

Eesti maakondade tervisenäitajad peegeldavad regionaalset ebavõrdsust

Maali Käbin¹, Taavi Lai², Laura Aaben³

Selle aasta alguses avaldati Tervise Arengu Instituudi, Sotsiaalministeeriumi ja Statistikaameti koostöös Eesti maakondade tervise ja heaolu ülevaated (1), mis leidsid palju kõlapinda meedias ning tekitasid huvi erinevate spetsialistide seas. Need 4-leheküljelised statistilised ülevaated koondavad maakondade tervisestatistikat erinevatest valdkondadest (tervisekäitumine, haigestumus, sotsiaal-majanduslik seisund, sündimus, suremus ja keskkondlikud tegurid). Maakondade andmeid võrreldakse omavahel ning Eesti ja Euroopa Liidu keskmiste näitajatega. Analüüsis esitatud andmed pärinevad Tervise Arengu Instituudi andmebaasidest, Statistikaametist, haigekassast, Siseministeeriumist ja Sotsiaalministeeriumist.

Piirkondlikud terviseandmed on olulised seetõttu, et riigi keskmised näitajad ei võta sageli piisavalt arvesse piirkondlikke eripärasid ning nii joonistub välja täpsem pilt Eesti rahvastiku tervisest. Samuti on vaid nii võimalik tuvastada piirkondlikke ebavõrdsusi ja vajadusi tervisevaldkonnas. Sellest lähtuvalt ongi vaja terviseandmeid vaadelda koos sotsiaal-majanduslike ja keskkonnanäitajatega.

Terviseõigused jagunevad kõige üldisemalt inimese poolt otseselt mõjutatavateks ning mittemõjutatavateks teguriteks. Me saame valida, kas ja kui palju tarvitada alkoholi, suitsetada või toituda tervislikult, sõita kinnitatud turvavööga, olla füüsiliselt aktiivsed jms. Meist ei sõltu aga õhu saastatus elukeskkonnas, arstiabi kvaliteet jms. Erinevate terviseõiguste hindamist komplitseerib, et kõiki otseselt tervist mõjutavaid tegureid mõjutavad omakorda erinevad kaussed tegurid, näiteks inimese või tema elukoha sotsiaal-majanduslik olukord. Viimasest sõltub näiteks, kui hästi töötab kohalik ühistranspordisüsteem, mis omakorda mõjutab nii õhusaaste taset kui ka arstiabi kättesaadavust (2).

Eeldatav eluiga on rahvastiku tervise klassikaline näitaja. Arenenud riikides on sündimise eeldatav eluiga iga kümnendiga kasvanud 2,5 aastat (3). Vahe Eesti kõrgeima ja madalaima eeldatava elueaga maakondade (Tartumaa ja Ida-Virumaa) vahel on ligi viis aastat ehk piltlikult on Ida-Virumaa rahvastiku terviseareng 20 aastat Tartumaa omast maas. Siiski on muutused Eestis oluliselt kiiremad: 1990. aastate keskpaiga madalseisust on eeldatav eluiga 2010. aastaks kasvanud üle 9 aasta.

Tervelt elatud eluea piirkondlikud erinevused on samuti suured. Näiteks elab Põlvamaal 2010. aastal sündinud laps terviseprobleemideta Eesti keskmisest (57 aastat 2010. aastal) 15 aastat vähem. See näitaja on parim Lääne-Virumaa, Pärnumaa ja Raplamaa elanikel, kes elavad tervena keskmiselt üle 59 aasta. Kahe äärmuse vahe on seega 17 aastat ning see on oluline tervise seisundi ebavõrdsus. Erinevused on väikeses Eestis eriti ehmatavad ning on väga üllatav, et vaid 100-kilomeetrine vahemaa mõjutab inimeste tervena elamise võimalusi nii oluliselt.

Kui meile tundub, et Ida-Virumaa või Valgamaa elanike tervisenäitajad on kehvapoolsed, siis Eesti näitajaid Euroopa Liiduga võrreldes paistab kogu Eesti justkui Euroopa Ida-Virumaa. Viimase 10 aastaga on Eesti rahvastiku tervis liikunud siiski Euroopa keskmisele lähemale, samuti nagu Ida-Virumaa on liikunud lähemale Eesti keskmisele.

Ootuspäraselt on inimeste tervis parem kõrgema tööhoive, noorte suurema osakaalu, kõrgemate töötasudega ehk soodsama sotsiaal-majandusliku olukorraga piirkondades. Kahjuks on Eestis sellised vaid

¹ Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika osakond,
² Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakond,
³ Tervise Arengu Instituudi tervise edendamise osakond

Korrespondent autor:
Maali Käbin
maali.kabin@tai.ee



Maali Käbin

Foto: Tervise Arengu Instituut



Dr Taavi Lai



Laura Aaben

Foto: Tervise Arengu Instituut

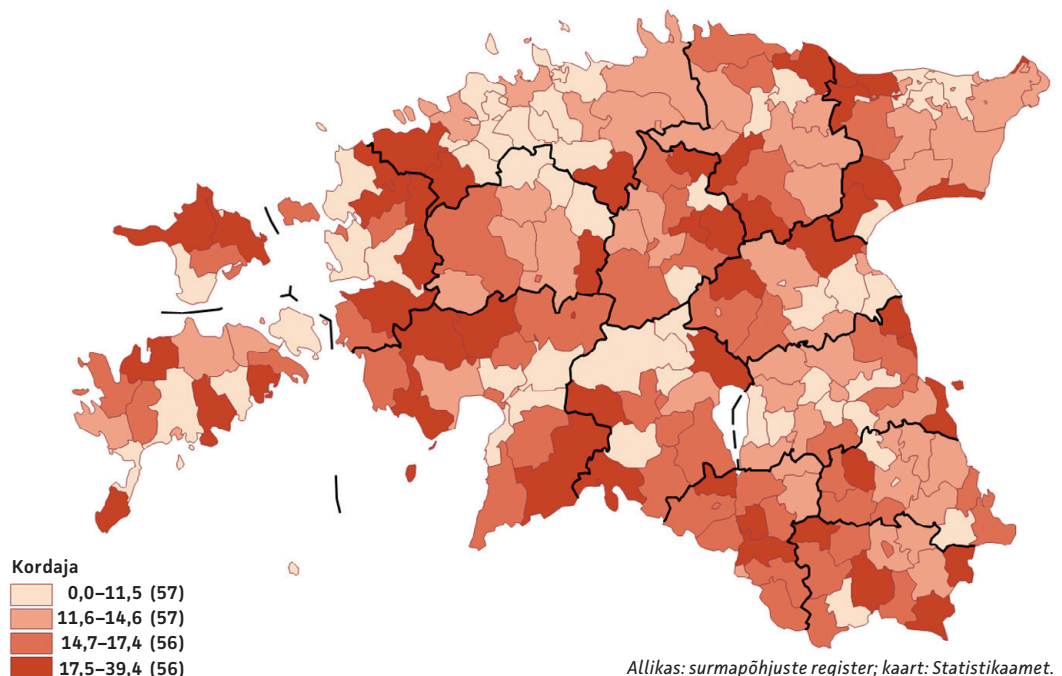
üksikud piirkonnad: Tallinna ümbrus Harjumaal ning Tartu ümbrus Tartumaal. Sealjuures oli loomulik iive positiivne vaid nendes kahes piirkonnas ning 10 aasta summaarne rändesaldo positiivne vaid Harjumaal. Oluline on ka märkida, et Eesti rahvastik vananeb: aastatel 2000–2010 kasvas Eesti rahvastikus 65aastaste ja vanemate osakaal 15%-lt 17%-ni ning ükski maakond ei ole sellest puutumata jäänud.

Eelnev viitab süvenevale ääremaasutumisele. Kas oleme peatselt jõudmas olukorda, kus väljaspool Harjumaad ongi ainult ääremaa? Kui maakonnast lahkub aastas keskmiselt 500 inimest, siis kuidas see mõjutab väiksemaid asustusüksusi? Enamasti vahetavad elukohta just nooremad inimesed, kes lahkudes võtavad kaasa ka oma parema tervise. Suurema väljarändega asustusüksustes suureneb vanemaeliste osakaal ning esiplaanile tõusevad näiteks haigestumus pahaloomulistes kasvajatesse või südame-veresoonkonnahaigustesse. Seda on oluline arvestada tervishoiuteenuste planeerimisel, kuid tervisenäitajates avalduvad väga suured maakondadesised terviseerinevused ning halvemat tervise seisundit esineb enam maakondade piiriladel. Isegi kui kõrvale jätta kõige pisemad omavalitsused, mille elanike arv usaldusväärset statistikat teha ei võimalda, on erinevused inimeste tervisenäitajates siiski

mitmekordsed, nagu nähtub ka allpool olevalt pahaloomuliste kasvajate suremuse jooniselt 1 (4).

Haigestumuse ja suremuse näitajaid ühendav tervisekaotuse näitaja aitab paremini mõista rahvastiku tervise seisundi tervikpilti eluaastate kaudu, mis haiguste ja enneaegsete surmade tõttu rahvastikus kaotatud on. Suurim oli eluaastate kaotus 1000 elaniku kohta 2006. aastal Ida-Virumaal, kus elanikud kaotasid kokku rohkem kui 420 eluaastat 1000 inimese kohta, s.t iga inimene peaaegu pool eluaastat. Väikseim oli tervisekadu Saare- ja Hiiumaal, kus see jäi alla 320 aasta 1000 inimese kohta. Kohalike omavalitsuste kaupa on mõnedes paikades tervisekaotus 1000 elaniku kohta alla 200 eluaastat (nt Kiili vald Harjumaal, Kaiu vald Raplamaal), kuid ületab 700 eluaastat teisel (nt Meeksi vald Tartumaal).

Eri piirkondade sotsiaal-majanduslike näitajate ebavõrdsus on samuti suur. Näiteks oli keskmiste brutotulude võrdluses Eesti suurima (Viimsi vald, 1196 eurot) ja vähima (Peipsiääre vald, 480 eurot) isikutuluga valdade erinevus enam kui kaks miinimumpalka. Isegi Harjumaa piires oli see erinevus ligi 1,5 miinimumpalka (Viimsi vallas 1196 eurot ja Vasalemma vallas 669 eurot). Seega on piirkondlikud erinevused suured nii tervises kui ka seda mõjutavates tegurites.



Allikas: surmapõhjuste register; kaart: Statistikaamet.

Joonis 1. Pahaloomuliste kasvajate (C00–C97) suremuskordaja 1000 elaniku kohta (aastate 2006–2010 keskmine) kohalike omavalitsuste kaupa.

Lisaks näitavad analüüsid tervisekaotuse ja piirkondliku arengu ning kohalike omavalitsuste haldusvõimekuse seoseid (5, 6). Näiteks tervisekaotuse ja üldise haldusvõimekuse vaheline korrelatsioon on $-0,43$ ehk kõrgema haldusvõimekusega kaasneb väiksem tervisekaotus, s.t parem tervis. Haldusvõimekus mõjutab tervisekaotust eelkõige elanikkonna heaolu näitajate (tööhõive, palk, toimetulekutotused) kaudu, kuid pea niisama oluline on ka omavalitsuse majanduse aktiivsuse ja mitmekesisuse seos tervisekaotusega (korrelatsioonid vastavalt $-0,49$ ja $-0,42$). Seega mõjutab inimeste elukoht koos seal pakutavate teenuste ja võimalustega inimeste võimalusi terveks ja kvaliteetseks eluks. Lisaks tervisesüsteemi arendamisele on väga oluline erinevate osapoolte koostöö piirkonna elanike tervise parandamiseks.

Sageli küsitakse, kuidas on maakondadevaheline ebavõrdsus ajas muutunud, kas see kasvab või kahaneb. Ühest vastust sellele ei ole: aastatel 2000–2010 mõnede näitajate puhul ebavõrdsus (parima ja halvima erinevus) vähenes, teiste puhul suurenes. Näiteks vähenesid maakondlikud erinevused alla 65aastaste inimeste surmades märgatavalt, samuti erinevused nakatumises seksuaalsel teel levivatesse haigustesse, tuberkuloosi ja viirushepatiitidesse (ka üldine nakatumise tase on langenud). Samas on kasvanud erinevused sotsiaal-majanduslikes näitajates ja tervisekäitumises (nt alkoholi tarvitamine).

Maakondade tervisenäitajates ja nende muutumises on näha ka positiivset arengut. Näiteks on aastatel 2000–2010 kõikjal kasvanud keskmine eluiga ning tervena elatud aastate arv. Vähenenud ja hilisemas ikka on nihkunud mitmed suremuse näitajad, näiteks on kahanenud surmade üldarv ning vähenenud surmad enne 65. eluaastat, samuti on õnnestunud ära hoida rohkem välditavaid surmasid. Samuti paistab, et osalise tõhususega on olnud püüded parandada rahvastiku tervisekäitumist, näiteks on vähenenud suitsetajate osakaal rahvastikus.

Maakondade tervise ja heaolu ülevaadetest selguvad mitmed valupunktid piirkondlikus arengus ning sekkumist vajavad kohad. Inimeste tervis on kompleksne ning seda määravaid tegureid on palju. Osa uuritud näitajatest on sellised, mida annaks paran-

dada tervisedendusliku tegevuse, erinevate ennetusprogrammide, seadusandluse ja halduskorralduse tõhustamise kaudu. Nagu eespool viidatud, on oluline arendada tervise teenuseid koos sektoritevahelise koostööga. Elanike terviseprobleeme ei saa lahendada ainult tervisesektor, vaid seda tuleb teha majandus-, sotsiaal-, haridus- ja keskkonnasektori koostöös, sest tervist kujundavad tegurid asuvad suures osas väljaspool tervisesektorit.

Arstide jaoks pakuvad maakondade tervise ja heaolu ülevaadet eelkõige senisest täpsemat pilti oma piirkonna inimeste tervisest ning loodetavasti toetab see info ka igapäevast erialaste otsuste tegemist. Samuti on need ülevaadet ehk oluliseks allikaks, kust saada infot piirkonna demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tegurite kohta, mis on olulised ravi paremaks planeerimiseks. Kaudselt peegeldavad ülevaadetes esitatud näitajad ka ravikvaliteedi ja tervishoiuteenuse kättesaadavuse paranemist ning seega aitavad hinnata oma piirkonnas seni tehtud tööd. Samuti saab sellest vihjeid, kuidas tervist jätkuvalt edendada ja tervisekäitumist soodsamas suunas mõjutada.

Kokkuvõtteks võib öelda, et maakondade tervise ja heaolu ülevaadet on mõne teema puhul tekitanud rohkem küsimusi, kui andnud vastuseid, sest me ei tea päris täpselt, miks üks või teine näitaja on just selles maakonnas täpselt nii hea või halb. Samas on maakondade tervise ja heaolu ülevaadet andnud senisest parema ülevaate hetkeolukorrast ning välja on toodud erinevaid mõjutegureid ja probleeme koos võimalikele sekkumiskohtadele viitamisega. Igal maakonnal on oma nägu ning sellest lähtuvalt on vaja ka koostöös teiste eluvaldkondadega planeerida tervist edendavaid ja toetavaid tegevusi ning tervisehoiusteemi sekkumisi.

KIRJANDUS

1. Eesti maakondade tervise ja heaolu ülevaadet. <http://www.terviseinfo.ee/maakonnatervis>.
2. Lai T, Oja L, Ruuge M, Käbin M, Aaben L. Tervis Eesti piirkondades. Rmt: Servinski M, Kivilaid M, Tischler G. Eesti piirkondlik areng 2011. Tallinn: Statistikaamet, 2011:61–76.
3. Oeppen J, Vaupel, JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002;296:1029–31.
4. Kaart nr 23. Servinski M, Kivilaid M, Tischler G. Eesti piirkondlik areng 2011. Tallinn: Statistikaamet, 2011:217.
5. Lai T, Köhler K. Eesti rahvastiku tervisekaotus. Sotsiaalministeeriumi toimetised 2009;1. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V21jaanded/Toimetised/2009/toimetised_20091.pdf.
6. Kohaliku omavalitsuse haldussuutlikkuse andmed. <http://www.siseministeerium.ee/haldussuutlikkus>. Arvutustes on kasutatud haldusvõimekuse 2005–2010. aasta ning tervisekaotuse 2006. aasta andmeid.