



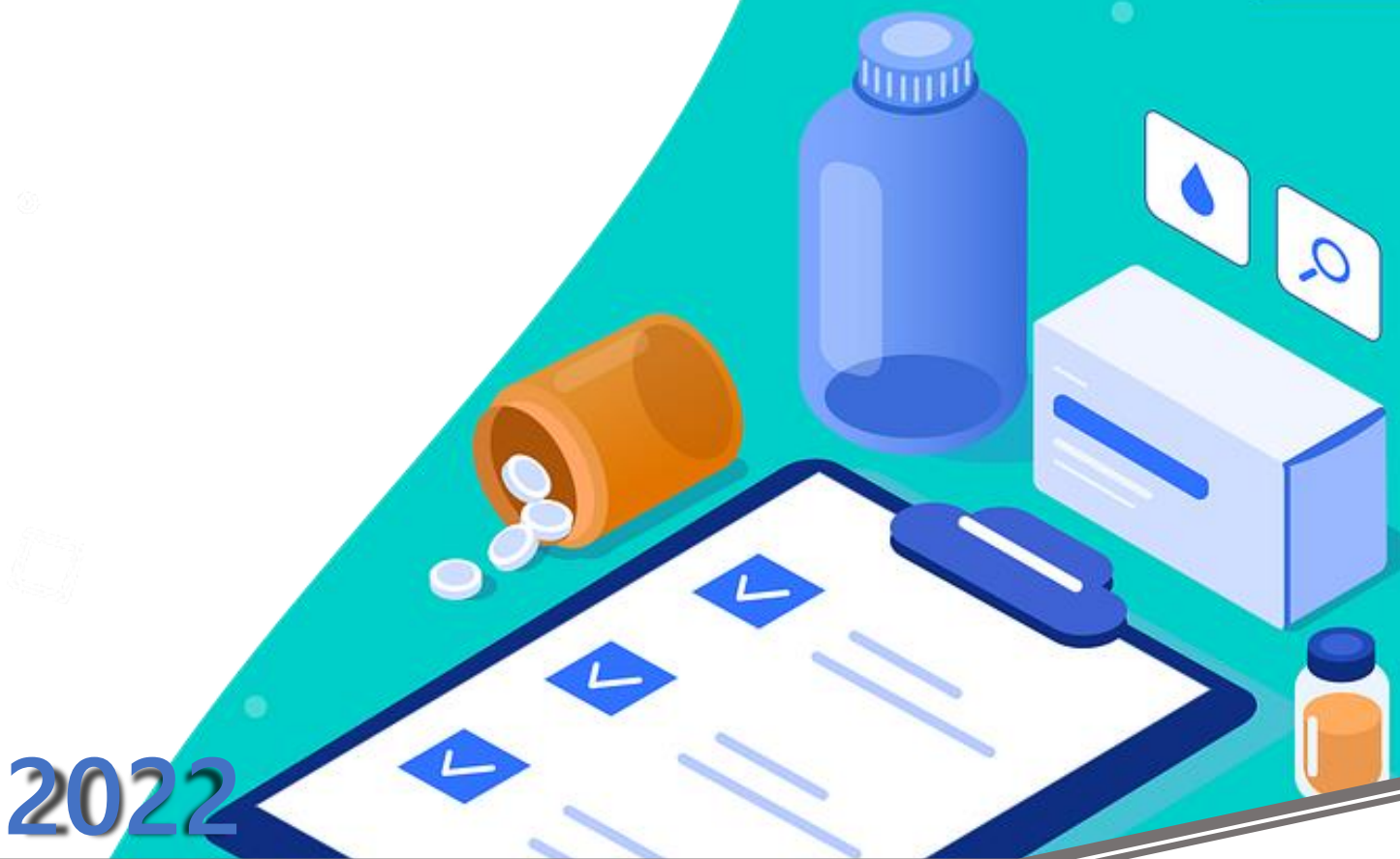
TARTU ÜLIKOOL
RAKE

TÕENDUSPÕHISTE SEKKUMISTE RAKENDAMISVÕIMALUSED KOOS MÕJU HINDAMISEGA TERVISEHARITUSE PARANDAMISEL EESTIS

LÕPPRAPORT

2022

August





**TÕENDUSPÕHISTE SEKKUMISTE
RAKENDAMISVÕIMALUSED KOOS
MÕJU HINDAMISEGA
TERVISEHARITUSE PARANDAMISEL
EESTIS**

Tellinud Sotsiaalministeerium

Tartus 2022. aastal

UURINGU AUTORID:

Kerli Ilves, Tartu Ülikool

Mary-Ann Kubre, Tartu Ülikool

Sabina Trankmann, Tartu Ülikool

Ruth Kalda, Tartu Ülikool

Kenn Konstabel, Tervise Arengu Instituut

RAKE

RAKE on võrgustikutüüpi rakendusuringute keskus. Meie missioon on edendada teadmisel põhinevat otsustamist Eesti ühiskonnas. Lisaks RAKE meeskonnale kaasame kõrgeima kvaliteedi tagamiseks oma uuringutesse valdkondlikke eksperte nii Tartu Ülikoolist kui vajadusel ka väljastpoolt. RAKE võrgustikust leiab nii sotsiaalteadlasi kui meditsiini-, loodus-, tehnika- ja humanitaarteaduste valdkonna esindajaid.

KONTAKTANDMED:

Lossi 36-303, 51003, Tartu

kerli.ilves@ut.ee

+372 5909 2881

<http://skytte.ut.ee/et/rake>

ISBN: 978-9985-4-1331-9 (pdf)

SISUKORD

LÜHENDID JA MÕISTED	7
1. SISSEJUHATUS JA UURINGU EESMÄRK	8
2. MEETODID	12
2.1. TEADUSKIRJANDUSE ANALÜÜS.....	12
2.2. DOKUMENDIANALÜÜS	13
2.3. VÄLISRIIKIDE PRAKTIKATE ANALÜÜS	13
2.4. INTERVJUUD JA ARUTELUSEMINARID	14
3. TERVISEHARITUSE MÕISTE JA ROLL RAHVATERVISE PARANDAMISEL	16
4. TÕENDUSPÕHISED TERVISEHARITUSE MEETMED	20
4.1. SÜDAME-VERESOOKONNAHAIGUSED.....	20
4.2. VAIMNE TERVIS	28
4.3. METABOOLSED HÄIRED	43
5. VÄLISRIIKIDE PRAKTIKAD	50
5.1. HOLLAND.....	50
5.2. SAKSAMAA	53
5.3. SOOME.....	56
6. TERVISEHARITUS EESTIS	63
6.1. SVH-D JA TERVISEHARITUSE MEETMED EESTIS	69
6.1.1. LIHTSA JA ARUSAADAVA KEELE KASUTAMINE TERVIST PUUDUTAVA INFO EDASTAMISEL PATSIENTIDELE.....	71
6.1.2. PATSIENTIDE MOTIVATSIOONI TÕSTMINE EESTIS	73
6.1.3. ELUVIISISOOVITUSED SVH-DEGA PATSIENTIDELE	74
6.2. VT JA TERVISEHARITUSE PRAKTIKAD EESTIS.....	77
6.2.1. PASSIIVNE PSÜHHOHARIMINE	79
6.2.2. INTERAKTIIVNE PSÜHHOHARIMINE.....	83
6.2.3. ELUVIISISOOVITUSED VT PATSIENTIDELE.....	86
6.3. MH-D JA TERVISEHARITUSE PRAKTIKAD EESTIS	88
6.3.1. GLÜKOOSITASEME ISESEISEV JÄLGIMINE.....	89
6.3.2. PSÜHHOLOOGILISE HEAOLU MONITOORIMINE JA PSÜHHOLOOGILINE TUGI MH-DEGA PATSIENTIDELE.....	92
6.3.3. ELUVIISISOOVITUSED MH-DEGA PATSIENTIDELE	93

<u>7. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED</u>	<u>96</u>
<u>KASUTATUD KIRJANDUS</u>	<u>105</u>
<u>LISAD.....</u>	<u>126</u>
<u>LISA 1. HOLLANDI TERVISEHARITUSE PROGRAMMID KOOLILASTELE</u>	<u>126</u>

LÜHENDID JA MÕISTED

Lühendid

AHRQ	tervishoiu-uuringute ja -kvaliteedi agentuur
GRADE-metoodika	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
GROW	Coachiva nõustamise mudel, akronüüm sõnadest Goal (eesmärk), Reality (reaalsus), Options (valikud) ja Way forward/Way up (tee edasi/üles)
HLS-EU	Euroopa terviseharituse küsimustik (European Health Literacy Survey)
KOV	kohalik omavalitsus
MH	metaboolne häire
MI	motiveeriv intervjuerimine
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RTA (2020-2030)	Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030
SVH	südame-veresoonkonnahaigus
TAI	Tervise Arengu Instituut
VT	vaimne tervis
WHO	World Health Organisation (Maailma Terviseorganisatsioon)

Mõisted

EKSPLORATIIVUURING	paindlikku tüüpi uuring, mida kasutatakse selliste teemade uurimiseks, mille kohta seni veel palju tõenduspõhist materjali kogutud pole ja/või kui teema kohta on keeruline andmeid koguda
ERIÕDE	õde, kes on läbinud õe erialase koolituse õppekava või terviseteaduse magistriõppekava ühel õendusabi erialal ning omandanud õpitud erialal suurema kliinilise pädevuse ja otsustusoskuse, samuti valmisoleku töötada nii iseseisvalt kui ka interdistsiplinaarses meeskonnas ning eest vedada uurimis- ja arendustööd
METABOOLNE SÜNDROOM	ehk ainevahetussündroom, mille korral esinevad inimesel korraga kõrgvererõhktõbi või kõrgeenenud vererõhk, ülekaalulisus, vererasvade ainevahetuse häire ja/või kõrgeenenud veresuhkur, kusjuures üheskoos toimides on need häired ohtlikumad kui üksikhaaval
PROSPEKTIIVNE KOHORTUURING	uuring, kus jälgitakse kindlat gruppi üldiselt sarnaseid inimesi, kes erinevad konkreetses huvipakkuvas teguris, mitmete aastate jooksul, et hinnata, kuidas eristuv(ad) tegur(id) mõjutavad huvipakkuvaid tulemusi (nt tervisenäitajaid, haigestumust vm)
RAVISOOSTUMUS	määr, mille ulatuses inimene tegutseb kooskõlas talle määratud ravirežiimiga
SMART PÕHIMÕTE	spetsiifilised, mõõdetavad, saavutatavad, asjakohased ja tähtjalised (<i>specific, measurable, attainable, relevant & time-based</i>) kriteeriumid eesmärkide seadmiseks
TERVISEHARITUS	teadmised, oskused ja motivatsioon otsida, hinnata ja kasutada tervisealast teavet, et teha igapäeva- ja tööelus haiguste ennetamise, tervise edendamise ja tervishoiuga seotud otsuseid
(FUNKTSIONAALNE) TERVISEALANE KIRJAOSKUS	terviseharituse üks väljund ja pädevus, mis iseloomustab seda, mil määral ollakse võimelised tarbima ja mõistma terviseteadust; osades uuringutes on kasutatud terviseharituse taseme mõõtmiseks (funktsionaalse) tervisealase kirjasokuse küsimustikke

1. SISSEJUHATUS JA UURINGU EESMÄRK

Eesti Rahvastiku tervise arengukavas (edaspidi RTA) 2020–2030¹ on juhitud tähelepanu sellele, et kui seni on Eesti tervishoid olnud valdavalt teenusekeskne, siis RTA eesmärkide saavutamiseks on vajalik suurendada inimeste endi teadmisi ja võimekust informeeritud terviseotsuste tegemiseks. **Oluline meetod selle saavutamisel on erinevate terviseharitust parandavate meetmete toetamine.**

Üheks suureks eesmärgiks arengukavas on „tervena elada jäänud aastate arv kasvab kiiremini kui oodatav eluiga ehk inimesed elavad suurema osa oma elust tervisest tulenevate piiranguteta“ ning selle eesmärgi ja alaeesmärkide saavutamiseks on korduvalt viidatud muuseas terviseharituse meetmete rakendamisele, nt:

- arusaadava ja praktilise info tervist toetavatest valikutest kõigile õigel ajal kättesaadavaks muutmisele;
- vaimse tervise edendamiseks terviseharituse parandamisele;
- terviseharituse parandamisele kui ühele meetodile Eesti inimeste tervise ebavõrdsuste vähendamisel.

Uuringu eesmärk oli analüüsida tõenduspõhiseid terviseharituse meetmeid ning nende rakendamisevõimalusi ja mõju Eesti tervishoiusüsteemis.

RTAs viidatud Maailma Terviseorganisatsiooni (World Health Organisation, edaspidi WHO) raporti kohaselt moodustasid 2016. aastal mittenakkushaigustest tingitud surmad kogu maailma surmadest 71% ning kõige olulisemaks surmapõhjuseks olid südame-veresoonkonna haigused (44% kõigist mittenakkushaigustest tingitud surmadest ja 31% kõigist surmadest)^{2,3}. Samas on peamised mittenakkushaiguste riskitegurid käitumuslikud (igapäevased toitumisvalikud, füüsilise aktiivsuse tase, alkoholi- ja tubakatoodete tarvitamine) ning seega isiku enda mõjutatavad.

Aastatel 2015–2017 oli pea pooltel ehk 49,1% Eesti inimestest vähemalt üks krooniline haigus ja ligi kolmandikul ehk 30,1% oli neid vähemalt kaks. Haiguste arv ja hulgihaigustega inimeste osakaal suureneb vanuse kasvades: noorimas vanuserühmas ehk kuni 24-aastaste seas on hulgihaigestumust 2,4%, samas vanimas rühmas ehk üle 85-aastaste seas on see näitaja 80%. Kõige sagedasem krooniline haigus on kõrgvererõhktõbi, mida esineb ligi neljandikul rahvastikust, sellele järgnevad krooniline valu 12,4% ja liigesepõletikud 7,7% rahvastikust⁴.

Mitmed uuringud on näidanud, et üks võimalik meede ennetamaks ja/või vähendamaks (krooniliste) haiguste esinemist ja nendest tulenevat kahju inimeste tervisele, on

¹ Sotsiaalministeerium. (s.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030.

² WHO. (2018a). Noncommunicable diseases country profiles 2018.

³ WHO. (2018b). Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases.

⁴ Jürisson *et al.* (2021). Prevalence of chronic conditions and multimorbidity in Estonia: a population-based cross-sectional study.

terviseharituse meetmete rakendamine ja terviseteadlikkuse parandamine^{5,6,7,8}. Lisaks on madal terviseharituse tase seotud oluliselt suuremate tervishoiukulutustega⁹.

Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) ja statistikaameti koostöös läbi viidud üleeuroopalise terviseuuringu osaks oleva Eesti terviseuuringu tulemuste kohaselt oli 2019. aastal 65% Eesti täiskasvanutest enesehinnangulistel vastustel põhinevalt krooniline haigus või mõni pikaajaline terviseprobleem¹⁰. TAI Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (2020) raporti alusel¹¹ on vastajaist kokku pea pooled (49,9%) enda hinnangul kogunud igapäevategevusi kas tugevalt (13,1%) või mõnevõrra (36,8%) piiranud terviseprobleeme. Enim esineb Eesti inimestel selle uuringu põhjal kroonilisi seljavalusid (24,8% täiskasvanud elanike osakaalust) ning kõrgvererõhktõbe (23,3%)¹². Nii WHO¹³ kui RTA 2020–2030 hinnangul on mittenakkushaigustest tingitud enneaegse suremuse ennetamisel olulisimateks südame-veresoonkonna haiguste (edaspidi SVH-d), pahaloomuliste kasvajate ja metaboolsete häirete (edaspidi MH-d), eeskätt diabeedi ennetamine eluviisi mõjutavate käitumuslike tegurite kaudu. Samas esineb üha enam ka vaimse tervise (edaspidi VT) häireid ning TAI uuringu põhjal vaevab vähemalt 9,1% Eesti täiskasvanutest kas krooniline ärevus või depressioon. **Kuna uuringud on näidanud, et kõige enam mõjutavad käitumuslikud ehk inimese enda kontrolli all olevad tegurid just SVH-d, teist tüüpi diabeedi ja ka VT probleemide teket ja kulgu, on terviseharitusel kriitiliselt oluline roll selliste haiguste ennetamisel ja nendega toimetulekul**¹⁴. Uuringu raames oleme seega fookusesse võtnud tõenduspõhised terviseharituse meetmed, mis on sihitatud järgnevatele kroonilistele haigustele:

1) Südame-veresoonkonna haigused, eeskätt kõrgvererõhktõbi

- SVH-d on peamised mittenakkushaigustest tingitud surmapõhjused Eestis;
- SVH-d põhjustavad 44% kõigist maailma surmadest;
- Samas on SVH-de teke ja prognoos oluliselt mõjutatud käitumuslikest eluviisiteguritest (toitumine, füüsiline aktiivsus jms).

2) Vaimse tervise probleemid, eeskätt ärevus- ja meeleoluhäired

- TAI 2021. aastal avaldatud uuringu kohaselt kannatab VT häirete all vähemalt 9,1% täiskasvanuist, kuid tihti saavad VT probleemid alguse juba lapseas;
- 2019. aasta andmete kohaselt on Eestis diagnoositud depressioon 52 274 inimesel, sh 3157 neist on töövõimetuslehtedel¹⁵;
- Kuigi depressiooni haigestumus Eestis on viimase kümne aasta jooksul üldiselt langenud, on 18–24-aastaste seas haigestumus hoopis kasvanud ehk noored on kujunenud depressiooni riskirühmaks, kusjuures vaid kuni 41% kõigist esmaste diagnoosidega patsientidest on saanud piisavat ravi¹⁶;

⁵ Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice.

⁶ Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation.

⁷ Zheng, M. et al. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis.

⁸ Fan, Z.-ya, Yang, Y., & Zhang, F. (2021). Association between Health Literacy and mortality: A systematic review and meta-analysis.

⁹ Rasu, R. S. et al. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure.

¹⁰ TAI. (2019). Eesti Terviseuuring.

¹¹ TAI. (2020). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020.

¹² TAI. (2021). Terviseuuring: 65 protsendil täiskasvanutest on krooniline haigus või pikaajaline terviseprobleem.

¹³ WHO (2018b). Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases.

¹⁴ Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*.

¹⁵ Haigekassa. (2021). Depressiooniga patsiendi raviteekonna kaardistamine haigekassa andmete alusel.

¹⁶ Eesti rakendusuuringu Keskus Centar. (2021). Raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levimus ning majanduslik mõju.

- 2019. aastal olid psüühika- ja käitumishäired (sh vaimne alaareng) töövõime hindamisel peamiseks diagnoosiks (30% kõikidest töövõime vähenemistest), meeleoluhäired ja neuroosid on peamisteks töövõimetuse põhjusteks¹⁷;
- WHO on välja toonud, et vaimset tervist mõjutavad lisaks inimese individuaalsetele omadustele (nt vanus, rahvus), kogemustele ja käitumisele ka sotsiaalmajanduslik olukord ja keskkond (nt sotsiaalne tugivõrgustik, (majanduslik) kindlustunne ja stabiilsus, integratsioon);
- Oluliseks VT probleemide süvenemise riskifaktoriks on viivitamine arstiabi otsimisega ning oma tervises seisundi varjamine või mittetunnistamine.

3) Metaboolsed häired, eeskätt teist tüüpi diabeet

- MH-de korral on häiritud ainevahetus, levinuim MH on (teist tüüpi) diabeet¹⁸. Esimest tüüpi diabeedi puhul on umbes pooltel juhtudest tegemist päriliku haigusega, kuid teist tüüpi diabeedi puhul on lisaks pärilikkusele oluline ka eluviis, mis võib kiirendada teist tüüpi diabeedi kulgu¹⁹;
- 2019. aasta andmete põhjal oli (teist tüüpi) diabeet üks peamisi suremuse ja puude põhjustajaid;
- Eestis ei ole diabeedi täpne levimus teada, kuid Rahvusvahelise Diabeedi Föderatsiooni hinnangul oli 2019. aastal diabeet diagnoositud ligi 6,2% täiskasvanutest (st 20–79-aastastest);
- Umbes 80–90% diabeeti põdevatest inimestest on teist tüüpi diabeediga patsiendid²⁰;
- Teist tüüpi diabeedi areng ja kulg sõltub suurel määral käitumuslikest eluviisiteguritest (toitumine, füüsiline aktiivsus) ning regulaarsest tervise jälgimisest (nt glükoositaseme mõõtmine) ja tekib üldiselt pärast 45. eluaastat, kuid järjest kasvav ülekaalulisus noorte seas suurendab riski haigestuda juba nooremas eas;
- Lisaks (teist tüüpi) diabeedile on levinud MH-ks ka metaboolne sündroom²¹, mis on riskiteguriks diabeedi ja/või SVH-de kujunemisel;
- Värske info metaboolse sündroomi levimuse kohta praegu puudub, kuid 2004. aastal esines sündroom hinnanguliselt 20% 30–60-aastastel arsti poole pöördujatel²².

Lisaks on eeltoodud kirjandusele tuginedes just nende haiguste väljakujunemine ja kulg terviseharituse meetmetega (terviseteadlikkuse parandamine, tajutud kontrollitunde suurendamine, asjakohaste kvaliteetsete materjalide kättesaadavus jms) oluliselt mõjutatavad.

Selle uuringu läbiv eesmärk oli koostada ülevaade tõenduspõhistest meetmetest, mille eesmärk on parandada eelnevalt loetletud pikaajaliste ja krooniliste haigustega seotud terviseharituse taset ning seeläbi ära hoida, vähendada ja/või lükata edasi pikaajaliste ja krooniliste haiguste süvenemist Eesti inimestel. Lisaks tegime uuringu käigus soovitusel ja ettepanekud, kuidas analüüsitud meetmeid Eesti tervishoiusüsteemis parimal moel rakendada. Selle eesmärgi täitmiseks seadsime uuringule järgmised alameesmärgid:

- 1) Teaduskirjanduse ja välisriikide praktikate analüüsi põhjal **terviseharituse parandamise meetmetest ülevaatliku loetelu loomine**, sh detailselt nende sisu, rakendamise protsessi ja

¹⁷ Sotsiaalministeerium. (2020). Vaimse tervise roheline raamat.

¹⁸ Roosimaa, M. et al. (2021). 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. Eesti ravijuhend.

¹⁹ Ida-Tallinna Keskhaigla. (2021). Diabeet.

²⁰ Institute for Health Metrics and Evaluation Population Health Building/Hans Rosling Center. (2019). Estonia.

²¹ Metaboolse sündroomi ehk ainevahetussündroomi korral esinevad inimesel korraga kõrgvererõhktõbi, ülekaalulisus, vereraskade ainevahetuse häire ja/või kõrge veresuhkur

²² Hedman, A., & Sinisalu, V. (2008). Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitlus. Eksperti hinnang.

kitsaskohtade, tõenduspõhisuse ja tulemuslikkuse hinnangute ning rakendamise kulude kirjeldamine ja muude oluliste tähelepanekute väljatoomine.

- 2) Kirjeldamine, **kas ja kuidas eelnevas loetelus toodud meetmeid on katsetatud või rakendatud Eestis**, sh millal ja kes on neid rakendanud, millised on olnud rakendamise kitsaskohad ning milline on olnud rakendamise mõju.
- 3) Loetelus toodud terviseharituse parandamise meetmete rakendamise kohta Eesti tervishoiusüsteemis **soovituste ja ettepanekute kujundamine**, sh täpsustades, kuidas ja milliseid meetmeid rakendada, tuues sealjuures välja meetme rakendamise võimalikud kitsaskohad, meetme(te) rakendamise protsessi, võimalikud Eesti oludele kohandamise vajadused, eeldatava kulu ja eeldatava mõju. Lisaks ka teaduskirjandusele ja teiste riikide praktikatele toetudes uute tõhusate sekkumismeetmete, mille rakendamisest võiks Eestis olla suurim kasu, kirjeldamine ja soovitamine.

2. MEETODID

Tõenduspõhistest terviseharituse meetmetest (programmidest, sekkumistest, kampaaniatest jms) ülevaate koostamiseks analüüsisime asjakohaseid dokumente ja teaduskirjandust. Teaduskirjanduse ja välisriikide praktikate analüüsi tulemusel valminud tõenduspõhiste terviseharituse meetmete loetelu põhjal (vt peatükk 4) analüüsisime ja kirjeldasime, kas ja kuidas on neid meetmeid varasemalt Eestis rakendatud, sh seda, millised on olnud meetme rakendamise piirangud ja tulemuslikkus (vt peatükk 6). Kirjanduse ülevaate tulemuste valideerimiseks ja täiendamiseks viisime uuringu teises etapis läbi ka intervjuud meetmetega seotud Eesti praktikute ja spetsialistidega saamaks võimalikult head ülevaadet sellest, mida ja kuidas varasemalt tehtud on (vt peatükk 6). Sünteesides teaduskirjanduse ja välisriikide praktikate analüüsi tulemused (vt peatükk 5) ning Eestis kasutatud praktikate analüüsi tulemused, koostasime terviseharituse meetmete rakendamiseks Eestis poliitikasoovitused ja rakendumisettepanekud eesmärgiga parandada ja tõsta (eeskätt loetelus toodud krooniliste haigustega) inimeste terviseteadlikkust ning seeläbi ennetada, vähendada ja/või ära hoida kroonilistest haigustest tulenevaid tervisekahjusid (vt peatükk 7).

Uuringus kasutasime **kvalitatiivse andmeanalüüsi meetodeid** ehk viisime läbi (teadus)kirjanduse- ja dokumendianalüüsi, mida kombineerisime täiendava info saamiseks intervjuude ja aruteluseminaride tegemisega.

Uuringu sihtrühmad olid ehk uuringus keskendusime nii nende haiguste ennetamiseks kui leevendamiseks sihitatud terviseharituse praktikatele:

- 1) südame-veresoonkonna haigused, eeskätt kõrgvererõhktõbi (vt peatükk 4.1);
- 2) vaimse tervise probleemid, eeskätt ärevus- ja meeleoluhäired (vt peatükk 4.2);
- 3) metaboolsed häired, eeskätt teist tüüpi diabeet (vt peatükk 4.3).

Uuringu esimene etapp andis olulise (teoreetilise) sisendi uuringu teise ja kolmanda etapi tegevusteks. Lisaks toimus terve uuringu vältel sekundaaranalüüs, st jätkus täiendav kirjanduse analüüs ka uuringu teises ja kolmandas etapis, et täiendada teadmisi tõenduspõhiste materjalidele toetudes. Uuringu teises etapis toimus Eesti praktikate analüüs, mis lähtus esimeses etapis loodud meetmete loetelust ning kus lisaks kirjalike materjalide analüüsile saime olulise sisendi Eesti praktikutelt ja spetsialistidelt. Kolmandas etapis toimus tulemuste triangulatsioon, kus lõime ülevaate uuringu tulemustest ning lähtudes teaduskirjanduse ja praktikate analüüsist ning ekspertteadmistest kujundasime soovitusel ja ettepanekud tõenduspõhiste terviseharituse meetmete rakendamiseks Eestis.

2.1. Teaduskirjanduse analüüs

Selleks, et koostada loetelu tõenduspõhistest terviseharituse edendamise meetmetest eeltoodud krooniliste haiguste kohta, uurisime teemakohaseid teadusuuringuid, sh nii Eestis kui mujal ilmunud teadusartikleid, milles kirjeldatakse, võrreldakse ja analüüsitakse erinevaid terviseharitusega seotud meetmeid (sh kitsaskohad, tulemuslikkus ja mõju, kuluefektiivsus jms) eelkõige eeltoodud krooniliste haiguste ennetamiseks ja leevendamiseks.

Asjakohaste artikliteni jõudmiseks kaasasime meeskonda eksperdid, kelle soovitude ja teadmiste põhjal materjale kogusime. Lisaks kasutasime nn lumepallimeetodit ehk uute artikliteni jõudsime juba leitud artiklite viidete kaudu. Teaduskirjanduse analüüsiks vajalikud materjalid otsisime teadusandmebaasidest (nt Google Scholar, Web of Science). Otsingul kasutasime ingliskeelseid märksõnu (nt *health literacy, health literacy interventions, health literacy index, health education, promotion of health education/knowledge/literacy*).

Teaduskirjanduse analüüs oli sisendiks Eesti praktikate analüüsile ning intervjuude ja aruteluseminaride kavade koostamisele, kus võtsime arvesse teaduskirjandusest kogutud infot. Tõenduspõhiste terviseharituse edendamise meetmete loetelus toodu põhjal hindasime Eesti praktikate analüüsi käigus, kas ja kuidas on neid meetmeid seni Eestis katsetatud ja kasutatud ja/või kuidas võiks seda tulevikus teha.

2.2. Dokumendianalüüs

Teaduskirjanduse analüüsi täiendamiseks ja valideerimiseks analüüsisime lisaks ka olulisimaid asjakohaseid dokumente (nt WHO, OECD, TAI jm asjakohaste organisatsioonide raportid, ravijuhendid jms). Dokumendianalüüsi eesmärk oli luua ülevaade Eesti tervishoiusüsteemist ja tervisepoliitikast (võimalused, regulatsioonid, protsessid), keskendudes sellele, kuidas on varasemalt rakendatud erinevaid terviseharituse edendamise meetmeid ning millised võimalused on tulevikus selliste meetmete rakendamiseks (vt peatükk 6 ja 7). Eesti praktikate dokumendianalüüsi kaasasime:

1. **uuringu teemadega seotud õigusaktid:** nt rahvatervise seadus (RTerS), Eesti Haigekassa seadus (HKS), tervishoiuteenuste korraldamise seadus (TTKS), psühhiaatrilise abi seadus (PsAS), ravikindlustuse seadus (RaKS), Eesti Haigekassa põhikiri jms;
2. **terviseharituse teemadega seotud veebilehed:** nt tai.ee, peaasi.ee, terviseamet.ee, haigekassa.ee, terviseinfo.ee jms;
3. **asjakohaste sotsiaal- ja terviseteenuste ja -suundade kirjeldused:** nt Sotsiaalministeeriumi „Vaimse tervise roheline raamat“, „Tervishoiu arengusuunad 2020“, Tervishoiuteenuste loetelu, Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030, Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2015 (TNS Emor) jms.

2.3. Välisriikide praktikate analüüs

Lisaks üldisele teaduskirjanduse analüüsile, kus kirjeldasime eeltoodud krooniliste haiguste ennetamisele ja leevendamisele sihitatud terviseharituse meetmeid riikideülevalt, viisime läbi ka välisriikide praktikate analüüsi, kus lisaks meetmete kirjeldamisele võtsime arvesse ka nende riikide, kus meetmeid on rakendatud, üldist tervishoiusüsteemi ja tausta (vt peatükk 5). See võimaldas meie hinnangul paremini saavutada uuringu eesmärki ehk kujundada meetme(te) rakendamissetepanekud, võttes arvesse üldist tervishoiusüsteemi, selle piiranguid ja võimalusi, rakendamise protsessi eripärasid, maksumust ja võimalikku mõju. Ka RTA 2020–2030 raportis on välja toodud, et Euroopa Liidu liikmesriigina tuleb **Eesti tervisepoliitika kujundamisel arvesse võtta rahvusvahelise tasandi arengusuundi ning tugineda parimale rahvusvahelisele praktikale.**

Välisriikide praktikate analüüsi valim oli:

- Holland (vt peatükk 5.1);
- Saksamaa (vt peatükk 5.2);
- Soome (vt peatükk 5.3).

Välisriikide praktikate analüüsi käigus löime ülevaate nendes riikides kasutusel olnud ja olevatest terviseharituse meetmetest (kampaaniad, programmid, sekkumised jms), nende tüüpidest ja sisust, rakendamise protsessist, korraldusest, sihtrühmadest, tõenduspõhisusest ja tulemuslikkusest. Lisaks analüüsisime, kuidas nendes riikides rakendatud sekkumised võiks sobitada Eesti tervishoiusüsteemiga (vt tabel 11). Vastava info leidmiseks kasutasime teaduskirjanduse analüüsi põhimõtteid, mida kombineerisime dokumendianalüüsiga ning uute materjalideni jõudsimel lumepallimeetodil. Lisaks kirjutasime vastavate riikide asjakohastele kontaktidele (spetsialistid, nõunikud jms), et neilt materjalide kohta soovitusi saada. Saksamaa terviseharituse praktikate analüüsimise käigus tegime ka intervjuu ekspert **Nicole Giard'iga** Robert Kochi instituudi uuringute koordineerimise osakonnast.

2.4. Intervjuud ja aruteluseminarid

Eesti terviseharituse praktikate analüüsis viisime kirjalike materjalide analüüsi täienduseks läbi ka **11 individuaalintervjuud ja kaks aruteluseminari** erinevate Eesti spetsialistide ja praktikutega (vt tabel 1). Ühe aruteluseminari fookuses oli eeskätt MH-dega seotud terviseharituse roll ja praktikad Eestis ning teises aruteluseminaris olid fookuses VT teemad ja psühhoharimine. Lisaks toimusid individuaalintervjuud nii MH-de spetsialistide kui VT häirete spetsialistidega. SVH-de teemal intervjuerisime eraldi mitmeid inimesi, kuid paraku ei olnud võimalik selle valdkonna spetsialistidega aruteluseminari korraldada, sest spetsialistidel ei õnnestunud leida ühiselt sobivat aega seminari toimumiseks. Intervjuud ja aruteluseminarid toimusid veebipõhiselt Microsoft Teamsi platvormil.

Intervjuude ja seminaridega valideerisime ja täiendasime kirjalike materjalide analüüside tulemusi ning kogusime vahetut infot ja kogemusi Eestis terviseharituse meetmete rakendamise kohta otse Eesti praktikutelt ja spetsialistidelt. Nii intervjuud kui seminarid toimusid poolstruktureeritud meetodil, st nende läbiviimisel toetusime kirjalike materjalide analüüsi põhjal loodud intervjuu- ja seminarikavanditele, mida vastavalt intervjueritu räägitule kohandasime ning millele lisaks võimaldasime vaba jutuvoogu lähtudes sellest, mida intervjueritu ja/või seminaris osalejad ise terviseharituse teemadel oluliseks peavad. Intervjuud ja seminarid toimusid eesti keeles.

Tabel 1. Intervjueritud ja aruteluseminaridel osalenud spetsialistide loetelu

NIMI	ASUTUS
Marion Kalju	Eesti Haigekassa, partnersuhtluse osakonna peaspetsialist
Maarja Randväli	Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Laste ja noorte diabeediühing ELDÜ, MTÜ Diabeedispetsialistid, õppejõud-kaaslektor, diabeediõde
Marju Past	Eesti Diabeedikeskus, Eesti Diabeediliit, endokrinoloog
Kaia Kastepõld-Tõrs	Eesti Psühholoogide Liit, psühholoog-nõustaja
Anne Kleinberg	Eesti Psühhiaatrite Selts, Tallinna Lastehaigla, psühhiaater
René Randver	Eesti Haigekassa, vaimse tervise ekspert, kliiniline psühholoog

Merike Toomik	Lõuna-Eesti Haigla, sisehaiguste arst
Elgi Lepik	Eesti Haigekassa, Partnersuhtluse osakonna vanemusaldusarst
Aune Rehema	Võrumaa perearst, Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste õppejõud
Triinu Tänavsuu	Tallinna Lastehaigla, Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit, kliiniline psühholoog
Merle Taevik	Tartu Ülikooli Kliinikum, Tartu Tervishoiukõrgkool, VT õde
Rainer Mere	Psühholoog, koolitaja, VT ekspert, iFightDepression programmi Eesti projektijuht
Nele Mets	MTÜ Peasjad, koolituste valdkonna juht/nõustaja
Sandra Liiv	MTÜ Peasjad, kommunikatsioonijuht
Gerli Liivet	Eesti Õdede Liit, asepresident
Märt Elmet	Eesti Kardioloogide Liit, president
Mikk Jürisson	Tartu Ülikool, rahvatervishoiu kaasprofessor

3. TERVISEHARITUSE MÕISTE JA ROLL RAHVATERVISE PARANDAMISEL

Terviseharituse (*health literacy*) mõiste võeti esmakordselt kasutusele 1970ndatel²³ ning oma olemuselt tähistab see seda, mil määral ollakse võimelised leidma, tarbima ja mõistma (kvaliteetset) tervisealast teavet terviseotsuste tegemiseks²⁴. Lisaks võimekusele ehk oskustele ja teadmistele terviseeteemaliste materjalide tarbimisel hõlmab terviseharitus mõnede definitsioonide kohaselt ka inimese motivatsiooni otsida, analüüsida ja kasutada (kvaliteetset ja tõenduspõhist) tervisealast teavet igapäevaste (tervise)valikute tegemisel²⁵. Terviseharituse mõistet kasutatakse tihti seega katuserminina, mis hõlmab üksikisiku võimet saada, mõista ja hinnata (asjakohast) tervisealast informatsiooni, kasutada seda tervisesse puutuvate otsuste tegemisel, haiguste ennetamisel, ravimisel ja tervise edendamisel ning võimekust orienteeruda tervishoiusüsteemis. Seega on terviseharituse edendamisega seotud nii üksikisik, tervishoiusüsteem kui ka haridussüsteem.

Tervist mõjutavad mitmed tegurid, sh geenid ja elukeskkond, kuid ka eluviis, terviseiga seotud hoiakud ja oskused, mis kujunevad paljuski juba lapseas²⁶. Seega on küll oluline alustada terviseharituse edendamisega juba varakult, kuid kindlasti ei tohi jätta tähelepanuta ka vanemaid inimesi, kuna nende terviseharituse tase on uuringute põhjal nooremate vanuserühmadega võrreldes üldiselt madal²⁷ ning ka kroonilised haigused on enam esindatud just vanemates vanuserühmades.

Madal terviseharituse tase võib tähendada seda, et inimesel võib esineda probleeme terviseeteabe lugemise ja mõistmisega, millest tulenevalt võib tal esineda probleeme tervisesoovituste järgimisel ja see omakorda võib tema tervist lühemas või pikemas perspektiivis negatiivselt mõjutada. Uuringud on näidanud, et madalama terviseharituse tasemega seostub sagenenud vajadus haiglaravi järele²⁸ ning kõrgem suremus²⁹. Lisaks (kõrgele) vanusele on leitud, et ka (vähemus)rahvusesse kuulumine, tervisekindlustuse puudumine, madal haridustase ning riigikeele mittevaldamine on tegurid, millel on seos madala terviseharitusega **ehk erinevused terviseharituse tasemes on üheks teguriks ka terviseiga seotud ebavõrdsusel erinevate (sotsiaaldemograafiliste) rühmade vahel.**

Lisaks on uuringud näidanud, et terviseharituse taseme parandamine võib teatud määral kaasa aidata ennetatavate surmade arvu vähenemisele, kuna tervist puudutavast infost arusaamine ning vastavalt toimimine suurendavad tõenäosust, et inimene hakkab oma tervisemuredega tegelema võimalikult

²³ Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy.

²⁴ Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?

²⁵ Sørensen, K., et al. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.

²⁶ Sotsiaalministeerium. (2021). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.

²⁷ Keller, D. L., Wright, J., & Pace, H. A. (2008). Impact of Health Literacy on Health Outcomes in Ambulatory Care Patients: A Systematic Review.

²⁸ Baker, D. W. et al. (2002). Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees.

²⁹ Sudore, R. L. et al. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly.

varakult³⁰. See võib tähendada kas professionaalse tervishoiutöötaja poole pöördumist ja tema soovitude järgimist või ka oma käitumise iseseisvat teadlikku muutmist. Siseministeriumi valdkondadeülese ennetuse kontseptsiooni kohaselt on ennetus ühe või mitme osapoole tegevus hoidmaks ära, peatamaks või edasi lükkamaks ebasoovitava käitumise või terviseprobleemi tekkimist või süvenemist indiviidi jaoks või inimeste rühmas³¹ – seega on ennetus oluline ja kohaldatav nii tervele elanikkonnale kui ka väiksematele sihtrühmadele, sh juba krooniliselt haigetele inimestele. **Ennetamine ja/või varane tegutsemine aitab seega vähendada tõenäosust, et inimene vajab statsionaarset ravi, see omakorda aitab vähendada tervisele tehtavaid kulutusi.**

WHO (2013)³² on leidnud, et ligi poolte täiskasvanud Euroopa elanike terviseharituse tase ja oskused on ebaadekvaatsed või puudulikud, mistõttu võtavad nad suuremaid terviseriske, teevad vähem tervislikke valikuid ja tunnevad väiksemat kontrollitunnet oma tervise üle. Kõik see mõjub nende tervisele üldiselt halvasti. Eesti elanikkonnast üle poole hindab 2019. aasta uuringu põhjal tervise teabe leidmist, tõlgendamist ja kasutamist pigem lihtsaks või väga lihtsaks.³³ Küll aga peab ligi kolmandik vastajatest keeruliseks haiguse või ravi kohta käiva teabe usaldusvääruse hindamist.

Oma terviseharituse raportis (2013) on WHO toonud välja terviseharituse taseme riiklikul tasandil parandamise kui ühe tervisepoliitika kriitiliselt olulise tulevikusuuna, kusjuures paremad terviseharituse näitajad on raporti kohaselt seotud ka paremate ühiskondlike näitajatega üldiselt (nt osalus ühiskonna- ja majandusel) ning teisalt võib terviseharituse piiratud kättesaadavus veelgi suurendada olemasolevat ebavõrdsust ühiskonnas³⁴. **Terviseharituse edendamisel on seega WHO hinnangul mitmeid positiivseid mõjusid mitte ainult inimeste tervisenäitajatele, vaid üldiselt ühiskondlikule ja majanduslikule heale.**

Krooniliste haigustega inimeste suurenenud kontrollitunne ja tajutud enesetõhusus oma tervisenäitajate osas suurendab selliste käitumiste hulka, mis leevendavad ja parandavad nende haiguse kulgu ja üldist toimetulekut^{35,36}. Terviseteadlikkusel ja tajutud kontrollitundel oma tervise üle ehk tervise võimendamisel (*health empowerment* – mõiste, mis hõlmab tervisekäitumisega seotud individuaalset kompetentsi ja võimekust ning sotsiaalpoliitikat ja sotsiaalseid abisüsteeme³⁷) on krooniliste haigustega patsientide tervisekäitumisele ja tervisenäitajatele positiivne mõju³⁸. Terviseharituse taseme parandamine on seega üks võimalus parandada (krooniliste haigustega) inimeste terviseteadlikkust, oma tervisega seotud enesetõhusust ning tajutud kontrollitunnet oma tervise üle.

Lisaks on terviseharituse tasemel mõju ka inimeste tervisele ja ravile tehtavatele kulutustele: inimesed, kelle terviseharituse tase on keskpärane või madalam, vajavad rohkem tervishoiuteenuseid

³⁰ Clancy, C. M. (2011). Patient Engagement in Health Care.

³¹ Siseministerium. (s.a.). Eesti valdkondadeülese ennetuse kontseptsioon.

³² WHO. (2013). Health literacy. The solid facts.

³³ Kallaste, E. et al. (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine.

³⁴ Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: the solid facts.

³⁵ Osborne, R. H. et al. (2007). Does self-management lead to sustainable health benefits in people with arthritis? A 2-year transition study of 452 Australians.

³⁶ Yoo, H. et al. (2011). Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases.

³⁷ Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment.

³⁸ Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation.

ning kulutavad rohkem raha retseptiravimitele kui inimesed, kelle terviseharituse tase on keskmisest kõrgem³⁹. Ka Eestis läbiviidud uuring kinnitas, et kõrgema haridustasemega isikud hindavad oma terviseharituse taset paremaks võrreldes madalama haridusega inimestega⁴⁰. Muuseas on leitud, et madal terviseharituse tase seostub mitmete ebatervislike käitumiste (*unfavourable health behaviours*) ja tervisenäitajatega: madalama terviseharituse tasemega inimesed järgivad vähem (tervisliku) füüsilise aktiivsuse soovitusi⁴¹, neil on suurema tõenäosusega mõni krooniline haigus (seda eeskätt just vanematel madala terviseharituse tasemega inimestel) ning lisaks seostub madala terviseharituse tasemega kõrgem arstivisiitide hulk⁴², seega kasutavad madala terviseharituse tasemega isikud ka üldiselt rohkem tervishoiusüsteemi teenuseid. **Seega võivad rahvatervise strateegiad, mille eesmärk on edendada inimeste terviseharituse taset, aidata parandada mitte ainult inimeste tervisenäitajaid, vaid vähendada ka tervisteenustele tehtavaid kulutusi riiklikul tasandil**⁴³.

Euroopa Komisjoni tervise ja toiduohutuse peadirektoraadi asepeadirektor Martin Seychell on Euroopa Komisjoni rahvatervise teemalises uudiskirjas⁴⁴ öelnud, et krooniliste haiguste tekitatud koormus on ootamatult suur: kõigist surmadest Euroopas on 86% ehk neli miljonit surma aastas seotud krooniliste haigustega. Kroonilised haigused arenevad aeglaselt, on pikaajalised ja sageli ravimatud. Nad põhjustavad suuri kannatusi üksikisikutele ja koormavad samas ka tervishoiusüsteeme. Kõigist Euroopa Liidu tervishoiukuludest kulub praegu 70–80% (hinnanguliselt 700 miljardit eurot) kroonilistele haigustele. Peale selle põhjustavad kroonilised haigused paljude inimeste täielikku töövõimetust ning ligi neljandikul tööjõust (23,5%) on mingi krooniline haiguseisund. Selle tulemusena moodustavad Seychelli toodud statistika põhjal haigustega seotud töölt puudumiste iga-aastased hinnangulised kulud Euroopa Liidu SKP-st 2,5%.

WHO Euroopa tervise tõendusõrgustiku sünteesi raporti (2018)⁴⁵ kohaselt olid mitmes Euroopa piirkonnas 2018. aastaks juba välja kujunenud efektiivsed terviseharituse rakendamise praktikad nii (krooniliselt haigete) patsientide kui ka laiema elanikkonna jaoks, kuid nähtub ka, et **enam peaks terviseharituse poliitikakujundamisel rakendama terviklikke ja kõiki ühiskonnakihte hõlmavaid lähenemisi**. Ka on raportis välja toodud, et terviseharituse riiklike praktikate kujundamisel on oluline poliitikakujundajate koostöö teadlastega, et tagada rakendatavate meetmete tõenduspõhisus. Raportis toodud soovitude kohaselt peaks terviseharituse poliitikate kujundamisele ja rakendamisele lähenema võimalikult laiaulatuslikult ja terviklikult, nii et hõlmatud ja kaasatud oleksid elukeskkond, töökoht, meedia jm kõigil ühiskonnatasanditel: üksikisik, organisatsioon, kogukond ja seadusandlik süsteem.

Mitmeid kroonilisi haigusi on võimalik ennetada. Isegi kui inimene on haigestunud ja diagnoos on raske, ei pruugi prognoos seda olla. Paljusid kroonilisi haigusi, nagu SVH-sid ja teist tüüpi diabeeti, on võimalik kontrolli all hoida ja vältida eluohtlike tüsistuste teket, järgides tervislikku eluviisi. Ka

³⁹ Rasu, R. S. *et al.* (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure.

⁴⁰ Kallaste, E. *et al.* (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine.

⁴¹ Geboers, B. *et al.* (2014). The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators.

⁴² Tiller, D. *et al.* (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study.

⁴³ Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review.

⁴⁴ Seychell, M. (2016). Towards better prevention and management of chronic diseases.

⁴⁵ WHO. (2018c). What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European region?

muid haigusi, nt hulgiskleroos või dementsus, saab eluviisiteguritega kontrolli all hoida, et parandada patsientide enesetunnet ja aidata neil pikemaajaliselt aktiivseks jääda. Terviseharitusel on oluline positiivne roll ja mõju nii nende krooniliste haiguste ravis kui ka ennetustegevuses. **Kokkuvõttes saab patsiendi, tervishoiusüsteemi, haridussüsteemi ja kogukonna koostöös krooniliste haiguste parema ennetamise nimel kroonilistest haigustest tingitud koormust suuresti vähendada** ⁴⁶.

⁴⁶ Seychell, M. (2016). Towards better prevention and management of chronic diseases.

4. TÕENDUSPÕHISED TERVISEHARITUSE MEETMED

4.1. Südame-veresoonkonnahaigused

SVH-d on kogu maailmas peamiseks surmade põhjustajaks. WHO andmetel suri 2019. aastal SVH-de tõttu hinnanguliselt 17,9 miljonit inimest, mis moodustab 32% kõigist ülemaailmsetest surmajuhtumitest. 85% neist surmadest toimusid südameinfarkti ja insuldi tõttu⁴⁷. Samal aastal suri Eestis kõrgvererõhktõve tõttu 7821 ja südame isheemiatõve tõttu 1155 inimest⁴⁸. 2019. aastal põhjustasid mittenakkuslikest haigustest tingitud 17 miljonist enneaegsest surmast (ehk alla 70-aastaste inimeste surmadest) 38% SVH-d. Üle 75% SVH-de surmajuhtumitest toimub madala ja keskmise sissetulekuga riikides.

SVH-dega seondub arvukalt riskitegureid: vanus, sugu, kõrge vererõhk, kõrge kolesteroolitase veres, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, suhkru liigtarvitamine, perekondlik soodumus, ülekaalulisus, vähene füüsiline aktiivsus, psühholoogilised tegurid, diabeet, õhusaaste jne. **Paljud neist riskiteguritest on muudetavad käitumuslike teguritega**⁴⁹. Neid riskitegureid võivad mõjutada terviseteadlik käitumine ja ravi, mis on SVH-de ennetamisel suure potentsiaaliga.

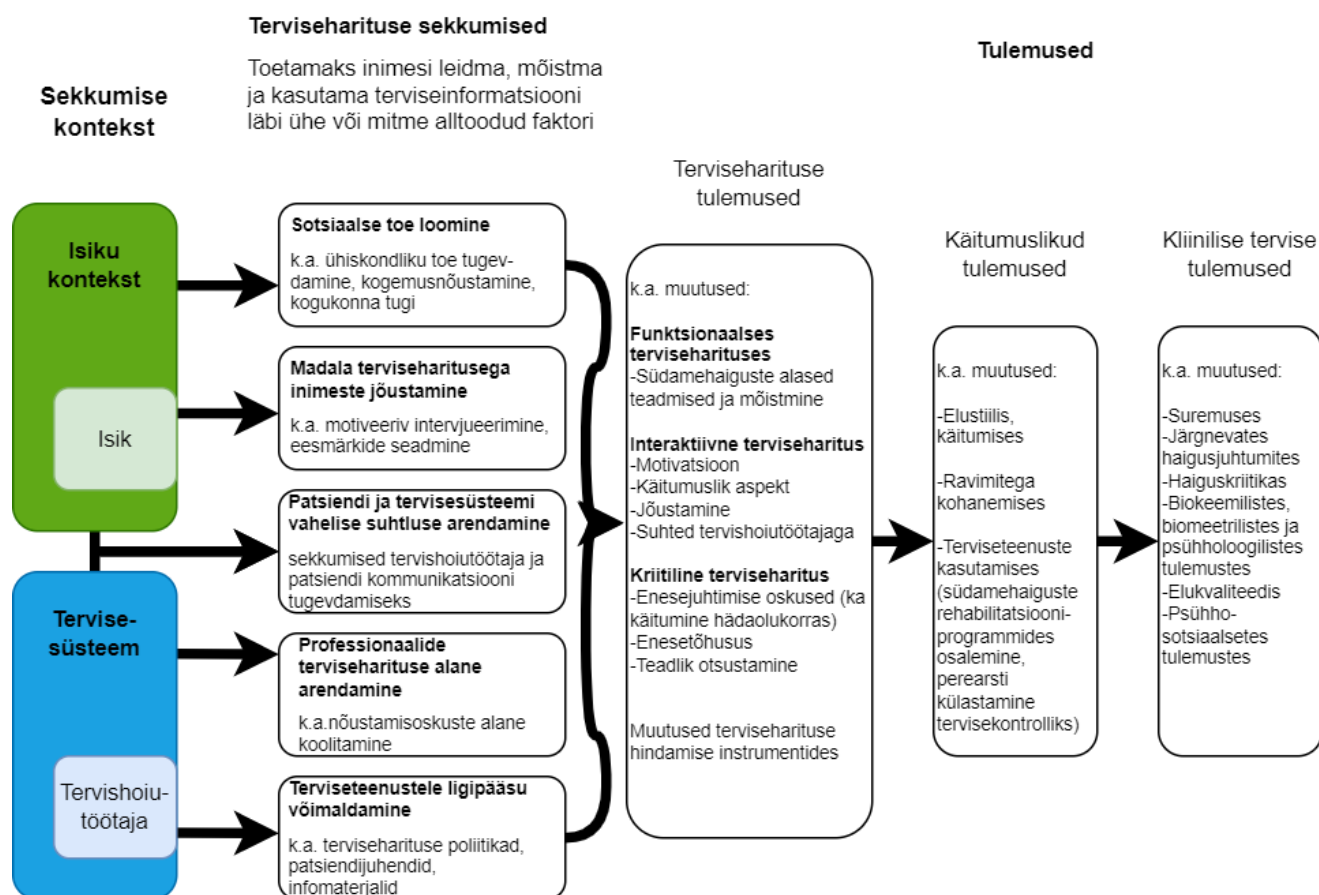
Ameerika Südameassotsiatsioon (American Heart Association) on välja toonud, et terviseharitust (sh tervisealast kirjaoskust) võib defineerida küsimusega, mil määral on inimestel võimalik saada juurdepääs ja töödelda infot peamiste tervisealaste andmete ja teenuste kohta ning seeläbi osaleda oma tervisega seotud otsustes. Näiteks Ameerika Ühendriikides (edaspidi USA) on terviseharituse madal tase tugevalt seotud patsientide SVH-desse haigestumuse, suremuse, tervishoiuteenuste kasutamise ja kuludega⁵⁰. Terviseharituse kontseptuaalset mudelit SVH-de patsientidele rakendades võib sekkumistulemused rühmitada kolme omavahel seotud kategooriasse: 1) terviseharituse tulemused, 2) käitumuslikud tulemused ja 3) kliinilised tervisenäitajad (vaata joonis 1).³⁷

⁴⁷ WHO. (2021c). Cardiovascular diseases (CVDs).

⁴⁸ TAI. (s.a.). EH01: Esmahaigusjuhud soo ja vanuserühma järgi. [Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas].

⁴⁹ Finks, S. W. *et al.* (2012). Key articles of dietary interventions that influence cardiovascular mortality.

⁵⁰ Magnani, J. W. *et al.* (2018). Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association.



Joonis 1. Terviseharitus inimese ja tervisesüsteemi kontekstis⁵¹

Hoolimata suremuse vähenemisest viimastel aastatel on koronaarterite haigus (südame isheemiatõbi) endiselt täiskasvanute peamiseks surmapõhjuseks. Koronaarterite haiguse progresseerumise vähendamiseks soovivad südamehaiguste teisesed ennetusjuhised südamehaiguste riskitegurite jätkuvat juhtimist eluviisi muutuste kaudu, ravimite tarvitamist ja südamehaiguste taastusravi. Neid käitumisviise võib aga olla pikemas perspektiivis raske algatada ja säilitada, kusjuures uuringud leiavad, et patsiendid järgivad pärast müokardiinfarkti raviskeemi 35–71% juhtudest, taastusravil osalemise protsent on ligikaudu 30% ja suitsetamisest loobumise määr 12 kuud pärast müokardiinfarkti on ainult 52%⁵². Üks tegur, mis võib mõjutada patsiendi võimet algatada või säilitada positiivset tervisekäitumist, on terviseharitus. Kuni 60% südamehaigetest on piiratud terviseharitusega, sellega on seotud väiksem osalemine tervislike eluviiside harrastamises, suurenenud vajadus korduvaks haiglaraviks ja suurenenud suremusrisk. **Siiski on vähe teada tõhusatest sekkumistest, mis aitaksid vähendada SVH-de patsientide terviseharituse alaseid tõkkeid.**

Põhja-Rootsis uuriti 2020. aastal 4177 asümptomaatilist üle 40-aastast erineva SVH-de riskitasemega inimest. Registreeriti demograafilised andmed, eluviisiga seotud harjumused ning hinnati SVH-de psühholoogilisi, sotsiaalseid ja biomeditsiinilisi markereid. Terviseharituse taset hinnati kolmepunktilise lühikese tervisealase kirjaoskuse skriiningu abil. Individuaalne SVH-de risk arvatati nii Framinghami riskiskoori (FRS) kui ka Euroopa süstemaatilise koronaarriski hindamise (SCORE) abil,

⁵¹ Beauchamp, A. et al. (2022). Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: a scoping review.

⁵² Beauchamp, A. et al. (2022). Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: a scoping review.

samuti viidi läbi unearteri naastude ja unearterite seina paksuse (CIMT) ultraheli mõõtmised. Selgus, et umbes 20% uuringus osalenute terviseharituse tase oli madal (kusjuures meestel veidi madalam kui naistel, vastavalt 18,44% ja 19,51%) ning terviseharituse tase oli otseselt seotud SVH-de riskitasemega (mida madalam terviseharituse tase, seda kõrgem riskitase)⁵³.

2020. aastal tehti Etioopias läbilõikeline uuring 410 vastajaga, kasutades terviseharituse taseme mõõtmiseks funktsionaalse tervisealase kirjaoskuse küsimustikku. Küsimustik hõlmas kolme kontseptuaalselt erinevat terviseharituse valdkonda: 1) piisava teabe omamine oma tervise haldamiseks, 2) võime leida head (st usaldusväärset ja teaduspõhist) tervisealast teavet ja 3) mõista tervisealast teavet piisavalt hästi, et teada, mida millises olukorras teha. Piisav terviseharituse tase tervisealase teabe tõlgendamiseks tuvastati 55,4% SVH-de patsientidest, ebapiisav terviseharituse tase vajaliku terviseteebe leidmiseks 53,9% osalejal ning kokku oli 50,5% küsitletutest piisavalt infot oma tervist puudutavate otsuste tegemiseks. SVH-de patsientide funktsionaalne terviseharituse tase varieerus valdkondade kaupa. Leiti, et haridustasemel oli statistiliselt oluline mõju küsitletute terviseharituse tasemele kõigis kolmes nimetatud valdkonnas, samas kui leibkonna igakuine sissetulek ja võimalike teabeallikate hulk oli märkimisväärselt seotud piisava terviseteebe leidmise võimega. **Tulemused näitavad vajadust tõhustada SVH-de patsientide terviseharituse taset parandavat terviseteemalist kommunikatsiooni.**

Efektiivsiks viisiks SVH-de alase terviseharituse taseme tõstmisel on **teha konkreetse sihtrühma seas teavitustööd**, mis võtab arvesse sihtrühma omadusi ja vajadusi. On leitud, et konkreetsele hästi ligipääsetavale homogeensele sihtrühmale suunatud SVH-de alase teavituse mõju võib olla tulemuslikum kui laiaulatusliku, täpsustamata sihtrühmale suunatud teavituse mõju, **kuna see võimaldab pöörduda sihtrühma poole moel, mis just selle konkreetse sihtrühma kõnetamiseks kõige rohkem sobib ning võimaldab mõõta ka sekkumise mõju**⁵⁴. Siiski ei ole väiksemale sihtrühmale meetme sihitamine laiemahaardeliste meetmete rakendamisega võrreldes eriti kulutõhus.

Peamised tõenduspõhised terviseharituse meetmed, mida teaduskirjanduse analüüsi põhjal SVH-de puhul on seni kasutatud, on **lihtsa ja arusaadava keele kasutamine tervist puudutava info edastamisel, patsientide motivatsiooni tõstmine ja (tervislikud) eluviisioovitused.**

Tabel 2. Südame-veresoonehaigused: meede I

LIHTSA JA ARUSAADAVA KEELE KASUTAMINE TERVIST PUUDUTAVA INFO EDASTAMISEL PATSIENTIDELE

Mis ja kellele?

Oluliseks on peetud patsiendile ennetust ning ravi kajastava info edastamist lihtsas keeles ning patsiendile arusaadavas vormis⁵⁵. SVH-de ja diabeedi korral peavad tervishoiutöötajad tegema kompromisse ravi, protseduuride, testide ja ravimite arusaadavuse ning täpse kirjeldamise vahel, kuna on äärmiselt oluline, kuidas neid patsiendile selgitatakse. Inimesel, kes elas üle oma esimese infarkti, ei ole isiklikku kogemust, millele ravis ja taastumisel toetuda – isegi kui ta on

⁵³ Lindahl, B. et al. (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk.

⁵⁴ Nazar, M. et al. (2019). Effectiveness of health literacy intervention on cardiovascular diseases among university students of Pakistan.

⁵⁵ Navar, A. M., Stone, N. J., & Martin, S. S. (2016). What to say and how to say it: effective communication for cardiovascular disease prevention.

LIHTSA JA ARUSAADAVA KEELE KASUTAMINE TERVIST PUUDUTAVA INFO EDASTAMISEL PATSIENTIDELE

motiveeritud ja iseseisev, peab ta siiski teadma, kuidas ja kust teavet leida, olema võimeline mõistma leitud teabe sisu ja usaldusväärset ning oskama seda rakendada oma isiklikule, konkreetsele olukorrale.⁵⁶ Näiteks Taanis läbiviidud uuringu kohaselt oli krooniliste haigustega patsientidel võrreldes rahvastikuga rohkem raskusi raviasutustega suhtlemisel ning tervise teabe mõistmisel.⁵⁷

Ka Dunn jt⁵⁸ toovad välja, et SVH-d (ja diabeet) on nõudlikud seisundid, mille (edukas) ravi eeldab patsiendilt teadlikkust, oskusi ja kaasatust. Tervishoiuteenuse osutajad kasutavad sageli ravimite nimetusi ja termineid nagu nt kolesterool, stenokardia, süsivesikud, insuliiniresistentsus, kuid oluline on, et patsient mõistaks ja kasutaks neid ka oma haigus(t)ega iseseisvalt toimetulekul väljaspool tervishoiuasutust.

Pärast SVH diagnoosi saamist on patsiendi jaoks äärmiselt oluline õppida oma tervise seisundiga iseseisvalt toime tulema ning sageli tuleb kardinaalselt muuta ka eluviisi, et vältida haiguse ägenemist⁵⁹, mistõttu on eriti oluline, et patsient mõistaks ja võtaks omaks tervise teavet, mida tervishoiutöötajad talle edastavad.

Meede on suunatud eelkõige (igas vanuses) täiskasvanud patsientidele, kuna just nendel esineb SVH-sid tihemini.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?)

Tervishoiuasutused on pakkunud töötajatele koolitusi ning toetavaid abimaterjale hõlbustamaks patsientidega suhtlemist ning info edastamist patsiendile arusaadavas, lihtsas keeles. Näiteks on Kanadas rakendatud lihtsa keele teadlikku kasutamist raviasutustes patsientidega suhtlemisel⁶⁰. **Selle lähenemisviisi eesmärk ei ole tervise teabe ülelihtsustamine, vaid selle struktureerimine ja esitamine nii, et sõnum oleks kasutajale lihtsam ja selgem.** Meetodi tõhusal kasutamisel ei kao oluline teave, samal ajal kui info esitatakse viisil, mille eesmärk on parandada kasutajate arusaamist ja kaasatust. Need, kellel on keskmine või kõrge terviseharituse tase, saavad samuti kasu lihtsas keeles teabest, sest haiguse, valu ja stressi ajal võib olla raske uut informatsiooni vastu võtta ja tõlgendada. Tervishoiu-uuringute ja -kvaliteedi Agentuur (AHRQ) soovib kasutada lähenemist, mille puhul eeldatakse, et kõikide patsientide terviseharituse tase on piiratud⁶¹.

Lihtsas keeles (tervise)info ja materjalide jaoks on olemas disainipõhimõtted, millest olulisimad on:

- 1) info(materjali) loogiline ülesehitus;
- 2) sissejuhatuse kasutamine sisu kirjeldamiseks;
- 3) kirjutamine lühikeste lausete ja lõikude abil;
- 4) teksti läbimõeldud paigutus;

⁵⁶ American College of Cardiology. (2019). Recognizing and Addressing Health Literacy in Your Patients: Low Health Literacy Impacts Cardiovascular Prevention, Treatment.

⁵⁷ Friis, K. *et al.* (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens.

⁵⁸ Dunn, P., Margaritis, V., & Anderson, C. (2017). Understanding health literacy in patients with cardiovascular disease and diabetes.

⁵⁹ Walters, R. *et al.* (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review.

⁶⁰ Warde, F. *et al.* (2018). Plain language communication as a priority competency for medical professionals in a globalized world.

⁶¹ Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit.

LIHTSA JA ARUSAADAVA KEELE KASUTAMINE TERVIST PUUDUTAVA INFO EDASTAMISEL PATSIENTIDELE

- 5) tabelite kasutamine ja
- 6) tüpograafia valik.

Lihtsa keele kasutamist soovitatakse praktiseerida mitte vaid kirjalike materjalide koostamisel, vaid ka verbaalses suhtluses patsiendiga.

USA kardioloogide ühing (American College of Cardiology) on 2020. aastal välja töötanud juhendi, mis sisaldab praktilisi juhiseid selleks, kuidas SVH-de patsientidega lihtsas keeles suhelda⁶². Juhend on mõeldud kasutamiseks erineva taseme tervishoiutöötajatele, aga näiteks ka sotsiaaltöötajatele. Juhendis rõhutatakse, et ka lihtsama sisuga selgitused haigusega seotud riskide või protseduuride vajalikkuse kohta võivad patsiendi jaoks olla meditsiinilise erialakeele kasutamise tõttu raskesti arusaadavad.

Tõenduspõhisus

Patsientidega lihtsas ning arusaadavas keeles suhtlemist ning tervist puudutava info mõistmise toetamist on peetud oluliseks, kuna tervishoiutöötajad saavad sageli patsientidelt tagasisidet, et saadud teave on keerukas ja arusaamatu. Siiski pole seni selle mõju patsientide tervisekäitumisele piisavalt põhjalikult uuringutega hinnatud. Prantsusmaal viiakse parasjagu läbi terviseharituse ning teadlikkuse tõstmise alaste sekkumiste uuring jämesoolevähi sõeluuringul osalemise efektiivsuse tõstmiseks⁶³. Jämesoolevähk on Prantsusmaal surma põhjustavate vähkkasvajate hulgas kopsuvähi järel teisel kohal – süstemaatiline sõeluuringutes osalemine suurendab oluliselt seisundite varase avastamise võimalikkust ning ellujäämisprognosi, kuid madalama terviseharituse ning sotsiaalmajandusliku positsiooniga inimesed osalevad sõeluuringutes harva. Sekkumine koondab endas perearstide koolitamist patsientidega neile arusaadavas keeles suhtlemiseks ning patsientidele suunatud teavitustegevusi. Sekkumise käigus mõõdetakse osalejate uuringutes osalemise protsenti ning nende teadlikkuse taset, samuti viiakse läbi kvalitatiivuuring intervjuerimaks patsiente nende kogemuste kohta sekkumises osalemisel. Kuna uuring on seni pooleli, pole selle tulemused veel teada, kuid uuringu valmimisel on võimalik saada põhjalik ülevaade mõõdetud tulemustest, sh millist mõju on avaldanud lihtsas ja arusaadavas keeles suhtlemine patsientide raviprognosile.

Mõju ja tulemuslikkus

Sekkumise mõjuna nähakse **patsientide kaasatuse suurenemist** oma tervist mõjutavate otsuste vastuvõtmisel ning seeläbi nende tervisekäitumise paranemist, mis seisneb **teadlikumates eluviisivalikutes ja paremas ravijuhiste täitmis**^{64,65}. Eeldus on, et kui patsient on talle edastatud tervisealasest infost päriselt aru saanud, on **suurem tõenäosus, et ta on võimeline ja aldis sellele infole vastavalt ka käituma**. Esimesed tõenduspõhised mõjuhinnangud lihtsa ja arusaadava keelekasutuse mõjust patsientide prognoosile, nt ülalpool viidatud jämesoolevähi patsiente kaasav uuring, on praegu veel käimas. Ühendkuningriigis 2021. aastal läbiviidud uuringus loodi patsientide võimalikku madalat terviseharituse taset arvestav

⁶² American College of Cardiology. (2020). Improving cardiovascular risk communications.

⁶³ Durand, M. A. *et al.* (2021). Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial.

⁶⁴ Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment.

⁶⁵ Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation.

LIHTSA JA ARUSAADAVA KEELE KASUTAMINE TERVIST PUUDUTAVA INFO EDASTAMISEL PATSIENTIDELE

otsuste vastuvõtmist toetav abimaterjal⁶⁶, milles kasutati lihtsat keelt, toetavaid visuaale, patsiendi isiklike märkmete tegemist võimaldavat valget lehepinda ning eluviisi tegevuskava mudelit. Uuringu käigus kasutasid 859 SVH-de patsienti erineva raskusastmega abimaterjale. Kui vahetult pärast sekkumist ei olnud erinevused patsientide tervisekäitumises märkimisväärsed, siis **neli kuud pärast sekkumist oli lihtsustatud abimaterjali kasutajate tervisekäitumine (nt puu- ja köögiviljade tarbimine, liikumisaktiivsus, tervishoiupersonaliga konsulteerimine) parem kui tavapäraseid infomaterjale kasutanud kontrollgrupil**. Seega on terviseeteabe lihtsustatud ja arusaadavas keeles edastamisel oluline mõju SVH-dega inimeste tervisekäitumise positiivses suunas mõjutamisele.

Kulud ja kitsaskohad

- Praeguseks pole veel avaldatud teadusuuringutel põhinevaid tulemusi lihtsa ja arusaadava keelekasutuse mõju ja efektiivsuse kohta patsientide raviprognosile, kuid uuringud käivad.
- Asjakohane ja täpne sõnavara on tervisealase info edastamisel oluline, mistõttu vajab lihtsama keelekasutuse rakendamine hoolikat läbimõtlemit, et oluline info patsiendile edastamisel kaotsi ei läheks.
- Keelekasutuse kohandamine eeldab tervishoiutöötajate koolitamist, mis nõuab omakorda süstemaatilisi kokkuleppeid lihtsamaks keelekasutuseks. Lisaks peaks arvestama koolituskuludega.

Tabel 3. Südame-veresoonehaigused: meede II

PATSIENTIDE MOTIVATSIOONI TÕSTMINE

Mis ja kellele?

Euroopa Kardioloogide ühingu (European Society of Cardiology) soovitusel SVH-de ennetamise kliinilises praktikas⁶⁷ soovitatakse muuhulgas teadlikult tegeleda patsientide motivatsiooni tõstmisega, kasutades selleks:

- nõustamismeetodeid, nagu näiteks motiveerivat intervjuerimist,
- vajadusel ka pereliikme või sõbra kaasamist,
- aktiivse kuulamise võtteid,
- patsiendi emotsionaalse seisundi teadlikku arvestamist ning
- mõõdetavate, näiteks SMART-põhimõttel⁶⁸ koostatud eesmärkide seadmist.

Sarnane soovitus on antud ka Eestis kasutatavas täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitluse ravijuhendis⁶⁹ ning ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitluse ravijuhendis⁷⁰. Meede on suunatud eeskätt täiskasvanud SVH-de patsientidele.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?)

Eeskätt perearstiabis (pereõde ja perearst), aga ka mujal tervishoiusüsteemis (eriõed, toitumisnõustajad, suitsetamisest loobumise kabinetid, töötervishoiuarst, tugiisikud jt) suhtluses patsientidega.

⁶⁶ Bonner, C. *et al.* (2021). The impact of health literacy-sensitive design and heart age in a cardiovascular disease prevention decision aid: randomised controlled trial and end user testing.

⁶⁷ Visseren, F. I. J. *et al* & ESC Scientific Document Group. (2021) ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.

⁶⁸ Eesmärgid vastavad SMART kriteeriumitele, kui need on konkreetset (Specific), mõõdetavad (Measurable), saavutatavad (Achievable), asjakohased (Relevant) ja tähtajalised (Timely). Vt näiteks <https://leanway.ee/smart-mudel>

⁶⁹ Kalda, R. *et al.* (2019). Ravijuhend: Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil.

⁷⁰ Vaask, S. *et al.* (2019). Ravijuhend: Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitlus esmatasandil.

PATSIENTIDE MOTIVATSIOONI TÕSTMINE

Tõenduspõhisus

Uuritud on motiveeriva intervjuerimise kasutamist nende patsientidega, kelle tervise seisund eeldab olulist muutust nende tervisekäitumises, näiteks suitsetamisest või alkoholi tarvitamisest loobumist või toitumis- ja liikumisharjumuste olulist muutmist⁷¹. Seda on pikaajaliselt kasutatud näiteks tervisele kahjulikest harjumustest loobuda soovivate riskirühmadesse kuuluvate inimeste toetamiseks, kuid siiski vajab see lähenemine lisauuringuid, millega tuleks mõõta nimetatud lähenemise mõju erinevate tervise seisunditega patsientide tervisekäitumisele.

2013. aastal läbiviidud uuringus hinnati kuuekuulise madala intensiivsusega motiveeriva intervjuerimise sekkumise tõhusust Ühendkuningriigi esmatasandi arstiabis, vaadeldes ka SVH-de riskitegurite vähenemist 12 kuu jooksul pärast sekkumist. Esmatasandi patsiendid jagati juhusliku valiku põhjal kahte gruppi: sekkumis- ja võrdlusrühma. Sekkumisrühma patsiendid said kuue kuu jooksul standardset treeningu- ja toitumisalast teavet ning kuni viis silmast silma motiveeriva intervjuerimise seansi kehalise aktiivsuse spetsialistiga ja toitumisnõustajaga, samas anti minimaalse sekkumise võrdlusrühmas patsientidele ainult tavalist tervisekäitumise standardteavet. Sekkumise käitumuslike mõõdikute näitajad (tugev ja mõõdukas kehaline aktiivsus, kõndimine, muutused kehalises aktiivsuses, puu- ja köögiviljade tarbimises ning toidurasvade tarbimises) ja biomeditsiinilised näitajad (kaal, kehamassiindeks (KMI), vererõhk, kolesterool) mõõdeti kohe pärast sekkumist ja 12 kuu jooksul järelkontrollis. Tulemused näitasid, et mõnes indikaatoris, nagu liikumisaktiivsuse kasv, madalam kehamassiindeks ja kolesteroolitase, oli erinevus sekkumis- ja võrdlusgrupi vahel märgatav, teistes valdkondades mitte. Uuringu tulemusena võis siiski öelda, et madala intensiivsusega motiveeriv intervjuerimine on tõhus pikaajaliste muutuste esilekutsumisel mõnedes, kuid mitte kõigis tervise seotud valdkondades, mis on seotud SVH-de riskiga. Sekkumine oli eriti efektiivne selliste patsientide puhul, kellel oli ravieelses seisundis kõrge SVH-de riskifaktorite tase. Seega on selle uuringu põhjal motiveeriva intervjuerimise rakendamine õigustatud ning tuleks uurida, kuidas laiendada selle mõju ka teistele tervisekäitumise valdkondadele⁷².

Mõju ja tulemuslikkus

Motiveeriva intervjuerimise mõju ja pikaajalist tulemuslikkust tuleb täiendavalt analüüsida. Selle meetme abil soovitakse **peamiselt tõsta patsiendi teadlikkust ja valmisolekut positiivseks tervisekäitumiseks ning pikendada sellise käitumise kestust**. On teada, et suurenenud tajutud kontrollitunne oma tervise üle ning tervise võimestamine (mis hõlmab inimese enda kompetentsi, võimet ja taht tervise teavet mõista ja kasutada) **suurendavad selliste käitumiste hulka, mis leevendavad krooniliselt haigete inimeste haiguse kulgu ning millel on nende tervisenäitajatele positiivne mõju**^{73,74,75}. Uuringud näitavad selle meetme pigem kasulikku mõju

⁷¹ Frost, H. *et al.* (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews.

⁷² Hardcastle, S. *et al.* (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up.

⁷³ Osborne, R. *et al.* (2007). Does self-management lead to sustainable health benefits in people with arthritis? A 2-year transition study of 452 Australians.

⁷⁴ Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation.

⁷⁵ Yoo, H. *et al.* (2011). Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases.

PATSIENTIDE MOTIVATSIOONI TÕSTMINE

	SVH-de patsientide pikaajalisele tervisekäitumisele, kuid mõõdetavaid tulemusi ei ole teadusuuringutega veel piisavalt kogutud ja kajastatud.
Kulud ja kitsaskohad	<ul style="list-style-type: none">➤ Selleks, et raviasutuste töötajad saaksid nõustamisvõtteid teadlikult kasutada, on vajalik erineva taseme töötajaid põhjalikult koolitada, mis omakorda on seotud arvestatava raha- ja ajakuluga.➤ Motivatsiooni tõstmine sõltub inimese eripäradest, st üks lähenemine ei pruugi sobida kõigile SVH-de patsientidele ning seega nõuab selle meetme rakendamine personaalsemat, patsiendile kohandatud (n-ö <i>tailor-made</i>) lähenemist, mis omakorda pole väga kulutõhus.

Tabel 4. Südame-veresoonehaigused: meede III

ELUVIISISOOVITUSED

Mis ja kellele?	SVH-d on tuntud kui eluviisahaigused, mille esinemine ning ennetamine on tugevalt seotud inimese tervisekäitumisega ning mille puhul eluviisi muutus võib tuua kaasa olulise muutuse patsiendi tervises seisundis. Seetõttu on oluline SVH-de patsientide ning ka SVH-de riskirühma kuuluvate inimeste varustamine piisavalt põhjaliku ning arusaadava teabega eluviisi ja SVH-de seoste kohta ning soovitusetega eluviisi muutmiseks tervises seisundi halvenemise ennetamiseks.
Rakendamine (kes, kus, kuidas?)	Näiteks 2009. aastal viidi läbi uuring 810 suhteliselt heas tervises seisundis (st muude tõsisemate diagnoositud terviseprobleemideta), kuid kõrgvererõhktõve soodumusega või I taseme kõrgvererõhktõvega täiskasvanu hulgas, kes jagati kolme gruppi. Esimesele grupile jagati üldist infot tervislike eluviiside kohta, teisele grupile anti konkreetseid ja täpsed soovitusel eluviisi muudatuste kohta (nagu soola tarbimise vähendamine, kaalu langetamine ning liikumisaktiivsuse tõstmine), kolmandale grupile anti konkreetseid soovitusel eluviisi muutmiseks ning nende puhul rakendati ka südame tervisele suunatud dieettoitumist. Tulemused näitasid, et kolmanda grupi SVH-de riskifaktorid vähenesid 18 kuuga 12–14%, mis näitab, et toitumissoovitusel järgimisel on oluline mõju kõrgvererõhktõve soodumusega või varases faasis kõrgvererõhktõve diagnoosiga patsientide riskifaktoritele ⁷⁶ .
Tõenduspõhisus	Eluviisisoovitusel täitmise tulemust on võimalik suhteliselt täpselt mõõta juhul, kui on kontrollitud, kas ja kuidas neid soovitusel täidetakse. Inglismaal 2016. aastal tehtud uuringu käigus uuriti 55 000 inimest, kellel oli geneetiline soodumus SVH-deks. Uuring näitas, et 50% uuringus osalenutest seostati madalamat SVH-de riski tervislikumate eluviisivalikutega ⁷⁷ . Rootsis viidi läbi uuring 20 721 mehe hulgas, mis selgitas välja, et tervislike eluviiside järgimine (tervislik dieet, mõõdukas alkoholi tarbimine, suitsetamisest loobumine, füüsiline aktiivsus ning tervisliku kehakaalu säilitamine) vähendas müokardi infarkti riski 79% võrra ⁷⁸ .

⁷⁶ Maruthur, N. M., Wang, N. Y., & Appel, L. J. (2009). Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial.

⁷⁷ Khera, A. V. *et al.* (2016). Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease.

⁷⁸ Akesson, A. *et al.* (2014). Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study.

ELUVIISISOOVITUSED

Mõju ja tulemuslikkus

Eluviisisoovituste järgimisega on SVH-de riskirühma kuuluvatel patsientidel võimalik **vähendada haigestumise riski ning suurendada tervena elatud aastate arvu**. Näiteks Rootsis jälgiti 18 aasta jooksul 26 000 meest ja naist ning nende eluviisivalikuid. Tervislik eluviis taandati kokkuleppel neljale komponendile: mittersuitsetamine, ülekaalulisuse vältimine, regulaarne füüsiline aktiivsus ja tervislik toitumine. Tervislikku eluviisi seostati uuritavate 44% väiksema SVH-de riskiga⁷⁹.

Kulud ja kitsaskohad

- **Eluviisisoovituste jagamise kulu suureneb proportsionaalselt soovituste täpsusastmega**, olles suhteliselt madal üldiste, kogu elanikkonnale kohanduvate soovituste puhul ning suurenedes vastavalt sellele, kui väikestele ja konkreetsetele sihtrühmadele on soovitused sihitatud ning kui täpsed ja põhjalikud need on.
- Eluviisimuutused on pühendumist ja aeganõudvad sekkumised, mille efektiivseks rakendamiseks on vajalik hoolikalt läbi mõelda ja sihitada sekkumine konkreetsele sihtrühmale/isikule ning oluliseks väljakutseks võib osutuda sihtrühma kuuluvate inimeste järjepidevus soovituste järgimisel.
- Eluviisisoovituste andmisel peab arvestama sellega, et piisava motivatsioonita on tõenäoline, et patsiendid soovitusi ei täida, täidavad osaliselt või loobuvad nende täitmisest mõne aja jooksul.

4.2. Vaimne tervis

Terviseharituse meetmete rakendamist VT (häirete) puhul ehk VT terviseharituse kontseptsiooni on defineeritud kui teadmisi ja uskumusi vaimsete häirete kohta, mis aitavad häireid ära tunda, nendega toime tulla ja neid ennetada⁸⁰, kusjuures oluline ei ole mitte üksnes teadmised ise, vaid ka oskus neid enda ja teiste VT heaks kasutada⁸¹. Selle käsitluse järgi eristatakse VT harituses järgnevaid komponente:

- 1) teadlikkus sellest, kuidas VT häireid ennetada;
- 2) häire (välja arenemise) ära tundmine/tuvastamine;
- 3) teadlikkus abi- ja/või ravivõimalustest;
- 4) teadmised efektiivsetest eneseabistrateegiast (kergemate probleemide jaoks);
- 5) esmaabioskused, et aidata teisi isikuid, kel on VT häire(d) ja/või kriis.

Lisaks on pakutud välja VT teadlikkuse ja VT harituse edendamist ka rahvastiku hulgas ehk **positiivse VT harituse sekkumisi**. Üldiselt on VT harituse parandamisel sekkumised vaimse heaolu parandamiseks, vaimsete häirete ennetamiseks, (õigeaegse) raviteenuse osutaja poole pöördumise suurendamiseks ning häire leevendamiseks igas (häire) etapis olulised ja asjakohased^{82,83,84}. Üha

⁷⁹ Dimovski, K., Orho-Melander, M. & Drake, I. (2019). A favorable lifestyle lowers the risk of coronary artery disease consistently across strata of non-modifiable risk factors in a population-based cohort.

⁸⁰ Jorm, A. F. *et al.* (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment.

⁸¹ Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems.

⁸² Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future.

⁸³ Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy.

⁸⁴ Cairns, K., & Rossetto, A. (2019). School-based mental health literacy interventions.

enam ongi erinevate VT edendamisele ja VT häirete ennetamisele ja leevendamisele suunatud sekkumistes arvesse võetud ja n-ö sisse ehitatud ka (vaimse) terviseharituse komponent.

Meeleoluhäiretest enim ja üha rohkem esineb depressiooni, mis mõjutab ligi 350 miljonit inimest üle maailma⁸⁵. WHO andmetel (2021) on depressioon üks juhtivaid inimeste tervist negatiivselt mõjutavaid haigusi, mille all kannatab ülemaailmselt 5% täiskasvanuist⁸⁶. On leitud, et ligikaudu pooled depressiooniga inimestest ei oska endal depressiooni sümptomeid ära tunda ning madal teadlikkus haigusest ehk madal (vaimse) terviseharituse tase on seotud madalama/vähema raviteenuse osutaja poole pöördumisega⁸⁷. On ka leitud, et sõltuvusprobleemidega inimeste puhul seostub madal (vaimse) terviseharituse tase tõsisemate depressiooni sümptomitega⁸⁸. Eestis on viimastel aastatel depressiooni diagnoosimine sagenenud just 18–24-aastaste noorte seas ning Eesti Rakendusuuringu Keskuse Centar 2021. aastal avaldatud uuringu kohaselt ei saa kuni 41% kõigist esmaste depressiooni diagnoosidega patsientidest piisavat ravi⁸⁹.

Üha enam esineb VT probleemide seas lisaks depressioonile ka ärevushäireid, seda nii Eestis kui mujal maailmas⁹⁰. Ärevushäirete all kannatavad inimesed kogevad tihti liigset ärevuse ja hirmu taset, mis häirib nende igapäevast toimetulekut ning paneb neid vältima (igapäevaseid) olukordi, mis võivad neis ärevust tekitada⁹¹. Lisaks kaasnevad ärevushäiretega tihti häirivad füüsilised sümptomid nagu pearinglus, unetus ja südamepekslemine⁹². Ärevushäire ja selle sümptomid eelnevad ja/või kaasnevad tihti mitmete teiste vaimse ja füüsilise tervise häiretega, eeskätt depressiooni ja sõltuvushäiretega⁹³. Ärevushäirete näol on samas tegemist ravitava psühholoogilise häirega, mida saab professionaalset abi kasutades ennetada ja/või leevendada. Ärevushäirete negatiivset mõju võimendab see, et tihti ei pöördu ärevushäirega või ärevushäire sümptomitega inimesed (õigeaegselt) abi saama või otsima ning hoolimata sellest, et ärevushäiretega tegelemiseks on olemas mitmeid tõenduspõhiseid ravimeetodeid, on ärevushäired tihti aladiagnostitud ja alaravitud, kuna inimesed ei oska oma häired ära tunda ning sellest tulenevalt ei oska ka asjakohast abi otsida. Sama probleem esineb ka mitmete teiste VT häirete, lisaks ärevushäiretele eeskätt ka depressiooni ja sõltuvushäirete puhul^{94,95,96,97,98}.

Krooniliste VT häiretega inimeste õigeaegse ja asjakohase ravini jõudmist mõjutab oluliselt nende isikute (vaimse) terviseharituse tase – madal terviseharituse tase viitab puudulikele teadmistele

⁸⁵ Marcus, M. *et al.* (2012). Depression: A global public health concern.

⁸⁶ WHO. (2021a). *Depression*. [Fact Sheet].

⁸⁷ Jorm, A. F. *et al.* (2006). Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults.

⁸⁸ Lincoln, A. *et al.* (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction.

⁸⁹ Eesti rakendusuuringu Keskus Centar. (2021). Raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levimus ning majanduslik mõju.

⁹⁰ Yang, X. *et al.* (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019.

⁹¹ Craske, M. G. *et al.* (2009) What is an anxiety disorder?

⁹² Craske, M. G. *et al.* (2017) Anxiety disorders.

⁹³ Roy-Byrne, P. P. *et al.* (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness.

⁹⁴ Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2009). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of Mental Health Literacy.

⁹⁵ Rice, D. P., & Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States.

⁹⁶ Wang, P. S. *et al.* (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

⁹⁷ Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorder.

⁹⁸ Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression.

(vaimse) tervise häiretest ning seega ei oska ka ärevushäire ja/või depressiooniga inimesed endil häirete sümptomeid märgata ja oma terviseprobleeme nende häiretega seostada⁹⁹. Seega on leitud, et vähene teadlikkus on üks peamisi põhjuseid, miks VT abi otsimisega viivitatakse¹⁰⁰. Tihti usuvad inimesed, et VT häiretega seotud sümptomid ja probleemid kaovad iseenesest (ilma professionaalse abita) ning samas on leitud, et kui suureneb teadlikkus oma sümptomite seosest diagnostilise VT häirega, pöörduakse ka tihemini VT abi saamiseks vastavate spetsialistide poole^{101,102}. Mitmetes teadusuuringutes ja ülevaateartiklites on leitud, **et VT terviseharituse parandamisel on silmnähtav mõju: see suurendab VT häirega (või nt ärevushäire riskiga) inimeste õigeaegset professionaalse abi poole pöördumise tõenäosust**^{103,104,105}. Olulist rolli mängivad inimeste teadlikkus VT häiretest (sümptomitest, epidemioloogiast ja prognoosist) ning ühiskondlikud hoiakud seoses VT häiretega, oskus häireid endal ja teistel ära tunda ning teadmised professionaalse abi võimalustest. Hea VT terviseharituse komponentidena on toodud¹⁰⁶:

- edastatavate sõnumite selgus ja atraktiivsus;
- sõnumite esitamine atraktiivses vormis ja meetodil (ehk silmas tuleb pidada ka seda, mis vormis ja milliste kanalite kaudu terviseharituse infot edastatakse);
- **sihtrühma eripärade ja vajaduste eelnev uurimine ja kirjeldamine (nt fookusgruppiintervjuude vm kvalitatiivsete uurimismeetoditega), et tagada sõnumi efektiivne kohalejõudmine sihtrühmale;**
- sekkumise kohandamine sihtrühma vajadustest ja eelistustest lähtuvalt;
- tõenduspõhisel teoorial põhinev;
- sekkumisse sisse ehitatud regulaarne tulemuslikkuse/efektiivsuse hindamine;
- sekkumise efektiivsuse regulaarne monitoorimine ja sellest lähtuvalt sekkumise vajaduspõhine muutmine ja arendamine.

Peamised tõenduspõhised meetmed, mida on VT häirete puhul terviseharituse taseme parandamiseks kasutatud, on VT alase info levitamine **ehk passiivne psühhoharimine**, interaktiivsete tegevustega VT alane õpetamine ja treenimine ehk **aktiivne psühhoharimine** ning VT häirete prognoosi parandamisega seotud **eluviisiharjumuste soovitamine ja toetamine** (eeskätt toitumis- ja liikumissoovituste andmine).

Tabel 5. Vaimne tervis: meede I

VAIMSE TERVISE ALASE INFO LEVITAMINE ehk PASSIIVNE PSÜHHOHARIMINE

Mis ja kellele?	VT terviseharituse sekkumistest kõige vanem ja laiemalt levinum on rahvastiku teadlikkuse parandamine VT teemade osas VT info levitamise kaudu ¹⁰⁷ . Passiivseid psühhohariduslikke sekkumisi on suunatud inimestele igas vanuse- jm sotsiaaldemograafilises rühmas , kusjuures mitmed konkreetse
------------------------	---

⁹⁹ Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders.

¹⁰⁰ Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample.

¹⁰¹ Jorm, A. F. *et al.* (1997). Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders.

¹⁰² Lauber, C. *et al.* (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders.

¹⁰³ Palazzo, M. C. *et al.* (2014). Health literacy and the pharmacological treatment of anxiety disorders: a systematic review.

¹⁰⁴ Lauber, C. *et al.* (2003). Do people recognise mental illness?

¹⁰⁵ Goldney, R. D. *et al.* (2002). Mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking.

¹⁰⁶ Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders.

¹⁰⁷ Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2009). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of Mental Health Literacy.

VAIMSE TERVISE ALASE INFO LEVITAMINE ehk PASSIIVNE PSÜHHOHARIMINE

programmid ja kampaaniad on disainitud ja suunatud, pidades silmas väga konkreetset sihtrühma (nt 14–15-aastased põhikooliõpilased). Psühhoharimise eesmärk on levitada infot VT häirete, ennetuse, ravi ja abivõimaluste kohta ning vähendada VT häiretega seonduvaid stigmasid. Psühhoharimist on kasutatud nii ennetava kui leevendava meetmena ärevushäirete ja ka depressiooni puhul. Eriti oluline on psühhoharimine VT häirete aladiagnoosimise vähendamiseks: tihti ei osata endal VT häire sümptomeid ära tunda ja/või ei pöörduta neid märgates professionaali poole, et diagnoosi ja ravi saada. **Psühhoharimisega on võimalik aga suurendada nende inimeste hulka, kes märkavad ja teadvustavad endal (ja teistel) VT häire sümptomeid ning oskavad nende korral pöörduda (ja/või suunata teisi) tervishoiusüsteemist abi otsima.** Seega võimaldab psühhoharimine suurendada nii nende inimeste hulka, kellel professionaal häire tuvastab ja diagnoosib, kui ka neid, kes häire korral õigeaegselt abini jõuavad.

Oluliseks on peetud ka psühhoharimise asjakohast teostust, mis arvestaks sihtrühma omadustega¹⁰⁸, kusjuures sihtrühma tasub kaasata sekkumiste disainimisel nt fookusgrupi vms meetodil. Peamised passiivsed psühhoharimise meetodid on:

- kampaaniad;
- loengud ;
- füüsiliste infomaterjalide jagamine (voldikud, plakatid, brošüürid jms);
- digitaalselt info jagamine (sotsiaalmeedia, veebilehed, digitaalsed infolehed jms);
- video- ja audiomaterjali kaudu info jagamine.

Psühhoharidusliku meetme alla kuuluvad ka töökohtade VT juhised¹⁰⁹.

Lisaks on ka sotsiaal-emotsionaalseid oskusi võimalik levitada passiivse psühhoharimise kaudu (nt voldikud ja infobrošüürid), sh vanemlus- ja partnerluskoolitused.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?)

Passiivset psühhoharimist on korraldatud nii riiklikul tasandil, erinevate institutsioonide kampaaniatena kui ka kooliprogrammide osana.

Riiklik passiivne psühhoharimine: nt Austraalias toimus aastatel 2002–2004 riiklik kampaania sünnitusjärgse depressiooni teemaliseks psühhoharimiseks^{110,111,112}. USA-s loodi juba 2010. aastal üldise terviseharituse parandamiseks riiklik tegevuskava¹¹³, milles on arvestatud ka VT häiretega.

Näide **institutsionaalsest passiivsest psühhoharimise** meetme rakendamisest: Ühendkuningriigis läbi viidav kampaania Change Your Mind (eesti keeles Muuda oma meelt), mille eesmärgiks on **virtuaalse keskkonna**

¹⁰⁸ Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders.

¹⁰⁹ Memish, K. *et al.* (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines.

¹¹⁰ Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments.

¹¹¹ Buist, A. E. *et al.* (2008). Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002–2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program.

¹¹² Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative.

¹¹³ US Department of Health and Human Services. (2010). National action plan to improve health literacy.

VAIMSE TERVISE ALASE INFO LEVITAMINE ehk PASSIIVNE PSÜHHOHARIMINE

abil tõsta teadlikkust positiivsest vaimsest tervisest COVID-19 pandeemia ajal¹¹⁴.

SUPREME (Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion) projekti raames on Euroopa Komisjoni ja Sotsiaalministeeriumi finantseeringul valminud eeskätt noortele suunatud brošüür VT kui vaimse heaolu aluse kohta. Infomaterjal sisaldab eeskätt positiivse VT hoidmise teemasid, **kuid lisaks on hõlmatud ka sotsiaal-emotsionaalsete oskuste kohast harimist ning stressiga toimetulekuvõtteid**¹¹⁵.

Koolides passiivse psühhoharimise rakendamine: suur hulk informeeriva sisuga psühhohariduslikke kampaaniaid ja koolitusi on suunatud just koolieas lastele ja noortele^{116,117,118,119}. Koolilastele suunatud sekkumistes püütakse tõsta laste teadlikkust VT-st ja sellega seonduvatest probleemidest, nt **infobrošüüride, plakatite ja/või esitluste abil**. Üha rohkem on hakatud terviseharitust kaasama ka õppekava osana haridussüsteemides (vt lähemalt Soome praktika, ptk 5.3).

Lisaks on oluliseks passiivseks psühhoharimise meetodiks **(massi)meedia vahendite kasutamine**^{120,121}.

Tõenduspõhisus

Mitmete uuringute tulemusel on leitud, et isegi passiivsel psühhoharimisel ehk VT häirete ja ravivõimaluste kohta info levitamisel on positiivne mõju inimeste suhtumise muutmisel VT häiretesse ning on leitud, et see suurendab professionaalse ravi poole pöördumist. Seda on leitud nii depressiooni^{122,123,124} kui ärevushäirete puhul¹²⁵.

22 uuringut ja ligikaudu 4500 inimese andmeid hõlmanud ülevaateartikli põhjal on **(massi)meedia-põhised sekkumised**, mis tihti omavad olulist VT harituse komponenti, efektiivne vahend vähendamaks VT-ga seotud stigmasid¹²⁶. VT häiretega seotud stigmad on aga omakorda üheks oluliseks põhjuseks, miks neid endil ei teadvustata ega õigeaegselt ravi ei otsita¹²⁷, seega võib **meediapõhine stigmade vähendamine** kui passiivne psühhoharimine suurendada VT häirete ära tundmist, teadvustamist ja ravile pöördumist.

¹¹⁴ CovidWellBeingNI. (2021). CovidWellbeingNI online hub.

¹¹⁵ Laido, Z., & Mark, L. (2011). Vaimne tervis kui vaimne heaolu. Infomaterjal noortele.

¹¹⁶ Wuthrich, V. M. *et al.* (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety.

¹¹⁷ Vassilopoulos, S. P. *et al.* (2013). A psychoeducational school-based group intervention for socially anxious children.

¹¹⁸ Perry, Y. *et al.* (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial.

¹¹⁹ Skre, I. *et al.* (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster-controlled trial.

¹²⁰ Philo, G., Henderson, L., & McCracken, K. (2010). Making drama out of a crisis: Authentic portrayals of mental illness in TV drama.

¹²¹ Clement, S. *et al.* (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma.

¹²² Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign.

¹²³ Greenfield, S. F. *et al.* (1997). Effectiveness of community-based screening for depression.

¹²⁴ Greenfield, S. F. *et al.* (2000). Treatment for depression following the 1996 national depression screening day.

¹²⁵ Palazzo, M. C. *et al.* (2014). Health literacy and the pharmacological treatment of anxiety disorders: a systematic review.

¹²⁶ Clement, S. *et al.* (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma.

¹²⁷ Stolzenburg, S *et al.* (2017). The stigma of mental illness as a barrier to self labeling as having a mental illness.

VAIMSE TERVISE ALASE INFO LEVITAMINE ehk PASSIIVNE PSÜHHOHARIMINE

On leitud, et **videopõhised sekkumised** võimaldavad efektiivselt parandada noorte VT harituse taset. Samas on kõnealuse uuringu autorid toonud ka välja, et selliste sekkumiste loomisel on oluline **sihtrühma aktiivne kaasamine sekkumise väljatöötamisel**, nii et sekkumine oleks võimalikult asjakohane, teadlik ja tõhus¹²⁸.

Autorid, kes on korduvalt uurinud eeskätt ärevushäirete ja depressiooniga seotud (vaimse) terviseharituse taseme seoseid asjakohase abi saamisega, on soovitanud nende häiretega tegelemisel ühe olulise meetmena just teadlikkuse tõstmist ehk inimeste psühhoarimist¹²⁹.

Mõju ja tulemuslikkus

On viidud läbi mitmeid teadusuuringuid, hindamaks kuivõrd VT häirete osas teadlikkuse tõstmisel läbi info jagamise on mõju (võimalike) häirete all kannatajate ravile pöördumisele ja häiretega tegelemisele. Korduvalt on leitud, et kõrgem teadlikkus VT häiretest, nende põhjustest, kulgemisest ja olemusest seostub sagedasema professionaalse abi poole pöördumisega^{130,131}. Avalikud psühhoarimise kampaaniad on avaldanud positiivset mõju VT häirete all kannatajate võimekusele tuvastada endal VT probleeme, pöörduda ravile ning parandanud nende suhtumist erinevatesse professionaalsetesse ravivõimalustesse (nt antidepressandid kui ravivõimalus) ning seda nii (kooli)noorte kui täiskasvanute puhul^{132,133,134,135}.

Kulud ja kitsaskohad

- Passiivsel info levitamisel on küll oluline mõju VT häirete teadlikkuse tõstmisel ning see suurendab ärevushäirete ja/või depressiooni all kannatajate võimekust ära tunda oma häire sümptomeid, saada õigeaegselt kohane diagnoos ning pöörduda õigeaegselt asjakohase abi poole, kuid samas on vajalik, et inimene ka aktiivseid samme astuks. Seega on info edastamine (sh passiivne psühhoarimine) küll oluline ja primaarne samm, kuid olulised on ka järeltegevused, mis õhutaks inimest aktiivsele tegevusele, nt viimasel ajal rohkem tähelepanu saanud müksamine^{136,137}. Müksamine ei saa aga kuidagi aidata olukorras, kus pole esmalt toimunud (passiivset) psühhoarimist ehk juhul, kui inimesel on teadmiste ja info puudus.
- (Riiklike) kampaaniate ja infomaterjalide jagamisega on võimalik jõuda küll suure hulga inimesteni korraga, kuid samas on efektiivsem mõju sekkumistel, kus arvestatakse konkreetse sihtrühma eripäradega ehk sekkumine peaks olema disainitud konkreetsele elanikkonna rühmale, see omakorda tähendab aga suuremaid kulutusi ja korraga vähemate rühmadeni jõudmist.

¹²⁸ Ito-Jaeger, S. *et al.* (2021). Digital video interventions and mental health literacy among young people: a scoping review.

¹²⁹ Coles, M. E. *et al.* (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology.

¹³⁰ Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2009, December 3). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of Mental Health Literacy.

¹³¹ Greenfield, S. F. *et al.* (2000). Treatment for depression following the 1996 national depression screening day.

¹³² Coles, M. E. *et al.* (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder.

¹³³ Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign.

¹³⁴ Lauber, C. *et al.* (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders.

¹³⁵ Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies.

¹³⁶ Osman, M. *et al.* (2020). Learning from behavioural changes that fail.

¹³⁷ Kwan, Y. H. *et al.* (2020). A systematic review of nudge theories and strategies used to influence adult health behaviour and outcome in diabetes management.

Tabel 6. Vaimne tervis: meede II

VAIMSE TERVISE TÖÖTOAD ehk INTERAKTIIVNE PSÜHHOHARIMINE

Mis ja kellele?

Passiivsest VT alase info jagamisest samm edasi on VT alane harimine ja teadmiste kinnistamine interaktiivsete tegevuste kaudu. Olemasolevad (teaduskirjanduses kajastatud) interaktiivsed terviseharituse sekkumised on enamasti suunatud koolinoortele, kuna see iga on kriitiliselt oluline faas tegelemaks VT ja vaimse heaolu teemadega, ennetades seeläbi ka tulevasi VT probleeme. Tihti on sekkumised loodud selliselt, et neid oleks võimalik kavandada osana õppetööst ja/või koolivälisest tegevusest **ja formaadilt ongi nad seega mõeldud sobituma koolinoortele** (terviseharituse komponendi võimalikust rollist haridussüsteemis vt lähemalt ptk 5.3, Soome praktika).

Näiteks ProLiSMental psühhohariduslik sekkumisprogramm (Morgado jt, 2020, 2021)^{138,139} on psühhohariduslik komplekssekkumine, mille **eesmärk on tõsta koolinoorte ärevuseemalise terviseharituse taset**, parandades nende juurdepääsu, arusaama ja hindamisvõimet efektiivse VT info kohta. Programmi tõenduspõhisust ja tulemuslikkust on uuritud ja kajastatud mitmes teadusartiklis, mille eesmärk oli uurida VT harituse parandamise mõju noorukite käitumisele seoses ärevushäirete ennetuse ja raviga. Autorite hinnangul on kooliiga oluline periood inimese VT heaolu ja VT käitumise väljakujunemisel, seega on nende hinnangul just siis asjakohane VT harituse parandamiseks sihitada psühhohariduslikke sekkumisi.

Ka EFPSA ehk Euroopa psühholoogiaüliõpilaste föderatsiooni Sotsiaalse Mõju tiim (Social Impact Initiative)¹⁴⁰ on välja töötanud mitmeid terviseharituse komponendiga interaktiivseid psühhohariduslikke sekkumisi erinevatele sihtrühmadele. Näiteks on alates 2014. aastast üha enam laienenud ja rahvusvahelist rakendust leidnud VT häiretega seotud stigmade vähendamiseks mõeldud VT harituse kampaania Mind the Mind – to combat the stigma of mental disorders, mille esialgne sihtrühm olid alg- ja põhikooliõpilased, kuid millel nüüdseks on ka täiskasvanutele suunatud programm. **Kuigi suur osa kampaaniast keskendub n-ö passiivsele psühhoharimisele, on oluline osa ka interaktiivsetel töötubadel.**

Kuigi suur osa interaktiivsetest psühhoharidusliku sisuga töötubadest on seega sobilikud koolinoorte sihtrühmal vaimse terviseharituse taseme parandamiseks, on seda meetod kasutatud ka laiemal sihtrühmal, sh täiskasvanutel. Näiteks niinimetatud väravavahi treeningprogramm (*gatekeeper training programs*) on mõeldud interaktiivse suitsiidienetusmeetmena, mille eesmärk on jagada informatsiooni, treenida oskusi ja arendada strateegiaid, et ennetada ja vajadusel sekkuda suitsiidiohu korral¹⁴¹. Väravavahi treeningprogramm on suunatud isikutele (tuttavad, lähedased, sõbrad jms), kes võivad kokku puutuda suitsiidiohus isikutega.

¹³⁸ Morgado, T. M. M., de Jesus Loureiro, L. M., & Rebelo Botelho, M. A. (2021). Acceptability and feasibility of the ProLiSMental psychoeducational intervention to promote adolescents' mental health literacy on anxiety in a school context.

¹³⁹ Morgado, T. et al. (2021). Adolescents' Empowerment for Mental Health Literacy in School: A Pilot Study on ProLiSMental Psychoeducational Intervention.

¹⁴⁰ The European Federation of Psychology Students' Associations (EFPSA). (s.a.). Social Impact Initiative.

¹⁴¹ Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature.

VAIMSE TERVISE TÖÖTOAD ehk INTERAKTIIVNE PSÜHHOHARIMINE

Samuti on hulgaliselt VT treeningprogramme, mis on loodud rakendamiseks töökohas vm organisatsioonis või grupis.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?)

Psühhoharidusliku sisuga töötube on võimalik läbi viia nii professionaalsete tervishoiutöötajate kui ka (treeningu saanud) vabatahtlike juhendamisel. Kõige enam viiakse psühhohariduslikke töötube läbi koolinoortega osana õppeprogrammist ja/või täiendava koolivälise tegevusena.

Näiteks ProLiSMental psühhoharidusliku sekkumisprogrammi disain sisaldab nelja iganädalast 90-minutilist kohtumist või kaheksat iganädalast 45-minutilist sessiooni, kus igal kohtumisel on oma fookusteema ja eesmärk. Programmi sessioonide arv võib varieeruda 4 ja 13 sessiooni vahel ning kogukestus 6 ja 13,5 tunni vahel. Kohtumistel tegeletakse järgmiste teemadega:

- VT, emotsioonide ja ärevuse äratundmine (*recognise*),
- VT edendamise ja ärevuse ennetamise, leevendamise ning eneseabistrateegiad ehk toimetulek (*take care*),
- VT abi, informatsiooni saamine, professionaalse abi poole pöördumine (*seek help*),
- VT ja ärevuse ennetuse teadmiste rakendamine igapäevaelus (*action*).

Meetodid, mida programm kasutab, on:

- 1) **sõnaline teematutvustus** PowerPointi slaidide toel (n-õ passiivne psühhoharimine),
- 2) dialoogile õhutamise **strateegilise küsitlemise vahendite abil**,
- 3) **VT tehnikate kasutamise tutvustamine** (demonstratiivne meetod),
- 4) **grupidünaamika, hariduslike mängude, rollimängu- ja simulatsioonitehnikate kasutamine** (aktiivne meetod).

Lisaks toimuvad ProLiSMental programmis arengu ja tulemuste monitoorimiseks diagnostilised, formatiivsed ja kokkuvõtavad hindamised ning õpilastele antakse koduseid ülesandeid sessioonide vahepeal täitmiseks. Programmi planeerimine ja rakendamine on toimunud koostöös õpetajate ja õdedega. Õdedele toimub programmi rakendamisele eelnevalt 10-tunnine õppeprogramm – üle viie õppesessiooni, igaüks kestusega kaks tundi, keskendudes meetme sisule, eesmärgile, meetoditele, tehnikatele, strateegiatele ja hindamisindikaatoritele.

Mind the Mind programmi rakendamine toimub aga kolme taseme kaudu, kus 1) kampaania ja programmi sisu on loonud EFPSA Sotsiaalse Mõju tiimi kuuluvad eksperdid 2) kampaaniaga liitunud Euroopa riikides vastutab programmi eest riiklik koordinaator, kes juhendab ja aitab kohalikke koordinaatoreid kampaania elluviimisel ja kelle ülesannete hulka kuulub muu hulgas materjalide inglise keelest sihtriigi keelde tõlkimine, kohalike koordinaatorite ja vabatahtlike värbamine ja koolitamine, kampaania levitamine piirkonnas ning asutustega (sh koolidega) kontakteerumine kampaania raames töötubade läbiviimiseks. Töötube viivad läbi kohalikud vabatahtlikud. **Meetoditena kasutatakse kampaanias videomaterjale, rollimänge, mängulisi lähenemisi ja aruteluringe.** Töötubades tutvustatakse VT häireid ning julgustatakse osalejaid arutlema ja kaasa mõtlema. Videomaterjalides näidatakse muu hulgas ka seda, milliseid katsumusi ja irratsionaalseid stigmasid VT häiretega isikud igapäevaselt kogema peavad, kusjuures videomaterjalide eesmärk on toetada arutelu

VAIMSE TERVISE TÖÖTOAD ehk INTERAKTIIVNE PSÜHHOHARIMINE

teemal, millist rolli mängib sotsiaalne keskkond VT häiretega toimetulekuks. **Osalistele jagatakse ka praktilisi juhiseid, kuidas VT häiretega inimestega käituda ja neid aidata ning informatsiooni sellest, kust saada asjakohast VT abi.**

Aktiivse psühhoharimise meetet on võimalik rakendada ka töökohtades jm organisatsioonides, nt grupipõhistes VT haridus- ja treeningprogrammides¹⁴².

Tõenduspõhisus

Interaktiivse psühhoharimise programmide jaoks on välja töötatud tõenduspõhised terviseharituse soovitusel^{143,144}. Lisaks on programmide välja töötamisel tuginetud nt tervise edendamise teoreetilisele mudelile¹⁴⁵ ja VT häire ennetuse, planeeritud käitumise teooria ja põhjendatud tegevuse teooria mudelitele ja kontseptsioonidele.

Mitmete uuringute põhjal on interaktiivse komponendiga terviseharituse sekkumised efektiivsed (noorukite) VT harituse parandamisel ning VT seotud stigmade vähendamisel^{146,147,148,149}.

Näiteks ProLiSMental psühhohariduslik sekkumine põhines teaduskirjanduse tulemustel ning selle välja töötamisel rakendati teaduslikke meetodeid, muu hulgas arendati ja testiti sekkumist mitmes etapis katseuuringutega, millega 1) testiti ülevaateartiklite tulemusi, 2) identifitseeriti kontseptuaalne raamistik ja 3) uuriti esmaseid rakendamise tulemusi fookusgruppides. Seega läbis sekkumine mitmekülge testimise ja katsetamise ning selle väljatöötamise ja testimise tulemused on avaldatud eelretsenseeritud teadusajakirjades *Issues in Mental Health Nursing* (2021) ja *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2021). Sekkumise arendamise baasina kasutati Meditsiiniteaduste Nõukogu raamistikku komplekssekkumiste arendamiseks ja hindamiseks (the Medical Research Council Framework, Craig & Petticew, 2013)¹⁵⁰. ProLiSMental psühhohariduslik sekkumine on heaks näiteks interaktiivsest tõenduspõhisest psühhohariduslikust programmist, kuna selle arendamisel järgiti teaduslikke (kompleks-)sekkumise välja arendamise ja testimise etappe, sh 1) tugineti teaduslike ülevaateartiklite tulemustele¹⁵¹, 2) identifitseeriti ja tugineti kitsamate uuringute kontseptuaalsele raamistikule¹⁵², 3) **mudeldati protsessi ja tulemusi koolinoorte ja haridus-**

¹⁴² Czabała, C., Charzyńska, K., & Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview.

¹⁴³ Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy.

¹⁴⁴ Sørensen, K. *et al.* & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.

¹⁴⁵ Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice. Appleton-Century-Crofts.

¹⁴⁶ Brooks, H. *et al.* (2019). Improving mental health literacy among young people aged 11–15 years in Java, Indonesia: Co-development and feasibility testing of a culturally-appropriate, user-centred resource (IMPeTUs) - A study protocol.

¹⁴⁷ Brown, N. (2018). Psychoeducational groups: Process and practice (4th ed.).

¹⁴⁸ Cairns, K., & Rossetto, A. (2019). School-based mental health literacy interventions. I

¹⁴⁹ Mackenzie, K., & Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: What is being done in the UK and does it work? A systematic review.

¹⁵⁰ Craig, P., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: Reflections on the 2008 MRC guidance.

¹⁵¹ Morgado, T., & Botelho, M. R. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura.

¹⁵² Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2021b). Psychoeducational interventions to promote adolescents' mental health literacy on anxiety in the school context: Identifying theory for the development of a complex intervention. *J*

VAIMSE TERVISE TÖÖTOAD ehk INTERAKTIIVNE PSÜHHOHARIMINE

ja/või terviseprofessionaalidega fookusgruppides¹⁵³ ning 4) sekkumise disaini ja meetodit testiti ja hinnati eksploratiivuuringuga¹⁵⁴ ning katseuuringutega¹⁵⁶. Seega järgiti nii sekkumise välja töötamisel kui ka testimisel teaduslikke põhimõtteid ning tugineti varasematele tõenduspõhiste praktikatele. Uuring on registreeritud ka veebilehel www.clinicaltrials.org.

Väravavahi treeningprogrammide eesmärk on suurendada tõenäosust, et potentsiaalselt suitsiidid isikud tuvastatakse, et neile pakutakse tuge, abi ning asjakohast ravi, mis ennetaks potentsiaalset suitsiidi. 39 artiklit hõlmanud ülevaateuuringu kohaselt¹⁵⁷ on väravavahi programmid tulemuslikud meetodid „väravavahide“ teadlikkuse ja oskuste pikaajaliseks parandamiseks. Samas on ülevaateartiklis toodud välja, et oskused ja teadmised ehk treeningefekt väheneb oluliselt ajas peale programmi läbimist ning pikaajaliseks mõjuks ei piisa täiendavatest koolitustest/treeningutest. Oluliselt mõjusamaks peetakse aga hoopis „väravavahi“ sotsiaalkultuurilise taustaga tegelemist, kuna programmi raames omandatud teadmised ja oskused on oluline mitte lihtsalt omandada, vaid ka omaks võtta (*internalise*) ning sobitada oma sotsiaalkultuurilisse ruumi.

Üks esimesi ning laiemalt rakendatud tõenduspõhiseid VT programme, on vaimse tervise esmaabi (Mental Health First Aid), mis on standardiseeritud, moodulipõhine programm, mille eesmärk on trennida inimesi märkama varaseid VT häirete sümptomeid ning oskusi neile kohaselt reageerida (nt toe pakkumine, abisutajate poole suunamine)¹⁵⁸. **Sarnaseid sekkumisprogramme on töökohtades ja asutustes rakendatud eeskätt täiskasvanute interaktiivseks psühhoharimiseks.**

Mõju ja tulemuslikkus

Teadusuuringute käigus hinnatud interaktiivsete psühhohariduslike sekkumisprogrammide tulemusel on näiteks (statistiliselt) oluliselt paranenud noorukite ärevuse äratundmise võimekus (sh normaalse ärevuse ning patoloogilise ärevuse eristamine ning sotsiaälärevuse sümptomite eristamine), noorukite teadmised VT häirete ennetamise praktikatest (regulaarne treening, regulaarsed magamisharjumused, regulaarsed lõdvestusharjutused, tervislik toitumine, alkoholi vältimine jms) ning VT probleemi korral professionaalse abi saamise võimalustest. Seega on taoliste sekkumistega võimalik parandada pea kõiki VT harituse aspekte ning need on uuringute autorite sõnul potentsiaalne võimalus parandada noorte teadlikkust VTst ja käitumist seoses oma VT hoidmisega.

¹⁵³ Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2021a). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: Estudo com grupos focais.

¹⁵⁴ Morgado, T. M. M., de Jesus Loureiro, L. M., & Rebelo Botelho, M. A. (2021). Acceptability and feasibility of the ProLiSMental psychoeducational intervention to promote adolescents' mental health literacy on anxiety in a school context.

¹⁵⁵ Eksploratiivuuringu puhul on tegemist paindlikku tüüpi uuringuga, mida kasutatakse teemade uurimiseks, mille kohta seni veel palju tõenduspõhist materjali kogutud pole ja/või kui teema kohta on keeruline andmeid koguda

¹⁵⁶ Morgado, T. *et al.* (2021). Adolescents' Empowerment for Mental Health Literacy in School: A Pilot Study on ProLiSMental Psychoeducational Intervention.

¹⁵⁷ Holmes, G. *et al.* (2021). The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: A systematic review.

¹⁵⁸ Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior.

VAIMSE TERVISE TÖÖTOAD ehk INTERAKTIIVNE PSÜHHOHARIMINE

Lisaks näitasid nt ProLiSMental sekkumisprogrammi tulemushinnangud kõrget vastuvõtlikkuse ja tõhususe taset nii õpetajad, õpilased kui ka tervishoiutöötajad, kes olid seotud programmi rakendamisega koolides. Need tulemused viitavad, et VT teemade, esmatasandi tervishoiu ja koolitervishoiu ühendamine läbi tervisharituste sekkumiste võiks olla potentsiaalselt väga tõhus ja positiivne kogemus kõigile osapooltele.

Kuigi värvavahi treeningprogramme on aktiivselt rakendatud ja soovitatud mitmes kultuuriruumis, on ülevaateartiklite hinnangul nende tulemuslikkuse ja mõjude hindamine hetkel veel puudulik¹⁵⁹ ning nähtub, et treeningprogrammi efekt ajas langeb. On leitud, et oluline on nende treeningprogrammide välja töötamisel arvestada sotsiaalkultuurilist tausta^{160,161}.

Ehkki on leitud, et nt töökohapõhises VT treeningprogrammides osalemine parandab inimeste terviseharituse taset, vähendab VT-ga seotud stigmasid ning parandab suhtumist VT alase professionaalse abi poole pöördumise osas, ei vii sellised programmid alati ka tegeliku käitumusliku muutuseni, st programmide järel ei pruugi suurene da tegelik VT abiosutajate poole pöördumine, isegi kui märgatakse VT häire sümptomeid¹⁶².

Kulud ja kitsaskohad

- Interaktiivsed ja tõenduspõhised psühhohariduslikud programmid tähendavad enamasti vähemalt mitmenädalast aktiivset osalust erinevates lisategevustes, mis aga tähendab, et väljalangenute hulk on võrdlemisi suur (nt mitmed õpilased ei läbinud kogu programmi).
- Interaktiivsete programmide rakendamine eeldab sobiva profiiliga praktikute ja/või vabatahtlike, kes programme/töötube sihtrühmaga läbi viiks, eelnevat koolitamist, see nõuab nii aega kui materiaalseid vahendeid, mis sõltuvad omakorda täpsemalt programmi eesmärkidest, sisust ja kestusest.
- Programmide pikaajalise efektiivsuse tagamiseks on oluline sekkumisprogrammi väljatöötamisel arvestada selle sihtrühma sotsiaalkultuurilist tausta ja eripärasid ning võimalusel kaasata sihtrühma esindajaid programmi disainimise protsessi (nt fookusgrupi meetodil)

Tabel 7. Vaimne tervis: meede III

ELUVIISISOOVITUSED

Mis ja kellele?

VT probleemide juures mängivad olulist rolli lisaks psühholoogilistele ja sotsiaalsetele teguritele ka igapäevased toitumis-, magamis- ja liikumisharjumused ehk eluviisiharjumused, mida saab omakorda mõjutada terviseharitusega^{163,164,165}. Tervislikud toitumissoovitused ja piisav füüsilise

¹⁵⁹ Yonemoto, N. *et al.* (2019). Implementation of gatekeeper training programs for suicide prevention in Japan: A systematic review.

¹⁶⁰ Nasir, B. F. *et al.* (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review.

¹⁶¹ Holmes, G. *et al.* (2021). The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: A systematic review.

¹⁶² Moll, S. E. *et al.* (2018). Beyond silence: a randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees.

¹⁶³ Ruiz-Hernández, J. A. *et al.* (2022). Mental Health and Healthy Habits in University Students: A Comparative Associative Study.

¹⁶⁴ Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health.

¹⁶⁵ Bonuck, K. A., Schwartz, B., & Schechter, C. (2016). Sleep health literacy in head start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep.

ELUVIISISOOVITUSED

aktiivsuse tase on küll laialt levinud soovitusel tervelt elada jäänud eluaastate pikendamiseks ja haiguste vähendamiseks, kuid üha enam uuringuid on leidnud, et toitumissoovitused ja füüsilise aktiivsuse põhised sekkumised võiksid olla oluline osa ravijuhistest ka VT häirete all kannatajatele, sh eriti depressiooni ja ärevushäirete ennetamiseks, leevendamiseks ja ravimiseks¹⁶⁶.

Kõige enam on uuritud toitumisharjumuste ja füüsilise aktiivsuse seoseid depressiooni (sümptomite) leevendamisega.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?)

Kuigi toitumissoovitused ei ole praegu osa depressiooni¹⁶⁷ ega ärevushäirete¹⁶⁸ ravijuhisest, on viidud läbi sekkumisi ja uuringuid, kus VT häirega inimestele on jagatud soovitusi oma toitumise tervislikumaks muutmiseks¹⁶⁹.

Füüsilise aktiivsuse sekkumisi on rakendatud mitmel moel^{170,171}: **sotsiaalmeedia-põhised** füüsilise aktiivsuse programmid, koolinoortele suunatud **programmid, töökohapõhised väljakutsed ja/või lisategevused või huviringid**. Tihti rakendatakse füüsilise aktiivsuse kaudu VT edendamise sekkumisi juhendatud **grupiprogrammidena**¹⁷².

Unehügieeniga seotud terviseharituse sekkumisi on seni veel vähe, kuigi katsetusi on tehtud näiteks mobiilseadme-põhiste sekkumistena¹⁷³ VT teemaliste töötubade osana¹⁷⁴.

VT edendamise ja **nii ärevushäire kui depressiooni sümptomite vähendamiseks on ka WHO juhistes toodud konkreetset liikumissoovitused igale vanuserühmale**¹⁷⁵.

Tõenduspõhisus

Mitmetes metaanalüüsid ja ülevaateartiklites on analüüsitud erinevate toitumissoovituste ja/või füüsilise aktiivsuse põhiste sekkumiste mõju VT näitajatele ning VT häirete ennetamisele ja leevendamisele. Teadusuuringutele tuginedes on leitud, et toitumissoovitused võivad mängida olulist rolli nii depressiooni diagnoosimisel, depressiooni sümptomite ennetamisel, leevendamisel kui ka ravijuhisena^{176,177,178}.

¹⁶⁶ Hosker, D. K., Elkins, R. M., & Potter, M. P. (2019). Promoting mental health and wellness in youth through physical activity, nutrition, and sleep.

¹⁶⁷ American Psychological Association. (2019). Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts.

¹⁶⁸ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management.

¹⁶⁹ Molendijk, M. *et al.* (2018). Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies.

¹⁷⁰ Pascoe, M. *et al.* (2020). Physical activity and exercise in youth mental health promotion: A scoping review.

¹⁷¹ Schembre, S. M. *et al.* (2018). Just-in-time feedback in diet and physical activity interventions: systematic review and practical design framework.

¹⁷² Pascoe, M. *et al.* (2020). Physical activity and exercise in youth mental health promotion: A scoping review.

¹⁷³ Quante, M. *et al.* (2019). Qualitative Assessment of the Acceptability of Smartphone Applications for Improving Sleep Behaviors in Low-Income and Minority Adolescents.

¹⁷⁴ Sibinga, E. M. *et al.* (2013). School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial.

¹⁷⁵ WHO. (2020). WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour.

¹⁷⁶ Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise.

¹⁷⁷ Rahe, C., Unrath, M., & Berger, K. (2014). Dietary patterns and the risk of depression in adults: a systematic review of observational studies.

¹⁷⁸ Opie, R. S. *et al.* (2015). The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials.

ELUVIISISOOVITUSED

21 asjakohast artiklit hõlmava metaanalüüsi põhjal on kõrgema depressiooniriskiga seotud n-ö läänelik „ebatervislik“ dieet, mis sisaldab suures koguses punast ja/või töödeldud liha, maiustusi, rafineeritud teravilju, rasvarikkaid piimatooteid, võid, kartulit ja kõrge rasvasisaldusega kastmeid ning samas väheses koguses puu- ja juurvilju. Seevastu madalama depressiooniriskiga on seotud dieet ehk toitumisharjumused, mis hõlmavad suuremas koguses puu- ja juurviljade söömist, täisteraviljatooteid, kala, oliiviõli, madala rasvasisaldusega piimatooteid, antioksüdante ning samas väheses koguses loomseid toite. **Seega võiks uuringute autorite hinnangul tervislikud toitumissoovitused olla üheks oluliseks tervisesoovituseks depressiooni ennetuses ja ravijuhistes**¹⁷⁹. Sarnaste tulemusteni on jõudnud ka teised ülevaateartiklid, mis muuseas hõlmavad ka prospektiivseid kohortuuringuid¹⁸⁰, mille eesmärk on tuvastada toitumisharjumuste seoseid VT häirete sümptomitega¹⁸¹. Näiteks üheksa aastat väldanud uuringus jälgiti, kuidas toitumisharjumused mõjutavad depressiooni sümptomite avaldumist enam kui tuhandel uuringusse kaasatud inimesel ning leiti, et n-ö Toscana dieet, mis hõlmab kõrget köögiviljade, oliiviõli, kala, puu- ja teraviljade taset ning mõõdukat punase veini ja punase töödeldud liha taset toitumises, on seotud madalama depressioonitasemega ning seega võiks taolised toitumissoovitused olla tõenduspõhine vahend depressiooni sümptomite leevendamiseks¹⁸². Toitumissoovitusi nähakse aga potentsiaalse ravijuhiste osana mitte üksnes depressiooni, vaid ka mitmete teiste VT häirete ravis. Rahvusvahelise toitumisspühhaatria (uurimis)ühingu (International Society for Nutritional Psychiatry Research) liikmed on rahvusvahelisele koostööle ja uuringutele tuginedes kujundanud seisukoha, mille põhjal **toetatakse toitumissoovituste tunnustamist nii vaimse kui füüsilise tervise ravi osana**¹⁸³.

Mitmetes uuringutes on leitud, et füüsilise aktiivsuse tase ja liikumisharjumused on seotud VT näitajatega, kusjuures soovituslike liikumisharjumuste järgimine on seotud parema VT näitajatega ning isegi VT häirete ja/või sümptomite madalama tasemega ja seda nii lastel, noortel kui täiskasvanutel^{184,185,186}. Euroopa Psühhaatrite Assotsiatsiooni (European Psychiatric Association, EPA) 2018. aastal ilmunud metanalüüsi põhjal on **füüsilise aktiivsuse sekkumised ja liikumissoovituste järgimine efektiivsed meetodid depressioonisümptomite vähendamiseks**,

¹⁷⁹ Li, Y., *et al.* (2017). Dietary patterns and depression risk: a meta-analysis.

¹⁸⁰ Prospektiivne kohortuuring tähendab uuringut, kus jälgitakse kindlat gruppi üldiselt sarnaseid inimesi, kes erinevad konkreetsetes huvipakkuvates tegurites, mitmete aastate jooksul, et hinnata, kuidas eristuv(ad) tegur(id) mõjutavad huvipakkuvaid tulemusi

¹⁸¹ Matison, A. P. *et al.* (2021). Associations between nutrition and the incidence of depression in middle-aged and older adults: A systematic review and meta-analysis of prospective observational population-based studies.

¹⁸² Vermeulen, E. *et al.* (2016). The association between dietary patterns derived by reduced rank regression and depressive symptoms over time: the Invecchiare in Chianti (InCHIANTI) study.

¹⁸³ Sarris, J. *et al.* (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry.

¹⁸⁴ Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review.

¹⁸⁵ Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews.

¹⁸⁶ Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth.

ELUVIISISOOVITUSED

kusjuures füüsilise aktiivsuse sekkumiste mõju on võrreldav isegi antidepressantide ja psühhoteraapiaga¹⁸⁷.

Kuigi tervisliku unehügieeni osas pole seni veel laialtlevinud tõenduspõhiseid praktikaid kasutatud, on **teaduskirjanduse põhjal selge, et tervislikud magamisharjumused on üheks väga oluliseks teguriks VT häirete ennetuses, ravis ja vaimse heaolu edendamisel**^{188,189}. Siiski on toodud välja, et esmalt on vajalik laiem teadustöö selles osas, millised on konkreetset unehügieeniga seotud käitumised, mille pinnalt patsientidele konkreetseid soovitusi kujundada¹⁹⁰ – seega on unehügieeni puudutavad (konkreetsed) soovitusel kui terviseharituse meede alles välja arendamisel ja pole seni eriti palju kasutust leidnud.

Mõju ja tulemuslikkus

Mahukas ülevaateartiklis¹⁹¹ uuriti, kuidas sotsiaalvõrgustikes läbiviidavad interaktiivsed käitumuslikud sekkumised avaldavad mõju tervisekäitumisele, tervisenäitajatele ja tervise võrdsus (*health equity*) täiskasvanute seas. 88 analüüsi kaasatud teadusartikli põhjal leidsid autorid, et **interaktiivsetel sotsiaalvõrgustike kaudu tehtavatel sekkumistel** võib olla mõju mitmele tervisekäitumisele, sh toitumise kvaliteet, füüsiline aktiivsus, arstlikus kontrollis käimine jpm, aga ka üldisele tajutud heaolu tasemele. **Kuigi oluline, oli see mõju enamasti üsna marginaalne ehk (interaktiivsed) sekkumised sotsiaalvõrgustikes võivad küll olla väiksed sammud positiivsema tervisekäitumise suunas, kuid suurt mõju ja muutusi inimeste tervisekäitumises nende põhjal oodata ei tasu.** Enim positiivset mõju võib selliste sekkumiste puhul olla füüsilise aktiivsuse ning üleüldise tajutud heaolu suurendamisel.

2021. aastal avaldatud süstemaatilise teaduskirjanduse ülevaate põhjal on füüsilisel aktiivsusel põhinevad sekkumised küll efektiivne moodus, kuidas tõsta inimeste psühholoogilist heaolu, kuid seni on veel ebaselge, kas ja kuidas sellised sekkumised VT probleemide esinemise sagedust ja tõsidust vähendavad¹⁹². 28 artiklit hõlmava metanalüüsi põhjal oli suurim positiivset mõju teismeliste psühholoogilise distressi vähendamisele vastupidavustreeningutel, eeskätt kõrge intensiivsusega intervalltreeningu tüüpi trennidel (*high intensity interval training*, HIIT), millel oli positiivne mõju mitmetele teismeliste VT näitajatele. Lisaks oli metanalüüsi autorite hinnangul mitmeosaliste sekkumiste puhul liiga vähe rõhku pööratud VT terviseharitusele, **mistõttu oli autorite soovitus tulevastel (noorte) füüsilise aktiivsuse suurendamiseks mõeldud sekkumistes VT harituse komponendile rohkem tähelepanu pöörata.** Ka teised ülevaateartiklid on leidnud, et füüsilisel aktiivsusel põhinevad sekkumised avaldavad positiivset

¹⁸⁷ Stubbs, B. *et al.* (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH).

¹⁸⁸ Zhang, J. *et al.* (2018). Sleep habits, sleep problems, sleep hygiene, and their associations with mental health problems among adolescents.

¹⁸⁹ Hiscock, H. *et al.* (2015). Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: randomised controlled trial.

¹⁹⁰ Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia.

¹⁹¹ Petkovic, J. *et al.* (2021). Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population.

¹⁹² Hale, G. E. *et al.* (2021). Physical activity interventions for the mental health and well-being of adolescents—a systematic review.

ELUVIISISOOVITUSED

mõju VT häirete ennetuse ja häire varase leevendusvõimalusena¹⁹³. Seega on analüüsitud uuringutele tuginedes mitmeosalised sekkumised (st sekkumised, mis pööravad tähelepanu nii vaimse kui füüsilise tervise teguritele, hõlmates nt nii toitumis-, liikumis- kui magamissoovitusi), mis keskenduvad ka terviseharitusele, kuluefektiivne ja hõlbus meetod parandamaks (noorte) füüsilist aktiivsust, psühholoogilist heaolu ja enda VT eest hoolitsemist ning ennetamaks tõsisemate probleemide arenemist hilisemas elus.

Ka on tõendeid sellest, et toitumissoovitustel (sh väga spetsiifilistel mikrototainetel baseeruvatel soovitustel) on positiivne mõju ja potentsiaal erinevate VT häirete ravis^{194,195}. Eksperdid on välja pakkunud ka **toitumislase VT mudeli** (*nutritional mental health model*), mis tugineb teadusuuringutel, mis on näidanud toitumisharjumuste ja soolestiku tervise seoseid ja tähtsust VT jaoks¹⁹⁶.

Neuropsühhiaatrilistele haigustele ja nende ravile keskendunud eelretsenseeritavas meditsiinilises ajakirjas *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2020. aastal ilmunud artiklis on kirjeldatud tervisliku toitumise, füüsilise aktiivsuse ja unehügieeni **kui „võidutriaadi“ olulisust VT häire(te) riskiga inimeste füüsilise ja VT hoidmisel ning analüüsitud selle kasutamise võimalikkust kliinilises praktikas. Autorid on andnud konkreetseid soovitusi rakendada eluviisosoovituste kasutamist häirete ravis nii riiklikes kui erakliinikutes**¹⁹⁷.

Kulud ja kitsaskohad

- Kuigi hulk teadusuuringuid ja ülevaateartikleid on leidnud, et toitumisharjumused on seotud VT häiretega (eeskätt depressioonisümptomitega), pole nende uuringute tulemused alati ühesed, st konkreetsete toitumissoovituste rakendamiseks VT häirete ravijuhistes on vaja võimalikult täpsete ja asjakohaste juhiste väljatöötamiseks vaja läbi viia veel lisauuringuid.
- Eluviisimuutused on pühendumist ja aeganõudvad sekkumised, mille efektiivsuseks rakendamiseks on vajalik hoolikalt läbi mõelda ja sihitada sekkumine konkreetsele sihtrühmale (pidades silmas sh seda, kuidas mõjutada sihtrühma esindajaid soovitusi järjepidevalt järgima, kuidas soosida regulaarseid eduelamusi jms).
- VT häirete ravis olulisel kohal oleva kognitiiv-käitumusliku teraapia osaks pole konkreetsete soovitusi andmine, mistõttu eluviisosoovituste lisamine VT häirete ravis võib osutuda keerukaks ning oluline vastutus on inimesel endal. Eluviisosoovituste rakendamine kliinilises praktikas paralleelselt psühhoteraapia ja/või psühhofarmakoloogiliste meetoditega vajab hoolikat läbimõtet ja kaalutlemist.

¹⁹³ Pascoe, M. *et al.* (2020). Physical activity and exercise in youth mental health promotion: A scoping review.

¹⁹⁴ Rucklidge, J. J., & Kaplan, B. J. (2013) Broad-spectrum micronutrient formulas for the treatment of psychiatric symptoms: a systematic review.

¹⁹⁵ Romijn, A. R. *et al.* (2017). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of *Lactobacillus helveticus* and *Bifidobacterium longum* for the symptoms of depression.

¹⁹⁶ Kaplan, B. J. *et al.* (2015). The emerging field of nutritional mental health: Inflammation, the microbiome, oxidative stress, and mitochondrial function.

¹⁹⁷ Briguglio, M. *et al.* (2020). Healthy Eating, Physical Activity, and Sleep Hygiene (HEPAS) as the winning triad for sustaining physical and mental health in patients at risk for or with neuropsychiatric disorders: Considerations for clinical practice.

ELUVIISISOOVITUSED

- Seni on disainitud vähe konkreetseid tõenduspõhiseid sekkumisi, mis keskenduks unehügieenile, kuigi on teada, et sel on märkimisväärselt oluline tõenduspõhine roll VT häirete ennetuses ja ravis.

4.3. Metaboolsed häired

Metabolismi ehk aine- ja energiavahetuse käigus leiavad organismis aset sünteesi- ja lagundamisprotsessid, mis hõlmavad selliseid orgaanilisi molekule nagu näiteks rasvhapped, süsivesikud, valgud ja aminohapped¹⁹⁸. Seega tähendavad metaboolsed häired seda, et nimetatud protsesside toimimises esineb häireid või probleeme¹⁹⁹. Üheks levinuimaks metaboolseks häireks ja üheks suurimaks terviseprobleemiks nii Eestis²⁰⁰ kui ka mujal maailmas on diabeet²⁰¹. Hinnanguliselt on diabeet diagnoositud Eestis umbes 70 000²⁰² ning maailmas 30-79 aastaste hulgas umbes 537 miljonil inimesel. Diabeet on krooniline ainevahetushaigus, mis jaguneb WHO kohaselt esimest tüüpi ja teist tüüpi diabeediks²⁰³. Esimese puhul on tegemist insuliini puuduliku tootmisega, mis avaldub üldiselt juba lapseas, ja teise puhul üldiselt täiskasvanueas avalduv haigus insuliini puuduliku kasutamise häirega, st insuliini mõju on puudulik²⁰⁴. Lisaks eristatakse ka rasedus- ehk gestatsiooniaegset diabeeti, mille põhjustajaks on hormonaalsetest muutustest tulenev suurenenud insuliinivajadus, kuid seda raportis ei käsitleta. Diabeediga kaasnevad sageli mitmed tüsistused, nt suureneb risk haigestuda südame-veresoonkonna haigustesse (nt ateroskleroosi) ja suureneb diabeetilise nefropaatia, retinopaatia ning neuropaatia²⁰⁵ risk.

Lisaks esineb paljudel diabeeti põdevatel patsientidel – ja ka SVH-dega inimestel – metaboolne sündroom, mille diagnoosimiseks on Rahvusvahelise Diabeedi Sihtasutuse (International Diabetes Foundation; IDF) järgi eeltingimuseks abdominaalne ehk vöökoha rasvumine ning vähemalt kaks järgnevatest sümptomistest: a) plasma triglütseriidide sisalduse suurenemine üle 1,7 mmol/l; b) HDL-kolesterooli väärtus veres väikesem kui 1,03 mmol/l meestel või väikesem kui 1,29 mmol/l naistel; c) arteriaalne hüpertensioon; d) vere paastuglukoosi väärtus on suurem kui 5,6 mmol/l²⁰⁶. Metaboolne sündroom suurendab diabeedi või SVH-dega inimese suremust vastavalt 5-10 korda SVH-de või kolm korda diabeedi korral. Kuigi sündroomi teke ja arenemine ei ole selge, on uurijate sõnul oluliseks teguriks eluviis. **See tähendab, et inimestel, kellel on soodumus metaboolsele sündroomile, diabeedile või SVH-dele (või kellel on vähemalt üks kolmest nimetatust juba diagnoositud), tuleks kindlasti järgida neile antud tervisesoovitusi kas ennetamaks või leevendamaks haigus(t)e kulgu.**

Selles uuringus keskendume eeskätt teist tüüpi diabeedile (vähemal määral ka metaboolsele sündroomile) ning selle kulu leevendamisele, kuna hinnanguliselt 90-95% inimestel, kellel on

¹⁹⁸ Rastogi, V. B. & Kishore, B. (1997). A Complete Course in ISC Biology.

¹⁹⁹ U.S. National Library of Medicine. (2021). Metabolic disorders.

²⁰⁰ Sotsiaalministeerium. (s.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.

²⁰¹ International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas (10th ed.).

²⁰² Eesti Diabeediliit MTÜ. (s.a.). Mis on diabeet?

²⁰³ WHO. (2021b). Diabetes.

²⁰⁴ Eesti Diabeediliit MTÜ. (s.a.). Mis on diabeet?

²⁰⁵ Tegemist on diabeedi tüsistustega.

²⁰⁶ Hedman, A., & Sinisalu, V. (2008). Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitlus. Ekspertihinnang.

diagnoositud diabeet, on diagnoositud just teist tüüpi diabeet, mille põhjustajaks on ülekaal ja/või vähene füüsiline aktiivsus, perekondlik eelsoodumus ja/või teiste haiguste olemasolu (nt hüpertensioon, düslipideemia, makrovaskulaarsed haigused)²⁰⁷. Lisaks ülekaalule ja füüsilisele aktiivsusele on olulisel kohal ka diabeeti põdeva patsiendi ravisoostumust mõjutavad faktorid. Nendeks faktoriteks on nt isikuomadused (sh terviseharitus, suhtumine diagnoosi, motivatsioon), sotsiaalmajanduslik taust, tervishoiusüsteemi ülesehitus (nt apteegisüsteemi ja/või hüvitussüsteemi tase, ligipääs teenustele ja/või ravimitele), raviga seonduvad asjaolud (nt ravimi efektiivsus ja talutavus, manustamisviis, ravi kestus) ning inimese terviseseisund (nt kaasuvad haigused, sümptomite raskusaste). Kuna mitmeid nimetatud faktoreid on keeruline või võimatu mõjutada ja/või muuta, siis keskenduvad sekkumised tihti patsientide terviseharitusele.

IDF-i koostatud ravijuhise järgi on olulisim meede diabeeti põdevate patsientide terviseharituse taseme parandamine, kuna teist tüüpi diabeet on tihti põhjustatud inimese eluviisist (nt toitumisest ja kehalisest aktiivsusest, mida käsitleme eraldi järgmise meetmena). Teadlikkuse parandamine aitab diabeeti põdevatel patsientidel mõista, miks on oluline teha vajalikke muudatusi oma eluviisist ning need muudatused harjumusteks muuta, küll aga pole läbiviidud eksperimendid andnud ühtset vastust, kas terviseharituse taseme parandamine mõjutab otseselt diabeeti põdevate patsientide tervisenäitajaid¹⁹⁶. Marciano, Camerini ja Schulz pakuvad võimalikuks põhjuseks selle, et terviseharitusel ei ole ühtset definitsiooni, mis võib mõjutada lõpptulemusi. Samuti võivad tulemused erineda tulenevalt sellest, et sekkumise efektiivsust on mõõdetud subjektiivsete meetoditega, nt enesekohaste küsimustega, kus inimene peab ise hindama oma tervist. Seetõttu soovivad autorid kasutada pigem meetodeid, mis ei sõltuks vaid subjektiivsest isiklikust hinnangust vaid arvestaksid ka objektiivsemaid näitajaid, nt veresuhkru, -lipiidide ja/või -rõhu väärtusi ja muutusi, saamaks terviklikumat pilti inimese tervisest.

Raportis keskendume teguritele, mida on (teist tüüpi) diabeeti põdevatel patsientidel ja/või metaboolse sündroomiga inimestel võimalik ise kontrollida ja/või otseselt mõjutada ning mis aitaks leevendada haiguse kulgu. Järgnevalt kirjeldame meetmeid, mis on toodud välja 2019. aastal tehtud teist tüüpi diabeeti põdevate patsientide terviseharituse metaanalüüsis²⁰⁸, rahvusvahelises teist tüüpi diabeedi ravijuhendis²⁰⁹, eestikeelses teist tüüpi diabeedi ravijuhendis²¹⁰ ning ka ajakirjas Eesti Arst ilmunud eksperthinnangus²¹¹. Tasub märkida, et ravijuhend on antud välja 2012. aastal (st pea kümme aastat tagasi), mistõttu lähtume ka erinevatest (eestikeelsetest) teemakohastest aruannetest ja artiklitest, sh eestikeelsetest diabeeti põdevatele patsientidele suunatud infomaterjalidest ja ka teadusartiklitest. Järgnevalt toome välja meetmed, mida on enim nimetatud nii ravijuhendites, teadusuuringutes kui ka diabeeti põdevate patsientide ja/või metaboolse sündroomiga isikutele suunatud infomaterjalides.

Peamised tõenduspõhised terviseharituse meetmed, mida metaboolsete häirete puhul seni on rakendatud, on **iseseisev glükoositaseme jälgimine, eluviisiharjumuste muutmine ning psühholoogilise heaolu monitoorimine ja psühholoogilise toe pakkumine.**

²⁰⁷ Truhanov, A. (2014). Ravi alustavate teist tüüpi diabeedi haigete ravisoostumus Eestis aastatel 2011–2013 Eesti Haigekassa retseptiandmete põhjal.

²⁰⁸ Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of Health Literacy and diabetes self-management: A systematic review.

²⁰⁹ International Diabetes Federation. (2012). Global Guideline for Type 2 Diabetes.

²¹⁰ Roosimaa, M. et al. (2021). 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. Eesti ravijuhend.

²¹¹ Hedman, A., & Sinisalu, V. (2008). Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitlemine. Ekspertihinnang. Eesti Arst, 87(7-8), 566–568.

Tabel 8. Metaboolsed häired: meede I

GLÜKOOSITASEME ISESEISEV JÄLGIMINE	
Mis ja kellele?	Üheks näiteks glükoositaseme monitoorimises on projekt The Nightscout ²¹² (eesti keeles Ööskaut), mille löid 2014. aastal esimest tüüpi diabeediga laste vanemad ²¹³ . Tegemist on avatud lähtekoodiga (open-source) platvormiga, mis kasutab pideva glükoosimonitoorimise seadme abil (continuous glucose monitoring device) kogutud andmeid glükoositaseme kohta ²¹⁴ . Platvorm võimaldab kasutajal veebivahendusel jälgida oma glükoosinäitajaid nutiseadmes reaajas ²¹⁵ . Peamisteks kasutajateks on küll esimest tüüpi diabeediga 6–12-aastased lapsed (ligikaudu 99,4% küsitletud kasutajatest) ²¹⁶ , aga platvormi kasutasid ka täiskasvanud (18 aastased ja vanemad). Glükoositaset soovitatakse jälgida ka metaboolse sündroomiga isikutel, kuna see võimaldab kiirelt avastada muutusi glükoosis.
Rakendamine (kes, kus, kuidas?)	Kuigi platvorm loodi algselt esimest tüüpi diabeediga inimestele (eelkõige lastele), võib meetmest olla kasu ka teist tüüpi diabeediga inimestele ²¹⁷ , kellel on olemas Dexcomi sensor, mis mõõdab nahaaluseid glükoositasemeid. Küll aga on praeguseks (2022. aasta veebruariks) nt Dexcom, Medtronic ²¹⁸ ja ka Eversense ²¹⁹ ise loonud sarnase platvormi, mis võimaldab seadme kasutajal (ja ka tema lähedastel) monitoorida oma glükoositasemeid eri nutiseadmetes.
Tõenduspõhisus	Eelnevad uuringud on näidanud, et teadlikkus ning võimalus saada ajakohast informatsiooni oma glükoosinäitajate kohta aitasid diabeeti põdevatel patsientidel (laste puhul ka nende vanematel) märgata glükoositaseme muutust varakult ning vastavalt oma toitumist kohandada.
Mõju ja tulemuslikkus	Lee ja kolleegide läbi viidud küsitlusuuring (2017) näitas, et platvormi kasutajate glükoosi- ja üldise heaolu näitajad paranesid pärast platvormi kasutamist oluliselt. Küll tasub märkida, et uurijad kasutasid enesekohaseid küsimustikke, mis tähendab, et vastajad raporteerisid ise oma glükoosi- ning heaolunäitajaid. Uurijate sõnul võis aga näitajate paranemise tingida see, et tänu platvormile on ligipääs glükoosinäitajatele nii diabeeti põdeval inimesel endal kui ka tema pereliikmetele ja/või lähedastel, mis aitab suurendada tõenäosust, et kõrgenevaid või kõrgeenenud glükoositasemeid märgatakse juba varakult ja seega on võimalik oma toitumist ka varakult kohandada. Kuigi täiskasvanud diabeeti põdevad patsiendid tegelevad pigem ise oma tervisenäitajate monitoorimisega, võimaldas platvorm neil teha seda kiirelt ja efektiivselt, mis tõenäoliselt tingis ka nende glükoosi- ja heaolunäitajate paranemise.
Kulud ja kitsaskohad	➤ Küsimustikule vastajad tõid välja, et Nightscouti platvormi paigaldamine võib olla osadele kasutajatele keeruline, mistõttu võib potentsiaalne kasutaja selle paigaldamisest ja kasutamisest loobuda. Küll aga on platvormil nii aktiivne ingliskeelne foorum kodulehel kui ka Facebooki

²¹² The Nightscout Project. (s.a.). The Nightscout Project.

²¹³ The Nightscout Foundation. (s.a.). Our mission.

²¹⁴ The Nightscout platvorm töötab Dexcomi glükoositaset monitoorivate seadmetega.

²¹⁵ Hilliard, M. E. et al. (2015). From individuals to international policy: Achievements and ongoing needs in diabetes advocacy.

²¹⁶ Lee, J. M. et al. (2017). Real-world use and self-reported health outcomes of a patient-designed do-it-yourself mobile technology system for diabetes: Lessons for mobile health.

²¹⁷ Maiorino, M. I. et al. (2020). Effects of continuous glucose monitoring on metrics of glycemic control in diabetes: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials.

²¹⁸ Medtronic. (2022). Guardian Connect Continuous Glucose Monitoring System.

²¹⁹ Eversense. (s.a.). Eversense CGM System.

GLÜKOOSITASEME ISEISEV JÄLGIMINE

- grupp, kus platvormi paigaldamise probleemide korral on abiks nii administraatorid kui kaaskasutajad. See omakorda aitab kaasa tugivõrgustiku ja kommuuni tekkimisele, mis võib omakorda viia üldise heaolu paranemiseni (vt lisaks Tabel 10. Metaboolsed häired: meede III)²²⁰.
- Kuigi Nightscouti platvorm – ja ka nt Dexcomi, Medtronicu ning Eversense'i tooted – on enamikele kasutajatele tasuta, ei ole neid võimalik kasutada ilma glükoositaset monitoorivate seadmeteta, mille hind võib ulatuda tuhandete eurodeni (ning mille hüvitamine erineb riigiti ja tervishoiusüsteemiti), mistõttu ei ole kõigil diabeeti põdevatel patsientidel võimalik neid lahendusi kasutada. Lisaks on osade (nt Dexcomi ja Medtronicu) seadmete puhul potentsiaalseks miinuseks see, et kasutaja peab nahaalust sensorit vahetama iga 7–10 päeva tagant²²¹. Lisaks on osad seadmeid kritiseeritud nende ebatäpsuse tõttu ehk diabeeti põdev patsient ei pruugi oma glükoositaseme kohta saada adekvaatset infot²²².

Tabel 9. Metaboolsed häired: meede II

ELUVIISIHARJUMUSTE MUUTMINE

Mis ja kellele?

Kuna eluviis on tihti üheks põhjuseks, miks inimesel tekib teist tüüpi diabeet ja/või metaboolne sündroom, keskenduvad mitmed artiklid ja materjalid just eluviisi – toitumise ja füüsilise aktiivsuse – muutmisele. USA-s alustati 2001. aastal projektiga Look AHEAD (eesti keeles Mõtlette), kus projektis osalejad ehk teist tüüpi diabeediga täiskasvanud inimesed, kelle KMI oli üle 25, jaotati kontroll- ning eksperimentaalgruppide²²³. Projekti eesmärgiks oli aidata osalistel langetada kehakaalu, mis aitab tihti kaasa diabeeti põdevate patsientide glükoosinäitajate paranemisele. Kui kontrollgrupp osales projekti raames diabeedi tugigrupis ning diabeediteemalistel koolitustel ja infotundides, siis eksperimentaalgrupi liikmed osalesid lisaks tugigrupile ja koolitustele ka individuaal- ja grupinõustamistel, järgisid vähendatud kalorsusega menüüd ning suurendasid oma füüsilist aktiivsust.

Eluviis on olulises faktoriks ka metaboolse sündroomi tekkes, mistõttu soovitatakse sellise soodumusega inimestel samuti soovitatavalt iga päev teha 30–60 minutit mõõduka intensiivsusega trenni²²⁴. Lisaks on oluline toituda tervislikult ning loobuda suitsetamisest.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?)

Sekkumises on oluliseks teguriks tervishoiutöötajate (nt toitumisenõustajate) teenuse kättesaadavus ja/või olemasolu²²⁵. Seetõttu soovitab IDF oma ravijuhises pakkuda baastaseme koolitust toitumises ja eluviisimuudatuste tegemises ka teistele tervishoiutöötajatele, et nad saaksid jagada diabeediga patsiendile talle vajalikku informatsiooni ja soovitusi. Kindlasti tuleks patsiendi tervist ja tervisekäitumist regulaarselt monitoorida ning patsienti eluviisimuutuste tegemisel toetada.

²²⁰ Gavrilu, V. *et al.* (2019). Peer support through a diabetes social media community.

²²¹ Lin, R. *et al.* (2021). Continuous Glucose Monitoring: A review of the evidence in type 1 and 2 diabetes mellitus.

²²² Hilliard, M. E. *et al.* (2015). From individuals to international policy: Achievements and ongoing needs in diabetes advocacy.

²²³ National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (s.a.). Look AHEAD: Action for Health in Diabetes.

²²⁴ Hedman, A., & Sinisalu, V. (2008). Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitlemine. *Ekspertdihinnang. Eesti Arst*, 87(7-8), 566–568.

²²⁵ International Diabetes Federation. (2012). Global Guideline for Type 2 Diabetes.

ELUVIISI HARJUMUSTE MUUTMINE

Tõenduspõhisus	Mitmed uuringud ²²⁶ on kinnitanud toitumise muutmise ja füüsilise aktiivsuse tõstmise positiivset mõju diabeeti põdevate täiskasvanute tervisele: vereglükoosile, verelipiididele ja ka vererõhule.
Mõju ja tulemuslikkus	Analüüside põhjal vähenes oluliselt kardiovaskulaarsete haiguste risk vaid neil eksperimentaalgrupi liikmetel, kes täitsid neile seatud eesmärged esimesel sekkumisaastal ²²⁷ , teistes näitajates eksperimentaal- ja kontrollgrupi vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud. Kuigi kontroll- ja eksperimentaalgruppide tervisenäitajates ei ilmnenud statistiliselt olulisi erinevusi, ilmestasid projekti tulemused seda, kuivõrd keerukas on mõjutada inimeste eluviisi (sh füüsilist aktiivsust ja toitumist).
Kulud ja kitsaskohad	<ul style="list-style-type: none">➤ Toitumise ja füüsilise aktiivsuse teemaline nõustamine on ajaressurssi nõudev, mistõttu peab sellega arvestama ka tervishoiutöötajate töökoormuse ja inimressursi planeerimisel.➤ Selleks, et tervisetöötajad saaksid anda diabeeti põdevatele patsientidele toitumis- ja füüsilise aktiivsuse soovitusi, peavad nad olema läbinud vastavad koolitused, mis on üheks kuluks.➤ Küll aga ei ole tegemist niivõrd kalli sekkumisega, kuna toitumise ja füüsilise aktiivsusega seotud kulud peab tihti katma patsient ise, mis võib aga olla kitsaskohaks inimese jaoks ja vähendada tema soostumust saadud soovitusi järgida.

Tabel 10. Metaboolsed häired: meede III

PSÜHHOLOOGILISE HEAOLU MONITOOIMINE JA PSÜHHOLOOGILINE TUGI

Mis ja kellele?	<p>Lisaks füüsilisele tervisele on oluline ka vaimne tervis. Uuringud näitavad, et depressiooni esinemissagedus diabeeti põdevate patsientide hulgas on võrreldes rahvastikuga ca kahekordne²²⁸. VT probleemid võivad negatiivselt mõjutada inimese heaolu ning vähendada tema motivatsiooni järgida ravijuhiseid ja pidada kinni eluviisimuutustest, mistõttu on oluline monitoorida patsientide psühholoogilist heaolu. Sellisel juhul on võimalik kas ennetada tõsis(ema)te probleemide teket või ennetada seda, et tekkinud probleemid raskemaks muutuksid.</p> <p>Snoek jt²²⁹ töid oma töös välja, et üheks potentsiaalseks meetmeks täiskasvanute vaimse heaolu monitoorimiseks oleksid (lühiki-) küsimustikud (töös soovitatakse kasutada WHO-5²³⁰ küsimustikku, kuid kuna seda ei ole 2022. aasta veebruari seisuga eesti keelde tõlgitud, võiks selleks sobida ka juba kasutatav EEK-2 (Emotsionaalse enesetunde küsimustik)²³¹). Kuna tegemist on täiskasvanutele loodud küsimustikuga, tuleks laste ja noorte puhul kasutada</p>
------------------------	---

²²⁶ Hemmingsen, B. *et al.* (2017). Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus.

²²⁷ The Look AHEAD Study Group, & Gregg, E. W. (2016). Association of the magnitude of weight loss and changes in physical fitness with long-term cardiovascular disease outcomes in overweight or obese people with type 2 diabetes: A post-hoc analysis of the look ahead randomised clinical trial.

²²⁸ International Diabetes Federation. (2012). Global Guideline for Type 2 Diabetes.

²²⁹ Snoek, F. J. *et al.* (2011). Monitoring of individual needs in diabetes (mind): Baseline Data from the cross-national diabetes attitudes, wishes, and needs (dawn) mind study.

²³⁰ WHO. (1998). World Health Organization info package: Mastering depression in primary care.

²³¹ Tartu Ülikooli Kliinikum. (s.a.). Emotsionaalse enesetunde küsimustik.

	<p>neile kohandatud küsimustikke, nt Laste Depressiooni Skaalat²³². Küll aga puuduvad eestikeelsele skaalale eakohased normid²³³.</p>
Rakendamine (kes, kus, kuidas?)	<p>Patsient saaks nt täita küsimustiku ooteruumis ning seejärel arutaksid patsient ning professionaal (arst, õde) küsimustiku tulemusi (NB! Küsimustike tulemuste tõlgendamiseks tuleks arstil eelnevalt läbida nt vastav koolitus), millele võib vajadusel järgneda VT spetsialisti vastuvõtule suunamine. Küll aga ei pruugipikkade ootejärjekordade tõttu vastuvõtule pääseda kohe ning visiit võib seetõttu lükkuda pigem kaugemasse tulevikku.</p> <p>Potentsiaalseks alternatiiviks oleks kasutada VT programme, nt programmi myCompass^{234,235,236}. Programmi üheks eeliseks on, et see on tasuta ja seda on võimalik kasutada endale sobival ajal. Samuti on kasutajal võimalik panna kirja oma mõtteid ja tundeid seoses depressiooni, ärevuse, stressi ja unega. Programm loob sisestatud andmete põhjal vastavad joonised, mis võivad olla abiks tunnete- ja/või käitumismustrite tuvastamisel.</p>
Tõenduspõhisus	<p>Uuringud on ka näidanud, et küsimustike kasutamine aitab nt perearstidel depressioonisümpptomeid efektiivsemalt tuvastada²³⁷. Seega märgates potentsiaalseid sümptomeid varakult, saab (pere-)arst ravida ja nõustada patsienti enne, kui probleemid süvenevad või vajadusel suunata patsient edasi VT spetsialisti juurde.</p> <p>EEK-2 on koostatud Tartu Ülikooli psühhiaatriakliinikus ning küsimustikku kasutatakse Eestis laialdaselt.</p> <p>MyCompass programmis on olemas teaduspõhised tegevusülesanded, mis võivad aidata diabeeti põdevatel patsientidel paremini oma VT eest hoolitseda.</p>
Mõju ja tulemuslikkus	<p>Uuringud on MyCompass programmi efektiivsust osaliselt tõestanud, kuna programmis osalenute depressiooni-, ärevus- ja distressinäitajad langesid pärast programmi kasutamist oluliselt. Samuti raporteerisid osalised, et nad kulutasid pärast programmi kasutamist rohkem aega tervisliku toidu tarbimisele ning oma glükoosinäitajate monitoorimisele. Kuigi need muutused ei olnud statistiliselt olulised, toovad uuringu autorid välja, et põhjus võib olla selles, et andmete kogumisel kasutati enesekohaseid küsimustikke, mistõttu ei ole kogutud andmed täiesti objektiivsed, tegemist on osaliste subjektiivsete hinnangutega. Huvitaval kombel paranesid nimetatud näitajad nii eksperimentaal- (st aktiivse sekkumise) kui ka kontrollgrupis (st terviseharituse grupis) ehk osalised raporteerisid paremaid tervise- ja heaolunäitajaid nii pärast isikustatud sekkumist ja tagasisidet kui ka pärast tervisliku eluviisi nõuannete saamist. Veebipõhistest VT sekkumistest võib ehk abi olla eelkõige neile, kellel on kerged või mõõdukad depressiooni, ärevuse, stressi või unehäirete sümptomid, kuna kasutajal on võimalik teaduspõhiste soovitusete abil oma käitumist ja tegevusi vastavalt vajadusele muuta. Küll aga ei ole taolised</p>

²³² Pruulmann, K. (2006). Koolitõrke funktsionaalsed põhjused ning nende seos põhikooli õpilaste õpimotivatsiooni, kliinilise sümptomaatika ja isiksuseomadustega. [Magistriprojekt kliinilises psühholoogias].

²³³ Akkermann, K. (2014). Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale. [Lõppraport].

²³⁴ Baldwin, P. A. *et al.* (2020). A web-based mental health intervention to improve social and occupational functioning in adults with type 2 diabetes (the springboard trial): 12-month outcomes of a randomized controlled trial.

²³⁵ Black Dog Institute. (2021). MyCompass online self-help program.

²³⁶ Proudfoot, J. *et al.* (2013). Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: A randomised controlled trial.

²³⁷ Henkel, V. (2003). Identifying depression in primary care: A comparison of different methods in a prospective cohort study.

	programmid mõeldud VT probleemide lahendamiseks, vaid pigem ennetamiseks ja/või leevendamiseks.
Kulud ja kitsaskohad	<ul style="list-style-type: none">➤ Tuleb tagada, et arstidel, õdedel ja teistel patsientidega kokku puutuvatel spetsialistidel oleksid teadmised ja oskused tunda ära potentsiaalsed ohumärgid ning vajadusel anda patsiendile sobivat nõu.➤ Võttes kasutusele küsimustikud või muud hindamisvahendid, tuleb neid esmalt valideerida ning seejärel tuleb küsimustikke kasutavatel tervishoiutöötajatel läbida vastavad koolitused tagamaks, et vahendeid korrektselt kasutatakse ning nende tulemusi õigesti tõlgendatakse.➤ Efektiveks kasutamiseks tuleks küsimustikud kas välja printida, skanneerida või integreerida sobivasse tarkvarasse, mis võimaldaks küsimustikku arvutis interaktiivsel platvormil täita.➤ MyCompass programmi puhul on piiranguks see, et programm on mõeldud neile, kelle VT probleemide sümptomid on kerged või mõõdukad, st programm ei ole mõeldud raskete sümptomitega isikutele. Viimaste puhul ei ole sarnaste sekkumiste mõju kas üldse hinnatud või pole uuringud usaldusväärsed²³⁸.➤ Elanikkonna mitmekeelsusest tulenevalt on vaja patsientidele tagada, et teenus ja/või meede oleks neile kättesaadav emakeeles (või keeles, mida inimene vähemalt vestlustasandil valdab).

²³⁸ McBain, H. *et al.* (2016). Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness.

5. VÄLISRIIKIDE PRAKTIKAD

5.1. Holland

Holland on üks kõrgeima terviseharituse indeksiga riike Euroopas^{239,240}, kus on juba aastaid läbi viidud ka terviseharituse teemalisi teadusuuringuid ja andmete kogumist^{241,242}. Seega on Holland üheks eeskujuks terviseharituse praktikate rakendamisel ja hindamisel. Hollandi tervishoiusüsteem juhindub viiest peamisest õigusaktist, mis moodustavad riigi tervishoiusüsteemi alustalad: tervisekindlustuse seadus (*Zorgverzekeringswet*), mis hõlmab haiglaravi; pikaajalise ravi seadus (*Wet langdurige zorg*), sotsiaaltoetuse seadus (*Wet maatschappelijke ondersteuning*), riikliku tervishoiu seadus (*Wet publieke gezondheid*) ja noorte seadus (*Jeugdwet*)²⁴³.

Hollandi tervisekindlustuse süsteem hõlmab nii avaliku kui erasektori osasid. Täiskasvanud (st 18-aastased ja vanemad) kodanikud peavad valima ise oma kindlustuse pakkuja, kellelt sobiv kindlustus osta: kohustuslik põhipakett, mille sisu reguleerib riik, hõlmab endas enamikke erakorralisi raviteenuseid (sh perearsti, erakorralise meditsiini osakonna ja eriarsti külastusi), ravimeid, abivahendeid (nt liikumisabivahendeid) ning osaliselt ka (krooniliste haigustega patsientidele) psühhooterapiat ja hambaravi (kindlustus katab hambaravikulud kuni 18. eluaastani). Lisaks on kodanikel võimalik osta juurde ka lisapakett, mille sisu reguleerib teenusepakkuja, ning mis katab ka hambaravi, alternatiivravi/homöopaatia, prillide ja läätsete ning füsioterapia kulud. 2016. aasta andmete põhjal valib lisaks põhipaketile lisapaketi umbes 85% hollandlastest. Lastele (st alla 18-aastastele) eraldi tervisekindlustust ostma ei pea, kuna lapsed liidetakse nende vanema(te) või hooldaja(te) kindlustusele juurde.

OECD 2021. aasta raporti põhjal oli 2019. aastal Hollandi tervisekuluks 3967 USD ehk 10,2% SKP-st²⁴⁴ ning hollandlaste oodatavaks elueaks on 81,5 aastat²⁴⁵. IDF-i hinnangul on diabeedi levimuseks täiskasvanute hulgas hinnanguliselt 8,1%²⁴⁶, südame koronaartõve levimuseks hinnanguliselt 4,2%²⁴⁷ ning meeoleluhäire levimuseks hinnanguliselt 12,4%²⁴⁸. 2015. aastal läbi viidud uuringu põhjal on hollandlaste terviseteadlikkus hea (46,3% vastanud hollandlastest) või väga hea (25,1%) ning Euroopa terviseharituse küsitluse (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) väike hajuvus näitas, et riigisiselt ei ilmnenu suuri erinevusi terviseharituse skoorides²⁴⁹. Halva või väga halva

²³⁹ Sørensen, K. *et al.* (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU).

²⁴⁰ Moreira, L. (2018). Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?

²⁴¹ Sørensen, K. *et al.* & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.

²⁴² Fransen, M. P. *et al.* (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands.

²⁴³ Ministry of Health, Welfare and Sport. (2016). *Healthcare in the Netherlands*.

²⁴⁴ OECD. (2021). Netherlands: Country Health Profile 2021, State of Health in the European Union.

²⁴⁵ OECD. (2022). Life expectancy at birth.

²⁴⁶ International Diabetes Federation. (*s.a.*). The Netherlands.

²⁴⁷ Leening, M. J. *et al.* (2013). Heart disease in the Netherlands: A quantitative update.

²⁴⁸ International Diabetes Federation. (*s.a.*). The Netherlands.

²⁴⁹ Sørensen, K. *et al.* (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU).

terviseharitusega isikute osakaal oli vastavalt 26,9% ja 1,8% vastanutest, mistõttu oli Holland uuringus vaadeldud kaheksa riigi (Austria, Bulgaaria, Saksamaa, Kreeka, Iirimaa, Hollandi, Poola ja Hispaania) hulgas kõrgeimal kohal (keskmine skoor oli 37,06). Üheks võimalikuks seletuseks võiks nt olla see, et hollandlased peavad täisealiseks saades valima endale sobiva tervisekindlustuse (nii paketi kui ka pakkuja), mistõttu tehakse võib olla keskmisest rohkem uurimistööd. Küll aga on teised uuringud leidnud, et kultuuriline taust (sh vähemusrahvus), kõrgem vanus, madalam haridustase²⁵⁰, madala sotsiaalmajanduslik taust, sugu²⁵¹ mõjutasid negatiivselt terviseharituse skoori. Lisaks leiti Hollandis, Utrechti linnas läbi viidud uuringus, et ligi poolte vastanute terviseharituse tase oli halb. Küll aga täheldasid uuringu autorid, et nende kasutatud küsimustik võis osalejatele olla keerulisem kui mõni teine küsimustik, mis võib tingida eri uuringute erinevad tulemused. **See aga näitab, et terviseharituse taseme mõõtmine on keerukas ning mõõdiku valik (ja ka üldiselt küsimustikus kasutatud sõnastus) võib suuresti mõjutada seda, millised tulemused saadakse.**

Kuigi riigis ei ole 2022. aasta seisuga loodud terviseharituse edendamise poliitikat²⁵², siis löid Hollandi tervishoiuteenuste pakkujad ja teadlased 2010. aastal Hollandi Terviseharituse Liidu (Alliantie Gezondheidsvaardigheden). Liidu eesmärgiks on luua võrgustik organisatsioonidest, institutsioonidest, ettevõtetest ja isikutest, kes soovivad panustada terviseharituse edendamisse. Võrgustikku kuuluvad eri teaduskeskused, munitsipaalasutused, huvigrupid, patsientide liidud, professionaalsed organisatsioonid, haridusasutused, vabakutselised eraisikud, uuringukeskused, tervishoiuorganisatsioonid jt²⁵³. Võrgustik korraldab kohtumisi kaks korda aastas ning tegeleb seaduseelnõude, terviseharituse hindamise ja arendamise ning õppematerjalide-infolehtede koostamisega. Tänu võrgustiku mitmekesisele liikmeskonnale on ka kaetavate teemade hulk suur ja põhjalik. Lisaks on riiklikul tasandil viidud läbi teavituskampaaniaid, kuid nende tulemuslikkus on olnud pigem kesine, kuna eri piirangute (nt ajalised, rahalised, tööjõu puudus) tõttu on keskendunud pigem teadmiste jagamisele, mitte kinnistamisele^{254,255}. Lisaks on liit tegelenud terviseharituse integreerimisega ülikooli ja teiste kõrgharidusasutuste meditsiini ja tervise õppekavadesse. Algatusel on olnud mõningasi tulemusi: osad asutused on terviseharituse lisanud oma programmidesse, kuid sellest ei ole saanud (veel) standardit.

Liiduväliselt tegelevad terviseteadlikkuse tõstmisega ka mitmed teised asutused: nt Soa Aids Nederland (HIV ja suguhaigused), Hollandi Ohutus (VeiligheidNL, eri füüsiliste vigastuste ennetamine igapäevaelus, sportimisel ja/või liiklemisel), Hollandi Toitumiskeskus (Voedingscentrum, toitumissõõmiskäitumise soovitusel) ja Rutgers (seksuaaltervis). Riigis tegutseb ka Trimbose Instituut (Trimbos Instituut), mis tegeleb vaimse tervise teadlikkuse edendamise, teadmiste levitamisega ja ka uuringute läbiviimisega^{256,257}. Lisaks riiklikule tasandile tegelevad ka regioonid ise terviseharituse

²⁵⁰ Koster, E. S., Philbert, D., & Bouvy, M. L. (2015). Health literacy among pharmacy visitors in the Netherlands.

²⁵¹ van der Heide, I. *et al.* (2013). Health Literacy of Dutch Adults: A cross sectional survey.

²⁵² Sørensen, K. *et al.* (2020). Work in Progress: A Report on Health Literacy in Denmark and the Netherlands.

²⁵³ de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. (s.a.). Partners.

²⁵⁴ Brug, J., Tak, N. I., & Te Velde, S. J. (2010). Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities.

²⁵⁵ Heger, I. *et al.* (2020). Raising awareness for dementia risk reduction through a public health campaign: A pre-post study.

²⁵⁶ Trimbos Instituut. (2022). For mental health (English). <https://www.trimbos.nl/english/#about>

²⁵⁷ National Institute for Health and Environment. (s.a.). Interventies Zoeken.

edendamisega ehk töö toimub nii kohalikul kui riiklikul tasandil. Tervisehariduslike kampaaniatega on proovitud riiklikul tasandil tõsta inimeste teadlikkust liigse alkoholi ja/või narkootikumide tarvitamise, suitsetamise, vaimse tervise, ülekaalu, füüsilise aktiivsuse, seksuaaltervise, rasestumise ja laste kasvatamise ning päevitamise suhtes²⁵⁸. Lisaks keskendutakse ka kogukonnapõhiste sekkumistele ja üldise elukvaliteedi parandamisele linnades²⁵⁹ ning koolides on rakendatud kogu kooli hõlmavat F-ACT sekkumist (vt lisa 1). Holland – nagu ka Eesti – on ka liitunud üle-euroopalise võrgustikuga Schools for Health in Europe, mille eesmärgiks on olnud tõsta terviseteadlikkust juba varases eas²⁶⁰. Riigis puudub ühtne riiklik õppekava, kuid haridusministeerium on kehtestanud riiklikud nõuded koolide õppekavadele^{261,262,263}. Nõuete hulka kuulub küll seksuaalsus ja seksuaaltervis ning -käitumine, kuid üldine terviseharitus ei kuulu riiklike nõuete hulka.

Terviseharituse sekkumisi on loodud ka tervishoiu sektorile: nt löi keskus Pharos tervishoiutöötajatele materjalid ja ka koolitused, mis aitaksid neil paremini suhelda (madala terviseharitusega) patsientidega²⁶⁴. Lisaks on keskuse kodulehel toodud veel mitmeid infomaterjale ja keskus korraldab ka terviseharituse teemalisi koolitusi, töötubasid ja kohtumisi, et aidata vähendada erisusi eri gruppide – nt vähemusrahvuste (kes ei ole lääne kultuuri taustaga) ja immigrandide – terviseharituses. Üheks lahenduseks on visuaalide kasutamine materjalides, mis võimaldab tervishoiutöötajal suhelda efektiivsemalt patsiendi või kliendiga. Keskuse töösse on ka kaasatud konsultandid, aitamaks töötada välja materjalid, mis tõepoolest oleksid lihtsast ja üheselt mõistetavad²⁶⁵. Need isikud on konsultantide rollis Seega võiks sekkumise kaudselt tulemuseks lugeda rahva kõrget terviseharitust, kuna tegeldakse aktiivselt vajaliku info viimist inimesteni, kellel võib info leidmine, sellest aru saamine või selle järgimine raskendatud olla.

Hollandi Terviseharituse liidu ja selle tegemised võiksid olla eeskujuks ka Eestile, kus elab arvestatav hulk muu kodakondsusega inimesi (Statistikaameti 2021. andmete põhjal 15,1% rahvastikust)²⁶⁶. Lisaks on nende 16-aastaste ja vanemate, kellel on pikaajaline haigus, osatähtsus 47,3%²⁶⁷ ehk on oluline, et riigi poolt edastav tervise teave jõuaks (ja oleks arusaadav) võimalikult paljudele. Seega võiks olla abi nt töögrupist, kes keskenduks materjalide kohandamisele nii eri keeltesse kui ka eri gruppidele ja koordineeriks terviseharitust riiklikul tasandil. Seda toetaks ka tervishoiusektoriga koostöö tegemine, st töötajate koolitamine ja neile vajalike materjalide loomine, et neil oleks lihtsam

²⁵⁸ Ministry of Health, Welfare and Sport. (s.a.). Health Promotion in the Netherlands.

²⁵⁹ Ministry of Health, Welfare and Sport. (s.a.). Health promotion.

²⁶⁰ SHE – Schools for Health in Europe. (s.a.). Netherlands. <https://www.schoolsforhealth.org/about-us/member-countries/netherlands>

²⁶¹ Eurydice - European Commission. (2022). Netherlands. Netherlands Overview. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/netherlands_en

²⁶² Ministerie van Algemene Zaken. (2021). Subjects and attainment targets in primary education. Primary education. <https://www.government.nl/topics/primary-education/subjects-and-attainment-targets-in-primary-education>

²⁶³ Ministerie van Algemene Zaken. (2021). Public-authority and private schools. Secondary education. <https://www.government.nl/topics/secondary-education/different-types-of-secondary-education/public-authority-and-private-schools>

²⁶⁴ Pharos. (2020). Pharos. <https://www.pharos.nl/english/>

²⁶⁵ Pharos. (2022). Laaggeletterdheid en Beperkte Gezondheidsvaardigheden. <https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/>

²⁶⁶ Statistikaamet. (2021). Valdkonnad. Rahvaarv. <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/rahvastik/rahvaarv>

²⁶⁷ Statistikaamet. (2021). Valdkonnad. Heaolu. Tervis. <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/heaolu/tervis>

edastada eri patsientidele neile vajalik terviseteave. Siis saaksid professionaalid toetada patsiente asjakohase informatsiooni otsimisel kuid ka mõistmisel.

Lisaks saab Hollandi kooliõpilastele suunatud programm olla sobilikuks ja heaks eeskujuks, mida rakendada ka Eestis. Programmi puhul on eriti oluline ja märkimisväärne see, et tegemist ei ole pelgalt koolisisest läbi viidava programmiga, vaid kaasatud on ka lapsevanemad ja kogukonnaliikmed. Tervis algab kodust ja kogukonnast, seega on oluline lapsevanemate kaasamine ning ka nende terviseharituse taseme tõstmine. Kogukondade kaasatus on oluline seetõttu, et tagada tervislik elukeskkond, erinevad tervislike harrastuste kodulähedal viljelemise võimalused, aga et tasandada ka kodude võimalusi ja võimekust laste tervisemõjutajatenä.

5.2. Saksamaa

Saksamaa terviseharituse indeks on samuti üks Euroopa kõrgemaid²⁶⁸ ja Saksamaa on üheks kuuest OECD riigist, kel 2018. aasta seisuga oli olemas riiklik terviseharituse strateegia^{269,270}. Saksamaa tervishoiusüsteem põhineb neljal põhimõttel: seadusjärgne tervisekindlustus, kahepoolne rahastamine, solidaarsus ja omavalitsus.

Kõigil Saksamaa kodanikel ja alalistel elanikel peab üldjuhul olema seadusjärgne tervisekindlustus, tingimusel et nende brutotöötasu jääb allapoole teatavat künnist. Igaüks, kes teenib sellest künnisest rohkem, võib seadusjärgse ravikindlustuse asemel vabatahtlikult valida erakindlustuse. Kõigil seadusjärgse kindlustusega kindlustatutel on võrdne õigus saada ravi – olenemata nende sissetulekust ja kindlustusmaksete suuruselt. Kui riik kehtestab arstiabi tingimused, siis üksikute meditsiiniteenuste edasise konkreetse korralduse ja rahastamise eest vastutavad tervishoiusüsteemis õiguslikult määratud omavalitsusorganid. Need koosnevad arstide ja hambaarstide, psühhoterapeutide, haiglate, kindlustusandjate ja kindlustatud inimeste esindajatest²⁷¹. Kuna Saksamaal on omavalitsuste autonoomia suhteliselt suur, võib erinevates omavalitsustes meditsiiniteenuste korraldus pisut erineda.

Saksamaa terviseharituse uuring (HLS-GER 2) on 18-aastaste ja vanemate Saksamaa saksakeelse elanike esindava valimiga kvantitatiivne uuring. See viidi läbi 2019.-2020. aasta talvel suulise vestluse teel. Üldise terviseharituse mõõtmise vahend koosnes 47 küsimusest, mis kajastavad inimese võimet saada, mõista, hinnata ja rakendada tervisega seotud teavet. Terviseharituse taseme ja sotsiaaldemograafiliste tegurite vahelisi seoseid analüüsiti kahe- ja mitmemõõtmeliste statistiliste testide abil. 58,8% osalejatest oli madal terviseharituse tase, mida iseloomustas vähemalt kolmandiku küsimuste hindamine „rasketeks“ või „väga rasketeks“. Paljud vastajad väitsid, et neil on raskusi teabele juurdepääsu (48,3%), teabest arusaamise (47,7%) ja teabe taotlemisega (53,5%) ning veelgi rohkem neist (74,7%) teatas raskustest teabe hindamisel. Korrelatsioonikoefitsiendid näitavad, et

²⁶⁸ Sørensen, K. *et al.* (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU).

²⁶⁹ Moreira, L. (2018), Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?

²⁷⁰ Teised riigid: Austria, Austraalia, Uus-Meremaa, Portugal, USA

²⁷¹ Greifeneder, S. (2021). The Healthcare Law Review: Germany.

terviseharitus on nõrgalt seotud järgmiste muutujatega: vanus, sugu, sotsiaalne staatus, kirjaoskus, haridustase, rahaline puudus, rände taust ja ühe või mitme kroonilise haiguse esinemine²⁷².

Terviseharituse mõistet *Gesundheitskompetenz(en)* kasutatakse Saksamaal sünonüümina ingliskeelsele terminile *health literacy*, kuid mõnikord asendatakse see mõistega *Gesundheitsförderung*, mis sisuliselt tähendab tervise edendamist, millele Saksa kontekstis mõnikord viidatakse kui terviseharituse taseme tõstmisele. Üldiselt keskendutakse terviseharituse edendamisel haridusele ja tervisealase info leidmise oskuse edendamisele (erinevates kategooriates nagu patsiendid, lapsed/noored, tervishoiutöötajad) aga ka ettevõtete tasandile. Kuigi Saksamaa tervishoiu- või haridusministeeriumid ei ole seni aktiivselt võtnud juhtrolli terviseharituse poliitikates või programmides, on nad kaasatud mõningatesse meetmetesse. 2000. aastal määratleti Saksamaal koostöös siht- ja sidusrühmadega seitse tervisealast eesmärki. **Üks neist tervisealastest eesmärkidest on suurendada tervisealast pädevust ja patsiendi mõjuvõimu ning iseseisvust. Riiklike tervishoiuteemaliste eesmärkide kõrval on ka osad liidumaad määratlenud oma eesmärgid**²⁷³.

2013. aastal asutasid Saksa tervishoiutöötajad (sh epidemioloogia, terviseökonomika, haridus, rahvatervis) ja mitmed sidusrühmad (nt haigustega seotud fondid, patsiendiorganisatsioonid) **Saksamaa tervisealase kirjaoskuse ja tervisehariduse võrgustiku**, mis koosneb ligi 40 liikmest. Võrgustiku eesmärgiks on erinevate terviseharituse alaste uuringutega seotud info vahetamine ning ideede arendamine riikliku tegevuskava täiustamiseks. **Soovitakse suurendada terviseharituse alaste uuringute poliitilist mõju ning ühendada sidusrühmi, et töötada ühiselt välja sekkumised terviseharituse taseme tugevdamiseks**²⁷⁴.

Saksamaal on uuritud ka terviseharituse taseme seost terviseteeenuste kasutamisega²⁷⁵. Esindusliku valimina intervjueriti 2014. aastal individuaalselt 2000 inimest, analüüsiti nende kontakte arstide ja teiste tervishoiutöötajate ja spetsialistide, haiglate ning erakorralise meditsiinilise abi osakondadega. Analüüsi käigus uuriti nende terviseharituse taset Euroopa Terviseharituse Uuringu Küsimustiku²⁷⁶ abil, lisaks koguti ka nende sotsiaaldemograafilisi- ja tervisenäitajaid. Testimaks, kas ja kuidas mõjutab terviseharituse tase erinevate terviseteeenuste kasutamise sagedust, viidi läbi regressioonianalüüs. Uuringu tulemused kinnitasid terve hulga varasemate ülemaailmselt korraldatud uuringute tulemusi: madalama terviseharituse tasemega inimesed kasutavad rohkem terviseteeenuseid. Sellest võib järeldada, et terviseharituse taseme parandamine aitab kaasa inimeste võimekusele oma terviseseisundi jälgimiseks, kontrolli all hoidmiseks ning selle halvenemise

²⁷² Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2022). Comparison of Health Literacy of the Population in Germany between 2014 and 2020.

²⁷³ Euroopa Komisjon, Tarbija-, Tervise-, Põllumajandus- ja Toiduküsimuste Rakendusamet, Uiters, E. et al. (2015). Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union: final report.

²⁷⁴ Euroopa Komisjon, Tarbija-, Tervise-, Põllumajandus- ja Toiduküsimuste Rakendusamet, Uiters, E. et al. (2015). Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union: final report.

²⁷⁵ Berens, E. M. et al. (2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany.

²⁷⁶ Sørensen, K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q).

vältimiseks. Tervisevaldkonna töötajad aga peavad oma kommunikatsioonis ning suhtluses patsientidega arvestama inimeste võimaliku madala terviseharituse tasemega.

Väga oluliseks on Saksamaal viimastel aastatel peetud terviseharituse edendamist koolides, kuna hea terviseharituse tasemega noortest kasvavad hea terviseharituse tasemega täiskasvanud, kes on alates varasest east võtnud vastu pädevaid ja teadlikke terviseotsuseid. Terviseharituse arendamine noores eas on aluseks inimese tervisekäitumisele üle kogu elukaare²⁷⁷. Whitehead ja Dahlgren on kirjeldanud sotsiaalökoloogilist lähenemist terviseharitusele²⁷⁸, mille põhjal on õpilaste tervise arengut määravaid tegureid palju. Faktoriteks, mis mõjutavad igapäevaselt laste ja noorte tervisekäitumist, on sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamine (nagu nikotiin, kanep, alkohol või sünteetilised uimastid), liikumistrendide ja toitumisalaste nõuannete mõju sotsiaalmeedias, keha muutustega tegelemine ning kehaideaalidega silmitsi seismine trüki- ja digitaalmeedias. Õpilaste koolitamine ja õpetamine meediapädevuste ning meediaga seotud hoiakute ja uskumuste alal on hädavajalik, sest tänapäeva põlvkond kasvab üles sotsiaalmeediapõlvkonnana. 2019. aastal Saksamaal läbi viidud uuring²⁷⁹, milles osales 140 üheksanda klassi õpilast era- ja munitsipaalkoolidest, näitas, et nende eeldatud oskused kriitiliselt mõelda ja kasutada veebiallikaid ja veebipõhist teavet kipuvad olema ülehinnatud võrreldes nende tegelike oskustega. Google otsingumootorist tervise teabe otsimisel kaldus 19,2% valima turundusliku sisuga veebisaidi, mis reklaamis apteegitooteid. Lisaks märkis 18,6% vastanud noortest, et nad ei võrdle kunagi või võrdlevad harva veebiteavet teiste allikatega. Uuring näitas ka seda, et õpilased kaldusid võtma jälgijate arvu sotsiaalmeedia kanalites edastatava teabe usaldusväärsuse näitajana. Teine uuring näitas, et noorukitele valmistab raskusi digitaalse tervise teabe otsimine ja analüüsimine: vaatamata digitaal- ja sotsiaalmeediaga üleskasvamisele tundub, et noorukid on endiselt kogenematud digitaalse tervise teabe kriitilise hindamise ja kasutamise osas ning ei tee pädevaid otsuseid sotsiaalmeedias levivate tervisealaste väidete ja sõnumite kohta. **Neile probleemidele peetakse vajalikuks läheneda läbi terviseharituse edendamise koolides²⁸⁰. Meediatarbimise oskuste ja terviseharituse edendamise ühendamine aitaks õpilastel nendes teemades paremini orienteeruda, annaks neile võimaluse kriitiliselt hinnata veebipõhiseid tervisesõnumeid ja soovitusi ning nende digitaalseid allikaid.**

Saksamaal on välja töötatud ka **Riiklik Terviseharituse Tegevuskava²⁸¹**, mis koosneb viieteistkümnest soovitusel neljas valdkonnas. Esimene tegevusvaldkond viitab terviseharituse edendamisele igapäevaelus, mille soovitusel keskenduvad haridus- ja koolitussüsteemile, töö- ja kutseelule, toitumisele ja tarbimisele, meediale ja kogukonnale. Teine tegevusvaldkond keskendub tervishoiuteenuste osutamisele. **Üldine eesmärk on rakendada tervishoiusüsteemi kõigis valdkondades standardina terviseharituse edendamist, suurendada teabe ligipääsetavust ja**

²⁷⁷ Schulenkorf, T. *et al.* (2021) Addressing Health Literacy in Schools in Germany: Concept Analysis of the Mandatory Digital and Media Literacy School Curriculum.

²⁷⁸ Whitehead M., & Dahlgren G. (2006). World Health Organization Europe. Levelling Up (Part 1): A Discussion Paper on Concepts and Principles for Tackling Social Inequalities in Health.

²⁷⁹ Schulenkorf, T. *et al.* (2021). Addressing health literacy in schools in Germany: concept analysis of the mandatory digital and media literacy school curriculum.

²⁸⁰ Schulenkorf, T. *et al.* (2021) Addressing Health Literacy in Schools in Germany: Concept Analysis of the Mandatory Digital and Media Literacy School Curriculum.

²⁸¹ Schaeffer, D. *et al.* (2021). National Action Plan Health Literacy in Germany origin, development and structure.

läbipaistvust, vähendada administratiivseid tõkkeid ning hõlbustada patsiendi osalust otsuste vastuvõtmisel. Kolmas tegevusvaldkond käsitleb kroonilise haigusega elamist ning soovitude eesmärk on pakkuda krooniliste haigustega inimestele sobivat tervishoiuteenust, võimaldada krooniliselt haigetel haiguse ja selle mõjuga piisavalt hästi toime tulla, parandada kroonilise haigusega inimeste ja nende lähedaste enesejuhtimise ja terviseharituse alaseid oskusi ning parandada terviseharituse taset igapäevaeluga toimetulekuks. Neljanda tegevusvaldkonna eesmärk on terviseharituse alaste uuringute süstemaatiline läbiviimine riigis. **Üks ettepanekutest on mõõta korrapäraselt rahvastiku terviseharituse taset ning uurida terviseharituse individuaalseid, sotsiaalseid ja organisatsioonilisi tegureid, et võimaldada tõenduspõhiste sekkumiste väljaarendamist.** Paraku ei ole tegevuskavas välja toodud täpsemaid indikaatoreid terviseharituse taseme mõõtmiseks.

Korrapärase terviseharituse taseme mõõtmine ning seda mõjutavate tegurite laiem ja põhjalikum uurimine võimaldaks sarnaselt **Saksamaale luua ka Eestis erinevaid osapooli kaasates põhjaliku riikliku terviseharituse tegevuskava ning olla abiks täpsemini suunatud terviseharituse alaste sekkumiste väljatöötamisel.** Samuti tasub võtta eeskuju Saksamaa tegevussuunast terviseharituse edendamisel koolides, kujundamaks inimestes juba noores eas valmisolekut tervislike eluviiside harrastamiseks ning eluviisihäiguste teadlikuks ennetamiseks. **Arvestades ka Eesti kooliõpilaste suurt digimeedia tarbimist²⁸² on otstarbekas ka meil siduda terviseharituse edendamist koolides meediatarbimise oskuste edendamisega,** kuna inimesed ammutavad üha rohkem neid huvitavat või neile vajalikku terviseteadet digimeediast, mistõttu tõenduspõhise ning kvaliteetse informatsiooni eristamise oskus muutub üha vajalikumaks.

5.3. Soome

Soome tervishoiusüsteemi on üldiselt tunnustatud nii kvaliteetse esmaabi kui ka haiglaravi pakkumise poolest²⁸³. Kui oodatav eluiga on soomlastel OECD keskmisest kõrgem (82,2 aastat vs 80,6 aastat, 2019.a)²⁸⁴, siis kulutused tervishoiuteenustele moodustavad SKT-st mõnevõrra madalama osakaalu kui OECD keskmine. Samas on ühe potentsiaalse arengukohana välja toodud tervishoiuteenuste (eeskätt diagnostiliste uuringute) kättesaadavuse geograafiliste erinevuste vähendamine, mille saavutamiseks peetakse oluliseks muuseas ka kohaliku rahvastiku teadlikkuse tõstmist tervishoiutegevustest ning patsientide suuremat kaasatust terviseotsuste tegemisel. Soomes pakub riiklik tervishoiusüsteem teenuseid kõigile riigis elavatele inimestele. Riigi tasandil tegeletakse peamiselt tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandepoliitika kujundamisega ning keskendutakse haiguste ennetamisele ja tervise edendamisele. Tervishoiusüsteem on aga tugevalt detsentraliseeritud, mis tähendab, et tervishoiuteenuste korralduse ja osutamisega tegelevad kohalikud omavalitsused. Kõigile alalistele elanikele väljastatakse *Kela* kaart, mis tagab neile õiguse Soome sotsiaal- ja tervisekindlustusele. Soome tervishoiupoliitika põhieesmärk on, sarnaselt Eesti RTA-s 2020-2030 seatud eesmärkidele, pikendada tervelt ja aktiivselt elatud aastate arvu soomlaste

²⁸² Vähemalt kaks tundi kasutab Interneti koolipäeval 54% 11–15-aastastest poistest ja 61% 11–15-aastastest tüdrukutest. Vanuse suurenedes tõuseb ka Interneti kasutajate osatähtsus. Vt Oja jt. (2019). Eesti kooliõpilaste... uuringu raport

²⁸³ OECD. (2016). Health policy in Finland.

²⁸⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Finland: Country Health Profile 2021.

seas, parandada nende elukvaliteeti ning vähendada tervisega seotud ebavõrdsust erinevate elanikkonna rühmade vahel.

Soomes on terviseharituse alasele teadustööle hakatud tähelepanu pöörama mõnevõrra hiljem²⁸⁵, Riigis tegutseb tervishoiu ja heaolu instituut Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, kelle eesmärk on monitoorida, uurida ja töötada välja prognoose ning lahendusi rahvastiku tervise ja heaolu edendamiseks. Instituudi eesmärgid on seotud ka terviseharituse edendamisega:

- rahvastiku tervise ja heaolu seire ja tulevikustsenaariumite hindamine,
- personaliseeritud tervis ja heaolu,
- efektiivne ja kulutõhus tervise ja heaolu teemade edendamine.

Juba 1972. aastast on käimas üleriigiline uuring FINRISK²⁸⁶, mille eesmärk on uurida ja kirjeldada krooniliste haiguste riskifaktoreid soomlaste seas ning millega kogutud andmeid kasutatakse mitmetes uurimisprojektides ja tervisepoliitika kujundamisel. Lisaks on alates 2017. aastast toimunud riiklik FinHealth uuring, mille eesmärk on koguda infot täiskasvanud soomlaste tervise ja heaolunäitajate ning neid mõjutavate tegurite kohta, mille tulemusena saavad osalised ka personaalsed terviseprofiilid²⁸⁷. Kooli tervisedenduse uuring keskendub aga Soome lastele ja koolinoortele. Sellega uuritakse nende heaolu, tervist ja koolis hakkama saamist, et tugevdada ja arendada tervise edendamisega seotud tegevusi ja programme kooli-, regionaal- ja riiklikul tasandil²⁸⁸.

Viimase viie aasta jooksul on hakatud Soomes terviseharitusele üha enam tähelepanu pöörama **ning on läbi viidud terviseharituse taseme mõõtmisi erinevate vanuserühmade seas**. 2019. aastal viidi läbi uuring vanemaealiste (60-90-aastaste) soomlaste seas, kus mõõdeti nende terviseharituse taset tunnustatud ja laiaulatusliku HLS-EU mõõdikuga, mis hõlmab nii tervishoiu, haiguste ennetuse kui ka tervisedenduse teemasid ning mida on korduvalt kasutatud erinevate Euroopa elanikkondade uurimisel²⁸⁹. Leiti, et kõrgem terviseharituse tase on parema sissetuleku ja enesehinnanguliselt parema tervisega vanemaealistel täiskasvanutel. Kõrgem terviseharituse tase omakorda seostus aga ka parema kognitiivse võimekusega, vähemate depressioonisümptomite ja krooniliste haigustega ning enesehinnangute kohaselt parema füüsilise võimekusega. Siiski oli uuringus osalejate arv vähene, seega vajab ka Soomes rahvastiku terviseharituse tase veel põhjalikumalt ja laiemat uurimist.

Viimase viie aasta jooksul on oluliselt rohkem hakatud uurima ja mõõtma ka terviseharituse taset koolinoorte seas²⁹⁰. 2021. aastal ilmusid uuringu tulemused, kus uuriti ja võrreldi terviseharituse taset erinevates Soome regioonides eesmärgiga selgitada välja, kas terviseharituste taseme erinevused koolinoorte seas võivad selgitada ka regionaalseid erinevusi tervisenäitajates. Uuringu sihtrühmaks olid 13- ja 15-aastased Soome kooliõpilased. Leiti regionaalsed erinevused terviseharituse tasemes, kusjuures terviseharituse tase osutus iseseisvaks teguriks selgitamiseks regionaalseid erinevusi tervisenäitajates. Kõrgema terviseharituse tasemega oli seotud ka vastaja kõrgem hinnang oma

²⁸⁵ Okan, O. *et al.* (2019). International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan

²⁸⁶ Finnish institute of health and welfare. (s.a.e). The National FINRISK Study.

²⁸⁷ Finnish institute of health and welfare. (s.a.c). National FinHealth Study.

²⁸⁸ Finnish institute of health and welfare. (s.a.d). School Health Promotion study.

²⁸⁹ Eronen, J. *et al.* (2019). Assessment of health literacy among older Finns.

²⁹⁰ Paakkari, O. *et al.* (2018). Subjective health literacy among school-aged children.

tervise seisundile²⁹¹. Kõrgema terviseharituse näitajaga Soome koolinoored osalevad ka rohkem sportlikes tegevustes ja külastavad rohkem spordiklubisid²⁹².

Eelmisel aastal avaldatud uuringus selgus ka, et terviseharitusel on oluline roll selles, kuidas soomlased kohandusid COVID-19 pandeemia tõttu riigis kehtestatud piirangutega. Soomlased, kes olid väga enesekindlad oma võimes hinnata, kuidas nende käitumine mõjutab nende endi ja neid ümbritsevate nakatumisohtu, pidasid riigis kehtestatud meetmeid ka tõenäolisemalt oma igapäevaelu piiravateks, kusjuures leiti, et kõige enam soosis piirangutest kinni pidamist kõrgem haridustase koos kõrgema terviseharituse tasemega²⁹³.

Soome tervise ja heaolu instituut on seotud mitmete uurimisprogrammidega, millest osad on seotud ka terviseharituse meetmete kasutamisega. Näiteks on Stop Diabetes programmi eesmärk arendada välja ja testida välja lahendusi, kuidas suurendada II tüüpi diabeediga krooniliste haigete seas tervislike eluviise ning teadmispõhiseid terviseotsuseid²⁹⁴. Programm toetus Soome diabeediennetuse uuringu (Suomalainen diabeteksen ehkäistytutkimus, DPS) tulemustele, mis näitasid, et (tervislike) eluviisioovitude tõhustamine II tüüpi diabeedi riskiga isikute seas vähendab haigestumisriski poole võrra, kusjuures mida enam tervislike eluviisioovitusi järgiti, seda enam risk haigestuda ka vähenes. Stop Diabetes n-ö teadmistelt-lahendusteni uurimisprojektiga keskenduti tervishoiu kaudu rakendatavates eluviisivaliku sekkumistele ning lisaks ka tööga seotud tegevustele, et tõsta tööheaolu. Projekti eesmärgiks oli luua tegevusmudel II tüüpi diabeedi ennetamiseks nii üksikisiku kui ka ühiskonna tasandil ning selgitada välja kõrgema haigusriskiga inimesed enne haiguse välja arenemist. Uuringuid rahastas Soome Akadeemia ning uuringut viis THL instituudiga koostöös läbi Ida-Soome ülikool ning VTT Tehnoloogiauringute keskus. Projekt toimus aastatel 2016-2019.

Soome FoodStep programmi²⁹⁵ eesmärk on välja arendada jätkusuutlik mudel soome lastele tervislike toitumisharjumuste tekitamiseks, eeskätt suurendades köögiviljade ja kalatoitude pakkumist koolides ning reguleerides piima- ja lihatoodete tarbimist. Mudel töötatakse välja kohalike omavalitsuste, toitlustusettevõtete ning alushariduse spetsialistide koostöös, kaasates lapsi ja lapsevanemaid. Projekti toetab Soome Akadeemia. Lisaks üldisele tervislike toitumisharjumuste edendamisele on projekti eesmärk harida lapsi ka toitumise, tervise ja keskkonnatervise seostest (nt toitumise ja tervise seoste kohta harimine, kliimasõbralike toitumissoovituste edendamine, toiduraiskamise vähendamine jms).

2019. aastal algas 2022. aasta juunini vältav psühhohariduslik programm TUULI²⁹⁶, mille eesmärk on parandada vaimse tervise teadlikkust ja praktikaid Soome saabunud pagulaste seas läbi mitmekeelsete psühhohariduslike materjalide. Materjalid luuakse koosloomise meetodil, mis tähendab, et erinevad sidusrühmad, sh äsja riiki saabunud pagulased, kutsutakse osalema

²⁹¹ Simonsen, N. *et al.* (2021). Does health literacy explain regional health disparities among adolescents in Finland?

²⁹² Paakkari, L. *et al.* (2017). Health literacy and participation in sports club activities among adolescents.

²⁹³ Eronen, J. *et al.* (2021). Coronavirus-related health literacy and perceived restrictiveness of protective measures among community-dwelling older persons in Finland.

²⁹⁴ StopDia. (s.a.). StopDia ja T2D-Data.

²⁹⁵ Finnish institute for health and welfare. (s.a.a). FoodStep – a sustainable health-promoting model for food services and early childhood education and care.

²⁹⁶ Finnish institute for health and welfare. (s.a.b). Mental Health for Migration: Psychoeducation and Mental Health Promotion for Newly Arrived Refugees (TUULI).

psühhohariduslike materjalide arendusprotsessi eesmärgil, et valmivad materjalid oleksid võimalikult kultuuritundlikud ja sobiksid kõige paremini lõppkasutajatele.

Soomet on peetud positiivseks näiteks sellest, kuidas terviseharituse komponenti kaasata üldharidusprogrammides^{297,298} ning seal peetakse haridussüsteemi üheks peamiseks rahvastiku terviseharituse taseme parandamise platvormiks. Soomes kasutatakse haridusprogrammis mitmedimensioonilist terviseharituse raamistikku ning **terviseharituse taseme tõstmist peetakse olulisimaks terviseõpetuse õppekava väljundiks**²⁹⁹.

Terviseharituse õppekava toetub mudelile, mis sisaldab nii teoreetiliste kui praktiliste teadmiste õpetamist ning eneseteadlikkuse ja kriitilise mõtlemise arendamist. **Lisaks üldisele terviseharituse taseme parandamisele riigis on terviseharitusele keskendumine riiklikus õppekavas oluline ka selleks, et vähendada tervisenäitajate erinevusi erinevate rahvastiku rühmade vahel, kuna kõik kooliealised lapsed** (olenemata sotsiaaldemograafilisest taustast) **saavad sel moel võimaluse omandada teadmised ja oskused informeeritud terviseotsuste tegemiseks.**

2004. aasta augustis tutvustati Soome põhikoolides terviseharidust (*health education*) kui uut iseseisvat õppeainet, mida 1.–6. klassini õpetati kui eraldiseisvat komponenti teadusaine raames ning alates 7. klassist iseseisva ainaena. 2016. aastal uuendatud Soome riiklik õppekava³⁰⁰ sisaldas ka terviseharituse õppekava uuendusi, mille korraldamisel võeti arvesse mitmete sidusrühmade arvamust ja kogemusi (nt õpetajate liidud, kohalikud omavalitsused, ülikoolid, terviseasutused).

Terviseharituse õpetamisel koolis juhendatakse USA-s juba 1990ndatel sõnastatud põhimõtetest, mille alusel terviseharituse õppekava peaks võimaldama õpilasel areneda kriitiliseks mõtlejaks ja probleemilahendajaks, vastutustundlikuks ja produktiivseks kodanikuks, ennastjuhtivaks õppijaks ning heaks suhtlejaks³⁰¹. Olulisimad põhimõtted terviseharituse õpetamisel koolis on nii Soomes kui ka neile eeskujuks olnud USA-s:

- 1) erinevatest terviseprobleemidest **teoreetiliste teadmiste edasiandmine** printsiipide, teooriate ja kontseptuaalsete mudelite kaudu;
- 2) **praktiliste teadmiste õpetamine**, mis võimaldavad tervise kohta omandatud teoreetilisi teadmisi rakendada praktikas spetsiifilistes kontekstides;
- 3) **kriitilise ja iseseisva mõtlemisoskuse arendamine**;
- 4) õpilase **eneseteadlikkuse arendamine** ja
- 5) **vastutustundliku kodaniku arendamine**.

Soome tervishoiu ja heaolu instituut on võrreldav Eestis TAI-ga, mis on samuti üha enam tegelemas terviseharituse alaste kampaaniatega. Samas on Eestis võimalik oluliselt suurendada terviseharituse alast uurimistööd ja andmekogumist, sh terviseharituse taseme mõõtmine. **Seega saab Soome olla heaks eeskujuks, kuidas alustada rahvastiku terviseharituse taseme monitoorimist ja riiklikke uuringuid sel teemal.** Ehkki Eestis on terviseteadmiste edastamine oluline pädevus riikliku õppekava alusel nii põhikoolis kui gümnaasiumis, on see praktikas hajunud laiali erinevate õppeainete peale ning terviseharitus pole seni veel Eesti koolides oluliseks õpiväljundiks. **Soome võib olla heaks**

²⁹⁷ Okan, O. et al. (2019). International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan

²⁹⁸ Finnish National Board of Education, 2014

²⁹⁹ Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools.

³⁰⁰ Finnish National Agency for Education. (2016). National core curriculum for basic education 2014.

³⁰¹ Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). National health education standards: Achieving health literacy.

eeskujuks, kuidas erinevaid sidusrühmi (sh lapsevanemad) kaasates kujundada välja terviseharituse õppekava osa riiklikust õppekavast nii, et see sobiks nii Eesti õpilaste terviseharituse alaste teadmiste ja vajadustega kui sobitaks üldiselt meie haridussüsteemi.

Tabel 11. Ülevaade välisriikide praktikatest ja Eesti võrdlusandmed

TERVISEKINDLUSTUS	TERVISE- KULUTUSED	OODATAV ELUIGA	TERVISEHARITUSE TASE	TERVISEHARITUSE PRAKTIKAD	TERVISEHARITUS HARIDUSSÜSTEEMIS
HOLLAND Täisealisel kodanikul on kohustus valida kindlustuse pakkuja, kellelt sobiv kindlustus osta. Peab võtma vähemalt põhipaketi, mida reguleerib riik ja pakuvad teenusepakkujad. Lisapaketti reguleerib teenusepakkuja.	10,2% SKP-st ³⁰²	81,5 ³⁰³	71,4% elanikel hea või väga hea; keskmine terviseharituse indeks 37,06 (HLS-EU mõõdik, 2015) ³⁰⁴	<ul style="list-style-type: none"> Hollandi Terviseharituse Liit, mille eesmärk on luua võrgustik terviseharituse edendamiseks (kaasates erinevad sidusrühmad) Konkreetsed asutused tegelevad terviseteadlikkuse tõstmisega – kuigi eksisteerib ka Eestis, on võimalus võtta eeskju, kuidas paremini koordineerida ühe asutuse/võrgustiku poolt, nagu Hollandis Terviseharituse Liit Tervishoiutöötajatele materjalid/koolitused – ka Eestis 	Ei ole osa riiklikust õppekavast.
SOOME Ühine ravikindlustus võimaldatud kõigile elanikele. Riiklikul tasandil keskendutakse peamiselt sotsiaalhoolekande- ja tervisepoliitika kujundamisele, tervise teenuseid reguleerivad ja pakuvad KOVID. Kõigil Soome elanikel on Kela kaart, mis võimaldab neile sotsiaal- ja tervisekindlustust.	9,2% SKP-st ³⁰⁵	82,2 ³⁰⁶	Keskmine terviseharituse indeks 35,05* (HLS-EU mõõdik)	<ul style="list-style-type: none"> Tervishoiu ja heaolu instituut, mille eesmärk on tegeleda rahvastiku tervise ja heaolu edendamisele suunatud uuringute ja monitoorimistega ning personaliseeritud tervise ja heaolu edendamisega – võrreldav Eestis TAI-ga Viimastel aastatel on hakatud aktiivsemalt mõõtma TH** taset erinevate vanuserühmade seas Terviseharitus on osa riiklikust õppekavast ning haridussüsteemi peetakse üheks peamiseks rahva TH taseme parandamise platvormiks – võimalik rakendada ka Eestis, kuid 	TH-d peetakse olulisimaks riikliku terviseõpetuse õppekava väljundiks. 2016a uuendatud riiklikus õppekavas terviseharituse õppekava uuenduste korraldamisel võeti arvesse mitmete sidusrühmade arvamusi. Haridussüsteemi peetakse olulisimas TH edendamise platvormiks.

³⁰² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Netherlands: Country Health Profile 2021.

³⁰³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Netherlands: Country Health Profile 2021.

³⁰⁴ Sørensen, K. et al. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU).

³⁰⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Finland: Country Health Profile 2021.

³⁰⁶ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Finland: Country Health Profile 2021.

SAKSAMAA	Kohustuslik seadusjärgne riiklik tervisekindlustus kõigile elanikele. Era-kindlustuse valiku-võimalus täisealisele isikule (kui brutopalk ületab teatud künnise), mis võimaldab täiendavaid teenuseid.	11,7% SKP-st ³⁰⁷	81,1 ³⁰⁸	53,7% elanikel hea või väga hea; keskmine terviseharituse indeks 34,49 (HLS-EU mõõdik, 2015) ³⁰⁹	<p>nõuab hoolikat ettevalmistust ja prioriteediks seadmist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riiklik terviseharituse strateegia • Süsteemne TH taseme mõõtmine ning seda mõjutavate tegurite analüüs • Saksamaa tervisealase kirjaoskuse ja tervisehariduse võrgustik, mille eesmärgiks TH alaste uuringutega seotud info vahetamine ning ideede arendamine riikliku tegevuskava täiustamiseks • TH edendamine koolides ning seostamine meediatarbimise alase haritusega 	Viimastel aastatel oluliseks peetud TH edendamist koolides. Hetkel pole osa riiklikust õppekavast, aga liigutakse selles suunas.
EESTI	Kehtib ühine riiklik ravikindlustus, millega on kaetud lapsed, pensionärid ja täiskasvanud, kelle eest tasutakse sotsiaalmaksu või kes on kindlustatuga võrdustatud isikud. Nende ravikulud tasub Haigekassa.	6,7% SKP-st ³¹⁰	78,6 ³¹¹			

LEGEND: roheline – terviseharituse praktika on sobilik rakendamiseks Eestis ja/või eeskujuna Eestile

* Soomes uuriti HLS-EU mõõdiku abil terviseharituse taset 66–89-aastaste väikesel valimil, seega ei ole tulemused üheselt võrreldavad Saksamaa ja Hollandiga, kuid võimaldavad anda teatud indikatsiooni

** TH = terviseharitus

³⁰⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Germany: Country Health Profile 2021.

³⁰⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Germany: Country Health Profile 2021.

³⁰⁹ Sørensen, K. et al. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU).

³¹⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Estonia: Country Health Profile 2021.

³¹¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Estonia: Country Health Profile 2021.

6. TERVISEHARITUS EESTIS

TERVISEHARITUSE KOHT EESTI TERVISEPOLIITIKAS

Eestis pole seni riiklikul tasandil kehtivat terviseharituse strateegiat ega regulatsioone kirjeldatud. Siiski on terviseharitusega seonduvale viitavat võimalik leida nii mõnestki tervishoiupoliitikaga seonduvast õigusaktist. Eesti Rahvatervise seaduse (RTerS) kohaselt on tervisekaitse, haiguste ennetamise ja tervise edendamise üks põhiülesandeid rahvastiku tervise väärtustamine. **RTerS alusel võib pidada ka terviseharitust oluliseks komponendiks nii haiguste ennetamise kui tervise edendamise vahendina.** Ühest küljest on RTerS-is toodud, et krooniliste mittenakkuslike haiguste ennetamise vahendiks on **riskitegurite kontrollimine ja neid vältivate programmide väljatöötamine ning elluviimine** – selleks on terviseharituse meetmete kasutamine üheks oluliseks võimalikuks meetmeks. Teisalt on tervise edendamise vahenditena toodud välja **tervisekasvatus ja terviseõpetus haridusprogrammide osana, tervisetabe levitamine ja tervislike eluviiside motiveerimine, eluviisi mõjutamine ja käitumisriskide vähendamine.**

Ravikindlustuse seaduse (RaKS) alusel on ravikindlustus tervishoiukulude katmise süsteem kindlustatud isiku haiguste ennetamise ja ravi, ravimite ja meditsiiniseadmete ostmise rahastamiseks ning ajutise töövõimetuse hüvitiste ja muude hüvitiste maksmiseks. Kuna terviseharitus on üheks tõendatud meetmeks haiguste ennetamiseks ja raviks, **võiks seda RaKS alusel käsitleda ka meetmena, mida ravikindlustatud inimesele Eesti vabariigis pakkuda lahutamatu osana teistest ravikindlustuse korras pakutavatest tervishoiuteenustest.** Lisaks sätestab ka Völaõigusseaduse (VÕS) § 766 lg 1, et tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama tema läbivaatamise tulemustest ja terviseseisundist, võimalikest haigustest ja nende kulgemisest, **vajaliku tervishoiuteenuse kättesaadavusest, olemusest ja otstarbest, selle osutamise kaasnivatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest tervishoiuteenustest.** Kuna tegemist on teabega, mis võimaldab patsiendil teadlike terviseotsuste tegemist, saame öelda, et tegemist on ühe osaga patsiendi terviseharituse taseme tõstmisest.

Kuigi terviseharituse parandamisega peaks tegelema juba enne tervishoiusüsteemi sattumist, on just tervishoiutöötajatel oluline roll kogu terviseiga seotud informatsiooni edastamisel, et patsient saaks langetada informeeritud ja vajalikke otsuseid. Ilma arusaadava ja/või piisava kommunikatsioonita võib kannatada tervise teenuse kvaliteet ja/või sattuda ohtu patsiendi tervislik seisund. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) kohaselt on tervishoiuteenus tervishoiutöötaja tegevus muuseas haiguse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. **Seega võib TTKS alusel terviseharituse meetmeid pidada tervishoiuteenusteks ja/või lahutamatuks osaks neist teenustest, mida saaksid pakkuda tervishoiutöötajad** nii haiguste ennetamiseks kui ravimiseks eesmärgil leevendada või hoida ära inimese tervisliku seisundi halvenemist (ning taastada tervist). Tervishoiutöötajad on Eestis arst, hambaarst, õde, ämmaemand ja proviisor, kes on registreeritud Terviseametis. Psühhiaatrilise abi seaduse (PsAS) kohaselt saavad psühhiaatrilist abi anda – sh VT alase terviseharituse meetmeid rakendada – sellekohase tegevusloaga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid, sh nii psüühikahäirete diagnostika,

psüühikahäirete isiku ravi ja taastusabiga ning ka psüühikahäirete ennetava tegevusega. **Seega on Eestis olemas seadusandlik alus terviseharituse meetmete sidumiseks tervishoiuteenustega ning peamisteks terviseharituse meetmete rakendajateks võib selle alusel pidada tervishoiutöötajaid.**

TERVISEHARITUSEGA SEOTUD UURINGUD EESTIS

Eestis mõõdeti 2019. aastal 15-aastaste ja vanemate terviseharitust ning uuringust selgus, et üle poole vastanutest hindas „tervise teabe leidmist, mõistmist ja tõlgendamist ning kasutamist pigem lihtsaks või väga lihtsaks”³¹². Enim raskusi esines vastanutel aga haiguse või ravi puudutava info usaldusvääruse hindamises: seda hindas raskeks 27-33% vastanutest. Küll aga ei ole teada, kas ja kuidas on rahvastiku terviseharitus pärast uuringu tegemist muutunud, mistõttu oleks oluline viia läbi (kordus)uuring, millest lähtuvalt oleks võimalik pakkuda ja kohendada vajalikke meetmeid ja sekkumisi. Lisaks võimaldab see mõõta, kas ja millised meetmed võimaldavad erinevate sihtrühmade aga ka kogu rahvastiku terviseharituse taset muuta. Võrdlemaks Eesti tulemusi teiste riikidega tuleb aga kindlasti silmas pidada seda, et eri riikides oleks kasutatud samu mõõdikuid. **Kui kasutada rahvusvaheliselt tunnustatud ja kasutust leidnud terviseharituse taseme mõõdikuid** (näiteks nii Saksamaal, Hollandis kui osaliselt Soomes kasutusel olnud **HLS-EU küsimustikku**), **siis on võimalik võrrelda Eesti terviseharituse taset ja selle muutusi teiste (Euroopa) riikidega**. Siiski peab mõõdiku valikul olema kriitiline ning valima mõõdiku lähtuvalt sellest, millist terviseharituse komponenti soovitakse eeskätt mõõta, kuna erinevate mõõdikute tulemusel võivad tulemused olla erinevad (vt Hollandi ptk). Näiteks mitmetes Euroopa riikides kasutust leidnud HLS-EU küsimustik on eeskätt keskendunud vastaja terviseharituslikule enesetõhususele ning osaliselt mõõdab see hoopis seda, kuivõrd arusaadav on vastaja/kodaniku jaoks riigi tervishoiusüsteem ja selle toimimine. See on aga vaid üks komponent terviseharitusest ning olulisem võib olla hoopis Eesti inimeste tegelike terviseteadmiste ja -käitumiste mõõtmine.

Siiski on ka Eestis terviseharituse mõiste alla käivaid teadmisi, hoiakuid ja käitumisi mõõdetud osana teistest uuringutest. Näiteks TAI poolt läbi viidud ja iga nelja aasta tagant toimivas Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringus (osa Health Behaviour in School-aged Children, HBSC uuringust)³¹³ mõõdetakse lisaks mitmetele tervise seisundi ja -käitumise hinnangutele ka õpilaste tervisealase kirjaoskuse taset. Viimastel aastatel on uuringus hakatud lisatähelepanu pöörama ka noorte VT ja VT häiretele. OECD 2018. aastal avaldatud tervisestatistika uuringu põhjal^{314,315} **peavad Eesti patsiendid oluliseks arstide selgituste arusaadavust ning patsientide kaasamist oma raviotsuste tegemisse**. 86% Eesti patsientidest hindas arstide selgitusi arusaadavaks (OECD keskmine 89%) ning raviportsessidesse kaasati 80% Eesti patsientidest (OECD keskmine 83%). Mõlemad näitajad on Eestis aga läbivalt kasvanud, st **Eestis kaasatakse üha rohkem patsiente nende raviportsessi**.

Terviseharituse edendamisele on tähelepanu pööranud ka Eesti Haigekassa. Haigekassa on pidanud **arusaadava ja lihtsa keele kasutamist tervisealase info patsiendile edastamisel primaarseks terviseharituse alustalaks**³¹⁶. Seega on **Haigekassa koostanud ka juhissõnastiku**

³¹² Eesti Rakendusuuringu Keskus Centar (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. Lõpparuanne

³¹³ Tervise Arengu Instituut. (s.a.). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (HBSC).

³¹⁴ OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators.

³¹⁵ Eesti Haigekassa. (2018). Eestlased on tervemad ja tervislikumad. <https://www.haigekassa.ee/blogi/eestlased-tervemad-ja-tervislikumad>

³¹⁶ Hinsberg, L. (s.a.). How to consider the health literacy for patients? https://intra.tai.ee/images/health_literacy_TAI_jaanuar_2017_Liis_Hinsberg.pdf

tervishoiutöötajatele selleks, kuidas rääkida nende tervise seisundist jämesoolevähi patsientidega nii, et nad mõistaksid olulist tervisealast infot ning seda, mida ise teha ja kuidas nad ise käituda saaksid oma haiguse leevendamiseks.

2015. aastal avaldasid Eesti Haigekassa ja Maailmapank analüüsi „Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“, mille tulemusel selgus, **et suur osa statsionaarsest aktiivravist ja hospitaliseerimistest on välditavad, kui tugevdada Eesti perearstiabi**. Uuring viitas asjaolule, et pere- ja eriarstiabi vahel esineb integreerituse probleeme, st inimeste liikumine terviseteenuste ja teenuseosutajate vahel on konarlik ning kohati isegi negatiivse mõjuga³¹⁷. Koostöös Eesti Perearstide Seltsiga loodi rakendusprojekti raames **tõenduspõhise riskipatsientide mudel**, mille eesmärk on tugevdada perearstiabi ja patsiendile kvaliteetsema tervishoiuteenuse tagamist. Spetsiaalselt Eesti perearstidele suunatud tõenduspõhise riskipatsientide mudeli väljatöötamisel kasutati rahvusvahelist kogemust sidudes seda Eesti uuringute ja kogemusega. **Mudeli eesmärk on luua esmatasandi tervishoiutöötajatele (perearst ja pereõde) töövahend**, mille abil saaksid nad paremini tuvastada ja juhtida krooniliste haigete raviprotsessi ning integreerida seda rohkem eriarstiabi ja sotsiaalsüsteemiga. Lisaks on osaks plaanist patsiendiga koos valikute tegemine ehk patsiendi rolli suurendamine terviseotsuste tegemisel. **Samuti on mudeli põhjal võimalik toetada sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi omavahelist koostööd, mis on oluline inimkesksel tervishoiuteenuste pakkumisel**. Projekti autorite sõnul on riskipõhise ravijuhtimise abil võimalik tagada ka tervishoiuteenuste kuluefektiivsem kasutus ja parandada sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi integreeritust. Lisaks rakendatakse selle projekti käigus patsientide nõustamisel ka motiveeriva intervjuerimise tehnikaid ning olemuslikult sellele sarnast GROW mudelit (*coachiva* nõustamise mudel; GROW on akronüüm ingliskeelsetest sõnadest *Goal, Reality, Options* ja *Way Forward/Wrap Up*)³¹⁸. **Tõenduspõhine riskipatsientide mudel on heaks näiteks sellest, kuidas Eestis on tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ning tõenduspõhiste uuringutele loodud spetsiaalselt Eesti tervishoiusüsteemile mõeldud terviseharitusel baseeruv meede**. Tulemused on ka näidanud, et mudel on Eestis rakendatav ning pikemas perspektiivis tasub riskipõhist ravijuhtimist rakendada ka riiklikult. Leiti, et eestlaste halb tervislik olukord on mh seotud töö- ja elutingimustega ning käitumuslike faktoritega. **Põhinedes projekti andmetele leiti, et 37% haiguskoormusest saab seostada käitumuslike teguritega (sh alkoholi liigtarbimine, suitsetamine, vähene füüsiline aktiivsus)** ning seega on oluline riskipõhist ravijuhtimist laiendada.

Terviseharituse edendamisega Eestis on tegelenud ka TAI, kelle tellimusel valmis 2017. aastal juhend „Tervise kirjaoskus ja selle roll tervisekommunikatsioonis“³¹⁹, mis on mõeldud kasutamiseks tervisedendajatele ja spetsialistidele. Lisaks on TAI pakunud koolitust „Tõenduspõhiste sekkumiste väljatöötamine ja ellurakendamine rahvatervises: sissejuhatus Intervention Mappingusse“³²⁰, mis oli suunatud spetsialistidele, kes tegelevad oma töös inimeste käitumise kujundamisele suunatud sekkumiste väljatöötamisega. Seni on koolitus toimunud küll ühekordselt 2016. aastal, kuid koolituse kogemusest oleks võimalik lähtuda ka **edaspidi** (mh selles raportis kirjeldatud) **tõenduspõhistest terviseharituse meetmetest konkreetsete sekkumisprogrammide välja töötamisel**.

³¹⁷ Eesti Haigekassa. (s.a.). Riskipõhine ravijuhtimine.

³¹⁸ Grant, A. M. (2011). Is it time to REGROW the GROW model? Issues related to teaching coaching session structures.

³¹⁹ Beger, M. (2017). Tervise kirjaoskus ja selle roll tervisekommunikatsioonis.

³²⁰ Tervise Aarengu Instituut. (2016). Tõenduspõhiste sekkumiste väljatöötamine ja ellurakendamine rahvatervises: sissejuhatus IM lähenemisse.

EESTI TERVISHOIUSÜSTEEM JA TERVISEHARITUSE KOHT SELLES

Eesti tervishoiusüsteemis on seni olnud suhtumine patsienti valdavalt teenusekeskne. RTAs 2020-2030³²¹ on kirjeldatud, et inimeste võimekus tervisteenuste ja raviplaanide juures kaasa rääkida ning oma seisukohta esindada on üldjuhul olnud piiratud, mis tuleneb nii tervishoiusüsteemi ajalooliselt paternalistlikust otsustusmudelitest ning sellest, et tervishoiuteenuseid ettevalmistavad taustamaterjalid on koostatud lähtuvalt tervishoiutöötajate vaatest süsteemile. Ka RTAs on sõnastatud, et **nende materjalide mõistmine eeldab sageli eriteadmisi ning tervishoiukorralduse ja erialase terminoloogia tundmist**, mis võib takistada patsiendi võimekust täielikult mõista, kuidas käituda. Samas on öeldud, et **ravimeetodi valik ja edukus sõltub üha enam patsiendi eripärasest ja eelistustest ning sellest, kui hästi on õnnestunud inimest kaasata ja võimestada**. Eeskätt kehtib see krooniliste haiguste korral, kui inimese tervisekäitumine ja haigusteadlikkus mõjutavad ravitulemuste saavutamist. **Seega on RTA 2020-2030 tugevalt rõhunud Eesti inimeste terviseharituse taseme parandamisele**. Ka on terviseharituse edendamisele viidatud mitmes RTA 2020-2030 aluseks olevates põhimõttes:

- **koostöö ja kogukondade kaasamise** põhimõtete alusel on RTA eesmärkide saavutamiseks oluline mitmekülgne koostöö, mis hõlmaks eri tasandeid nii avalikus kui erasektoris ning kus oluline on arvestada inimese tervise toetamise ja edendamisega ka kogukonna ja kohalikul tasandil;
- **inimkesksuse ja inimese vastutus oma tervise eest** põhimõtete alusel on tulevikusuunaks mõttemudel, kus tervisteenuseid kasutavad inimesed on tervishoiutöötajatega võrdsed partnerid ning lähtutakse nende vajadustest ja ootustest, tehakse nendega koostööd, et leida temale sobivad lahendused nii tervise säilitamisel ja parandamisel kui haigustega toimetulekul ning teisalt on eesmärk luua ühiskond ja tervisesüsteem, kus osapoolte koostöös toetatakse inimest oma tervise eest vastutuse võtmisel;
- **tõenduspõhise** põhimõtte kohaselt peab tervisepoliitika juhtimine lähtuma parimast olemasolevast tõendatud teabest ning sekkumised ja teenused tuginevad põhimõtetele, mida toetavad teadusuuringute tulemused.

Seega on Eesti RTAs otseselt mitmed punktid ja põhimõtted seotud terviseharituse praktikate rakendamise ja edendamisega ning terviseharituse taseme parandamisega.

Nii Eesti riik kui ka erasektor on loonud riigi tervishoiutöötajatele ka mitmeid tervisehariduslikke andmebaase. Pereõenduse tegevusjuhendis viidatud tervistehnoloogia ettevõtte **Synbase leheküljele**³²², mis koondab kokku **tõenduspõhise meditsiini viimased juhendid ja teadmised**. Tegemist on tervishoiutöötajatele suunatud, eestikeelse veebipõhise lahendusega, kus on võimalik kasutada praktilisi õppe- ja juhendmaterjale nii heli, video kui ka pildifailide kujul. Lisaks on koondatud kokku haiguste jälgimiseks ning hindamiseks kalkulaatorid, nt uneapnoe võimaluse hindamiseks STOP BANG küsimustik³²³ astma kontrolli test jpm. Andmebaas on pidevalt ajakohastatud ning selle sisu uuendatakse neli korda aastas. Ligipääs materjalidele on vaid tervishoiutöötajatele. Lisaks on **Eesti tervishoiutöötajatele olemas ravimite koostoimete andmebaas SFINX-PHARAO**³²⁴. Andmebaas on ühildunud digireseptide andmebaasiga ning

³²¹ Sotsiaalministeerium. (s.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.

³²² <https://synbase.eu/>

³²³ https://www.ravijuhend.ee/uploads/userifiles/Bariaatria/Lisa-4_STOP-BANG_bariaatria-ravijuhend.pdf

³²⁴ Eesti Haigekassa (2016). Haigekassa tegi arstidele kättesaadavaks ravimite koostoimete hindamise andmebaasi.

ravimi väljakirjutamisel kontrollib süsteem patsiendi varasemaid retsepte. Ravimite koostoime esinemisel annab see kasutajale automaatse teavituse. Andmebaas tuvastab varasemad patsiendile väljastatud ravimid (toimeaine põhjal), mis võivad anda potentsiaalselt koostoimeid. Seejärel kuvatakse hoiatus ning antakse juhised turvaliseks ravimi annustamiseks.

Positiivseks terviseharituse praktika näiteks Eestis on **patsiendijuhendite koostamine**. Juba 5 aastat on Haigekassa ja ravijuhendite püsisekretariaadi poolt korraldatud patsiendi ravijuhendite koostamise protsessi kaasatud sihtrühma ehk patsientide esindaja(id) ning ühe osana materjalide koostamisest on toimunud fookusgrupp ja/või intervjuud patsientide ja/või nende lähedastega. **Selline praktika toetub otseselt terviseharituse alases teaduskirjanduses soovitatule, st kaasata sihtrühma esindajaid meetmete** – antud juhul patsientidele mõeldud ravijuhendite – väljatöötamise.

Viiteid terviseharituse meetmete praktiseerimisele, eeskätt patsiendi haigusest, harjumustest ja vajadustest lähtuvate eluviisosoovituste andmiseks on toodud ka pereõenduse tegevusjuhendis³²⁵. Näiteks on öeldud, et tervishoiuteenuse osutajad peaksid olema pädevad tervist toetava eluviisi, sh tasakaalustatud toitumise edendamiseks ning et pereõe töö üheks oluliseks osaks peaks olema ka inimese toitumise ja liikumisalane nõustamine. **Seega peavad pereõdede tegevusjuhise põhjal olema just tervishoiutöötajad, eeskätt pereõed, need, kes peaksid pakkuma individuaalset nõustamist eluviisosoovituste osas lähtudes patsiendi vajadustest ja eripäradest** ning tuginedes riiklikele toitumis- ja liikumissoovitustele. Konkreetsemad juhised ja materjalid, millele pereõdede juhises soovitatakse eluviisosoovituste andmisel tugineda on nt:

- Toidupäeviku pidamine Nutridata toitumisprogrammis³²⁶ (või paber kandjal vabas vormis); Nutridata toitumisprogramm põhineb Eesti toitumis- ja liikumissoovitustel ning pereõdede tegevusjuhises on kirjeldatud ka konkreetsemad juhised ja nõuanded toidupäeviku täitmiseks.
- TAI poolt on loodud Liikumispüramiid³²⁷, kus kirjeldatakse eelistatavaid täiskasvanud inimese liikumisharjumusi ning mille põhjal on pereõel võimalik nõustada patsiente füüsilise aktiivsuse osas.
- Alkoholi liigtarvitamise sõelumiseks sobib kasutada 10 küsimusest koosnevat AUDIT testi³²⁸, mille tulemuste põhjal saab otsustada edasise sekkumise vajadused olenevalt sellest, kas tegemist on ohustava tarvitamise, kuritarvitamise (ehk tervist kahjustava tarvitamise) või alkoholisoovusega ning lisaks on asjakohane materjal Eestis ravijuhend Alkoholitartvitamise häirega patsiendi käsitlus.
- Suitsetamisest loobumiseks on soovitatud perearsti/-õe poolt läbi viia lühinõustamine tõstmaks tubakast loobumise motivatsiooni ja/või suunata patsient suitsetamisest loobumise kabinetti, lisaks on soovitatud veebilehte tubakainfo.ee³²⁹.
- On soovitatud nõustada lapsevanemaid toitumise osas toetudes Laste tervise jälgimise juhendile ja Eesti Lastearstide Seltsi poolt loodud 2020. aastal Imiku ja väikelaste toitumise infomaterjalidele.

³²⁵ Eesti Haigekassa. (2021). Pereõenduse tegevusjuhend.

³²⁶ <https://tap.nutridata.ee/et/toidupaevik>

³²⁷ <https://www.tai.ee/et/valjaanded/liikumispuramiid>

³²⁸ <https://alkoinfo.ee/et/moodukus/moodukuse-piires/audit-test/>

³²⁹ <https://www.tubakainfo.ee/>

- Ka on soovitatud pereõdedel ja kooliõdedel tegeleda kooliealiste laste nõustamisega toitumise ja liikumise osas, uimastite ja tubakate tarvitamisest, toetada nii last kui lapsevanemat psühholoogilise heaolu osas ning vajadusel suunata neid VT spetsialisti poole.

Ka uuringu käigus intervjueritud arstid ning Eesti Õdede Liidu esindajad tõid muuseas välja vajaduse **pöörata suuremat tähelepanu pereõdede rollile patsiendi tervisealasel nõustamisel ning tema terviseharituse taseme parandamisel**. Nende hinnangul on hetkeseisul Eestis selle valdkonna areng positiivne: üha rohkem krooniliste haigustega patsiente kasutab arsti vastuvõtu asemel võimalust käia pereõe vastuvõtul, mis võimaldab neil saada personaalsemat nõu ja juhiseid oma tervisealase info mõistmiseks ja terviseotsuste tegemiseks. **Näiteks SVH-ga eakaid kutsutakse Eestis kord aastas pereõe vastuvõtule, kus räägitakse nendega lihtsas keeles soovitavast tervisekäitumisest**. Õdede sõnul on hästi mõjunud ka eriõdede (nt VT õed, diabeediõded) ametikohtade loomine, mis annab õdedele võimaluse üha rohkem ka patsiendi nõustamisega tegeleda. Siiski eeldab õdede rolli muutmine ning nende nõustamiskoormuse suurendamine seda, **et õdesid oleks Eestis piisavalt, kuna vaid mõistliku töökoormuse korral suudavad õed patsiendi (terviseharitusliku) nõustamisega piisavalt tegeleda ning nõustamisoskuste arendamiseks vajalikel täiendkoolitustel osaleda**.

Eesti eksperdid tõid intervjuudes välja ka **krooniliste haiguste jälgimiskabinettide loomise**, mis lihtsustavad patsiendi suhtlemist tervishoiuasutusega ja võimaldavad patsiendil saada teaduspõhist infot oma tervise kohta. Nendes kabinettides töötavad erialase ettevalmistuse saanud (eri)õded, kellelt on lihtne oma tervise seisundi kohta nõu küsida ning kes saavad patsiendi vajadusel eriarsti vastuvõtule suunata. Kui patsiendil on võimalik võrdlemisi lihtsalt ja kiirelt saada kvaliteetset infot oma tervise ja/või seisundi kohta, siis suurendab see tõenäosust, et tal ei ole nii suurt vajadust otsida tervisealast infot mujalt, nt veebist ja tuttavatelt ning jõuda teabeni, mis ei pruugi olla kvaliteetne ja/või teaduspõhine. Lisaks kvaliteetse terviseinfo pakkumisele täidavad jälgimiskabinetid ka nõustavat rolli, st patsiente toetatakse raviteekonna vältel. See omakorda vähendab ravi katkestamise riski. Juba on loodud diabeedikabinetid ja alustatud infarktikabinettidega, kuid sellistest kabinettidest võiks olla abi ka teiste krooniliste haiguste ja/või diagnoosidega patsientidele, kelle tervist on vaja monitorida ning kellel oleks vaja nende seisundile kohandatud tervisesoovitusi.

Seega on Eestis tõenduspõhiste terviseharituse praktikate rakendamiseks **olemas nii seadusandlik alus kui tulenevalt RTA 2020-2030 eesmärkidest ning läbi viidud uuringutest ka vajadus**. Kuigi Eestis on seni puudunud riiklik terviseharituse strateegia või tegevuskava, on mitmetes meie tervishoiusüsteemi praktikates ühel või teisel moel tõenduspõhiseid terviseharituse meetmeid juba rakendatud: terviseharituse edendamisega on juba tegelenud nii Haigekassa kui TAI. Siiski on oluline jätkata terviseharituse meetmete edendamist, planeerimist ja praktiseerimist ning integreerida need meie tervishoiusüsteemiga ja viia läbi rahvastikku hõlmavad uuringud terviseharituse taseme mõõtmiseks. See võimaldaks ühest küljest mõõta Eesti terviseharituse taseme hetkeseisu (võrreldes teiste riikidega) ning aitaks teisalt edaspidi hinnata terviseharituse meetmete mõju ja tulemuslikkust. Samuti peaks terviseharitusele mõtlema laiemalt kui vaid tervishoiupoliitika raames. RTAs 2020-2030 on ühe põhimõttena toodud välja tervis igas poliitikas, mis tähendab, et tervist mõjutavad ka tegurid, mis asuvad väljaspool tervisevaldkonda, nt **haridus-, sotsiaal-, majandus-, keskkonna jm vastutusalades ning et ka nende valdkondade poliitika kujundamisel ja elluviimisel on oluline**

arvestada nende mõjuga tervisele. See läheb kokku ka WHO soovitusel käsitleda tervis(hoiu)süsteemi laiemalt kui vaid otseseid terviseteenuseid³³⁰.

Dokumendianalüüsi põhjal peaksid terviseharituse sekkumiste praktiseerijad olema eeskätt tervishoiutöötajad ning meetmete rakendamine võiks olla tervishoiuteenuste pakkumise lahutamatu osa. Ka Eesti praktikutega tehtud intervjuudest ja seminaridest pakuti välja, et õed võiksid tegeleda patsientide terviseharituse edendamisega pakkudes tervisenõustamist, kus võetakse arvesse kõiki patsiendi isiklike riskitegureid, seisundeid, vajadusi ning võimekust terviseinfost aru saada ja sellele vastavalt käituda. Oluline on aga ka õdede rollile terviseharituse meetmete praktiseerimisel läheneda süsteemselt, st õdede jt tervishoiutöötajate roll terviseharituse meetmete rakendamisel peaks olema riiklikus terviseharituse strateegias kirjeldatud konkreetselt ja läbimõeldult. Küll aga toodi intervjuudes ja seminarides välja, et terviseharituse edendamisega ei pea tingimata tegelema vaid tervishoiutöötajad. Näiteks oleks võimalik kaasata protsessi ka eriterapeute (nt tegevusterapeute), nõustajaid (nt psühholoog-nõustajaid ja kogemusnõustajaid) ja teisi, kes saaksid pärast spetsiaalse koolituse läbimist osaleda eri meetmete rakendamises ja/või kampaaniate läbiviimises. Lisaks toodi välja MTÜde ja seltside kaasamist, kuid sel puhul on oluline arvestada ka nende tegevuse rahastamisega, et nende töö oleks pidev, mitte ainult projektipõhine.

6.1. SVH-d ja terviseharituse meetmed Eestis

SVH-sid registreeritakse Eestis veidi üle 80 000 uue juhu aastas ning need on ka eestlaste peamiseks surmapõhjuseks. Ligi pooled surmadest Eestis on tingitud SVH-st. On teada, et SVH-d soodustavad mitmed eluviisitegurid, nagu vähene liikumine, suitsetamine, alkoholi liigtarvitamine, ülekaal, vähene puu- ja köögiviljade söömine ning liigne soola tarbimine³³¹. **Eesti tervisevaldkonna spetsialistide hinnangul on oluline toetada terviseharitust üle inimese elukaare.** SVH-de puhul on tihti tegemist tugevalt eluviisiteguritest sõltuvate haigustega, mistõttu on ekspertide sõnul ühest küljest oluline varakult õigete terviseharjumuste kujundamine SVH-de ennetamiseks ning teisalt igas vanuses SVH-dega haigete toetamine terviseharituse meetmete kaudu.

2005. aastal avaldati esimest korda Eestis riiklik strateegia „Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005-2020“. Alates 2013. aastast integreeriti südamestrateegia meetmed „Rahvastiku Tervise Arengukavasse 2009-2020“ ning selle aastateks 2013-2016 koostatud rakendusplaani. Praegu on nende strateegiate jätkuks RTA 2020-2030, mille osaks on ka „Tervist toetavate valikute programm“ koos tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamise tegevustega. Lisaks on 2020-2030 südamestrateegiasse lisatud ka mitu uut teemat, sh nt soola vähendamine ja vähendamine ja lastele suunatud toidukaupade turunduse piiramine, mida varasemalt dokumendis ei käsitletud. **Südamestrateegias on seatud ka mõõdetavad strateegilised alaeasmärgid valdkondade kaupa, mille tulemuslikkuse mõõtmiseks on planeeritud kasutada Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringuid.**

³³⁰ World Health Organization. (2000). Health systems: improving performance.

³³¹ Terviseinfo.ee. (2021). Südame-veresoonkonna haiguste ennetamine. <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/sudametervis>

Indikaatoritena on kirjeldatud olulisi tervisekäitumise muutusi, mille eelduseks on elanikkonna tervisealase harituse paranemine, nt:

- rahvastiku füüsiline aktiivsus on suurenenud;
- rahvastiku toitumisharjumused on paranenud;
- tubaka tarbimislevimus ja tubakasuitsuses keskkonnas viibimine on püsiva langustendentsiga;
- kvaliteetsed SVH-de ennetamisele suunatud tervishoiuteenused on kättesaadavad.

Tartu Ülikooli Geenivaramus on võimalik määrata (geeniproovi andnud) inimese polügeenne riskiskoor (PRS) enamiku krooniliste polügeensete haiguste, nt isheemilise südamehaiguse, diabeedi, eesnäärmevähi, rinnavähi ja kodade virvendusarütmia puhul. Uuringu „Personaalmehitsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südame-veresoonkonna haiguste täppisennetuses 2018-2021”³³² aruandes tutvustati **teenusemudelit, mis loodi PRS andmete kasutamiseks SVH-de ennetuses**. Loodud mudeli kohaselt tuvastatakse patsiendi SVH-de riskiskoor ning kõrge skooriga (st riskigruppi kuuluvaid) isikuid nõustatakse nende tervisekäitumise osas ennetamiseks võimalikku haigestumist. Sama mudelit on võimalik kasutada ka teiste polügeensete haiguste puhul **pakkumaks patsientidele isikustatud nõustamist nende terviseriskide põhjal**. Isikustatud nõustamine on küll kulukam ja töömahukam, kuid nii teadusuuringud kui ekspertide arvamused kinnitavad, et patsiendid on vastuvõtlikumad isikustatud infole ning järgivad eluviisisoovitusi meelsamini kui tunnetavad nende soovitude personaalsust. Lisaks tõdeti ülalnimetatud uuringus, et ehkki osalenud patsientide terviseteadlikkus tõusis uuringu alguses märgatavalt ning nende tervisekäitumine paranes, toimus seejärel ka tagasilangus, mis väljendus osalises tagasipöördumises kahjulike terviseharjumuste juurde. Seega järeldati uuringu käigus saadud kogemuse põhjal, et sellise **riskide ennetamisele suunatud nõustamise puhul on äärmiselt oluline pidev toetus ning jätkunõustamine**. Ka intervjuude käigus tõid eksperdid välja, et **terviseharituse toetamine peaks olema olulisem osa inimese raviteekonnast ning et oluline on tagada raviteekondade sujuvus**. Pärast ravi lõppu on oluline toetada ka inimese tavaellu naasmist ning sobivate toitumis- ja liikumisharjumuste kujundamist ja ülalhoidmist. Selline patsiendi senisest mahukam toetamine on kahtlemata ressursimahukas, kuid eluviisi muutmise või säilitamise toetamiseks on võimalik kaasata ka meditsiinilise haridusega osapooli, nt haiguspõhiseid patsientide ühendusi ning kogemusnõustajaid, kes on võimelised patsienti tema raviteekonnal täiendavalt toetama.

Leiti, et ka SVH-de riskirühma kuuluvate, kuid veel mitte haigestunud inimeste nõustamisel on võimalik kaaluda eluviisinõustajate kasutamist, kes ei pea olema meditsiinilise haridusega, kuid on läbinud vastava koolituse. Selline nõustaja saab perearsti soovitusel sekkuda enne haiguse välja kujunemist (nt kui inimesel on tekkinud ülekaal, ta on suitsetaja vms). Selliste nõustajate koolitamise ressurss on väiksem, samas võimaldaks see kokku hoida arsti või õe vastuvõtuaega.

SVH-ga seonduvate eluviisitegurite ning terviseharitust edendavate programmidega on seni Eestis tegelenud peamiselt Tervise Arengu Instituut.

³³² estPerMed I (konsortium). (2021). Personaalmehitsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südame-veresoonkonna haiguste täppisennetuses 2018-2021.

6.1.1. Lihtsa ja arusaadava keele kasutamine tervist puudutava info edastamisel patsientidele

Lihtsa ja arusaadava keele kasutamist tervist puudutava info edastamisel on Haigekassa pidanud üheks primaarseks terviseharituse praktikaks ning seda meetet on ka mitmel moel juba Eestis praktiseeritud, **nt on koostatud juhissõnastik jämesoolevähi patsientidele lihtsas ja arusaadavas keeles terviseinfo edastamiseks**³³³.

Lihtsa ja arusaadava keele kasutamisel patsientide tervisekäitumise kujundamisel on suur roll eriõdedel³³⁴, **kellel on väljaõpe konkreetse haigusseisundiga patsientide toetamiseks**. Eestis on heaks näiteks meetme rakendamisest see, et SVH-de diagnoosidega eakaid kutsutakse kord aastas õe vastuvõtule ja räägitakse nendega lihtsas keeles neile soovitatavast tervisekäitumisest.

Lisaks VT õdedele ning diabeediõdedele tegutsevad Eestis ka südamepuudulikkuse õed, kes selle sihtrühma patsiente nõustavad. Üha rohkem jõutaksegi intervjueritud ekspertide väitel Eesti perearstikeskustes just õdede vastuvõtule, kus selgitatakse patsiendile tema tervise seisundit ning tutvustatakse seisundi parandamist või säilitamist toetavat tervisekäitumist. Juba õdede väljaõppe puhul peetakse Eesti Õdede Liidu esindaja kinnitusel oluliseks oskust suhelda patsiendiga rahulikus tempos ja (tihti) lihtsamas keeles kui eriarst seda tavapäraselt teeb. **Samas on oluline silmas pidades, et tulemuslikuks patsientide nõustamiseks vajavad õed piisavalt aega, mida takistab tööjõupuudus selles valdkonnas**.

Intervjueritud eksperdid arvasid, et senisest laiemalt võiks patsientide nõustamiseks kasutada ka patsiendiportaali võimalusi. Näiteks oleks patsiendiportaali võimalik lisada soovitusi eluviisi muutmiseks jms konkreetse inimese tervise seisundile vastavat kontrollitud ja teaduspõhist info. Ka on võimalik pakkuda patsiendile otsustustuge ehk soovitusi, mida teha seisundi muutmise korral, nt kuhu pöörduda ja kuidas käituda, kui vererõhk tõuseb vms. See võimaldaks jagada inimestele tervisealast infot personaalsemal ja tema jaoks mõistetavamal tasemel.

Veel üheks näiteks eesmärgistatud tegevusest patsiendile arusaadavas keeles info edastamiseks on Eestis patsiendijuhendid. Sõltuvalt ravijuhendi temaatikast ja vajadusest koostatakse ravijuhendite juurde ka teemakohaseid **patsiendijuhendeid, mis sisaldavad patsiendile vajalikku infot haigusega toimetulekuks patsiendile arusaadavas keeles**. Patsiendijuhendite eesmärk on aidata inimestel edukamalt toime tulla erinevate haigustega, anda vastused sagedamatele ravi ja igapäevaelu puudutavatele küsimustele ning toetada neid raviprotsessi vältel. Patsiendijuhendid koostatakse sama haigusseisundi kohta käiva ravijuhendi põhjal, kuid neis on käsitletud soovitusi patsiendi vaatenurgast ehk mida patsiendil või tema pereliikme(te)l on vaja teada haiguse olemusest, igapäevaelu korraldamisest ja ravist. Kuigi kogu vajalikku infot jagab patsiendile arst ka visiidi ajal, kipub intervjueritud ekspertide sõnul patsiendil info sageli ununema või segamini minema. Seega on patsiendijuhendid – aga ka teised kirjalikud materjalid (nt brošüürid, infolehed) – heaks viisiks, kuidas teaduspõhine kontrollitud info patsiendini viia. Lisaks **aitavad kirjalikud materjalid jagada**

³³³ Eesti Haigekassa. (s.a.). Jämesoolevähi sõeluuring.

³³⁴ Eriõde on õde, kes on läbinud õe erialase koolituse õppekava või terviseteaduse magistriõppekava ühel õendusabi erialal ning omandanud õpitud erialal suurema kliinilise pädevuse ja otsustusoskuse, samuti valmisoleku töötada nii iseseisvalt kui ka interdistsiplinaarses meeskonnas ning eest vedada uurimis- ja arendustööd (Eesti Haigekassa, Pereõenduse tegevusjuhend, 2021).

haigusseisundiga seotud lisainfot nt (vanematele) patsientidele, kelle jaoks on internetist lisainfo otsimine pigem keerukas.

Lisaks lihtsale keelele on patsiendijuhendid disainitud kasutajasõbralikuks: juhenditele on lisatud fotod ja joonised, ka sisaldab juhend suuniseid lähedastele ja pereliikmetele ning sektsiooni märkmete tegemiseks, kuhu saab kirjutada nt olulisi telefoninumbreid, järgmiste arstivisiitide aegsid vms. Samuti saab sinna märkida haigusseisundi kontrolli all hoidmiseks vajalikku infot, nt millal patsient sõi või millal teda keerama peab. Selle abil saab patsient või tema hooldaja jälgida tervise seisundit süsteemselt. Kõik patsiendijuhendid on kättesaadavad nii eesti kui vene keeles³³⁵. Intervjueeritud eksperdid mainisid arengukohana siiski, et kuna patsiendijuhendid on koostatud erineva koosseisuga tööruhmade poolt ja konkreetseid reegleid nende koostamiseks pole, on need stiililiselt erinevad ning juhendite kasutajasõbralikkus varieerub. Seega oleks oluline patsiendijuhendite kvaliteeti tõsta, kuid ka ühtlustada, samuti soovitasid intervjueeritud eksperdid soodustada nende laiemat kasutamist patsientide nõustamisel.

Ravi- ja patsiendijuhendite koostamist rahastab Eesti Haigekassa, kelle koordineerimisel alustati Eestis GRADE-metoodika^{336,337} järgi ravijuhendite koostamist 2011. aastal: esimene juhend "Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil" valmis 2012. aastal. Eesti Haigekassa ja Tartu Ülikooli koostöölepingu alusel moodustati 2018. aastal Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi juurde ravijuhendite püsisekretariaat³³⁸, mis võttis ravijuhendite koostamise koordineerimise üle. Ravijuhendite püsisekretariaat tagab koostatud ravijuhendite tõenduspõhise ja vastavuse Eesti vajadustele ning nende koostamise protsessi usaldusväärsuse ja läbipaistvuse.

Patsiendijuhendite koostamisse on kaasatud ka patsientide esindajad ning nende arusaadavust testitakse juhendi koostamise käigus fookusgrupi ja/või individuaalintervjuude meetodil. Kui erialaspetsialistid koos patsientide esindajaga on patsiendijuhendi valmis kirjutanud, järgneb sellele lisaks uuringufirma poolt läbiviidud sõltumatu uuring. Vastava haigusseisundiga patsientidega viiakse läbi grüpiintervjuu, kus uuritakse, kuidas patsiendid juhendit hindavad - kas see on kasutajasõbralik nii sisult kui vormilt, kas seal on kõik vajalik ravi puudutav info ning kas see on keeleliselt arusaadav. Sihtrühmalt saadud tähelepanekute alusel viiakse juhendisse sisse ka täiendusi. Patsiendijuhenditele on Haigekassa andmetel andnud positiivset tagasisidet ning neid on pidanud väga kasulikuks nii patsiendid kui tervishoiutöötajad, nt peavad perearstid seda enda töös väga kasulikuks abivahendiks. Samas väitsid osad intervjueeritud arstid, et patsiendijuhendeid nad oma töös ei kasuta, mis näitab, et tervisevaldkonna töötajate lähenemine patsientide teavitamisele ning nende terviseharituse tõstmisele on erinev ning sõltub pigem konkreetse isiku eelistustest, mitte ühtsest kokkulepitud süsteemist.

Kindlasti on otstarbekas lihtsas keeles patsiendijuhendite koostamist jätkata, kuna ka intervjueeritud eksperdid töid probleemkohana välja selle, et osa patsientidele jagatavatest infomaterjalidest on liiga keerukas keeles ning patsientidele raskesti mõistetavad. Samas on patsientidele jagatavatel infomaterjalidel oluline roll, sest info hulk, mida patsient on võimeline arsti või õe vastuvõtu ajal teadvustama ja meelde jätma, on piiratud ning seega on oluline anda

³³⁵ Eesti Haigekassa. (2017). Mis on patsiendijuhend? <https://www.haigekassa.ee/blogi/mis-patsiendijuhend>

³³⁶ GRADE – *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*.

³³⁷ Tartu Ülikool & Eesti Haigekassa. (2011). Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat.

³³⁸ Püsisekretariaat on ravijuhendite nõukoda, tööruhmi ja sekretariaate toetav meeskond, kelle eesmärk on tagada ravijuhendite kvaliteet, mis on kooskõlas tõenduspõhise meditsiini põhimõtete ja käsiraamatus esitatud metoodikaga.

patsiendile võimalus talle sobival ajal infoga uuesti tutvuda ning seda enda jaoks üle korrata. Kirjalikud materjalid on ka heaks viisiks edastamiseks (lisa)infot neile (vanematele) patsientidele, kelle jaoks on info otsimine internetist pigem keerukas. Küll aga toodi meie läbiviidud intervjuudes välja, et kõiki kirjalikke materjale ei ole avaldatud nt vene ega inglise keeles, mistõttu võivad patsiendid, kelle emakeel ei ole eesti keel, jääda ilma olulisest haigusseisundit puudutavast infost. Seega oleks oluline avaldada patsiendijuhendid ja teised kirjalikud materjalid ka vene ja võimalusel ka inglise keeles, et oluline info jõuaks võimalikult paljude patsientideni.

KASUTAJASÕBRALIKUD, LIHTSAS JA ARUSAADAVAS KEELES JA VORMIS KOOSTATUD PATSIENDIJUHENDID on SVH-de valdkonnas koostatud:

- ✓ insuldijärgse taastusravi patsientidele;
- ✓ kõrgvererõhktõve patsientidele;
- ✓ kodade virvendusarütmia kohta.

6.1.2. Patsientide motivatsiooni tõstmine Eestis

Raviprotsess kestab tihti kuid-aastaid, vahel ka terve elu vältel, mistõttu on oluline, et patsiendid oleksid motiveeritud protsessi osalema. Üheks patsiente motiveerivaks meetmeks on motiveeriv intervjuerimine (MI). MI tehnikaid õpetatakse tervishoiutöötajatele nii Tartu Ülikoolis kui Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolides ning tehnikaid soovitatakse kasutada ka Eesti Haigekassa koostatud pereõdede tegevusjuhendis nii patsientide tavapärase tervisekontrolli käigus kui ka krooniliste haigustega patsientide jälgimisel. Ka on näiteks tasuta kättesaadav raamat „Motiveeriv intervjuerimine tervishoius”³³⁹, mis on mõeldud Eesti tervishoiutöötajatele informeerivaks abivahendiks patsientide motivatsiooni tõstmisel. **Krooniliste haigustega patsientide toetamine ja nõustamine riskipõhise ravijuhtimise abil on toodud välja ka pereõenduse tegevusjuhises, kuna tegevus on äärmiselt oluline** aitamaks potentsiaalselt ennetada krooniliste haiguste ägenemist ning vähendada haiglaravi vajadust. Seega on **pereõel oluline roll krooniliste haigustega patsientide motivatsiooni tõstmisel** – pereõe roll on kutsuda patsiente vastuvõtule ning olla ettenägelik nende terviseküsimuste lahendamisel. Tegevusjuhendis on toodud välja konkreetselt ka see, et kroonilis(t)e haigustega patsientidele koostatud patsiendikeskse raviplaani eesmärkide **saavutamiseks rakendatakse MI nõustamise põhimõtteid ning püstitatakse eesmärgid patsiendi enda vajadustest ja soovidest lähtuvalt.** Seega on MI efektiivne meede, mis aitab nii kaasata patsienti raviprotsessi, muuta protsessi patsiendikeskseks ning seeläbi tõsta ja hoida patsiendi motivatsiooni.

MI tulemuslikkust SVH-dega patsientidel Eestis hinnatud ei ole. Küll aga hinnati selle tulemuslikkust alkoholi liigtarvitamise vähendamisel 2021. aastal lõppenud programmi „Kainem ja tervem Eesti” raames. Uuringust ilmnes, et struktureeritud ja järjepidev vestlus alkoholitartumisest – mis eeldab

³³⁹ Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. R. (2011). Motiveeriv intervjuerimine tervishoius: kuidas aidata patsientidel käitumist muuta.

patsiendile individuaalset ja motiveerivat lähenemist – aitab inimestel vähendada joodavaid alkoholikoguseid ning seeläbi vähendada (liigse) alkohoolitarvitamisega kaasnevat terviseriske. Patsientide seas, kelle puhul viidi pärast testi tegemist läbi nõustamine ja pool aastat hiljem kordustestimine, langes 62% juhtudest alkohoolitarvitamine madala riski piiridesse.

Intervjueeritud eksperdid tõid välja, et tervishoiutöötajate ja spetsialistide koolitamine MI alal ei ole seni olnud aga kuigi süsteemne - hetkel kõrgkoolides (nii Tartu Ülikooli, Tartu kui Tallinna Tervishoiu kõrgkoolides) arstiks ja õeks õppijad läbivad küll kohustuslike õppeainete osana ka MI ja motiveeriva nõustamise koolitusi, kuid suur osa varem hariduse omandanud tervishoiutöötajad ei ole vastavat koolitust läbinud. Samuti napib koolitajaid, kellel on vastav kvalifikatsioon koolituste läbi viimiseks, mistõttu on huvilistel keeruline MI tehnikaid omandada. Samas on patsientide nõustamise oskuste arendamine tervishoiutöötajate hulgas väga oluline võimaldamaks koos patsiendiga eesmärke seada ning suunamaks patsiendi teadlikku tegutsemist nende eesmärkide täitmise ning oma tervist mõjutavate otsuste vastuvõtmise suunal. Samuti rõhutasid intervjueeritud eksperdid seda, et MI või muude nõustamistehnikate kasutamiseks vajavad tervishoiutöötajad piisavalt (lisa) aega visiitidel, et viia patsiendiga läbi nõustavat vestlust.

SVH-de – ja ka teiste haigusseisunditega – patsientide tervisekäitumise toetamiseks on MI sobiv vahend, kuna see toetab patsiendi eesmärkide seadmist ning eesmärkideni viivate teadlike terviseotsuste vastuvõtmist. Kuna mitmed kroonilised haigused (sh SVH-d) on vähemalt osaliselt (kui mitte väga) mõjutatavad patsiendi tervisekäitumisest, siis on oluline suurendada tõenäosust, et patsient järgib ravijuhendit ja tervisliku eluviisi põhimõtteid.

MOTIVEERIVA INTERVJUEERIMISE ROLL PEREÕDEDE TEGEVUSJUHENDIST:

- ✓ Selgitada välja tervisekontrollis võimalikud terviseprobleemid ja terviseriskid.
- ✓ Tunda ära normist kõrvalekaldeid ning vajadusel osutada pädevuse piirides õendusabi (nt nõustada elustiili osas, määrata lisaanalüüse ning suunata edasiseks raviks perearstile)
- ✓ Hinnata vaimset tervist, füüsilist aktiivsust ja elustiili, kasutades tõenduspõhiseid juhiseid.
- ✓ Mõõta arteriaalset vererõhku, arvutada kehamassiindeks, vööümbermõõt ning vajadusel hinnata tervise seisundit eelmainitud tegevuste näol.

6.1.3. Eluviisisoovitused SVH-dega patsientidele

SVH-de seosed eluviisiteguritega, nagu toitumine ja liikumine, on toodud välja mitmes riiklikus tervisedokumendis, kus on antud ka konkreetseid eluviisisoovitusi tervise seisundi parandamiseks ja/või haiguste ennetamiseks. Näiteks RTA-s 2020-2030 tuuakse välja, et tasakaalustamata toitumine ning vähene ja ebaregulaarne liikumine on olulised riskitegurid ülemäärase kehakaalu tekkes ja mittenakkushaigustesse, nagu näiteks SVH-d, haigestumisel. Tuuakse välja, et Eesti elanike hulgas on ülekaaluliste ja rasvunute osakaal kasvamas ning WHO prognoosi kohaselt on 2025. aastaks 62%

Eesti elanikest ülemäärase kehakaaluga³⁴⁰. Selleks, et ülemäärase kehakaalu kui olulise SVH-de riskifaktoriga inimeste osakaalu vähendada, on vaja samal ajal tegeleda nii tasakaalustatud toitumise kui ka liikumise edendamisega. Seega on ka arengukava üheks **alaeemärgiks tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamine** ning seeläbi muuseas ka SVH-de vähendamine.

Tasakaalustatud toitumise ja liikumise poliitika kujundamiseks on koostatud ka **toitumise ja liikumise roheline raamat**³⁴¹ ning TAI poolt avaldati **2015. aastal riiklikud liikumis- ja toidumissoovitused**. Soovituste eesmärgiks on koondada kokku tõenduspõhine materjal, mis on mõeldud inimeste tervise ja heaolu arendamiseks erinevates valdkondades (tervishoius, aga ka hariduses jm) ning vähendamaks krooniliste haiguste riski, mis võivad tuleneda nt valest toitumisest³⁴². Dokument sisaldab ka rakenduskava aastateks 2015 – 2021. TAI koostab ja annab välja ka **toitumis- ja liikumisteemalisi infomaterjale, mida on ka tervishoiutöötajatel võimalik SVH-de riskirühmas olevatele patsientidele jagada või soovitada**³⁴³. Veel võib eluviisosoovituste teadliku propageerimise näitena tuua välja ka TAI hallatava veebilehe **toitumine.ee**³⁴⁴, mis on **kasutajasõbralik ja kus on arusaadavas vormis esitatud Eesti riiklikud toidumissoovitused**. Toidupüramiid annab lihtsaid ja arusaadavaid soovitusi, mida süüa vähem ja mida rohkem, samuti tutvustatakse leheküljel erinevaid toitainete gruppe ning antakse toidumissoovitusi erinevateks eluetappideks: nt on toodud eraldi soovitusid rasedatele, imikutele, lastele, teismelisele ja eakatele. Muuseas on lehel ka nõuandenurk ja võimalik esitada toitumisega seotud küsimusi, st saada rohkem enese- ja oma seisundikohast infot.

Riigi tasandil koostatud tõenduspõhiseid toidumissoovitusi saab kasutada ka õppekavade ja -materjalide väljatöötamisel ja kujundamisel haridusasutustes (lasteaiast ülikoolini) ja ka hilisemas täiendusõppes, kus nende soovitusete kasutamine soodustab süsteemsetel teaduslikel tõenditel põhineva info kasutamist. See on oluline eriti praegusel ajal, kus ka paljud intervjuueeritud Eesti eksperdid töid murekohana välja meediatarbimise tõusuga kaasneva probleemi: inimestel puudub oskus analüüsida allika ja/või seal toodud info tõenduspõhisust, mistõttu järgitakse sageli nt **meediast leitud dieediprogramme või teisi eluviisosoovitusi, mis ei pruugi olla tõenduspõhised ja kvaliteetsed** ning võivad olla lausa tervisele ohtlikud. Seetõttu on terviseharituse edendamise vaates eriti oluline anda **tõenduspõhist, kontrollitud, usaldusväärset infot ning neil baseeruvaid toitumis- ja liikumissoovitusi inimestele veel paremini ja individuaalsemal tasemel kommunikeerida**.

Lisaks on igaühel, sh SVH-dega patsientidel, võimalik tasuta liituda TAI kontrollitud ja Eesti riiklikel toidumissoovitustel põhineva **Nutridata toitumisprogrammiga, mis võimaldab pidada toidu- ja liikumispäevikut ning hõlbustab toidumissoovituste järgimist**. Nutridata toitumisprogrammiga saab:

- pidada toidu- ja liikumispäevikut;
- analüüsida igapäevast toidulauda vitamiinide ja mineraalainete tasandil;
- vaadata, kas toitumine vastab toidumissoovitustele;
- proovida näidismenüüsid tasakaalus ja mitmekesise toitumise toetamiseks;

³⁴⁰ Sotsiaalministeerium. (s.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.

³⁴¹ Sotsiaalministeerium. Rahvatervise osakond. (2016). Toitumise ja liikumise roheline raamat.

³⁴² Pitsi, T. jt. (2017). Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015.

³⁴³ Tervise Arengu Instituut. (s.a.) tai.ee väljaannete alamleht, toitumise valdkonna infomaterjalid. <https://www.tai.ee/et/valjaanded>

³⁴⁴ Tervise Arengu Instituut. (s.a.). Toitumine.ee <https://toitumine.ee/>

- kasutada kehamassiindeksi- ja energiasoovituse kalkulaatorit.

Nutridata programmi tulemuslikkust on võimalik hinnata vaid üldiste rahvastiku terviseuuringute kaudu, kuid selline hindamine jääb väga ebatäpseks, kuna andmed on kogutud enesekohaste küsimustikega – st kogutud hinnangud on subjektiivsed – ning kontrollgrupi puudumise tõttu ei ole võimalik täpselt välja selgitada konkreetse meetme mõju tervisekäitumisele ning selle kaudu tervisenäitajatele. Küll aga on Nutridata heaks võimaluseks, mida **kasutada SVH-dega patsientide ja/või laiemalt seisundipõhise ja/või inimkesksel tervisekäitumise alasel nõustamisel toitumissoovituste näitlikustamiseks ning nende järgimise hõlpsamaks muutmiseks.**

Intervjueeritud tervisevaldkonna eksperdid tegid SVH-de ennetamise soodustamiseks ning SVH-de riskirühma kuuluvate inimeste kõnetamiseks ettepaneku kasutada inimese **eluviisi analüüsimisel ning soovituste andmisel senisest rohkem ka töötervishoiuarste**, nt lisada tervisekontrolli paketti kohustuslik eluviisialane nõustamine. Kuna töötervishoiuarsti vastuvõtule jõuab inimene ka siis, kui tal veel otseseid kaebusi ei ole, võimaldab see pöörata inimese tähelepanu vajalikele muutustele eluviisides enne nende kaebuste tekkimist ja potentsiaalselt ennetada krooniliste haiguste väljakujunemist.

Eluviisisoovitusete ning tervisliku eluviisi alase nõustamise mõju Eestis palju uuritud ei ole, kuna sageli on tegemist sotsiaalkampaaniatega käigus kogu elanikkonnale antavate soovitustega, mille mõju hindamine on keeruline. Eesrindlikuks näiteks on aga projekt „Personaalmehitsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südame-veresoonkonna haiguste täppisennetuses“³⁴⁵, mille raames on uuritud juhuslikustatud kliinilises uuringus, **kuidas personaliseeritud haigusriske ja geneetilist infot arvesse võttes on võimalik SVH-sid tõhusamalt ennetada nii rahvastiku kui ka üksikisiku tasemel.** Uuringu tulemuste alusel töötati välja **SVH-de personaliseeritud ennetuse teenuse mudel**, mis kujutab endast söeluuringut, mille sihtrühma moodustasid üldrahvastiku naised vanuses 40–70 ja mehed vanuses 30–65 eluaastat, kellel ei ole diagnoositud SVH-sid. **Perearst pakkus selle programmi raames vastavas eas patsiendile võimalust alustada personaliseeritud ennetusega.** Kui inimesel esines üks või enam SVH-de riskitegurit, hinnati ka teiste oluliste riskitegurite esinemist ning kogutud andmete põhjal arvutati isiku SVH-desse haigestumise koondrisk. Kõrgenenud riski korral nõustas perearst inimest tervisekäitumise suhtes ning vajaduse korral alustati ennetavat ravi. **See nõustamine hõlmas suures osas just soovitusi sobiva eluviisi järgimiseks ehk toitumis- ja liikumissoovitusi.** Ka kasutati nõustamisel võimalusel MI tehnikaid.

SVH-de personaliseeritud ennetuse strateegiat võrreldi Eesti tavapraktikaga ning leiti, et selle rakendamine vähendab infarkti esmahaigestumist 25% võrra. Lisaks tehti teenuse kulutõhususe analüüs, mille käigus hinnati lisaks tervisele ka teenuse majanduslikku mõju. SVH-de personaliseeritud ennetuse teenuse mudelit kasutades oli kulu ennetusele geneetilise riski tuvastamisest ning personaalsest nõustamisest tulenevalt suurem kui tavapraktikat järgides. Samas võimaldas mudeli kasutamine suurendada tervena elatud aastate arvu ning kuigi kulu ennetusele kasvas, võimaldas see samas vähendada ravile tehtavaid kulutusi. Väljatöötatud teenuse mudel võimaldab anda patsiendile täpsemaid ja personaalsemaid eluviisisoovitusi ning nende vajadust inimesele arusaadavas vormis näitlikustada, **muutes soovitused rohkem isikustatuks ning just selle patsiendi ja tema tervise seisundiga seotuks.** Selline lähenemine ühtib praktikaga, mida praegu kasutavad eriõed – selgitada patsiendile tema tervise hetkeseisundit ning rääkida võimalikest

³⁴⁵ estPerMed I (konsortium). (2021). Personaalmehitsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südame-veresoonkonna haiguste täppisennetuses 2018-2021.

positiivsetest aga ka negatiivsetest tervisemuutustest, mis võivad sõltuda patsiendi tervisekäitumisest. Selline lähenemine panustab otseselt inimkeskse meditsiini arengusse ning võib mõjuda patsiendile motiveerivamalt. **Sellise sekkumise edaspidine jõulisem rakendamine võimaldaks suunata eluviisisoovitusi, mis tihtipeale jäävad pigem üldiseks, konkreetselt kindlale sihtrühmale ning ka selgitada, miks on neid konkreetseid eluviisisoovitusi oluline järgida ning kuidas võib see mõjutada patsiendi terviseseisundit tulevikus.**

PILOOTPROJEKT PERSONAALMEDITSIINI KLIINILISED JUHTPROJEKTID RINNAVÄHI JA SÜDAME-VERESONKONNAHAIGUSTE TÄPPISENNETUSES

72 perearsti kasutasid uuringu teostamisel IT-tööriista, mis arvutas riskitegureid, arvestades inimese SVH-de koondriski. Tööriist võimaldas:

- ✓ nende personaalset riski patsientidele visuaalselt esitada;
- ✓ paremini selgitada, kuidas erinevad riskitegurid muudavad nende riski haigestuda ja surra müokardiinfarkti;
- ✓ missuguse riskiteguri vähendamisele on oluline enim tähelepanu suunata;
- ✓ mida tuleks selle jaoks teha.

Uuringusse kutsuti 1018 kõrge SVH-de riskiga Tartu Ülikooli Eesti geenivaramu geenidoonorit. Leiti, et teadmine oma kõrgest geeniriskist koos professionaalse nõustamise ja ennetava raviga mõjutas olulisemaid SVH-de riskitegureid (kehakaal, suitsetamine, kõrge süstoolse vererõhu tase ja suur kolesteroolisisaldus) ning südamehaiguste riski. Suurem muutus ilmnis sekkumisrühma isikute vererõhu ja kolesterooli näitajates ning väiksem tervisekäitumisega seotud näitajates (kehakaal, vööümbermõõt).

Uuringus osalenud patsiendid ja perearstid pidasid sellise konkreetsele isikule suunatud sekkumise igapäevaselt tervishoius rakendamist võimalikuks ja soovitavaks.

6.2. VT ja terviseharituse praktikad Eestis

Euroopas kasutusel oleva definitsiooni kohaselt on üheks peremeditsiini iseloomustavaks tunnuseks lähenemine patsiendile n-ö biopsühhosotsiaalselt. Sellest lähtuvad ka Eesti tervishoiutöötajad arvestades ja tegeledes oma töös inimese terviseprobleemidega, mis väljenduvad nii füüsiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete, kultuuriliste kui eksistentsiaalsete ilmingutena³⁴⁶. **Viimasel 25 aastal on Eesti perearstidele korraldatud ka üha rohkem koolitusi inimese VT hoidmise, nõustamise ja ravimise osas.** Ka on näiteks pereõenduse tegevusjuhises ptk 3.2.³⁴⁷ on antud juhised, kuidas käituda VT probleemidega patsiendi pereõe vastuvõtu korral. Ärevushäiretega inimeste puhul on pereõdedele antud soovitusel tuvastada häire põhিতunnused ja olemus, tutvustada patsiendile vastavat patsiendijuhendit ning töövihikut, õpetada eneseabi võtteid ja jälgida (retsept)ravimite

³⁴⁶ Kalda, R., Maaros, H.-I., Rätsep, A. (2012). Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020.

³⁴⁷ Eesti Haigekassa. (2021). Pereõenduse tegevusjuhend.

tarbimist ja väljaostmist, seega on **pereõed juba praegu Eestis praktiseerimas terviseharituse meetmeid ka VT häiretega (eeskätt ärevushäiretega) patsientidega.**

Kui üldiselt on Eesti VT ekspertide hinnangul inimeste VT alane terviseharituse ajas üha parem, siis toodi intervjuudes välja, et ajakirjanduses ja meedias levib paraku ka palju kaheldava tõenduspõhisusega informatsiooni ning inimesed võivad üles noppida ka ebateaduslikku informatsiooni. Seega on üldiselt heas suunas liikunud Eestis VT alase teadlikkuse osas informeerimine, kuid hetkel on vajaka kriitilise mõtlemise arendamist seoses VT praktikatega. Intervjueeritud pakkusid välja, et tuleks nt alustada süsteemset n-ö kvaliteedimärgiste lisamist VT alasele infole, mis aitaks inimestel hõlpsamini orienteeruda infomüras ning mõista, milline VT alane info on kvaliteetne ja tõenduspõhine.

Eesti eksperdid tõid ka välja, et **terviseharituse puhul esineb selge erinevus vanusegruppide vahel: nooremad inimesed (ca alla 45-aastased) on oluliselt teadlikumad sellest, kuidas oma (vaimse) tervise eest ise hoolt kanda.** Siiski pidasid nad oluliseks noorte seas veel jõulisemalt eeskätt ärevuse ja depressiooni alaste teadmiste ja oskuste edendamist, kuna nad on oma praktikas näinud, et puudulike psühhohariduslike teadmiste ja oskuste tõttu võivad noored püüda oma (tugevaid) emotsioone reguleerida enesevigastamisega. Ka on VT spetsialistid ja praktikud üheselt seisukohal, et **on oluline jätkata Eestis elanikkonna tasandil psühhoharimist ning VT häirete destigmatiseerimist. Destigmatiseerimise puhul on oluline sihitada see spetsiaalselt ka neile sihtühmadele, kes on seni VT teemade osas olnud ükskõiksed ja distantseerunud.**

Sarnaselt teiste ekspertidega tõid ka intervjueeritud VT spetsialistid välja **terviseharituse meetmete rakendamise killustatuse Eestis: pole teada, kes mille eest vastutab, milliseid eesmärke täita püütakse ning kes mida teeb.** Leiti, et terviseharituse osas peaks olema ühtne (riiklik) tegevuskava ning üks juhtasutus peaks leppima kokku pädevused, tööjaotuse, strateegia, kokkulepped jms. Eesti VT praktikud olid ka ühtselt seisukohal, et inimese tervise teekonda peaks tsentraalselt riiklikult sekkuma, et muuta inimese liikumine teenuste vahel tõhusamaks ning et suurendada inimese tervise kui terviku käsitlemist tervishoiusüsteemis, näitena toodi VT valdkonna raviteekonnad³⁴⁸. Pikas perspektiivis peaks VT alane terviseharitus keskenduma ennetusele, kuid praegu tuleb suuresti tegeleda ka veel leevendusega.

Oluliseks pidasid Eesti eksperdid seda, et (VT alase) terviseharituse edendamisega tegeletaks mitmel tasandil ning üle terve elukaare:

- Meedia ja avalik teavitustöö: eesmärk tegeleda VT teemade destigmatiseerimisega, VT alase passiivse psühhoharimisega jms, kuna pikaajalisel ja süsteemsel psühhoharimisel on oluline pikaajaline mõju ühiskonnas VT teemade osas positiivse fooni loomisel. Intervjuudes toodi välja ka nt ajakirjanike kaasamist, et meedias kajastatav info oleks teaduspõhine ning et kasutataks korrektseid termineid, mis aitaks kaasa VT teemade destigmatiseerimisele.
- Haridussüsteem ja õppekavad: koolides peaks terviseharituse komponent, sh VT teemad, olema integreeritud õppekavadesse ning peaks praktikas monitoorima, kui efektiivselt neid teemasid õppetöös käsitletakse; samuti peaks süstemaatilisemalt ja jõulisemalt rakendada haridusasutustes programme nagu kiusamisvastane programm KIVA³⁴⁹.

³⁴⁸ Eesti Haigekassa. (2021). Depressiooniga tööealise inimese raviteekonna kaardistamine ja analüüs.

³⁴⁹ <https://eesti.kivaprogram.net/>

- Töökohtades peaks pöörama rohkem tähelepanu inimeste VT-le ja selle hoidmisele: eesmärgiks on psühhosotsiaalset heaolu toetavad töökohad, samuti peaks tervishoiuarstid (oma visiitides) olema VT teemadel pädevamad ja aktiivsemad ning saama rohkem selleteemalisi koolitusi.
- VT alased koolitused töötutele: Ka Töötukassa peaks arvestama VT koolitustele suunamisega ja VT alase psühhoharimisega, pikaajaline töötus suurendab tõenäosust, et inimesel oleks vajalik VT alast tuge nt motivatsiooni hoidmisel ja/või tõstmisel, kui töökoha otsingud ei ole tulemust andnud.
- Vanemaerialiste puhul peaks pöörama VT teemadele tähelepanu seoses hooldusvajadusega ja samuti peaks pöörama tähelepanu ka vanemaerialiste hooldaja(te)le seoses hoolduskoormusega.
- Tervishoiutöötajatel (ka neil, kes ei tegutse otseselt VT valdkonnas) peaksid olema teadmised ja oskused VT alaseks terviseharimiseks, VT ja eluviisioovituste osas peaks jõudsamalt suunama VT eriõdede juurde.
- VT õdede kaasamine: VT õdede süsteemsem koolitamine VT patsientide individuaalseks nõustamiseks, sh andmaks patsiendile personaliseeritud eluviisioovitusi. VT õdede poolt on valmisolek selleks olemas, et jõulisemalt suunata VT probleemidega inimesi nende nõustamisele; samuti on seisundipõhiste (eluviisi)nõuannete andmisel oluline roll igasugustel teistel eriõdedel.
- Oluline on lapsevanematele teadmiste ja oskuste võimaldamine, et tegeleda laste ja noorte VT ka kodus, kuna on leitud, et lapsevanemate käitumisel, teadmistel ja hoiakutel VT osas on oluline mõju laste ja noorte tervisele.
- Grupisekkumised neile, kel on spetsiifilise toe vajadus (näitena toodi Imeliste Aastate vanemlusprogrammi koolitus³⁵⁰).
- Individuaalsel tasandil on oluline inimese personaalsete vajaduste arvesse võtmine, biopsühhosotsiaalne ja inimkeskne lähenemine patsiendile tervishoiusüsteemis.
- Peaks jõulisemalt ära kasutama ja edasi arendama (vaimse) tervise edendamisele suunatud ja nii tervishoiutöötajatele abivahendiks mõeldud kui ka inimestele enda tervisekäitumise hõlbustamiseks mõeldud e-lahendusi ja veebiprogramme.

6.2.1. Passiivne psühhoharimine

VT alase info levitamist ehk passiivset psühhoharimist on Eestis tehtud viimastel aastatel üha tihedamalt ja laialdasemalt. Tõenäoliselt tuleneb see vähemalt osaliselt sellest, et ülemaailmselt on VT teemad ühiskonnas rohkem esindatud ja VT häired ning nende sümptomid rohkem teadvustatud. Teisalt on nii Eestis kui mujal ka üha rohkem inimesi, kes VT osas abi ja nõu vajavad. Kolmandaks faktoriks võib olla ka see, et nõudlus VT spetsialistide (kliinilised psühholoogid, nõustajad, VT õed jm) järele ületab oluliselt VT spetsialistide ja teenuste tegeliku kättesaadavuse, mistõttu on oluline jagada sellekohast infot laiemalt ka passiivselt.

Eestis on hetkel olulisim ja tegusaim VT psühhoharimise eestvedaja MTÜ Peaasjad³⁵¹, kelle eesmärk on muuta VT tavapäraseks ja nähtavaks osaks meie elus jagades sellealast infot ning püüdes seeläbi vähendada ka psüühikahäiretest põhjustatud vaevuste hulka, kusjuures eraldi murekohana on märgitud just depressiooni ja ärevushäirete suurt osakaalu Eesti elanikkonnas. Intervjueeritud Eesti spetsialistid töid kõik välja, et MTÜ Peaasjad on teinud VT terviseharituse osas Eestis väga head

³⁵⁰ <https://tarkvanem.ee/koolitused/imelised-aastad/>

³⁵¹ <https://peaasi.ee/>

ja eesrindlikku tööd ning mainiti ka, et teadaolevalt pole võrdväärset riikliku asutust, mis täna tegeleks süstemaatiliselt VT teemade edendamisega.

MTÜ Peasjad on aktiivselt praktiseerinud nii erinevaid passiivseid kui aktiivseid psühhohariduslikke meetmeid, sh on nende kampaaniad ja koolitused nii VT hoidva ja edendava, VT häireid ennetava ja leevendava ning VT-ga seotud stigmade vähendamise seotud sisu ja eesmärkidega. Lisaks sellele, et MTÜ Peasjad veebilehel on võimalik saada (tasuta) e-nõustamist, pakutakse ka koolitusi ja e-kursusi erinevatele sihtrühmadele ning korraldatakse laiaulatuslikke kampaaniaid. **MTÜ Peasjad kodulehel on terve hulk VT alast audio-, video- ja tekstimaterjali ning võimalus sooritada eneseteste VT teemadel.** Kuigi MTÜ Peasjad peamiseks sihtrühmaks on 16-26-aastased noored, on ka nende endi sõnul kogu nende passiivne psühhoharimine suunatud enamasti siiski kogu Eesti rahvastikule. Teatud määral on siiski loodud ka spetsiifilisematele sihtrühmadele suunatud kampaaniaid ning nende endi sõnul on näiteks meeste VT edendamine üheks oluliseks tulevikusuunaks.

MTÜ Peasjad poolt on loodud ka eraldi **veebileht ja programm vaimse tervise esmaabiks.** Kuigi VT esmaabi edendamisel kasutatud peamiselt interaktiivseid psühhoharimise meetodeid (vt ptk 6.3.2.), on veebilehel on kättesaadav ka lai valik informatiivse sisuga video-, audio- ja tekstimaterjale passiivse psühhoharimise vormis. Lisaks on tasuta kättesaadav ehk alla laaditav VT töövihik. Materjalid on kättesaadavad nii eesti- kui venekeelsetena. **Seega omab suur osa MTÜ Peasjad tegevustest hea näitena nii passiivset kui interaktiivset psühhoharimise komponenti.** Passiivsed psühhohariduslikud meetmed, mida MTÜ Peasjad Eestis rakendanud on, hõlmavad:

- VT infomaterjalide jagamine oma veebilehel ja füüsilistel infobrošüüridel;
- VT esmaabi veebileht³⁵²;
- videomaterjalid veebilehel ja YouTube platvormil;
- MTÜ Peasjad taskuhääling Pearaadio, kus saatejuhtideks on Eestis oma erialal tuntud inimesed ning külalisteks VT spetsialistid ja koolitajad;
- laiaulatuslikud kampaaniad (nt suitsiidiennetuskaup Olen olemas, VT hoidmise ja edendamise kampaania Tasakaal on peasi, COVID-19 pandeemiaga seotud VT kampaania Püsime koos, meeste suunatud VT kampaania Kuulan meest jms).

Sarnaselt MTÜ-le Peasjad on passiivse psühhoharidusliku sisuga avalikke infopostitusi jaganud oma veebilehel ka e-nõustamisplatvorm **MTÜ Lahendus.net**³⁵³. Ka on Lahendus.net veebilehel antud põhjalikum info selle kohta, kus Eestis ja millist VT alast professionaalset abi ja nõu on võimalik saada ning abivajajaid juhivad vastava professionaali juurde ka Lahendus.net vabatahtlikud nõustajad. See on oluline, kuna ka Eesti eksperdid tõid välja, et inimestel puudub tihti arusaam ja teadlikkus, kuidas jõuda Eestis professionaalse VT abini ning kuidas eristada ja aru saada, et VT spetsialist on professionaalsete pädevustega, st omab tõenduspõhist väljaõpet ja/või kutsestanradit VT alase abi pakkumiseks. **Seega on Lahendus.net lehel olev andmebaas oluliseks heaks näiteks sellest, kuidas kommunikeerida Eesti inimestele professionaalset VT abi võimalusi.** Andmebaasis on võimalik rakendada ka filtreid, et leida just enda asukohast ja probleemi kategooriast lähtuv asutus.

³⁵² <https://esmaabi.peaasi.ee/>

³⁵³ <https://lahendus.net/>

Infot VT hoidmisest ning praktilisi nippe ja soovitusi ärevuse ja masenduse leevendamiseks jagatakse ka **Vaikuseminutid veebilehel**³⁵⁴ ning olulist teavitustööd VT teemade edendamiseks on teinud ka Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon **VATEK oma veebilehel enesetunne.ee**³⁵⁵. Samuti on VT teemasid käsitlenud oma infomaterjalides ja kampaaniates ka **Tervise Arengu Instituut** ning **Terviseinfo.ee**³⁵⁶. **Seega on Eestis mitmeid (peamiselt digitaalsel teel) passiivset psühhoharimist pakkuvaid organisatsioone ja algatusi, kus infot jagatakse nii VT-st kui VT häiretest üldiselt aga antakse ka praktilisi nõuandeid, kuidas enda VT hoida, parandada ja VT häire sümptomeid leevendada.**

Lisaks pakutakse üha rohkem VT materjale ja koolitusi ehk **tegeletakse passiivse ja aktiivse psühhoharimisega nii haridusasutustes kui töökohtades**. Näiteks Tartu Ülikool on oma töötajatele võimaldanud osaleda ärevuse juhtimise ja ärevusega toimetuleku, vaimse tervise esmaabi ning kolleegi VT toetamise koolitustel. VT lastele kampaaniatele ja koolitustele on Eesti ekspertide sõnul andnud olulist hoogu pandeemiaaeg. Eestis on ka tervist edendavate töökohtade võrgustik³⁵⁷, mis jagab suuniseid ja materjale selleks, et ka töökohtades terviseetemade (sh VT) edendamist kavandada ja realiseerida³⁵⁸. Eesti VT eksperdid olid üheselt seisukohal, et VT teemadele peaks töökohtades oluliselt rohkem tähelepanu pöörama ning VT teemadega peaks jõulisemalt tegelema ka töötervishoiuarstid.

Passiivsete psühhohariduslike kampaaniate korraldamisel on oluline info edastamine selges formaadis ja sihtrühmale arusaadavas keeles. Sama kampaania puhul võib seega keelekasutus erineda natuke vastavalt sellele, kas materjalid on suunatud lastele ja noortele, organisatsioonidele või hoopis õpetajatele ja/või tervishoiutöötajatele. MTÜ Peasjad kogemuse näitel on võimalik sama sisuga kampaaniat ja/või koolitust ehk nii passiivseid kui aktiivseid psühhohariduslike meetmeid suunata erinevatele sihtrühmadele. **Oluline on seejuures hea koostöö sihtrühma esindava kontaktisikuga:** näiteks töökohtadesse ja organisatsioonidesse jõudmiseks on oluline roll personali- ja/või koolitusjuhil, koolide ja lasteaedade puhul huvijuhtidel ja klassijuhatajatel. Teavitustöö tegemiseks võimalikest kampaaniatest on oluline ka võrgustike kaudu info levitamine (nt Tööandjate Keskliidu, PARE vms). Samas on paratamatult nii passiivsetes kui aktiivsetes psühhohariduslikes meetmetes kaasa löömiseks rohkem koostööaltimad need huvigrupid ja organisatsioonid, kellel juba iseenesest on kõrgem VT teadlikkus ja oskused probleeme märgata. **Väljakutseks on kaasata VT terviseharituse praktikatesse rohkem ka neid sihtrühmi, kes ise VT probleeme teadustada hetkel ei pruugi.** Selleks on vajalik paremini tundma õppida nende konkreetsete sihtrühmade jaoks olulisi teemasid ning läheneda neile nende huvidest lähtuvalt – **üheks võimaluseks seda teha on kaasata sihtrühma esindajad sekkumise disaini juurde.**

Hetkel on Eestis erinevate VT kampaaniatega seotud eksperdid, spetsialistid ja koolitajad tihti kaasa löönud kas tasuta või sümboolse summa eest. **Seega on selliste VT terviseharituse sekkumiste väljatöötamises ja realiseerimises vaja veel süsteemseid samme astuda, et eestvedajad ja osalised õiglaselt tasustatud saaksid.** Eestis VT terviseharituse praktikatega kokku puutunud eksperdid tõid välja, et VT kampaaniate ja koolituste väljatöötamiseks vastavate ekspertide kaasamisel on vajalik arvestada pigem tervishoiu valdkonnas erasektorite koolituste hinnakirjaga.

³⁵⁴ <https://vaikuseminutid.ee/>

³⁵⁵ <https://enesetunne.ee/>

³⁵⁶ <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/vaimne-tervis>

³⁵⁷ <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tookohal/tervist-edendavate-tookohtade-tet-vorgustik/vorgustiku-liikmed>

³⁵⁸ <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tookohal/olulised-abimaterjalid>

Mitmed VT kampaaniad jm psühhohariduslikud sekkumised on üldiselt olnud rahastatud eeskätt partnerlusrahastusest, seda nii riigiasutuste (nt Sotsiaalministeerium, Haigekassa), aga ka eraettevõtete poolt.

Intervjuudes toodi välja, et psühhoharidusliku meetme alla käivate kampaaniate ja komplekssekkumiste mõjusid on tihti keeruline hinnata. Esiteks on selliste meetmete puhul inimesteni jõudmine enamasti passiivne ja vabatahtlik, st on raske täpselt mõõta, kuivõrd paljude inimesteni kampaania otseselt jõuab. Teiseks on raske määratleda konkreetseid indikaatoreid, mille alusel mõju hinnata, kuna enamasti on kampaaniad suunatud laiale sihtrühmale ning käsitletakse korraga mitmeid erinevaid teemasid. Kolmandaks on enamasti raskendatud hinnata indikaatorite baastaset, nt inimese VT harituse taset enne kampaaniat. Siiski on näiteks MTÜ Peaasjad jaoks oma kampaaniate (ja koolituste) tulemuslikkuse ja mõju hindamine väga oluline ning nad on püüdnud seda teha olemasolevate vahendite ja võimalustega saates välja näiteks tagasisideküsimustikke. Oluline on aga suunata rohkem ressursse selleks, **et psühhohariduslike meetmete** (nii aktiivsete kui passiivsete) **disainimise, realiseerimise ja järeltegevuste juurde oleks kaasatud spetsiaalsete pädevuste ja oskustega inimene tulemuslikkuse hindamiseks**. Sel inimesel või inimeste rühmal peaks olema head oskused ja teadmised tulemusuuringute läbiviimisest ning andmeanalüüsimeetoditest. Spetsiaalse inimese kaasamine võimaldab mõelda tulemuslikkuse- ja mõjude hindamisele juba sekkumiste disainimisel, koguda andmeid usaldusväärsel ja võimalikult suurt täpsusastet tagaval moel ning viia läbi võimekamaid ja valiidsamaid andmeanalüüse, mille põhjal saab mitte ainult anda ülevaadet meetmete tulemuslikkusest ja mõjust, vaid anda ka konkreetsemaid vajaduspõhiseid soovitusi meetmete edasiseks arendamiseks ja parandamiseks.

Eesti ekspertide sõnul on endiselt oluline VT teemadega seotud stigmate vähendamine ühiskonnas. See on oluline ühest küljest nii seetõttu, et vähendada VT häiretega krooniliste haigete vaevusi seoses häbimärgistamise ja hukkamõistuga, kuid teisalt ka selleks, et laiemal määral ennetada ja leevendada VT probleeme erinevates sihtrühmades. Endiselt on suur hulk inimesi, kes ei oska (või ei soovi) märgata ega teadustada VT häire sümptomeid ja/või suhtuvad VT teemadesse skeptiliselt ja hukkamõistvalt. Sinna hulka kuuluvad ka inimesed, kel tegelikkuses võib endal VT häire (eeskätt ärevuse ja depressiooni) sümptomeid esineda, kuid kes VT teemadest distantseerituse tõttu vastava abini ei jõua. **Seega peaks edaspidi VT terviseharituses veelgi enam pidama silmas VT teemade destigmatiseerimist Eesti ühiskonnas üldiselt, kuid keskendumata konkreetsetele erinevatele sihtrühmadele.**

Üheks laiaulatuslikumaks passiivseks psühhoharimise näiteks riiklikul tasandil võib tuua MTÜ Peaasjad poolt 2021. aastal korraldatud Tasakaal on peasi kampaaniat³⁵⁹, kus jagati olulist infot ja praktilisi nõuandeid VT hoidmiseks, sh nii ärevus- kui depressioonisümptomite leevendamiseks.

³⁵⁹ <https://peaasi.ee/vaimse-tervise-vitamiinid/>

TASAKAAL ON PEAASI

Kampaania „Tasakaal on peaasi“ eesmärk on pöörata tähelepanu viiele valdkonnale, mis inimese VT-d mõjutavad, ning anda infot ja pakkuda praktilisi nõuandeid, kuidas inimene ise saaks leida neis viies valdkonnas tasakaalu parandamiseks ja/või hoidmaks oma VT-d. Kampaania raames nimetati neid valdkondasid kui VT vitamiine ning kampaania sihtrühmaks oli kogu rahvastik, kuna eesmärgiks oli ennetada ja/või leevendada VT probleeme Eestis. Need viis valdkonda, millele kampaanias põhjalikumalt keskenduti, olid:

- 1) head suhted ja sotsiaalsus;
- 2) tasakaalustatud toitumine;
- 3) uni ja puhkamine;
- 4) meeldivate emotsioonide kogemine;
- 5) liikumine ning füüsiline aktiivsus.

Igat teemanädalat oli võimalik omas tempos läbida iseseisvalt või koos teistega (nt pere, töökollektiivi, meeskonna ja/või sõpradega). Infot jagati peamiselt veebilehtedel, kuid ka füüsiliste infobrošüüride ja kampaaniat tutvustavate plakatite abil linnaruumis. Oluline osa oli ka YouTube keskkonda laetud videomaterjalil. Iga nädal oli fookuses üks viiest valdkonnast ning jagati infot, kuidas selle valdkonna kaudu oma VT-d positiivselt mõjutada ja jagati nippe ning nõuandeid, kuidas paremat tasakaalu leida.

Interaktiivse lisana on võimalik sooritada ka enesetest, et hinnata, millises seisus inimesel need viis valdkonda on. Lisaks oli võimalik interaktiivsust suurendada ka arvutis või väljaprintitult töölehte kasutades, kuhu on võimalik kirja panna oma lemmiknipid. Seega ei kasutanud antud kampaania mitte üksnes passiivse psühhoarimise meetodeid, vaid võimaldas inimestel ka aktiivsemalt kaasa lüüa.

Iga valdkonna materjalide (tekstid, brošüürid, videomaterjalid, harjutuste juhised, nipid ja nõuanded) juures oli võimalik valida, kas tegutseda antud teemaga:

- ✓ iseseisvalt;
- ✓ meeskonnas;
- ✓ õpetaja õpilasega.

MTÜ Peasjad mõõdab oma kampaaniate puhul seda, kui paljude inimesteni kampaaniaga jõuti, tellides uuringuid või viies läbi järeloküsitlusi. Küsitluste eesmärk on mõõta, kui paljud inimesed on kampaaniast kuulnud, selle sisust aru saanud ja saanud teadmisi ka praktiseerinud. Ka on küsitud tagasisidet partnerite kontaktisikutelt (nt koolides huvijuhtidelt, organisatsioonides koolitus- ja/või personalijuhtidelt).

6.2.2. Interaktiivne psühhoarimine

Lisaks passiivsetele psühhoarimisele on Eestis üha rohkem pakutud ka interaktiivseid psühhoariduslikke koolitusi, töötubasid ja programme. **Tihti käivad passiivne ja interaktiivne psühhoarimine käsikäes:** esmalt antakse inimestele vajalik info teoreetilisel moel n-ö passiivse

psühhoharimise kaudu ning siis kinnistatakse ja arendatakse saadud teadmisi ning oskusi interaktiivsetes psühhohariduslikes koolitustes, programmides, töötubades vms.

Interaktiivsed psühhoharimise sekkumised, mida MTÜ Peaasjad pakuvad, hõlmavad:

- VT esmaabi koolitust;
- meeleolu parandamise e-kursust;
- VT töövihikuid (ärevuse, depressiooni ja VT esmaabi versioon);
- koolitusi tellimustööül – MTÜ Peaasjad sõnul on hetkel suurim osa nende koolitusi tellimustööül firmade ja organisatsioonide poolt.

Lisaks pakuvad MTÜ Peaasjad tööandjatele võimalust nendega koostöös viia töökohas läbi töötajate emotsionaalse enesetunde mõõtmise ning saada selle kohta (anonüümne) kokkuvõte. Siiski kehtib MTÜ Peaasjad sõnul sarnaselt passiivsete psühhohariduslike meetmetega ka aktiivsete psühhohariduslike meetmete puhul see, et **koolitusteni jõuavad tihti just need sihtrühmad, kel juba on kõrgem VT terviseharituse tase** ehk teadlikkust VT hoidmisest, VT häiretest ning kel on antud teemaga seoses vähem stigmasid.

MTÜ Peaasjad kodulehel on võimalik registreerida end VT esmaabi koolitusele, mis on avatud kõigile huvilistele. Siiski on jagatud koolituste toimumised sihtrühmade kaupa ning osadele sihtrühmadele, kes puutuvad oma töös VT teemadega tihemini kokku, pakutakse koolituse võimalust tasuta: nt on seda võimalust pakutud haridus-, meditsiini- ja noorsootöö asutuste töötajatele. Koolitusi korraldavad MTÜ Peaasjad ja Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing ning **koolituste eesmärk on arendada põhilisi oskusi ja põhimõtteid, mille alusel pakkuda teistele VT esmaabi**. Koolituse läbinu peaks oskama kasutada teise VT esmaseks toetamiseks VT esmaabi tegevuskava põhisamme, tundma ära erinevatele VT probleemidele viitava käitumise ja olulised riskifaktorid ning mõistma häbimärgistamise mõju VT häirega inimesele. Koolitusi viivad läbi (kliinilised) psühholoogid, nõustajad, koolitajad, konsultandid, sotsiaalpedagoogid ja muud psühholoogia haridusega inimesed ning neid viiakse läbi nii eesti, inglise kui vene keeles. Lisaks on pärast koolituse lõppu osalejale võimalik liituda ka VT esmaabi andjate kogukonna grupiga, mis võimaldab neil olla kursis jätkukoolituste ja vabatahtliku panustamise võimalustega ning rääkida kaasa VT esmaabi valdkonna edendamisel. Koolituste korraldamist ja toimumist on rahastanud nii riigiasutused, eraettevõtted kui annetusplatvormid. **MTÜ Peaasjad kodulehel on öeldud, et varasemate VT esmaabi koolituste tulemusel on osalejad saanud selgeks esmaabi põhisammud kui ka muutunud oluliselt julgemaks abi osutamisel**. Nende eesmärgiks on, et vähemalt 1% eestlastest omandaks VT esmaabi oskused.

Samuti pakub alates 2022. aastast tasuta psühholoogilise esmaabi osutamise e-kursust ka Sotsiaalkindlustusamet (SKA). Selleks on loodud kasutajasõbralik veebileht, kus on olemas teksti- ja videomaterjalid ning ülesanded ja testid koolituse läbimiseks ja teadmiste kontrollimiseks. Kursus on tehtud lihtsasti läbitavaks ning orienteeruvaks ajakulaks selle läbimisel on kolm tundi. Samuti on SKA kodulehel kättesaadavad juhendid (ehk passiivse psühhoharimise meetmed) psühholoogilise esmaabi andmiseks. Materjalid on olemas nii eesti, vene, inglise kui ka ukraina keeles, lisaks on lehel toodud ka info psühhosotsiaalse abi kanalite kohta.

Erinevaid VT alaseid koolitusi ja töötube spetsiifilisematele sihtrühmadele pakuvad Eestis veel mitmed organisatsioonid. Näiteks **TAI kodulehel** on võimalik koolituskalendris jälgida ka VT teemadega seotud korraldatavaid koolitusi (nt Suhtlemisoskuse tarkused tervise teenistuses).

Koolitusi pakutakse nii eesti kui vene keeles ning erinevatele sihtrühmadele. VT eksperdid töid intervjuudes positiivse näitena ärevuse ja stressiga toimetuleku toetamisest ka **Vaikuseminutite programmi**, mis nende sõnul on näidanud tulemuslikkust stressitaseme langetamises ning positiivne näide töökohtadele suunatud interaktiivsest psühhoharimisest on Terviseinfo.ee veebilehel pakutavad koolitusvõimalused **Tervist edendavate töökohtade programmis**³⁶⁰. Intervjueeritud ekspertide sõnul peaks töökohtades VT hoidmise teemasid jõulisemalt edendama ning liikuma psühhosotsiaalselt arenenuma töökeskkonna poole.

Suurepärane näide tõenduspõhisest ja tulemuslikkuse hindamisele orienteeritud interaktiivsest psühhohariduslikust meetmest on Depressiooniga Toimetuleku Võrgustiku poolt läbiviidav **tõenduspõhisel kognitiiv-käitumuslikul teraapial (KKT) põhinev veebipõhine sekkumisprogramm iFightDepression. Programm on mõeldud depressioonipatsientidega töötavatele tervishoiutöötajatele ja VT spetsialistidele** ning nende depressioonipatsientidele³⁶¹. Programm on olnud kasutusel mitmetes Euroopa riikides ning selle väljaarendamise, rakendamise ja tulemuslikkuse kohta on avaldatud ka uuringuid³⁶². On leitud, et programm on efektiivne tööriist VT spetsialistidele kerge kuni mõõduka taseme depressioonipatsientidega töötamisel. Ka on 2019. aastal ilmunud teadusuuringus uuritud Eesti tervishoiutöötajate hoiakuid ja vastuvõtlikkust iFD ning sarnastele digitaalsetele programmidele: uuringu põhjal pooldavad **Eesti VT spetsialistid veebipõhiste programmide ja e-lahenduste kasutusele võtmist oma töös VT patsientidega**³⁶³. Negatiivse poolena toodi küll välja aja- ja energiakulu, mida programmi kasutusele võtmine nii VT spetsialisti enda koolitamise kui selle patsiendile tutvustamise näol nõuab, kuid hoolimata sellest olid enamik osalistest siiski valmis seda kui potentsiaalset efektiivset tööriista oma töös kasutama.

Siiski on nii uuringud näidanud kui ka Eesti eksperdid seisukohal, et nii VT koolituste kui ka veebipõhiste lisaprogrammide puhul on oluline VT spetsialisti olemasolu, mida ei ole võimalik asendada täielikult automatiseeritud lahendustega. **Samas on Eestis endiselt VT spetsialistide ja professionaalide puudus, st abivajajate hulgale ei ole proportsionaalselt vastavat hulka professionaalseid VT spetsialiste.**

³⁶⁰ Terviseinfo. (2022). Töökohta tervisedenduse koolitused. <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tookohal/tervise-edendamine-tookohal/tookoha-tervisedenduse-koolitused>

³⁶¹ <https://tool.ifightdepression.com/ee-AD/login>

³⁶² Arensman, E., et al. (2015). Depression awareness and self-management through the internet: protocol for an internationally standardized approach.

³⁶³ Sogomonjan, M., jt. (2019). A report on the survey. Attitudes of Estonian healthcare professionals to internet-delivered cognitive behavioural therapy.

iFIGHTDEPRESSION

iFightDepression veebipõhise (eneseabi)programmi teenus on suunatud esmatasandi tervishoiutöötajatele ja VT spetsialistidele ning nende patsientidele. Programmi eesmärk on pakkuda kerge või mõõduka depressiooniga patsiendile võimalus teraapiavälisel ajal oma depressiooni sümptomeid leevendada. Hetkel on Eestis selle programmi käivitamisel põhisihtrühmaks Pärnu tervishoiutöötajad. Programm baseerub kognitiiv-käitumuslikul teraapial. Veebirakendus sisaldab informatsiooni depressiooni paremaks mõistmiseks (ehk passiivne psühhoharimine, info edastamine) ning kasutajasõbralikke töölehti vajalike oskuste harjutamiseks (interaktiivne pool). Programmi kasutamist juhendab spetsiaalse (programmi kasutamise) koolituse läbinud tervisespetsialist (perearst, pereõde, psühholoog vm VT spetsialist), kes ka toetab kasutajat programmi läbimisel. Programmiga liitumine toimub depressioonipatsiendi jaoks samuti oma tervisespetsialisti kaudu, kes vastavalt oma äranägemisele patsiendile seda programmi soovitada võib.

Programmi pakub Euroopa Depressiooniga Toimetuleku Võrgustik (European Alliance Against Depression) ning seda rahastatakse Euroopa Liidu projektist. Eestis on programmi ka varasemalt testitud, kuid siis ei osutunud see vähese kasutajasõbralikkuse tõttu edukaks. Nüüd aga on käimas uus testvoor Pärnus. Tervishoiutöötajate kasutama värbamiseks jagatakse veebiprogrammi kohta infot meililistides ning korraldatakse infopäevi ja -üritusi. Just infoüritused on osutunud kõige efektiivsemaks meetodiks tervishoiutöötajates huvi äratamisel.

Veebiprogrammi on sisse disainitud võimalus sooritada meeleolust, mida tehakse nii programmi kasutamise alguses kui kasutamise vältel iga kahe nädala tagant. See võimaldab reaalajas jälgida muutusi depressioonipatsiendi meeleolus ehk annab otsese indikatsiooni, kas teraapia (sh programmi kasutamine) on mõjunud patsiendile positiivselt. Tulevikus soovitakse teha põhjalikumaid tulemuslikkuse uuringuid, kas ja kuidas programmi kasutamine Eestis õnnestunud on. Rahvusvaheliste uuringute põhjal on leitud, et veebiprogrammi kasutamine on efektiivne tööriist tervishoiutöötajatele, kes töötavad kerge kuni mõõduka depressiooniga patsientidega toimides pikendusega näost näkku teraapiale. Programmist on eraldi versioon noortele vanuses 15-25 ning täiskasvanutele alates 25. eluaastast.

2019. aastal ilmunud Eestis tehtud teadusuuringu tulemustel, mis hõlmas 22 Eesti tervishoiutöötaja arvamusi, ilmnes, et Eesti tervishoiutöötajate hinnangul on veebipõhised KKT-lahendused oluliseks abivahendiks patsientide paranemisel ning pakuti lausa, et need võiksid olla terviklikuks osaks VT teraapiast.

6.2.3. Eluviisisoovitused VT patsientidele

Kuigi teaduskirjanduses on üha rohkem infot selle kohta, kuidas nii toitumis-, magamis- kui liikumisharjumused mõjutavad vaimset heaolu ning VT häirete sümptomeid ja kuidas neil võib olla

seega oluline koht ka nii ärevushäirete kui depressiooni ravis, **on Eestis veel üsna vähe ravijuhiseid ja/või tervishoiutöötajate poolt tunnustatud ja kasutusel programme VT häiretega patsientidele, mis sisaldaksid muuseas ka eluviisioovitusi.**

VT ja eluviisiharjumuste vahelisele seosele on Eestis tähelepanu pööranud mitmed psühhohariduslikud meetmed (vt lähemalt ptk 6.3.1.): näiteks **MTÜ Peasjad kampaaniate raames on VT hoidmise ja VT häirete leevendamise eesmärgil saanud tähelepanu ka eluviisioovitused.** Nende kampaania Tasakaal on peaasi keskendubki erinevatesse valdkondadesse jagatud eluviisioovitustele, millega oma VT hoida ja/või VT häire sümptomeid leevendada. Liikumine, toitumine ja magamine moodustavad 3/5 selle kampaania kategooriatest. Kõigi nende teemade all on antud konkreetsed nõuanded ja nipid, mida selles kategoorias kas ise, meeskonnas või õpetaja koos õpilas(t)ega teha saaks, et oma eluviisi ja harjumustega VT hoidmisesse ja parandamisesse panustada. Samuti on käsitletud nii liikumise, une kui toitumise teemasid seoses VT hoidmisega ka Lahendus.net ajaveebi infopostitustes.

MTÜ Peasjad kodulehel on kättesaadav ka töövihik, mille eesmärk on aidata inimesel oma VT-ga seotud teemasid läbi mõelda ja kirja panna. Seda saab täita nii väljaprinditult füüsilisel kujul kui ka arvutis digitaalselt ning **töövihikus on fookuses igapäevased eluviisitegurid, harjumused ja mõttemustrid.** Näiteks on vihikusse võimalik märkida, mitu korda päevas süüakse, mitu tundi magatakse, mitu tundi liigutakse väljas värskes õhus ja/või tehakse trenni. Eesmärk on, et inimene õpiks kirja panemise teel ise analüüsima ja mõistma oma erinevaid eluviisitegureid ja harjumusi ning nende mõju ja seoseid oma VT-ga. **Seega sobib materjal oma VT ja eluviisiharjumuste seoste osas töötamiseks nii VT häirete ennetamiseks (ehk VT hoidmiseks tavainimesele) kui VT häire sümptomite leevendamiseks näiteks ärevusehäire /või depressiooniga patsientidele.** Töövihik on suunatud kuueteistaastastele ja vanematele ning töövihikut on võimalik täita nii iseseisvalt kui teistega.

Samuti on **WHO koostanud (eestikeelsed) materjalid eluviisioovitusteks** nii kuni viieaastastele lastele³⁶⁴, 5–17 aastastele ja ka täiskasvanutele³⁶⁵. Mõlemal juhul on sihtrühmaks aga eelkõige ametnikud, poliitikakujundajad, tervishoiutöötajad ning isikud, kes koostavad eri rühmadele füüsilise aktiivsuse suurendamise suuniseid. Soovituste sõnul aitab kehaline aktiivsus vähendada nii teatud haiguste (nt spetsiifiliste vähivormide, teist tüüpi diabeedi, kõrgvererõhktõve) riski, parandada kognitiivset funktsiooni, **parandada vaimset tervist (leevendada ärevuse ja depressiooni sümptomeid)**, parandada une kvaliteeti ja vähendada ka ülekaalulisust ja rasvumise riski. Samuti on kuni viieaastaste laste puhul toodud välja unesoovitused, kuna „lühem une kestus on ebasoodsalt seotud ülemäärase kehamassiga, emotsioonide reguleerimise, kasvu ja mõne kognitiivse arengu näitajaga“³⁶⁶. Seega täheldatakse tervislike eluviiside olulisust elukaare üleselt, kuid kuna juhised on loodud poliitikakujundajatele, tervishoiutöötajatele ja ametnikele, siis sõltub neist, mil määral ja kas see informatsioon ka tegeliku sihtrühmani jõuab.

Hetkel on seega veel võrdlemisi vähe näiteid toitumis-, magamis- ja/või liikumissoovituste integreerimisest nt ärevushäirete ja/või depressiooni ravijuhistesse ja/või VT patsientidele suunatud

³⁶⁴ Maailma Terviseorganisatsioon. (2022). Kuni viieaastaste laste kehalise aktiivsuse ja une soovitused.

³⁶⁵ Maailma Terviseorganisatsioon. (2021). Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) soovitused kehalise aktiivsuse ja istuva eluviisi kohta. Lühiülevaade

³⁶⁶ Maailma Terviseorganisatsioon. (2022). Kuni viieaastaste laste kehalise aktiivsuse ja une soovitused

raviprogrammidesse. **Siiski on sellele teatavat tähelepanu pööratud ärevushäire patsiendijuhendis³⁶⁷ ja perearstidele loodud depressiooni ravijuhendis³⁶⁸.**

Kuna konkreetseid depressiooni ja/või ärevushäirete patsientidele suunatud eluviisisoovitusi pole Eestis seni veel laialdaselt terviseharituse meetmena kasutatud, puudub ka info nende võimaliku tulemuslikkuse ja mõju kohta. Siiski on näha esimesi samme sel suunal, et eluviisisoovitustele kui omaette tervisehariduslikule praktikale ka VT tervishoiuteenuste pakkumise tasandil tähelepanu osutatakse, nt on tagasihoidlikud ja üldised soovitused juba osaks ärevushäire patsiendijuhendist.

PATSIENDI- JA RAVIJUHISED

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire patsiendijuhises on oma roll ka eluviisisoovitustel. Patsiendijuhise peatükk 4 eneseabi all on toodud üldised juhised ja eluviisisoovitused ärevusega toimetulekuks, mis on küll väga üldsõnalised ja ebamäärased. Näiteks soovitatakse toituda regulaarselt ning tasakaalustatult, vähendada liigset kofeiini- ja alkoholi tarbimist, olla kehaliselt aktiivne ning leida aega meeldivate tegevuste tegelemiseks.

Samuti on toodud **perearstide depressiooni ravijuhendis**, et füüsiline aktiivsus on oluline nii depressiooni ennetamisel kui ka raviplaanis. Toetudes Maailma Terviseorganisatsiooni soovitustele, soovitab ka ravijuhend täiskasvanutel tegeleda mõõduka kehalise tegevusega iga päev vähemalt 30 minutit, kuna regulaarne füüsiline aktiivsus aitab vähendada depressioonisümpptomeid.

6.3. MH-d ja terviseharituse praktikad Eestis

Nii dokumendianalüüsi kui ka MH-de spetsialistidega tehtud intervjuud näitasid, et selles valdkonnas on üheks aktiivseimaks seltsiks **Eesti Diabeediliit** (edaspidi Diabeediliit), kelle missiooniks on tõsta nii esimest kui teist tüüpi diabeediga isikute (tervise-)teadlikkust ja ka teadlikkust oma õigustest ja võimalustest (nt rehabilitatsioonirahade saamises). Samuti on teiseks väga aktiivseks liiduks Eestis **Diabeedikool**, kes pakub esimest tüüpi diabeediga isikutele (sh lastele ja nende peredele) koolitusi ja teenuseid, mis aitavad vastavalt diabeedi diagnoosile oma igapäevaelu kohandada. Samuti on üheks näiteks Eestis MH-de terviseharituse praktikast meditsiinitehnika ettevõtte AB Medical Group 2021. aastal diabeedipäeva raames läbi viidud **sinise õhupalli kampaania, mille eesmärgiks oli tõsta teadlikkust diabeedist³⁶⁹**. Kampaania raames pandi igale e-poe tellimusele kaasa sinine pall, mis sümboliseeris elu diabeediga: „Elu koos diabeediga võiks kirjeldada kui pidevat tasakaalu ja

³⁶⁷ Kulev, M. & Taevik-Valk, M. (2016). Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis.

³⁶⁸ Kleinberg, A., jt. (2011). Depressiooni ravijuhend perearstidele.

³⁶⁹ AB Medical Group. (s.a.). Sinise õhupalli kampaania. <https://abmedical.ee/sinise-ohupalli-kampaania/>

tähelepanu hoidmist – nagu peaks lakkamatult hoidma õhupalli õhus“. Küll aga ei ole toodud välja, kui paljudeni õhupallid jõudsid, mistõttu on keeruline kampaania efektiivsust hinnata. MH-de praktikate analüüsis keskendusime eelkõige diabeediga isikutele suunatud kampaaniatele ja meetmetele.

6.3.1. Glükoositaseme iseseisev jälgimine

Kuna glükoositaseme jälgimine on MH-de puhul elutähtis tegevus, siis on proovitud nende häiretega – eeskätt diabeediga – isikute teadlikkust sellest tõsta. Näiteks on teemat käsitletud **pereõenduse tegevusjuhendis**, kus on soovitusena toodud kontrollida visiidil patsiendi kaalu, pikkust ja kehamassiindeksit ning ka (kapillaar- ja veeni-) vere glükoositasemeid³⁷⁰. Diabeediga patsiendi puhul on toodud soovituslike tegevustena lisaks veresuhkru ja teist tüüpi diabeedi võimalike tüsistuste ja riskide olemasolu hindamisele ka veresuhkru aparaadi kasutamise õpetamine ja patsiendi mõõtmistehnika hindamine.

2022. aasta seisuga hüvitab Haigekassa kõigile esimest tüüpi diabeediga patsientidele (kellele on raviotsuse teinud endokrinoloog või lastearst) glükoosimonitooringu süsteeme, mis võimaldab esimest tüüpi diabeediga patsientidel järjepidevalt oma veresuhkrutasemeid monitoorida³⁷¹. Samuti hüvitatakse alla 19-aastastele ka vere β -ketooni testiribasid ja hooldusvahendeid pump- ja sensorravi jaoks. Teist tüüpi diabeediga isikutele hüvitatakse testiribasid-lansette. Küll aga ei hüvitata neile glükoosimonitooringu süsteeme ega hooldusvahendeid pump- ja sensorravi jaoks. Ühe intervjuueeritud spetsialisti sõnul on oluline, et kõigile diabeetikutele pakutaks järjepidevat ja struktureeritud rehabilitatsiooni. **Seetõttu oleks oluline ühtsustada pakutavaid teenuseid ja toetusi, et igas vanuses saaks kvaliteetset abi ja toetust vaatamata nende diabeedi tüübile.**

Haigekassa statistika kohaselt oli insuliinpumpade, pumba- ja sensorravi tarvikute ning teiste diabeeditarvikute eelarveks 2021. aasta esimesel poolaastal 3 700 000 eurot ja sellest täideti 3 190 000 eurot³⁷². Kuigi ei ole toodud välja seda, miks eelarve täitmine ettenähtust madalam oli, siis on siiski paljudel (esimest tüüpi) diabeediga isikutel olnud probleeme tarvikute ostmisega³⁷³. 2020. aastal läbi viidud uuring näitas, et (esimest tüüpi diabeediga) vastanute sõnul on olnud probleemiks nii tarviku(te) hind (23%–31,6% vastajatel esines probleem sageli või pidevalt viimase 3 aasta jooksul) kui ka tarviku saadavus (31,4%–40,7% vastajatel esines probleem sageli või pidevalt). Ka 2019. aastal aset leidnud kohtumisel arutasid Diabeediliit ja Haigekassa Eesti turule soodsamate seadete toomist ja turukonkurentsi suurendamist³⁷⁴. See võimaldaks langetada toodete hindasid ja sellest tulenevalt potentsiaalselt suurendada riigi võimekust hüvitada glükoosimonitore ja teisi diabeedidiagnoosiga patsientidele olulisi seadmeid. Samuti lubas Haigekassa jätkata tööd glükoosimonitoride kättesaadavuse parandamiseks ja suhelda ka Abbotti ja Dexcomi ettevõtetega, et neid Eesti turule

³⁷⁰ Eesti Haigekassa. (2021). Pereõenduse tegevusjuhend.

³⁷¹ Eesti Haigekassa. (s.a.). Meditsiiniseadmete loetelu 2022. aastal.

<https://www.haigekassa.ee/inimesele/meditsiiniseadmed/meditsiiniseadmete-loetelu-2022-aastal>

³⁷² Eesti Haigekassa. (2022). Meditsiiniseadmete statistika.

<https://www.haigekassa.ee/haigekassa/finantsnaitajad/meditsiiniseadmete-statistika>.

³⁷³ Eesti Rakendusuuringu Keskus Centar & Diabeedikool. (2020). 1. tüüpi diabeeti põdevate täiskasvanute küsitlus.

³⁷⁴ Eesti Diabeediliit. (2019). Eesti Haigekassa kohtumine diabeetikute esindajatega ja endokrinoloogidega.

<http://www.diabetes.ee/avaleht/eesti-haigekassa-kohtumine-diabeetikute-esindajatega-ja-endokrinoloogidega>

tuua. Suhtlused olid edukad kuna praegu (mai 2022) on mõlemal ettevõttel filiaal Eestis^{375,376}. Samuti esineb Eesti Diabeediliidu ajakirjas Diabetes^{377,378} nii Dexcomi kui teiste meditsiiniseadmete ja -vahendite firmade reklaame, **ehk sihtgrupile – st diabeedi diagnoosiga isikutele ja/või nende lähedastele – reklaamitakse glükoositasemete (pidevat) jälgimist**. Lisaks viis Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts seoses diabeedipäevaga kuni aastani 2020 läbi üritusi Tallinnas, Tartus, Narvas, Võrus, Rakveres ja Kuressaares, mille raames oli inimestel – sh ka diabeedi diagnoosiga isikutel – võimalik tasuta oma veresuhkrutaset mõõta^{379,380}. Lisaks viis ka Diabeediliit kuni 2017. aastani läbi veresuhkru mõõtmise ürituse, mille raames mõõdeti tuhandete (2016. aastal 2875 inimese, kellest 6% oli eelnev diabeedi diagnoos) inimese veresuhkrunäitajaid eri Eesti paikades^{381,382}.

Kuigi 2020. aastal läbi viidud uuringu kohasel suurele osale esimest tüüpi diabeediga vastajatest ei valmista eri veresuhkru mõõtmise tarvikute kasutamine probleemi, **sooviks 55,4%–64,9% vastajatest veidi või palju rohkem teadmisi sellest, milliseid tervisenäitajaid on vaja regulaarselt jälgida**³⁸³. Samuti sooviks 54,9%–64,4% teada saada teadmisi sellest, milline toiduvalik aitab hoida kontrolli all veresuhkrut, ning 53,4%–63% teadmisi sellest, kuidas analüüsida veresuhkru andmeid ja selle põhjal vastavaid muutusi teha. Taolisi koolitusi (Nightscouti koolitus³⁸⁴, Hüpokoerte koolitus³⁸⁵) pakub näiteks Diabeedikool³⁸⁶ ning osalemine koolitustel (ja ka nõustamistel) on tasuta juhul, kui klient on suunatud rehabilitatsiooniteenusele Sotsiaalkindlustusameti või Töötukassa kaudu³⁸⁷. **Küll aga on koolitused ja teenused suunatud esimest tüüpi diabeediga isikutele**, eeskätt lastele ja noortele (ja nende vanematele ja/või hooldajatele). Nõustamisteenust pakub ka Tallinna Endokrinoloogiakliinik, mis on haigekassa kindlustuse ja saatekirjaga või osade eraravikindlustustega patsientidele tasuta³⁸⁸. Lisaks pakub kliinik ka ABI-indeksit (*Ankle-brachial index*, pahkluu ja käevarre vererõhkude erinevus) mõlemal jalal ning uuritakse silmapõhjasid³⁸⁹. Seda eelkõige seetõttu, et pikaajalise diabeedi puhul esineb närvisüsteemi muutusi ja kahjustusi – neuropaatiat – mis avaldub tihti aistinguhäiretena jalgades³⁹⁰. Samuti on levinud tüsistuseks retinopaatia e silma võrkkesta haigus, mistõttu on oluline kontrollida diabeediga isikute jalgade tundlikkust ning silma võrkkestasid. Diabeediõe konsultatsiooni ja diabeedikoolitust pakub ka Eesti Diabeedikeskus, kuhu on võimalik registreerida vastuvõtule nii iseseisvalt kui ka Haigekassa kaudu³⁹¹. Konsultatsioonil on võimalik muuhulgas saada infot nii hüpoglükeemia, insuliini ja ravimite, sobiva glükomeetri valimise ja kasutamise ning ka glükoosisensorite paigaldamise ning saadud tulemuste

³⁷⁵ Dexcom. (s.a.). Dexcom ONE'i pidevaks glükoosimonitooring CGM. <https://www.dexcom.com/et-EE/shop/learn-about-cgm/>

³⁷⁶ Abbott. (s.a.). Estonia | Worldwide locations | Abbott Diabetes Care Division.

³⁷⁷ Eesti Diabeediliit. (2020). Diabetes. Ajakiri. <http://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2020.pdf>

³⁷⁸ Eesti Diabeediliit. (2021). Diabetes. Ajakiri. <http://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2021.pdf>

³⁷⁹ Eesti Diabeediliit. (2010). Arstitudengid kutsuvad diabeedipäeval veresuhkrut mõõtma. Pressiteade.

<https://www.diabetes.ee/arstitudengid%20kutsuvad%20diabeedipäeval%20veresuhkrut%20mõõtma>

³⁸⁰ Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts. (s.a.). Diabeedipäev. Mis on diabeedipäev. <https://eays.ee/tegemised/suururituded-ja-projektid/diabeedipaev/>

³⁸¹ Eesti Diabeediliit. (2017). Tasuta veresuhkru määramine! <https://www.diabetes.ee/avaleht/tasuta-veresuhkru-maeaeramine>

³⁸² Eesti Diabeediliit. (2017). Veresuhkru mõõtmine Selverites 2016 kokkuvõte.

³⁸³ Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar & Diabeedikool. (2020). 1. tüüpi diabeeti põdevate täiskasvanute küsitlus.

³⁸⁴ Diabeedikool. (s.a.). Nightscout'i koolitus. <https://diabeedikool.ee/teenused/nightscouti-koolitus/>

³⁸⁵ Diabeedikool. (s.a.). Hüpokoerte koolitus. <https://diabeedikool.ee/teenused/hupokoerte-koolitus/>

³⁸⁶ Diabeedikool (s.a.). Koolitused ja nõustamised. <https://diabeedikool.ee/koolitused/>

³⁸⁷ Diabeedikool. (s.a.). Diabeedi ABC. <https://diabeedikool.ee/teenused/diabeedi-abc/>

³⁸⁸ Tallinna Endokrinoloogia kliinik. (s.a.). Diabeediõe teenused. <https://endokrinoloog.ee/diabeediõe-teenused/>

³⁸⁹ Tallinna Endokrinoloogia kliinik. (s.a.). Endokrinoloogi teenused. <https://endokrinoloog.ee/endokrinoloogi-teenused/>

³⁹⁰ Past, M. (2021). Diabeeditüsistused. Kuidas neid vältida?

³⁹¹ <https://www.edk.ee>

kohta; diabeedikoolitusel juhendavad rühmaliikmeid rahvusvaheliste sertifikaatidega diabeedi eksperttreenerid dr Marju Past ning Ulvi Tammer-Jäätes. Saatekirjaga on võimalik registreerida end diabeediõe vastuvõtule ka nt Tartu Ülikooli Kliinikumis³⁹², Lääne-Tallinna Keskhaiglas³⁹³ ja Ida-Viru Keskhaiglas³⁹⁴.

Küll aga ei ole ühegi kampaania, teenuse ega ürituse juures toodud ei kulusid ega ka tulemuslikkust, mistõttu on keeruline nende kulukust ja efektiivsust keeruline hinnata. **Võib aga eeldada, et kuna sekkumised on suunatud kitsale grupile (st diabeedi diagnoosiga isikutele ja/või nende lähedastele) siis on sekkumiste efektiivsus pigem hea.** Samuti näitab Eesti Diabeediliidu pikaajaline tegutsemine ja suur koostööpartnerite hulk, et tegeletakse aktiivselt diabeediga isikute heaolu, elukvaliteedi ja teadlikkuse tõstmisega. Eesti Diabeediliidu tegemisi mainiti ka meie tehtud intervjuudes ja metaboolsete häirete seminaris, mistõttu on oluline nende – ja teiste taoliste liitude – tegevuse toetamine, kuna see aitab lisaks riiklikele üldisematele sekkumistele luua ka sekkumisi konkreetsetele gruppidele.

DIABEEDIKOOLI NIGHTSCOUTI KOOLITUS

Tegemist on esimest tüüpi diabeediga laste vanematele suunatud koolitusega, mille raames õpetatakse osalejatel Nightscout tarkvara kasutamist. Tarkvara võimaldab vanematel ja/või teistel pereliikmetel saada teateid, kui lapse veresuhkrunäitajad on liialt kõrged või madalad. Samuti on sellega võimalik jälgida näite olenemata lapse asukohast, st näite on võimalik jälgida ka nt siis, kui laps on laagris või ööbib mõne sugulase või sõbra juures.

Koolitusel on vaja sülearvutit, pangakaarti heroku.com kasutajakonto loomiseks, Minimed 640g pumbaga ühilduvat glükomeetrit, Android seadet ja USB OTG kaablit. Toimumiskohtadeks on Rakvere, Tallinn ja Tartu, kuid piisava huviliste hulga korral korraldatakse koolitust ka mujal Eestis. Koolitused tunduvad toimuvat soovipõhiselt st siis, kui on piisav huviliste hulk. Koolitus on tasuta, kui osaleja on suunatud rehabilitatsiooniteenustele Sotsiaalkindlustuse või Töötukassa kaudu, kuid Diabeedikooli lehel ei ole toodud, kui palju koolitus maksab kliendile, keda ei ole teenustele suunatud.

Kuigi Rakendusuringute Keskuse Centar ja Diabeedikooli 2020. aastal läbi viidud uuringu andmetel ei ole enamikel (79,5–86,8%) esimest tüüpi diabeediga täisealistel vastajatel probleeme glükoositasemet mõõtvate ja/või insuliini manustamise tarvikute kasutamisega probleeme, tuleneb see tõenäoliselt (osaliselt) sellest, et esimest tüüpi diabeet diagnoositakse üldiselt varases eas. Teist tüüpi diabeet avaldub aga pigem vanemas eas, mistõttu võib nõudlus taoliste koolituste järele teiste metaboolsete häiretega isikute hulgas täiesti olemas olla.

³⁹² <https://www.kliinikum.ee/sisekliinik/ambulatoorne-osakond/odede-vastuvotud>

³⁹³ <https://www.keskhaigla.ee/kliinikud/ambulatoorne-eriarstiabi/diabeedioe-vastuvott/>

³⁹⁴ <https://www.ivkh.ee/et/raviteenused/endokrinoloogia.html>

6.3.2. Psühholoogilise heaolu monitoorimine ja psühholoogiline tugi MH-dega patsientidele

Eestis hüvitab Sotsiaalkindlustusamet kuni 16-aastasele lapsele – või kuni 19-aastasele KOV-i hinnangu alusel suunatud lapsele – kalendriaastas sotsiaalrehabilitatsiooniteenuste eest maksimaalselt kuni 2660 eurot³⁹⁵. Küll aga sõltub lõplik hüvitatav summa lapse puudest ja selle raskusastmest. Tööealisel ja vanaduspensioniealisel isikul on võimalik saada sotsiaalrehabilitatsiooniks kuni 1275 eurot kalendriaastas, rehabilitatsiooniprogrammi puhul on liimiidiks kuni 1800 eurot kalendriaastas. Hüvitavate teenuste alla kuuluvad rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine ning spetsialistide (füsioterapeut, tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja, eripedagoogi, logopeedi, loovterapeudi, psühholoogi, kogemusnõustaja, õe ja arsti) individuaal- ja ka osadel juhtudel grupiteenused³⁹⁶.

Kuigi Eestis ei ole (teadaolevalt) viidud läbi just MH-dega isikutele suunatud psühholoogilise heaolu monitoorimise sekkumisi, siis **pakutakse diabeediga – nii esimest kui teist tüüpi – isikutele eri nõustamisteenuseid**. Näiteks pakub Diabeedikool esimest tüüpi diabeediga isikutele ja nende lähedastele nii **kogemusnõustamise³⁹⁷, psühholoogilise nõustamise³⁹⁸ kui ka loovteraapia³⁹⁹ teenust**, mis on tasuta klientidele, kelle on rehabilitatsiooniteenustele suunanud Sotsiaalkindlustusamet või Töötukassa. Teenuste puhul ei ole toodud välja ei kulusid ega ka tulemuslikkust. Küll aga ei ole teadaolevalt teenuseid, mis oleks spetsiaalselt teist tüüpi isikutele suunatud. Ühes intervjuus tõi aga MH-de spetsialist välja, et psühholoogiline heaolu ja selle toetamine on äärmiselt oluline ning kõikidele patsientidele tuleks pakkuda struktureeritud ning jätkusuutlike rehabilitatsiooniteenuseid, mille eesmärgiks peaks olema indiviidi reintegreerimine töö- ja igapäevaellu. **Samuti on selliste teenuste oluliseks komponendiks patsiendi või kliendi motiveerimine (nt kasutades MI võtteid-tehnikaid), mis aitab suurendada tõenäosust, et isik on valmis viima läbi muudatusi oma eluviisis ja et muutus on pikaajaline**.

2020. aastal läbiviidud uuring esimest tüüpi diabeediga täiskasvanutega näitas, et ligi 53-71% vastanutest oli kuue kuu jooksul tundnud muret tuleviku, võimalike tüsistuste ja diabeedile kuluva vaimse ja füüsilise energia suhtes⁴⁰⁰. Kuigi puuduvad taolised arvud teiste MH-dega isikute kohta, siis võib eeldada, et need arvud on sarnased. Lisaks koolitustele ja teenustele oleks võimalik MH-dega isikute psühholoogilist heaolu monitoorida ja ka toetada **sobilike infomaterjalidega, nt Haigekassa ja MTÜ Peasjad koostöös loodud VT esmaabi töövihikuga⁴⁰¹**, mille kohta saab lugeda lähemalt selle raporti VT eluviisisoovituste meetme juurest (vaata ptk 6.3.). Töövihik on

³⁹⁵ Sotsiaalkindlustusamet. (s.a.). Sotsiaalrehabilitatsioon. Teenuse maksimaalne maksumus kalendriaastas.

<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon#Sotsiaalne%20rehabilitatsioon>

³⁹⁶ Sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määrus nr 66 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid“, Lisa 1.

³⁹⁷ Diabeedikool. (s.a.). Kogemusnõustamine. <https://diabeedikool.ee/teenused/kogemusnoustamine/>

³⁹⁸ Diabeedikool. (s.a.). Psühholoogiline nõustamine. <https://diabeedikool.ee/teenused/psuhholoogiline-noustamine/?portfolioCats=49%2C45>

³⁹⁹ Diabeedikool. (s.a.). Loovteraapia. <https://diabeedikool.ee/teenused/loovteraapia/?portfolioCats=49%2C45>

⁴⁰⁰ Eesti Rakendusuuringu Keskus Centar & Diabeedikool. (2020). 1. tüüpi diabeeti põdevate täiskasvanute küsitlus.

⁴⁰¹ Eesti Haigekassa. (2020). Minu vaimse tervise esmaabi: Töövihik noortele ja täiskasvanutele.

<https://www.haigekassa.ee/infomaterjalid?key=vaimse%20tervise%20esmaabi&tag=All>

võimalik ka trükitud kujul tellida ning **see võiks olla üheks vahendiks, mis võiks aidata tervishoiutöötajatel ja teistel professionaalidel monitoorida patsiendi psühholoogilist heaolu.**

DIABEEDIKOOLI KOGEMUSNÕUSTAMISE TEENUS

Tegemist on nõustamisteenusega, mis on suunatud nii diabeedi diagnoosiga isikule kui ka ta lähedastele, kes on just saanud teada diabeedi diagnoosist. Teenuse eesmärk on jagada infot nii diabeediravi (süstid, pumbad, sensorid) kui ka sõltuvust kliendi soovist-vajadusest nt toitumise, diabeedi ja raseduse ning ka lasteaia ja/või kooli nõustamise kohta. Nagu kõik teised Diabeedikooli teenused-koolitused, on ka see rehabilitatsiooniteenuste suunatud isikule tasuta. Nõustajateks on koolituse läbinud isikud, kelle lähedasel (nt partneril või lapsel) või kellel endal on esimest tüüpi diabeet. Kogemusnõustamine on levinud meede, mida kasutatakse ka teiste diagnoosidega isikute toetamiseks.

Kogemusnõustajad võiks olla efektiivseks meetodiks, kuidas metaboolsete häiretega isikuid (ja nende lähedasi) toetada, kuid praegu (mai 2022) puuduvad andmed sekkumise efektiivsusest ja kulust. Küll aga võiks kogemusnõustajate koolitamisesse panustamine aidata suurendada inimeste ligipääsu psühholoogilisele toele, mis on tihti vajalik diagnoosi saamisel või kroonilise haiguse avastamisel. Kogemusnõustajate olulisust toodi välja ka metaboolsete häirete aruteluseminaris, kes võiks tegeleda n-ö üldisema teavitustööga ning spetsiifilisem teavitustöö võiks jääda siis eriöele ja eriarstile.

Kuna Rakendusuuringu Keskuse Centar ja Diabeedikooli 2020. aastal läbi viidud uuring näitas, et ligi 50-70% vastanutest muretsetes diabeedi tüsistuste või veresuhkru pärast, mistõttu ligi 43-62% vastanutest suurendas tarbitavat insuliini kogust, mõötis sagedamini kui 7 korda ööpäevas oma glükoositasemeid või muutis oma toitumist. Kuigi puudub taoline statistika teist tüüpi diabeediga ja/või metaboolse sündroomiga isikute kohta, siis muretsevad tõenäoliselt ka nemad sarnaste asjade pärast, mistõttu oleks kogemusnõustamisteenus kindlasti ka neile abiks ja toeks.

6.3.3. Eluviisisoovitused MH-dega patsientidele

Ajakirjas Eesti Arst on eksperdi hinnangus toodud välja peamised terapeutilised eesmärgid metaboolse sündroomiga patsiendi käsitlemiseks ning mitmed neist on seotud patsiendi eluviisiga⁴⁰². Näiteks soovitatakse patsiendile regulaarset mõõduka intensiivsusega kehalist treeningut 30-60 minuti vältel, tarbida väiksema küllastatud rasvhapete ja kolesterooli sisaldusega toite ja loobuda suitsetamisest. Lisaks on välja toodud, et mõningatel juhtudel tuleks patsiendile soovitada ka alkoholist loobumist, kuna õlu ja kange alkohol on suure kalorisaldusega. **Sarnaseid toitumis- ja eluviisisoovitusi jagatakse ka diabeediga isikutele**^{403,404}: ajakirjas Diabetes ilmunud artiklites soovitatakse diabeediga isikutel suurendada köögi- ja juurviljade koguseid, vähendada

⁴⁰² Hedman, A., & Sinisalu, V. (2008). Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitus. Eksperti hinnang.

⁴⁰³ Eesti Diabeediliit. (2020). Diabetes. Pool kilo rõõmu köögiviljadest. Artikkel. <https://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2020.pdf>

⁴⁰⁴ Tammer-Jäätes, U. (2021). Söömise põhitõed 2 tüüpi diabeetikule.

küllastunud rasva sisaldavate toitude tarbimist ning selle asendamist küllastumata rasvadega. Samuti soovitatakse diabeediga isikutel alkoholi tarbimise korral teha seda mõõdukalt, kuna alkoholijoobes olles on glükoositaseme langus diabeediga isikule ohtlik kui kaine olles. Seda seetõttu, et alkohol takistab suhkru vabanemist maksast ja/või isik ei pruugi õigeaegselt märgata joobes olles suhkru taseme muutust. Lisaks on võimalik Diabeedikeskuses registreerida end kas iseseisvalt või läbi Haigekassa **diabeediõe konsultatsioonile**, mille raames on võimalik saada infot ja soovitusi mh ka toitumise ning füüsilise aktiivsuse kohta⁴⁰⁵. Samuti antakse nõu enda toitumise ja elurežiimi osas. Toitumise osas on keskus võimalik nõustamisteenust saada ka toitumisterapeut-sisearstilt. Eluviisinõuandeid jagavad ka eri haiglates tegutsevad diabeediõed, kelle vastuvõtuks on üldiselt vaja vastavat saatekirja.

Tõstmaks teadlikkust liikumise, kuid ka üldisemalt füüsilise aktiivsuse olulisusest, korraldas Diabeediliit nii 2020. kui 2021. aastal **diabeedipäeval heategevusliku liikumisürituse Tartus**^{406,407}. 2020. aastal oli eesmärgiks koguda annetusi esimest tüüpi diabeediga laste suvise diabeedilaagri, kuid ka koolitusprogrammi jaoks. Möödunud aastal koguti annetusi füüsilise aktiivsuse olulisusest rääkivate õppematerjalide loomiseks. Puudub info ürituste kulude kohta, kuid neist võttis hinnanguliselt osa ligi 1000-1500 inimest eeldusel, et iga osaline läbis vähemalt 5 kilomeetrit, mis oli kõnni või jooksu distantiks. Tõenäoliselt olid enamik osalejatest kas ise diabeedi diagnoosiga või oli mõnel nende lähedasel diabeet, kuid suure osaluse tõttu oli tõenäoliselt ka neid, kellel puudub otsene kokkupuude diabeediga, mistõttu aitasid üritused tõenäoliselt tõsta üldisemalt teadlikkust liikumise olulisusest. Läbiviidud uuring näitas, et esimest tüüpi diabeediga täiskasvanud ei väldi üldiselt aktiivsust, mis näitab tõenäoliselt nende teadlikkust selle olulisusest⁴⁰⁸. Puuduvad aga vastavad andmed teiste MH-dega isikute kohta ning seega on nende teadlikkust liikumise olulisest keerulisem hinnata. **Küll aga alustas MTÜ Kõnnime Koos selle aasta märtsis juhendatud jalutusgruppide läbi viimist neljas Eesti linnas** (vt tekstikasti)⁴⁰⁹.

On oluline tõsta teadlikkust füüsilise aktiivsuse olulisust rahva hulga. Osade intervjuueeritud spetsialistide sõnul tundub noorte liikumine vähenevat: on küll kehalise kasvatus tunnid ja tihti käiakse ka trenni(de)s (kuhu neid viiakse tihti autoga), kuid sellega tihti füüsiline aktiivsus piirdub. Seega paljud lapsed veedavad siiski suure osa ajast istudes. Üheks meetmeks võiks olla näiteks pidev liikumiskampaania, mis on pikaajaline ja mida reklaamitaks võimalikult mitme kanali kaudu. Seminari raames toodi välja, et **efektiivne võiks olla nt peredele suunatud kampaania**: ühe osalise sõnul oli ühes koolis viidud läbi kampaania, mille raames julgustati õpilasi – ja nende peresid – liikuma rohkem kui nende õpetajad. Nimelt arvestati, mitu sammu teeb õpetaja ning õpilaste ülesandeks oli rohkem samme teha ning ka nende pere sai kampaaniaga liituda. Teiseks sekkumiskohaks oleks ka nt inimeseõpetuse tunnid, tänu millele võiks teadmised ka koolist kodudesse jõua, st koolilaps viib teadmised ka oma vanemate või hooldajateni.

⁴⁰⁵ <https://www.edk.ee>

⁴⁰⁶ Eesti Diabeediliit. (2020). Liikudes teeme head. <http://www.diabetes.ee/tegevuskalender/liikudes-teeme-head>

⁴⁰⁷ Maailma diabeedipäev. (s.a.). Diabeedipäev - 14.11.2020. <https://diabeedipaev.ee/>

⁴⁰⁸ Eesti Rakendusuringute Keskus Centar & Diabeedikool. (2020). 1. tüüpi diabeeti põdevate täiskasvanute küsitlus.

⁴⁰⁹ MTÜ Kõnnime Koos. (2022). Kõnnime Koos – MTÜ KÕNNIME KOOS. <http://www.konnimekoos.ee/>

MTÜ KÖNNIME KOOS

2022. aasta märtsis alustas tööd MTÜ Kõnnime Koos, mille raames viiakse läbi juhendatud jalutusgrupe nii Kuressaares, Tallinnas, Tartus kui Narvas. Igal jalutusgrupil on koolituse läbinud grupijuht, kes jagab osalistele nõu ja soovitusi sellest, kuidas liikumine aitab parandada ja toetada nii füüsilist kui ka vaimset tervist. Grupe juhivad nii diabeediõed kui kogemusnõustajad. Grupid kogunevad igal nädalal kindlal ajal ning osalemine on tasuta, küll aga palutakse osalejatel end eelnevalt osalejaks registreerida. MTÜ tegevust toetab Heateo Mõjufond.

Lisaks vaimse ja füüsilise tervise toetamisele pakub liikumisgrupp ka sotsiaalset tuge ja tutvusi, mis aitab tõsta osalejate motivatsiooni ja seeläbi suurendada oma liikumisaktiivsust. MTÜ lehel ei ole küll toodud, et grupp oleks vaid kindla(te) haigus(t)e või diagnoosi(de) isikud, mistõttu on tõenäoliselt sekkumisega, mis on üldiselt suunatud neile, kellel on mingi tervisemure. Kuna tegemist on pilootprojektiga, siis ei ole veel sekkumise toimet hinnatud. Küll aga vaadatakse sekkumise efektiivsust projekti ühe eestvedaja sõnul siis, kui pilootprojekt lõppenud on kasutades emotsionaalse enesetunde küsimustikku ning rahvusvahelise liikumise küsimustikku.

Eestvedaja sõnul on tegemist sekkumisega, mida rakendatakse ka mitmetes teistes riikides (nt Ühendkuningriikides ja Ameerika Ühendriikides) ning on väga efektiivne. Nimelt kombineerib sekkumine tervise teadlikkuse tõstmise, liikumise ja terviseharituse tõstmise sotsialiseerumisega, mis aitab toetada nii vaimset kui füüsilist tervist. Tegemist ei pidavat oleva väga kalli sekkumisega, mistõttu võiks see olla efektiivseks sekkumiseks, mida saaks rakendada eri haiguste ja/või diagnoosidega isikute puhul.

7. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Teaduskirjanduses ollakse kindlalt seisukohal, et terviseharitus peaks olema tervisepoliitika ning tervishoiusüsteemi kujundamisel senisest olulisemal kohal. Terviseharituse tasemel on oluline seos erinevate krooniliste haiguste ennetuse ja leevendusega ning nende haigustega toimetulekuga. Lisaks on üha enam viiteid sellele, kuidas peaks keskenduma terviseharitusele ka haridussüsteemi kujundamisel. Kui USA-s on terviseharitust uuritud ja tervisealaseid uuringuid läbi viidud juba aastakümneid, siis Euroopa riikides on sellele hakatud rohkem tähelepanu pöörama alles viimase 15 aasta jooksul. Kuigi tänu sellele tehakse üha rohkem terviseharituse teemalisi uuringuid, **on endiselt väga vähe infot konkreetsete meetmete tulemuslikkuse, indikaatorite ja tõenduspõhisuse kohta. Terviseharituse meetmed kui süsteemsed tõenduspõhised sekkumised on veel üsna uus teema, mille kohta infot alles kogutakse.** Ka see uuring on seega osa sellest (uurimis)tööst.

Siiski on selge, et terviseharituse meetmete efektiivseks rakendamiseks ning nende mõju ja tulemuslikkuse hindamiseks on oluline, et terviseharitust juhitaks läbimõeldult, strateegiliselt ja süsteemselt. Eesti praktikate analüüs viitas sellele, et **terviseharituse tegevuskava väljatöötamisel peaks juhtiv ja vastutav roll olema ühel konkreetsetel (riigi)asutusel ja/või töörühmal**, kes saab tegevuskava rakendamisel anda konkreetsemaid juhiseid ja ülesandeid teistele asutustele ja partneritele. Võimaliku juhtasutuse/töörühmana pakuti välja nt Tervise Arengu Instituuti, Eesti Haigekassat ja Sotsiaalministeeriumi, kes saaks omakorda tegevuskava rakendamisel koostööd teha spetsiifilisemate asutuste ja liitudega, nt MTÜ-ga Peaasjad, Diabeediliiduga jms. See lahendaks ekspertide sõnul hetkel Eestis terviseharituse praktikate rakendamisel esinevat killustatust ning võimaldaks paremini hinnata, kas ja kuidas on eesmärgid saavutatud. Eesti eksperdid tunnistasid, et nende teadmised Eestis terviseharituse edendamiseks rakendatavatest meetmetest on pigem pinnapealsed ning neil oli raskusi konkreetsete terviseharituslike tegevuste nimetamisega. Ka tunnistati, et meetmete tulemuslikkuse kohta on vähe infot või puudub see sootuks.

1

Terviseharituse tegevuskava väljatöötamisel ja juhtimisel peaks olema juhtroll ühel konkreetsetel (riiklikul) asutusel, kes peaks Eestis terviseharituse meetmete rakendamist ja terviseharituse edendamist juhtima süsteemselt koostöös partnerasutustega.

Üks terviseharituse kujunemise olulisi eripärasid tänapäeval on ka see, et kättesaadava info hulk on väga suur, kuid suur osa sellest infost ei ole kvaliteetne – veebist on võimalik saada nii kontrollitud ja teaduspõhist infot kui ka vastuolulist, mitte-teaduspõhist, sageli turunduse eesmärgil koostatud infot. Samas puudub paljudel internetikasutajatel võimekus kvaliteetsel ja ebakvaliteetsel infol vahet teha. Ka paberil jagatavate infomaterjalide koostamist ja jagamist ei koordineeri praegu tegelikult keegi. Eksperdid pidasid oluliseks arengusuunaks terviseharituse edendamisel **terviseinfo avaldamise koordineerimist ning teaduspõhise ja kontrollitud info selget (kvaliteedi)märgistamist, sellega peaks samuti tegelema üks konkreetne vastutav asutus.**

Üheks terviseharituse tegevuskava ja selle eesmärkide väljatöötamise aluseks peaks olema rahvastiku terviseharituse tase. **Terviseharituse taseme mõõtmine võimaldab hinnata selle baastaset, selle peamisi vajakajäämisi ning sellest lähtuvalt pakkuda välja sobilik tegevuskava taseme**

parandamiseks. Lisaks on terviseharituse taseme mõõtmise toel võimalik hiljem hinnata ka terviseharituse tegevuskava eesmärkide saavutamist ja praktikate tulemuslikkust, kuna on välja selgitatud baastase, millega järgmiste mõõtmiste tulemusi võrrelda. Kui kasutada rahvusvahelist kasutust leidnud terviseharituse taseme mõõdikuid ja/või küsitlusi (nt nii Saksamaal, Hollandis kui Soomes kasutust leidnud **HLS-EU küsimustikku**), võimaldab see võrrelda Eestit ka teiste (Euroopa) riikidega. Oluline on mõõdiku valimisel olla kriitiline ka erinevate terviseharituse taseme mõõdikute fookuse ja puuduste osas. Näiteks HLS-EU mõõdik on peamiselt keskendunud vastaja terviseharitusega seotud tajutud enesetõhususele, aga võimaldab hinnata ka vastaja üldist oskust ja võimekust tervishoiusüsteemis orienteeruda, st seda mõõdikut kasutades võib saada tagasisidet ka sellele, kui kasutajasõbralik on Eesti tervishoiusüsteem. Sobiva(te) mõõdiku(te) valimiseks tuleks seega võimalike variantidega põhjalikumalt tutvuda ning anda neile kriitiline eelhindang, kaasates nt spetsialiste ja eksperte. Peab ka arvestama, et erinevate terviseharituse aspektide (ja erinevate huvirühmade terviseharituse taseme) mõõtmiseks võib olla vajalik kasutada erinevaid mõõdikuid.

2

Oluline on mõõta rahvastiku terviseharituse taset, kasutades selleks terviseharituse mõõdikuid, mis võimaldaksid hinnata erinevaid terviseharituse indikaatoreid, teha võrdlusuuringuid ning võrrelda Eestit teiste riikidega. Mõõdiku(te) valikusse peaks kaasama teemaeksperti(d) ja võtma arvesse erinevate mõõdikute tugevusi ja nõrkusi.

Kui on olemas süsteemne lähenemine terviseharituse meetmete rakendamiseks, siis on konkreetsete terviseharituse sekkumiste rakendamisel kindlasti oluline ka **regulaarne tulemuslikkuse hindamine konkreetsete indikaatorite kaudu**. Sel moel on võimalik kontrollida meetme mõju ja tulemuslikkust ning sekkumist vastavalt tulemustele vajadusel parandada ja arendada. Lisaks võimaldab info tulemuslikkuse kohta täiendada tõenduspõhiseid teadmisi terviseharituse meetmetest. Ka intervjueritud Eesti eksperdid tõid välja, et ehkki tervisevaldkonnas kasutatakse erinevaid pilootprojekte ja programme, ei mõõdeta tihti nende tulemuslikkust või on teadlikkus meetmete tulemustest tervishoiutöötajate ja spetsialistide hulgas väga madal. **Tulemuslikkuse hindamise protsessi ja selle hinnakuluga peaks arvestama juba sekkumise väljatöötamise faasis ning sellega peaks tegelema eraldi spetsialist või spetsialistide rühm**, kes oleks kaasatud meetmete väljatöötamise ja praktiseerimisse. Nende ülesanne oleks tulemuslikkusuuringute ja -analüüside regulaarne läbiviimine ning nende põhjal vajaduspõhiste arendusettepanekute koostamine. Sellel inimesel või inimeste rühmal peaks olema muu seas pädevused tulemuslikkusuuringute tegemises ning andmeanalüüsimetodites, **tegemist peaks olema teadusasutuse/teadustaustaga inimesega**. Seega peab tulemuslikkuse hindamiseks arvestama ja võimaldama eraldi ressursse ka terviseharituse meetme kavandamise eelarves.

3

Terviseharituse sekkumiste väljatöötamisel peaks kaasama tiimi tulemuslikkuse hindamise spetsialisti(de rühma), kelle ülesandeks oleks mõju- ja tulemuslikkusuuringute planeerimine, läbiviimine ning nende põhjal järelduste tegemine.

Tuleb aga meeles pidada, et kuigi teaduskirjanduse põhjal on erinevused terviseharituse tasemes üks olulisi mõjutegureid, miks rahvastiku eri rühmade tervisenäitajates erinevused tekivad, ei ole see

ainus tegur, mis neid erinevusi põhjustab. Üldlevinult seostatakse mitmeid nii vaimse kui füüsilise tervise häireid sotsiaalmajandusliku taustaga, nt on olulised inimese sissetulek ja haridustase. Seega **ei pruugi ainuüksi terviseharituse taseme paranemine probleemi lahendada, kuna see ei kaota sotsiaalmajanduslike erinevusi rühmade vahel.** Veel töid intervjueritud eksperdid välja, et ei piisa vaid inimeste teavitamisest: soodustatud tervisekäitumine tuleb inimestele muuta võimalikult lihtsaks ja võimalikuks (st ligipääsetavaks) ehk tähelepanu tuleb pöörata ka keskkondlikele teguritele. Inimesi parema tervisekäitumiseni suunamiseks saaks kasutada näiteks müksamise (*nudging*) põhimõtet, mis tähendab, et soovitatav käitumine muudetakse inimese jaoks kõige lihtsamaks käitumisviisiks. Samas on teaduskirjanduses välja toodud, et **ka tervishoiutöötajatel on võimalus oma töös erinevate (haavatavate) sotsiaalmajanduslike rühmade vajadusi märgata ja neile reageerida**, suunates inimesi vastavalt nende vajadustele sotsiaal- või õigusabiteenuseid pakkuvate spetsialistide juurde⁴¹⁰. See eeldab aga koostöö arendamist sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel, kuna praegu on selline koostöö pigem juhuslik ning ei lähtu kindlastest tegevusplaanidest või reeglitest. Selleks, et tervishoiutöötaja saaks patsiendi talle vajalike sotsiaalteenuste saamiseks edasi suunata, peavad tervishoiutöötajal olema head teadmised võimalikest sotsiaalteenustest ja -toetustest. Lisaks tuleb võrgustikutööd arendades luua kontaktid piirkondlike tervishoiu- ning sotsiaaltöötajate vahel. Sotsiaal- ja tervishoiusektori koostöö arendamiseks on Eestis esimesi samme juba astunud, nt aastatel 2018–2019 läbi viidud hoolduskoordinatsiooni pilootprojekti raames loodi KOV-idesse hoolduskoordinaatori ametikohad, mille eesmärk on olla vahelüli arsti (peamiselt perearsti) ning patsiendi vahel. Aastatel 2016–2018 viidi läbi skisofreeniasse esmahaigestunute integreeritud teenusekorralduse pilootprojekt, mille käigus loodi esmakordselt skisofreeniasse haigestunud inimestele võimalus kohe jätkata rehabiliteerivate ja toetavate teenustega⁴¹¹.

Terviseharituse taseme mõju krooniliselt haigete SVH-dega, MH-dega ja VT häiretega patsientide tervisekäitumisele ning tervisealaste otsuste vastuvõtmisele hinnatakse tähtsaks ning äärmiselt oluliseks peetakse vajadust tõsta selliste krooniliste haigete terviseharituse taset. Siiski on seni kirjeldatud ja kasutatud leidnud tõenduspõhised terviseharituse taseme tõstmiseks rakendatavad meetmed olnud **pigem üldised, piirdudes tervislike eluviiside järgimise ning ebatervislike harjumuste vähendamise soovitustega.** Enamasti rakendatakse tõenduspõhiseid meetmeid haigestumise ennetamiseks ning tervise hoidmiseks nii rahvastiku kui krooniliste haiguste riskirühmade seas ning **need meetmed piirduvad suuresti erinevate teavituskampaaniatega tervislike eluviiside kasulikkusest. Samas on eluviisisoovitused** (nt sekkumised, mis on suunatud ülekaalulisuse vähendamisele, liikumisharjumuste parandamisele ning tervislikuma toitumise edendamisele) **nii SVH-dega, VT häiretega kui MH-dega patsientidele oluline terviseharituse meede, kus soovitude täpsusaste on spetsiifilisem kui kogu rahvastikule suunatud teavituskampaaniates.** Eluviisisoovituste olulisust terviseharituse meetmena kinnitasid ka uuringus intervjueritud SVH-de, MH-de ja VT spetsialistid, kes olid seisukohal, et sellega peaks julgelt ja jõulisemalt tegelema individuaalsel tasandil ka tervishoiutöötajad ja spetsialistid, eeskätt nt öed. Samas peaks eluviisisoovituste andmisega tegelema juba enne tervishoiusüsteemi erinevatel tasanditel, nt võiksid sellega tegeleda töötervishoiuarstid, kogemusnõustajad, tervisekeskuste jms spetsialistid. See on oluline, kuna tervislik eluviis aitab ennetada mitmete seisundite ja haiguste avaldumist, kuid ka ägenemist. Seega on oluline, et võimalikult paljud tervishoiutöötajad ja

⁴¹⁰ Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes.

⁴¹¹ Kuuse, R. (2019). Klient, patsient ja inimene – meie ühistest väljakutsetest täna ja tulevikus.

spetsialistid saavad vastava väljaõppe, et anda inimestele lihtsasti arusaadavaid nõuandeid seoses nende tervise ja eluviisiga.

4

Patsientidele peaks jõulisemalt andma individikeskseid eluviisisoovitusi tervishoiutöötajad, eeskätt õed. Lisaks peaks seda jõulisemalt tegema ka nt töötervishoiuarstid jm spetsialistid enne, kui inimene jõuab tervishoiusüsteemi.

Lisaks eluviisisoovitustele on eeskätt SVH-dega patsientide seas rakendatud tõenduspõhiste terviseharituse meetmetena ka **lihtsa ja arusaadava keele kasutamist tervist puudutava info edastamisel ning patsientide motivatsiooni tõstmist** (nt MI tehnikate abil). **Need on olulised terviseharituse meetmed, mida on võimalik rakendada ka teiste krooniliste haigustega patsientide rühmades.** See aga eeldab, et **tervishoiutöötajatel ja spetsialistidel on teadmised ja oskused jagada oma patsientidele tervisealast informatsiooni neile arusaadavas ja lihtsas keeles ja/või motiveerivas vormis**, seda nii suuliselt kui kirjalikult. Eesti tervisevaldkonna eksperdid nentisid, et patsiendiga lihtsas keeles suhtlemise olulisust on meie tervishoiusüsteemis hakatud küll üha rohkem hindama ja mõistma, kuid süsteemne lähenemine selles osas veel puudub. Rohkem tegeletakse sellega õenduses, kus õdesid õpetatakse väljaõppe käigus juba praegu kasutama patsiendiga suhtlemisel lihtsamaid ja kõnekeelsemaid väljendeid, kuid ka teised tervishoiutöötajad ja spetsialistid võiksid juba varakult sellise väljaõppe saada.

Samuti töid intervjueritud eksperdid ühe murekohana välja, et isegi kui leidub erinevaid terviseharituse edendamisele suunatud programme, jääb puudu püsivast toest – programmide lõppedes pöörduvad osalejad tihti vanade harjumuste ja käitumismustrite juurde tagasi. Projektid on head millegi teadvustamiseks ja info jagamiseks, kuid ei ole head käitumise kinnistamiseks. Intervjueritud tervishoiutöötajad leidsid, et inimeste käitumist tuleks rohkem stimuleerida, mitte ainult faktipõhist infot jagada, kuna tihti on inimestel olemas info sellest, kuidas peaks käituma, kuid puudub motivatsioon oma käitumise muutmiseks. See näitab veelkord, kui oluline on tervishoiutöötajate roll mitte ainult käitumissoovituste andmisel, vaid ka patsientide motiveerimisel nende soovitude täitmiseks.

5

Tervishoiutöötajad ja -spetsialistid peaksid saama süsteemse väljaõppe ja koolitusi selle kohta, kuidas lihtsas ja arusaadavas keeles eri sihtrühmadele tervisealast infot edastada.

VT puhul on terviseharituse meetmete peamiseks sihtrühmaks olnud (kooli)noored, kuna see on kriitiliselt oluline iga, kus VT häired tihti alguse saavad ja välja kujunevad. VT häirete ennetamise, endal (ja teistel) VT häire sümptomite märkamise ning õigeaegselt abi otsimise suurendamise peamised tõenduspõhised meetmed on passiivne ja aktiivne psühhoharimine. Passiivse psühhoharimise puhul jagatakse vaimse tervise infot nii kampaaniate, loengute ja koolituste kui infomaterjalide (nii digitaalsed kui füüsilised) kaudu. Aktiivse psühhoharimise näideteks on töötoad, rollimängud, aruteluforumid jms, kus suunatakse osalisi interaktiivselt kaasa mõtlema ja tegutsema. **Nii passiivse kui aktiivse psühhoharimise sekkumisi on suunatud lisaks koolinoortele ka täiskasvanutele nt töökohtades ja grupiprogrammides.** Eestis on eesrindlikuim VT terviseharituse

meetmete praktiseerija MTÜ Peaasjad, kuid lisaks on peamiselt veebilehtede näol olemas veel hulk teisi psühhoharidusliku sisuga infomaterjale, programme ja koolitusi. Siiski nenditi intervjuudes, et vajaka on töökohtadele suunatud VT praktikatest, mis **soosiksid psühhosotsiaalselt tervema ja VT häireid ennetava töökultuuri loomist Eestis. Suuremat rõhku VT-le peaksid ekspertide hinnangul panema ka töötervishoiuarstid ja tööandjad/töökohad.** Lisaks on töökohtades oluline soodustada ka tervisliku toidu tarbimist ja regulaarset liikumist, nt pakkudes kohvikus tervislikke toite ja/või kompenseerides trennides käimist. Kuna vaimne ja füüsiline tervis on tihedalt seotud, on oluline, et mõlemale oleks ka töökohtades mõeldud ning et üks toetaks teist. Töökeskkonnas terviseharituse parandamiseks on võimalik kaasata ka töö- ja organisatsioonipsühholooge, töökeskkonna volinikke ja/või teisi spetsialiste, kelle poole saaksid töötajad pöörduda ning kes saaksid tagada tööks sobiliku keskkonna, mis toetab nii töötajate vaimset kui ka füüsilist tervist.

6

Töökohtades terviseharituse edendamiseks peaksid inimese biopsühhosotsiaalsele olemusele pöörama rohkem tähelepanu nii tööandjad kui töötervishoiuarstid. Lisaks peaks töökohtades võimaldama rohkem VT alaseid koolitusi ja programme ning töökeskkond peaks soosima nii füüsilise kui vaimse tervise edendamist.

MH-de puhul on tõenduspõhistest terviseharituse meetmetest üks – iseseisev glükoositaseme jälgimine – suunatud konkreetselt diabeeti põdevatele patsientidele, kuid meetodit on soovitatud ka metaboolse sündroomiga inimestele. Kui täiskasvanud patsiendid saavad seda teha iseseisvalt, siis laste puhul tegelevad glükoositaseme jälgimisega tihti lapse vanem(ad) ja/või hooldaja(d). See võimaldab kõrvalekaldeid märgata võimalikult varakult ning käituda vastavalt. Lisaks soovitatakse nii MH-dega patsientide kui VT häirete riskirühma kuuluvate inimeste puhul psühholoogilise heaolu monitoorimist ja psühholoogilise toe pakkumist. Neid meetmeid saab kasutada ka teiste krooniliste haigustega inimeste abistamiseks.

Suur osa krooniliste haigustega seotud terviseharituse meetmetest on seega universaalsed, st neist on võimalik kasu saada nii erinevate krooniliste haigustega patsientidel kui ka erineva sotsiaaldemograafilise profiiliga inimestel (vaata ka joonis 2). Siiski ilmnes, et näiteks VT ja MH-de terviseharituse sekkumised on suunatud eeskätt (kooli)noortele ning SVH-de ja MH-de sekkumised pigem täiskasvanutele. See on ühelt poolt ootuspärane, kuna VT probleemid ja häired algavad tihti juba noores eas ning seega on vajalik varane sekkumine, samas kui SVH-d esinevad pigem vanemates vanuserühmades ning harva noortel. MH-de puhul olid aga mitmed diabeediteemalised koolitused mõeldud esimest tüüpi diabeediga lastele ja/või nende vanematele ning täiskasvanutel (teist tüüpi) diabeediga isikutel võib osutada keeruliseks endale sobivaid koolitusi leida ning tihti nende eest ka tasuda.

Juba haigestunud patsientide puhul **võimaldab terviseharituse taseme tõstmine toetada ka ravijuhendite järgimist**, kuna on teada, et kõrgem terviseharituse tase toetab teadlikumat tervisealaste otsuste vastuvõtmist. Üha enam koostatakse nii Eestis kui mujal lisaks arstidele suunatud ravijuhenditele ka patsientidele mõeldud juhendeid, kus selgitatakse põhjalikult lahti kõik haigusega seonduv ning tuuakse välja võimalused haigusega toimetulekuks (Eestis koostatud patsiendijuhendid on leitavad veebilehelt <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid>).

Kuna suur osa tõenduspõhiseid terviseharituse meetmeid tuginevad eeskätt info jagamisele, võib selle kasutegur olla nii tervise edendamine üldiselt (inimesed järgivad rohkem tervislikke eluviisioovitusi) kui ka krooniliste haiguste leevendamine ja haigustest tulenevate kahjude vähendamine. Seega peaksid terviseharituse sekkumised olema rakendatud kahel tasandil: **indiviidi ja elanikkonna tasandil**.

Indiviidi tasandil meetmete rakendamisel on oluline keskenduda inimese enda riskifaktoritele ja konkreetsele haigusele. Enamasti hõlmab selline sekkumine personaalset nõustamist ja sihitatud, personaliseeritud info edastamist just sellele inimesele. Selleks saab muu seas ära kasutada ka veebipõhiseid lahendusi ning e-riigi võimalusi, **nt võiks patsiendi riskifaktoritele, diagnoosile jm individuaalsele infole vastavalt patsiendiportaalis pakkuda individualiseeritud tervisealaseid soovitusi.** Selliste lahenduste planeerimisel peab aga arvestama digilahenduste väljatöötamiseks vajaliku aja- ja ressursikuluga. Ka uuringu jaoks intervjueeritud Eesti eksperdid tõid välja, et patsiendiportaali ja Tervise Infosüsteemi võimalusi võiks edaspidi laiemalt kasutada inimkesksema meditsiini pakkumiseks, sh patsientidele nende seisundile vastavate tervisesoovituste andmiseks. Ka on uuringu „Personaalmehitsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südame-veresoonkonna haiguste täppisennetuses“ tulemusel näidatud, kuidas personaalsete riskide ennetamisele suunatud isikustatud (jätku)nõustamine on efektiivne võimalus inimeste tervisekäitumise positiivses suunas mõjutamiseks ning tagasilanguste ennetamiseks.

7

Terviseharituse taseme parandamiseks on oluline edendada inimkesksust tervise teenuste pakkumisel ning võimaldada inimesel saada individuaalset nõustamist tervishoiuspetsialistilt ja/või -töötajalt. Inimkesksuse suurendamiseks on võimalik ära kasutada digitaalseid lahendusi, nt arendada patsiendiportaali võimalusi. Tulevikus soodustab seda ka isikustatud riskidele suunatud personaalnõustamise ning teenusejärgse jätkunõustamise tõhustamine.

Lisaks sellele, et tervishoiutöötaja (nt õde) ja/või -spetsialist nõustab patsienti lähtuvalt tema tervise seisundist, vajaks tõhustamist ka inimeste liikumine erinevate tervise teenuste vahel. Intervjueeritud Eesti eksperdid tõid välja, et esmatasandi tervishoiu tasemel võiks patsiendil olla oma **raviteekonna koordinaator, kes suunaks teda teenuse erinevate tasandite ja spetsialistide vahel**, eeskätt siis, kui patsiendil endal puuduvad selleks võimekus ja teadmised. Teenus oleks vabatahtlik, st igal patsiendil ei pea koordinaatorit olema, kuid kõigil patsientidel peaks olema võimalus teenust soovi korral kasutada. Raviteekonna koordinaatori rolli vajalikkust rõhutatakse ka praegu koostamisel olevas Eesti Pearingstide Seltsi arengukavas. Lisaks toodi intervjuudes välja, et tihti ei ole patsient võimeline korraga suurt infohulka vastu võtma ning tema ajas muutuv seisund võib tekitada vajaduse saadud info ümberhindamiseks ja/või kohandamiseks, mis suurendab veel enam vajadust kontaktisiku järele, kellega vajadusel kontakteeruda. Selline isik oleks sillaks kogukonnateenuste ning kõrgema tasandi arstiabi vahel ning eriti vajalik oleks selline koordinaator eakate ja/või krooniliste haigustega isikutele. Teisalt on oluline tegeleda ka inimeste tervisealase jõustamisega, et nad oleksid võimelised võtma oma tervise juhtimist enda kätte. See eeldab aga, et kogu vajaminev informatsioon ja võimalused on neile lihtsasti kättesaadavad. Üks võimalus Eestis seda tõhustada on individuaalsem lähenemine patsiendiportaali kaudu, kus saaks isiku tervisealast infot kasutades kuvada isikustatud teateid nt ravimite võtmise ja/või arsti juures käimise kohta.

Samuti oleks võimalik portaalis kuvada nt kvaliteetseid teaduspõhiseid soovitusi tervislikuma eluviisi kohta ning jagada näpunäiteid selle kohta, kuidas uusi harjumusi järjepidevalt järgida.

8

Patsientidele tuleks pakkuda konkreetsemaid juhiseid oma tervise(seisundite) tõhusamaks iseseisvaks juhtimiseks ja/või vajadusel võimaldada neile raviteekonna koordinaatori tuge tervishoiusüsteemis sujuvamaks liikumiseks.

Elanikkonna tasandil on terviseharituse meetmete eesmärk eeskätt üldine teadlikkuse kasvatamine, see võiks alata juba haridussüsteemis. Terviseharituse kujundamine võimalikult varases eas on oluline ka intervjueritud ekspertide arvates, kuna varakult kujunenud toitumis- ja liikumisharjumused mõjutavad kogu inimese elu. Eesti noorte teadlikkus tervislikest eluviisidest (toitumine, VT praktikad) ning nende mõjust ühelt poolt tõuseb, kuid teiselt poolt näevad tervisevaldkonna eksperdid ka kahjulikke suundumusi nagu üha süvenev nutiseadmete liigkasutamine, suurem valmistoidu tarbimine ning vähene liikumine. Lisaks teoreetiliste teadmiste õpetamisele on oluline võimaldada nii lasteaia-, kooli- kui töökeskkonnas terviseteadlike otsuste tegemist ning muuta see inimestele kättesaadavaks ja lihtsaks, kasutades nt käitumisteaduslikke müksamise lahendusi. Oluline on ka õppeasutustes terviseharitusega seoses seatud eesmärkide tegelikku täitmist regulaarselt jälgida ja hinnata. Intervjueritud tervisevaldkonna eksperdid soovitasid siinkohal kasutada täiendava ressursina ka kooliõdesid kui vahetult haridusasutuses kohapeal viibivaid tervisevaldkonna esindajaid, kelle puhul on üheks mõjufaktoriks ilmselt ka n-ö „valge kitli efekt“ ehk õpilaste usaldus ja vastuvõtlikkus tervisevaldkonna töötajalt tuleva info suhtes võib olla suurem.

9

Terviseharituse komponendile peaks riiklikus õppekavas rohkem tähelepanu pöörama, samuti tuleks soodustada terviseteadlike otsuste tegemist koolikeskkonnas. Lisaks peaks seda tegema ka koolieelsetes lasteasutustes ning kõrgharidusasutustes.

Terviseharituse sekkumiste väljatöötamisel soovitatakse aga kindlasti arvesse võtta konkreetse sihtrühma eripärasid ja vajadusi. Lastele ja noortele võib kõige paremini sobida mängulisem ja interaktiivsem lähenemine, samas täiskasvanutele pigem koolitused ja/või teavituskampaniad. Ka töid eksperdid välja, et venekeelse kogukonna informeeritus on nõrgem kui eestikeelse kogukonna oma, kuna infoallikad on erinevad ning tõenduspõhine terviseharituslik teavitus on seni olnud suunatud pigem eestikeelsele elanikkonnale. Teaduskirjanduses on välja toodud, et konkreetse meetodi valikul (nt sekkumisprogrammi välja töötamise faasis) on **oluline kaasata ka sihtrühma esindajaid (näiteks fookusgruppide meetodil), et meede oleks võimalikul personaliseeritud ja tõhus.** Ka peaks (eeskätt VT häirete puhul) kõrgendatud tähelepanu pöörama sellele, kuidas jõuda terviseharituse meetmetega nende sihtrühmadeni, kes muidu on ühel või teisel põhjusel tervise teemadest distantseerunud. Ka MTÜ Peaasjad rõhutas selle olulisust, kuna distantseerunud isikud on tihti just need, kes kuuluvad ka riskigruppi. Seetõttu on oluline nendeni jõuda võimalikult kiirelt ja efektiivselt nii, et isik end kampanias ära tunneks ja oma heaolu suurendamiseks või taastamiseks vajalikke samme astuks.

10

Terviseharituse sekkumiste disainimisel on oluline kaasata sihtrühma esindajad nt fookusgrupi meetodil ning kohandada meetme rakendamist neile vastavalt.

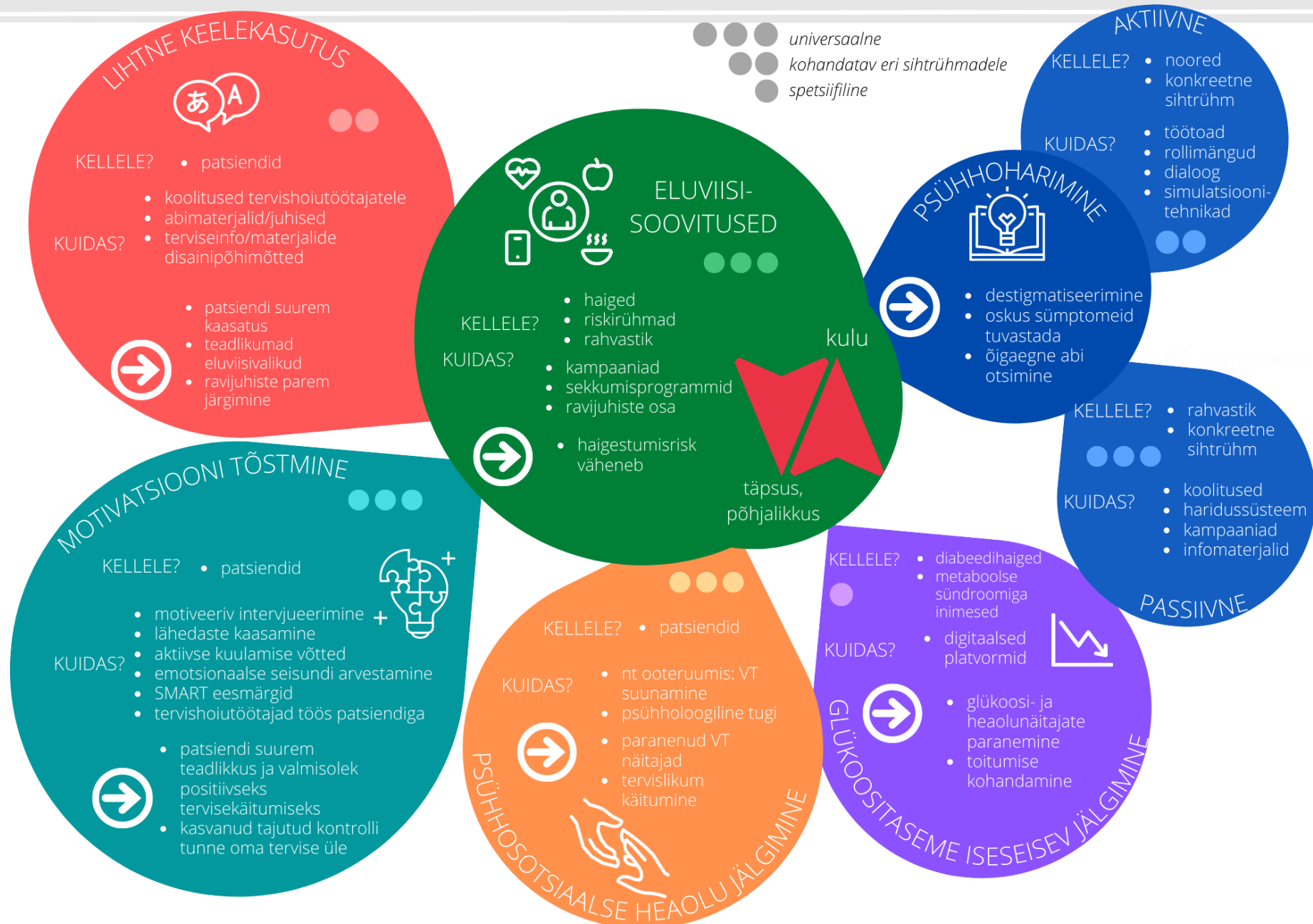
Konkreetselt sihtrühmale sekkumise suunamine võib olla aga universaalsete meetmete rakendamisest oluliselt kulukam. Seda põhjustab sekkumise väljatöötamisel sihtrühma eripäradega arvestamine, mis nõuab olulisi lisaressursse. Samuti saab loodud sekkumisest kasu oluliselt vähem inimesi kui laiahaardelisemate ja universaalsemate sekkumiste puhul. **Samas võib just personaliseeritud sekkumiste puhul olla kasutegur selle spetsiifilise sihtrühma seas oluliselt suurem ja püsivam,** kuna võetakse arvesse sihtrühma vajadusi ja eripärasid ning isikud saavad aru, et sekkumine on just neile suunatud. Enamiku krooniliste haiguste puhul on intervjueritud ekspertide sõnul nõustamine delegeeritud perearstidele, kuid neil napib nõustamiseks aega. Võimalik oleks rääkida tervislikest eluviisidest ja teadlikust tervisekäitumisest ka ennetuse eesmärgil, kui perearstid kutsuksid patsiente regulaarselt (nt kord aastas) vastuvõtule, kuid ka selleks napib neil aega. Hetkeseisuga on keeruline jõuda riskirühmadeni, kellel on eluviisi tõttu soodumus mingi haiguse väljakujunemiseks, kuid kes ei ole veel kaebustega arsti juurde jõudnud.

Lisaks on konkreetselt sihtrühmale disainitud sekkumiste puhul lihtsam mõju ning tulemuslikkust mõõta ja hinnata. Seda saab teha nt sekkumist saanud inimeste konkreetsete tervisenäitajate (ehk indikaatorite, nt vererõhk, veresuhkur, emotsionaalne enesetunne) mõõtmise kaudu. Laiaulatuslike programmide (nt universaalsed teavituskampaaniad) efektiivsust on seevastu teaduslike meetoditega tihti keeruline hinnata. Näiteks olulist infot levitava teavituskampaania puhul on keeruline luua kontrollgruppi, kelle puhul oleks tagatud, et grupp ei ole teavituskampaania käigus levitatava infoga kokku puutunud. **Samas ei tohiks Eesti ekspertide hinnangul alahinnata selliste universaalsete, elanikkonna tasandil läbi viidavate sekkumiste rolli ning riiklikul tasandil on oluline tagada terviseharituslikud teadmised.** Elanikkonna tasandil on oluline jagada lihtsasti kättesaadavat, arusaadavat, abistavat ja kvaliteedimärgisega informatsiooni inimestele paremate terviseotsuste tegemiseks ning aidata neil erinevates keskkondades terviseteadlikumalt käituda. Sellel põhinevad ka spetsiifilisemad ja seisundikesksemad terviseharituse sekkumised.

Riiklik terviseharituse tegevuskava peaks seega panema paika terviseharituse meetmete rakendamise ja terviseharituse taseme parandamisega kõikidel elanikkonna tasanditel ja üle inimeste elukaare. Näiteks riiklikul tasandil on oluline tegevuste finantseerimine, erinevate osapoolte kaasamine ja võrgustiku loomine, süstemaatilise plaani loomine uuringuteks ja monitoorimiseks; uuringute ja arendustegevuste kaudu peaks olema kaasatud teadlased ja eksperdid; praktikate realiseerimisel peaks lisaks tervishoiutöötajatele kaasama kogukonnad ja haridusasutused, kohalikud omavalitsused, meedia, ettevõtted ja töökohad ning ka hooldusasutused ja vanadekodud.

11

Terviseharituse riiklik tegevuskava peaks andma suunad, kuidas tegeleda terviseharituse parandamisega kõigil erinevatel elanikkonna tasanditel üle inimeste elukaare, st panema paika koostööplaani, kes, kus ja kuidas terviseharituse parandamisega tegeleb.



Joonis 2. Tõenduspõhised terviseharituse meetmed krooniliste haigustega patsientidele

KASUTATUD KIRJANDUS

- AB Medical Group. (s.a.). Sinise õhupalli kampaania. <https://abmedical.ee/sinise-ohupalli-kampaania/>
- Abbott. (s.a.). Estonia | Worldwide locations | Abbott Diabetes Care Division. <https://www.diabetescare.abbott/worldwide-locations/contact.estonia.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html>
- Akesson, A., Larsson, S. C., Discacciati, A., & Wolk, A. (2014). Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(13), 1299–1306. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.06.1190>
- Akkermann, K. (2014). Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale. [Lõppraport]. OÜ Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskus.
- American College of Cardiology. (2019). Recognizing and Addressing Health Literacy in Your Patients: Low Health Literacy Impacts Cardiovascular Prevention, Treatment. *Cardiology Magazine*. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/10/06/24/42/cover-story-recognizing-and-addressing-health-literacy-in-your-patients>
- American College of Cardiology. (2020). *Improving cardiovascular risk communications*. <https://www.acc.org/-/media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Tools-and-Practice-Support/Risk-Communications/2-Full-Toolkit.pdf?la=en&hash=81C9701F0FFFE490F854FD6AC224D5611D7A4360>
- American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. <https://www.apa.org/depression-guideline>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179.
- Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*.
- Arensman, E., Koburger, N., Larkin, C., Karwig, G., Coffey, C., Maxwell, M., ... & Hegerl, U. (2015). Depression awareness and self-management through the internet: protocol for an internationally standardized approach. *JMIR research protocols*, 4(3), e4358.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2002). Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278–1283. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1278>
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33–42. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(98)00116-5)
- Baldwin, P. A., Sanatkar, S., Clarke, J., Fletcher, S., Gunn, J., Wilhelm, K., Campbell, L., Zwar, N., Harris, M., Lapsley, H., Hadzi-Pavlovic, D., Christensen, H., & Proudfoot, J. (2020). A web-based mental health intervention to improve social and occupational functioning in adults with

- type 2 diabetes (the springboard trial): 12-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12). <https://doi.org/10.2196/16729>
- Bartelink, N. H. M., van Assema, P., Kremers, S. P. J., Savelberg, H. H. C. M., Oosterhoff, M., Willeboordse, M., van Schayck, O. C. P., Winkens, B., & Jansen, M. W. J. (2019). One- and two-year effects of the Healthy Primary School of the future on children's dietary and physical activity behaviours: A quasi-experimental study. *Nutrients*, 11(3), 689. <https://doi.org/10.3390/nu11030689>
- Bass, P. F., Wilson, J. F., & Griffith, C. H. (2003). A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1036–1038. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.10651.x>
- Beauchamp, A., Talevski, J., Niebauer, J., Gutenberg, J., Kefalianos, E., Mayr, B., Sareban, M., Kulnik, S. T. (2022). Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: a scoping review. *Open Heart*, 9, e001895. <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2021-001895>
- Beger, M. (2017). Tervise kirjaoskus ja selle roll tervisekommunikatsioonis. Tervise Arengu Instituut.
- Berens, E. M., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J., & Schaeffer, D. (2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health Literacy Research and Practice*, 2(2):e115-e122. <https://doi.org/10.3928/24748307-20180503-01>
- Berens, EM., Vogt, D., Messer, M. et al. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it? *Journal of health communication*, 15(S2), 9-19.
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British journal of sports medicine*, 45(11), 886-895.
- Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive medicine*, 45(6), 401-415.
- Black Dog Institute. (2021). *MyCompass online self-help program*. <https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/mycompass/>
- Bonner, C., Batcup, C., Ayre, J., Cvejic, E., Trevena, L., McCaffery, K. J., & Doust, J. (2021). The impact of health literacy-sensitive design and heart age in a cardiovascular disease prevention decision aid: randomised controlled trial and end user testing. [Preprint]. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.09.20.21263868>
- Bonuck, K. A., Schwartz, B., & Schechter, C. (2016). Sleep health literacy in head start families and staff: exploratory study of knowledge, motivation, and competencies to promote healthy sleep. *Sleep health*, 2(1), 19-24.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 19-31.
- Briguglio, M., Vitale, J. A., Galentino, R., Banfi, G., Dina, C. Z., Bona, A., Panzica, G., Porta, M., Dell'Osso, B., & Glick, I. D. (2020). Healthy Eating, Physical Activity, and Sleep Hygiene (HEPAS) as the winning triad for sustaining physical and mental health in patients at risk for or with neuropsychiatric disorders: Considerations for clinical practice. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, Article 55-70.
- Brooks, H., Irmansyah, I., Lovell, K., Savitri, I., Utomo, B., Prawira, B., Iskandar, L., Renwick, L., Pedley, R., Kusumayati, A., & Bee, P. (2019). Improving mental health literacy among young people aged 11–15 years in Java, Indonesia: Co-development and feasibility testing of a culturally-

- appropriate, user-centred resource (IMPETUs) - A study protocol. *BMC Health Services Research*, 19(1), 484. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4328-2>
- Brown, N. (2018). Psychoeducational groups: Process and practice (4th ed.). Routledge.
- Brug, J., Tak, N. I., & Te Velde, S. J. (2010). Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. *Health Promotion International*, 26(2), 244–254. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq058>
- Buist, A. E., Austin, M. P. V., Hayes, B. A., Speelman, C., Bilszta, J. L., Gemmill, A. W., ... & Milgrom, J. (2008). Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002–2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 66–73.
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. *Rand health quarterly*, 5(1).
- Busch, V., De Leeuw, J. R., Zuithoff, N. P., Van Yperen, T. A., & Schrijvers, A. J. (2015). A controlled health promoting school study in the Netherlands. *Health Promotion Practice*, 16(4), 592–600. <https://doi.org/10.1177/1524839914566272>
- Cairns, K., & Rossetto, A. (2019). School-based mental health literacy interventions. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sorensen (Ed.), *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the life-span* (pp. 291–305). Policy Press.
- Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. *Patient education and counseling*, 89(2), 337–344.
- Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., Snyder, A., Bradley, K. A., Nugent, S. M., Baines, A. D., & VanRyn, M. (2008). Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 561–566. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0520-5>
- Clancy, C. M. (2011). Patient Engagement in Health Care. *Health Services Research*, 46(2), 389–393. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01254.x>
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., ... & Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2009, December 3). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of Mental Health Literacy. Wiley Online Library.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 41(6), 681–700.
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57–62.
- CovidWellBeingNI. (2021). *CovidWellbeingNI online hub*. <https://covidwellbeingni.info/>
- Craig, P., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: Reflections on the 2008 MRC guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 585–587.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009) What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066–1085.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H. U. (2017) Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17024.

- Czabała, C., Charzyńska, K., & Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health promotion international*, 26(suppl_1), i70-i84.
- Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of Health Literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 526. <https://doi.org/10.1071/py19007>
- de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. (s.a.). *Partners*. <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/partners/>
- Diabeedikool. (s.a.). Hüpokoerte koolitus. <https://diabeedikool.ee/teenused/hupokoerte-koolitus/?portfolioCats=49%2C4>
- Diabeedikool. (s.a.). Nightscout'i koolitus. <https://diabeedikool.ee/teenused/nightscouti-koolitus/?portfolioCats=49%2C45>
- Diabeedikool. (s.a.). Kogemusnõustamine. <https://diabeedikool.ee/teenused/kogemusnoustamine/?portfolioCats=49%2C45>
- Diabeedikool. (s.a.). Psühholoogiline nõustamine. <https://diabeedikool.ee/teenused/psuhholoogiline-noustamine/?portfolioCats=49%2C45>
- Diabeedikool. (s.a.). Loovteraapia. <https://diabeedikool.ee/teenused/loovteraapia/?portfolioCats=49%2C45>
- Dexcom. (s.a.). Dexcom ONE'i pidevaks glükoosimonitooring CGM. <https://www.dexcom.com/et-EE/shop/home>
- Dimovski, K., Orho-Melander, M. & Drake, I. (2019). A favorable lifestyle lowers the risk of coronary artery disease consistently across strata of non-modifiable risk factors in a population-based cohort. *BMC Public Health*, 19, 1575. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7948-x>
- Dunn, P., Margaritis, V., & Anderson, C. (2017). Understanding health literacy in patients with cardiovascular disease and diabetes. *School of Health Sciences Publications*, 176. https://scholarworks.waldenu.edu/shs_pubs/176
- Durand, M. A., Lamouroux, A., Redmond, N.M., Rotily, M., Bourmaud, A., Schott, A.-M., ... & Delpierre, C. (2021). Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 21, 1684. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11565-3>
- Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts. (s.a.). *Diabeedipäev. Mis on diabeedipäev?* <https://www.eays.ee/tegemised/suururitused-ja-projektid/diabeedipaev>
- Eesti Diabeediliit MTÜ. (s.a.). *Mis on diabeet?* <http://www.diabetes.ee/mis-on-diabeet>
- Eesti Diabeediliit. (2010). Arstitudengid kutsuvad diabeedipäeval veresuhkrut mõõtma. Pressiteade. <https://www.diabetes.ee/arstitudengid%20kutsuvad%20diabeedipäeval%20veresuhkrut%20mõõtma>
- Eesti Diabeediliit. (2017). Tasuta veresuhkru määramine! <https://www.diabetes.ee/avaleht/tasuta-veresuhkru-maearamine>
- Eesti Diabeediliit. (2017). Veresuhkru mõõtmine Selverites 2016 kokkuvõte. <https://www.diabetes.ee/uploads/documents/Diabeedipaev-2016-kokkuvote.pdf>
- Eesti Diabeediliit. (2019). Eesti Haigekassa kohtumine diabeetikute esindajatega ja endokrinoloogidega. Artikkel. <https://diabetes.ee/avaleht/eesti-haigekassa-kohtumine-diabeetikute-esindajatega-ja-endokrinoloogidega>
- Eesti Diabeediliit. (2020). Diabetes. Ajakiri. <https://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2020.pdf>

- Eesti Diabeediliit. (2020). Diabetes. Pool kilo rõõmu köögiviljadest. Artikkel.
<https://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2020.pdf>
- Eesti Diabeediliit. (2020). Liikudes teeme head. <http://www.diabetes.ee/tegevuskalender/liikudes-teeme-head>
- Eesti Diabeediliit. (2021). Diabetes. Ajakiri. <https://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2021.pdf>
- Eesti Haigekassa. (2022). Meditsiiniseadmete loetelu 2022. aastal.
<https://www.haigekassa.ee/inimesele/meditsiiniseadmed/meditsiiniseadmete-loetelu-2022-aastal>
- Eesti Haigekassa. (2022). Müüdnud ravimis diagnoosi ja arsti eriala lõikes. Statistika.
<https://www.haigekassa.ee/muudud-ravimid-diagnoosi-ja-arsti-eriala-loikes>
- Eesti Haigekassa (2016). Haigekassa tegi arstidele kättesaadavaks ravimite koostoimete hindamise andmebaasi. <https://www.haigekassa.ee/uudised/haigekassa-tegi-arstidele-kattesaadavaks-ravimite-koostoimete-hindamise-andmebaasi-0>
- Eesti Haigekassa. (2017). *Mis on patsiendjuhend?* [Ravikindlustuse blogi].
<https://www.haigekassa.ee/blogi/mis-patsiendijuhend>
- Eesti Haigekassa. (2018). *Eestlased on tervemad ja tervislikumad.* [Ravikindlustuse blogi].
<https://www.haigekassa.ee/blogi/eestlased-tervemad-ja-tervislikumad>
- Eesti Haigekassa. (s.a.). Riskipõhine ravijuhtimine.
<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/ravi-juhtimise-pilootprojekt>
- Eesti Haigekassa. (2021). Pereõenduse tegevusjuhend.
https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Kvaliteedijuhendid/Pere%C3%B5dede_juhend_tv_veeb.pdf
- Eesti Haigekassa. (2021). Depressiooniga tööealise inimese raviteekonna kaardistamine ja analüüs.
<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/depressiooni-raviteekond>
- Eesti Haigekassa. (s.a.). Jämesoolevähi sõeluuring. <https://www.haigekassa.ee/inimesele/haiguste-enetus/jamesoolevahi-soeluuring>
- Eesti Haigekassa. (2022). Meditsiiniseadmete statistika.
<https://www.haigekassa.ee/haigekassa/finantsnaitajad/meditsiiniseadmete-statistika>
- Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar & Diabeedikool. (2020). 1. tüüpi diabeeti põdevate täiskasvanute küsitlus. Aruanne.
http://centar.ee/pdf/ee/2020_1_tuupi_diabeeti_podevate_taiskasvanute_kusitlus.pdf
- Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar. (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. Lõpparuanne
<https://www.digar.ee/arhiiv/ru/%D0%BA%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B8/129000>
- Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar. (2021). *Raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levimus ning majanduslik mõju.* <https://centar.ee/tehtud-tood/raviresistentse-ja-suitsiidse-depressiooni-levimus-ning-majanduslik-moju>
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54, 313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Eronen, J., Paakkari, L., Portegijs, E., & Rantanen, T. (2021). Coronavirus-related health literacy and perceived restrictiveness of protective measures among community-dwelling older persons in Finland. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(8), 2345–2353.

- Eronen, J., Paakkari, L., Portegijs, E., Saajanaho, M., & Rantanen, T. (2019). Assessment of health literacy among older Finns. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(4), 549-556.
- estPerMed I (konsortsium). (2021). Personaalmeditsiini kliinilised juhtprojektid rinnavähi ja südameveresoonekonnahaiguste täppisennetuses 2018-2021. Lõpparuanne. Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli genoomika instituut, Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituut, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tallina Tehnikaülikooli tervisetehnoloogiate instituut. <https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2021/07/L%C3%B5pparuanne.pdf>
- Euroopa Komisjon, Tarbija-, Tervise-, Põllumajandus- ja Toiduküsimuste Rakendusamet, Uiters, E., Rademakers, J., Heide, I., et al. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union: final report*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2818/150402>
- Eurydice - European Commission. (2022). *Netherlands. Netherlands Overview*. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/netherlands_en
- Eversense. (s.a.). *Eversense CGM System*. <https://www.ascensiadiabetes.com/eversense/eversense-cgm-system>
- Fan, Z.-ya, Yang, Y., & Zhang, F. (2021). Association between Health Literacy and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00648-7>
- Finks, S. W., Airee, A., Chow, S. L., Macaulay, T. E., Moranville, M. P., Rogers, K. C., & Trujillo, T. C. (2012). Key articles of dietary interventions that influence cardiovascular mortality. *Pharmacotherapy*, 32(4), e54–e87. <https://doi.org/10.1002/j.1875-9114.2011.01087.x>
- Finnish institute for health and welfare. (s.a.a). *FoodStep – a sustainable health-promoting model for food services and early childhood education and care*. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/foodstep-a-sustainable-health-promoting-model-for-food-services-and-early-childhood-education-and-care?redirect=%2Fen%2Fweb%2Fthlfi-en%2Fresearch-and-development%2Fresearch-and-projects%2Fcurrent-research-and-projects>
- Finnish institute for health and welfare. (s.a.b). *Mental Health for Migration: Psychoeducation and Mental Health Promotion for Newly Arrived Refugees (TUULI)*. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/mental-health-for-migration-psychoeducation-and-mental-health-promotion-for-newly-arrived-refugees-tuuli?redirect=%2Fen%2Fweb%2Fthlfi-en%2Fresearch-and-development%2Fresearch-and-projects%2Fcurrent-research-and-projects>
- Finnish institute of health and welfare. (s.a.c). *National FinHealth Study*. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/national-finhealth-study>
- Finnish institute of health and welfare. (s.a.d). *School Health Promotion study*. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/school-health-promotion-study>
- Finnish institute of health and welfare. (s.a.e). *The National FINRISK Study*. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/the-national-finrisk-study>
- Finnish National Agency for Education. (2016). National core curriculum for basic education 2014.
- Finnish National Board of Education. (2014). *National core curriculum for basic education*.

- Fransen, M. P., Van Schaik, T. M., Twickler, T. B., & Essink-Bot, M. L. (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of health communication, 16*(sup3), 134-149.
- Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open, 6*(1), e009627. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009627>
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E., & Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS one, 13*(10), e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
- Fukuoka, Y., Gay, C. L., Joiner, K. L., & Vittinghoff, E. (2015). A novel diabetes prevention intervention using a mobile app. *American Journal of Preventive Medicine, 49*(2), 223–237. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.01.003>
- Gavrila, V., Garrity, A., Hirschfeld, E., Edwards, B., & Lee, J. M. (2019). Peer support through a diabetes social media community. *Journal of Diabetes Science and Technology, 13*(3), 493–497. <https://doi.org/10.1177/1932296818818828>
- Geboers, B., de Winter, A. F., Luten, K. A., Jansen, C. J., & Reijneveld, S. A. (2014). The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of health communication, 19*(sup2), 61-76.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H., & Cheek, F. (2002). Mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(4), 394-403.
- Grant, A. M. (2011). Is it time to REGROW the GROW model? Issues related to teaching coaching session structures. *The Coaching Psychologist, 7*(2), 118-126.
- Greenfield, S. F., Reizes, J. M., Magruder, K. M., Muenz, L. R., Kopans, B., & Jacobs, D. G. (1997). Effectiveness of community-based screening for depression. *American Journal of Psychiatry, 154*(10), 1391-1397.
- Greenfield, S. F., Reizes, J. M., Muenz, L. R., Kopans, B., Kozloff, R. C., & Jacobs, D. G. (2000). Treatment for depression following the 1996 national depression screening day. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1867-1869.
- Greifeneder, S. (2021). The Healthcare Law Review: Germany. *The Law Reviews*. <https://thelawreviews.co.uk/title/the-healthcare-law-review/germany>
- Haigekassa. (2021). *Depressiooniga patsiendi raviteekonna kaardistamine haigekassa andmete alusel*. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/AN285_vaimse_tervise_teenkonna_kaardistamine_2021-09-24.pdf
- Hale, G. E., Colquhoun, L., Lancaster, D., Lewis, N., & Tyson, P. J. (2021). Physical activity interventions for the mental health and well-being of adolescents—a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*.
- Hardcastle, S., Taylor, A., Bailey, M., Harley, R., & Hagger, M. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *The*

- international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 10, 40.
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-40>
- Hedman, A., & Sinisalu, V. (2008). Metaboolse sündroomiga patsiendi käsitus. Eksperdi hinnang. *Eesti Arst*, 87(7-8), 566–568.
- Heger, I., Köhler, S., van Boxtel, M., de Vugt, M., Hajema, K. J., Verhey, F., & Deckers, K. (2020). Raising awareness for dementia risk reduction through a public health campaign: A pre-post study. *BMJ Open*, 10(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041211>
- Hemmingsen, B., Gimenez-Perez, G., Mauricio, D., i Figuls, M. R., Metzendorf, M. I., & Richter, B. (2017). Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Henkel, V. (2003). Identifying depression in primary care: A comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*, 326(7382), 200-201.
<https://doi.org/10.1136/bmj.326.7382.200>
- Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Australasian Psychiatry*, 12, S38-S46.
- Hilliard, M. E., Oser, S. M., Close, K. L., Liu, N. F., Hood, K. K., & Anderson, B. J. (2015). From individuals to international policy: Achievements and ongoing needs in diabetes advocacy. *Current Diabetes Reports*, 15(9). <https://doi.org/10.1007/s11892-015-0636-z>
- Hilliard, M. E., Oser, S. M., Close, K. L., Liu, N. F., Hood, K. K., & Anderson, B. J. (2015). From individuals to international policy: Achievements and ongoing needs in diabetes advocacy. *Current Diabetes Reports*, 15(9). <https://doi.org/10.1007/s11892-015-0636-z>
- Hinsberg, L. (s.a.). How to consider the health literacy for patients? [Slaidiesitlus]. Health Promotion and Communication Division, Estonian Health Insurance Fund.
https://intra.tai.ee/images/health_literacy_TAI_jaanuar_2017_Liis_Hinsberg.pdf
- Hogewind, J. W., Nugter, M. A., & Engelsbel, F. (2021). Pilot study of the cost-effectiveness of Youth F-act in the Netherlands. *Community Mental Health Journal*, 57(4), 701-710.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00791-z>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2021). The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: A systematic review. *Archives of suicide research*, 25(2), 177-207.
- Hosker, D. K., Elkins, R. M., & Potter, M. P. (2019). Promoting mental health and wellness in youth through physical activity, nutrition, and sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(2), 171-193.
- Hurrelmann, K., Klinger, J., & Schaeffer, D. (2022). Comparison of Health Literacy of the Population in Germany between 2014 and 2020. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*.
- Ida-Tallinna Keskhaigla. (2021). *Diabeet*. <https://www.itk.ee/patsiendile/patsiendi-infomaterjalid/haigused/diabeet>
- Institute for Health Metrics and Evaluation Population Health Building/Hans Rosling Center. (2019). *Estonia*. <https://www.healthdata.org/estonia>
- International Diabetes Federation. (2012). *Global Guideline for Type 2 Diabetes*.
<https://www.idf.org/e-library/guidelines/79-global-guideline-for-type-2-diabetes>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.).
<https://www.diabetesatlas.org>

- International Diabetes Federation. (s.a.). *The Netherlands*. <https://idf.org/our-network/regions-members/europe/members/162-the-netherlands.html>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874–879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Ito-Jaeger, S., Perez Vallejos, E., Curran, T., Spors, V., Long, Y., Liguori, A., ... & Crawford, P. (2021). Digital video interventions and mental health literacy among young people: a scoping review. *Journal of Mental Health*, 1-11.
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(1), 1-16.
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National health education standards: Achieving health literacy*. American Cancer Society, Inc.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems. In L. Loureiro (Ed.), *Mental health literacy: Empowering people and communities to act* (pp. 27–39). Health Administration Press.
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Ed.), *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span* (pp. 53–66). Policy Press.
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 248-254.
- Jorm, A. F., Kelly, C. M., Wright, A., Parslow, R. A., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2006). Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults. *Journal of affective disorders*, 96(1-2), 59-65.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Jiao, Z. (1997). Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 468-473.
- Jürisson, M., Pisarev, H., Uusküla, A., Lang, K., Oona, M., & Kalda, R. (2021). Prevalence of chronic conditions and multimorbidity in Estonia: a population-based cross-sectional study. *BMJ open*, 11(10), e049045.
- Kalda, R., Viigimaa, M., Jaanson, E., Irs, A., Tohus, I., Laisaar, K.-T., & Friedemann, K. (2019). *Ravijuhend: Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil*. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/189/taiskasvanute-korgvererohktove-kasitlus-esmatasandil>
- Kalda, R., Maaros, H.-I., Rätsep, A. (2012). *Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/pereemeditiin_arengukava.pdf

- Kallate, E., Järve, J., Sõmer, M., Lang, L. (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. [Lõpparuanne]. Eesti Rakendusuuringute Keskus CentAR. https://www.sm.ee/sites/default/files/inimkeskse_tervisesusteemi_seiremetoodika_loppraport_toimetatud.pdf
- Kaplan, B. J., Rucklidge, J. J., Romijn, A., & McLeod, K. (2015). The emerging field of nutritional mental health: Inflammation, the microbiome, oxidative stress, and mitochondrial function. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 964-980.
- Keller, D. L., Wright, J., & Pace, H. A. (2008). Impact of Health Literacy on Health Outcomes in Ambulatory Care Patients: A Systematic Review. *Annals of Pharmacotherapy*, 42(9), 1272-1281. <https://doi.org/10.1345/aph.1L093>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26-S30.
- Khera, A. V., Emdin, C. A., Drake, I., Natarajan, P., Bick, A. G., Cook, N. R., Chasman, D. I., Baber, U., Mehran, R., Rader, D. J., Fuster, V., Boerwinkle, E., Melander, O., Orho-Melander, M., Ridker, P. M., & Kathiresan, S. (2016). Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *The New England journal of medicine*, 375(24), 2349-2358. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1605086>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior.
- Kleinberg, A., Jaanson, P., Lehtmets, A., Aluoja, A., Vasar, V., Suija, K. & Ööpik, P. (2011). Depressiooni ravijuhend pereartidele. *Eesti Arst* 90(9), 431-446
- Koster, E. S., Philbert, D., & Bouvy, M. L. (2015). Health literacy among pharmacy visitors in the Netherlands. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24(7), 716-721. <https://doi.org/10.1002/pds.3803>
- Kulev, M. & Taevik-Valk, M. (2016). Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis. [Patsiendijuhend PJ-F/11.1-2016]. Ravijuhendite Nõukoda, Eesti Haigekassa. <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/120/generaliseerunud-arevushaire-ja-paanikahaire-agorafobiaga-voi-ilma-kasitlus-perearstiabis>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(3), 154-158.
- Kuuse, R. (2019). Klient, patsient ja inimene – meie ühistest väljakutsetest täna ja tulevikus. [Slaidiesitlus]. Sotsiaalministeerium. <https://haiglateliit.ee/wp-content/uploads/2019/09/03-Rait-Kuuse-veeb.pdf>
- Kwan, Y. H., Cheng, T. Y., Yoon, S., Ho, L. Y. C., Huang, C. W., Chew, E. H., ... & Low, L. L. (2020). A systematic review of nudge theories and strategies used to influence adult health behaviour and outcome in diabetes management. *Diabetes & Metabolism*, 46(6), 450-460.
- Laido, Z., & Mark, L. (2011). *Vaimne tervis kui vaimne heaolu. Infomaterjal noortele*. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI). https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/139816871942_Vaimne_tervis_kui_vaimne_heaolu_2011.pdf
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(11), 553-556.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253(5), 248-251.

- Lee, J. M., Newman, M. W., Gebremariam, A., Choi, P., Lewis, D., Nordgren, W., Costik, J., Wedding, J., West, B., Gilby, N. B., Hannemann, C., Pasek, J., Garrity, A., & Hirschfeld, E. (2017). Real-world use and self-reported health outcomes of a patient-designed do-it-yourself mobile technology system for diabetes: Lessons for mobile health. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 19(4), 209–219. <https://doi.org/10.1089/dia.2016.0312>
- Leening, M. J., Siregar, S., Vaartjes, I., Bots, M. L., Versteegh, M. I., van Geuns, R.-J. M., Koolen, J. J., & Deckers, J. W. (2013). Heart disease in the Netherlands: A quantitative update. *Netherlands Heart Journal*, 22(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s12471-013-0504-x>
- Li, Y., Lv, M. R., Wei, Y. J., Sun, L., Zhang, J. X., Zhang, H. G., & Li, B. (2017). Dietary patterns and depression risk: a meta-analysis. *Psychiatry research*, 253, 373–382.
- Lin, R., Brown, F., James, S., Jones, J., & Ekinici, E. (2021). Continuous Glucose Monitoring: A review of the evidence in type 1 and 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 38(5). <https://doi.org/10.1111/dme.14528>
- Lincoln, A., Paasche-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R., & Samet, J. H. (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 818–822.
- Lindahl, B., Norberg, M., Johansson, H., Lindvall, K., Ng, N., Nordin, M., ... & Schulz, P. J. (2020). Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 209–215.
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, 148, 12–27.
- Maailma diabeedipäev.(s.a.). Diabeedipäev - 14.11.2020. <https://diabeedipaev.ee/>
- Maailma Terviseorganisatsioon. (2021). Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) soovitud kehalise aktiivsuse ja istuva eluviisi kohta. Lühiülevaade <https://www.liikumakutsuvkool.ee/wp-content/uploads/2021/03/WHO-liikumissoovitused.pdf>
- Maailma Terviseorganisatsioon. (2022). Kuni viieaastaste laste kehalise aktiivsuse ja une soovitud. Kopenhaagen: WHO Euroopa Regionaalbüroo <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351019/WHO-EURO-2022-36297-36297-56731-est.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mackenzie, K., & Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: What is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ Open*, 8(9), e022560.
- Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E., Morgenstern, L. B., Paasche-Orlow, M. K., Pollak, A., Willey, J. Z.; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. (2018). Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 138(2), e48–e74. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000579>
- Maiorino, M. I., Signoriello, S., Maio, A., Chiodini, P., Bellastella, G., Scappaticcio, L., Longo, M., Giugliano, D., & Esposito, K. (2020). Effects of continuous glucose monitoring on metrics of

- glycemic control in diabetes: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 43(5), 1146–1156. <https://doi.org/10.2337/dc19-1459>
- Marciano, L., Camerini, A.-L., & Schulz, P. J. (2019). The role of Health Literacy in diabetes knowledge, self-care, and Glycemic Control: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 1007–1017. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04832-y>
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A global public health concern*.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2011). WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001089.pub2>
- Maruthur, N. M., Wang, N. Y., & Appel, L. J. (2009). Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial. *Circulation*, 119(15), 2026–2031. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.809491>
- Matson, A. P., Mather, K. A., Flood, V. M., & Reppermund, S. (2021). Associations between nutrition and the incidence of depression in middle-aged and older adults: A systematic review and meta-analysis of prospective observational population-based studies. *Ageing Research Reviews*, 70, 101403.
- McBain, H., Mulligan, K., Haddad, M., Flood, C., Jones, J., & Simpson, A. (2016). Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011361.pub2>
- Medtronic. (2022). *Guardian Connect Continuous Glucose Monitoring System*. <https://www.medtronicdiabetes.com/products/guardian-connect-continuous-glucose-monitoring-system>
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., & Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101, 213–222.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2021). *Subjects and attainment targets in primary education*. Primary education. <https://www.government.nl/topics/primary-education/subjects-and-attainment-targets-in-primary-education>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2021). *Public-authority and private schools*. Secondary education. <https://www.government.nl/topics/secondary-education/different-types-of-secondary-education/public-authority-and-private-schools>
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (2016). *Healthcare in the Netherlands*. <https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands-2018.pdf>
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (2016). *Healthcare in the Netherlands*. <https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands-2018.pdf>. <https://www.rivm.nl/en/health-promotion>
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (s.a.a). *Health promotion*. <https://www.rivm.nl/en/health-promotion>
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (s.a.b). *Health Promotion in the Netherlands*. <https://www.loketgezondleven.nl/node/1791>
- Molendijk, M., Molero, P., Ortuño Sánchez-Pedreño, F., Van der Does, W., & Angel Martínez-González, M. (2018). Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-

- response meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 226, 346–354. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.022>
- Moll, S. E., Patten, S., Stuart, H., MacDermid, J. C., & Kirsh, B. (2018). Beyond silence: a randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(12), 826–833.
- Moreira, L. (2018), Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?, *OECD Health Working Papers*, 107. OECD Publishing.
- Moreira, L. (2018), Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?, 107. OECD Publishing., 1-11. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1999541>
- Morgado, T., & Botelho, M. R. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 90–96.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2021a). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: Estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência*, V(6), e20133.
- Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2021b). Psychoeducational interventions to promote adolescents' mental health literacy on anxiety in the school context: Identifying theory for the development of a complex intervention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*.
- Morgado, T., Loureiro, L., Rebelo Botelho, M. A., Marques, M. I., Martínez-Riera, J. R., & Melo, P. (2021). Adolescents' Empowerment for Mental Health Literacy in School: A Pilot Study on ProLiSMental Psychoeducational Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8022.
- Morgado, T., Loureiro, L., Rebelo Botelho, M. A., Marques, M. I., Martínez-Riera, J. R., & Melo, P. (2021). Adolescents' Empowerment for Mental Health Literacy in School: A Pilot Study on ProLiSMental Psychoeducational Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8022. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4348-y>
- MTÜ Kõnnime Koos. (2022). Kõnnime Koos – MTÜ KÖNNIME KOOS. <http://www.konnimekoos.ee/>
- Nasir, B. F., Hides, L., Kisely, S., Ranmuthugala, G., Nicholson, G. C., Black, E., ... & Toombs, M. (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 1–7.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. *NICE Clinical Guidelines*, 113. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552847/>
- National Institute for Health and Environment. (s.a.). *Interventies Zoeken*. Ministry of Health, Welfare and Sport. <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (s.a.). *Look AHEAD: Action for Health in Diabetes (LookAHEAD)*. <https://repository.niddk.nih.gov/studies/look-ahead/>
- Navar, A. M., Stone, N. J., & Martin, S. S. (2016). What to say and how to say it: effective communication for cardiovascular disease prevention. *Current opinion in cardiology*, 31(5), 537–544. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000322>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- OECD. (2016). *Health policy in Finland*. <https://www.oecd.org/finland/Health-Policy-in-Finland-January-2016.pdf>

- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Netherlands: Country Health Profile 2021. State of Health in the European Union*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/fd18ea00-en>.
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Finland: Country Health Profile 2021. State of Health in the European Union*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/2e74e317-en>
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Germany: Country Health Profile 2021. State of Health in the European Union*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/e4c56532-en>.
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Estonia: Country Health Profile 2021. State of Health in the European Union*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/a6c1caa5-en>.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD. (2022). *Life expectancy at birth*. [Indicator]. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth/indicator/english_27e0fc9d-en
- Oja, L., Piksööt, J., Aasvee, K., Haav, A., Kasvandik, L., Kukk, M., Kukke, K., Rahno, J., Saapar, M., Vorobjov, S. (2019). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/158107216065_Eesti_kooliõpilaste_tervisekaitumine_2017_2018_uuringu_raport.pdf
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (p. 764). Policy Press.
- Opie, R. S., O'Neil, A., Itsiopoulos, C., & Jacka, F. N. (2015). The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Nutrition*, 18, 2074-2093.
- Osborne, R. H., Wilson, T., Lorig, K. R., McColl, G. J. (2007). Does self-management lead to sustainable health benefits in people with arthritis? A 2-year transition study of 452 Australians. *The Journal of Rheumatology*, 34, 1112–1117.
- Osman, M., McLachlan, S., Fenton, N., Neil, M., Löfstedt, R., & Meder, B. (2020). Learning from behavioural changes that fail. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(12), 969-980.
- Paakkari, L., Kokko, S., Villberg, J., Paakkari, O., & Tynjälä, J. (2017). Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian journal of public health*, 45(8), 854-860.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2019). Health literacy – Talking the language of (school) education. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(3), e161-e164.
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*.
- Paakkari, O., & Paakkari, L. (2019). Health literacy and the school curriculum: The example of Finland. *International Handbook of Health Literacy*, 521.
- Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L., & Paakkari, L. (2018). Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*.
- Palazzo, M. C., Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Stein, D. J., & Baldwin, D. S. (2014). Health literacy and the pharmacological treatment of anxiety disorders: a systematic review. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 29(3), 211-215.

- Pascoe, M., Bailey, A. P., Craike, M., Carter, T., Patten, R., Stepto, N., & Parker, A. (2020). Physical activity and exercise in youth mental health promotion: A scoping review. *BMJ open sport & exercise medicine*, 6(1), e000677.
- Past, M. (2021). Diabeeditüsitused. Kuidas neid vältida? *Diabetes*.
<http://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2021.pdf>
- Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 519–522.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Appleton-Century-Crofts.
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., ... & Christensen, H. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *Journal of adolescence*, 37(7), 1143–1151.
- Petkovic, J., Duench, S., Trawin, J., Dewidar, O., Pardo, J. P., Simeon, R., ... & Welch, V. (2021). Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Pharos. (2020). *Pharos*. <https://www.pharos.nl/english/>
- Pharos. (2022). *Laaggeletterdheid en Beperkte Gezondheidsvaardigheden*.
<https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/>
- Philo, G., Henderson, L., & McCracken, K. (2010). Making drama out of a crisis: Authentic portrayals of mental illness in TV drama. *London: Shift*.
- Pitsi, T., Zilmer, M., Vaask, S., Ehala-Aleksejev, K., Kuu, S., ... & Potisepp, S. (2017). Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015. https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/149019033869_eesti%20toitumis-%20ja%20liikumissoovitused.pdf
- Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.-R., Whitton, A. E., Parker, G., Manicavasagar, V., Harrison, V., Christensen, H., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-312>
- Pruulmann, K. (2006). Koolitõrke funktsionaalsed põhjused ning nende seos põhikooli õpilaste õpimotivatsiooni, kliinilise sümptomaatika ja isiksuseomadustega. [Magistriprojekt kliinilises psühholoogias]. Tartu Ülikool, psühholoogia osakond.
- Quante, M., Khandpur, N., Kontos, E. Z., Bakker, J. P., Owens, J. A., & Redline, S. A. (2019). Qualitative Assessment of the Acceptability of Smartphone Applications for Improving Sleep Behaviors in Low-Income and Minority Adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, 17, 573–585.
- Quinn, C. C., Shardell, M. D., Terrin, M. L., Barr, E. A., Ballew, S. H., & Gruber-Baldini, A. L. (2011). Cluster-randomized trial of a mobile phone personalized behavioral intervention for blood glucose control. *Diabetes Care*, 34(9), 1934–1942. <https://doi.org/10.2337/dc11-0366>
- Rahe, C., Unrath, M., & Berger, K. (2014). Dietary patterns and the risk of depression in adults: a systematic review of observational studies. *European Journal of Nutrition*, 53, 997–1013.
- Rastogi, V. B. & Kishore, B. (1997). Chapter 3: Being Alive: What Does it Mean. *A Complete Course in ISC Biology* (Vol. 1). Pitambar Publishing.
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International journal of health policy and management*, 4(11), 747.

- Rice, D. P., & Miller, L. S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *The British Journal of Psychiatry*, 173(S34), 4-9.
- Robert Koch Institut. (s.a.). *Cardiovascular Disease*.
https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Main_Topics/Chronic_Disease/Cardiovascular_Disease/cardiovascular_disease_tab.html
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. R. (2011). Motiveeriv intervjuerimine tervishoius: kuidas aidata patsientidel käitumist muuta. Ajakirjade Kirjastus.
<https://www.tartu.ee/sites/default/files/uploads/Sotsiaalabi-ja-tervishoid/voldikud/Motiveeriv%20intervjuerimine%20tervishoius.%20TAI%202011.pdf>
- Romijn, A. R., Rucklidge, J. J., Kuijer, R. G., & Frampton, C. (2017). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of Lactobacillus helveticus and Bifidobacterium longum for the symptoms of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), 810-821.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 51-58.
- Roosimaa, M., Tammiksaar, K., Rehema, A., Raie, E., Randväli, M., Vatsa, A., Maiste, M., Tähnas, M., Tammer-Jäates, U., Volke, V., Veliste, K., Blöndal, M., Katus, U., Vesper, A., Paapsi, K., Arro, G., Lepasaar, H., Meinson, P., Linnaste, K., & Laisaar, K.-T. (2021). 2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi. *Eesti ravijuhend*.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*, 30(3), 208-225.
- Rucklidge, J. J., & Kaplan, B. J. (2013) Broad-spectrum micronutrient formulas for the treatment of psychiatric symptoms: a systematic review. *Expert review of neurotherapeutics*, 13(1), 49-73.
- Ruiz-Hernández, J. A., Guillén, Á., Pina, D., & Puente-López, E. (2022). Mental Health and Healthy Habits in University Students: A Comparative Associative Study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(2), 114-126.
- Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M. P., ... & Jacka, F. N. (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 271-274.
- Schaeffer, D., Gille, S., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (2021). National Action Plan Health Literacy in Germany origin, development and structure. *Journal of Public Health*, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s10389-021-01616-9>
- Schembre, S. M., Liao, Y., Robertson, M. C., Dunton, G. F., Kerr, J., Haffey, M. E., ... & Hicklen, R. S. (2018). Just-in-time feedback in diet and physical activity interventions: systematic review and practical design framework. *Journal of medical Internet research*, 20(3), e8701.
- Schulenkorf, T., Krah, V., Dadaczynski, K., & Okan, O. (2021) Addressing Health Literacy in Schools in Germany: Concept Analysis of the Mandatory Digital and Media Literacy School Curriculum. *Frontiers in Public Health*, 9, 687389. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687389>
- Seychell, M. (2016). Towards better prevention and management of chronic diseases. *Health-EU Newsletter*, 169. https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_en.htm
- SHE – Schools for Health in Europe. (s.a.). *Netherlands*. <https://www.schoolsforhealth.org/about-us/member-countries/netherlands>
- Sibinga, E. M., Perry-Parrish, C., Chung, S.-E., Johnson, S. B., Smith, M., & Ellen, J. M. (2013). School-based mindfulness instruction for urban male youth: A small randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 57, 799-801.

- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
- Simonsen, N., Wackström, N., Roos, E., Suominen, S., Välimaa, R., Tynjälä, J., & Paakkari, L. (2021). Does health literacy explain regional health disparities among adolescents in Finland? *Health Promotion International*, 36(6), 1727-1738.
- Siseministeerium. (s.a.). *Eesti valdkondadeülese ennetuse kontseptsioon*.
<https://www.siseministeerium.ee/ennetus-peab-olema-valdkondade-ulene>
- Skre, I., Friborg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 1-15.
- Snoek, F. J., Kersch, N. Y. A., Eldrup, E., Harman-Boehm, I., Hermanns, N., Kokoszka, A., Matthews, D. R., McGuire, B. E., Pibernik-Okanovič, M., Singer, J., de Wit, M., & Skovlund, S. E. (2011). Monitoring of individual needs in diabetes (mind): Baseline Data from the cross-national diabetes attitudes, wishes, and needs (dawn) mind study. *Diabetes Care*, 34(3), 601-603.
<https://doi.org/10.2337/dc10-1552>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 1-10.
- Sørensen, K., Maindal, H.T., Heijmans, M., Rademakers, J. (2020). Work in Progress: A Report on Health Literacy in Denmark and the Netherlands. *Studies in Health Technology and Informatics, Health Literacy in Clinical Practice and Public Health* (Vol. 269)
- Sotsiaalkindlustusamet. (s.a.). Sotsiaalrehabilitatsioon. Teenuse maksimaalne maksumus kalendriaastas. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon#Sotsiaalne%20rehabilitatsioon>
- Sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määrus nr 66 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid“, Lisa 1. (Sotsiaalkaitseministri 13.01.2022 määruse nr 5 sõnastuses).
https://www.riigiteataja.ee/akti/isa/1180/1202/2006/SOM_m66_lisa1_01042022.pdf#
- Sotsiaalministeerium. Rahvatervise osakond. (2016). *Toitumise ja liikumise roheline raamat*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervise_roheline_raamat/toitumise_ja_liikumise_roheline_raamat_15.11versioon.pdf
- Sotsiaalministeerium. (s.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.

- Sotsiaalministeerium. (2020). *Vaimse tervise roheline raamat*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2021). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Sogomonjan, M., Kerikmäe, T., Ööpik, P., & Ross, P. (2019). A report on the survey. Attitudes of Estonian healthcare professionals to internet-delivered cognitive behavioural therapy. *Cogent Psychology*, 6(1), 1637623.
- Statistikaamet. (2021). *Valdkonnad. Rahvaarv*. <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/rahvastik/rahvaarv>
- Statistikaamet. (2021). *Valdkonnad. Heaolu. Tervis*. <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/heaolu/tervis>
- Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep medicine reviews*, 7(3), 215-225.
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2017). The stigma of mental illness as a barrier to self labeling as having a mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(12), 903-909.
- StopDia. (s.a.). *StopDia ja T2D-Data*. <https://sites.uef.fi/stopdia/>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... & Kahl, K. G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54, 124-144.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., ... & Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 806-812. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x>
- Zhang, J., Xu, Z., Zhao, K., Chen, T., Ye, X., Shen, Z., ... & Li, S. (2018). Sleep habits, sleep problems, sleep hygiene, and their associations with mental health problems among adolescents. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(3), 223-234.
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>
- Zimmerman, M. A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of community psychology*, 16(5), 725-750.
- Tallinna Endokrinoloogia kliinik. (s.a.). Endokrinoloogi teenused.
<https://endokrinoloog.ee/endokrinoloogi-teenused/>
- Tammer-Jäätes, U. (2021). Söömise põhitõed 2 tüüpi diabeetikule. *Diabetes*.
<https://www.diabetes.ee/uploads/documents/ajakiri-diabetes-sygis-2021.pdf>
- Tartu Ülikool & Eesti Haigekassa. (2011). Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat.
https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/ravijuhendi_kasiraamat_est.pdf
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (s.a.). *Emotsionaalse enesetunde küsimustik*.
<https://www.kliinikum.ee/psychhiaatrikliinik/lisad/ravi/dgn/EEK/EEK.htm>
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (s.a.). *Emotsionaalse enesetunde küsimustik*.
<https://www.kliinikum.ee/psychhiaatrikliinik/lisad/ravi/dgn/EEK/EEK.htm>

- Tervise Arengu Instituut. (2016). Tõenduspõhiste sekkumiste väljatöötamine ja ellurakendamine rahvatervises: sissejuhatus IM lähenemisse. [Koolituse infoleht].
- Tervise Arengu Instituut. (2020). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020. https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf
- Tervise Arengu Instituut. (2019). Eesti terviseuuring 2019. https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf
- Tervise Arengu Instituut. (s.a.). *EH01: Esmahaigusjuhud soo ja vanuserühma järgi*. [Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_02Haigestumus_01Esmashaigestumus/EH01.px/
- Tervise Arengu Instituut. (s.a.). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (HBSC)*. [2021. aasta uuringu info]. <https://tai.ee/et/teadustoo/teadustoo/rahvastikupohised-uuringud/eesti-kooliopilaste-tervisekaitumise-uuring-hbcs#2021.%20aasta%20uuring>
- Tervise Arengu Instituut. (s.a.). Toitumine.ee <https://toitumine.ee/>
- Tervise Arengu Instituut. (s.a.) tai.ee väljaannete alamleht, toitumise valdkonna infomaterjalid.
- The European Federation of Psychology Students' Associations (EFPSA). (s.a.). *Social Impact Initiative*. <http://efpsa.org/services/#social-impact-initiative>
- The Look AHEAD Study Group, & Gregg, E. W. (2016). Association of the magnitude of weight loss and changes in physical fitness with long-term cardiovascular disease outcomes in overweight or obese people with type 2 diabetes: A post-hoc analysis of the look ahead randomised clinical trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(11), 913–921. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)30162-0](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30162-0)
- The Nightscout Foundation. (s.a.). *Our mission*. <https://www.nightscoutfoundation.org/about>
- The Nightscout Project. (s.a.). *The Nightscout Project*. <http://www.nightscout.info/>
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(10), 810–817.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. *BMC public health*, 15(1), 1–9.
- Trimbos Instituut. (2022). *For mental health (English)*. <https://www.trimbos.nl/english/#about>
- Truhanov, A. (2014). *Ravi alustavate teist tüüpi diabeedi haigete ravisoostumus Eestis aastatel 2011–2013 Eesti Haigekassa retseptiandmete põhjal*. [Magistritöö]. https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/43174/MA_Anneli_Truhanov_2014%20?sequence=1&isAllowed=y
- U.S. National Library of Medicine. (2021). *Metabolic disorders*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/metabolicdisorders.html>
- US Department of Health and Human Services. (2010). *National action plan to improve health literacy*. <https://health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy>
- Vaask, S., Akkermann, K., Bambus, M., Pedak, H., Rätsep, A., & Varava, L. (2019). *Ravijuhend: Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil*. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/187/ulekaalulise-voi-rasvunud-patsiendi-kasitus-esmatasandil>

- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579.
- Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC Public Health*, 20, 1040. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0>
- van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Uiters, E. (2013). Health Literacy of Dutch Adults: A cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-179>
- van Veldhuizen, R., Bähler, M., Polhuis, D., & van Os, J. (2008). *Handboek FACT* (pp. 29–48). De Tijdstroom.
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 603–613.
- Warde, F., Papadakos, J., Papadakos, T., Rodin, D., Salhia, M., & Giuliani, M. (2018). Plain language communication as a priority competency for medical professionals in a globalized world. *Canadian Medical Education Journal*, 9(2), e52.
- Vassilopoulos, S. P., Brouzos, A., Damer, D. E., Mellou, A., & Mitropoulou, A. (2013). A psychoeducational school-based group intervention for socially anxious children. *The Journal for Specialists in Group Work*, 38(4), 307–329.
- Vermeulen, E., Stronks, K., Visser, M., Brouwer, I. A., Schene, A. H., Mocking, R. J., ... & Nicolaou, M. (2016). The association between dietary patterns derived by reduced rank regression and depressive symptoms over time: the Invecchiare in Chianti (InCHIANTI) study. *British Journal of Nutrition*, 115(12), 2145–2153.
- Whitehead M, Dahlgren G. (2006). World Health Organization Europe. Levelling Up (Part 1): A Discussion Paper on Concepts and Principles for Tackling Social Inequalities in Health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool; Regional Office for Europe.
- Visseren, F. I. J., Mach, F., Smolders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., ... & ESC Scientific Document Group. (2021) ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Visseren, F. I. J., Mach, F., Smolders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., ... & ESC Scientific Document Group. (2021) ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- World Health Organization. (1998). *World Health Organization info package: Mastering depression in primary care*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit.
- World Health Organization. (2000). *Health systems: improving performance*. Geneva, WHO

- World Health Organization. (2013). *Health literacy. The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- World Health Organization. (2018a). Noncommunicable diseases country profiles 2018.
- World Health Organisation. (2018b). *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf
- World Health Organization. (2018c). *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European region?* WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf
- World Health Organization. (2020). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021a). *Depression*. [Fact Sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2021b). *Diabetes*. [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization. (2021c). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [Fact sheet]. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., ... & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30.
- Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K., & Yamada, M. (2019). Implementation of gatekeeper training programs for suicide prevention in Japan: a systematic review. *International journal of mental health systems*, 13(1), 1-6.
- Yoo, H., Kim, C. J., Jang, Y., & You, M. A. (2011). Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *International journal of nursing practice*, 17(6), 599-606.

LISA 1. Hollandi terviseharituse programmid koolilastele

MEEDE/SEKKUMINE: terviseharituse programmid koolilastele (Holland)

Mis ja kellele? Üheks näiteks on nelja kooli – kaks kooli, kus rakendati täielikult või osaliselt sekkumist, ning kaks, kus ei rakendatud sekkumist – hõlmav tervisedenduse uuring, kus uuriti programmi mõju koolidele ühe aasta vältel ning ka aasta pärast programmi lõppemist⁴¹².

Sarnane uuring kooliõpilastega viidi läbi ka 2019. aastal⁴¹³, kus leiti, et Healthy Primary School of the Future (HPSF; eesti keeles Tervislik Tuleviku Põhikool) sekkumise – kus rakendati meetmeid täies mahus – tulemusel paranes õpilaste toitumine, füüsiline aktiivsus ja võrreldes kontrollgrupi koolidega.

Lisaks on Hollandis kasutatud kogukonnapõhist kliinilist sekkumist F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment; Paindlik Söakas Kogukonnapõhine Sekkumine) Youthi, mille eesmärgiks on toetada noori, kellel esineb raskusi eri elu valdkondades ning kellel on tihti raskusi oma ka vaimse tervisega⁴¹⁴. Lisaks toetab sarnase ülesehitusega F-ACT sekkumine ka täiskasvanuid, kellel esineb raskusi eri elu ja vaimse tervise valdkondades. Sekkumise eesmärgiks on toetada isikute psühhosotsiaalseid oskusi, ennetada ja leevendada vaimse tervise probleeme, toetada rehabilitatsiooni ja/või taastusravi ning aidata isikutel toime tulla igapäevaste toimetustega.

Rakendamine (kes, kus, kuidas?) Esimese programmi puhul hinnati keskkooliõpilaste tervisekäitumist (alkoholi ja kanepi tarvitamist, suitsetamist, toitumisharjumusi, füüsilist aktiivsust, televiisori vaatamisele ja interneti kasutamisele kuluvat aega). Lisaks küsiti ka õpilaste kehamassiindeksit ning sotsiaaldemograafilist infot. Programmi eesmärgiks oli 1) suurendada õpilaste füüsilist aktiivsust ning vähendada televiisori vaatamisele ja interneti kasutamisele kulutatavat aega, 2) tervisliku kehakaalu olulisuse rõhutamine, 3) tervislike toitumisharjumuste olulisuse rõhutamine ning 4) suitsetamise ennetamine ja/või vähendamine. Eesmärkide saavutamiseks rakendati kas osasid või kõiki meetmeid:

1. Rakendati koolides tervisliku kooli eeskirjad;
2. Loodi sobiv õppimiskeskond (nt kaotati koolialal ära suitsetamisnurgad ning koolitoit muudeti tervislikumaks);
3. Kaasati täiskasvanud (vanemad, õpetajad ning kogukonna liikmed);
4. Keskenduti terviseharituse edendamisele ning vajalike oskuste arendamisele;
5. Kaasati tervishoiutöötajad;
6. Kohandati programm vastavalt koolile;

⁴¹² Busch, V. *et al.* (2015). A controlled health promoting school study in the Netherlands.

⁴¹³ Bartelink, N. H. M. *et al.* (2019). One- and two-year effects of the Healthy Primary School of the future on children's dietary and physical activity behaviours: A quasi-experimental study.

⁴¹⁴ Hogewind, J. W., Nugter, M. A., & Engelsbel, F. (2021). Pilot study of the cost-effectiveness of Youth F-act in the Netherlands.

7. Loodi tervisedenduse koordinaatori töökoht;
8. Korraldati koolitused õpetajatele;
9. Sekkumine põimiti õppekavasse, et tegemist ei oleks n-ö eraldiseisva projektiga.

F-ACT Youth on kohandatud noortele (st 12-18 aastastele), kuid F-ACT sobib täiskasvanutele. Sekkumist rakendab meeskond, mis koosneb psühhiaatrist, psühholoogist, pereterapeutist, sotsiaaltöötajatest ja juhtumikorraldajatest.

Ka HPSF sekkumine on loodud kooliealistele lastele ning selle eesmärgiks on tõsta laste terviseeadlikkust ning -haritust andes neile teavet tervislike eluviiside kohta ning õpetades neile oskusi, mis on vajalikud uute teadmiste rakendamiseks.

Tõenduspõhisus Nii esimene, spetsiifilise nimetuseta, kui ka HPSF sekkumiste puhul on tuginetud sellele, et suurem terviseharitus on seotud parema tervisekäitumisega. Samuti, kuna tegemist on kooliealiste lastega, siis on oluline luua neile soodne keskkond õpitu rakendamiseks. Seetõttu on sekkumisse kaasatud kogu kool.

F-ACT sekkumine põhineb ACT (Assertive Community Treatment) põhimõtetel⁴¹⁵, mis võeti Hollandis kasutusele 2002. aastal. Meedet oli eelnevalt testitud USA-s ja uuringute käigus leiti, et meede on efektiivne aitamaks inimestel tulla toime eri VT probleemidega⁴¹⁶.

Mõju ja tulemuslikkus Tulemused näitasid, et koolis, kus sekkumist rakendati täies mahus, olid aasta pärast sekkumise rakendamist vähenenud nii õpilaste keskmine kehamassi indeks kui ka televiisori vaatamise ja interneti kasutamise aeg võrreldes kahe kontrollgrupi kooliga. Küll aga ei paranenud sekkumise tulemusel ei õpilaste toitumine ega füüsiline aktiivsus. Teises koolis, kus meetmeid rakendati osaliselt, vähenes alkoholi tarvitamine võrreldes kontrollkoolidega, kuid autorid nendivad, et see võib tuleneda sellest, et suur osa selle kooli õpilastest on islamiusku; st nende õpilaste alkoholi tarvitamine on juba madalam võrreldes teistest religioonist õpilastega.

Ka HPSF uuringus ei täheldatud olulisi muutusi ei aasta ega kahe aasta pärast koolis, kus rakendati meetmeid vaid osaliselt ehk nende kahe uuringu põhjal võib öelda, et selleks, et tagada sekkumise efektiivsus koolides, tuleb sekkumine integreerida nii õppekavasse kui kooliellu tagamaks pikaajalist efekti.

F-ACT sekkumist uurivad uuringud on aga näidanud, et tänu sekkumisele on paranenud osaliste psühhosotsiaalsed oskused ning üldine heaolu.

Kulud ja kitsaskohad

- Kui teiste sekkumiste puhul ei ole toodud välja konkreetseid kulusid, siis oli F-ACT Youth kuludeks hinnanguliselt 2930 eurot (vt lähemalt Hogewind, Nugter ja Engelsbel, 2021⁴¹⁷), mis erines tavaravist (st kontrolltingimusest) hinnanguliselt vaid 1220 euro võrra.
- Kitsaskohaks on see, et meetmete rakendamine eeldab mitmete inimeste (esimese ja HPSF sekkumiste puhul kooli õpilaste ning personali, F-ACT puhul professionaalide) koostööd ja mitmete inimeste töö ühildamist, mis võib olla keeruline ja/või kulukas.
- Kuigi seda ei ole materjalides otseselt välja toodud, siis peaksid osalevad professionaalid tõenäoliselt läbima mingi(d) koolitused tagamaks, et meedet korrektselt rakendatakse.

⁴¹⁵ van Veldhuizen, R. et al. (2008). *Handboek FACT* (pp. 29–48). De Tijdstroom.

⁴¹⁶ Marshall, M., & Lockwood, A. (2011). WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders.

⁴¹⁷ Hogewind, J. W., Nugter, M. A., & Engelsbel, F. (2021). Pilot study of the cost-effectiveness of Youth F-act in the Netherlands.