



Tervise  
Arengu  
Instituut

# Rahvastiku tervise aastaraamat 2024

---

Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid

Fookusteema: toitumine

Tervise Arengu Instituut

# Rahvastiku tervise aastaraamat 2024

Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid

Fookusteema: toitumine



Tallinn 2024

Tervise Arengu Instituudi **missioon** on olla teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.



Toimetaja Liis Reiter

Korrektuur MenuMeedia

Kujundanud Mai-Liis Raidaru

ISBN 978-9949-666-57-7

Väljaande andmete kasutamisel palume viidata allikale.

Soovitatav viide käesolevale väljaandele:

Tervise Arengu Instituut. Rahvastiku tervise aastaraamat 2024. Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: toitumine. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2024.

# Aastaraamatu valmimisele aitasid kaasa

Alice Haav, toitumise ja liikumise osakonna juhataja

Aljona Kurbatova, tervise ja heaolu edendamise keskuse juht

Anneli Sammel, uimastite ja sõltuvuste osakonna juhataja

Annika Veimer, direktor

Eha Nurk, krooniliste haiguste osakonna juhtivteadur

Eike Siilbek, vaimse tervise edendamise osakonna nooremteadur

Galina Opikova, epidemioloogia ja biostatistika osakonna nooremteadur

Hanna Alajõe, toitumise ja liikumise osakonna vanemspetsialist

Hedvig Sultson, krooniliste haiguste osakonna teadur

Irina Filippova, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna teenuse juht (terviseamet)

Jaanika Liinar, kommunikatsioonikeskuse digiturunduse spetsialist

Jaanika Piksööt, riskikäitumise uuringute osakonna vanemanalüütik

Jane Idavain, tervisestatistika osakonna juhataja, teadur

Janne Lauk, toitumise valdkonna juht

Jevgenia Epštein, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna peaspetsialist (terviseamet)

Kaire Innos, teadusdirektor

Katre Sakala, teadussekretär

Katri Abel-Ollo, narkootikumide valdkonna juht, teadur

Keiti Aren, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna peaspetsialist (terviseamet)

Kenn Konstabel, krooniliste haiguste osakonna juhtivteadur

Kristi Rüütel, riskikäitumise uuringute osakonna vanemteadur

Leila Oja, riskikäitumise uuringute osakonna teadur

Liilia Lõhmus, riskikäitumise uuringute osakonna teadur

Liis Reiter, teaduskommunikatsiooni juht

Mall Leinsalu, epidemioloogia ja biostatistika osakonna juhtivteadur

Marge Saamel, toitumise ja liikumise osakonna vanemspetsialist

Maria Lepnurm, tervisestatistika osakonna analüütik

Maria Vikentjeva, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna peaspetsialist (terviseamet)

Mari-Liis Väli, epidemioloogia ja biostatistika osakonna analüütik

Mari-Liis Zimmermann, registrite osakonna analüütik

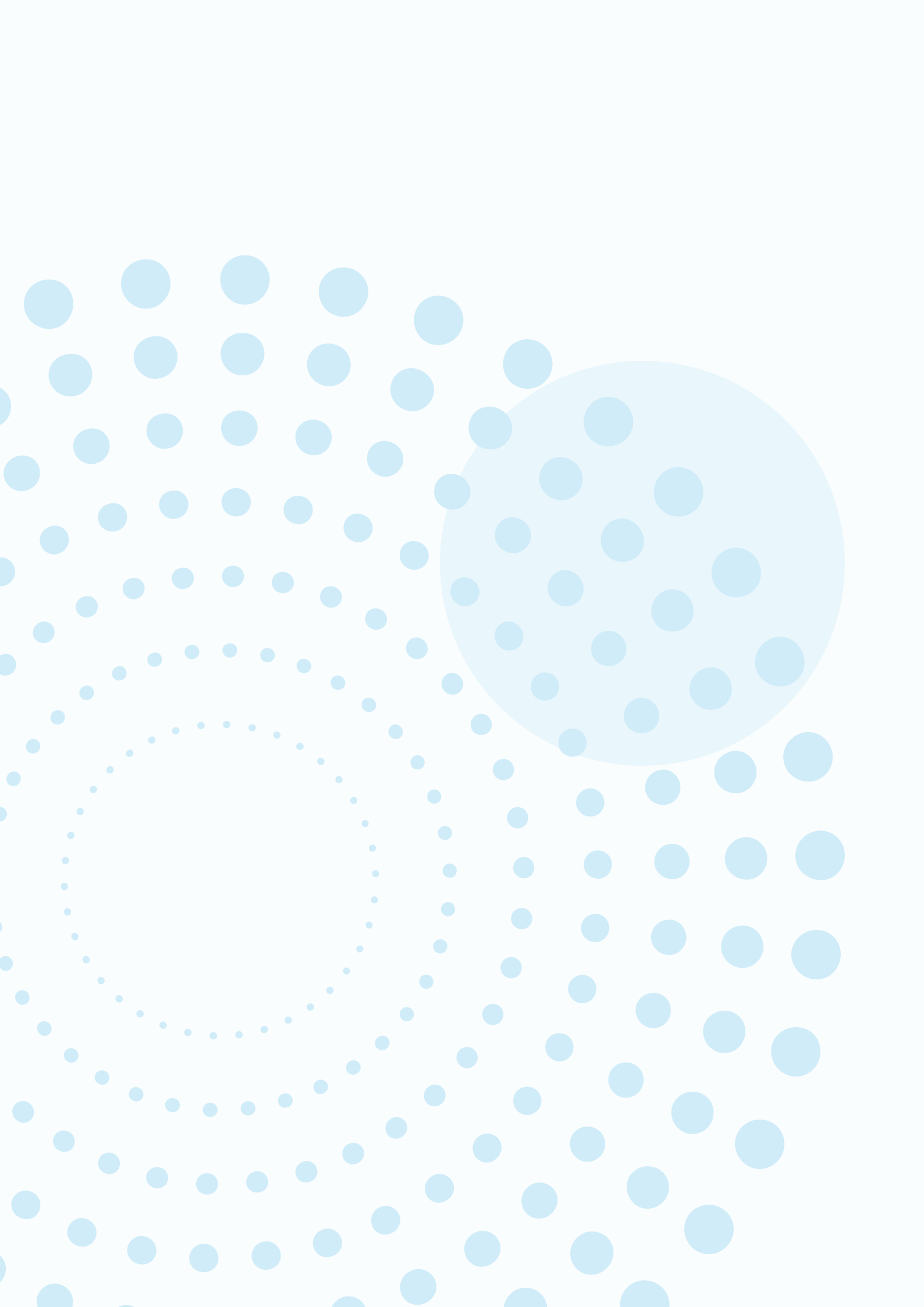
Meelike Tammemägi, kommunikatsioonikeskuse veebispetsialist

Merle Havik, krooniliste haiguste osakonna juhataja, nooremteadur

Natalja Pajula, uuringute andmehalduse osakonna analüütik

Rainer Reile, epidemioloogia ja biostatistika osakonna juhataja, vanemteadur

Sigrid Vorobjov, riskikäitumise uuringute osakonna juhataja, vanemteadur



# Tervisesse investeerimine tasub ära

Hea tervis ei ole midagi iseenesest mõistetavat. Teadus ja innovatsioon aitavad avastada haigusi üha varem ja olla ravis edukamad. Näiteks saame üha rohkem teada, kuidas mõjutavad geenid meie tervist ja erinevate haiguste väljakujunemist. Me oleme inimeste elus hoidmisel järjest edukamad. Ent kas ka hea tervise säilitamisel?

Eesti inimeste oodatav eluiga oli 2023. aastal kõigi aegade kõrgeim, kuid tervena elatud aastate arv samas vähenes. Mehed elavad tervena 56,4 aastat (76% oodatavast elueast) ning naised 59,5 aastat (72% oodatavast elueast). Mitte keegi ei taha võidelda neljandikku oma elust mõne haigusega. Ainuüksi liigne kehakaal, vähene kehaline aktiivsus ja alkoholi tarvitamine põhjustavad aastas 1600 surma ning riskikäitumisest tingitud haigused lähevad riigile maksma sadu miljoneid eurosid. Ennetus on alati odavam kui tagajärgedega tegelemine, kuid ennetus nõuab investeringuid kohe. Teadust saab ja peab rohkem kasutama ka tervise edendamisel ja terviseriskide vähendamisel.

Tervist mõjutavad paljud tegurid, alustades geenidest, eluviisist ning lõpetades sotsiaalmajandusliku olukorra ja ühiskonnas levivate hoiakutega. Kui geene me muuta ei saa, siis keskkonda ja väärtusruumi küll – see ei ole lihtne, kuid see on võimalik. Kas näiteks tervist kahjustavate toodete turundamise õigus on midagi, millest peaksime iga hinna eest kinni hoidma? Ehk oleksime selle õiguseta oma otsustes vabamad ning teeksime tervist säästva ja toetava eluviisi järgimise niiviisi hoopis lihtsamaks? Autonoomia ja valikuvabadus on olulised meile kõigile, kuid ühiskonnas on võimalik kokku leppida, kellel ja kuidas me lubame oma valikuid kujundada.

Elame majanduslikult keerulisel ajal. Seetõttu nägime 2023. aastal alkoholi tarvitamisest tingitud surmade vähenemist, kuid sellega positiivsed mõjud rahvastiku tervisele ilmselt ka piirduvad. Majanduslikult keerulisemas olukorras inimesed on haavatavamad. Sissetulekute kahanedes on piiratumad ka võimalused



**Annika Veimer, TAI direktor**

teha tervislikke valikuid. Näiteks süveneb Eestis ülekaalulisuse probleem – seda nii täiskasvanute, aga eriti laste seas. Võtmetegur tervisliku kehakaalu säilitamisel on tasakaalustatud toitumine ja seegi on muu hulgas seotud majandusliku toimetulekuga.

Värske rahvastiku tervise aastaraamat käsitlebki põhjalikumalt just toitumisega seonduvat, kuid kogumikku on koondatud andmed kõikidest tähtsamatest rahvastiku tervise ja tervisekäitumise näitajatest.

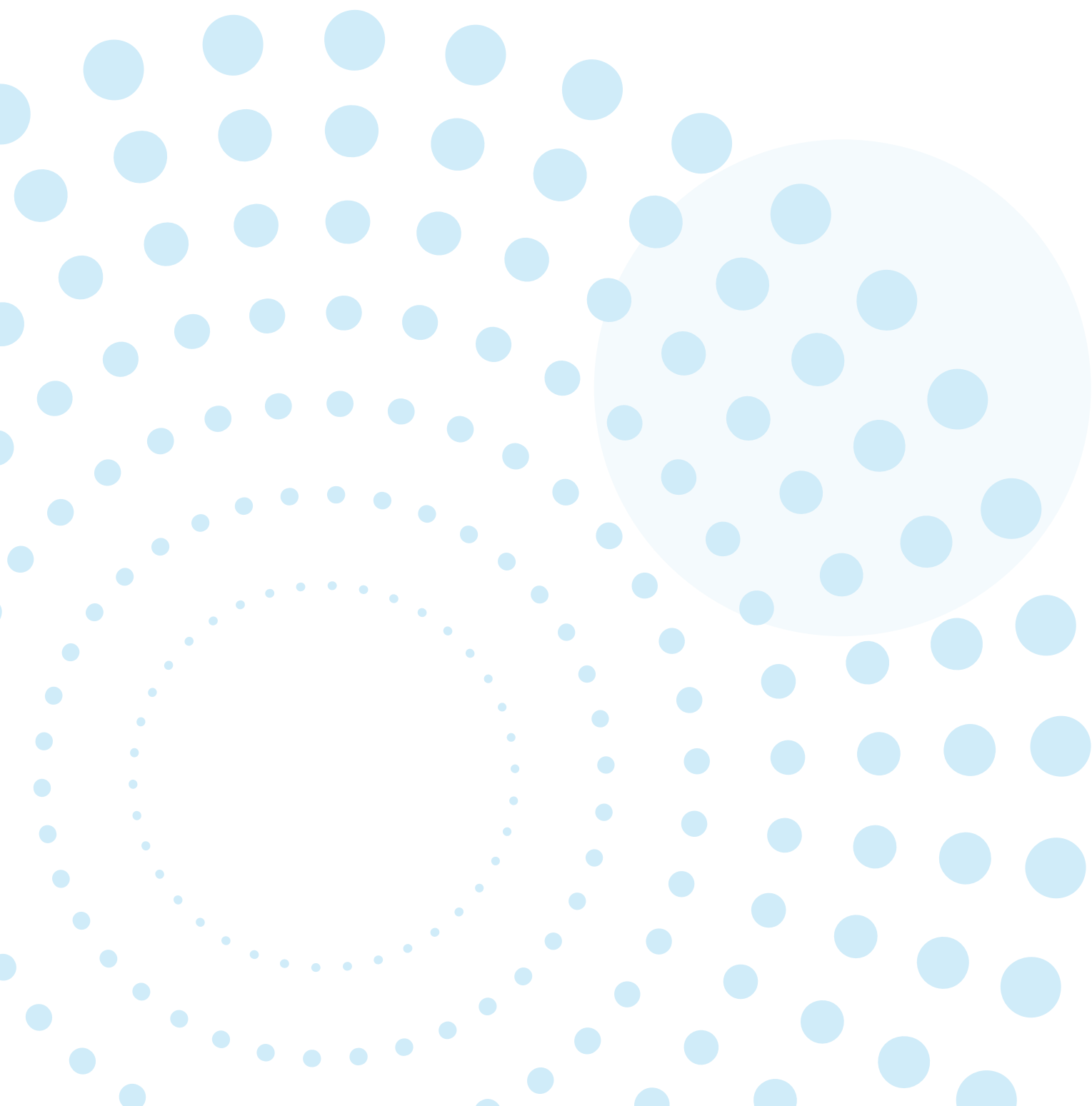
Andmed ja teadus annavad meile võimekuse langetada paremaid ja targemaid otsuseid, seada eesmärged ning võimaluse jälgida, kas oleme soovitud teel. Suundumusi arvestades näeme, et peame investeerima rohkem, et inimesed elaksid mitte ainult kauem, vaid ka tervemalt ning seda isegi majanduslikult keerulisel ajal. Just nii saame hoolitseda selle eest, et investeringud toodaksid pikas vaates tulu ja hoiaksime kokku hilisemaid, kehvema tervisega kaasnevaid suuri kulusid kogu ühiskonnale.

# Sisukord

<b>1 Rahvastiku tervis, suremus ja haigestumus</b>	<b>8</b>
1.1 Rahvastik ja sotsiaalmajanduslik olukord	9
1.2 Oodatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad	11
1.3 Peamised surmapõhjused	14
1.4 Ennetatavad ja raviga välditavad surmad	15
1.5 Südame- ja veresoonkonnahaigused	16
1.6 Pahaloomulised kasvajad	18
1.7 Alkoholist ja narkootikumidest tingitud suremus	20
1.8 Vaimse tervise häired ja suitsiidid	21
1.9 Nakkushaigused ja vaksineerimine	25
<b>2 Tervishoiusüsteem ja -teenused</b>	<b>27</b>
2.1 Tervishoiukulud	28
2.2 Tervishoiuteenuste kättesaadavus	30
2.3 Ennetus tervishoiusüsteemis	32
2.3.1 Vähi sõeluuringud	32
<b>3 Uimastite tarvitamine</b>	<b>36</b>
3.1 Alkoholi tarvitamine	38
3.2 Tubaka- ja nikotiiniproduktide tarvitamine	42
3.3 Illegaalsete uimastite tarvitamine	46
<b>4 Liigne kehakaal</b>	<b>50</b>
<b>5 Kehaline aktiivsus</b>	<b>52</b>
<b>6 Fookusteema – toitumine</b>	<b>60</b>
6.1 Toitumise sotsiaalmajanduslikud mõjurid	62
6.2 Kooliõpilaste toitumismustrid	64
6.3 Tervisekäitumise ja tervise seosed toitumisega	66
6.4 Taimetoitlus	70
6.5 Häirunud söömiskäitumine	73
6.6 Toidukeskkond	75
6.6.1 Toidu reformuleerimine ehk toidu koostise parendamine	78
6.6.2 Kooli toidukeskkond	79
<b>TAI – kes me oleme?</b>	<b>82</b>
<b>Lühendid</b>	<b>84</b>
<b>Kasutatud allikad</b>	<b>85</b>

# 1. Rahvastiku tervis, suremus ja haigestumus

---

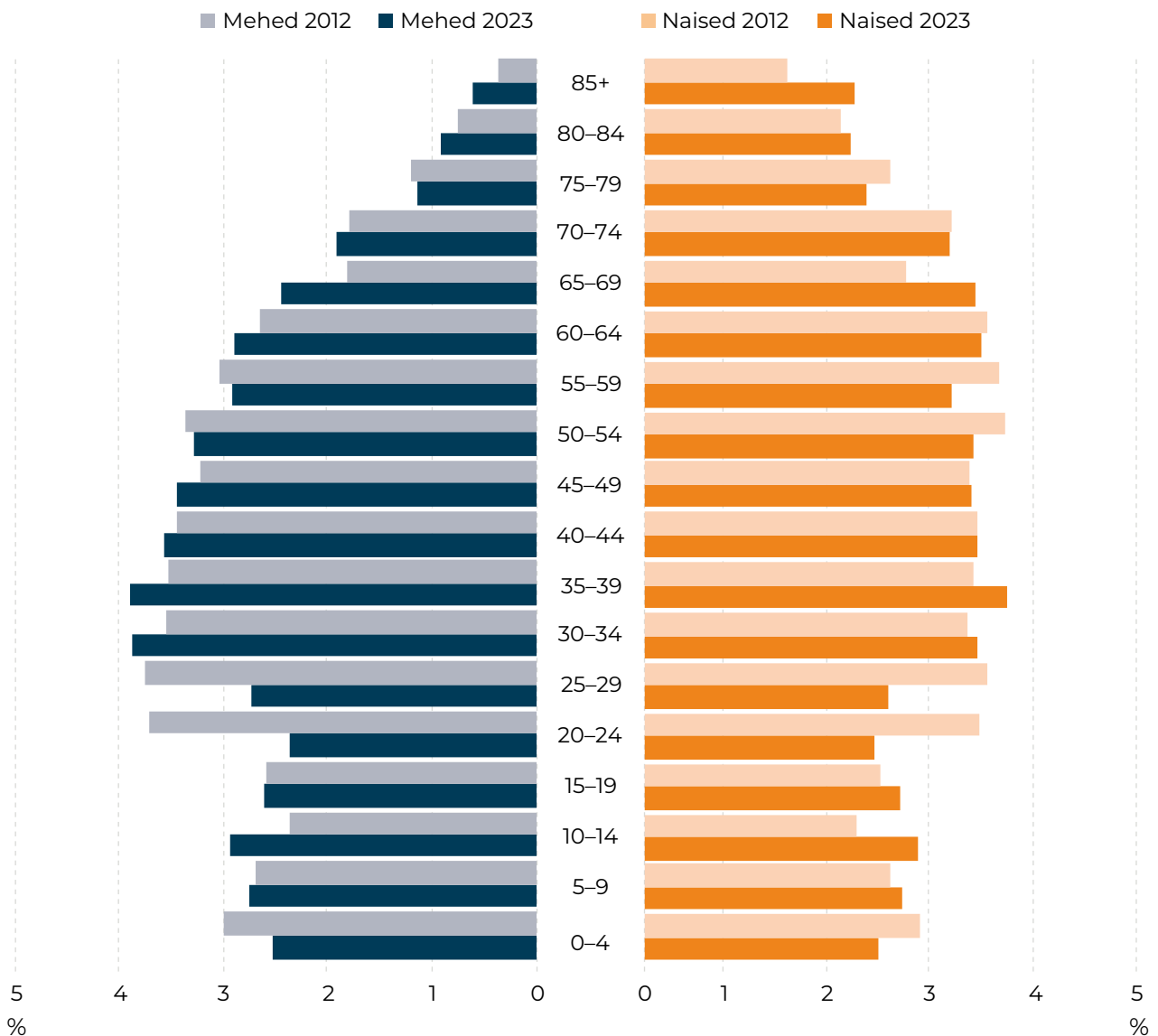




# 1.1 Rahvastik ja sotsiaalmajanduslik olukord

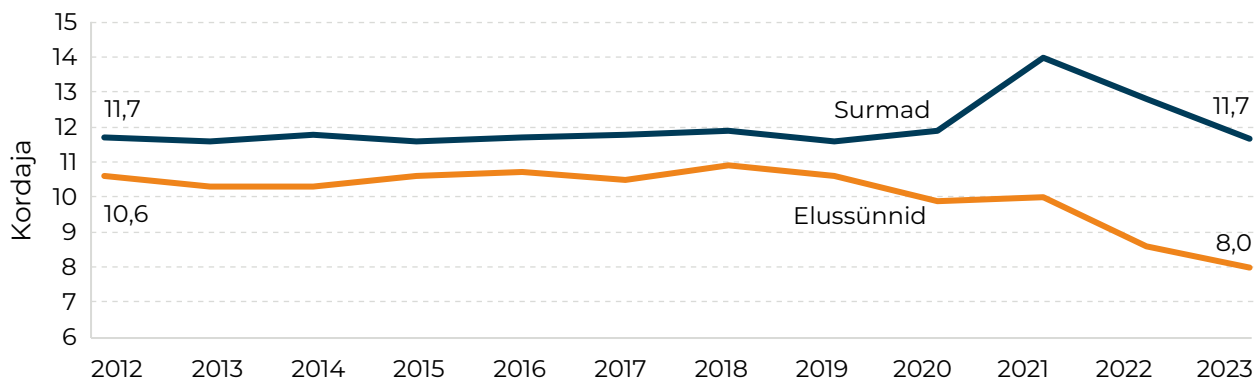
Eestis elas statistikaameti andmetel 2024. aasta 1. jaanuari seisuga 1,37 miljonit inimest, kellest 53% olid naised ja 47% mehed. Võrreldes 2012. aastaga on rahvaarv suurenenud 3,7 protsenti. Rahvaarv vähenes kuni aastani 2015 nii negatiivse loomuliku iibe kui ka väljarände tõttu. Pärast seda on rahvastik suurenenud peamiselt sisserände tõttu. Kuni Venemaa täiemahulise invasiooni alguseni Ukrainas suurenes rahvastik valdavalt meeste arvelt, sõja algusele järgnenud aastal ülekaalukalt naiste arvelt.

Viimase kümnekonna aasta perspektiivis pole sisseränne märgatavalt muutnud tööealise elanikkonna osakaalu Eesti rahvastikus (joonis 1). Võrreldes 2012. aastaga on tööealiste (20–64 aastat) osa vähenenud 3,8%, samas on vanemaealiste (65 aastat ja vanemad) osakaal suurenenud 2,3%. Aastal 2023 moodustasid vanemaealised viiendiku (20%) kogu Eesti rahvastikust, mis on protsent vähem kui Euroopa Liidus (EL) keskmiselt. Statistikaameti rahvastikuprognoozi järgi on aastal 2040 vanemaealisi umbes neljandik rahvastikust. Vananev rahvastik ja maksumaksjate osakaalu vähenemine on suur proovikivi tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusele.



Joonis 1. Rahvastiku vanuseline ja sooline koosseis 2012 ja 2023. Allikas: [statistikaamet](https://statistikaamet.ee)

Sündide ja surmade vahetamine ehk loomulik iive on rahvaarvu muutuse tähtis komponent. Viimasel aastakümnel on sündimus Eestis märgatavalt vähenenud. 2023. aastal oli sündide arv 1000 elaniku kohta kõigi aegade väikseim. Osaliselt on nende muutuste taga sünditusealise põlvkonna kahanemine, teisalt mõjutab sündimuse vähenemist ka esimese lapse sünni edasilükkamine aega, kui pere on jõudnud end majanduslikult kindlustada. Kui surmade arvu märkimisväärne suurenemine pandeemia ajal välja arvata, on suremuse üldkordaja 1000 elaniku kohta viimasel aastakümnel olnud suhteliselt stabiilne (joonis 2). Kuna sündide arv jääb alla surmade arvule, on rahvastiku loomulik iive jätkuvalt negatiivne.



**Joonis 2.** Elussünnid ja surmad 1000 elaniku kohta 2012–2023. Allikas: [statistikaamet](#)

Sotsiaalmajanduslik olukord mõjutab tugevalt nii rahvastiku kui ka üksikisiku tervist. Võrreldes 2012. aastaga on sisemajanduse kogutoodang (SKT) elaniku kohta Eestis kahekordistunud, EL-is suurenes vastav näitaja 1,5 korda (tabel 1). Ehkki Eesti majandusareng on olnud viimasel aastakümnel kiirem kui EL-is keskmiselt, on majanduslik mahajäämus jätkuvalt märkimisväärne. Vaatamata keskmise vanaduspensioni kahekordistumisele võrreldes 2012. aastaga oli Eesti vanaduspension 2023. aastal neli korda väiksem kui Euroopas keskmiselt. Mitmele järjestikusele kriisile vaatamata on töötuse määr Eestis jäänud Euroopaga võrreldavale tasemele, samas kui suhtelise vaesuse määr oli 2023. aastal üks Euroopa kõrgemaid.

Majandusliku olukorra kõrval on teine väga suur terviseõhur haridus. Kõrgharidusega isikute osatähtsus on viimasel aastakümnel Eestis suurenenud 4% ja ületab EL-i keskmist. Riigi jõukus, haridustase ja oodatava eluea pikkus on ÜRO inimarengu indeksi põhikomponendid, mille järgi kuulub Eesti väga kõrge inimarengu tasemega riikide hulka, olles 2022. aastal 199 riigi arvestuses 31. kohal (indeks = 0,899).

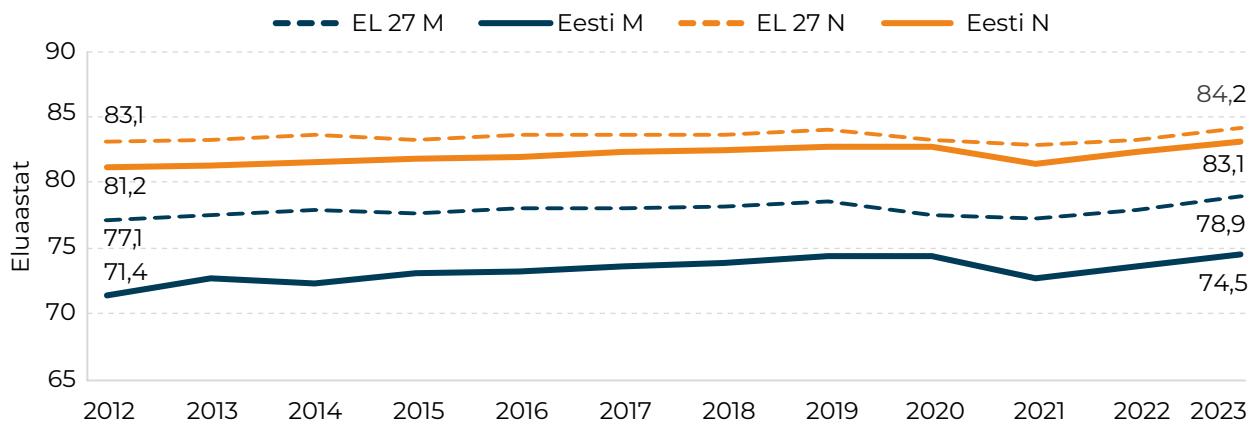
**Tabel 1.** Sotsiaalmajanduslikud näitajad 2012 ja 2023. Allikas: Eurostat, statistikaamet

	Eesti	EL 27	Eesti	EL 27
	2012	2012	2023	2023
<b>Sisemajanduse kogutoodang (SKT) elaniku kohta</b>	13 520 €	25 770 €	27 590 €	37 610 €
<b>Keskmine vanaduspension (€)</b>	313 €	2319 €	680 €	2789 €*
<b>Töötuse määr (%), 15–74-aastased</b>	10,0	11,1	6,4	6,1
<b>Suhtelise vaesuse määr (%)</b>	18,6	16,9	22,5	16,2
<b>Kõrgharidusega elanike osatähtsus 25–64-aastaste seas (%)</b>	37,6	26,2	41,6	35,1

\*Aasta 2021 andmed

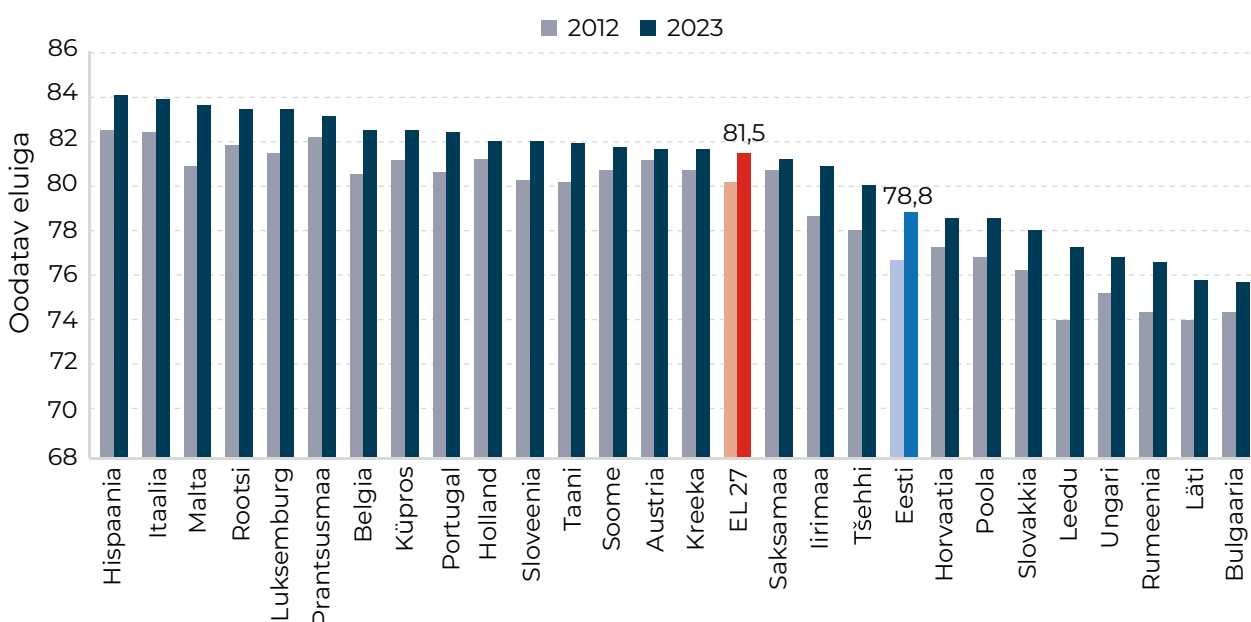
# 1.2 Oodatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad

Keskmine oodatav eluiga sünnihetkel on enim kasutatav tervisenäitaja, mis sõltub paljudest elukaart läbivatest teguritest, sealhulgas elustiilist ja elukeskkonnast, aga ka tervishoiuteenuste kvaliteedist. Oodatava eluea muutuse põhjal saab hinnata rahvastiku tervise seisundit ja tervisevaldkonna tegevuste tulemuslikkust. Võrreldes 2012. aastaga on keskmine oodatav eluiga Eestis kasvanud 2,5 aastat, jõudes 2023. aastal kõigi aegade kõrgeimale tasemele (78,8 aastat). Oodatav eluiga kasvas meestel 3 ja naistel 2 aastat, mistõttu meeste ja naiste oodatava eluea vahe vähenes 9 aastani, mis ületab Euroopa Liidu keskmist siiski 4 aastaga (joonis 3).



Joonis 3. Oodatav eluiga 2012–2023. Allikas: [statistikaamet](#), [Eurostat](#)

Oodatava eluea mahajäämus Euroopa Liidu keskmisega (81,5 aastat) võrreldes oli 2023. aastal 2,7 aastat (joonis 4). Ehkki Eestis on oodatav eluiga pikem nii Leedust (1,5 aastat) kui ka Lätist (2,9 aastat), jäi see näitaja meie põhjanaabritega võrreldes oluliselt väiksemaks. Rootsis oli keskmine oodatav eluiga 4,6; Taanis 3,1 ja Soomes 2,9 aastat pikem kui Eestis.

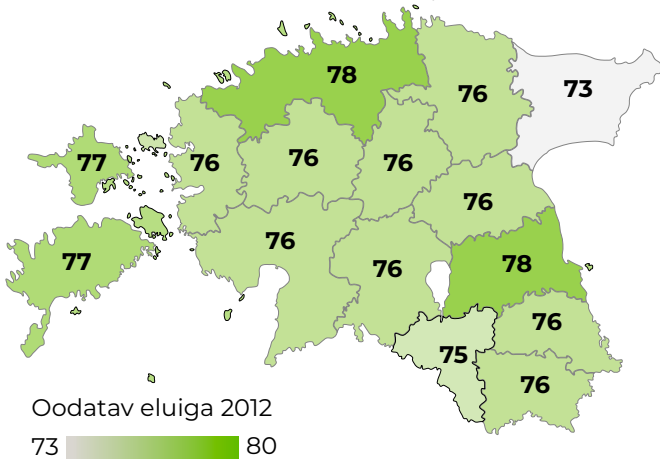


Joonis 4. Oodatava eluea võrdlus EL-i riikidega 2012 ja 2023. Allikas: [Eurostat](#)

Piirkondlikus vaates on Eestis oodatav eluiga 2012. ja 2023. aasta võrdluses kasvanud enim Ida-Viru ja Pärnu maakonnas – 3 eluaastat (joonis 5). Oodatav eluiga pole muutunud Järva maakonnas. Teiste maakondadega võrreldes on oodatav eluiga lühim Ida-Viru ja Järva maakonnas, olles 4 eluaastat vähem kui Harjumaal ja Tartumaal, kus see on pikim. Haridustase mõjutab oodatava eluea pikkust märgatavalt: statistikaameti andmetel elas kõrgharidusega inimene 2023. aastal Eestis 11 aastat kauem kui põhiharidusega inimene (statistikaamet, 2024a).

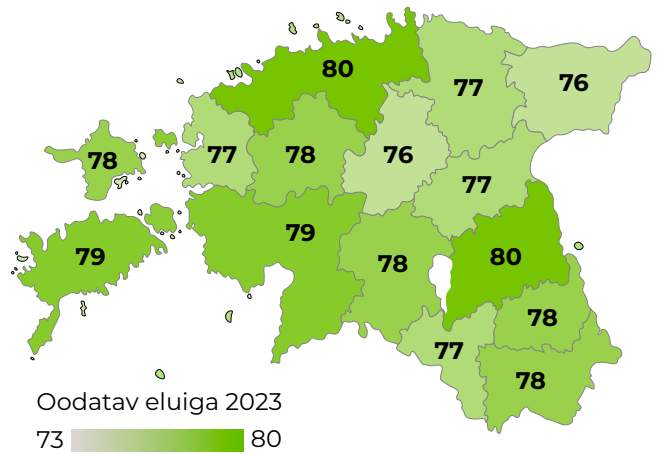
Eesti keskmine **76,5 eluaastat**

Mehed **71,4 eluaastat**  
Naised **81,2 eluaastat**



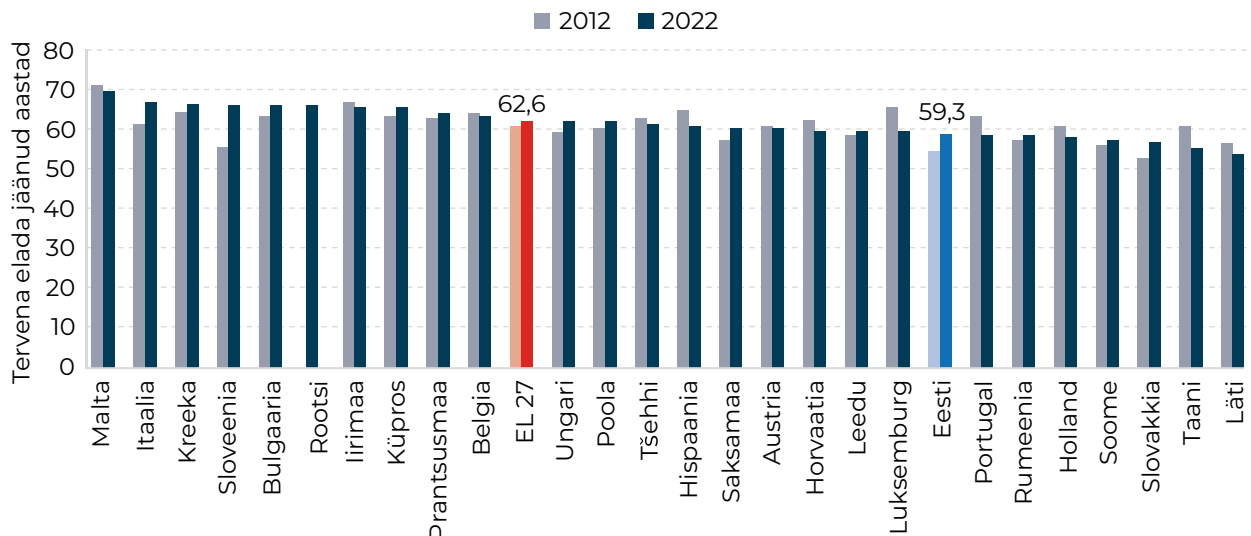
Eesti keskmine **79,0 eluaastat**

Mehed **74,5 eluaastat**  
Naised **83,1 eluaastat**



**Joonis 5.** Oodatav eluiga sünnihetkel Eesti maakondades 2012 ja 2023. Allikas: [statistikaamet](#)

Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel on keskmine aastate arv, mida inimene tõenäoliselt elaks terviseseisundist tulenevate igapäevategevuste piiranguteta, kui suremus ja rahvastiku tervise näitajad jääksid samaks. Hea tervis on defineeritud kui igapäevategevuste piirangute puudumine ja need andmed võetakse Eesti / Euroopa sotsiaaluuringust (EU-SILC). Aastal 2023 elasid Eesti mehed tervena keskmiselt 56,4 aastat ja naised 59,5 aastat, ehk siis oma elust vastavalt 75,7 ja 71,6 protsenti (statistikaamet, 2024b). Võrreldes 2012. aastaga on tervena elada jäänud aastate arv suurenenud meestel 3,9 ja naistel 2,6 aastat. Tervena elada jäänud aastate vahe Euroopa Liidu keskmisega võrreldes oli 2022. aastal 3,3 aastat (joonis 6). Rootsiga oli mahajäämus 2022. aastal 7,2 aastat, samas Taanis elasid inimesed tervena 3,4 ja Soomes 1,4 aastat vähem kui Eestis.



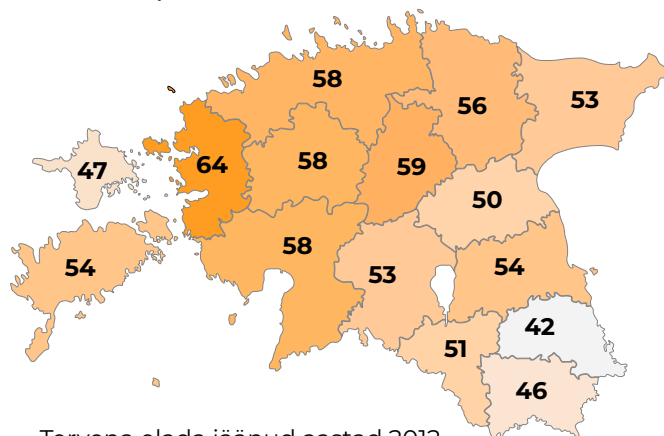
**Joonis 6.** Tervena elada jäänud aastad, võrdlus EL riikidega 2012 ja 2022. Allikas: [Eurostat](#)

Piirkondlikud erinevused tervena elada jäänud aastates on Eestis märkimisväärsed. Ehkki võrreldes 2012. aastaga on maakondade erinevused mõnevõrra vähenenud, oli 2023. aastal Eesti parima (Harjumaa, 62 aastat) ja halvima (Ida-Virumaa, 51 aastat) näitajaga maakondade erinevus tervena elada jäänud aastates 11 aastat (joonis 7). Statistikaameti 2023. aasta andmetel elas kõrgharidusega inimene Eestis 13 aastat kauem tervena kui põhiharidusega inimene (statistikaamet, 2024a).

Eesti keskmine **55,5 aastat**

Mehed **53,6 aastat**

Naised **57,4 aastat**



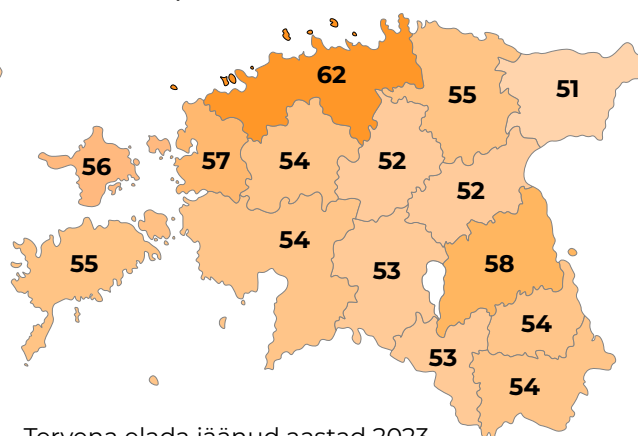
Tervena elada jäänud aastad 2012

42 — 64

Eesti keskmine **58,7 aastat**

Mehed **57,5 aastat**

Naised **60,0 aastat**



Tervena elada jäänud aastad 2023

42 — 64

**Joonis 7.** Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel Eesti maakondades 2012 ja 2023.

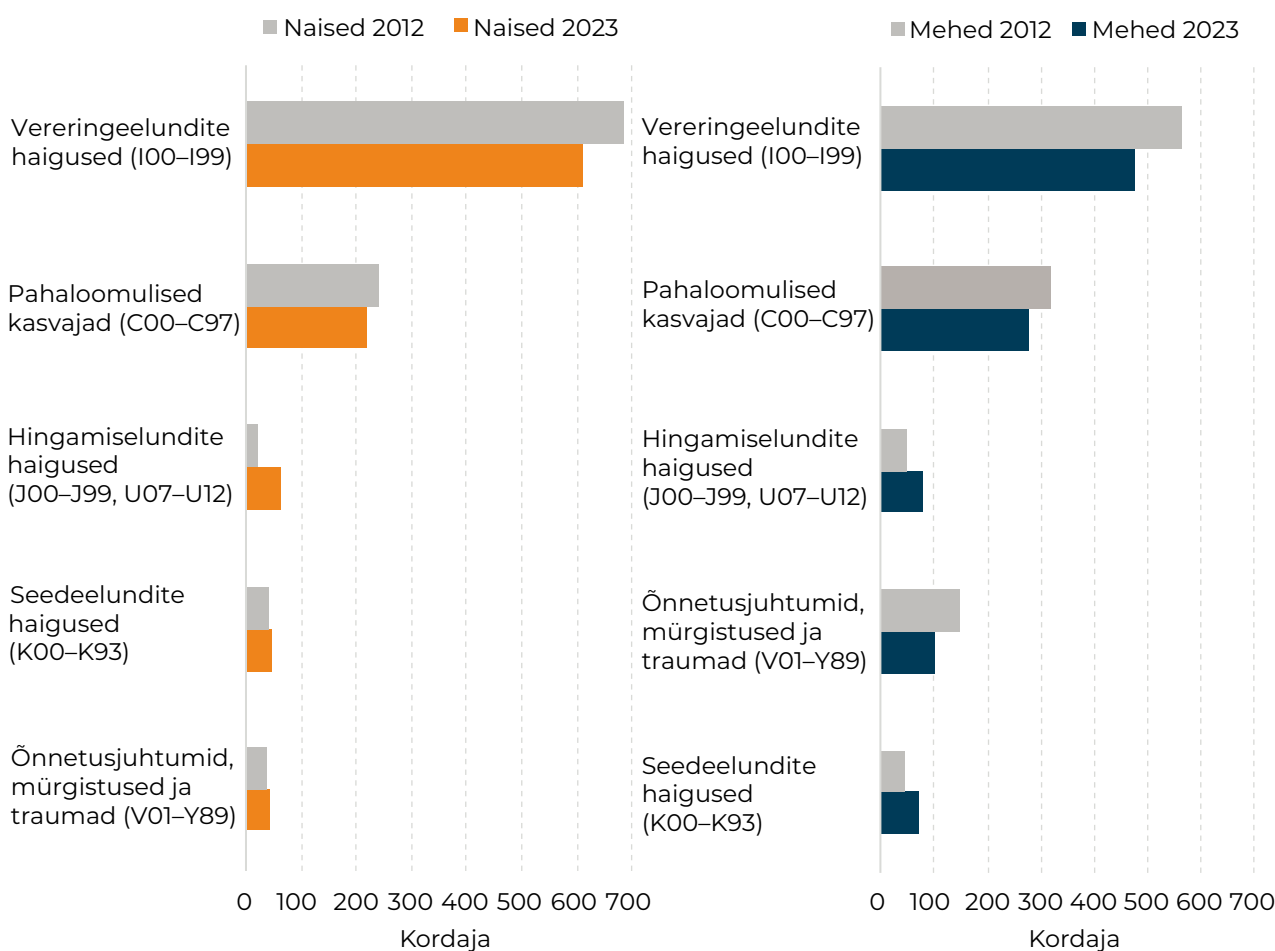
Allikas: EU-SILC, [statistikaamet](#)

# 1.3 Peamised surmapõhjused

Eestis suri 2023. aastal surma põhjuste registri andmetel 15 766 inimest. Peamised surmapõhjused Eestis on vereringeelundite haigused ja pahaloomulised kasvajakud. Umbes pooled Eesti surmadest ehk 7500 surma 2023. aastal olid tingitud vereringeelundite haigustest ning 22% ehk 3391 surma pahaloomulistest kasvajatest.

Vereringeelundite haigustest tingitud surmadest põhjustas 43% kõrgvererõhktõbi (3198 surma) ning 27% südame isheemiatõbi (2012 surma). Mõjutatavad riskifaktorid kõrgvererõhktõve tekkeks võivad olla pärilik eelsoodumus, kuid samuti liigne kehakaal, stress ja vaimne pingeline, vähene kehaline koormus, liigne alkoholi tarvitamine, suitsetamine ja valed toitumisharjumused.

Maailma terviseorganisatsiooni (WHO) soovitusel on mitterakkushaigustest tingitud enneaegse suremuse ennetamisel võtmetegur südame-veresoonkonna haiguste, pahaloomuliste kasvajate ja diabeedi ennetamine, varajane avastamine ja ravi, tasakaalustatud toitumise toetamine, alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise vähendamine ning füüsilise aktiivsuse suurendamine (WHO, 2016).



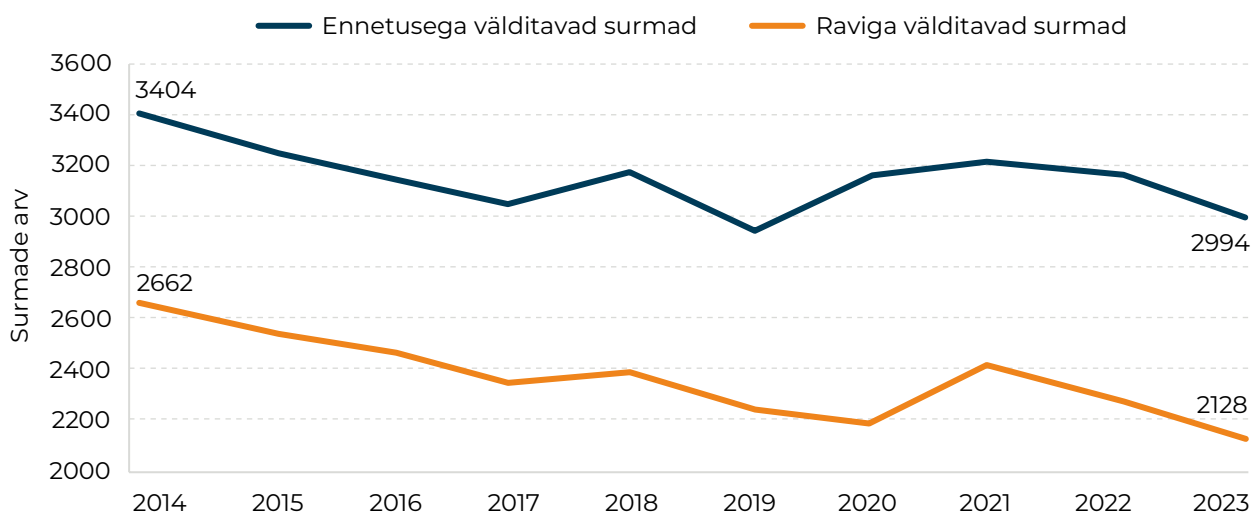
**Joonis 8.** Surmad peamiste surma põhjuste lõikes 100 000 elaniku kohta 2012 ja 2023.

Allikas: [surma põhjuste register](#) (TAI)

# 1.4 Ennetatavad ja raviga välditavad surmad

Ennetusega välditavad surmad on kombinatsioon surmade põhjustest, mida on võimalik ära hoida ennetustegevusega. Nende surmade põhjused on suurel määral seotud eluviisi valikutega, sh riskikäitumisega. Tasakaalustamata toitumine, alkoholi ning nikotiini- ja tubakatoodete tarvitamine, vähene kehaline aktiivsus on põhilised käitumuslikud tegurid, mis põhjustavad ennetatavaid surmasid. Näiteks põhjustab alkoholi ja / või tubaka tarvitamine vähki, alkohol põhjustab lisaks tsirroosi ja alkoholist tingitud psühhoose, kaitsmata vahekord võib viia HIV-i nakatumiseni. Ennetatavad surmad on tugevalt mõjutatud ka keskkonnast, nii välis- (nt õhusaaste) kui ka sisekeskkonnast (nt töökeskkonna riskitegurid). Samuti on kõikideks ennetusega välditavaks surmadeks õnnetussurmad ja mürgistused, kuid osaliselt ka vereringeelundite haigused. Siinkohal on rahvatervishoiu meetmed meditsiiniabist tõhusamad. Ennetatavate surmade hulk on viimase kümne aastaga kahanenud 12%, kuid see arv on endiselt 1,5 korda suurem kui EL-is keskmiselt (Eurostat, 2024a).

Tõhusa tervishoiusüsteemi ja raviga on võimalik ära hoida raviga välditavaid surmi. Selleks on vajalik haiguste varajane avastamine (erinevate haiguste sõeluuringu programmid) ja hea ning õigeaegne arstiabi. Paljusid nakkushaigusi on võimalik ennetada vaktsineerimise ja õigeaegse raviga. Meditsiinilist ja / või kirurgilist sekkumist vajavad haigused, nagu kõrgvererõhutõbi, südame isheemiatõbi, insult, pimesoolepõletik, pahaloomulised kasvaja, vajavad tihti mitme osapoole kaasatust, et võimalikult kiiresti selguks õige diagnoos, transport haiglasse oleks kiire ning meditsiiniline ja kirurgiline ravi oleksid adekvaatsed. Raviga välditav suremus on 10 aastaga vähenenud 20% (joonis 9), kuid on võrreldes EL-i keskmisega siiski suhteliselt suur. EL-is on keskmiselt 93 surma 100 000 inimese kohta, Eestis aga 136 (Eurostat, 2024a). Sagedaseim raviga välditava surma põhjus Eestis on südame isheemiatõbi, kõrgvererõhktõbi ja insult.



**Joonis 9.** Ennetatavate ja raviga välditavate surmade arv 2014–2023.

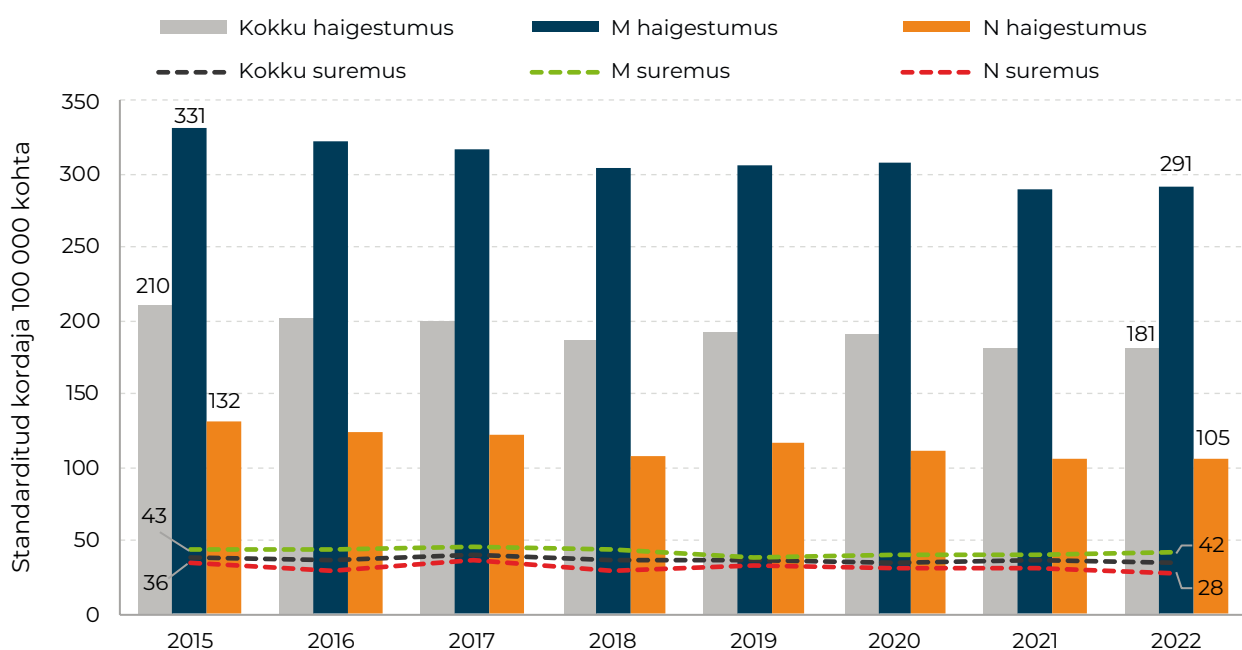
Allikas: [surma põhjuste register](#) (TAI)

# 1.5 Südame- ja veresoonehaigused

Hoolimata sellest, et südamehaigusi põdevate inimeste arv ja suurem südamehaigustesse on aastatega Eestis vähenenud, on suurem meil jätkuvalt Euroopa keskmisest kõrgem (Eurostat, 2024b). Südame-veresoonehaigustega seotud haiguskoormusel on suur majanduslik mõju. Näiteks ainuüksi südame isheemiatõve haiguste raviks kulub tervisekassa raviarvete põhjal 2022. aastal 60,6 miljonit eurot, mis on 2,5 miljonit eurot rohkem kui 2021. aastal (tervisekassa). Südame- ja veresoonehaigused on näiteks ateroskleroos, krooniline südamepuudulikkus, südame isheemiatõbi, perifeersetes arterites haigused ning kõrgvererõhktõbi.

Südame isheemiatõbi on südamelihase verevarustuse häirega seotud haigus, mis on meeste ja vanemaaliste naiste kõige sagedasem südamehaigus. Südame isheemiatõve raskeim vorm on äge südamelihase infarkt ehk müokardiinfarkt, mis on verevarustuse katkemine mingis südame piirkonnas, mille tagajärjel tekib südamelihasesse suurem või väiksem kahjustusala. Rahvastiku vananemisele vaatamata on ennetuse ja ravivõimaluste paranemise tõttu infarkti suurem pisut vähenenud, aga võrreldes Euroopa vastava näitajaga on suurem Eestis siiski ligi kaks kolmandikku suurem.

Ägeda südamelihaseinfarkti diagnoosiga jõudis 2022. aastal haiglasse ligi 2607 inimest. Neist patsientidest oli esmasjuhte 76% ning haigestumise tõenäosus suurenes vanusega. Haigestunutest 61% moodustasid mehed ja 39% naised. Mehed haigestusid naistega võrreldes sagedamini ja nooremalt. Ägeda müokardiinfarkti puhul mõjutavad patsientide prognoosi suuresti õigeaegne ravi ja ennetavad tegevused. 30 päeva suurem peegeldab mitme raviprotsessi (näiteks ravi õigeaegsus ja kliiniliste sekkumiste valik) tõhusust. Seda näitajat ei mõjuta üksnes haiglates pakutava ravi kvaliteet, vaid ka erinevused haiglaravi, haiglas viibimise kestuse ja ägeda müokardiinfarkti raskusastme vahel eri riikides. Lisaks on oluline ka kaasuvate haiguste foon. 30 päeva suurem pärast ägedat müokardiinfarkti on Eestis võrreldes teiste riikidega suur, ulatudes 2021. aastal 14,7 protsendini.

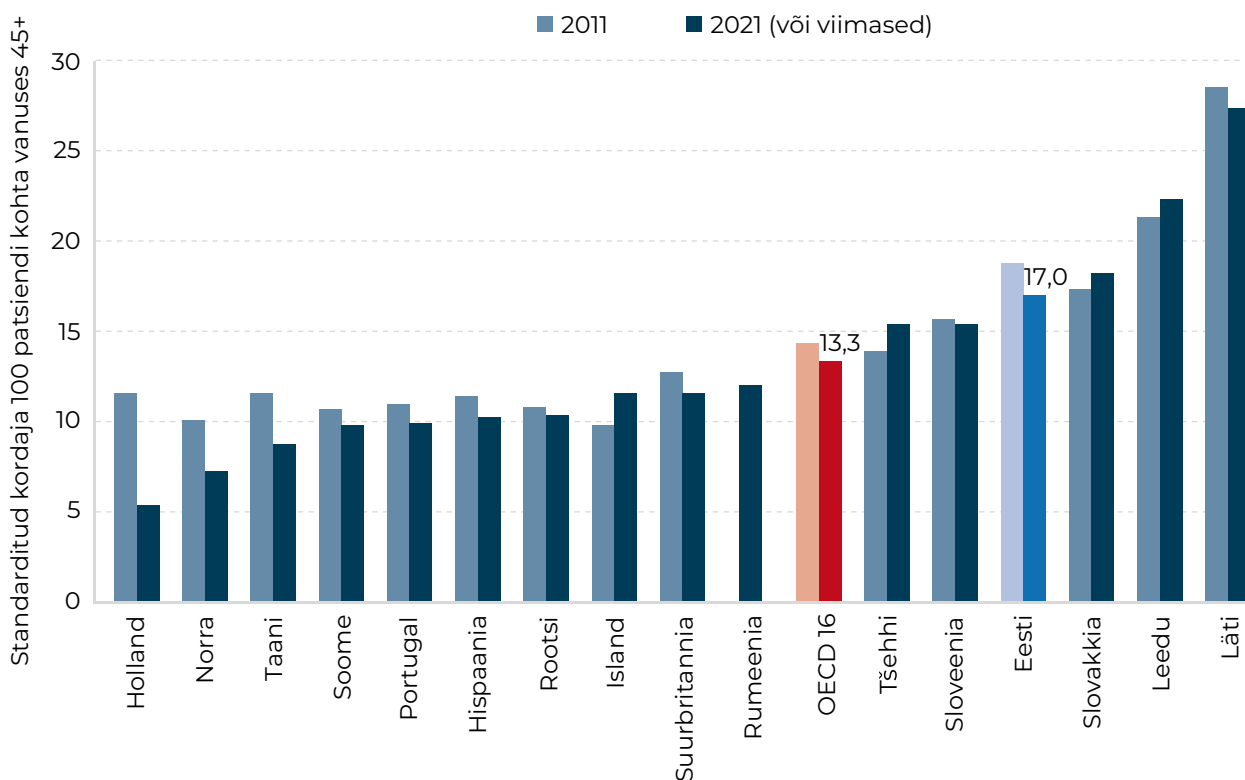


**Joonis 10.** Ägedasse südamelihase infarkti haigestumus ja suremus, Euroopa standardrahvastik, 2015–2022. Allikas: [müokardiinfarktiregister](#), [surma põhjuste register](#) (TAI)



Aastal 2023 suri Eestis surma põhjuste registri andmetel peajuveresoonte haigustesse 974 inimest. Insult ehk ajurabandus on äkki tekkiv aju veresoonte ummistus või lõhkemine, mille tõttu on häiritud aju verevarustus ning aju ei saa piisavalt hapnikku ja toitaineid. Eestis haigestub igal aastal insuldi üle 4000 inimese (Eesti insuldiliit). Insuldil on kaks peamist alaliiki: ajuinfarkt (isheemiline insult) ja ajuveresoone lõhkemine (hemorraagiline insult). Insuldi vormiks võib lugeda ka mööduvat ajuverevarustuse häiret ehk transitoorset isheemilist atakki. See tekib, kui verevool ajusse on takistatud ja aju vastav osa on ajutiselt hapnikupuuduses.

Insult on üks tõsisemaid surmapõhjusi ka mujal riikides, moodustades 2021. aastal majanduskoostöö ja arengu organisatsiooni (OECD) riikides 6% kõigist surmajuhtumitest. Aastal 2011 suri Eestis isheemilise insuldi tõttu 30 päeva pärast hospitaliseerimist iga viies haiglasse sattunu, 2021. aastal oli neid veidi vähem ehk peaaegu iga kuues. Selliste näitajatega on Eesti püsinud aastaid halvemusel neljandal kohal Läti, Leedu ja Slovakkia järel. Euroopa riikides suri 2021. aastal isheemilise insuldi tõttu 30 päeva jooksul pärast haiglasse sattumist keskmiselt 13,3% patsientidest. Kõige kõrgem oli suremus (üle 25%) Lätis ning kõige madalam (alla 8%) Hollandis ja Norras (joonis 11).



**Joonis 11.** Isheemilise insuldi järgne 30 päeva suremus Eestis ja Euroopas 2011 ja 2021.

Allikas: [OECD](https://www.oecd.org/)

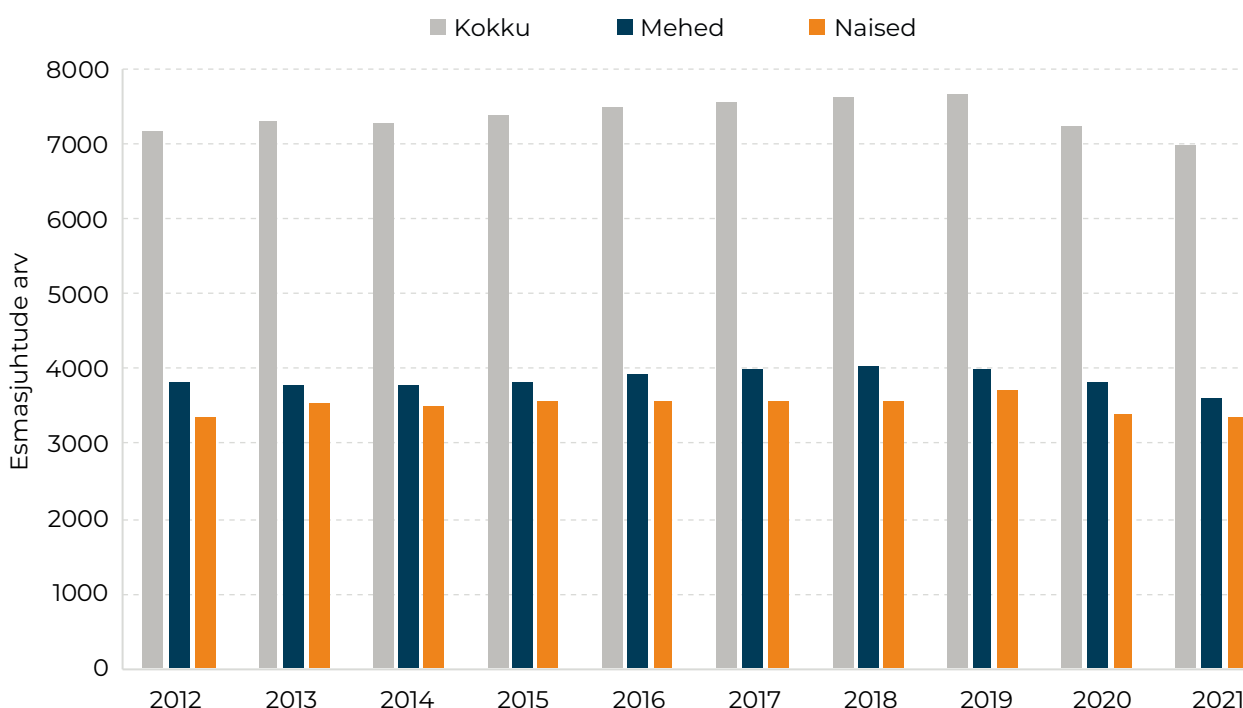
# 1.6 Pahaloomulised kasvajad

Eestis diagnoositi 2021. aastal 8224 vähi esmasjuhtu. Jättes välja mittemelanoomse nahavähi, oli juhtude koguarv 6978 (joonis 12). COVID-19 pandeemia eelnenud viie aasta (2015–2019) keskmisega võrreldes oli 2021. aastal diagnoositud juhtude arv 8% väiksem, kusjuures meestel oli vähenemine 9% ja naistel 7%. Seega jätkus 2020. aastal alanud juhtude arvu vähenemine, mida võib tõenäoliselt seostada pandeemia mõjudega. Nende hulgas võib välja tuua piiratud ligipääsu plaanilistele tervishoiuteenustele, mistõttu võis väheneda vähi avastamine juhuleiuna, patsientide vähenenud pöördumised kergemate sümptomite korral ning ühtlasi COVID-19 surmad eelkõige vanemate inimeste seas. Neil oleks võidud lähiajal vähk diagnoosida, kuivõrd vähirisk suureneb vanusega. Sarnaseid suundumisi on pärast COVID-19 pandeemiat täheldatud ka teistes riikides.

Hematoloogiliste kasvajate juhtude arv oli 2021. aastal 16% väiksem kui enne pandeemiat keskmiselt, neeruvähi puhul vähenes juhtude arv 15%, nahamelanoomi puhul 11% ja eesnäärmevähi puhul 8%. Eelkõige kopsu- ja maovähi puhul on juhtude arvu vähenemine seostatav elustiili muutustega, mis on vähendanud pikaajalisi riske. Emakakaelavähi juhtude arvu vähenemisel on näha sõeluuringu mõju.

Vähitõrje  
tegevuskava  
2021–2030.

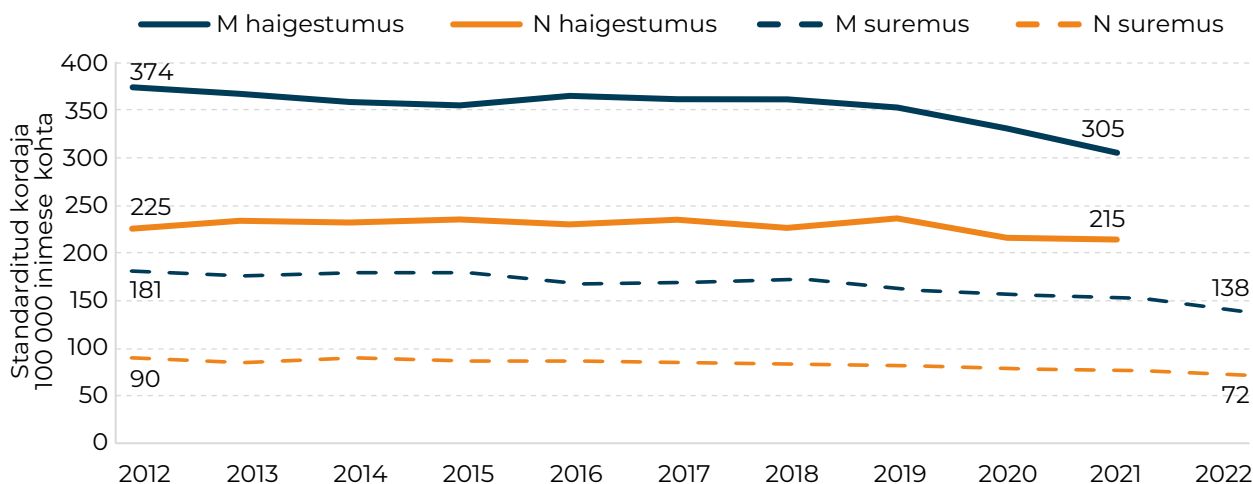
SKÄNNI  
MIND



**Joonis 12.** Vähi esmasjuhtude arv, kõik paikmed, v.a mittemelanoomne nahavähk, 2012–2021.

Allikas: [vähiregister](#) (TAI)

Esmasjuhtude arvu vähenemine on toonud kaasa languse ka vanusestandarditud haigestumuses ehk näitajas, mis võtab arvesse rahvastiku vanuselise jaotuse muutused ja kõrvaldab rahvastiku vananemise mõju. Meestel on kahel viimasel aastal haigestumuskordaja vähenenud statistiliselt olulisel määral – 7,4% aastas. Naistel on langus olnud väiksem ja statistiliselt mitteoluline (4,4% aastas). Vähisuremus on meestel vähenenud alates 2018. aastast 4,4% aastas, naistel samal ajavahemikul 4% aastas (joonis 13).



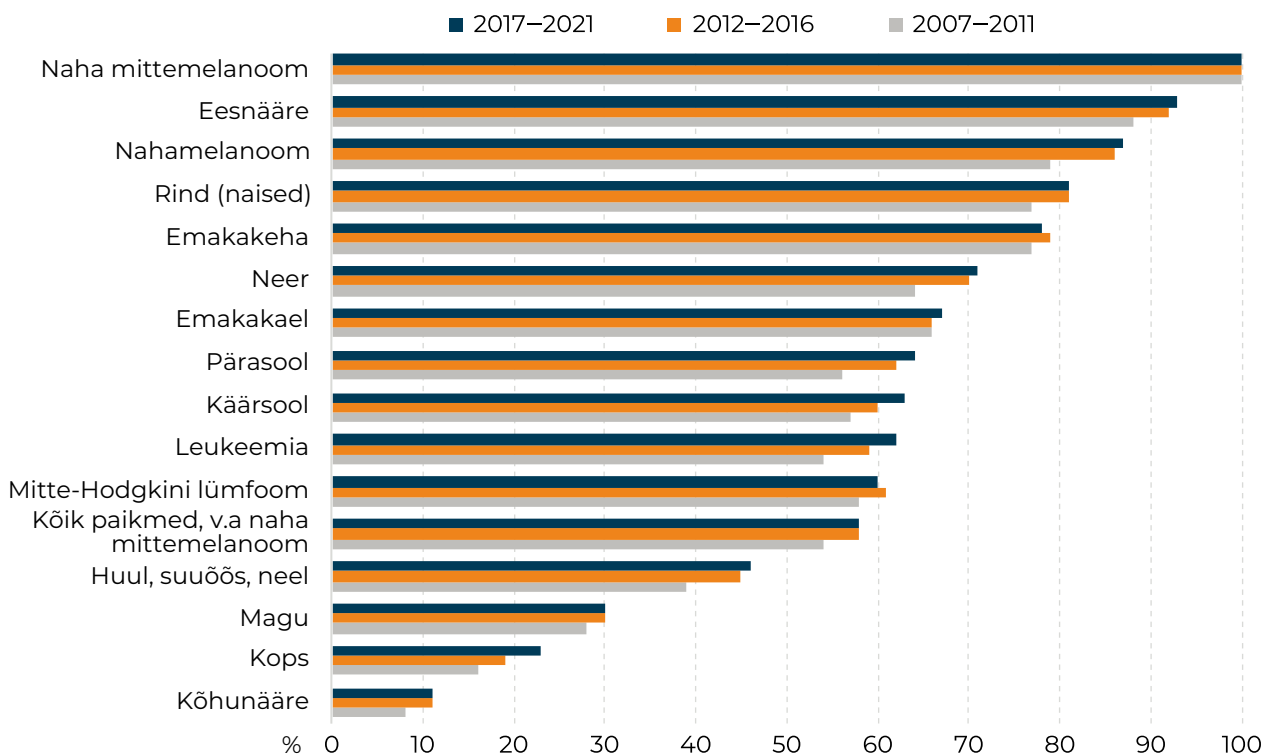
**Joonis 13.** Vähihaigestumus (kõik paikmed, v.a mittemelanoomne nahavähk) ja vähisuremus (kõik paikmed), maailma standarddrahvastik, 2012–2022.

Allikas: [vähiregister](#), surma põhjuste register (TAI)

Vähielulemuse mõõtmine võimaldab hinnata vähitõrjemeetmeid tervikuna, hõlmates nii varase avastamise kui ka ravi tõhususe mõju. Kõigi Eesti diagnoositud vähijuhtude ühe, viie ja kümne aasta suhteline elulemus aastail 2017–2021 oli vastavalt 79%, 65% ja 62%. Jättes välja nahamelanoomi, oli kõigi vähipaikmete ühe, viie ja kümne aasta suhteline elulemus vastavalt 74%, 58% ja 53% (joonis 14).

Perioodide 2007–2011 ja 2017–2021 võrdluses on elulemus enim paranenud nahamelanoomi, pärasoolevähi ja leukeemia puhul – 8%. Kopsu- ja neeruvähi ning suu- ja neeluvähi puhul on elulemus paranenud 7% ning käärsoolevähi puhul 6%.

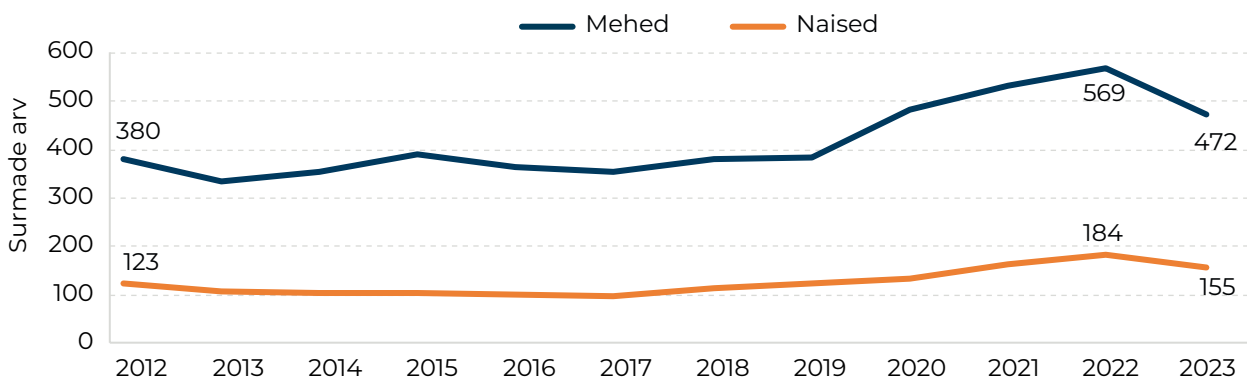
Üldjoontes on vähielulemus Eestis paljude vähkide korral Põhjamaadega samal tasemel (nt mao-, kopsu-, emakakaela-, eesnäärme- ja neeruvähk). Mõõdukas mahajäämus iseloomustab käär- ja pärasoolevähi, nahamelanoomi, rinna- ja emakakehavähki. Suurem mahajäämus ilmneb mitte-Hodgkini lümfoomi ning pea- ja kaelapiirkonna vähi korral, eriti meestel.



**Joonis 14.** Viie aasta suhteline vähielulemus 2007–2011, 2012–2016 ja 2017–2021. Allikas: [vähiregister](#) (TAI)

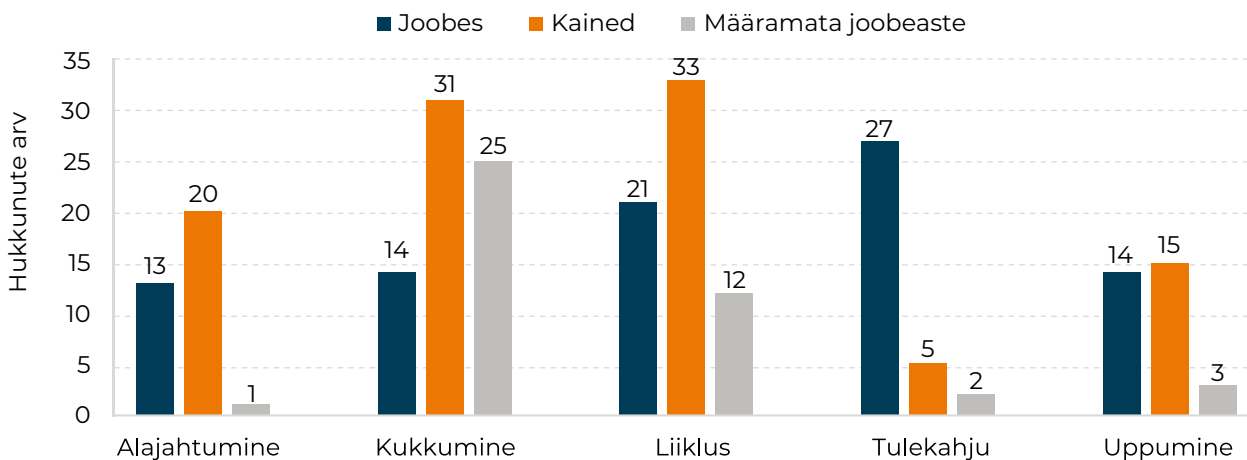
# 1.7 Alkoholist ja narkootikumidest tingitud suremus

Eestis registreeriti 2023. aastal kokku 627 otseselt alkoholist põhjustatud surmajuhtumit (4% kõigist surmadest), mida on 126 surmajuhtumit vähem kui 2022. aastal (753 alkoholisurma, joonis 15). Eelkõige puudutab alkoholi tarvitamisega seotud suremus mehi – 2023. aastal registreeriti 75% alkoholit tarvitamisega seotud surmadest meeste hulgas, kellest pooled olid tööealised (vanus alla 60 eluaasta). Alkoholist põhjustatud suremus kasvas aastatel 2018–2022 seoses alkoholi majandusliku kättesaadavuse suurenemisega, millele aitasid kaasa ka alkoholi aktsiisi langetamine ja COVID-19 pandeemia mõju. 2023. aastal suremus vähenes. Selle üks võimalikke seletusi on alkoholi tarbimist mõjutav elukalliduse tõus üldise majanduslanguse taustal.



Joonis 15. Alkoholist põhjustatud suremus 2012–2023. Allikas: [surma põhjuste register](#) (TAI)

Lisaks haigustest põhjustatud surmadele on alkoholil suur osa vigastussurmades. Eesti kohtuekspertiisi instituudi andmetel on lahangu käigus tuvastatud alkoholit tarvitamisest põhjustatud joove 46% õnnetustes hukkunud isikutest (joonis 16). Kokku tuvastati 2023. aastal 89 õnnetussurma, milles alkohol oli osaline. Eesti kohtuekspertiisi instituudi statistika ei anna aga täielikku ülevaadet alkoholist põhjustatud vigastussurmades, sest kõik vigastustest põhjustatud surmad ei jõua lahangule ning kõigil lahangutel ei määrata joovet.



Joonis 16. Õnnetustes hukkunud kainete ja joobes isikute arv 2023.

Allikas: [surma põhjuste register](#) (TAI), [Eesti kohtuekspertiisi instituut](#)

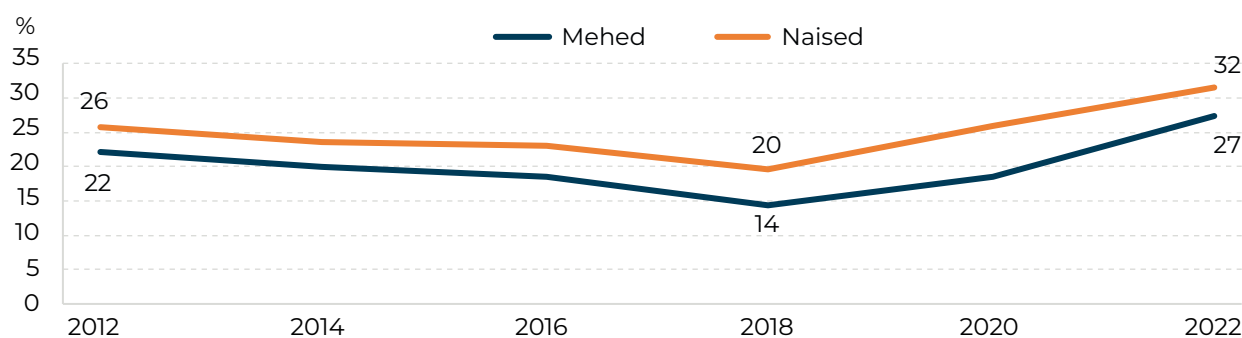
Aastatel 2002–2017 oli Eestis enamik narkootikumiga seotud üledoosisurmades seotud illegaalse fentanüüli ja selle analoogidega. Fentanüül on tugevatoimeline sünteetiline opioid, mille üleannustamine oli uute analoogide ja äärmiselt kõikuva tugevusastme tõttu väga lihtne. Alates 2018. aastast vähenesid üledoosisurmad järsult tänu fentanüüli piiratud kättesaadavusele narkoturul ja koju kaasa antava naloksooni programmi laienemisele. Uus kasv narkootikumidega seotud üledoosi surmades algas 2022. aasta suvel, kui narkoturule ilmusid uued sünteetilised tugevatoimelised opioidid, nitaseenid. 2023. aastal olid pooled narkootikumide üledoosi surmades seotud metonitaseeni või protonitaseeni tarvitamisega. Kokku oli 2023. aastal Eesti elanike seas 113 üledoosisurma, millele lisandub kuue välismaalase üledoosisurm Eesti territooriumil.

## 1.8 Vaimse tervise häired ja suitsiidid

Vaimne tervis on heaoluseisund, milles inimene tuleb toime igapäeva elu pingetega, realiseerib oma võimeid, oskab ja suudab õppida ja töötada tulemuslikult ning anda oma panuse kogukonda (WHO, 2022a). Vaimse tervise häirete levimus on paljudes riikides viimastel aastatel suurenenud, eriti märgatav levimuse kasv toimus COVID-19 pandeemia ajal (Santomauro jt, 2021). Psüühika- ja käitumishäirete hüppeline kasv on toimunud ka Eestis. Kui enne COVID-19 pandeemiat diagnoosisid psühhiaatrid keskmiselt 17 uut juhtu 1000 inimese kohta aastas, siis pärast pandeemiat keskmiselt 20 juhtu 1000 inimese kohta aastas (TAI, 2024a). Suurima levimusega neist on meeleolu- ja ärevushäired, mida esineb sagedamini naistel ja noortel.

Ärevushäired on Eestis psühhiaatrite enim diagnoositud vaimse tervise häired, mis moodustavad naiste hulgas keskmiselt 32% ja meeste hulgas keskmiselt 19% kõikidest diagnoositud vaimse tervise ja käitumise häiretest. Ärevusest saab ärevushäire siis, kui see hakkab häirima igapäeva elu. Tavalise ärevusega võrreldes on tunne väga tugev ja kestab pikemat aega (nt mitmeid kuid). Ärevushäirete uute juhtude esinemine on võrreldes ajaga enne COVID-19 pandeemiat kasvanud 15% (TAI, 2024a). Selle tingis tõenäoliselt nii COVID-19 pandeemia kui ka peatselt järgnenud Ukraina sõjaga seotud teadmatus ja hirmud.

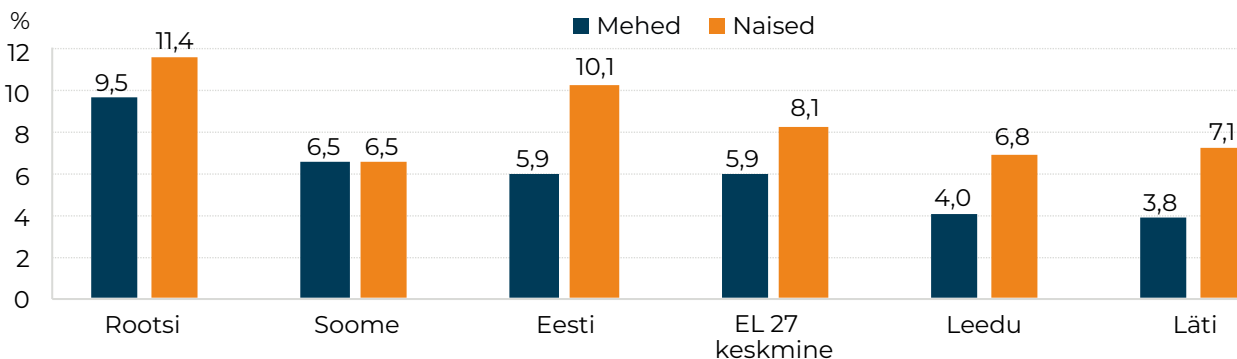
Teine enim esinev vaimse tervise häire on nii meestel kui ka naistel depressioon. Depressiooni puhul tuleb eristada diagnoositud häiret<sup>1</sup> ning häire tõenäosusele viitavaid sümptomeid. Depressiivsete sümptomite levimuse suurenemine tuleb välja mitmest allikast. Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (TKU) andmetel on tajutud depressiivsuse (tavalisest rohkem masendunud või õnnetu olemise) esinemine 16–64-aastases rahvastikus suurenenud alates 2020. aastast ning 2022. aastal tundis depressiivsust 27% meestest ja 32% naistest (joonis 17).



**Joonis 17.** Tajutud depressiivsus soo järgi 2012–2022. Allikas: TKU (TAI)

<sup>1</sup> Häirete rühm, mille kesksed sümptomid on RHK-10 järgi „alanenud meeleolu, huvi ja elurõõmu kadumine ja energia vähenemine, mis toob kaasa suurenenud väsitatavuse ja vähenenud aktiivsuse“ (Vasar, 1995).

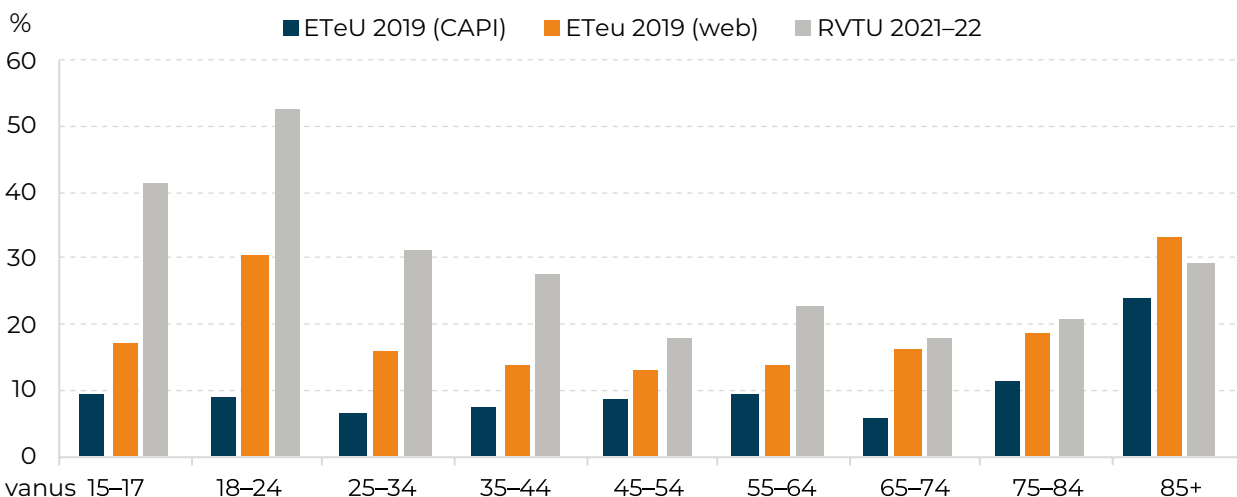
Euroopa terviseuuringu (ETeU) 2019. aasta andmetel esines depressiivsuse sümptomeid EL-i 27 riigis keskmiselt 5,9% meestest ja 8,1% naistest (joonis 18). Eesti lähiriikidest on Rootsis ja Soomes depressiivsuse sümptomite levimus täiskasvanutel suurem kui Eestis. Ent nii Eesti kui ka Läti ja Leedu puhul on märkimisväärne suur sooline erinevus: depressiivsuse levimus on naistel üle 40% suurem kui meestel. Võrreldes 2014. aastaga on depressiooni sümptomite esinemine pisut suurenenud nii EL-is keskmiselt kui ka Eestis (EL 27 riigi keskmisena 2014. aastal 6,5% ja 2019. aastal 7%; Eestis vastavalt 6,9% ja 8,2%).



**Joonis 18.** Depressiivsuse sümptomite esinemine Eestis ja lähiriikides 2019.

Allikas: Eesti terviseuuring (ETeU19), [Eurostat](#)

Võrreldes 2019. aasta ETeU tulemustega on rahvastiku vaimse tervise uuringu (RVTU) andmete järgi depressiooniriski levimus suurenenud alla 65-aastaste hulgas, kuid vanemates vanuserühmades suurt erinevust ei ole. Tähelepanuväärne on ka ETeU küsitlusviisist tulenev erinevus ütluspõhiste depressioonisümptomite levimuses, kus personaalse intervjuu (CAPI) korral oli depressiooni sümptomite tunnistamine märksa väiksem kui veebipõhises uuringus (joonis 19). Samasugust mustrit näeme ka üldistunud ärevushäire riski puhul: enesekohaste ütluste põhjal hinnatud risk oli 2021. aasta alguses RVTU andmetel suurem kui ETeU 2019. andmetel ning ETeU veebivastustes paistab risk märkimisväärselt suuremana kui personaalsetes intervjuudes – üldistunud ärevushäire sümptomeid võeti sagedamini omaks.



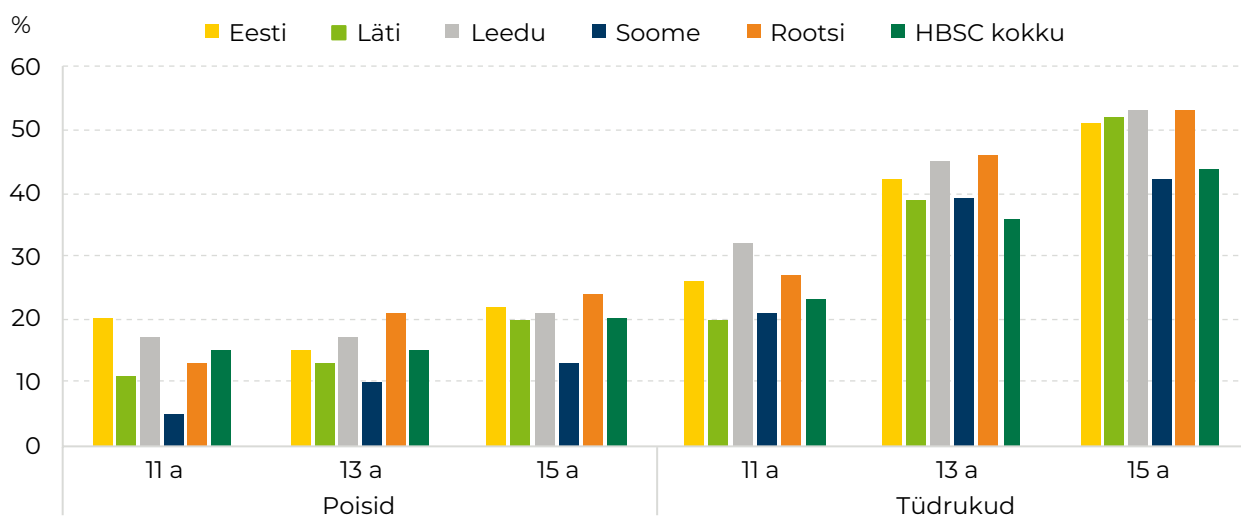
**Joonis 19.** Kõrgenenud depressioonisümptomite esinemine Eesti rahvastikus vanuserühmade järgi. Allikas: RVTU 2021-2022 kolme uuringulaine keskmine, ETeU 2019

Ravimiameti andmetel on aastatel 2013–2022 suurenenud antidepressantide tarvitamine (päevadoosina 1000 elaniku kohta ööpäevas), kusjuures suurenemine on 10 aastaga olnud ligikaudu kahekordne ning viimase viie aastaga (2018–2022) 140% (Sepp jt, 2023). Antidepressantide tarvitamise kasvu ainus põhjus pole aga depressiooni levimuse suurenemine, vaid see on tõenäoliselt mõjutatud ka ravi kättesaadavuse paranemisest ja hoiakute muutusest.

Kui naistel on peamised vaimse tervise häired meeleolu- ja ärevushäired (60%), siis meestel on lisaks meeleolu- ja ärevushäiretele (36%) ka psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (17%), sh nii alkoholist kui ka narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud häired. Kõige kiiremini on viimastel aastatel aga kasvanud tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäirete diagnoosimine ja seda just täiskasvanutel, kellel see on jäänud alaealisena diagnoosimata (TAI, 2024a). Sagedasem neist oli aktiivsus- ja tähelepanuhäire, millega käis 2023. aastal psühhiaatri vastuvõtul 1,7 korda rohkem täiskasvanuid kui eelneval aastal, kokku 5676 isikut.

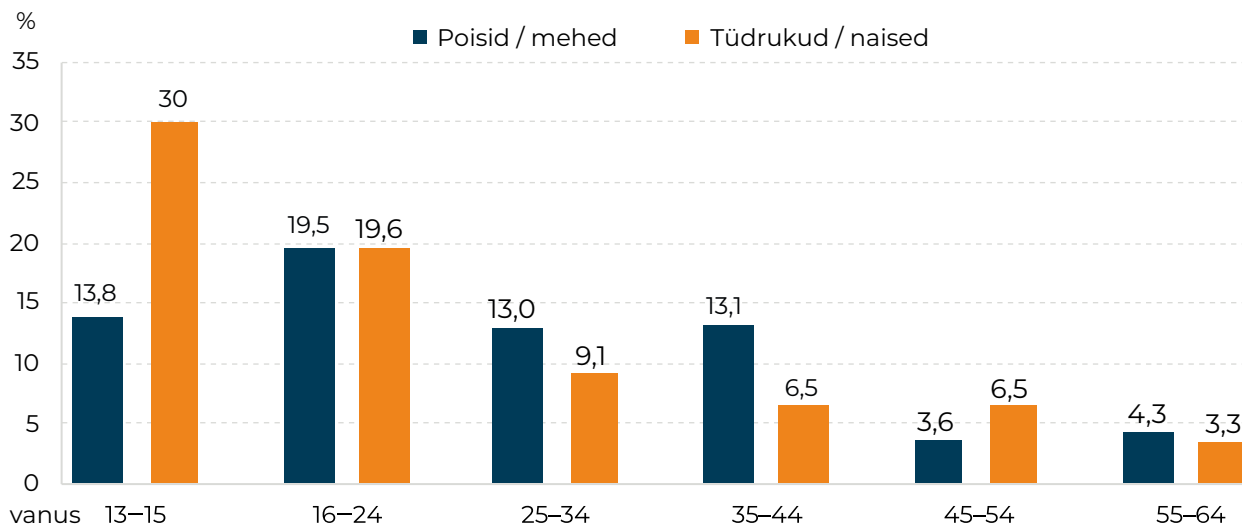
Psühhiaatri vastuvõtule jõudnud kuni 15-aastaste laste hulk on 2023. aastaks jõudnud enam-vähem COVID-19 pandeemia eelsele tasemele (üle 8600 lapse). Kõige kiiremini on kasvanud tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired, millest kõige sagedasem on aktiivsus- ja tähelepanuhäire. Laste hulgas on teine sagedasem diagnoosirühm psühholoogilise arengu häired, millest peamised on kõne-, lugemis- ja õpiraskustega seotud probleemid. Ärevushäiretega, sh kohanemiskustega ja depressiooni sümptomitega ärevushäiretega on 2023. aasta andmetel kimpus veidi üle 900 lapse (TAI, 2024a).

TAI viis 2022. aastal läbi Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (HBSC). Selle andmetel tundis viimase kuue kuu jooksul kurbust ja masendust sagedamini kui kord nädalas 29% 11–15-aastastest noortest, sh poistest 19% ja tüdrukutest koguni 40%. Kurbuse ja masenduse tundmise esinemine kasvab vanusega: tüdrukute hulgas suureneb see 11- ja 15-aastaste õpilaste võrdluses ligi kaks korda (Oja jt, 2023). Võrdlus teiste HBSC uuringus osalenud 44 riigi noortega näitab, et Eesti noored paistavad silma keskmisest sagedasemate tervisekaebustega ja vähesema vaimse heaoluga, positiivse poole pealt aga suurema enesetõhususega. Masendust ja kurbust tunneb sagedamini kui kord nädalas keskmiselt 25% uuringus osalenud õpilastest, Eesti noortest aga 29% (joonis 20). Sarnaselt teiste riikidega väheneb ka Eesti noorte vaimne heaolu vanusega ning on tüdrukutel väiksem kui poistel. Võrreldes nelja aasta taguse ajaga on olukord halvenenud eelkõige 13- ja 15-aastaste tüdrukute seas, seda nii meil kui ka mujal (Cosma jt, 2023).



**Joonis 20.** Viimase kuue kuu jooksul sagedamini kui kord nädalas kurbust või masendust tundnud 11–15-aastased õpilased soo, Eesti lähiriikide ja HBSC uuringus osalenud riikide keskmise järgi 2022. Allikas: HBSC (TAI)

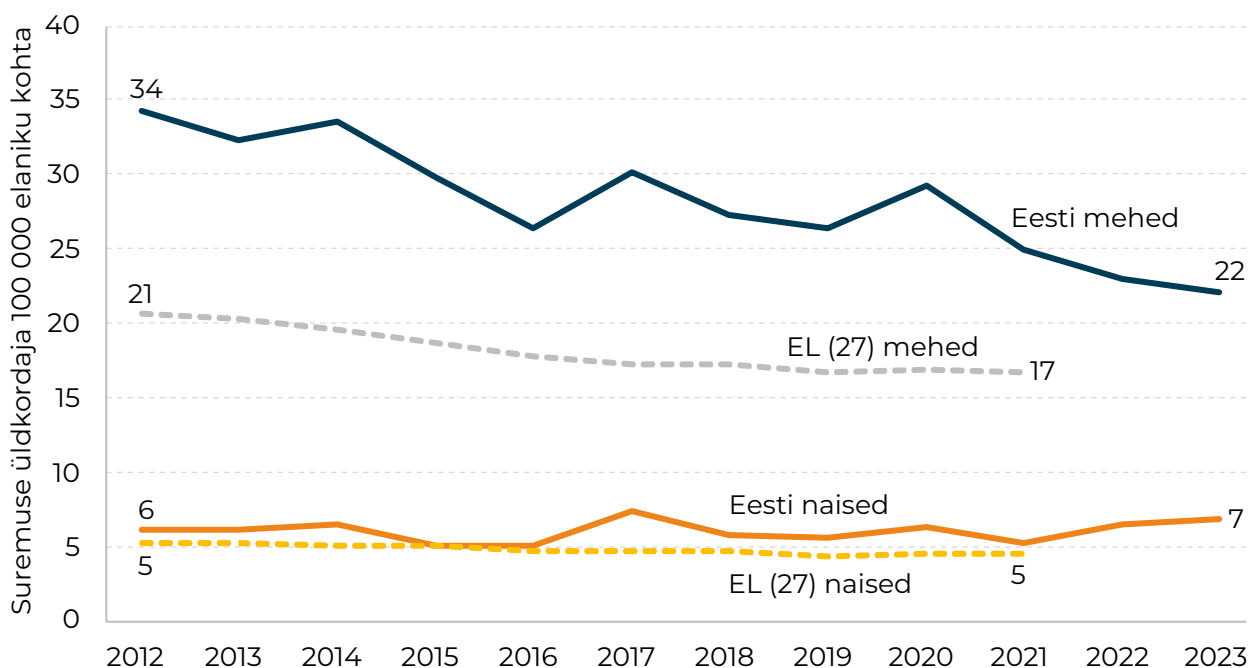
WHO andmetel on enesetapp neljas juhtiv surmapõhjus 15–29-aastaste hulgas (WHO, 2021). Enesetapumõtete esinemine viimasel 12 kuul on väga sage Eesti noorte (13–24-aastaste) hulgas koos teatava soolise erisusega. Suitsiidimõtted on tüdrukute seas sagedasemad kui poistel, ent vanuse kasvades muutub seos vastupidiseks. Nii mõtleb 35–44-aastaste meeste hulgas enesetapule 13,1%, samas kui vastav näitaja naiste hulgas on vaid 6,5% (joonis 21).



**Joonis 21.** Viimase 12 kuu jooksul enesetapule mõtlemine soo ja vanuse järgi 2022.

Allikas: TKU, HBSC (TAI)

Võrreldes EL-i keskmisega on Eestis suitsiidid meeste seas oluliselt enam levinud surmapõhjus, kuid ka naiste puhul ulatub enesetappude suremuskordaja EL-i omast kõrgemale (joonis 22). Arvestades rahastuse ja ravi võimalusi Eestis ning vähendamaks vaimse tervise ja käitumishäiretest tingitud kulutusi, on ennetus ja varane sekkumine jätkusuutlikud meetodid häiretest põhjustatud koormuse vähendamiseks.



**Joonis 22.** Enesetapud 100 000 elaniku kohta Eestis ja EL-is 2012–2023.

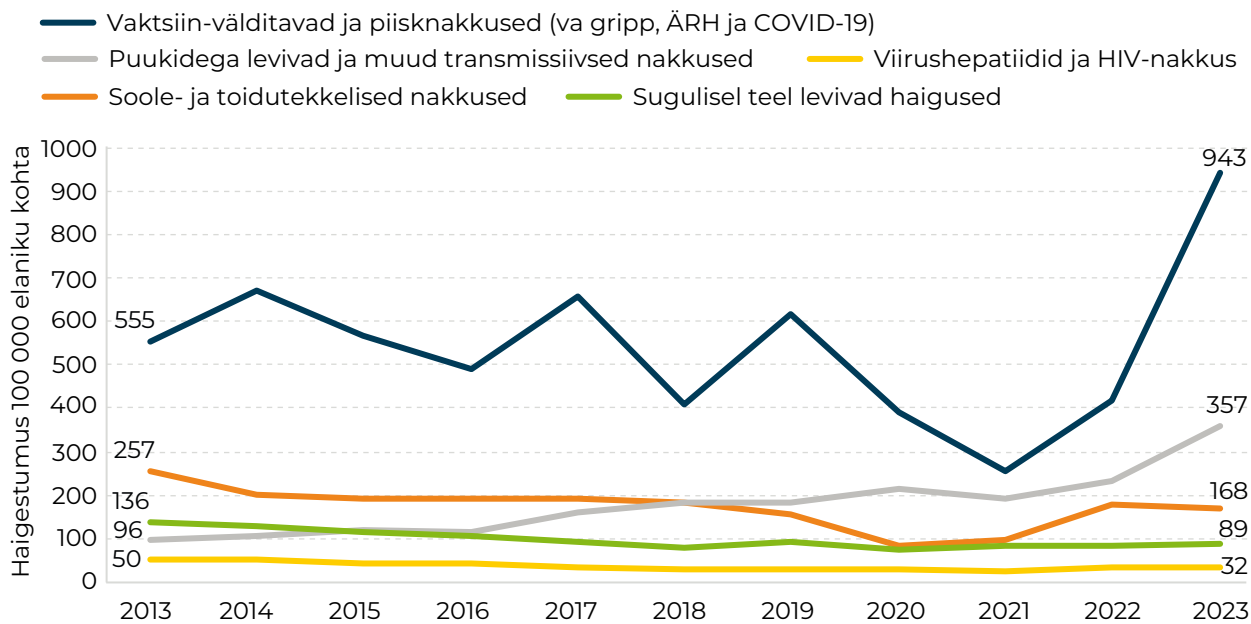
Allikas: [surma põhjuste register](#) (TAI), Eurostat



# 1.9 Nakkushaigused ja vaksineerimine

Paljudesse nakkustesse haigestumine oli aastatel 2020–2021 ebatavaliselt väike, mille põhjus oli 2020. aastal maailmas välja kuulutatud COVID-19 pandeemia ja sellega seotud piirangud ja rakendatud tõrjemeetmed. Alates 2022. aastast on haigestumiskordaja eelnevaga võrreldes tõusnud ning kasv jätkus ka 2023. aastal (joonis 23). Soolenakkustesse haigestumine on suurenenud COVID-19 pandeemia eelse tasemeni, enamiku neist moodustasid viirusliku etioloogiaga nakkused (nt rota-, noroviirusnakkused ja muud). Piisknakkustesse haigestumise kasv on peamiselt põhjustatud tuulerõugete ja sarlakite levikust (perioodilised haigestumise suurenemised esinevad 5–7 aasta tagant). Ka sugulisel teel levivatel haigustel, süüfilisel ja gonokokknakkusel on mõõdukas tõusutrend. Märkatav on ka A-viirushepatiiti haigestumise kasv 2022. ja 2023. aastal.

Samuti on märkatavalt kasvanud puukidega levivate haiguste osa, eriti Lyme'i tõvesse ehk puukborrelioosi haigestumine – 2023. aastal registreeriti 4520 puukborrelioosi juhtu ja 208 puukentsefaliidi juhtu. Puukborrelioosi haigestumus 100 000 elaniku kohta oli 2023. aastal suurim Hiiumaal, Saaremaal ja Läänemaal. Puukentsefaliiti haigestumist registreeriti eelmisel aastal kõige enam Saaremaal, Võrumaal ja Pärnumaal. TAI 2023. aastal korraldatud uuringu tulemused näitasid, et puugid linnastuvad koos teiste loomadega (Vikentjeva ja Geller, 2023). Puukide arvu suurenemine toob kaasa ka haigustekitajate levimuse kasvu linnade haljasaladel, mis suurendab inimeste kokkupuudet puukide ning nendega levivate haigustega.

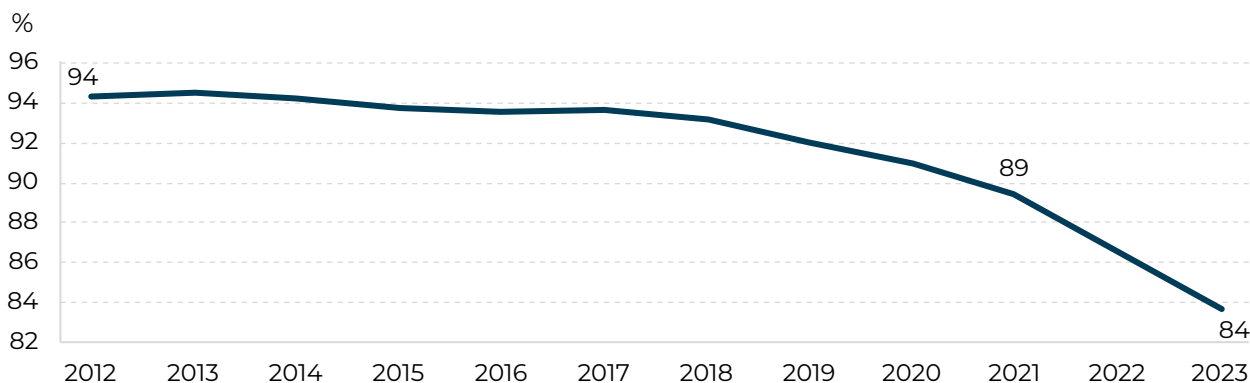


**Joonis 23.** Nakkushaigustesse haigestumine 100 000 elaniku kohta 2013–2023.

Allikas: [terviseamet](https://terviseamet.ee)

Paljude nakkushaiguste vastu saab end kaitsta vaksineerimisega. Paraku on laste hõlmatus vaksineeritusega olnud viimastel aastatel langustrendis (joonis 24). Soovituslik hõlmatus leetrite, mumpsi ja punetiste vastu vaksineerimisel haiguse elimineerimiseks on 95%. 2023. aastal oli hõlmatus nende haiguste vastu vaksineerimisel Eesti kaheaastaste laste seas 84,4% ning soovitusliku hõlmatus saavutasid ainult Hiiu, Jõgeva ja Rapla maakond. Difteeria ja teetanuse vastu vaksineerimise soovituslik hõlmatus haiguse elimineerimiseks on 95% või enam ning läkakõha vastu vaksineerimise soovituslik hõlmatus on 90%. 2023. aastal oli hõlmatus nende haiguste vastu vaksineerimisel kaheaastaste laste seas 83,5% ja soovituslik hõlmatus oli täidetud vaid Jõgeva ja Hiiu maakonnas difteeria ja teetanuse suhtes ning läkakõha suhtes ka Tartu ja Rapla maakonnas.

Enne COVID-19 pandeemiat oli immuniseerimiskava hõlmatus vaktsineeritusega üldiselt stabiilne või väikeses languses, kuid pandeemia saabudes vähenes see oluliselt. Lisaks on muutunud hõlmatus andmete kogumise meetodika, mis võib samuti põhjustada suuremat muutust hõlmatus andmetes. Sealjuures erinevad muutused hõlmatuses olenevalt konkreetsest vaktsiinist. Hõlmatus taastamiseks ja kasvuks on vaja elanikkonda nõustada ning teadlikkust süsteemselt kasvatada.

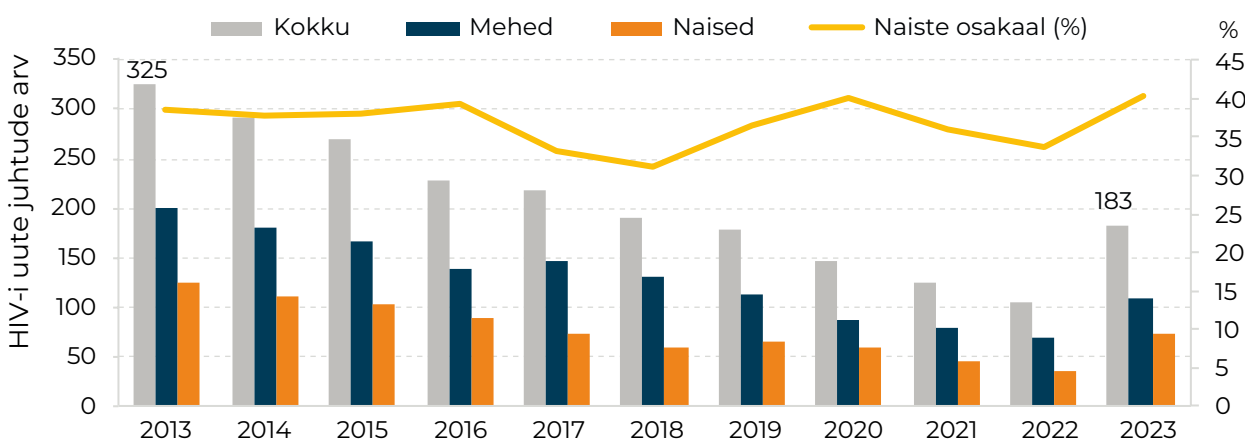


**Joonis 24.** Kaheaastaste laste hõlmatus vaktsineeritusega (difteeria, teetanus, läkaköha, lastehalvatustõbi, leetrid, mumps, punetised) 2012–2023. Allikas: [terviseamet](#)

HIV-i levik on viimasel kümnel aastal küll märgatavalt vähenenud, kuid oli 2023. aastal COVID-19 pandeemia eelsel tasemel (joonis 25). 2023. aastal diagnoositi Eestis 183 uut juhtu, neist 109 meestel ja 74 naistel. Enam kui kümne aastaga on uute HIV-i juhtude arv vähenenud, 2013. aastal oli 325 juhtu, neist 200 meeste ja 125 naiste seas. Naiste osakaal uute juhtude seas on keskmiselt 36% (sõltuvalt aastast vahemikus 31–40%). Muret tekitab asjaolu, et vaid kolmandikul juhtudest oli nakatumistee teada. Aastal 2022. diagnoositi Eestis 250 uut HIV-i juhtu, kuid nendest 146 juhul oli tegu migrantidega, kellest enamik oli juba varem oma HIV-i nakatumisest teadlik ja osa neist saanud HIV-i ravi oma päritoluriigis. Uutest juhtudest 61% avastati Tallinnas ja 21% Ida-Virumaal. (Rüütel jt, 2024)

Teadavaleva levikuteega juhtudest nakatus 6% narkootikumide süstimisel, 19% homoseksuaalsel ning 66% heteroseksuaalsel teel. Registreeriti kolm emalt-lapsele nakkuse levikut. Positiivseks trendiks on HIV-i juhtude vähenemine laste ja noorte seas, alla 20-aastaste hulgas olid vaid üksikud nakatumise juhud (Rüütel jt, 2024).

2022. aastal tehti 5% rohkem HIV-teste kui 2021. aastal. Testide arv ei ole siiski jõudnud COVID-19 pandeemia eelsele tasemele. Vahepealsete aastate testimise vähenemise peamine põhjus võibki olla COVID-19 pandeemia tõttu kehtestatud piirangud, mille ajal vähenes ligipääs plaanilisele ravile, aga ka anonüümsele testimisele. Vaja on paremini suunatud testimist neile, kes on tõenäolisemalt nakatunud (Rüütel jt, 2024).



**Joonis 25.** Uued HIV-i juhud meeste ja naiste seas ning naiste osakaal uute HIV-i juhtude hulgas (%) 2013–2023. Allikas: [terviseamet](#)



## 2. Tervishoiusüsteem ja -teenused

---

Eesti tervishoiusüsteem on tsentraliseeritud ja põhineb kohustuslikul ja solidaarsel ravikindlustusel ehk kõik sotsiaalmaksu maksjad annavad oma osa riigi ravikindlustuse kassasse, mida haldab tervisekassa. Ravikindlustuse seaduse järgi on kindlustuskaitsega kuni 19-aastased, riiklikku pensioni saavad ja töötavad sotsiaalmaksu tasuvad inimesed, lisaks enamik õppureid ning lapseootel naised (ravikindlustuse seadus).

Kindlustatuse staatusest olenemata on kõigile tagatud vältimatu arstiabi. Lastele ja noortele on lisaks muudele tervishoiuteenustele tagatud ka hambaraviteenused. Täiskasvanud ravikindlustatutele on tagatud tervishoiuteenused vajadusel (ambulatoorne, statsionaarne jne ravi), v.a hambaravi (osaliselt hüvitatud).

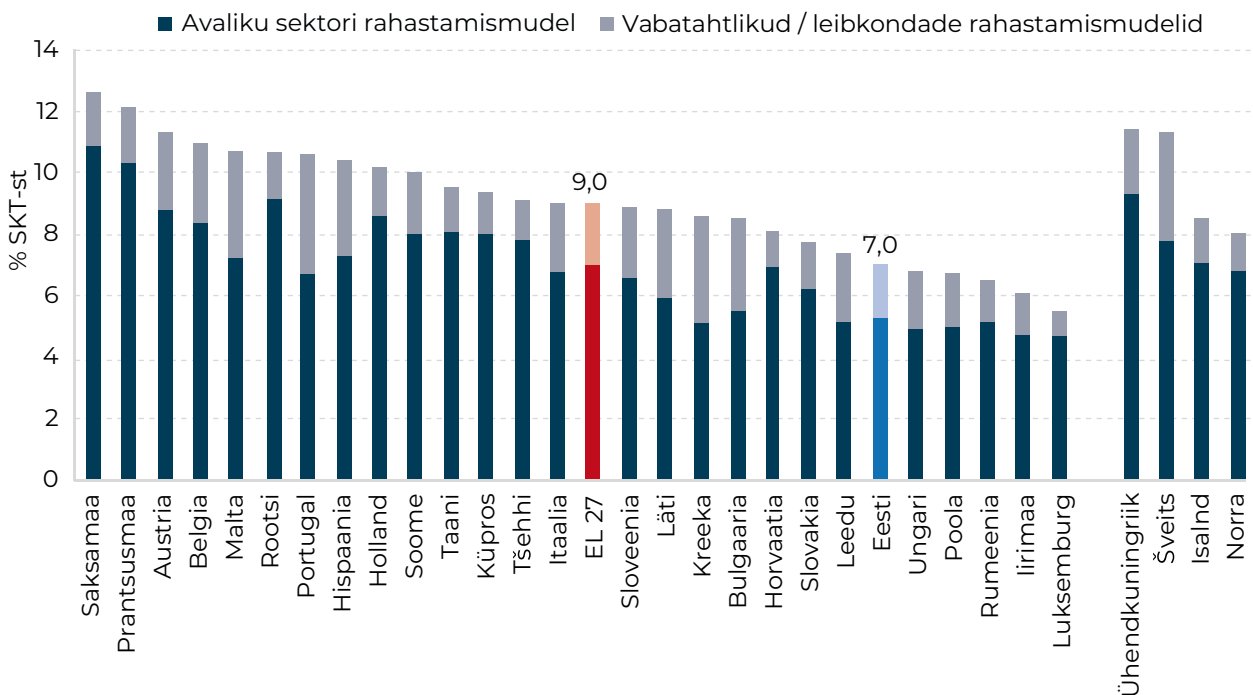
Aastal 2023 oli ravikindlustusega hõlmatud 94% elanikest, meestest 93% ja naistest 96%. Viimase kümne aastaga on ravikindlustatute osatähtsus suurenenud kolme protsendipunkti võrra, peamiselt meeste ravikindlustuskaitsega kaetuse suurenemise tõttu (88 protsendilt 93 protsendini). Naiste hulgas on ravikindlustatute osakaal kogu rahvastikust püsinud stabiilsena vahemikus 94%–96% (TAI, 2024b). Püsiva või osalise ravikindlustuseta on hinnanguliselt 120 000 Eesti inimest. See tähendab neile tervisemurede korral piiratud ligipääsu tervishoiuteenustele, vajaliku abi lükkumist ja suuremaid ravikulusid hiljem.

Kõik suuremad haiglad kuuluvad riigile ja neis osutatakse valdavalt statsionaarset ravi ja suuremat osa ambulatoorsest arstiabist. Enamik perearstiabi- ja hambaraviteenuse osutajaid on eraomandis, samuti osa ambulatoorse eriarstiabi ja pikaajalise hoolduse teenuse osutajad. Tervishoiusüsteemi juhib ja järelevalvet selle üle teeb sotsiaalministeerium.

## 2.1 Tervishoiukulud

Tervishoiukulude arvestus annab ülevaate tervishoiu finantseerimisest ja rahavoogude liikumisest ning võimaldab hinnata erinevate finantseerimisallikate efektiivsust poliitiliste prioriteetide seadmisel ja otsuste langetamisel. Kulude arvestamiseks on kasutatud rahvusvahelist OECD-WHO-Eurostati meetodikat SHA 2011 (OECD / Eurostat / WHO, 2017), mis võimaldab võrrelda Eesti tervishoiukulusid teiste riikide omadega.

Kui palju kulutab riik tervishoiule kõigi teiste majanduses kasutatavate kaupade ja teenustega võrreldes ning kuidas see ajas muutub, oleneb nii tervishoiukulutuste tasemest kui ka majanduse suurusest. EL-i riikides kulutati 2022. aastal tervishoiule hinnanguliselt keskmiselt 9% SKT-st ja Eestis 7% (joonis 26) millest 5,3% moodustas avaliku sektori rahastamismudel ning 1,7% vabatahtlikud ning leibkondade rahastamismudelid.



**Joonis 26.** Tervishoiukulude osatähtsus SKT-st Euroopas 2022.

Allikas: [OECD 2023](#), [TAI](#)

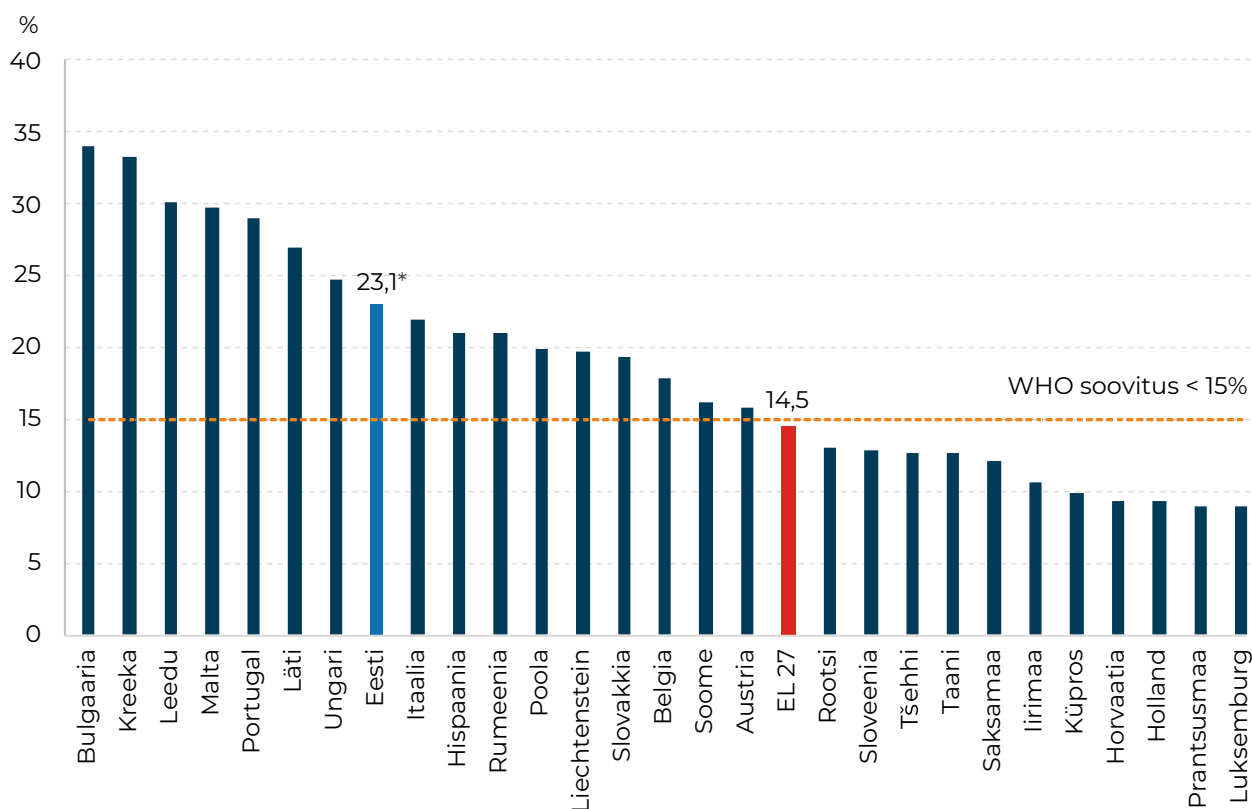
Eestis olid tervishoiukulud 2022. aastal TAI andmetel 2,528 miljonit eurot. Tervishoiukulude osatähtsus SKT-st oli 7%, mis võrreldes COVID-19 pandeemia eelnenud ajaga (2019) on 0,4 protsendipunkti kasvanud. Kui tervishoiukulude kiire kasv 2020. ja 2021. aastal oli tingitud COVID-19 viiruse leviku tõttu lisandunud kulutustest, siis 2022. aastal hakkas pandeemiaeelne olukord taastuma. Sellega seoses vähenes erinevate lisakulude hüvitamise vajadus tervishoiuteenuste osutajatele, samas suurenes inflatsioonisurve töötajate palkadele ning kallinesid energiahinnad.



**Joonis 27.** Tervishoiukulude osatähtsus SKT-st Eestis 2012–2022. Allikas: [TAI](#)

Aastal 2022 oli tervishoiu kulu ühe inimese kohta 1910 eurot, sh inimeste omaosalus 442 eurot. Sotsiaalministeeriumi ja tervisekassa 2022. aastal valminud analüüsist selgus, et pensioniealistel kulub tervishoiuteenustele aastas keskmiselt umbes 850 eurot ehk ligi kahe kuu pensioniraha. Suurima osa omaosalusest moodustavad kulutused ravimitele ja hambaravile. Kõige rohkem suurenesid inimeste kulutused hambaravile (30 miljonit eurot), meditsiinitoodetele (22 miljonit eurot) ja pikaajalisele õendus-hooldusabile (14 miljonit eurot).

Tervishoiukulude omaosalus mõjutab märgatavalt tervishoiuteenuste kättesaadavust ja suurendab vaesusesse sattumise riski. Kõigil inimestel peab olema tagatud võrdne ligipääs abile, sõltumata nende sissetulekust ja sotsiaalsest staatusest. WHO hinnangul on Eesti tervisesüsteemi üks peamisi probleeme just sotsiaalmajanduslike rühmade ebavõrdsus. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 üks alameesmärkidest on inimkeskne tervishoid ning selle eesmärgi saavutamiseks tuleb tagada Eesti elanikkonna üldine tervisekindlustus (sotsiaalministeerium, 2021). Rahvusvahelises võrdluses paistab Eesti silma pigem suure omaosaluskoormusega. Enamiku Euroopa riikide ja Euroopa Liidu keskmisega võrreldes on omaosalus Eestis suurem, samuti tundub suurem WHO soovitatust, milleks on 15% tervishoiukuludest (joonis 28). Kuna 2022. aastal suurenesid 11% leibkondade tervishoiukulud, kasvas leibkondade omaosalus tervishoiukuludes 23 protsendini (2021. a oli see 22,5%).



\* Eesti andmed 2022. aasta kohta

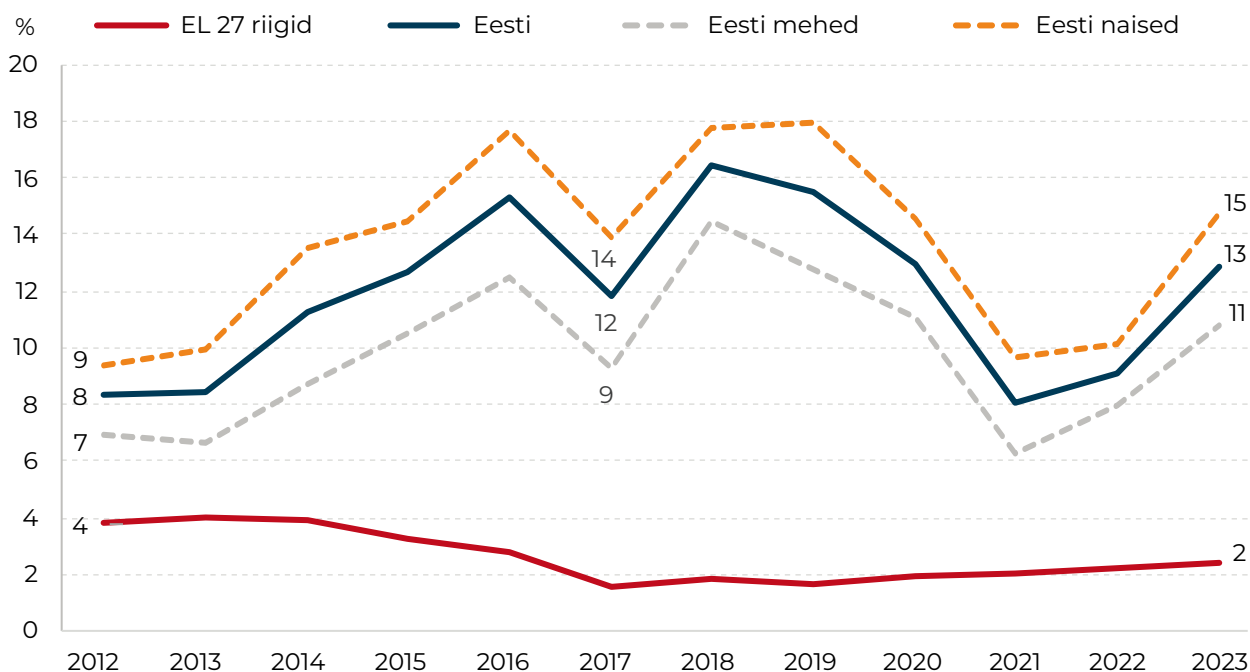
**Joonis 28.** Omaosalus tervishoiukuludes Euroopa riikides 2021. Allikas: Eurostat

Elanikkonna vananedes ja tervisetulemi edasiseks parandamiseks tuleks seada riikliku ravikindlustussüsteemi rahastamine jätkusuutlikule alusele. Ravikindlustust tuleks laiendada kõigile püsielanikele ja vähendada madalama sissetulekuga leibkondade kulutusi. Stiimuleid tuleks kohandada selliselt, et prioriteet oleks ennetus, tagades samal ajal piisava juurdepääsu teenustele kogu riigis.

## 2.2 Tervishoiuteenuste kättesaadavus

Küsitlusuuringute järgi on jäänud osa tervishoiuteenuseid eestlastele kättesaamatuks peamiselt pikkade ravijärjekordade pärast. Inimeste hinnangul on perearsti või eriarsti abi, sealhulgas hambaarsti abi jäänud kättesaamatuks kõrge hinna, pika ravijärjekorra või kaugel vahemaa tõttu. Näiteks hambaravis sõltub ravi kättesaadavus suurel määral inimeste sissetulekust.

Eestis on hinnanguliselt suurim katmata ravivajadus Euroopas (OECD / EOHSP, 2024). Enesehinnanguliselt oli katmata ravivajadus 2022. aastal 9% ja 2023. aastal lausa 13% rahvastikust, kusjuures EL-is hõlmab katmata ravivajadus keskmiselt 2–3% elanikkonnast (joonis 29). Elanikele, kellele jäävad vajalikud tervishoiuteenused eri põhjustel kättesaamatuks, on teiste elanikega võrreldes ebavõrdsemas olukorras, sest nende tervis on pöduram ja iseseisev toimetulek kehvem.



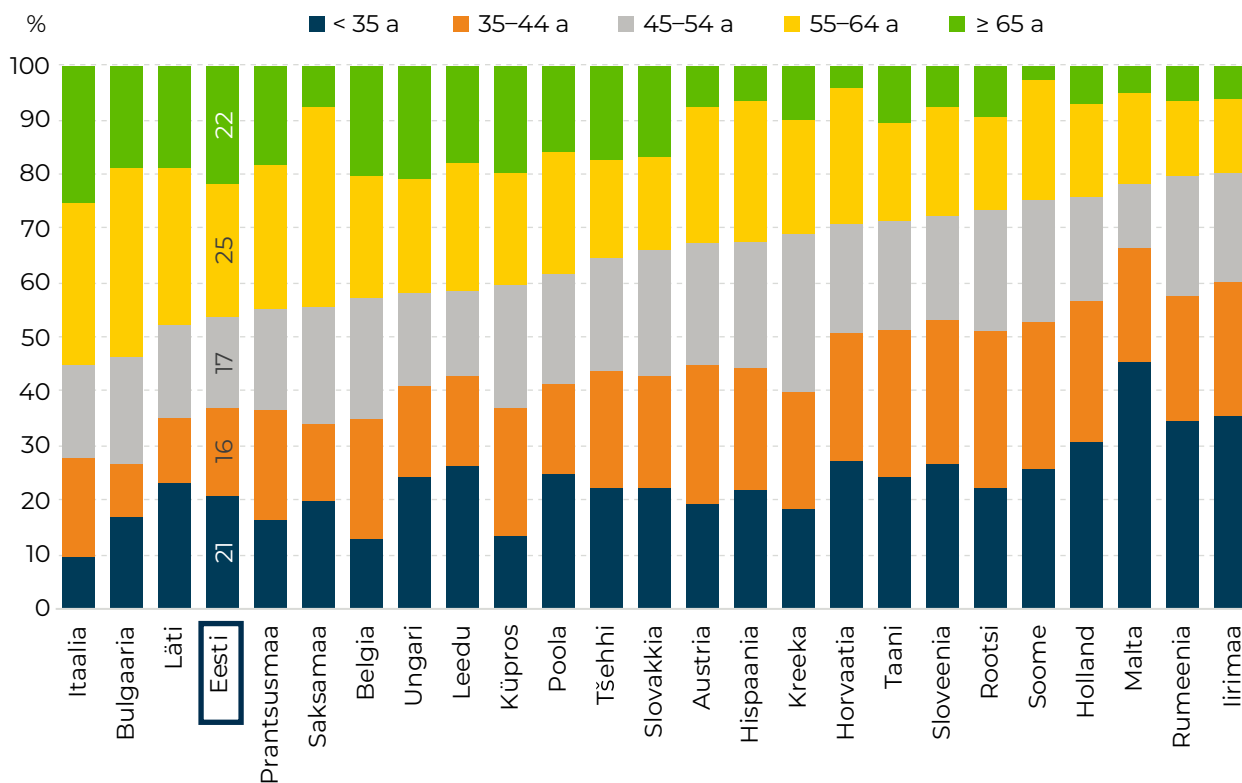
**Joonis 29.** Katmata ravivajadus Eestis ja EL-is 2012–2022. Allikas: Eurostat

Tervishoiusüsteemi üks suurimaid kitsaskohti on vaieldamatult tervishoiutöötajate puudus ja see aina süveneb. See on kaasa toonud pikad ooteajad ja halvendanud juurdepääsu tervishoiuteenustele. Riigikontrolli 2022. aasta aruande „Eesti tervishoiu suundumused“ hinnangul on tervishoiutöötajate süvenev puudus suurem probleem kui rahapuudus tervishoius (riigikontroll, 2022).

Aastal 2021 oli Eestis EL-i keskmisest vähem nii arste (3,4 arsti 1000 inimese kohta) kui ka õdesid (6,5 õde 1000 inimese kohta) (OECD, 2023b). Arstide puhul on suur mure tööjõu vananemine, mis on üks suuremaid EL-is. Kui Euroopa riikides on vähemalt 65-aastaseid tervishoiutöötajad keskmiselt 13% kõikidest tervishoiutöötajatest, siis Eestis on neid 22% (joonis 30). Sealjuures on äärmiselt suur töötajate nappus peremeditsiinis, seda eelkõige väljaspool suuremaid linnu (Tallinn ja Tartu). Kui 2013. aastal oli vähemalt 55-aastaseid perearste 49%, siis aastal 2022 oli perearstide osakaal selles vanuserühmas kasvanud 59 protsendini. Hambaarste on aga Eestis rohkem kui EL-is keskmiselt. Kogu süsteemis valitseb

juba mitmeid aastaid suur nappus nii õdedest kui ka hooldustöötajatest, samuti on suur puudus toetavatest tervishoiuspetsialistidest (psühholoogid, logopeedid, füsioterapeudid).

Töötajate puudust püütakse üldjuhul leevendada ületunnitööga, mille tulemusel on töötajad väsinumad, sest puudub korralik puhkeaeg. See omakorda alandab ravikvaliteeti ning suurendab patsiendiohutuse riski.



**Joonis 30.** Tervishoiutöötajate vanus Eestis ja Euroopas 2021. Allikas: Eurostat

## 2.3 Ennetus tervishoiusüsteemis

Tervishoiuteenused aitavad lisaks ravile haigusi ennetada ja võimalikult vara avastada. See aitab pikendada tervena elatud aastaid ja vähendada haigestumist ning vältida enneaegset suremust. Tervisemurede ennetamine ja võimalikult varajane avastamine on ka odavam kui kaugele arenenud haiguste ravi.

Tervist hoidva eluviisi toetamisel ning haiguste ennetamisel tervishoiusüsteemis on võtmetähtsus esmatasandi tervishoiuteenustel ehk pereõel ja perearstil. Tervisedendusele ja haiguste ennetamisele, kaasa arvatud mittenakkushaiguste ravile esmatasandil, ei ole pööratud piisavalt tähelepanu ja see võib suurendada ebavõrdsust. (Kasekamp jt, 2023).

Enneaegsete surmade arvu vähendamiseks tuleb haigus varakult avastada, et saaks alustada kiiret ja tõhusat ravi. Seetõttu on väga tähtis hästi toimiv ja tõhus esmatasandi tervishoiusüsteem ehk inimese esimene kontakt tervishoiuga. Kuna eestlastele valmistavad suurt muret erinevad südame-veresoonkonna haigused nagu isheemiatõbi, hüpertensioon ja insult, vajavad neid põhjustavad riskitegurid paremat jälgimist esmatasandil. Südame-veresoonkonna haiguste riskitegurid on ebatervislik toitumine ja ebapiisav füüsiline aktiivsus, rasvumine, kõrge kolesteroolitase, diabeet. Hetkel on jälgimine aga ebapiisav, kuna perearsti külastavatel patsientidel kontrollitakse vaid vererõhku ja kolesterooli. Patsiente kutsutakse spetsiaalselt sõeluuringus osalema, samas jäävad paljud testimata. Kuigi tervisekassa pakub perearstidele rahalisi stiimuleid krooniliste haiguste raviks, moodustavad sellised hüvitised perearstide sissetulekust vaid umbes 3%, samas kui OECD riikides jäävad sellised hüvitised tavaliselt 5% ja 15% vahele. Pealegi on suurem osa ergutusmaksetest Eestis kaldu kõrgvererõhutõve poole. Teistele kroonilistele haigustele, nagu näiteks diabeet, tuleks samuti enam tähelepanu pöörata ning ka nende sõeluuringuid ja ravi vastavalt stimuleerida. Laiendada oleks vaja üldist terviseseisundi monitooringut. Kuigi üldine tervisekontroll on tasuta, ei tehta seda tihti piisavalt vara ning paljude riskitegurite õigeaegne tuvastamine hilineb (OECD, 2024).

Aastal 2019 kulutas Eesti ennetavale tervishoiule 0,2% SKT-st, mis on üldjoontes kooskõlas OECD keskmisega. Kuna Eestis on aga Euroopa ühed kõrgemad välditava suremuse näitajad, võib ennetuskulude sihipärane suurendamine parandada tervisetulemusi ja suurendada tervishoiu üldist võimekust. Parema tervise muudab elanikkonna ka kriisiolukorras säilienõtkemaks, nagu näitas hiljutine pandeemia ajal saadud kogemus, kui ohus olid just halvema tervisega inimesed (OECD, 2023a).

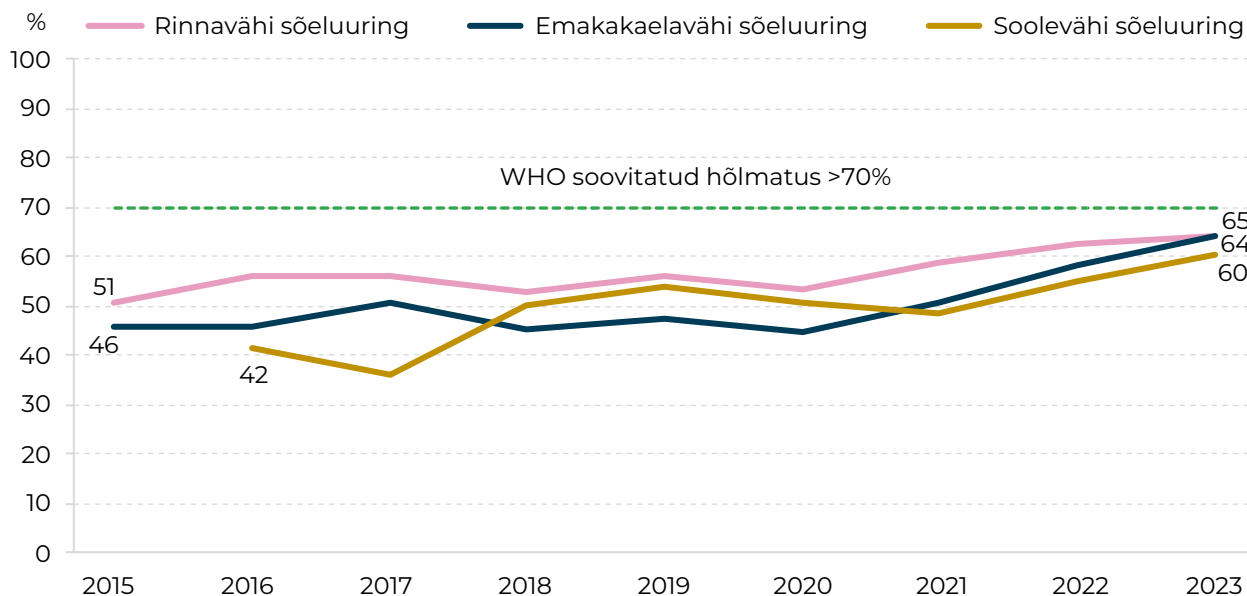
### 2.3.1 Vähi sõeluuringud

Ennetavate sõeluuringute eesmärk on teha kindlaks vähieelsed muutused, mille varajane avastamine ja ravi aitavad ära hoida vähi tekke. Nende peamine mõju avaldub vähahaigestumuse vähenemises. Sellesse rühma kuuluvad emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring. Varase avastamise sõeluuringute eesmärk on diagnoosida juba tekkinud pahaloomuline kasvaja võimalikult varases staadiumis, et saavutada tõhusa ja vähem kõrvaltoimeid põhjustava raviga paremad ravitulemused. Sõeluuringu mõju mõõdetakse peamiselt vähisuremuse vähenemise abil. Seda eesmärki täidab rinnavähi ja osaliselt ka soolevähi sõeluuring.

Suurim kitsaskoht sõeluuringute korraldamises on olnud uuringule kutsutud meeste ja naiste vähenemine osalemisele. Et sõeluuringud oleks kulutõhusad ja täidaksid oma eesmärki rahvastiku vähahaigestumuse ja -suremuse vähendamisel, peaks vähemalt 70% sõeluuringule kutsututest uuringul osalema. Eestis on kõigi sõeluuringute osalusmäär püsinud pikka aega alla soovitusliku taseme. 2023. aastal osales vähi sõeluuringutel rohkem inimesi kui varasematel aastatel: rinnavähi sõeluuringul osales 65% kutsutud naistest, emakakaelavähi sõeluuringul 64% kutsutud naistest ning soolevähi sõeluuringul



60% uuringule kutsutud meestest ja naistest (joonis 31). Maakonniti oli rinnavähi sõeluuringu osalus kõrgeim Saare (74%), Jõgeva (73%), Järva (71%) ja Põlva maakonnas (71%). Emakakaelavähi sõeluuringus osales üle 70% kutsutud naistest Saare maakonnas (71%). Soolevähi sõeluuringus ületas naiste osalusmäär 70% piiri üheksas maakonnas, meeste seas jäi osalus sellest tasemest madalamaks kõigis maakondades.



**Joonis 31.** Vähi sõeluuringute osalusmäär 2015–2023. Allikas: [vähi sõeluuringute register](#) (TAI)

Eestis toimub kolm riiklikku vähi sõeluuringuprogrammi: rinnavähi sõeluuring alates 2004. aastast, emakakaelavähi sõeluuring alates 2006. aastast ja soolevähi sõeluuring alates 2016. aastast. Alates 2015. aastast kogub ja analüüsib sõeluuringute andmeid TAI juures tegutsev vähi sõeluuringute register. Rinnavähi sõeluuringule kutsutakse 2024. aastal 50–70- ja 74-aastaseid naisi iga kahe aasta tagant, emakakaelavähi sõeluuringule 30–65-aastaseid naisi iga viie aasta tagant ning soolevähi sõeluuringule 60–68-aastaseid mehi ja naisi iga kahe aasta tagant.

**Vähk Eestis:**  
[haigestumus](#)  
 2021, [elulemus](#)  
 2017–2021 ja  
[sõeluuringul](#)  
[avastatud](#)  
[vähijuhud.](#)

**SKÄNNI  
 MIND**



# HPV kodutest emakakaelavähi sõeluuringus 2023

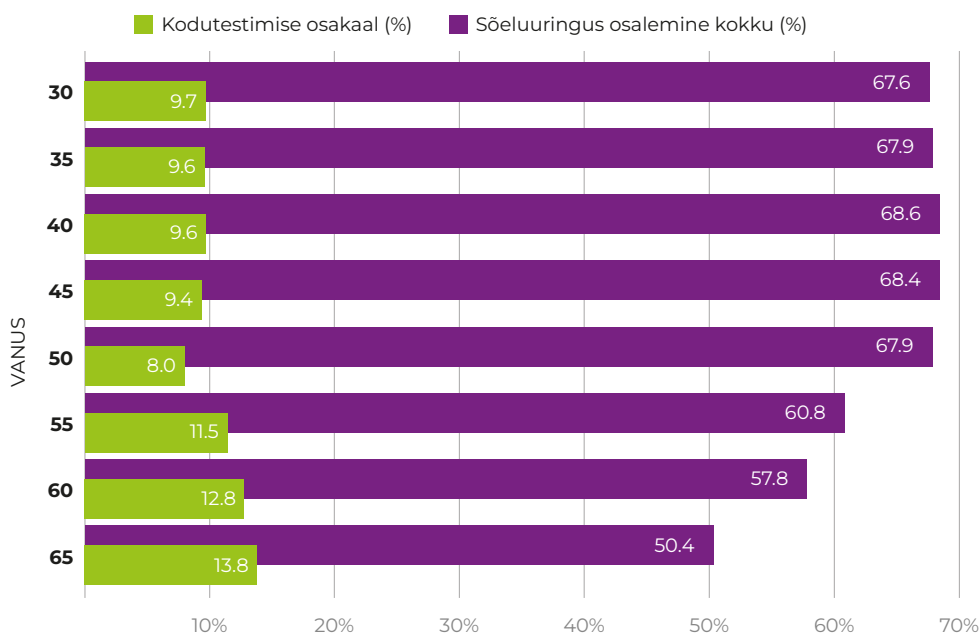
- ▶ Kodutestimine on aidanud märkimisväärselt suurendada emakakaelavähi sõeluuringu osalust. Tuleb tagada HPV kodutesti kättesaadavus sõeluuringu sihtrühmale kogu sõeluuringu aasta vältel.
- ▶ Apteekides kodutestide pakkumine on parandanud sõeluuringu kättesaadavust. Koduteste võiksid naised saada apteekidest üle kogu Eesti.

## Kellele ja kuidas kodutesti pakkusime?

- ▶ Emakakaelavähi sõeluuringu sihtrühma naised, kes 2023. aasta augustiks ei olnud uuringut teinud, said võimaluse valida, kas osaleda sõeluuringul tavapärasel viisil tervishoiuasutuses või tehes HPV kodutesti.
- ▶ Kodutesti said soovijad tellida veebikeskkonnast.
- ▶ Lisaks pakkusid koduteste 89 apteeki Viljandi, Võru, Valga, Põlva ja Ida-Viru maakonnas.
- ▶ Naisi kutsuti sõeluuringule SMS-i, e-kirja või tavaposti teel.
- ▶ HPV kodutesti tulemusest teavitati kõiki naisi personaalselt. Kõrge riski HPV nakkuse korral anti naistele juhised lisauuringu tegemiseks.

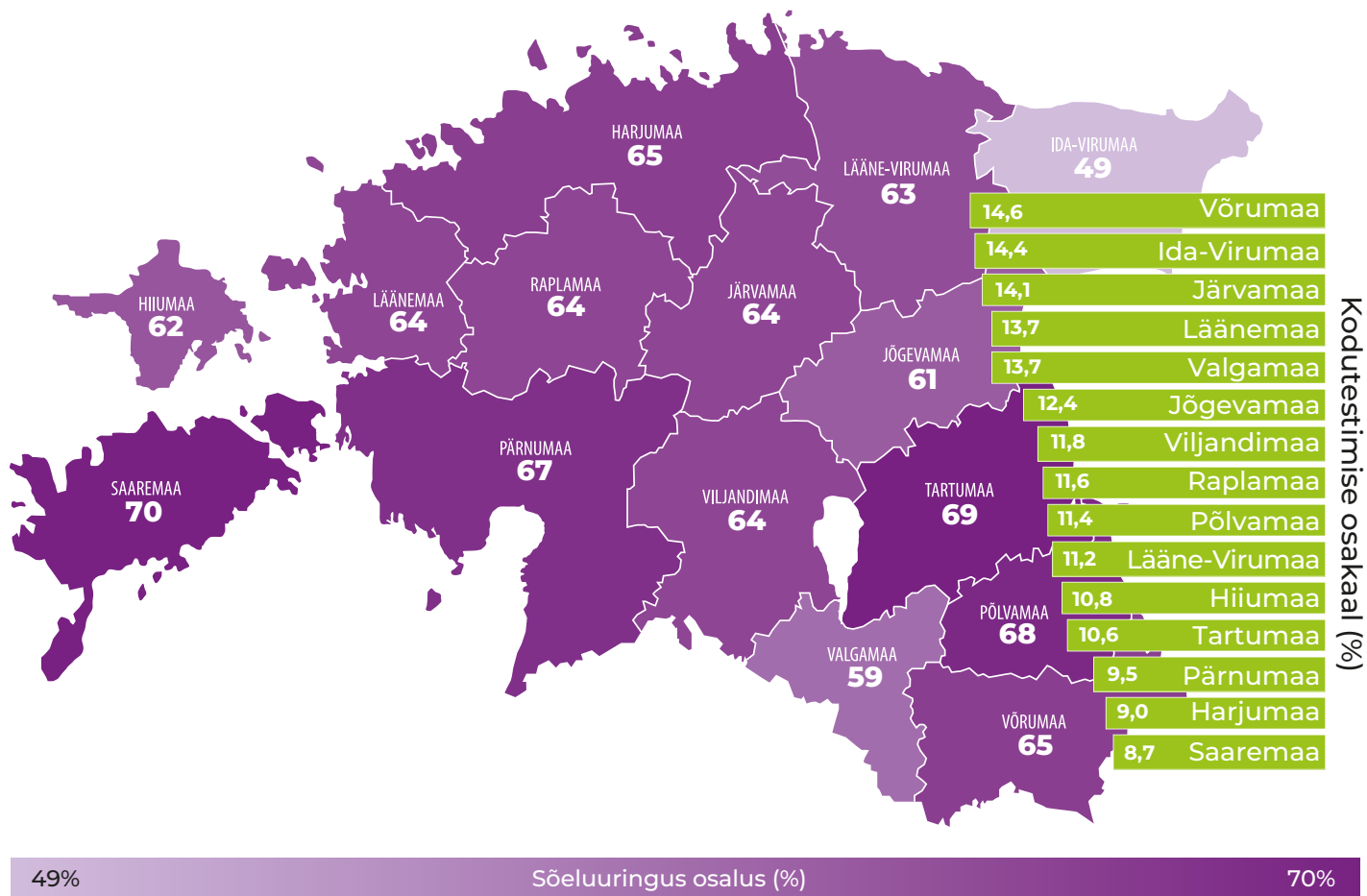
## Mida saime teada?

- ▶ 2023. aastal kasvas emakakaelavähi sõeluuringu osalusmäär 2022. aastaga võrreldes 5,8%, jõudes 64 protsendini, mis on läbi aegade kõrgeim.
- ▶ Kodutesti valis 4903 naist (enam kui 10% sõeluuringul osalenutest), neist 4566 tellis kodutesti veebist ja 337 sai selle apteegist.
- ▶ Kodutesti tegijate osakaal oli suurim 60- ja 65-aastaste naiste hulgas, samal ajal üldine sõeluuringul osalus oli nendes vanuserühmades madalaim (vt joonis 1).



**Joonis 1.** Emakakaelavähi sõeluuringu üldine osalusmäär ja HPV kodutesti teinute osakaal kõigi osalenute hulgas vanuse järgi

- ▶ Maakondades oli sõeluuringul osalenute hulgas kodutesti valinud naised enam Võru, Ida-Viru ja Järva maakonnas (vt joonis 2).
- ▶ Apteekidest saadud kodutestidest ligi 70% väljastasid Ida-Virumaa apteegid, kus seda tehti juba teist aastat järjest.
- ▶ Apteegist said kodutestikomplekti 43% Ida-Virumaal, 27% Põlvamaal ja 25% Võrumaal kodutesti valinud naistest.



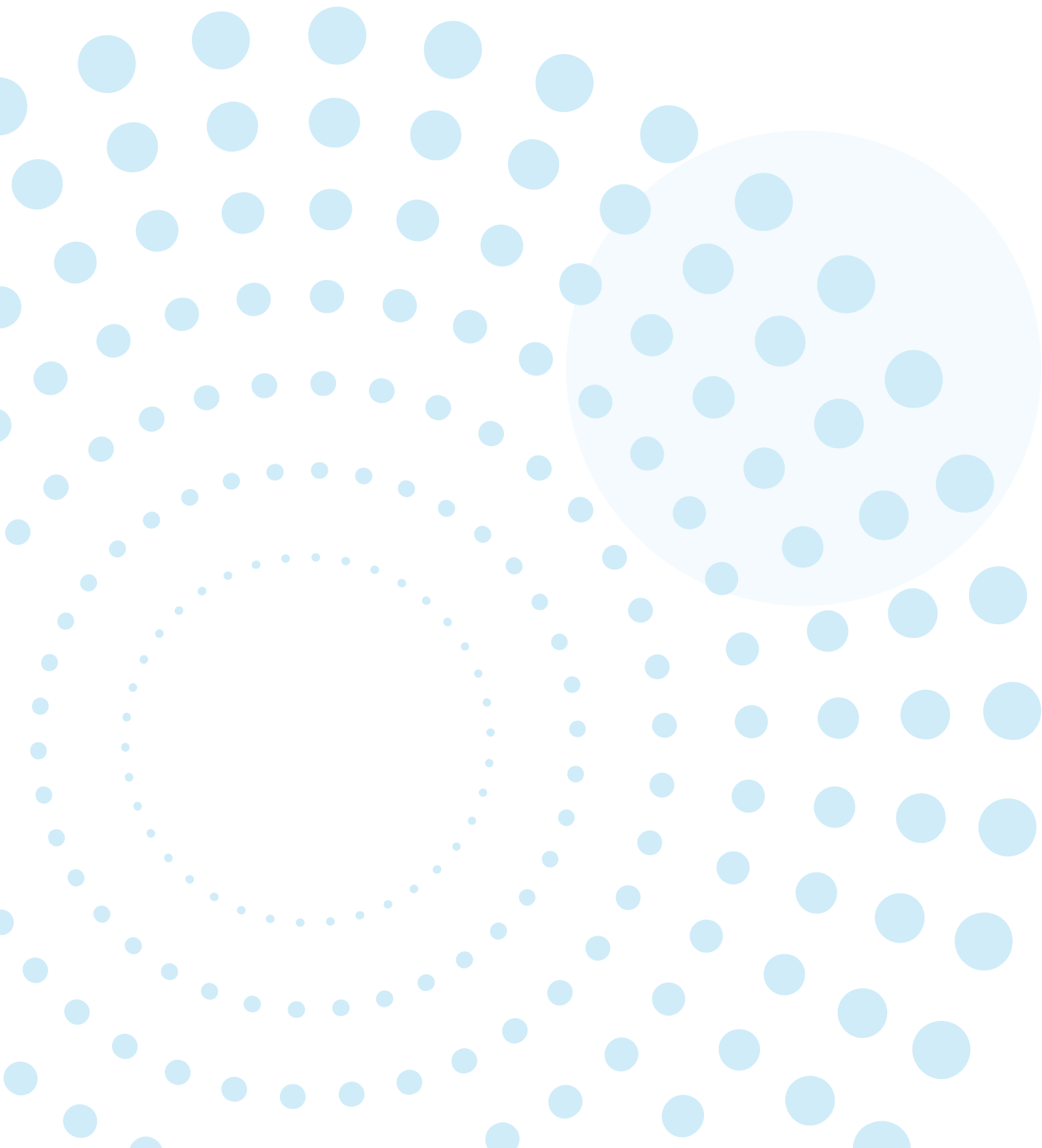
**Joonis 2.** Emakakaelavähi sõeluuringu üldine osalusmäär ja HPV kodutesti teinute osakaal kõigi osalenute hulgas maakonniti

## Miks on kodutesti vaja?

HPV kodutest on usaldusväärne sõeluuringu tegemise viis, mis on aidanud olulisel määral suurendada osalust. Tervise Arengu Instituudi alates 2020. aastast tehtud uuringud on näidanud, et HPV kodutestimine on paljudele naistele sobiv alternatiiv emakakaelavähi sõeluuringuks ja valdav osa kord kodutesti teinutest soovib seda võimalust kasutada ka edaspidi.

# 3. Uimastite tarvitamine

---



Uimastid on erinevad ained, mis mõjutavad inimese enesetunnet, käitumist ja ümbritseva maailma tajumist. Uimastite tarvitamise põhjused on erinevad, varieerudes meelelahutuslikust tarvitamisest kuni väljakujunenud tarvitamise häireni. Uimastitarvitamise üks olulisi mõjureid on nende kättesaadavus. Osa uimastite, nagu alkoholi ja nikotiinitorude tarvitamine on täiskasvanutele seaduslik. Kahjuks näitavad uuringud, et ka alaealistele on need uimastid liiga kergesti kättesaadavad. Illegaalsed uimastid ehk narkootikumid on kõigile ebaseaduslikud ja seotud eelkõige kuritegevuse ning salaturuga.

Ühiskonnas on enam levinud alkoholi ja tubakatoodete tarvitamine, kuid ligi kolmandikul noortest ja täiskasvanutest on kokkupuude ka narkootikumide tarvitamisega. See on märkimisväärne osakaal, sest tegemist on illegaalsete ainetega, mille koostis, tugevus ja toime ei ole kunagi teada. Ohtlikuks teeb narkootikumide tarvitamise ka tendents, et neid tarvitatakse sageli koos teiste uimastitega. Kuigi levinud on arusaam, et noored on vahetanud alkoholi tarvitamise narkootikumide vastu, näitavad uuringud mõlema riskikäitumise koosinemist (Oja jt, 2023; Lõhmus jt, 2023).

Uimastite tarvitamine on seega suur oht rahvastiku tervisele ning toob kaasa tervisekahju mitte ainult tarvitajale endale, vaid teda ümbritsevatele inimestele ja ühiskonnale laiemalt. Uimastitarvitamine on otseselt seotud tervishoiu-, sotsiaal- ja siseturvalisuse valdkonnaga, mõjutades seeläbi riigi sotsiaalmajanduslikku arengut.

**Kuna uimastite tarvitamine on seotud mitmete väga oluliste näitajatega, on ühiskonna toimimise eesmärgil vajalik regulaarselt seirata uimastitarvitamise trende. Objektiivse pildi saamiseks on vajalik läbi viia erinevaid nii rahvastiku- kui ka sihtrühmapõhiseid tarvitamise levimuse uuringuid. Eriti keeruline on seirata illegaalsete uimastite tarvitamist, kus lisaks traditsioonilistele levimusuuringutele on kasutusel ka innovatiivsed ja kaudsemad uuringumeetodid nagu reovee ja kasutatud süstalde uuringud narkootikumide jääkide suhtes.**

**Eesti kahjude vähendamise teenustes kogutavate süstalde uuring 2023.**  
[Lühikokkuvõte](#)

**SKÄNNI MIND**



**Tallinna ja Tartu reovee 2023. aasta uuring uimastite jääkide suhtes.**

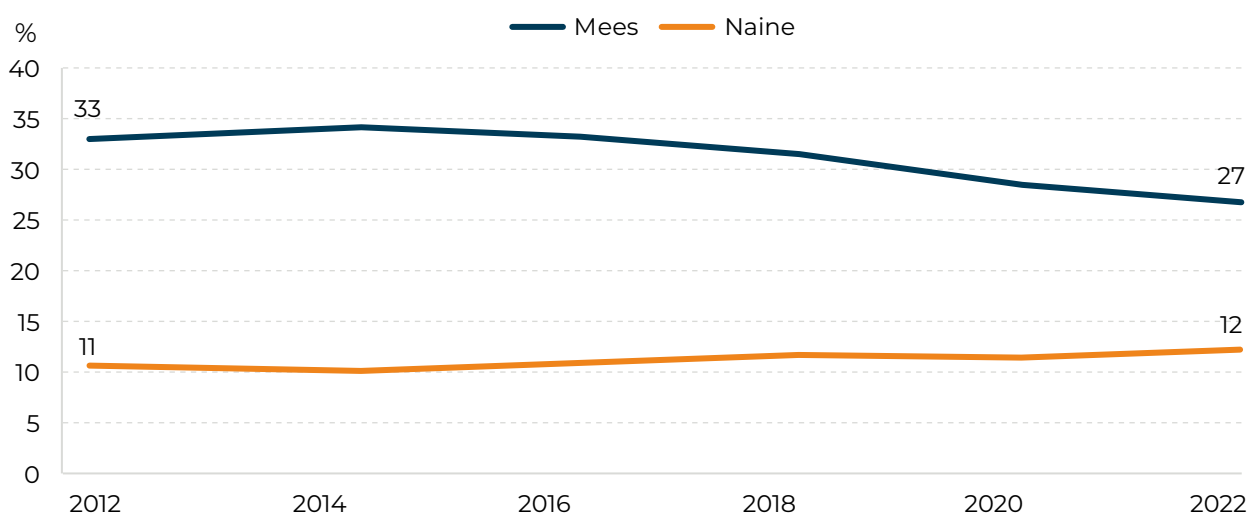
**SKÄNNI MIND**



# 3.1 Alkoholi tarvitamine

WHO regioonidest on Euroopa regioonis kõige suurem alkoholitarbijate osakaal ja suurim alkoholitarbimine. Eestis on alkoholitarbimine Euroopa keskmisest tasemest kõrgem (WHO, 2022b). Alkoholi poliitika rohelise raamatu rakendamise perioodil aastatel 2013–2019 saavutatud alkoholi kogutarbimise keskmine näitaja oli 10,63 liitrit absoluutalkoholi iga täiskasvanud (15+) elaniku kohta (WHO, 2024a). Kogutarbimine hakkas taas kasvama COVID-19 ajal ja pärast aktsiisimäärade langetamist 2019. aastal, tõustes 2022. aastaks 11,2 liitrini ühe täiskasvanud (15+) elaniku kohta. Viimaste avaldatud andmete järgi oli 2023. aastal alkoholi kogutarbimine 10,9 liitrit absoluutalkoholi elaniku kohta<sup>2</sup> (Eesti konjunkturiinstituut, 2024). Võrreldes 2022. aastaga vähenes alkoholi kogutarbimine 2,7%, mille põhjuseks võib lugeda üldisest majanduslangusest tingitud ostujõu vähenemist ja tarbimiskäitumise muutumist, sh alkoholi tarvitamise vähendamist.

Kuigi teaduslikult on tõestatud, et tervisele ohutut alkoholikogust ei ole olemas ning riskid suurenevad juba esimesest tarbitud alkohoolsest joogist, on teatavad koguselised piirid, millest rohkem juues hakkavad terviseriskid suurenema hüppeliselt. Kokkuleppeline madala riski piir on nädalas seitse ühikut naistele ning 14 ühikut meestele. Viimase 10 aastaga on TKU andmetel alkoholi mittetarvitavate täiskasvanute osakaal oluliselt suurenenud (2012. aastal mittetarvitajaid 9%, 2022. aastal 16%) ning vähem on ka alkoholi madala riski piires tarvitajaid<sup>3</sup> (69,7% 2012. aastal ja 63,9% 2022. aastal). Alkoholi liigtarvitajaid<sup>4</sup> on aga endiselt ligi viiendik Eesti 16–64-aastastest täiskasvanutest. Sugude lõikes on alates 2014. aastast alkoholi liigtarvitavate meeste osakaal siiski langenud, kuid naiste hulgas on liigtarvitamine pigem tõusutrendis (joonis 32).



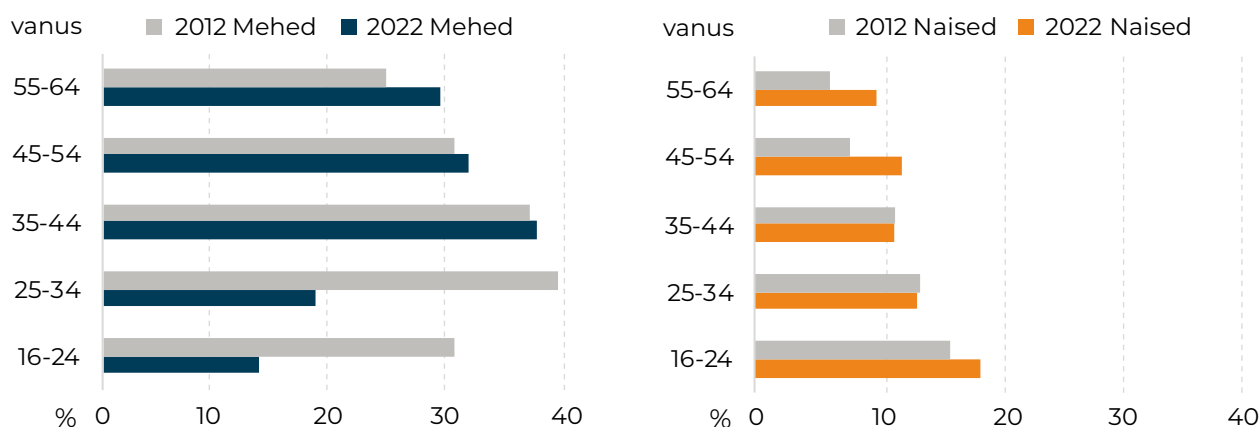
**Joonis 32.** Alkoholi liigtarvitajad soo järgi 2012–2022. Allikas: TKU (TAI)

<sup>2</sup> Absoluutalkoholi üle 15-aastase rahvastiku kohta.

<sup>3</sup> Madala riski piires tarvitajad – inimesed, kes on viimase 12 kuu jooksul alkoholi tarvinud, kuid viimase 7 päeva jooksul tarvitatud alkoholikogused jäävad alla soopõhise madala riski piiri ning tarvitavad korraga üle 6 ühiku alkoholi mõned korrad kuus või harvemini.

<sup>4</sup> Liigtarvitajad – inimesed, kes on viimase 7 päeva jooksul tarvinud alkoholi üle soopõhise madala riski piiri ja / või tarvitavad korraga üle 6 ühiku alkoholi korra nädalas või sagedamini.

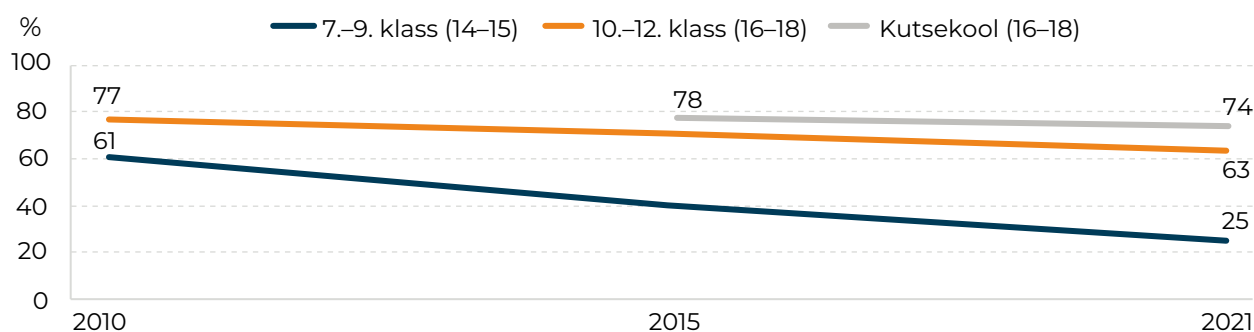
Meeste hulgas on alkoholi liigtarvitajate osakaal 2012. ja 2022. aasta võrdluses vähenenud kõigis vanuserühmades, kuid suurim on muutus just nooremates vanuserühmades: nii 16–24- kui ka 25–34-aastaste meeste seas on alkoholi liigtarvitajaid praegu ligi poole vähem kui kümnend tagasi (joonis 33). Naiste hulgas tõusis aga alkoholi liigtarvitajate osakaal võrreldes 2012. aastaga nii 16–24- kui ka 45-aastaste ja vanemate naiste hulgas. Naiste puhul selgitab seda osalt märgatavalt sagenenud regulaarne veini tarvitamine – vähemalt mõnel korral nädalas tarvitab veini 2012. aastal 5% naistest, 2022. aastal aga 11,3% naistest.



**Joonis 33.** Alkoholi liigtarvitajate osakaal soo ja vanuse järgi 2012, 2022. Allikas: TKU (TAI)

Noorte alkoholitarvitamises on märgatav positiivne trend: alates 2010. aastast on vähenenud nii elu jooksul alkoholi proovinud kui ka end purju joonud noorte osakaal, suurim muutus on aset leidnud 7.–9. klassi õpilaste ehk 14–15-aastaste hulgas. TAI 2021. aastal läbiviidud uuringu „Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine“ (NU) andmetel on 14–18-aastastest noortest elu jooksul alkoholi proovinud 72% ning vähemalt korra on ennast purju joonud 43%. Alkoholi tarvitanud noored proovisid alkoholi esimest korda keskmiselt 12-aastaselt ning jõid purju keskmiselt 14-aastaselt. Viimase nelja nädala jooksul oli seda teinud vastavalt 37% ja 24%. Võrreldes noormeestega on neidude hulgas rohkem neid, kes on elu jooksul alkoholi proovinud ja ennast purju joonud: alkoholi proovinud elu jooksul vastavalt 69% ja 75%, purju joonud vastavalt 42% ja 45%. (Lõhmus jt, 2023).

16–18-aastaste seas on kutseõppurite hulgas võrreldes gümnaasiumiõpilastega rohkem neid, kes on elu jooksul alkoholi proovinud. Suurim erinevus gümnaasiumi- ja kutsekooliõpilaste vahel tuleb esile purju joomisel: kutsekooliõpilaste hulgas on kümnendiku võrra rohkem elu jooksul purju joonud noori (joonis 34). Sarnased suundumused tulevad esile ka viimase nelja nädala alkoholi tarvitamises: tarvitamine ja purju joomine on langustrendis ning 16–18-aastaste hulgas on gümnaasiumiõpilastega võrreldes kutsekooliõpilaste näitajad kõrgemad (purju on joonud sel perioodil vastavalt 37% ja 46%, sh üks kord nädalas või sagedamini tegi seda vastavalt 13% ja 22%).

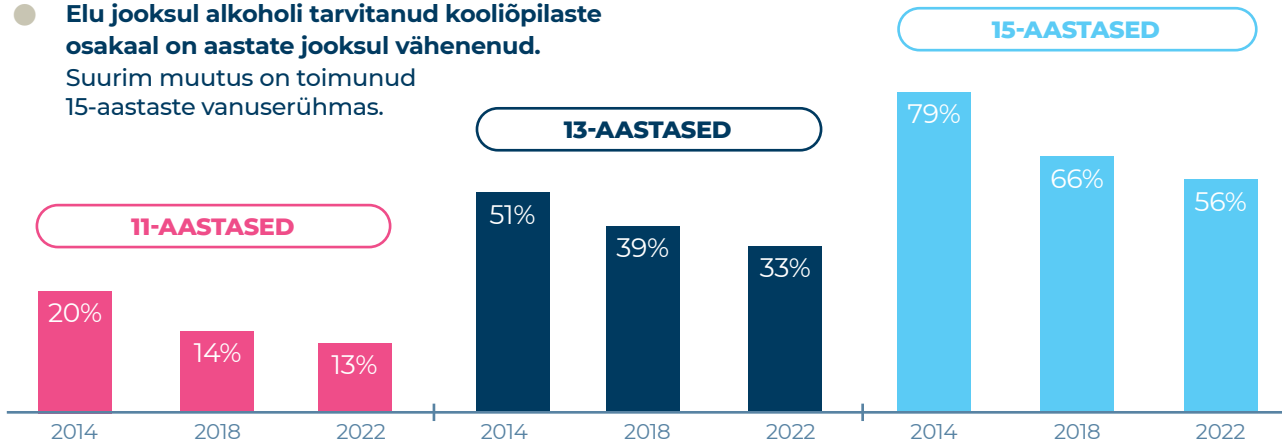


**Joonis 34.** Noored, kes on elu jooksul alkoholist purju joonud, uuringurühmade kaupa, 2010–2021. Allikas: NU (TAI)



- **Elu jooksul alkoholi tarvitanud kooliõpilaste osakaal on aastate jooksul vähenenud.**

Suurim muutus on toimunud 15-aastaste vanuserühmas.

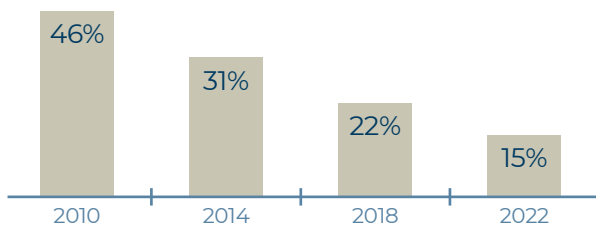


Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2014–2022. TAI.

- **Noored alustavad alkoholi proovimist varakult.** Alkoholi tarvitanud 14–18-aastased noored proovisid alkoholi esimest korda keskmiselt 12-aastaselt ning jõid end purju keskmiselt 14-aastaselt.

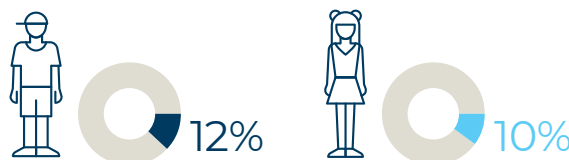
Eesti noorte seksuaalervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. a uuringu aruanne. TAI; 2023.

- **Aasta-aastalt väheneb ka viimase 30 päeva jooksul alkoholi tarvitanud 11–15-aastaste noorte osakaal.**



Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2010–2022. TAI.

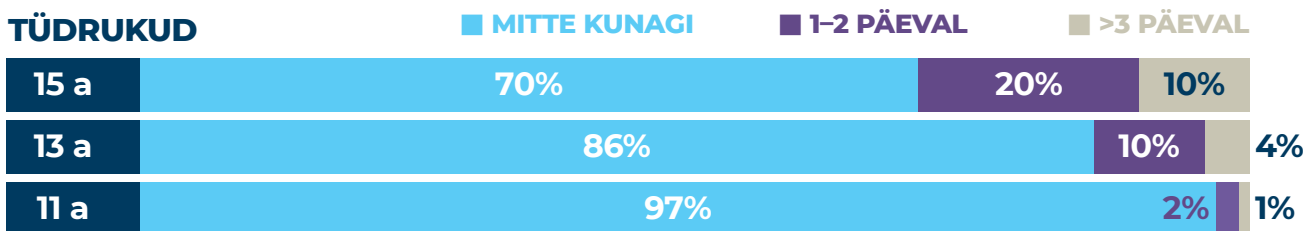
- **16–24-aastaste hulgas tarvitab mõned korrad nädalas alkoholi 12% noormeestest ja 10% neidudest.**



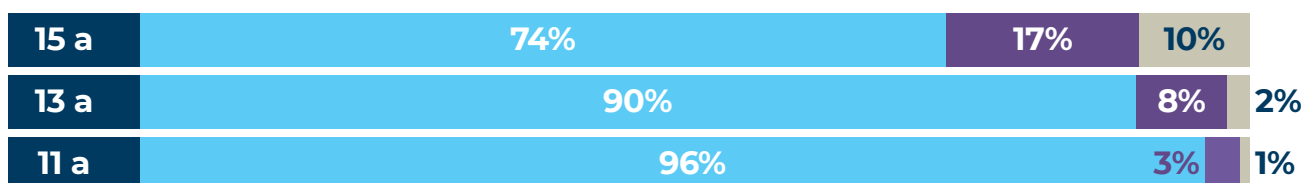
Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022. TAI; 2023.

- **Enamik 11–15-aastastest alkoholi ei tarvita.**

## TÜDRUKUD



## POISID

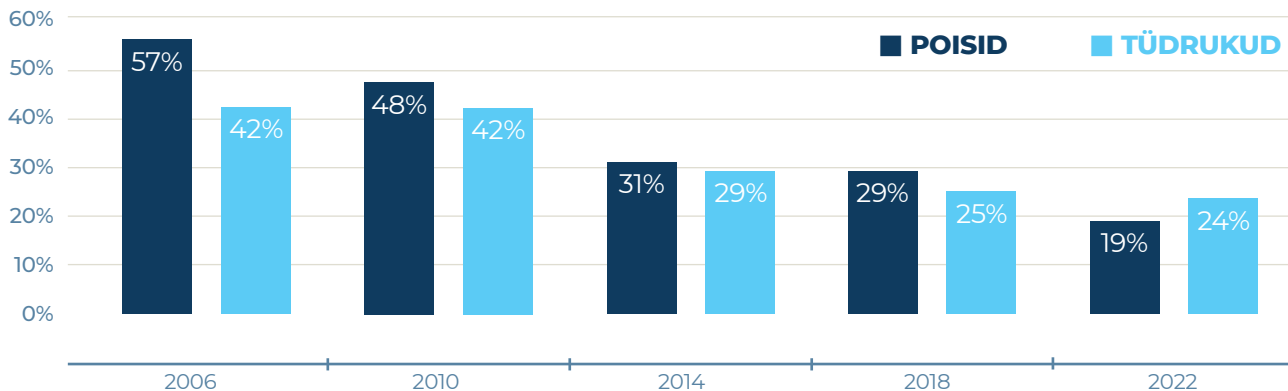


Alkoholi tarvitamise sagedus kooliõpilaste hulgas viimase 30 päeva jooksul soo ja vanuse järgi

Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022. TAI; 2023.



- **Võrreldes 2006. aastaga on purju joomine noorte hulgas vähenenud enam kui poole võrra.**



Elu jooksul kaks ja enam korda purjus olnud 15-aastased

*Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring 2006–2022. TAI.*

- **Iga teine 15–16-aastane hindab, et alkohoolseid jooke on kerge kätte saada.**

Viimasel tarvitamiskorral on 15–16-aastastest: 42% saanud alkoholi sõpradelt, 23% lapsevanemalt ja 10% võtnud alkoholi kodust.

*Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eesti 15–16-aastaste õpilaste seas. TAI; 2020.*

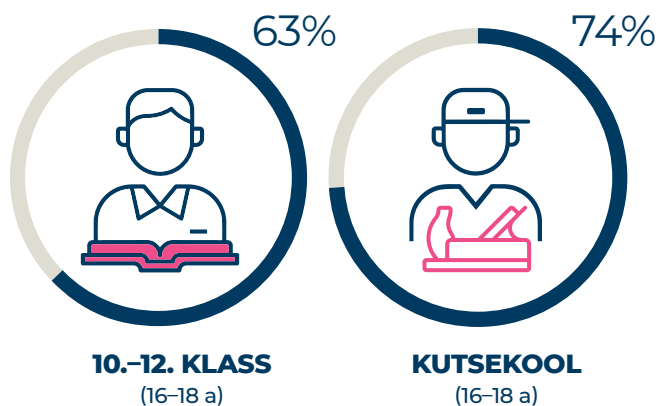
- **11–15-aastastest** pea kolmandikule on lapsevanem pakkunud alkoholi, sh 18% 11-aastastele, 30% 13-aastastele ja 42% 15-aastastele. Seda üldjuhul küll korra, aga 6% juhtudel sagedamini.

- **Noored, kellele vanemad on pakkunud alkoholi, on sagedasemad alkoholi tarvitajad ja on sagedamini ennast purju joonud.**

Noortest, kellele lapsevanem oli korduvalt alkoholi pakkunud, oli alkoholi tarvitanud 69%. Noortest, kellele lapsevanem ei olnud alkoholi pakkunud, oli alkoholi tarvitanud peaaegu neli korda vähem – 18%. Noored, kellele vanem oli korduvalt alkoholi pakkunud, olid kolm korda sagedamini olnud purjus.

*Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022. TAI; 2023.*

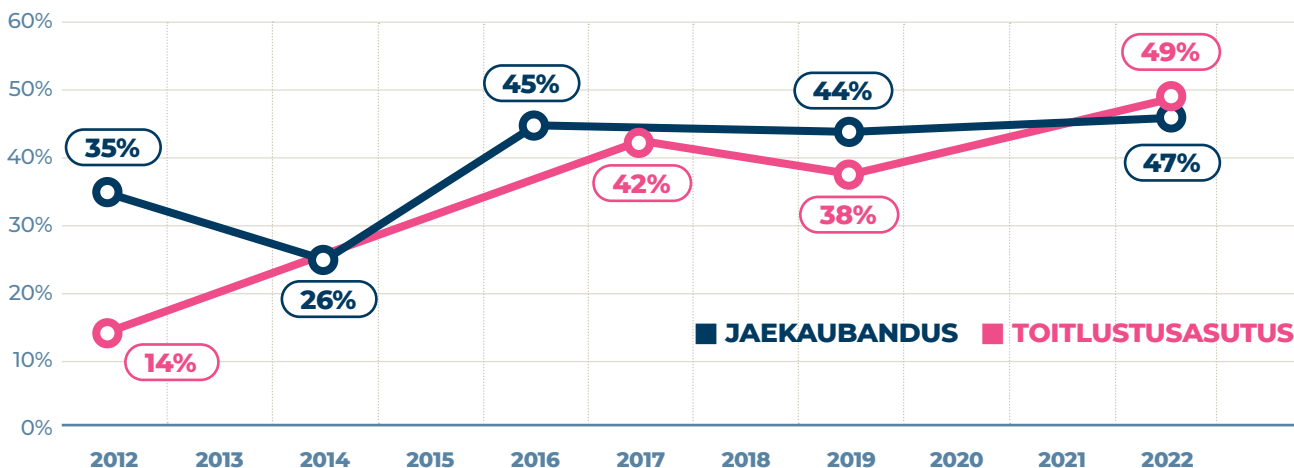
- **Kutsekooliõpilaste hulgas on võrreldes samaealiste gümnaasiumiõpilastega kümnnendiku võrra rohkem elu jooksul purju joonud noori.**



*Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. a uuringu aruanne. TAI; 2023.*

- **Noored saavad alkoholi kätte ka jaekaubandusest ja toitlustusasutustest.**

Testostlemise uuringu tulemused näitavad, et jaekaubanduses on noortelt dokumendi küsimise määr püsinud aastaid tasemel, kus iga teine noor saab soovi korral alkohoolset jooki osta.



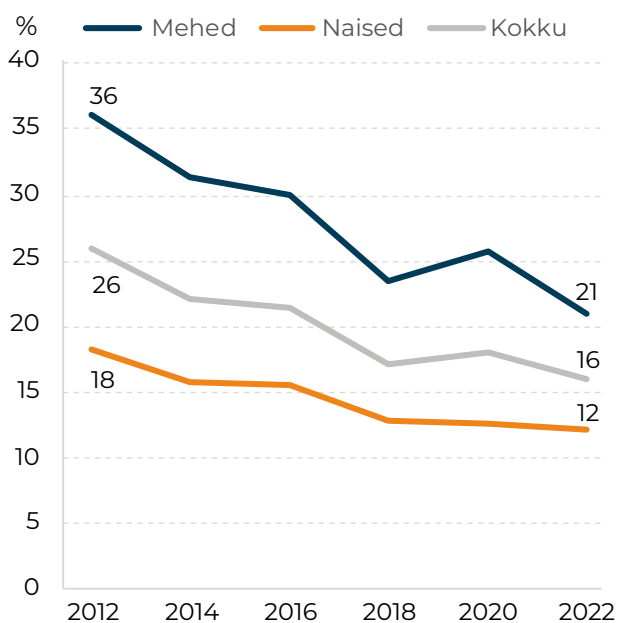
Dokumendi küsimine alkohoolsete jookide testostlemise uuringutes aastatel 2012–2022 jaekaubandus- ja toitlustusasutuste võrdluses

*Alkohoolsete jookide ning tubaka- ja nikotiinitoodete testostlemine. TAI; 2023.*

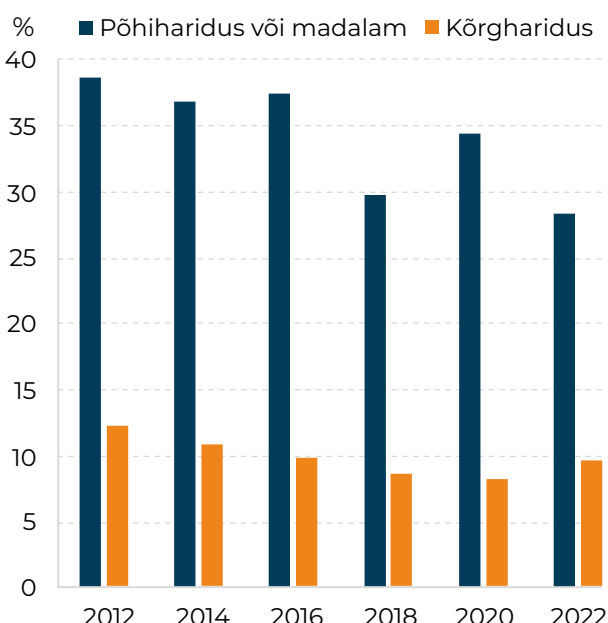
## 3.2 Tubaka- ja nikotiinitoritamine

Täiskasvanute seas on igapäevasuitsetajate osakaal viimase 12 aastaga nii naiste kui ka meeste seas märgatavalt vähenenud (joonis 35). Sarnane langustrend esineb ka teistes Euroopa riikides, kuid Euroopa terviseuuringu 2019. aasta andmetel oli igapäevasuitsetajate osakaal Eestis siiski veidi suurem kui Euroopas keskmiselt (18,9% vs. 18,4%) (Eurostat, 2019).

Kuigi igapäevasuitsetajate osakaal on vähenenud, on igapäevasuitsetamise levimuses endiselt suured hariduslikud erinevused (joonis 36). Kui 2012. aastal suitsetas igapäevaselt 38,6% madala haridustasemega täiskasvanutest, siis kõrgharidusega täiskasvanutest vaid 12,2%. Positiivseks trendiks on siiski igapäevasuitsetajate vähenemine hariduse mõlemas rühmas ning ka suhtelise haridusliku ebavõrdsuse mõningane vähenemine.



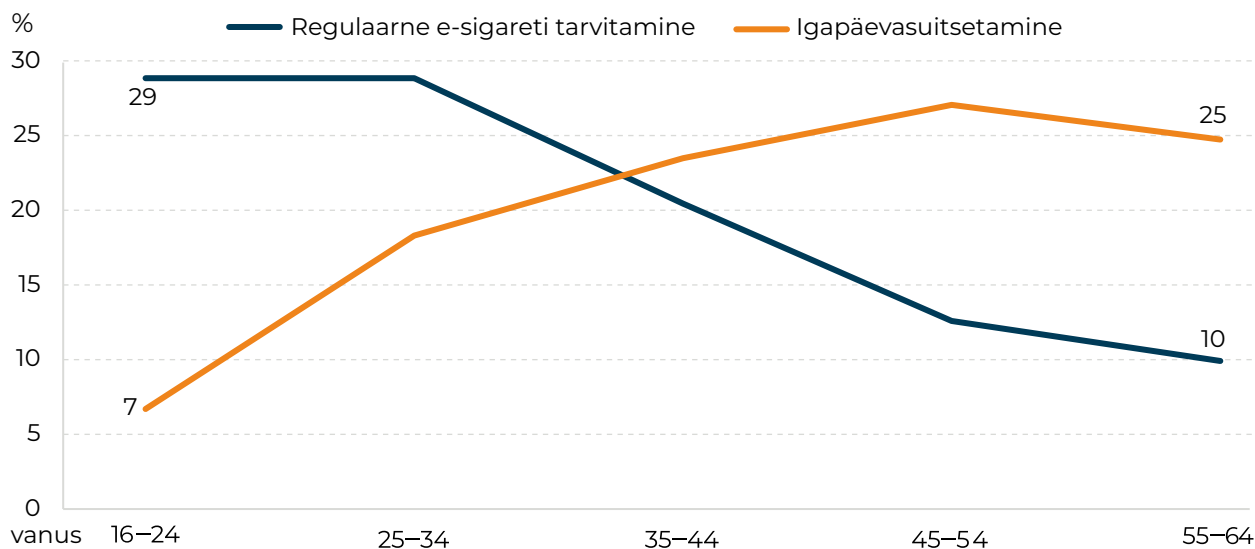
**Joonis 35.** Igapäevasuitsetamise levimuse soojärgi 2012–2022. Allikas: TKU (TAI)



**Joonis 36.** Igapäevasuitsetajate levimuse hariduslik erinevus 2012–2022. Allikas: TKU (TAI)

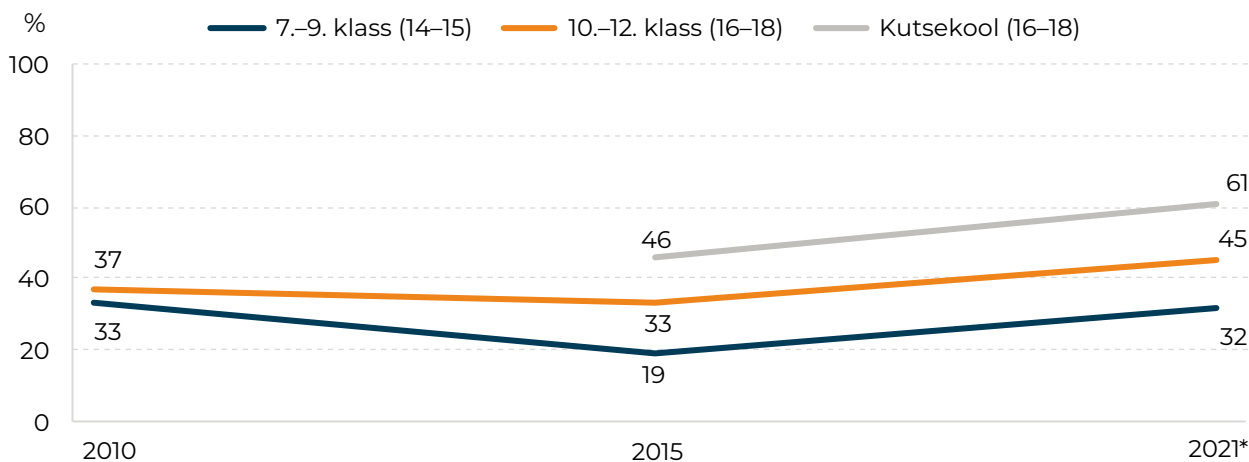
On tähelepanuväärne, et loobumissooviga igapäevasuitsetajate osakaal on püsivalt kõrge. TKU 2022. aasta andmetel soovivad suitsetamisest loobuda enam kui pooled praegustest igapäevasuitsetajatest. Juhusuitsetajate seas on suitsetamisest loobumise soov ajas aga vähenenud – kui 2012. aastal oli see näitaja naistel 49% ja meestel 58%, siis 2022. aastal umbes 30% nii meestel kui ka naistel.

Samaaegselt igapäevasuitsetajate levimuse vähenemisega kasvab aga alternatiivsete tubaka- ja nikotiinitoritamine. Näiteks kui 2012. aastal oli e-sigareti tarvitajaid 16–64-aastaste seas 1,3%, siis 2022. aastal juba 10,4%. Mõned korrad nädalas või igapäevaselt tarvitas e-sigarette 2022. aastal 7,7% meestest ja 6,3% naistest. Ootuspäraselt on e-sigareti tarvitamise ja igapäevasuitsetamise levimuses suured vanuselised erinevused – e-sigareti tarvitamine on sagedasem nooremas eas. Igapäevasuitsetajaid on aga kõige enam 45–55-aastaste seas (joonis 37). Igapäevasuitsetajatest 12,9% tarvitas 2022. aasta andmetel ka regulaarselt nikotiiniga e-sigarette; seda on märgatavalt enam kui aastatel 2016–2020 keskmiselt – 4,8%. Juhusuitsetajatest on aga regulaarseid e-sigarette tarvitajaid enam kui viiendik (21,7%).



**Joonis 37.** Igapäevasuitsetamise ja regulaarse e-sigarettide tarbimise levimus vanuse järgi 2022. Allikas: TKU (TAI)

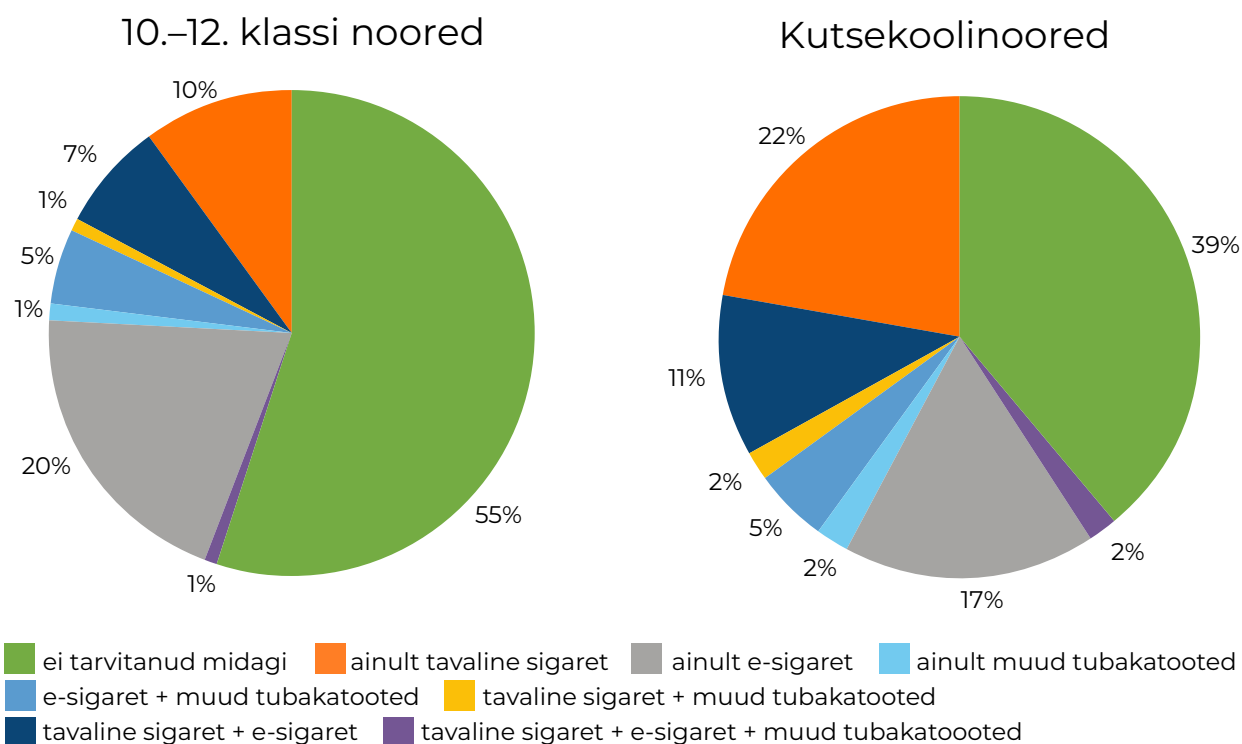
Uuringuandmed noorte kohta osutavad tavalisigarette tarvitamise vähenemisele. Kui liita 2021. aasta NU andmetes kokku kõik erinevad tubaka- ja nikotiinitooted, siis küsitlusele eelnenud nelja nädala andmed näitavad põhikooliõpilaste hulgas tubakatoodete tarvitamise püsivust samal tasemel aastatega 2003–2010 ning gümnaasiumi- ja kutsekooliõpilaste hulgas ka tarvitamise kasvu (joonis 38). Noorte seas on 2021. aasta andmetel tavalist sigaretti elu jooksul proovinud 47% ja suitsetanud mingil perioodil oma elus igapäevaselt 17%. Küsitlusele eelnenud nelja nädala jooksul on 14–18-aastastest noortest suitsetanud tavalist sigaretti 17% (sh hulgas igapäevaselt 3%), e-sigaretti 37% (sh igapäevaselt 8%) ning muid tubakatooted 15% (sh igapäevaselt 4%).



\*2003–2015 – tavalised sigarettid; 2021 – tavalised sigarettid, e-sigarettid ja muud tubaka- ja nikotiinitooted

**Joonis 38.** Noored, kes on viimase nelja nädala jooksul tubaka- ja nikotiinitooteid\* tarvitanud, uuringurühmade kaupa, 2010–2021. Allikas: NU (TAI)

Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine erineb märgatavalt ka 16–18-aastaste üldhariduskoolide ning kutsekooli noorte võrdluses (joonis 39). Kutsekooli õppurite hulgas on võrreldes gümnaasiumiõpilastega rohkem neid, kes on elu jooksul sigarettide proovinud (vastavalt 54% ja 72%). Kutsekooliõpilased on sigaretti proovinud nooremana kui gümnaasiuminoored (keskmise vanuse vastavalt 12,7 ja 14 aastat). Eriti suur erinevus tuleb esile igapäevasuitsetamise puhul: võrreldes gümnaasiumiõpilastega on kutsekooliõpilaste hulgas üle kahe korra rohkem elu jooksul sigarettide igapäevaselt suitsetanud noori – vastavalt 17% ja 45%, viimase nelja nädala jooksul vastavalt 3% ja 14%.



**Joonis 39.** Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine viimase nelja nädala jooksul 10.–12. klassi ja kutsekoolinoorte seas 2021. Allikas: NU (TAI)

Erinevate tubakatoodete tarvitamise kombinatsioonist selgub, et noortest 40% tarvitas viimase nelja nädala jooksul mõnda tubakatoodet, sealhulgas iga teine mitut erinevat toodet. 16–18-aastastest gümnaasiumiõpilastest 45% tarvitas mõnda tubakatoodet ja kutsekooliõpilastest oluliselt rohkem – 61%. Kui gümnaasiuminoorte hulgas on selgelt kõige levinum ainult e-sigareti suitsetamine, siis kutsekoolinoorte hulgas erinevate tubaka- ja nikotiinitoodete segatarvitamine – neist iga viies tarvitas küsitlusele eelnenud nelja nädala jooksul nii tavalist sigaretti, e-sigaretti kui ka muid tubakatooteid. Noormeeste ja tütarlaste andmed sigarette proovinute ja sigarette igapäevaselt suitsetanute osakaalu poolest ei erine. Erandiks on kutsekooliõpilased: tütarlaste hulgas on rohkem nii sigarette proovinud (vastavalt 71% ja 76%) kui ka igapäevaselt suitsetanud noori (vastavalt 43% ja 51%).

**Noorte vanuse kontrollimine alkohoolsete jookide müümisel. Uuring 2023.**  
[Lühikokkuvõte](#)

**SKÄNNI MIND**

**Noorte vanuse kontrollimine tubaka- ja nikotiinitoodete müümisel. Uuring 2023.**  
[Lühikokkuvõte](#)

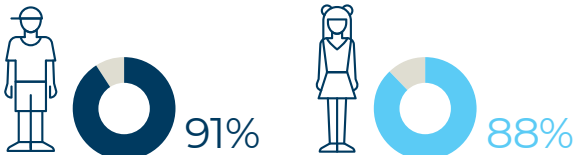
**SKÄNNI MIND**



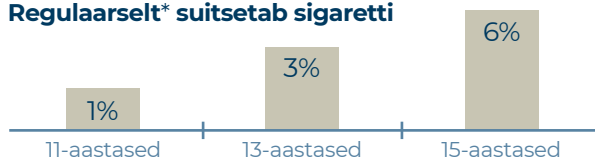
# NOORED NING TUBAKA- JA NIKOTIINITOOTED

- Enamik 11–15-aastaseid tavasigarette ei suitseta.

15-aastastest ei suitseta



Regulaarselt\* suitsetab sigaretti



Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022. TAI; 2023.

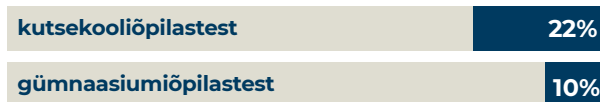
\*Regulaarse suitsetamise all käsitleti uuringus suitsetamist vähemalt kord nädalas või iga päev.

- 16–18-aastased: Erinevate toodete koos tarvitamine on rohkem levinud kutsekooliõpilaste seas.

Mõnda tubaka- või nikotiinitoodet on viimase nelja nädala jooksul tarvitanud:

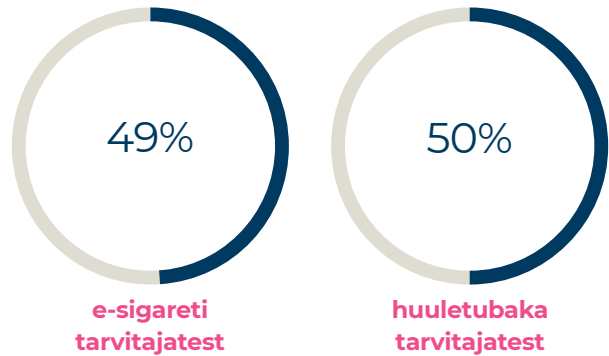


Nii sigaretti, e-sigarette kui ka muid tubakatooteid koos on viimase nelja nädala jooksul tarvitanud:



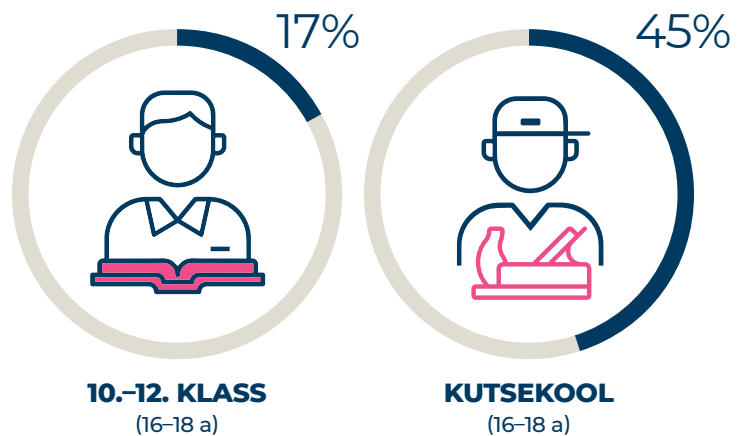
- Paralleelselt alternatiivsete toodete tarvitamisega suitsetatakse ka sigarette.

Sigarette suitsetab\*



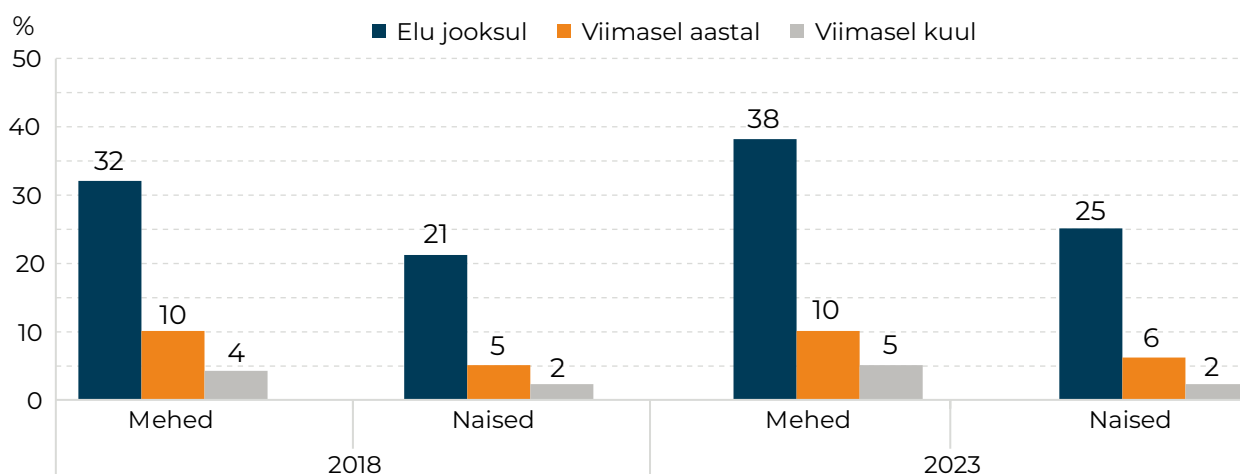
\*Viimase 30 päeva jooksul tarvitanud 15-aastased

- Võrreldes gümnaasiumiõpilastega on kutsekooliõpilaste hulgas üle kahe korra rohkem elu jooksul sigarette igapäevaselt suitsetanud noori.



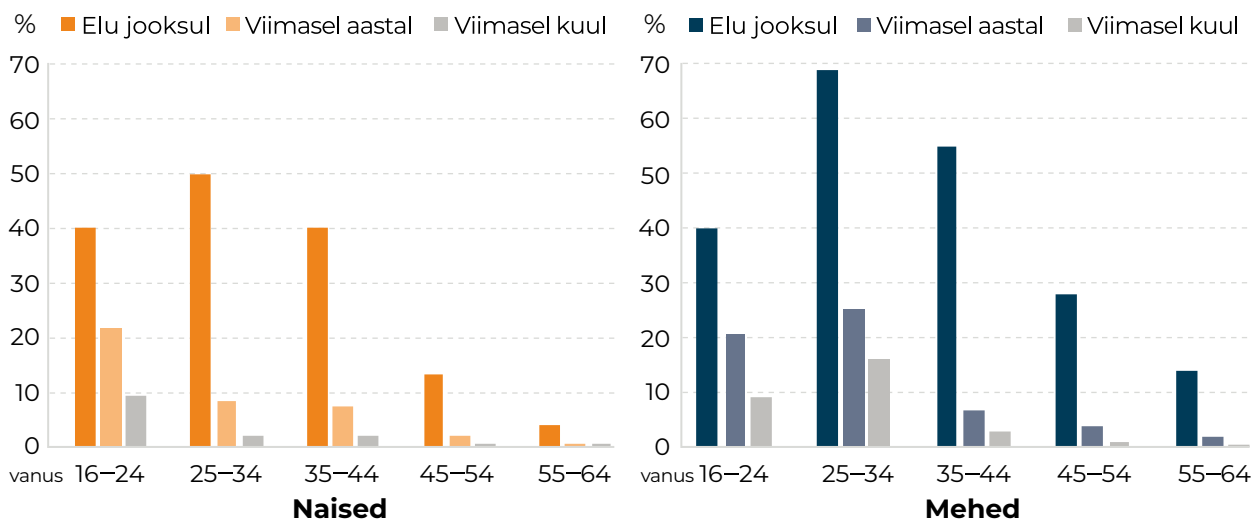
## 3.3 Illegaalsete uimastite tarvitamine

Illegaalsete uimastite tarvitamine on ülemaailmne probleem, mis mõjutab mitte ainult tarvitajaid ennast, vaid ühiskonda laiemalt. TAI 2023. aastal läbiviidud Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuringule (TUKU) tuginedes oli 31% (2018. aasta uuringus 25%) vastanutest tarvitanud vähemalt korra elu jooksul mõnda narkootilist ainet. Viimase aasta jooksul oli narkootilisi aineid tarvitanuid 7% ning viimase kuu jooksul 3% vastanutest. Kui võrrelda 2018. ja 2023. aasta tulemusi, võib märgata elu jooksul narkootikumide tarvitanud inimeste osakaalu kasvu (joonis 40). Ainetest oli kõige enam tarvitatavaks narkootikumiks on endiselt kanep (tarvitanud 29% vastanutest). Stimulante (nt amfetamiin, ecstasy ja kokaiin) oli tarvitanud elu jooksul 7–8% vastanutest.



**Joonis 40.** Narkootiliste ainete tarvitamine elu jooksul, viimase aasta ja viimase kuu jooksul soo ja uuringuaasta järgi, 2018, 2023. Allikas: TUKU (TAI)

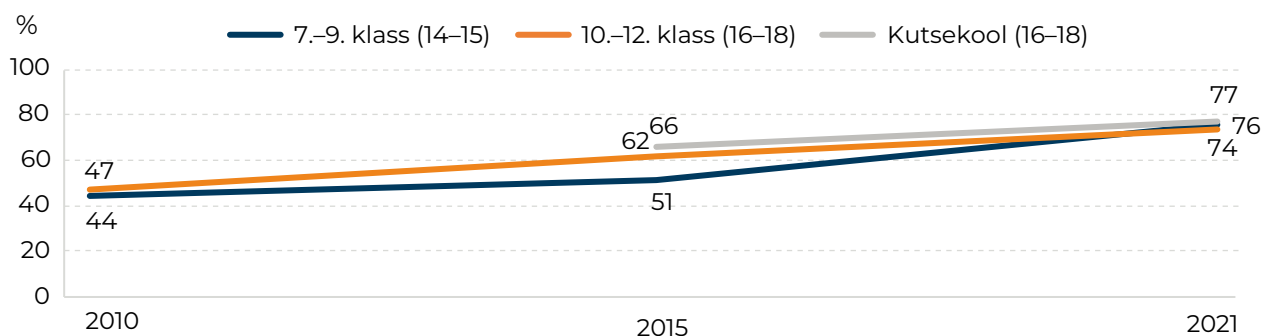
Suuremad muutused on toimunud tarvitatud ainete ja vanuserühmade võrdluses. 2023. aastal oli narkootiliste ainete tarvitamine sagedaseim 16–34-aastaste meeste ja 16–24-aastaste naiste hulgas (joonis 41). Võrreldes 2018. aasta uuringuga on ainete löikes suuremad muutused olnud näiteks 25–34-aastastel meestel elu jooksul LSD tarvitamises, (6% vs. 21%) ja ka 45–54-aastastel meestel kokaiini tarvitamises (3% vs. 9%).



**Joonis 41.** Narkootiliste ainete tarvitamine elu jooksul, viimasel aastal ja viimasel kuul vanuse ja soo järgi, 2023. Allikas: TUKU (TAI)

Illegaalsete uimastite tarvitamist noortel võimaldavad kirjeldada 2021. aasta NU andmed. Eesti 14–18-aastastest noortest 31% olid elu jooksul tarvitanud mõnda narkootilist ainet, neist omakorda 75% oli korduvtarvitajaid. Põhikooliealistest 14–15-aastastest noortest on elu jooksul illegaalseid uimasteid tarvitanud 25%, 16–18-aastastest gümnaasiuminoortest 34% ning kutsekoolinoortest 47%. Eri kooliastmed- ja tüübid ei erine omavahel korduvtarvitajate osakaalu poolest, mis varieerub tarvitajate hulgas vahemikus 74%–76% (joonis 42) (Lõhmus jt, 2023).

Kui narkootikumide tarvitamise üldine tase noorte hulgas ei ole võrreldes 2015. aastaga oluliselt muutunud (tarvitamise kasv toimus vahemikus 2010–2015), siis korduvalt narkootikumide tarvitajate osakaal on suurenenud märkimisväärselt alates 2010. aastast. Tütarlaste ja noormeeste narkootikumide tarvitamise üldises tasemes ja korduvkasutajate osakaalus erinevust ei ole.



**Joonis 42.** Noored, kes on elu jooksul mitmel korral narkootikumide tarvitanud, uuringurühmade kaupa, 2010–2021 (% elu jooksul narkootikumide tarvitanud noortest), 2021.

Allikas: NU (TAI)

Nii Eesti täiskasvanute kui ka noorte narkootikumide tarvitamine ei erine Euroopa teiste riikide suundumustest (EMCCDA, 2024). Mitmes Euroopa riigis on täheldatud sarnaselt Eestiga just narkootikumide tarvitamise kasvu noorte täiskasvanute seas ja selle vanuserühma kasvavaid vaimse tervise probleeme. Nii kanepitoodete kui ka kokaiini tarvitamise laialdane levik on samuti kogu Euroopa probleem. Kanepitarvitajate osakaaluks hinnatakse umbes 8% Euroopa elanikest, kusjuures 1,3% (arvestuslikult 3,7 miljonit elanikku Euroopas) on igapäevaseid tarvitajaid, kes tõenäoliselt vajavad mingil hetkel abi ja tugiteenuseid. Euroopas toimuvate kanepi legaliseerimise debattide ja mõnede riikide vastavate seadusemuudatuste kontekstis ei ole põhjust imestada järjest suureneva huvi üle selle narkootikumi vastu.

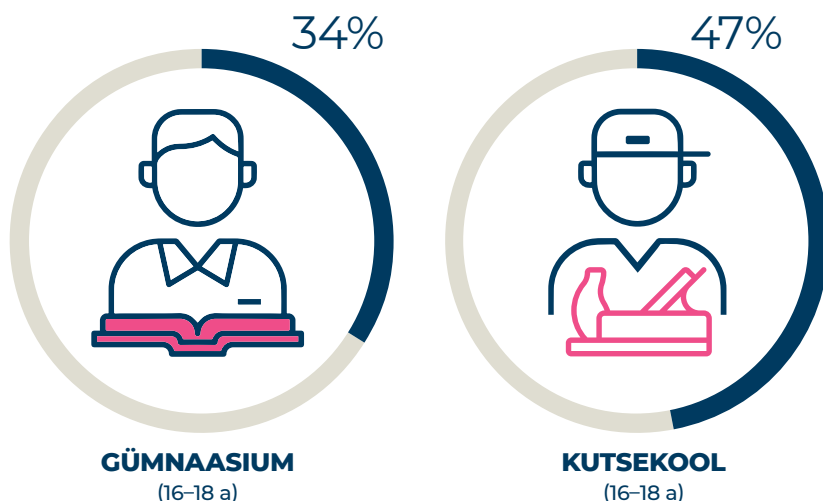
Kokaiini järjest kasvavat tarvitamist kinnitavad lisaks TUKU 2023. aasta uuringule ka Tallinnas alates 2019. aastast läbiviidavad iga-aastased reoveeuuringud narkootikumide tarvitamise jääkide suhtes (Abel-Ollo jt, 2024a). Enamik Euroopa riike on hädas laialdaselt kättesaadava, väga kõrge kontsentratsiooniga kokaiiniga. 2021. aastal konfiskeeriti EL-i liikmesriikides 303 tonni kokaiini. Varem vaid kõrgema sissetulekuga inimestele kättesaadav uimasti on paljudes riikides muutunud kanepi järel levinumaks uimastiks. Mitmetes riikides on tähendatud ka LSD ja psilotsübiini sisaldavate ainete tarvitamise kasvu, mida sageli seostatakse eneseravi ja tervendavate riiustega (EMCDDA, 2024).

Kanepi ja kokaiini tarvitamise taustal eristub Eesti just tugevatoimeliste poolsünteetiliste opioidide, nitaseenide, tarvitamise poolest, mis on otseselt seotud Eesti kõrge narkootikumide üledooside suremuse näitajaga (Giraudon jt, 2024). Nitaseenide tarvitamise suurenevast probleemist annab kinnitust ka 2023. aastal läbiviidud kasutatud süstalde süstlajääkide analüüs. Võrreldes 2022. aastaga oli hüppeliselt kasvanud nitaseene sisaldavate süstalde osatähtsus. Nitaseenide rühma sünteetilisi opioide (protonitaseen, metonitaseen, N-desetüül-isotonitaseen) leidis 29% süstaldel (2022. aastal 6%). Levinumaks nitaseeniks oli 2023. aasta uuringu järgi protonitaseen (19%), millele järgnes metonitaseen (7%) ja N-desetüül-isotonitaseen (5%). Nitaseenide süstimine on levinud Harjumaal ja Kohtla-Järvel. (Abel-Ollo jt, 2024b).



# NOORED JA NARKOOTIKUMID

- 16–18-aastastest on elu jooksul narkootikume proovinud 34% gümnaasiumi- ja 47% kutsekooliõpilastest.

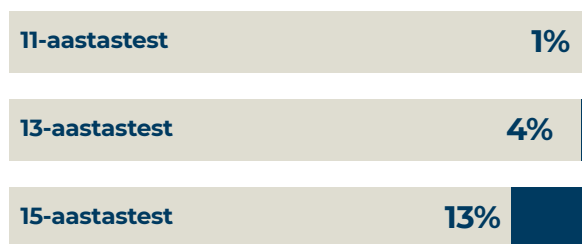


- 31% 14–18-aastastest on proovinud elu jooksul mõnda narkootikumi, neist 75% on teinud seda korduvalt.
- Noortest 13% märkis, et nende perekonnas on inimesi, kes on proovinud või tarvitavad narkootikume, 12% arvas, et paljud sõbrad ja tuttavad on tarvitanud narkootikume.
- Narkootikumi tarvitanud noored proovisid seda esimest korda keskmiselt 15-aastaselt.

Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. aasta uuringu aruanne. TAI; 2023.

## NOORTE SEAS ON LEVINUIM NARKOOTILINE AINE KANEP

- 11–15-aastastest kooliõpilastest on 6% vähemalt korra elu jooksul tarvitanud kanepit, sh

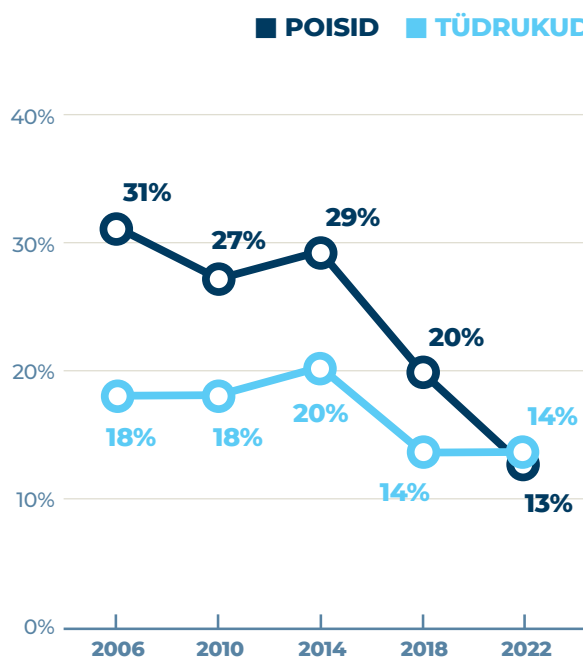


Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022. TAI; 2023.

- Lisaks kanepile tarvitatakse ka muid narkootilisi aineid. Need ained on kõige sagedamini rahustid ja / või uinutid (ilma arsti korralduseta), inhalandid (nt bensiin, liimid, lakid, lahustid) ja uued psühhoaktiivsed ained ning nende tarvitamise levimus on võrreldes varasemaga kasvanud.

Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eesti 15–16-aastaste õpilaste seas. TAI; 2020.

- Elu jooksul kanepi tarvitamine 15-aastaste seas on võrreldes varasemate uuringuaastatega vähenenud, kuid seda peamiselt poiste seas.

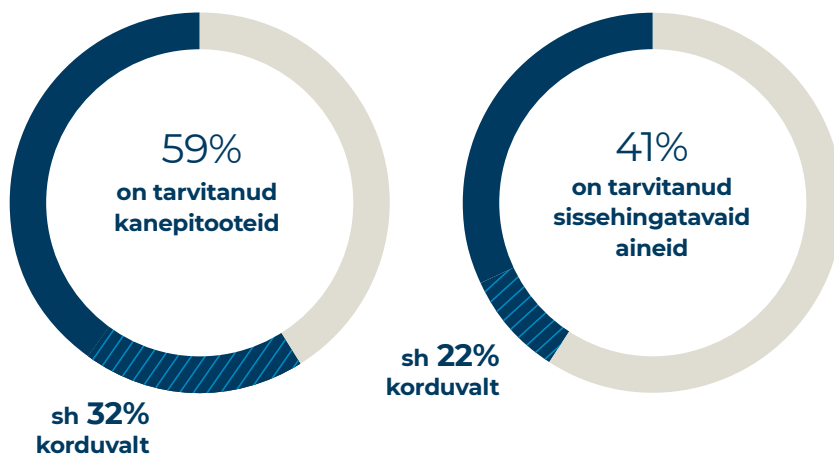


Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uurina 2006–2022. TAI.

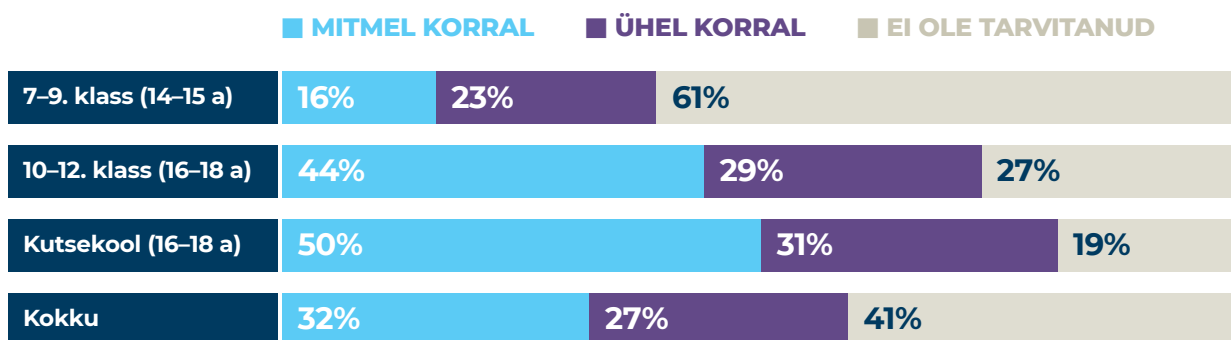


- 14–18-aastaste noorte seas on narkootikumide tarvitajatest 59% tarvitanud kanepitooteid (sh 32% korduvalt) ja 41% sissehingataavaid aineid (sh 22% korduvalt).

- ON TARVITANUD
- ▨ KORDUVALT TARVITANUD
- EI OLE TARVITANUD



- Kanepitoodete tarvitamine narkootikume tarvitanud noorte seas vanuserühmade kaupa



Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. a uuringu aruanne. TAI; 2023.

## UIMASTITARVITAMISE RISKI- JA KAITSETEGURID

### NOORTE UIMASTITARVITAMINE ON SEOTUD:

- madala õppeedukusega
- madalate sotsiaalsete oskustega
- madala perekondliku toetusega
- koolis käimise mitte-meeldimisega
- vaimse tervise probleemidega
- rahulolematusega eluga
- pereliikmete uimastitarvitamisega

### NOORTE UIMASTITARVITAMIST AITAVAD ENNETADA:

- hea õppeedukus ja koolis toimetulek
- sotsiaalsed oskused
- toetav perekond
- head suhted mõlema vanemaga
- koolis käimise meeldimine ja rahulolu kooliga
- rahulolu eluga
- vaimse ja füüsilise tervise probleemide puudumine

- Erinevate uimastite tarvitamine on omavahel seotud: noored, kes tarvitavad ühte uimastit, tarvitavad suurema tõenäosusega ka teisi.

Seosed pärinevad järgnevatest uuringutest:

Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2021/2022. TAI; 2023.

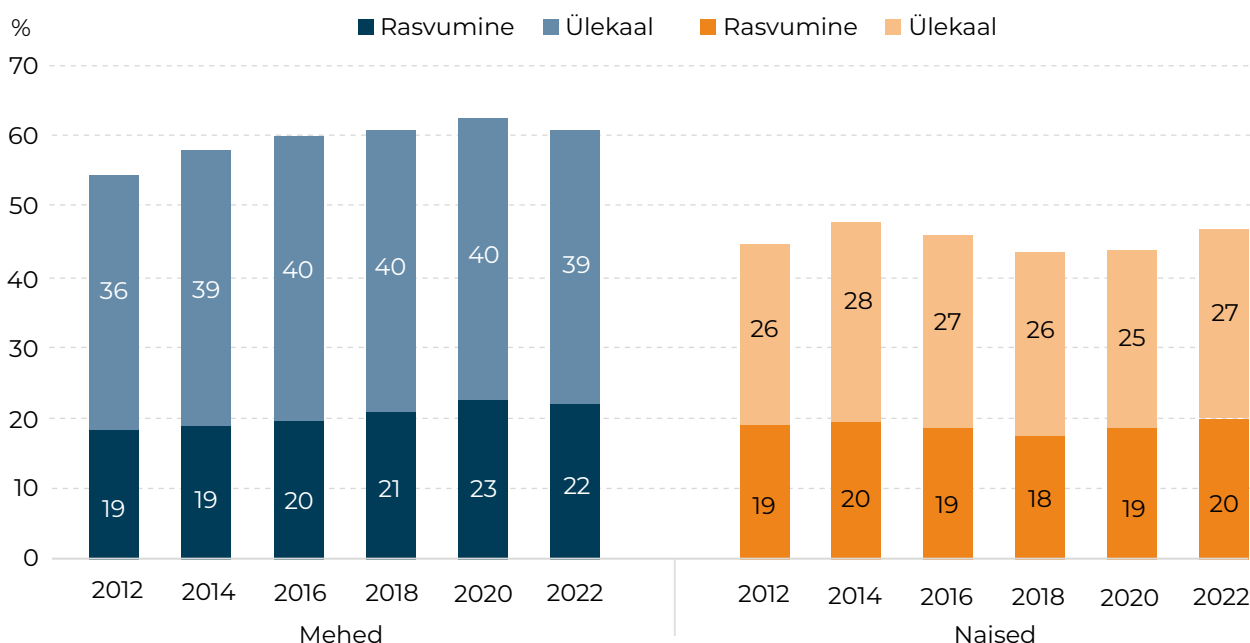
Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. aasta uuringu aruanne. TAI; 2023.

Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eesti 15–16-aastaste õpilaste seas. TAI; 2020.

# 4. Liigne kehakaal

Liigne kehakaal on paljude krooniliste haiguste otsene või kaudne põhjus. Rahvatervishoiu vaatest on ülekaalu ja rasvumisega seotud tervisekaotus, aga ka sellega kaasnev majanduslik mõju muutumas üha teravamaks probleemiks. Maailma tervisekaotuse uuringu 2019. aasta andmete järgi ulatub liigse kehakaalu põhjustatud tervisekaotus Eestis 62 500 kaotatud eluaastani. Hiljutine TAI haiguskulu analüüs näitas, et täiskasvanute liigse kehakaaluga seonduvad haigused põhjustavad Eestis aastas ligikaudu 250 000 haigus- ning 650 surmajuhtu ning sellega kaasnev arvestuslik aastane kulu riigile on ligi 125 miljonit eurot (Reile jt, 2024).

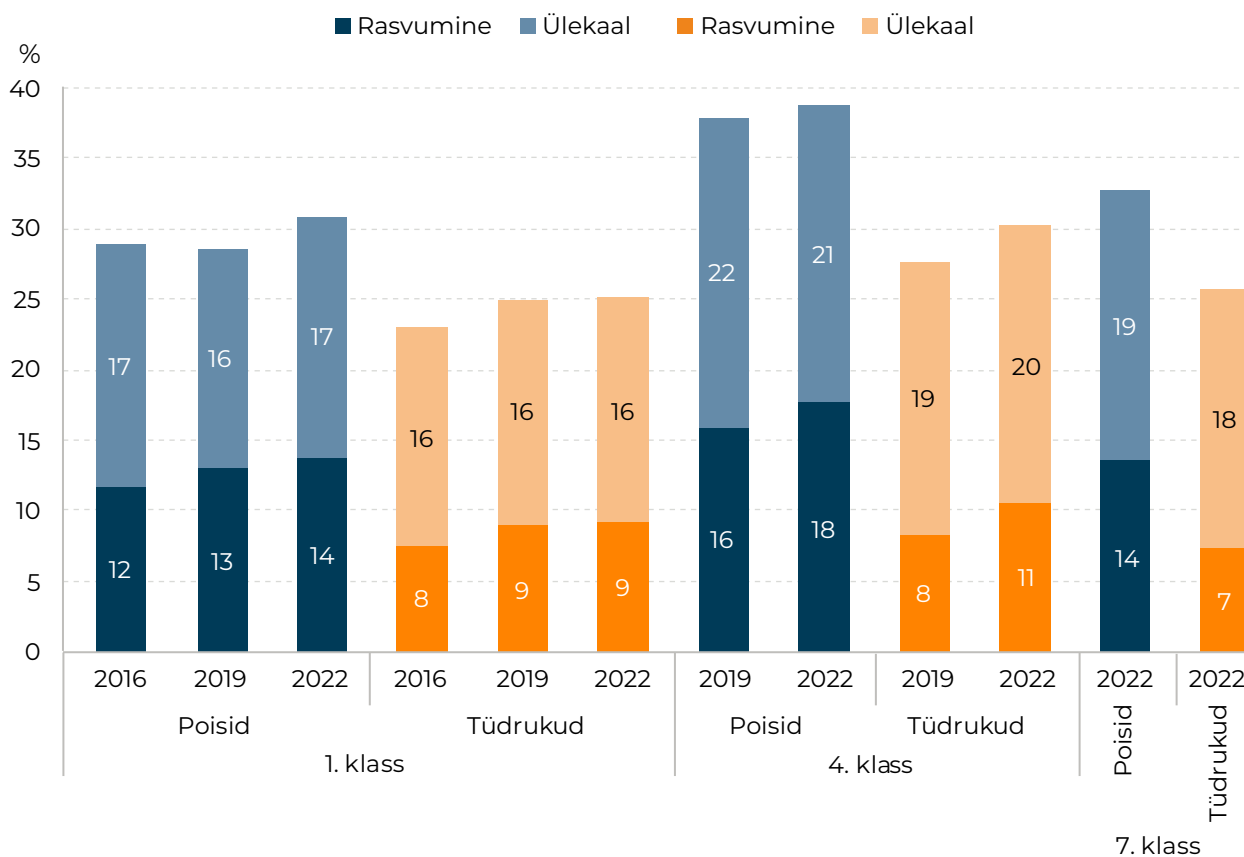
Enamikus EL-i riikides, sh Eestis, on üle poole täiskasvanutest ülekaalulised või rasvunud ning liigse kehakaalu levimus on kasvutrendis (OECD / European Union, 2022). TKU 2022. aasta andmete järgi oli 52,8% 16–64-aastasest rahvastikust ülekaalus või rasvunud. Meestel esineb liigset kehakaalu oluliselt enam kui naistel – 2022. aastal oli meestest 38,7% ülekaalus ja 20,1% rasvunud, naistest aga vastavalt 26,7% ja 20,1% (joonis 43).



**Joonis 43.** Ülekaalu ja rasvumise levimus soo järgi 2012–2022. Allikas: TKU (TAI)

Eesti õpilaste kasvuseire (osa rahvusvahelisest seirest – WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) tulemused näitavad, et üha enam Eesti õpilastest on liigse kehakaaluga (joonis 44). Viimase, 2022. aasta uuringu kohaselt on liigse kehakaaluga õpilasi esimeses klassis 28,1% ja neljandas klassis 34,4%. Liigse kehakaaluga õpilaste osatähtsus on suurenenud peamiselt rasvumise arvelt. Kui 2016. aastal oli rasvunud esimese klassi õpilasi 9,7%, siis 2022. aastaks oli rasvunute osatähtsus tõusnud 11,5 protsendini. Sarnaselt on rasvunud õpilaste osatähtsus suurenenud neljandas klassis: 2019. aastal 12,1% ja 2022. aastal 14,1%.

Seitsmenda klassi õpilasi uuriti COSI seire raames 2022. aastal esimest korda ja nende seas oli olukord tulenevalt ealistest iseärasustest kiire kasvu perioodil pisut parem kui neljandas klassis – liigse kehakaaluga oli 29,4% õpilastest, nende hulgas ka rasvunud (10,5%). Vanusest olenemata on liigne kehakaal rohkem levinud poiste kui tüdrukute seas, seda peamiselt erinevusest rasvunute osatähtsuses: iga seitsmes poiss (15%) ja üheteistkümnes (9,1%) tüdruk on rasvunud.



**Joonis 44.** Liigse kehakaalu levimus (%) Eesti 1., 4. ja 7. klassi õpilaste seas aastatel 2016–2022.

Allikas: [COSI](#) (TAI)

Pooled Eesti täiskasvanutest on liigse kehakaaluga. Kolmandik esimese kuni seitsmenda klassi õpilastest on ülekaalulised. Probleem on nii laste kui ka täiskasvanute seas aastatega süvenemas. Ülekaal ja eriti rasvumine suurendab märkimisväärselt riski mitmete haiguste või haigusseisundite tekkeks ning liigne kehakaal lapseas jääb sageli püsima ka täiskasvanuna. Seetõttu on rahvatervishoiu seisukohalt eriti oluline pöörata normaalkaalus püsimisele tähelepanu juba varases eas.

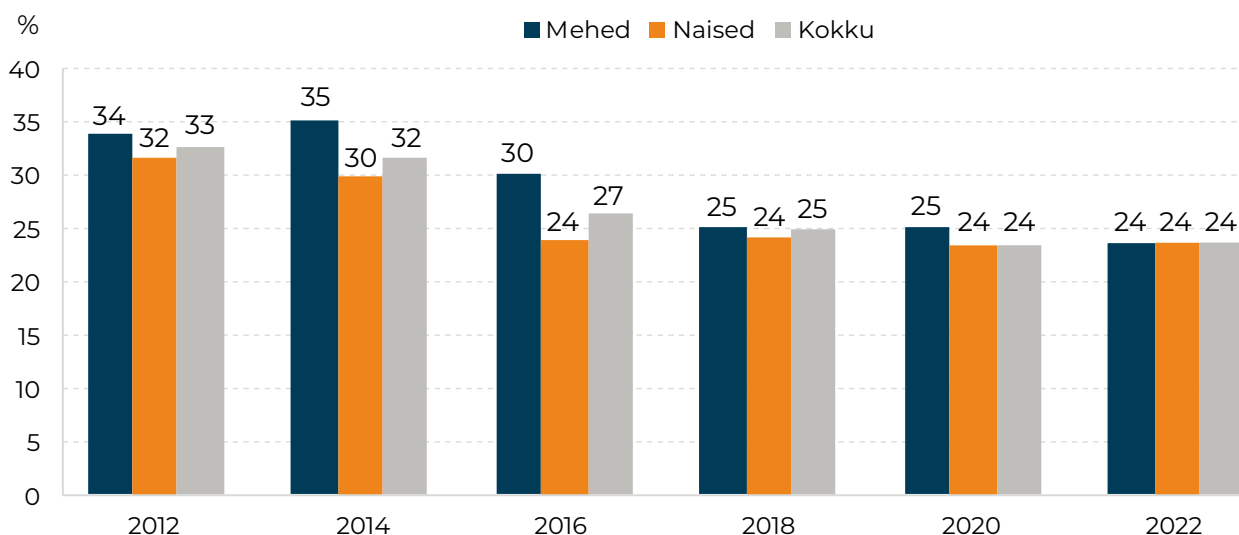
Toitumine on tervisliku kehakaalu säilitamisel või saavutamisel võtmetähtsusega tegur. Toidukeskkonnal on suur roll inimeste toiduvalikute kujundamises. Tervist toetava keskkonna kujundamisel saame kergemini suunata inimesi tervislike valikute poole. Liigne kehakaal on mitmetahuline probleem, mille lahendamiseks ei piisa ühest meetmest, vaid on vaja süsteemset lahendust. Selleks on palju erinevaid meetmeid, mis üksteist toetavad ning mida tuleks seetõttu rakendada üheskoos.

# 5. Kehaline aktiivsus

RVTU küsitlusuuringu 2021. aasta andmetel oli Eesti 18-aastasest ja vanemast rahvastikust 73,7% kehaliselt inaktiivsed<sup>4</sup>. Meeste seas on inaktiivseid mõnevõrra rohkem kui naiste seas – vastavalt 75,5% ja 72,2%. Kehaline inaktiivsus on sageli ülekaalu tekkimise üheks põhjuseks ja mõlemad käitumuslikud riskitegurid jagavad ühisosa paljude mittenakkuslike haiguste kujunemisel – 64% inaktiivsetest on ka liigse kehakaaluga ning 76% liigse kehakaaluga täiskasvanutest on ka kehaliselt inaktiivsed.

Hiljutise TAI haiguskuulu analüüsi (Reile jt, 2024) andmetel kaasneb kehalise inaktiivsusega Eestis enam kui 40 000 haigusjuhtu ning 200 surma aastas. Täiskasvanud rahvastiku inaktiivsusest tulenevad kulud on Eestis arvestuslikult 28,7 miljonit eurot aastas, kuid võivad teatud tingimustel ulatuda 74 miljoni euroni. Need summad hõlmavad lisaks tervishoiukuludele haigestumisest ja enneaegselt suremusest tulenevat maksukadu, mitte kõiki ühiskondlikke kulusid.

Tervisespordi harrastamine on üks viis kehalise aktiivsuse tõstmiseks. Näiteks TKU 2022. aasta andmetel tegeles tervisespordiga neli või enam korda nädalas 18,3% Eesti 16–64-aastasest (18,8% meestest ja 18% naistest), samas 23,7% tegeles tervisespordiga kas kord kuus või harvem / üldse mitte ning ligikaudu 10% täiskasvanutest ei saa terviseseisundi tõttu aktiivse liikumisega tegeleda. Seega ei tegele ligi veerand täiskasvanutest aktiivse liikumisega, kuigi olukord on aastate jooksul mõnevõrra paranenud (joonis 45).

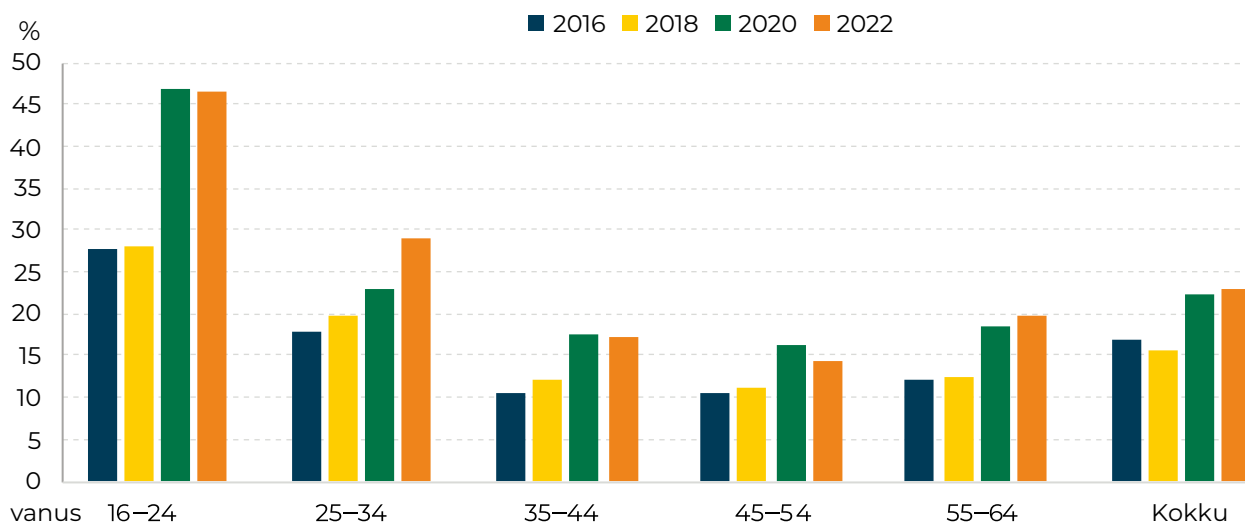


**Joonis 45.** Tervisespordi harrastamine kord kuus või harvem / üldse mitte 2012–2022.

Allikas: TKU (TAI)

<sup>4</sup> Kehaline inaktiivsus on siin määratletud nädalas alla 120 minuti (ehk vähem kui 4–6 korda 30 minutit) keskmise koormusega kehalise aktiivsuse kaudu.

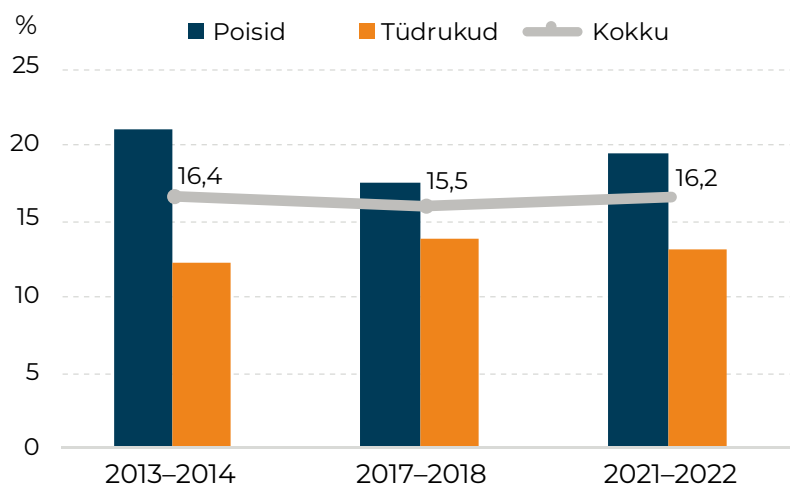
Vähesem kehaline aktiivsus tähendab reeglina suuremat passiivselt veedetud aega. Üheks tegevuseks, mis üha enam inimeste vaba aega hõivab, on nutiseadmete ja ekraanide kasutamine. TKU andmetel on inimeste osakaal, kes kasutavad vabal ajal ekraani neli või rohkem tundi päevas, aastatega suurenenud, olles 2016. aastal 17% ja 2022. aastal 23% (joonis 46). Kõige märgatavam tõus on toimunud vanuserühmades 16–24 eluaastat ja 25–34 eluaastat, kus kuue aastaga kasvas vähemalt neli tundi päevas ekraani kasutajate osa vastavalt ligi 20% ja ligi 15%. Vabal ajal vähemalt neli tundi päevas ekraani kasutavate täiskasvanute osakaalu järsk kasv toimus 2020. aastal, mille üheks võimalikuks põhjuseks võib olla COVID-19 pandeemia ajal kehtestatud karantiinimeetmed, mille tõttu inimesed pidid jääma kodudesse ja vaba aja veetmise võimalused olid piiratud.



**Joonis 46.** Vabal ajal vähemalt neli tundi päevas ekraani kasutavate täiskasvanute osakaal vanuse järgi 2016–2022. Allikas: TKU (TAI)

Noortel soovib WHO liikuda iga päev keskmise või suure intensiivsusega vähemalt 60 minutit, kuid HBSC uuringu andmetel liigub sellele soovitusel vastavalt vaid 16% 11–15-aastastest Eesti kooliõpilastest: poistest 19% ja tüdrukutest 13%.

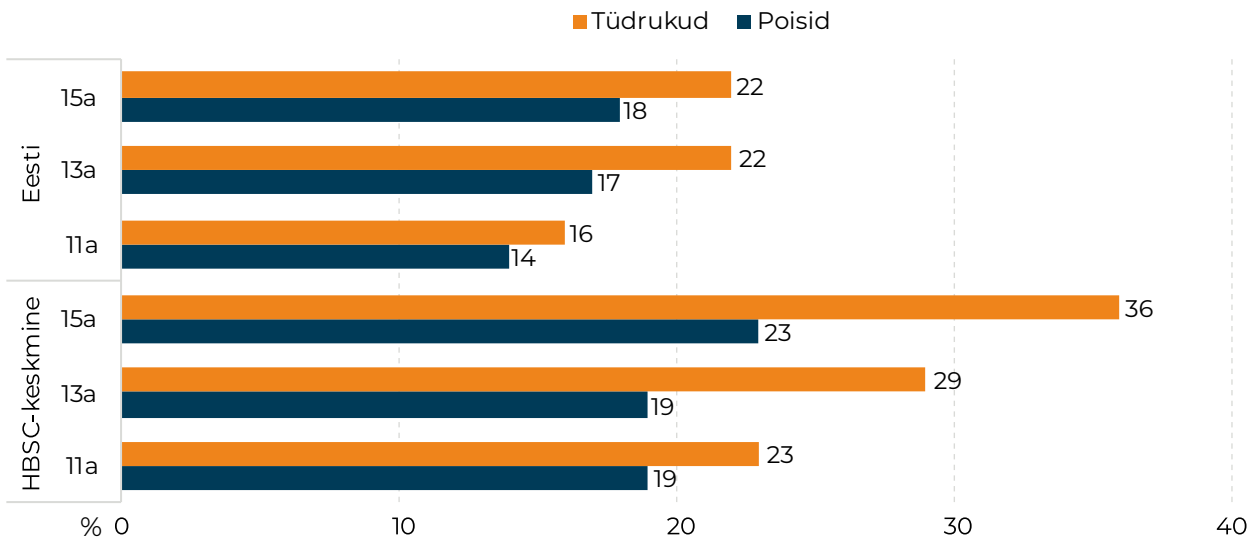
Eesti noorte igapäevane soovituslik mõõduka kuni tugeva intensiivsusega kehalise aktiivsuse tase püsis perioodil 2013–2022 samal tasemel (joonis 47). Tulemus tekitab muret, sest regulaarne kehaline aktiivsus on noorte jaoks ülioluline nii füüsilise kui ka vaimse tervise säilitamisel. Ebapiisav kehaline aktiivsus avaldab mõju noorte tervisele ja heaolule, suurendades krooniliste haiguste nagu rasvumise, südame-veresoonkonna haiguste ja teist tüüpi diabeedi riski.



**Joonis 47.** Iga päev vähemalt 60 minutit kehaliselt aktiivsete 11–15-aastaste Eesti noorte osakaal soo järgi 2013–2022 (%).

Allikas: HBSC (TAI).

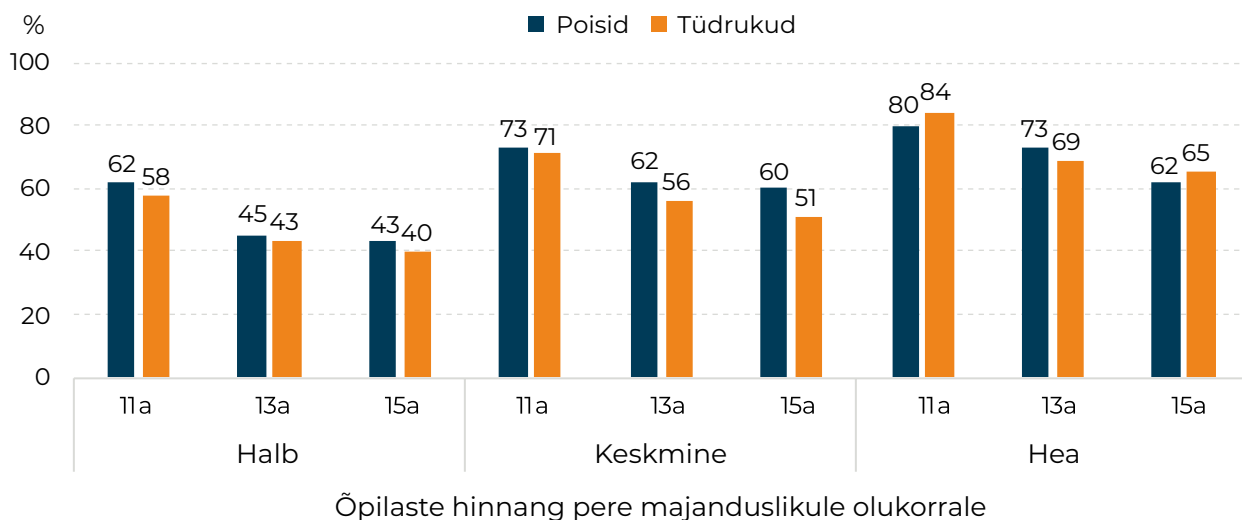
Kehaline aktiivsus väheneb märkimisväärselt nii poiste kui ka tüdrukute seas vanuse kasvades, sh nende noorte seas, kes on piisavalt aktiivsed vaid kuni kahel päeval nädalas (joonis 48). Kui rahvusvaheliselt on 11-aastastest poistest väheaktiivseid 19%, siis samavanustest tüdrukutest 23%. See erinevus suureneb veelgi vanemate vastajate seas, ulatudes 15-aastaste poiste puhul kuni 23% ja tüdrukute puhul ligikaudu kuni 36%. Niisamuti suureneb väheaktiivsete osakaal vanuse suurenedes Eesti noorte seas, kuid suurim erinevus poiste ja tüdrukute vahel on 13-aastastel noortel (5%).



**Joonis 48.** Kuni kaks päeva nädalas soovituslikul tasemel mõõduka kuni tugeva intensiivsusega kehaliselt aktiivsete noorte osakaal Eestis ja HBSC uuringu riikides keskmiselt soo ja vanuse järgi (%) 2022. Allikas: HBSC (TAI)

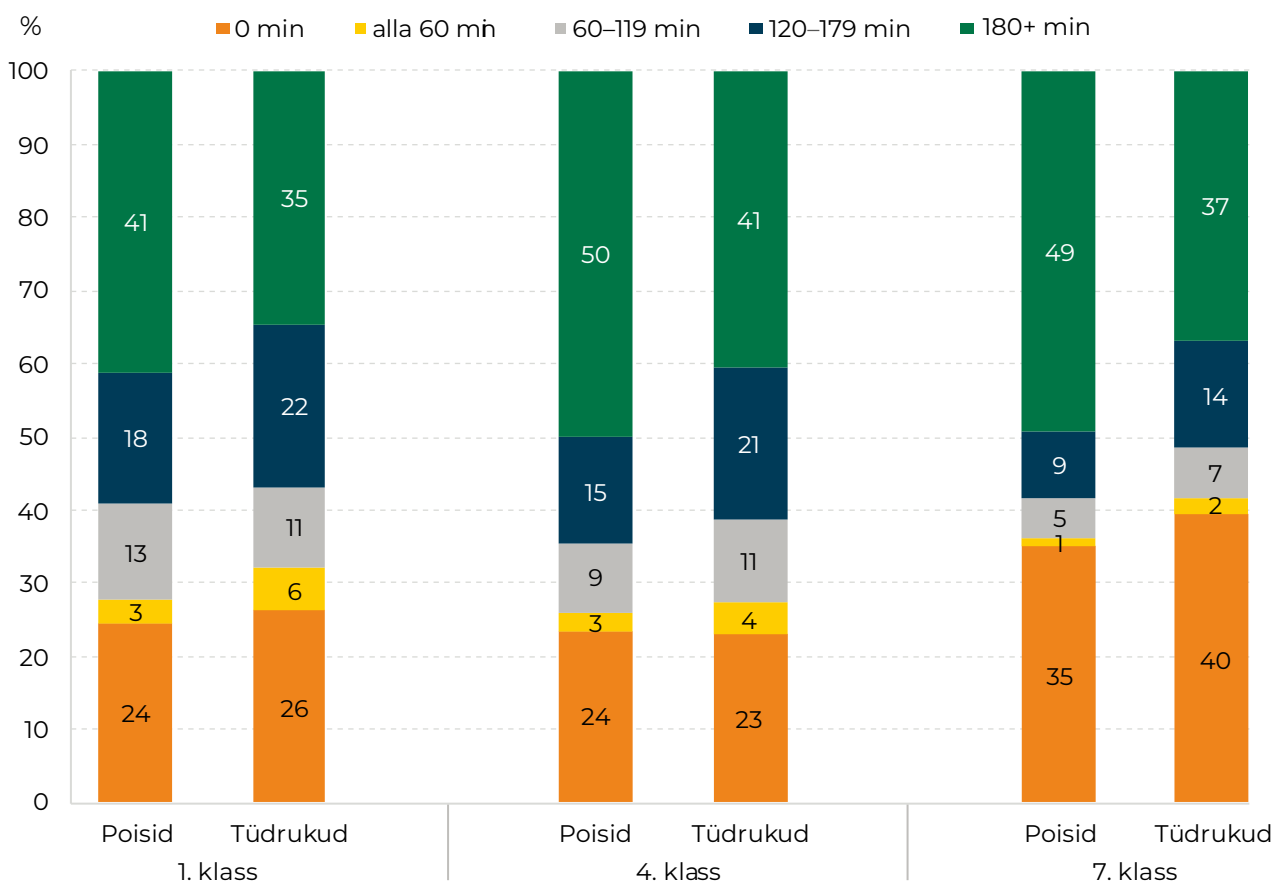
HBSC 2022. aasta uuringu andmetel osales 11–15-aastastest Eesti kooliõpilastest aktiivse tegevusega huvialaringis või treeningul 62%, sh poiste hulgas on treenijaid enam kui tüdrukute hulgas (64% vs. 60%). Treeningutel osalemine on seotud pere majandusliku olukorraga ja seda kõikides uuringu vanuserühmades (joonis 49). Oluliselt enam osaleb treeningutel noori, kes hindavad oma pere majanduslikku olukorda heaks (73%), võrreldes nendega, kes hindavad olukorda halvaks (47%).

Treeningutel osalevad Eesti noored on võrreldes treeningutel mitteosalevatega oma eluga rohkem rahul, nende hulgas on enam neid, kes hindavad oma tervist heaks või väga heaks ning kes magavad koolipäevadel piisavalt, neile meeldib rohkem koolis käia ja nende edasijõudmine koolis on parem, nad tunnevad sõprade suuremat toetust, nende hulgas on vähem alkoholi, tubakat ning kanepit tarvitanuid ning neil esineb vähem depressioonile viitavaid kurvameeluse episoodide. Samuti on treenijate hulgas vähem liigse kehakaaluga noori kui nende seas, kes regulaarselt ei treeni (Oja jt, 2023).



**Joonis 49.** Treeningutel (spordi- või tantsuringis vm aktiivse tegevusega huvialaringis) osalevate 11–15-aastaste Eesti õpilaste osakaal pere majandusliku olukorra, soo ja vanuse järgi 2022. Allikas: HBSC (TAI)

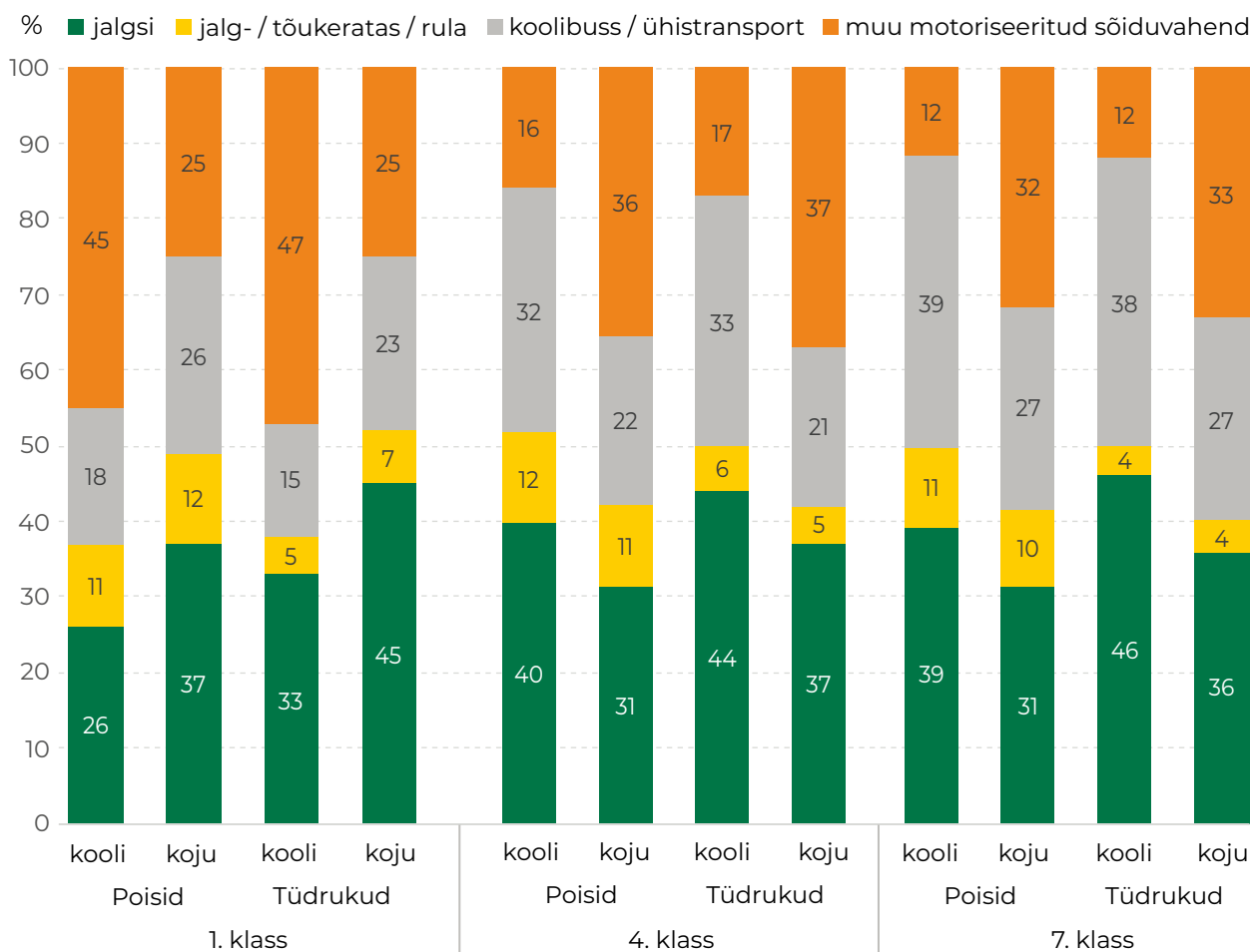
Teise 2022. aastal Eesti kooliõpilaste seas tehtud uuringu – COSI – andmetel osales umbes kolmveerand esimese ja neljanda klassi õpilastest liikumisega seotud huvitegevuses, kuid seitsmendas klassis nende osakaal märgatavalt vähenes, jäädes alla kahe kolmandiku (joonis 50). Ajaliselt veetsid poisid liikumisega seotud huviringides rohkem aega kui tüdrukud. Vanemad õpilased treenisid sagedamini: neljandas ja seitsmendas klassis oli kolm või rohkem tundi nädalas trennivaid poisse ligi 50% ja tüdrukuid umbes 40%.



**Joonis 50.** Õpilaste jaotus (%) nädala jooksul liikumisega seotud huviringides veedetud aja, soo ja vanuse järgi 2022. Allikas: COSI (TAI)

Igapäevast kehalist aktiivsust aitab suurendada ka argiliikumine. Jalgsi või motoriseerimata sõiduvahendiga (jalg- või tõukeratas, rulluisud, rula jm) läks COSI 2022. aasta andmetel kooli pea 40% esimese kuni seitsmenda klassi õpilastest (joonis 51). Umbes sama palju oli õpilasi, keda viidi kooli sõiduauto või muu motoriseeritud sõiduvahendiga, esimeses klassis (46%) oluliselt rohkem kui neljandas (36%) ja seitsmendas (32%) klassis. Koolist koju minnes oli jala või motoriseerimata sõiduvahendiga liiklejaid juba pool õpilastest, sõltumata soost või klassist. Võrreldes kooli minemisega suurenes ka nende õpilaste osakaal, kes kasutasid koju liiklemiseks ühistransporti või koolibussi, 21% asemel keskmiselt 31%. Seevastu sõiduauto või muu motoriseeritud sõiduvahendiga koju viidavate õpilaste osakaal kahanes märgatavalt vanuse kasvades (39% asemel 18%) – esimeses klassis iga neljas, neljandas klassis umbes iga kuues ja seitsmendas klassis iga kümnes õpilane.

Mõlemad teekonnad kodu ja kooli vahel läbis jalgsi või motoriseerimata sõiduvahendiga 40% õpilastest. Motoriseerimata sõiduvahendiga sõitjaid oli poiste seas kaks korda enam kui tüdrukute seas, vastavalt 11% ja 5%. Samuti oli neljanda ja seitsmenda klassi poiste seas umbes 1% neid, kes käisid koolis elektrilise jalg- / tõukeratta või -rulaga.



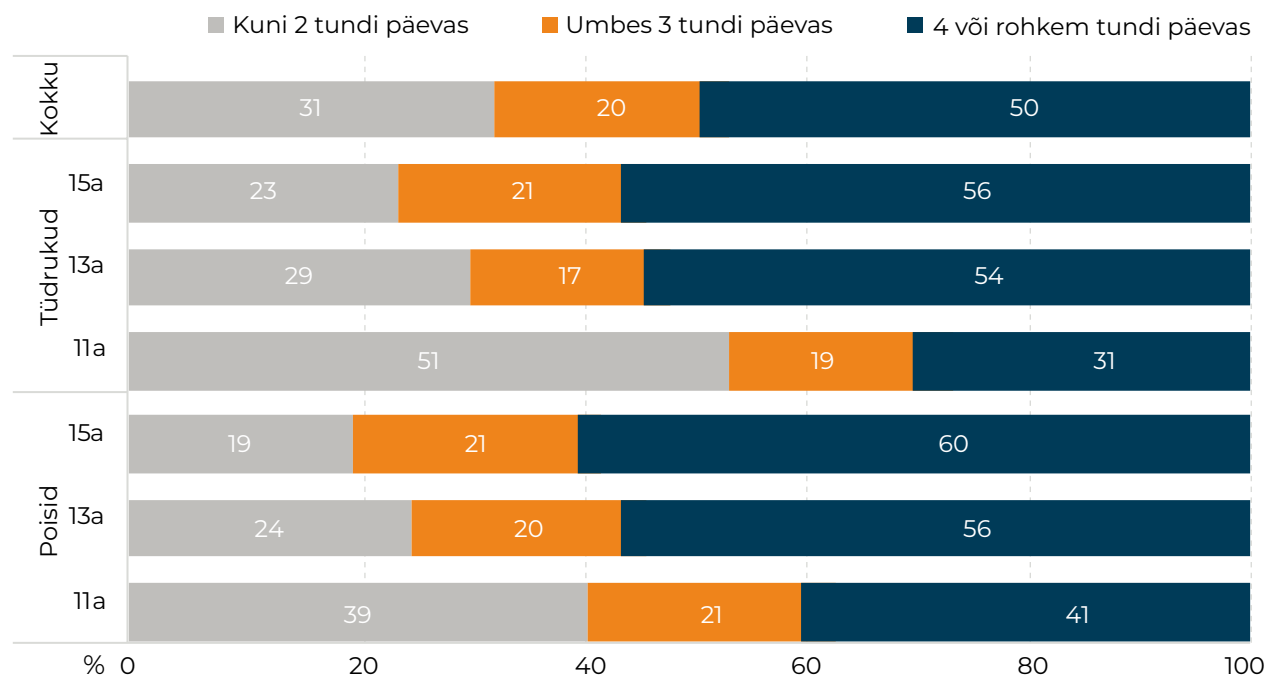
**Joonis 51.** Õpilaste jaotus kooli minemise ja koolist tulemise viisi, soo ja vanuse järgi 2022.

Allikas: COSI (TAI)

Ekraaniaeg vabal ajal viitab passiivsele ajale, mida veedetakse televiisori, arvuti, tahvelarvuti, nutitelefoniga ja muude elektrooniliste seadmete taga. Tervise huvides soovitatakse nii igapäevast istumise kui ka ekraaniaega vähendada miinimumini ja noored võiksid ekraanide seltsis veeta maksimaalselt kaks tundi päevas (Pitsi jt, 2017). HBSC andmetel veedab peaaegu kolmandik (31%) Eesti 11–15-aastastest kooliõpilastest ekraanide ees kuni kaks tundi päevas ning koguni pooled neli või enam tundi päevas, sealjuures poisid rohkem kui tüdrukud (53% vs. 47%; joonis 52). Ekraanide seltsis veedetud aeg kasvab vanusega – kui 11-aastastest on igapäevaselt üle nelja tunni päevas ekraanide taga iga kolmas, siis 15-aastastest juba üle poole noortest.



Võrreldes varasemaga on pikenenud ka koolitööle kuluv aeg arvutis: vähemalt kaks tundi päevas kasutas koolitöö tötü digivahendeid 30% Eesti õpilastest, 2018. aastal aga 19%. Poisid on aktiivsemad arvutimängude mängijad: vähemalt kaks tundi päevas mängib 77% poistest ja 41% tüdrukutest. Tüdrukud veedavad aga sagedamini aega sotsiaalmeedias: 63% tüdrukutest ja 47% poistest teevad seda vähemalt kaks tundi päevas. Kauem ekraanide ees viibivad noored magavad uuringu andmete põhjal sagedamini alla soovitusliku uneaja, nendel esineb sagedamini riskikäitumist, nad hindavad madalamalt oma tervist ja kehvemalt õppeedukust (Oja jt, 2023).



**Joonis 52.** Vabal ajal ekraaniaega (sh mängud, sotsiaalvõrgustikud, videod, internet ja / või õppeööd) kasutanud 11–15-aastaste Eesti õpilaste osakaal ekraaniaja kestuse, vanuse ja soo järgi 2022. Allikas: HBSC (TAI)

Täiskasvanute seas on neid, kes tervisesporti regulaarselt ei harrasta, viimastel aastatel aastatel umbes 25%. Soovitustele vastaval määral liigub vaid 16% 11–15-aastastest kooliõpilastest. Liikumisega seotud huviringides osalemisest võib järeldada, et põhikooli esimeses astmes on viimane aeg aktiivse treeningtegevuse püsivaks omandamiseks. Teises kooliastmes suureneb nädalas liikumisega seotud huvitegevusele kulutatud aeg ja kolmandaks kooliastmeks hakkab liikumisharjumus kinnistuma ning kujuneb tõenäoliselt välja ka see osa rahvastikust, kes liigituvad hilisemas elus väheliikva eluviisi viljelejaks.

Igapäevase argiliikumise arvelt on võimalik regulaarset kehalist aktiivsust suurendada. Ligi pooled esimese klassi õpilastest ja umbes kolmandik neljanda ja seitsmena klassi õpilastest viiakse hommikul autoga kooli. Kui ühistranspordi sõidugraafikud, koolitundide ja huviringide algus- ja lõpuajad kooskõlla viia ning kujundada avalik ruum selliseks, mis soodustab jalgsi ja jalgrattaga liikumist ning teeb väljas viibimise meeldivaks, on võimalik paljude õpilaste kehalist aktiivsust suurendada.

Aktiivne liikumine enne koolipäeva algust teeb lapsed reipamaks ja võimaldab neil keskendunult kaasa töötada juba esimesest tunnist ning parandab õppeedukust, edendab füüsilist ja vaimset tervist ning arendab iseseisvust. Ratta, rula või rulluiskudega kooli ja kodu vahel liiklemisel lisandub täiendava kasuna tasakaalu- ning keha- ja ruumitunnetus. Tulevikus on varakult omandatud harjumusel võimalikult palju igapäevatoimetusi autovabalt teha ja regulaarselt trennida suurem potentsiaal jääda püsima terveks eluks ning seeläbi suurendada tervena elatud aastaid ja vähendada ravikoormust.

# Eesti õpilaste kasvu uuring 2021/2022. õa

**COSI** - WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative

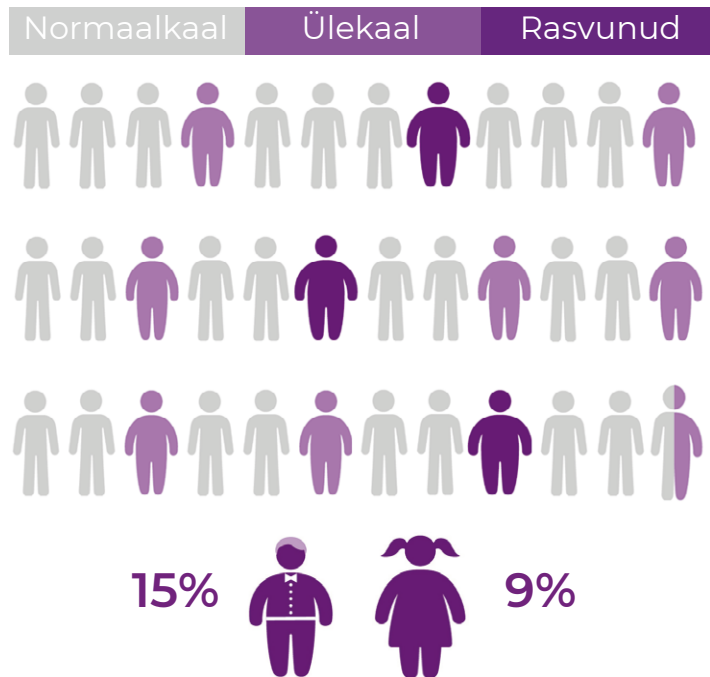


Uuringus osales 17 969 õpilast 203 kooli 1., 4. ja 7. klassidest

Liigse kehakaaluga õpilaste osakaal on aastatega suurenemas

## **i** Liigne kehakaal = ülekaalulised + rasvunud

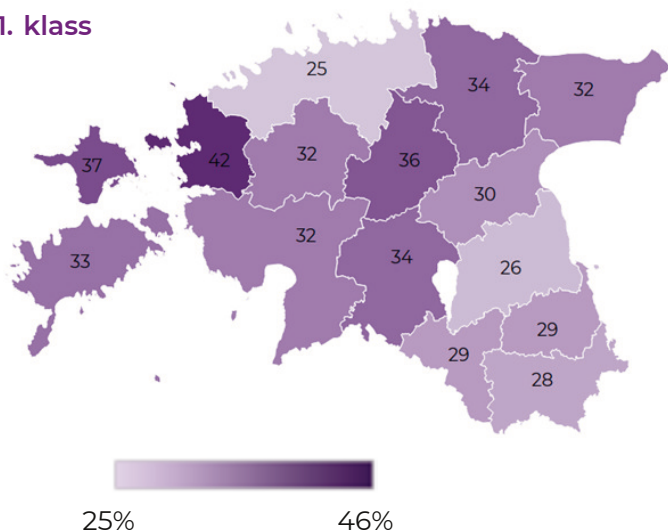
- Esimeses klassis on iga neljas (28%) õpilane liigse kehakaaluga. Üks õpilane kaheksast (12%) on rasvunud.
- Neljandas klassis on liigse kehakaaluga juba iga kolmas õpilane (35%). Üks õpilane seitsmest on rasvunud (14%).
- Seitsmendas klassis on liigse kehakaaluga 29% õpilastest. Üks õpilane üheksast (11%) on rasvunud.
- Sõltumata vanusest on rasvumine rohkem levinud poiste kui tüdrukute seas: iga seitsmes poiss ja üheteistkümnes tüdruk on rasvunud.



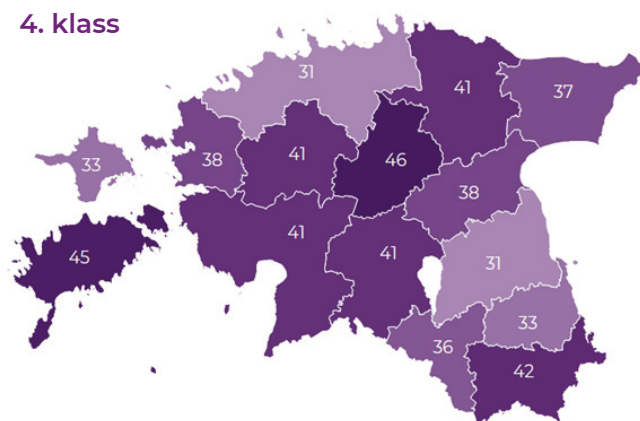
## Liigse kehakaalu levimus

- Liigse kehakaalu levimus (%) on 2022. aastal sõltumata vanusest väikseim Põhja-Eestis ehk Harjumaal. Suurema levimusega tulevad esile Lääne-Eesti ja Kesk-Eesti.

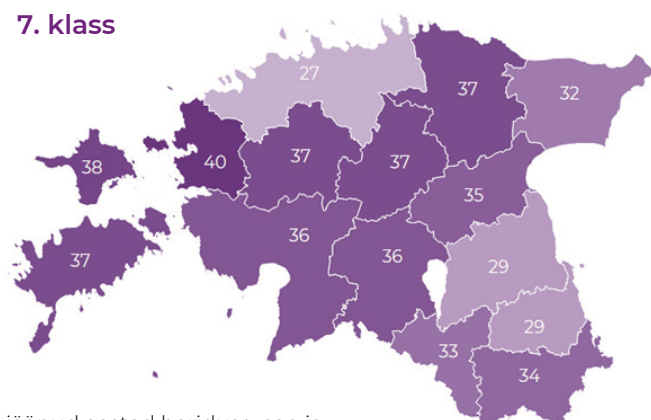
1. klass



4. klass



7. klass



# Toitumine

## ● Hommikusöögi jätab söömata



iga viies  
esimese klassi  
õpilane



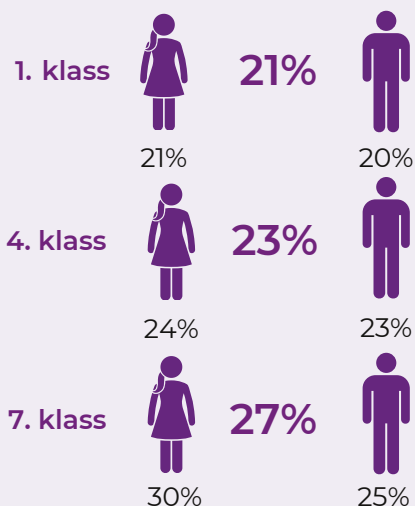
umbes iga neljas  
neljanda klassi  
õpilane



umbes iga neljas  
seitsmenda klassi  
õpilane



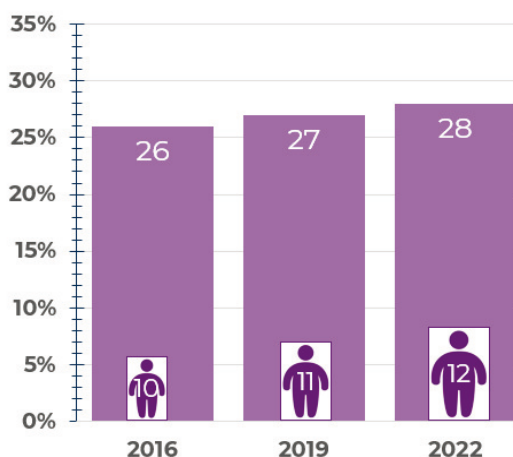
EI SÖÖ



## Muutused 2016 - 2019 - 2022

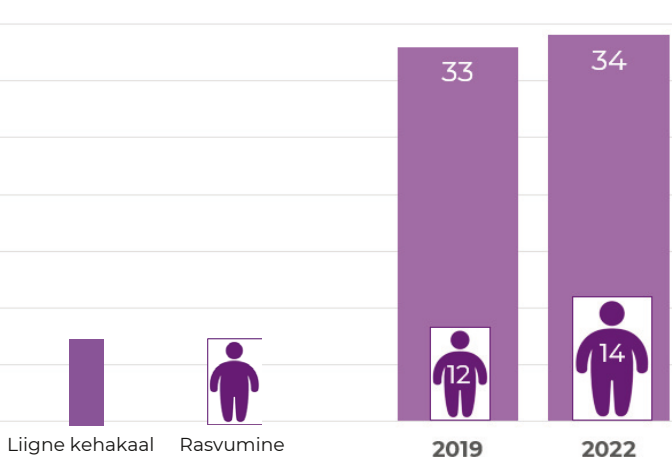
- Liigse kehakaaluga õpilaste osakaal on esimeses klassis kuue aastaga suurenenud keskmiselt 0,3% aastas, peamiselt rasvunud õpilaste osakaalu suurenemise tõttu.

1. klass



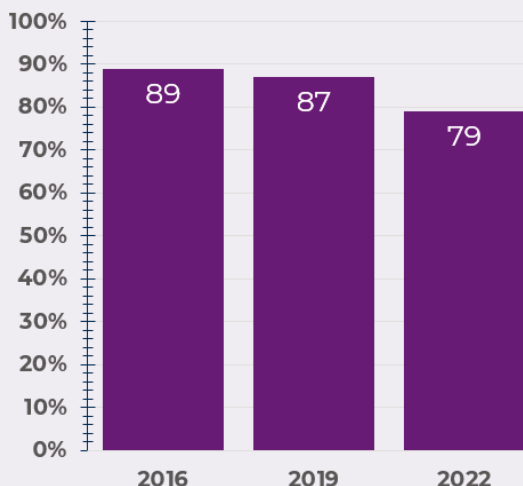
- Liigse kehakaaluga õpilaste osakaal on neljandas klassis kolme aastaga suurenenud keskmiselt 0,6% aastas, peamiselt rasvunud õpilaste osakaalu suurenemise tõttu.

4. klass



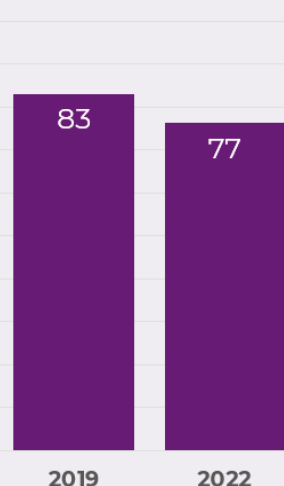
- Hommikusöögi sööjate osakaal on uuringuaastate võrdluses vähenenud.

1. klass



SÖÖB

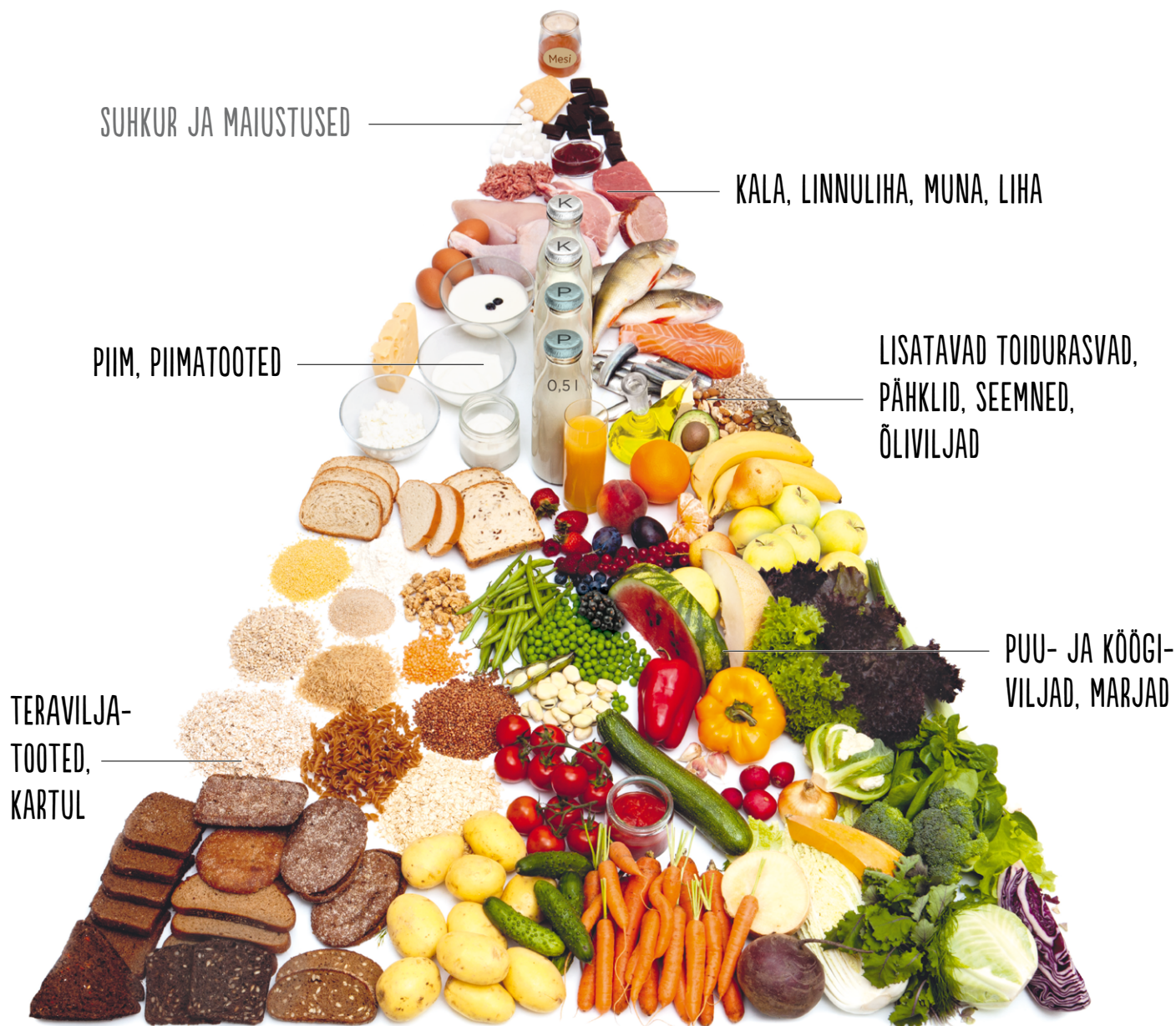
4. klass



# 6. Fookusteema – toitumine

---

Riiklike toitumis- ja liikumissoovituste (Pitsi jt, 2017) eesmärk on luua eeldused rahvastiku heale tervislikule seisundile. Need põhinevad rahvusvahelistel ja teaduspõhistel nõuannetel. Soovituste põhiolemusest annab ülevaate toidupüramiid, kus toidurühmade kogused on esitatud vahekorras, mis tagavad organismile tarvilikud toitained vajalikes kogustes. Toidupüramiidi põhiosa moodustavad viis võrdselt tähtsat toidurühma: köögiviljad, puuviljad ja marjad; tärklikerikkad toidud: teraviljatooted ja kartul; piim ja piimatooted; pähklid, seemned ja õliviljad ning lisatavad rasvad; kala, muna ja liha. Püramiidi tipus on lisaks kuues toidurühm – suhkur, maiustused, magusad ja soolased näksid – kuhu kuuluvaid toiduaineid ehk maiustoitu võib süüa harva ja väikestes kogustes.



Nädala näitlikud toidukogused 2000 kcal energiavajaduse korral.

Toidupüramiid. Allikas: TAI

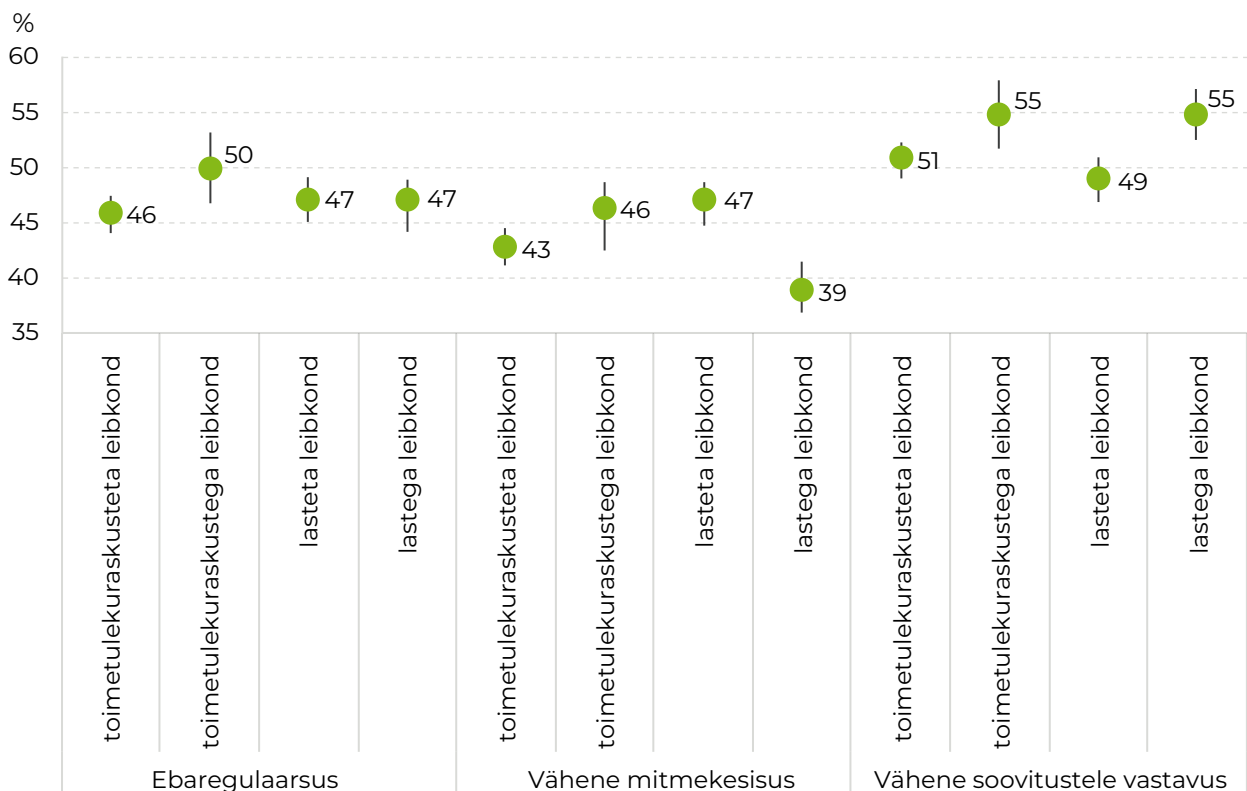
Tasakaalustatud ja tervist toetava toitumise puhul on toiduenergia tasakaalus päevase energiakuluga ja erinevate toidurühmade toidud on optimaalses vahekorras: igapäevaselt on valdav taimne toit, valgurikkaid toite ja õlivilju on menüüs väiksemas koguses, kuid regulaarselt ning rasva-, soola-, ja suhkrurikkaid toite süüakse harva. Oluline on mitmekesisus ning ka toidurühma sees tuleks tarbitavaid toite varieerida. Samuti on vajalik mõdukus ja võimalikult vähe süüa töödeldud toitu.

# 6.1 Toitumise sotsiaalmajanduslikud mõjurid

Kuigi tasakaalustatud, mitmekülgne ja regulaarne toitumine on vajalik tervise toetamiseks, võivad toitumiskäitumist mõjutada paljud välised tegurid. Sellest tulenevalt võib sotsiaalset ebavõrdsust kohata ka toitumises. Näiteks toitudesoovitustele vähesemat vastavust täheldatakse sagedamini sotsiaalmajanduslikult ebasoodsamas olukorras rahvastikurühmades, mis omakorda tõstab ülekaalu või / ja rasvumise riski (Turrell ja Vandevijvere, 2015; Løvhaug jt, 2022). Sotsiaalsete tervisemõjurite paradigmat lähtuvalt kandub ühiskondlik ebavõrdsus üle ka tervisekäitumisse, sest kui ressursse on napilt, siis on ka vähem valikuid ja võimalusi.

Eesti täiskasvanud rahvastiku toitumisharjumustes on TKU 2020. ja 2022. aasta andmete teel tuginedes suured sotsiaal-demograafilised erisused. Lisaks soost ja vanusest tingitud erinevustele lahkneb vastavus toitumise regulaarsuse, mitmekesisuse ja toidusedeli soovitude osas rahvastikurühmades vastavalt leibkonna majanduslikule olukorrale ning laste olemasolule. Kehvem majanduslik toimetulek tööealise rahvastiku seas on seotud vähese mitmekesisusega toiduvalikus, aga ka ebaregulaarse toitumisega.

Toitumise regulaarsus põhineb kolme põhisöögikorra (hommiku-, lõuna-, õhtusöök) liitindeksil, kus ebaregulaarne toitumine tähistab 1–3 toidukorda päevas harvem kui 6–7 päeval nädalas. Selliselt määratletud ebaregulaarset toitumist esines märgatavalt rohkem meestel (51,2%) kui naistel (43,7%), samuti nooremates vanuserühmades. Ebaregulaarset toitumist esines märksa enam toimetulekuraskustega (50% vs. 45,8% toimetulekuraskusteta) leibkondades (joonis 53). Lastega ja lasteta leibkondade võrdluses aga suurt erinevust ebaregulaarse toitumise levimuses ei esinenud (46,6% vs. 47,1%). Kui kohandada tulemused regressioonanalüüsis soole ja vanusele, siis ei mõjuta leibkonna toimetulek ebaregulaarset toitumist statistiliselt olulisel määral. Seevastu nendes lastega leibkondades, kes olid toimetulekuraskustes, esines 72% sagedamini ebaregulaarset toitumist, võrreldes majanduslikult toimetulevatega lastega leibkondadega.



**Joonis 53.** Toitumise ebaregulaarsuse, vähese mitmekesisuse ja soovitudele vastavuse osakaal (%; 95% CI) leibkonna tüübi järgi. Allikas: TKU2020/2022 andmed (TAI)

Süüa tuleb regulaarselt ja võimalikult mitmekesiselt. Toitumise mitmekesisust saab mõõta erinevate toiduainete söömise sagedusega viimasel seitsmel päeval. Lihtsustatult arvestatakse kuni neljast erinevast toidurühmast toitumise söömist vähe mitmekesiseks ja vähemalt viiest toidurühmast söömist mitmekesiseks toitumiseks. TKU andmetel sisaldas 2020. ja 2022. aastal Eesti täiskasvanute viimase seitsme päeva toidusedel keskmiselt 4–5 erinevat uuringus määratletud toidurühma (45,6% vastanutest) ning märksa harvem 7–8 erinevat toidurühma (12,6% vastanutest). Seejuures toitusid vähem mitmekesiselt sagedamini mehed (46% vs. 42% naised) ning noored 16–24-aastaste vanuserühmas (51,5%). Leibkonna majandusliku toimetuleku vaates ei eristunud toitumise vähenemine mitmekesisus olulisel määral (joonis 53). Küll aga ilmnes majandusliku toimetuleku ja toitumise mitmekesisuse vahel tugev seos soole ja vanusele kohandatud regressioonanalüüsis, mille järgi oli toimetulekuraskustega leibkondades vähese mitmekesisusega toidusedel 1,23 korda sagedasem kui toimetulekuraskusteta leibkondades. Tähelepanuväärne on, et toitumise vähenemine variatiivsus esines suuremal määral lasteta (47%) kui lastega leibkondades (39%), samas lastega leibkondades märgatavat seost majandusliku toimetuleku ning toitumise variatiivsuse vahel ei olnud.

Toidusedeli vastavust toitumissoovitustele Eesti 16–64-aastaste elanike seas on võimalik kaudselt hinnata, tuginedes TKU erinevatest toidurühmadest viimasel seitsmel päeval söödud toitude andmetele. Selleks kasutatakse Eesti ja rahvusvahelistel soovitusel tuginevat koondindeksit. Indeksi väärtused on vahemikus 0–9, kus suurem väärtus tähistab paremat kooskõla toitumissoovitustega. Eesti 16–64-aastasest rahvastikust 52 protsendil on nädala menüüs esindatud vähem kui neli toidurühma üheksast. Selliselt määratletud vähenemine vastavus toitumissoovitustele esines 58% meestest ja 47% naistest. Vanuseliselt eristusid kehva tulemusega 35–44-aastased (57%) ja kõige parem oli olukord 55–64-aastaste (45%) seas. Seejuures väljendus vähenemine vastavus toitumissoovitustele rohkem lastega kui lasteta leibkondades (55% vs. 49%), samuti toimetulekuraskustega leibkondades (55%), võrreldes toimetulekuraskusteta leibkondadega (51%) (joonis 53). Eelnimetatud seosed jäid kehtima ka soole ja vanusele kohandatud regressioonanalüüsis. Samas lastega vs. lasteta leibkondade võrdluses ei mõjutanud majanduslik toimetulek vastavust toidusedeli soovitusetele statistiliselt märgatavalt.

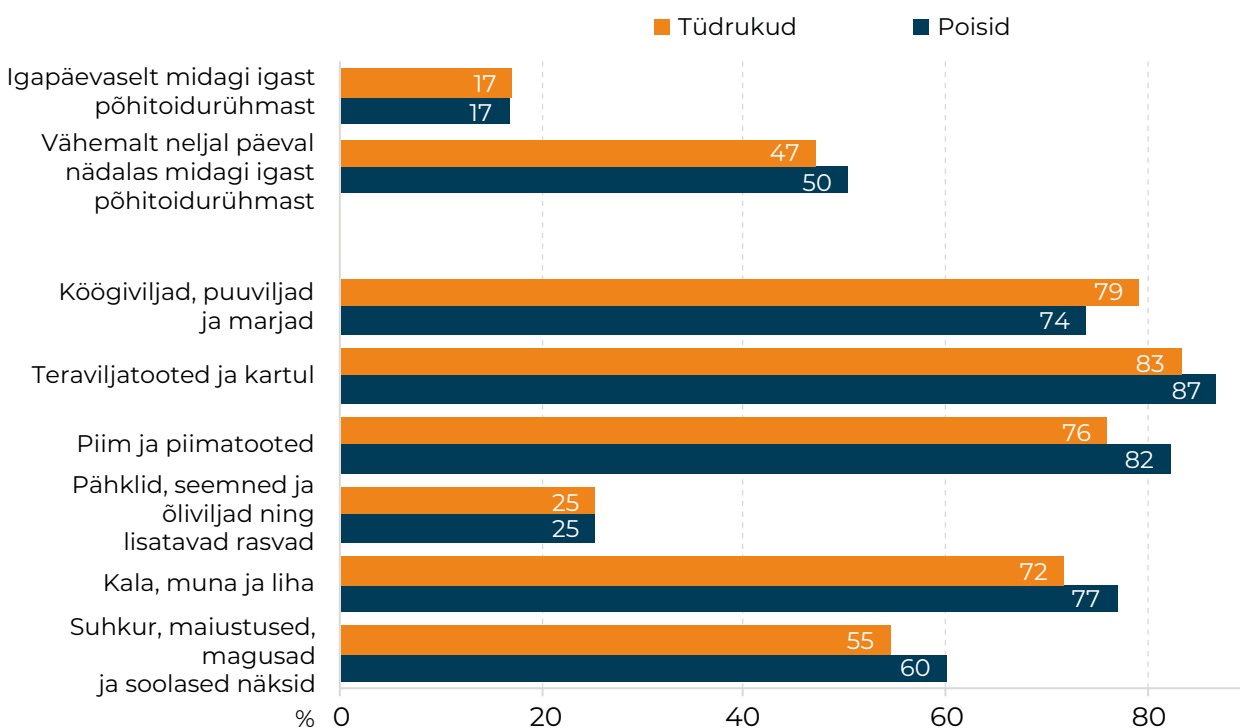
**Eesti täiskasvanud rahvastiku toitumisharjumustes on suured sotsiaal-demograafilised erisused, milles lisaks soo ning vanuse variatsioonidele erineb toitumise regulaarsus, mitmekesisus ja toidusedeli vastavus soovitusetele ka leibkonna majandusliku olukorra ja laste olemasolu järgi.**

**Keskkonna muutmisele sihitud sekkumised aitavad suunata tervislikumat toitumiskäitumist kogu ühiskonnas. Erinevalt teadlikkust suurendavatest tegevustest võivad need mõjutada rohkem just madalama sotsiaalmajandusliku staatusega inimesi, aidates ühtlasi vähendada ka tervise ebavõrdsust.**

## 6.2 Kooliõpilaste toitumismustrid

COSI 2022. aasta uuringu andmetel söi soovitude kohaselt (ehk iga päev midagi igast põhitoidurühmast) vähem kui viiendik õpilastest (joonis 54). Erinevate põhitoidurühmade puhul jäi nende igapäevase tarbimise osakaal 72–87% vahele, v.a pähklite, seemnete ja õliviljade ning lisatavate rasvade toidurühmas, mille igapäevaseid sööjaid oli vaid neljandik. Kõigi toidurühmade (erandiks köögiviljad, puuviljad ja marjad) puhul oli igapäevaselt midagi söövate poiste osakaal tüdrukutest suurem.

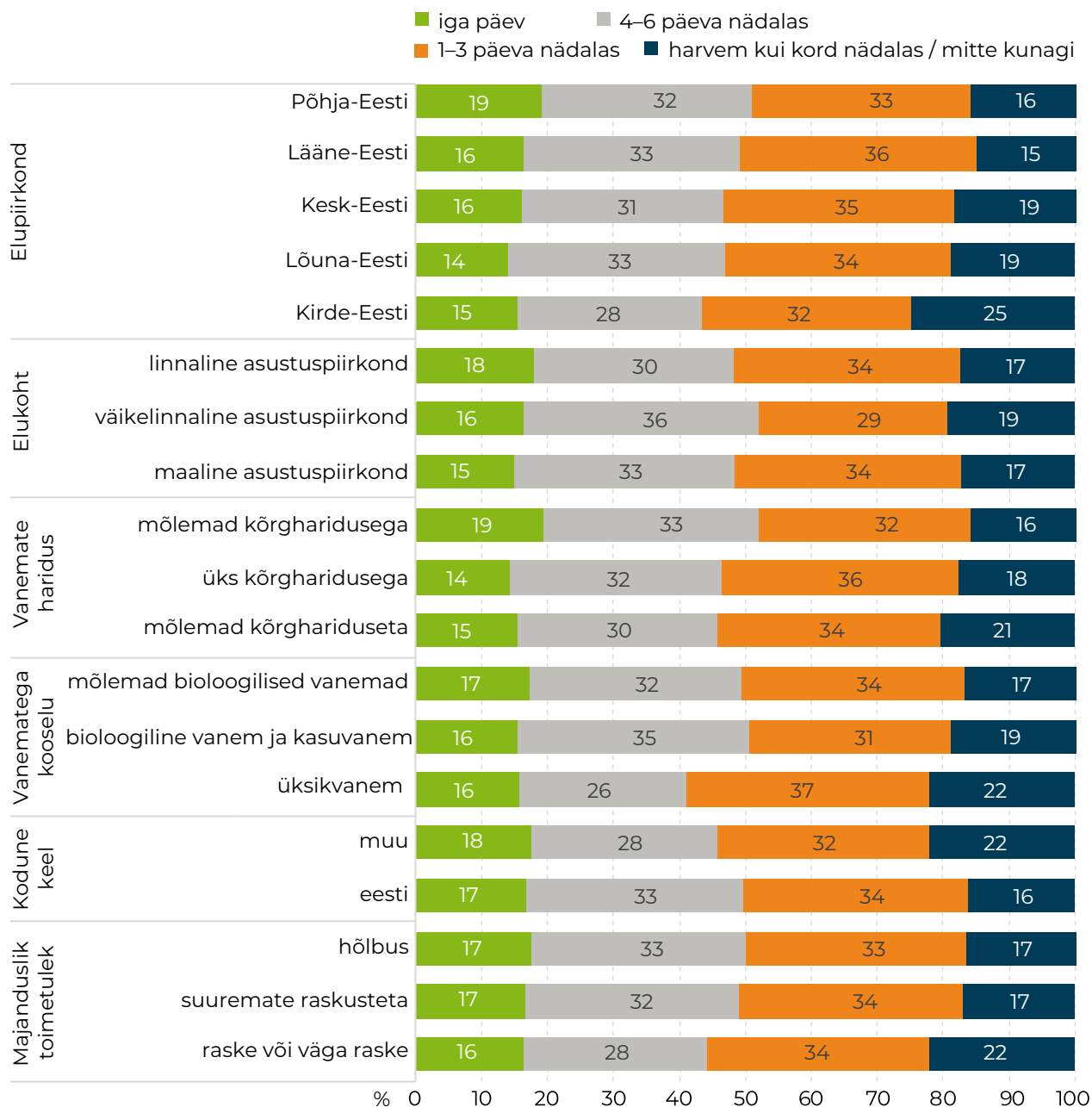
Tasakaalus toitumiseks võib lugeda ka selliseid harjumusi, kui paaril päeval nädalas piirduakse vaid taimse toiduga või jääb päeval-paaril nädalas mõnest muust toidurühmast toit söömata. Selliselt toitub umbes 50% õpilastest. Seevastu teise poole õpilaste kohta võib jätkuvalt väita, et nende toitumine ei toeta tervist.



**Joonis 54.** Erinevatest toidurühmadest igapäevaselt midagi söövate 1., 4. ja 7. klassi õpilaste osakaal. Allikas: COSI (TAI)

Sarnaselt täiskasvanutega (ptk 6.1) näitavad COSI andmed seost õpilaste söömisharjumuste ning sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike tegurite vahel. Kuigi pereküsimustikule vastajate tagasihoidliku määra tõttu tuleb suhtuda tulemustesse ettevaatlikult, näib siiski, et tervisliku ja mitmekesise toitumise seisukohast on paremas olukorras need lapsed, kes elavad Põhja-Eestis või linnalises asustuspiirkonnas, kelle mõlemal vanemal on kõrgharidus või kes elavad koos kahe bioloogilise vanemaga. Nende puhul oli kõigest põhitoidurühmadest igapäevaselt midagi söövate õpilaste osakaal suurim (joonis 55). Seevastu Kirde-Eestis, ilma kõrghariduseta vanematega peredes, üksikvanemaga või eesti keelest erinevas keelekeskkonnas kasvavate laste puhul oli suurim osakaal neil, kes söid igast põhitoidurühmast toite harvem kui kord nädalas või mitte kunagi. Pere majandusliku olukorra vaates ei olnud statistiliselt olulist erinevust toimetulekurühmade vahel, kuid raske või väga raske toimetulekuga perede laste seas oli igapäevaselt igast toidurühmast midagi söövate õpilaste osakaal väiksem ja harvem kui kord nädalas või mitte kunagi sööjate osakaal suurim.





**Joonis 55.** Kõigist põhitoidurühmadest midagi söövate 1., 4. ja 7. klassi õpilaste osakaal sageduse, sotsiaaldemograafiliste ja -majanduslike tegurite järgi<sup>5</sup>.

Allikas: COSI (TAI)

**Toitumisharjumuste edendamiseks sekkumisi kavandades on vaja kaaluda strateegiaid, mis võimaldaksid teha kehvemas sotsiaalmajanduslikus olukorras rahvastikurühmades rohkem kättesaadavaks mitmekesise toiduvaliku kõikidest põhitoidurühmadest. Keeruline majanduslik toimetulek, üksikvanemlus ja vanemate madalam haridustase on tegurid, mis näivad soodustavat koolilaste toitumisharjumuste mittevastavust toitumissoovitustele.**

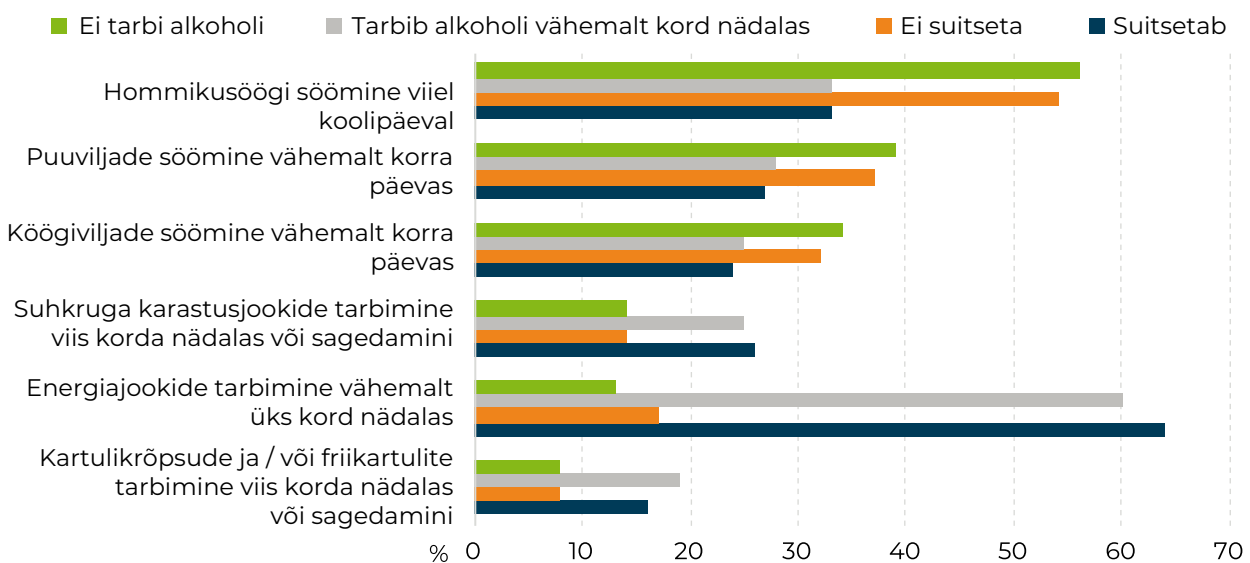
**Suunates tähelepanu lastele ja noortele on võimalik mõjutada ka nende vanemaid, vanavanemaid ja õpetajaid – ehk lastele suunatud tegevused aitavad edendada tervislikku toitumist ka teistes sihtrühmades.**

<sup>5</sup> Elukoht statistikameti linnalise, väikelinnalise ja maalise asustuspriirkonna tüübi ja klastrite määramise meetodika alusel (andmed pärinevad Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaatorist 2021v3)

## 6.3 Tervisekäitumise ja tervise seosed toitumisega

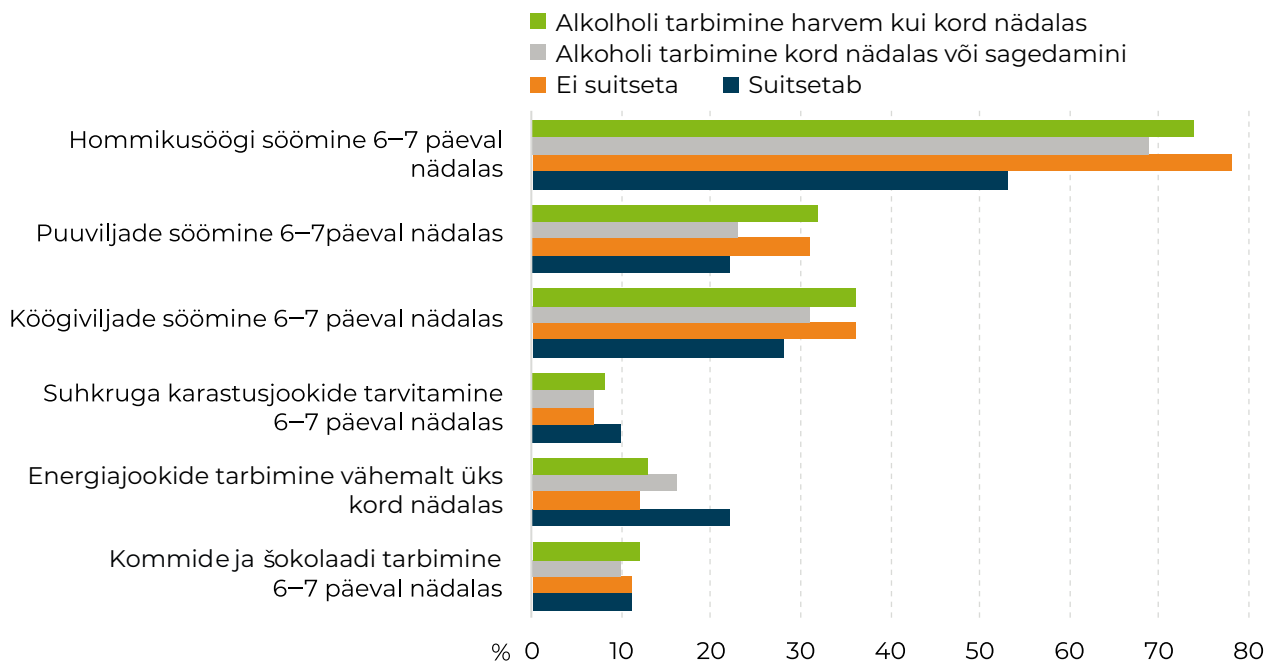
Toitumine on käitumuslik tervisemõjur, mis sarnaselt mitme teise riskikäitumise ilminguga kipub klasterduma ehk esinema sarnase profiiliga inimestel pigem koos kui eraldi (Meader jt, 2016). Mitmes uuringus on leitud, et ebatervislikud toitumisharjumused (nt karastusjookide, maiustuste ja näkside tarbimine või hommikusöögi vahele jätmine) esinevad sageli samal ajal suitsetamise, narkootikumide ja alkoholi tarvitamisega (Keski-Rahkonen jt, 2003; Östenberg jt, 2022; Neumark-Sztainer jt, 1997).

Ka HBSC andmed osutavad, et suitsetavate ja alkoholi tarvitavate noorte hulgas on märksa rohkem neid, kes koolipäevadel ei söö hommikusööki, kes tarbivad sagedamini energijooke ja suhkruga karastusjooke ning kes söövad tihemini kartulikrõpse ja / või friikartuleid. Teisalt tarbivad nad ka mittedsuitsetavatest ja alkoholi mittetarvitavatest eakaaslastest harvemini puu- ja köögivilju (joonis 56). Noorte puhul kipub energijookide tarbimine koos esinema suitsetamise ja alkoholi tarvitamisega. Õpilastest, kes ei suitseta, tarbib iga nädal energijooke 17%, seevastu suitsetajate hulgas on neid neli korda rohkem, 64%. Sama suundumust on näha ka alkoholi tarvitavate õpilaste hulgas. Õpilastest, kes ei tarvi alkoholi, tarbib iganädalaselt energijooke 13%, kuid iga nädal alkoholi tarvitajate hulgas on neid viis korda enam, 60%.



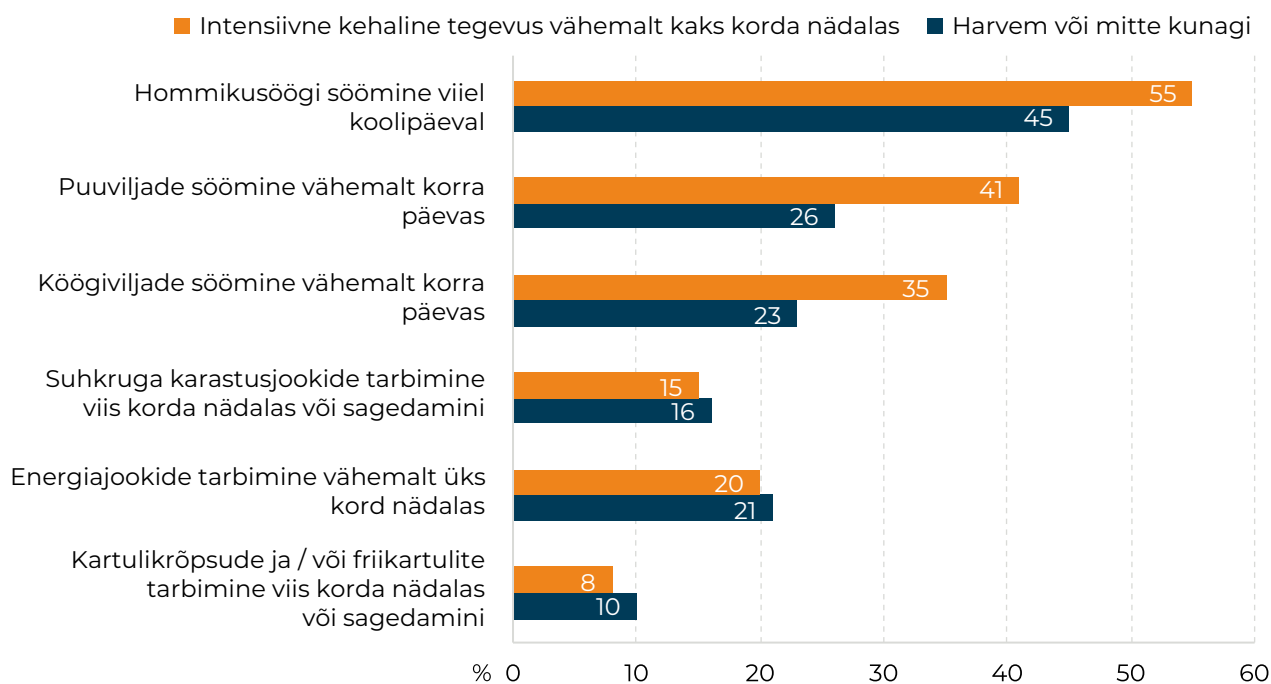
**Joonis 56.** Eesti 11–15-aastaste õpilaste toitumisharjumused seoses alkoholi tarbimisega ja suitsetamisega 2022 (%), HBSC 2021/2022. Allikas: HBSC (TAI)

Analoogne võrdlus TKU 2022. aasta andmetel Eesti 16–64-aastaste hulgas nii suurtele erinevustele ei osuta. Siiski on suitsetajate hulgas energijookide tarbijaid 22%, kuid mittedsuitsetajate hulgas 12% ehk ligikaudu kaks korda vähem (joonis 57). Täiskasvanud suitsetajate ja alkoholi tarvitajate hulgas on hommikusöögi ning puu- ja köögiviljade söömisel aga noortega sarnased tulemused: tervist hoidva käitumisega inimeste toitumine on rohkem kooskõlas tasakaalustatud toitumise põhimõtetega. Samas suhkruga ja rasvarikaste toitude söömisel on erinevused väiksemad kui noorte hulgas või puuduvad sootuks (joonis 57).



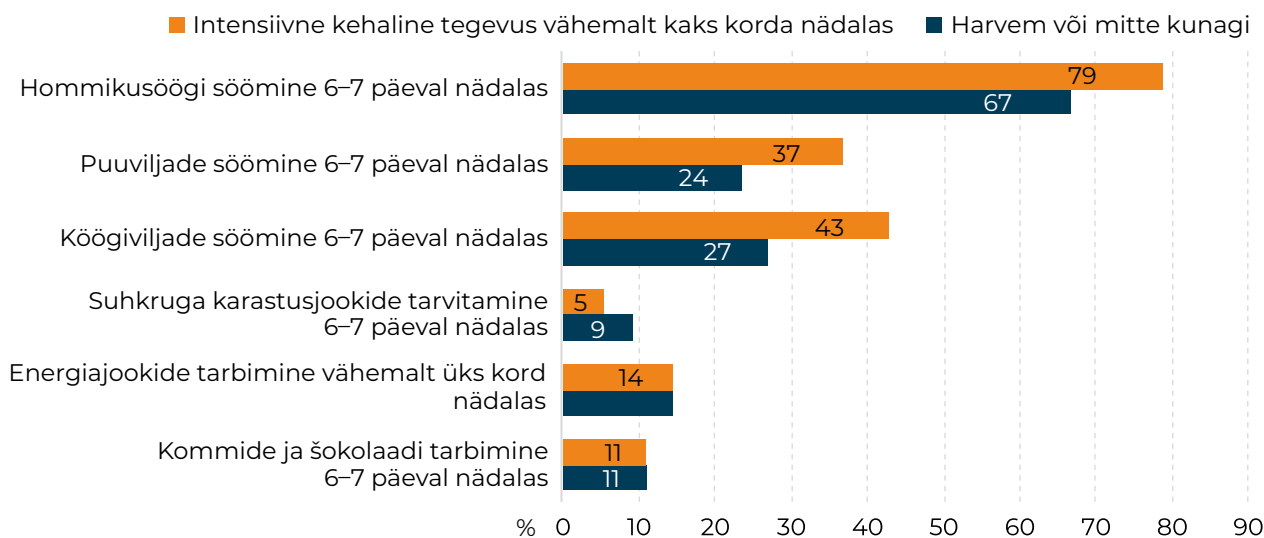
**Joonis 57.** Eesti 16–64-aastase rahvastiku toitumisharjumused seoses suitsetamise ja alkoholi tarbimisega 2022 (%). Allikas: TKU 2022 kaalutud andmed (TAI)

Sarnast tervisekäitumiste koosinemist on näha ka tervist toetavate eluviisivalikute puhul. Vähemalt kaks korda nädalas intensiivse kehalise tegevusega hõivatud noorte hulgas on märksa rohkem neid, kes söövad enamasti hommikusööki ja sagedamini puu- ja köögivilju, kui nende seas, kes ei ole nii sageli intensiivselt kehaliselt aktiivsed (joonis 58). Kui vähemalt kaks korda nädalas intensiivse kehalise tegevusega hõivatud õpilaste hulgas on igapäevaseid puuviljade sööjaid 41%, siis vähem intensiivse tegevusega seotud õpilaste hulgas on see näitaja kolmandiku võrra väiksem, 26%. Samuti on 16–64-aastaste seas kehaliselt aktiivsemate inimeste hulgas rohkem neid, kes söövad puu- ja köögivilju sagedamini ning söövad iga päev hommikusööki (joonis 59).



**Joonis 58.** Eesti 11–15-aastaste õpilaste toitumisharjumused ja kehaline aktiivsus 2022.

Allikas: HBSC (TAI)

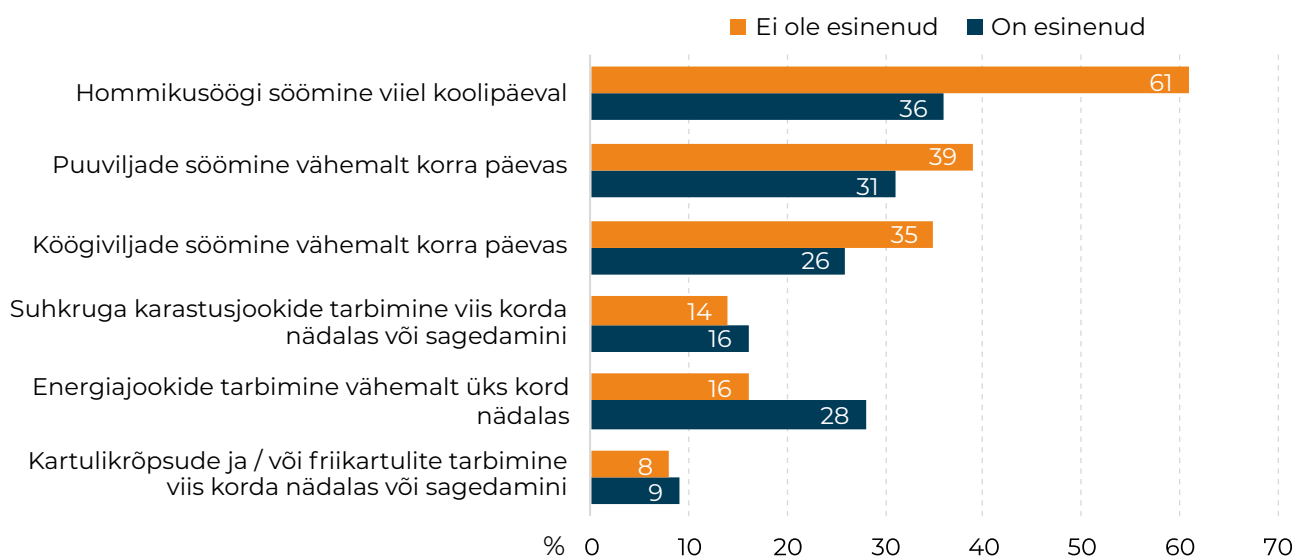


**Joonis 59.** Eesti 16–64-aastase rahvastiku toitumisharjumused ja kehaline aktiivsus 2022.

Allikas: TKU2022 kaalutud andmed (TAI)

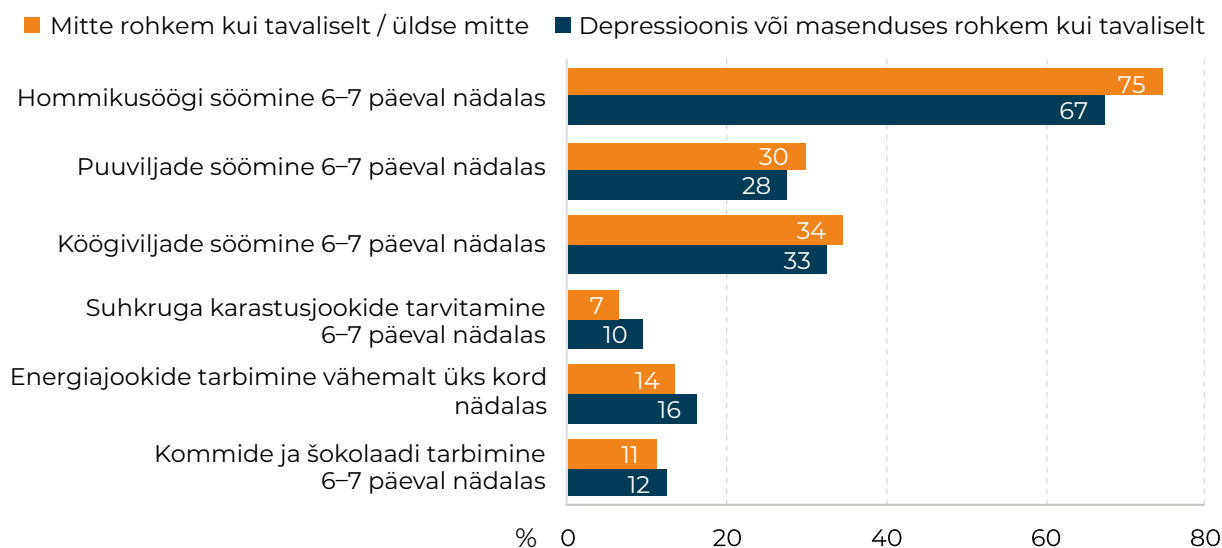
Nii suurenenud kui ka vähenenud söögiisu koos võimaliku kaalutõusuga on ühelt poolt depressiooni oluline diagnostiline sümptom (Vasar, 1995), teisalt toetavad regulaarsed ja tervislikud toitumisharjumused toimetulekut vaimse tervise probleemidega ning aitavad kaitsta nende tekke eest (Adjibade jt, 2018; Akbaraly jt, 2013; Collin jt, 2016; Ljungberg jt, 2020). See tähendab, et ilmselt on seosed toitumisharjumuste ja vaimse tervise probleemide vahel kahesuunalised: regulaarne ja tervislik toitumine aitab toime tulla ja kaitseb vaimse tervise probleemide eest, kuid isumuutuste ja harjumuste muutuse taga võivad olla ka vaimse tervise probleemid, millega tegeledes paraneb samal ajal ka toitumiskäitumine (Ljungberg jt, 2020).

HBSC andmetest on näha, et nende õpilaste hulgas, kellel on viimase 12 kuu jooksul esinenud depressiivseid episoode, on märksa rohkem neid, kes koolipäevadel ei söö hommikusööki ning kes tarbivad energiajooke vähemalt korra nädalas. Depressiivseid episoode mitte kogunud õpilaste seas sööb koolipäevadel igapäevast hommikusööki 61%. Seevastu nende hulgas, kellel esines viimasel 12 kuul depressiivseid episoode, oli igapäevaseid hommikusöögi söejaid vaid 36% (joonis 60). Nii tüdrukud kui ka poisid, kes ei söönud regulaarselt hommikusööki, kogesid kaks korda sagedamini pikemaajalisi depressiivseid perioode võrreldes kooliõpilastega, kes ei jätnud hommikusööke vahele. Samuti võib soovituslikust vähem köögi- ja puuvilju söönud õpilastel esineda 1,3–1,5 korda rohkem depressiivseid episoode (Vorobjov jt, 2023).



**Joonis 60.** Eesti 11–15-aastaste õpilaste toitumisharjumused viimasel 12 kuul depressiivsete episoodide kogemise järgi 2022. Allikas: HBSC (TAI)

Täiskasvanutel on mitmed toitumist kirjeldavad näitajad seotud tihedalt vaimse tervisega. Ka 16–64-aastaste seas on näha, et depressiivsete sümptomitega inimeste seas on hommikusöögi sööjaid vähem, võrreldes nendega, kellel ei ole depressiivsust esinenud (67% vs. 75%) (joonis 61). Eesti inimarengu aruandes käsitletud täiskasvanute tervisekäitumise ja vaimse tervise seoste analüüs (Reile, 2023) osutas, et täiskasvanutel, kel jääb toidukordi vahele rohkem kui kahel päeval nädalas, esineb tõenäolisemalt nii stressi, depressiivsust, üleväsimust kui ka enesetapumõtteid. Samuti esineb neil inimestel, kes söövad sageli (6–7 päeval nädalas) suhkrurikkaid toite, enesetapumõtteid ja üleväsimust rohkem kui neil, kes söövad suhkrurikkaid toite harvem.



**Joonis 61.** Eesti 16–64-aastase rahvastiku toitumisharjumused depressiivsuse kogemise alusel. Allikas: TKU2022 kaalutud andmed (TAI)

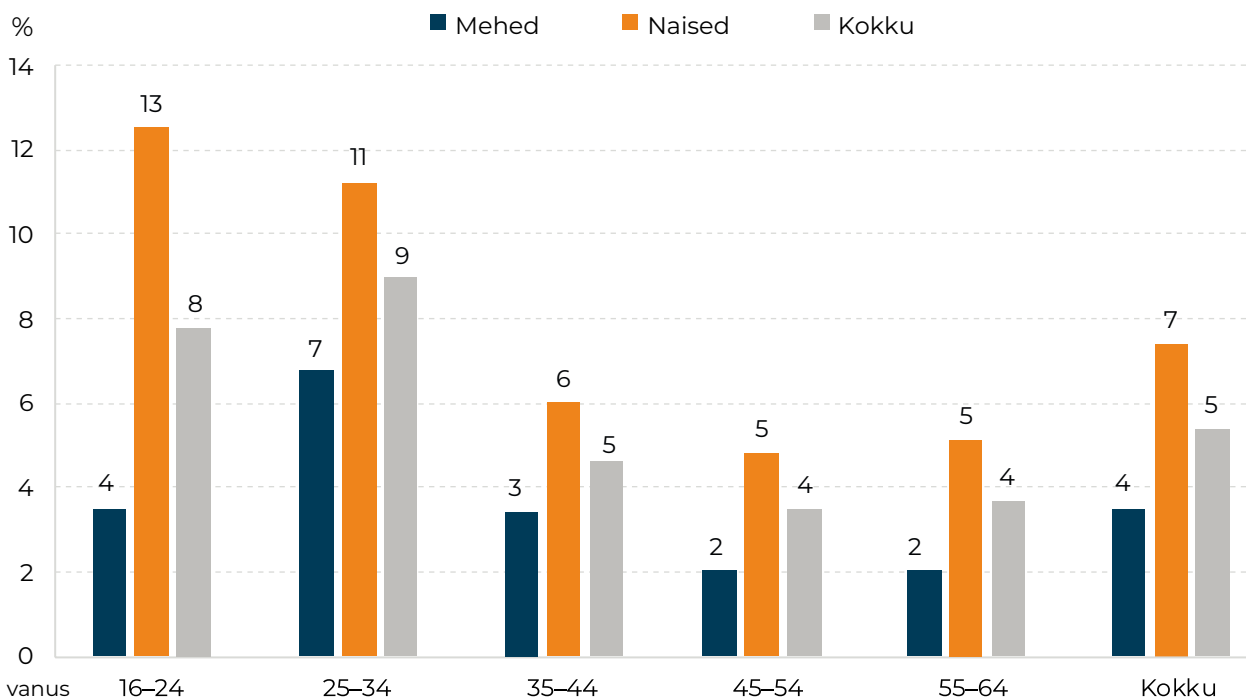
**Erinevate uuringute andmetel joonistuvad teatud mustrid. Tervist hoidva käitumisega inimeste toitumisharjumused on nii noorte kui ka täiskasvanute seas rohkem kooskõlas tasakaalustatud toitumise põhimõtetega. Tervist toetavad valikud aitavad ennetada haigusi. Samas mõjutab nii tervislikku kui ka riskeerivat käitumist suuresti toodete ja teenuste kättesaadavus, erinevaid valikuid soosiv ja võimaldav või takistav õpi-, töö-, elu- ja sotsiaal-kultuuriline keskkond ning ühiskonnas levinud hoiakud. Sellest johtuvalt on vaja luua keskkond, kus võimalikult lihtne oleks teha tervislikke valikuid ning keerulisem tervist mittetoetavaid valikuid.**

## 6.4 Taimetoitlus

Taimetoitluse all mõistetakse toitumisviisi, kus toiduvalikust on jäetud välja suurem osa või kõik loomsed toiduained. Enamasti jäetakse toiduvalikust välja liha ja kala ning nendest valmistatud tooted, kuid rangemate vormide puhul ka piimatooted ning muna. Täistaimetoitluse ehk veganluse puhul jäetakse toiduvalikust välja kõik loomset päritolu toiduained (Dagnelie jt, 2017).

Järjest enam on ilmunud uuringuid, mille põhjal saab väita, et taimetoitlaste söömisharjumused võivad tagada täisväärtusliku toitainete saadavuse ja olla paljuski tervislikumad kui segatoiduliste omad (Allès jt, 2017; Clarys jt, 2014; Parker ja Vadiveloo, 2019; Vasiloglou jt, 2023). Taimetoitlusel võib olla positiivne mõju erinevatele südameveresoonehaiguste ja ka mitme teise kroonilise haiguse muudetavatele riskiteguritele. Näiteks on leitud, et taimetoitlaste seas on vähem probleeme rasvumisega, neil on reeglina madalam kehamassiindeks ja väiksem vööümbermõõt (Dinu jt, 2017; Matsumoto jt, 2019; Melgar jt, 2023).

Taimetoitlasi ja veganeid oli TKU andmetel 2022. aastal 5,4% Eesti 16–64-aastasest rahvastikust. Valdav osa neist peab ennast taimetoitlaseks, kitsamalt veganina määratleb end neist ligikaudu viiendik. Taimetoitluse levimus erineb märgatavalt soo ja vanuse järgi – selgelt eristuvad 16–34-aastased naised, kelle seas on taimetoitlasi / veganeid rohkem kui kümnendik (joonis 62).

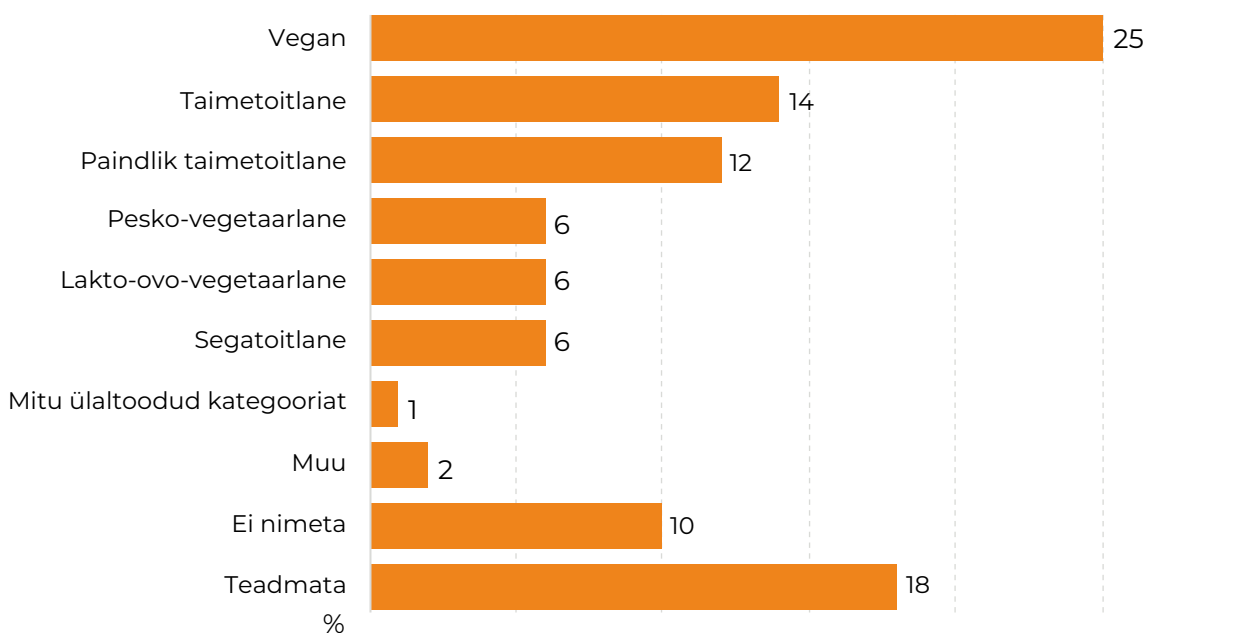


**Joonis 62.** Taimetoitlaste või veganite osakaal soo ja vanuse järgi 2022. Allikas: TKU (TAI)

TAI korraldatud taimetoitlaste uuringu eeluuringusse kutsuti 2019. aastal osalema taimetoitlasi. Osalenud 2864 inimesest väitis iga neljas (25%), et ta on täistaimetoitlane (joonis 63). Erinevate taimetoitluse vormide alla liigitas end 39% vastanutest: 14% ei täpsustanud oma toitumisviisi, 12% oli paindlikke taimetoitlasi, kes söövad vähesel määral kõiki loomseid toite, 6% oli pesko-vegetaarlasi ehk kala söövaid taimetoitlasi ja sama palju ka lakto-ovo-vegetaarlasi ehk neid, kellel on loomsest toidust laual piimatooted ja muna ning 1% oli neid, kes määratlesid end kuuluvana mitmesse erinevasse rühma. Segatoidlasi oli 6% ning muu (2%) alla liigitasid näiteks toortoitujad, freeganid ehk tasuta toidu tarvitajad (nad kas vahetavad, otsivad ära visatud toitu või kasvatavad ise), intuiitsed ehk tunde järgi sööjad,

laktoosi- või gluteenivabad veganid, keto- jmt eridieetide pidajad. Oma toitumiseelistusi ei määratlenud 10% vastajatest ja 18% jättis küsimuse vastamata.

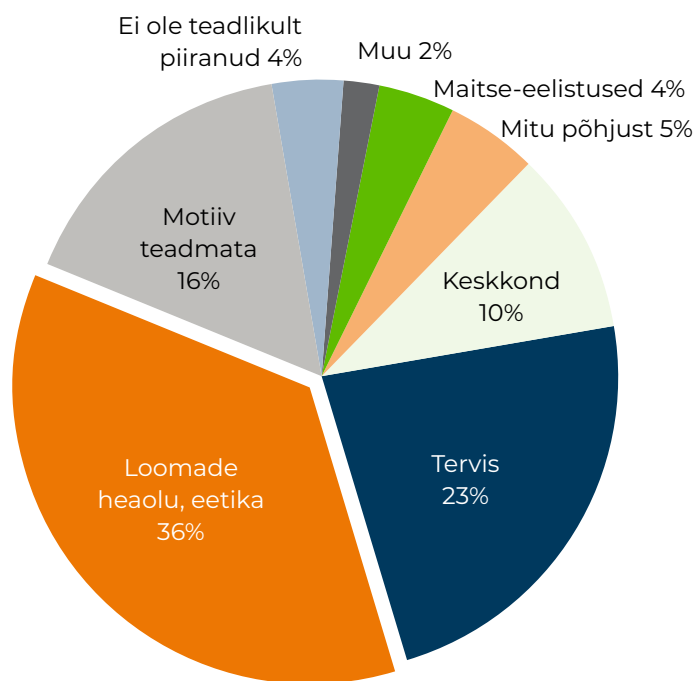
Kõrvutades taimetoitluse enesemääratlusi loomse toidu tarbimise sagedusküsimustiku tulemusega osutus rangema jaotuse põhjal veganiteks (ei söö muna, piimatooteid, kala, liha ega lihatooteid) 22% ja leebema jaotusega (sööb mainitud tooteid harvem kui kord kuus) 27%. Lakto-ovo-vegetaarlasi oli rangema jaotuse kohaselt 17% ja harvem kui kord kuus sööjaid oli 19% ning pesko-vegetaarlasi oli vastavalt 17% ja 16%. Lihased sööjaid oli kokku 29%, sh 7% söi liha harvem kui kord kuus. Kindlat toitumisviisi ei olnud sagedusküsimustiku põhjal võimalik määratleda 16% vastajatest.



**Joonis 63.** Erinevate taimetoitluse viiside levimus (%), mugavusvalim loomset päritolu toidu söömist piiravate inimeste leidmiseks 2019. Allikas: taimetoitlaste uuringu eeluuring (TAI)

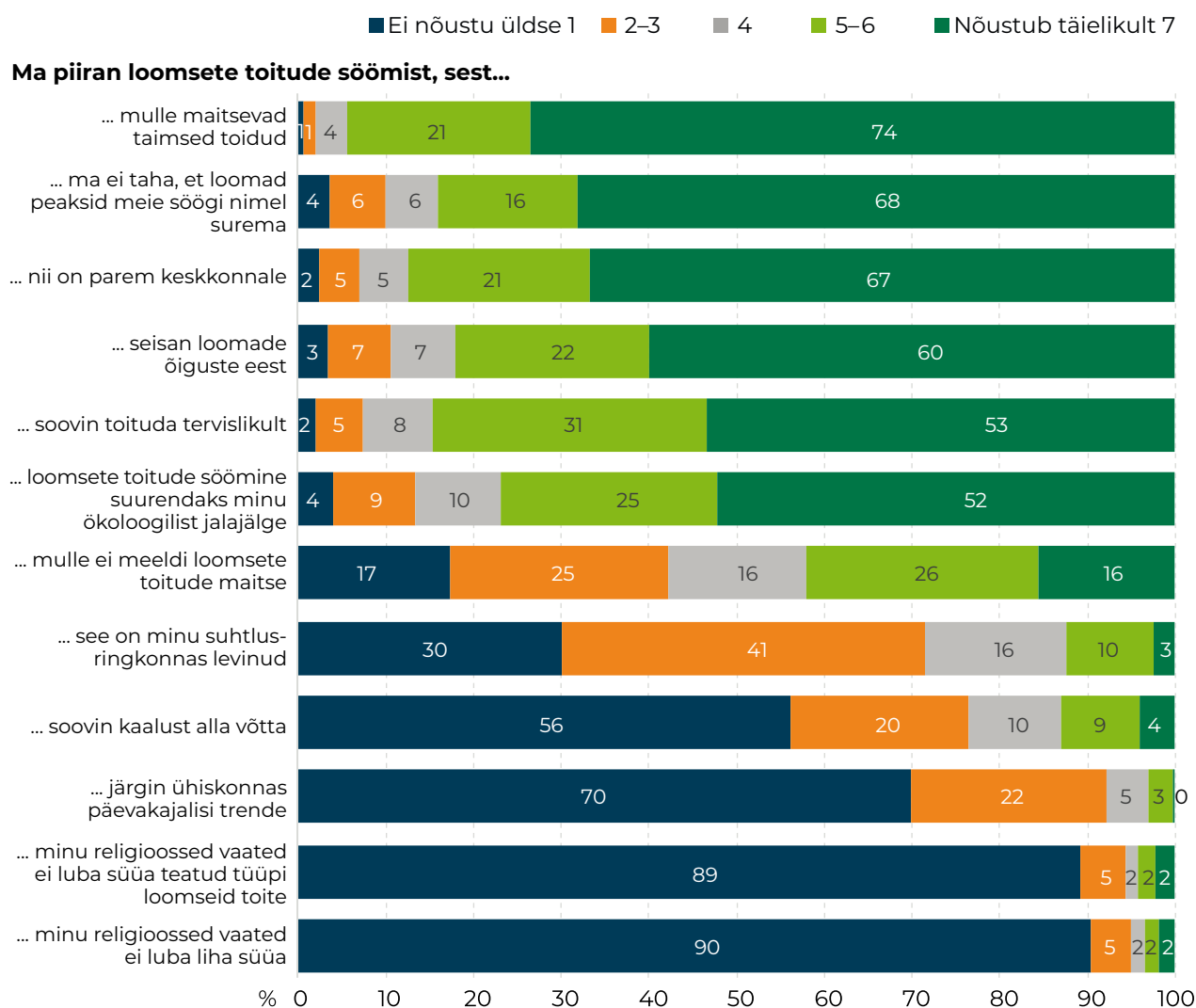
Suurem osa (61%) uuringus osalenutest olid olnud taimetoitlased vähemalt kaks aastat, sh 22% vähemalt viis aastat ja 10% vähemalt kümme aastat. Üleminek segatoidult erinevatele taimetoitluse viisidele on toimunud kas järk-järgult loomsete toitude söömist vähendades, piiranguid lõdvendades (44%) või kõiki muudatusi kohe järgima asudes (35%).

Põhjusi, miks inimesed loomsest toidust täielikult või osaliselt loobuvad, on mitmeid. Peamised motiivid loomse toidu piiramisel olid loomade heaolu ja eetika (36%), tervislikud (23%) ja keskkonnaga seotud (10%) põhjused (joonis 64). Järgnesid mitme erineva põhjuse olemasolu (5%) ja maitse-eelistused (4%) ning oli neidki, kes väitsid, et nad ei ole teadlikult oma toitumist loomse toidu osas piiranud (4%). Muude põhjuste (2%) all toodud vastused liigitusid omakorda viie piiritletava rühma vahel: spirituaalsed, religioossed, majanduslikud, teiste eeskujud, uudishimu.



**Joonis 64.** Loomse toidu piiramise motiivid 2019. Allikas: taimetoitlaste uuringu eeluuring (TAI)

Peamise motiivi kõrval uurisime 7-pallise skaala abil, kuivõrd osalejad nõustuvad erinevate väidetega loomse toidu söömise piiramisel. Enamik (95%) nõustus (skaala 5–7), et taimsed toidud on maitsvad, sh ligi kolmveerand vastanutest skaala maksimaalse tulemusega. Vaid paar protsenti möönis, et ei nõustu selle väitega (joonis 65). Teised väited, millega enamik soostus, olid seotud keskkonna, ökoloogilise jalajälje, loomade elu ja õiguste eest seismisega ning ka vastaja enda tervisega. Võrdsest 42% oli neid, kes nõustusid (skaala 5–7) või ei nõustunud (skaala 1–3), et loomsete toitude maitse ei meeldi. Religioossed vaated ja ühiskonna päevakajaline trendikus ei osutunud väideteks, mis põhjendaksid loomsete toitude piiramist. Ühepalju (13%) oli neid, kes nõustusid, et loomseid toite piirates saab kehakaalu langetada ja neid, kes samastusid suhtlusringkonnas levinud harjumusega.



**Joonis 65.** Loomse toidu piiramise väidetega nõustumine (%) 2019.

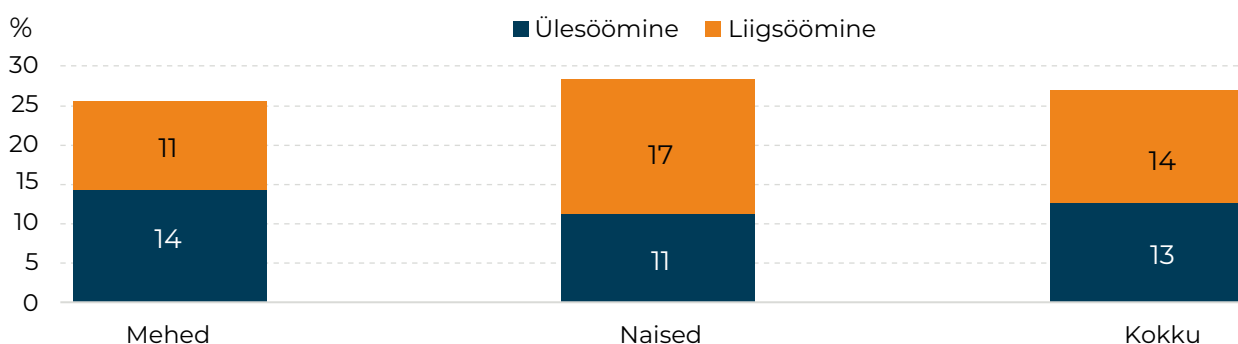
Allikas: taimetoitlaste uuringu eeluuring (TAI)



## 6.5 Häirunud söömiskäitumine

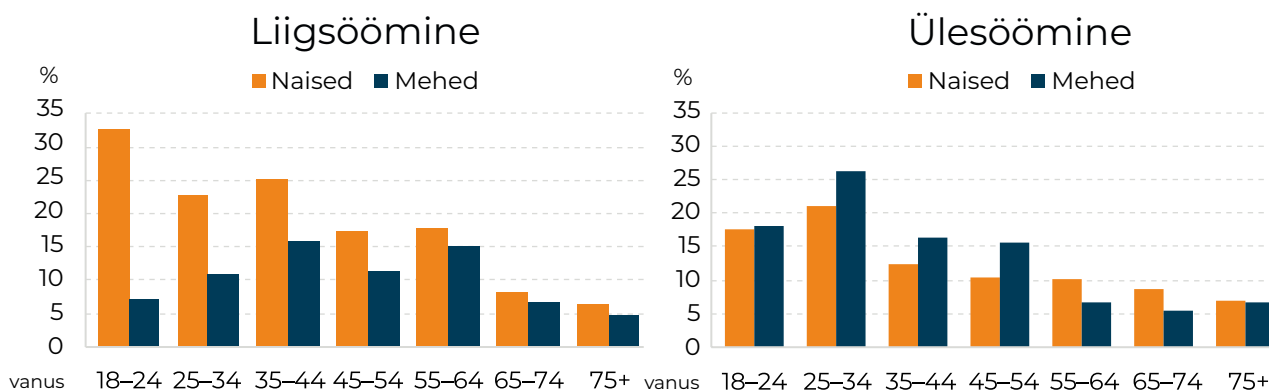
Häirunud söömiskäitumise ilmingud – näiteks üle- ja liigsöömine, söömise piiramine kehakaalu kontrollimise eesmärgil, kehakuju ja -kaalu ületähtsustamine – on söömis- ja muude vaimse tervise häirete ja ülekaalu tekkimise riskifaktor.

Söömishood jaotatakse teaduskirjanduses üldistatult kaheks: ülesöömishood ja liigsöömishood (Goldschmidt, 2017). Ülesöömishood viitavad toiduga liialdamisele, mida eelkõige seostatakse suurenenud ülekaalulisuse ja rasvumise riskiga, liigsöömishood aga kätkevad endas lisaks ülesöömisele ka tajutud kontrollitunde kadumist söömise üle, mida peetakse juba tõsisemaks häirunud söömiskäitumise näitajaks. Just viimane on omane söömishäiretele. RVTU andmetel esineb ligi 12,7 protsendil täiskasvanutest ülesöömist ja 14,3 protsendil liigsöömist (joonis 66). Kokkuvõttes on ligi kolmandikul Eesti täiskasvanutest esinenud viimase kolme kuu jooksul üle- või liigsöömist.



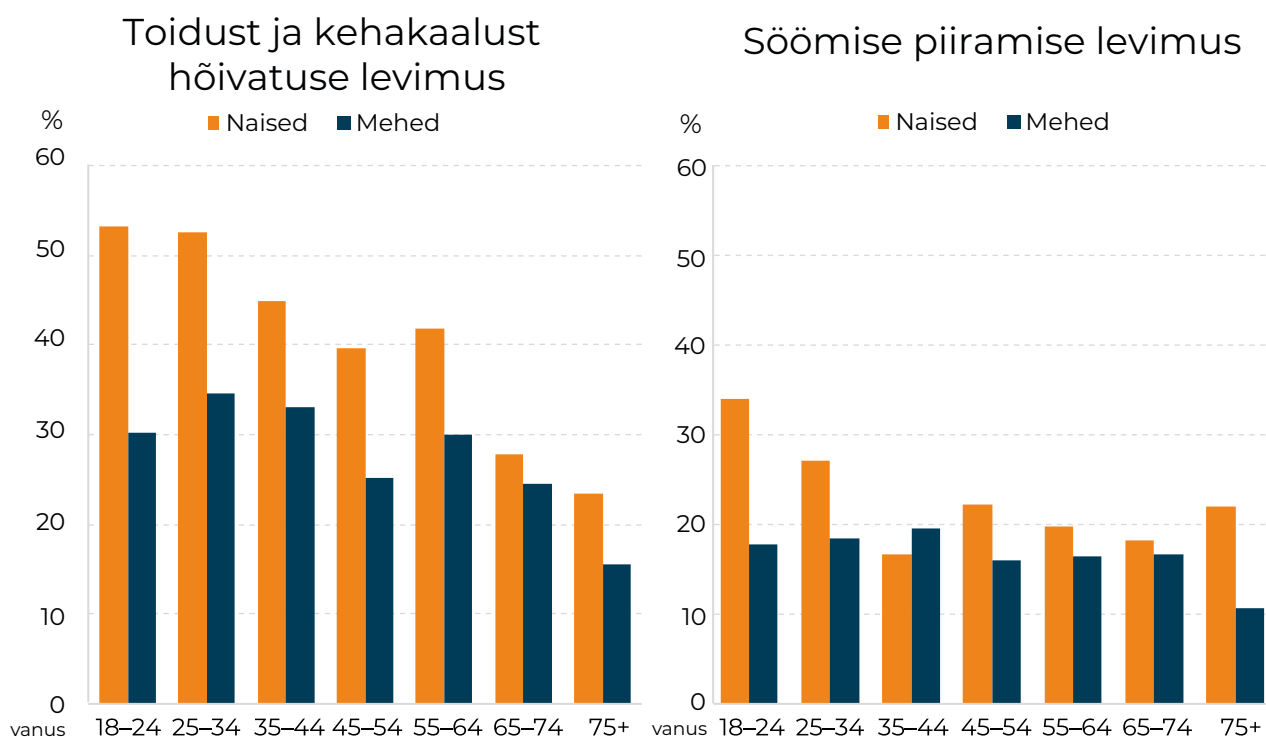
**Joonis 66.** Üle- ja liigsöömise levimus meeste ja naiste seas 2021. Allikas: RVTU I laine (TAI)

Soo ja vanuserühmade võrdluses on üle- ja liigsöömise levimuses märkimisväärsed erinevused (joonis 67). Nii meeste kui ka naiste seas on näha, et vanemates vanuserühmades esineb üle- ja liigsöömist vähem kui nooremates ja keskmistes vanuserühmades. Märkimisväärne on liigsöömise kõrge levimusmäär 18–24-aastaste naiste hulgas (33%), samas vanuses meeste seas on vastav levimus vaid 7%. Suured soolised erinevused liigsöömise esinemises on ka 25–34- ja 35–44-aastaste seas. Need tulemused ühtivad mujal maailmas tehtud uuringutega, kus on leitud, et söömishäiretele omaseid liigsöömishooge esineb enim just naiste ning nooremate vanuserühmade seas (Ward jt, 2019). Ülesöömise puhul ei näi olevat meeste ja naiste lõikes suuri erinevusi vanuserühmiti, v.a trend, et meeste seas üldiselt esineb rohkem ülesöömist ning naiste seas liigsöömist. Seda suundumust on täheldatud ka mujal maailmas (Carey jt, 2017).



**Joonis 67.** Liigsöömise ja ülesöömise levimus meeste ja naiste seas vanuserühmade lõikes 2021. Allikas: RVTU I laine (TAI)

Häirunud söömiskäitumise ilmingute hulka kuuluvad ka söömise piiramine ning ülemäärane mõtlemine toidust ja kehakaalust ehk hõivatus toidust ja kehakaalust<sup>6</sup>. RVTU andmetel on nii söömise piiramine kui ka hõivatus toidust ja kehakaalust rohkem levinud nooremates vanuserühmades, kuigi erinevused vanuserühmade vahel on võrreldes üle- ja liigsöömisega pigem väikesed (joonis 68). Samuti on naiste seas söömise piiramine ja hõivatus toidust ja kehakaalust märksa suurema sagedusega kui meestel. See on kooskõlas mujal maailmas tehtud uuringutega (Ward jt, 2019) ning viitab naiste suuremale riskile söömishäirete väljakujunemiseks. Näiteks esineb 18–24-aastastel naistel söömise piiramist 34%, kuid samas vanuses meestel 18%, hõivatust toidust ja kehakaalust on aga 53% naistest ning 30% samas vanuses meestest. Siiski on ka meeste seas näha söömise piiramist ja kehakuju ületähtsustamist, mis varasemate uuringutega sarnaselt viitavad söömishäirete ja häirunud söömiskäitumise kasvutrendile ka meeste hulgas (nt Gorrell jt, 2019).



**Joonis 68.** Toidust ja kehakaalust hõivatuse ja söömise piiramise levimus meeste ja naiste seas vanuserühmade lõikes 2021. Allikas: RVTU I laine (TAI)

Üle- ja liigsöömise väljakujunemisel on mitmeid psühholoogilisi riskitegureid, neist olulisemad on näiteks märkimisväärne söömise piiramine ehk dieedipidamine (Goldschmidt jt, 2012), oma kehakuju ja -kaalu ületähtsustamine ning raskused emotsioonide reguleerimisel. Viimase puhul kasutab inimene söömist selleks, et tulla toime oma negatiivsete tunnetega (Brockmeyer jt, 2014).

Sarnaseid üle- ja liigsöömise riskitegureid kinnitavad ka RVTU andmed<sup>7</sup>. Nimelt on viimase kolme kuu jooksul suurem risk kogeda üle- või liigsöömishoogusid naistel ja neil inimestel, kel on suurem hõivatus toidust ja kehakaalust ning kes kogevad emotsioonide reguleerimise raskusi. Hõivatus toidust ja kehakaalust suurendab söömishoogude esinemise riski lausa 4,6 korda, emotsioonide regulatsiooni raskused aga 1,4 korda. Kuigi ka söömise piiramine suurendab märgatavalt riski üle- ja liigsöömiseks, muutub selle mõju ebaoluliseks, kui arvesse võtta juba eespool mainitud riskitegurid.

<sup>6</sup> RVTU-s küsimused: „Kas Te olete (viimase kolme kuu jooksul) oma söömist märkimisväärselt piiranud?“ ning „Kas Te olete (viimase kolme kuu jooksul) veetnud märkimisväärselt palju aega kehakaalust ja toidust mõeldes?“

<sup>7</sup> Analüüs viidi läbi logistilise regressioonimudeli alusel, toetudes RVTU I uuringulaine andmetele.

Üle- ja liigsöömishoogusid, mis on seotud ülekaalulisuse ja söömishäirete riskiga, esineb täiskasvanud rahvastikus ligi kolmandikul inimestest, nii meeste kui naiste seas. Üle- ja liigsöömishoogude kui ka häirunud söömiskäitumise muude tunnuste levimus on kõrgeim nooremates vanuserühmades, mis viitab, et ennetustöö selles valdkonnas tuleks suunata noorukitele ja noortele täiskasvanutele. Eriliselt tähelepanu väärivad noored naised, kelle puhul söömise piiramine, hõivatus toidu ja kehakaaluga seotud mõtetest ning liigsöömishoogude levimus, on eriti kõrge. Häirunud söömiskäitumise ennetuses võiks ühelt poolt pöörata tähelepanu noorte kehakuvandi parandamisele ning välimuse ja kehakaalu subjektiivse olulisuse vähendamisele, teisalt aga õpetada noortele kasulikke emotsioonide reguleerimise viise, aitaksid neil tulla oma emotsioonidega toime muul moel kui söömise abil.

## 6.6 Toidukeskkond

Tervist toetavate toiduvalikute tegemisel mängib suurt rolli toidukeskkond ehk füüsiline, majanduslik, poliitiline ja sotsiaalne-kultuuriline kontekst, milles tarbijad otsustavad, kuidas ja millist toitu hankida, valmistada ja tarbida (HLPE, 2017). Kui tervist toetavad valikud on hõlpsasti ja kõigile kättesaadavad, siis on neid märksa lihtsam teha ning need muutuvad automaatseteks ehk vaikevalikuteks. Tervist toetavamad toiduvalikud ja -eelistused panustavad ajapikku tervisenäitajate paranemisse. Tervist toetav toidukeskkond aitab märgatavalt pidurdada tervise ebavõrdsuse süvenemist erinevate rahvastikurühmade vahel. Lisaks tervist toetavate valikute kättesaadavusele on toiduvalikute puhul muu hulgas tähtsad tegurid inimeste üldine tervisealane kirjaoskus, toidukaupade reklaam ja turundus.

Kõige rohkem mõjutab toitumise turundus lapsi. WHO avaldas 2022. aastal toitaineliste kriteeriumite profiili, mis aitab klassifitseerida sööke ja jooke lastele suunatud turundamisel sobivaks või mitesobivaks (WHO, 2023). Eestile kohandatud profiil on aluseks Eesti ringhäälingute liidu kohustuslikule tegevusjuhendile, mis on kasutusel alates 2023. aastast (ringhäälingute liit). Juhend reguleerib paraku vaid tele- ja raadioreklaami ning kahjuks näitab eelmisel aastal WHO Eesti tellitud Tartu Ülikooli jälgimisuuring, et viis kuud pärast juhendi kehtima hakkamist olid lastele sobimatud toidureklaamid endiselt teleekraanidel. Ligi kolmandik lastele näidatud reklaamidest olid toidu- ja joogireklaamid ning 69% nendest ei sobi WHO juhiste järgi antud sihtrühmale (WHO, 2024b). Eneseregulatsioonide nõrka toimimist on leitud ka rahvusvahelistes uuringutes (Kelly jt, 2019).

Et suunata elanikke tasakaalustatult toituma, tuleb viia ellu süsteemseid tervist edendavaid tegevusi. Rahvatervishoiu sekkumisi aitab kavandada tervisevaldkonnas laialt aktsepteeritud tervisemõjurite püramiid (joonis 69), mille alumine tasand tähistab tegevusi, millel on mõju kogu rahvastikule ning mis nõuavad kõige vähem individuaalset pingutust. Püramiidi tipus on aga tegevused, millel on väiksem mõju kogu rahvastiku tervisele, kuna need nõuavad suurel määral üksikisikute tegutsemist.



**Joonis 69.** Tervisemõjurite püramiid (*The health impact pyramid*). Allikas: Frieden, 2010

Hiljuti avaldatud maailma vähiuuringute fondi (WCRF) riiklike toitumispoliitikaid hindava indeksi alusel ei antud Eestile hinnangut „väga hea“ üheski kategoorias, hinnang „hea“ omistati vaid avalikkuse teadlikkuse tõstmise jaotuses (WCRF). Sellest võib järeldada, et enamik Eestis kehtivatest poliitikatest on suunatud sekkumistegevuste püramiidi tipule ehk tegevustele, mis nõuavad suuremat individuaalset pingutust ja on väiksema mõjuga kogu rahvastiku tervisele. Seega on Eestil veel palju arenguruumi, et kujundada poliitikat, mis toetaks tasakaalustatud toitumist ja aitaks niiviisi ennetada paljusid mittenakkushaigusi. Viimastel aastatel on siiski hakatud pöörama üha rohkem tähelepanu toidukeskkonda muutvatele tegevustele.

## Poliitikaaindeksi tulemuste liigitus

(Poliitikakujunduskriteeriumide üksikasjalik kirjeldus on esitatud [poliitikaülevaates](#))

✘ Ühtegi poliitikat pole määratletud

● Vastab kuni 25% poliitikakujundusest

● Vastab kuni 50% poliitikakujundusest

● Vastab kuni 75% poliitikakujundusest

● Vastab kuni 99% poliitikakujundusest

● Vastab kõigile soovituslikele standarditele

N	Toitained pakendi tagaküljel	●	S	Koolide ümbruses asuvaid toitlustusettevõtteid käsitlevad planeerimispiirangud	✘	
	Pakendi esikülje etiketid	✘		Toitlustusettevõtete planeerimispiirangud	✘	
	Hoiatussildid	✘		Algatused tervislikuma toidu kättesaadavuse suurendamiseks kauplustes ja toitlustusettevõtetes	✘	
	Toitumislaste väidete eeskirjad	●		H	Meetmed toidutootjate toetamiseks, et suurendada tervislikku toitu ja vähendada ebatervislikku toitu tarneahelas	✘
	Tervisealaste väidete eeskirjad	●			Meetmed toiduainete tootjate toetamiseks, et suurendada tervislikku toitu ja vähendada ebatervislikku toitu tarneahelas	✘
O	Koolides pakutav toit ja jook, sealhulgas piirangud ebatervislikele toiduainetele	●	Meetmed toiduainete jaemüüjate toetamiseks, et suurendada tervislikku toitu ja vähendada ebatervislikku toitu tarneahelas		✘	
	Suhkruga magustatud jookide pakumisega seotud meetmed koolides	✘	Juhtimisstruktuurid mitut sektorit hõlmava / sidusrühmade kaasamise jaoks		✘	
	Puu- ja köögivilja edendavad initsiatiivid koolides	●	Toitumisstandardid riigihangete puhul	✘		
	Koolide vahetus läheduses saadaval olev toit ja jook	✘	Linnapõllumajanduse toetamine tervishoiu- ja planeerimispoliitikas	✘		
U	Ebatervislik toit koolivälistes kohtades	●	Kogukonnapõhine toidutootmine	✘		
	Tervishoiuga seotud toidumaksud või -tariifid	✘	I	Toidupõhiste toitumissuuniste väljatöötamine ja nendest teavitamine	●	
		Sissetulekuga seotud toetused või algatused tervisliku toidu taskukohasuse ja kättesaadavuse suurendamiseks		✘	Avalikkuse teadlikkus, massimeedia ja teavituskampaaniad ning sotsiaalne turundus tervisliku toitumise kohta	●
Sihitud toetused või algatused tervisliku toidu taskukohasuse ja kättesaadavuse suurendamiseks		●		N	Toitumislane nõustamine ja nõustamine tervishoiuasutustes	●
R	Reklaami kaudu noortele suunatud turundus	●	Toitumislane nõustamine ja nõustamine kooli tervishoiu kabinetis		✘	
	Otseturundus noortele	✘	G	Toitumislane kasvatus õppekavades	●	
	Turundus läbi sponsorluse noortele	✘		Koolitus pedagoogidele	●	
	Noortele suunatud turundus müügipunktide kaudu	✘		Koolitus tervishoiutöötajatele	●	
	Noortele suunatud turundus tootepaigutuse ja brändingu kaudu	●	Toiduvalmistamise oskused	✘		
	Noortele suunatud turundus tootedisaini ja pakendamise kaudu	✘	Koolitus koolides toidu kasvatamiseks	✘		
	Turundus koolides ja/või nende ümbruses	●	Koolitus toitlustajatele	✘		
I	Konkreetsete toitainete piiramine või eemaldamine toiduainetest	✘				

Märkus. Aja jooksul poliitikamaastik igas riigis areneb. Need tulemused kajastavad meie teadmisi 2023. aasta maikuu seisuga.

Viimaseid tulemusi ja täiendavat tehnilist teavet poliitikaaindeksite kohta leiate meie veebilehelt: [wcrf.org/our-policy-work](http://wcrf.org/our-policy-work)

Tagasiside ja soovituslikud muudatused tuleks saata e-posti aadressile: [policy@wcrf.org](mailto:policy@wcrf.org). Lisateavet projekti CO-CREATE kohta leiate veebiaadressil: [co-create.eu](http://co-create.eu)

[1] Poliitikaaindeks: [wcrf.org/nutrition-policy-index](http://wcrf.org/nutrition-policy-index)

[2] Poliitika andmebaas: [policydatabase.wcrf.org](http://policydatabase.wcrf.org)



Seda projekti on rahastatud Euroopa Liidu teadusuuringute ja innovatsiooni programmi Horizon 2020 toetuslepingu nr 774210 alusel.

See dokument kajastab üksnes autorite seisukohti ja Euroopa Komisjon ei vastuta selles sisalduva teabe võimaliku kasutamise eest.



See materjal on reprodutseeritud maailma vähiuuringute fondi NOURISHING ülevaatest [www.wcrf.org/policy/nutrition-policy/nutrition-policy-snapshots/](http://www.wcrf.org/policy/nutrition-policy/nutrition-policy-snapshots/) (WCRF).

## 6.6.1 Toidu reformuleerimine ehk toidu koostise parendamine

Toidu reformuleerimise eesmärk on muuta inimestele lihtsamaks toitumine riiklike soovitude järgi, parendades toidu koostist. Reformuleerimise puhul peetakse eelkõige silmas soola-, lisatud suhkrute, küllastunud rasvhapete ja energiasalduse vähendamist toitude koostises. Need on rahvastiku tervise seisukohalt tähtsad toitumisega seotud mõjutegurid. Soola, lisatud suhkruid ja küllastunud rasvhappeid rohkelt sisaldavate toitude saadavuse vähendamine aitab pidurdada toitumisega seotud mittenakkushaiguste ja liigse kehakaalu kasvu (Euroopa Liidu Nõukogu, 2016; European Commission, 2009). Näiteks on leitud, et toidu reformuleerimine on toitumisest tulenevate terviseriskide vähendamiseks tõhusam võimalus kui kampaaniad tarbija teadlikkuse tõstmiseks (Griffith jt, 2014; Spiteri ja Soler, 2018).


Reformuleerimise tegevuste kavandamiseks ja eesmärkide seadmiseks konkreetsete toidurühmade lõikes ning toidukäitlejate tehtavate muudatuste jälgimiseks ja hindamiseks on vajalik teada, mil määral sisaldavad toidud soola, suhkruid ja küllastunud rasvhappeid. Sellise kaardistuse Eesti jaekauplustes pakutavate toitude kohta tegi TAI esmakordselt 2018. aastal. Andmeid koguti 4340 toote kohta, olenemata toodete päritoluriigist. Analüüsist selgus muu hulgas, et enamikus suurema soola-, suhkrute või küllastunud rasvhapete sisaldusega toitude alarühmades erinesid toodete koostised palju, mis viitab sellele, et toidukoostist saab kujundada tervist toetavamaks (Kanamäe ja Minossenko, 2020).

Eesti osales 2020–2023. aastal Euroopa Liidu ühistegevuse projektis „Joint Action on Best Practice Implementation on Nutrition“ (JA Best-ReMap), mille eesmärk oli kohandada ja rakendada sekkumisi, mis on osutunud tõhusaks toidu koostiste parendamise, lastele suunatud toitude turundamise piiramise ning tervist toetavate toitlustushangete koostamise osas. Projekti käigus kaardistati Eestis teist korda toitude pakendite andmed, keskendudes reformuleerimise tegevustes peamistele toidurühmadele:

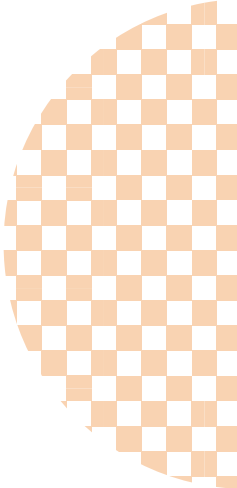
- hommikusöögihelbed, sh pudrud,
- karastusjoogid,
- lihatooted,
- pagaritooted,
- piimatooted, sh piimapõhised jahutatud magustoidud,
- taimsed tooted, mida tarbitakse piimatoodete asemel,
- taimsed tooted, mida tarbitakse lihatoodete asemel.

Uuringu tulemused kinnitasid jätkuvalt, et enamikus suurema soola-, suhkrute või küllastunud rasvhapete sisaldusega toitude alarühmades erinesid toidud märgatavalt. Seega on võimalused nende ainete vähendamiseks toitudes vähemalt toiduohutuse seisukohalt täiesti olemas.

Kahe uuringu võrdlusest selgus, et toiduainetööstus on juba alustanud oma toodete koostiste muutmist, kuid paraku on positiivsete tulemuste kõrval näha ka soovimatuid muudatusi. Näiteks on langenud soolasisaldus küll hakklihast toodetes (keskmiselt  $-0,1$  g / 100 g) ja maitsestatud lihades (keskmiselt  $-0,12$  g / 100 g), kuid suitsutatud ja tapasaadustest lihatoodete keskmine soolasisaldus on hoopis kasvanud ( $+0,32$  g / 100 g). Sarnaselt lihatoodetega ei ole ka teistes tooterühmades tehtud muudatusi ainuüksi suhkru-, soola- ja küllastunud rasvhapete sisalduse vähendamiseks, näiteks on turule tulnud märksa suurema suhkrusisaldusega piimatooted. Samuti võib mõnes toidurühmas näha ebasoovitavaid asendusi, näiteks on mitmes karastusjookide alarühmas vähenenud suhkrusisaldus, kuid sagenenud magusainete kasutamine.



TAI, sotsiaalministeeriumi ja toidutootjate koostöös koostatakse reformuleerimiskava, mille eesmärgid põhinevad toidukoostiste kaardistuste tulemustel, tarbitavate toidurühmade osakaalul (rahvastiku toitumisuuringu põhjal) ning Euroopa Komisjoni soovitusel soola, lisatud suhkrute ning küllastunud rasvhapete vähendamiseks. Reformuleerimiskavas seatud eesmärkide saavutamine on esmatähtis tervist toetava toidu kättesaadavuse suurendamiseks ning toitumise lihtsustamiseks toitumissoovituste järgi.

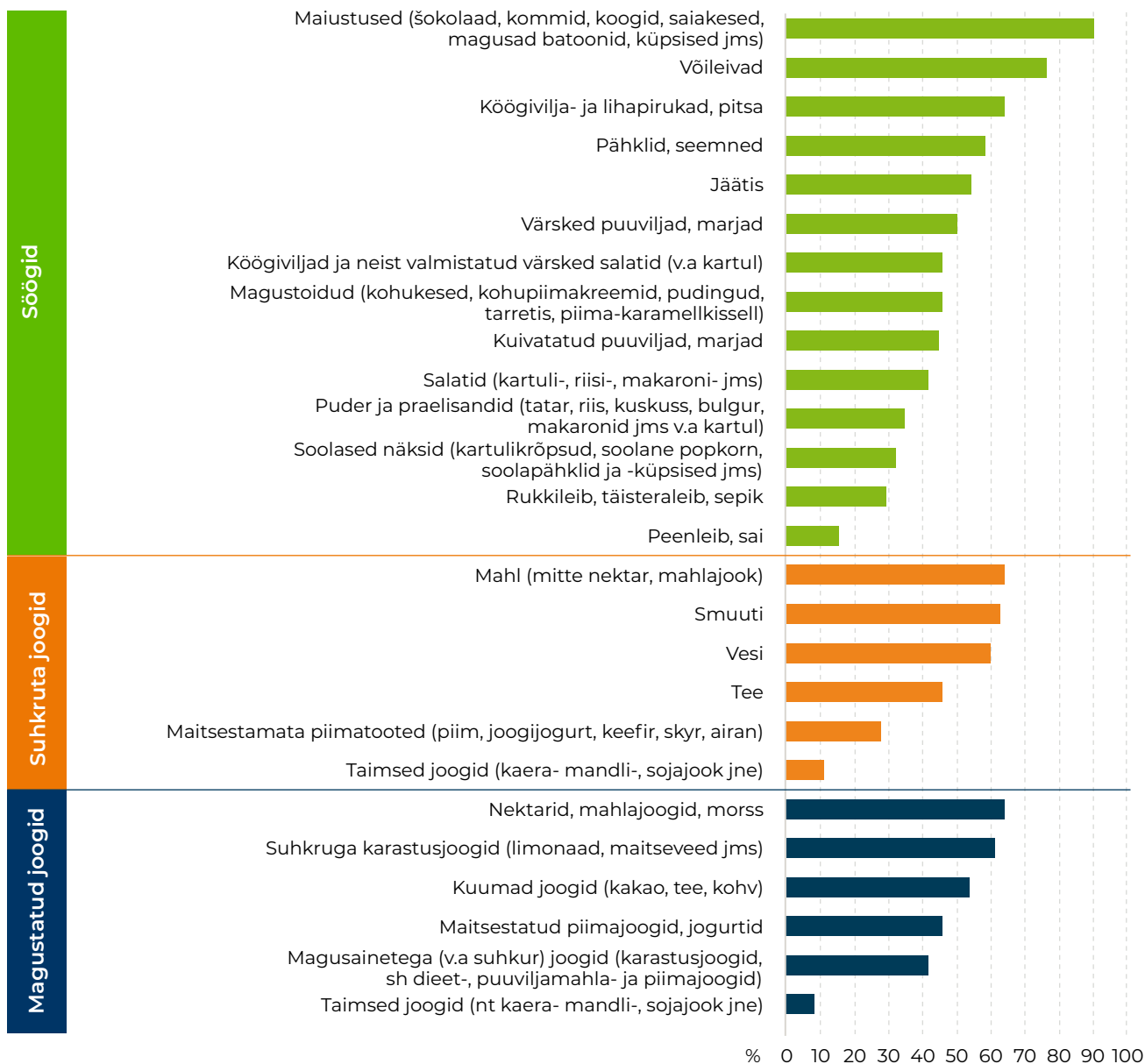


## 6.6.2 Kooli toidukeskkond

Koolide, teiste lasteasutuste, haiglate, hoolekandetasutuste ja vanglate toitlustus on riiklikult reguleeritud, mis annab võimaluse toetada paljude elanike tervist ning pakkuda toite, mis on kooskõlas riiklike soovitustega.

Lapsed veedavad suure osa ajast koolis. Seega on koolis pakutavale või müüdavale toidule suunatud sekkumistel tähtis osa nii tervist toetava toidukeskkonna kujundamisel kui ka pikaajalisel ennetustegevusel: terviseõjuriite püramiidi (joonis 69) alt teine ja kolmas aste. Hetkel kehtivad nõuded kooli- ja lasteaiatoidule põhinevad 2006. aasta riiklikel toitumis- ja liikumissoovitusel. See tähendab, et laste toitlustamine koolides ning teistes lasteasutustes ei põhine uusimatel riiklikel toitumissoovitusel ega toeta tasakaalustatud toitumist piisavalt.

Kooli toidukeskkonda kujundab ka puhvetites ja müügiautomaatides pakutav toiduvalik. Et koole puhvetites müüdava toidu valimisel toetada, on koostatud juhend (TAI jt, 2019). Paraku on juhend vabatahtlik ja paljud koolid ei ole sellest teadlikud või ei järgi neid soovitusi. COSI 2022. aasta uuringu tulemuste põhjal on puhvet umbes kolmandikus koolidest. Suuremas osas koolidest (90%), kus on olemas puhvet, saavad õpilased osta maiustusi, nt šokolaadi, komme, kooke, magusaid saiakesi ja batoone, küpsiseid jms (joonis 70). Sageli saab söökidest osta ka võileibu (76%) ning köögivilja- ja lihapirukaid või pitsat (64%). Seevastu on harvemini saadaval värsked puuviljad ja marjad (50%) ning köögiviljad ja neist valmistatud salatid (46%). Jookidest olid koolide puhvetites enamasti kättesaadavad mahlad (64%), nektarid ja mahlajoogid (64%), smuutid (63%) ning suhkruga karastusjoogid (61%). Vaid viies koolipuhvetis 73 seast ei olnud ühtegi magusa joogi valikut.

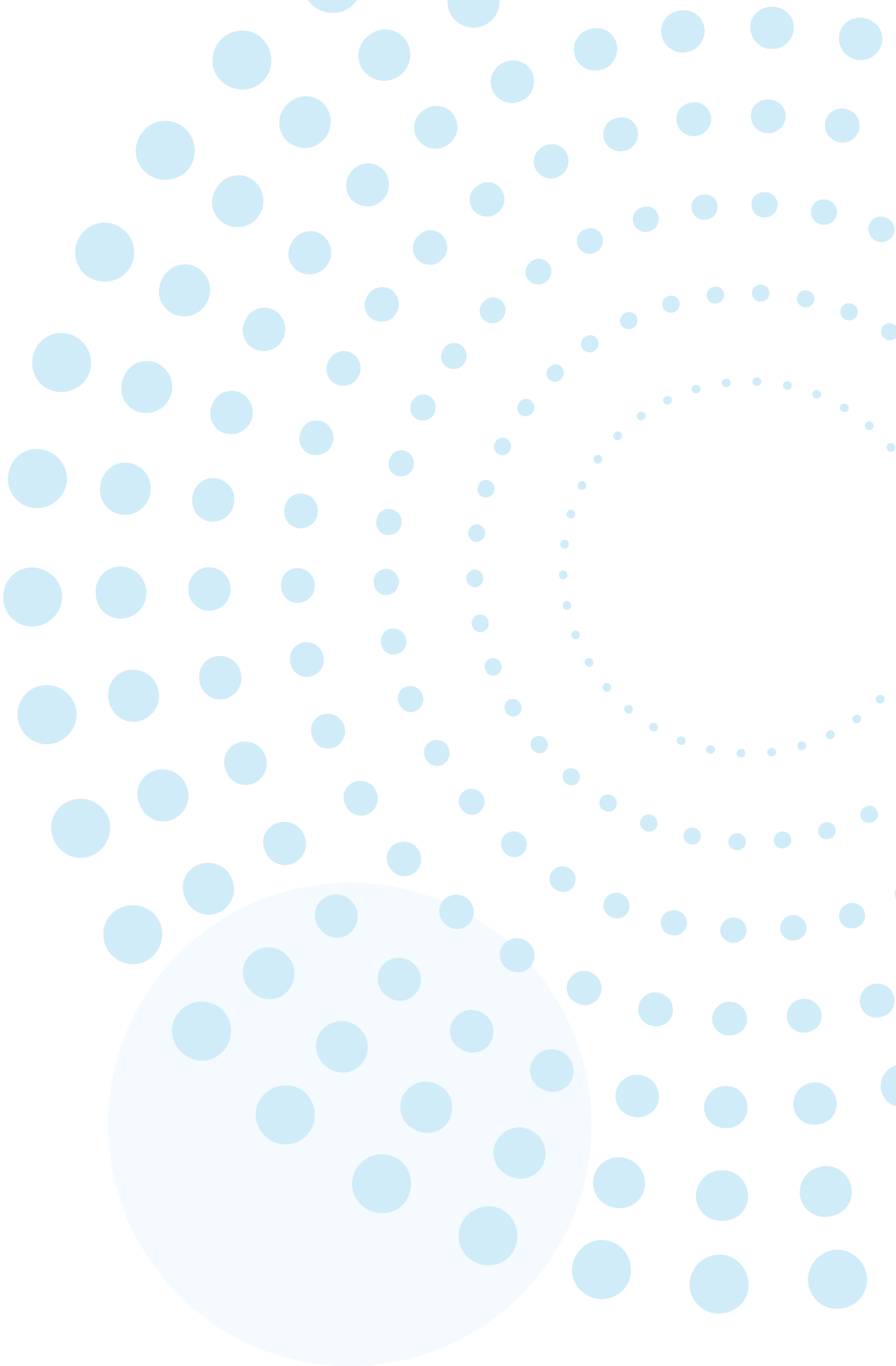


**Joonis 70.** Koolipuhvetites tasu eest pakutavad söögid ja joogid, osatähtsus puhvetitega koolidest 2022. Allikas: COSI (TAI)

Et tagada koolides ja teistes lasteasutustes, haiglates, hoolekandeesutustes ja vanglates tervist toetav toit, on vaja ajakohastada toitlustamist reguleerivad määrused ja rakendusaktid. Sotsiaalministeeriumil on kavas teha seda koos uue rahvatervishoiu seaduse eelnõuga, mille menetlus on kaua takerdunud.

Eestis puudub toitumise ja liikumise roheline raamat kui valdkonna poliitikavalikuid raamistav dokument. Ennetus- ja teavitustööd tasakaalustatud ja mitmekesise toitumise soodustamiseks peab märgatavalt tõhustama ning rõhutama teadusel põhinevaid ning tõestatud mõjuga rahvatervishoiu lahendusi.





# TAI – kes me oleme?

Tervise Arengu Instituut (TAI) on arsti- ja terviseteaduste valdkonnas evalveeritud riiklik teadus- ja arendusasutus, kes pakub usaldusväärset teadmust rahvastiku tervise ja rahvatervishoiu kohta. TAI-l on ainulaadne kooslus andmetest, teadustööst ja eksperditeadmistest, mis aitavad viia Eestis ellu teaduspõhiseid otsuseid ja tegevust, mis toetavad rahvastiku tervist.

## MISSIOON

Oleme teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.

## VISIOON

TAI on mõjus rahvatervishoiu arengu suunaja ja eestkõneleja Eestis.

## VÄÄRTUSED

PÄDEVUS

KOOSTÖÖ

UUENDUS-  
LIKKUS

## Mida TAI teeb?

- Hindame ja uurime rahvastiku terviseseisundit ning tervisemõjureid, koondame ja jagame teaduspraktikat ja andmeid.
- Koostame ja publitseerime analüüse, mis toetavad läbimõeldud tervisepoliitikat, nõustame tervisepoliitika tegijaid.
- Haldame ja arendame seitset rahvastikupõhist meditsiiniregistrit, koondame ja analüüsime riiklikku tervisestatistika ning avaldame seda avalikus tervisestatistika ja -uuringute andmebaasis.
- Töötame välja rahvatervishoiu teaduspõhiseid lahendusi, sh tervist mõjutavaid sekkumisi ja tervist edendavaid programme.
- Toetame ja arendame tervisevõrgustikke ning suurendame eri sihtrühmade terviseteadlikkust ja suutlikkust.
- Osutame sotsiaalselt haavatavatele sihtrühmadele, nt sõltuvushäirega inimesed, HIV-positiivsed ja prostitutsiooni kaasatud inimesed, elutähtsaid teenuseid ning arendame ja korraldame teisi tervise- ja sotsiaalteenuseid.
- Pakume tervise- ja sotsiaalvaldkonna koolitusi ning täiendusõpet.

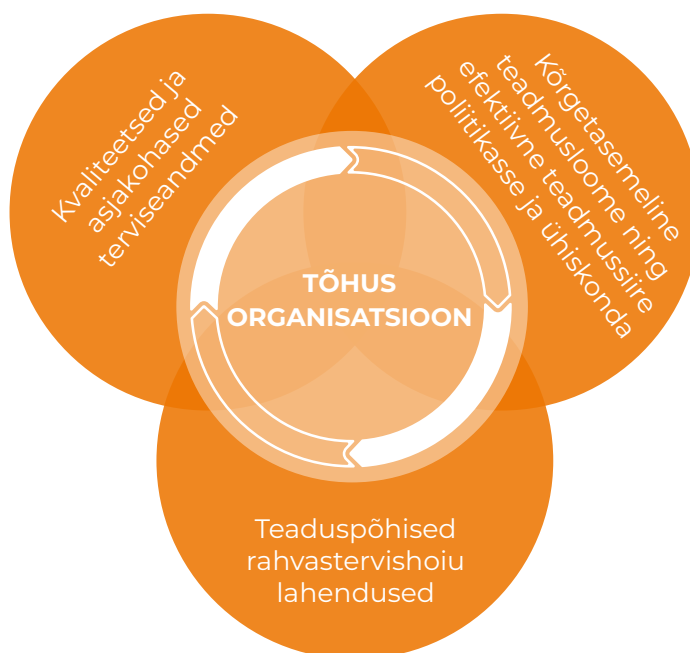
Viimase viiel aastal on TAI avaldanud üle 300 kõrgel tasemel teaduspublikatsiooni.

TAI veebilehti külastatakse üle 25 000 korra päevas.

2023. aastal osutati TAI kaudu uimastite, HIV-i ja tuberkuloosi valdkonna teenuseid kokku ligi 130 000 korda.

TAI juhtimisel või osalusel viidi 2023. aastal ellu 50 teadus- ja arendusprojekti.

TAI kujundab Eesti elanike teaduspõhiseid tervislikke valikuid ning mõjutab rahvatervishoiu arenguid oma strateegiliste sihtide abil. Neid on TAI seadnud endale aastateks 2021–2025 neli. Kvaliteetsed ja ajakohased terviseandmed aitavad luua kõrgetasemelist teadmust, mis kantakse poliitika kujundamise ja ühiskonda. Teadmussiire aitab luua vajalikke innovatiivseid teaduspõhiseid rahvatervishoiu lahendusi. Seda kõike toetab ja aitab ellu viia terviklik ja tõhusalt toimiv organisatsioon.



TAI teadustöö põhisuunad on vähi- ja sotsiaalepidemioloogia, pärilikkus, keskkonnamõjurid ning tervisekäitumisest põhjustatud terviseriskid. Teeme regulaarseid rahvastikupõhiseid seire- ja küsitlusuuringuid, mis võimaldavad jälgida järjepidevalt rahvastikurühmade tervist, tervisekäitumist ja neid mõjutavaid tegureid. Viime teadustööd ka praktikasse, näiteks on TAI algatatud HPV-kodutesti uuringute abil osalenud uudset kodutesti tehes emakakaelavähi sõeluuringus juba üle 21 000 naise.

TAI avaldab meditsiiniregistrite, tervishoiuressursside ja -teenuste kasutamise andmeid ning rahvastiku tervisekäitumise uuringute valiktulemusi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist, kust leiab vähemalt 2000 terviseiga seotud andmetabelit, mida uuendatakse pidevalt ning kasutatakse sageli. Andmebaasis kuvatakse tervisestatistikat nii eesti kui ka inglise keeles. Alates 2010. aastast, kui andmebaas kasutusele võeti, on kogunenud igal aastal ligi veerand miljonit külastust 140 riigist. Doktorante ja magistrante juhendades aitab TAI kaasa Eesti teadlaste järelkasvule.

### TAI juures töötavad

- Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomitee
- meditsiiniterminoloogia kompetentsikeskus
- ennetuse teadusnõukogu

Ennetuse teadusnõukogu hindab ennetustegevuste tõendatuse taset ning annab soovitusi, mida on veel vaja uurida ning mida tegevuste elluviimisel arvesse võtta. See on vajalik, et saaksime olla kindlad ennetustegevuste positiivses mõjus ja ressursside õigustatud kasutamises ning toetada otsustajaid ja tegevuste elluvijaid. Ennetuse teadusnõukogu on 2024. aasta keskpaigaks hinnanud 19 ennetustegevuse tõendatust.

# Lühendid

COSI	Õpilaste kasvu uuring ( <i>European Childhood Obesity Surveillance Initiative</i> )
EL	Euroopa Liit
EOHSP	<i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>
EMCDDA	Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus ( <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> )
ETeU	Euroopa Terviseuuring
Eurostat	Euroopa Liidu statistikaamet
HBSC	Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring ( <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> )
HLPE	<i>High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition</i>
NU	Uuring „Eesti noorte seksuaalervis: teadmised, hoiakud ja käitumine“
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon ( <i>Organization for Economic Cooperation and Development</i> )
RVTU	Rahvastiku vaimse tervise uuring
SKT	Sisemajanduse kogutoodang
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKU	Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
TUKU	Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring
ÜRO	Ühinenud Rahvaste Organisatsioon
WCRF	Maailma Vähiuuringute Fond ( <i>World Cancer Research Fund International</i> )
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon ( <i>World Health Organization</i> )

# Kasutatud allikad

1. Abel-Ollo K, Riikoja A, Barndök T, jt. (2024a). [Tallinna ja Tartu reovee 2023. aasta uuring uimastite jääkide suhtes](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
2. Abel-Ollo K, Riikoja A, Barndök T, jt. (2024b). Eesti kahjude vähendamise teenustes kogutavate süstalde uuring 2023. Uuringu kokkuvõte. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
3. Adjibade M, Lemogne C, Julia C, jt. (2018). Prospective association between adherence to dietary recommendations and incident depressive symptoms in the French NutriNet-Santé cohort. *Br J Nutr* 120(3):290-300. DOI: [10.1017/S0007114518000910](#)
4. Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, jt. (2013). Adherence to healthy dietary guidelines and future depressive symptoms: evidence for sex differentials in the Whitehall II study. *Am J Clin Nutr* 97(2):419-427. DOI: [10.3945/ajcn.112.041582](#)
5. Allès B, Baudry J, Méjean C, jt. (2017). Comparison of Sociodemographic and Nutritional Characteristics between Self-Reported Vegetarians, Vegans, and Meat-Eaters from the NutriNet-Santé Study. *Nutrients* 9(9):1023. DOI: [10.3390/nu9091023](#)
6. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, jt. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry* 55(3), 565-571. DOI: [10.1016/j.comppsy.2013.12.001](#)
7. Carey JB, Saules KK, Carr MM. (2017). A qualitative analysis of men's experiences of binge eating. *Appetite* 116: 184-195. DOI: [10.1016/j.appet.2017.04.030](#)
8. Clarys P, Deliens T, Huybrechts I, jt. (2014). Comparison of nutritional quality of the vegan, vegetarian, semi-vegetarian, pesco-vegetarian and omnivorous diet. *Nutrients* 6(3):1318-1332. DOI: [10.3390/nu6031318](#)
9. Collin C, Assmann KE, Andreeva VA, jt. (2016). Adherence to dietary guidelines as a protective factor against chronic or recurrent depressive symptoms in the French SU.VI.MAX cohort. *Prev Med* 91: 335-343. DOI: [10.1016/j.ypmed.2016.09.001](#)
10. Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, jt. (2023). [A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada](#). Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
11. Dagnelie PC, Mariotti F. (2017). Vegetarian Diets: Definitions and Pitfalls in Interpreting Literature on Health Effects of Vegetarianism, Rmt: Mariotti F (toim). Vegetarian and Plant-Based Diets in Health and Disease Prevention, Academic Press, lk 3-10, DOI: [10.1016/B978-0-12-803968-7.00001-0](#)
12. Dinu M, Abbate R, Gensini GF, jt. (2017). Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr* 57(17), 3640–3649. DOI: [10.1080/10408398.2016.1138447](#)
13. Eesti Insuldiliit <https://insult.ee/insuldist/mis-on-insult/>. Kasutatud 7. juuni 2024.
14. Eesti Konjunkturiinstituut (2024). [Eesti alkoholiturg, alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika 2023. aastal](#). Tallinn: Eesti Konjunkturiinstituut
15. Eesti Ringhäälingute Liit <https://ringhaaling.ee/seadused-juhendid/>. Kasutatud 26. juuni 2024.
16. EMCDDA (2024). European Drug Report 2024: Trends and Developments. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en). Kasutatud 25. juuni 2024.
17. Euroopa Liidu Nõukogu (2016). [Nõukogu järeldused toiduainete kvaliteedi parandamise kohta](#). ELT C 269/21-25 (23.07.2016).
18. European Commission (2009). [Reformulating food products for health: context and key issues for moving forward in Europe](#). Brussels, Belgium.
19. Eurostat (2024a). [Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex](#). Kasutatud 26. juuni 2024.
20. Eurostat (2024b). [Causes of death – standardised death rate](#). Kasutatud 26. juuni 2024.
21. Eurostat (2019). [Daily smokers of cigarettes by sex, age and educational attainment level](#). Kasutatud 11. juuni 2024.
22. Frieden TR (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health* 100(4): 590-595. DOI: [10.2105/AJPH.2009.185652](#). Tõlge: Hanna Alajõe, TAI, 06.04.2023.
23. Giraudon I, Abel-Ollo K, Vanaga-Arāja D, jt. (2024). Nitazenes represent a growing threat to public health in Europe. *Lancet Public Health* 9(4):e216. DOI: [10.1016/S2468-2667\(24\)00024-0](#)
24. Goldschmidt AB (2017). Are loss of control while eating and overeating valid constructs? A critical review of the literature. *Obes Rev* 18(4), 412–449. DOI: [10.1111/obr.12491](#)
25. Goldschmidt AB, Wall M, Loth KA, jt. (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 51(1), 86-92. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2011.11.001](#)

26. Gorrell S, Murray SB. (2019). Eating disorders in males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N AM* 28(4), 641-651. DOI: [10.1016/j.chc.2019.05.012](https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012)
27. Griffith R, O'Connell M, Smith K. (2014). The importance of product reformulation versus consumer choice in improving diet quality. *Economica* 84(333): 34-53. DOI: [10.1111/ecca.12192](https://doi.org/10.1111/ecca.12192)
28. HLPE (2017). Nutrition and food systems. [A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security](#). Rome. Kasutatud: 05. juuni 2024.
29. Kanamäe H, Minossenko A. (2020). [Pakendipõhine soola, suhkrute ja küllastunud rasvhapete teabe analüüs](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
30. Kasekamp K, Habicht T, Võrk A, jt. (2023). [Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes](#). 25(5): i-204.
31. Kelly B, Vandevijvere S, Ng S jt (2019). Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries. *Obes Rev* 20: 116-128. DOI: [10.1111/obr.12840](https://doi.org/10.1111/obr.12840)
32. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr* 57(7): 842-853. DOI: [10.1038/sj.ejcn.1601618](https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601618)
33. Ljungberg T, Bondza E, Lethin C. (2020). Evidence of the importance of dietary habits regarding depressive symptoms and depression. *Int J Environ Res Public Health* 17(5): 1616. DOI: [10.3390/ijerph17051616](https://doi.org/10.3390/ijerph17051616)
34. Løvhaug AL, Granheim SI, Djojoseparto SK, jt. (2022). The potential of food environment policies to reduce socioeconomic inequalities in diets and to improve healthy diets among lower socioeconomic groups: an umbrella review. *BMC Public Health* 22(1): 433. DOI: [10.1186/s12889-022-12827-4](https://doi.org/10.1186/s12889-022-12827-4)
35. Lõhmus L, Tamson M, Pertel T, jt. (2023). [Eesti noorte seksuaaltervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. aasta uuringu aruanne](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
36. Matsumoto S, Beeson WL, Shavlik DJ, jt. (2019). Association between vegetarian diets and cardiovascular risk factors in non-Hispanic white participants of the Adventist Health Study-2. *J Nutr Sci* 8: e6. DOI: [10.1017/jns.2019.1](https://doi.org/10.1017/jns.2019.1)
37. Meader N, King K, Moe-Byrne T, jt. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health* 16: 657. DOI: [10.1186/s12889-016-3373-6](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6)
38. Melgar B, Diaz-Arocutipa C, Huerta-Rengifo C, jt. (2023). Vegetarian diets on anthropometric, metabolic and blood pressure outcomes in people with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Obes* 47: 903-910. DOI: [10.1038/s41366-023-01357-7](https://doi.org/10.1038/s41366-023-01357-7)
39. Neumark-Sztainer D, Story M, Toporoff E, jt. (1997). Covariations of eating behaviours with other health-related behaviours among adolescents. *J Adolesc Health* 20(6): 450-458. DOI: [10.1016/S1054-139X\(95\)00279-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(95)00279-0)
40. OECD/Eurostat/WHO (2017). *A System of Health Account 2011: Revised edition*. OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/9789264270985-en](https://doi.org/10.1787/9789264270985-en)
41. OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/507433b0-en](https://doi.org/10.1787/507433b0-en)
42. OECD (2023a); *Ready for the Next Crisis? Investigating in Health System Resilience*; OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/1e53cf80-en](https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en)
43. OECD (2023b), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/7a7afb35-en](https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en)
44. OECD/EOHSP (2024). *Eesti: Riigi terviseprofiil 2023*. OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/cee4e9bd-et](https://doi.org/10.1787/cee4e9bd-et)
45. OECD (2024). *OECD Economic Surveys: Estonia 2024*, OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/33e6beee-en](https://doi.org/10.1787/33e6beee-en)
46. Oja L, Piksööt J, Haav A, jt. (2023). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2021/2022. õppeaasta uuringu raport*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
47. Parker HW, Vadiveloo MK. (2019). Diet quality of vegetarian diets compared with nonvegetarian diets: a systematic review, *Nutr Rev* 77(3): 144-160. DOI: [10.1093/nutrit/nuy067](https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy067)
48. Pitsi T, Zilmer M, Vaask S, jt. (2017). [Eesti toitumis- ja liikumissoovitused 2015](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
49. Ravikindlustuse seadus (28.05.2024), RT I, 02.05.2024, 17; <https://www.riigiteataja.ee/akt/102052024017?leiaKehtiv>
50. Reile R. (2023). [Tervist toetava ja tervist kahjustava käitumise muutuvad mustrid ning täiskasvanute vaimne tervis](#). Sisask M (toim). *Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu*. Tallinn: Eesti Koostöö Kogu. Lk 135-148.

51. Reile R, Saavaste J, Baburin A, jt. (2024). [Kehalise inaktiivsuse ja liigse kehakaalu kulu Eestis](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
52. Riigikontroll (2022). Eesti tervishoiu suundumused. <https://www.riigikontroll.ee/LinkClick.aspx?filetiCKET=7hSdboUgJw%3D&language=et-EE&forcedownload=true>
53. Rütel K, Epstein J, Kaur E. (2024). [HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis aastatel 2013–2022](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Terviseamet.
54. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, jt. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 398(10312): 1700–1712. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
55. Sepp J, Sammul M, Uusküla M. (2023). [Ravimiameti statistika aastaraamat 2023](#). Tartu: Ravimiamet.
56. Sotsiaalministeerium (2021). Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030.
57. Spiteri M, Soler LG. (2018). Food reformulation and nutritional quality of food consumption: an analysis based on households panel data in France. *Eur J Clin Nutr* 72(2): 228–235. DOI: [10.1038/s41430-017-0044-3](https://doi.org/10.1038/s41430-017-0044-3)
58. Statistikaamet (2024a). Statistika andmebaas. [TH754: tervena elada jäänud aastad hariduse, soo ja vanuse järgi](#). Kasutatud 19. juuni 2024.
59. Statistikaamet (2024b). Statistika andmebaas. [TH754: tervena elada jäänud aastad soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 19. juuni 2024.
60. TAI, Sotsiaalministeerium, Maaeluministeerium jt (2019). [Juhend lasteasutuste puhvetites ja müügiautomaatides pakutava toidu kohta](#). Kasutatud: 25. mai 2024.
61. TAI (2024a). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Psüühika- ja käitumishäired](#). Kasutatud 26. juuni 2024.
62. TAI (2024b). Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Ravikindlustatud. Ravikindlustatute arv ja osatähtsus registreeritud elanikkonnast soo ja maakonna järgi](#). Kasutatud 28. mai 2024.
63. Tervisekassa. <https://www.tervisekassa.ee/uudised/eestlaste-sudametervis-edeneb-ent-ravikulud-kasvavad>. Kasutatud 25. aprill 2024.
64. Turrell G, Vandevijvere S. (2015). Socio-economic inequalities in diet and body weight: evidence, causes and intervention options. *Public Health Nutr* 18(5): 759-763. DOI: [10.1017/S1368980015000233](https://doi.org/10.1017/S1368980015000233)
65. Vasar V (toim). (1995). Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tartu: Tartu Ülikool.
66. Vasiloglou MF, Elortegui Pascual P, Scuccimarra EA, jt. (2023). Assessing the Quality of Simulated Food Patterns with Reduced Animal Protein Using Meal Data from NHANES 2017–2018. *Nutrients* 15(11): 2572. DOI: [10.3390/nu15112572](https://doi.org/10.3390/nu15112572)
67. Vikentjeva M, Geller J. (2023). [Linnapuugid 2023 – puukide levimus ja puugihaguste oht Eesti linnade avalikel haljasaladel](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
68. Vorobjov S, Oja L, Piksööt J.(2023). [Noorte vaimne tervis ja heaolu ning selle seos eluviisiga](#). Sisask M (toim). Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: Eesti Koostöö Kogu; lk 123–134.
69. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, jt. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. *JAMA Netw Open* 2(10): e1912925. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2019.12925](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.12925)
70. WCRF. [Toitumispoliitika staatus Eestis NOURISHINGi poliitikaindeksis](#). Kasutatud 20. juuni 2024.
71. WHO (2016). [Global strategy on human resources for health: Workforce 2030](#). Geneva: World Health Organization.
72. WHO (2021). [Suicide worldwide in 2019: global health estimates](#). Geneva: World Health Organization.
73. WHO (2022a). [World mental health report: Transforming mental health for all](#). Geneva: World Health Organization.
74. WHO (2022b). [The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
75. WHO (2023). [Regional Office for Europe nutrient profile model: second edition](#). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
76. WHO (2024a). [Evaluation of the Estonian Green Paper on Alcohol Policy](#). WHO Regional Office for Europe.
77. WHO (2024b). [Monitoring food and beverage marketing to children via television in Estonia](#). WHO Regional Office for Europe.
78. Östenberg AH, Pojskic H, Gilic B, jt. (2022). Physical Fitness, Dietary Habits and Substance Misuse: A Cross-Sectional Analysis of the Associations in 7,600 Swedish Adolescents. *Physical Activity and Health* 6(1): 26–37. DOI: [10.5334/paah.164](https://doi.org/10.5334/paah.164)

