse langetamine projekti rahastamise kohta, vaid ka tagasiside ja soovitude saamine ning sellega arvestamisel tegevuste kvaliteedi tõstmine. Programmioperaatori Kahepoolsete suhete fondi tegevuse puhul oleks sarnaselt teiste projektidega üheks hindajaks võinud olla Norra-poolne ekspert ning teine sõltumatu ekspert Eestist.

6.1.2 Projektide tegevuste ja sihtrühmade valik ning omavaheline kooskõla

Rahvatervise programmile eelnenud olukorda hinnates märkisid intervjuueeritud projektijuhid, et programmi suunamine laste ja noorte vaimse tervise arendamisele ning sihtrühmadena eelkõige laste ja noorte, vaimse tervise spetsialistide ning muudes sektorites laste ja noortega tegelevate spetsialistide kaasamine oli ainuõige valik. Samuti peeti tänuväärseks, et programm toetas paikkondade võimestamist ja erinevate spetsialistide kaasamist sel eesmärgil.

„Ma olen sellega täiesti nõus. Me oleme aastaid rääkinud ja ka uuringu tulemused on seda näidanud, et lapsed ja noored on olnud selline unarusse jäetud sihtrühm Eestis, et neile tuleks oluliselt rohkem tähelepanu pöörata ja kindlasti süsteemselt läheneda. /.../ Laps on osa süsteemist ja kui me ainult temaga tegeleme, aga see süsteem ise ei muutu, siis ei muutu midagi. Siis ka lapsevanemate ja spetsialistide kaasamine oli väga õige.“ (Projektijuht)

„Paikkondades oleks vaja laia teadlikkust ja kaasata erinevaid spetsialiste, see on väga oluline teema. Ma arvan, et selles mõttes oli selle programmi fookus väga hea. Paikkondade võimestamine on hästi oluline tegevus, ainult riiklikust ei piisa.“ (Projektijuhi intervjuu)

Projekti sihtrühmad ja tegevused valiti projektitaotluse koostamisel eelkõige Rahvatervise programmi eesmärkidele ja kirjeldusele ja/või toetuse andmise tüübile¹¹ toetudes. Enamasti märkisid projektijuhid intervjuudes, et nende projekti eesmärgid ja tegevusi arvestades said nad projekti kaasata kõik vajalikud sihtrühmad ning ükski projekti ega RTP seisukohalt oluline sihtrühm kaasamata ei jäänud.

„Laias plaanis olid need [sihtrühmad] juba ette antud, need olid lapsed ja noored. Aga täpsemalt siis defineerisime ise.“ (Projektijuht)

„Ja kui on noored [kaasatud], siis neil on ju sõbrad ja on neil vanemad ja inimesed, kes siis nendega töötavad – õpetajad, noorsootöötajad. Kuidagi loogiliselt tulid need.“ (Projektijuht)

Erandina tekitas taotlejates esialgu küsitavusi kolmanda avatud taotlusvooru teise alasuuna “Tervisealased koolitused mitte tervise sektori spetsialistidele” tegevuste sihtrühma piiramine. Taotlusvooru juhendis on alategevuse sihtrühmana välja toodud kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste otsuse langetajad ning

¹¹ Vastavalt Rahvatervise programmi ülesehitusele jaotusid programmist toetust saanud projektid kolmeks: eelnevalt kindlaks määratud, avatud taotlusvooru või Kahepoolsete suhete fondi projektideks. Aruandes viidatakse neile kui erineva toetuse andmise tüübiga projektidele.

spetsialistid väljaspool tervise sektorit, kes vastutavad tervisliku elukeskkonna loomise eest kohalikes omavalitsustes ja maakondades. Seejuures ei kuulunud aga sihtgruppi õpetajad ning kooli ja lasteaia tugipersonal. Täpsemalt tekitas segadust mõiste “mitte tervise sektori spetsialistid”, mis tundus taotlejatele piirav. Läbirääkimiste tulemusena täpsustas programmioperaator juhendit, kuhu lisati allmärgusena, et kuigi maakondade tervisedendajad kuuluvad definitsiooni poolest tervise sektorisse, on nad võtmeisikud erinevate mitte tervise sektori spetsialistide kaasamisel ning seetõttu kuuluvad kolmanda taotlusvooru teise alasuuna sihtgruppi.

„Esialgul oli seal [taotlusvooru juhendis] üks küsitavus, mis hiljem ka natukene laabus. Nimelt oli sinna kirjutatud, et koolitused paikondades on mõeldud ainult mitte tervise sektori inimestele ja seal tundus olevat mõistete segadus selle ümber, mis asi on tervis, rahvatervis ja tervishoid, et need ei ole üks ja sama asi. Kui me hakkasime vestlema sel teemal, siis tuli välja, et seal peeti silmas, et ei pea koolitama arste, kes on tervishoid. Aga rahvatervis ehk edendamine ja ennetamine on palju laiem ja sellega tegelevad väga paljud erinevad osapooled ning kuulub koos tervishoiuga tervise alla. Ehk et kui me rääkisime mitte tervise sektorist, siis tundus see kohutavalt välistav. Tervisedendus, see on funktsioon ja sellega tegelevad väga paljud erinevad osapooled.“ (Projektijuhi intervjuu)

Lisaks tundus kolmanda avatud taotlusvooru koolituste alasuuna projektide elluviijatele sihtgrupi määratluse juures piiravana asjaolu, et kaasata ei saanud riigisektori spetsialiste. Oluline oleks olnud nende kaasamine näiteks kohaliku ja riigi tasandi koostöö edendamise eesmärgil. Samuti toodi välja, et edaspidi oleks kogukonnale suunatud koolitustesse oluline kaasata ka psühholooge, pedagooge ja eripedagooge, kes omavad olulist rolli kohaliku tasandi tervisedenduses. Seejuures toodi soovitusena välja, et edaspidi võiks läheneda erinevate sihtgruppide kaasamisel projektide tegevustesse probleemikeskselt.

„Võib-olla rohkem kaasaks ka psühholooge, kes on kogukonda nõustamas ja toetamas. Ja tookord, selles programmis oli, et koolide inimesi ja pedagooge ei tohi (kaasata). /.../ See selles mõttes jäi poolikuks. /.../ Loodetavasti järgmistes programmides ei ole seda piirangut sees. /.../ Siis oleks see veel täielikum ja arendaks mõtlemist tervisedendusest.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Ma võtaks eesmärgi mitte sihtgrupi põhiselt. /.../ Me tegelikult võiks probleemikeskselt läheneda. Meil on mingi mure või mingi probleem /.../ ja siis me vaatame seda probleemi ja analüüsime ja ütleme, et selleks et seda probleemi lahendada, milliseid tegevusi oleks vaja ja siis sellest lähtuvalt võiksime määratleda, kes kõik võiksid selles osaleda. Ma vaataks laiemalt. Eesti on tõesti nii väike, ma ei tõmbaks neid jooni nii sihtgrupi järgi. Või siis ma vähemalt defineeriks sihtgrupi lähtuvalt probleemist.“ (Projektijuhi intervjuu)

Projekti ja sihtrühma seisukohast vajalike tegevuste valiku osas projektijuhid piiranguid ei tunnetanud, st kuigi osa tegevustest oli programmi poolt ette määratud, lähtusid projektide elluviijad peamiselt enda ja/või kaasatud partnerite kompetentsivaldkondadest.

„Meie tubakateemadega varasemalt ei tegelenud, ei tegele praegu ka, aga see oli üks osa projektist. See tuli sinna juurde integreerida aga peamine rõhk oli ikka alkoholil. Teisalt aitasid projekti partnerid seda rolli paremini täita.“ (Projektijuht)

„Kuna me oleme seda internetinõustamist juba väga pikalt pakkunud, siis me teadsime väga täpselt, mis tegevusi meil on vaja teha, et seda järjepidevust tagada ja sellega edasi liikuda.“ (Projektijuht)

Rahvatervise programmi määratud sihtgruppideks olid Eesti elanikkond (laiem avalikkus), lapsed (kuni 18-aastased) ja noored (kuni 26-aastased), lapsevanemad, laste ja noortega kokku puutuvad spetsialistid tervise-, sotsiaal- ja haridusvaldkonnas, kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste otsuselangetajad ning

spetsialistid väljaspool tervise sektorit (tervisedendajad), kes vastutavad tervisliku elukeskkonna loomise eest kohalikes omavalitsustes ja maakondades. Kõik eelpool nimetatud sihtgrupid olid toetust saanud projektides kaasatud. Kõige sagedamini olid projektide tegevused suunatud lastele ja noortele, lapsevanematele, vaimse tervise spetsialistidele ning muude sektorite spetsialistidele, kes laste ja noortega kokku puutuvad. Kogu elanikkond oli otseseks sihtrühmaks teise ja kolmanda avatud taotlusvooru projektides ning kaudseks sihtrühmaks esimese avatud taotlusvooru projektides. Kohalike omavalitsuste spetsialistidele oli otseselt suunatud kolm projekti, kuid nii omavalitsuse kui riigitasandi poliitikakujundajaid püüdsid kaasata ning nende teadlikkust vaimse tervise teemadel tõsta vähemalt neli RTP projekti. Väga täpselt pole projektide sihtrühmi võimalik välja tuua, kuna projektide tegevused olid mitmekesised ning sageli oli üks tegevus kas otseselt või kaudselt suunatud mitmele sihtrühmale.

Nii dokumendianalüüsi kui ka projektijuhtide intervjuude põhjal võib öelda, et **projektidesse valitud tegevused olid enamasti nii üksteist kui ka projekti eesmärkide täitmist toetavad**. Projektijuhtide hinnangul olid nii tegevused kui sihtgrupid hästi valitud ning andsid peamiselt oodatud tulemusi. Projektide vahearuanete ning lõpparuannete põhjal võib välja tuua, et kuigi mõnes projektis tehti tegevusi väiksemas mahus kui planeeritud (nt saavutati väiksem koolitatute või nõustamisteenuste saanute arv, viidi arvuliselt läbi vähem teavitusüritusi), siis projekti eesmärkide saavutamise seisukohast olulisi tegevusi ei jäänud ellu viimata üheski projektis.

„Ma arvan, et need [projekti tegevused] olid päris hästi valitud. Ma isegi projekti lõpuni ei arvaks, et ma täna midagi olulist teistmoodi tahaks teha.“ (Projektijuht)

„Ma arvan, et need tegevused said valitud küllaltki ambitsioonikalt, et päris palju, mida ellu viia. /.../ Võrgustikutööd ja rahva teavitamist oleks võinud rohkem olla, mida me nüüd jätkusuutlikkuse mõttes plaanime teha.“ (Projektijuht)

Projektide tegevused olid dokumendianalüüsi põhjal suunatud nii projekti kui ka programmi mõistes asjakohastele sihtgruppidele ning hindajad ei tuvastanud ühtegi projekti, kus tegevustes oleks osalenud projektiga mitteseotud sihtrühmad. Ühelt poolt võib põhjuseks pidada seda, et osades projektides olid sihtrühmad ja tegevused omavahel tugevalt seotud ning teisalt olid mõnes projektis valitud piisavalt laiad sihtrühmad, mistõttu ei olnud sihtrühma asjakohasuses põhjust kahelda.

Projektijuhtide hinnangul olid projektis ellu viidud tegevused kooskõlas planeerituga. Ükski projektijuht ei kinnitanud intervjuu käigus, et nad oleksid soovinud projekti esialgseid tegevusi projekti käigus olulisel määral muuta ning seetõttu puudus neil ka vajadus projekti tegevusi programmioperaatoriga täiendavalt kooskõlastada. Projektijuhtide sõnul viidi projektides mõnikord ellu täiendavaid tegevusi, mida taotlemisel ette ei nähtud (nt veebilehe venekeelse osa loomine, elektroonilise haigusloo IT arendus, laste tervisekontrolli juhendi kaasajastamine), kuid milleks saadi täiendavat rahalist toetust programmist ja/või mis viidi ellu projekti pikendatud aja jooksul. Ka dokumendianalüüs kinnitas, et projektidesse valitud tegevused olid kooskõlas nii projekti kui RTP eesmärkidega ning valitud tegevuste kombinatsioon oli vajalik ja üksteist toetav projekti eesmärkide saavutamiseks. Vaid ühe projekti puhul, kus oli palju erinevaid tegevusi, tekkis hindajatel küsimusi tegevuste kooskõla osas. Sellele pöörati tähelepanu projektijuhiga tehtud intervjuu käigus, kus ka projektijuht ise tunnistas, et projekti sai valitud väga palju erinevaid tegevusi, kuid projekti eesmärkide ja sihtrühmadeni jõudmise seisukohast olid tagantjärele kõik tegevused vajalikud ja toetasid sihtrühmade kaasamist olulisel määral. Projektijuhi hinnangul ei olnud ükski ellu viidud tegevus ülearune.

Projekti tegevuste sobivust sihtrühma(de)le hinnati nii dokumendianalüüsi kui projektijuhtide küsitluse ja intervjuude põhjal. Paljude tegevuste sobivust sihtrühmale pole võimalik hinnata (nt teavitustegevused, koolitused, pakutud teenused) ilma sihtrühmalt tagasisidet kogumata. Siiski võib märkida, et kõige

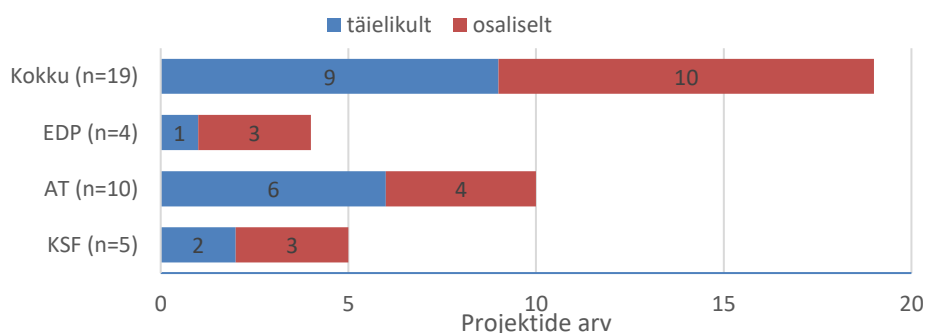
olulisemate projekti sihtrühmade puhul püüdsid projektimeeskonnad nii tegevuste valikul kui ka arendamisel sihtrühma liikmeid kaasata ning neilt pakutavate tegevuste sobivuse kohta tagasisidet koguda. Selleks viidi projektides läbi erinevaid tegevusi, näiteks kohtumisi, analüüsi- ja aruteluseminare ning fookusgrupe sihtrühma liikmetega, ekspertide ümarlaua kohtumisi, koguti kirjalikku tagasisidet kasutatud teenusega või läbitud koolitusega rahulolu kohta ning viidi läbi küsitlusi sihtrühma liikmete hulgas. Programmis oli ka projekte, kus sihtgrupid oli projekti tegevustesse tagasihoidlikumalt kaasatud ning nende roll oli peamiselt olla passiivne retsipient.

„Projekti ettevalmistavas faasis viidi seireküsimumstiku abil läbi uuring, kus erinevatel sihtgrupi esindajatel (lapsevanemad, sotsiaal- ja lastekaitsetöötajad, meditsiinitöötajad, haridustöötajad, perearstid jt) võimaldati projektitegevuste planeerimisel osaleda otsustusprotsessis. Ka projektitegevuste käigus (nt koolitused, grupinõustamised) tegeldakse regulaarselt sihtgrupi tagasiside analüüsiga, et tegevusi sisukamalt planeerida ning arvestada sihtgrupi vajadustega.“ (Projekti taotlus)

„Sihtgrupid on kaasatud mitmetesse projekti tegevustesse, sh projekti koostamisse läbi esindava partnerorganisatsiooni, kelle meeskonda kuuluvad otseselt mitmed sihtrühma liikmed. Seeläbi on kogu projekti käigus (nii planeerimisel kui ka elluviimisel) sihtrühma esindajad kaasatud.“ (Projekti taotlus)

„Koolituste väljatöötamise protsess hõlmab endas fookusrühma arutelusid ning ekspertide ümarlaudasid. Mõlemal puhul on osalejateks sihtrühma liikmed ning ümarlaudadel veel täiendavalt mitmed valdkonna eksperdid. /.../ Eesmärgiks on kaardistada sihtrühma ootused ja vajadused, et tagada projekti tegevuste sobivus sihtrühmale.“ (Projekti taotlus)

Asjakohasuse hindamisel oli vaatluse all 19 projekti, sh 4 eelnevalt kindlaks määratud projekti (EDP), kümme avatud taotlusvooru projekti ning viis Kahepoolsete suhete fondi (KSF) projekti. Veebiküsitluses märkisid 47% vastanutest, et projekti tegevused vastasid täielikult sihtrühma vajadustele ning ülejäänute hinnangul vastasid projekti tegevused sihtrühma vajadustele osaliselt (joonis 4). Need, kelle hinnangul projekti tegevused vastasid täielikult sihtrühma vajadustele, põhjendasid oma vastust sellega, et tegevused planeeriti vajaduspõhiselt või sihtrühma esindajaid tegevuste sisulisse planeerimisse kaasates, tegevustele eelnes põhjalik analüüs või arendati tegevusi projekti käigus vastavalt sihtrühmalt kogutud tagasiside alusel. Põhjuseks, miks projekti tegevused vastasid sihtrühma vajadustele osaliselt, märkisid projektijuhid, et pigem oli põhjuseks tegevuste pakkumise maht, st projekti täitjad oleksid soovinud tegevusi ellu viia või teenuseid pakkuda pikema aja jooksul kui projekti ajakava võimaldas. Lisaks märgiti, et kuna projekti sihtrühm oli lai, siis kõikideni paratamatult tegevustega ei jõutud. Üks projektijuht tõi selgituses välja, et kuna vaimse tervise valdkonnas oli projekti ajal ning on ka tänaseni palju probleemkohti, siis nende samaaegne arendamine oli takistuseks projekti elluviimisel.



Joonis 4. Projekti tegevuste vastavus valitud sihtrühma vajadustele (n=19)

Dokumendianalüüsi põhjal vastas projektide tegevuste regionaalne jaotus enamasti projekti dokumentatsioonis märgitule ning RTP eesmärgile vähendada ebavõrdsust tervishoius. Hinnatavatest projektidest kuue tegevused olid seotud kindlate piirkondadega ning ülejäänute puhul märgiti projekti taotlustes üleriigilist kaetust. Kindlasti ei jõudnud kõik projektid oma tegevuste pakkumisel üleriigilisele tasemele, kuid tegevuste jaotust hinnates oli nende pakkumine sedavõrd laialdane või oli tegevustes võimalik osaleda kõigi piirkondade elanikel, et neid võis pidada taotluses märgitule vastavaks. Kuigi Kahepoolsete suhete fondi projektid ei pidanud taotluses kirjeldama oma tegevuste regionaalset ulatust, panustas suurem osa neist ühel või teisel moel erinevatesse Eesti piirkondadesse. Näiteks oli Kahepoolsete suhete fondi projektide seas selliseid, mille tegevused toimusid erinevates Eesti kohtades, milles osalesid inimesed eri piirkondadest ja mille tulemusena töötati välja uusi tegevusi (nt projekt, koolitus) üleriigiliseks elluviimiseks. Vaid ühe Kahepoolsete suhete fondi projekti tegevused ja väljundid, aga ka projektis osalejad olid seotud pelgalt Tallinna linnaga.

6.1.3 Projektide vastavus NFM, RTP, LPA ning teiste rakenduskavade eesmärkidele

NFM 2009–2014 üldeesmärk on aidata kaasa majandusliku ja sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamisele Euroopa Majanduspiirkonnas ning tugevdada kahepoolseid suhteid Norra ja abisaajariikide vahel kokkulepitud valdkondades. Eesmärgi üldsõnalisus jätab laiad võimalused selle tõlgendamiseks ning teostatud projektide eesmärkidega sidumiseks, mistõttu võib kõik RTP-s ellu viidud projektid lugeda NFM eesmarke toetavaks.

Hinnatavas RTP-s on asjakohased projektid, mis toetavad rahvatervise parandamist ja ebavõrdsuse vähendamist tervishoius. Täpsemalt peavad projektid kaasa aitama laste vaimse tervise teenuste arendamisele, kvaliteedi ja kättesaadavuse suurendamisele, riskikäitumise vähendamisele ja tervisliku eluviisi edendamisele, elustiilist põhjustatud haiguste ennetamisele või nakkushaiguste ennetamisele ning ravile vanglates. RTP eesmärkide täitmine jaotati programmi ülesehituse põhjal erinevate projektide vahel lähtuvalt toetuse andmise tüübile (sh eelnevalt kindlaks määratud, avatud taotlusvooru või Kahepoolsete suhete fondi projektid). Iga toetuse tüübi puhul rahastati projekte, mis vastasid kindlatele RTP eesmärkidele (vt eesmarke ja oodatavaid tulemusi ptk-s 4.2).

Eelnevalt kindlaks määratud projektid olid programmi kohustuslik osa ning moodustasid nii mahu kui eelarve mõttes suurima osa RTP-st. Kolm eelnevalt kindlaks määratud projekti toetasid otseselt RTP eesmärki, milleks oli vaimse tervise teenuse paranemine ning neljas projekt toetas nakkushaiguste ennetamise ja ravivõimaluste (HIV, hepatiit B ja C) paranemist kinnipidamisasutustes, mis oli seotud RTP neljanda oodatava tulemusega.

Rahvatervise programmi projektide seos RTA-ga

Kuigi RTA tegevuskavades (2013., 2014., 2015. ja 2016. aasta) märgitakse, et peamiselt on NFM toetatud RTP tegevused seotud RTA II tegevusvaldkonnaga „Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng“, siis detailse tegevuskava tabeli põhjal on RTP-ga seotud tegevused peamiselt välja toodud RTA I valdkonna ehk „Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused“ meetme 3 all ning muude valdkondade tegevustes seost RTP-ga otsesõnu ei märgita. Hindajate arvates näitab see RTA tegevuskava koostajate vähest süvenemist RTP tegevuste sisusse ja tulemustesse.

RTA rakendusplaanides (2013., 2014., 2015. ja 2016. aasta) tuuakse RTP-st rahastatavate tegevustena välja järgmised:

- I valdkond „Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused“, meede 3 „Inimeste vaimse tervise toetamine“:
 - 1.3.1 „Vaimse tervise kontseptsioonidokumendi koostamine“. Vaimse tervise kontseptsioonidokument on loodud.

- 1.3.3 „Vaimse tervise alase teadlikkuse suurendamine nii üldelanikkonna kui haavatavate ja sidusgruppide hulgas, sh haridustöötajate hulgas.“ Veebipõhise vaimse tervise alane infokanal on loodud, ellu on viidud vaimse tervise alast teadlikkust toetavaid teavitustegevusi, olulised sidusgrupid laste vaimse tervise toetamisel (haridus-, sotsiaal-, lastekaitse, politsei jt töötajad) on kaasatud vaimse tervise keskuste võrgustikesse.
- 1.3.4 „Vaimset tervist toetavate teenuste arendamine ja osutamine, vaimset tervist toetavate tegevuste elluviimine.“ Loodud on neli regionaalset vaimse tervise keskust, arendatud välja rehabilitatsiooniteenus raske või püsiva psüühikahäirega lastele ning kaasaegsetel kommunikatsioonivahenditel põhinevad teenused üldelanikkonnale.

Samas ei viita ükski RTA tegevuskava tabel otseselt Justiitsministeeriumi poolt ellu viidud eeldefineeritud projekti „Nakkushaiguste ennetamise ja ravisüsteemi tugevdamine vanglates“ tegevustele ega tulemustele.

- IV valdkond „Tervislik eluviis“, meede 7 „Uute nakkusjuhtude ennetamine ja püsiva langustendentsi saavutamine HIV/AIDS levikus“ all leiavad kajastamist Justiitsministeeriumi tegevused kinnipeetavate HIV testimise, nõustamise ja selgitustöö ning vanglaüksuste juhtide ja meditsiinitöötajate koolitamise osas, kuid aruannetes pole märgitud, kas tegemist on RTP projekti tegevustega.
 - 4.7.2 „HIV nakkuse leviku peatamiseks ohutuma uimastitarvitamise ja turvalise seksuaalkäitumise alane kahjude vähendamise, nõustamis-, testimis- ja raviteenuste pakkumine sh kinnipeetud isikutele.“ HIV testimise tagamine kinnipeetavatele.
 - 4.7.3 „Kutsetöös ohustatutele ametialase väljaõppe, täienduskoolituse ja ohutusalase juhendamise tagamine.“ Kutsetöö käigus HIV nakkuse saanute arv on vähenenud. Vanglates vanglaüksuste juhtidele HIV alase teadlikkuse koolituse korraldamine, et neil oleks valmidus alluvatele infot edastada (10 ametnikku). HIV alase teadlikkuse koolituse läbiviimine meditsiinitöötajatele (10 ametnikku).

Kuna RTP algas RTA 2009–2020 perioodi kestel, siis ei sisaldu RTP väljundindikaatorid otseselt RTA-s, vaid mõned neist on aastate jooksul RTA-sse lisandunud, näiteks võib omavahel seotuks lugeda järgmised RTP tulemused ja RTA tegevused (**Tõrge! Ei leia viiteallikat.**).

Tabel 4. RTP tulemuste seos RTA tegevustega

RTP tulemus		RTA tegevus	
1.3	On loodud ja avalikustatud kava laste vaimse tervise integreeritud teenuste pakkumiseks	1.3.1	Vaimse tervise kontseptsioonidokument on loodud.
1.1	Tallinna laste vaimse tervise keskus on ehitatud ja tegutseb	1.3.4	Loodud on neli regionaalset vaimse tervise keskust.
2.1	Vaimse tervise probleemidega lastele on loodud teenuste võrgustik integreeritud sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuteenuse osutamiseks		
2.2	Lastele osutatakse integreeritud vaimse tervise teenuseid		
1.2	Rehabilitatsiooniteenused on loodud ja neid pakutakse raske psüühikahäirega lastele	1.3.4	On arendatud välja rehabilitatsiooniteenus raske või püsiva psüühikahäirega lastele.
2.3	Vaimse ja reproduktiivtervise parandamiseks pakutakse veebipõhist	1.3.3	Veebipõhise vaimse tervise alane infokanal on loodud, ellu on viidud

RTP tulemus		RTA tegevus	
	informatsiooni ja veebipõhiseid nõustamisteenuseid		vaimse tervise alast teadlikkust toetavaid teavitustegevusi, olulised sidusgrupid laste vaimse tervise toetamisel (haridus-, sotsiaal, lastekaitse, politsei jt töötajad) on kaasatud vaimse tervise keskuste võrgustikesse
2.4	Vaimse ja reproduktiivtervise alaseid veebipõhiseid nõustamisteenuseid saanud laste ja noorukite arv		
3.1	Läbi on viidud sotsiaalkampaaniad tervisliku elustiili (eriti alkohol ja suitsetamine) kohta		
4.2	HIV kontroll kinnipidamisasutustes on suurenenud	4.7.2	HIV nakkuse leviku peatamiseks ohutuma uimastitarvitamise ja turvalise seksuaalkäitumise alane kahjude vähendamise, nõustamistestimis- ja raviteenuste pakkumine sh kinnipeetud isikutele
4.3	Nakkushaiguste ennetuse kohta kinnipidamisasutustes on koostatud juhendmaterjalid	4.7.3	Kutsetöös ohustatutele ametialase väljaõppe, täienduskoolituse ja ohtusalase juhendamise tagamine
4.4	Isikute arv kinnipidamisasutustes, kes on saanud koolitust nakkushaiguste ennetuseks		

Allikas: autorite koostatud

Eelneva loetelu põhjal on näha, et mitte kõik RTP väljundindikaatorid pole kajastatud RTA aruannetes (sh pole RTA I valdkonna meetme 2 tegevust 1.2.3. „Maavalitsuste, kohalike omavalitsuste ja kogukondade tervisesuutlikkuse arendamine. Tegevuskohapõhise tervisedenduse, sh tervisedendavate võrgustike arendamine“ üldse seostatud RTP tulemustega 3.2 „kohalike omavalitsuste jaoks on töötatud välja sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamise juhised“, 3.3 „sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamise juhised on jagatud kõikidele omavalitsustele“, 3.4 „Tervis igas poliitikas“ koolituste arv väljaspool tervisesektorit ega 3.5 „Tervis igas poliitikas“ koolitatud isikute arv väljaspool tervisesektorit), kuigi kaudselt on mitmed RTP projektid ja tegevused seotud RTA-s kirjeldatud tegevustega.

RTA 2014. aasta rakendusplaan (I valdkond „Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused“, meede 3 „Inimeste vaimse tervise toetamine“ tegevus 1.3.3 alla) on võrreldes 2013. aastaga lisatud, et RTP 3. taotlusvooru raames toetatakse projekte, mis on suunatud:

- sotsiaalkampaaniatele sõltuvusainete tarvitamise ennetamiseks noorte hulgas. Hindajate arvates seostub see tegevus aga peamiselt RTA IV valdkonna „Tervislik eluviis“ meetme „Alkoholist tingitud kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“ tegevusega 4.3.5 „Elanikkonna teadlikkuse tõstmine alkoholikahjust, tarvitamise riskidest ja vähendamise võimalustest“.
- koolitustele tervise (sh vaimse tervise) alase teadlikkuse tõstmiseks mitte-tervise sektori spetsialistide hulgas (eelkõige KOV ja maakonna tasandil), mis hindajate arvates on pigem seotud RTA I valdkonna meetme 2 tegevusega 1.2.3. „Maavalitsuste, kohalike omavalitsuste ja kogukondade tervisesuutlikkuse arendamine. Tegevuskohapõhise tervisedenduse, sh tervisedendavate võrgustike arendamine“.
- veebikeskkondade loomisele, mis pakuvad mitmekülgset teavet vaimsest- ja reproduktiivtervisest (kasusaajad nii noored, lapsevanemad, valdkonnas töötavad spetsialistid kui ka laiem elanikkond). Veebipõhiste teenuste arendamisel tekib 3 veebikeskkonda, mis on suunatud vaimse- ja reproduktiivtervise alastele teenustele. Hindajate arvates võiks see tegevus lisaks olla RTA-s

kajastatud II valdkonna „Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng“ meetme 1 „Reproduktiiv- ja imikute tervise edendamine“ tegevuse 2.1.5. „Noorte reproduktiivtervisealane nõustamine ja seksuaalsel teel levivate haiguste ennetamine“ all.

Samuti tuuakse regionaalsete vaimse tervise keskuste loomine ja vaimse tervise teenuste väljatöötamine ning arendamine välja üksnes RTA I valdkonna meetme 3 „Inimeste vaimse tervise toetamine“ alateemas, kuigi see koos lastepsühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi piloteerimisega on seotud ka üldise tervishoiusüsteemi arenguga ehk RTA valdkonnaga V „Tervishoiusüsteemi areng“.

RTP projektide mõju RTA eesmärkide täitmisele

Järgnevalt analüüsime, mil määral aitasid RTP raames toetatud ja teostatud projektid kaasa RTA-s püstitatud eesmärkide täitmisele. RTA koosneb viiest valdkonnast, nendega seotud meetmetest ja tegevustest, kusjuures tulemusindikaatorid on seotud igale alamtegevusele. Seetõttu on ka hindamisel lähtutud just alamtegevustele seotud indikaatorite täitmisele kaasa aitamisest.

RTA I valdkond „Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused“ meede 3 „Inimeste vaimse tervise toetamine“

Tegevuse 1.3.1 „Vaimse tervise kontseptsiooni loomine“ üheks alamtegevuseks oli laste vaimse tervise kontseptsiooni koostamine ning tulemusindikaatoriks kontseptsioonidokumendi koostamine. Kuna RTP eelnevalt kindlaks määratud projekti „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“ raames loodi vastav kontseptsioonidokument, siis võib öelda, et RTP aitas kaasa RTA selle alamtegevuse eesmärgi täitmisele.

Tegevuse 1.3.3 „Vaimse tervise alase teadlikkuse suurendamine nii üldelanikkonna kui haavatavate ja sidusgruppide hulgas, sh haridustöötajate hulgas“ tulemusindikaatoreid oli kolm:

1. veebipõhise vaimse tervise alane infokanal on loodud;
2. ellu on viidud vaimse tervise alast teadlikkust toetavaid teavitustegevusi;
3. olulised sidusgrupid laste vaimse tervise toetamisel (haridus-, sotsiaal-, lastekaitse, politsei jt töötajad) on kaasatud vaimse tervise keskuste võrgustikesse.

RTP-s teostatud projektides loodi kaks vaimse tervise seotud veebikeskkonda www.peaasi.ee ja www.enesetunne.ee, üks reproduktiivtervise seotud veebikeskkond www.amor.ee ning neli mobiilirakendust vaimse tervise seotud teemadel „Ära tee!“, „Tee nii!“, „Deprest vabaks“ ja „Une monitor“.

Vaimse tervise alast teadlikkust toetavaid teavitustegevusi viidi ellu peaaegu kõigis RTP projektides, neist laialdasemad olid kaks sotsiaalkampaaniat „Onu Alko“ ja „Passiivne joomine“, välikampaania „Joo poole vähem!“, kampaania „Mul on kõik OK!“ ning erinevad vaimse tervise teemadega seotud konverentsid. Lisaks tehti RTP projektides hulgaliselt väiksematele sihtrühmadele suunatud ja konkreetsemad infokanaleid hõlmavaid teavitustegevusi.

Mitmetes RTP projektides pakuti erinevaid koolitustegevusi laste vaimse tervise toetamise kaasatud sidusgruppidele, sh nii erinevatele spetsialistidele kui ka lapsevanematele. Sidusgruppide esindajaid kaasati ka võrgustikutöösse ning spetsialistidele pakuti nii supervisioone kui kovisioone.

Kuna kõik antud tegevuse tulemusindikaatorid on tegevuspõhised ja RTP projektides neid tegevusi tehti, siis võib öelda, et RTP projektid aitasid kaasa RTA eesmärkide täitmisele. Samas oleme seotud indikaatorite sobivuse osas kriitilised ja nõustume Poliitikauuringute Keskus Praxise (Veldre jt 2017) poolt läbi viidud RTA 2009–2020 vahehindamise vaimse tervise valdkonna aruande tulemustega, kus tuuakse välja, et kuigi esimene seotud indikaator on asjakohane ja sõnastatud mõõdetava tulemusena, ei suurenda ainuüksi infokanali olemasolu elanikkonna teadlikkust. Teine ja kolmas indikaator on tegevuspõhised, neis ei sisaldu muutusetaotlust, mistõttu on nad RTA kontekstis sobimatud. Teavitustegevuste teostamine ei garanteeri,

et elanikkonna teadlikkus ka praktikas suureneb. Sidusgruppide kaasamine võrgustikesse ilma kaasatuse taset ja viisi avamata ei võimalda hinnata, mil moel suureneb sidusgruppide vaimse tervise alane teadlikkus.

Teadlikkuse mõõtmiseks on enamasti kasutusel elanikkonna küsitlusuuringu andmed. Sotsiaalministeeriumi tellimusel viis Faktum & Ariko 2016. aasta sügisel läbi elanikkonna küsitluse „Elanikkonna teadlikkus, suhtumine ja hoiakud vaimse tervise teemal“. Kuna sarnast küsitlust enne RTP toimumist läbi ei viidud, siis ei võimalda eelnimetatud küsitlusuuringu tulemused hinnata, kas elanikkonna teadlikkuses, suhtumises ja hoiakutes vaimse tervise teemadel toimus tänu RTP projektidele muutusi või mitte. Mõned RTP projektid küsisid ise sihtrühmadelt tagasisidet (tabel 9), kuid need ei olnud niivõrd laiaulatuslikud ega sobi sageli tegevuste laialdase mõju hindamiseks.

Tegevuse 1.3.4 „Vaimset tervis toetavate teenuste arendamine ja osutamine, vaimset tervist toetavate tegevuste elluviimine“ tulemusindikaatoreid on kolm:

1. loodud on neli regionaalset vaimse tervise keskust;
2. välja on arendatud rehabilitatsiooniteenus raske või püsiva psüühikahäirega lastele,
3. välja on töötatud kaasaegsetel kommunikatsioonivahenditel põhinevad teenused üldelanikkonnale.

RTP projektide kaasabil saab need RTA indikaatorid saavutatuks lugeda. RTP raames arendati välja neli laste ja noorte vaimse tervise keskust (Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel) ning laste vaimse tervise kabinetid Põlvas, Valgas, Võrus ja Narvas. Teenus „Pikaajaline rehabilitatsiooniteenus raske ja püsiva psüühikahäirega lastele“ on kontseptuaalselt välja töötatud. Uuendusliku teenusena projektide raames välja töötatud ja testitud ravimeeskonna väljasõidu teenus (ingl k *out-reach*) on hõlmatud alates 2016. aastast Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu nimetusega „Psühhiaatrilise ravimeeskonna koduvisiit (3103)“. Kolmanda indikaatori all saab välja tuua RTP-s välja arendatud infokanalid enesetunne.ee ja peaasi.ee (reproduktiivtervise vallas ka amor.ee), mis vahendavad ka psühholoogilist nõustamist. Lisaks on samad RTP projektid panustanud vaimse tervise alase teadlikkuse suurendamisse spetsialistide (õpetajad, noorsootöötajad jt) ja ka kooliõpilaste-noorte hulgas läbi erinevate koolituste ja loengute.

Siiski on enamik RTP projektide tegevusi olnud suunatud laste ja noorte vaimse tervise parendamisele ning muule elanikkonnale suunatud teenuste arendamise saab teostatuks lugeda vaid reproduktiivtervisega seotult, pakkudes veebikeskkonna arendust. Kuigi otseselt on loodud veebikeskkonnad suunatud noortele, pakuvad nii peaasi.ee kui ka enesetunne.ee vaimse tervise alast infot ning nõustamist ka täiskasvanutele, sh lapsevanematele ja spetsialistidele.

RTA IV valdkond „Tervislik eluviis“ meede 7 „Uute nakkusjuhtude ennetamine ja püsiva langustendentsi saavutamine HIV/AIDSi levikus“

Tegevuse 4.7.2 „HIV nakkuse leviku peatamiseks ohutuma uimastitarvitamise ja turvalise seksuaalkäitumise alane kahjude vähendamise, nõustamis-, testimis-, ja raviteenuste pakkumine sh kinnipeetavatele“ tulemusindikaator sätestab, et abivajajatele pakutakse süsteemselt miinimumnõuetele vastavaid teenuseid ja iga-aastaselt on ARV konsiiliumi poolt nõustatud viit ravikeskust ning nõustamiskordade arv aastas on 15. Kõik ravile allumatud patsiendid on konsulteeritud ning nende juhtumid üle vaadatud ka võimaliku ravimresistentsuse osas.

Alamtegevusena viis justiitsministeerium RTP projekti raames läbi kinnipeetavate HIV, hepatiit C ja hepatiit B testimist ja nõustamist, HIV ravi või vaksineerimist B hepatiidi korral. Kuigi RTA detailne tegevuskava ei viita, et tegemist oleks RTP raames rahastatud projekti tegevustega, aitasid projekti tegevused hindamismeeskonna hinnangul kaasa selle RTA tegevuse eesmärgi saavutamisele just kinnipeetavaid silmas pidades. Projekti jooksul testiti Eesti vanglates HIV osas üle 11 000 kinnipeetava, C hepatiidi osas ligikaudu

6700 kinnipeetavat, C hepatiidi ravi sai 56 kinnipeetavat. B hepatiiti testiti 1010 kinnipeetaval ja B hepatiidi osas vaksineeriti 289 isikut.

Tegevuse 4.7.3 „Kutsetöös ohustatutele ametialase väljaõppe täienduskoolituse ja ohutusalse juhendamise tagamine“ indikaatoriks oli kutsetöö käigus HIV nakkuse saanute arvu vähenemine.

Justiitsministeeriumi poolt ellu viidud RTP projekti käigus koolitati 195 vanglatöötajat nakkushaiguste (sh HIV, erinevad hepatiidid, ravimite manustamine ja kõrvaltoimed, tuberkuloos ja kaitsevahendite kasutamine) osas. Kuigi projekti raames otseselt kutsetöö käigus HIV, hepatiit B ja C nakkuse saanute arvu ei mõõdetud ega kajastatud, on hindamismeeskonna hinnangul projekt andnud olulise panuse vanglatöötajate koolitamisel ning aitab kaasa, et kutsetöö käigus HIV nakkus ei leviks, samuti tagab see ravi saavate vangide asjakohase jälgimise ja kohtlemise ravi perioodil.

Ühe probleemina kerkis mitmetes RTP projektides esile oluliste spetsialistide, sh lastepsühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, terapeudid ja vaimse tervise õed, vähesus ja olemasolevate ülekoormatus. Kuigi sellele probleemile on RTA-s tähelepanu juhitud, ei ole olukorra parandamisega piisavalt tegeletud (Veldre 2017). RTP projektid aitasid mitmel erineval viisil vajalike spetsialistide juurde koolitamisele (sh kliiniliste psühholoogide kutseasta läbimise toetamine, laste ja noorukite vaimse tervise õdede koolitamine, testide kasutamise koolitused, teraapiakoolitused), kuid projektitasandil ei ole võimalik riiklikke kitsaskohti lahendada.

Rahvatervise programmi projektide seos Laste ja perede arengukavaga 2012–2020

Laste ja perede arengukavas (LPA) 2012–2020 (2011) on püstitatud viis strateegilist eesmärki, mille ülesandeks on tagada laste ja perede heaolu kasv ning elukvaliteedi tõus, soodustades seeläbi laste sünde. Iga strateegilise eesmärgi elluviimiseks on välja töötatud meetmed, mis omakorda jagunevad täpsemateks tegevussuundadeks, tegevusteks ja alategevusteks. Laste ja perede arengukavas 2012–2020 seatud tegevused on tihedalt seotud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 tegevustega ja see nähtub ka, kui analüüsida Rahvatervise programmi raames elluviidavate tegevuste kajastamist LPA-s. Kõigi LPA tegevuste puhul, mille kohta on rahastusallikana välja toodud NFM programm “Rahvatervis”, on märgitud, et need viiakse ellu Rahvastiku tervise arengukava raames (v.a rakendusplaani 2013–2015 tegevused 3.2.2.4 ja 3.2.2.5, mis viidi aga rakendusplaani 2014–2017 üle üldistatumal kujul tegevuse 3.3.3 alla ning mida 2014–2017 rakendusplaanis ei kavandatud enam rahastada RTP-st; vt täpsemalt LPA 2013–2015 rakendusplaani ülevaadet allpool).

Kui analüüsida Rahvatervise programmi tegevuste elluviimise aegseid LPA rakendusplaanide, siis selgub, et kõik tegevused, mille puhul on rahastusallikaks märgitud RTP, panustavad LPA 3. strateegilise eesmärgi täitmisesse: lapse õigused on tagatud ja loodud on toimiv lastekaitseüsteem, et väärtustada ühiskonnas iga last ja tema arengut ning heaolu toetavat turvalist keskkonda. Täpsemalt nähakse Rahvatervise programmi tegevuste panust LPA 3. strateegilise eesmärgi meetme 3.2 “Varase sekkumise ja lastekaitseüsteemi tõhustamine” ning meetme 3.3 “Inimeste vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine” tegevuste elluviimisesse. Järgnevalt on esitatud rakendusplaanide kaupa LPA tegevused, mille rahastusallikaks on märgitud NFM programm “Rahvatervis”.

LPA 2013–2015 rakendusplaanis tuuakse RTP-st rahastatavate tegevustena välja järgmised:

- Meede 3.2 “Varase sekkumise ja lastekaitseüsteemi tõhustamine”, tegevussuund 3.2.2 “Väärkoheldud lapse märkamise ja abistamine”:
 - 3.2.2.4 “Lapse väärkohtlemise diagnostika meeskondade koolitamine”;
 - 3.2.2.5 “Lapse väärkohtlemise diagnostika meeskondade tegevuse ning diagnostikasüsteemi käivitamine ja rakendamine”.

- Meede 3.3 “Inimese vajadustest lähtuvate kulutulussate sekkumiste pakkumine ja arendamine”, tegevussuund 3.3.3 “Psüühikahäiretega lastele vajalike teenuste arendamine”:
 - 3.3.3.2 “Psüühika- ja käitumishäiretega laste hindamiseks vajalike kompetentside tõstmine ja hindamisinstrumentide valiku laiendamine”;
 - 3.3.3.3 “Psüühikahäiretega lastele mõeldud ambulatoorse ja statsionaarse erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuse kirjeldamine, seadustamine ja riikliku teenuse osutamine”;
 - 3.3.3.4 “Laste vaimse tervise keskuse loomine”.

Ülevaade Laste ja perede arengukava 2012–2020 rakendusplaani 2013–2015 täitmisest (2013) toob välja, et eelnimetatud tegevused 3.2.2.4 ja 3.2.2.5 viiakse järgmises rakendusplaanis üle üldistataval kujul, tegevuse 3.3.3 “Väärkohtlemise ohvriks langenud lastele diagnostika- ja abistamisvõimaluste väljatöötamine” alla. Kui 2013–2015 rakendusplaanis oli plaanitud neid rahastada Rahvatervise programmist, siis 2014–2017 rakendusplaanis enam mitte. Samuti on toodud 2013–2015 rakendusplaani 2013. aasta täitmise ülevaates, et ülalnimetatud tegevus 3.3.3.2 on hõlmatud järgmises rakendusplaanis tegevusega 3.3.1. „Laste vaimse tervise ja varase sekkumise integreeritud teenuste kontseptsiooni väljatöötamine” ning 2013–2015 rakendusplaani tegevust 3.3.3.3 teostatakse uues rakendusplaanis tegevuse 3.3.4 “Raske ja püsiva psüühikahäirega lastele pikaajalise rehabilitatsiooniteenuse käivitamine” raames.

LPA 2014–2017 rakendusplaani tegevustest on RTP rahastusallikana märgitud järgmistele:

- Meede 3.3 “Inimese vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine”, tegevussuund 3.3.1 “Laste vaimse tervise ja varase sekkumise integreeritud teenuste kontseptsiooni väljatöötamine”:
 - 3.3.1.1 “Analüüs olemasolevatest ja vajaminevatest teenustest ning ettepanekute tegemine teenustesüsteemi ja õigusloome parandamiseks”;
 - 3.3.1.2 “Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite valik ja Eestile kohandamine”;
 - 3.3.1.3 “Lapsega kokku puutuvate spetsialistide varase märkamisega seotud koolitusvajaduse selgitamine ja ettepanekute tegemine spetsialistide varase märkamise oskuse süsteemseks parandamiseks”.
- Meede 3.3 “Inimese vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine”, tegevussuund 3.3.2 “Laste vaimse tervise keskuste loomine”.
- Meede 3.3 “Inimese vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine”, tegevussuund 3.3.4 “Raske ja püsiva psüühikahäirega lastele pikaajalise rehabilitatsiooniteenuse käivitamine”.

LPA 2015–2018 rakendusplaanis on välja toodud, et RTP-st rahastatakse järgmiseid tegevusi:

- Meede 3.2 “Varase sekkumise ja lastekaitse süsteemi tõhustamine”, tegevussuund 3.2.1 “Lapse abivajaduse märkamise ja varase sekkumise tõhustamine tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonnas”:
 - 3.2.1.1 “Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite valik, Eestile kohandamine ja jätkusuutliku kasutamise tagamine”;
- Meede 3.3 “Inimese vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine”, tegevussuund 3.3.1 “Laste vaimse tervise ja varase sekkumise integreeritud teenuste kontseptsiooni väljatöötamine”:
 - 3.3.1.1 “Analüüs olemasolevatest ja vajaminevatest teenustest ning ettepanekute tegemine teenustesüsteemi ja õigusloome parandamiseks”;

- 3.3.1.2 “Lapsega kokku puutuvate spetsialistide varase märkamisega seotud koolitusvajaduse selgitamine ja ettepanekute tegemine spetsialistide varase märkamise oskuse süsteemseks parandamiseks”.
- Meede 3.3 “Inimese vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine”, tegevussuund 3.3.4 “Raske ja püsiva psüühikahäirega lastele pikaajalise rehabilitatsiooniteenuse käivitamine”.

RTP projektide mõju LPA eesmärkide täitmisele

Analüüsinud LPA tegevusi, mille puhul on rahastusallikaks märgitud Rahvatervise programm, ilmneb, et RTP raames ellu viidud projektid on panustanud selgelt LPA 3. strateegilise eesmärgi meetme 3.2 ja 3.3 tegevustele ja alategevustele seotud oodatavate tulemuste/indikaatorite täitmisesse. Järgnevalt on esitatud ülevaade LPA tegevuste ja alategevuste tulemustest/indikaatoritest (rakendusplaani 2014–2017 alusel) ja vastavalt nende täitmisesse panustanud RTP projektidest, mille puhul seosed LPA tegevuste ja Rahvatervise programmi vahel on rakendusplaanides selgelt välja toodud.

- Tegevussuund 3.3.1 “Laste vaimse tervise ja varase sekkumise integreeritud teenuste kontseptsiooni väljatöötamine”, tulemus/indikaator “Välja on töötatud efektiivsed lahendused, tagamaks laste vaimse tervise probleemide ennetamiseks, varaseks märkamiseks ja ravimiseks kõigi vajalike teenuste ning spetsialistide oskuste ja abivahendite olemasolu”. Indikaatori täitmisesse on panustanud selgelt RTP eeldefineeritud projekt “Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks” ning „Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus“ projekt.
 - Tegevus 3.3.1.1 “Analüüs olemasolevatest ja vajaminevatest teenustest ning ettepanekute tegemine teenustesüsteemi ja õigusloome parandamiseks”, indikaator/tulemus “Teostatud on analüüs, mis annab ülevaate Eesti hetkeolukorrast ja rahvusvahelisest võrdlusest; analüüsile tuginedes on sõnastatud strateegilised lähtekohad integreeritud teenuste süsteemi loomiseks laste heaolu ja vaimse tervise parandamiseks”. Indikaatori täitmisesse on panustanud selgelt RTP eelnevalt kindlaks määratud projekt “Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks”.
 - Tegevus 3.3.1.2 “Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite valik ja Eestile kohandamine”, indikaator/tulemus “2014. aastal valmib raport, mis annab ülevaate hindamisvahendite valikust ja rakenduskavast. 2015. aastal piloteeritakse minimaalselt üht hindamisvahendit”. Indikaatori täitmisesse on panustanud selgelt RTP projekt “Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks”.
 - Tegevus 3.3.1.3 “Lapsega kokku puutuvate spetsialistide varase märkamisega seotud koolitusvajaduse selgitamine ja ettepanekute tegemine spetsialistide varase märkamise oskuse süsteemseks parandamiseks”, indikaator/tulemus “Tuginedes analüüsile (p 3.3.1.1), on välja töötatud lahendused, mis aitavad tagada, et lapsega kokku puutuvatel spetsialistidel on piisavad oskused lapse probleemide varaseks märkamiseks”. Indikaatori täitmisesse on panustanud RTP projekt “Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks”, aga ka “Laste Vaimse Tervise Keskuse loomine Tallinna Lastehaigla juurde”, “Lõuna-Eesti Vaimse Tervise Keskuse projekt”, “Ida-Virumaa Vaimse Tervise Keskuse loomine lastele ja noorukitele”, “Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus” ning “Rehabilitatsiooniteenuse loomine raske ja püsiva psüühikahäiretega lastele”.
- Tegevussuund 3.3.2 “Laste vaimse tervise keskuste loomine”, tulemus/indikaator “Loodud on laste vaimse tervise keskused, kus osutatakse erinevaid vaimse tervise teenuseid lastele ja noorukitele. Lapsed saavad kvaliteetset abi vaimse tervise probleemide korral”. Indikaatori täitmisesse on

panustanud selgelt neli RTP projekti: “Laste Vaimse Tervise Keskuse loomine Tallinna Lastehaigla juurde”, “Lõuna-Eesti Vaimse Tervise Keskuse projekt”, “Ida-Virumaa Vaimse Tervise Keskuse loomine lastele ja noorukitele” ja “Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus”. Hindamismeeskonna hinnangul on indikaatori täitmisesse panustanud ka Kahepoolsete suhete fondi tegevus “Laste psühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi QNIC ja QNCC piloteerimine”.

- Tegevussuund 3.3.4 “Raske ja püsiva psüühikahäirega lastele pikaajalise rehabilitatsiooniteenuse käivitamine”, tulemus/indikaator “Raske ja püsiva psüühikahäirega laste rehabilitatsiooniteenus on piloteeritud ning teenuse riikliku teenusena seadustamine on ette valmistatud”. Indikaatori täitmisesse panustab RTP eeldefineeritud projekt “Rehabilitatsiooniteenuse loomine raske ja püsiva psüühikahäiretega lastele”.

Kuigi LPA rakendusplaanides ei ole teiste tegevuste kohta välja toodud, et nende indikaatorite/tulemuste täitmisesse panustaksid RTP raames elluviidud tegevused, aitavad hindamismeeskonna hinnangul RTP projektid kaasa ka järgmise LPA tegevuse indikaatori/tulemuse saavutamisse. LPA 2015–2018 rakendusplaanis tegevuse 3.2.1.3 “Laste vaimse tervise keskuse spetsialistide koolitamine lapse väärkohtlemise tuvastamise eelintervjuude läbiviimiseks” indikaatoriks/tulemuseks on seatud “Laste vaimse tervise keskuse spetsialistid on koolitatud ning eelintervjuusid viiakse pilootprojektina läbi Tallinna Laste Vaimse tervise keskus”. Selle täitmisesse on hindajate hinnangul panustanud RTP eelnevalt kindlaks määratud projekt “Laste Vaimse Tervise Keskuse loomine Tallinna Lastehaigla juurde”, mille raames on Laste Vaimse Tervise Keskus osalenud seksuaalselt väärkoheldud lastele mõeldud Lastemaja pilootprojekti ettevalmistamise protsessis. Samuti on teised vaimse tervise keskused (Pärnu, Ida-Viru, Lõuna-Eesti) osalenud projekti laste väärkohtlemise diagnostikasüsteemi arendustegevustes koolitustel osalemise ja pideva monitooringu tegemisega väärkohtlemise juhtumite üle.

Ülejäänud Rahvatervise programmi raames elluviidud projektide kohta ei saa välja tuua selget panust mõne LPA rakendusplaanis seatud tegevuse indikaatori/tulemuse saavutamisesse. Küll aga on selge, et kõik RTP projektid, v.a eelnevalt kindlaks määratud projekt “Nakkushaiguste ennetamise ja ravisüsteemi tugevdamine vanglates”, on kooskõlas LPA-s seatud strateegiliste eesmärkide, meetmete ja tegevussuundadega ning toetavad otsesemalt või kaudsemalt nende elluviimist. Näiteks on aidanud nii projekt “Peaasi.ee - Eesti noorte vaimse tervise alane e-nõustamine, veebiplatvorm ja e-lahendused” kui ka “AppsTerv - Veebipõhised rakendused vaimse tervise heaks” kaasa LPA tegevussuuna 3.3.2 “Nõustamis- ja teraapiateenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamine” elluviimisele. Samuti on RTP projekt “Seksuaaltervisealase internetinõustamisteenuse korraldamine ning vaimse- ning reproduktiivtervisealaste veebipõhiste nõustamisteenuste kvaliteedijuhendi välja töötamine” toetanud LPA tegevussuuna 2.1.1 “Laste ja noorte teadmiste suurendamine soolisest võrdõiguslikkusest, vastutustundlikust seksuaalkäitumisest ja seksuaaltervisest, oskustest võrdsetes partnerlussuhetes ja positiivsest vanemluspraktikast” rakendamist. Teiste seni nimetatud RTP projektide panus LPA eesmärkide elluviimisesse on kaudne.

Kokkuvõttes on Rahvatervise programmi raames elluviidud projektid panustanud selgelt Laste ja perede arengukava 3. strateegilise eesmärgi meetme 3.2 “Varase sekkumise ja lastekaitse süsteemi tõhustamine” ning meetme 3.3 “Inimeste vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine” tegevustele ja alategevustele seatud oodatavate tulemuste/indikaatorite täitmisesse. RTP projektid on toetanud ka LPA 2. strateegilise eesmärgi meetme 2.1 “Vanemlust toetavate hoiakute kujundamine ja teadmiste suurendamine” elluviimist, kuid seda kaudselt, panustamata ühegi rakendusplaanides seatud tegevuste tulemuste/indikaatorite täitmisesse.

Teised strateegiad ja arengukavad

Eesti riikliku HIV ja AIDS strateegia 2006–2015 (2005) üldeesmärk oli HIV leviku püsiva langustendentsi saavutamine – 10 aasta jooksul sooviti saavutada HIV leviku 60% vähenemine (uute nakkusjuhtude arvu vähenemine 55 juhult 20 juhuni 100 000 elaniku kohta). Eesmärgi saavutamise üheks prioriteediks olid ennetustegevused alla 30-aastaste ohurühma noorte ja nende seksuaalpartnerite seas, et pidurdada HIV levikut enam ohustatud vanusrühmas ja seksuaalsel teel. Peamise eesmärgi saavutamiseks planeeriti 15 strateegilist eesmärki, sh 1) püsivalt on vähenenud uute HIV-juhtude arv 15–29-aastaste noorte hulgas; 2) elanikkonna teadmised HIV levikuteedest ja oskused hinnata oma nakatumise riski on suurenenud ja negatiivne suhtumine HIV/AIDSiga elavate inimeste suhtes on vähenenud; 3) kinnipidamisasutuste (sh ajutiste) siseselt ei ole toimunud HIV-nakkuse levikut; 4) kutsetöö käigus ei ole toimunud ühtegi HIV-nakatumist 5) HIV testimise ja nõustamise teenuse kättesaadavus on suurenenud.

Rahvatervise programmi projektide tegevused aitasid kaasa erinevate Eesti riikliku HIV ja AIDS strateegia eesmärkide saavutamisele, kuigi otseselt pole strateegia dokumentides projektide tulemusi eesmärkide saavutamisel välja toodud, nt reproduktiivtervisealase veebilehe täiendamine (amor.ee), veebipõhiste nõustamisteenuste pakkumine noortele, kinnipidamisasutustes vangide testimine ja ravi HIV osas, C- ja B-hepatiidi testimine kinnipeetavatel, vanglatöötajate koolitamine nakkushaiguste teemal ning elanikkonnale suunatud teavitustegevused HIV ja reproduktiivtervise teemadel.

RTP neli avatud taotlusvooru projekti „Rahvatervise alase pädevuse suurendamine Eesti paikkondades“, „Passiivse alkoholitarvitamise termini juurutamine ja seeläbi hoiakute ja käitumise muutmine alkoholi liigtarvitamise suhtes“, „Sotsiaalne liikumine „Joome poole vähem!““ ning „AppsTerv – veebipõhised rakendused vaimse tervise heaks“ ning üks Kahepoolsete suhete fondi projekt „Alkoholi põhjustatud sünnikahjustuste ennetamine“ on seotud ka **Alkoholipoliitika rohelises raamatus** (2014) kirjeldatud meetmetega alkoholi liigtarvitamise ja kahjude vähendamiseks. Hindajate arvates on alkoholipoliitika rohelise raamatuga seotud viis RTP projekti, kuigi alkoholipoliitika rohelise raamatu elluviimise tulemused 2014. aasta kohta kirjeldavad seost vaid ühe RTP projektiga. Nimetatud projektid olid suunatud erinevatele sihtgruppidele, sh poliitikud, kohalikud omavalitsused ja seal töötavad spetsialistid, kogukonnad, lapsed ja noored, lapsevanemad, Eesti tööeline elanikkond. Teostatud projektide eesmärk oli:

- suurendada elanikkonna teadlikkust alkoholi tarvitamisega seotud kahjust (nn passiivne joomine) ning parandada seeläbi inimeste suutlikkust ja motivatsiooni oma käitumist ning valikuid muuta;
- muuta Eestis valitsevaid sotsiaalseid norme alkoholijoomisega seoses, vähendades järk-järgult nii ühiskondlikku tolerantsust purju joomise vastu kui ka alaealiste alkoholi ja tubaka tarvitamise vastu;
- luua veebiportaal, kus pakutakse usaldusväärset informatsiooni ja rakendusi vaimse tervise edendamiseks läbi riskikäitumise ennetamise (nt suitsidaalne käitumine, tahtlikud enesevigastused, alkoholi tarvitamine);
- vähendada Eesti piirkondade vahelist ebavõrdsust tervises ning suunata kohalikke omavalitsusi oma poliitika kujundamisel rahvatervise põhimõtetega arvestama;
- korraldada konverents arstide, ämmaemandate jt spetsialistide seas teadlikkuse tõstmiseks ning läbi erinevate meediakanalite juhtida tähelepanu passiivse alkoholitarbimise kahjustele.

Teostatud projektide mitmekesised tegevused olid suunatud järgmiste alkoholi liigtarvitamise ja kahjude vähendamise meetmete toetamiseks:

- viia läbi lapsevanemate, müüjate, ürituste korraldajate ja üldsuse teadlikkust tõstvaid tegevusi, et suurendada ühiskonna toetust alaealisele alkoholi kättesaadavuse tõkestamiseks;
- arendada koostööd erasektoriga alaealisele alkoholimüügi tõkestamisel;
- viia regulaarselt läbi alaealistele alkoholimüügi alaseid teste ning avaldada tulemusi;

- Tervise Arengu Instituudil koostöös partneritega arendada välja teenindajatele suunatud koolitusprogramm, mis aitab teenindajal joovet ära tunda ja joores kliendiga suhtlemisel konfliktiolukordi vältida ning suurendab teenindajate teadlikkust joores kliendile müümise keelust;
- kaardistada ja analüüsida Eesti kohaliku tasandi alkoholipoliitika praktikaid ning luua omavalitsustele võimalusi teadmiste- ja kogemuste vahetamiseks; töötada välja kohaliku alkoholipoliitika kujundamise teemaline juhendmaterjal ning koolitus- ja nõustamisprogramm;
- pakkuda infot alkoholi mõjude kohta ning vahendeid enda tarbimise hindamiseks;
- edendada ühiskonnas sotsiaalseid norme, mis taunivad avalikes kohtades ja avalikel üritustel alkoholi liigtarvitamist ja joores olekut ning soosivad alkoholivabade ürituste korraldamist;
- edendada positiivset suhtumist alkoholitarnitamisega vähendamisse ja karskusesse;
- pakkuda lapsevanematele tuge ja koolitust noorte alkoholitarnitamisega ärahoidmiseks;
- teavitada noori alkoholitarnitamisega võimalikest õiguslikest tagajärgedest.

Kuigi **tubakapoliitika roheline raamat** (2014) sisaldab erinevaid meetmeid ka laste ja noorte tubakatarvitamise vähendamiseks, siis RTP-s olid vaid üksikud tegevused suunatud noorte tubakatarvitamise vähendamise teadlikkuse suurendamisele (nt plakatikampaania „Alkohol ja tubakas on out“ ja esseekonkurss „Milline oleks Eesti, kui keegi ei suitsetaks?“). Nende tegevuste mõju hindamine teadlikkuse suurendamiseks olemasolevate andmete põhjal ei ole võimalik.

Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat (2014) seab eesmärgiks Eestis püsivalt vähendada narkootikumide tarvitamist ja sellest tingitud ühiskondlikku kahju. Eesmärgi saavutamise üheks oluliseks süsteemiks on varane märkamine ja sekkumisele suunamine. 2014. aasta ülevaates uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest märgitakse, et varase märkamise ja sekkumisele suunamisele aitasid kaasa RTP projektid, mille käigus loodi neli laste vaimse tervise keskust (sh Tallinna, Tartusse, Pärnusse ja Kohtla-Järvele), mis pakuvad kvaliteetseid psühhiaatrilise ravi teenuseid patsientidele (sh nii statsionaarseid kui ka ambulatoorseid teenuseid) ja koolitusvõimalusi spetsialistidele nende pädevuse tõstmiseks. Kitsaskohana märgitakse tegevusaruandes, et välisrahastuse abil rajatud laste vaimse tervise keskused vajavad toetuse lõppemisel jätkusuutlikkuse tagamiseks täiendavat rahastust riigieelarvest. 2015. aastal valmis kontseptsioon: integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi ning 2016. aastal lisandus sellele rakenduskava, mille üheks tegevuseks on tugiteenuste kättesaadavuse parendamine vajaduspõhiselt ja teiseks lastega töötavate spetsialistide teadlikkuse tõus laste vaimse tervise toetamisest ja varajases märkamisest ühtse täienduskoolituse kaudu. Lisaks viidi RTP projekti raames läbi laste heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine standardiseeritud hindamisvahendi kohandamiseks lastega töötavatele spetsialistidele vanemlike oskuste hindamiseks ning kohandati kaks hindamisvahendit varajaseks märkamiseks. Samuti on Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu eesmärgi saavutamisele kaasa aidanud ka RTP Kahepoolsete suhete fondi projekt “Uimastiennetuse võimalused noorte seas paikkonna tasandil – efektiivsemate meetodite ja parimate praktikate rakendamine sekkumisprogrammides toetudes Drammeni ja Tallinna kogemustele”.

6.1.4 Indikaatorite sobivus

Programmi koostamisel ja kinnitamisel jäi operaatori hinnangul indikaatorite välja töötamiseks vähe aega, mistõttu seati programmi täitmise hindamiseks ainult väljundindikaatorid (tabel 1), mis kajastuvad programmi lepingu lisas, ning tulemusindikaatorite seadmiseni ei jõutud. Pärast lepingu sõlmimist lisandus indikaatoreid, mida samuti järgida tuli, FMO poolt esitatuna Doris andmebaasis. Suurema osa lisandunud indikaatorite puhul on samuti tegemist väljundindikaatoritega (nt vaimse tervise alast koolitust saanud spetsialistide arv). Lisaks seati lisandunud indikaatorite näol ka selliseid, mille väärtused ei ole otseselt

programmi tegevuste poolt kontrollitavad ja väljendavad teatud määral programmi tulemuste poole liikumist (nt teadlikkus sotsiaalkampaaniatest sihtrühma hulgas ja integreeritud vaimse tervise teenuste kasutajate rahulolu tase). Siiski ei ole tegemist indikaatoritega, mis aitaksid hinnata programmile seatud eesmärkide saavutamist, kuna näiteks teadlikkus sotsiaalkampaaniast ei pruugi tähendada hoiakute ja käitumise muutumist ning rahulolu teenusega ei näita otseselt teenusekasutaja vaimse tervise paranemist.

Projekti taotlusvormist tulenevalt ei olnud kolme eelnevalt kindlaks määratud projekti taotluses seatud konkreetseid indikaatoreid projekti enda eesmärkide täitmise mõõtmiseks. Muud projekti taotluses oodatavate tulemuste all märgitud kvantitatiivsed tulemused olid otseselt seotud programmi väljundindikaatoritega ning pidid kaasa aitama programmi esimese oodatava tulemuse täitmisele (nt valmib laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsioon, luuakse pikaajaline rehabilitatsiooniteenus raske ja püsiva psüühikahäirega lastele, ehitatakse Tallinna Laste Vaimse Tervise keskus). Neljanda eelnevalt kindlaks määratud projekti taotluses olid lisaks seostele programmi indikaatoritega välja toodud täiendavad indikaatorid projekti enda tulemuste hindamiseks.

Kuigi nii programmis kui eelnevalt kindlaks määratud projektides seati mitmeid indikaatoreid, siis ei ole hindajatele selge, mille alusel määrati mõnede indikaatorite alg- ja sihttasemed. Programmi eel tehtud uuringu põhjal (Braddick jt 2009) puudus Eestis statistika laste ja noorukite erinevate psüühikahäirete kohta, millest tulenevalt polnud teada häirete levimus ega võimalik teenusekasutajate hulk. Hindajatele teadaolevalt ei viidud programmi eel läbi indikaatorite baastasemete uuringuid, mis oleksid olnud aluseks nii indikaatorite baas- kui ka sihttasemete seadmisel. Samas seadis FMO Doris andmebaasi kaudu programmile täiendavateks indikaatoriteks näiteks integreeritud vaimse tervise teenust saanud laste ja noorukite arvu (baastasemeks null teenusesaajat ning sihttasemeks 600 poissi ja 600 tüdrukut aastas) ning vaimse tervise osas koolitusi saanud spetsialistide arvu (baastasemeks null spetsialisti ning sihttasemeks vastavalt 10 meest ja 70 naist aastas).

Ka projektide tasandil oli indikaatorite sihttasemete määramine keeruline, sest uuringuid indikaatorite baastasemete määramiseks üldjuhul läbi ei viidud. Samas valdkonnas pikemalt tegutsenud asutused kasutasid indikaatorite sihttasemete määramisel oma varasemaid kogemusi, mis olid üheks oluliseks teguriks sihttasemete seadmise õnnestumisel.

Programmi peamiseks eesmärgiks oli integreeritud teenuste regionaalse katvuse tagamine läbi nelja piirkondliku vaimse tervise keskuse ja ambulatoorsete kabinetide rajamise. Kuigi tänu keskuste loomisele Ida-Virumaal ja Pärnumaal teenuse kättesaadavus oluliselt paranes, ei ole programmi järgselt hinnatud, kas loodud neli vaimse tervise keskust ja neli piirkondlikku kabinetti suudavad ka edaspidi tagada teenuse kättesaadavuse piisava regionaalse ulatuse või on veel piirkondi, kuhu oleks vaja suunata ressursse vaimse tervise teenuse kabinetide loomiseks.

Tähelepanu indikaatorite seadmisel esinenud puudujääkidele juhtisid ka taotlusi hinnanud eksperdid. Näiteks töid ühe taotluse hindajad välja, et kuigi projektis seati rida indikaatoreid tulemuslikkuse hindamiseks, siis spetsialistide pädevuse suurenemise ega uute teenuste rakendamise hindamiseks ei kavandatud uuringuid ega teadustöid. Teise taotluse puhul märkisid hindajad, et kuigi projekti tulemuste hindamiseks seati indikaatorid, siis kvantitatiivsete näitajate sihttasemete määramata jätmine ei võimalda neid indikaatoreid projekti tulemuslikkuse hindamisel kasutada.

Kui peaaegu kõigis avatud taotlusvooru projektides, välja arvatud üks projekt, sõnastati nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid indikaatoreid, siis vajalikud indikaatorite sihttasemed olid seatud osaliselt viies projektis ning piisava põhjalikkusega kahes projektis kümnest. Kolmandas avatud taotlusvoorus rahastati ühte projekti, kus polnud seatud mitte ühtegi indikaatorit.

Kahepoolsete suhete fondi taotlusvorm ei nõudnud projekti eesmärkidele kvalitatiivsete ja/või kvantitatiivsete indikaatorite seadmist. Seetõttu ei ole viiest KSF projektist, mille kohta on olemas projektidokumentatsioon, nelja kohta ka indikaatoreid taotluses välja toodud. Siiski saab positiivse näitena välja tuua ühe KSF projekti, mille puhul on eesmärkide täitmise mõõtmiseks sõnastatud kvalitatiivsed ja kvantitatiivsed väljund- ja tulemusindikaatorid koos sihttasemetega.

Enamasti on projektitaotlustes (punkt G.5) seatud projektide tulemuslikkuse hindamiseks nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid indikaatoreid. Seejuures ei ole projektides üldjuhul olnud probleeme väljundindikaatorite (osade projektide puhul nimetatud ka projekti protsessi indikaatoriteks) seadmisega. Kõige tüüpilisemad näited projektidele seatud väljundindikaatoritest on näiteks nõustamiskeskonnast abi saanud noorte arv, koolitustel osalenud isikute arv, koolitatud koolitajate arv, teenust saanud laste arv, supervisioonide arv, supervisioonidel osalenud spetsialistide arv, avaldatud artiklite arv, teavitussürituste arv jne. Üldiselt võib hinnata, et projektidele seatud väljundindikaatorid olid asjakohased ja kirjeldasid adekvaatselt projekti tegevuste tulemusena loodud väljundeid.

Samas ei mõõda väljundindikaatorid projekti poolt loodud laiemaid tulemusi ja mõjusid, näiteks käitumise muutust projekti sihtgrupi ja kogu elanikkonna seas. On selge, et sellised laiapõhjalised ja püsivad muutused toimuvad sageli pika aja jooksul ja ei pruugi avalduda kohe projekti lõppedes. Siiski on soovitatav leida ka projektide tasemel sobivad indikaatorid, mis viitaksid projekti võimalikele laiapõhjalistele tulemustele ja mõjudele või vähemalt sellele, kas projekti raames loodud uued väljundid ja teave on sihtgrupi poolt teadvustatud, omaks võetud ja/või edasi kantud. Kuna sobivate tulemusindikaatorite seadmine projektide tasandil on keeruline, esines sellega projektitaotlustes ka enam probleeme.

Sageli on tulemusindikaatorid seatud projektides kvalitatiivsel kujul ning seejuures jääb nende määratlus laiaks. See omakorda tähendab, et indikaatori täitmist projekti lõppedes on keeruline hinnata või jääb meetod, kuidas tulemuseni jõuti, hindajate jaoks selgusetuks. Näiteks on positiivne, et suures osas projektides koguti oma tegevuste sihtrühmalt tagasisidet, mille kaudu on võimalik ka hinnata, kui palju plaanib sihtgrupp neile suunatud väljundeid ja teadmisi kasutada (või on juba kasutanud) ning mis kasu neist teadmistest on. Samas on taotlustes jäänud tihti vastavad indikaatorid pigem meetodi kirjeldamise tasemele ega väljenda, mille alusel täpselt tulemuslikkust hinnatakse. Näiteks on projektitaotlustes sõnastatud järgmised indikaatorid: “koolitusprogrammide eesmärgipärasust, tulemuslikkust ja kvaliteeti hinnatakse rühmaaruteludel kogutud tagasiside kaudu” ja “fookusgrupi intervjuu sihtgrupi liikmetega põhjalikuma sisulise tagasiside ja hinnangu saamiseks”. Vastukaaluks on siiski üksikutes projektitaotlustes seatud ka selgeid tagasiside kogumisel põhinevaid indikaatoreid, nt “vähemalt 95% koolitusel osalenud mitte-tervise sektori spetsialistidest hindab, et nad on koolituse käigus saanud uusi teadmisi, kuidas panustada rahvastiku tervise edendamisesse”, mida saab pidada heaks näiteks. Lisaks on üheks tihemini seatud projekti tulemuslikkusele viitavaks indikaatoriks näiteks loodud või uuendatud veebiplatvormi kasutamise statistika. Kuna tegemist on kvantitatiivse indikaatoriga, on oluline, et indikaatori seadmisel oleks välja toodud ka selle alg- ja sihttase. Positiivse näitena saab välja tuua ka selle, et mõnes projektis planeeriti läbi viia laiapõhjalised eel- ja järelküsitlused läbiviidud sotsiaalkampaania märgatavuse, aga ka ühiskonnas toimunud käitumise ja hoiakute muutumise kohta. Viimase puhul tekib siiski küsimus, kas projekti lõppedes on pikaajalised käitumise ja hoiakute muutused avaldunud ning kui isegi küsitluse tulemusel selgub, et muutused on toimunud, siis kuidas on võimalik neid seostada konkreetse projektiga. Sarnase programmi elluviimisel edaspidi **soovitame sihtgrupi käitumuslike ja hoiakuliste muutuste hindamiseks ja programmegevustega seostamiseks läbi viia vastav eel- ja järeluurimise keskselt, st programmioperaatori poolt.**

Intervjuude käigus märkisid mitmed projektijuhid, et kuigi indikaatorite valimine on projektide puhul enamasti keeruline tegevus, siis täiendavat abi programmi operaatorilt indikaatorite seadmiseks ei küsitud või vajatud. Projektijuhtide sõnul valiti indikaatorid välja vastavalt oma varasemale kogemusele projektide

elluviimisel või kasutati sisendina RTP alusdokumente (nt programmileping või avatud taotlusvooru juhend).

„Indikaatorite valimine on alati keeruline. Eriti kui tahta efektiivsust hinnata. /.../ Peamiselt keskendusime protsessiindikaatoritele.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Eks nende mõõdikutega oli natuke nuputamist küll.“ (Projektijuhi intervjuu)

“Indikaatoreid koolituste puhul ei olegi väga lihtne mingil muul moel pakkuda kui näiteks “koolitustel osalejate arv”, sest mõjuhindamine on hoopis pikem, laiem ja teistsugune protsess.” (Projektijuhi intervjuu)

Projektitaotlustes seatud indikaatorite kooskõla Rahvatervise programmi väljundindikaatoritega oli pigem nõrk, st projekti indikaatorite seas ei olnud sageli märgitud neid programmi indikaatoreid, mille täitmisele projekti ellu viimine pidi kaasa aitama, kuigi hiljem koguti projekti jooksul infot programmi indikaatorite hindamise jaoks (nt teenust saanud laste arv, koolitatud spetsialistide arv, sihtrühma teadlikkus kampaaniast). Avatud taotlusvoorudest toetatud projektide puhul võis vaid üksikud indikaatorid lugeda seotuks programmi indikaatoritega.

Projektide vahearuanetes kajastati indikaatoreid erinevalt. Mõne projekti puhul olid indikaatorid vahearuanetes välja toodud koos täitmise ja sihttasemega ning see võimaldas aruande lugejal kergesti hinnata projekti eesmärkide suunas liikumist kogu projekti jooksul. Kuid oli ka projekte, kus indikaatorite täitmist vahearuanetes ei kajastatud ning hinnang indikaatori saavutustasemele anti alles projekti lõpparuandes. Küllalt sageli esines ka olukord, kus ainult osa taotluses toodud indikaatoritest olid lõpparuandes hinnatud. Ilma sihttasemeta seatud indikaatorite hindamine lõpparuandes ei võimalda projektide tulemuslikkust hinnata.

Eelnevat kokku võttes **soovitame programmioperaatoril edaspidi toetuste taotlejaid indikaatorite seadmisel rohkem juhendada** (nt infopäevadel või vastavate juhendmaterjalide jagamise abil), **et tagada ühelt poolt sobivate indikaatorite seadmine projekti tasandil ning teisalt seatud indikaatorite kooskõla programmi tasandi indikaatoritega**. Seejuures on oluline, et projektid võtaksid arvesse ja jälgiksid programmi tasandi indikaatoreid, kuid samas peab neile jääma ka vabadus seada indikaatoreid, mis on kõige sobivamad just nende projekti tulemuste mõõtmiseks – sageli ei pruugi programmi tasandi indikaatorid olla kõige sobivamad konkreetse projekti väljundite ja tulemuste mõõtmiseks.

„Võib ju alati teha soovituslikke juhendeid, mis ei ole kohustuslikud, kus öeldakse näiteks: “Kui te teete koolitusi näiteks, siis te võite mõelda selliste indikaatorite peale.” /.../ Ma arvan, et soovituslikud juhendmaterjalid ei ole halvad, sest need need programmid ei ole mõeldud ainult riigiasutustele.“ (Projektijuhi intervjuu)

Nii projektides kui programmis seatud eesmärkide poole liikumise jälgimiseks **soovitame edaspidi muuta indikaatorite täitmise hindamise vahearuanete kohustuslikuks osaks** (välja arvatud juhul, kui indikaatori täitmise hindamine on võimalik läbi viia projekti lõpus).

Programmi hindamise seisukohast on oluline tähelepanu juhtida programmi tasandi eesmärkide täitmise hindamisele. Kuigi programmi oodatavate tulemuste täitmise hindamiseks seati mitmeid mõõdetavaid indikaatoreid (tabel 1), siis ei ole need hindajate arvates piisavad. Seda ennekõike põhjusel, et tegemist on väljundindikaatoritega (nt juhendmaterjalide arv, koolitust saanud isikute arv, läbiviidud sotsiaalkampaaniate arv), mille kaudu ei ole võimalik hinnata programmi laiemaid tulemusi ja mõju. Lisaks väljundindikaatoritele tuleks edaspidi sarnase sekkumise elluviimisel seada programmile ka tulemusindikaatorid. Näiteks, kui RTP üheks oluliseks oodatavaks tulemuseks oli sihtrühma teadlikkuse tõus

nii reproduktiiv- kui ka vaimsest tervisest, siis selle hindamiseks ei seatud ühtegi asjakohast indikaatorit ega hinnatud enne programmi algust sihtrühmade teadlikkuse taset, mida oleks saanud programmijärgse kordushindamise tulemustega võrrelda (nt kui suur osa sihtrühmast on teadlik uutest loodud keskustest, seal pakutavatest teenustest, piirkondlike vaimse tervise kabinettide tegevusest, loodud veebilehtedest, olulistest vaimse tervise teemadest, passiivse joomise kontseptsioonist). Paljudes RTP projektides küsiti küll tegevustes või teenustel osalejatelt tagasisidet (mis on ka vajalik projektitegevuste kvaliteedi hindamiseks), kuid see ei võimalda programmi tasemel hinnata, kas tegevustel oli sihtgrupi hoiakutele ja käitumisele laiem mõju. Enamasti näitab tagasiside pigem seda, kas osalejad jäid tegevuse või teenusega rahule, mis on küll n-ö esimene positiivne samm pikaajalisema mõju tekkimise ahelas, kuid ei näita, kas inimese teadlikkus realselt suurenes, kas tema hoiakud on muutunud ja kas ta muudab sellest tulenevalt edaspidi oma käitumist.

„Me tellisime küll mõjuanalüüsi ja küsitlused. Minu arvates need näitasid, et see teadlikkus oli mingil määral tõusnud. Aga alati jääb see küsimus, et mis seda teadlikkust tõstis, kas see olid sina või keegi teine.“ (Projektijuhi intervjuu)

„See mõju mõõtmine, et sa teed midagi poolteist aastat ja siis hakkad selle mõju mõõtma, et see on rohkem nagu iseenda meelega. Kui palju sa sellest mingit reaalselt mõju näed, see on kahtlane.“ (Projektijuhi intervjuu)

6.1.5 Projekti aruannete kvaliteet

Asjakohasuse hindamist takistas eelnevalt kindlaks määratud ja avatud taotlusvooru projektide taotluste erinev ülesehitus ja hindamisvorm. Eelnevalt kindlaks määratud projektide kohta esitati väga üldised tegevus- ja ajakavad, mis jätsid projekti elluviijatele vabamad käed, kuid ei võimaldanud hiljem projekti elluviimise kulgu jälgida. Eelnevalt kindlaks määratud projektide taotlustes kirjeldati küll projektide oodatavaid tulemusi ning seost RTP oodatavate tulemustega, kuid ei seatud ühtegi mõõdetavat indikaatorit.

Kuigi projektide vahe- ja lõpparuanded esitati samadel vormidel olid projektide aruanded väga ebaühtlase kvaliteediga. Kohati ei olnud võimalik aruandest aru saada, mis tegevusi järgmisel perioodil jätkatakse, mis on uuel perioodil täiendavad tegevused ja mis tegevused aruandeperioodil lõppesid. Küllalt sageli kirjeldati juba eesmärgi saavutanud või lõppenud tegevusi ka järgnevates vahearuannetes. Aruande lõpus tuli projekti täitjatel kirjeldada järgmise perioodi peamisi tegevusi, kuid võrreldes neid järgmise perioodi aruannetega selgus, et plaanitud tegevused ja elluviidud tegevused sageli ei kattunud. **Segaduse vältimiseks ning aruande jälgitavuse parandamiseks soovitame edaspidi muuta projektide vahearuande vormi** selliselt, et pikemate tegevuste korral oleks aruandest näha nii eelmise perioodi tulemus, jooksva perioodi tulemus kui ka plaanid sama tegevuse jätkamiseks järgmisel perioodil. Kui tegevuse eesmärk saavutatakse ja tegevus järgmisel perioodil ei jätku, siis seda järgmise perioodi vahearuandes enam ei kajastata, vaid tuuakse tulemusena välja projekti lõpparuandes. **Ühe olulise täiendusena võiks iga vahearuanne kajastada ka projekti peamiste indikaatorite täitmist** (indikaatori saavutamist toetavate tegevuste juures). Rahvatervise programmi projektide aruannete hulgas oli häid näiteid aruannetest, kus indikaatorite saavutamist jälgiti ja kirjeldati kõigis vahearuannetes, kuid sellised aruanded olid pigem erandiks kui reegliks. Sageli pöörati projekti indikaatorite saavutustasemetega täitmisele tähelepanu alles lõpparuandes ning sealgi hajutatult ja osaliselt.

Projektide sisutegevuste vahearuanded paistsid silma detailirohkusega – nt kajastati sageli iga koolituse ja tegevuse tulemusena selle toimumise aeg, osalejate arv, kõigi osalenute detailne nimekiri, koolituse või tegevuse detailne sisukirjeldus ja vahel ka kokkuvõtte kogutud tagasisidest või koosolekul esitatud arvamustest. Ühelt poolt on mõistetav, et programmioperaator soovis saada põhjalikku ülevaadet

projektides toimuvast, kuid niivõrd detailise info esitamine aruannetes oli projektijuhtidele liigselt koormav. Aruanne peaks olema tasakaalus ning kajastama ainult nii palju, kui on vaja projekti elluviimise jälgimiseks ja nii vähe kui võimalik olema koormatud liigsete detailidega. Programmioperaatoril on vajadusel võimalus küsida täpsustavaid andmeid või viia läbi paikvaatlusi projekti dokumentatsiooni kontrollimiseks täitjate juures kohapeal. Ühe võimalusena saab vajalikud dokumendid esitada aruande lisadena, mis samuti aitaks vähendada projektijuhi koormust detailidest koosneva aruande esitamisel. Sellele probleemile juhtisid tähelepanu mitmed projektijuhid nii intervjuudes kui ka küsitluses (vt küsimuse „Kuidas hindate projekti elluviimisega kaasnenud halduskoormust?“ kokkuvõtet aruande lisas ptk 10.1). Aruannetes andmete esitamisel tasakaalu leidmiseks saavad oma panuse anda nii programmioperaator kui ka projektide täitjad.

Oluline on kohe alguses kokku leppida, mis andmeid ning millise detailsusastmega tuleb koguda ja säilitada, mis andmed tuleb esitada aruandes või selle lisadena ja neid kokkuleppeid projekti jooksul mitte muuta.

„See oleks võinud juba alguses teada olla, mis infot meilt tahetakse, sest seda pidi viimase aruandeperioodini kogu aeg muutma, et veel rohkem infot saada. Et tagant järgi infot saada on väga keeruline. Minu ootus oleks olnud, et need vormid kui sellised oleks antud meile ette ikkagi.“
(Projektijuhi intervjuu)

„Aruandlus täienes ja muutus kuni lõpuni pidevalt ehk oli algselt alareguleeritud ja lõpuks üle mõistuse ülereguleeritud.“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

Tähelepanu vajab ka projekti lõpparuande vorm, mis mitmes alapunktis eeldab täitjalt sama info kirjeldamist. Näiteks koostööd projekti partneritega tuleb kirjeldada nii projekti kokkuvõttes kui ka eraldi selleks ettenähtud osas (koostöö partneritega). Selleks, et lõpparuande esitajad ei unustaks lõpparuandes vastata kõigile aruandes esitatud küsimustele, soovitame igale küsimusele vastavas alateemas luua vastuse jaoks vaba lahtri. Nii saab lõpparuande lohisevast ülevaatest struktuurse dokumendi. See võimaldab ka programmioperaatoril vajadusel kiirelt vajaliku info üles leida. Hindajate arvates võiks kaaluda ka lõpparuannetele mahupiirangu seadmist või vähemalt peaks see dokument andma konstruktiivse ja sisuka ülevaate projekti tulemustest, esile kerkinud riskidest või kõrvalekalletest, mitte kajastama kõiki sisutegevusi detailselt, sest nende jaoks on vahearuanded.

Lisaks aruannete mahukusele ja detailsusele oli projektijuhtide seas rahulolematust finantsaruandluse detailsusega ning aruandluse kontrollimiseks kulunud ajaga. Programmi alguses vastutas projektide sisu- ja finantsaruandluse kontrollimise eest peamiselt Sotsiaalministeerium, kuid seoses organisatsiooniliste muutustega Rahandusministeeriumis liikus kõigi Sotsiaalministeeriumi poolt koordineeritud programmide, sh RTP projektide, finantsaruandluse kontroll alates 1. juulist 2014 Rahandusministeeriumi haldusalasse, kus seati sisse finantsaruannete kolmest etapist (sh kolme erineva RaM spetsialisti poolt) koosnev kontrollimehhanism (PKF Littlejohn LLP 2015). Nende muudatuste tõttu programmiperioodi kestel muutusid RTP projektide finantsaruandluse nõuded taotlejate jaoks ning halduskoormus seoses aruandlusega suurenes märgatavalt. Kui esialgse kava kohaselt pidi iga projekt esitama täieliku kuluaruande vaid koos esimese vahearuandega ning järgmistel kordadel oleks kontrollimisele kuulunud valimipõhiselt 35% kuludokumentidest¹², siis projektijuhid märkisid intervjuudes, et pärast aruandlusnõuete muutust

¹² Vastavalt meetodikale pidi kuludokumentide valim sisaldama: erinevaid kululiike, kõrgema riskiastmega kulusid, kõiki üksikkulusid maksumusega üle 6500 euro ja kõiki riigihanke piirmäära ülevatavaid hangete kulusid. Valimisse sattunud kulude osas tuli esitada järgmised lisadokumendid: kuludokumentide koopiad (arve, palgaleht); maksedokumentide koopiad (maksekorraldus või arveldusväljavõte, sh personali- ja üldkulude maksude maksekorraldused); kuludokumentide alusdokumentide koopiad (lepingud, tööde üleandmis-vastuvõtuaktid, ürituste päevakavad, üritustes osalejate nimekiri, hinnavõrdluse teostamine või põhjendatud argumentatsioon kindla teenuseosutaja kasutamiseks); võrdlevate pakkumuste info.

nõuti ka järgnevates finantsaruannetes sageli kõigi kuluridade esitamist. Intervjueeritud projektijuhtide sõnul tuli finantsaruandes esitada kõik kuluread eraldi ning sageli selgitada ja põhjendada tehtud kulutusi korduvalt mitmele eri ametnikule. Projektijuhtide sõnul oli ette tulnud ka olukordi, kus projekti väljamaksed viibisid, kuna esitatud aruanded ei olnud veel järgmise perioodi lõppemise ajaks kontrollitud. See põhjustas projektides finantsriskide avaldumist ning kõrvalekaldeid ajakavas.

„Finantsaruandlus oli üle reguleeritud. Normaalne oleks jälgida tegevuskava täitmist ja kas projektis lubatud tooted, teenused ja üritused on valmis/tehtud ning sihtrühmani jõudnud. Samuti, et riigimaksud oleksid makstud. Kuludel näpuga järke ajamine ja iga väiksema kulu põhjendamine on liiast. Vaatama peaks suuremat pilti. Finantsaruandlus võttis liiga palju ajaressurssi (sh vabatahtlikku tööd, mida polnud võimalik projekti kuludest katta), mille projekti meeskond oleks saanud panustada sisutegevustesse.“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

„Aruandeid oli tõesti väga palju, et need võiksid pigem olla kaks korda aastas, et tegelikult need neli kuud saavad nii ruttu läbi.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Ma arvan, et sotsiaalministeeriumile ja rahandusministeeriumile oleks rohkem kasuks tulnud, kui nad omavahel rohkem koordineeriksid neid asju. Alguses sotsiaalministeerium mõtles, et ta ise kontrollib nii finantspoolt kui sisupoolt, aga siis nad said aru, et nad finantspoolt ei suuda kontrollida. /.../ Siis nad delegeerisid selle rahandusministeeriumile. Tegelikult selleks, et sa saaksid päriselt aru, mis toimub, siis sa pead panema selle sisu ja finantsi kõrvuti. Ma arvan, et nad ei teinud seda.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Finantsküsimustele nad [sotsiaalministeerium] ei osanud vastata ehk nad ei teadnud ise ka. Paar küsimust, mis mul oli, suunasid nad edasi ja mõnedele küsimustele ei saanud ma väga selget vastust.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Sisuaruandega ei olnud probleeme. Pigem oli finantsaruandes küsimusi, näiteks et teil on palgaarvestuses arvestatud 0,01 senti teisiti, et palun selgitage. See tundus ülemäärane.“ (Projektijuhi intervjuu)

„See sisuaruande kirjutamine ikka võttis oma aja ja võttis ka kindlasti ametnikelt oma aja, et seda lugeda ja mõelda, kus oleks vaja täiendada. Võib olla oleks piisanud, et arutada need asja läbi ja kui on vaja mingit lisainfot, siis saab ju selle saata. Samas see paneks suure vastutuse selle ametniku peale üksinda.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Algselt oli finantskontroll sotsiaalministeeriumi käes. Vahepeal see anti rahandusministeeriumile üle ja sealt määrati kolm finantsspetsialisti, kes käisid kõik rida-realt läbi. Vot see oli nüüd väga aja- ja töömahukas nende küsimustele vastata. Aruande sagedus oli okei, aga meil oli vaja tegevusi teha, me ei saa tegeleda ainult sellega, et vastame [rahandusministeeriumi] küsimustele. Siis hakkasid venima omakorda need aruanded ja hakkasid venima järgmised maksed. Mis omakorda pani ohtu [projekti] jätkusuutlikkuse.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Eelarve kooskõlastamised ministeeriumiga olid keerulised, pidi palju kordi edasi tagasi saatma, tekkis palju küsimusi, siis iga koma täpsusega. See tähendas meie puhul seda, et ma pidin kokkuvõttes kiirelt tegema kõikide partneritega, nende raamatupidajatega, siis panema koondeelarvesse. See oleks lihtsam, kui eelarvet haldab üks asutus.“ (Projektijuhi intervjuu)

*„Aga mis puudutab seda iga aruande perioodilist kontrolli, siis see kestab pool aastat, mis tähendab, et kõik need rahad viibivad. Ja partneritele tagasikandmised ka. Seal oli väga karm kontroll.“
(Projektijuhi intervjuu)*

Ühe olulise aspektina finantsaruande osas töid projektijuhid välja, et finantsaruandluse kontrollimiseks olev aeg peaks olema piiratud, et projektides ei tekiks tõrkeid seoses väljamaksete peatumisega. Samuti peaks kiirem olema viimase aruande, sh finantsaruande kontroll, mil projektijuhid ja muud projekti panustanud inimesed on töö lõpetanud. Edaspidi võiks kaaluda projektide abikõlblikkuse perioodi pikendamist kõigi tegevuste, sh aruandlusnõuete täitmise, lõpuni. Praegusel juhul langes lõpparuannete esitamine ja kooskõlastamine abikõlblikkuse perioodi järgsesse aega ning nende inimeste tööjõukulu tuli taotlejatel endil täiendavalt katta.

„Me saime sellest [aruandlusega kaasnenud probleemidest] üle, kuna meil on selline organisatsioon ja raha oli piisavalt, mida me saime kasutada. Me tegime omavahendite arvelt projekti tegevusi, kuni see [aruande] kinnitamise protsess toimus. Aga kui sul seda raha ei ole, siis sa põhimõtteliselt projekti tegevusi ei tee enam ju.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Riigimaksete ülekandmise tähtaegu võiks pikendada, st projekti algus- ja lõppkuupäev on tegevuste elluviimiseks, rahalised ülekanded (maksed) ei peaks olema sellega seotud.“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

Lisaks esitatud aruannete kontrollimisele viidi igas projektis läbi vähemalt kaks kohapealset auditit, kus osalesid nii SoM-i kui ka RaM-i esindajad. RaM-il oli õigus läbi viia ka etteteatamata kontrole toetust saanud projektide seas. (PKF Littlejohn LLP 2015) Olukord, kus ühte projekti kontrollib kaks silmapaari, lisaks paikvaatlus ja vahel ka audiitorid, tingib ebamõistlikult suure ressursikulu nii projektide elluviijate kui ka riigi institutsioonide jaoks.

„Meie projekti kontrolliti 2 aasta jooksul kokku 4 korral, mis tähendas iga kord päris suurt ajakulu projekti meeskonnale ning kui palju ametnike töötunde!“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

„Väga detailne ja sagedane aruandlus. Pani palju tööjõuressurssi kinni, mille oleks võinud sisutegevustele pühendada. Palju kontrole/auditeid.“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

Selleks, et programmi fookus püsiks sisul ja tegevuste kvaliteedil, soovitame kaaluda uuel perioodil erinevaid võimalusi finantsaruandluse lihtsustamiseks (nt kulude hüvitamine ühtse määra, kindlasummalise makse või standardiseeritud ühikuhindade alusel), võttes eeskju lihtsustamismeetmete kasutamise kogemustest struktuurivahendite rakendamisel, sh valmiva “Struktuurivahendite rakenduskeemide tõhususe ja toetuse saajate halduskoormuse hindamise” tulemustest.

6.2 Tulemuslikkus

Hinnatud projektidest 17 (85%) olid tulemuslikud ning kaks (10%) mõõdukalt tulemuslikud, ühe projekti tulemuslikkust ei olnud võimalik hinnata. Projektides seatud eesmärgid saavutati enamasti kas täielikult või suures osas, sellele aitasid kaasa projektides sobivalt valitud tegevused ning nende piisav maht. Samuti aitasid projektid kaasa programmi eesmärkide saavutamisele. Kõrvalekaldeid oodatud tulemustes esines kahes projektis ning kolm projekti oleksid eesmärgid täitnud väiksema eelarve korral ning kaks projekti vajasis lisaajaga tulemuste saavutamiseks.

6.2.1 Projekti tulemuslikkuse näitajad

Programmi eesmärki silmas pidades on kõige olulisemad projekti tulemuslikkuse näitajad seotud nii projekti kui Rahvatervise programmi oodatud tulemustega. Kuna Rahvatervise programm oli jaotatud erinevate eesmärkidega osadeks, siis ei ole programmis teostatud projektide puhul võimalik välja tuua projektide ühiseid tulemuslikkuse näitajaid.

Vastavalt programmi lepingu lisale on RTP-s sõnastatud neli oodatavat tulemust ja iga tulemuse kohta vähemalt kolm väljundindikaatorit (tabel 1). Kolm eelnevalt kindlaks määratud projekti, mis lõppesid programmi hindamise ajal, aitasid kaasa programmi esimese oodatava tulemuse saavutamisele, sh saavutati kõigi väljundindikaatorite sihttasemed:

- Tallinna Laste Vaimse Tervise Keskus on ehitatud ja tegutseb;
- raske vaimse tervise probleemidega lastele töötati välja vaimse tervise teenused ning teenust sai programmiperioodil 80 last (indikaatori sihttase ületati);
- loodi ja avalikustati kava laste vaimse tervise integreeritud teenuste pakkumiseks.

Eelnevalt kindlaks määratud projekt „Laste Vaimse Tervise Keskuse rajamine Tallinna Lastehaigla juurde“ ning esimese taotlusvooru projektid piirkondlike vaimse tervise keskuste loomiseks aitasid kaasa esimese oodatava tulemuse lisaeesmärkide saavutamisele:

- Hinnati integreeritud vaimse tervise teenust pakkuvate spetsialistide rahulolu kõigis piirkondlikes vaimse tervise keskustes (Tallinnas, Pärnus, Lõuna-Eestis ja Ida-Virumaal) ning töötavates kabinettides. Küsitlustulemuste põhjal ületas rahulolevate spetsialistide osakaal sihiks seatud 75% piiri ning oli aastal 2014 vastavalt 84% ja aastal 2015 vastavalt 82%.
- Hinnati integreeritud vaimse tervise teenust saanute rahulolu kõigis piirkondlikes vaimse tervise keskustes (Tallinnas, Pärnus, Lõuna-Eestis ja Ida-Virumaal) ning töötavates kabinettides. Küsitlustulemuste põhjal ületas rahulolevate teenusekasutajate osakaal sihiks seatud 75% piiri ning oli aastal 2014 vastavalt 82% ning aastal 2015 vastavalt 94%.

Viimase kahe indikaatori sihttaseme hindamiseks viisid rahulolu uuringuid läbi kõik keskused vastavalt enda poolt välja töötatud küsimustike alusel. Patsientide rahulolu uuriti haiglate üldiste patsiendi rahulolu uuringute raames nii ambulatoorselt kui statsionaarselt, reeglina kajastati projektide aruannetes vastavate osakondade-kliinikute koondhinnanguid. Hindajatele teadaolevalt rahulolu küsimustikke keskuste vahel ei ühtlustatud. Kuna RTP aastaaruanded sisaldavad küll indikaatorite täitmise hinnanguid, kuid puudub ühise hinnangu kujunemise meetodiline kirjeldus, siis pole hindajatele päris selge, kuidas erinevate keskuste rahulolu-uuringute tulemuste põhjal leiti programmi aruandesse ühine indikaatori koondhinnang.

Vaimse tervise keskuste kvaliteedi kompleksemaks hindamiseks ja arendamiseks piloteeriti osades keskustes/kabinettides lastepsühhiaatria teenuste kvaliteedisüsteemi QNIC või QNCC.

Esimeses ja teises avatud taotlusvoorus toetust saanud projektid olid seotud programmi teise oodatava tulemuse väljundindikaatoritega (tabel 1). Kokkuvõttes võib öelda, et toetust saanud projektid aitasid kaasa programmi teise oodatava tulemuse saavutamisele, sh saavutati peaaegu kõigi väljundindikaatorite sihttasemed.

- Vaimse tervise probleemidega lastele on loodud teenuste võrgustik integreeritud sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuteenuste osutamiseks. Lisaks kolmele regionaalsele vaimse tervise keskusele (Pärnumaa, Lõuna-Eesti ja Ida-Virumaa laste ja noorte vaimse tervise keskused) pakub lastele integreeritud teenust neli vaimse tervise kabinetti (Valgas, Põlvas, Võrus ja Narvas). Integreeritud teenuseid osutab lastele ja noortele ka eelnevalt kindlaks määratud projekti raames ehitatud

Tallinna Laste Vaimse Tervise keskus. Indikaatori sihttase ületati, kuna lisaks vaimse tervise keskustele loodi erinevatesse piirkondadesse ka vaimse tervise kabinetid.

Heaks näiteks integreeritud teenuse osutamisest võib pidada Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskust, kus õnnestus teenuse võrgustikku kaasata nii vaimse tervise, lastekaitse-, haridus- kui ka politseitöötajaid.

- Lastele pakutakse integreeritud vaimse tervise teenuseid kaheksas asutuses. Indikaatori sihttase ületati.
- Vaimse ja reproduktiivtervise parandamiseks pakutakse veebipõhist informatsiooni ja veebipõhiseid nõustamisteenuseid kolme erineva pakkuja kaudu (peasi.ee, amor.ee, enesetunne.ee). Indikaatori sihttase ületati.
- Vaimse ja reproduktiivtervise alaseid veebipõhiseid nõustamisteenuseid sai 1589 poissi. Indikaatori sihttase (2000 poissi) jäi saavutamata.
- Vaimse ja reproduktiivtervise alaseid veebipõhiseid nõustamisteenuseid sai 4946 tüdrukut. Indikaatori sihttase (3000 tüdrukut) ületati.
- Integreeritud vaimse tervise teenust saanud laste ja noorukite arv (sihttase 600 poissi ja 600 tüdrukut aastas) täideti tüdrukute osas igal aastal ning poiste osas ületati seatud tase kokkuvõttes kahekordselt. Kokku sai programmi jooksul integreeritud vaimse tervise teenust 2112 tüdrukut ja 3642 poissi.
- Vaimse tervise alast koolitust saanud spetsialistide arv (sihttase 10 meest ja 70 naist aastas) ületati nii meeste kui naiste puhul, viimaste osas ületati sihttaset enam kui viiekordselt. Kokku sai vaimse tervise alast koolitust 56 meest ja 2137 naist.

Kolmandas avatud taotlusvoorus toetust saanud projektid aitasid kaasa programmi kolmanda oodatava tulemuse saavutamisele (tabel 1), sh pooled väljundindikaatorite sihttasemetest täideti ja pooled ületati.

- Viidi läbi kaks sotsiaalkampaniat tervisliku elustiili (sh alkoholi ja suitsetamise vähendamise) toetamiseks.
- Kohalike omavalitsuste jaoks töötati välja sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamise juhised.
- Sõltuvusainete kuritarvitamise vähendamise juhised edastati kõigile kohalikele omavalitsustele.
- Väljaspool tervisesektorit viidi läbi 24 koolitust „Tervis igas poliitikas“. Indikaatori sihttase (22 koolitust) ületati.
- Väljaspool tervisesektorit koolitati koolituse „Tervis igas poliitikas“ käigus 310 meest. Indikaatori sihttase (150 meest) ületati.
- Väljaspool tervisesektorit koolitati koolituse „Tervis igas poliitikas“ käigus 858 naist. Indikaatori sihttase (290 naist) ületati.
- Üks läbiviidud sotsiaalkampania jõudis 88%-ni sihtrühmast ning teine kampania jõudis 43%-ni sihtrühmast. Indikaatori sihttase (kampaniast on teadlik vähemalt 50% sihtrühmast) ühe kampania puhul ületati ning teise kampania puhul jäi saavutamata.

Programmi 2016. aasta aruandes esitatud indikaatori täitmise koondhinnang leiti kahe kampania hinnangute keskmisena, mis ei võta arvesse kahes erinevas projektis tulemuste saamiseks kasutatud meetodikat ega kampaniate sihtrühmi. Ühise indikaatori täitmist on soovitatav edaspidi mõõta keskselt programmioperaatori poolt, et oleks tagatud meetodika ühtsus ja ei tekiks küsitavusi tulemuste usaldusväärsuse kohta.

Neljas eelnevalt kindlaks määratud projekt aitas kaasa programmi neljanda oodatava tulemuse eesmärkide täitmisele (tabel 1).

- Kinnipeetavate arv aastas, keda kontrolliti C hepatiidi osas ületas olulisel määral indikaatori sihttaseme (400 kinnipeetavat aastas). Programmi jooksul testiti C hepatiidi osas 6771 kinnipeetavat.
- Kinnipeetavate arv aastas, keda kontrolliti HIV osas ületas indikaatori sihttaseme (3000 kinnipeetavat aastas). Programmi jooksul testiti HIV osas 11062 kinnipeetavat.
- Koostati juhend nakkushaiguste ennetuseks kinnipidamisasutustes. Indikaatori sihttase saavutati.
- Kinnipidamisasutustes sai nakkushaiguste ennetamise koolitust 195 töötajat. Indikaatori sihttase (180 töötajat) ületati.
- C-hepatiidi ravi pakuti programmiperioodi jooksul 56 isikule kinnipidamisasutuses. Indikaatori sihttase (10 isikut aastas) ületati.

Kokkuvõttes võib tulemuste põhjal öelda, et Rahvatervise programmis toetust saanud projektid (siinkohal pole hinnatud Kahepoolsete suhete fondi projekte, mis ei olnud otseselt seotud programmi oodatavate tulemustega) aitasid kaasa programmi eesmärkide saavutamisele.

Projekti tulemuste kooskõla projektis planeerituga hinnati dokumendianalüüsi, projektijuhtide küsitluse ning intervjuude põhjal. Kõige keerulisem oli hinnata eelnevalt kindlaks määratud projektide tulemuste kooskõla planeerituga ning soovitud eesmärkide saavutamist, kuna nimetatud projektide esialgsed tegevuskavad ja oodatud tulemused programmi lisas olid üldsõnalisemad võrreldes avatud taotlusvoorst toetatud projektide taotlustega. Neis projektides ei seatud sageli konkreetseid mõõdetavaid indikaatoreid, mille põhjal projekti tulemuslikkust hinnata. Kui lugeda eelnevalt kindlaks määratud projektide peamisteks väljundindikaatoriteks programmi indikaatorid, mille täitmiseks need projektid ellu kutsuti, siis saab kõikide eelnevalt kindlaks määratud projektide eesmärgid täidetuks lugeda, sh on projekti tulemused kooskõlas planeerituga.

Dokumendianalüüsi põhjal olid peaaegu kõigis projektides valitud tegevused nii sisult kui mahult sobivad projekti eesmärkide saavutamiseks. Ühes projektis viidi ellu palju erinevaid tegevusi, mille puhul hindajatel tekkis kahtlusi tegevuste kombinatsiooni terviklikkuse osas, kuid eraldi võetuna olid valitud tegevused sihtrühmadele sobivad ning saavutasid oma eesmärgi. Kahe projekti puhul viidi kõik kavandatud tegevused ellu, kuid nende mõju sihtrühmale pole olemasolevate andmete põhjal võimalik hinnata. Ühe projekti puhul tegevuste mahu sobivusele antud hinnangut alandati, kuna mitmete tegevuste saavutustase jäi oodatust madalamaks ning üks projekti raames välja töötatud teenus ei rakendunud. Ühe projekti käigus loodi mitu erinevat teenust, kuid kuna teenuste vajaduse baastaset ei hinnatud ning hindajatele pole teada, mil viisil või mahus edaspidi loodud teenuseid pakutakse, siis pole selle projekti puhul võimalik hinnata pakutud teenuste mahu sobivust eesmärkide saavutamiseks.

Projektijuhtide poolt antud hinnangud eesmärkide saavutamisele on heas kooskõlas dokumendianalüüsi tulemustega. 42% ehk 8 projektijuhti märkisid küsitluses, et projekti eesmärgid saavutati ning 37% ehk seitsme projektijuhi hinnangul eesmärgid ületati (joonis 15, aruande lisas). Nelja projekti puhul saavutati eesmärgid osaliselt ning selgituses märkisid projektijuhid, et eesmärkide täielikuks saavutamiseks oleks olnud vaja rohkem aega.

Asjakohasuse alapeatükis 6.1.2 tõime välja, et projektidesse valitud tegevused olid sobivad, vastasid seatud eesmärkidele ning projektijuhtide hinnangul ükski oluline tegevus ellu viimata ei jäänud. Samuti ei muudetud projektide tegevusi elluviimise jooksul olulisel määral. Peamiselt esines projektides kõrvalekaldeid tegevuste järjekorras, nende elluviimiseks kavandatud ajavahemikes või saavutatud tulemustes.

„Me liikusime üldiselt ikka selle projektikava järgi. Me ei teinud tegelikult suuri muudatusi seal. Ajakava nihkus suhteliselt palju.“ (Projektijuhi intervjuu)

*„Me vist lõpuks tegime kõik asjad enam-vähem ära jah, aga selle kvaliteedi osas võib olla kriitiline kohati, sest need [osad tegevused] ei liikunud nii kiiresti kui vaja oli ja siis lõpus pidi lühikese ajaga tegema palju asju ja oleks saanud paremini või põhjalikumalt. See ei õnnestunud lihtsalt nii hästi.“
(Projektijuhi intervjuu)*

Projekti tegevuste elluviimisel ilmnenu kõrvalkallete põhjuseid oli mitmeid. Ajalisi nihkeid tegevuste elluviimisel põhjustasid näiteks projekti alguse viibimine, hanketulemuste vaidlustamine, pakkujate puudumine ja kordushanke korraldamine, projektimeeskonna hõivatus põhitööga (sh ei saanud läbi viia soovitud mahus supervisioone, koolitusi ega teavitustööd), meeskonnaliikmete vahetumine, vaimse tervise spetsialistide puudumine või vähesus, projektipartnerite panuse vähenemine (nt kahes projektis lõpetas projektipartneri organisatsioon projekti ellu viimise ajal tegevuse) ja ülekoormatus. Tegevuste oodatavate tulemuste vähenemist mõjutasid näiteks spetsialistidele sobivate koolituste puudus või spetsialistide vähesed võimalused koolitustel osaleda, suvekuudel teenuse vajaduse vähenemine, spetsialistide puudus, meeskonnaliikmete ülekoormatus, sihtrühmade vähene huvi või võimalus tegevustes (nt grupiteraapias, fookusgruppides, KOVide kohtumistel) osalemiseks, pakutavate tegevuste ajaline sobimatus sihtgrupile.

Kõrvalkallete tekkimisel panustasid kõik projektid olukorra parandamisele ning oskusliku tegutsemise tulemusena ei mõjutanud projektides esinenud kõrvalkalded oluliselt seatud eesmärkide saavutamist.

Projektide elluviimist takistanud tegurid olid peamiselt seotud inimressursi puudusega. Ühelt poolt oli puudu vajalikke spetsialiste (sh vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid, tegevusterapeutid, veebinõustajad), kes saaksid teenust osutada ning kelle abil uusi teenuseid luua ja testida. Teisalt oli sageli probleeme projektimeeskondade ülekoormusega, kuna projektitegevus oli paljudele meeskonnaliikmetele täiendavaks tegevuseks oma põhitöö kõrval. Projekti jaoks arvestatud osaline koormus ning tegevuste rohkus või kuhjumine teatud ajaperioodile põhjustasid nihkeid projekti ajakavas ning mõnel juhul ka eesmärkide alatäitmise (nt teenuse vähema pakkumise või väiksema arvu koolitusi, teavitustegevusi).

„[Takistuseks] oli see kindluse puudumine, et mis saab pärast projekti lõppu. Et tegelikult see selgus suhteliselt hilja, et teenus tuleb ja saame jätkata tööd. Et see oli viimase hetkeni teadmatus, et mis nüüd edasi saab.“ (Projektijuhi intervjuu)

Kuigi enamik projektijuhte hindas koostööd projektipartneritega kas väga heaks või pigem heaks (joonis 5, ptk 6.2.3), siis esines mitmes projektis takistusi tegevuste elluviimisel just tänu kaasatud projektipartneritele.

- Kahes projektis lõpetas projektipartner tegevuse enne projekti lõppu, mistõttu tuli ühes projektis tegevuste elluviimine jagada teiste partnerite vahel ja see omakorda suurendas allesjäänud partnerite koormust ning omafinantseeringu mahtu. Teises projektis katkes seetõttu koolituse osutamine ning eesmärk jäi täies mahus täitmata.
- Koostöö mõne partneriga ei sujunud nii nagu planeeritud (sh partnerite vähene kogemus tegevuste elluviimisel) ja tegevuste ajakavas esines nihkeid.
- Ühes projektis hindasid partnerid oma võimekust projekti elluviimiseks üle ning hiljem tuli juhtpartneril leida lisatööjõudu kavandatud tegevuste elluviimiseks.
- Kahes projektis oli eelarve küsimustes probleeme Norra partneriga, mida aitas lahendada programmioperaator.

Oluliseks takistavaks teguriks projektide elluviimisel oli ka tegevuste jätkusuutlikkusega seotud kindlustunde puudumine, mis loodud vaimse tervise keskuste ning nõustamiskabinetide puhul põhjustas personali vahetumist ning Valga haigla loobumise nõustamiskabineti töö toetamisest. Kabineti töö rahastamise ja korraldamise võttis üle Tartu Ülikooli Kliinikum koostöös kohaliku omavalitsusega.

Kahes projektis ei saadud Norra õppereisist loodetud sisendit tegevuste elluviimiseks.

Projektide elluviimist toetas kogenud projektijuhtide ning meeskondade kasutamine, läbimõeldud tegevused ning selgelt seatud eesmärgid. Oluline panus oli ka kõigil projektidesse kaasatud partneritel, kes oma kogemuste ja kompetentsidega aitasid kaasa projektide õnnestumisele. Mõne projekti elluviimise muutis lihtsamaks spetsialistide ja võrgustikuliikmete suur huvi koolituste vastu. Mitme projekti puhul aitas eesmärkide saavutamisele kaasa koostöö teiste RTP projektidega, projektiperioodi pikendamine või lisarahastuse saamine.

„Projektile aitas kaasa see, et meeskonnas olid eelnevalt tööülesanded ära jaotatud. Meil tekkis kohe selline hea süsteem, et meil olid igakuised koosolekud, kus me arutasime kõik tegevused üksiti läbi, et kes mille eest vastutab. Ma ütleks, et meeskonnatöö oli selle võti.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Mis veel oli hästi oluline, et iga projektipartneri puhul olid kindlad võtmeisikud, kellega infot vahetada. Sa ei vaheta infot kogu meeskonnaga, vaid on üks inimene, kes edastab infot. Need nagu koorusid aja jooksul välja, kes siis rohkem võtsid vastutust, et neid alguses ei osanudki mõelda, et kes need võiksid olla.“ (Projektijuhi intervjuu)

6.2.2 Riskid

Riskide välja toomine ning nende hindamine oli projekti taotluse ja aruandluse osa. Taotluste ja aruannete analüüs näitas, et riskianalüüsi põhjalikkus peegeldab selgelt projekti teostaja varasemaid kogemusi projektide elluviimisel ning projekti tegevuste läbimõeldust. Kõige pikaajalisemate ning mahukamate eelnevalt kindlaks määratud projektide puhul oli riskide hindamine taotluses oluliselt pealiskaudsem kui avatud taotlusvooru projektides. Nimelt toodi eelnevalt kindlaks määratud projektide taotlustes välja üksikud riskid, kuid projekti juhtimisega, tegevuste elluviimisega ning sihtrühma kaasamisega seotud riske ei mainitud, kuigi need avaldusid pea kõigis nimetatud projektides koos muude oluliste riskidega (nt hangete korraldamisega seotud riskid, jätkusuutlikkuse tagamisega seotud riskid). Eelnevalt kindlaks määratud projektide riskianalüüsi nõrkustele viitasid ka nende projektide taotlusi hinnanud eksperdid.

Avatud taotlusvoorudest rahastatud projektide taotlustes esitatud riskianalüüsid olid sisukamad, kuid ka neis oli teatavaid puudujääke, nt ei toodud välja vajalike spetsialistide puudumist, loodud teenuste jätkusuutlikkuse riske ehk kas projekti toel loodud teenuseid õnnestub jätkata ka pärast projekti lõppu, võimalikke tehnilisi riske, loodud väljundite võimalikku sobimatust või sihtrühmade vähest huvi pakutavate teenuste ja tegevuste vastu.

Ka projektide vahearuannetes kajastati avaldunud riske tegelikust vähemal määral. Sagedamini kirjeldati aruannetes järgmise perioodi tegevustega kaasneva võivaid riske kui eelnenud perioodil avaldunud riske, mille maandamisele tegelikult aega ja ressursse pühendati.

Projektide elluviimisel ilmnenu olulisematest riskidest ja nende maandamismeetmetest annab ülevaate järgmine tabel (tabel 5).

Tabel 5. Projekti tegevuste elluviimisel ilmnenu olulisemad riskid ja nende maandamismeetmed (ei ole esitatud tähtsuse järjekorras)

Ilmnenu riskid	Maandamismeetmed
Projektijuhi ja/või meeskonnaliikmete vahetumine projekti jooksul	Tööjaotuse muutmine, uute liikmete otsimine
Projektiga seotud isikute suur töökoormus	Tööjaotuse muutmine, täiendava tööjõu kaasamine, tehtud töö tasustamine projekti eelarvest, info

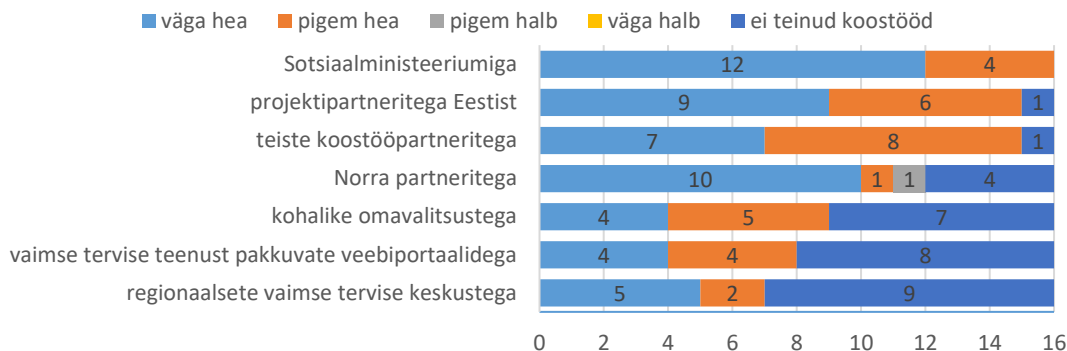
Ilmnenud riskid	Maandamismeetmed
	jagamine piisava ajavaruga, tegevuste varasem planeerimine
Vajalike spetsialistide vähesus teenuste osutamiseks	Olemasolevate spetsialistide parem ärakasutamine ja teiste piirkondadega jagamine. Olemasolevate spetsialistide motivatsiooni tõstmine, sh suurem tunnitasu, transpordikulude hüvitamine. Täiendavate spetsialistide koolitamine (varuga), sh toetus kutseasta läbimiseks, täienduskoolitustel osalemiseks. Ümberõppe võimaluste pakkumine.
Projektitoetuse hilisem laekumine	Täiendavate ressursside planeerimine, teostajate likviidsuse suurendamine
Hangete korraldamine (sh ettevalmistamine, vaidlustamine, pakkujate puudumine)	Põhjalikum planeerimine, hangete korraldamise võimekuse hindamine, võimalike pakkujate kaasamine ettevalmistusprotsessi
Spetsialistide vähenev motivatsioon tegevustes osaleda	Tegevuste paindlik ja pikk planeerimine, spetsialistide võimalustega arvestamine, tasu maksmine
Nihked ajakavas	Ajakava muudatuste kooskõlastamine partnerite ning programmioperaatoriga, tegevuste parem planeerimine, lisaressursside kaasamine
Muudatused eelarves	Eelarve muudatuste kooskõlastamine, reservi kasutamine
Sihtgrupi vähene huvi tegevustes osaleda	Teavitustegevuste tõhustamine, vajaduste kaardistamine, osalejate motiveerimine, personaalne pöördumine
Sihtgrupi suur huvi tegevuste vastu	Lisaressursi ja tööjõu kaasamine, vajaduste täpsem hindamine, tegevuste eelnev planeerimine, kohandamine sihtgrupi vajadustega, eelarve muutmine
Sõltumine koostööpartneritest	Tihedam suhtlus partnerite vahel, valmisolek tegevuste ja vastutuse ümberjagamiseks
Probleemid jätkusuutlikkuse tagamisega	Läbirääkimised Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja kohalike omavalitsustega, koostöö teiste loodud vaimse tervise keskustega, lisarahastajate leidmine, jätkuprojektide kirjutamine
Suveperioodil vähenev nõudlus teenustele	Kollektiivpuhkuste rakendamine, teenuse osutamise vähendamine, tööaja planeerimine

Allikas: autorite poolt dokumendianalüüsi põhjal koostatud ülevaade

Soovitame taotlejatel (sh nii riigiasutustel kui ka muudel ettevõtetel) **edaspidi projektitaotlustes pöörata rohkem tähelepanu riskide hindamisele ning maandamismeetmete väljatöötamisele.** Programmioperaatori ülesandeks on arvestada taotluste hindajate poolt välja toodud riske rahastuse andmisel ning vajadusel suunata taotlejaid riskianalüüsi täiendama. Nii projektide kui programmi aruandluses on oluline piisava põhjalikkusega kirjeldada realiseerunud riskid ja nende maandamise meetmed.

6.2.3 Koostöö

Hea tulemuse saamiseks oli projektijuhtide hinnangul oluline koostöö projektipartneritega. Neist partneritest, kellega projekti käigus koostööd tehti, hindasid projektijuhid koostööd kõige paremaks Norra partneritega (koostöö oli väga hea 91% juhtudest), Sotsiaalministeeriumiga (75%), regionaalsete vaimse tervise keskustega (71%) ning projektipartneritega Eestist (60%). Ka teiste osapooltega koostöö sai pigem positiivse hinnangu. Ühes projektis oli keeruline teha koostööd Norra partneriga.



Joonis 5. Projektijuhtide hinnang koostööle erinevate osapooltega (vastajate arv, n=16)

Projektijuhid andsid erinevate partneritega koostööle positiivset tagasisidet nii projektide lõpparuannetes, veebiküsitluses kui ka intervjuudes.

„Koostöö projekti mõlema partneriga oli konstruktiivne, edasiviiv ja tulemustele orienteeritud. Kindlasti aitas projekti läbiviimine edasiste koostöösuhete arendamisele kaasa. Oleme koostööga mõlema projekti partneriga väga rahul.“ (Projektijuhi hinnang lõpparuandes)

„Kõik projektiga seotud partnerid käitusid projekti vältel väga professionaalselt, pidades kinni lubatud tegevuskavast. Eesti partneritega oli suhtlemine lihtne ning tänu sellele ilmnes ka vähem probleeme. Projekti kaasatud Norra partneriga esines mõningaid kommunikatsiooniprobleeme peamiselt seoses eelarve kasutamisega, kuid projekti lõppedes leidsid kõik olulisemad probleemid siiski lahenduse. Iga kaasatud partner andis projektile hindamatu lisaväärtuse tänu varasemasele kogemusele.“ (Projektijuhi hinnang lõpparuandes)

„Koostöö projektipartneritega üldjoontes sujus, kuid kaks partnerit viiest soovisid peale rahastamisotsust oluliselt vähem panustada, kui nende esialgsetest ideedest oleks võinud järgeldada. Kuna me oleme väga väike organisatsioon, olid koostööprobleemid meile raskemad, kui eeldasime.“ (Projektijuhi hinnang lõpparuandes)

„ Koostööd projektipartneritega võib hinnata väga heaks. Kõik partnerid olid kaasatud keskuse tegevustesse ning edukalt realiseerisid neile projektis viidatud ülesandeid oma vastutusvaldkonna piires.“ (Projektijuhti hinnang lõpparuandes)

„Projekti partneritega koostöö oli rikastav ja väljakutseid esitav. Osade partneritega kulges koostöö sujuvalt ja viljakalt, osadega keerukalt, kuid lõppkokkuvõttes tulemuslikult. Kaks partnerit lõpetasid projekti vältel tegevuse, kuid sellest tulemused oluliselt ei muutunud, sest suutsime koostööd lagunenuid organisatsioonide kontaktisikutega siiski elus hoida.“ (Projektijuhi hinnang lõpparuandes)

„Oleme tänulikud Sotsiaalministeeriumi poolse toe eest kogu projekti vältel, eriti suured tänud programmi koordinaatorile Elis Haanile, kelle poole võis alati pöörduda projekte puudutavate murede ja küsimustega.“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

„Äärmiselt tänuväärne, vajalik ja hästi korraldatud! Suurepärase koostöö programmi koordinaatori ja Sotsiaalministeeriumiga!“ (Projektijuhi kommentaar küsitluses)

6.3 Tõhusus

Tõhususe hindamisel oli fookus peamiselt ressursside kasutamise efektiivsusel seatud eesmärkide ja saavutatud tulemuste aspektist. Ajakavas ja kavandatud eelarves püsimine näitab projektimeeskonna planeerimis- ja elluviimisuskust, mis kokkuvõttes mõjutab projekti tulemuslikkust.

Projektide tõhususe hindamisel toetuti peamiselt projektitaotlustele, esialgsetele eelarvetele, lõpparuannetes esitatud eelarve täitmise hinnangutele, võimalusel ka eelarve muutmise seletuskirjadele ning projektijuhtide küsitluse ning intervjuude tulemustele. Projekti üksiktegevuste kulu hindamist ega osakaalu leidmist võrreldes teiste tegevuskuludega ega sarnaste kulude (nt koolituskulu, tööjõukulu, õppereiside kulu, teavitus- ega arendustegevuste kulu) võrdlust projektide vahel hindamise raames läbi ei viidud. Tõhususe hindamisel keskenduti projektide ja programmi tasandile ning toetuti suures osas kvalitatiivsetele andmetele (vt täpsemalt hinnangute andmise selgitust ptk 5.4).

Dokumendianalüüsi põhjal oli võimalik hinnata 15 projekti tõhusust (sh eelnevalt kindlaks määratud ja avatud taotlusvoorst rahastatud projektid ning üks KSF projekt). Enamik hinnatud projekte viidi ellu tõhusalt (73% ehk 11 projekti) või mõõdukalt tõhusalt (27% ehk 4 projekti). Tõhususe hinnangut mõjutasid eelkõige projekti tegevuste kooskõla esialgse ajakava ja eelarvega. Olulisi probleeme ajakavas püsimisega hinnatud projektidel polnud, kuid tõhususe hinnangut vähendas projekti pikendamise vajadus eesmärkide täitmiseks või olulised kõrvalekaldeid ajakavas, mis mõjutasid projekti tulemuste saavutamist. Projektijuhtide hinnangul oli toetus enamasti piisav eesmärkide saavutamiseks ning 11 hinnatud projekti kasutasid toetusest ära 90 kuni 100%. Neli projekti saavutasid oma eesmärgid taotletust enam kui 10% väiksema eelarvega ehk saavutasid eesmärgid väiksema ressursiga.

Peaaegu kõikide projektide eelarveid projekti jooksul teatud määral muudeti ning seetõttu on keeruline hinnata, kas esialgu planeeritud tegevusi ja tulemusi oleks olnud võimalik saavutada väiksema ressursikuluga. Üldisemas plaanis märkisid hindajad ära need projektid, mille puhul oli dokumendianalüüsi ja intervjuude põhjal teada, et esialgsed tegevused ja eesmärgid saavutati kavandatust väiksema eelarvega. Kokku oli selliseid projekte kaks ning kuue projekti puhul polnud eelarve kasutamist olemasolevate andmete põhjal võimalik hinnata.

Projektide tõhusust mõjutanud tegurina võib välja tuua RTP-s teostatud **projektide omavahelise koostöö** ning mõnikord ka selle vähesuse. Koos tegutsedes või üksteise tegevustega kursis olles vähendati dubleerivaid tegevusi või täiendati üksteise tegevusi sobival viisil (nt panustati ühiste juhendmaterjalide väljatöötamise või kohandati teiste projektidega võrreldes erinevaid vaimse tervise hindamise teste ning pakuti koolitusi ka teiste projektide meeskondadele, korraldati ühiseid õppereise). **Hindajate arvates oleks nii programm kui ka projektid saanud rohkem avalikku tähelepanu, kui teavitustegevuste korraldamisel oleks rohkem koostööd tehtud**, näiteks korraldatud ühe taotlusvooru projektide ühised teavitusüritused, sh ava- ja lõpuüritused.

6.3.1 Tegevuste kooskõla planeeritud ajakavaga

Projektides esines väiksemaid kõrvalekaldeid tegevuste ajakavas, kuid üldjuhul **olulisi probleeme ajakavas püsimisega RTP projektides polnud**. Projekti esialgset tähtaega pikendati kõigil neljal eelnevalt kindlaks määratud projektil (keskmiselt pikendati projekte 9 kuud), kõigil esimese avatud taotlusvooru projektidel

(kõigil 13 kuud), ühel teise avatud taotlusvooru projektil kaks kuud ning kahel kolmanda avatud taotlusvooru projektil (ühel kaks ja teisel kolm kuud). Kahepoolsete suhete fondide projektid olid lühiajalised ning neid ei pikendatud. Hindajatele teadaolevalt ei rahuldatud ühe projekti pikendamise taotlust. Kokkuvõttes pikendati projekti kestust kümnel projektil üheksateistkümnest.

„Erinevaid suuri ja ületamatuid takistusi projekti vältel ei esinenud – olid mõningad väikesed probleemid projektitaotluses kavandatud ajaraamidest kinnipidamisel.“ (Projektijuhi hinnang lõpparuandes)

Neli projektijuhti tunnistas intervjuus, et nad taotlesid projekti pikendamist esialgsete eesmärkide täitmiseks. Ilma projekti pikendamata poleks kõiki projektis seatud eesmärke saavutatud. Ükski projekt ei saanud lisarahastust esialgsete eesmärkide täitmiseks, vaid tegevused viidi ellu esialgse eelarve raames, kuid pikema aja jooksul.

„Me pikendasime kaks kuud. See oli meie endi soov. Me nägime, et meile on seda kahte kuud vaja.“ (Projektijuhi intervjuu)

„See [projekt] oleks kindlasti jäänud poolikuks [esmise tähtaja saabudes]. Eelarve ei olnud üldse täidetud veel ja sinna oleks tekkinud suur jääk.“ (Projektijuhi intervjuu)

„See oli väga hea, et jätkus [projekt]. Oleks võinud ka nüüd veel pool aastat jätkata, et kasutada jäägid ära, lõpetada tegevused.“ (Projektijuhi intervjuu)

„[Esmase pikenduse korral] jätkasime sama eelarve raames ja teinekord siis oli võimalik juurde taotleda raha uuteks tegevusteks.“ (Projektijuhi intervjuu)

Projekti aruannete põhjal tingis nihkeid ajakavas näiteks projekti alguse või väljamaksete viibimine, koolitusgruppide vähene täitumine ning sihtgrupi kaasamise keerukus suvekuudel. Mõnel juhul tekkisid probleemid ka projektimeeskonna ülekoormusest ning seotusest teiste tööülesannetega, mistõttu ei suudetud liigse hõivatuse tõttu ajakava järgida. Teenuste pakkumist omakorda mõjutas vajalike spetsialistide puudus või olemasolevate spetsialistide koolitamisele kuluv aeg. Mõnikord põhjustasid nihkeid ajakavas vajalike lubade saamine. Kuna teostatud projektid on erinevad, siis nihkeid ajakavas on põhjustanud erinevad tegurid, mida kõigile projektidele üldistada pole võimalik.

„Projekti tegevuste elluviimisel on peamiseks probleemiks olnud väga tihe ajakava. Kuna iga tegevus on sisend järgmiseks tegevuseks, siis võivad algelt tekkivad viivitused mõjutada järgnevate tegevuste elluviimise tähtaegu ja sellega seoses tekkida nihkeid ajakavas.“ (Projektijuhi hinnang vahearauandes)

„Peamised probleemid on seotud kokkulepete saavutamise ja kolmandate osapooltega ning analüüside koostamisega ajakavas püsimisega, töö on mahukas ja võtab seepärast rohkem aega.“ (Projektijuhi hinnang vahearauandes)

„Teenindajatele suunatud koolitused lükkusid edasi, kuna kevadel ei leitud sobivaid aegu. Seoses koolituste edasi lükkumisega, lükkus edasi ka koolituskava ja –materjalide lõplik valmimine, kuivõrd koolitused on kavale ja materjalidele oluliseks sisendiks.“ (Projektijuhi hinnang vahearauandes)

„Tegevused lükkusid edasi, kuna erinevatel põhjustel ei saanud me piisavalt ruttu valmis partnerluslepingute sõlmimisega. Seetõttu lükkus ka edasi esimese projektiraha laekumine. Ilma rahaliste võimalusteta neid töid teostada ei olnud võimalik.“ (Projektijuhi hinnang vahearauandes)

Hindamise tulemusena on projektide ajakavas püsimine hea ning probleemid üksikute projektidega koondhinnangut oluliselt ei mõjuta. Ühtlasi viitab see, et programmis rakendatud aruandluse süsteem on projektide ajakavas püsimise saavutamiseks suhteliselt õigustatud.

6.3.2 Tegevuste kooskõla planeeritud eelarvega

Ka eelarvete täitmisel järgisid projektid suures osas planeeritud. Keskmiselt kasutati eelnevalt kindlaks määratud ning avatud taotlusvoorust rahastatud projektides ära 94% planeeritud eelarvest. Kahes projektis jäi kasutatud eelarve maht alla 90%, kolmes projektis kasutati ära 91–94% eelarvest, kaheksas projektis kasutati ära 95–99% eelarvest ning ühes projektis kasutati ära 100% eelarvest.

Küsitlusele vastanud projektijuhtidest 18 märkis, et nende projekti eelarvet elluviimise ajal muudeti ning vaid ühe KSF projekti eelarve jäi samaks. Seega oli projektide eelarvete muutmine RTP-s tavapärase tegevus, mis aga sisuliselt nõudis nii projektide teostajatelt kui ka programmioperaatorilt palju aega ja ressursse, kuna kõik eelarve muudatused kooskõlastati eraldi ning vormistati lepingu lisana. Projekti eelarvemuudatused olid sageli seotud eelarveridade ümberjagamisega seoses projekti elluviimise ajal muutunud asjaoludega. Mõnel juhul on eelarveridade muutmise põhjuseks planeerimisvead, kuid mitmeaastaste projektide puhul pole sageli kõiki tegevuskulusid võimalik täpselt ette näha ning eelarve muutmine on paratamatu. Seetõttu muudeti projektide eelarveid peamiselt reaalsete kulude kajastamiseks.

„Suuremad sisutegevuse kulud on olnud seotud ürituste ettevalmistamise suurema mahuga, projekti tulemuste hindamise ja aruandluse koostamise suurema töömahuga ning töögrupi töö suurema töömahuga võrreldes esialgse planeerimisega.“ (Projektijuhi hinnang vahearuanDES)

„Eelarve muutmine ei olnud väga raske. Midagi me tõstsime ringi ja seda võimaldati.“ (Projektijuhi intervjuu)

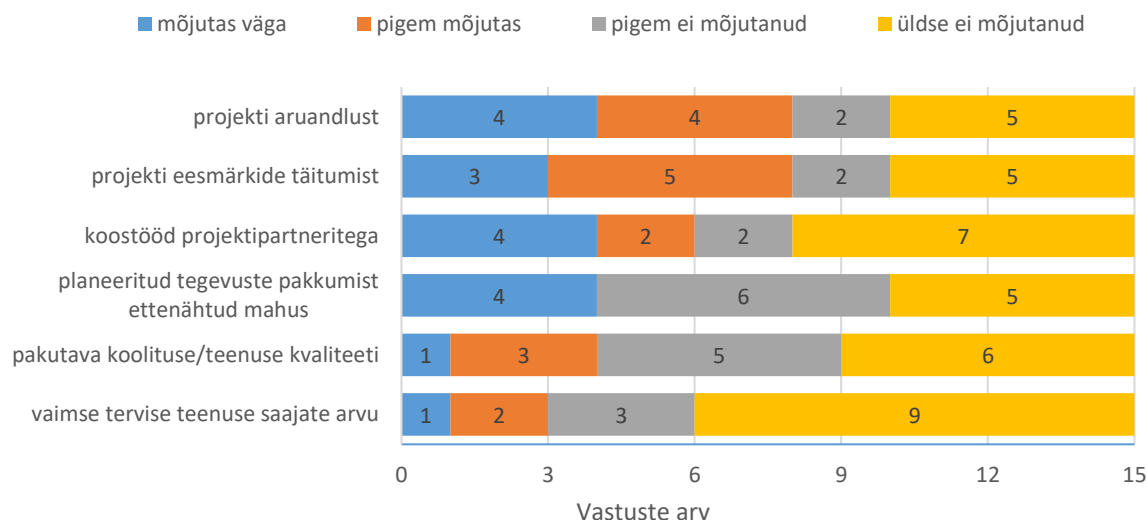
„Projekti mitmete tegevuste osas oli töö mahukam kui ette planeeritud ja seetõttu oli vaja teha taotlus projekti eelarve muutmiseks.“ (Projektijuhi hinnang lõpparuandes)

„On tulnud ette, et mõne tegevuse eelarve planeerimisel ei ole arvestatud tegevusega kaasnevate kõigi võimalike kuludega. Samuti on mõned tegevused olnud planeeritust odavamad, teised kallimad. Seetõttu on tehtud ettepanek eelarve muutmiseks, et viia tegevustega seotud kulud ja eelarve omavahel paremini vastavusse.“ (Projektijuhi hinnang vahearuanDES)

„Kulude muutmise põhjenduseks on asjaolu, et projekti käigus on toimunud mitmed muudatused tegevuste teostajate ja koolituskohtade planeerimisel ning ruumide ja IT tehnika hangete osas. Projekti seadmete ja varustuse kuludena planeeriti IT tehnika renti ja/või ostu seoses maakondlike koolituste korraldamisega, kuid realselt sai koolitusruumid rentida juba koos tehnikaga ja need kulud jäid seetõttu kasutamata.“ (Projektijuhi selgitus eelarve muutmise taotluses)

„Planeeritust suuremad sisutegevuse kulud on olnud seotud aga erinevate ürituste ettevalmistamisega. /.../ Planeeritust suuremad on olnud ka projekti tulemuste hindamisega ja aruandluse koostamisega seotud kulud.“ (Projektijuhi selgitus eelarve muutmise taotluses)

Küsitlusele vastanud projektijuhi hinnangul mõjutas eelarve muutmine eelkõige projekti aruandlust ja eesmärkide täitmist. Eelarve muutmine mõjutas koostööd partneritega ning harvem tegevuste pakkumist ettenähtud mahus, pakutava tegevuse kvaliteeti ning vaimse tervise teenuse saajate arvu (joonis 6).



Joonis 6. Eelarve muudatuste mõju projekti erinevatele aspektidele (n=15)

Projektijuhtide hinnangul oli **rahastamise maht enamasti piisav projekti eesmärkide saavutamiseks**. Mõni projektijuht oleks soovinud projekti ellu viia sama eelarve raames, kuid pikema aja jooksul, et tegevused poleks kuhjunud ning oma põhitöö kõrvalt projekti ellu viinud spetsialistide koormus oleks olnud rohkem hajutatud.

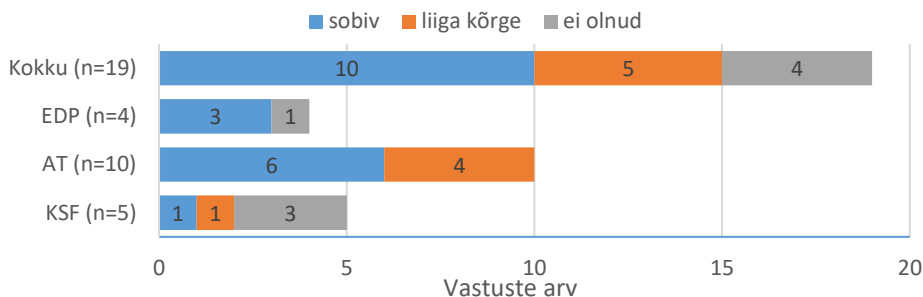
„Oli piisav, kõik vajalik ja tegevuskavas lubatu sai tehtud. Siiski, eelarve oli pigem pingeline, midagi liigset kusagil ei olnud. Projekti haldamiseks tehtud kulud (aruandlus, auditid, kontrollid) küll projekti eelarvest kaugeltki kaetud ei saanud.“ (Projektijuhi vastus küsitluses)

„Ma ütleks, et ta [eelarve] oli piisav, aga periood oleks võinud pikem olla ehk siis kõiki neid tegevusi oleks saanud hajutada viie aasta peale. Sest neid koolitusi oli lõpuks väga keeruline korraldada, sest need inimesed pidid samal ajal tööd ka tegema.“ (Projektijuhi intervjuu)

6.3.3 Projektide omafinantseering

Projektitaotlustes esitatud info põhjal kaeti projektide omafinantseeringu osa peamiselt taotlejate omavahenditest (sh liikmemaksudest, annetustest, toodete, teenuste või koolituste müügist saadud tulu või riigieelarvest). Esindatud oli kaks erinevat lähenemist – ühel juhul kattis omafinantseeringu projekti juhtpartner ning teisel juhul jaotati omafinantseering partnerite vahel proportsionaalselt vastavalt nende eelarvele projektis. Lisaks rahalisele omafinantseeringule kasutati omafinantseeringu osana sageli vabatahtlikku tööd.

53% projektijuhtidest hindas programmis seatud omafinantseeringu määra sobivaks ning viie projektijuhti hinnangul oli see liiga kõrge (joonis 7). Neljas projektis omafinantseeringut projektijuhi hinnangul ei rakendatud.



Joonis 7. Projektijuhtide hinnang programmis seatud omafinantseeringu määrale vastavalt taotluse tüübile

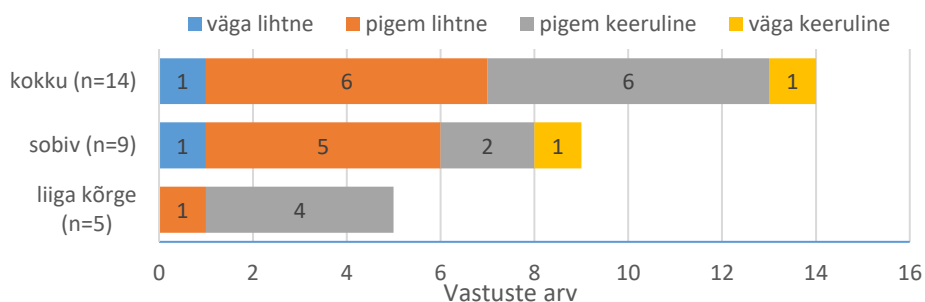
Projektijuhid, kelle jaoks omafinantseeringu määr oli sobiv, põhjendasid oma vastuseid järgnevalt:

- „Teatud omavastutus on vajalik ning ilmselt teostajatele jõukohane.“
- „Omafinantseering on vajalik, motiveerib ja suurendab vastutust.“
- „Saime hakkama, kuna omafinantseeringus oli võimalik näidata vabatahtlikke töötunde.“
- „Riigiasutusele ei tekitanud see otseselt raskusi.“
- „Omafinantseering peaks sõltuma projekti iseloomust. Meie projekt oli suunatud kogukondade arendamisele ja see oli ülikooli panus ühiskonna arendamisse.“
- „Taoline määr paneb otsima tõsisemaid partnereid.“

Projektijuhid, kelle hinnangul omafinantseeringu määr oli liiga kõrge, tõid välja järgmist:

- „Arvestades, et toetust said taotleda tervishoiuasutused, siis selle valdkonna rahastus on niigi keeruline ja omafinantseering tuli teha nõ haigla sisemiste ressursside arvelt.“
- „MTÜna oli keerukas leida võimalusi omafinantseeringuks, neile võiks olla eraldi tingimused - seda korrigeeritigi projekti vältel.“
- „Kui projekti elluvijaks on baasrahastuseta MTÜ-d, siis on omafinantseeringu tagamine raske ülesanne.“
- „Asutust finantseeritakse sihtotstarbeliselt ning projekti tegevusteks on lisavahendeid raske leida. Seetõttu oli projekt koostatud minimaalse eelarvega.“

Projektides, kus oli seatud omafinantseeringu nõue, oli poolte projektijuhtide hinnangul omafinantseeringuks vajalike vahendite leidmine pigem lihtne (omafinantseering planeeriti riigieelarvest või riigiasutuse vahenditest) ning pooltes projektides pigem keeruline (nt projektis oli palju partnereid, mõne jaoks oli see lihtsam mõne jaoks väga keeruline; raske oli Norra partnerile selgeks teha omafinantseeringu vajalikkust; tarvis oli palju lisatööd meie eesmärkide selgitamiseks ja finantseerijate kaasamiseks). Vahendite leidmise hindasid sagedamini lihtsamaks nende projektide juhid, kes hindasid omafinantseeringu määra sobivaks (joonis 8).



Joonis 8. Projektijuhtide hinnang omafinantseeringu vahendite leidmise keerukusele vastavalt omafinantseeringu määrale antud hinnangule

6.4 Jätkusuutlikkus

Projektide jätkusuutlikkusele anti hinnang projekti dokumentatsiooni (taotlus, aruanded), projektijuhtide küsitluse ja intervjuude ning avalike allikate analüüsi alusel. Ülevaade antakse nii kavandatud kui realiseerunud jätkusuutlikkusest.

Esmane hinnang projekti jätkusuutlikkusele (ehk kavandatud jätkusuutlikkus) antakse toetuse taotlemise faasis nii projekti elluvijaja kui ka taotluse hindaja poolt. Peamiselt lubasid tegevuste jätkumisse panustada projektitaitjad ise koostöös partnerite, Haigekassa või kohalike omavalitsustega.

„Projektis alguse saanud tegevusi (ambulatoorseid ja statsionaarseid vaimse tervise teenuseid) on kavas rahastada läbi Haigekassa. Vaimse tervise spetsialistide tasemekoolituse finantseeritakse loodetavasti jätkuvalt riigieelarvest.“ (Hinnang taotluses)

„Projekti raames tööle võetud spetsialistide ametikohad rahastab osaliselt täitja ja osaliselt omavalitsuste liit.“ (Hinnang taotluses)

„Kõikide projekti raames väljatöötatud koolituste pakkumist on plaanis projektijärgselt jätkata, pakkudes neid riigieelarvelise rahastamise toel, vastavalt riigieelarve võimalustele ja sihtrühma vajadustele. Riigieelarveliste vahendite puudumisel on võimalik koolituse jätkata ka väikese osalustasuga, mis katab koolitajate töötasud ja otsesed materjalide kulud.“ (Hinnang taotluses)

Taotluste hindajad rahastust saanud projektide jätkusuutlikkuse kirjeldustes suuri puudujääke ei leidnud, pigem oli see probleemiks rahastamata jäänud taotluste puhul. Eelnevalt kindlaks määratud projektide puhul märgiti sagedamini, et tegevuste jätkusuutlikkust polnud taotlustes piisavalt analüüsitud või kirjeldatud.

„Siiski, taotlusest ei selgu, kas ja mil määral jätkatakse teenuste osutamist peale projekti lõppemist.“ (Eelnevalt kindlaks määratud projekti hindamisleht)

„Projekti jätkusuutlikkus ei sõltu paljuski projekti elluvijast, vaid eelkõige riiklikest (ja regionaalsetest) poliitilistest otsustest ja prioriteetide seadmisest. Kuigi palju projekti tegevustest on ühekordsed investeeringud, vajab keskuse käigus hoidmine finantseerimise jätkamist pärast projekti lõppemist mahus, mis tagaks pidevad arendus-, teadus kui ka ravitegevuse.“ (Eelnevalt kindlaks määratud projekti hindamisleht)

„Projekti jätkusuutlik rahastusskeem on hetkel veel nõrk koht. Oluline on, et kohe kui teenust hakatakse välja töötama, vaadeldakse ka seda poolt, kui reaalne on seda teenust edasi osutada siis, kui välised finantsvahendid selleks läbi saavad.“ (Eelnevalt kindlaks määratud projekti hindamisleht)

„Projekti jätkusuutlikkus on piisavalt kirjeldatud, tegevuste jätkumisele on mõeldud.“ (Eelnevalt kindlaks määratud projekti hindamisleht)

Infot projekti **tegeliku jätkusuutlikkuse** kohta koguti projektijuhtide küsitluse ja intervjuu käigus ning avalikke infoallikaid kasutades, st kontrolliti, kas projekti- või projekti täitja veebilehel on infot tegevuste või teenuste jätkumise kohta projektis nimetatud sihtrühmadele.

Hindamise tulemusena võib välja tuua, et **hinnatud projektidest 17 (89%) puhul jätkuvad projektist alguse saanud tegevused pärast projekti lõppemist**. Üks KSF projekt ning üks eelnevalt kindlaks määratud projekt oma tegevusi projektijuhtide hinnangul ei jätku. Projekti tegevusi jätkavad kõik projekti elluviijad ise (17), sh viie projekti puhul on tegevuste jätkamisel saadud tuge kohalikest omavalitsustelt ning kolme projekti puhul jätkab tegevusi mõni projektipartneritest.

„Me oleme neid [projekti veebilehte ja loodud koolitusi] ikka täiendanud ja uuendanud, aga mitte väga kapitaalselt.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Nõustajaid tasustame jätkuprojekti rahadest ja annetuste toel.“ (Projektijuhi intervjuu)

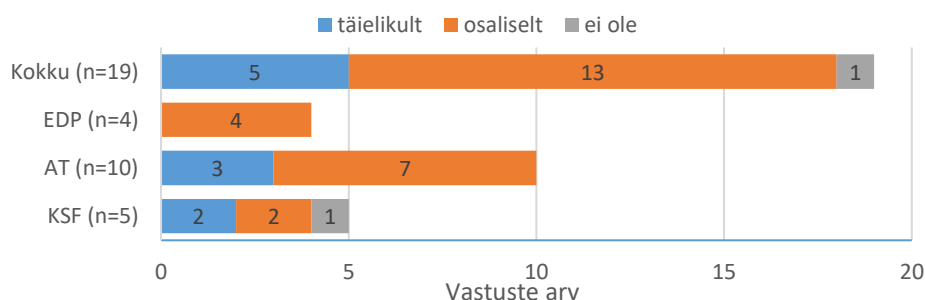
„Me oleme müünud neid koolitusi, mida me selle projekti raames välja töötasime. Klippe saab kasutada ja need jäävad alles.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Valga kabinet on nüüd kliinikumi all. /.../ Käisime projekti lõpus Valga linnavalitsuses ja nemad olid nõus aastaks rahastama seda sotsiaaltöötaja kohta kabinetis. Et see koormus kadus kliinikumil ära.“

„Koolitused ei tööta enam. Nende jaoks oleks vaja raha leida. Teavitustööde jaoks oleks eraldi projekt vaja kirjutada.“

Tegevuste jätkumist rahastavad peamiselt projekti elluviijad ise (13), kohalikud omavalitsused (5), projektipartnerid omavahenditest (3), riik toetab kuue projekti puhul tegevuste jätkumist ning Haigekassa toetab läbi teenuste rahastamise nelja projekti tegevuste jätkumist. Kahel juhul on tegevuste jätkumist rahastatud jätkuprojekti abil.

Projektijuhtide vastuste põhjal on viie RTP projekti materjalid täielikult avalikult kättesaadavad pärast projekti lõppu. Suurema osa projektide puhul on kättesaadavad vaid osa materjalidest ning ühe projekti materjalid ei ole avalikult kättesaadavad (joonis 9).



Joonis 9. Projektijuhtide hinnang projekti materjalide kättesaadavusele pärast projekti lõppu

Projektijuhtide vastuste põhjal säilitatakse veebilehtedel enamasti projekti toimumise infot ning muud materjali neil ei uuendata. Projektides loodud veebiportaalid on aktiivsed, neid administreeritakse, kuid üldjuhul seal olevat infot ei uuendata ega arendata (välja arvatud peaasi.ee ja amor.ee, kus jätkatakse info täiendamisega).

Küsitluse käigus töid projektijuhid püsima jäänud tegevuste mõjudest välja järgmisi:

- „Projekti käigus valmis *„Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi*”, mis saab olla laste vaimse tervise poliitika arendamise lähtekohaks. Samuti kaardistati hindamisvahendite vajadus ning kohandati 4 sõlteltesti laste probleemide varajaseks märkamiseks ning algatati laste ennetavate tervisekontrollide juhendi kaasajastamine.“
- „Vanglatele on soetatud kaasaegset meditsiinitehnikat nakkushaiguste paremaks diagnoosimiseks ja raviks.“
- „Vaimse tervise keskus jätkab tööd, jätkuvad teenused ja töötavad koolitatud spetsialistid.“
- „Püsima jääb loodud portaal *Peasi.ee*, e-nõustamiste ja kasutajate hulk on tõusuteel.“
- „Käivitati uus veebileht noortele, lapsevanematele, spetsialistidele (eesti ja vene keeles), mis jäi toimima. Veebipõhised nõustamisteenused arendati uuele tasemele ja jäid toimima. Töötati välja veebipõhiste nõustajate koolitusprogramm, käsiraamat ja kvaliteedistandard, mille alusel saab uusi koolitusi pakkuda ja kutsestandardit arendada.“
- „Terve rida meediamaterjale, mida saab kasutada uuesti.“
- „KOV alkoholipoliitika pilootprogramm andis nii head tulemused, et sellega jätkatakse ja laienetakse Eestis. Koolitustega jätkatakse sihtgrupi soovil - järjekorrad on pikad ja huvi suur.“
- „Tervisedenduse valdkonna eestvedajad kogukondades, kes on saanud koolitust, kujundanud ühtset mõtteviisi ja omandanud oskusi arendustegevuse läbiviimiseks kogukondades. Kogukondades moodustasid ja tugevnesid projekti käigus võrgustikud, milles tegutsevad erinevate valdkondade spetsialistid ja eestvedajad, kes realiseerivad oma ideid kogukondades kaasates inimesi ja kogukonna ressursse.“
- „Tegutseb vaimsest tervisest huvitatud noori kaasav liikumine.“

Projektides elluviidud tegevuste jätkusuutlikkuse tagamiseks tegid projektijuhid järgmisi ettepanekuid:

„Peabki jätkuma riiklik koordineerimine, kes jätkab käivitatud arendustegevusi ja hindab ellukutsutud teenuste ulatust, vajadust ja kvaliteeti.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Vajalik on riiklik skeem keskuste arendustegevuste jätkamiseks, arvestades kohalike keskuste vajadusi, ressursse (olemasolevad spetsialistid, koolitajad jne). Üks võimalus oleks keskustele arendustegevusteks ka iga-aastaste toetuste eraldamine lähtuvalt vajadustest ja prioriteetidest.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Ma ei arva, et meie kanda peaks olema kogu see vastutus tegevust edasi viia. Aga me arvestame ikkagi enda võimalustega. Kui keegi tahab meid toetada või meiega koostööd teha, siis me oleme väga rõõmsad selle üle. Kuna see on teema, millega võiks riigi tasandil palju rohkem tegeleda.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Jätkusuutlikkuse aluseks on siiski eelkõige inimesed, kes peavad tegevusi oluliseks, et pärast projekti lõppu nendega jätkata, neisse oma aega ja energiat panustada. Projekte plaanides võiks olla läbimõeldud, kuidas läbiviijate motivatsiooni ülal hoida.“ (Projektijuhi küsitlus)

„RTA tegevuskavasse võiks lülitada.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Enamik neid vajalikke tegevusi on vist avalikud teenused, nii et maksudest rahastamine oleks suhteliselt loogiline.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Riigieelarves esikohale seadmine; KOV vahendite pikaajaline planeerimine; teemade integreerimine arengukavadesse ja rakendusplaanidesse.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Luu riiklik programm koos adekvaatse rahastamisega.“ (Projektijuhi küsitlus)

Arvestades nii projektide tulemuste püsima jäämist kui ka edasiarendusi, on jätkusuutlikud 11 projekti, kuue projekti puhul on tulemused jäänud püsima osaliselt või neid pärast projekti lõppu enam edasi ei kasutata ning seetõttu on nad mõõdukalt jätkusuutlikud. Kaks projekti ei olnud jätkusuutlikud (vt aruande lisana esitatud tabel).

6.5 Ettepanekud uueks perioodiks

Hindamise ajal selgus, et Eestile pakutakse NFM toetust ka järgmisel perioodil, kuigi programmide ülesehituses tuleb muutusi ning sisulised teemad pole veel täpselt kokku lepitud. Uue programmiperioodi ettevalmistamisel tuleks võimalikult suures ulatuses ära kasutada eelneva perioodi kogemusi ja tulemusi. Uue programmi ettevalmistamise ning ellu viimiseks tuleks võimalusel kaasata eelneva programmiga seotud inimesi, kelle kogemused ja väljaõpe on väga väärtuslikud. Lisaks tuleks uuel perioodil ära kasutada eelneval perioodil valminud materjale (nt juhendid, taotlus- ja aruandevormid) ja väljakujunenud praktikaid (nt väljatöötatud tööprotseduurid).

Projektijuhtide hinnangul võiks ka järgmisel perioodil keskenduda sarnastele teemadele, sest RTP-s teostatud projektid tõid välja mitmeid kitsaskohti, millega jätkuvalt on vaja tegeleda, et püsivamaid tulemusi saavutada. Uue perioodi sihtrühmadena pakkusid projektijuhid välja nii noori, täiskasvanuid kui ka eakaid. Uuel perioodil võiks jätkuvalt fookus olla vaimsel tervisel ja sellega seotud teemadel.

„Võiks olla tasuta huvihariduse võimalusi rohkem, aga ma ei tea, kas seda saab projektiga teha. Seda võiks Islandilt õppida ja see võiks meil mitmeid probleeme leevendada.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Ikkagi peaks olema tehtud selline testprojekt, et kuidas koolisüsteemi viia sisse selline vaimse tervise oskuste õpe, mis ei oleks õppeaine, vaid ikka integreerituna läbivalt õppekavadesse. Selline noorsootöö ja haridusvaldkonna koostöö teema võiks olla, et see idee jõuaks veel rohkem inimesteni, et vaimne tervis on ikkagi igaühe asi.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Spetsiifiline tegevus meeste tervise hoidmiseks laiemalt. Kuidas kujundada tervishoiuteenust või teadlikkust sellisel viisil, et mehed elaksid kauem.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Lisaks võiks olla siis vanemad kui 25-aastased. Aga noorte töö peaks sama moodi jääma, sest et meie kogemused on näidanud, et kui sa mingil hetkel lõpetad nendega tegelemise, siis pilt halveneb päris kiiresti. See on pidev töö.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Miks mitte kaasata ka täiskasvanuid. Pluss neid kabinette ja teenuseid võiks laiendada üle Eesti.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Kindlasti peaks ressursi suunama omavalitsuste võimendamise ning hea kui otsene sihtrühm (rahvas) saaks kaasa rääkida ja vahendeid kasutada tervise edendamiseks või probleemide ennetamiseks kogukonnas.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Üks mõte seoses kogu selle haldusreformiga ja kohalike omavalitsuste ümberkorraldusega, siis kohalike omavalitsuste võimekuse tõstmine, just mis puudutab rahvatervist ja meditsiini ja ennetustegevust.“ (Sidusrühmade fookusgrupp)

„Kindlasti vange, sest hetkel ei ole vanglatel lepingut Haigekassaga, samas on see sihtrühm, mis sageli ei jõua tsiviilis arstiabinini. Ometigi on vangide seas kordades rohkem nakkushaiguseid, mis mõjutavad rahvatervist üldisemalt.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parendamise, elanikkonna teadlikkuse tõus vaimsest tervisest, ennetustegevused noorte ja meeste suunal.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Mis on minu meelest Eestis lapsekingades, on laste traumade preventatsioon. Kui norrakad vähegi mingisugust preventatsiooni ette näevad. Kõik need liikurmasinad ja kiivri kandmised. /.../ Kõik välispõhjustest tekkinud vigastused ja mürgistused.“ (Sidusrühmade fookusgrupp)

„Teha ETK projektide edasiarendust, et saavutada tegeliku teenuste integratsiooni sellel tasemel ehk sisemine tööjaotus ja sidussüsteemid. See võiks vägagi hästi haakida praegu käimasolevate arendusprojektidega. Ehk et ETK-d, mis valmis saavad, siis nende arendamine lisaks betoonile.“ (Sidusrühmade fookusgrupp)

Kuigi intervjueeritud projektijuhid ei olnud enda hinnangul eriti kursis RTP ülesehitusega, jäid siiski kõlama arvamused, et võimalik uus programm võiks olla sarnaselt üles ehitatud ning sisaldada nii eelnevalt kindlaks määratud kui ka avatud taotlusvooru projekte. Üks projektijuhtidest märkis, et miniprojektide kasutamine võimaldaks vähendada rahastatud projektide teavituskooormust ning nende raames saaks korraldada teavitusüritusi kõiki programmi projekte kaasates.

„Tegelikult kõigile võiks anda võimaluse. Kunagi ei tea, kust need säravad projektid tulevad. Nii ühte kui teist [nii eelnevalt kindlaks määratud projekte kui ka avatud taotlusvooru projekte] võiks olla, nagu praegu oli.“ (Projektijuhi intervjuu)

Korralduslike muutustena soovisid projektijuhid, et järgmist programmi ette valmistades mõtleks programmi operaator paremini läbi aruandlusvormid ja kogutavate andmete struktuuri, mis programmi jooksul ei muutuks. Samuti peaks varakult teada olema kulude abikõlblikkus ning finantsaruande detailsus, et taotlejad saaksid juba projekti ette valmistades arvestada halduskooormuse osakaaluga ning planeerida projekti abitööjõudu (kas projekti koordinaatori või finantsspetsialisti näol) aruandlusnõuete täitmiseks.

„Kui rahandusministeeriumist kolm erinevat inimest küsivad iga nädal samu küsimusi. Seal on niimoodi, et üks kontrollib ja esitab küsimusi, siis antakse järgmisele, kes küsib põhimõtteliselt samu asju ja siis kolmas inimene veel. Siis see tähendab seda, et järgnevate projektide puhul peaks siia planeerima eraldi inimese, kes tegeleb puhtalt finantsküsimustega. Kui sa oled arvestanud ühe projektijuhiga, kes teeb nii sisutegevusi kui finantspoolt, siis sa ei saa lihtsalt hakkama.“ (Projektijuhi intervjuu)

„[Mida teeksite sarnases projektis järgmine kord teistmoodi?] Võtaks ühe täiskohaga inimese projektijuhiks. Kuna projektijuhtimiseks oli ette nähtud konkreetne summa, siis see ei võimaldanud tekitada sellist kohta. Aga palju bürokraatiat oli ja see võtab oma aja.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Need aruandlused, mida meilt nõutakse, need pidevalt ei peaks muutuma. Et kuidagi vormid või mida meilt kokkuvõttes tahetakse, et need oleksid kohe alguses selged, kaasa arvatud see rahandusministeeriumi pool.“ (Projektijuhi intervjuu)

Muude detailidena toodi intervjuudes välja, et projekti veebilehe loomise ning ava- ja lõpuürituse korraldamine ei ole kõigi projektide puhul asjakohane nõue. Kuigi ürituste formaadi said projektide teostajad ise valida, tehti ettepanek, et järgmisel perioodil võiks näiteks sama avatud taotlusvooru projektide puhul korraldada ühised ava- ja lõpuüritused. Ühelt poolt saaksid projektide täitjad infot teiste projektide plaanidest ning lõpuürituste käigus saaks vahetada kogemusi ja olla kursis tehtuga.

6.6 Kokkuvõttev hinnang programmile

Eelneva analüüsi põhjal kujunes programmi koondhinnang nelja hindamiskriteeriumi, sh **asjakohasuse, tulemuslikkuse, tõhusus ja jätkusuutlikkuse** kohta.

6.6.1 Asjakohasus

Hindamise tulemusena võib öelda, et RTP eesmärgid olid kooskõlas NFM eesmärkidega ning programmis teostatud projektid aitasid kaasa ebavõrdsuse vähendamisele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisel. Programmi käigus tugevdati kahepoolseid suhteid Norra partneritega ning jagati kogemusi laste vaimse tervise teenuste osutamisel ning kvaliteedi tagamisel. Kahepoolsete suhete arendamisest oli kasu ka Norra partneritel, sest mõnes valdkonnas oli Eesti partneritel rohkem varasemaid teadmisi ja kogemusi, mida Norra partneritega jagada (nt HIV testimine kinnipeetavatel ning veebipõhise nõustamise kvaliteedinõuded).

Rahvatervise programm oli tugevalt seotud RTA-ga, kuid RTP tegevuste ja tulemuste kajastamist RTA rakenduskavades võib pigem mõõdukaks pidada. Kuna RTP viidi ellu RTA tegevuskava kestel, siis lisati RTP eesmärgid ning tegevused arengukava rakenduskavadesse jooksvalt. RTP tegevusi RTA rakendusplaanidega võrreldes selgus, et mitte kõik nimetatud arengukavaga haakuvad ning selles seotud eesmärkide täitmisele kaasa aitavad tegevused ei leidnud RTA rakendusplaanides oma kohta. Osa RTP tegevustest esitati ühtse kogumina RTA esimese valdkonna kolmanda meetme all, kuid oma sisu poolest panustasid nad pigem RTA teise, neljanda või viienda valdkonna eesmärkide täitmisesse. Lisaks selgus hindamise käigus, et osa RTP tegevusi ei kajastatud RTA tegevuskavades üldse, kuigi hindajate arvates nad kindlasti toetasid RTA eesmärkide täitmist.

Rahvatervise programm on selgelt seotud ja kooskõlas LPA-s seatud strateegiliste eesmärkide, meetmete ja tegevussuundadega ning toetab otsesemalt või kaudsemalt nende elluviimist. Otseselt on RTP raames ellu viidud tegevuste panus välja toodud LPA 3. strateegilise eesmärgi meetme 3.2 “Varase sekkumise ja lastekaitse süsteemi tõhustamine” ja 3.3 “Inimeste vajadustest lähtuvate efektiivsete sekkumiste pakkumine ja arendamine” tegevustele ja alategevustele seatud oodatavate tulemuste/indikaatorite täitmisel. Lisaks on RTP tegevuste seas suur osa selliseid, mis hindamismeeskonna hinnangul toetavad LPA rakendamist, kuid ei ole LPA rakenduskavades märgitud. Seejuures on RTP projektid toetanud kaudselt LPA 2. strateegilise eesmärgi meetme 2.1 “Vanemlust toetavate hoiakute kujundamine ja teadmiste suurendamine” elluviimist.

Programmile eelnenud olukorda arvestades valiti RTP-s õiged eesmärgid ja sihtrühmad. Programmi alamosade keskendumist erinevatele laste ja noorte vaimse tervise aspektidele võib pidada oluliseks ja õnnestunuks. Kuigi alameesmärkide täitmise jaoks erinevat tüüpi toetuste kasutamine (eelnevalt kindlaks määratud, avatud taotlusvooru projektid ja KSF projektid) võis mõnevõrra programmi killustada, siis selle tulemusena tagati rahastatud projektide sihipärane valik ning programmi alameesmärkide ulatuslik täitmine. Ainult ühte tüüpi toetuste kasutamine ei oleks hindajate arvates viinud samaväärse tulemuseni.

RTP raames parandati laste vaimse tervisega kokku puutuvate spetsialistide professionaalseid oskusi. Paljude projektide raames pakuti hulgaliselt täienduskoolitusi, laste vaimse tervise õdedele korraldati koolitusprogramm Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Samuti toetati keskuste projektide kaudu kliiniliste psühholoogide kutseasta läbimist. Samal ajal on endiselt puudu kõigist vaimse tervise teenuse osutajatest, eriti lastepsühhiaatritest ja kliinilistest psühholoogidest.

RTP raames arendati välja neli laste ja noorte vaimse tervise keskust (Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel) ning laste vaimse tervise kabinetid Põlvas, Valgas, Võrus ja Narvas. Keskuste ja kabinettide töö tagab integreeritud vaimse tervise teenuse pakkumise enamates piirkondades, kui see oli võimalik enne

programmi algust. Kõik keskused on omanäolised vastavalt varasemale vaimse tervise valdkonna arengule ja kogemusele antud piirkonnas. Märkimisväärne on laste vaimse tervise keskuse teke Kohtla-Järvel ja kabineti arendamine Narvas, sest varem puudusid laste vaimse tervise teenused Ida-Virumaal täielikult. Sellega astuti oluline samm ebavõrdsuse vähendamiseks laste vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parandamisel, kuid ebavõrdsus teenuste kättesaadavuses eksisteerib endiselt, sest jätkuvalt on laste vaimse tervise teenusteta Hiiu-, Jõgeva-, Järva-, Lääne-, Lääne-Viru, Rapla- ja Saaremaa lapsed. Puuduvad ka plaanid vastavate teenuste arendamiseks antud maakondades. Keskuste ja kabinetide kaudu on lastele ja noortele paremini kättesaadavad nii statsionaarse kui ambulatoorse ravi võimalused kui ka tõenduspõhised meetodid teenuste osutamisel. Vaimse tervise teenuste üleriiklikule kättesaadavusele aitasid kaasa programmis loodud veebipõhiste infokanalite loomine ning veebinõustamise arendamine. Muud programmi tegevused, sh spetsialistide koolitused ja kampaaniad planeeriti erinevates piirkondades. Kuigi RTP aitas hindajate arvates olulisel määral kaasa integreeritud vaimse tervise teenuse pakkumise laialdasemale kättesaadavusele, pole programmi järgselt mõjude hindamist läbi viidud ning puudub selge ülevaade, kas teenuse kättesaadavuse ebavõrdsus programmi abil vähenes või hoopis suurenes ning kas ja mis ulatuses on Eestis piirkondi, kus teenuse kättesaadavus RTP abil ei paranenud. Kuna programmi ettevalmistavas perioodis ei kaardistatud abivajavate laste sihtrühma suurust ja vajadusi, siis ei ole programmi lõppedes ka võimalik öelda, kui suurele osale sihtrühmast teenuseid osutati või kui suurele osale sihtrühmast teenuste kättesaadavus paranes. Sama kehtib ka raskete psüühikahäiretega laste rehabilitatsiooniteenuse väljaarendamise kohta.

Enamus Eestis osutatavatest laste vaimse tervise teenustest osutatakse RTP kaasatud tervishoiuasutustes (tabel 6) ja 2016. aastal on teenuseid osutatud mõnevõrra rohkem kui 2015. aastal. 2016. aastal tervishoiuteenuste loetellu lisatud psühhiaatrilise ravimeeskonna koduvisiiti kasutati 2016. aastal kaheksal korral.

Tabel 6. Eesti Haigekassa poolt rahastatud 0–14-aastastele lastele osutatud vaimse tervise teenused aastatel 2015–2016

	2015		2016	
	isikuid	visiite	isikuid	visiite
Psühhiaatri vastuvõtud	6617	15272	6806	14982
sh RTP haiglad	5016	11974	5427	12135
Vaimse tervise õe vastuvõtud	1184	2132	1680	3131
sh RTP haiglad	1116	2036	1560	2942
Kliinilise psühholoogi vastuvõtud	1499	2179	1650	2522
sh RTP haiglad	1208	1706	1441	2094
Kliinilise psühholoogi vastuvõtud perearsti poolt suunatuna	150	296	298	338

Allikas: Eesti Haigekassa

Paralleelselt programmi tegevustega saavad perearstid alates 2015. aastast läbi teraapiafondi suunata patsiente kliinilise psühholoogi vastuvõtule. See vähendab vajadust eriarsti poole pöördumiseks ning suurendab perearsti rolli. (Eesti Haigekassa 2017) Programmi vältel on teatud määral tehtud koostööd ka perearstidega, kuid kõigi osapoolte rollid ja patsientide liikumise skeem ei ole üheselt selge. Samuti ei ole lahendatud kiiret abi vajavate patsientide käsitlemine pikkade järjekordade tõttu. Siin oleks suuremat riigipoolset koordineerimist vaja.

„Oleme koolitanud siduserialasid, et nad kuidagigi teaksid keda kuidas märgata. Õppekavades ei ole teooriat ega praktikat. Esmatasandil ei tea keegi ja teisel tasandil ei tea keegi midagi, seda polegi, kolmas etapp on ülevoolutatud.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Lastepsühhiaatria on saatekirjata eriala, puudub igasugune eelseleksioon alates voodimärgajatest kuni tõsiste kõrvalekalleteni. Kolmas tasand ummistatakse ära esimese ja teise tasandi jamaga, linki kus esimene ja teine tasand funktsioneeriks, pole.“ (Sidusrühma esindaja)

„Riigis suuri struktuurseid muutusi ei tee teenuspakkujad vaid ikkagi riik ise, kellel on selleks ministeerium.“ (Projektijuhi intervjuu)

„Perearstid on alati kaasatud olnud, et kuidas tervisekeskus peaks töötama. Selle projekti tugevus on, et kõiki tegevusi on püütud sünergias hoida. Oleme surunud, et perearstile peaks vaimse tervise õde tekkima. Et kuidas tekiks integreeritus vaimse tervise keskustega ja kust need spetsialistid sinna tekivad. /.../ Süsteemst ja valdkonna juhtimist ei olnud.“ (Projektijuhi intervjuu)

Kuigi valdav enamus programmi tegevusi oli uudsete teenuste väljaarendamine, siis kasutati programmi vahendeid vähesel määral ka varem riigieelarvest rahastatud teenuste või muude tegevuste rahastamiseks (vanglates HIV testimine, laste tervisekontrolli juhendi kaasajastamine). Antud tegevused olid sihtrühmadele vajalikud ja projektide lõppedes jätkati antud tegevuste rahastamist riigieelarvest.

„Aastas peab olema 3000 HIV testimist, aga seal [taotluses] polnud päris täpselt öeldud, kas projektist või nagu vangla ise peaks seda tegema. /.../ Selle projekti raames tulid kõik HIV testid sealt projektist. B-hepatiit tuli hiljem, seda ei olnud alguses projektis sees. /.../ [Sai riigi raha kokku hoida?] Jah, nii võib öelda küll.“ (Projektijuhi intervjuu).

„Ma leidsin ka mingi kirjavahetuse, et neil jäi raha üle ja siis nad tegid sinna mingeid lisatestimisi ja juurde vaksineerimised ehk siis viirushepatiidi vaksineerimised võtsid ka juurde. Aga ma ütlen veelkord, et see, see natukene nagu kõlab, või no see, selline halb maik on juures, et meil on natukene raha, nüüd natukene teeme.“ (Eeldefineeritud projekti hindaja)

„Ma võtsin vanglate, vanglateenistus kodulehelt sellise teksti: „Kõik vanglasse saabuvad vangid läbivad esmase tervisekontrolli. Sellega tehakse kindlaks haigused, sealhulgas nakkushaigused nagu tuberkuloos, hepatiit ja HIV, ja määratakse edasine ravi.“ Ja see kopsude ja röntgeni asi, see on veel eraldi määrusega ka paika pandud. See tuleneb nakkushaiguste seadusest. Ehk et tegevus on olemas ja sinna tuli nagu Norra rahade eest see sama tegevus. Et see on nagu küsitav. Ju siis kasutati rahaallikat.“ (Eeldefineeritud projekti hindaja)

„Laste tervisekontrolli juhend kasvas ka kontseptsioonist välja, kus kontakt pere ja lapsega tekib tegelikult tervishoiusüsteemis juba raseduse jälgimise ajal, ja siis alates koduviisidist ja lõpetades koolitervishoiuga. Praegust juhendit vaadates ei ole suunist, et peaks üldse lapse vaimse tervist hindama. Juhend vajab uuendamist, õnneks ka ajaliselt. /.../ Ise kirjutasin ravijuhendite nõukojale selle taotluse, sealt me ei saanud rahastust. Aga kuna projektis oli vahendeid, siis /.../ ütles, kui teil on vahendeid, siis hakake pihta. /.../ Tegevus jätkub, /.../ See tuleb nüüd riigi rahast. [Laste tervise kontrolli juhendis rahastate ka mitte vaimse tervise teemasid?]. Jah, maksime selle lõivuga, et see juhend saaks ikkagi valmis ja et see integreeritus tekiks.“ (Projektijuhi intervjuu)

Programmi üheks eesmärgiks oli tõsta elanike teadlikkust vaimse tervise probleemidest. Kampaniate raames seda ka tehti, kuid kuna programmi eelselt ei mõõdetud elanike teadlikkuse baastaset, siis on võimatu mõõta ka potentsiaalseid muudatusi elanike teadlikkuses.

RTP projektides järgiti suures osas taotlustes planeeritud ning eesmärkide täitmist olulisel määral mõjutanud tegevusi ellu viimata ei jäänud ja esialgu planeeritud tegevusi märkimisväärselt ei muudetud. Samas lisandus kavandatule mitmeid täiendavaid tegevusi, mida algselt polnud planeeritud, kuid mille järele tekkis vajadus projekti jooksul (nt veebilehe venekeelse osa arendamine, elektroonilise haigusloo arendamine, spetsialistide kutseasta toetamine). Osa täiendavatest tegevustest viidi ellu lisaelarve abil ja/või pikendusaja jooksul.

Programmi koostamisel ja kinnitamisel jäi operaatori hinnangul indikaatorite välja töötamiseks vähe aega, mistõttu seati programmi täitmise hindamiseks ainult väljundindikaatorid ning tulemusindikaatorite seadmiseni ei jõutud. Pärast lepingu sõlmimist lisandus indikaatoreid FMO poolt esitatuna Doris andmebaasis, kuid ka suurem osa neist on väljundindikaatorid. Hindajate arvates ei ole seatud indikaatorid piisavad programmi oodatavate tulemuste täitmise hindamiseks, seda ennekõike põhjusel, et tegemist on väljundindikaatoritega (nt juhendmaterjalide arv, koolitust saanud isikute arv, läbiviidud sotsiaalkampaaniate arv), mille kaudu ei ole võimalik hinnata programmi laiemaid tulemusi ja mõju. Lisaks väljundindikaatoritele tuleks edaspidi sarnase sekkumise elluviimisel seada programmile ka tulemus- ja mõjuindikaatorid (vt ptk 6.1.4). Soovitame programmioperaatoril edaspidi toetuste taotlejaid indikaatorite seadmisel rohkem juhendada, et tagada ühelt poolt sobivate indikaatorite seadmine projekti tasandil ning teisalt seatud indikaatorite kooskõla programmi indikaatoritega.

Koondhinnang programmi asjakohasusele

Hindamise tulemusena loome RTP asjakohaseks. Programmi valitud sihtrühmad ja tegevused vastasid nii NFM-i kui ka RTA ja LPA eesmärkidele. Ellu viidud tegevused olid kooskõlas planeerituga ning täiendasid üksteist eesmärkide saavutamisel, lisaks viidi programmis ellu täiendavaid tegevusi, mille vajadus selgus programmi jooksul. Programmis ja projektides oli probleeme indikaatorite ning nende alg- ja sihttasemetega määramisega, sest uuringuid indikaatorite baastasemetega määramiseks läbi ei viidud, kuid kokkuvõttes ei mõjuta see hindajate arvates asjakohasuse koondhinnangut. Programmis seatud väljundindikaatorid ei mõõda projekti poolt loodud laiemaid tulemusi ja mõjusid, näiteks käitumise muutust projekti sihtgrupi ja kogu elanikkonna seas. Programmi tegevuste regionaalse kaetuse aspekti ehk vastavust piirkondlikele vajadustele ei ole ilma täiendavate uuringuteta võimalik hinnata, sest Eestis ei ole teada laste vaimse tervise alased regionaalsed vajadused.

6.6.2 Tulemuslikkus

Euroopa Majanduspiirkonna ning Norra toetuste vahetõttu (Mid-Term ... 2016) märgitakse, et kõige enam mõjutas programmide eesmärkide saavutamist programmide loomisega kaasnenud ajalised viivitused, mistõttu projektide elluviimisega alustati keskmiselt enam kui kolm aastat pärast programmiperioodi algust. Kuigi vahetõttu alusel võttis programmide ettevalmistamine Eestis võrreldes teiste toetust saanud riikidega vähem aega, märkisid mitmed RTP projektijuhid küsitluse ja intervjuu käigus, et **RTP ettevalmistamisele kulus väga palju aega, mistõttu jäi projektide elluviimiseks ja soovitud tulemuste saavutamiseks aega väheseks.**

Programmi ettevalmistusaja pikenemine lühendas rakendusajaga niivõrd palju, et teatud tegevusi ei olnud võimalik enam rakendusaja sisse mahutada ning need jäeti programmist välja (nt tõendusühise meetodika kohandamine Eestile). Uue programmi ettevalmistamisel peab samuti arvestama, et kui programmi ettevalmistuseks kuluvat aega rakendusajast ei eraldata ehk programmi ettevalmistamiseks kuluva aja pikenemisel väheneb samavõrra tegevuste elluviimisele mõeldud periood, siis võivad ajalised piirangud mõjutada uute projektitegevuste valikut. Programmi ajaline pikendamine doonorriigi poolt, mis eelmisel perioodil aitas oluliselt kaasa programmi eesmärkide saavutamisele, ei pruugi järgmisel perioodil samas mahus realiseeruda.

Lisaks põhjustas programmi rakendamiseks jäänud lühike periood, mis tulenes doonorriigiga läbirääkimiste ning tingimuste kokkuleppimise venimisest, pingeid ajakavas nii programmioperaatori kui ka tegevuste elluviijate jaoks. Tegevused, mis algselt olid mõeldud üksteisele järgnevate või üksteist täiendavatena, pidid ajapuuduse tõttu toimuma paralleelselt. Näiteks Tallinna Laste Vaimse Tervise keskus, mis algselt pidi toetama teiste piirkondlike keskuste rajamist ning integreeritud teenuste loomist ja testimist, sai neile tegevustele tunduvalt vähem tähelepanu pöörata, sest kõik piirkondlike keskuste loomise projektid alustasid samaaegselt.

„Hetkel oli nii, et kulus väga pikk aeg enne, kui programm välja kuulutati ja siis veel päris kaua, enne kui positiivne otsus tuli. Kokkuvõttes jäi suure rahastuse ja suure sisuga projekti elluviimiseks vaid 1,5 aastat, mis on tegelikult väga lühike aeg. Tuli ette kiirustamist ja ülekoormusi. Proportsioonid peaksid olema ajakavas ikka projekti elluviimise kasuks.“ (Projektijuhi küsitlus)

„Projekti elluviimise periood peaks olema pikem, et ei tekiks kiirustamist, ülekoormusi, läbipõlemist. Ei peaks olema nii, et näiteks alles aastal 2020 saab taotlusele vastuse ja asuda tegevusi ellu viima. Võimalikult palju peaks planeerima just aega elluviimisele, mis tagab parema kvaliteedi.“ (Projektijuhi küsitlus)

Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna projekt „Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks“ alustas teenuste kontseptsiooni loomist paralleelselt piirkondlike keskustega, mis viis olukorrani, kus neljas projektis samaaegselt töötati välja optimaalset integreeritud teenuste pakkumise süsteemi. Kuigi nende nelja projekti projektijuhtide hinnangul suhtlesid nad projektiperioodil omavahel tihedalt pakutavate teenuste, koolituste ja testide kohandamise osas, siis päris ühtse teenuste süsteemi loomiseni RTP-s ei jõutud ning kõigis piirkondlikes keskustes ja kabinettides on nii ravimeeskondade koosseisus kui ka pakutava teenuse osas erisusi. Positiivse tulemusena võib välja tuua, et loodud teenused on programmiperioodi lõpuks lisatud Haigekassast rahastatud teenuste nimekirja.

Lisaks mõjutas RTP projektide koondumine samale ajaperioodile sihtrühma osalemisvõimalusi programmi tegevustes (nt koolituste, seminaride, konverentside toimumine samal perioodil ei võimaldanud spetsialistidel kõigis huvipakkuvates üritustes osaleda muude (töö)kohustuste tõttu) ning sõnumi jõudmist sihtrühmani. Kuigi erinevad kampaaniad tõid mitmeid olulisi teemasid elanikkonna huviorbiiti, oleks nende hajutamine pikemale ajaperioodile aidanud kaasa püsivamate muutuste tekkimisele.

Programmi enda riskianalüüs sisaldas viit peamist riski, mis olid seotud avatud taotlusvoorude korraldamisega ning mille korral arvati, et need eelnevalt kindlaks määratud projekte ei mõjuta (Program proposal 2011). Riskideks olid:

1. vähe taotlejaid - riski leevendamiseks ei nähtud ette olulisi meetmeid. Vajaliku hulga taotlejate tagamiseks kavatseti informeerida potentsiaalseid taotlejaid ja julgustada neid taotlust esitama.
2. madala kvaliteediga taotlused – riski leevendamiseks kavandati infopäevi ja koolitusi enne taotlusvoorude korraldamist ning pakuti toetust Norra partnerite leidmiseks;
3. inimressursside vähesus taotlejate hulgas – riski leevendamiseks pakuti kõigile projektidele vajalikku vaimse tervise alast koolitust ja supervisioone. Taotlejaid julgustati lisama projekti täiendavaid koolitusi ja muid meetmeid piirkondlike inimressursside vähesuse leevendamiseks.
4. taotlejate võimekus ressursside õigeaegseks kasutamiseks – riski realiseerumise vältimiseks määras Sotsiaalministeerium programmi administraatori, kes pidevalt jälgis ja juhendas ressursside kasutamist;
5. suutmatus integreerida tegevusi teiste valdkonna teenustega – RTP taotlus töötati välja koos teiste sektoritega. Juhul, kui teise programmi taotlusvoorud ebaõnnestuvad või jäävad venima,

pööratakse rohkem tähelepanu võrgustikutegevustele, kuna kahe programmi tegevuste koordineerimise sünergia läheb kaduma või väheneb olulisel määral.

Programmi kolmanda riski puhul oli tegemist olulise programmi elluviimist takistava teguriga. Ühelt poolt oli puudu vajalikke spetsialiste (sh vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid, tegevusterapeutid, veebinõustajad), kes saaksid teenust osutada ning kelle abil uusi teenuseid luua ja testida. Teisalt oli sageli probleeme projektimeeskondade ülekoormusega, kuna projektitegevus oli paljudele meeskonnaliikmetele täiendavaks tegevuseks oma põhitöö kõrval. Täiendavaks takistavaks teguriks programmi elluviimisel oli ka tegevuste jätkusuutlikkus, millele lahenduste otsimisega tegelesid mitmed projektid koostöös programmioperaatoriga. Nimetatud tegureid võib lugeda programmi jooksul realiseerunud riskideks, mille maandamisele projektides aega ja ressursse kulutati. Peaaegu kõigis projektitaotlustes esines riskianalüüsis teatavaid puudujääke, kuna perioodi jooksul avaldusid projektides mitmed täiendavad riskid, mida taotlemisel ette ei nähtud (sh riigihangetega seotud riskid, meeskonnaliikmete vahetumine, koostööpartnerite väiksem võimekus tegevuste elluviimisel, sihtgrupi hõivatus või vähene huvi tegevustes osaleda).

Projektide tulemuslikkust ja tõhusust mõjutanud tegurina võib välja tuua RTP-s teostatud projektide omavahelise koostöö ning mõnikord ka selle vähesuse. Koos tegutsedes või üksteise tegevustega kursis olles vähendati dubleerivaid tegevusi või täiendati üksteise tegevusi sobival viisil (nt panustati ühiste juhendmaterjalide väljatöötamise või kohandati teiste projektidega võrreldes erinevaid vaimse tervise hindamise teste ning pakuti koolitusi ka teiste projektide meeskondadele, korraldati ühiseid õppereise). Osade projektide puhul saadi olulist sisendit teistesse riikidesse, sh Norrasse, korraldatud õppereisidest.

Programmi tulemuslikkuse hindamise muudab keeruliseks programmielse olukorra kaardistamata jätmine ning hindamise läbiviimine ajal, mil suur osa projektitegevustest alles lõppes. Programmi tulemuslikkuse hindamiseks tuleks läbi viia täiendavaid uuringuid programmi tegevuste ulatuse ja mõju kohta.

Enamik (85%) programmis teostatud projektidest olid tulemuslikud ning kõik rahastatud projektid aitasid kaasa programmi eesmärkide täitmisele ning täielikult jäi saavutamata vaid kahe programmiindikaatori sihttase. Kuna indikaatorite alg- ja sihttasemete seadmine polnud hindajate arvates alati põhjendatud (st puudusid vastavad olukorda kaardistavad uuringud), siis seati mõnede indikaatorite sihttasemed liiga madalale (nt teenust saanud laste ja noorte arv, koolitatud spetsialistide arv, loodud kabinetide ja võrgustike arv, HIV osas testitud kinnipeetavate arv), millele viitab nende mitmekordne ületamine programmiperioodi lõpuks.

Koondhinnang programmi tulemuslikkusele

Kuigi RTP ettevalmistamisele kulus palju aega ning rakendamise periood jäi selle tõttu lühemaks, loeme hindamise tulemusena programmi pigem tulemuslikuks. Programmi tegevused olid sobivalt valitud ning piisavad RTP eesmärkide saavutamiseks. Suurem osa programmi eesmärkidest täideti või ületati, samas osa indikaatorite sihttasemetest olid valitud liiga madalad. Programmis ilmselt erinevaid riske, mis mõjutasid tegevuste elluviimist. Tulemuslikkuse osas oli võimalik hinnata ainult programmi väljundindikaatorite saavutamist, kuid programmi tulemuste ja laiemate mõjude saavutamisele ühest hinnangut anda ei saa, kuna programmile ei seatud tulemus- ega mõjuindikaatoreid. Programmi tulemuslikkuse paremaks hindamiseks on vaja läbi viia täiendavad uuringud tegevuste ulatuse (nt milline on maakondlik laste vaimse tervise probleemide levimus, millisele osale probleemidega lastest on teenused maakondlikult kättesaadavad, kui paljud neist teenuseid mõistliku ooteaja jooksul kasutab, milline on katmata vajadus) ning tulemuste ja mõju (nt kas laps saab probleemile talle vajaliku integreeritud terviklahenduse koos vajalike jätkutegevustega, kas laps terveneb/paraneb/tema areng on asjakohaselt toetatud) kohta.

6.6.3 Tõhusus

Eesmärkideni jõudmiseks püüti Euroopa Majanduspiirkonna ning NFM rahastatud programmide monitooringu käigus leida projekte, mis ei kasuta ära kogu toetust, ning projekte, mis suudaksid tegevuste jätkamise või laiendamiseks anda olulisi tulemusi ning vajadusel ressursse nende vahel ümber jagada (Mid-Term ... 2016). Ka RTP-s oli projekte (nt "Seksuaaltervisealase internetinõustamisteenuse korraldamine ning vaimse- ning reproduktiivtervisealaste veebipõhiste nõustamisteenuste kvaliteedijuhendi välja töötamine" ja "Alkoholi põhjustatud sünnikahjustuste ennetamine"), mis ei kasutanud ära kogu algselt planeeritud eelarvet ning mille ülejäägid suunati teiste projektide pikendamiseks või Kahepoolsete suhete fondi projektide toetuseks. Nii panustati rahakasutuse efektiivsuse tõstmisesse programmi tasandil.

Programmi eesmärkide täitmisele aitas oluliselt kaasa võimalus projektide täitmisaja pikendamiseks, mida kasutati ligikaudu poolte (kümme projekti 19-st) RTP projektide puhul. Erinevates programmides, sealhulgas RTP-s, pikendati sageli eelnevalt kindlaks määratud projekte just nende mahu ja keerukuse tõttu. Lisaks taotles programmioperaator ka kõigi esimeses avatud taotlusvoorus rahastatud projektide pikendamiseks vajalike seadusandlike muudatuste tegemist, et tagada programmi oluliste tegevuste jätkusuutlikkus ning projektide tegevuse jätkumine. Programmi viimase pikendamise käigus anti projektidele lisaajaga nii olemasolevate kui täiendavate tegevuste lõpetamiseks. Riskide hajutamiseks, projektide lõpetuste sujumiseks ning eesmärkide saavutamiseks jättis programmioperaator perioodi lõppu neljakuulise puhveraja, mida kasutati üksnes osade projektide pikendamiseks, mis vajasisid jätkusuutlikkuse tagamiseks või eesmärkide saavutamiseks lisaajaga. Programmioperaatori hinnangul täitis puhveraja kasutamine oma eesmärgi ning võimalusel kasutaksid nad sellist lähenemist ka järgmisel perioodil.

Oluliseks takistuseks projektide elluviimisel olid hanketegevuste ja lepingute sõlmimisega kaasnenud viivitused, peamiselt just infrastruktuuri investeeringute korral (Mid-Term ... 2016). Riigihangetega seotud probleeme (sh hangete ettevalmistuse viibimine, hangete vaidlustamine, pakkujate vähesus või puudumine, eksimine riigihangete nõuete osas) esines mitmetes RTP projektides. Samas neid riske projektide taotlustes ei näinud sageli ette ei riigiasutused ega ka väiksema hankemenetluse kogemusega mittetulundusühingud. Riigihangetega seotud probleemid mõjutasid peamiselt projektide ajakavas püsivust, finantsaruandlust (sh olid seotud tagasinõuetega) ning vähemal määral eesmärkide saavutamist.

Nihkeid projektide ajakavas põhjustasid näiteks projekti alguse või väljamaksete viibimine, koostisgruppide vähenemine täitumise ning sihtgrupi kaasamise keerukus suvekuudel. Mõnel juhul tekkisid probleemid ka

projektmeeskonna ülekoormusest, teenuste pakkumist omakorda mõjutas vajalike spetsialistide puudus või olemasolevate spetsialistide koolitamisele kuluv aeg.

Projektide eelarved oli enamasti kooskõlas planeerituga ning keskmiselt kasutati ära 94% eelarvest. Siiski muudeti peaaegu kõigi projektide eelarvet elluviimise ajal, et see vastaks paremini tegelikele kuludele. Lisarahastust said projektid ainult täiendavate tegevuste ellu viimiseks.

Kui võrrelda RTP projektidele väljamakstud kogu toetussummat (vt ptk 4.2) ning hindamismeeskonna poolt projektidele antud koondhinnanguid nende tulemuslikkuse ja jätkusuutlikkuse kohta (vt ptk 5.4), võib järeldada, et valdav osa jagatud vahenditest olid suunatud projektidele, mis saavutasid seatud eesmärgid (olid tulemuslikud) ja mille tegevused on jätkusuutlikud. Täpsemalt jagati 96% projektidele väljamakstud kogu toetussummast projektidele, mis olid hindamismeeskonna hinnangul tulemuslikud, ja 4% projektidele, mis said hinnanguks mõõdukalt tulemuslik. Jätkusuutlikkuse kriteeriumi võrdluses jagunes projektidele väljamakstud kogu toetussumma järgmiselt: 82% vahenditest jagati projektidele, mille tegevusi hindasid hindajad jätkusuutlikeks, 9% mõõdukalt jätkusuutlikele projektidele ja 9% projektidele, mille tegevused ei ole hindajate hinnangul jätkusuutlikud. Viimasest lähtuvalt on oluline läbi mõelda, mil viisil on programmioperaatoril võimalik edaspidi enam kaasa aidata oluliste projektitegevuste jätkumisele ja edasi arendamisele pärast rahastatud projektide lõppemist, et programmi vahenditega saavutatud tulemused jääksid püsima pikemaks ajaks.

Koondhinnang programmi tõhususele

Hindamise tulemusena loeme RTP pigem tõhusaks. 96% programmis väljamakstud toetussummast jagati projektidele, mis olid hindamismeeskonna arvates tulemuslikud ja 82% vahenditest jagati projektidele, mille tegevusi hindasid hindajad jätkusuutlikeks. Programmis projektide pikendamine, kõrvalekalded ajakavas ning eelarve vähesem kasutamine tõhususe hinnangut oluliselt ei mõjutanud. Programmi tõhusust vähendas projektijuhtide suur halduskoormus. Programmi rahastamise maht oli enamasti piisav valitud tegevuste ellu viimiseks ja eesmärkide saavutamiseks.

6.6.4 Jätkusuutlikkus

Alates programmi algusest tegelesid nii vaimse tervise keskuste loomisega seotud projektid kui ka programmioperaator loodava integreeritud teenuse jätkusuutlikkuse tagamiseks võimaluste otsimisega. Korraldati mitmeid ühiseid arutelusid, kuhu kaasati Haigekassa ja kohalike omavalitsuste esindajaid. Koostöö ja läbirääkimiste tulemusena lisati üks projektides loodud, kirjeldatud ja testitud teenus alates 2016. aastast ja teine alates 2017. aastast Haigekassast rahastatavate teenuste nimekirja, kuid nii Pärnumaal kui ka Valgamaal toetab teenuse osutamist 2017. aasta lõpuni teatud määral ka kohalik omavalitsus.

Paljud projektides ellu viidud tegevused on enamasti mõjusad ja jätkusuutlikud ega vaja hilisemat toetust, kuid RTP-s viidi ellu ka projekte, mille tulemused vajavad jätkuvat tähelepanu ja rahastust, näiteks loodud rehabilitatsiooniteenuste ja võrgustikutegevuste jätkumine, juhendite rakendamine, vaimse tervise keskuste ja ravimeeskondade arendamine, vaimse tervise teenuste jätkuv rahastamine Haigekassa eelarvest, veebilehtede hoidmine ja täiendamine, vajalike vaimse tervise spetsialistide koolitamine. Seetõttu on oluline, et juba programmi ette valmistades mõtleks programmioperaator läbi potentsiaalsete tegevuste jätkusuutlikkuse tagamise võimalused (eelkõige peaks olema tagatud eelnevalt kindlaks määratud projektide jätkusuutlikkus) ning alustaks vajadusel jätkusuutlikkuse tagamise läbirääkimisi juba ideede väljatöötamise etapis. Programmioperaatori ülesanne on mõelda juba rahastamisotsuseid tehes, kuidas valitud tegevused panustavad riiklikku tegevusse ja kuidas saab riik hiljem toetada nende jätkusuutlikkust ühel või teisel kujul, näiteks vajadusel jätkuv rahastamine, tegevuste üle võtmine riigi- või

kohaliku omavalitsuse asutuse poolt, teemaga edasi tegelemine töörühmades ja arvestamine poliitikadokumentide väljatöötamisel, tegevuste lisamine riiklikesse arengukavadesse.

Intervjueritud ekspertide ja hindajatele kättesaadavate materjalide põhjal on vaimse tervise teema RTP lõppedes riiklikult jätkuvalt madala prioriteetsusega, mis seab ohtu programmitegevuste edaspidise jätkusuutlikkuse ja arendamise. Ei ole selge, kelle koordineerida jäävad riiklikul tasandil algatatud laste ja noorte vaimse tervisega seotud arendus- ja sisutegevused pärast RTP lõppemist. Soovitame RTP-s loodud tulemusi ja materjale kasutada riikliku vaimse tervise poliitika ning tegevuskava välja töötamisel, määrata sealjuures tegevuskava elluviijad ja vastutajad. Programmi abil panustati märkimisväärne rahaline ja ajaline ressurss teenuste väljatöötamiseks, võrgustike loomiseks, spetsialistide ja sidusrühmade koolitamiseks ning nüüd on oluline nende tegevustega süsteemselt edasi töötada.

*„Ja kogu selle asja sees nagu tegelikult ministeeriumi poliitikakujundamise poolelt oli selge tunne, et vaimse tervise poliitikat tegelikult keegi ei pea mitte millekski. Et see miks sinna said juhuslikud tegevused või paneme betooni, et poliitikat kui sellist - vaimse tervise poliitikat - meil endiselt ei ole. Siin on fragmendid siit ja sealt, aga terviklikku nägemust või terviklikku juhtimist ei ole.“
(Fookusgrupis osalenud ekspert)*

Programmi lõpus puudub endiselt ülevaade laste ja noorte vaimse tervise probleemide ulatusest, teenuse nõudlusest ning sellest, kui suure osa loodud vaimse tervise keskused ja kabinetid nõudlusest ära katavad. Puudub strateegia teenuse vajaduste katmisest teistes maakondades. Arendamist vajab koostöömehhanism perearstidega ning üldises plaanis tuleks astuda samme vaimse tervise spetsialistide (lastepsühhiaatrite, vaimse tervise õdede, kliiniliste psühholoogide) koolitustellimuse tagamiseks.

Koondhinnang programmi jätkusuutlikkusele

Hindamise tulemusena loeme RTP tegevused mõõdukalt jätkusuutlikuks. Suurem osa projektidest jätkab programmis alustatud tegevustega, rahastades jätkutegevusi enda eelarvest või koostöös projektipartneritega. Programmi olulise tulemusena on kaks vaimse tervise teenust Haigekassa poolt rahastatavate teenuste nimekirjas ning teenuse pakkumise jätkumist toetavad ka kohalikud omavalitsused. Mitmete projektide tulemusi on võimalik edaspidi kasutada ja arendada. Jätkusuutlikkuse hinnangut vähendab asjaolu, et mitte kõigi programmi oluliste tulemuste (sh pöörates tähelepanu just eelnevalt kindlaks määratud projektide tulemustele) jätkusuutlikkuse osas pole selgust ega kindlust. Näiteks ei ole teada, kuidas jätkub ühe väljatöötatud laste rehabilitatsiooniteenuse rahastamine ning laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni ja hindamisvahendite rakendamine. Samuti ei ole selgust, kuidas tagatakse loodud vaimse tervise keskustele ja kabinettidele jätkusuutlik rahastamine integreeritud teenuste pakkumiseks ning vajaliku personali koolitamine ja väljaõpe piisava juurdekasvu tagamiseks.

7 Järeldused ja soovitused

Sellesse peatükki on koondatud järeldused ja soovitused, mida tuleks hindajate arvates arvesse võtta lõppeva programmiperioodi kokkuvõtteid tehes ja uue programmiperioodi tegevusi ette valmistades. Soovituste aluseks on hindamise tulemused ning neid on arutatud fookusgrupi intervjuus hindamise tulemuste kasutajatega, Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi esindajatega.

Programmi väljatöötamine

1. Hindamise tulemus: Võrreldes programmi ettevalmistava perioodiga jäi tegevuste teostamise periood lühikeseks, mis lõi pingelise ajakava nii programmioperaatori kui ka tegevuste elluviijate jaoks. Lisaks toimus suur osa programmi tegevustest üheaegselt, mis tähendas, et tegevused, mis olid mõeldud algselt üksteist täiendavatena, pidid toimuma paralleelselt. Samuti mõjutas see sihtrühma osalemisvõimalusi programmi tegevustes (nt seminarid, konverentsid ja koolitused toimusid samal perioodil ning sihtrühmal polnud võimalik kõigis huvipakkuvates üritustes muude kohustuste tõttu osaleda) ning sõnumi jõudmist sihtrühmani (nt tervist edendavad sotsiaalkampaaniad toimusid ühel ajal).

Soovitus: Kasutada eelmise programmi ettevalmistamise ja doonorriigiga läbirääkimiste kogemusi uue perioodi ettevalmistamisel: (1) alustada Eesti-poolse programmi ettevalmistamisega võimalikult varakult, (2) rakendada uue programmiperioodi ettevalmistamisel maksimaalselt lõppeva perioodi kogemusi, väljatöötatud materjale (nt juhendid, taotlus- ja aruandlusvormid) ja praktikaid (nt toimivad tööprotseduurid) ning (3) rakendada uue perioodi programmide ettevalmistamisse ning elluviimisesse eelmisel perioodil sarnaste programmidega seotud ning seega juba vajalike teadmiste ja kogemustega inimesi.

Soovitus: Teha doonorriigile ettepanek, et programmi ettevalmistusaeg ei oleks osa programmiperioodist ehk programmi rakendusperioodi pikkus ei sõltuks programmi ettevalmistamisele kuluvast ajast.

2. Hindamise tulemus: Rahvatervise programmi väljatöötamisel seati programmile küll väljundindikaatorid, kuid mitte tulemus- ja mõjuindikaatoreid. Seega ei ole võimalik programmi elluviimise ajal jooksvalt seirata, kui edukas on programm seatud eesmärkide täitmisel, ning anda programmi lõppedes hinnangut, kas oodatud tulemused ja mõjud saavutati.

Soovitus: Pöörata järgmise programmi ettevalmistamisel oluliselt enam tähelepanu lisaks programmi väljundindikaatoritele ka tulemus- ja mõjuindikaatorite väljatöötamisele. Seejuures mõelda läbi, kuidas indikaatorite täitmist seiratakse (meetod ja mõõtmise sagedus), viia enne programmitegevuste algust läbi vajalikud tegevused (nt küsitlusuuring) indikaatorite baastasemete määramiseks, vastavalt mõõdetud baastasemetele seada indikaatoritele sihttasemed, arvestada indikaatorite täitmise seirega seonduvad kulud osana juhtimiskuludest ning planeerida mõõtmisega seonduvad tegevused osana programmi elluviimisest ja aruandlusest.

Soovitus: Kui programmi tasandil seatud eesmärki panustab mitu programmi raames elluviidavat tegevust (nt sotsiaalkampaaniad, teatud käitumuslike ja hoiakuliste muutuste saavutamine ühiskonnas), siis seada vastava eesmärgi saavutamise hindamiseks programmi tasandil ühine tulemus- ja/või mõjuindikaator ning hinnata selle saavutamist programmioperaatori poolt (nt küsitlusuuring enne ja pärast programmi elluviimist, sotsiaalkampaaniate märgatavusuuring). Seejuures silmas pidada, et käitumuslike ja hoiakuliste muutuste hindamine ei toimuks vahetult pärast vastavate projektitegevuste elluviimist.

Projektide hindamine ja valik

3. Hindamise tulemus: Kahepoolsete suhete fondi projektide taotlused läbisid kahe eksperdi hindamise. Enamasti oli üks hindaja Sotsiaalministeeriumi ja teine hindaja Norra Rahvatervise Instituudi esindaja. Ühe projekti hindamisse ei olnud aga Norra-poolset eksperti kaasatud, vaid mõlemad hindajad olid Sotsiaalministeeriumi töötajad. Kuigi antud projekti hindamisel kehtis programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt erisus ja hindamine viidi läbi nõuetekohaselt, ei pruugi olukord, kus kaks projekti hindajat on seotud Sotsiaalministeeriumiga, tagada hindamismeeskonna hinnangul projektide hindamisel erapooletuse ja läbipaistvuse.

Soovitus: Kaasata kõigi Kahepoolsete suhete fondi projektide hindamisse lisaks Eesti eksperdile ka Norra ekspert, et tagada hindamise erapooletus ja Norra-poolsete teadmistega arvestamine. Kahepoolsete suhete fondi projektide õnnestumiseks on oluline, et Norra ekspert hindaks Norra-poolse projektipartneri sobivust projekti eesmärkide saavutamise kontekstis, samuti kas ootused projekti raames Norrast saadavate teadmiste, kogemuste, meetodite ja parimate praktikate saamisele on realistlikud. Kui Norra eksperdi kaasamine teatud projekti hindamisse ei ole mingil põhjusel võimalik, peaks sõltumatu tagamiseks vähemalt üks kahest hindajast olema ekspert, kes ei tööta Sotsiaalministeeriumis ega selle haldusala asutustes.

4. Hindamise tulemus: Projektide hindajad töid oma hinnangutes välja mitmeid probleeme ja täiendavaid riske, mis hiljem osade projektide korral ka realiseerusid. Projektitaotlustes olid riskid hinnatud väga üldisel tasemel, paljud olulised riskid olid hindamata. Puudus mehhanism hindajate poolt välja toodud riskidega tegelemiseks projektide tasemel.

Soovitus: Programmis pöörata rohkem tähelepanu riskide hindamisele projektide ettevalmistamisel. Välja töötada protsess, kuidas hindajate poolt väljatoodud probleemide ja riskidega projekti elluviimisel arvestatakse.

5. Hindamise tulemus: Osade hindajate ja valikukomisjoni liikmete jaoks ei olnud selge, milline on nende roll projektitaotluste hindamisel ja toetuse saajate valikul. Valikukomisjoni liikmetele jäi arusaamatuks, miks nad pidid kiiresti üle hindama ekspertide poolt juba põhjalikult hinnatud taotlused ja miks neil oli õigus muuta ekspertide hinnangute alusel kujunenud projektitaotluste paremusjärjestust.

Soovitus: Tagada, et kõigile projektitaotluste hindajatele ja valikukomisjoni liikmetele antakse põhjalik ja selge ülevaade nende õigustest ja kohustustest projektitaotluste hindamisel ja valikul nii kirjalikus kui ka suulises vormis.

6. Hindamise tulemus: Ühe avatud taotlusvooru projektitaotluste hindamisel ja valikul ei langenud hindajate poolt antud hinnangud ja valikukomisjoni liikmete arvamused kokku, st valikukomisjon otsustas muuta ekspertide hinnangute alusel kujunenud paremusjärjestust. Samas ei osalenud valikukomisjoni koosolekul ühtegi projektitaotluste hindajat, vaatamata sellele, et programmioperaatori poolt esitatud informatsiooni kohaselt olid nad koosolekule kutsutud. Seega jääb küsitavaks, kas kõik ekspertide hinnangud arutluse all olnud projektide tugevuste ja nõrkuste kohta said valikukomisjoni koosolekul põhjalikult läbi arutatud ja rahastamisotsuste tegemisel arvesse võetud.

Soovitus: Muuta projektitaotluseid hinnanud ekspertide jaoks osalemine valikukomisjoni koosolekul edaspidi kohustuslikuks (kasutades selleks vajadusel elektrooniliste sidevahendite võimalusi), et vajadusel oleks võimalik neil taotlustele antud tagasisidet valikukomisjoni liikmetele selgitada ning projektitaotluste tugevaid ja nõrku külgi koos arutada.

Programmitegevuste elluviimine

7. Hindamise tulemus: Kolmanda avatud taotlusvooru koolituste alasuuna "Tervisealased koolitused mitte tervise sektori spetsialistidele" projektide elluviijate hinnangul piiras tegevuste laiemu mõju saavutamist mõnevõrra programmioperaatori poolt seatud sihtgruppide määratlus. Täpsemalt ei kuulunud sihtgruppi tervishoiu spetsialistid, õpetajad ning kooli ega lasteaiaga tugipersonal, kellel on aga oluline roll kohaliku tasandi tervisedenduse võrgustiku töös. Samuti peeti piiravaks riigisektori töötajate välistamist, keda peeti vajalikuks kaasata näiteks paikkondade võimestamisse panustava kohaliku ja riigi tasandi koostöö edendamise eesmärgil.

Soovitus: Avatud taotlusvoorude väljatöötamisel mitte seada välistavaid piiranguid erinevate sihtgruppide kaasamisele. [Läheneda projektitegevustes osalevate sihtgruppide kaasamisele probleemikeskset](#), st kaasata tegevustesse kõik sihtgruppid, kelle osalus on vajalik määratletud probleemi lahendamiseks.

8. Hindamise tulemus: Programmi ja projektide tulemuslikkusele aitas oluliselt kaasa paindlikkus muuta projektide siseselt algselt planeeritud eelarve jaotust eelarveridade vahel ja tegevuste ajakava, aga ka operatiivne töö projektide eelarvete ülejääkide suunamisel täiendavate tegevuste elluviimiseks.

Soovitus: [Tagada põhjendatud paindlikkus tegevuste elluviimisel ja eelarve kasutamisel](#) ka järgmise NFM programmide rakendamisel.

9. Hindamise tulemus: Kõik väljaarendatud laste ja noorte vaimse tervise keskused lähenesid integreeritusele erinevalt, st enamasti valmisid vaid tervishoiuteenuseid osutavad keskused ja kabinetid, valmis ka üks tervishoiu ja kogukonnateenuseid osutav integreeritud keskus. Valminud lahendus sõltus vaimse tervise teenuste osutamise varasemast kogemusest ja arengust piirkonnas.

Soovitus: [Lähtuda ka edaspidi laste ja noorte vaimse tervise keskuste arendamisel kohapealsetest eripäradest.](#)

Projektide juhtimine ja aruandlus

10. Hindamise tulemus: Suure osa projektijuhtide hinnangul oli indikaatorite seadmine projektile keeruline tegevus ning projektidokumentatsiooni analüüsi põhjal saab järeldada, et indikaatorite seadmise oskus oli projektiti väga erinev. Sageli oli avatud taotlusvooru projektides seatud indikaatorite kooskõla Rahvatervise programmi väljundindikaatoritega nõrk.

Soovitus: Pöörata edaspidi rohkem tähelepanu projekti tasandi indikaatorite seadmisele, sh [juhendada toetuste taotlejaid indikaatorite seadmisel](#) (nt infopäevadel või vastavate juhendmaterjalide jagamise abil), et tagada ühelt poolt sobivate indikaatorite seadmine projekti tasandil ning teisalt seatud indikaatorite kooskõla programmi tasandi indikaatoritega. Seejuures pidada silmas, et projektid võtaksid arvesse ja jälgiks programmi tasandi indikaatoreid, kuid samas peab neile jääma ka vabadus seada indikaatoreid, mis on kõige sobivamad just nende projekti tulemuste mõõtmiseks.

11. Hindamise tulemus: Projektide vahe- ja lõpparuannetes pole sageli infot kõikide seatud indikaatorite saavutustasemetega kohta ning puuduvad kokkuvõtted projekti tulemuslikkuse hindamiseks läbiviidud uuringutest.

Soovitus: [Iga vahearuanne peaks kajastama projekti peamiste indikaatorite täitmist](#) vastava indikaatori saavutamist toetava tegevuse juures. See võimaldab jooksvalt hinnata projekti eesmärkide suunas liikumist. Projekti lõpparuanne peab sisaldama infot kõigi taotluses seatud indikaatorite saavutustasemetega kohta. Taotleja peab tagama indikaatorite mõõdetavuse ning vajadusel esitama mõõtmismetoodika kirjelduse.

12. Hindamise tulemus: Projektide lõpparuannetes ei toodud välja, mil määral projekti tulemused aitasid kaasa programmi eesmärkide saavutamisele ehk panust programmi väljundindikaatorite täitmisse.

Soovitus: Iga projekti lõpparuandes tuua välja tulemuste otsesed ja kaudsed seosed programmi väljunditega koos projektijuhi põhjendusega panuse osakaalule.

13. Hindamise tulemus: Projektide vahearuanntes pole alati selgelt välja toodud, millised planeeritud tegevused vaadeldaval ajaperioodil tegelikult ellu viidi. Puudub võimalus projekti tegevuste ajalist kulgu jälgida.

Soovitus: Segaduse vältimiseks ning aruande jälgitavuse parandamiseks soovitame edaspidi muuta projektide vahearuanntes vormi selliselt, et pikemate tegevuste korral oleks aruandest näha nii eelmise perioodi tulemus, jooksva perioodi tulemus kui ka plaanid sama tegevuse jätkamiseks järgmisel perioodil. Kui tegevuse eesmärk saavutatakse ja tegevus järgmisel perioodil ei jätku, siis seda järgmise perioodi vahearuanntes enam ei kajastata, vaid tuuakse tulemusena välja projekti lõpparuandes. Aruande vormil peab olema koht põhjenduste jaoks, miks mõnda planeeritud tegevust ellu ei viidud, mõni tegevus edasi lükkus või asendati teisega.

Projektide elluviijate halduskoormus

14. Hindamise tulemus: Projekti aruandluse halduskoormus oli liiga suur. Aruannete esitamine, täiendamine ja kontrollimine oli ajamahukas. Mõnel juhul sai halduskoormus takistuseks projekti elluviimisel ning põhjustas nihkeid projekti ajakavas.

Soovitus: Programmi tulemusliku rakendamise seisukohast on väga oluline vähendada projektide elluviijate, aga ka Sotsiaalministeeriumi ja Rahandusministeeriumi tehnilise töö osakaalu, et seeläbi oleks võimalus panustada enam sisulisele tegevusele. Programmioperaator koostöös projekti täitjatega peab leidma tasakaalu aruandlusperioodide sageduse, aruannete detailsuse ning kontrollperioodi pikkuse vahel. Aruandlusnõuded ei tohiks programmi jooksul olulisel määral muutuda ega saada takistuseks projektide elluviimisel. Lubada kõigil projektidel lisaks projektijuhile kaasata meeskonda assistent või finantsspetsialist.

Soovitus: Kaaluda uuel perioodil erinevaid võimalusi finantsaruandluse lihtsustamiseks (nt kulude hüvitamine ühtse määra, kindlasummalise makse või standardiseeritud ühikuhindade alusel), võttes eeskju lihtsustamismeetmete kasutamise kogemustest struktuurivahendite rakendamisel, sh valmiva "Struktuurivahendite rakenduskeemide tõhususe ja toetuse saajate halduskoormuse hindamise" tulemustest.

15. Hindamise tulemus: projektide aruannete esitamine ja kinnitamine oli väga aja- ja ressursimahukas protsess. Sageli kulus projektide vahearuanntes kontrollimiseks ja kinnitamiseks mitmeid kuid, mis tõi kaasa rahaliste väljamaksete peatumise ning seadis ohtu projektide ajakavas püsimise ning eesmärkide täitmise. Projekti lõpparuande esitamine jäi enamasti väljapoole projekti abikõlblikkuse perioodi, mis põhjustas taotlejatele lisakulutusi projektiga seotud inimeste töö tasustamisel oma vahenditest kuni aruannete kinnitamiseni.

Soovitus: Seada ajalised piirangud projekti vahearuanntes kinnitamisele ning tagada projektide rahalised väljamaksed aruandlusperioodide vahel. Jätta projekti elluviimisaja lõppu piisav ajavaru aruandlusnõuete täitmiseks või arvestada aruandlusega seotud tööjõukulude katmine pärast projekti lõppu projektitoetuse osaks.

Programmitegevuste jätkusuutlikkus

16. Hindamise tulemus: Suure osa projektitegevuste väljatöötamise ja elluviimise ajal ei olnud selge, kuidas tagatakse tegevuste jätkusuutlikkus, sh rahastamine pärast RTP lõppemist. Näiteks ei olnud teada, kas ja milliseid programmi raames välja töötatud teenuseid hakkab pärast programmi lõppemist rahastama Haigekassa või Sotsiaalkindlustusamet. Siiani ei ole kindel kuidas rakendatakse laste vaimse tervise kontseptsiooni, kuidas jätkub integreeritud teenuste rahastamine Pärnus.

Soovitus: Eelnevalt kindlaks määratud projektide tegevuste jätkusuutlikkuse tagamine pärast programmi lõppemist mõelda läbi ja leppida kokku juba ideede väljatöötamise etapis. Toetada erinevatel viisidel (nt vajadusel jätkuv rahastamine, tegevuste elluviimise ülevõtmine riigiasutuse poolt, teemaga edasitegelemine töörühmades ja arvestamine poliitikadokumentide väljatöötamisel) ka avatud taotlusvoorudest rahastatud tegevuste elluviimist ja jätkusuutlikkust pärast programmi lõppemist. Mõelda läbi riiklikud võimalused projektitegevuste jätkusuutlikkuse tagamiseks avatud taotlusvoorude projektide hindamise etapis ja arvestada nendega rahastusotsuste tegemisel.

17. Hindamise tulemus: Vaimse tervise teema on riiklikult jätkuvalt madala prioriteetsusega, mis seab ohtu programmitegevuste edaspidise jätkusuutlikkuse ja edasiarendamise. Ei ole selge, kelle koordineerida jäävad riiklikul tasandil algatatud laste ja noorte vaimse tervisega seotud arendus- ja sisutegevused ning integreeritud teenuste kontseptsiooni rakendamine pärast Rahvatervise programmi lõppemist.

Soovitus: Töötada välja riiklik vaimse tervise poliitika ning tegevuskava koos elluvijate ja vastutajatega, mis võtaks arvesse Rahvatervise programmi raames saavutatud tulemusi ning toetaks nende edasist elluviimist ja arendamist.

18. Hindamise tulemus: Endiselt puudub ülevaade laste ja noorte vaimse tervise probleemide ulatusest, teenuse nõudlusest ning sellest, kui suure osa loodud vaimse tervise keskused ja kabinetid nõudlusest ära katavad. Puudub ülevaade kas ja millal arendatakse teenuseid ülejäänud maakondades ning kuhu peaks rajama täiendavaid kabinette. Puudub kindel koostöömehhanism perearstidega. Puudu on jätkuvalt vaimse tervise spetsialistidest.

Soovitus: Kaardistada laste vaimse tervise teenuste kaetud ja katmata vajadused. Soodustada integreeritud vaimse tervise teenuste väljaarendamist kõigis maakondades.

Soovitus: Leppida kokku patsientide liikumisteed ja koostöö perearstidega.

Soovitus: Soodustada vajaliku hulga lastepsühhiaatrite, vaimse tervise õdede, kliiniliste psühholoogide koolitustellimust.

8 Summary

The purpose of this evaluation was to conduct an **ex post evaluation of the Public Health Initiative program under the Norwegian Financial Mechanism 2019-2014 and the projects and communication activities implemented in the framework of the program**. The evaluation determined **whether and to what extent the activities implemented in the framework of the program contributed to achieving the following:**

- the priorities of the Norwegian Financial Mechanism 2009-2014;
- the objectives set in the National Health Development Plan 2009-2020;
- the objectives set in the Development Plan for Children and Families 2012-2020;
- the objectives set in the Public Health Initiatives program;
- the objectives set in the projects that received support in the framework of the program.

The overall objective of the Norwegian Financial Mechanism 2009–2014 was to contribute to reducing economic and social inequalities in the European Economic Area and to strengthen bilateral relations in priority fields agreed upon between Norway and beneficiary countries. **The main objective of the Public Health Initiatives program was to improve population health and reduce health inequalities.** More detailed objectives were the development of mental health services for children and improvement access to and quality of the services, reducing risk behaviors and promoting healthy lifestyles and behaviors, prevention of lifestyle-related diseases (substance abuse) and prevention and treatment of communicable diseases in prisons.

The main focus of the Public Health Initiatives program was children’s mental health and the objective was to alleviate the following problems:

7. increase the number of specialists and improve their professional abilities for dealing with mental health problems in children and youth (the knowledge and skills of specialists have improved due to trainings and supervision; the number of specialists needed for provision of mental health service has increased – mental health nurse, clinical psychologist, child psychiatrist);
8. improve mental health services (satisfaction with services has improved among beneficiaries and personnel and quality of and access to mental health and reproductive health related services has improved; including the number of inpatient beds has increased, a new, long-term rehabilitation service, contemporary digital solutions and web-based counselling service quality guidelines have been established);
9. improve the access to mental health services in various regions (use of new treatment methods in the place of residence of the person in need and set up of regional health counselling teams (offices), training specialists in different regions and local governments for coordinating and provision of mental health services);
10. raise the population’s awareness of mental health problems (including the knowledge and skills of children and youth, parents and the population have improved);
11. improve interdisciplinary cooperation and networking between specialists (between healthcare, social and education sector; the knowledge and skills of stakeholders have improved through trainings and supervision);
12. increase the use of evidence-based methods in provision of mental health services (improving awareness of effective and evidence-based interventions and adopting methods for evaluating the effectiveness of activities).

The program was developed in cooperation with the Ministry of Social Affairs and the Norwegian Institute of Public Health; it took a whole year.

The target groups for the activities in the Public Health Initiatives program were the Estonian population (general public), children (up to the age of 18) and young adults (age 19–26), parents, specialists in the field of health, social affairs and education who have contact with young people, decision-makers at local and county governments and specialists outside the healthcare sector (health promoters), who are responsible for creating a healthy living environment in local governments and counties.

17 output indicators were set for the program. Outcome and impact indicators were not developed due to time and know-how constraints. The program was implemented in the form of pre-defined projects, open calls for proposals, and Bilateral Relations fund projects as well as in the form of communication activities.

During the ex-post evaluation of the program, the program as a whole and 21 activities implemented within the Public Health Initiatives program were evaluated and an assessment was given to their relevance, effectiveness, efficiency and sustainability. The evaluation covered the period from 1 February 2013 to 31 January 2017. The evaluation based on the principles of **theory-based evaluation**. During the evaluation document and data analysis was used, a web survey was conducted, and 19 semi-structured in-depth interviews with project managers and six focus group interviews with program preparation team and program coordinators, project proposal evaluators and selection committee members, stakeholder representatives and final users of the results of the evaluation from different organizations were conducted.

In the framework of the Public Health Initiatives program, four children's and youth mental health centers were established (in Tallinn, Tartu, Pärnu and Kohtla-Järve), along with children's mental health counselling offices in Põlva, Valga, Võru and Narva), which will continue operation after the end of the program. Two rehabilitation programs for provision of long-term rehabilitation services for children with severe and persistent mental health problems were developed, one of these was operative after the end of the program. A concept entitled "Integrated services for supporting children's mental health: prevention, early diagnosis and timely indicated services" was created. The Ministry of Social Affairs is looking for ways of further implementation of this concept. Two mental-health-related web environments were established – www.peaasi.ee and www.enesetunne.ee, one reproductive-health-related web environment – www.amor.ee, and four mobile apps on mental-health-related topics: "Ära tee!" (Don't!), "Tee nii!" (Do this), "Deprest vabaks" (Depression free) and "Une monitor" (Sleep monitor). A number of social campaigns were carried out: "Onu Alko" (Uncle Alko), "Passiivne joomine" (Passive drinking), "Joome poole vähem!" (Let's drink less by half!), "Mul on kõik OK!" (Everything's fine with me) and other PR activities. A population survey was conducted – "The population's awareness, attitude and views on the topic of mental health", but since a similar survey was not carried out before the beginning of the program, the findings of the given study do not enable us to evaluate changes in the population's awareness, attitude and views on mental health topics. Specialists in the field of mental health and stakeholder groups were trained.

Factors impeding the implementation of the projects were mainly related to lack of human resources. There was a lack of the necessary specialists (including mental health nurses, clinical psychologists, occupational therapists, web counsellors), who could provide the service and who could be used to develop and test new services. Furthermore, there were often problems with overburdened project teams, as the project activity was performed by many team members as an additional duty to their daily jobs. A significant hindering factor for implementation of projects was also the lack of confidence related to the sustainability of the activities, which caused personnel changes in mental health centers and counselling offices and led to the withdrawal of Valga Hospital's support for the operation of the counselling office. The Tartu University Hospital took over the financing and organizing of the work of the office in cooperation with the local government.

The evaluation team found that all of the activities supported in the Public Health Initiatives program were relevant and in line with the objectives of the Norwegian Finance Mechanism, the Public Health Initiatives program, the National Health Development Plan, and the Development Plan for Children and Families. Although there were minor shortcomings in certain aspects of relevance in few projects, these did not undermine the general assessment of relevance of the program. The projects' target groups and activities were selected basing on the objectives and description of the Public Health Initiatives program. According to the project managers, they could include all of the necessary target groups for the project objectives and activities into their projects, and no significant target group of any project or the whole program was omitted. **Mostly, the activities selected for the projects supported each other as well as contributed to the fulfillment of the program objectives.** Additionally, supplementary activities, the need for which became evident during the program, were carried out.

Based on document analysis, the regional distribution of the activities in the projects mainly conformed to the stipulations of the project documentation and the objective of the Public Health Initiatives program to reduce health inequalities. The aspects of regional coverage of the program's activities – i.e., whether regional needs were met – cannot be assessed without additional studies, because the regional needs in the field of children's mental health in Estonia are not known.

There were problems in the program and in the projects in selecting indicators and setting their base and target levels, because no studies were conducted for determining the base levels of indicators; **however, the evaluators felt that this did not impact the overall assessment for relevance of the program.** The output indicators set in the program do not measure the broader outcomes and impacts created by the project, i.e. change in behavior among the project's target group and the entire population.

Based on the document analysis, the activities selected for the projects were suitable both in content and volume to achieve the project's objectives and none of the important activities were unimplemented. There were no significant changes in the project's activities during the implementation. Out of all the projects assessed, 17 were effective, and two were moderately effective. It was not possible to assess the effectiveness of one project. **The objectives set in the program and the expected outcomes were largely met or exceeded.** The use of experienced project managers, well-conceived activities and clearly set objectives supported the implementation of the projects. The cooperation between the Public Health Initiatives projects had a positive influence on the effectiveness and efficacy of the projects. In some cases, the lack of cooperation affected projects negatively.

A factor with a positive influence on the effectiveness and efficacy of the projects was the cooperation on the Public Health Initiatives projects. Conversely, a negative factor was a lack of such cooperation in some cases. By acting in concert or being aware of each other's activities, redundant or overlapping activities were reduced and activities were complemented mutually in a suitable manner.

Although much time was spent on preparing for Public Health Initiatives program and the implementation period was therefore shorter, evaluators consider the outcome of the program to be rather effective than ineffective. The program activities were chosen adequately and were sufficient for achieving the objectives of the Public Health Initiatives program. Most of the program's objectives were met or exceeded; at the same time, some of the indicators' target levels were set too low. Various risks realized during the implementation of the program, and these risks had an impact on implementation of activities. Concerning to effectiveness, it was possible to assess only achievement of the program's output indicators, but it was not possible to conclude whether the program managed to achieve outcomes and broader impacts, as no outcome or impact indicators were set for the program. To better assess the effectiveness of the program, additional studies are needed to evaluate the coverage of activities (e.g.

prevalence of mental health problems in children in each county, availability of different mental health services on a county level, number of children using services during a reasonable waiting time, uncovered needs) and impact (e.g. does the child get the needed integrated, comprehensive solution to the problem, does the child get better/improve/is the child's development supported in a relevant manner).

Eleven projects were carried out effectively and four projects were carried out with moderate effectiveness. The assessed projects did not have major problems with following the timetable, but the budgets for nearly all projects were modified to a certain extent during the project, therefore it is difficult to assess whether the planned activities could have been achieved at a lower expenditure. **The projects' budgets were mainly in conformity with the planned levels, and on average, 94% of the budget was used.** The remainders of the project budgets were directed at extending other projects or for supporting Bilateral Relations Fund projects. This raised the efficiency of resource use at the program level. Projects received additional funding for implementing supplementary activities. Based on feedback, the volume of financing was sufficient for achieving the projects' objectives. **A significant factor contributing to the achievement of the program's objectives was the opportunity to extend the project implementation period, which was used in the case of 10 Public Health Initiatives projects.**

As a result of the evaluation, we consider the Public Health Initiative program activities were implemented rather effectively. Ninety percent of program funds was distributed to projects that the evaluation team rated as effective and 82% went to projects rated to be sustainable. Extensions of projects in the program, deviations from the timetable and lower use of the budget than planned did not have significant impact on the efficiency rating. The high administrative burden of project managers reduced the effectiveness of the program. The program's funding volume was mostly sufficient for implementing the chosen activities and achieving the objectives.

Many of the activities implemented by the projects were effective and sustainable and do not require further support, but the Public Health Initiatives also contained projects where the outcomes require continuous support and funding. **The evaluation team found that 11 projects were sustainable and six projects were moderately sustainable,** as they achieved outcomes but the outcomes are not in use after the end of the project. **Two projects were not sustainable.** The mental health issues continue to have low national priority after the end of Public Health Initiatives program, which poses a risk to the further sustainability and development of the program results. It is not clear who will be responsible for future coordination of development of children's and youth mental-health services and activities initiated at the national level after the end of Public Health Initiatives program. At the end of the program, there is still lack of overview of the prevalence of children's and youth mental health problems, demand for the service, and covered demand by the new mental health centers and counselling offices. There is no strategy for covering needs for services in other counties. Cooperation mechanism with general practitioners needs further development, and mechanisms for postgraduate training to ensure adequate number of mental health specialists (child psychiatrists, mental health nurses, clinical psychologists) should be established.

Evaluation team considers the activities performed during the Public Health Initiatives program to be moderately sustainable. Most projects will continue with activities launched in the program, activities are funded from their own budget or in cooperation with project partners. Two most important mental health services developed were included to the list of services funded by the Health Insurance Fund and the continuation of the provision of service is additionally supported by local governments. Results of several projects can be used and developed in future as well. The appraisal of sustainability is diminished, as there is a lack of clarity or certainty regarding future continuation and use of the key outcomes of the program (especially regarding results of some pre-defined projects). For instance, the future of funding of one of the children's rehabilitation services developed, and implementation of the integrated services concept for

children's mental health and validated assessment tools is unknown. It is also unclear how sustainable funding will be provided to the mental health centers and counselling offices so that they can provide integrated services, and how training of the necessary personnel would be organized in the future.

Based on the analysis and evaluation, the evaluators have developed **recommendations** to consider concluding current program period and preparing the new program period.

Developing the program

- **Experiences obtained during the preparation of the previous program and respective negotiations with the donor country should be used in preparing for the new period:** (1) start preparations for the Estonian-side program as early as possible, (2) apply, as much as possible, the experiences, materials developed (e.g. guidelines, application and reporting forms) and practices (e.g. work procedures) from the current period in preparing the new program period, and (3) make use of people having experience with similar programs in the previous period and who thus already have the necessary knowledge and experience, in the preparing and implementing the new period programs.
- **Estonia should make a proposal to the donor country to decouple the preparation period from the program implementation period**, so that the length of the implementation period would not be dependent on the time spent on preparation of the program.
- **In preparing the next program, much more attention should be devoted to developing program outcome and impact indicators (not only the output indicators).** Consideration should be given also how to monitor indicators (method and frequency of measurement), necessary steps should be taken before the start of the program activities (e.g. survey) for determining base levels of the indicators, and for setting target levels for the indicators; costs to monitor indicators should be included under management costs, and activities related to measurement should be planned as a part of program implementation and reporting.
- **If several activities carried out in the framework of the program contribute to an objective set at the program level** (e.g. social campaigns, achieving certain behavioral and mindset changes in society), **a common outcome and/or impact indicator should be set to monitor progress reaching the relevant target at the program level and the program operator should monitor it** (e.g. conduct a survey before and after the program implementation, conduct visibility study of the social campaigns). It is important that evaluating the changes in behavior and mindset would not take place immediately after the implementation of the relevant project activities.

Evaluation and selection of projects

- **In evaluating proposals for Bilateral Relations Fund projects, always a Norwegian expert should be included in addition to the Estonian expert, to ensure impartiality of evaluation and guarantee that the Norwegian know-how is taken into account.** It is vital to the success of Bilateral Relations Fund projects that the Norwegian expert assesses the suitability of the Norwegian project partner in the context of achieving the project's objectives, and whether the expectations as to the knowledge, experiences, methods and best practices obtained from Norway in the framework of the project are realistic. If the inclusion of the Norway expert in the evaluation of a certain project proposal is not possible for any reason, at least one of the two evaluators should be an expert who does not work for the Ministry of Social Affairs or agencies in its jurisdiction – this is to ensure impartiality.
- **More attention should be devoted at the program level to assessing risks in preparation of the projects.** A process should be developed whereby the problems and risks highlighted by the evaluators are considered during implementation of the project.

- All evaluators of project proposals and selection committee members should be ensured a thorough and clear overview, in written and oral form, of their rights and responsibilities in evaluating and selecting project proposals.
- Participation in selection committee meeting (by electronic means when necessary) should be made obligatory for evaluators of project proposals – this would ensure that the feedback they provided to proposals could be explained to selection committee members and joint discussions of strengths and weaknesses of the project proposals could be held.

Implementing program activities

- In developing open calls for proposals, no exclusionary restrictions should be set on the involvement of various target groups. **The inclusion of target groups in project activities should be approached in a problem-centered manner – i.e.** all target groups whose participation is necessary for resolving the defined problem should be included.
- **Justified flexibility in implementing activities and using the budget should be ensured** also during the next NFM programs.
- **Local peculiarities should be considered also in the future in developing children and youth's mental health centers.**

Project management and reporting

- In future, more attention should be devoted at setting indicators at the project level, including **supporting applicants in setting indicators** (e.g. at information days or through distributing the relevant guidance materials), to ensure that suitable indicators are set at the project level and that indicators are in accordance with the program level indicators. However, projects should consider and contribute to the program level indicators; they should also retain freedom to set indicators that are most suitable for measuring the outcomes of their project.
- **Each interim report should include progress in the project's main indicators** – in the section describing progress in the activity that contributes mostly to the achievement of the relevant indicator. This enables continuous monitoring of progress made to achieve project's objectives. A project's final report should include information on the achievement levels of all of the indicators set in the proposal. The applicant should ensure measurability of the indicators and, if necessary, present description of the method of measurement.
- **Each project's final report should present direct and indirect linkages between the outputs/outcomes of the project and the outputs/outcomes of the program along with the project manager's explanation for the share of the contribution.**
- **To avoid confusion and make reports easier to follow, we suggest to change the interim reporting form for projects** so that the report shows, for long-time activities, the outcome for the previous period, the outcome for the current period and plans for continuing the same activity in the next period. If the target of the activity was achieved and the activity does not continue in the next period, the activity shall no longer be documented in the interim report for the next period; but would be presented as an outcome in the final report of the project. The reporting form should include a space for providing explanations why a planned activity was not implemented or why a certain activity was postponed or replaced with another activity.

Administrative burden on project implementers

- To ensure effective implementation of the program, it is crucial to reduce the proportion of administrative workload of project implementers, as well as the Ministry of Social Affairs and Ministry of Finance, to increase contributions to substantive activities. **The program operator and project**

implementers should find a balance between the frequency of reporting, level of details of the reports and the length of the controlled period. The reporting requirements should not change significantly during the program implementation period or become an obstacle in implementing the projects. All projects could involve an assistant or financial specialist next to the project manager.

- **Different possibilities should be considered for simplifying financial reporting in the new period** (e.g. compensating expenses on the basis of a flat rate, fixed payment or standardized unit prices), basing on simplification measures used by structural funds, including the results from the ongoing study “Evaluation of the efficacy of structural funds implementation schemes and administrative burden of aid recipients”.
- **Time limits should be set to the verification of project interim reports and payments flows to the projects between reporting periods should be ensured.** Enough time should be planned at the end of the project implementation period for compliance with reporting requirements, and workforce expenses related to reporting after the end of the project should be budgeted within the project financial assistance.

Sustainability of project results

- **Ensuring the sustainability of results of pre-defined projects after the end of the program should be considered and agreed upon already during the program concept development phase.** Various ways should also be explored (e.g. continuing funding when needed, government agency taking over implementation of activities, result is used in the future in working groups or in drafting of policy documents) to support sustainability of activities funded from open calls for proposals after the end of the program. **To ensure sustainability of project results of the open calls for proposals, needs and possibilities for future governmental support should be considered during the planning, evaluation and funding decision phase.**
- **A national mental health policy and action plan should be developed defining responsibilities and implementers to** support further implementation and development of results of the program.
- The covered and uncovered needs of children’s mental health services should be mapped (including the nature and prevalence of children’s mental health risk factors and mental health problems, geographic coverage of children’s mental health service personnel, waiting lists for treatment, proportions of children who have received the needed services out of all children’s in need etc.) by each county. **The development of provision of integrated mental health services in all counties must be promoted.**
- Patients’ pathways and cooperation mechanisms with general practitioners should be agreed upon.
- **The adequate number of postgraduate training places of child psychiatrists, mental health nurses and clinical psychologists should be facilitated.**

9 Kasutatud kirjandus

Aasvee, K., Eha, M., Härm, T., Liiv, K., Oja, L., ja Tael, M. (2012). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine 2009/2010. õppeaasta Eesti HBSC uuringu raport.

Aasvee, K., Liiv, K., Eha, M., Oja, M., Härm, T. ja Streimann, K. (2016). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2013/2014. õppeaasta uuringu raport. Tervise Arengu Instituut. Eesti HBSC uuringu raport.

Alkoholipoliitika roheline raamat (2014). Sotsiaalministeerium.

http://www.tai.ee/images/PDF/Alkoholipoliitika_roheline_raamat.pdf

Alkoholipoliitika roheline raamatu elluviimise 2014. aasta tulemused. Sotsiaalministeerium.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/alkoholipoliitika_roheline_raamatu_elluviimine_2.pdf

Bogdanov, H. ja Pertel, T. (2012). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tallinn. Tervise Arengu Instituudi tellimisel valminud raport.

<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4863/1/Bogdanov2012.pdf>

Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., Jané-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.

Consolidated version Norwegian Financing Mechanism Programme Agreement Annex 1 and Annex 2, 19.04.2016. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Norra_toetused/Rahvatervise_programm/ee08-final_programme_agreement_2016_04_19_10_02_34.pdf

Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Brunner, R. etc. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. – *Addiction*, Vol 107, No 12, pp. 2210–2222

Eesti Haigekassa (2017). Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2016.

Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 (2005).

http://www.tai.ee/images/PDF/HIV_ja_AIDSi_strateegia_2006-2015.pdf

Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat (2014). Siseministeerium.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/valge_raamat.pdf

European Commission (2013). EVALSED: The resource for the evaluation of Socio-Economic Development.

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/guide/guide_evalsed.pdf

European Commission (2014). The Programming Period 2014–2020. Guidance Document on Monitoring and Evaluation – European Regional Development Fund and European Cohesion Fund. Concepts and Recommendations.

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2014/working/wd_2014_en.pdf

Hämäläinen, J., Poikolainen, K., Isometsä, E., Kaprio, J., Heikkinen, M., Lindeman, S., Aro, H. (2005). Major depressive episode related to long unemployment and frequent alcohol intoxication. *Nord J Psychiatry* 59: 486–491.

Kasmel, A. (2005). Rahvastiku tervis – reaalsus ja võimalused. Artiklite kogumik: Eesti edu hind. Eesti sotsiaalne julgeolek ja rahva turvalisus. Toim. E. Raska, T. Raitviir. Tallinn: Eesti Entsüklopeediakirjastus. Lk 95–110.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar - Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.

Kleinberg, A. (2012) Lapse ja noorukiea psühhiaatrilised probleemid – mida peaks teadma perearst. <http://www.slideserve.com/matty/lapse-ja-noorukiea-ps-hhiaatrilised-probleemid-mida-peak-teadma-perearst>

Kleinberg, A. (2014). Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services. Doctoral thesis. Univeristy of Tartu. http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/36237/kleinberg_anne.pdf?sequence=1

Laarmann, H., Sikkut, R., Ermel, R., Paat-Ahi, G., Veldre, V., Kruus, P., Aaviksoo, A. (2013). Ülevaade arstlike erialade arengukavadest. Poliitikauuringute Keskus Praxis. (*Korrigeeritud versioon seisuga 01.10.2014*).

Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012–2020 (2012). Sotsiaalministeeriumi veebilehel.

Laste ja perede arengukava 2012–2020: targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond. Täiendatud 2013. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf

Laste ja perede arengukava rakendusplaan 2013–2015. Sotsiaalministeerium. https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/lpa_rakendusplaan_2013-2015.pdf

Laste ja perede arengukava rakendusplaan 2014–2017. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/laste_ja_perede_arengukava_2012-2020_rakendusplaan_2014-2017.xlsx

Laste ja perede arengukava rakendusplaan 2015–2018. Sotsiaalministeerium. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/rakendusplaan_2015-2018.xls.xlsx

Maaroos, H., Aluoja, A., Kalda, R. (2010). Alkoholi tarvitamise sõelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. *Eesti Arst* 89: 316–322.

Mid-Term Review of the EEA and Norway Grants 2009-14 (2016). Final Report. Report for the FMO. Centre for Strategy and Evaluation Services.

Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. http://www.tai.ee/images/PDF/Narkomaania_ennetamise_riiklik_strateegia_aastani_2012.pdf

Norra finantsmehhanismi rakendamist aastatel 2009–2014 käsitlev vastastikuse mõistmise memorandum (2011). https://eeagrants.fin.ee/sites/default/files/EEMoUNorway_ek.pdf

OECD (2011). Estonia. Towards a single government approach. https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/oecd_public_governance_review_estonia_full_report.pdf

OECD (2012). Health at a Glance: Europe 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/888932704038>

PKF Littlejohn LLP (2015). Systems Audit. Design and operating effectiveness of the Management and Control System set up by the Programme Operator Ministry of Social Affairs (MoSA) for the Programme EE08 - "Public Health Initiatives". Final Report.

Poliitikauuringute Keskus Praxis (2002). Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn. Valminud Sotsiaalministeeriumi tellimusel. <http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2002-Eesti-vaimse-tervise-poliitika.pdf>

Program proposal. Public Health Initiatives for improved population health. (2011). EEA and Norwegian Financial Mechanisms 2009–2014.

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. Täiendatud 2012. (2008). Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf

Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta tegevuskava tabel. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2014_tegevuskava_07012014.xls

Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta tegevuskava tabel. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2015._aasta_tegevuskava_tabel.xls

Rahvastiku tervise arengukava 2016. aasta tegevuskava tabel. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2016._aasta_tegevuskava_tabel.xlsx

Rahvastiku tervise arengukava tegevuskava aastaks 2013. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2013_teg.kava_tekst.pdf

Rahvastiku tervise arengukava tegevuskava aastaks 2014. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2014_tegevuskava.pdf

Rahvastiku tervise arengukava tegevuskava aastaks 2015. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2015._aasta_tegevuskava.pdf

Rahvastiku tervise arengukava tegevuskava aastaks 2016. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2016._aasta_tegevuskava.pdf

Samm, A. (2012). The relationship between perceived poor family communication and suicidal ideation among adolescents in Estonia. Tartu: University of Tartu.

Samm, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Kolves, K., Aasvee, K., Varnik, A. (2010). Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 19, No 5, pp. 457–468.

Sarjas, A., Reinap, M., Paluste, H., Sõmer, S., Kokk, P., Eomois, H., Habicht, T., Habicht, J. (2005). Ülevaade vaimse tervise teenuste süsteemist. Tallinn: MTÜ Tervishoiuselts, Sotsiaalministeerium, WHO. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/57/1/Sarjas2005.pdf>

SEYLE õpilaste ja õpetajate baasuuringu tulemused. Vaimne tervis ja riskikäitumine (2011). / Koost K. Lumiste. Tallinn: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut.

Sotsiaalministri 22. mai 2013. a käskkiri nr 60 „Norra Finantsmehhanismist 2009-2014 rahastatud programmi „Rahvatervis“ avatud taotlusvooru korraldamise ja toetuse andmise tingimuste

kehtestamine". Lisa 1. Juhend. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Norra_toetused/Rahvatervise_programm/lisa_1_juhend_taiendavad_tevused.pdf

Säästva arengu näitajad (2011). Kogumik. Statistikaamet. Tallinn. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=25638

Teeäär. K. (2005) Laste vaimse tervise edendamise võimalustest ning parimast praktikast Euroopas. Juhendmaterjal.

http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/juhendmaterjal_vaimse_tervise_edendamiseks1.pdf

Tervise Arengu Instituut (2012). Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis. Uuringu raport. Tallinn.

https://intra.tai.ee//images/prints/documents/134753877491_Uimastite_tarvitamine_koolinoorte_seas_est.pdf

Tervise Arengu Instituut (2016). Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis. Uuringu raport. Tallinn.

https://intra.tai.ee//images/prints/documents/147436247968_Uimastite_tarvitamine_koolinoorte_seas_uuringu_raport_2016.pdf

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Haigestumus. PKH3: Uued ambulatoorsed haigusjuhud 100 000 elaniku kohta soo ja vanuserühma järgi.

Tubakapoliitika roheline raamat (2014). Sotsiaalministeerium.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tubakas_2014.pdf

Veldre, V. (2017) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Tervishoiu tööjõu valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/RTA-tervishoiutootajad-raport_Praxis-2017.pdf

Veldre, V., Aaben, L., Nurm Ü-K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/RTA-vaimne-tervis-raport_Praxis-2017.pdf

WHO Country Office in Estonia (2014). Mental health inspection visit to Estonia 20-21 May 2014.

WHO Euroopa Regionaalbüroo, Sotsiaalministeerium, Euroopa Komisjon (2002). Eesti tähtsamad tervisenäitajad. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/535/1/Sotsiaalministeerium2002_2.pdf

WHO (2004) Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization.

Ülevaade Laste ja perede arengukava 2012–2020 rakendusplaani 2013–2015 täitmisest 2013. aastal.

Sotsiaalministeerium. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/ulevaade_2013_rakendusplaani_taitmisest.pdf

Ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal.

Siseministeerium.

https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Ennetus/20150821_ulevaade_uimastipoliitika_valge_raamatu_elluviimisest_2014._aastal.pdf

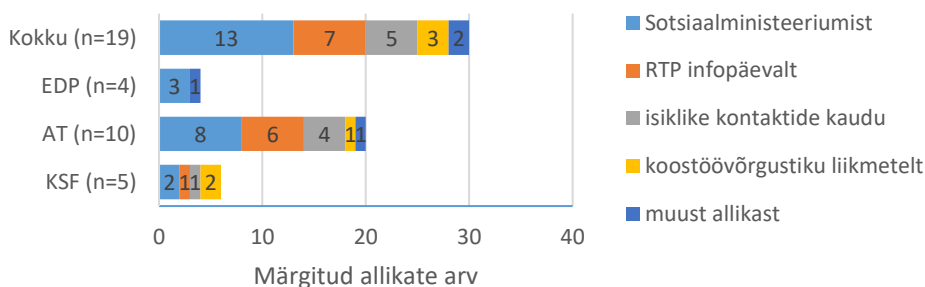
10 Lisa

10.1 Projektijuhtide küsitluse tulemused

Osa projektijuhtide küsitluse tulemuse andmetest on integreeritud aruandesse ning osaliselt esitame tulemused aruande lisana.

Kust saite infot Rahvatervise programmi kohta?

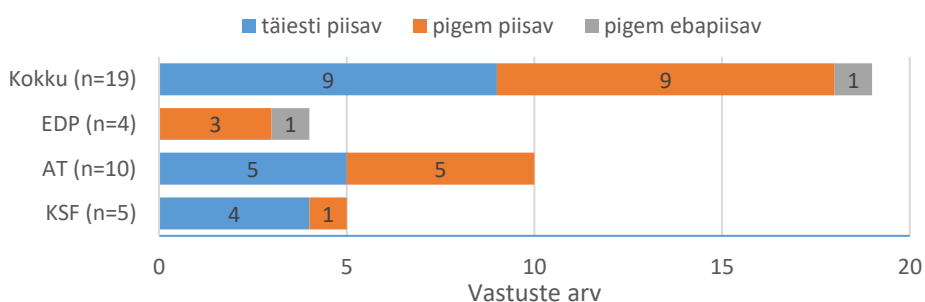
Kõige sagedamini said projektijuhid infot RTP kohta otse Sotsiaalministeeriumist (68%) või Rahvatervise programmi infopäevalt (37%). Infot jagati ka isiklike kontaktide (36%) ning koostöövõrgustikuliikmete kaudu (16%). Muude allikatena märgiti töökaaslast või tööandjat.



Joonis 10. Infoallikad, kust saadi teavet RTP kohta vastavalt toetuse tüübile (võimalik oli märkida mitu erinevat allikat)

Kas info Rahvatervise programmi ülesehituse ja elluviimise kohta oli piisav?

Saadud info RTP ülesehituse ja elluviimise kohta oli kas täiesti või pigem piisav (95%). Ühe projektijuhhi hinnangul oli saadud info ebapiisav, info tuli etapi kaupa ja plaane oli vaja teha kiiresti ja läbimõtlematult. Eelnevalt kindlaks määratud projektide juhtide hinnangul oli info programmi kohta taotlemise faasis pigem piisav (75%).



Joonis 11. Saadud info piisavus RTP ülesehituse ja elluviimise kohta vastavalt toetuse tüübile

Projektijuhtide selgitused vastustele:

Täiesti piisav:

- Oli antud selge informatsioon, mida rahastatakse ning projektieelne informatsioon projekti kohta oli piisav taotluse vormistamiseks.
- Toimis väga hea koostöö ja infovahetus programmi koordinaatoriga, toimusid erinevad seminarid.

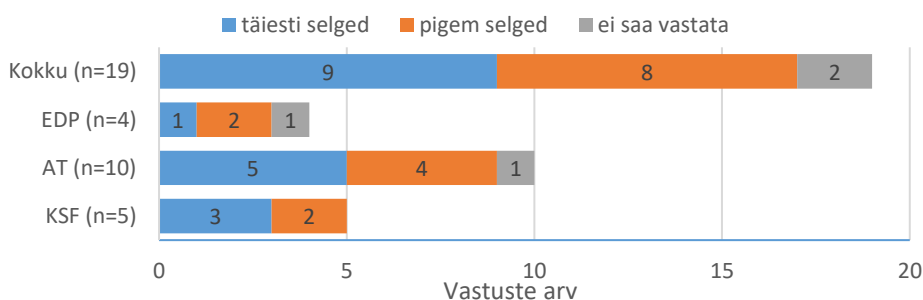
- Programm oli selge ning õppepäev andis ammendavad vastused ja lisainfo.
- Info kodulehel oli ülevaatlik.

Pigem piisav:

- Osa infost täpsustus aja jooksul, algul oli segadust mõnevõrra. Esitatud küsimused siiski päris vastuseta või segaseks kordagi ei jäänud.
- Üldiselt vastati kiiresti. Alguses oli veidi ebaselge programmi sihtgrupi määratlemise loogika, kuid ka selles osas sai arutelude käigus selguse.
- Infot reaalse projekti finantsjuhtimise kohta peaks olema rohkem ja laiemale ringile. Taotleja on suur institutsioon ja seal tehakse erinevaid toiminguid erinevate osakondade poolt ning kokku viia taotleja ja programmi reegleid on väga keeruline. Meeskondade juhendamine programmi poolt peaks olema kohustuslik ettevalmistamise etapis.
- Projektitaotlus oli kirjutatud teiste inimeste poolt ning asusin projekti juhtima alles siis, kui projekt algas. Seetõttu oli pisut raskendatud programmi info saamine.

Kas projektile toetuse taotlemise tingimused olid selged ja üheselt mõistetavad?

Projektile toetuse taotlemise tingimused olid poolte projektijuhtide hinnangul täiesti selged ning poolte hinnangul pigem selged. Kaks projektijuhti ei saanud küsimusele vastata, kuna ei olnud kaasatud projekti taotluse koostamise faasis.



Joonis 12. Toetuse taotlemise tingimuste selgus ja üheselt mõistetavus vastavalt taotluse tüübile

Projektijuhtide selgitused vastustele:

Täiesti selged:

- Taotlemise tingimused olid selgelt kirja pandud projekti taotlusvormi juurde kuuluvas seletuskirjas. Info oli üleval kodulehel ning taotlemise tingimuste teemal peeti seminare.
- Ei pruukinud saada küll kogu infot veebist, kuid küsimustele-täpsustustele vastati varvalt.
- Tingimused olid loetletud KSF programmijuhendis ning vajadusel saime Sotsiaalministeeriumilt kiiret ja asjakohast abi.

Pigem selged:

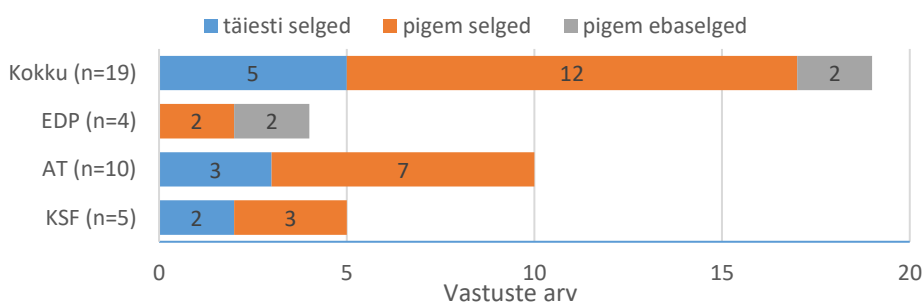
- Suutsime otsekontaktide abil pildi selgeks teha.
- Nii suur projekt oli meie jaoks esmakordne ja projekti käigus tuli mõni asi üle küsida, kuid infovahetus Sotsiaalministeeriumiga oli väga hea.
- Ettevalmistamine võtab palju aega ja kõikide erisuste küsimine ei tule enne pähe, kui see hetk on saabunud – tavaliselt on see siis, kui taotlus on juba rahastamisotsuse saanud ja tegevus käib.

Võiks ju katsetada, et meeskonnaga kohtutakse enne lõplikku otsust, siis tulevad planeerimisvead välja ja programmi läbiviiv meeskond saab tuttavaks ka projekti täitjatega.

- Üldjoontes oli taotlemise kohta piisavalt infot, vajaduse korral sai Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna kontaktidelt selgitusi, täpsustusi ning soovitusi.

Kas projektile saadud toetuse kasutamise tingimused olid selged ja üheselt mõistetavad?

Projektile saadud toetuse kasutamise tingimused olid projektijuhtide hinnangul pigem selged (63%). Kahe projektijuhti hinnangul olid toetuse kasutamise tingimused pigem ebaselged. Üks neist märkis selgituses, et projektitaotlus oli väga üldsõnaline ning täpsemad eesmärgid said paika alles siis, kui projekt oli kestnud juba paar kuud.



Joonis 13. Toetuse kasutamise tingimuste selgus ja üheselt mõistetavus vastavalt toetuse tüübile

Selgitustes märkisid projektijuhid järgmist: pisut oli ebaselgust abikõlbulike kulude osas, mis selgitati ja lahendati jooksvalt; oli küsimusi, mida tuli lahendada projekti elluviimise käigus ja millele ka ministeerium andis algul ühesuguse ja hiljem teistsuguse vastuse; suurte projektide puhul on alati mingeid küsimusi nüanssides, aga üldiselt saime SoM koordinaatoritelt piisavat ja õigeaegset tuge; kui teed tööd selles programmis esimest korda, siis õpid selle käigus. Pole võimalik enne kõiki asju endale selgeks teha; arusaamatused tekkisid toetuse kasutamise tähtajas, kus töötasuga seotud maksete sooritamist ei lubatud peale projekti lõppemist, mida varem ei teavitatud. Organisatsioonides on riigimaksete deklareerimine teisiti seotud; toetuse kasutamise tingimused esitati aegsasti ning olid põhjalikud. Aruandluse esitamise juures ilmnisid küll mõned aspektid, mis varasemalt edastatud tingimustes ei olnud esile toodud.

Millised Rahvatervise programmi tingimused olid üle- või alareguleeritud (sh tegevuste osas, mida oli/ei olnud võimalik sihtgrupile pakkuda)? Mis oleks pidanud olema teisiti?

- Projektipartnerid olid sunnitud liituma tormakalt ja läbimõtlematult. Aruandlus täienes ja muutus kuni lõpuni pidevalt ehk oli algselt alareguleeritud ja lõpuks üle mõistuse ülereguleeritud. Dissonants SoM ja RaM kommunikatsiooni vahel põhjustas arvestatavaid ebameeldivusi projekti elluviijatele. Paindlikkus ajakava ja planeeritud tegevuste raames oli jäik ega võimaldanud sihtgrupe vastavalt nende vajadustele kaasata - probleem, mis tulenes ülitormakast stardist ja vähesest võimalusest muudatusi teha hetkel kui reeglid olid hädapärast selgemaks saanud.
- Programmi tingimused olid mõistlikud ja arusaadavad, pigem tulid piirangud projekti teostava asutuse töökorraldusega seotult.
- Finantsaruandlus oli üle reguleeritud. Normaalne oleks jälgida tegevuskava täitmist ja kas projektis lubatud tooted, teenused ja üritused on valmis/tehtud ning sihtrühmani jõudnud. Samuti, et riigimaksud oleksid makstud. Kuludel näpuga järele ajamine ja iga väiksema kulu põhjendamine on liiast. Vaatama peaks suuremat pilti. Finantsaruandlus võttis liiga palju ajaressurssi (sh vabatahtlikku tööd, mida polnud võimalik projekti kuludest katta), mille projekti meeskond oleks saanud panustada sisutegevustesse.

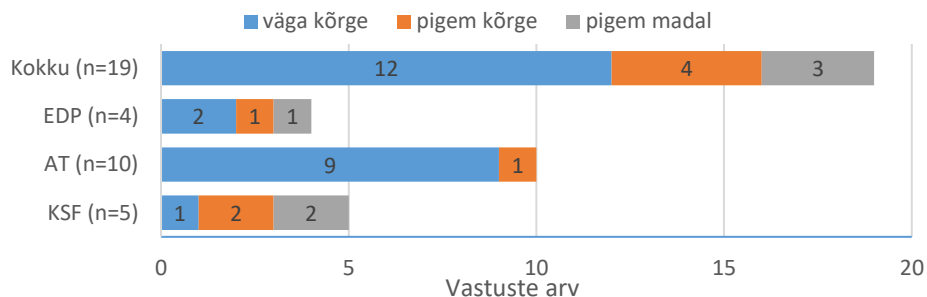
- Finantsaruandlus oli ülereguleeritud.
- Sõnastus sihtgrupi osas "mitte-tervise sektori" inimesed. Tundus, et tegelikult peeti silmas "mitte tervishoiu" sektorit, aga see on ka küsitav eesmärgist lähtuvalt. Tervisedendus on funktsioon, mida KOVid peavad ellu viima, aga seda võivad neil teha erinevad spetsialistid, nt sotsiaaltöötajad, noorsootöötajad. Sellistel paikkonna koolitustel lausa peaksid tervisedendajad koos ülejäänud kogukonnaga osalema, et tõhusamalt viia paikkonnas ellu "tervis igas poliitikas" põhimõtet. Võiksid osaleda ka meditsiinitöötajad, kui räägime ennetusest kogukonnas, mitte ravist. See on paikkonnas meeskonnatöö ja ei ole põhjust niimoodi osalejaid piirata.
- Projektijuht ja meeskond tegid suurt tööd, kuid tundsid end pidevalt süüdi olevat, eriti projektijuht. Igat liigutust kontrolliti mitmekordselt ja see tekitas usaldamatuse tunde.

Kas ja mida oleks vaja toetuse taotlemisel või kasutamisel muuta?

- Reeglitest teavitamine peab olema pikem protsess ja kaasajate poolt endale enne selgeks tehtud.
- Vähem bürokraatiat, vähem kontrollimisi. Meie projekti kontrolliti 2 aasta jooksul kokku 4 korral, mis tähendas iga kord päris suurt ajakulu projekti meeskonnale ning kui palju ametnike töötunde!
- Kindlasti ajaraami. Hetkel oli nii, et kulus väga pikk aeg enne, kui programm välja kuulutati ja siis veel päris kaua, enne kui positiivne otsus tuli. Kokkuvõttes jäi suure rahastuse ja suure sisuga projekti elluviimiseks vaid 1,5 aastat, mis on tegelikult väga lühike aeg. Tuli ette kiirustamist ja ülekoormusi. Proportsioonid peaksid olema ajakavas ikka projekti elluviimise kasuks.
- Avatud ja siiras koostöö laiema meeskonnaga. Ei saa olla tunnet, et ühed ütlevad, otsustavad ja annavad raha ja teised tegutsevad ning on pidevalt midagi valesti teinud. Rohkem peaks olema paindlikkust eelarve kasutamisel. Pole õige, et raha jääb järgi ja tegevused tehakse ning need on õiged ja vajalikud, kuid pole abikõlblikud, sest see eelarve rida sai täis. Mitu aastat täpselt ette mõelda pole reaalne ja võimalik, kuid teostaja jaoks on abikõlbmatu kulu probleemiks ka siis kui see on tuhat või paartuhat eurot.
- Riigimaksete ülekandmise tähtaegu võiks pikendada, st projekti algus- ja lõppkuupäev on tegevuste elluviimiseks, rahalised ülekanded (maksed) ei peaks olema sellega seotud.
- Toetuse kasutamisel peavad olema väga selgelt sõnastatud ja üheselt mõistetavad eesmärgid, samuti tegevused.
- Projektitaotluse juures peaksid olema inimesed, kes hilisemalt hakkavad nimetatud tegevusi ellu viima st taotluses peaks olema nõue, et elluviidavad tegevused on planeeritud koos elluvijatega. Ministriumini poolt koostatud projektides jääb puudu kogemustest ning seetõttu oli vaja korduvalt projekti muuta.
- Selged nõuded aruandlusele (nii tegevus- kui ka finantsaruannetele).
- Taotlemisel oli kõik suures osas arusaadav ja tehtav. Toetuse kasutamisel võiks aruandlus olla vormistatud nii, et võimalikult vähe oleks tarvis selle nimel lisatööd teha. Projektijuht võiks saada tegeleda protsessi juhtimisega, mitte tabelite täitmisega.

Kuidas hindate projekti elluviimisega kaasnenud halduskoormust?

Projekti elluviimisega kaasnenud halduskoormust hindasid projektijuhid sageli väga kõrgeks (63%) või pigem kõrgeks (21%). Halduskoormust hindas pigem madalaks kolm projektijuhti, kes selgitustes töid välja, et 1) projekt oli piisavalt väike ning puudus vahearuanne, tuli esitada lihtsalt lõpparuanne 2) jagati halduskoormust teise projektijuhiga ning sisuaruannete koostamine ei olnud sisutegevustega võrreldes ebaproportsionaalselt mahukas 3) ei olnud rutiinne aruanne midagi koormavat.



Joonis 14. Projektijuhtide hinnang projekti elluviimisega kaasnenud halduskoormusele

- Aruandlus oli ülidetailne ja tekitas ebameeldiva usaldamatuse tunde.
- Projekti jooksul oli vaja pidevalt olla kursis eelarvega ning jälgida kuluridade lõikes hetkeseisu. Vajalik oli pidevalt hinnata prognoose järgnevateks perioodideks ning arvestada ka võimalusega, et projekt pikeneb ning jääki on võimalik kasutada pikema perioodi vältel kui esialgu planeeritud. Kuna projektipartnereid oli palju ning neil olid ka lepingulised kohustused oma eelarve täitmiseks, siis oli vaja pidevalt informeerida projektipartnereid ning nende raamatupidajaid eelarve kasutamise osas. Aruandlus oli ajakulukas ning kuna nõue oli ka kõikidel projektipartneritel, siis andmete kogumine tihti viibis ning andmete töötlemine oli ajamahukas.
- Äärmiselt ajamahukas oli Rahandusministeeriumi päringutele vastamine, kus nõuti kuludokumentide koopiaid, lepinguid, osavõtunimekirju jne. Kuna dokumentatsioon ei asu asutuses ühes kabinetis, vaid personalidokumendid on personaliosakonnas, arved raamatupidamises, osad dokumendid elektroonilises dokumendiregistris jne, siis sellega kaasnes väga suur töö dokumentide skaneerimisel ja e-postiga edastamisel (suur maht, sageli pidi saatma mitme kirjaga). Seda oleks saanud muuta paikvaatlusega, veendumaks originaaldokumentide olemasolus.
- Oli olukordi, kus pidime korduvalt vastama samadele küsimustele toetuse kasutamise kohta või põhjendama mõnesendilisi erinevusi eelarve kasutamises - see ei ole ökonoomne.
- Väga detailne ja sagedane aruandlus. Pani palju tööjõuressurssi kinni, mille oleks võinud sisutegevustele pühendada. Palju kontrolli/auditeid.
- Aruandlus võttis tohutult aega ja ressursi.
- Projektijuhtimine oli vabatahtlik panus ja omafinantseerimise osa. Nii suure projekti haldamine oli meie jaoks esmakordne. Huvitav ja samas üsna raske kogemus.
- Aruandlus oli liiga sage. Järelepärimiste ja aruannete küsimustele vastamiseks kulus projektijuhil ja finantstöötajal palju aega, mis kohati põhjustas ületunde, kuna samal ajal tuli projekti elluviimist koordineerida.
- Tegelikuses tahaksin märkida, et see oli väga ja kohutavalt kõrge. Samas polnud mul võimalik endale abilist planeerida, sest see polnud lubatud. Kontrollijaid oli mitmekorde püramiid mitmest ministeeriumist. See jättis mulje, et raha läheb pigem mujale, mitte kogukonna arendamiseks, mis oli projekti üks tegevustest.
- Norra partnerite käest oli äärmiselt raske saada dokumente, kuigi nende endi nõudmine oli kõrge.
- Vajalikku dokumentatsiooni on pigem rohkem kui vähem; projektiperioodil tehtud muudatused lisasid aruandlusele keerukust. Samuti mõjutab halduskoormuse tajumist vähene kogemus projektijuhina.

Milliseid infokanaleid kasutasite projekti kohta info levitamiseks?

Projektide kohta info levitamisel kasutati keskmiselt seitset erinevat infokanalit, neist sagedamini nimetasid projektijuhid projekti koostööpartnerite kaudu info levitamist, meediat, infopäevi, otsekontakti sihtrühmaga, projekti veebilehte ning sotsiaalmeediakanaleid.

Tabel 7. Infokanalid projektide kohta info levitamiseks vastavalt taotluse tüübile (võis märkida mitu kanalit)

	EDP (n=4)	AT (n=10)	KSF (n=5)	Kokku (n=19)	Kokku (%)
projekti koostööpartnerid (nt erialaliidud, esindusorganisatsioonid, MTÜ-d)	3	10	4	17	89
ajakirjandus/raadio/televisioon	4	10	2	16	84
infopäev	4	10	2	16	84
otsepostitus või muu otsekontakt sihtrühmaga	4	9	3	16	84
projekti veebileht	3	10	1	14	74
sotsiaalmeediakanalid (nt Facebook, Twitter, YouTube)	2	9	3	14	74
võrgustikuliikmed	2	6	4	12	63
kohalik omavalitsus (nt sotsiaaltöötaja kaudu)	2	7	2	11	58
infovoldik või muu infomaterjal	4	6		10	53
perearstid	2	2		4	21
kuulutus (kuulutuste tahvil, raamatukogus, vallavalitsuses vmt)		3		3	16

Millised infokanalid oleksid kõige tulemuslikumad erinevate sihtrühmade kaasamiseks?

Projektijuhtide hinnangul on kõige tulemuslikum kanal laste kaasamiseks sotsiaalmeedia ja haridusasutus. Noorte puhul on sobivaks peamiselt sotsiaalmeedia kasutamine. Lapsevanemateni jõudmiseks soovivad projektijuhid kasutada ajakirjandust, raadiot, televisiooni või otsekontakti. Tervishoiutöötajate kaasamiseks sobivad kõige paremini pöördumised läbi raviasutuse, infopäev või otsekontakt. Vaimse tervise spetsialistideni võiks jõuda infopäevade, otsekontaktide ning projekti koostööpartnerite kaasabil. Kohaliku omavalitsuse spetsialistid võiks kaasata infopäeva, läbi kohaliku omavalitsuse kontakti või otsekontakti kaudu. Muude sektorite spetsialistide kaasamiseks sobivad paremini infopäevad ja otsekontaktid.

Tabel 8. Kõige tulemuslikumad infokanalid erinevate sihtrühmade kaasamiseks projektijuhtide hinnangul (vastuste arv)

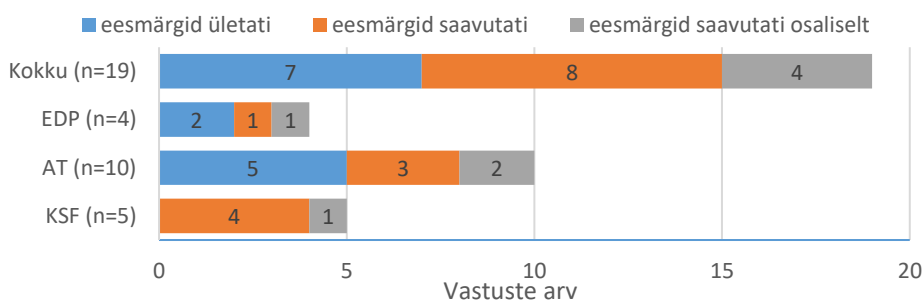
	lapsed (alla 18-aastased)	noored (18 kuni 26-aastased)	lapsevanemad	tervishoiutöötajad	vaimse tervise spetsialistid	KOV spetsialistid	muude sektorite spetsialistid
infopäev	1		2	6	7	5	5
otsepostitus või muu otsekontakt sihtrühmaga			4	5	5	4	6
sotsiaalmeediakanalid	10	13					
raviasutus (haigla, tervisekeskus)			2	6	2		

	lapsed (alla 18-aastased)	noored (18 kuni 26-aastased)	lapsevanemad	tervishoiutöötajad	vaimse tervise spetsialistid	KOV spetsialistid	muude sektorite spetsialistid
ajakirjandus/raadio/televisioon			6	1			1
projekti koostööpartnerid					4	1	2
kohalik omavalitsus (nt sotsiaaltöötaja kaudu)						6	1
haridusasutus (kool, lasteaed)	5		1				1
projekti veebileht	1	1			1		
Noorsootöökeskus, Rajaleidja keskus		2					1
infovoldik või muu infomaterjal			1				
Haigekassa				1			
ei oska öelda, puudub kogemus sihtrühma kaasamisega	2	3	3			3	2

Kas projektis seatud eesmärgid saavutati?

42% ehk 8 projektijuhti märkisid küsitluses, et projekti eesmärgid saavutati ning 37% ehk seitsme projektijuhi hinnangul eesmärgid ületati. Nelja projekti puhul saavutati eesmärgid osaliselt ning selgituses märkisid projektijuhid, et eesmärkide täielikuks saavutamiseks oleks olnud vaja rohkem aega.

„Me üritasime katta mitut sihtgruppi ja lihtsalt ajaliselt ja mahuliselt jõudsime projekti jooksul palju asju välja töötada, aga püsivamaks tegevuseks sai aeg ja raha otsa.“ (Projektijuhi selgitus küsitluses)



Joonis 15. Projektijuhtide hinnang projekti eesmärkide saavutamisele vastavalt taotluse tüübile

Kas Te mõõtsite projekti jooksul või pärast projekti lõppemist projekti mõju/tulemuslikkust?

Projekti mõju mõõdeti peamiselt projekti otsesele sihtrühmale, küsiti spetsialistide tagasisidet koolitustele ning teenusekasutajate rahulolu teenusega (tabel 9).

Tabel 9. Projekti tulemuslikkuse hindamine projekti jooksul või pärast selle lõppemist

Sihtrühm	Projektide arv, kus mõju hinnati	Mõju hindamise viisid projektides
Projekti sihtrühm	13	Projekti mõju hindamiseks kasutati auditorfirmat, veebinõustamist saanud isikute ja koolitustel osalenute arvu, küsitluse läbiviimist sihtrühmas ning hinnangulehtede täitmist.
Teenusekasutajate rahulolu teenusega	9	Tagasisideküsitluste läbiviimine teenusekasutajate hulgas.
Elanikkonna teadlikkus vaimse tervise teenustest	Programmioperaator	Küsitlus elanikkonna seas.
Spetsialistide rahulolu pakutavate vaimse tervise teenustega	2	Küsitlus, kõrgkooli lõputöö vormis
Spetsialistide tagasiside koolitustele	13	Tagasiside ja vestlus
Spetsialistide teadlikkus vaimse tervise teenustest	3	Ühes projektis toimus see läbi spetsialistide iseseisva töö ja seminaride, ühes projektis valmis kõrgkooli lõputöö ning ühes projektis küsitleti vaimse tervise messil ning vaimse tervise üritusel osalenud spetsialiste.
Koostöövõrgustiku toimivus	4	Seminaride või tagasisideküsitluste vormis

Mis peaks uuel programmiperioodil (2014 - 2021) olema Rahvatervise programmi projektide rahastamisel kindlasti teistsiti? Milliseid tegevusi ja milliseid sihtgruppe tuleks rahvatervise parendamise eesmärgil uuel perioodil toetada?

- Kindlasti peaks ressursi suunama omavalitsuste võimestamise ning hea kui otsene sihtrühm (rahvas) saaks kaasa rääkida ja vahendeid kasutada tervise edendamiseks või probleemide ennetamiseks kogukonnas.
- Kindlasti vange, sest hetkel ei ole vanglatel lepingut Haigekassaga, samas on see sihtrühm, mis sageli ei jõua tsiviilis arstiabini. Ometigi on vangide seas kordades rohkem nakkushaiguseid, mis mõjutavad rahvatervist üldisemalt.
- Võiks kaaluda projektide aruandluse kohandamist nii, et projekti läbiviijatel jääks võimalikult palju ressursse tegevuste läbiviimiseks. Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parendamise, elanikkonna teadlikkuse tõus vaimsest tervisest, ennetustegevused noorte ja meeste suunal.
- Projekti elluviimise periood peaks olema pikem, et ei tekiks kiirustamist, ülekoormusi, läbipõlemist. Ei peaks olema nii, et näiteks alles aastal 2020 saab taotlusele vastuse ja asuda tegevusi ellu viima. Võimalikult palju peaks planeerima just aega elluviimisele, mis tagab parema kvaliteedi. Alkoholiteema on hetkel aktuaalne ja vajab ressursse, et n.ö. "võimaluste aken" parimal moel ära kasutada. Vaimse tervise teema (sh ennetus) vajab suuremat tähelepanu. Eakate tervis on Eestis teemana tagaplaanil, aga vajaks ka tähelepanu.
- Sihtgruppidest - kogukonnapõhised teenused, millega toetatakse psüühiliste erivajadustega inimeste liikumist kogukonda. Kohalikud omavalitsused ei suuda sellega üksi hakkama saada ja vajavad nõustamist ja koolitust kogukonnas pakutavate teenuste arendamiseks ja kogukondade

ettevalmistamiseks, et erivajadustega inimesi aktsepteerida ja neid toetada. Meeskondade kutsumine ettevalmistavale kohtumisele juba enne taotluse esitamist. Seejärel valida välja juba konkreetne idee ja projekti meeskond (või mitu), kellega edasi tegeletakse ja täpsustatakse ning konkretiseeritakse ning mängitakse lahendused läbi. Siis antakse lõplik ja sõna parimale lahendusele ja meeskonnale.

- Lapsed ja noored on prioriteene sihtrühm, kindlasti vaimse tervise probleemide ennetamine.
- Rohujuuresandide demokraatiat väärtustavad ja kogukonnapõhise lähenemisega ettevõtmised väärivad toetust - sellega on võimalik teha end kuuldavaks erinevatel huvigruppidel, sh (noorte) vaimse tervisega seotud ühendustel. Kindlasti on oluline sihtgrupp noored vanuses 17-26, kelle puhul esineb väga palju korruga õppimist ja töötamist ning sellega seonduvat läbipõlemist.