



Tervise
Arengu
Instituut



Rahvastiku tervise aastaraamat 2025

Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid

Fookusteema: vähitõrje

Tervise Arengu Instituut

Rahvastiku tervise aastaraamat 2025

Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid

Fookusteema: vähitõrje

Tallinn 2025

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



Toimetaja Liis Reiter

Korrektuur MenuMeedia

Kujundanud Mai-Liis Raidaru

Trükis: ISSN 3059-7064

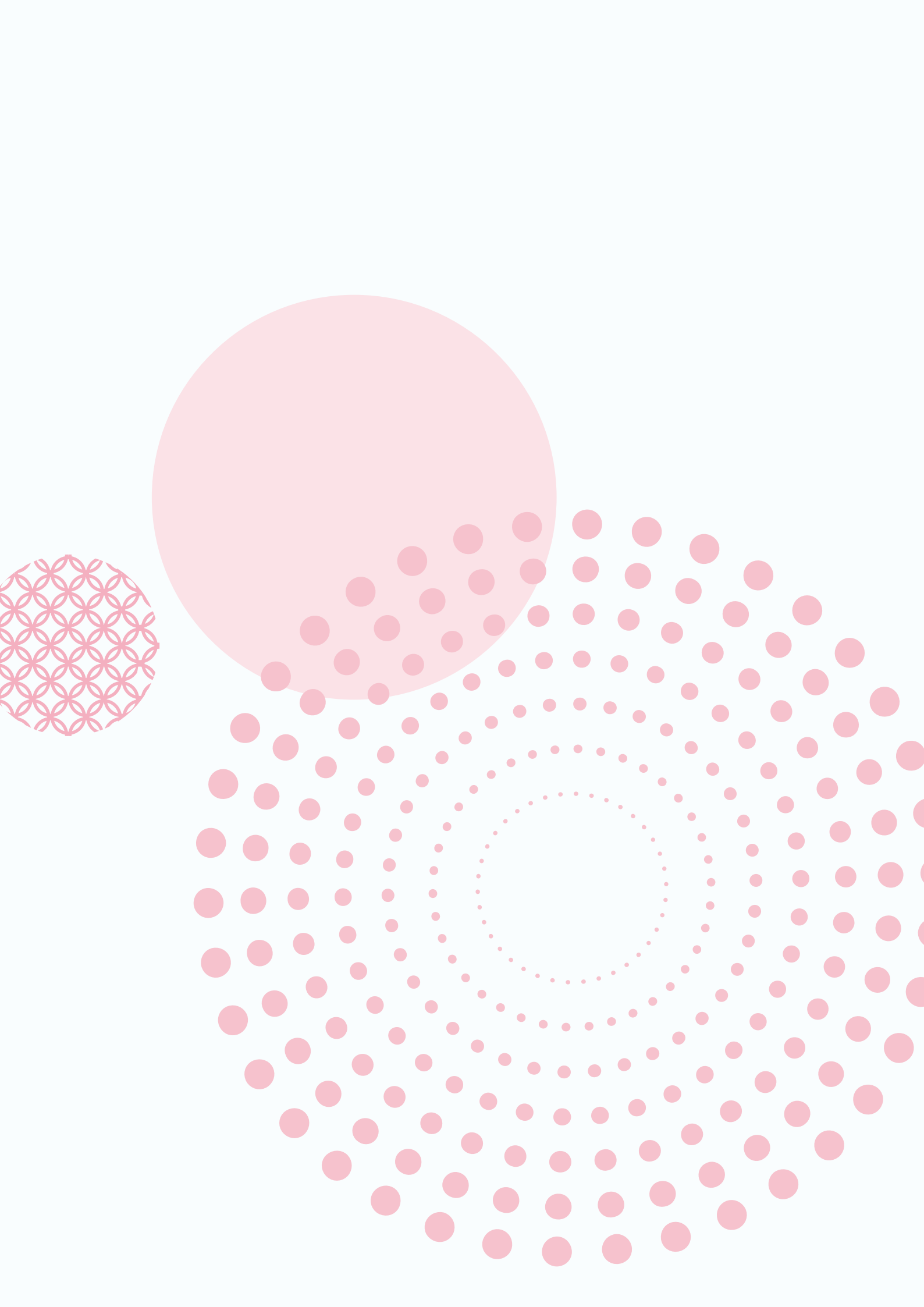
Elektroniline väljaanne (pdf): ISSN 3059-7072

Väljaande andmete kasutamisel palume viidata allikale.

Soovitav viide käesolevale väljaandele: Tervise Arengu Instituut. Rahvastiku tervise aastaraamat 2025. Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: vähitõrje. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2025.

Aastaraamatu valmimisele aitasid kaasa

Aleksei Baburin, epidemioloogia ja biostatistika osakonna vanemteadur
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
Elisabeth Luisk, vaimse tervise valdkonna juht
Eliise Leif, registrite osakonna projektijuht
Eva Anderson, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Galina Opikova, epidemioloogia ja biostatistika osakonna nooremteadur
Gettrin Kivisild, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Hanna Maria Aavik, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna peaspetsialist (terviseamet)
Irina Filippova, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna teenuse juht (terviseamet)
Iveta Tomera, HIV valdkonna juht
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
Karin Streimann, ennetuse valdkonna juht
Katre Sakala, teadussekretär
Katri Abel-Ollo, narkootikumide valdkonna juht, teadur
Katrin Tomson, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Keiti Aren, nakkushaiguste epidemioloogia osakonna peaspetsialist (terviseamet)
Keiu Paapsi, epidemioloogia ja biostatistika osakonna teadur
Kristi Rüütel, riskikäitumise uuringute osakonna vanemteadur
Leila Oja, riskikäitumise uuringute osakonna teadur
Liilia Lõhmus, riskikäitumise uuringute osakonna teadur
Liis Reiter, teaduskommunikatsiooni juht
Mai-Liis Köpper, paikkondade valdkonna juht
Mall Leinsalu, epidemioloogia ja biostatistika osakonna juhtivteadur
Mare Ruuge, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Marge Saamel, toitumise ja liikumise osakonna vanemspetsialist
Maria Lepnurm, tervisestatistika osakonna analüütik
Margit Mägi, vähiregistri juht
Marika Inno, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Mari-Liis Väli, epidemioloogia ja biostatistika osakonna analüütik
Mari-Liis Zimmermann, registrite osakonna analüütik
Meelike Tammemägi, kommunikatsioonikeskuse veebispetsialist
Merike Rätsep, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Merle Havik, krooniliste haiguste osakonna juhataja, teadur
Natalja Pajula, uuringute andmehalduse osakonna analüütik
Piret Viiklepp, registrite osakonna juhataja
Piret Veerus, epidemioloogia ja biostatistika osakonna vanemteadur
Rainer Reile, epidemioloogia ja biostatistika osakonna juhataja, vanemteadur
Reeli Hallik, epidemioloogia ja biostatistika osakonna vanemanalüütik
Sigrid Vorobjov, riskikäitumise uuringute osakonna juhataja, vanemteadur
Tiiu-Liisa Rummo, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik
Triin Vilms, ennetuse ja tervisedenduse osakonna vanemspetsialist



Kui valiksime tervise?

Haigused kuuluvad elu juurde, kuid nii üksikisiku kui ka ühiskonnana saame palju teha selleks, et neid ennetada või nendega paremini toime tulla. Tervisekassa raviraha puudujääk ja tervishoiuteenuste üha keerulisem kättesaadavus ning tervishoiusüsteemi muud järjest kasvavad pinged peaks igaüht mõtlema panema, kuidas teha tervise seisukohast paremaid otsuseid. Tervisevalikud algavad kodust, kogukonnast ja poliitikakujundusest.

Seekordses rahvastiku tervise aastaraamatus on tähelepanu keskmes vähitõrje – valdkond, kus kaalul on elu. Vähk on krooniline haigus, mis mõjutab elu jooksul iga neljandat inimest. Igal aastal diagnoositakse vähk 9000 inimesel, sellele haigusele kaotab elu 3500 inimest.

Oleme seadnud riiklikud eesmärgid, et vähki haigestuks vähem inimesi, diagnoosi saanud inimesed elaksid kauem ja tervemana ning vähiga elavate inimeste elukvaliteet oleks parem. Nende poole liikumist aitavad hinnata andmed ja teadus.

Uhkusega saan öelda, et tervise arengu instituut on Eestis juhtiv vähiepidemioloogia valdkonnaga tegelev teadus- ja arendusasutus. Koostöös partneritega arendame teaduspõhiseid lahendusi, et paremini mõista vähki haigestumist, avastada vähk võimalikult vara ning pakkuda tõhusaid ennetus- ja ravivõimalusi. Meil on hea meel, et vähitõrje osalised on ühinemas Eesti vähitõrjevõrgustikuks ESTCAN – see ühendab jõud vähitõrje parandamiseks.

Aastaraamat käsitleb aga ka teisi rahvastiku tervist mõjutavaid valdkondi, nagu toitumine, liikumine, uni ning alkoholi, tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine. Need kõik on meie tervist mõjutavad tegurid. Ka vähki haigestumine on hinnanguliselt 30–50% juhtudest vältitav, kui vähendada eluviisist ja keskkonnast tulenevaid riskitegureid.



Annika Veimer, TAI direktor

Arenguid rahvastiku tervise edendamisel on palju, aga tervislikke valikuid võiks olla lihtsam teha. Ennetuse ja tervisedenduse korraldus on küll saanud selgemad raamid, kuid rahastus ja kättesaadavus on endiselt ebaühtlane ning alkohol, tubakas ja nikotiin on alaealistele liiga kergesti kättesaadav.

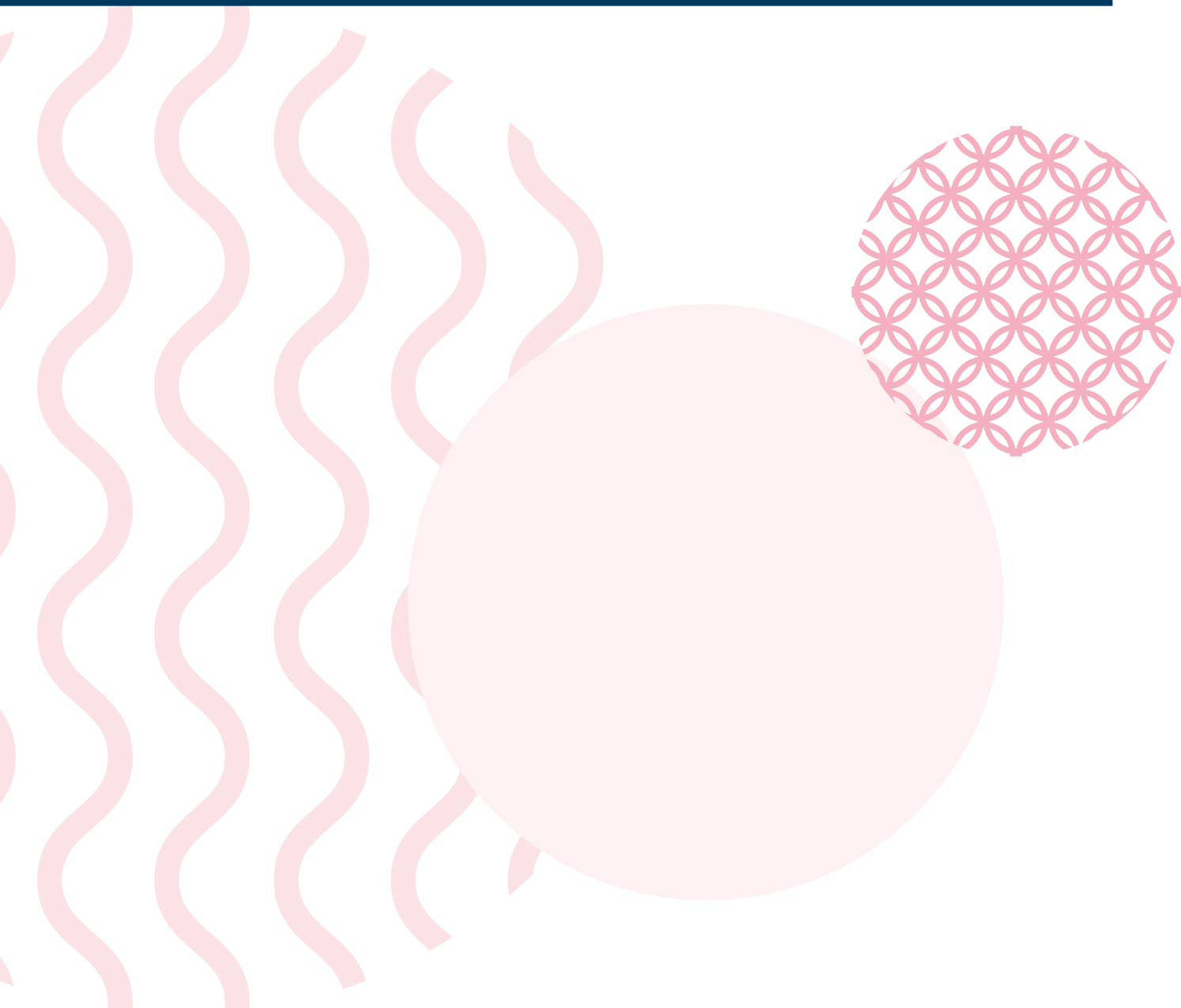
Aastaraamatus toome esile nii rahvastiku tervise mured kui ka positiivsed muutused ja võimalikud lahendused. Soovitan igal lugejal mõelda, mida saaksime teha selleks, et valida tervis – iga päev, samm-sammult, iga elaniku jaoks, igas Eesti nurgas.

Sisukord

1. Rahvastiku tervis, suremus ja haigestumus	8
1.1. Rahvastik ja sotsiaalmajanduslik olukord	9
1.2. Oodatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad	10
1.3. Peamised surmapõhjused	13
1.4. Südame ja veresoonkonna haigused	14
1.5. Pahaloomulised kasvaja	16
1.6. Alkoholist ja narkootikumidest tingitud suremus	18
1.7. Ülekaalulisus ja rasvumus	19
1.8. Vigastused	22
1.9. Vaimse tervise häired ja suitsiidid	24
1.10. Muud kroonilised haigused	27
1.11. Nakkushaigused	29
2. Tervishoiusüsteem ja -teenused	34
2.1. Tervishoiukulud	35
2.2.1. Katmata ravivajadus	38
2.2.2. Tervishoiutöötajad	39
2.2.3. Ambulatoorsed vastuvõttud ja konsultatsioonid	39
2.2.4. Hambaravi vastuvõttud	41
2.2.5. Ravivoodid	43
2.2. Tervishoiuteenuste kättesaadavus	38
2.3. Tervishoiusüsteemi tõhusus	44
2.3.1. Ennetatavad ja raviga välditavad surmad	45
2.3.2. Vaktsineerimine	45
2.3.3. Vähi sõeluuringud	46
2.3.4. Esmatasandi välditavad hospitaliseerimised	47
2.3.5. Teenuste lõimitus	49
2.4. Pikaajaline hooldus	51

3. Ennetus ja tervisedendus	53
3.1. Riski- ja kaitsetegurid	54
3.2. Ennetusprogrammides osalemine	54
3.3. Ennetustöö valdkonna juhtimine ja rahastus	57
3.4. Ennetusvaldkonna tööjõud	58
4. Tervisekäitumine	59
4.1. Uimastite tarvitamine	59
4.1.1. Alkoholi tarvitamine	60
4.1.2. Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine	63
4.1.3. Illegaalsete uimastite tarvitamine	66
4.2. Liikumine	69
4.3. Toitumine	72
4.3.1. Karastus- ja energijaogid	72
4.3.2. Energiarikkad söögid	74
4.3.3. Köögi- ja puuviljade söömine	75
4.4. Ekraaniaeg	78
4.5. Uni	80
5. Fookusteema – vähitõrje	83
5.1. Vähitõrje üldised tulemused	85
5.2. Ennetus ja sõeluuringud	90
5.3. Diagnostika ja ravi	96
5.4. Laste ja noorte vähk	100
5.5. Sotsiaalne ebavõrdsus	102
5.6. Vähiandmed	103
Järeldused ja ettepanekud	107
Kokkuvõtteks	110
TAI 2024. aasta lühikokkuvõte	111
Lühendid	112
Kasutatud allikad	113

1. Rahvastiku tervis, suremus ja haigestumus



1.1. Rahvastik ja sotsiaalmajanduslik olukord

Eestis elas statistikaameti andmetel 2025. aasta 1. jaanuari seisuga 1,37 miljonit inimest. Võrreldes 2015. aastaga on **rahvaarv** suurenenud 4,3 protsenti peamiselt sisse- ja väljarände tõttu. Kuni Venemaa 2022. aasta täieliku sissetungi alguseni Ukrainas suurenes rahvastik valdavalt meeste arvelt, sõja algusele järgnenud aastal aga ülekaalukalt naiste arvelt. Viimase kümne aasta jooksul pole sisse- ja väljarände märgatavalt muutnud tööealise elanikkonna osakaalu Eesti rahvastikus. Aastal 2024 moodustasid vanemaealised viiendiku (20,5%) kogu Eesti rahvastikust. Statistikaameti rahvastikuproгноosi järgi on aastal 2040 vanemaealisi umbes neljandik rahvastikust. Vananev rahvastik ja maksumaksjate osakaalu vähenemine on suur proovikivi tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusele.

Sotsiaalmajanduslik olukord mõjutab tugevalt nii rahvastiku kui ka üksikisiku tervist. Võrreldes 2015. aastaga, on sisemajanduse kogutoodang (SKT) elaniku kohta Eestis suurenenud 1,7 korda, Euroopa Liidus (EL) suurenes vastav näitaja 1,4 korda (tabel 1). Ehkki Eesti majandusareng on olnud viimasel aastakümnel kiirem kui EL-is keskmiselt, on majanduslik mahajäämus endiselt märkimisväärne. Vaatamata keskmise vanaduspensionile 1,9-kordsele suurenemisele võrreldes 2015. aastaga, oli Eesti vanaduspension 2023. aastal neli korda väiksem kui Euroopas keskmiselt. Mitmele järjestikusele kriisile vaatamata on töötuse määr Eestis jäänud Euroopaga võrreldavale tasemele, kuid suhtelise vaesuse määr oli 2023. aastal sarnaselt teiste Ida-Euroopa riikidega Euroopa kõrgemal.

Majandusliku olukorra kõrval on teine väga suur tervisemõjur **haridus**. Kõrgharidusega isikute osakaal 25–64-aastaste seas on viimasel aastakümnel Eestis suurenenud 5% võrra ja ületab EL-i keskmist. Kõrghariduse osakaal jääb siiski tunduvalt väiksemaks, võrreldes näiteks Rootsi või Norraga. Riigi jõukus, haridustase ja oodatava eluea pikkus on ÜRO inimarengu indeksi põhikomponendid (UNDP, 2024), mille järgi kuulub Eesti väga kõrge inimarengu tasemega riikide hulka, olles 2022. aastal 193 riigi arvestuses 31. kohal (indeks = 0,899).

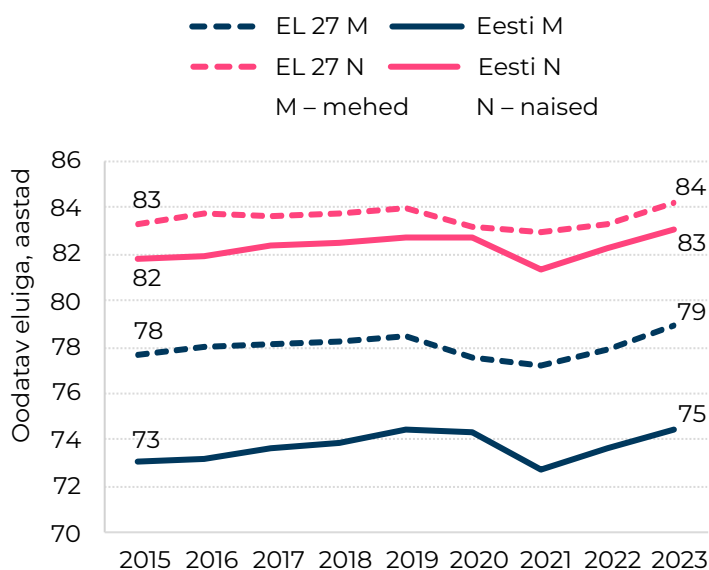
Tabel 1. Sotsiaalmajanduslikud näitajad, 2015 ja 2023

	Eesti 2015	EL 27 2015	Eesti 2023	EL 27 2023
Sisemajanduse kogutoodang (SKT) elaniku kohta; €	16 000	27 770	27 960	38 130
Keskmine vanaduspension; €	366	2 516	680	2 745*
Töötuse määr 15–74-aastaste seas; %	6,2	10,2	6,4	6,1
Suhtelise vaesuse määr; %	21,7	17,4	20,2	16,2
Kõrgharidusega elanike osakaal 25–64-aastaste seas; %	36,7	28,5	41,6	35,1

* 2022. aasta andmed

Allikas: Eurostat, statistikaamet

1.2. Oodatav eluiga ja tervena elada jäänud aastad



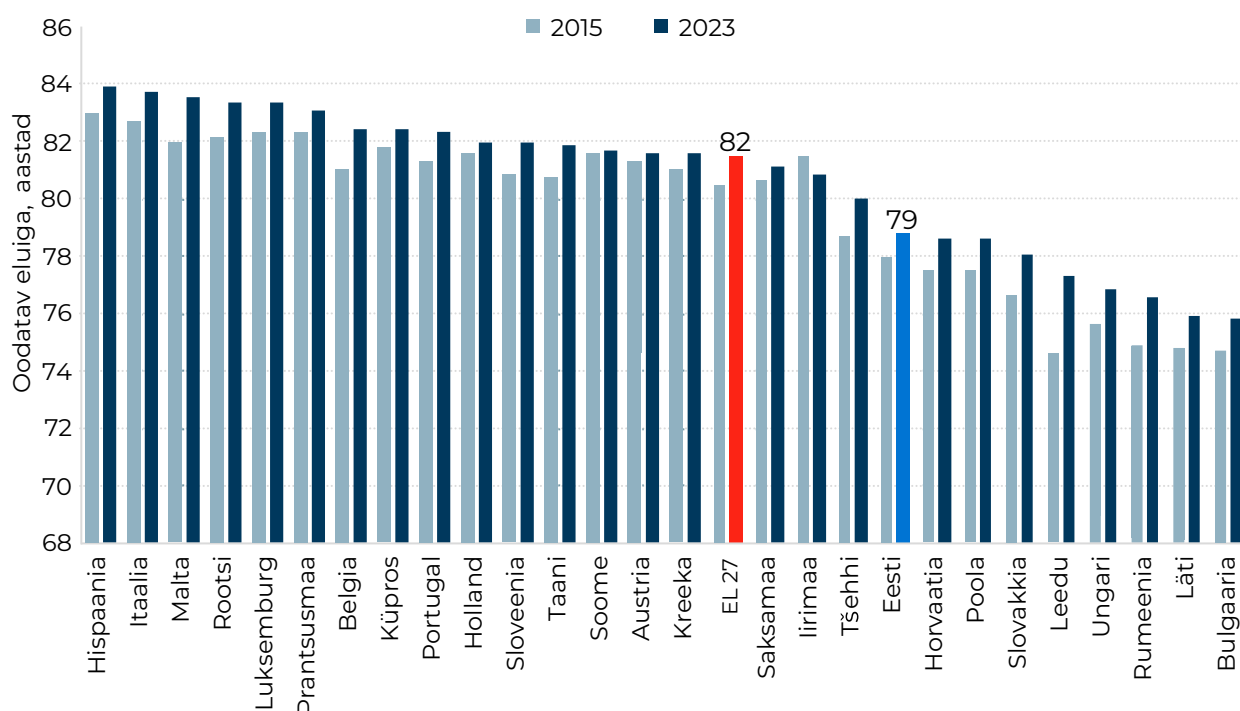
Joonis 1. Oodatav eluiga sünnimomendil, 2015–2023.

Allikas: Eurostat, [statistikaamet](https://statistikaamet.ee)

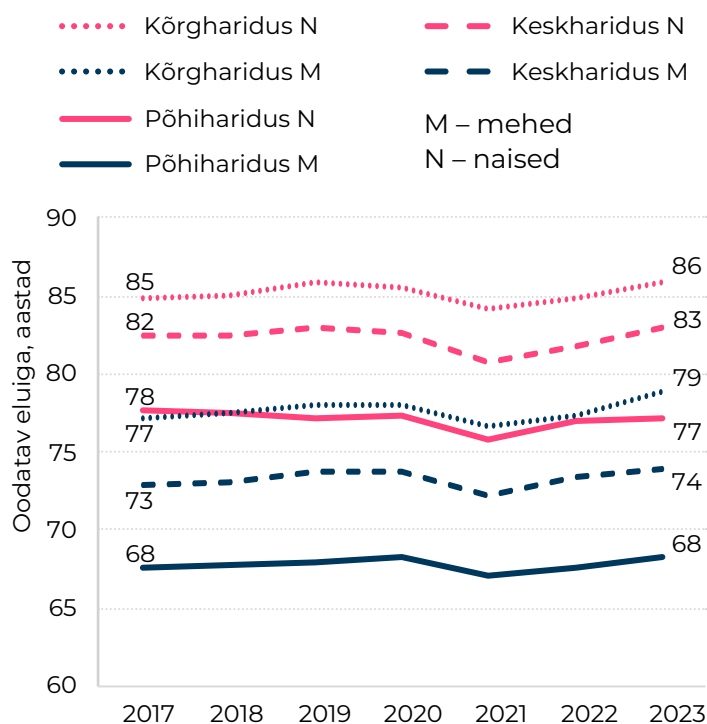
Keskmine oodatav eluiga

sünnimomendil on enim kasutatav tervisenäitaja, mis sõltub paljudest elukaart läbivatest teguritest, sealhulgas elustiilist, elukeskkonnast aga ka tervishoiuteenuste kvaliteedist. Oodatava eluea muutuse põhjal saab hinnata rahvastiku tervise seisundit ja tervisevaldkonna tegevuse tulemuslikkust. Võrreldes 2015. aastaga, on keskmine oodatav eluiga Eestis pikenenud 1,3 aastat, jõudes 2023. aastal kõigi aegade kõrgeimale tasemele (78,9 aastat). Oodatav eluiga pikenes meestel 1,4 ja naistel 1,2 aastat, mistõttu vähenes meeste ja naiste oodatava eluea vahe 8,6 aastale, mis siiski ületab EL-i keskmist 3,3 aasta võrra (joonis 1).

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



Joonis 2. Oodatav eluiga, võrdlus EL-i riikidega, 2015 ja 2023. Allikas: Eurostat



Haridustase mõjutab oluliselt oodatava eluea pikkust: statistikaameti andmetel elas kõrgharidusega inimene 2023. aastal Eestis 4,6 aastat kauem kui keskharidusega ja 11,4 aastat kauem kui põhiharidusega inimene. Hariduslik ebavõrdsus oodatavas elueas põhi- ja kõrgharidusega inimeste vahel on 2017. aastaga võrreldes suurenenud 2,8 aastat (Statistikaamet, a). Võrreldes kõrgharidusega naistega, oli 2023. aastal põhiharidusega meeste oodatav eluiga 17,6 aastat lühem (joonis 3).

Joonis 3. Oodatav eluiga hariduse järgi, 2017–2023.

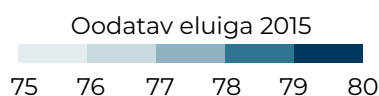
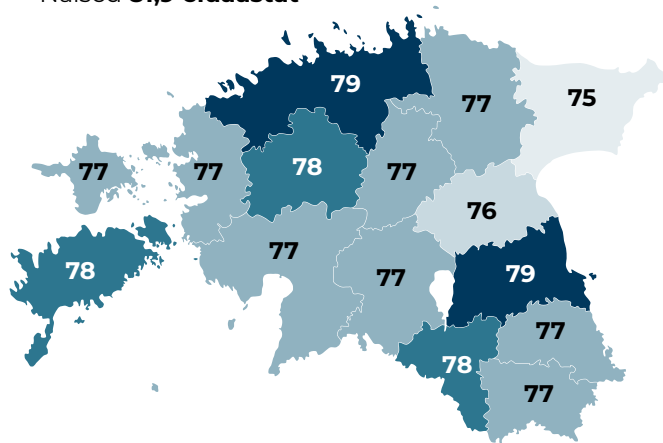
Allikas: [statistikaamet](https://statistikaamet.ee)

Piirkondlikus vaates on Eestis oodatav eluiga 2015. ja 2023. aasta võrdluses kasvanud enim Pärnu maakonnas: kaks eluaastat (joonis 4). Oodatav eluiga on vähenenud Järva ja Valga maakonnas ning jäänud samaks Lääne-Viru, Lääne ja Rapla maakonnas. Teiste maakondadega võrreldes on oodatav eluiga lühim Ida-Viru ja Järva maakonnas, jäädes nelja eluaasta võrra lühemaks kui Harjumaal ja Tartumaal, kus see on pikim.

Eesti keskmine **77,7 eluaastat**

Mehed **73,1 eluaastat**

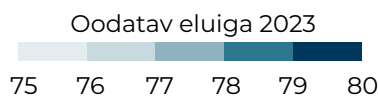
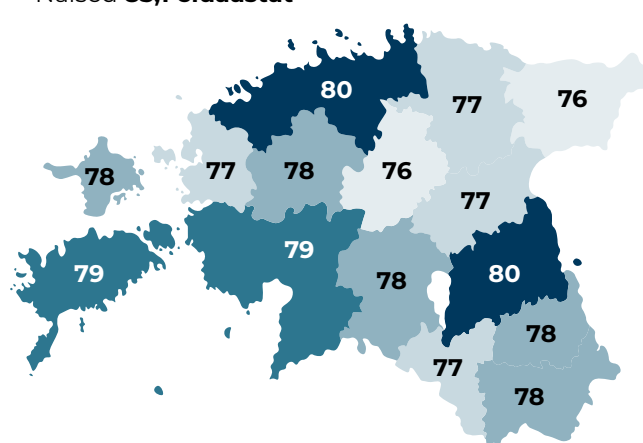
Naised **81,9 eluaastat**



Eesti keskmine **79,0 eluaastat**

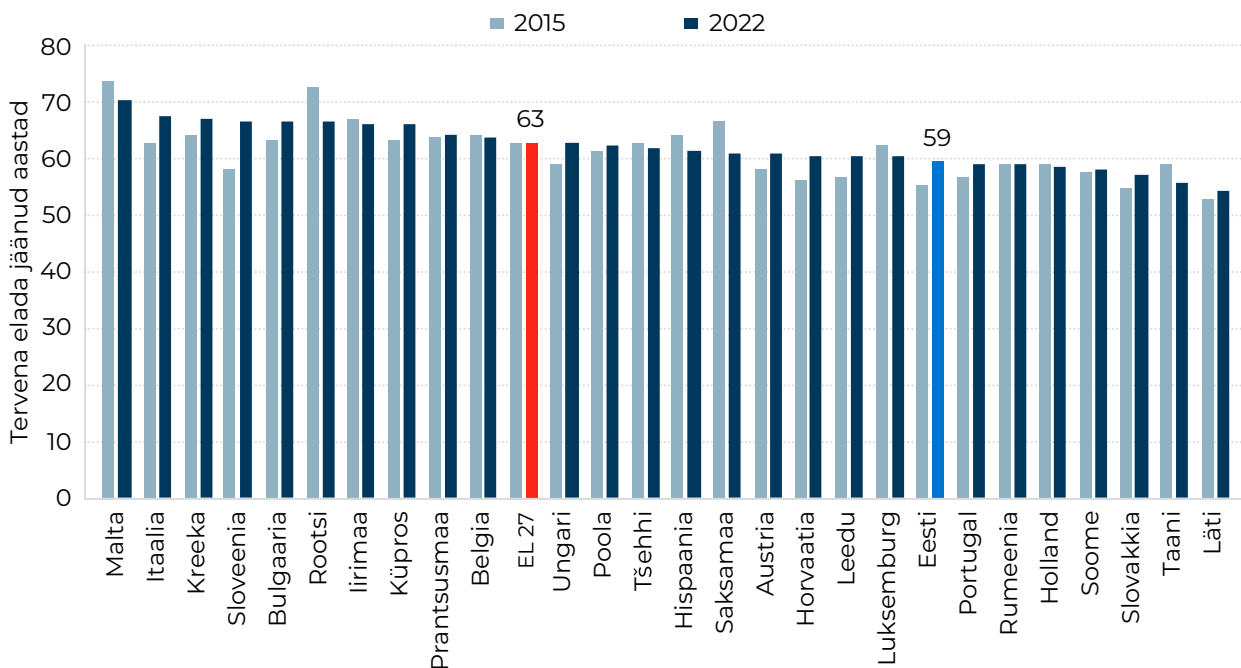
Mehed **74,5 eluaastat**

Naised **83,1 eluaastat**



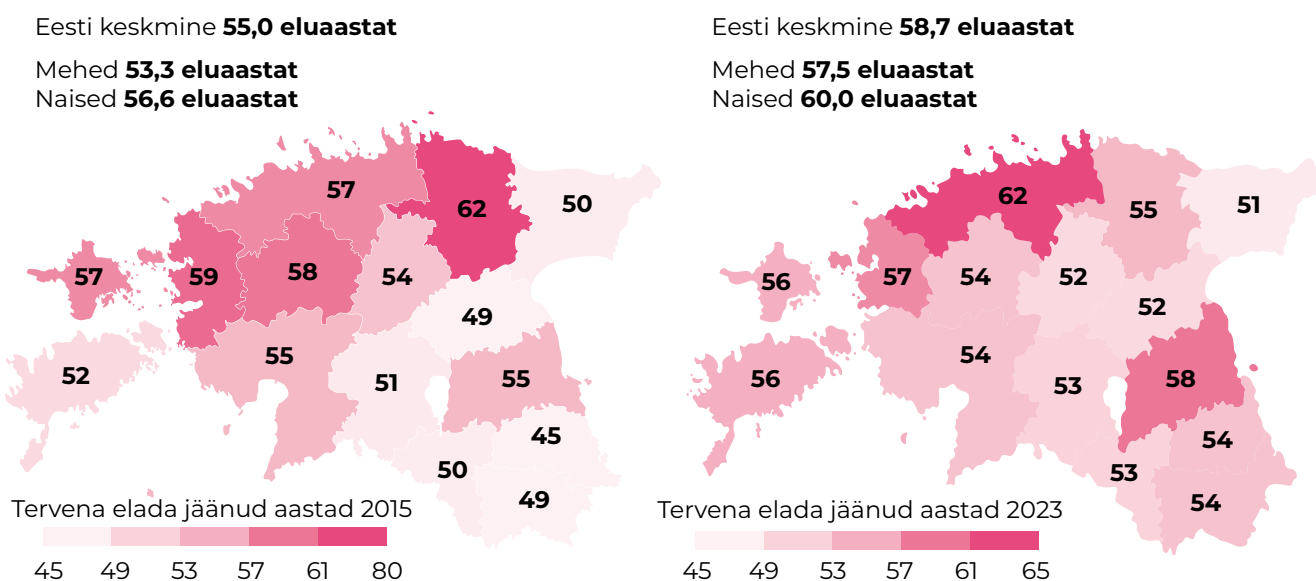
Joonis 4. Oodatav eluiga sünnihetkel Eesti maakondades, 2015 ja 2023. Allikas: [statistikaamet](https://statistikaamet.ee)

Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel on keskmine aastate arv, mida inimene tõenäoliselt elaks tervises seisundist tulenevate igapäevategevuse piiranguteta, kui suremus ja rahvastiku tervise näitajad jääksid samaks. Hea tervis on defineeritud kui igapäevategevuse piirangute puudumine. Võrreldes 2015. aastaga, on tervena elada jäänud aastate arv suurenenud meestel 2,8 ja naistel 3,4 aastat. Aastal 2023 elasid Eesti mehed tervena keskmiselt 56,4 aastat ja naised 59,5 aastat, ehk oma elust vastavalt 75,7 ja 71,6 protsenti (Statistikaamet, b). Tervena elada jäänud aastate vahe Euroopa Liidu keskmisega võrreldes oli 2022. aastal 3,3 aastat (joonis 5). Rootsiiga võrreldes oli mahajäämus 2022. aastal 7,2 aastat, kuid Taanis elasid inimesed tervena 3,4 ja Soomes 1,4 aastat vähem kui Eestis.



Joonis 5. Tervena elada jäänud aastad, võrdlus EL-i riikidega, 2015 ja 2022. Allikas: [Eurostat](#)

Piirkondlikud erinevused tervena elada jäänud aastates on Eestis märkimisväärsed. Ehkki 2015. aastaga võrreldes 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 6).



Joonis 6. Tervena elada jäänud aastad Eesti maakondades, 2015 ja 2023.

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

1.3. Peamised surmapõhjused

Peamised surmapõhjused Eestis on vereringeelundite haigused ja pahaloomulised kasvajad. Umbes pooled (7500 surma) Eesti surmadest 2024. aastal olid tingitud vereringeelundite haigustest ning 22% (3500 surma) pahaloomulistest kasvajatest. Vereringeelundite haigustest tingitud surmadest moodustas 43% (3198 surma) kõrgevererõhktõbi ning 27% (2012 surma) südame isheemiatõbi (joonis 7).

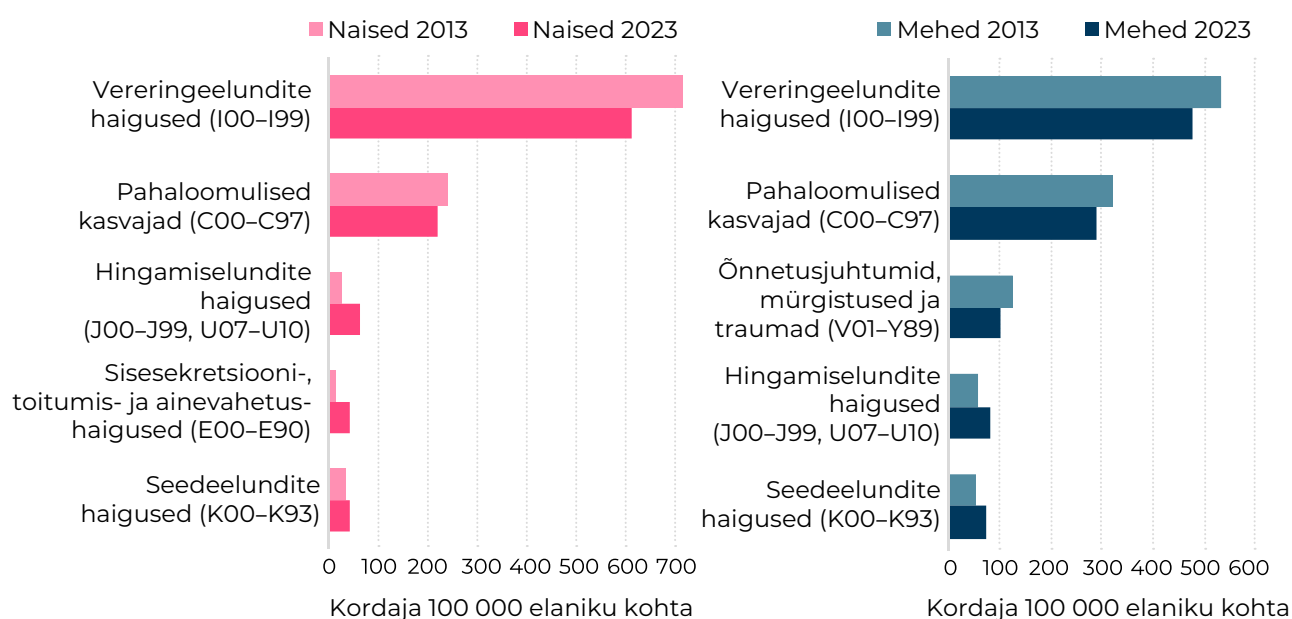
Aastal 2023 oli meeste suremus **vereringeelundite haigustesse** 478 juhtu 100 000 elaniku kohta, mis on vähenenud võrreldes 2013. aastaga, kui see näitaja oli 534. Naiste suremus vereringeelundite haigustesse oli 2023. aastal 610 juhtu 100 000 elaniku kohta, võrreldes 713 juhtumiga 2013. aastal.

Pahaloomulised kasvajad olid samuti märkimisväärne surmapõhjus. Meeste suremus pahaloomulistesse kasvajatesse oli 2023. aastal 288 juhtu 100 000 elaniku kohta, võrreldes 321 juhtumiga 2013. aastal. Naistel oli see näitaja 220 juhtu 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, võrreldes 242 juhtumiga 2013. aastal.

Õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad olid meeste seas kolmas peamine surmapõhjus suremusnäitajaga 100 juhtu 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, võrreldes 124 juhtumiga 2013. aastal. Hingamiselundite haigused olid samuti olulised, meeste suremusnäitaja oli 79 juhtu 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, võrreldes 56 juhtumiga 2013. aastal. Naiste suremus hingamiselundite haigustesse oli 61 juhtu 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, võrreldes 25 juhtumiga 2013. aastal.

Seedeelundite haigused olid samuti märkimisväärsed surmapõhjused. Meeste suremus seedeelundite haigustesse oli 2023. aastal 72 juhtu 100 000 elaniku kohta, võrreldes 52 juhtumiga 2013. aastal. Naiste see näitaja oli 44 juhtu 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, võrreldes 35 juhtumiga 2013. aastal.

Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused olid naiste seas samuti olulised, suremusnäitaja oli 44 juhtu 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, võrreldes 15 juhtumiga 2013. aastal.



Joonis 7. Surmad 100 000 elaniku kohta peamiste surmapõhjuste järgi, 2013 ja 2023.

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

1.4. Südame ja veresoonkonna haigused

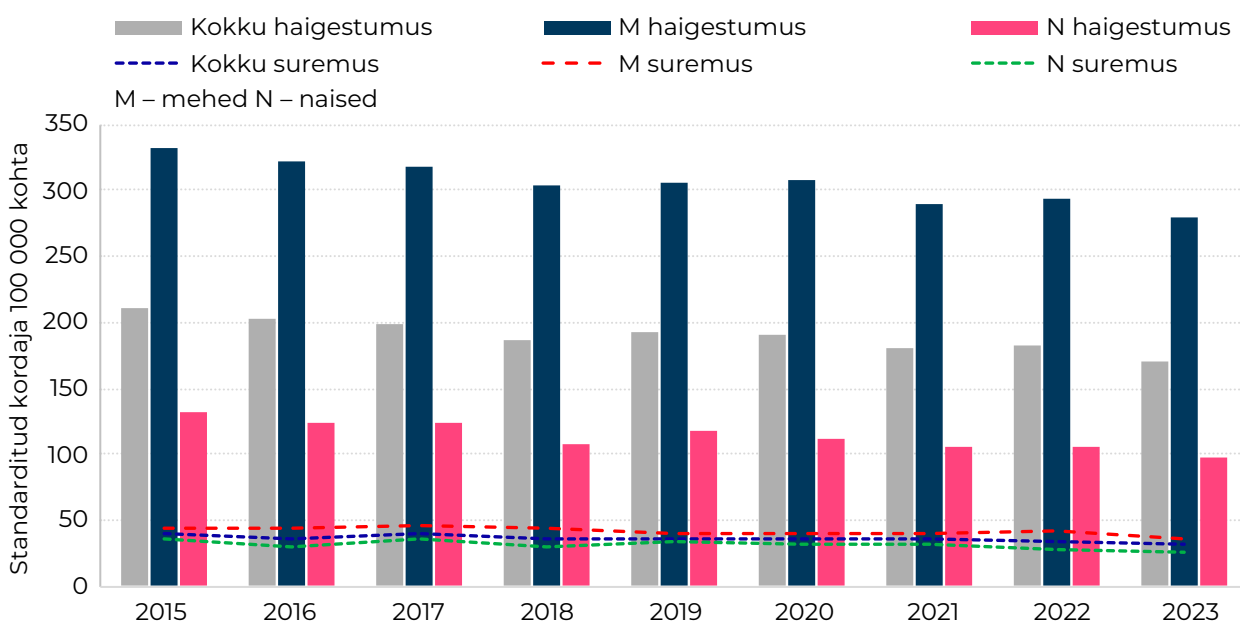
Ülemaailmse tervisekaotuse uuringu (Global Burden of Disease – GBD) järgi on südame ja veresoonkonna haigustest tulenev haiguskoormus olnud aastakümneid juhtiv surmapõhjus kogu maailmas (GBD Collaborative Network, 2024). Aastal 2021 suri südame ja veresoonkonna haiguste tõttu 20,5 miljonit inimest, mis moodustas umbes kolmandiku kõigist surmadest. EL-is ja Ühendkuningriigis põhjustasid südame ja veresoonkonna haigused 2020. aastal vähemalt 1,8 miljonit surmajuhtumit.

Ka Eestis on tervisekaotuse peamine põhjus vereringeelundite haigused, moodustades kogu tervisekaotusest 35%. Vereringeelundite haiguste tõttu kaotati 2023. aastal 150 177 eluaastat (TAI, a). Vereringeelundite haigused on Eestis endiselt ka üks peamisi surmapõhjuseid, moodustades ligi poole kõigist surmadest (TAI, b). TAI esialgsetel andmetel suri 2024. aastal südame ja veresoonkonna haiguste tõttu 7242 inimest.

Südame ja veresoonkonnaga seotud haiguskoormusel on ka suur majanduslik mõju. Ainuüksi südame isheemiatõve haiguste raviks kulus tervisekassa andmete põhjal 2022. aastal 60,6 miljonit eurot, mis on 2,5 miljonit eurot rohkem kui 2021. aastal (Tervisekassa, 2023). Aastal 2023 tasus tervisekassa vereringeelundite haiguste ravi eest 248 miljonit eurot (Tervisekassa, 2024).

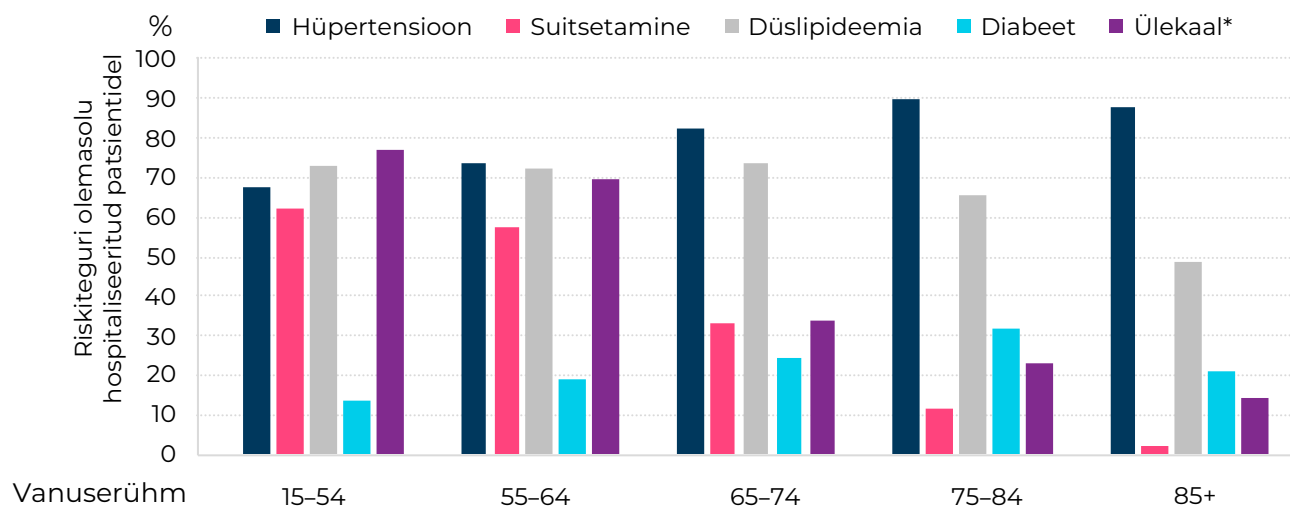
Kuigi vereringeelundite haigustest tingitud suremus on alates 2011. aastast vähenenud peaaegu 60%, oli isheemilise südamehaiguse suremus 2020. aastal endiselt 40% suurem kui EL-i keskmine (OECD/EOHSP, 2023). Rahvastiku vananemisele vaatamata on ennetuse ja ravivõimaluste paranemise tõttu infarktsuremus pisut vähenenud, aga Euroopa vastava näitajaga võrreldes on suremus Eestis siiski suurem.

Ägeda südamelihaseinfarkti diagnoosiga jõudis 2023. aastal haiglasse 2487 inimest. Neist patsientidest haigestus elus esimest korda 78% ja haigestumise tõenäosus suurenes vanusega. Haigestunutest 62% moodustasid mehed ja 38% naised. Mehed haigestusid naistega võrreldes sagedamini ja nooremana (TAI c).



Joonis 8. Euroopa standard-rahvastiku haigestumus ja suremus ägedasse südamelihase infarkti, 2015–2023. Allikas: [müokardiinfarktiregister](#), [surma põhjuste register \(TAI\)](#)

Patsientide prognoosi ägeda südamelihaseinfarkti korral mõjutavad oluliselt õigeaegne ravi ja ennetus. Mitme raviprotsessi (näiteks ravi õigeaegsus ja kliiniliste sekkumiste valik) tõhusust näitab 30 päeva suremus. Seda näitajat ei mõjuta üksnes haigla ravikvaliteet, vaid ka haiglaravi, haiglas viibimise kestuse ja ägeda müokardiinfarkti raskusastme erinevus riigiti. Lisaks on oluline ka kaasuvate haiguste foon ja riskitegurid (joonis 9). Ägeda müokardiinfarkti järgne 30 päeva suremus on teiste riikidega võrreldes Eestis suur, ulatudes 2021. aastal 11,3 protsendini. Suurem ägeda müokardiinfarkti järgne 30 päeva suremus oli vaid Lätis (16%) (OECD/European Commission, 2024).



* Ülekaalulised on alla 65-aastased, kelle kehamassiindeks (KMI) on vähemalt 25, ja üle 65-aastased, kelle KMI on vähemalt 30.

Joonis 9. Ägeda südamelihaseinfarktiga hospitaliseeritud patsientide riskitegurid, 2023.

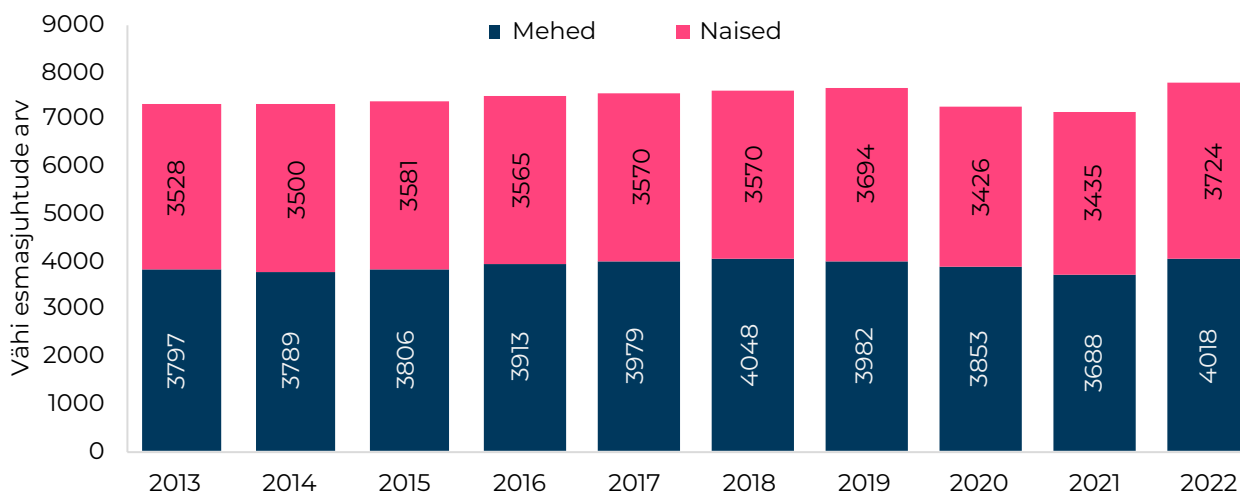
Allikas: [müokardiinfarktiregister](#)

Surma põhjuste registri andmete kohaselt suri 2023. aastal Eestis **peaajuveresoonte haigustesse** 974 inimest. Eestis haigestub igal aastal insuldi vähemalt 4000 inimest (Eesti Insuldiliit). **Insuldil** on kaks peamist alaliiki: ajuinfarkt (isheemiline insult) ja ajuveresoone lõhkemine (hemorraagiline insult). Insuldi vormiks võib pidada ka mööduvat ajuvereverustuse häiret ehk transitoorset isheemilist atakki.

Insult on üks suuremaid surmapõhjusi ka mujal riikides, moodustades 2021. aastal majanduskoostöö ja arengu organisatsiooni (OECD) riikides 6% kõigist surmajuhtumitest (OECD/European Commission, 2024). Aastal 2011 suri Eestis isheemilise insuldi tõttu 30 päeva jooksul 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 suurem oli suremus (üle 25%) Lätis ja kõige väiksem (alla 8%) Hollandis.

1.5. Pahaloomulised kasvajad

Eestis diagnoositi 2022. aastal 9196 vähi esmasjuhtu, neist meestel 4563 ja naistel 4633. Jättes välja mittemelanoomse nahavähi, oli juhtude koguarv 7742 (joonis 10). Aastal 2019 diagnoositi Eestis esimest korda üle 9000 vähijuhtu, kuid 2020. aastal algas juhtude arvu vähenemine, mida võis seostada COVID-19 pandeemia mõjudega, nagu piiratud ligipääs plaanilistele tervishoiuteenustele ja söeluuringutele, patsientide vähenenud pöördumised kergemate sümptomite korral ja COVID-19 surmad inimeste seas, kellel oleks võidud lähiajal vähk diagnoosida. Aastatel 2020. ja 2021. registreeriti vastavalt 8509 ja 8376 vähijuhtu. Seega jõudis vähijuhtude arv 2022. aastal tagasi pandeemiaeelsele tasemele.



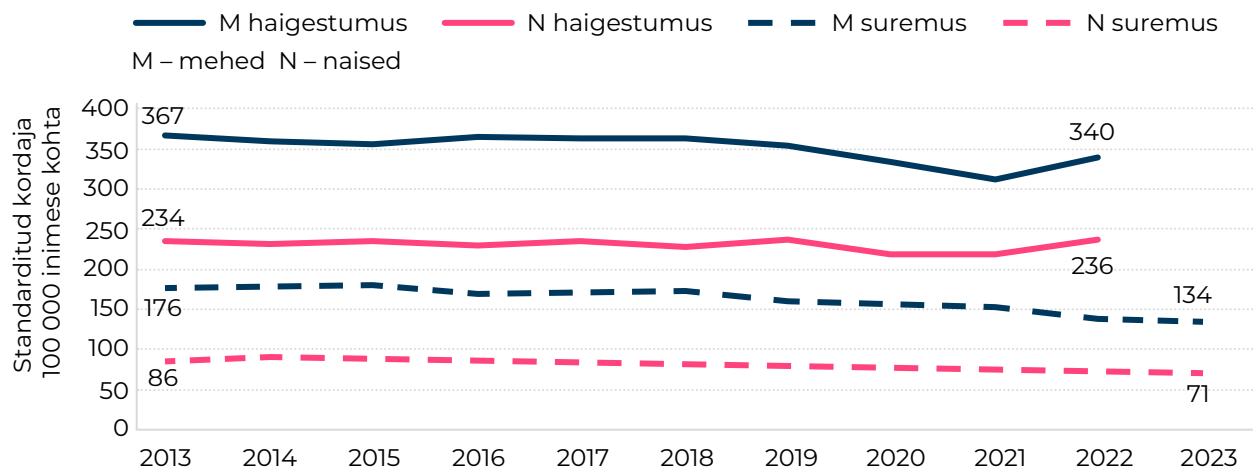
Joonis 10. Vähi esmasjuhud, kõik paikmed, v.a mittemelanoomne nahavähk, 2013–2022.

Allikas: vähiregister (TAI)

Meestel esines 2022. aastal kõige sagedamini eesnäärmevähki, naha mittemelanoomi ja kopsuvähki. Eesnäärmevähk moodustas meestel registreeritud vähkidest ligi 30%. Naiste seas registreeriti esimest korda üle 900 rinnavähijuhtu (933), mis moodustas neil registreeritud pahaloomulistest kasvajatest viiendiku. Peale rinnavähi diagnoositi naistel sageli naha mittemelanoomi ning käär- ja pärasoolevähki.

Haigestumine pahaloomulistesse kasvajatesse suureneb vanusega: kolmandik kõigist vähi esmasjuhtudest diagnoositi vähemalt 75-aastastel inimestel. Nooremates vanuserühmades esineb naistel vähki sagedamini kui meestel, kuid alates 55. eluaastast haigestuvad mehed sagedamini kui naised. Lastel ja noortel esineb kasvajaid harva: 2022. aastal registreeriti kuni 14-aastastel lastel 21 ning 15–34-aastastel noortel 147 pahaloomulise kasvaja esmasjuhtu.

Esmasjuhtude arv on jõudnud pandeemiaeelsele tasemele ja kahe eelneva aastaga võrreldes on tõusnud ka vanusestandarditud haigestumus ehk näitaja, mis võtab arvesse rahvastiku vanuselise jaotuse muutused ja kõrvaldab rahvastiku vananemise mõju. Pahaloomuliste kasvajate tagajärjel suri 2024. aastal Eestis ligi 3500 inimest. Sagedasemad vähisurma põhjused on kopsuvähk, käär- ja pärasoolevähk ning maovähk. Vanusestandarditud vähisuremus on nii meeste kui ka naiste seas vähenenud alates 2018. aastast (joonis 11).

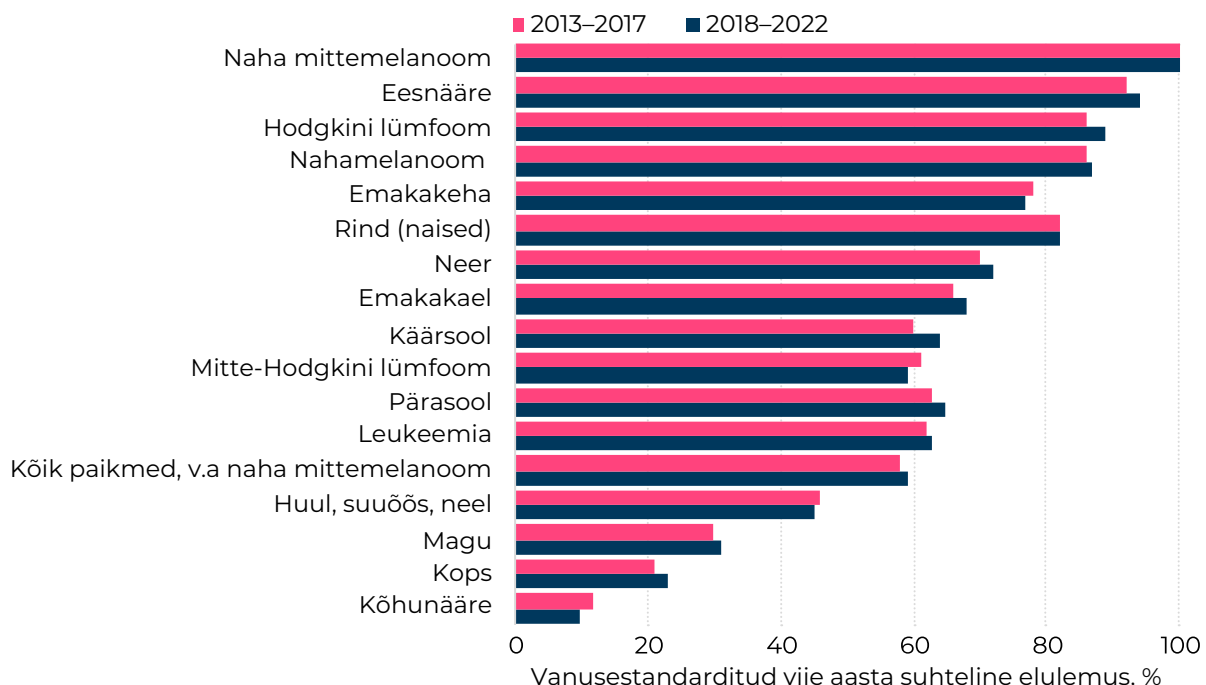


Joonis 11. Maailma standardrahvastiku vähihaigestumus (kõik paikmed, v.a mittemelanoomne nahavähk), 2013–2022 ja vähisuremus (kõik paikmed), 2013–2023.

Allikas: vähiregister (TAI), surma põhjuste register (TAI)

Vähielulemuse mõõtmine võimaldab hinnata vähitõrjemeetmeid tervikuna, hõlmates nii varase avastamise kui ka ravi tõhusust. Kõigi Eestis diagnoositud vähijuhtude ühe, viie ja kümne aasta suhteline elulemus aastail 2018–2022 oli vastavalt 79%, 66% ja 61%. Jättes välja mittemelanoomse nahavähi, oli kõigi vähipaikmete ühe, viie ja kümne aasta suhteline elulemus vastavalt 75%, 59% ja 53%.

Aastate 2013–2017 ja 2018–2022 võrdluses on viie aasta elulemus enim paranenud käärsoolevähi korral (4% võrra) ja Hodgkini lümfoomi korral (3% võrra) (joonis 12). Viimase perioodi (2018–2022) näitajate hindamisel tuleb arvestada COVID-19 pandeemia mõjuga, sest vähiga elavatel inimestel oli võrreldes kogu rahvastikuga suurem risk surra COVID-19 tagajärjel.



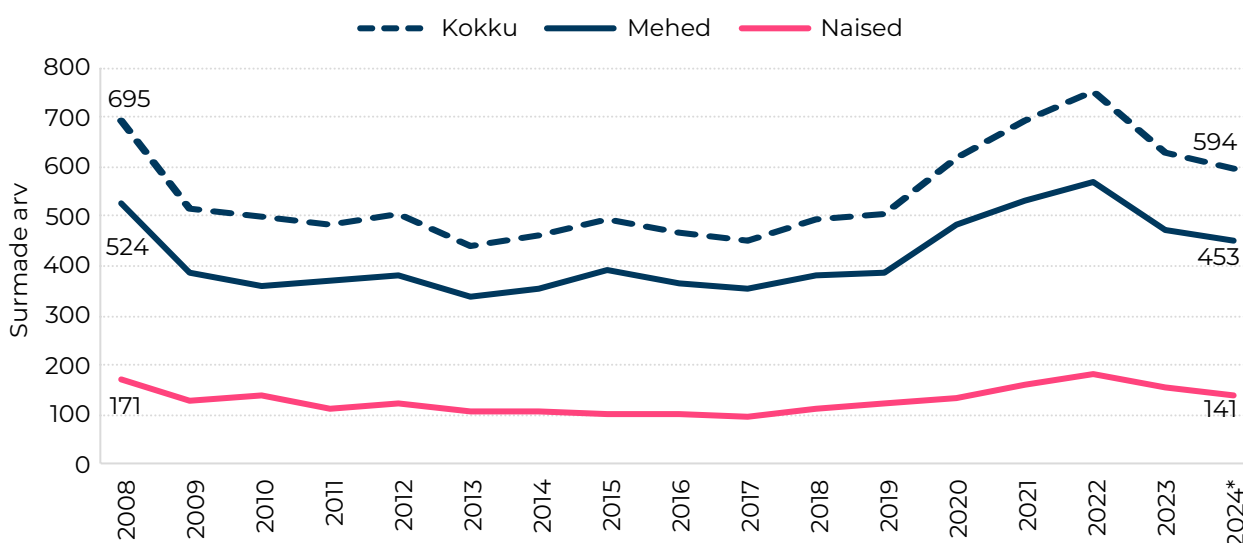
Joonis 12. Vanusestandarditud viie aasta suhteline vähielulemus, 2013–2017 ja 2018–2022.

Allikas: vähiregister (TAI)

Seekordses rahvastiku tervise aastaraamatus võtame fookusesse vähitõrje ja anname ülevaate Eesti vähitõrjemeetmete tulemuslikkusest. Põhjalik ülevaade on aastaraamatu [fookusteema peatükis!](#)

1.6. Alkoholist ja narkootikumidest tingitud suremus

Esialgsetel andmetel registreeriti Eestis 2024. aastal 594 otseselt **alkoholist** põhjustatud haigustest tulenevat surmajuhtumit (4% kõigist surmadest), mida on 33 surmajuhtumit vähem kui 2023. aastal (627 alkoholisurma, joonis 13.). Eelkõige on alkoholi tarvitamisega seotud suremus seotud meestega: 2024. aastal registreeriti 76% alkoholitartumisega seotud surmadest meeste hulgas, kellest umbes pooled olid tööealised (vanus kuni 60 eluaastat). Alkoholist põhjustatud suremus kasvas aastatel 2018–2022 koos tarbimise suurenemisega. Seda mõjutas alkoholi suurem taskukohasus, millele aitas kaasa ka alkoholi aktsiisi langetamine ja COVID-19 pandeemia mõju alkoholitartumisele. Alates 2023. aastast on suremus vähenenud. Selle üks seletusi on alkoholi tarbimist mõjutav elukalliduse tõus üldise majanduslanguse taustal sarnaselt eelmise majanduslanguse mõjuga 2009. aastal.

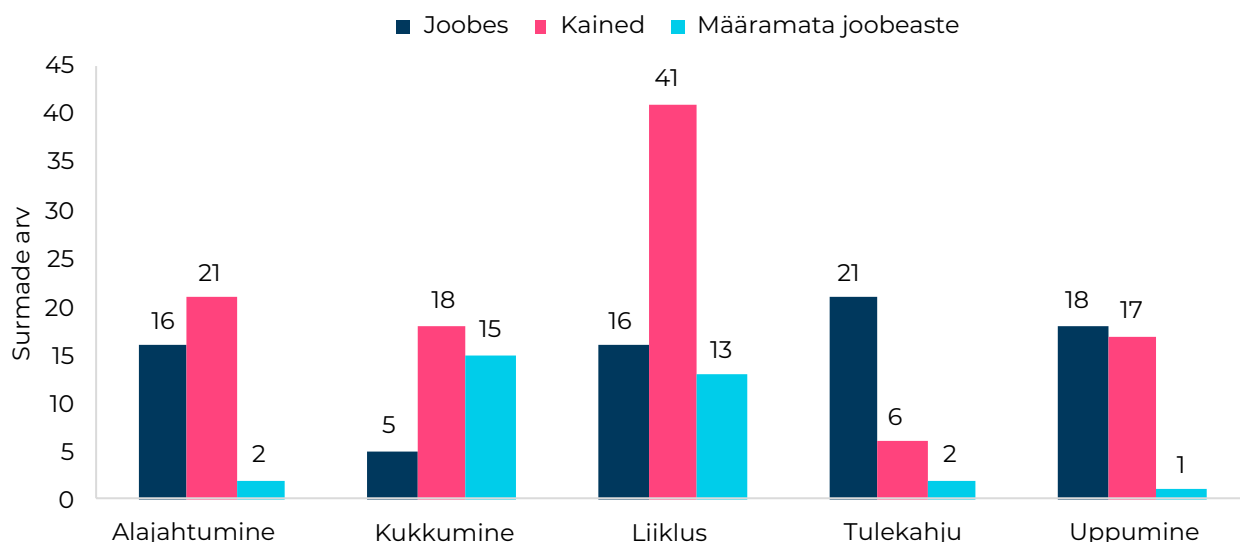


* Esialgsed andmed

Joonis 13. Otseselt alkoholist põhjustatud haigustest tulenevad surmad, 2008–2024.

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

Lisaks otseselt haigustest põhjustatud surmadele on alkoholil oluline roll **vigastussurmade** korral. Eesti kohtuekspertiisi instituudi (EKEI) lahanguatele jõudnud surmajuhtumitest on lahangu käigus tuvastatud alkoholitartumisest põhjustatud joove ligi pooltel (42%) õnnetustes hukkunud isikutest (joonis 14.). Aastal 2024 tuvastati 76 õnnetussurma, mille puhul hukkunul tehti kindlaks alkoholijoove. EKEI statistika aga ei anna täielikku ülevaadet alkoholist põhjustatud vigastussurmadest, sest kõik vigastustest põhjustatud surmad ei jõua lahangule ja kõigi lahanguete korral ei määrata joovet.

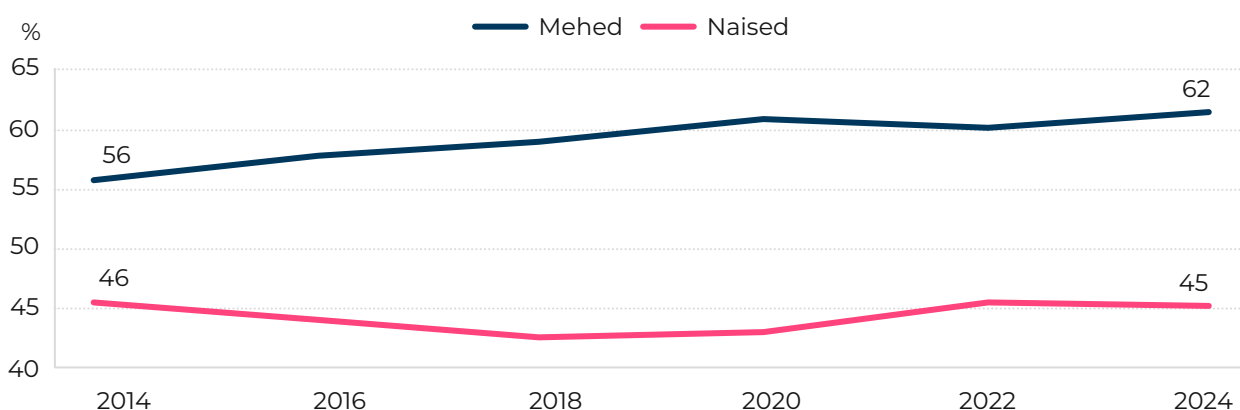


Joonis 14. Õnnetustes hukkunud kaine ja joobes isikute arv lahangu andmete põhjal, 2024 (esialgsed andmed). Allikas: surmapõhjuste register (TAI), EKEI

Narkootikumidega seotud üledoosisurmade seas tekitavad endiselt kõige rohkem probleeme opioidid. Pärast ligi 20 aastat kestnud fentanüüliepideemiat on alates 2019. aastast turul levima hakanud uuemat tüüpi sünteetilised opioidid: nitaseenid, millega seoses hakkasid üledoosisurmad järsult suurenema 2022. aasta suvest. Aastal 2024 oli narkootikumidega seotud üledoosisurmasid surma põhjuste registri esialgsel andmel 93. Nendest 73 olid seotud opioididega (millest 40 omakorda seotud nitaseenidega). Olulised on ka retseptiravimid, mis on olnud seotud 60 surmajuhtumiga.

1.7. Ülekaalulisus ja rasvumus

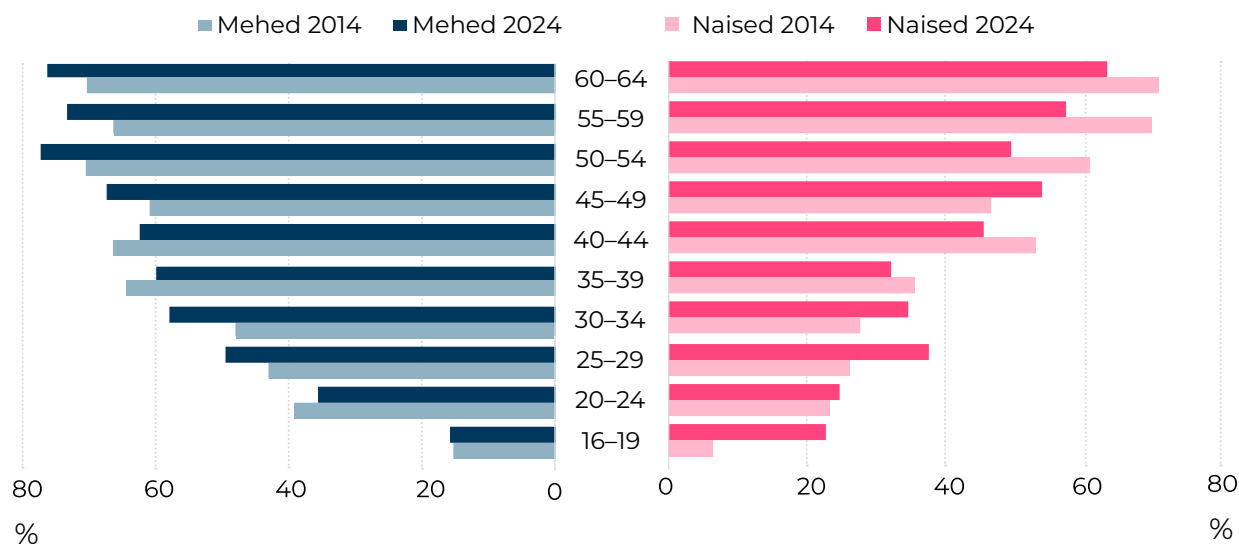
Erinevate küsitlusuuringute andmed osutavad üheselt, et kehamassiindeksi (KMI) järgi on enam kui pooled Eesti elanikest ülekaalus (KMI 25–29,9) või rasvunud (KMI ≥ 30). Värskelt, 2024. aasta kevadel toimunud täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (TKU) andmete põhjal oli 16–64-aastastest ülekaalus või rasvunud 52% (2022. aastal 52,8%). Kuigi ülekaalu levimus tervikuna ei ole võrreldes 2022. aastaga muutunud, on veidi suurenenud liigse kehakaaluga meeste osa (joonis 15). Meestest oli 2024. aastal ülekaalus 43,9% ja naistest 26,9%, rasvunud vastavalt 18,6% ja 18,4%. Seega teeb just meeste liigne kehakaal endiselt muret.



Joonis 15. Ülekaalus või rasvunud 16–64-aastaste osakaal rahvastikus, 2014–2024.

Allikas: TKU (TAI)

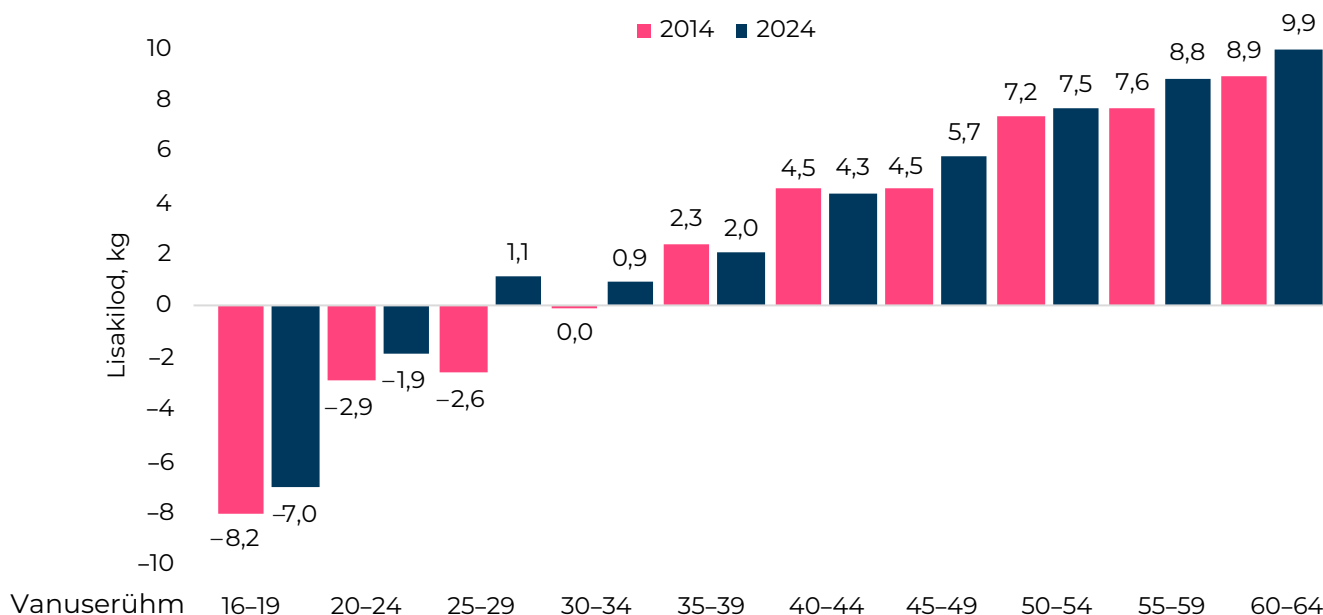
Ootuspäraselt kasvab kehakaal koos vanusega. Võrreldes TKU 2024. ja 2014. aasta andmeid vanuserühmade kaupa, on märgata sooliselt eristuvaid muutusi ülekaalu ja rasvumise levimuses (joonis 16). Ülekaalus või rasvunud meeste osakaal vähemalt 45-aastaste seas on märgatavalt suurenenud võrreldes 2014. aastaga, kuid naiste samades vanuserühmades (ning ka 35–44-aastastel) on liigse kehakaalu levimus vähenenud. Nooremates vanuserühmades (16–34-aastaste) naiste seas aga on ülekaalu ja rasvumise levimus märgatavalt suurenenud.



Joonis 16. Ülekaalus või rasvunud 16–64-aastaste meeste ja naiste osakaal rahvastikus vanuse järgi, 2014 ja 2024.

Allikas: TKU (TAI)

Ühe võimalusena liigse kehakaalu hindamiseks saab võrrelda inimese enda öeldud kehakaalu ja seda kaalu, mis vastaks tema pikkusele normaalkaalu ülempiiri järgi. See erinevus aitab hinnata, kui palju kaal ületab tervisliku vahemiku piiri. Keskmiselt on Eesti 16–64-aastastel meestel 6,2 ning naistel 2,2 lisakilod, kuid veel 2014. aastal oli lisakilosid vastavalt 4,4 ja 1,6. Märgtav muutus ilmneb ka vanuserühmade võrdluses (joonis 17) ning kümne aasta võrdlusandmed näitavad probleemi süvenemist. Vaatamata sellele, et ülekaaluliste rühmas lisakilode arv muutunud ei ole (7,1 kg), on rasvunudel näitaja suurenenud 27,4-kilolt 29,3 kilole. Tuleb aga arvestada, et KMI ei mõõda keha rasvkoe kogust ega selle jaotust ja ütlusel põhineval pikkuse ning kehakaalu andmetes võib esineda vastamisnihe.



Joonis 17. Tegelik kehakaalu erinevus pikkust arvestava normaalkaalu (KMI 24,9) ülempiirist lähtuvast kaalust vanuse järgi 16–64-aastastel elanikel, 2014 ja 2024.

Allikas: TKU (TAI)

TKU 2024. aasta uuringu andmete kohaselt (Reile jt, 2025) oli kõigist ülekaalus või rasvunud vastajatest viimase 12 kuu jooksul saanud kaalu langetamise soovitus arstilt 26% ja pereliikmelt 33,8%. Väärib märkimist, et arstilt või pereliikmelt kaalu vähendamise soovitus saanud ülekaalus või rasvunud vastajatest 21,7% on järginud dieeti kaalu vähendamiseks ja 27,2% suurendanud kehalist aktiivsust. Seda on oluliselt enam kui neil ülekaalulistel, kelle kaaluprobleemile tähelepanu juhitud ei ole (vastavalt 13,7% ja 19,4%). Seega vajab rahvastiku liigse kehakaalu küsimus senisest selgelt suuremat tähelepanu, kuid positiivne on see, et ülekaaluga kaasnevaid riske teadvustatakse senisest sagedamini.

Aastal 2024 valminud haiguskulu analüüs (Reile jt, 2024) ülekaalu ja rasvumise majanduslikust mõjust näitas, et

- ▶ vähemalt 18-aastastest täisealistest 62% on ülekaalus või rasvunud;
- ▶ ülekaal ja rasvumine põhjustab aastas arvestuslikult 248 000 haigusjuhtu, millest umbes 75% moodustavad südame ja veresoontehaigused ning teist tüüpi diabeet;
- ▶ liigse kehakaaluga on arvestuslikult seotud ka 646 enneaegset surma aastas, millest umbes 60% on 60–74-aastaste seas;
- ▶ liigse kehakaaluga seotud haiguste aastane ravikulu on umbes 107 mln eurot, kuid koos maksulaekumise kaotusega ulatub aastane kogukulu riigile 124,7 mln euroni.

[Kehalise inaktiivsuse ja liigse kehakaalu kulu Eestis](#)

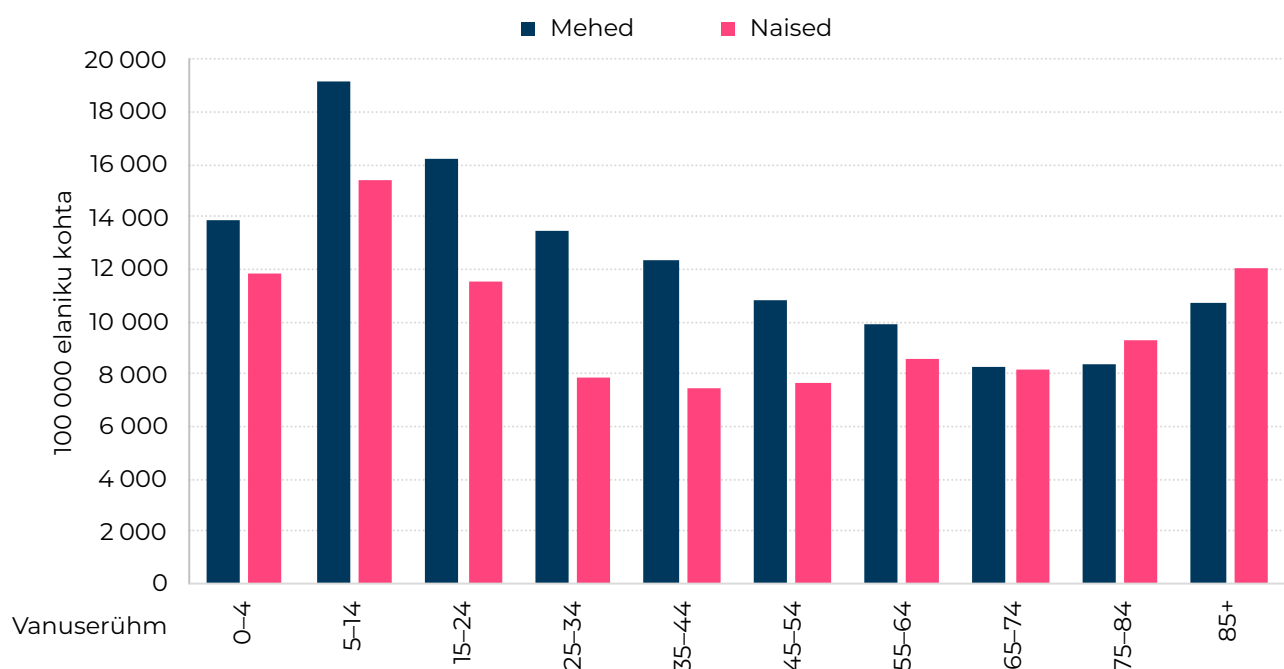
SKÄNNI MIND



1.8. Vigastused

Vigastused võivad tekkida tahtmatult või tekitatakse tahtlikult enesele või teistele suunatud vägivalja tagajärjel. Kuni 2020. aastani olid TAI andmete kohaselt õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad sageduselt kolmas surmapõhjus Eestis, 2021. aastal jäid need neljandale kohale hingamiselundite haigustest (sh COVID-19) tingitud suremuse suurenemise tõttu, kuid 2023. aastal on vigastused taas sageduselt kolmas surmapõhjus (TAI, d)

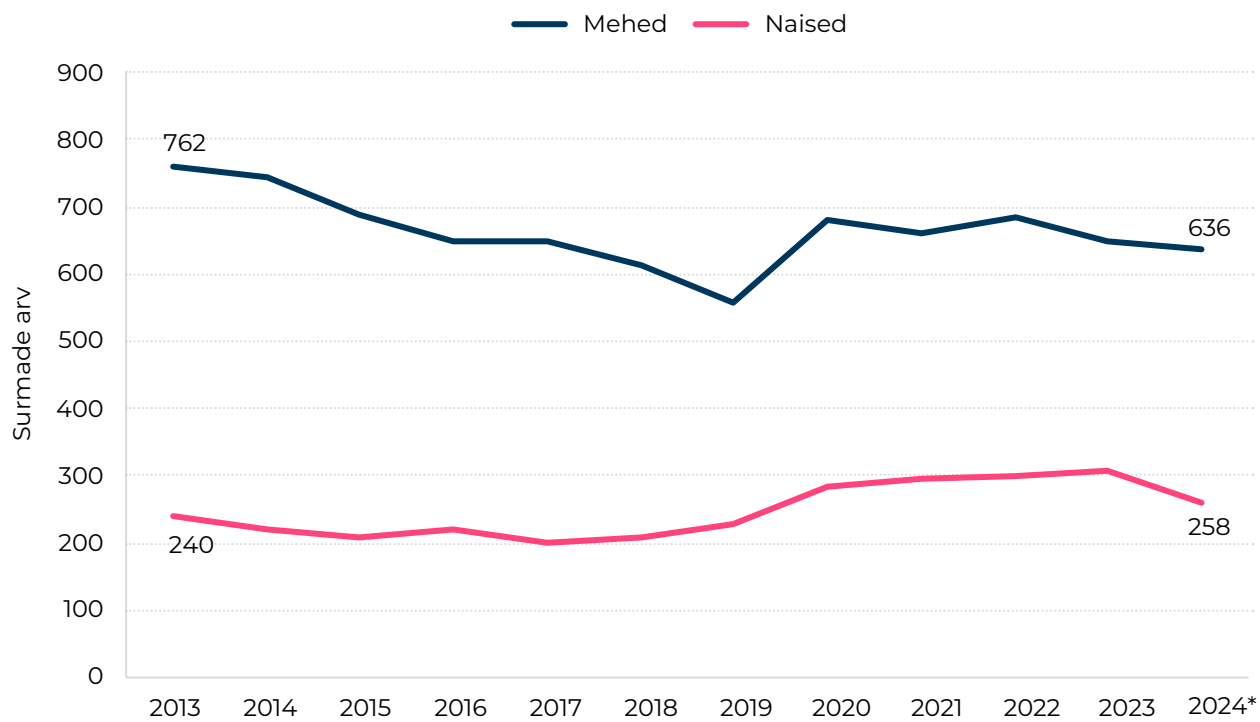
Vigastuste tõttu vajas 2023. aastal ravi ligi 153 000 Eesti elanikku (11% elanikest) ehk iga kümnes inimene. Kõige enam vigastusjuhte absoluutarvudes registreeriti 5–14-aastaste laste (ligi 26 900 juhtu) ja 35–44-aastaste (umbes 20 500 juhtu) vanuserühmas (joonis 18).



Joonis 18. Ravivajadus vigastuse tõttu, 2023. Allikas: [TAI](#)

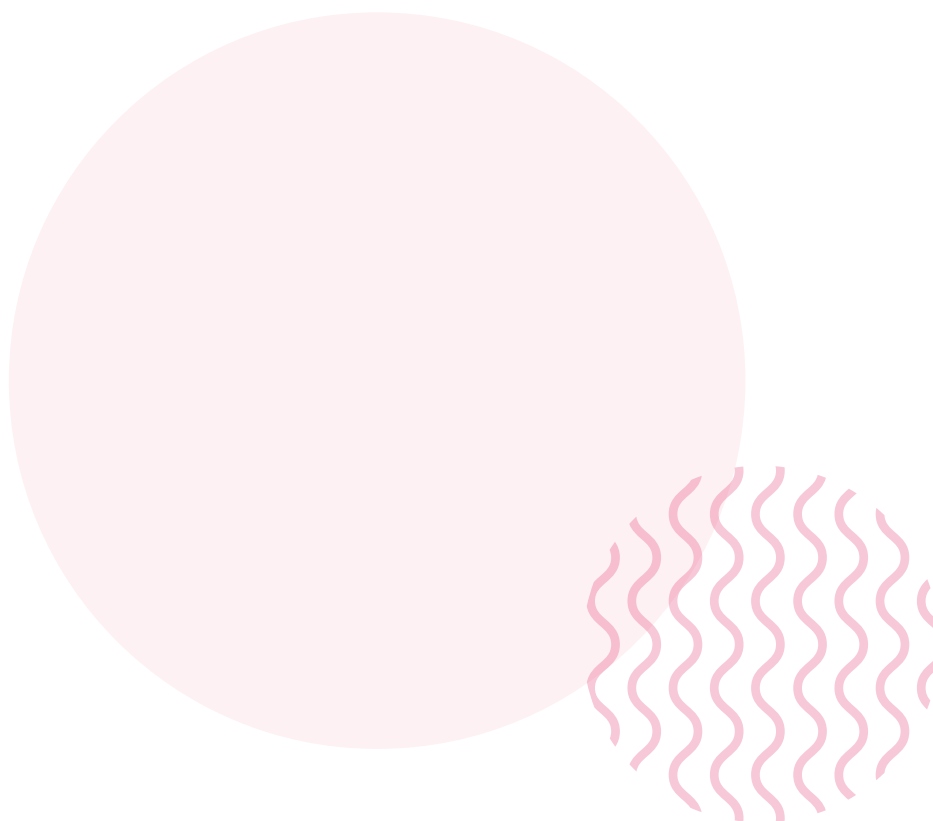
Suurem osa Eestis registreeritud vigastustest saadakse kodus: aastatel 2016–2023 registreeritud juhtude alusel ligi 42% ehk keskmiselt 70 000 vigastusjuhtu aastas (TAI, e). Sagedasemad koduvigastuste põhjused on eluta mehaanilise jõu toime, nt löök vastu esemeid, muljumine, visatud või kukkuma eseme löök jm. Samuti saadakse oluline osa vigastustest töökeskkonnas. Tööinspektsiooni andmete kohaselt juhtus 2023. aastal 3296 tööõnnetust, nendest kümme lõppes surmaga (Tööinspektsioon, 2023).

Vigastuste tõttu hukkus 2024. aastal 894 inimest (65 inimest 100 000 elaniku kohta). Vigastussurmade arv vähenes jõudsalt kuni 2019. aastani. COVID-19 pandeemia aastad tõid kaasa mõningase vigastussurmade suurenemise, kuid alates 2023. aastast on vigastussurmad hakanud vähenema (joonis 19). Vigastustest tingitud suremus on vähenenud peamiselt liiklussurmade vähenemise tõttu (TAI, d). Selleks on tehtud süsteemset ja kõiki valdkondi hõlmavat ennetustööd. Kuid samal ajal on suurenenud kukkumistest tingitud suremus, mis vajab erilist tähelepanu ja valdkonnaülest koostööd. Olgugi et Eestis on vigastussurmade arv vähenenud, on meil sellegipoolest EL-i keskmisest tasemest lähtudes võimalik säästa veel umbes 300 inimest aastas (Sotsiaalministeerium, 2021a).



* esialgsed andmed

Joonis 19. Vigastuste tõttu hukkumised, 2013–2024. Allikas: [surma põhjuste register \(TAI\)](#)



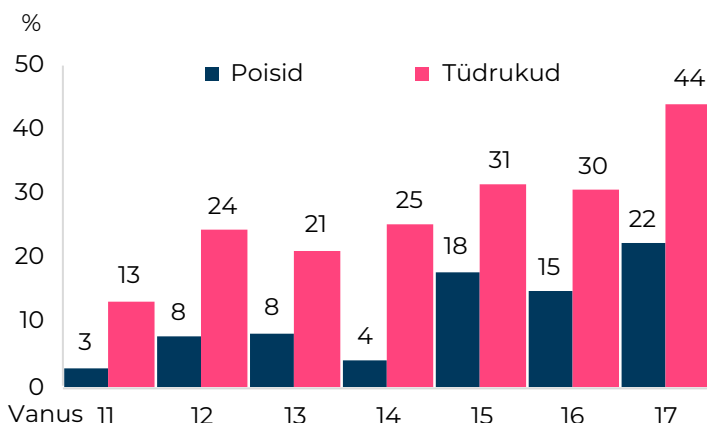
1.9. Vaimse tervise häired ja suitsiidid

Stress on organismi seisund, mis aitab reageerida pingutust nõudvale uuele olukorrale. Psühholoogiline stress jaguneb järgmiseks neljaks alakategooriaks: emotsionaalne, kognitiivne, tajutud ja psühhosotsiaalne stress. Stressiga kaasnevad biokeemilised, füsioloogilised ja käitumuslikud muutused, mis on suunatud stressi tekitanud sündmuse muutmisele või selle mõjudega kohanemisele (Lu jt, 2021). Stress on igapäevaelu lahutamatu osa, mis aitab paljudes olukordades paremini toime tulla. Stressi võivad tekitada ka olemuselt positiivsed sündmused. Pidev ja pikaajaline stress aga muutub kehale koormavaks ja kahjulikuks (Alotiby, 2024), tekivad stressiga toimetuleku raskused, mis omakorda toovad kaasa elukvaliteedi halvenemise ning soodustavad kehaliste ja vaimse tervise häirete väljakujunemist (Davis jt, 2017; Knezevic jt, 2023; Mohr jt, 2014).

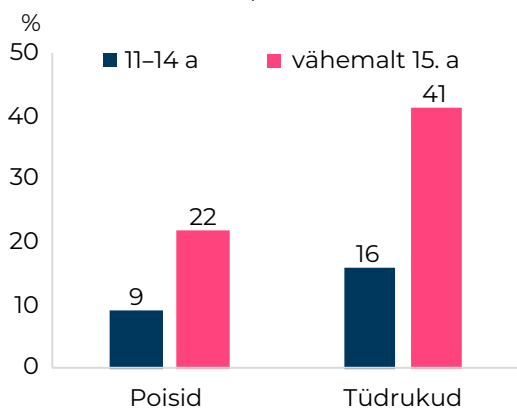
Eestis 2024. aastal esimest korda korraldatud laste vaimse tervise uuringus (LVTU) osalenud vähemalt 11-aastastelt lastelt küsiti „Kui tihti oled sa viimasel ajal tundnud, et sa ei suuda enam üle pea kasvavate raskustega toime tulla?“. Stressiga toimetuleku raskustele viitavate vastustena käsitleti vastusevariante „üsna sageli“ ja „väga sageli“.

[Laste vaimse tervise uuring](#)

SKÄNNI MIND



Joonis 20. Stressiga toimetuleku raskusi üsna või väga sageli kogenud 11–17-aastaste poiste ja tüdrukute osakaal, 2024. Allikas: LVTU



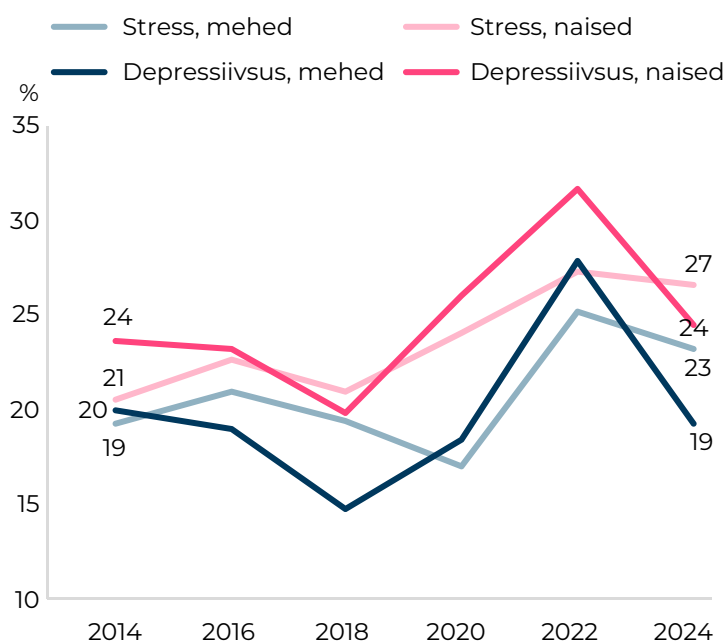
Joonis 21. Tahtlik enesevigastamine 11–14-aastaste ja vähemalt 15-aastaste laste seas. Allikas: LVTU

Stressiga toimetuleku raskusi

on kogenud 22% kõigist uuringus osalenud 11–17-aastastest **lastest**. Kõige enam esineb üle pea kasvavate raskustega toimetulekul raskusi 15–17-aastaste tüdrukute seas ning kõige vähem 11–14-aastaste poiste seas. Vanuse kasvades sagenevad stressiga toimetuleku raskused. Kui 11-aastaste laste seas oli stressiga toimetuleku raskusi kogenud 3% poistest ja 13% tüdrukutest, siis 17. eluaastaks olid näitajad vastavalt 22% ja 44%.

Tahtlik enesevigastamine ehk

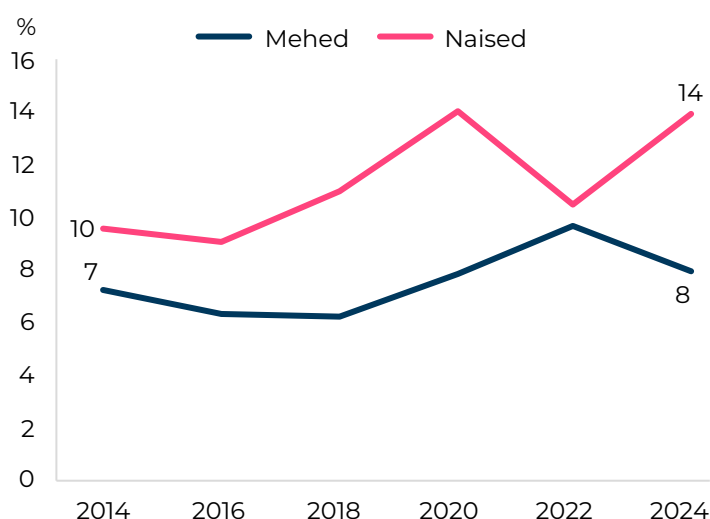
ilma suitsiiditahteta oma keha kahjustamine on oluline laste vaimse tervise näitaja, mis annab kaudselt märku laste hulgast, kellel esineb emotsioonidega toimetulekul raskusi ja kes vajaksid tuge, et ennetada hilisemate tõsisemate vaimse tervise probleemide väljakujunemist. Enesevigastamist esineb igas vanuses, rohkem tüdrukute seas ja nii poistel kui ka tüdrukutel kõige enam vähemalt 15-aastaste laste hulgas. Vähemalt 15-aastaste



Joonis 22. Enesehinnangulise stressi ja depressiivsuse levimus 16–64-aastaste hulgas, 2014–2024. Allikas: TKU (TAI)

vanuserühmas on vähemalt üks kord ennast vigastanud 32% uuringus osalenutest, 11–14-aastaste laste seas oli vastav näitaja 16%. Mõlemas vanuserühmas oli ennast tahtlikult vigastanud tüdrukuid oluliselt rohkem: 22% 11–14-aastaste ja 41% vähemalt 15-aastaste vanuserühmas.

TKU andmete põhjal saab kirjeldada **16–64-aastaste** Eesti elanike vaimset tervist mitme enesekohase näitaja abil. Viimase kümne aasta **stressi¹** ja **depressiivsuse²** levimus (joonis 22) kirjeldab kõnekalt COVID-19 pandeemia ja Venemaa–Ukraina sõja kaudset mõjud rahvastiku vaimsele tervisele. Värske, 2024. aasta andmete järgi on mõlemad näitajad nii naistel kui ka meestel võrreldes 2022. aastaga veidi langenud: tavapärasest suuremat stressi tundis 23% meestest ja 27% naistest ning depressiivsust 19% meestest ja 24% naistest. Samal ajal esineb 2024. aastal vastanute hinnangutes kõrgemat stressitaset enam kui 2014. aastal, kui vastav osakaal oli 19% meestel ja 21% naistel. Eeldatavalt Venemaa–Ukraina sõja tõttu suurenes 2022. aasta andme põhjal järsult eelkõige meeste depressiivsus, kuid 2024. aastal on näha selget positiivset muutust nii naistel kui ka meestel.



Joonis 23. Depressiooni diagnoos viimase 12 kuu jooksul 16–64-aastaste hulgas, 2014–2024.

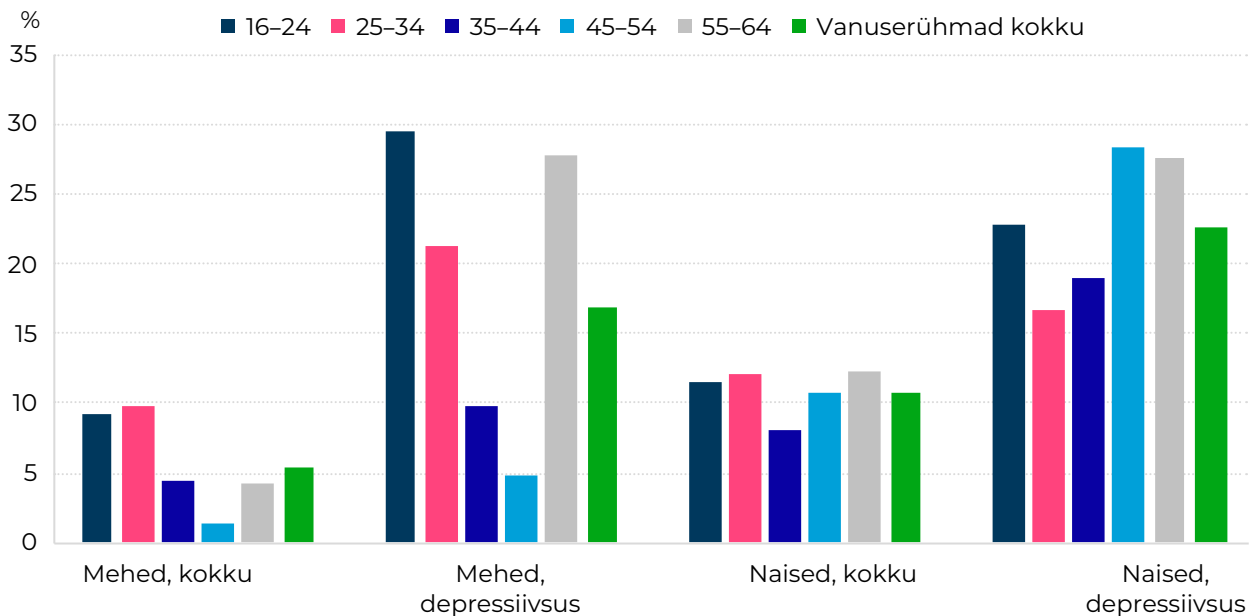
Allikas: TKU (TAI)

Viimase 12 kuu jooksul oli **depressiooni diagnoosi** saanud 11% TKU 2024. aasta uuringule 16–64-aastastest vastajatest. Kui jätta kõrvale (joonis 23) 2022. aasta eristuv tulemus, on depressiooni diagnoosi osakaal nii meestel kui ka naistel samal tasemel nagu 2020. aastal. Pikem aegrida osutab siiski kasvutrendile, mis joonistub selgemalt välja eelkõige naistel. Näitaja kajastab nii vaimse tervise murede esinemist kui ka selle korral abi otsimist ning saamist.

¹ Küsimus „Kas olete viimase 30 päeva vältel olnud stressis, pinge all?“, kus tavapärasest kõrgemat stressi tähistavad vastusevariandid „Jah, minu elu on peaaegu talumatu“ või „Jah, rohkem kui inimesed tavaliselt“.

² Küsimus „Kas te olete viimase 30 päeva jooksul olnud masendunud, õnnetu (depressioonis)?“, kus depressiivsust tähistavad vastusevariandid „Jah, palju rohkem kui varem“ ja „Jah, mõnevõrra rohkem kui varem“.

Antidepressante oli 2024. aastal TKU andmetel viimase seitsme päeva jooksul tarvitanud 5% 16–64-aastastest meestest ja 11% samas vanuses naistest (Reile jt, 2025). Antidepressantide tarvitavad sagedamini nooremaealised mehed, kuid naiste vanuseline erinevus on väiksem. Ravimitarvitamine on tugevalt seotud ka meeleoluhäirete esinemisega (joonis 24). Tavapärasest suuremat depressiivsust tundvatest meestest 17% ja naistest 23% tarvitab ka antidepressante.



Joonis 24. Antidepressantide tarvitamine viimasel seitsmel päeval soo ja depressiivsuse sümptomite esinemise, soo ning vanuserühma järgi, 2024. Allikas: TKU (TAI)

Enesetapumõtteid viimase 12 kuu jooksul oli TKU 2024. aasta andmete põhjal esinenud 16–64-aastaste seas 4,5% meestest ja 3,7% naistest (Reile jt, 2025). See osakaal on püsinud aastail 2014–2024 suuremate muutusteta. Aastatel 2020 kuni 2023 on meestel vanusele standarditud suitsiidikordaja langenud 25,6 juhult 22 juhule, kuid näitaja püsib Eurostati andmete kohaselt (Eurostat, 2025a) endiselt EL-i keskmisega (17,2 juhtu) võrreldes kõrgemal tasemel. Naiste suitsiidikordaja on püsinud võrdlemisi stabiilne, kuid on olnud siiski kuni 2022. aastani EL-i keskmisest pisut kõrgemal (Eestis 6,8 juhtu, EL-i keskmine 4,8 juhtu).

Suitsiidiriski kujunemine on keeruline protsess, mida mõjutavad erinevad bioloogilised (sh geneetilised), psühholoogilised (nt isiksusejooned), kliinilised (nt kaasnevad psühhiaatrilised haigused), sotsiaalsed ja keskkonnategurid. Suitsiidide vähendamiseks on oluline arendada nii tõhusaid ennetusmeetmeid kui ka sekkumisvõimalusi, kuid samal ajal tuleb tagada, et vaimse tervise häiretele viitavate sümptomite ilmnemisel oleks õigel ajal kättesaadav tõendus põhine abi ehk psühholoogiline ja farmakoloogiline ravi (Turecki jt, 2019).

TAI korraldas 2024. aasta kevadel küsitlusuuringu Eestis elavate Ukraina sõjapõgenike hulgas, et hinnata selle rahvastikurühma terviseseisundit ja heaolu Eestis. Uuringus osalenud 1430 inimesest (334 mehest ja 1096 naisest) vanuses 18–64 eluaastat olid elanud Eestis keskmiselt 1,7 aastat. Neist ligi 80% oli kogenud eelnevalt traumasid, kuid enesekohaste vaimse tervise probleemide esinemine oli küllalt sarnane samasuguse demograafilise profiiliga Eesti üldrahvastikuga³.

- ▶ Tavapärasest suurem stress: 22% põgenikel vs. 29% üldrahvastikus.
- ▶ Depressiivsus: 28% põgenikel vs. 25% üldrahvastikus.
- ▶ Üleväsimus: 52% põgenikel vs. 53% üldrahvastikus.

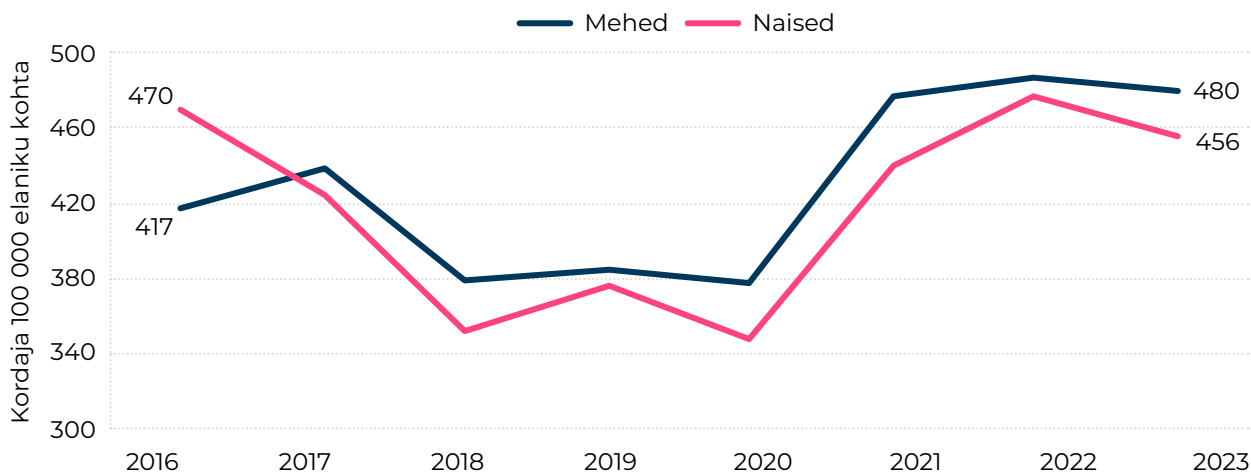
³ Üldrahvastik tähistab soole ja vanusele sobitatud kontrollrühma TKU 2024. aasta andmete kohaselt.

1.10. Muud kroonilised haigused

Diabeet on krooniline ainevahetushaigus, mis vajab igapäevast ja pidevat eneseravi. Maailmas on umbes 800 miljonit diabeetikut (1. ja 2. tüüp kokku), kellest vaid pooled saavad vastavat ravi. Teatavasti saab diabeeti diagnoosida esmatasandi arstiabis, millele järgneb ka nõustamine ja sobiv ravi, et vältida hilisemaid komplikatsioone. Paljudes riikides on diabeedi levimus 30 aasta jooksul kasvanud, kuid ravi saanute levimus riigiti on väga erinev: üsna hea on see arenenud riikides ja puudulik arenguriikides. Diabeedi levimuse suurenemine on korrelatsioonis kehakaalu tõusuga (NCD-RisC, 2024).

Eestis oli 2022. aastal diabeedi diagnoosiga naisi 80 000, mehi 52 000. Viimase 30 aasta jooksul on diabeedi diagnoosi saanute osakaal elanikkonnas tõusnud ligi 5% ja mõjutab 9% naistest ning 8% meestest. Ravi said 2022. aastal naistest 52% ja ravi kaetus suurenes 30 aasta jooksul 23%. Meestel olid vastavad näitajad 53% ja ravi kaetuse suurenemine 1990 aastaga võrreldes 25% (NCD-RisC, 2024).

Arvatakse, et Eestis põeb umbes 70 000 inimest teist tüüpi diabeeti enese teadmata (Eesti diabeediliit). Diabeet diagnoositakse aastas hinnanguliselt keskmiselt 5700 inimesel (joonis 25). Uutest diabeedijuhtudest umbes 93% moodustavad teist tüüpi diabeedi ja 4% esimest tüüpi diabeedi juhud (TAI, f). Teist tüüpi diabeet avaldub enamasti küpsemas eas: üle 90% esmasjuhtudest diagnoositi vähemalt 45-aastastel inimestel. Seevastu esimest tüüpi diabeeti haigestuvad enam nooremad inimesed: ligi 40% haigestunutest said diabeedidiagnoosi kuni 15 aasta vanuses ja 80% enne 45. eluaastat.



Joonis 25. Diabeedi esmashaigestumus 100 000 elaniku kohta, 2016–2023. Allikas: TAI

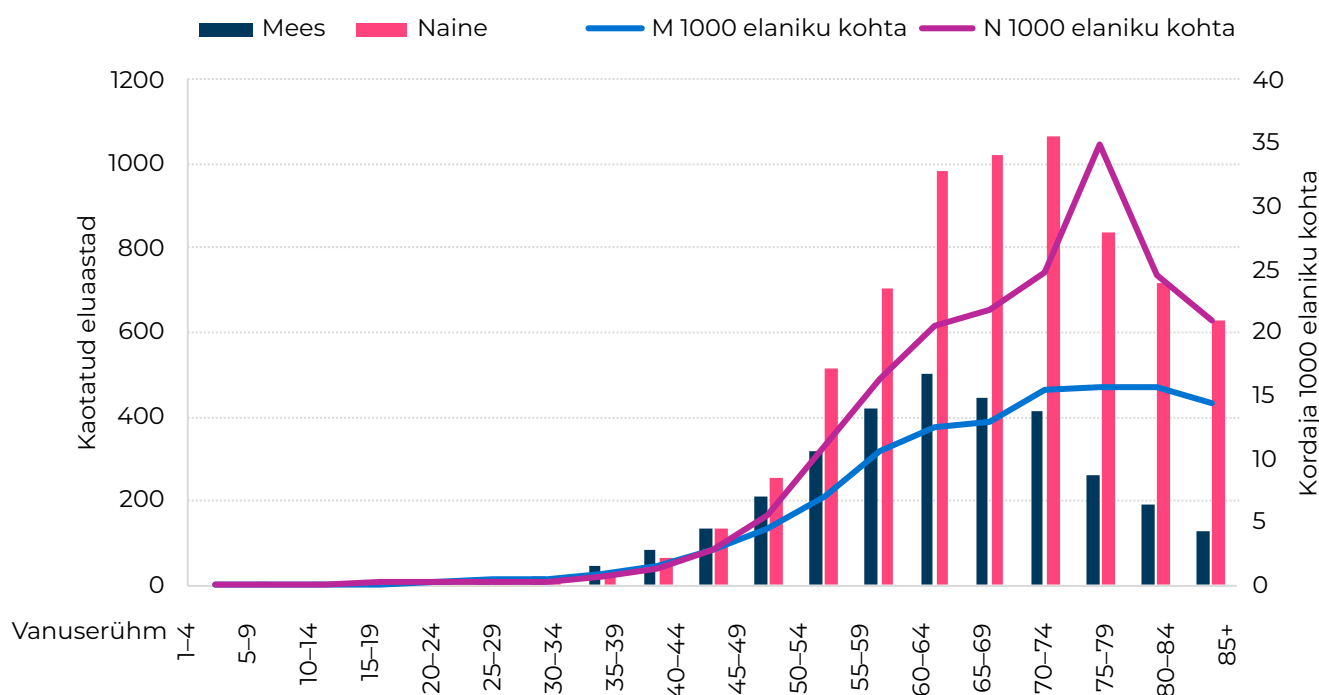
Maailma terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul mõjutavad **lihaskontraktsiooni haigused** maailmas rohkem kui 1,71 miljardit inimest (WHO, 2021). Lihaskontraktsiooni haigusi iseloomustab tavaliselt valu (sageli püsiv) ning liikumis- ja tegevuspiirangud, mis vähendavad nii töövõimet kui ka aktiivset osalemist ühiskonnas. Lihaskontraktsiooni haigused on ka kõige suurem ülemaailmse taastusravi vajaduse põhjus.

Euroopa tööohutuse ja tervishoiu ameti hinnangul on töö tegemise muutunud vormid (istuvad) selja ja kaela probleemide tekkimise peamine põhjus tänapäeval. TAI korraldatava Eesti terviseuuringu andmete kohaselt on viimastel kümnenditel naiste hulgas suurenenud krooniliste seljavalude või radikuliidi esinemine elu jooksul. Kroonilist seljavalu esines 2006. aastal igal viiendal inimesel, kuid 2019. aastal juba igal kolmandal naisel ja igal neljandal

mehel. Elu jooksul on krooniline kaelavalu olnud 16% naistest ja 8% meestest. 2022. aastal olid lihasluukonna- ja sidekoehaigused Eestis peamine kutsehaigestumise diagnoos, mis näitab nende suurt mõju tööelisele elanikkonnale (Terviseamet, 2022).

Osteoartriit, mis on üks levinumaid lihasluukonna haigusi, põhjustab liigeste kulumist ja valu, mõjutades eriti põlvi, puusasid ja käsi. WHO andmetel on 1990. aastast alates maailma osteoartriidi esinemissagedus suurenenud 113%. Osteoartriit on lihas-luukonna haiguste seas üks peamisi tervisekaotuse põhjustajaid. Osteoartriit esineb sagedamini vanemaealistel inimestel (umbes 70% neist on vanemad kui 55 aastat), mistõttu on oodata, et selle üldine levimus suureneb koos elanikkonna vananemisega.

Eesti rahvastik kaotas 2023. aastal osteoartriidi tõttu 10 192 eluaastat (joonis 26), mis 1000 elaniku kohta teeb 7,44 kaotatud eluaastat ja moodustab 2% kogu tervisekaotusest Eestis. Tervisekaotusest moodustas osteoartriit meestel 31% ja naistel 69% (Lepnurm, 2025).



Joonis 26. Rahvastiku tervisekaotus osteoartriidi tõttu, 2023.

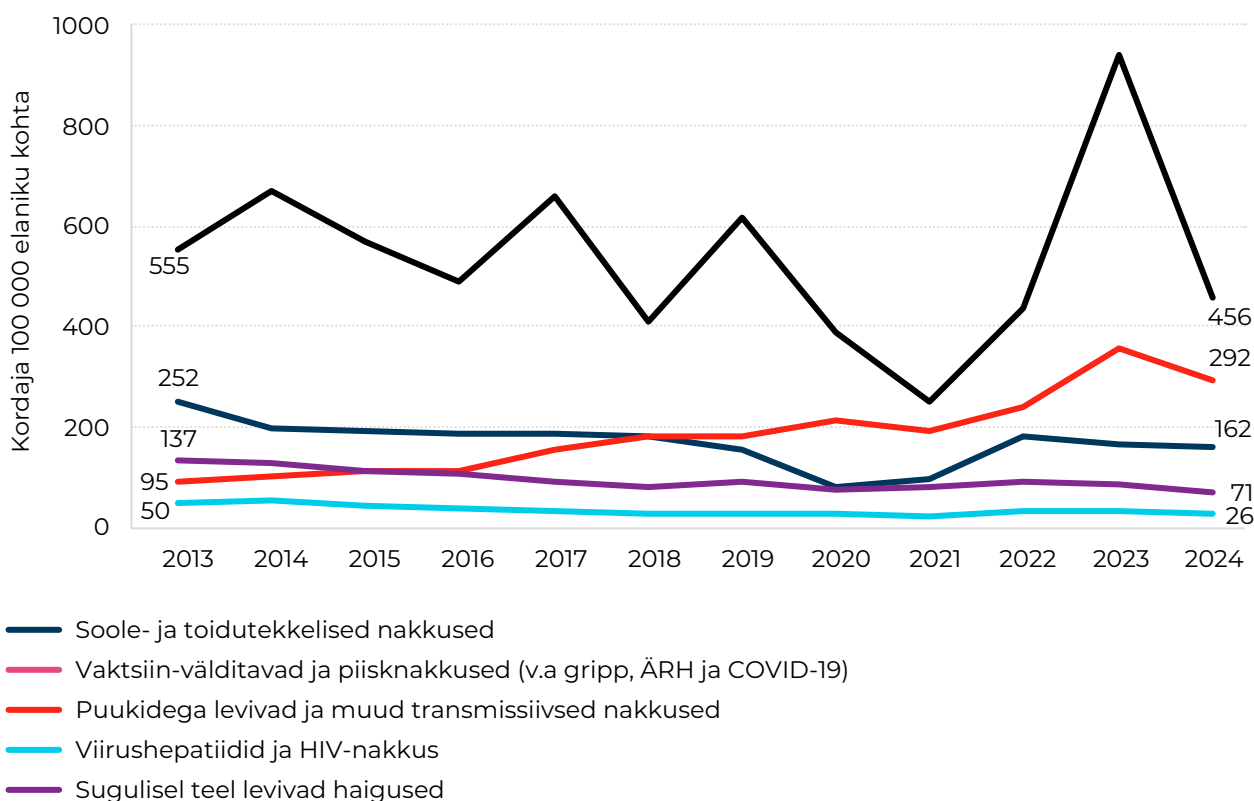
Allikas: [haiguskoormuse uuring \(TAI\)](#)

1.11. Nakkushaigused

Paljudesse nakkushaigustesse haigestumine oli aastatel 2020–2021 ebatavaliselt väike COVID-19 pandeemia ja sellega seotud piirangute tõttu. (joonis 27). Soolenakkused on taastunud pandeemiaeelsele tasemele, enamiku neist moodustavad viirusnakkused (nt rota-, noro- ja adenoviirus).

Piisknakkuste suurenemine 2023. aastal oli seotud tuulerõugete ja sarlakite levikuga, mis järgib 5–7-aastaseid tsükleid. Aastal 2024 nende juhtude arv vähenes, kuid läkaköha haigestumus kasvas järsult, esines palju kodukollet mitme haigega. Võrreldes 2023. aastaga kasvas haigestumine läkaköhasse 8,3 korda. Ligi pooled nakatunutest olid kuni 14-aastased lapsed, kes moodustasid 48% haigetest ja kellest 60% olid vaksineerimata.

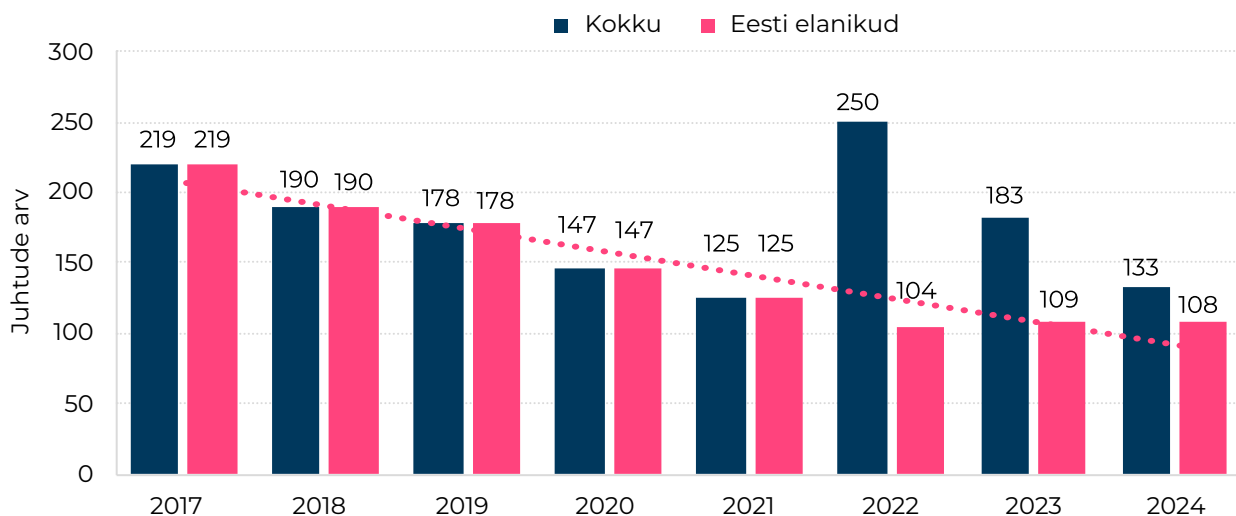
Viimase kümne aasta jooksul on puukidega levivate haiguste, eriti Lyme'i tõve ehk puukborrelioosi esinemine märgatavalt suurenenud, kuid 2024. aastal registreeriti 4351 puukborrelioosi juhtu, mis oli 15% vähem kui 2023. aastal. Puukentsefaliiti registreeriti 2024. aastal 146 juhul. Puukborrelioosi haigestumus 100 000 elaniku kohta oli 2024. aastal 245, enim registreeriti juhte Saaremaal, Hiiumaal ja Raplamaal. Puukentsefaliiti registreeriti kõige rohkem Saaremaal, Läänemaal ja Hiiumaal.



Joonis 27. Nakkushaigustesse haigestumine 100 000 elaniku kohta, 2013–2024.

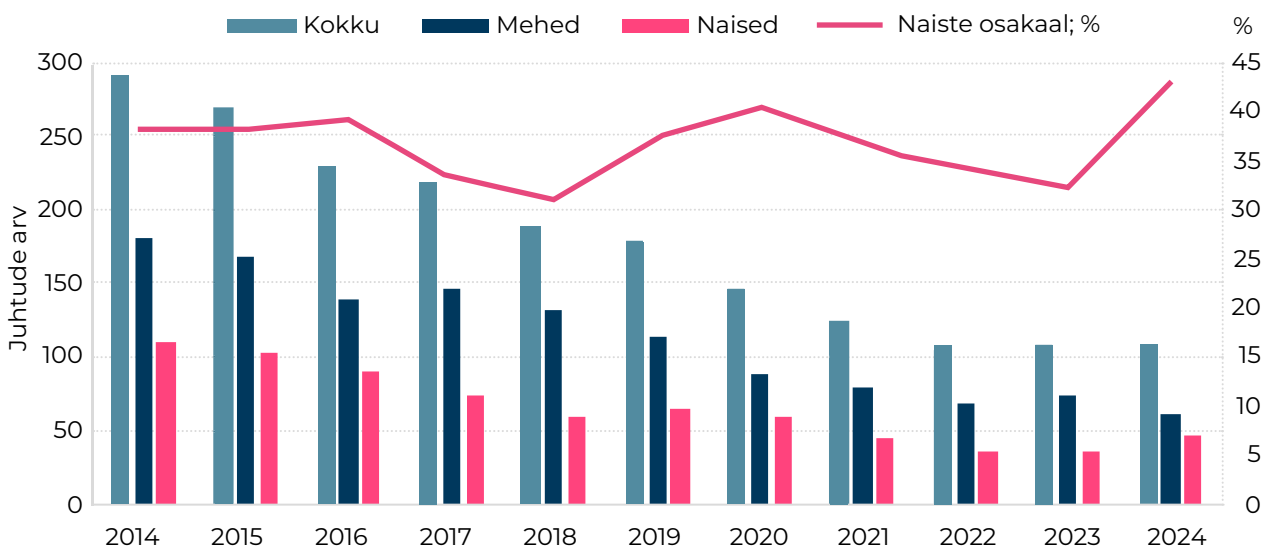
Allikas: terviseamet

HIV-i levik on viimase kümnendi jooksul oluliselt vähenenud. Aastal 2024 registreeriti Eestis 133 HIV-juhtu, neist 25 välismaalaste (sh sõjapõgenike) seas, kellest paljud olid oma HIV-staatusest teadlikud ja osa oli saanud ravi päritoluriigis. Siiski puuduvad andmed selle kohta, kui paljud neist elavad Eestis ka praegu. Eesti elanike hulgas diagnoositi 108 uut juhtu (joonis 28).



Joonis 28. Eestis registreeritud HIV-i juhud, 2017–2024. Allikas: terviseamet

Suurim HIV-i diagnoosimise vähenemine oli aastail 2014–2021, kui uute juhtude arv langes 125-ni. Pärast seda on arv püsinud suhteliselt stabiilsena, kõikudes 104 ja 109 vahel. Naiste seas on uute juhtude arv vähenenud 110-lt 46-le, mis on ligikaudu 58%. Naiste osakaal uute HIV-juhtude hulgas on aastati kõikunud vahemikus 31–43%. Keskmine naiste osakaal on püsinud umbes 36%.



Joonis 29. Uued HIV-i juhud ja naiste osakaal uute HIV-juhtude hulgas, 2013–2024.

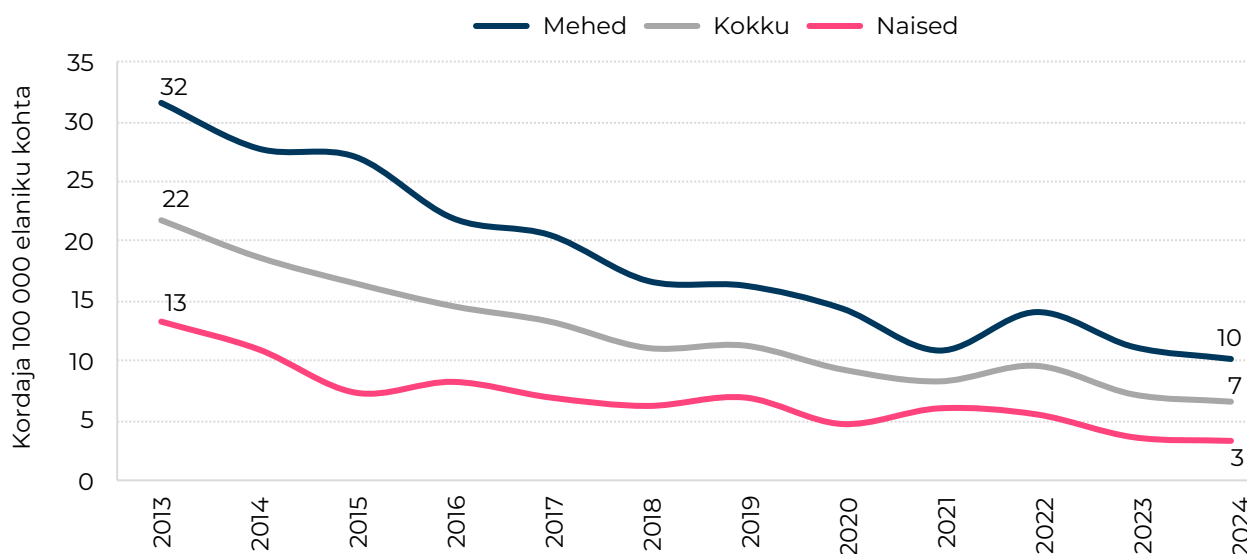
Allikas: terviseamet

HIV-analüüside arv on viimastel aastatel veidi vähenenud: 2024. aastal tehti 5% vähem analüüse kui 2023. aastal ja 10% vähem kui 2019. aastal. Terviseameti andmete kohaselt tehti 2024. aastal 193 133 HIV-analüüsi, lisaks HIV-i nõustamiskabinettides 3766 HIV-analüüsi. Nõustamiskabinettides tehtud analüüside positiivne määr oli 0,18%, üldine laborianalüüside määr aga oli 0,07%, mis viitab sellele, et HIV-i nõustamiskabinettides analüüsitakse sagedamini suurema nakatumisriskiga inimesi.

HIV-testimise üldine tase on langusest hoolimata endiselt väga hea. Näiteks EL-i riikide seas, kes HIV-testimise andmeid koguvad, oleme ühe kõrgeima testimistasemega riik. Vaja ei ole suurendada ulatuslikku testimist, vaid paremini suunata testimine neile, kes tõenäolisemalt on nakatunud. (Rüütel jt, 2024). Oluline on jätkata ennetustööd, tagada testimise kättesaadavus ja keskenduda riskirühmadele, sealhulgas sõjapõgenikele ning teistele haavatavatele gruppidele.

Tuberkuloos on peamiselt õhu teel piisnakkusena leviv kogu organismi haarav nakkushaigus, mis kõige sagedamini kahjustab kopse ja mida võib põdeda elu jooksul korduvalt. Vaktsineerimine hoiab ära lapseas surmaga lõppeda võivad rasked haigusvormid, kuid ei taga eluaegset immuunsust.

Alates 2000. aastate algusest on tuberkuloosi haigestumine langustrendis, mis on jätkunud ka viimasel kümnel aastal (joonis 30). Kuid kõrge ravimresistentsete vormide osakaal on püsinud 20% juures, mis on kõrgeim näitaja EL-i ja Euroopa majanduspiirkonna riikide seas, kus keskmine osakaal on 5% piires (ECDC/WHO, 2025). Tuberkuloosijuhtude arv on vähenenud 287-lt aastal 2013 (haigestumuskordaja 21,8) 99-le aastal 2023 ja 90-le aastal 2024 (haigestumuskordajad vastavalt 7,2 ja 6,6).



Joonis 30. Tuberkuloosi haigestumuskordaja, 2013–2024. Allikas: tuberkuloosiregister (TAI)

Aastal 2024 registreeritud tuberkuloosijuhtude seas oli 71 esmasjuhtu, 17 tuberkuloosi retsidiivi ja kaks muud korduvravi juhtu. Aastal 2024 lastel tuberkuloosi haigestumist ei registreeritud. Seitsmel juhul diagnoositi tuberkuloos HIV-positiivsel patsiendil. Aastal 2023 registreeriti 19 ja 2024. aastal 13 multiravimresistentse tuberkuloosi juhtu, mis moodustas vastavalt 22% ja 16% juhtudest, kus ravimtundlikkus oli teada. Tuberkuloosihaigetest 73% olid mehed, 24% naised, keskmine vanus 55, noorim 20-aastane, vanim 93-aastane. Aastal 2022 sai Eestis tuberkuloosiravi ka 15 ukrainlast, sh nii sõjapõgenikud kui ka lühiajalise töö- ja elamisloaga isikud, 2023. aastal 11 ja 2024. aastal 10 ukrainlast.

Aastal 2024 ajakohastati tuberkuloosi ravijuhendit, mis aitab tulevikus tuberkuloosi paremini diagnoosida ja määrata ravi vastavalt tänapäevasele käsitlustele. Tuberkuloosi leviku tõkestamiseks on oluline võimalikult kiiresti leida üles inimesed, kellega tuberkuloosihaige on kontaktis olnud ja vajadusel määrata profülaktiline ravi haigestumise ärahoidmiseks. Samuti on oluline tuberkuloosihaigete tervist jälgida pikema aja jooksul, et vältida korduvat haigestumist. Edaspidi on vaja astuda täiendavaid samme selleks, et tuletada meelde nii meditsiinitöötajatele kui ka tuberkuloosi riskirühmadele, et tuberkuloos levib endiselt ja nakkuse tõkestamise parim viis on varajane diagnoosimine ja ravi.



Peamised tervisekaotust põhjustavad haigusseisundid ja nende osakaal kogu tervisekaotusest

Vanuserühmad

Naised

	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-84	85+
1.	Kaasasündinud vääraengud 12,8%	Kaasasündinud vääraengud 6,8%	Ärevushäired 12,9%	Ärevushäired 7,3%	Kõrgvererõhktõbi 16,8%	Kõrgvererõhktõbi 23,6%	Kõrgvererõhktõbi 33,6%
2.	Sünnitraumad 7,7%	Alumiste hingamisteede ägedad põletikulised haigused 4,7%	Enesetapp või selle katse 12,4%	Mürgistused 6,3%	Osteoartriit 4,6%	Südame isheemiatõbi 5,8%	Südame isheemiatõbi 11,9%
3.	Muud sünniperioodi haigusseisundid 7,6%	Muud neuropsühhiaatrilised seisundid 3,9%	Unipolaarne depressioon 6,2%	Maksatsirroos 4,8%	Maksatsirroos 4,6%	Aju verevarustuse häired, ajuinfarkt 5,6%	Aju verevarustuse häired, ajuinfarkt 7,5%
4.	Keskkõrvapõletik 6,8%	Liiklusvigastused 3,8%	Muud healoomulised kasvaja 3,1%	Kõrgvererõhktõbi 4,2%	Rinnanäärme pahaloomulised kasvaja 3,3%	Osteoartriit 3,6%	Südamepuudulikkus 5,6%
5.	Südame vääraengud 6,7%	Astma 3,7%	Aneemia 2,8%	Muud healoomulised kasvaja 3,6%	Lipoproteiinide ainevahetuse häire 3,1%	Katarakt ehk raukuskae 3,2%	Muud südamehaigused 3,4%
6.	Madal sünnikaal 4,6%	Nägemishäired 3,6%	Mürgistused 2,7%	Unipolaarne depressioon 3,4%	Ärevushäired 2,4%	Südamepuudulikkus 2,6%	Dementsus-sündroom 3,1%

Vanuserühmad

Mehed

	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-84	85+
1.	Kaasasündinud vääraengud 9,1%	Kaasasündinud vääraengud 9,2%	Mürgistused 13,2%	Mürgistused 12,2%	Kõrgvererõhktõbi 17,2%	Kõrgvererõhktõbi 18,7%	Kõrgvererõhktõbi 23,3%
2.	Südame vääraengud 9,1%	Muud neuropsühhiaatrilised seisundid 8,3%	Kukkumised 6,2%	Kõrgvererõhktõbi 9,0%	Maksatsirroos 6,8%	Südame isheemiatõbi 10,3%	Südame isheemiatõbi 13,6%
3.	Liiklusvigastused 6,5%	Astma 6,0%	Enesetapp või selle katse 5,9%	Enesetapp või selle katse 6,9%	Südame isheemiatõbi 6,7%	Aju verevarustuse häired, ajuinfarkt 6,1%	Aju verevarustuse häired, ajuinfarkt 7,3%
4.	Madal sünnikaal 6,3%	Luumurrud 4,6%	Ärevushäired 5,3%	Maksatsirroos 6,5%	Aju verevarustuse häired, ajuinfarkt 3,4%	Kopsuvähk 5,1%	Südamepuudulikkus 5,4%
5.	Alumiste hingamisteede ägedad põletikulised haigused 5,4%	Halvatus 4,4%	Liiklusvigastused 4,9%	Ärevushäired 2,9%	Kopsuvähk 3,1%	Eesnäärme pahaloomulised kasvaja 3,4%	Eesnäärme pahaloomulised kasvaja 4,3%
6.	Keskkõrvapõletik 5,3%	Epilepsia 3,7%	Epilepsia 4,3%	Muud südamehaigused 2,2%	Mürgistused 2,8%	Südamepuudulikkus 2,9%	Muud südamehaigused 2,9%

Kasvaja

Vereringeelundite haigused

Närvisüsteemihaigused

Vere- vereloomeelundite haigused

Lihaskonna ja sidekoehaigused

Silma- ja kõrvahaigused

Hingamiselundite haigused

Sünniperioodi seisundid ja vääraengud

Vigastused ja mürgistused

Psüühika- ja käitumishäired

Seedeelundite haigused

Siseselektsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused

2. Tervishoiusüsteem ja -teenused

Eesti tervishoiusüsteem on viimastel aastatel teinud märkimisväärsed edusamme, kuid seisab endiselt silmitsi mitme probleemiga. OECD terviseosakonna juhataja Francesca Colombo sõnul on tervishoiusüsteemi põhieesmärk tagada rahva hea tervis, mida saab mõõta oodatava eluea ja elukvaliteedi tõusu kaudu (Heinsalu, 2024). Tervishoiusüsteemide tõhususe tagamiseks on oluline, et tervishoiuteenused oleksid kvaliteetsed, kättesaadavad kogu elanikkonnale ja patsiendikesksed.

Eesti tervishoiusüsteem on tsentraliseeritud ja põhineb kohustuslikul ning solidaarsel ravikindlustusel ehk kõik sotsiaalmaksu maksjad annavad oma osa riigi ravikindlustussüsteemi. Eesti tervishoiusüsteemi rahastatakse seega suuresti tööjõumaksude kaudu, kuigi riigi rahastus on järjest olulisem. Aastal 2021 moodustasid riiklikud eraldised (välja arvatud COVID-19-ga seotud ülekanded) 7,4% tervishoiukuludest (Sotsiaalministeerium, 2021a).

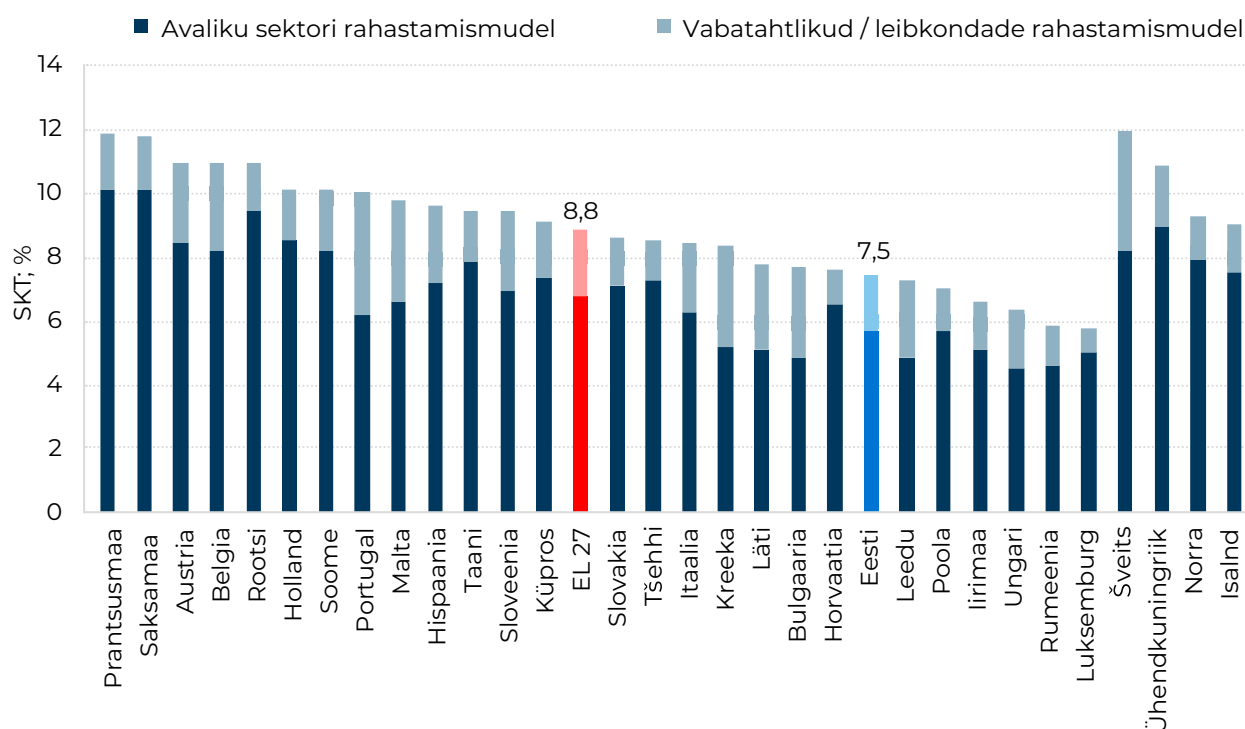
Ravikindlustuse seaduse järgi on kindlustuskaitse tagatud kuni 19-aastastele, riiklikku pensioni saavatele ja töötavatele sotsiaalmaksu tasuvatele inimestele, samuti enamikule õppuritele ning lapseootel naistele (Ravikindlustuse seadus). Vältimatu arstiabi on tagatud ka kindlustuseta inimestele. Lastele ja noortele on lisaks muudele tervishoiuteenustele tagatud ka hambaravi. Täiskasvanud ravikindlustatutele on tagatud tervishoiuteenused vajaduse alusel (ambulaatorne, statsionaarne jm ravi), v.a hambaravi (osaliselt hüvitatud). Aastal 2023 oli ravikindlustusega hõlmatud 94% Eesti elanikkonnast, sealhulgas 93% meestest ja 96% naistest. Viimase kümne aasta jooksul on ravikindlustatud inimeste osakaal suurenenud kolme protsendipunkti võrra peamiselt meeste ravikindlustuskaitsega kaetuse suurenemise tõttu (88%-lt 93%-le). Naiste hulgas on ravikindlustatute osakaal kogu rahvastikust püsinud stabiilselt vahemikus 94–96% (TAI, g). Eestis aga on hinnanguliselt umbes 120 000 inimest, kellel puudub püsiv või osaline ravikindlustus, mis tähendab, et tervisemurede korral on nende ligipääs tervishoiuteenustele piiratud, abi võib hilineda ja hiljem kaasneda suuremad ravikulud.

Tervisekassa koondab suuremat osa avalikest tervishoiu rahastamisvahenditest ja vastutab tervishoiuteenuste ostmise eest. Tervishoiupoliitika kujundamise ja elluviimise korraldamise eest vastutab sotsiaalministeerium. Eestis on kõik suuremad haiglad avalikus omandis ja pakuvad nii statsionaarset ravi kui ka suuremat osa ambulatoorsest eriarstiabist. Seevastu enamik esmatasandi arstiabi- ja hambaraviteenuse osutajaid tegutseb eraomandis, nagu ka mõned eriarstiabi ja pikaajalise hoolduse pakkujad.

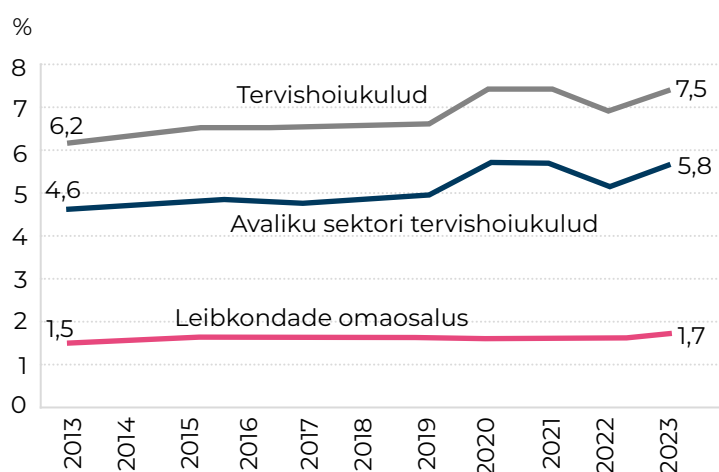
2.1. Tervishoiukulud

Tervishoiukulude analüüs annab ülevaate tervishoiu rahastamisest ja rahavoogude liikumisest ning võimaldab hinnata eri rahastamisallikate tõhusust poliitiliste otsuste tegemisel ja eesmärkide seadmisel.

Kui palju kulutatakse riigis tervishoiule võrreldes teiste kaupade ja teenustega ning kuidas see ajas muutub, oleneb nii tervishoiukulutuste tasemest kui ka majanduse üldisest suurusest. Aastal 2023 kulutati EL-i riikides tervishoiule hinnanguliselt keskmiselt 8,8% SKT-st, Eestis aga 7,5%. (joonis 31). Sellest 5,8% moodustas avaliku sektori rahastus ja 1,8% vabatahtlik ning leibkondade omaosalus. Kulude arvestamiseks kasutatakse rahvusvahelist OECD-WHO-Eurostati metoodikat SHA 2011 (OECD/Eurostat/WHO, 2017), mis võimaldab Eesti tervishoiukulusid võrrelda teiste riikidega.



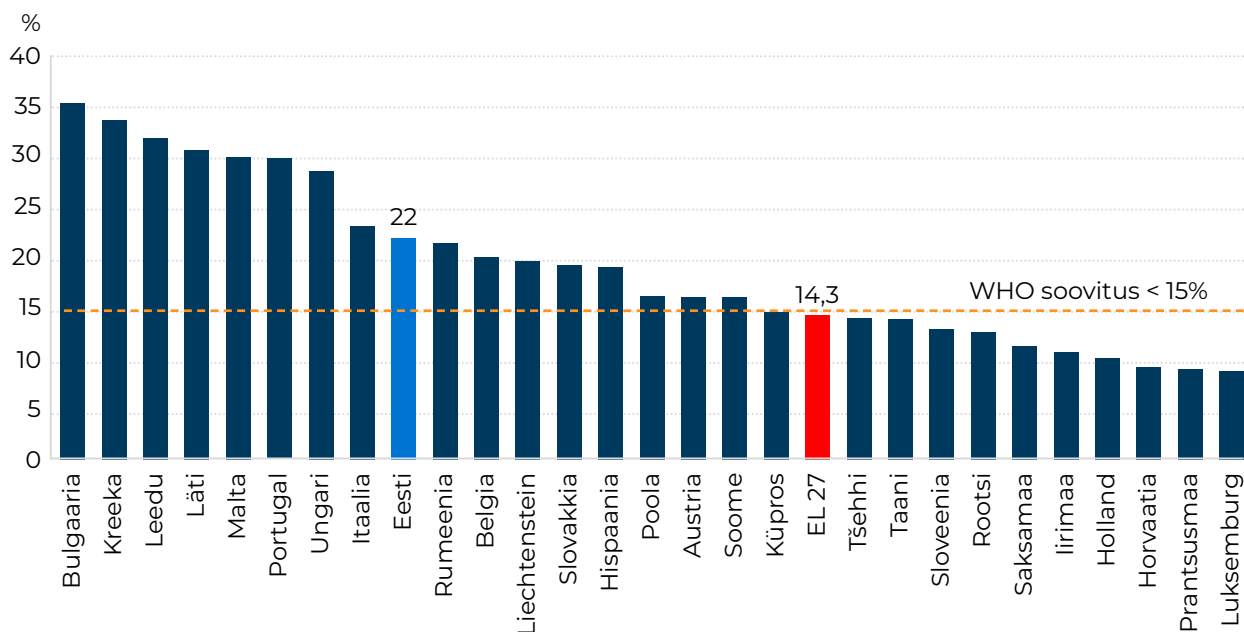
Joonis 31. Tervishoiukulude osakaal SKT-st. Euroopa 2022, Eesti 2023. Allikas: [OECD](#), [TAI](#)



Joonis 32. Tervishoiukulude osakaal SKT-st Eestis, 2013–2023. Allikas: [TAI](#)

Aastal 2023 ulatusid Eesti tervishoiukulud 2,853 miljardi euroni, moodustades 7,5% SKT-st. Võrreldes COVID-19 eelsete aastatega (2019), on tervishoiukulude osakaal suurenenud 0,7% võrra (joonis 32). Aastail 2020 ja 2021 suurenesid tervishoiukulud kiiresti pandeemiast tingitud lisakulutuste tõttu, kuid 2022. aastal hakkas pandeemiaeelne olukord taastuma. Aastal 2022 vähenes tervishoiukulude osakaal SKT-s 6,9%-ni, sest majanduskasv oli tervishoiukulude suurenemisest kiirem. Pärast seda on tervishoiukulude osakaal püsinud samal tasemel nagu aastatel 2020 ja 2021.

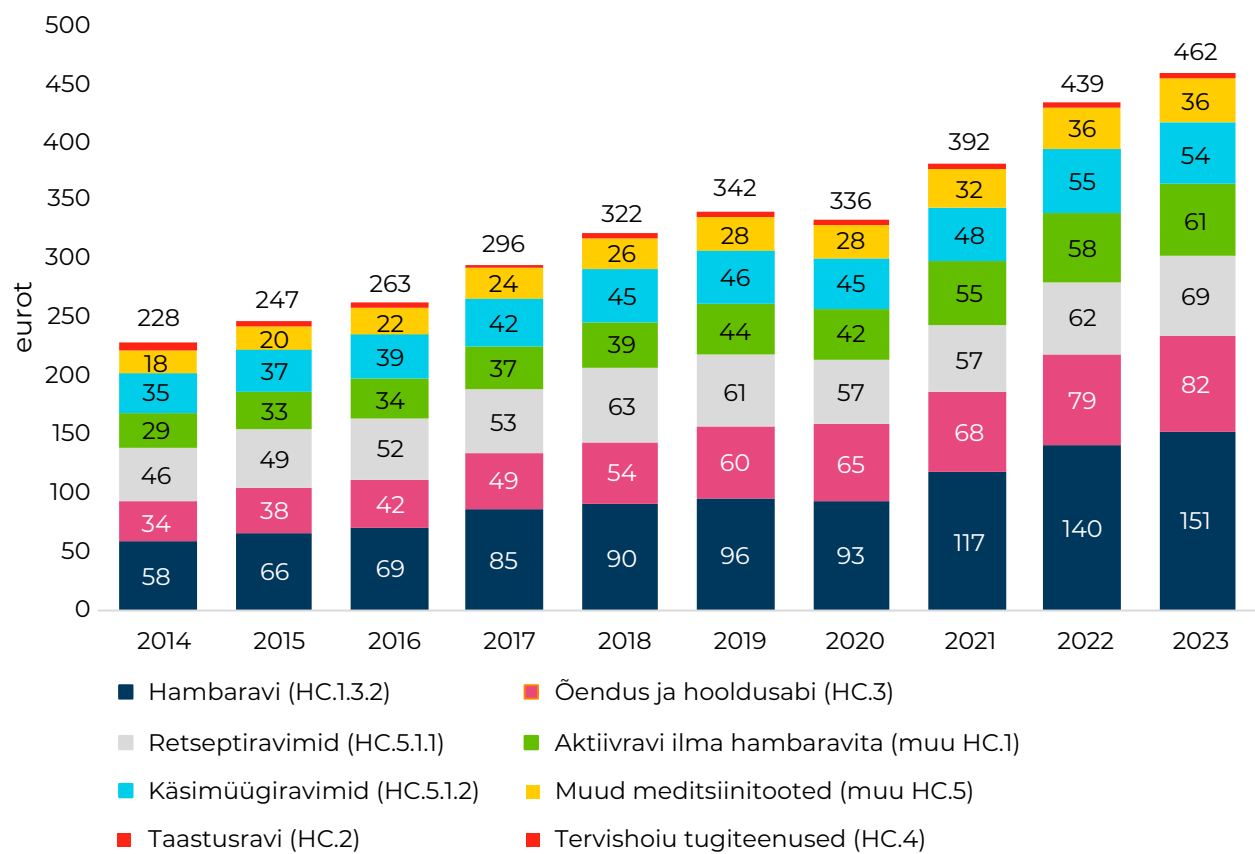
WHO hinnangul on Eesti tervisesüsteemi üks peamisi probleeme sotsiaalmajanduslike rühmade tervisealane ebavõrdsus. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 üks alameesmärke on inimkeskne tervishoid, mille saavutamiseks tuleb tagada Eesti elanikkonna üldine ravikindlustus (Sotsiaalministeerium, 2021a). Rahvusvahelises võrdluses paistab Eesti silma suure omaosaluskoormusega. Enamikus Euroopa riikides ja EL-i keskmisena on inimeste omaosalus tervishoius väiksem kui Eestis. Samuti ületab see märkimisväärselt WHO soovitatud taset, mis on 15% tervishoiukuludest (joonis 33).



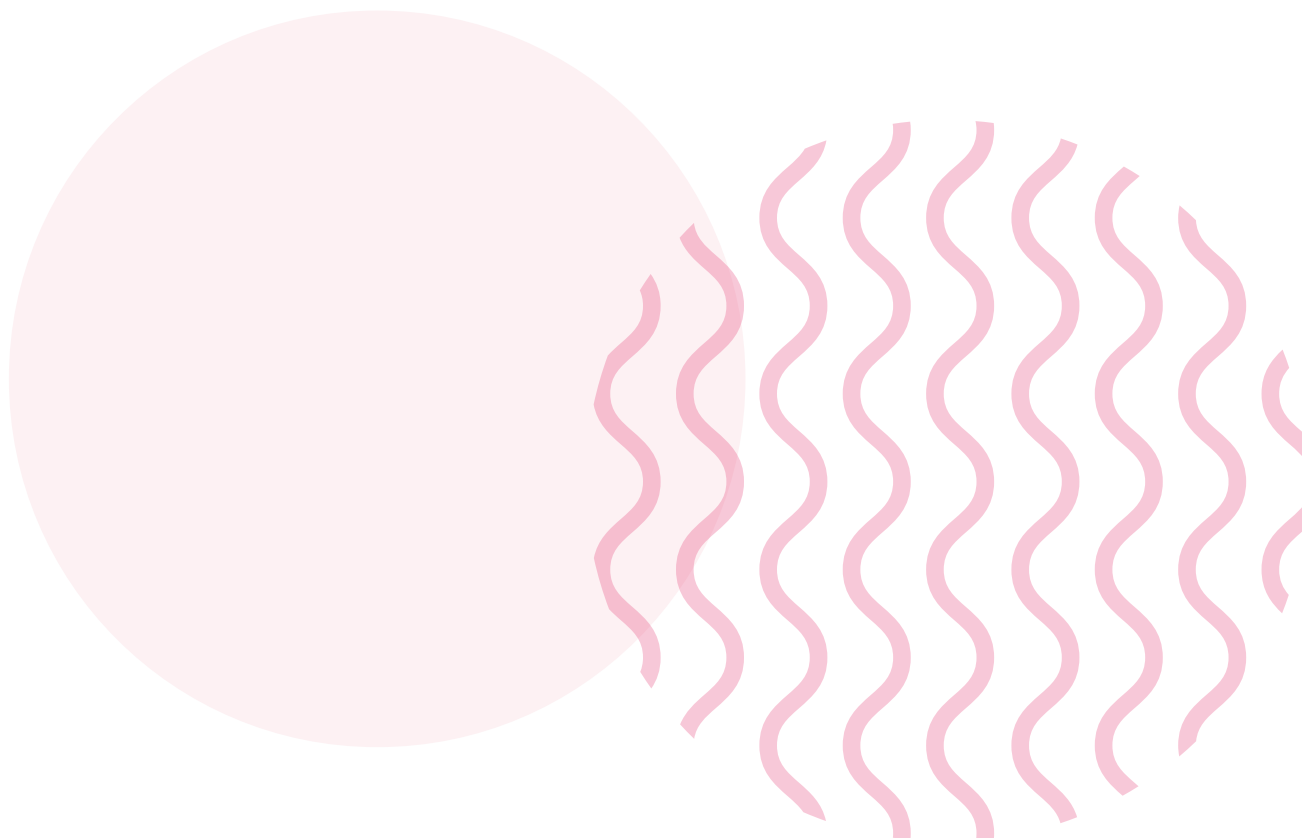
Joonis 33. Omaosalus tervishoiukuludes Euroopa riikides, 2022 (või viimased). Allikas: Eurostat

Leibkondade omaosalusest moodustasid 2023. aastal suurima osa hambaravikulud – 32%, õendus-hooldusabi – 18% ja retseptiravimid – 15% (TAI, g). Tervishoiukulude suur omaosalus piirab tervishoiuteenuste kättesaadavust ja suurendab vaesusesse sattumise riski. Igaühel peab olema võrdne ligipääs tervishoiuteenustele, olenemata sissetulekust või sotsiaalsest staatusast. Aastal 2023 oli tervishoiu kulu ühe inimese kohta 2089 eurot, millest inimeste omaosalus oli 462 eurot (joonis 34). Kuigi 2023. aastal leibkondade tervishoiukulude kasv aeglustus, suurenesid need siiski kokku 45,6 miljoni euroni. Suuremad tõusud olid hambaravis (20 miljonit eurot) ja retseptiravimite kuludes (12 miljonit eurot).

Elanikkonna vananedes ja tervisetulemite edasiseks parandamiseks on oluline tagada riikliku ravikindlustussüsteemi jätkusuutlik rahastamine. Ravikindlustust tuleks laiendada kõigile püsielanikele ja vähendada madalama sissetulekuga leibkondade omaosalust tervishoius. Samuti on oluline kohandada stiimuleid nii, et ennetus oleks prioriteet, tagades samal ajal piisava juurdepääsu tervishoiuteenustele kogu riigis.



Joonis 34. Leibkondade tervishoiukulud ühe inimese kohta teenuse järgi, 2014–2023. Allikas: TAI



2.2. Tervishoiuteenuste kättesaadavus

Tõhusat juurdepääsu ravile võivad piirata tervishoiutöötajate nappus, pikad ooteajad või pikk vahemaa lähima tervishoiuteenuse osutajani. OECD andmete kohaselt (OECD/EOHSP, 2024) on Eestis katmata ravivajadused madalaima sissetulekuga inimeste seas üle kolme korra suuremad kui kõrgeima sissetulekuga elanikel EL-is keskmiselt. Üldise ravi kättesaadavuse tagamiseks ja säilitamiseks on vaja piisavat arvu ja õigeid tervishoiutöötajaid, kes oleksid jaotatud vastavalt elanikkonna vajadustele olenemata nende elukohast.

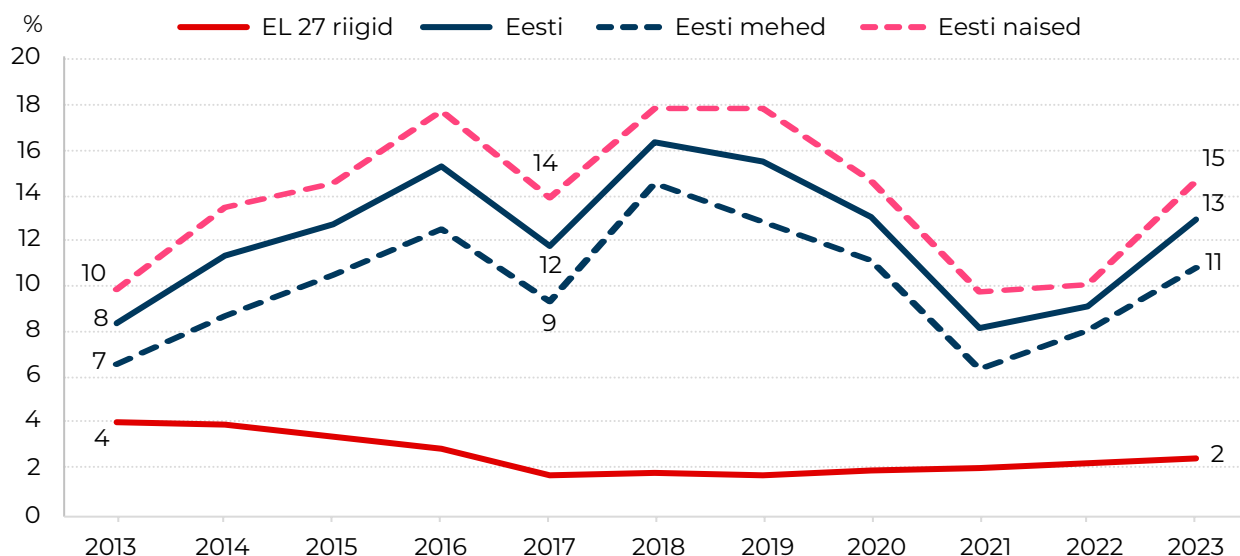
Küsitlusuuringud näitavad, et Eestis on paljudele inimestele tervishoiuteenused kättesaamatud peamiselt pikkade ravijärjekordade tõttu. Inimeste hinnangul on perearsti, eriarsti ja hambaarsti abi sageli piiratud ka kõrge hinna, pika ooteaja või teenuse kauguse tõttu. Eestis on hinnanguliselt Euroopa suurim katmata ravivajadus – 2023. aastal ulatus see 13%-ni rahvastikust, samas kui EL-i keskmine oli vaid 2–3% (OECD/EOHSP, 2024).

Tervishoiutöötajate puudus on suur probleem, mis süvendab ooteaegu ja halvendab teenuste kättesaadavust. Aastal 2022 oli Eestis EL-i keskmisest vähem nii arste kui ka õdesid ja arstide vananemine on üks suuremaid väljakutseid. Pere- ja eriarstide koostöö parandamiseks kasutatakse e-konsultatsiooni teenust, mis aitab säästa patsientide aega ja parandada ravi kvaliteeti. Lisaks on õdede tähtsus tervishoiusüsteemis kasvanud, aidates vähendada arstide töökoormust ja lühendada ravijärjekordi.

Viimase aastakümne jooksul on Eestis investeeritud märkimisväärselt moodsate diagnostikaseadmete ja tehnoloogia kasutusele võtmisele (TAI, h). Tänapäeval on tervishoiusüsteemis olulised just seadmed ja tehnoloogia, mille abil saavad tervishoiutöötajad terviseprobleeme paremini tuvastada ja diagnoosida. Need aga on ka oluline kuluallikas, eriti kui seadmeid kasutatakse ülemääraselt või tehakse tarbetuid uuringuid.

2.2.1. Katmata ravivajadus

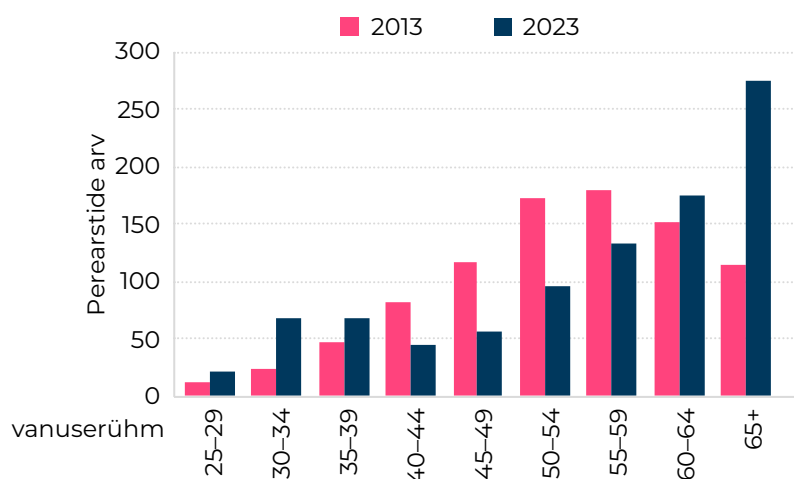
Enesehinnanguliselt oli katmata ravivajadus Eestis 2022. aastal 9% ja 2023. aastal lausa 13% rahvastikust. EL-is hõlmab katmata ravivajadus keskmiselt 2–3% elanikkonnast (joonis 35). Elanikud, kellele jäävad tervishoiuteenused eri põhjustel kättesaamatuks, on teistega võrreldes ebavõrdses olukorras, sest nende tervis on halvem ja iseseisev toimetulek raskem.



Joonis 35. Katmata ravivajadus Eestis ja EL-s, 2013–2023. Allikas: [Eurostat](#)

2.2.2. Tervishoiutöötajad

Tervishoiusüsteemi üks suuremaid kitsaskohti on vaieldamatult tervishoiutöötajate puudus, mis süveneb aastatega. See on kaasa toonud pikad ooteajad ja halvendanud juurdepääsu tervishoiuteenustele. Riigikontrolli hinnangul on tervishoiutöötajate süvenev puudus suurem probleem kui rahapuudus tervishoius (Riigikontroll, 2022). Aastal 2022 oli Eestis arste ja õdesid vähem kui EL-is keskmiselt: 3,5 arsti ja 6,6 õde 1000 elaniku kohta (OECD/European Commission, 2024). Suur mure on arstide kui tööjõu vananemine, mis Eestis on Euroopa Liidu üks suuremaid. Euroopa riikides moodustavad vähemalt 65-aastased arstid keskmiselt 14% kõigist arstidest, Eestis aga oli 2022. aastal see näitaja 22% (Eurostat, 2022). Äärmiselt suur töötajate nappus on peremeditsiinis.



Aastal 2023 töötas Eestis 939 perearsti, ühe perearsti ravida oli keskmiselt 1464 inimest (17 inimest rohkem kui aasta varem). Aastal 2013 oli vähemalt 65-aastaseid perearste 13%, kuid 2023. aastaks oli nende osakaal tõusnud 29%-ni (joonis 36). Hambaarste aga on Eestis rohkem kui EL-is keskmiselt. Kogu süsteemis on juba mitu aastat suur nappus nii õdedest kui ka hooldustöötajatest, samuti on nappus enamikust toetavatest tervishoiuspetsialistidest (psühholoogid, logopeedid, füsioterapeudid).

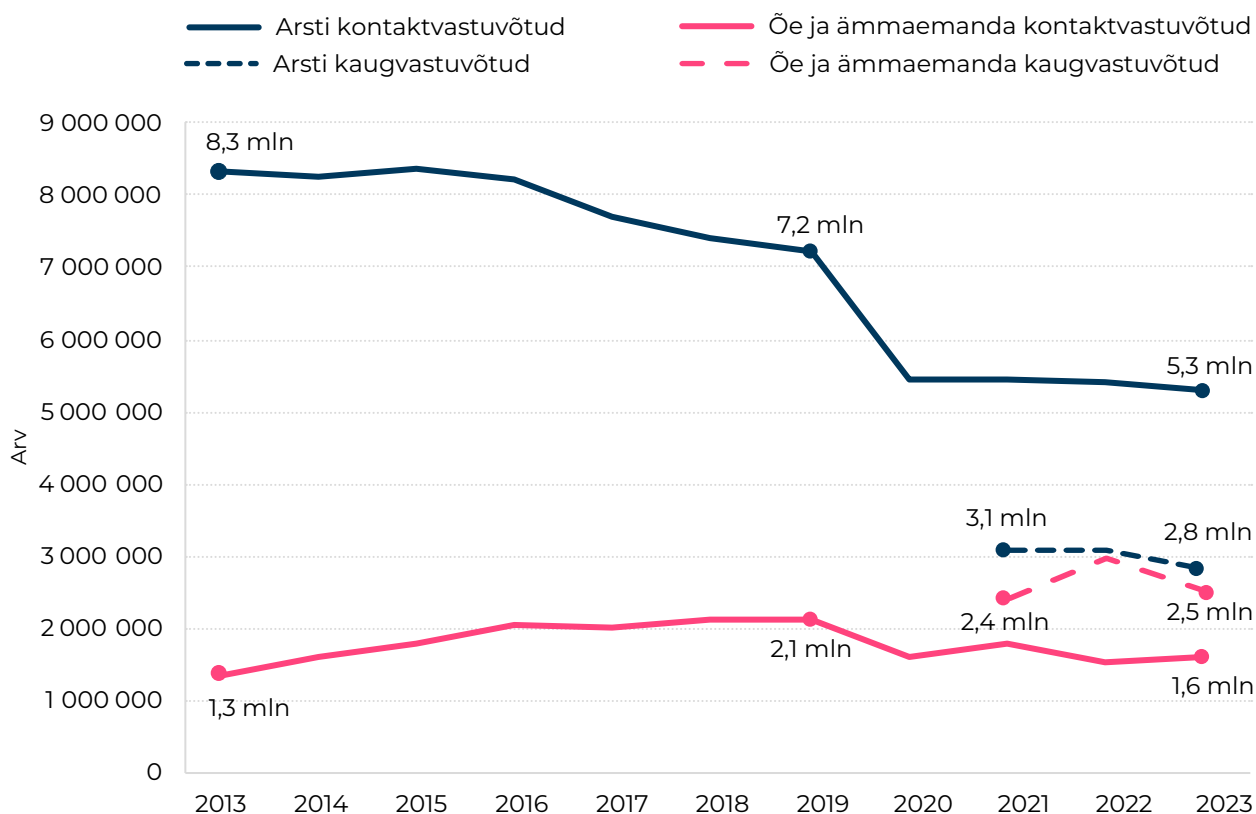
Joonis 36. Eesti perearstide arv vanuserühmade kaupa, 2013 ja 2023. Allikas: TAI

Töötajate puudust püütakse enamasti leevendada ületunnitööga, mille tulemusena on töötajad väsinud, sest puudub korralik puhkeaeg. See omakorda võib halvendada ravikvaliteeti ja suurendada riski patsiendiohutusele.

2.2.3. Ambulatoorsed vastuvõttud ja konsultatsioonid

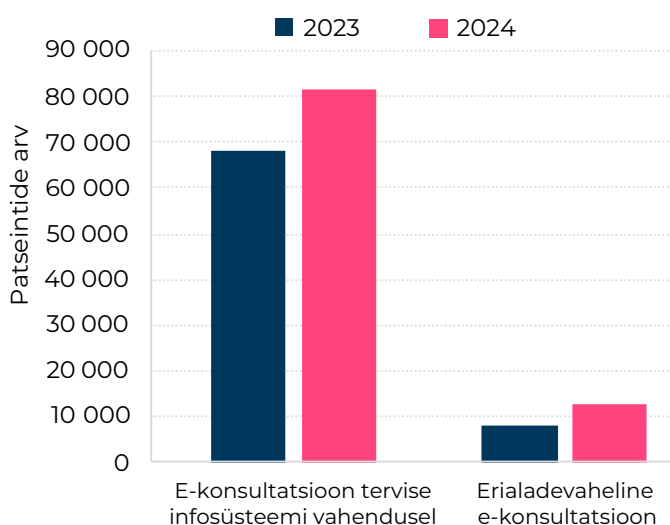
Aastas teevad tervishoiutöötajad 12,2 miljonit kontakt- ja kaugvastuvõttu. Arstid teevad 8,1 miljonit ning õed ja ämmaemandid 4,1 miljonit vastuvõttu (TAI, i). Alates 2013. aastast on õdede tähtsus perearstiabis suurenenud (TAI, i) ja laiemalt tervishoiusüsteemis on nende tegevus patsientide nõustamisel ning abistamisel järjest tähtsam. Selgemad reeglid ja õdede pädevusõiguste laiendamine aitavad vähendada arstide töökoormust, lühendada ravijärjekordi ja pakkuda inimestele paindlikumaid ravivõimalusi (Sotsiaalministeerium, 2025). Õed ja ämmaemandid on ühelt poolt arsti üliolulised partnerid, teiselt poolt patsiendi sujuvat raviteekonda toetavad spetsialistid (Esnar, 2023).

TAI andmete kohaselt on õe ja ämmaemanda iseseisvate kontaktvastuvõttude arv suurenenud aastate 2013. ja 2023. võrdluses viiendiku võrra. Samal ajal on arstide kontaktvastuvõttude arv vähenenud ligi 40% (joonis 37). aastal 2023 tehti tervisemurede lahendamiseks üle 5,3 miljoni kaugvastuvõtu, millest 2,5 miljonit tegid õed ja ämmaemandid ning 2,8 miljonit arstid. Kaugvastuvõttud moodustasid 61% õdede ja ämmaemandate vastuvõttudest ning 35% arstide vastuvõttudest.



Joonis 37. Õe ja ämmaemanda ning arsti vastuvõttud, 2013–2023. Allikas: [TAI](#)

Õigeaegse ja kvaliteetse arstiabi pakkumisel on oluline ka pere- ja eriarstide koostöö. Selleks on perearstidel alates 2013. aastast võimalus konsulteerida eriarstidega patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ja ravi määramiseks e-konsultatsiooni teenuse abil (e-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel). E-konsultatsioon parandab perearstilt eriarstile liikuvat info kvaliteeti ja säästab patsientide aega eriarstile pöördumisel. Kui e-konsultatsiooni käigus selgub, et patsient vajab eriarsti abi või täiendavaid uuringuid, on konsulteerinud ravisutusel võimalik patsient vastuvõtule kutsuda.



Perearstil on võimalik e-konsultatsiooni teha 38 erialal (Tervisekassa, a). Tervisekassa andmete kohaselt kasutati 2024. aastal e-konsultatsioon 81 431 patsiendi kohta, mida aasta varsemaga võrreldes oli 20% rohkem (joonis 38). Aastast 2023 laiendati e-konsultatsioonide võimalusi ka erialade vahel. Aastal 2024 kasutati erialadevahelist e-konsultatsiooni 12 487 patsiendi korral, mis on 63% rohkem kui eelmisel aastal (Tervisekassa, b).

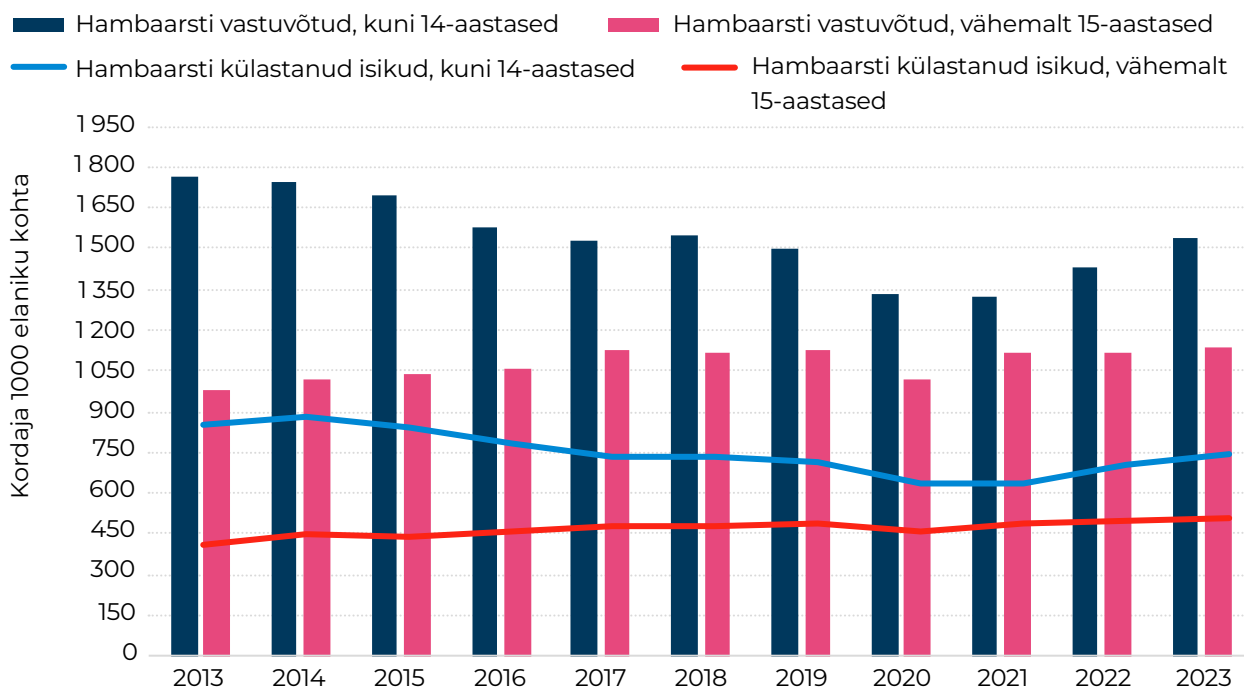
Joonis 38. E-konsultatsioonid patsientidele, 2023 ja 2024. Allikas: [tervisekassa](#)

2.2.4. Hambaravi vastuvõttud

Eeskujulik suuhügieen ja hammaste seisukord on lisaks esteetilisele välimusele oluline kogu organismi tervise säilitamiseks. Varajane suuhügieen ja hammaste eest hoolitsemine aitavad tekitada tervislikke harjumusi ning ennetada haigusi. Eestlaste peamine probleem on aastaid olnud võitlus kaariesega ehk rahvakeeli hambaaukudega. Laste hammaste tervist mõjutavad suuresti vanemate harjumused. Korralises kontrollis ja varakult avastatud hambaaugud on enamasti pinnapealsed ning neid on kerge parandada, see kehtib ka piimahammaste kohta. Väga oluline on peatada kaariese teke juba piimahammastel, et suuhügieen jäävhammaste tulekuks korda saada (Olak jt, 2019).

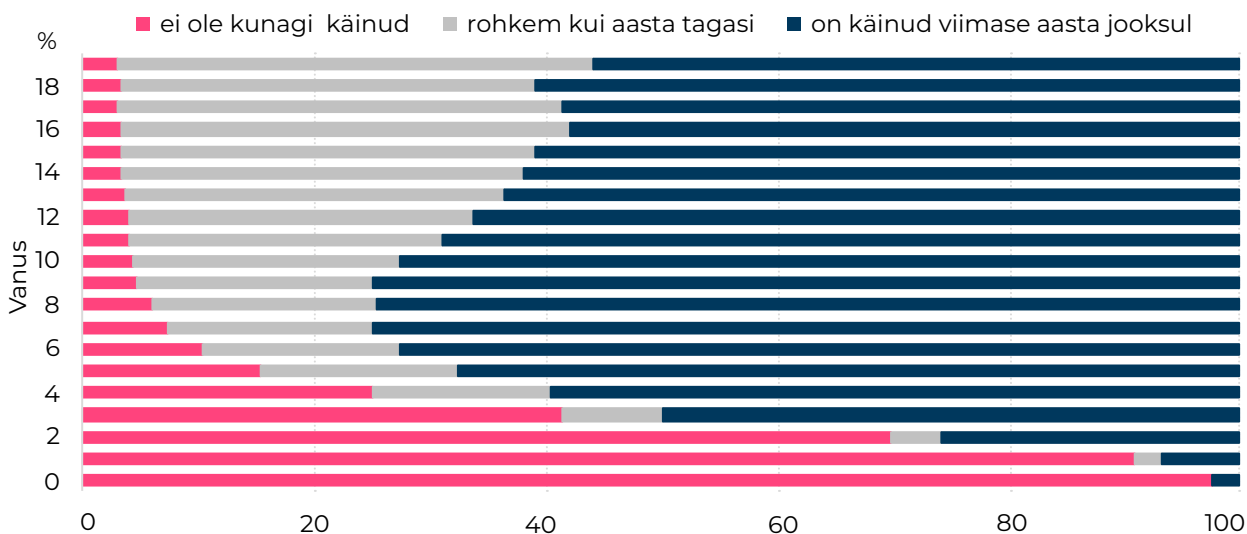
TAI andmete kohaselt on hambaarsti külastanud kuni 15-aastastest lastest keskmiselt 76%-l vaja hambaid ravida. Vähemalt 15-aastaste hulgas vajab hammaste ravi ligikaudu 94% hambaarsti külastanud inimestest. Hambaarsti juures soovitatakse hambaid kontrollimas käia regulaarselt üks kuni kaks korda aastas, kuid ligi 25% lastest ja peaaegu pooled täiskasvanutest teevad seda siiski harvem kui korra aastas.

Eestis tehti 2023. aastal kõigil hambaarstierialadel kokku üle kahe miljoni vastuvõtu, mis tähendab, et üks elanik külastas hambaarsti keskmiselt 1,5 korda aastas (joonis 39). Kõigist hambaravi vastuvõttudest moodustasid tervise arengu instituudi andmetel 82% hambaarsti vastuvõttud, 11% proteetilise ravi ja 9% ortodondi vastuvõttud. Täiskasvanute (vähemalt 20-aastaste) hambaravi kättesaadavus oleneb aga väga palju inimese sissetulekust.



Joonis 39. Hambaarsti vastuvõttud ja hambaarsti külastanud isikud, 2013–2023. Allikas: [TAI](#)

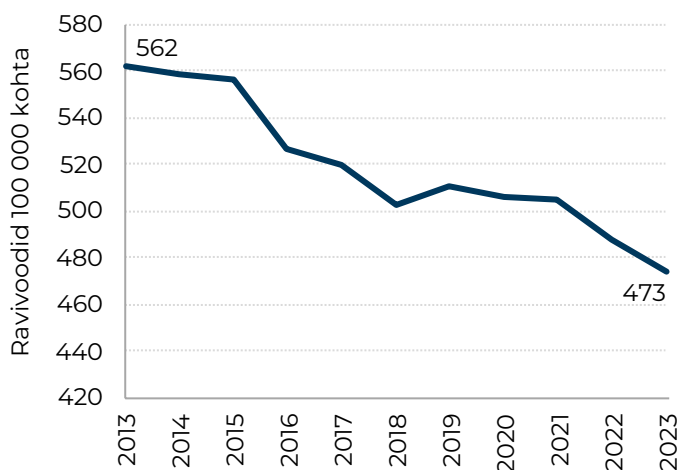
Kuni 19-aastastele on Eestis hambaravi tasuta. Lapse tervise jälgimise juhendi kohaselt soovitatakse hammaste profülaktilist kontrolli hambaarsti juures alustada, kui laps on saanud kolmeaastaseks (Eesti ravijuhend, 2019). Enamasti soovivad hambaarstid kontrollida hambaid kord aastas. Kuni 19-aastaste laste hulgas on ligi 3% neid, kes ei ole kordagi hambaarsti juurde jõudnud (joonis 40). Kõige tublimad hambaarsti külastajad on 6–10-aastased, kellest vähemalt 70% on viimase aasta jooksul käinud hambaarsti vastuvõtul vähemalt korra. See näitab selgelt, et pärast kooliealiseks saamist käivad lapsed hambaarsti juures üsna regulaarselt. Küll aga hakkab kümnendast eluaastast suurenema nende laste osakaal, kelle viimasest hambaarstivisiidist on möödunud rohkem kui aasta. Küll aga hakkab kümnendast eluaastast suurenema nende laste osakaal, kelle viimasest hambaarstivisiidist on möödunud rohkem kui aasta.



Joonis 40. Hambaarsti külastamise sagedus kuni 19-aastaste laste ja noorte hulgas seisuga 25. veebruar 2025. Allikas: [tervisekassa](#)

2.2.5. Ravivoodid

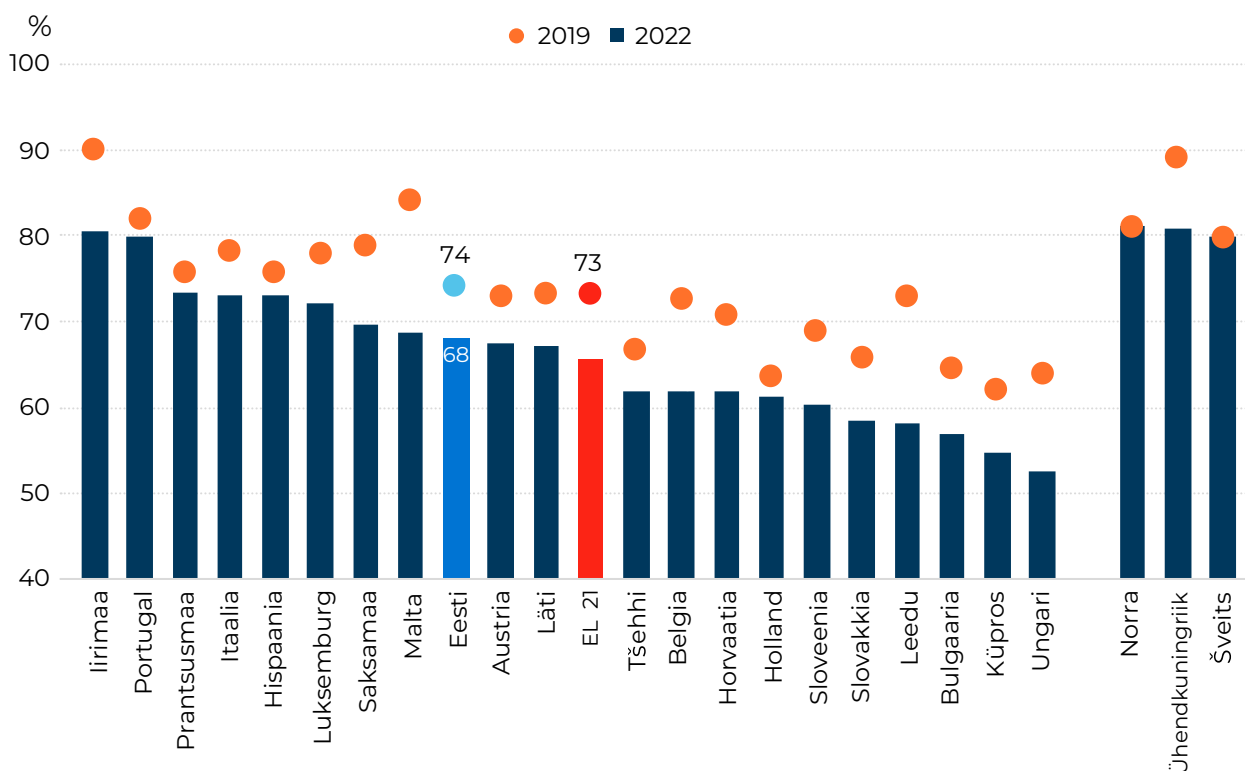
MeditSiini areng on võimaldanud kiirendada ja parandada diagnoosimist ning ravi, vähendada keskmist haiglas viibimise aega ja suurendada ambulatoorse ning päevaravi osakaalu (kus tehakse näiteks järjest rohkem kirurgilisi protseduure), mistõttu on vähenenud haiglaravivoodite arv 100 000 elaniku kohta (joonis 41). Haiglaravi on kulukas ja on teada, et mida rohkem on voodeid, seda rohkem on ka ravivoodites patsiente (OECD, 2019), seetõttu püütakse ravivoodite hõivet suurendada ja nende arvu vähendada. Siiski peab säilima piisav ravivoodite varu ja nende kasutamise paindlikkus kriisidega toimetulekuks, nagu ilmekalt näitas hiljutine COVID-19 pandeemia.



Joonis 41. Ravivoodid 100 000 elaniku kohta (31.dets) 2013–2023. Allikas: [IAI](#)

Ravivoodite voodihõive (voodikohtade täituvus) on näitaja, mis aitab hinnata haigla voodikohtade ja ressursside optimaalset kasutamist. Aktiivravivoodite suur hõive võib viidata tervishoiusüsteemi ülekoormusele ja haiglaravi vajavate patsientide arvu ootamatu suurenemise korral võib tekkida vabade voodikohtade nappus. Vähene hõive aga viitab, et haiglaravi ressursse ei kasutata optimaalselt. Ravivoodite optimaalse hõive kohta puudub üksmeel, kuid voodipuuduse riski vähendamiseks peetakse sageli maksimaalseks ligikaudu 85%-list hõivet.

Aastal 2019 oli Eestis aktiivravi voodihõive 74% ja EL-is keskmiselt 73%, kuid COVID-19 pandeemia ajal vähenes voodihõive kõigis riikides. Aastal 2022 oli see keskmiselt 66%, Eestis aga 68% (joonis 42). Aastaks 2023 oli Eestis aktiivravi voodihõive tõusnud juba 70%-ni.



Joonis 42. Ravivoodite (aktiivravi) voodihõive Euroopas, 2022 (või viimased aastad).

Allikas: [OECD](#)

2.3. Tervishoiusüsteemi tõhusus

Tervishoiusüsteem peab pidevalt arenema, et kohaneda muutuvate tervishoiuvajadustega ja reageerida uutele väljakutsetele. OECD prognoosib, et kui riigid ei muuda oma tervisepoliitikat, siis osaliselt elanikkonna vananemise tõttu moodustavad tervishoiukulud 2040. aastal kogu OECD-s keskmiselt 11,8% SKT-st (de la Maisonneuve ja Oliveira Martins, 2013). Tõhusaid investeeringuid on vaja, et muuta tervishoiusüsteemid tulevikule vastupidavaks ja suurendada vastupanuvõimet.

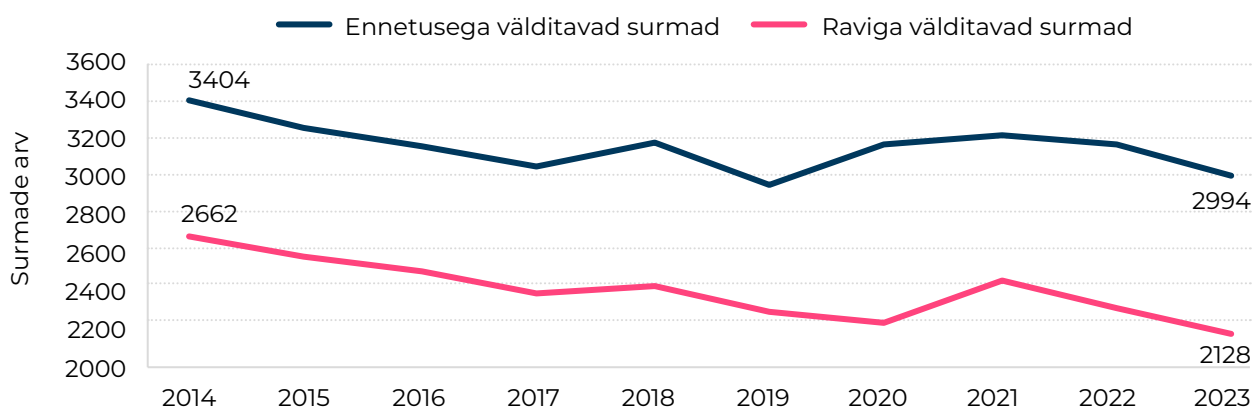
Tervishoiuteenused aitavad lisaks ravile **haigusi ennetada ja võimalikult vara avastada**. See aitab pikendada tervena elatud aastaid ja vähendada haigestumist ning vältida enneaegset suremust. Tervisemurede ennetamine ja võimalikult varajane avastamine on ka odavam kui kaugele arenenud haiguste ravi. Ennetus aitab suurendada majanduslikku kasu, vältida töövoime kaotust ja suurendada töövoimeliste inimeste osakaalu. Eestis moodustasid enne koroonapandeemiat kulutused haiguste ennetamisele ligikaudu 4% tervishoiu kogukulutustest (Ruuge ja Inno, 2022). Tervist hoidva eluviisi toetamisel ja haiguste ennetamisel on tervishoiusüsteemis väga olulised just esmatasandi tervishoiuteenused ehk pereõe ja perearsti tegevus. Tervisedendusele ja haiguste ennetamisele, kaasa arvatud mittenakkushaiguste ravile esmatasandil, ei ole aga pööratud piisavalt tähelepanu, mis võib omakorda suurendada tervisealast ebavõrdsust (Kasekamp jt, 2023).

Alates 1. novembrist 2024 kehtib Eestis tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik vastutuskindlustus ehk **patsiendikindlustus** (tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus). See süsteem annab patsientidele õiguse nõuda kindlustuselt hüvitist, kui raviprotsessis on tekitatud eksimuse tõttu reaalne välditav tervisekahju. Patsiendikindlustuse esmane ja kõige olulisem eesmärk on tagada tervishoiuteenuste kõrge kvaliteet ja patsiendiohutus. See motiveerib raviasutusi välditavate ravivigadega tegelema, neid analüüsima ja neist õppima. Tervishoiuasutustel on kohustus sõlmida vastutuskindlustuse lepingud, mis katavad eksimustest tuleneva kahju. Patsient saab pöörduda rahalise hüvitamise nõudega otse kindlustusseltsi poole, kellega on leping tervishoiuasutusel, kus juhtum esines. Patsiendikindlustus aitab tulevikus patsientide huve paremini kaitsta, tagades, et tervishoiuteenused on ohutud ja kvaliteetsed. Eestis on praegu umbes 200 ravivigade juhtumit aastas ja seadusemuudatused võimaldavad hüvitist küsida kohtu asemel otse kindlustuselt.

Terviseandmete tähtsust tervishoiusüsteemi toimivuse ja tulemuslikkuse parandamisel on teiste seas rõhutanud OECD ja maailma majandusfoorum (Moore ja Dias Guichot, 2024). Terviseandmete tõhus kasutamine võib viia paremate ravitulemusteni, optimeerida raviprotsesse ja vabastada piiratud ressursse. Usaldusväärsete terviseandmete ja analüüsita ei ole võimalik aga optimeerida raviprotsesse, teha seiret ega hõlbustada teadus- ja arendustegevust. Tervishoiusüsteemi toimivuse hindamise raamistik, mis valmis Eestis esimest korda 2009. aastal (WHO, sotsiaalministeerium, 2010) ja ajakohastati 2023. aastal (OECD, 2023a), võimaldab järjepidevalt ja süstemaatiliselt hinnata tervishoiusüsteemi, tuvastada parandamist vajavaid valdkondi, toetada ressursside kõige optimaalsemat jaotamist ning hinnata peamiste poliitiliste eesmärkide saavutatavust.

2.3.1. Ennetatavad ja raviga välditavad surmad

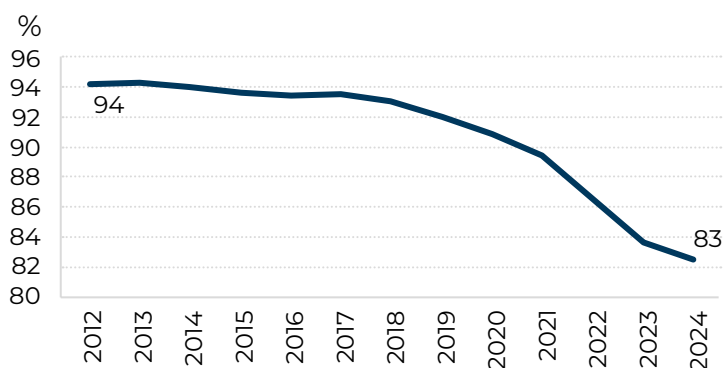
Ennetusega on välditavad surmad, mille põhjused on seotud eluviisi valikutega ja mida on võimalik ennetusega ära hoida. Nende surmade põhjused on tihti seotud riskikäitumisega, nt tasakaalustamata toitumine, alkoholi ning nikotiini- ja tubakatoodete tarvitamine, samuti vähene kehaline aktiivsus. Need käitumuslikud tegurid on ennetatavate surmade peamised põhjustajad. Ennetatavaid surmasid mõjutavad tugevalt ka nii väliskeskkond (nt õhusaaste) kui ka sisekeskkond (nt töökeskkonna riskitegurid). Ennetusega on välditavad kõik õnnetussurmad ja mürgistused, kuid osaliselt ka vereringeelundite haigused, mille korral on rahvatervishoius rakendatavad meetmed meditsiiniabist tihti tõhusamad (Owen jt, 2012). Raviga välditav suremus on Eestis kümne aastaga vähenenud 20% võrra (joonis 43), kuid on EL-i keskmisega võrreldes endiselt suhteliselt suur. EL-is on raviga välditav suremus keskmiselt 93 surma 100 000 inimese kohta, Eestis aga 136 (Eurostat, 2025b). Sagedasemad raviga välditavad surma põhjused Eestis on südame isheemiatõbi, kõrgvererõhktõbi ja insult.



Joonis 43. Ennetatavad ja raviga välditavad surmad, 2014–2023. Allikas: [surma põhjuste register \(TAI\)](#)

2.3.2. Vaksineerimine

Paljude nakkushaiguste vastu saab end kaitsta vaksineerimisega. Paraku on laste hõlmatus vaksineeritusega olnud viimastel aastatel langustrendis (joonis 44), eriti viimase paari aasta jooksul. Soovituslik hõlmatus leetrite, mumpsu ja punetiste vastu vaksineerimisel haiguse elimineerimiseks on 95%. Aastaks 2024 oli hõlmatus nende haiguste vastu Eesti kaheaastaste laste seas alla kriitilise piiri, olles esialgsel andmel 82,5% ning soovituslikku hõlmatus ei saavutanud mitte ükski maakond.



Joonis 44. Kaheaastaste laste hõlmatus vaksineeritusega (difteeria, teetanuse, lakakoha, lastehalvatustõbi, leetrid, mumps, punetised), 2012–2024. Allikas: [terviseamet](#)

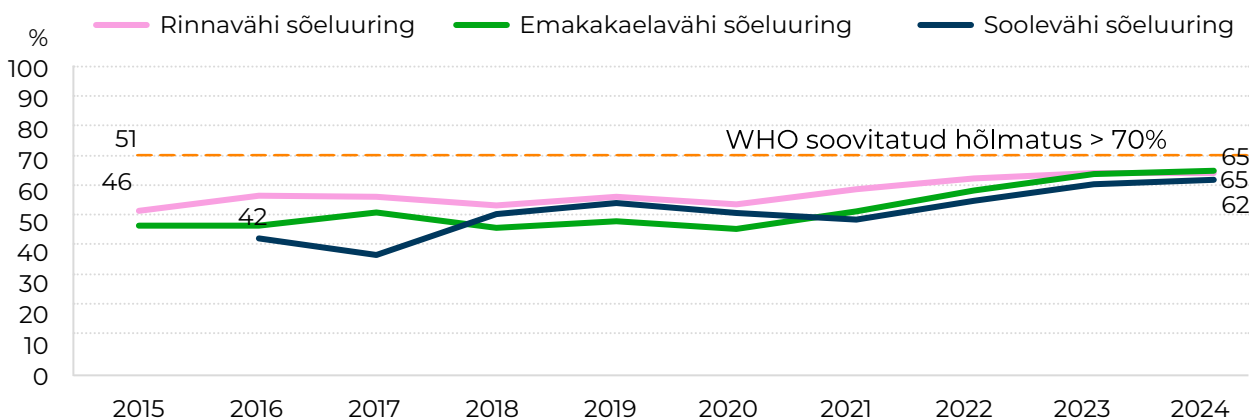
Difteeria ja teetanuse vastu vaksineerimise soovituslik hõlmatus haiguse elimineerimiseks on 95% või enam ning lakakoha vastu vaksineerimisega soovituslik hõlmatus on 90%. Ka nende haiguste vastu vaksineerituse tase on langenud: 2024. aastal oli hõlmatus nende haiguste vastu vaksineerimisel kaheaastaste laste seas samuti 82,5% ning soovituslikku hõlmatus ei saavutanud ükski maakond. Sealjuures erinevad muutused hõlmatuses olenevalt konkreetsest vaktsiinist. Hõlmatus taastamiseks ja suurendamiseks on vaja suurendada elanikkonna teadlikkust ja süsteemselt nõustada.

2.3.3. Vähi sõeluuringud

Ennetavate sõeluuringute eesmärk on teha kindlaks vähieelsed muutused, mille varajane avastamine ja ravi aitavad ära hoida vähi tekke. Nende peamine mõju avaldub vähihaigestumuse 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 kaudu. Seda eesmärki täidab rinnavähi ja osaliselt ka soolevähi sõeluuring.

Üks suuremaid kitsaskohti sõeluuringute korraldamisel on olnud uuringule kutsutute vähene osalemine. Et sõeluuringud oleks kulutõhusad ja täidaksid rahvastiku vähihaigestumuse ja -suremuse vähendamise eesmärki, peaks vähemalt 70% sõeluuringule kutsututest uuringus osalema. Eestis on kõigi sõeluuringute osalusmäär püsunud pikka aega alla soovitusliku taseme (joonis 45).

Aastal 2024 jäi vähi sõeluuringutel osalenute arv eelneva aastaga sarnasele tasemele: rinnavähi sõeluuringul osales 65% kutsututest, emakakaelavähi sõeluuringul 65% kutsututest ja soolevähi sõeluuringus 62% uuringule kutsututest (joonis 45). Maakonniti oli rinnavähi sõeluuringu osalusmäär kõrgeim Hiiu (74%), Saare (72%), Jõgeva (72%) ja Põlva maakonnas (71%). Emakakaelavähi sõeluuringus jõudsid 70% lähedale Saare (70%), Tartu (69%) ja Hiiu (69%) maakond. Soolevähi sõeluuringus ületas naiste osalusmäär 70% piiri üheksas maakonnas, meeste seas jäi osalusmäär sellest tasemest madalamaks kõigis maakondades.



Joonis 45. Vähi sõeluuringute osalusmäär, 2015–2024. 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.

Rinnavähi sõeluuringule kutsutakse 50–74-aastaseid naisi iga kahe aasta tagant, emakakaelavähi sõeluuringule 30–65-aastaseid naisi iga viie aasta tagant ning soolevähi sõeluuringule 58–68-aastaseid mehi ja naisi iga kahe aasta tagant. Aastatel 2024 ja 2025 laiendati vähi sõeluuringute vanusepiire, tõstes rinnavähi sõeluuringu vanusepiiri 74. eluaastani ja alandades soolevähi sõeluuringu vanusepiiri 58. eluaastani.

Loe vähi sõeluuringutest edasi aastaraamatu [fookusteema peatükist!](#)

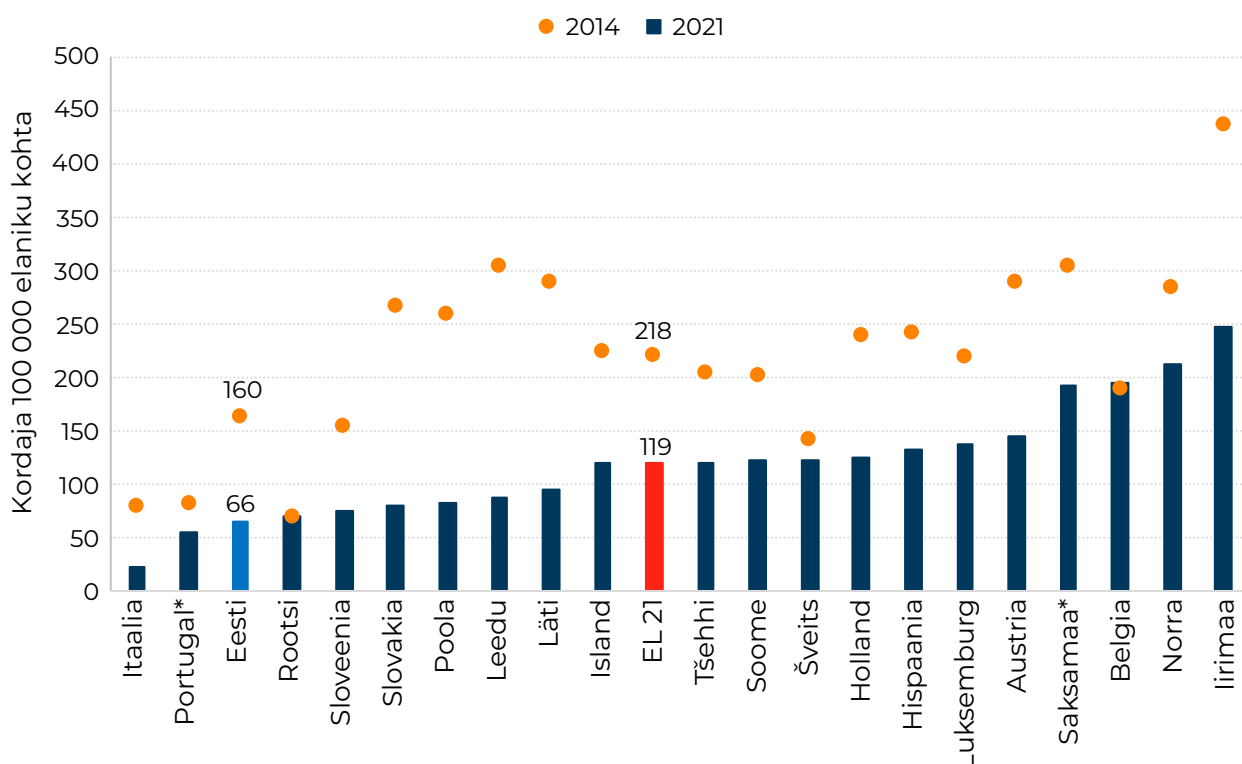
2.3.4. Esmatasandi välditavad hospitaliseerimised

Aastal 2024 täpsustati rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 (Sotsiaalministeerium, 2021a) kirjeldatud arengusuundade alusel tervishoiuteenuste kvaliteedijuhtimise süsteemi nõudeid, sh nõudeid regulaarselt korraldada enesehindamisi, nõudeid personali täienduskoolitustele ja tagada tervishoius inimkesksus. Kehtestati ka nõuded tervishoiuteenuse osutaja tegevusele patsiendiohutuse tagamisel. Samal ajal jõustus tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus.

Tervisekassa on koos perearstidega välja töötanud **perearsti kvaliteedisüsteemi**. Kvaliteedisüsteemi eesmärk on suunata arste aktiivselt tegelema haiguste ennetusega ja nakkushaiguste leviku tõkestamisega, efektiivsemalt jälgima kroonilise haigusega patsiente ning osutama laiapõhjalisemat tervishoiuteenust (Tervisekassa, c). Seirataivate krooniliste haigete sihtrühma kuuluvad teise tüübi diabeedi, kõrgvererõhktõve, südamelihase infarkti ja kodade virvendusarütmiaaga patsiendid, kelle uuringute, nõustamise või ravimite väljakirjutamise andmeid analüüsitakse ning arvestatakse tasustamisel.

Rahvusvaheliselt hinnatakse esmatasandi edukust astma, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse (KOK), südamepuudulikkuse ja diabeedi hospitaliseerimiste järgi, arvestades, et nende haigete sage haiglasse aktiivravile sattumine on tõenduspõhiselt esmatasandi ravikvaliteedi kehvema taseme näitaja. Hästi toimiv esmatasandi arstiabisüsteem võib vähendada astmahaigete, KOK-i, südamepuudulikkuse või diabeedi ägedat seisundit, vältides seega soovimatut ja kulukat haiglaravi (OECD, 2020).

OECD riikide võrdluses (joonis 46) saab öelda, et Eesti patsiendid satuvad **astma ja KOK-iga** haiglaravile keskmisest harvem. Euroopa riikides (mis kuuluvad OECD-sse) hospitaliseeriti 2021. aastal keskmiselt 119 astma ja KOK-i haiget 100 000 elaniku kohta, kuid Eestis peaaegu poole vähem (66 hospitaliseeritud 100 000 elaniku kohta). Tulemusi võivad mõjutada erinevad tegurid haiguste levimusest (OECD/European Commission, 2024) nende registreerimiseni. Kuigi üldiselt on hospitaliseerimine krooniliste kopsuhaiguste tõttu vähenenud, on haiglaravipatsientide vähenemist seostatud ravi halvema kättesaadavusega COVID-19 ajal.

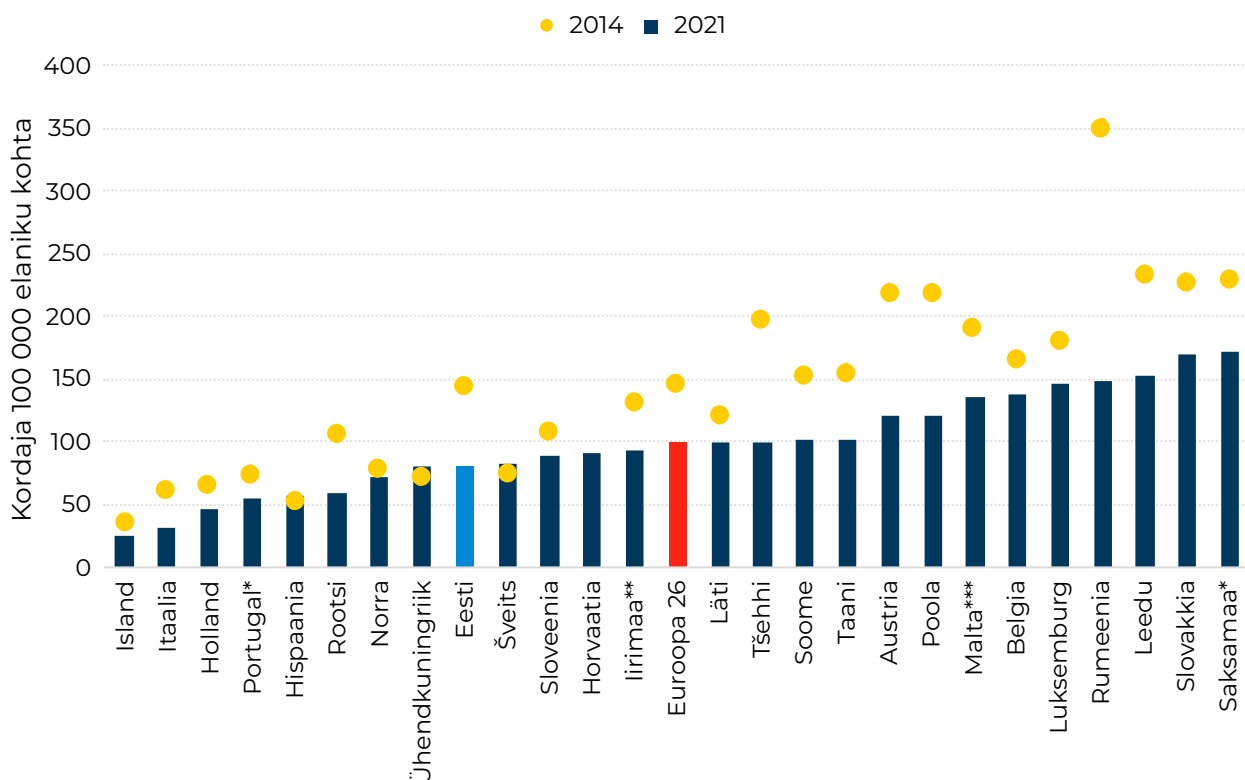


Joonis 46. Astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse tõttu hospitaliseerimine. Allikas: [OECD](#)

Diabeediravi tõhus juhtimine on rahvatervishoiu üks olulisematest ülesannetest. Diabeedist tingitud surmajuhtumite arv suureneb kogu maailmas endiselt ja ulatus 2024. aastal 3,4 miljonini. Aastaks 2050 prognoositakse diabeeti haigestumise märkimisväärset suurenemist (kuni 853 miljonit täiskasvanut), seetõttu on diabeedi ravi ja kontrolli all hoidmine riikide tervishoiusüsteemi, eelkõige just esmatasandi meditsiini, üks tähtsamaid ülesandeid (IDF, 2025).

Diabeedi ravi tähendab inimese jaoks kindlat enesejuhtimist ja raviplaani järgimist. Inimeste abistamisel raviplaani järgimisel on omakorda tähtis just esmatasandi arstiabi. Enamasti on võimalik vältida diabeedi tõttu haiglaravile sattumist. See aga tähendab tugevat ja kvaliteetset esmatasandi arstiabi teenust: regulaarne vereglükoosi mõõtmine, toitumise ja liikumise nõustamine, suitsetamisest loobumise nõustamine ja vererõhu taseme kontrollimine.

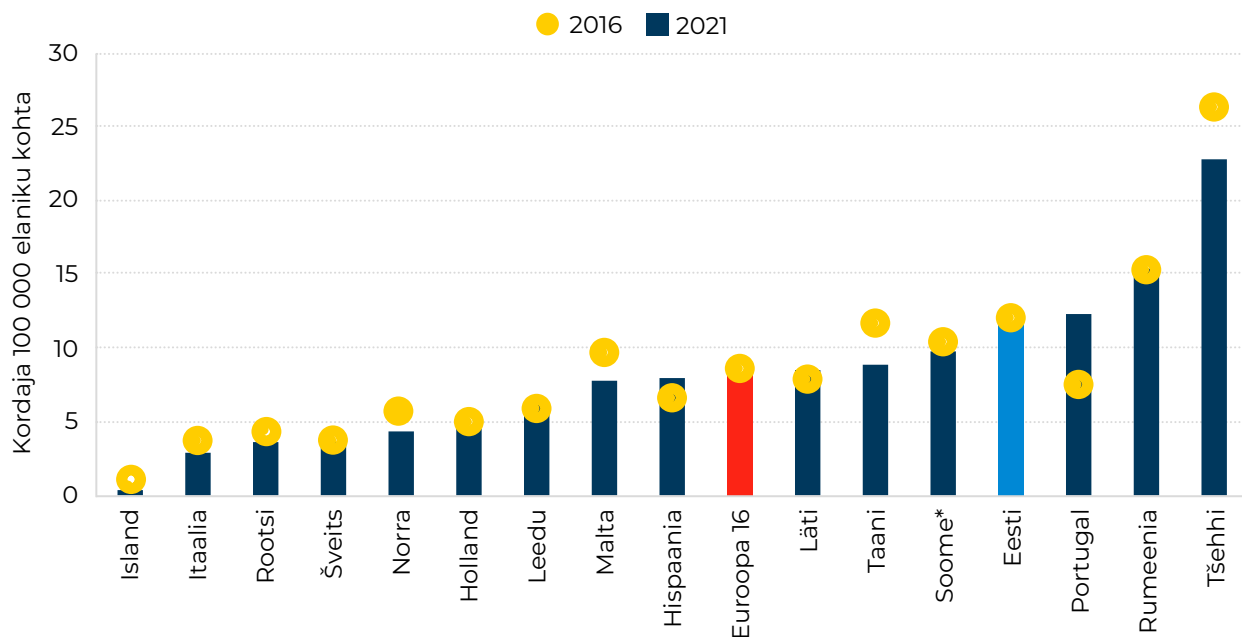
Kümme aastat tagasi oli Eestis 144 diabeedi tõttu hospitaliseeritud 100 000 inimese kohta, mis oli Euroopa 26 riigi keskmine, kuid aastal 2021 langes hospitaliseeritute arv 80 hospitaliseeritud 100 000 elaniku kohta (joonis 47). Viimane näitaja on Eestis OECD andmete kohaselt Euroopa riikide keskmisest (98 hospitaliseeritud 100 000 elaniku kohta) väiksem, sarnane tulemus on ka Ühendkuningriigil ja Sloveenial.



* 2015 ** 2022 *** 2020

Joonis 47. Hospitaliseerimine diabeedi tõttu. Allikas: [OECD](#)

Rahvusvaheliselt võrreldakse diabeedi kontrolli all hoidmise ühe kvaliteedinäitajana diabeetikute **alajäseme amputatsioone**, s.t hüppeliigesest ülaltpoolt (OECD 2021). Eestis on diabeedi tõttu hospitaliseeritute arv vähenenud, kuid diabeedipatsientidel on alajäsemeid keskmisest rohkem amputeeritud ja aastate jooksul ei ole tulemused paranenud (joonis 48).



* 2019

Joonis 48. Alajäseme amputatsioon (hüppeliigesest ülevalt poolt) diabeediga patsientidel.

Allikas: [OECD](#)

2.3.5. Teenuste lõimitus

Rahvastiku vananemine toob kaasa krooniliste haigustega inimeste arvu suurenemise. Tihti esineb eakatel mitu terviseprobleemi korraga, nad satuvad korduvalt haiglaravile ja vajavad erinevate spetsialistide abi. Ravi inimkesksmaks, võrdsemaks ja sujuvamaks muutmiseks, samal ajal kasutades olemasolevaid võimalusi efektiivselt, on üha olulisem lõimitud teenuste süsteem, mis aitaks terviseprobleemi hallata inimese kogu elukaare vältel.

[Ravitee-
kondade
arendamise
kiirendi-
programm](#)

**SKÄNNI
MIND**

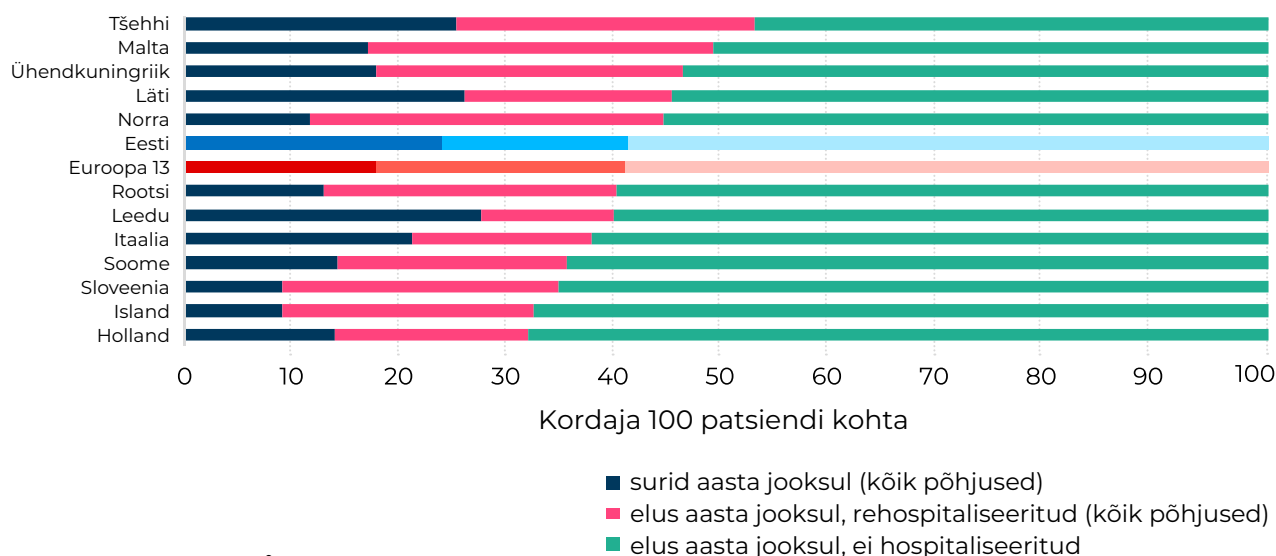


Riigid katsetavad erinevaid lõimitud ravi- ja hooldusmudeleid, et toime tulla üha suurema arvu inimestega, kellel on keerukad tervisevajadused. Uuringud on näidanud, et kaugjälgimine ja -konsultatsioonid vähendavad näiteks südamepuudulikkusega inimeste suremust, haiglaravile sattumise riski ja parandavad nende inimeste elukvaliteeti. Samuti on leitud, et KOK-i põdevate patsientide kaugjälgimine vähendab raskete patsientide hospitaliseerimist ja kiirabikülastusi ning haigusseisundi ägenemist (OECD, 2023b).

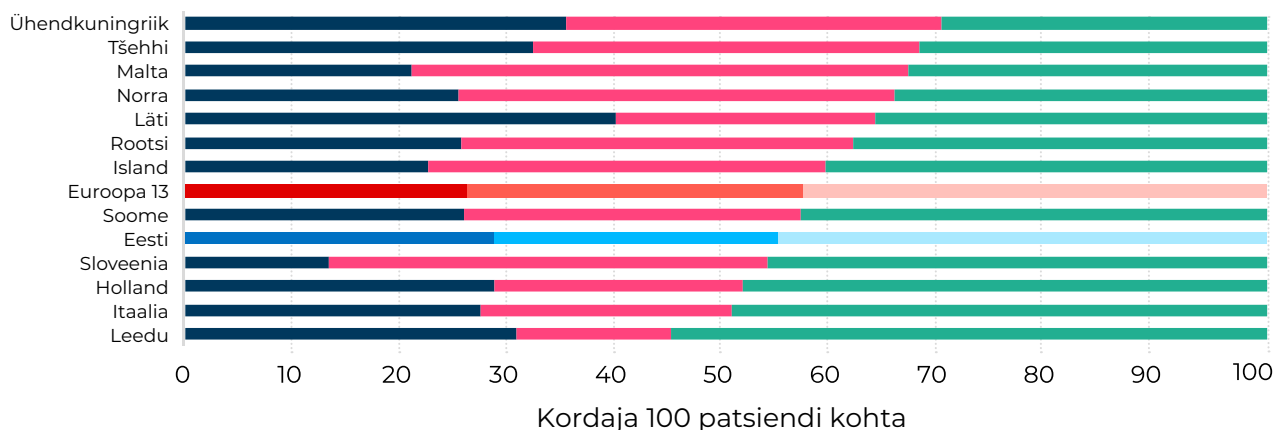
Uue lahendusena on Eestis tervisekassa eestvedamisel alustatud raviteekondade arendamist. Endoproteesimise ja insuldi raviteekonnad töötati välja 2024. aasta lõpuks. Aastal 2025 alustatakse kopsuvähi raviteekonnaga, sest see on valmis katsetamiseks ega vaja suuri IT-arendusi. Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel alustati 2024. aastal Eesti sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi integratsioonimudeli väljatöötamist. Eesmärk on osutada koordineeritud ja multidistsiplinaarset abi kahe või enama teenuseosutaja koostöös (tervishoius või sotsiaalsektoris). Rahvusvaheliseks võrdluseks on väljatöötatud haigla- ja ambulatoorse abi koostoime näitajad insuldi ja südamepuudulikkuse patsientide rehospitaliseerimise, suremuse ja haiglajärgse ravimise kasutamise kohta.

Euroopa 13 riigi esmase isheemilise insuldi hospitaliseeritustest vajas aasta jooksul korduvat haigla aktiivravi või suri insuldi või muul põhjusel keskmiselt 40% patsientidest. Eestis oli see näitaja üsna sarnane: 41% (joonis 49). Aasta jooksul suri keskmiselt 17% patsientidest. Eestis oli olukord halvem: aastane suremus oli 24%. Euroopa riikide võrdluses on Eestis endiselt kõrge insuldi 30 päeva suremus (OECD/European Commission, 2024), mis tõestab vajadust jätkata insuldi raviteekondade mõõtmist ja vajaliku tegevuse rakendamist. Ligi 60% elus olevatest isheemilise insuldi patsientidest nii Euroopas keskmiselt kui ka Eestis said aasta jooksul hakkama haiglaravita.

Isheemiline insult



Südamepuudulikkus



Joonis 49. Esmase isheemilise insuldi ja südamepuudulikkuse esimese aasta tervisetulemused, 2021 või lähim aasta. Allikas: [OECD](#)

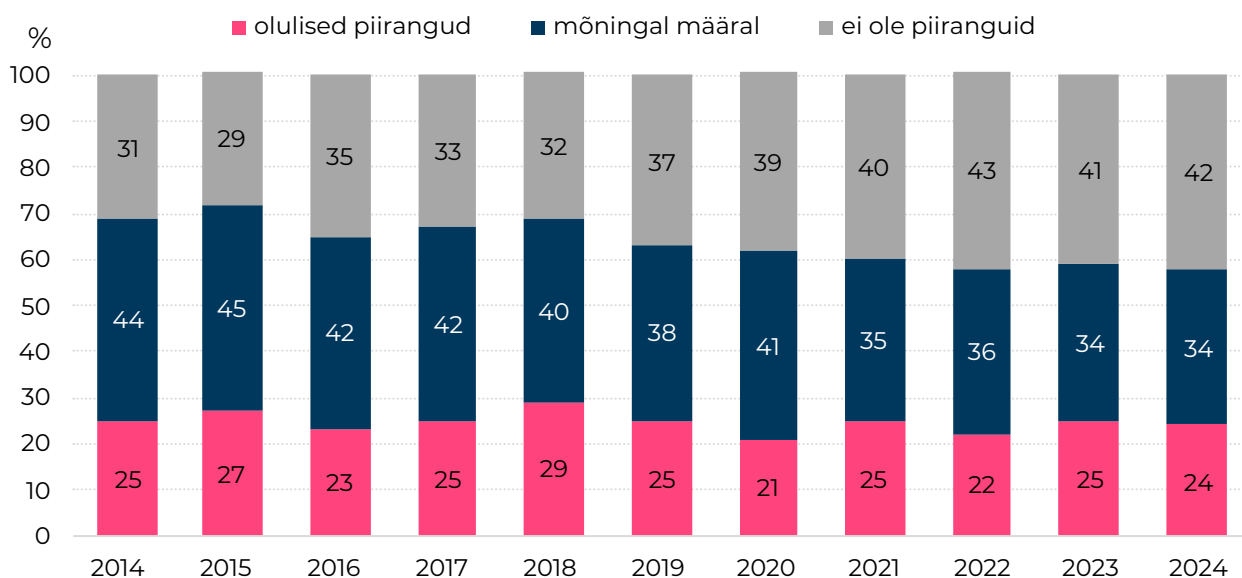
Südamepuudulikkuse tõttu hospitaliseeritud patsientidest vajas Euroopa 13 riigi patsientidest aasta jooksul korduvat haiglaravi või suri südamepuudulikkuse või muul põhjusel keskmiselt 57% patsientidest, Eestis oli see näitaja veidi parem: 55%. Aasta jooksul suri keskmiselt 26% patsientidest. Eestis oli olukord halvem: aastane suremus oli 29%. Ligi 43–45% elus olevatest südamepuudulikkusega patsientidest nii Euroopas keskmiselt kui ka Eestis said aasta jooksul hakkama haiglaravita.

Need andmed näitavad, kui oluline on südamepuudulikkuse varajane diagnoosimine ja ravi, samuti pidev jälgimine ja toetamine pärast haiglast väljakirjutamist. Südamepuudulikkus on keeruline ja raske haigus, mis mõjutab paljusid inimesi. Selle ravi ja juhtimine vajab tervishoiusüsteemi ja patsientide tugevamat koostööd.

2.4. Pikaajaline hooldus

Rahvastik vananeb sündimuse vähenemise ja oodatava eluea pikenemise tõttu. Prognooside kohaselt suureneb vähemalt 65-aastaste ehk vanemaealiste täiskasvanute osakaal EL-i rahvastikus 21%-lt (2023) 29%-le (2050) (OECD / European Commission, 2024). Sama trend on ka Eestis: 2023. aasta lõpus moodustasid vähemalt 65-aastased 20% rahvastikust ja nende osakaal suureneb EL-i keskmisega sarnases tempos. Eestis elas 2014. aasta alguses vähemalt 65-aastaseid inimesi 242 000, kuid 2024. aastaks juba 281 000. Samal ajal on vähemalt 85-aastaste osakaal selles vanuserühmas suurenenud 1,4 korda. See tähendab, et vähemalt 85-aastaste inimeste arv on 2024. aastaks suurenenud 27 000-lt 39 000-le (Statistikaamet, c). Rahvastiku vananemisega suureneb **pikaajalise hoolduse teenuste vajadus**. Need teenused hõlmavad erinevaid tervishoiu, isikuhoolduse ja sotsiaalteenuseid, mis aitavad ennetada tervise halvenemist, toetada igapäevast toimetulekut. Haiguste ja vigastuste ennetamine, krooniliste haiguste jälgimine, vaimse tervise toetamine ja inimeste võimestamine oma tervise eest hoolt kandma aitavad suurendada tervena elatud aastate arvu. See omakorda vähendab nii teenuste kui ka personalivajaduse koormust pikaajalise hoolduse ja tervishoiusüsteemis.

Tervisest tingitud igapäevategevuse pikaajalised piirangud viitavad **toimetulekut toetavate teenuste vajadusele**. Keskmise eluea kasvades on oluline, et lisanduvad aastad oleksid elatud hea tervise juures. Kui esinevad probleemid, peaksid toetavad teenused olema kvaliteetsed, kättesaadavad ja asjakohased ning aitama vähendada perede hoolduskoormust. Koduteenuste eesmärk on toetada inimeste iseseisvat toimetulekut nii kaua kui võimalik enne ööpäevaste hooldusteenuste vajaduse tekkimist. Aastal 2023 oli 65-aastastel meestel jäänud elada 16 ja naistel 21 aastat. Neist tervena elatud aastate arv oli meestel seitse ja naistel kaheksa aastat, ülejäänud aastad möödusid kergemate või raskemate tervisepiirangutega (Statistikaamet, d). Viimase (2021. aasta) rahvaloenduse andmete kohaselt (statistikaamet, e) esines vähemalt 65-aastastest inimestest 30%-l mõningaid piiranguid ja 24%-l olulisi piiranguid. Tervisest tingitud pikaajalisi piiranguid ei olnud ligi 45%-l. See tähendab, et teiste inimeste abi vajab igapäevategevuses umbes 21 000 oluliste tervisepiirangutega meest ja 45 000 naist. Lisaks oli vähemalt sama palju inimesi, kes vajasisid abi mõne tegevuse korral, kuid mitte iga päev. Aastate jooksul on piiranguteta vanemaealiste osakaal suurenenud: 2015. aastal oli see 29%, kuid 2024. aastaks juba 42% (joonis 50).

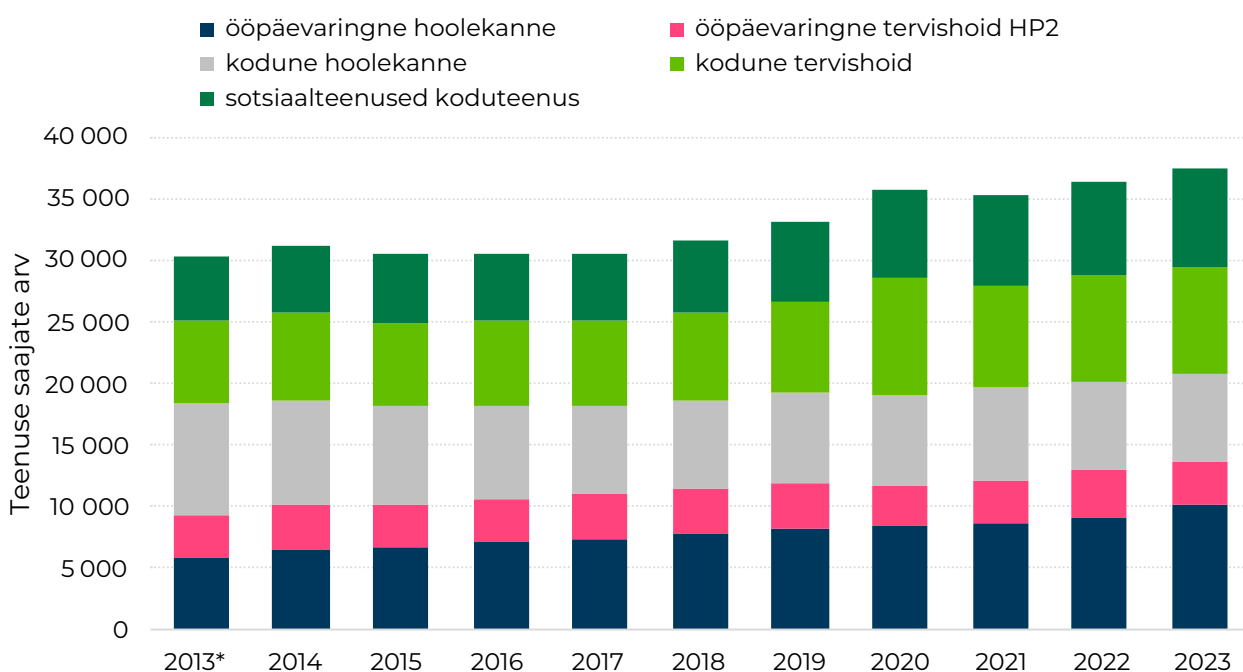


Joonis 50. Tervisest tingitud tegevuspiirangute esinemine vähemalt 65-aastaste hulgas.

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

Aastal 2023 sai **pikaajalise hoolduse statsionaarset teenust** ligikaudu 12 900 inimest ja koduteenust ligi 14 700 inimest. Ööpäevahooldust kasutas samal aastal ligi 15 200 inimest (joonis 51) (Kupper, 2024). Teenuseid saanud inimeste koguarvu ei saa nende arvude liitmisel täpselt määrata, sest inimesed võivad aasta jooksul liikuda ühelt teenuselt teisele, mitut teenust samal ajal tavaliselt ei kasutata. Teenuste statistika põhineb teenuse liikidel, mitte üksikisikute arvestusel. Tervishoiuteenuseid osutab tervishoiusüsteem, sotsiaalteenuseid hoolekandesüsteem. Tervisekassa andmete alusel saab hinnata tervishoiuteenuseid saanud isikute arvu, kuid sotsiaalhoolekande teenuseid arvestatakse eraldi ja see võib erineda arvestusmeetodi poolest, näiteks peetakse osa teenuseid aasta jooksul saaduks, teisi aga arvestatakse aasta lõpu seisuga.

Inimeste teekond teenuste vahel võib olla mitmeastmeline, näiteks võib alustada koduteenuste kasutamisest (nt koduõde), seejärel liikuda statsionaarsesse ravi- või hooldusasutusse ja aasta lõpus viibida taas kodus või hooldekodus. Hinnanguliselt kasutab erinevaid pikaajalise hoolduse teenuseid umbes 60% vähemalt 65-aastastest inimestest, kellel on pikaajalised tervisepiirangud.

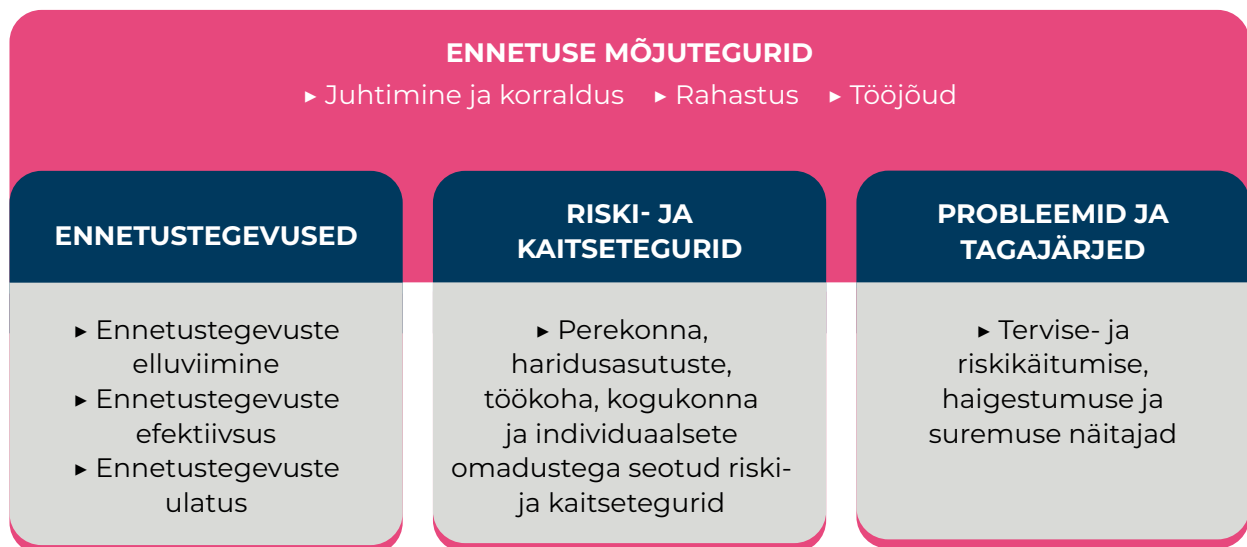


Joonis 51. Pikaajalise hoolduse teenus vähemalt 65-aastaste hulgas. Allikas: sotsiaalministeerium, TAI

- ▶ Pikaajalise hoolduse teenused hõlmavad tervishoiu, isikuhoolduse ja sotsiaalteenuseid, mis toetavad igapäevast toimetulekut ja ennetavad tervise halvenemist.
- ▶ Vähemalt 65-aastaste osakaal suureneb nii Eestis kui ka EL-is, mis tähendab pikaajalise hoolduse teenuste suuremat vajadust.
- ▶ Vanemaaliste seas on igapäevategevuse piirangud tervise tõttu tavalised, mistõttu on oluline osutada kvaliteetseid ja kättesaadavaid hooldusteenuseid, et vähendada perede hoolduskoormust.

3. Ennetus ja tervisedendus

Rahvatervishoiu eesmärkide saavutamiseks on vaja süsteemset ning valdkonnaülest käsitlust, sest inimeste tervisekäitumist mõjutavad mitmed sotsiaalmajanduslikud ja keskkonnategurid. Seetõttu tuleb ennetus ja tervisedendus siduda tervishoiu-, haridus-, sotsiaal-, tööturu- ja keskkonnapoliitikaga, et saavutada püsivaid ja laiaulatuslikke tulemusi. Eestis põhjustavad ennetatavad terviseprobleemid märkimisväärset kahju nii üksikisikule kui ka kogu ühiskonnale. Suur osa neist on seotud eluviisi ja käitumuslike riskiteguritega, nagu tasakaalustamata toitumine, vähene füüsiline aktiivsus ning alkoholi, tubaka- ja nikotiinitoodete ja narkootikumide tarvitamine. Neid mõjutavad omakorda perekonna, hariduse, töö ja kogukonnaga seotud tegurid, mis võivad suurendada või vähendada terviseriskide tekkimise tõenäosust. Ennetuse peaeesmärk on seetõttu mõjutada keskkonnaga seotud riski- ja kaitsetegureid. Selleks sobivad tõendatud tulemuslikkusega ennetustegevused, mille mõju oleneb nii nende sisust kui ka sihtrühma kaasatusest. **Edukas ennetustöö eeldab tõhusat korraldust, piisavat rahastust ja pädevaid spetsialiste.**



Joonis 52. Tervisekäitumise, haigestumuse ja suremuse kujunemist mõjutavad tegurid ning ennetusvõimalused. Allikas: TAI

3.1. Riski- ja kaitsetegurid

Tervisekäitumisele ja heaolule pannakse alus lapsepõlves, mistõttu on ennetuse ja tervisedenduse keskmises **lapsed ja pered**. Mitme negatiivse tagajärje (sh uimastite tarvitamine, vägivald, õigusrikkumised, vaimse tervise probleemid jm) kujunemist mõjutavad sarnased riski- ja kaitsetegurid. Seda kinnitavad mitmed uuringud, sealhulgas 11–19-aastaste noorte seas korraldatud „Hooliva kogukonna“ noorteuuring. Näiteks suurendavad probleemide tekke riski konfliktid perekonnas, lapsevanemate hoiakud, mis soodustavad riskikäitumist, tervist kahjustavate ainete (nt uimastid) kättesaadavus, vähenenud seotustunne kooli ja kogukonnaga. Probleeme esineb vähem, kui suhted koolis, kogukonnas ja perekonnas on head, noori tunnustatakse ja märgatakse nende positiivseid külgi, perega veedetakse koos aega, koolielus saab kaasa rääkida ja laps on sotsiaalselt pädev. (Siilbek ja Streimann, 2024). Seetõttu tuleb ennetus suunata just nende tegurite mõjutamisele.

Sarnaseid riski- ja kaitsetegureid on välja toonud ka teised uuringud. Näiteks 2024. aastal korraldatud LVTU tulemused näitasid, et olulisemad vaimse tervise probleemid on seotud **suhete** (nt suhted peres ja sõpradega), **kooli** (nt kooliga seotud läbipõlemine või rahulolu kooliga), **individuaalsete omadustega** (nt sotsiaal-emotsionaalne pädevus) ja **eluviisiga** (nt digiseadmete kasutamisaeg) (LVTU konsortsium, 2024).

Eestis on uimastid, sh alkoholi ja nikotiinitooted kergesti kättesaadavad. Alkoholi aktsiisitõusu ärajätmine 2025. aastal võib suurendada tarbimist. Samuti jäeti kehtestamata karastusjookide maks, mis oleks aidanud piirata liigset suhkrutarbimist ja vähendada ülekaalulisust, eelkõige laste ja noorte seas. Suuremat tähelepanu on vaja pöörata tõhusate meetmete rakendamisele, nagu hinnapoliitika kujundamine, kättesaadavuse piiramine ja reklaamikeelud (UNODC/WHO, 2018; WHO, 2022). Positiivne on aga see, et 2025. aasta septembris hakkab kehtima uus rahvatervishoiu seadus, kus milles rõhutatakse muu hulgas riski- ja kaitsetegurite mõjutamise olulisust (Rahvatervishoiu seadus).

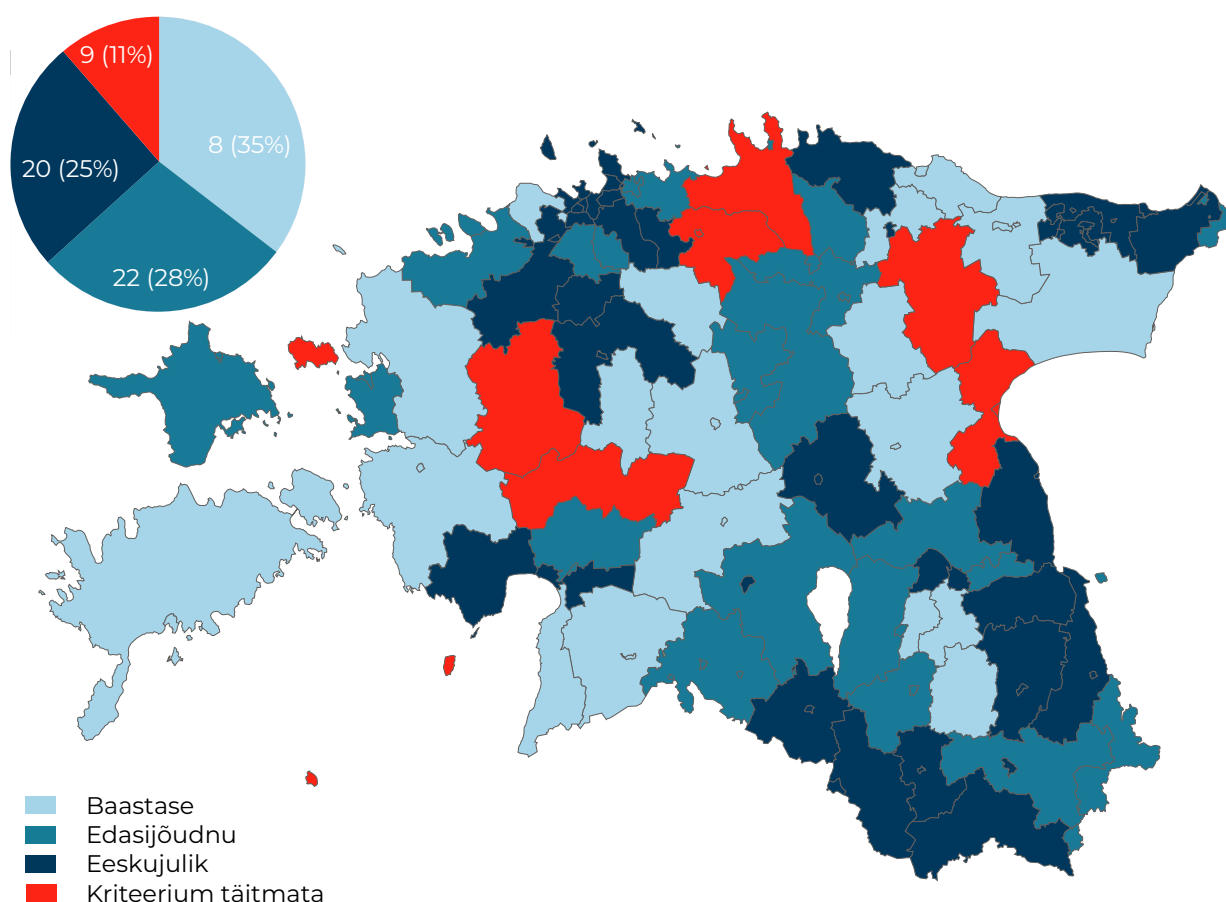
3.2. Ennetusprogrammides osalemine

Riski- ja kaitsetegureid saab ennetusega mõjutada elu-, töö- ja õpikeskkonnas. Haridusasutuses saab näiteks arendada õpilaste sotsiaalset ja emotsionaalset pädevust, kujundada suhteid ja luua võimalusi tervist toetavateks valikuteks (sh toitlustus, liikumisvõimalused). Nii haridusasutuste kui ka kogukonna laiemat keskkonda kujundab suuresti kohalik omavalitsus, kes otsustab sageli, milliseid ennetustegevusi rakendada, kellele need on suunatud ja kes neid ellu viib.

Ennetusprogrammides osalemine on Eestis ebaühtlane ja mõnes piirkonnas ei osaleta üheski ennetusprogrammis. Selle põhjus võib olla ennetusprogrammide vähenenud kättesaadavus, asutuste vähenenud valmisolek programme kasutada, muude tegevuste elluviimine ja teised tegurid. Joonis 53 annab ülevaate ennetusprogrammide kasutamisest omavalitsustes 2023. aastal (Regionaal- ja Põllumajandusministeerium, 2023) ja näitab, et ennetusprogrammide laialdasel elluviimisel on arenguruumi.

Ka ennetuse teadusnõukogus hinnatud ennetustegevuste analüüs tõstis esile, et teatavad sihtrühmad võivad jääda ebavõrdsesse olukorda elupiirkonna, õppeasutuse, keele ja kultuuritausta tõttu ega pääse seetõttu ligi tulemuslikele ennetustegevustele (Streimann, 2024). Ennetustegevustele ligipääsu mõjutavad ka toimetulekuga seotud tegurid, nt pere majanduslikud võimalused, ja spetsialistidega seotud tegurid, nt kui kvaliteetselt spetsialist tegevust ellu viib või kas ta suunab inimese sobiva ennetustegevuseni.

Võrreldes 2020. aastaga oli **kohalikes omavalitsustes** 2023. aastaks suurenenud pikaajalisemate ennetustegevuste rakendamine (Kookla ja Purru, 2024) ja omavalitsuste arv, kes kasutasid vähemalt nelja ennetusprogrammi (19%-lt 35%-le) (Regionaal- ja põllumajandusministeerium, 2023). Enamikus maakondades on prioriteet laste ja noorte vaimne tervis, mida püütakse mõjutada vanemlike oskuste parandamise, laste enesejuhtimise oskuste parandamise, spetsialistide tugisüsteemi tõhustamise ja varajase märkamise kaudu (Maakondade tervise- ja heaoluprofiilid, 2025).



Joonis 53. Omavalitsuste osalemine rahvatervishoiu ja turvalisuse programmides, 2023 .

Allikas: [regionaal- ja põllumajandusministeerium](#)

Tulemuslike ennetusprogrammide elluviijad saavutavad tõenäolisemalt häid tulemusi laste heaolu parandamisel, riskitegurite vähendamisel ja kaitsetegurite parandamisel. Näiteks selgus õpilaste seas korraldatud küsitlusest koolikeskkonna ja rahuolu kohta, et neljandate ja kaheksandate klasside õpilaste keskmine koondhinnang liikumisvõimalustele koolis oli „Liikuma kutsuva kooli“ programmis osalejatel oluliselt kõrgem kui nendes koolides, mis ei kuulu sellesse võrgustikku (Mäestu, 2024). Seega, kuigi on võimalik liikumisvõimalusi parandada programmi kasutamata, on tõenäolisem mõju saavutada programmi kasutades.

Eestis on viiakse ellu mitmesuguseid ennetustegevusi, kuid neist puudub terviklik ülevaade ning paljude tegevuste korral pole teada nende mõju. Tõendatud tulemuslikkusega ennetustegevuste vähene kättesaadavus on aga suur probleem. Vaja on toetada kohalikke omavalitsusi, et nad saaksid seada ennetuse prioriteediks ning leida lisavahendeid tervisedenduseks. Samuti tuleks töötada välja lahendusi, mis muudaksid ennetusprogrammides osalemise kõigile taskukohasemaks.

Positiivseks muudatuseks võib pidada, et alates 2022. aastast hinnatakse Eestis kasutatavate ennetustegevuste tõendatuse taset. **Ennetuse teadusnõukogule** on esitatud mõju tõendatuse hindamiseks rohkem kui 70 tegevust, kuid tõenäoliselt viiakse Eestis ellu märksa rohkem ennetustegevusi. Aastatel 2022–2024 hindas Ennetuse teadusnõukogu 26 ennetustegevust ja paigutas need viiele tõendatuse tasemele. Mida kõrgem tase, seda kindlam on teadmine, et tegevusega saavutatakse soovitud eesmärk.

Hindamise tulemused näitavad, et retsenseeritud ennetustegevustest umbes kolmandik kuulus madalaimale tõendatuse tasemele (tase 1–2), mis tähendab, et puudub teaduspõhine kinnitus nende mõjust sihtrühmale. Teine kolmandik oli mõõdukalt tõendatud (tase 4–5), mis viitab sellele, et nende mõju on osaliselt kinnitatud. Ülejäänud kolmandik kuulus keskmisele tasemele (tase 3), kus on küll olemas mõningaid tõendeid, kuid nende kvaliteet on madal ega ole järeluuringuid pikaajalise mõju kohta. Hinnatud programmid keskendusid näiteks vaimse tervise toetamisele, kiusamise ja väärkohtlemise ennetamisele, uimastitarvitamise vähendamisele ning haridus- ja tööhõiveprobleemide ennetamisele laste või täiskasvanute seas. Vaid kahe ennetustegevuse kohta on kogutud andmeid vähemalt kuus kuud pärast programmi lõppu ja nähtud positiivset mõju, näiteks vaimse tervise probleemide vähenemist sihtrühmas.

[Ennetuse
teadus-
nõukogu
hinnatud
ennetus-
tegevuste
ülevaade](#)

SKÄNNI
MIND



- ▶ Kuigi 26 tegevust on tänaseks hinnatud ja omavalitsusjuhtidel jt asutuste töötajatel on tänu sellele lihtsam tegevusi valida, on veel pikk tee minna, et enamikku Eestis kasutatavaid ennetustegevusi saaks hinnata. Lisaks pole ennetustegevuste elluviimise rahastus seotud nende efektiivsusega, mistõttu pole alati kindel, kui palju tegevus aitab soovitud muutust ja seatud eesmärke saavutada.
- ▶ Ennetustegevuste teaduspõhiseks uurimiseks pole piisavalt vahendeid. Vaja on rohkem ennetustegevusi, mille tulemuslikkuses saab kindel olla ja nende kättesaadavust tuleks laiendada. Selleks tuleb kokku leppida ennetustegevuste ja ennetusuuringute rahastamise korraldus.

3.3. Ennetustöö valdkonna juhtimine ja rahastus

Ennetustöö tulemuslikkuse parandamiseks on vaja terviklik, teaduspõhine ja pikaajaline käsitus, mis ei sõltu juhuslikest projektialgatustest, vaid on riikliku tervisepoliitika osa. Varasemad uuringud on näidanud, et ennetuse juhtimine ja korraldus on asutuste vahel killustunud ning probleemid on süsteemsed (Randver jt, 2023; Streimann ja Abel-Ollo, 2020). Näiteks on Eesti ennetussüsteemis palju osalisi, nende roll ja vastutus on ebaselge ning puudub keskne ülevaade tegevusest. Viimastel aastatel on ennetuse juhtimisel ja korralduses tehtud mitu muudatust, sh on moodustatud ennetusnõukogu (Ennetusnõukogu koosseis, juhtimine ja töökord, 2023) ja ennetuse teadusnõukogu, kinnitatud on valdkonnaülese ennetuse eesmärgid ja tulemusnäitajad (Vabariigi Valitsus, 2023). Ennetussüsteemi tuleb tervikuna tugevdada, et vältida killustatust ja parandada koostööd.

Eestis on vaja kiireid samme ennetuse teaduspõhisuse suurendamiseks, jätkusuutlikuks rahastamiseks ja spetsialistide koolitamiseks. Esmajärjekorras tuleb suurendada ennetustegevuste uurimise võimalusi, et vältida raha suunamist meetmetele, mis ei ole tõhusad. Tegevuste rahastus tuleb siduda tõendatud mõjuga, et ellu viidaks tulemuslikke ennetustegevusi ning tagada nende pikaajaline rakendamine.

Ennetustegevust rahastatakse ja koordineeritakse Eestis nii riiklikul, maakondlikul kui ka kohalikul tasandil. Näiteks programmi „Imelised aastad” rahastamine on jagatud riigieelarve ja kohalike omavalitsuste eelarve vahel (Trummal, 2021). Seetõttu pole teada, kui palju suunatakse vahendeid ennetusse tervikuna ja milline on ennetusest tulenev võimalik kokkuhoid tulevikus. Tervishoiuvaldkonnas on hinnatud, et ligikaudu 3% ressursist läheb ennetustegevusse (Gmeinder jt, 2017), kuid siia ei kuulu tervishoiusüsteemiväline ennetustegevus (nt vanemlike oskuste arendamine, ennetus haridusasutustes ja töökohtadel jms).

Ennetuse teadusnõukogus hinnatud **tegevuste rahastus** toetub valdavalt projektidele ja välistoetustele, sageli puudub pikaajaline rahastusplaan ennetustegevuste elluviimiseks, uurimiseks ja laiendamiseks. Hea näide on sotsiaalministeeriumi hallatav laste ja perede programm, mille raames on rahastatud vanemlike oskusi arendavaid programme, nagu „Imelised aastad” ja mitmedimensiooniline pereteraapia (MDFT), esialgu välisrahastusest, kuid viimastel aastatel on leitud võimalusi tegevusi jätkusuutlikult rahastada riigieelarvest. Aastal 2024 muudeti TAI eestvedamisel maakondlikele arenduskeskustele tervisedenduse elluviimiseks jagatud tegevustoetuste rahastustingimusi: kokkuleppe järgi suunavad maakonnad vähemalt 30% toetusest ennetuse teadusnõukogu retsenseeritud ja tõendatuse taseme saanud ennetustegevuse elluviimisesse.

Oluline on keskenduda riskitegurite vähendamisele ja keskkonna kujundamise meetmete rakendamisele, nagu õigusmuudatused ja maksupoliitika, et piirata tervist kahjustavate toodete tarvitamist ning kujundada toetavam elukeskkond. Kohaliku ja riigi tasandi otsustajatel tuleb tegevuste kavandamisel ja rakendamisel tõsiselt suhtuda rahvatervishoiu seaduses sätestatud kohustusse võtta arvesse ja hinnata otsuste mõju rahvastiku tervisele.

3.4. Ennetusvaldkonna tööjõud

Elanike tervist, heaolu ja turvalisust toetava elukeskkonna kujundamine on Eestis **kohaliku omavalitsuse üksuste** ühine ülesanne (Rahvatervise seadus). Samuti on sama seaduse järgi igal kohalikul omavalitsusel kohustus korraldada oma elanike hulgas haiguste ennetamisele ja tervise edendamisele suunatud tegevust. Septembrist 2025 kehtima hakkava rahvatervishoiu seaduse alusel säilib kohustus ellu viia erinevaid rahvatervishoiu meetmeid, nende seas kujundada tervist toetavat elukeskkonda, selgitada välja rahvatervishoiu meetmete planeerimiseks vajalik teave, viia ellu tegevusi, mis leevendavad peamisi riskitegureid ja tugevdavad kaitsetegureid (Rahvatervishoiu seadus).

Rahvatervishoiu ülesannete täitmise eeltingimus on **pädev tööjõud**, kellel on võimalus ja oskused planeerida tervisedendust ning ennetust nii, et see kanduks tervisetulemite paranemisse. Enamikus maakondades on praegu tööl tervisedendaja, kelle ülesanne on toetada ja koordineerida tervisedenduse ja ennetuse strateegilist planeerimist ning ennetustegevuste elluviimist. Tervisedendajad töötavad ka mõnes kohalikus omavalitsuses.

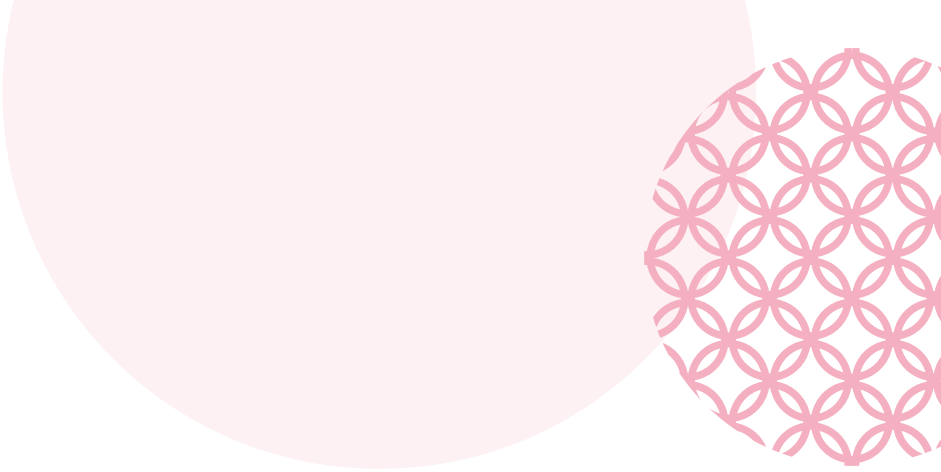
Aastal 2024 algas tervisekassa ja TAI eestvedamisel koostööprojekt, mille käigus värvati kõigisse maakondadesse ka haridusasutustega tegelevad tervisedenduse spetsialistid. Nad aitavad saada ülevaate olukorrast ja vajadustest, seada eesmärgid, toetada tegevuskava koostamist ning tulemuslike ennetustegevuste elluviimist haridusasutustes.

Praegu on siiski ennetusele või tervisedendusele keskendunud töötajad vaid vähestes omavalitsustes ja enamiku jaoks on see üks ülesanne või vastutusvaldkond teiste seas. Ainult või suures osas rahvatervishoiu ülesandeid saab täita vaid 19 kohaliku omavalitsuse spetsialisti, nendest viis Harjumaal. Erialaharidus (nt rahvatervishoid) on vaid 22% spetsialistidest ehk erialaettevalmistusega spetsialistide osakaal on väike ja olukord ei ole aastail 2020–2023 muutunud (Kookla ja Purru, 2024).

Tervisedendusele ja ennetusele pühenduda saavaid pädevaid spetsialiste on omavalitsustes vähe, mille tõttu on oluline hoida maakondlike tervisedendajate võrgustikku, mis toetab nii omavalitsusi kui ka haridusasutusi tulemuslike ennetustegevuste planeerimisel ja elluviimisel.

Ennetusse annavad oma osa ja seda rakendavad ka teised spetsialistid, nt haridustöötajad, politseinikud, lastekaitsetöötajad jt. Praegu on laste ja peredega töötavate spetsialistide ennetuse ja tervisedenduse **ettevalmistus ebaühtlane** ning puudub pädevusmudel, millest ennetuse väljaõppes lähtuda. Alates 2018. aastast on korraldatud täiendusõppena koolitust „Tulemuslik ennetus“, mis aitab kujundada ühtse arusaama ennetusest ja valida ennetuseks sobivaid meetodeid. Tegemist on Euroopa ennetusõppekava (EUPC) koolitusega, millele on seatud kõrged nõudmised ja mis mõõdetavalt mõjutab osalejate pädevust ennetusvaldkonnas (Schultz jt, 2024). Praeguseks on Eestis koolitusel osalenud ligi 500 otsustajat, poliitikakujundajat ja spetsialisti.

- ▶ Tervisedendus maakonna tasandil on riiklik ülesanne, mille täitmiseks tuleb eraldada piisavad vahendid, et tagada nii tööjõu olemasolu kui ka tegevuste elluviimine. Paraku on riiklikud eraldised maakonna tasandil tervisedenduseks pärast maavalitsuste kaotamist vähenenud, samal ajal kui tööjõu- ja tegevuskulud on suurenenud. Kohalikud omavalitsused toovad tervisedenduse suurima takistusena välja rahapuuduse.
- ▶ Oluline on suurendada ennetustöötajate pädevust, pakkudes neile täiendusõpet ja kohalikul tasandil määrata ennetustegevuste planeerimise ning koordineerimise eest vastutaja.



4. Tervisekäitumine

Tervisekäitumise uurimine ja mõjutamine ning tervist toetavama keskkonna kujundamine on olulised, sest aitavad mõista inimeste harjumusi ja edendada tervislikumaid eluviise. Teadusuuringud aitavad selgitada tervisekäitumist mõjutavaid tegureid, nagu sotsiaalne, psühholoogiline ja keskkonnamõju, võimaldades nõnda kujundada sihtrühmadele sobivaid sekkumisi. Teadlikult kujundatud tervisekäitumine aitab ennetada kroonilisi haigusi, parandada elukvaliteeti ja vähendada tervishoiusüsteemi koormust. Seetõttu on tähtis edendada ennetustegevust, suurendada inimeste teadlikkust, toetada üksikisiku positiivseid käitumuslikke muutusi ja soovitud suundumusi ka ühiskonnas.

4.1. Uimastite tarvitamine

Uimastid on erinevad sõltuvust tekitavad ained, mis mõjutavad kesknärvisüsteemi ja muudavad tarvitaja enesetunnet, käitumist, teadvuse seisundit ning maailma tajumist. Need võivad olla looduslikku või ka sünteetilist päritolu. Need võib liigitada legaalseteks ja mittelegaalseteks. Mitu ainet, nagu alkohol, nikotiin ja meditsiinis ravimitena kasutatavad ained (nt rahustid, unerohud ja valuvaigistid), on legaalselt kättesaadavad, kuid nende tarvitamine on reguleeritud. Kahjuks eksisteerib laiaulatuslikult levinud illegaalsete uimastite turg, kus levivad ajutegevust mõjutavad ained, mille kasutamine on seadusega keelatud. Lisaks on palju sünteetilisi ja looduslikke aineid, mida ei ole veel narkootikumidena klassifitseeritud, kuid mis võivad siiski tervist ohustada.

Uimastite tarvitamise kujunemist mõjutavad isiklikud ja ühiskondlikud normid, uskumused ning keskkond. See on keeruline sotsiaal-, tervishoiu- ja majandusprobleem, millel on märkimisväärne negatiivne mõju nii üksikisikutele kui ka kogu ühiskonnale. Uimastite tarvitamine vähendab inimkapitali ja mõjutab negatiivselt majandust.

Uimastite tarvitamise põhjused on mitmetahulised ja individuaalsed. Seetõttu peab tarvitamise vähendamiseks tegutsema süsteemselt. See hõlmab ennetust, tervislike valikute soodustamist, toetava füüsilise ja sotsiaalse keskkonna kujundamist ning abi- ja raviteenuseid. Edukas uimastipoliitika nõuab valdkondade ja riikide koostööd, et vähendada tarvitamise negatiivset mõju ja pakkuda tõhusaid lahendusi neile, kes vajavad abi.

4.1.1. Alkoholi tarvitamine

Alkoholiga seotud käitumisvalikuid kujundavad isiklikud ja ühiskonnas levinud arusaamad ning uskumused, aga ka keskkond ja sotsiaalmajanduslik olukord. Eestis on alkoholi tarvitamine ja sellega seotud kahju olulised rahvatervishoiu ja majanduspoliitika küsimused.

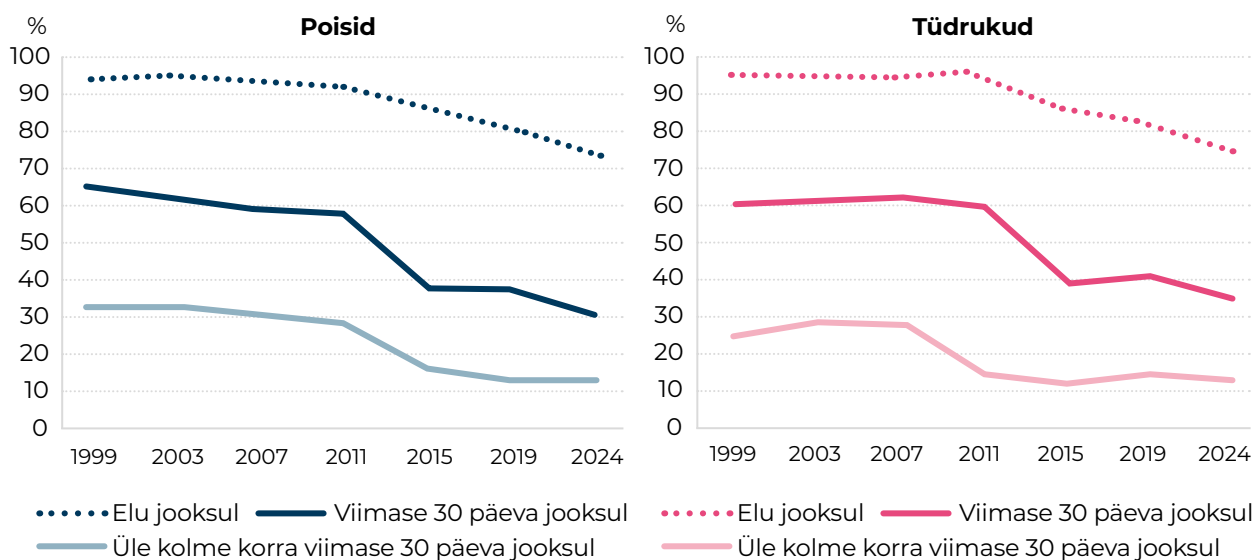
Alkoholi tarvitamise sotsiaalne kahju, inimkapitali vähenemine ja sellest tulenev majanduskahju on põhjus, miks riigil on vaja järjepidevat alkoholipoliitikat. Rohkem kui kümne aasta eest koostatud alkoholipoliitika roheline raamat aitas ellu viia valdkonna olulisi otsuseid ja selle rakendamisaja esimesel poolel (2013–2018) oli alkoholi tarvitamine pigem langustrendis. Aastast 2019 aga hakkas alkoholi kogutarbimine taas suurenema. Eesti alkoholipoliitika mõju hindamise analüüs (WHO, 2024) tõi selgelt esile, et muutunud keskkonnas on alkoholi tarvitamise vähendamiseks vaja uusi arengusuundi, mille välja töötamist juhivad sotsiaalministeerium.

Eesti alkoholipoliitika mõju hindamise ülevaates ja avalikus arutelus on üheks probleemiks nimetatud alkoholi laialdast kättesaadavust, see tähendab nii müügikohtade tihedust kui ka alaealiste võimalust alkoholile ligi pääseda. TAI korraldatud testostlemise uuringute põhjal (Mäll ja Tarlap, 2022) on alkohol alaealistele jaemüügist endiselt kergesti kättesaadav. Dokumenti küsitakse noortelt peaaegu pooltel juhtudel ja see näitaja pole oluliselt muutunud alates 2016. aastast. Esimest korda uuriti ka dokumendi kontrollimist suurte kaupluste iseteeninduskassades. Selgus, et dokumenti küsiti veelgi harvemini (30% automaatkassas vs. 57% tavakassas).

Noortele alkoholi kättesaadavust suurendavaks asjaoluks võib kujuneda ka kaugmüük tarneviisina. Sellele viitavad TAI 2024. aastal korraldatud kaugmüügi testostlemise tulemused. Alkohol anti vanust kindlaks tegemata üle 74 testostu korral (81%). Tellimust ei olnud võimalik vanust kindlaks tegemata kätte saada vaid 17 testostu korral (19%). (Kuusik jt, 2024). Ka 2024. aastal korraldatud Eesti koolinoorte uimastitarvitamise uuring (ESPAD) näitas, et iga teine 15–16-aastane kooliõpilane peab alkoholi kättesaadavust kergeks (Vorobjov ja Veskimäe, 2025).

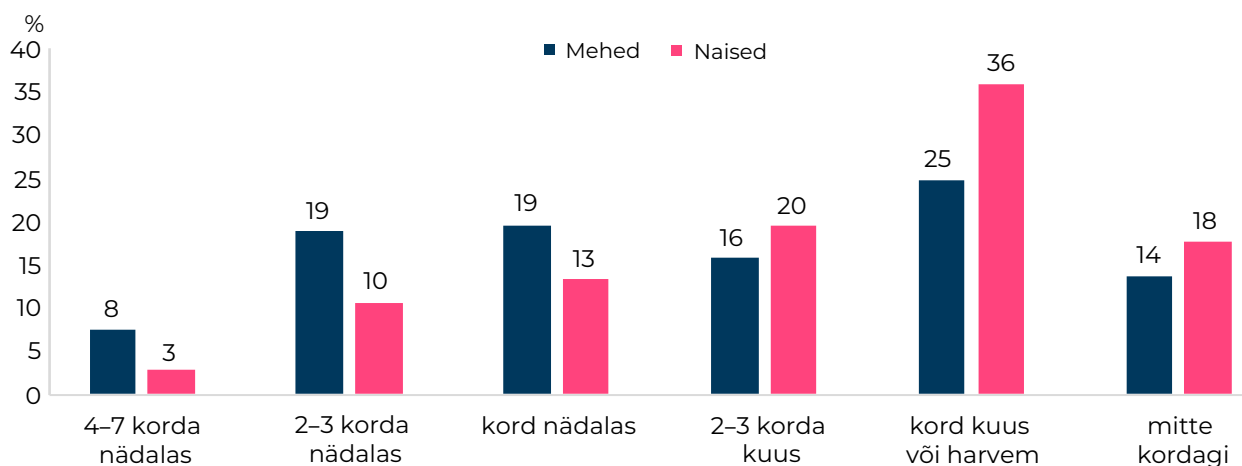
Vaatamata sellele, et alkohoolse joogi üleandmine või pakkumine alaealisele on seadusega keelatud, saadakse ESPAD-i andmete kohaselt seda peamiselt sõpradelt, vanematelt või mõnelt teiselt tuttavalt. Viimastel aastatel ei ole muutunud see, et igale neljandale lapsele pakub alkoholi lapsevanem ja kümnendik saab alkoholi kätte kodust, kuni 5% ostab enda sõnul ise. Oluliselt aga on muutunud see, et peaaegu kaks korda vähem saadakse alkoholi sõpradelt.

Veerand 15–16-aastastest kooliõpilastest ei ole kunagi alkoholi tarvitanud, mis on suurim osakaal, võrreldes varasemate uuringutega: 4% aastal 1999 (joonis 54). Õpilastest 61% on tarvitanud alkoholi viimase aasta jooksul ja 31% viimasel kuul. Noortest 13% tarvitab alkoholi umbes korda nädalas. Poisse ja tüdrukuid võrreldes selgub, et elu jooksul ja viimase kuu jooksul alkoholi tarvitanuid on tüdrukute hulgas rohkem.



Joonis 54. Alkoholi tarvitamise sagedus, 1999–2024. Allikas: ESPAD (TAI)

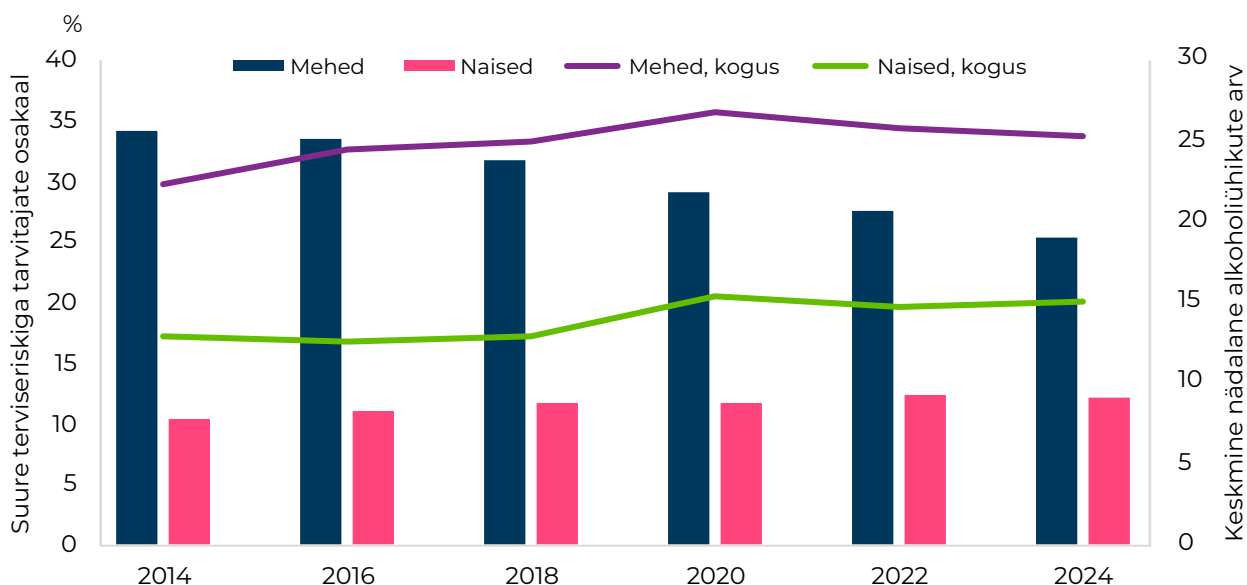
TKU 2024. aasta andmete kohaselt (Reile jt, 2025) tarvitas ligi kolmandik (35%) Eesti 16–64-aastastest elanikest alkoholi kord nädalas või sagedamini. Harvem kui kord nädalas tarvitas alkoholi 49%, mittetarvitajaid oli 16%. Soolises võrdluses (joonis 55) ilmneb, et mehed tarvitavad alkoholi ootuspäraselt sagedamini kui naised, kuid pikaajalises võrdluses on vähemalt kord nädalas alkoholi tarvitavate meeste osakaal pigem vähenenud (47% aastal 2014 vs. 46% aastal 2024), naiste seas aga on vastav näitaja märgatavalt suurenenud (16% vs. 27%).



Joonis 55. Alkoholi tarvitamise sagedus 16–64-aastaste hulgas, 2024. Allikas: TKU (TAI)

TKU 2024. aasta andmete kohaselt tarvitavad Eesti 16–64-aastased mehed nädalas keskmiselt 9,9 ja naised 3,7 alkoholiühikut (üks alkoholi ühik on 10 g puhast ehk absoluutalkoholi). Keskmised kogused erinevad siiski märgatavalt vanuserühmade ja uuringuaastate võrdluses. Sagedasem tarvitamine tähendab ka suuremat alkoholikogust. Nädalas oli neljal kuni seitsmel päeval alkoholi tarvitavate keskmine nädalane kogus meestel 31,9 ja naistel 15 alkoholiühikut, kord nädalas tarvitajatel aga vastavalt 8,8 ja 5,7 ühikut.

Eestis moodustavad suure terviseriskiga alkoholitartitajad (mehed, kes tarvitavad ≥ 140 g, ja naised, kes tarvitavad ≥ 70 g absoluutalkoholi nädalas) viimase kümne aasta jooksul keskmiselt 20% 16–64-aastastest elanikest; aastal 2024 oli see näitaja 18%. Positiivse suundumusena on meeste hulgas selliste tartitajate osakaal selgelt vähenenud: 2014. aastal oli iga kolmas (34%) 16–64-aastane mees suure terviseriskiga alkoholitartitaja, kuid 2024. aastal iga neljas (25%). Naiste seas on suure terviseriskiga tartitajate osakaal püsinud märgatavate muutusteta 10–12% vahemikus (joonis 56). Suure terviseriskiga alkoholitartitajate keskmine nädalane alkoholikogus oli 2024. aastal 25,3 alkoholiühikut meestel ja 15 naistel. Mõõduka riskiga tartitajatel (meestel < 140 g ja naistel < 70 g nädalas) oli tartitatud alkoholikogus 3,6 ühikut meestel ning 1,7 ühikut naistel.



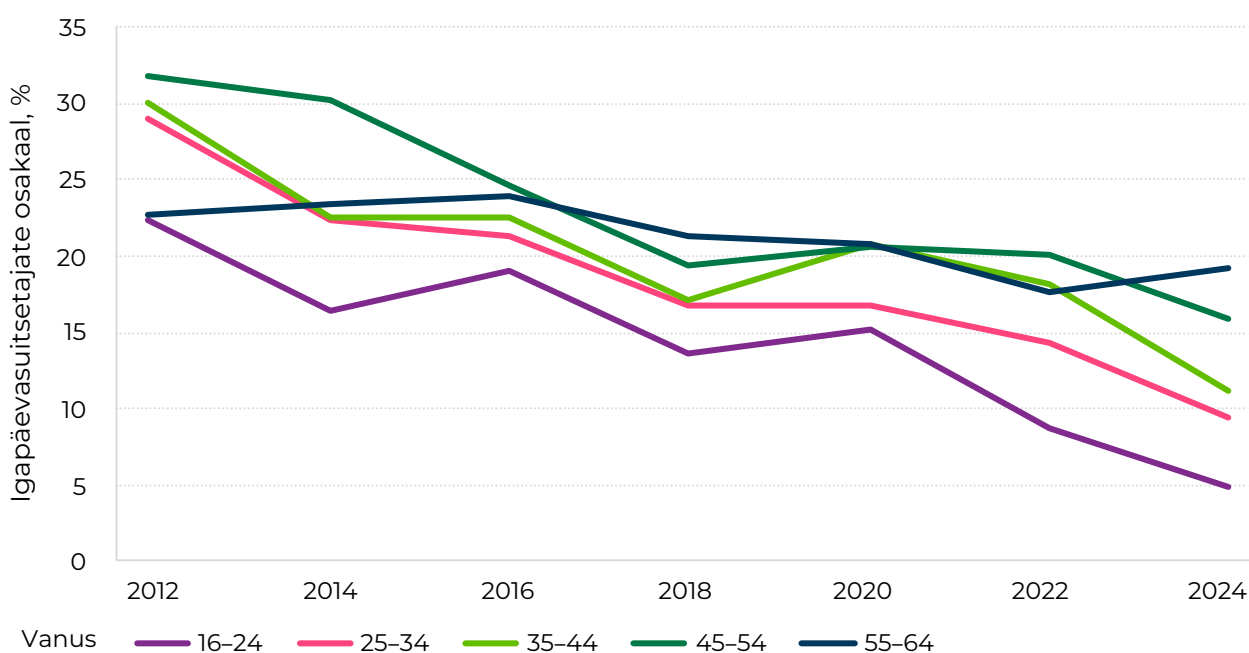
Joonis 56. Suure terviseriskiga alkoholitartitajad, 2014–2024. Allikas: TKU (TAI)

Uuringud näitavad, et alkohol suurendab vähemalt järgmise seitsme vähivormi kujunemise riski: suu-, neelu-, kõri-, söögitoru-, maksa-, soole- ja rinnavähk. Arvestades vähirsiki, ei ole olemas ohutut alkoholi tarvitamise taset ja kõik alkohoolsed joogid, sealhulgas õlu, vein ja kanged alkohoolsed joogid, olenemata nende kvaliteedist ja hinnast, on seotud vähi tekke riskiga. Elu jooksul vähi tekke risk suureneb oluliselt, mida rohkem alkoholi tarvitatakse (Rehm jt, 2020).

- ▶ Paljud riigid ja nende terviseorganisatsioonid muudavad poliitikat, et vähendada alkoholi tarvitamist kogu tarbijaskonna hulgas ega keskendu enam ainult suure riskiga alkoholitartitamise vähendamisele või mõõduka tarvitamise kontseptsioonile. Populatsioonis alkoholitartitamise vähendamise parimad meetmed on need, mis mõjutavad alkoholi taskukohasust, kättesaadavust ja reklaami.
- ▶ Eesti alkoholitartitamise trendid näitavad vajadust tõhustada kontrolli alaealistele müügi üle, parandada ennetusmeetmeid ja laiendada alkoholisõltuvuse ravi kättesaadavust. Uued poliitikameetmed peaksid keskenduma alkoholi kättesaadavuse ja taskukohasuse vähendamisele ning rahvatervishoiu riskide maandamisele. Nende meetmete rakendamine aitab vähendada alkoholi tarvitamisest tulenevat sotsiaalset ja tervisekahju ning parandada Eesti elanike üldist heaolu.

4.1.2. Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamine

Tubakas põhjustab igal aastal Euroopas 1,2 miljonit surmajuhtumit ja on suurim vältitav terviserisk (WHO, 2024b). Euroopa vähitõrje tegevuskava ühe osana on EL seadnud eesmärgi saavutada 2040. aastaks tubakavaba põlvkond, kus vähem kui 5% elanikkonnast tarbib tubakat (European Commission, 2021). Kuigi Eestis on igapäevasuitsetajate ehk põleva tubakatoote tarvitajate osakaal aasta-aastalt vähenenud, on võrreldes EL-i keskmisega igapäevasuitsetajate osa endiselt suurem (European Commission, 2024). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu 2024. aasta andmete kohaselt (Reile jt, 2025) väheneb Eestis igapäevasuitsetajate osakaal järjepidevalt. Võrreldes 2022. aastaga on igapäevasuitsetajate osakaal vähenenud nii meeste kui ka naiste seas võrdset (2,5% ja 2,4%). Aastal 2024 suitsetas iga päev sigarette 18% meestest ja peaaegu 10% naistest (joonis 57).



Joonis 57. Igapäevasuitsetajate osakaalu muutus vanuserühmades, 2012–2024. Allikas: TKU (TAI)

Tubakatööstus on viimasel aastakümnel teinud suuri pingutusi, et võita tagasi tubakatoote vähenevat tarbijaskonda. Uued tubaka- ja nikotiinitooted (näiteks e-sigaretid ja nikotiinipadjad) ning nende turundamine, eelkõige noorema põlvkonna nikotiinisõltuvuse jätkamiseks, on klientide säilitamise üks peamisi võtteid. See suundumus nõuab muutunud oludes ja keskkonnas tubakapoliitika nüüdisajastamist rahvatervishoiu huvides ning uute meetmete väljatöötamist, et hõlmata praegu ja tulevikus turuletulevaid nikotiinitooteid.

Uute nikotiinitoodete levimus kooliõpilaste hulgas on viimastel aastatel olnud suure tähelepanu all. ESPAD-i andmete kohaselt (Vorobjov ja Veskimäe, 2025) on Eesti 15–16-aastaste noorte e-sigaretide tarvitamine elu jooksul võrreldes viie aasta tagase uuringuga püsinud stabiilsena: 2019. aastal tarvitas e-sigarette 54% ja 2024. aastal 55% noortest. Küll aga on suurenenud viimase 12 kuu jooksul e-sigaretide tarvitajate hulk 20%-lt 38%-le. Samamoodi on suurenenud viimase kuu jooksul tarvitajate arv 15%-lt 25%-le. See viitab sellele, et katsetajate hulk on jäänud samaks, kuid lisandunud on aktiivseid kasutajaid, kes on oma harjumusse kinni jäänud.

Poiste seas on e-sigaretide tarvitamine kahe eelnenud uuringuga võrreldes vähenenud, ent tüdrukute hulgas on see protsent hoopis suurenenud. Eriti suur on olnud muutus tarvitamises viimase kuu jooksul, kui tüdrukute seas on e-sigaretide tarvitamine suurenenud enam kui kaks korda 2019. aastaga võrreldes (Vorobjov ja Veskimäe, 2025), mis viitab sellele, et noorte seas on järjest rohkem neid, kellel on selline harjumus kujunenud.

Peaaegu iga teine 15–16-aastane kooliõpilane hindab tubaka ja nikotiinitoodete kättesaadavust kergeks. Noortest 65% hindas, et tal oleks kerge saada kätte e-sigarette, 55% hindas kergeks huuletubaka kättesaadavust (Vorbjov ja Veskimäe, 2025). Need tulemused viitavad müügikanalite kontrollimeetmete tõhustamise vajadusele ja probleematilistele ühiskondlike hoiakutele, sest ka täiskasvanud, sh lapsevanemad, võimaldavad lastel ja noortel nikotiinitoodete kättesaamist ning tarvitamist.

Tabel 2. E-sigaretide, tarvitamine elu jooksul ja viimase 30 päeva jooksul, 2015–2024

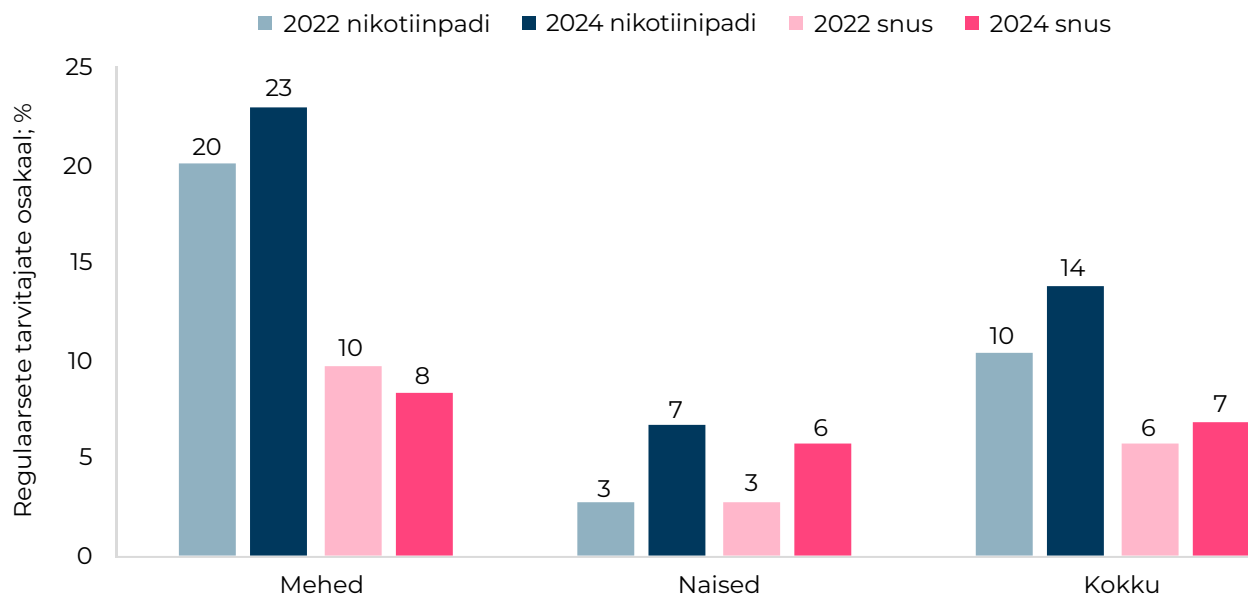
	2015	2019	2024
Elu jooksul suitsetanud e-sigarette			
Poisid; %	55	61	51
Tüdrukud; %	47	48	59
Viimase 30 päeva jooksul suitsetanud e-sigarette			
Poisid; %	18	17	23
Tüdrukud; %	11	12	29

Allikas: ESPAD (TAI)

TKU andmed näitavad, et 2022. aastal tarvitas 16–64-aastastest meestest **e-sigarette** regulaarselt 7,7% vastanutest, kuid 2024. aastal oli näha väikest suurenemist 8,2%-ni (joonis 58). Samal ajal aga suurenes 2024. aastal tarvitamine naiste seas eriti jõudsalt: 6%-lt peaaegu 9%-le. Nikotiiniga e-sigarette kasutas 2024. aastal küsitluses osalenutest mõne korra nädalas 34% 16–24-aastastest ja 25% 25–34-aastastest. Igapäevaseid tarvitajaid oli kõige rohkem 35–44-aastaste seas (28%). Nikotiinivabade e-sigaretide kasutamine on väga vähe levinud ja pigem kasutavad neid vähemalt 45-aastased.

Aastal 2019 legaalselt turule tulnud **nikotiinipadjad** on osaliselt asendanud salakaubana levinud huuletubaka tarvitamist. Veel 2020. aastal tarvitas huuletubakat vähemalt korra nädalas kuni iga päev 5% meestest, kuid kahel viimasel uuringuaastal on see vähenenud, ent jäänud püsima 3,6% juures. Aasta 2022 andmed näitasid regulaarse tarvitamise vähenemist ka naistel, kuid paraku on see 2024. aasta andmete kohaselt taas suurenenud (0,6% vs. 1,1%).

Seevastu on nikotiinipadjade kasutus tänu legaalsele kättesaadavusele kiiresti suurenenud eelkõige nooremas vanusrühmas. Aastal 2022 kasutas nikotiinipatju vähemalt mõne korra nädalas 2,5% 16–64-aastastest, kuid 2024. aastal juba 3,1%. Nooremas vanuserühmas (16–24-aastased) on nikotiinipadjade kasutajate osa üldrahvastikust oluliselt suurem just meeste seas: see osakaal on viimastel aastatel veelgi suurenenud (20% aastal 2022 vs. 23% aastal 2024). Noorte naiste seas on kasutamine aga kahekordistunud (3% vs. 6,6%). Noorte meeste seas on samal ajal näha huuletubaka tarvitamise vähenemist, kuid noorte naiste hulgas suureneb ka see (2,7% vs. 5,7%).



Joonis 58. Nikotiinipatjade ja huuletubaka regulaarsed (mõni kord nädalas kuni iga päev) tarvitajad 16–24-aastaste seas, 2022 ja 2024. Allikas: TKU (TAI)

Aastal 2024 TKU küsitlusele vastanutest ligi 9% puutub kodus olles iga päev kokku tubakasuitsuga. Samuti on viimaste aastate jooksul püsinud stabiilsena nende osakaal, kes viibivad iga päev vähemalt ühe tunni töö- või ühiskondlikus ruumis, kus suitsetatakse. TKU 2024. aasta andmete kohaselt puutus e-sigarettide aerosoolidega kodus iga päev kokku peaaegu 10% vastanutest. Seejuures 2,4% viibivad iga päev kodus nii tubakasuitsus kui ka e-sigareti aerosoolides.

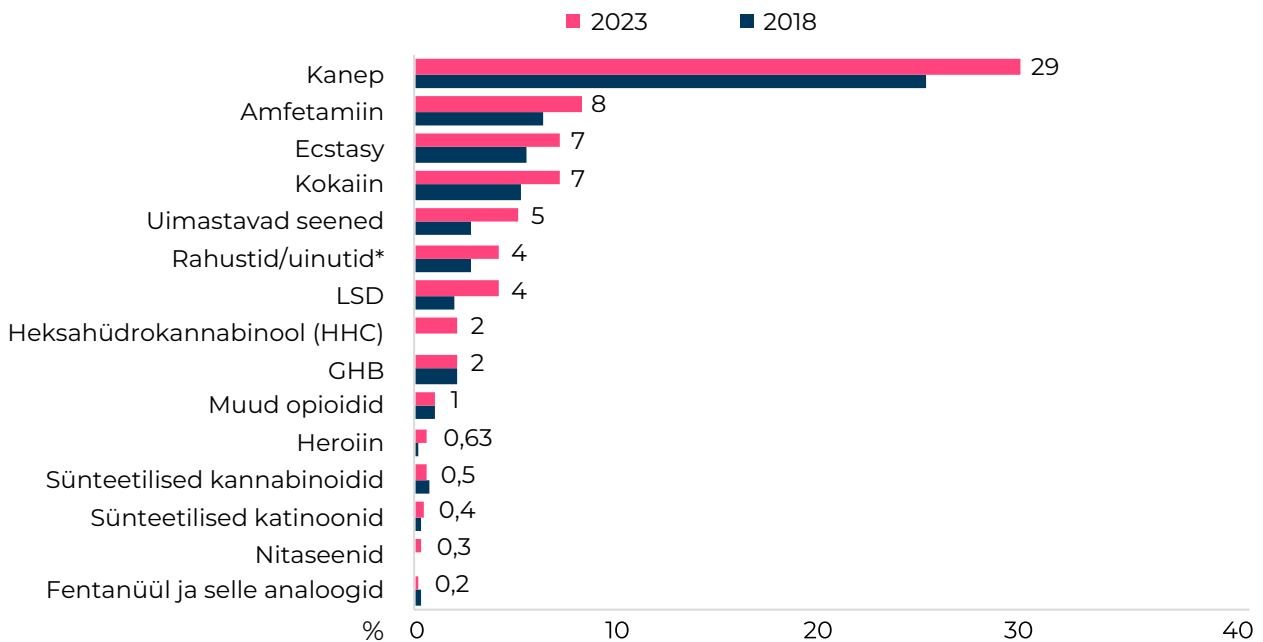
- ▶ Tubaka- ja nikotiinitoodete tarvitamise vähendamiseks Eestis on vaja rakendada mitmekülgseid meetmeid, sealhulgas tugevdada õiguslikke piiranguid, piirata noorte ligipääsu nikotiinitoodetele, vähendada suitsetamisest ja veipimisest tingitud kahjusid kõrvalseisjatele, toetada suitsetamisest loobumist ning koguda pidevalt andmeid ja uurida uusi lahendusi. Tubaka ja alternatiivsete nikotiinitoodete reklaami ning nende turustamise piiramine, aktsiisitõus ja müügikohtade arvu vähendamine aitaksid muuta need vähem kättesaadavaks eelkõige noortele.
- ▶ Koolides tuleks tõhustada ennetusprogramme ja kaasata vanemaid ning õpetajaid, et vähendada suitsetamise ja e-sigarettide tarvitamise levikut.
- ▶ Avalikes kohtades suitsetamise ja e-sigarettide kasutamise keelualade laiendamine ning tugevam järelevalve aitaksid vähendada suitsetamisest ja e-sigarettidest tingitud kahju inimestele, kes neid tooteid ei tarvita.
- ▶ Oluline on toetada suitsetamisest ja nikotiinitoodetest loobumist, sealhulgas pakkuda tasuta nõustamist ja digilahendusi, mis aitavad nikotiinisõltuvusest vabaneda.

4.1.3. Illegaalsete uimastite tarvitamine

Illegaalsete uimastite tarvitamine on Eestis terav probleem, millele viitavad nii rahvastikupõhised uuringud kui ka reoveeuuringud. Kõige enam tarvitatav illegaalne uimasti on kanep, kuid järjest enam levivad ka kokaiin ja sünteetilised opioidid. Uimastitarvitamise suurenemine tekitab suuri sotsiaalseid ja terviseriske ning suurendab tervishoiusüsteemi koormust. Näiteks on teada, et narkootiliste ainete tarvitamine võib suurendada raskete ja surmaga lõppevate liiklusõnnetuste riski kaks kuni viis korda (Bernhoft, 2012; Windle, 2021; Gjerde 2025).

TAI 2023. aastal korraldatud Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuringu (TUKU) andmete kohaselt oli 31% rahvastikust vähemalt kord elu jooksul tarvitanud mõnd narkootilist ainet, enamikul neist oli kokkupuude kanepiga (Vorobjov jt, 2024).

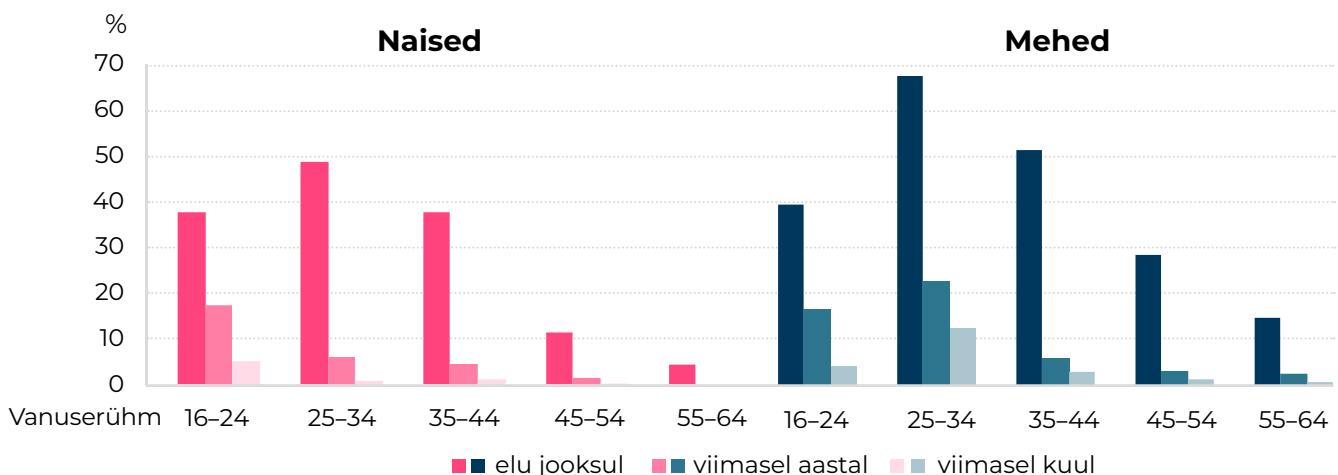
Võrreldes 2018. aasta uuringuga, oli kanepi tarvitamise suurenemine märgatav (joonis 59).



* Mittemeditsiinilise eesmärgiga

Joonis 59. Narkootiliste ainete tarvitamine elu jooksul, 2023. Allikas: TUKU (TAI)

Kanepi tarvitamist esineb sagedamini nooremate inimeste ja meeste hulgas (joonis 60). Elu jooksul kanepi tarvitamine oli meeste ja naiste seas sarnane ainult 16–24-aastaste vanusegrupis, ülejäänud vanuserühmades oli see meeste seas oluliselt sagedasem. Kanepi tarvitamise esimene kogemus on keskmiselt 21-aastasena.

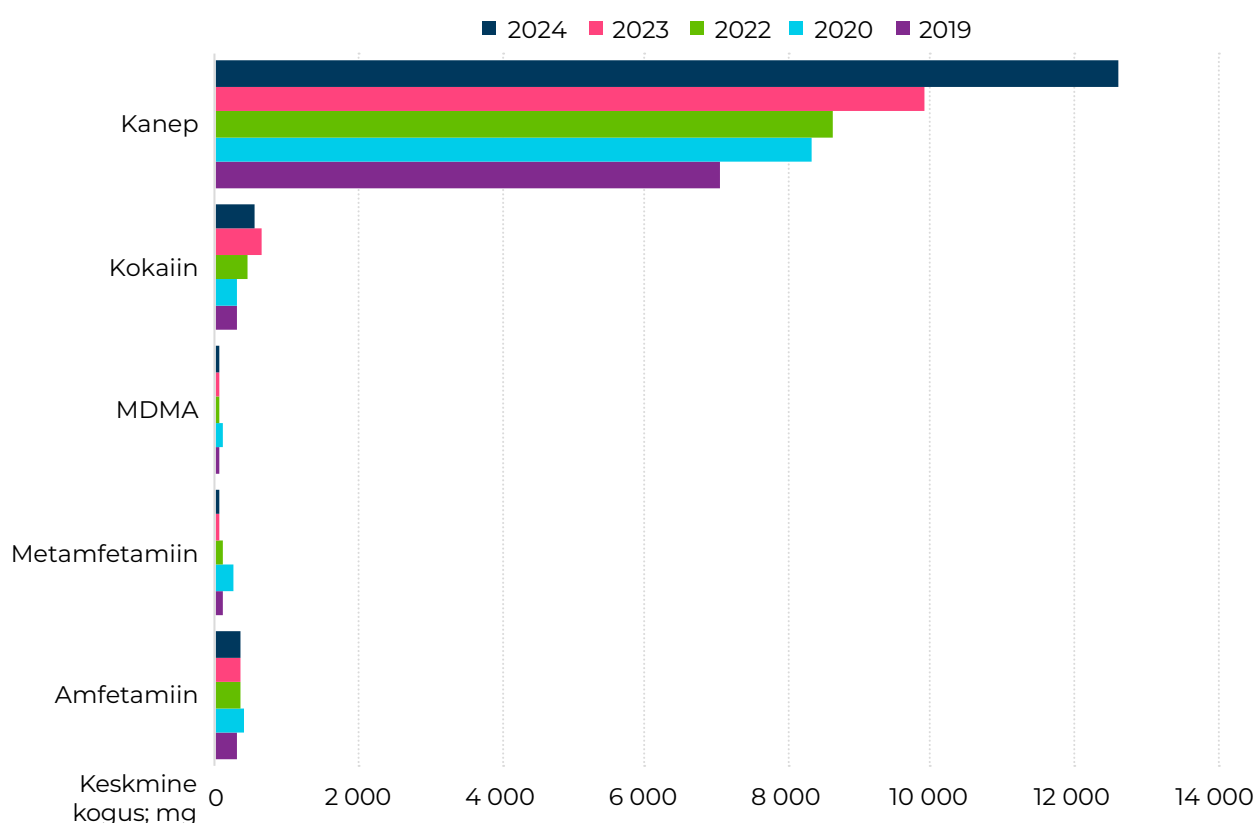


Joonis 60. Kanepi tarvitamine elu jooksul, viimasel aastal ja viimasel kuul, 2023. Allikas: TUKU (TAI)

Kanepi tarvitamise tõusutrendi kinnitab ka 2024. aasta oktoobris korraldatud Tallinna reoveeuuring narkootiliste jääkide sisalduse kohta (Abel-Ollo jt, 2025a). Uuringuaastate 2019–2024 võrdluses suureneb tarvitamine pidevalt (joonis 61). Kanepitoodete tarvitamine on tõusuteel kõikjal Euroopas. Kanepitarvitajate osakaaluks hinnatakse umbes 8% Euroopa elanikest ja 1,3% (3,7 miljonit) peetakse igapäevasteks tarvitajateks, kes võivad vajada abi ning tugiteenuseid (EMCDDA, 2024).

Tulevikus saab keeruliseks lahendamist vajavaks küsimuseks, kuidas takistada atraktiivselt pakendatavate ja turustatavate kanepitoodete (kummikommid jm) massilist levimist noorte seas. Alaealistel ja noortel seostatakse kanepitarvitamist aju arenguhäirete, suurenenud sõltuvusriski ning koolis toimetuleku- ja õpiraskustega (Hall, 2006). Eestis on 31% 14–18-aastastest noortest elu jooksul tarvitanud mõnd narkootilist ainet, nendest 59% kanepit (sh 32% korduvalt). Noored on alustanud kanepi tarvitamist keskmiselt 15-aastasena (Lõhmus jt, 2023).

Kokaiini tarvitamine jäi 2024. aasta Tallinna reoveeuuringu andmete kohaselt mõnevõrra madalamale tasemele kui 2023. aastal, kuid see on kanepi järel endiselt enam tarvitatav illegaalne uimasti (joonis 61). Kokaiin on väga kergesti sõltuvust tekitav uimasti, mille tarvitamise tagajärjel suureneb nii vaimsete kui ka füüsiliste terviseprobleemide oht. Sagedasemad kokaiini tarvitamisega kaasnevad vaimse tervise häired on unehäired, depressioon, ärevus, paanikahood, aga ka psühhoos, kus inimene kaotab kontakti reaalsusega. Kokaiinisõltuvus paneb praegu ja lähitulevikus nii Eesti kui laiemalt ka Euroopa tervishoiusüsteemi aina tugevama surve alla (EMCDDA, 2024).



Joonis 61. Illegaalsed uimastid Tallinna reovees 1000 elaniku kohta ööpäevas.

Allikas: [reovee uuring uimastite jääkide suhtes 2024 \(TAI/EKEI\)](#)

Levinud on ka amfetamiini tarvitamine, millele järgnevad väiksemates kogustes MDMA ja metamfetamiin. **Süstitavatest uimastitest** annab hea ülevaate ka igal aastal Eesti kahjude vähendamise teenuste raames korraldatav süstlajääkide uuring. Selle 2024. aasta tulemused näitasid piirkondlikke erinevusi süstitavates ainetes, kuid amfetamiin on süstimisega endiselt kõige enam tarvitatav narkootikum Eestis (60%). Opioididest olid 2024. aastal endiselt levinud nitaseenid (24% süstaldest), mille süstimine oli lisaks Harjumaale ja Kohtla-Järvele levinud ka Narva ja Tartusse. Levinum nitaseen oli 2024. aastal protonitaseeni ja metonitaseeni segu (70% nitaseeni sisaldavatest süstaldest) ja N-desetüül-isotonitaseen (25% nitaseeni sisaldavatest süstaldest). Uue nitaseenina analüüsiti 2024. aastal kolmest süstlast N-desetüül-etonitaseeni (Abel-Ollo jt, 2025b). Nitaseenid on tarvitajale äärmiselt ohtlikud sünteetilised opioidid.

Narkootikumidest tingitud surmaga lõppenud **üledooside arv** oli 2024. aastal endiselt suur. Pooled surmaga lõppenud üledoosijuhtumitest on surma põhjuste registri esialgsete andmete kohaselt seotud nitaseenide tarvitamisega. Tugevatoimeliste illegaalsete opioidide levikuga seoses on suurenenud vajadus naloksooniprogrammi kättesaadavuse järele. Aastal 2024 suurenes majandusraskuste taustal kahjude vähendamise teenuste kasutamine ja väljastatud süstalde arv (2 mln vs. 1,8 mln 2023. aastal). Tervisestatistika andmete kohaselt nõustasid 2023. aastal psühhiaatrid narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ambulatoorselt 2410 inimest (1768 meest ja 642 naist) (TAI, j). Narkomaaniaravi registri andmete kohaselt alustas narkomaaniaravi 441 inimest (TAI, k).

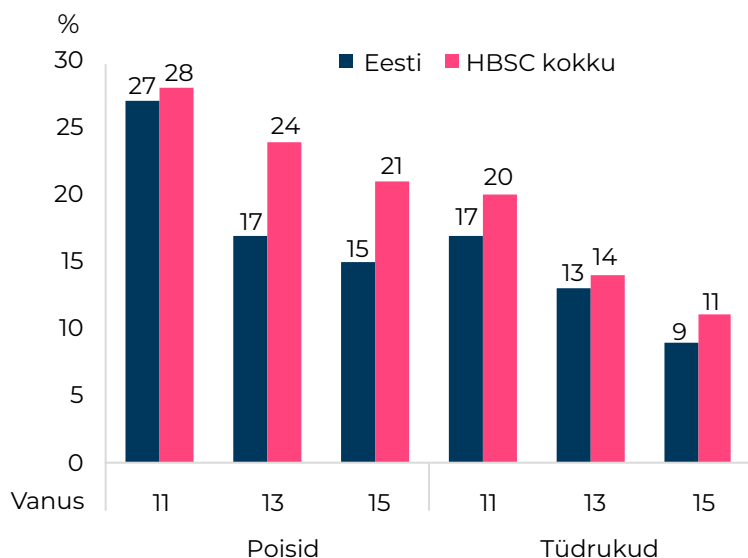
- ▶ Illegaalsete uimastite tarvitamise kasv Eestis nõuab komplekssete meetmete rakendamist, sealhulgas tõhusamat ennetust, õigusaktide muudatusi ja ravi kättesaadavuse parandamist. Kanepi ja sünteetiliste opioidide levikusse on vaja kohe sekkuda. Kriitiliseks saab väljaõppinud personali olemasolu ja raha leidmine sekkumiste ning teenuste osutamiseks.
- ▶ Narkootikumide tarvitamisega seotud kahju vähendamiseks ja elanike tervise ning turvalisuse parandamiseks on oluline laiendada uimastiennetusprogramme, suurendada naloksooni kättesaadavust opioidide üledoosidest tingitud surmade vähendamiseks, parandada sõltuvusravi kättesaadavust ja kahjude vähendamise teenuseid, loomida koostöö parandamiseks tervishoiu- ja sotsiaalteenused ning jätkata reoveeuuringuid ja analüüsi, et võimaldada varajast sekkumist ning saada täpsem ülevaade uimastitarbimise suundumustest.

4.2. Liikumine

Liikumine toetab nii vaimset kui ka füüsilist tervist, aidates märkimisväärselt vähendada krooniliste haiguste kujunemise riski. Kehaliselt aktiivsetel noortel on mitmeid tervise ja heaoluga seotud positiivseid eeliseid. Näiteks on 2022. aasta kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu (HBSC) andmete kohaselt kehaliselt aktiivsete noorte enesehinnanguline tervis ja eluga rahulolu vähemalt pooltel väga hea, neile meeldib koolis käia, neil esineb vähem depressiivseid episoodide ning nende hulgas on vähem liigse kehakaaluga noori (Oja jt 2023).

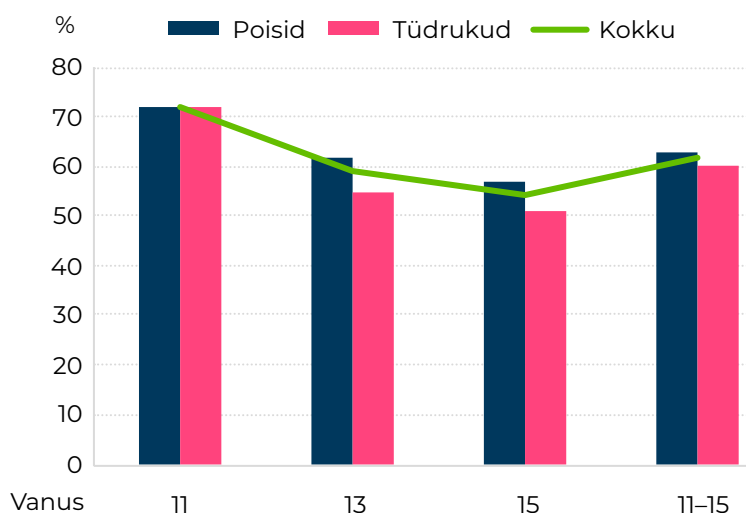
Viimatiste WHO avaldatud **laste ja noorte kehalise aktiivsuse soovitude** kohaselt peaksid 5–17-aastased lapsed ja noored kogu nädala jooksul liikuma keskmiselt iga päev 60 minutit mõõduka kuni tugeva intensiivsusega (WHO, 2020). Vähemalt kolmel päeval nädalas peaks lisaks toimuma tugeva intensiivsusega aeroobne ning luid ja lihaseid tugevdav tegevus. Vähendada tuleks igapäevast istumisaega, eelkõige tuleks tähelepanu pöörata vabal ajal ekraani ees veedetud aja vähendamisele. Liikumissoovituste kohaselt tuleks aktiivseks liikumiseks kulunud aega hinnata kogu nädala põhjal ehk nädala koormuse võib jagada iga päeva peale, et arvutuslikult tuleks iga päeva kohta vähemalt 60 minutit aktiivset liikumist (TAI, 2025).

Kõigil seitsmel päeval nädalas vähemalt 60 minutit mõõduka aktiivsusega oli 2022. aastal vaid 16% **Eesti 11–15-aastastest kooliõpilastest**: poistest 19% ja tüdrukutest 13% ning need osakaalud ei ole viimase kümnendi jooksul oluliselt muutunud (Oja jt 2023). Vanusega väheneb nii poiste kui ka tüdrukute kehaline aktiivsus. Kõige rohkem oli iga päev vähemalt 60 minutit aktiivseid noori 11-aastaste poiste hulgas (27%), kõige vähem aga oli neid 15-aastaste tüdrukute seas (9%). Võib oletada, et nende noorte osakaal, kes täidavad WHO soovitusi olla nädala jooksul **keskmiselt** iga päev 60 minutit kehaliselt aktiivne, on suurem kui nende noorte osakaal, kes on **iga päev** vähemalt 60 minutit aktiivsed.



Teiste riikide noortega võrreldes liiguvad meie noored vähem (Rakić jt 2024). Riikides, kus HBSC uuring korraldati (43 riigis), oli 2022. aastal kehaliselt piisavalt aktiivseid noori 25% poistest (vs. meil 19%) ja 15% tüdrukutest (vs. meil 13%). Teiste riikide eakaaslastest jäävad kõige enam maha 13- ja 15-aastased poisid (joonis 62).

Joonis 62. Iga päev vähemalt 60 minutit mõõdukalt või intensiivselt kehaliselt aktiivsete 11-, 13- ja 15-aastaste õpilaste osakaal soo ja uuringus osalenud riikide keskmise järgi, 2022. Allikas: HBSC (TAI)



Joonis 63. Trennis (spordi, tantsu vm aktiivse tegevusega huviringis) käivad õpilased, 2022.

Allikas: HBSC (TAI).

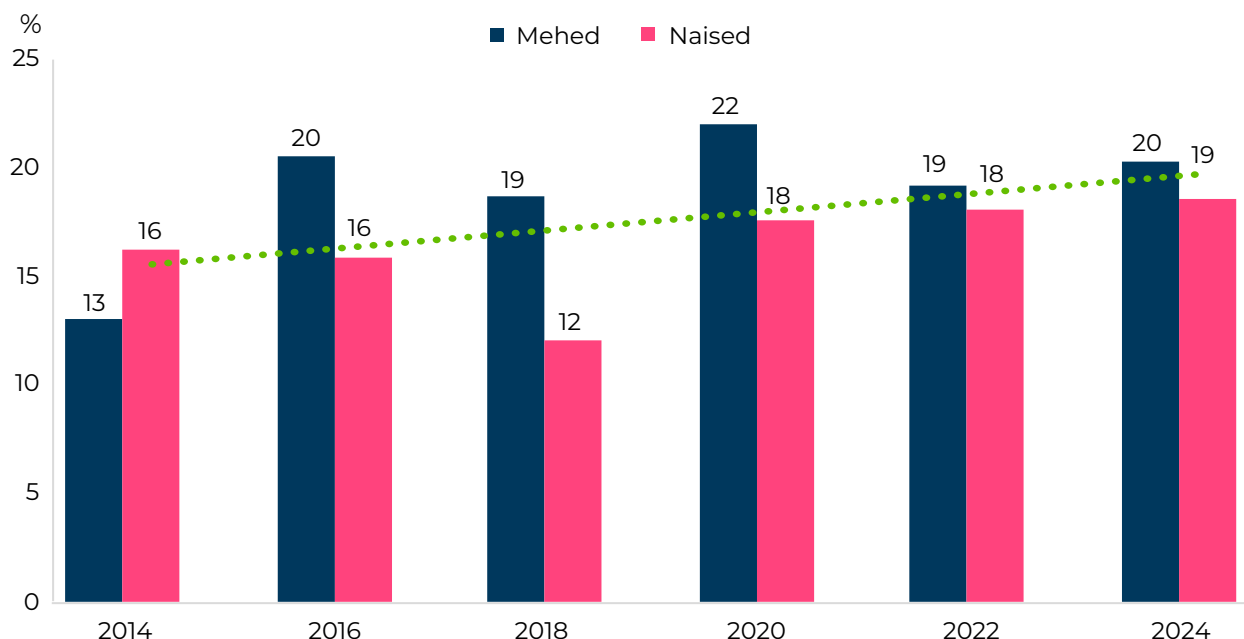
Treeningutel osalemine toetab noorte vaimset ja füüsilist tervist, üldist elukvaliteeti, õppimist ning tervislikumaid eluviise. Trennis, s.t spordi, tantsu vm aktiivse tegevusega huvialaringis käis 2022. aastal 62% Eesti 11–15-aastastest kooliõpilastest, sh oli poiste hulgas trennis käijaid rohkem kui tüdrukute hulgas (joonis 63). Vanusega vähenes trennis käimine oluliselt: 11-aastastest kooliõpilastest käis trennis 72%, kuid 13-aastastest juba 59% ja 15-aastastest 54%. Kuigi aktiivse liikumisega huviringis või treeningul käib 62% noortest, liigub WHO soovituslikul tasemel aktiivselt 5–7 päeval nädalas ikka vähem kui pool noortest.

Mida kõrgem on õpilaste hinnang oma pere **majanduslikule olukorrale**, seda suurem on nende õpilaste üldine kehaline aktiivsus. Sama kehtib ka treeningutel osalemise kohta: oluliselt enam osales treeningutel noori, kes hindasid oma pere majanduslikku olukorda heaks (73%), kuid pere majanduslikku olukorda halvaks hinnanud noortest vähem kui pool (47%) käis trennis (Oja jt 2023).

TAI-s 2024. aastal valminud kuluanalüüsi (Reile jt 2024) tulemuste kohaselt põhjustab täiskasvanute kehaline inaktiivsus arvutuslikult vähemalt 42 000 haigusjuhtu ehk hinnanguliselt neli haigusjuhtu iga 100 täiskasvanu kohta. Kehalise inaktiivsusega seotud haiguskooormust mõjutavad nii meestel kui ka naistel enim teist tüüpi diabeet, südame ja veresoonekonna ning lihasluukonna haigused. Kehalise inaktiivsusega seotud terviseseisundite aastane arvutuslik ravikulu on 22,85 miljonit eurot, kuid koos haigus- ja hooldushüvitistega on Eesti täiskasvanute kehalise inaktiivsuse aastane kulu tervishoiusüsteemile 24,72 miljonit eurot. Lisades ka töövõimetuse tõttu saamata maksutulu ja enneaegsetest surmadest tingitud maksulaekumise kaotuse, on inaktiivsusega kaasnev aastane kogukulu riigile 28,7 miljonit eurot.

Täiskasvanud peaksid Eesti riiklike liikumissoovituste kohaselt (TAI, 2025) võimalusel liikuma iga päev vähemalt 30 minutit. Soovituste kohaselt peaks liikumine nädalas sisaldama 150–300 minutit mõõduka või 75–150 minutit tugeva intensiivsusega tegevust ja ka tasakaalu-, venituse- ning jõuharjutusi. Oluliselt tuleks vähendada istudes ja ekraani ees veedetud aega, asendades selle kas või kerge liikumisega.

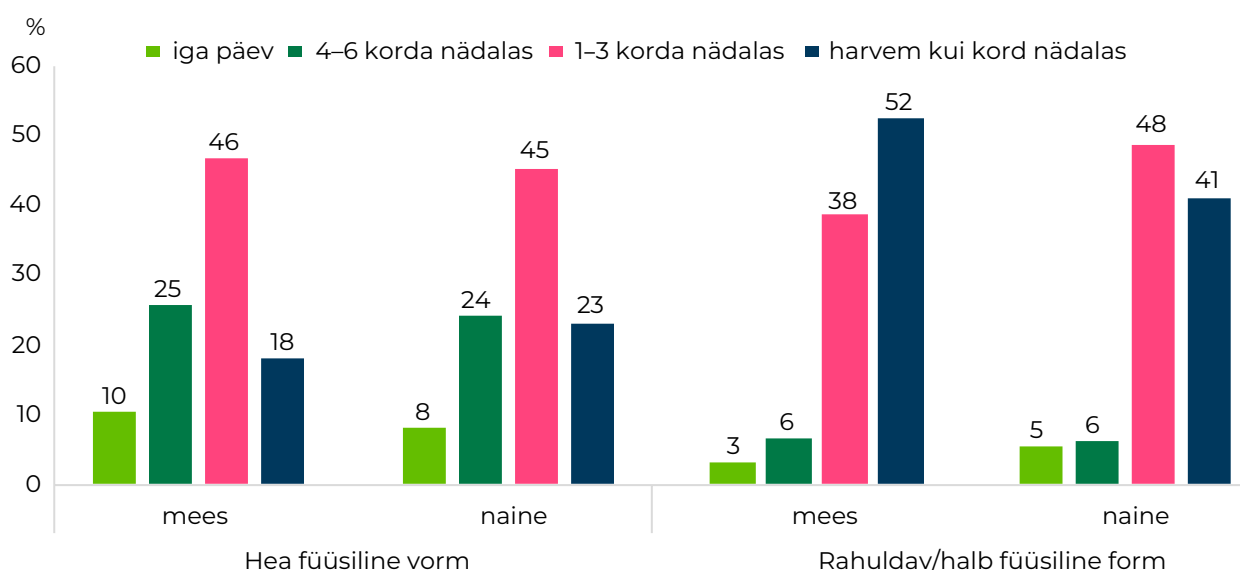
Täiskasvanute (16–64-aastaste) kehalist aktiivsust saab hinnata TKU andmete alusel. Määratledes **regulaarse tervisespordiga tegelemise** vähemalt neli korda nädalas vähemalt 30 minutit kestva keskmise kehalise koormusena, on nõnda vastanute osakaal nii naiste kui ka meeste hulgas püsinud aastaid üsna ühetaoline. Aastal 2024 tegeles regulaarselt tervisespordiga keskmiselt iga viies mees ja iga kuues naine, kuid võrreldes 2014. aastaga ilmneb väike positiivne suundumus eelkõige meeste hulgas (joonis 64).



Joonis 64. Tervisespordi harrastamine (keskmine kehaline koormus korraga vähemalt 30 minutit) vähemalt neli korda nädalas 16–64-aastaste seas. Allikas: TKU (TAI)

TKU 2024. aasta andmete põhjal (Reile jt, 2025) oli **igapäevaseid tervisespordi harrastajaid** 6% ja vähemalt kord nädalas puutus sellise keskmise kehalise koormusega kokku 59% 16–64-aastastest. Seevastu iga neljas (26%) tegeles tervisespordiga vaid kord kuus või harvem ja 8% ei saa vigastuse või haiguse tõttu kehaliselt aktiivne olla. Viimastest enam kui pooled (56%) on vanuses 55–64 eluaastat, mis ilmestab tervisekaotuse mõju.

Tervisespordi harrastamine on seotud ka **enese hinnatud füüsilise vormiga** (joonis 65). Heas füüsilises vormis mehed ja naised tegelevad tervisespordiga oluliselt regulaarsemalt kui kehalist vormi rahuldavaks või halvaks pidavad vastajad. Liikumisharjumus on seotud ka igapäevarutiiniga. Aastal 2014 oli päevas vähem kui 15 minutit jalgsi või rattaga tööle ja koju liikuvaid mehi 28% ja naisi 22%, kuid 2024. aastal oli väheaktiivsete osakaal suurenenud vastavalt 33% meeste ja 30% naiste seas.



Joonis 65. Tervisespordi harrastamise (keskmine kehaline koormus korraga vähemalt 30 minutit) sagedus enesekohase füüsilise vormi järgi 16–64-aastaste seas, 2024. Allikas: TKU (TAI)

Liikumise edendamine nõuab valdkonnaülest koostööd, et tagada laiapõhjaline mõju kogu elanikkonnale. Regulaarne liikumine vähendab oluliselt haiguskoormust ja parandab igas vanuses inimeste elukvaliteeti. Elukaareüleselt inimese kehalise aktiivsuse suurendamisele keskendumiseks koostati 2023. aastal kultuuri-, sotsiaal- ning haridus- ja teadusministeeriumi eestvedamisel liikumisaktiivsuse tegevuskava, mille eesmärk on teadvustada regulaarse liikumise tähtsust rahvastiku tervisele, seda arvestada poliitika kujundamisel ning pakkuda lahendusi.

[Liikumis-
aktiivsuse
tegevuskava](#)

SKÄNNI
MIND



4.3. Toitumine

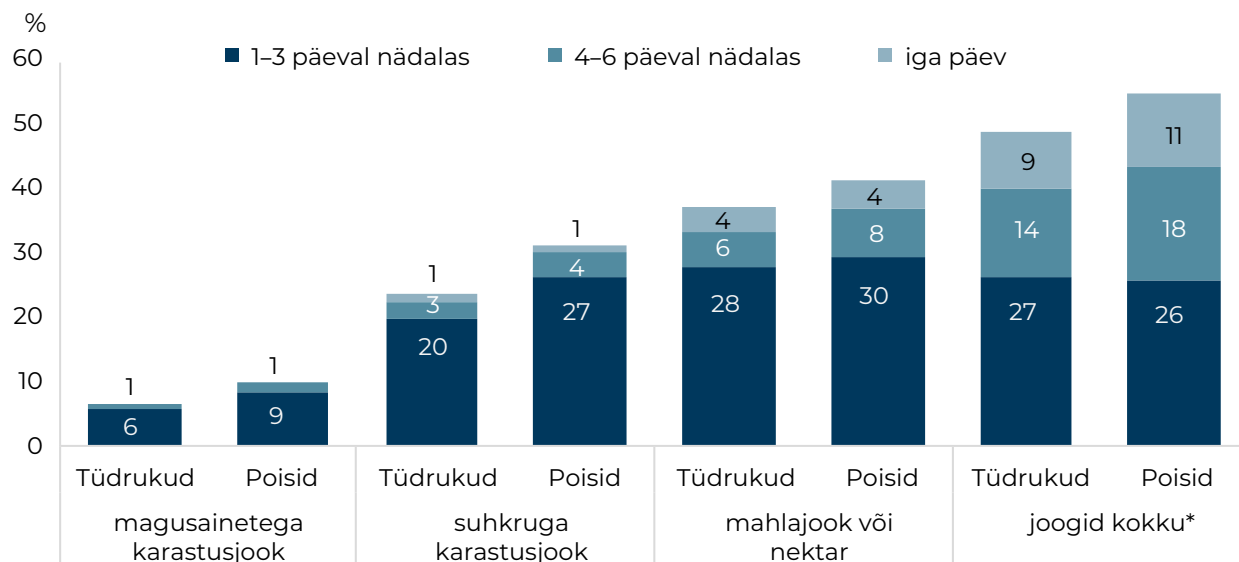
Tasakaalustatud ja mitmekesine toitumine on üks tervise peamistest nurgakividest, toetades nii füüsilist kui ka vaimset tervist. Iga toidugrupp pakub unikaalseid toitaineid, mida on vaja hea tervise hoidmiseks ja saavutamiseks ning organismi optimaalseks toimimiseks. Erand on maiustused, näksid ja muud organismile ebavajalikud toidud, mida organism tavaolukorras ei vaja.

Tänapäeva ühiskonnas, kus toit on kergesti kättesaadav, ei ole piisava energia saamine enam probleem. Pigem tekitab muret ühekülgne toitumine ja toidust saadav liigne energia. Pikaajaline tasakaalustamata toitumine viib aja jooksul **tervisemuredeni**, sh liigse kehakaaluga seotud tervisprobleemideni. Näiteks suureneb risk erinevate vähivormide, metaboolsete haiguste või südame ja veresoonkonna haiguste tekkeks, mille ravi on juba praegu väga suur koormus tervishoiusüsteemile. Tähtis on meeles pidada, et suur osa nendest tervisemuredest on ennetatavad, mitte paratamatus. OECD hinnangu kohaselt saab kõigist Eestis esinevatest surmadest peaaegu viiendikku seostada tasakaalustamata toitumisega. (OECD/EOHSP, 2024)

4.3.1. Karastus- ja energiajoogid

Magustatud joogid on vabade suhkrute ja seega tihtipeale ka liigse energia allikas meie toiduvalikutes. Euroopa toiduohutusameti (EFSA) riskihinnangu kohaselt seostub magustatud jookide tarbimisega mitu tervisemõju, sh rasvumine, maksahaigused, teise tüübi diabeet, vere kõrge LDL-kolesterooli tase, kõrgvererõhktõbi, südame ja veresoonkonna haigused, podagra ning hambakaaries (EFSA, 2023). On oluline, et magustatud jookide tarbimist piiraksid nii lapsed, noored kui ka täiskasvanud.

Eesti õpilaste kasvu uuringu (COSI) 2022. aasta andmete kohaselt jõi **esimese klassi õpilaste** seas iga nädal magustatud jooke iga teine laps (52%), seejuures kümnest lapsest üks iga päev (joonis 66). Tüdrukutega võrreldes oli poiste hulgas sagedane tarbimine levinum. Jookidest jõid lapsed mahla- ja nektarjooke pisut enam (iga nädal 40%) kui suhkruga karastusjooke (28%). Seevastu magusainetega karastusjoogid ei olnud laste seas eriti populaarsed (8%) ja energiajooke esimeses klassis veel ei joodud.

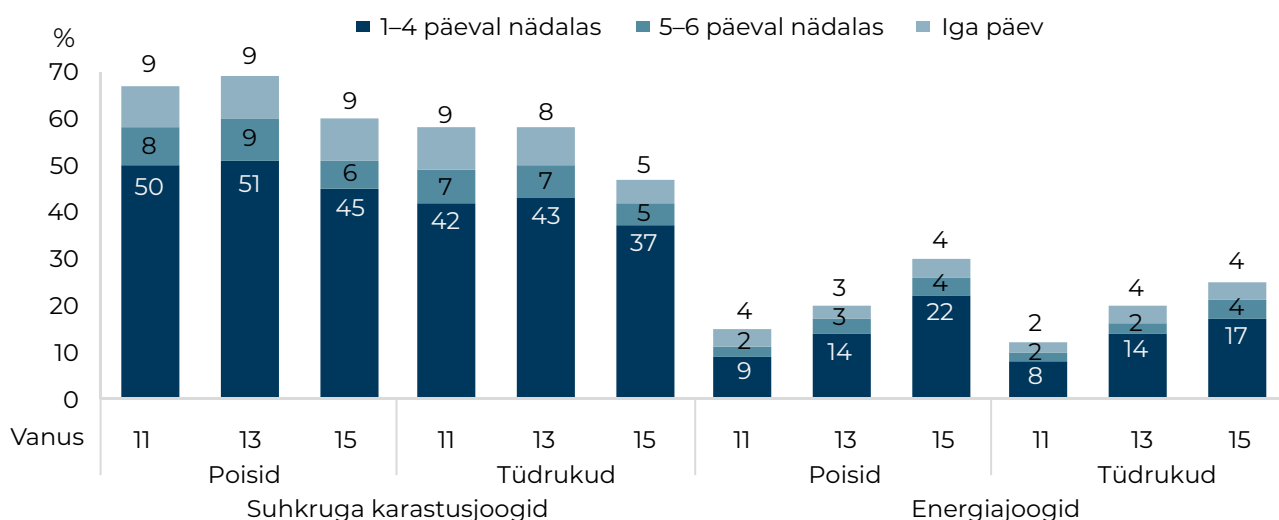


* nektarid, mahlajoogid, suhkruga või magusainetega karastusjoogid ning energiajoogid

Joonis 66. Magustatud jooke joovad seitsme- ja kaheksa-aastased õpilased, 2022. Allikas: COSI

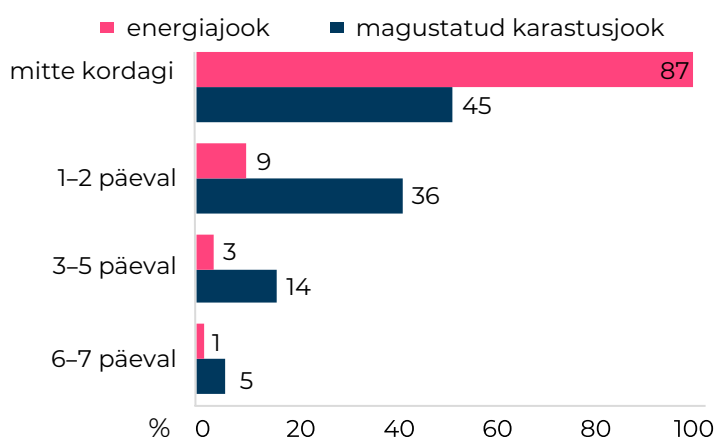
HBSC andmete järgi (joonis 67) jõid 2022. aastal vanematest, **11-15-aastastest õpilastest** 60% suhkruga karastusjooke vähemalt üks kord nädalas, poisid rohkem (65%) kui tüdrukud (54%). Iga nädal karastusjooke tarvitavaid õpilasi on 11- ja 13-aastaste seas oluliselt rohkem (64%) kui 15-aastaste seas (54%). Teiste riikide noortega võrreldes joovad meie noored iga päev karastusjooke vähem. HBSC 2022. aasta uuringus osalenud riikide noortest joob iga päev suhkruga karastusjooke 15%, kuid Eesti noorte seas on see osakaal peaaegu kaks korda väiksem ehk 8% (Rakić jt 2024). Skandinaavia riikidega võrreldes on Eestis karastusjookide joojaid siiski oluliselt rohkem.

Teises ja kolmandas kooliastmes tekib huvi **energiajookide** vastu, neid jõi iga nädal viiendik 11-15-aastastest õpilastest, poistest 22% ja tüdrukutest 18%. Huvi suureneb vanusega: 11-aastaste seas oli iga nädal energiajookide tarvitajaid 13%, kuid 15-aastaste seas juba 27% (joonis 67).



Joonis 67. Suhkruga karastusjooke ja energiajooke joovad õpilased, 2022. Allikas: HBSC (TAI)

Kuigi **täiskasvanud** joovad magustatud jooke vähem kui lapsed ja noored, oli TKU 2024. aasta andmete kohaselt 55% Eesti 18-64-aastastest elanikest joonud magustatud karastusjooke ning 13% energiajooke vähemalt üks kord nädalas. Üldiselt on magustatud jookide sagedasi tarvitajaid vähe (joonis 68), kuid 18-24-aastastest 18,2% on joonud karastusjooke ja 6,5% energiajooke kuuel-seitsmel päeval nädalas.



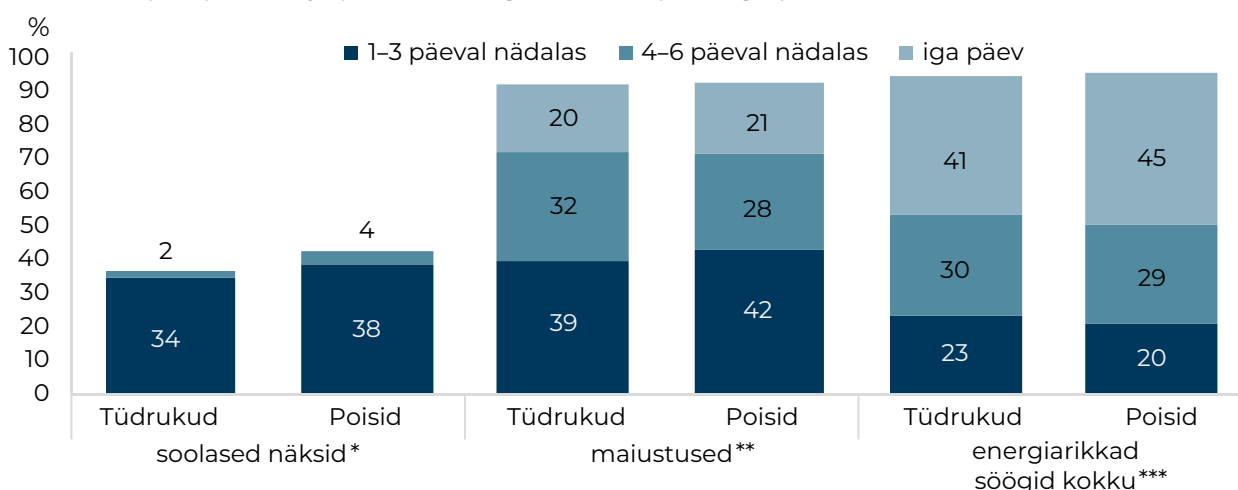
Joonis 68. Viimasel seitsmel päeval tarvitatud magustatud karastus- ja energiajookide jaotus 18–64-aastaste seas, 2024. Allikas: TKU (TAI)

Aastal 2006 oli 25–64-aastase seas karastus- või energiajooke kuuel-seitsmel päeval nädalas tarvitanuid 14%, kuid sellele järgnevatel aastatel vähenes tarvitamine märgatavalt (2018. aastal 5%). Alates 2020. aastast on see näitaja taas mõnevõrra tõusnud. Suhkrurikaste jookide tarvitamine on **madala haridustasemega** elanike seas võrreldes kõrgharidusega täiskasvanutega 2,8 korda sagedasem ja hariduslikud erinevused suhkrurikaste jookide tarvitamisel on aja jooksul suurenenud (Reile ja Oja, 2024).

4.3.2. Energiarikkad söögid

Sarnaselt magustatud jookidega on ka maiustused, magusad ja soolased näksid ning erinevad kiirtoidud tihtipeale liigse energia allikas. Neis on suur rasvade, sh küllastunud rasvhapete, aga ka suhkrute ja soola sisaldus, kuid väga vähesel määral või üldse mitte organismi optimaalseks talitluseks vajalikke vitamiine ja mineraalaineid. Tihtipeale on sellised toidud ka ülitöödeldud. **Ülitöödeldud toitude** söömisega on seostatud vähemalt 25 kahjulikku tervisemõju, muu hulgas näiteks ülekaal ja rasvumine, metaboolne sündroom, diabeet, kõrgvererõhktõbi, südame ja veresoonekonna haigused, vähk, depressioon ja ärevus, neerufunktsiooni langus ning vilistav hingamine lastel ja noortel (Dai jt, 2024).

COSI uuringu andmete kohaselt armastavad lapsed maiustusi väga. Viiendik **esimese klassi õpilastest** söi neid 2022. aastal iga päev, ligi kolmandik neljal kuni kuuel päeval nädalas ja kaks viiendikku ühel kuni kolmel päeval nädalas ehk kõik kokku (91%) vähemalt kord nädalas (joonis 69). Arvestades veel juurde soolased näksid, pitsad ja pirukad ning kiirtoidu, suurenes igapäevane energiarikaste sööke söömine 43%-ni ja iganädalane 93%-ni. Sooline erinevus avaldus vaid soolaste näkside korral, mida eelistasid poisid (42%) mõnevõrra rohkem kui tüdrukud (36%). Pitsat ja pirukaid ning kiirtoite lapsed iga päev ei söönud.



* Soolased näksid: kartuli- või maisikrõpsud, popkorn, soolapähklid, küüslauguleivad, juustupallid jm.

** Maiustused: magusad pagari- ja kondiitritooted, küpsised, müslibatoonid, kommid, šokolaad, halvaa, jäätis, kohuke, puding, moos, magusad hoidised jm.

*** Energiarikkad söögid kokku: maiustused, soolased näksid, pitsad ja soolased pirukad ning kiirtoit (friikartulid, hamburgerid, *hot dog*, kabanoss, kiirnuudlid ja -supid jm).

Joonis 69. Energiarikkaid sööke söövad seitsme- ja kaheksa-aastased õpilased, 2022.

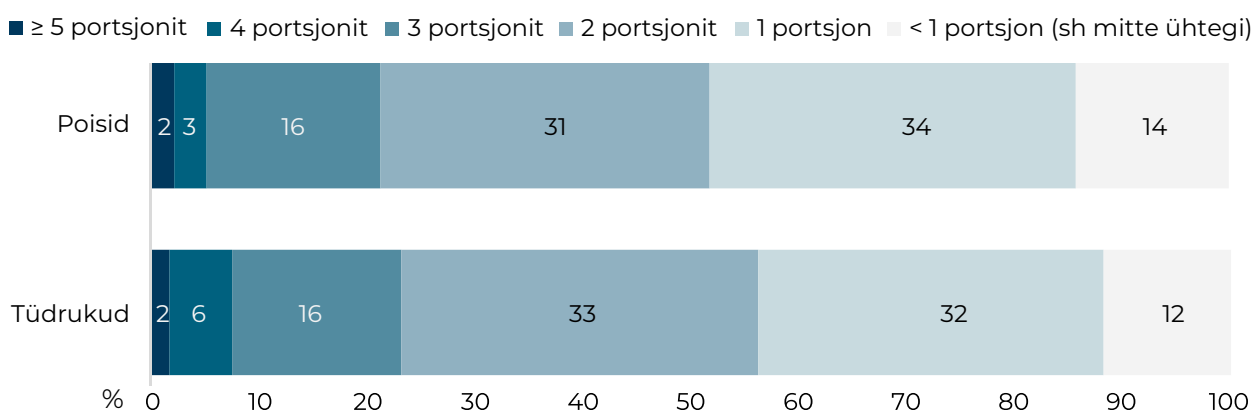
Allikas: COSI (TAI)

Olukord on sarnane ka vanemate õpilaste hulgas. HBSC andmete kohaselt söi energiarikkaid toite (maiustused, kartulikrõpsud, friikartulid, hamburger) vähemalt ühel päeval nädalas 94% **11-15-aastastest õpilastest**, vähemalt korra päevas aga 27% õpilastest: 24% poistest ja 29% tüdrukutest. Endiselt süüakse sellest toidugrupist kõige sagedamini maiustusi (kommid, šokolaad), mida iga päev söi 25% noortest. Selle näitaja poolest Eesti õpilased teiste riikide eakaaslastest ei erine, ka HBSC uuringus osalenud 43 riigi noortest kokku sööb iga päev maiustusi 25% (Rakić jt, 2024).

4.3.3. Köögi- ja puuviljade söömine

Köögi- ja puuviljad ning marjad on olulised vitamiinide, mineraal- ja kiudainete allikad. Samuti aitavad taimedes leiduvad antioksüdandid ja muud bioaktiivsed ühendid vähendada põletikku ning oksüdatiivset stressi (Myhrstad ja Wolk, 2023). Seetõttu on regulaarne köögi- ja puuviljade tarbimine seotud **mitme kroonilise haiguse kujunemise väiksema riskiga**. Kõige tugevamad tõendid on leitud seoses maovähi, kopsuvähi, südame-veresoonkonna haiguste ja üldise suremuse (*all-cause mortality*) vähenemisega. Samuti on leitud mõju teise tüübi diabeedi, osteoporoosi, depressiooni ja kognitiivsete häirete riski vähenemisele. (Rosell ja Fadnes, 2024). Kuna köögi- ja puuviljad on vähese energiasisaldusega, kuid suure vee- ja kiudainetesisaldusega täidavad need hästi kõhtu, aidates seeläbi kontrollida ka kehakaalu.

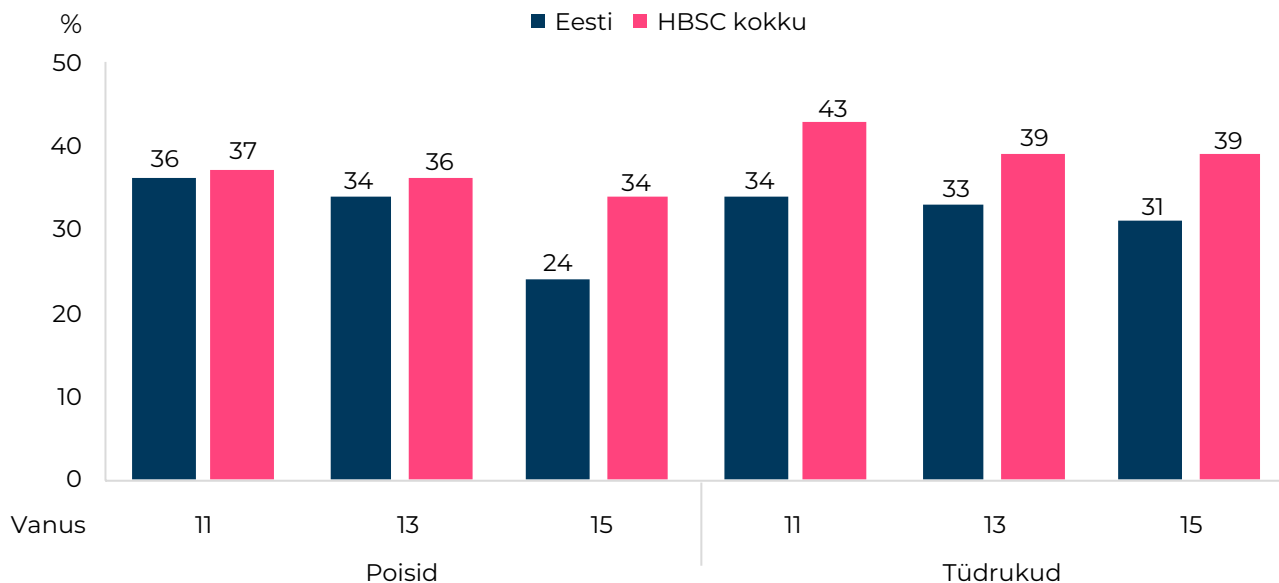
Riiklike toitumissoovituste järgi võiksid esimese klassi lapsed süüa iga päev vähemalt 300 g köögivilju ja 200 g puuvilju ehk vastavalt kolm ja kaks portsjonit (TAI, 2025). Sellist köögiviljade soovitus järgis 2022. aastal COSI andmete kohaselt vähem kui neljandik **õpilastest**: 23% tüdrukutest ja 21% poistest (joonis 70). Seevastu 33% lastest söi vaid ühe portsjoni päevas ja 13% ei söönud sedagi. Puuviljade ja marjadega (sh suhkruta hoidised ja smuutid, kuid mitte kuivatatud puuviljad ja marjad ning mahl) on olukord mõnevõrra parem: soovituslikud kaks portsjonit või rohkem söi 59% tüdrukutest ja 55% poistest. Portsjoniga päevas piirdus 32% õpilastest ja alla selle või üldse mitte söi 11%.



Joonis 70. Seitsme- ja kaheksa-aastaste õpilaste seas köögiviljade (sh köögiviljatoidud, hoidised ja smuutid, v.a kartul, oliivid ja avokaado) söömine tavapärasel päeval köögiviljaportsjonite järgi, 2022. Allikas: COSI (TAI)

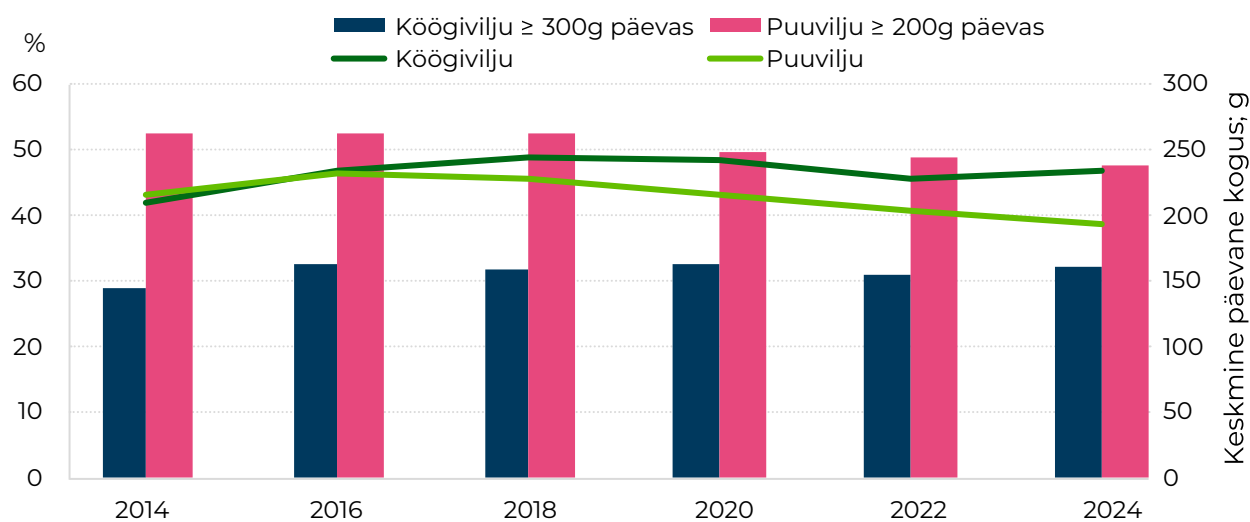
HBSC uuringust saame teavet, kui **sageli** kooliõpilased tarbivad köögi- ja puuvilju. Köögivilju söi 2022. aasta uuringu kohaselt iga päev 32% **11-15-aastastest kooliõpilastest**, puuvilju 37%. Vanusega väheneb nii köögi- kui ka puuviljade söömise sagedus. Iga päev sööb 11-aastastest köögivilju 35%, kuid 15-aastastest vaid 27%. Köögiviljade söömisel on märgatav ka sooline erinevus: 24% poistest ja 31% tüdrukutest sööb iga päev köögivilju. Iga päev söi 11-aastastest õpilastest puuvilju 44%, 15-aastastest 29%.

Teiste riikide noortega võrreldes söövad meie noored köögivilju oluliselt vähem (joonis 71). Kõige enam jäävad HBSC uuringus osalevate riikide keskmisest (38%) maha 15-aastased, kes on 43 riigi seas köögiviljade tarbimise sageduse poolest alles 39. kohal. Iga päev puuvilju söövate noorte näitaja poolest ei erine meie noored oluliselt teistest. (Rakić jt, 2024).



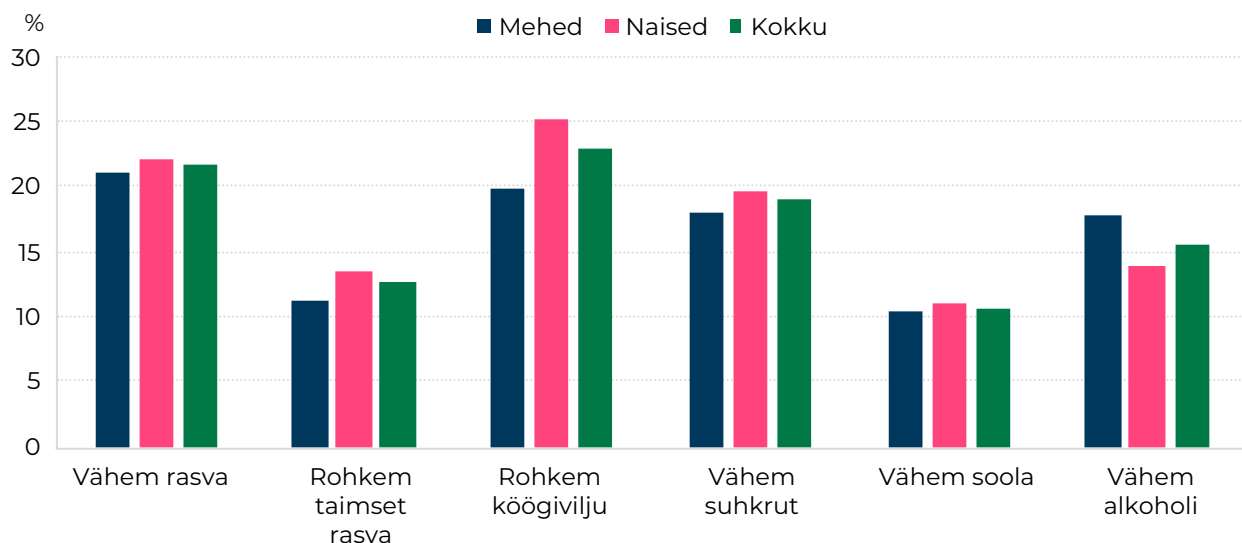
Joonis 71. Iga päev köögivilju söövad õpilased uuringus osalenud riikide keskmise järgi, 2022. Allikas: HBSC (TAI)

TKU 2024. aasta andmete kohaselt sõid Eesti **16–64-aastased elanikud** päevas keskmiselt 233 g köögivilju ja 192 g puuvilju või marju. Rohkem kui 300 g köögivilju sõi 32,2% ehk enam kui 2/3 täiskasvanutest, see kogus aga jääb alla soovitusliku taseme. Samuti pole aastail 2014–2024 näitaja märgatavalt muutunud. Puuviljade või marjade soovituslik päevane kogus on vähemalt 200 g, mida tarbis 47% 16–64-aastastest. Eelnevate uuringuaastatega võrreldes on siiski näha väike langustrend (2014. aastal 52%), samuti on vähenenud päevane keskmine puuviljade ja marjade kogus: 216 g 2014. aastal (joonis 72).



Joonis 72. Keskmine päevas söödud köögi- ja puuviljade kogus seitsme päeva vältel Eesti 16–64-aastaste seas. Allikas: TKU (TAI)

Üha suurem terviseteadlikkus toetab ühiskonnas siiski **positiivseid muutusi toitumisharjumustes**. TKU 2024. aasta andmete põhjal (Reile jt, 2025) muutis viimase 12 kuu jooksul oma toitumisharjumusi 42% 16–64-aastastest vastajatest. Kõige sagedamini suurendati toidus köögiviljade osa. Peaaegu viiendik vastanutest vähendas ka rasvade ja suhkru tarbimist. Toitumisharjumuste muutuses sugude ega vanuserühmade vahel olulisi erisusi olnud (joonis 73).



Joonis 73. Täiskasvanute toitumisharjumuste muudatused viimasel 12 kuul, 2024.

Allikas: TKU (TAI)

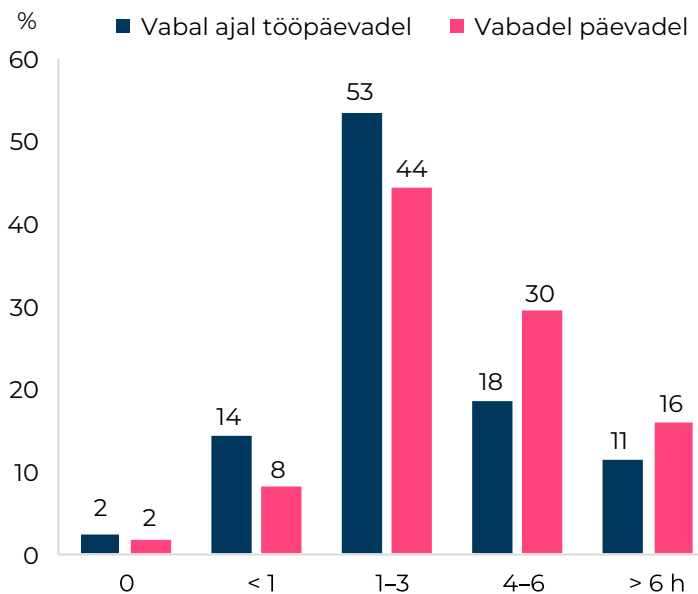
Esimestel elukuudel on lapse jaoks kõige optimaalsem toit rinnapiim. Rinnapiim katab lapse vee, valgu, rasvade, süsivesikute, vitamiinide (v.a D-vitamiin) ja mineraalainete vajaduse kuni lapse kuuekuuseks saamiseni ning kaitseb last nakkushaiguste eest. Hilisemas elus vähendab riski liigse kehakaalu tekkeks või haigestumist mittenakkushaigustesse, näiteks kroonilistesse südame ja veresoonkonna haigustesse. Teisel elupoolaastal, kui laps muutub füüsiliselt palju aktiivsemaks, suureneb tema energia- ja toitainevajadus, mistõttu vajab laps lisaks rinnapiimale ka muud toitu. (Einberg jt, 2020)

Perearsti või -õe jälgimisel olevatest lastest olid 2023. aasta andmetel täielikult rinnapiimatoidul ühenädalaselt 78%, ühekuuselt 70%, kolmekuuselt 57% ja kuuekuuselt 16% imikutest. Ainult rinnapiima saavate laste osakaalus on alates 2013. aastast kõigis vanuserühmades vähenenud. Suurim on olnud vähenemine kuuekuuste seas, kus täielikult rinnapiimatoidul olevate laste osa on kümne aastaga peaaegu kolm korda vähenenud: 42% vs. 16% (TAI, I).

4.4. Ekraaniaeg

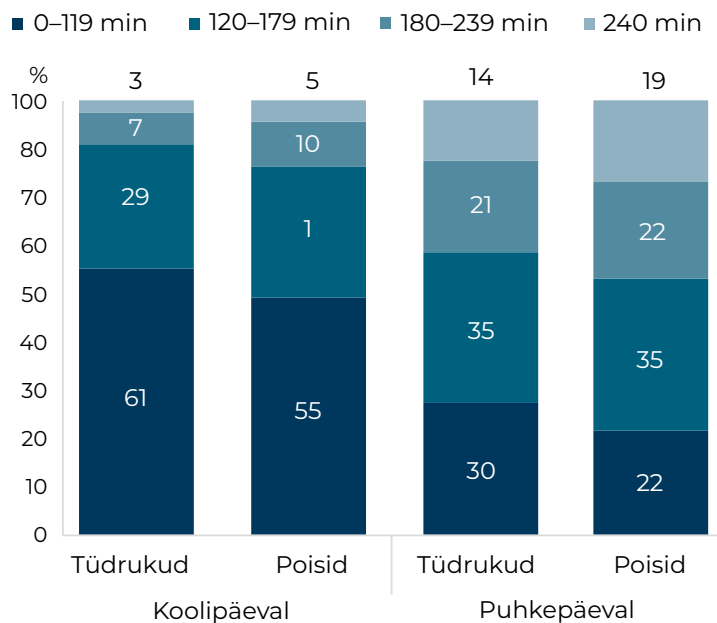
Viimastel aastakümnetel on digiseadmed ja nende kasutusvõimalused arenenud väga mitmekesiseks ning neist on saanud igapäevaelu lahutamatu osa. Meedias on peamiselt keskendunud digitehnoloogia ja ekraaniaja (passiivne, vähese füüsilise aktiivsusega, televiisori, arvuti, tahvelarvuti, nutitelefon jt elektrooniliste seadmetega veedetav aeg) võimalikule kahjulikule mõjule ning seostatud ekraani ees veedetud aega vaimse tervise probleemide tekkega. Paljud neist väidetest põhinevad aga läbilõikeuuringutel, mis ei võimalda põhjuslikke seoseid kindlaks teha ja tegelikkus on oluliselt keerulisem. Vaimsele tervisele avalduv mõju oleneb esmajoonel kasutajast, kasutusviisist ja olukorrast, kuid seos võib olla ka vastupidine ja ülemäärane ekraaniaeg hoopis vaimse tervise probleemi tagajärg (Tang jt, 2021).

Kuigi digiseadmetega seotud negatiivset mõju ei saa eitada, on see märksa väiksema mõjuga kui arvatakse (Tiidenberg, 2023). Ekraanide kasutamisega võivad kaasneda negatiivsed mõjud, näiteks rohkem istumisaega, vähenenud kehaline aktiivsus ja uneprobleemid (Liu jt, 2022). Siiski pakub digitehnoloogia ka heaolu suurendavaid võimalusi: need aitavad luua ja säilitada suhteid, laiendavad osalust ja suurendavad kaasatust, toetavad spetsialistide tööd, parandavad abi kättesaadavust ning toimivad tõhusate eneseabivahenditena.



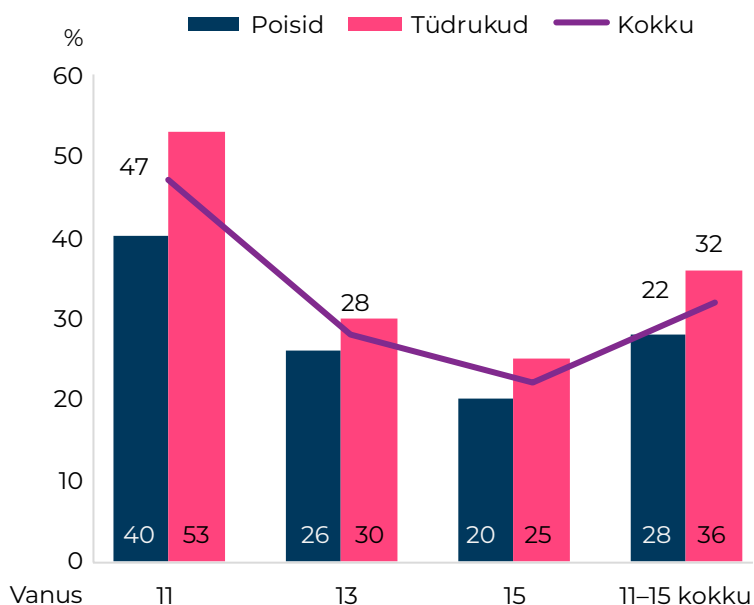
Joonis 74. Eesti 16–64-aastaste elanike ekraaniaeg ööpäevas, 2024. Allikas: TKU (TAI)

Ülevaate, kui palju aega veedavad **täiskasvanud Eesti elanikud** ekraanide ees, saame TKU-st, mille 2024. aasta andmete järgi (joonis 74) oli 25% vastanutest (30% meestest ja 22% naistest) vabal ajal neli või enam tundi ekraaniaega päevas. Võrreldes 2022. aasta uuringuga, kus selliseid vastajaid oli 23% (25% meestest ja 21% naistest), on ekraaniaega märgatavalt rohkem. Kontrast on veelgi suurem 2018. aastaga võrreldes, kui neli või enam tundi ekraaniaega oli 16%-l Eesti 16–64-aastastest. Iga viies 16–34-aastane mees veedab vabal ajal üle kuue tunni päevas ekraanide ees. Iga seitsmes 16–24-aastane naine (umbes 15%) ning iga üheksas 25–34-aastane naine (umbes 11%) sama palju.



Joonis 75. Vabal ajal teleri vaatamise või meelelahutuslike elektroonikaseadmete kasutamise aeg ööpäevas 7–8-aastaste õpilaste seas, 2022.

Allikas: COSI (TAI)



Joonis 76. Vabal ajal kuni kaks tundi päevas ekraaniaega (sh mängud, sotsiaalsõrgustikud, videod ja/või internet) kasutanud õpilased, 2022. Allikas: HBSC (TAI)

Tervise huvides soovitatakse lastel igapäevast ekraaniaega vähendada miinimumini. Lastele ja noortele on **ajaliste piirangute soovitus**: väikelastel (2–6-aastastel) kuni üks tund päevas ja kooliealistel (7–18-aastastel) võiks õppetööga mitte seotud ekraaniaeg olla kuni kaks tundi päevas. Alla kaheaastaste laste puhul tuleks kokkupuudet ekraanidega vältida täielikult (TAI, 2025). COSI 2022. aasta uuringu andmete põhjal oli **esimese klassi õpilaste** vaba aja elektroonikaseadmete kasutus argi- ja puhkepäevadel märgatavalt erinev. Koolipäevadel oli soovitusliku ekraaniajaga õpilasi 58%, kuid puhkepäevadel vaid 27% – mõlemal juhul poisse vähem kui tüdrukuid (joonis 75). Seevastu mitmekordistus nädalavahetusel nende õpilaste osa, kes veetsid ekraanide ees aega umbes kolm (9% argipäevadel vs. 22% puhkepäevadel) või neli tundi (4% vs. 16%).

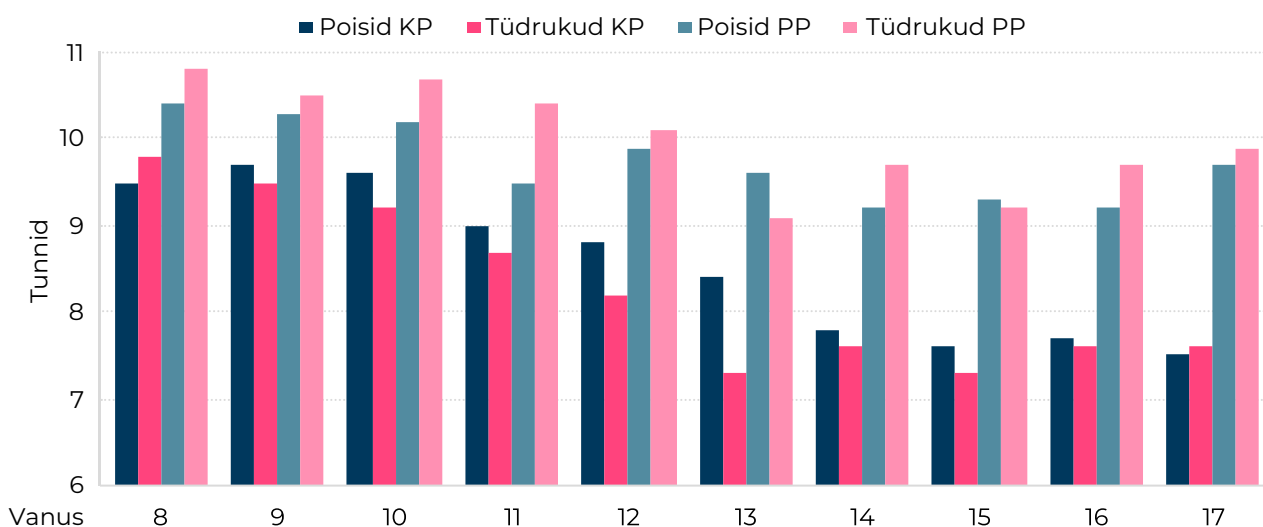
Vanusega suurenevad ka õpilaste huvi ja võimalused meelelahutuslike elektroonikaseadmete kasutamiseks. HBSC 2022. aasta uuringu andmete kohaselt veetis õppetööväliselt soovitudele vastavalt kuni kaks tundi päevas ekraanide seltsis peaaegu kolmandik (32%) **11–15-aastastest kooliõpilastest**. Sarnaselt esimese klassi õpilastega oli soovitude piires ekraaniaega kasutanud tüdrukuid rohkem kui poisse (joonis 76). Koguni pooled noortest veetsid ekraanide ees neli või enam tundi päevas (Oja jt, 2023). Vanuseline erinevus soovitusliku ekraaniaja kasutamisel oli rohkem kui kahekordne: kui 11-aastastest olid iga päev maksimaalselt kaks tundi ekraanide ees peaaegu pooled (47%) siis 15-aastaste seas vaid 22% **vastajatest**.

Teadusuuringute tulemused on näidanud, et ühesugused piirangud ei sobi kõigile. Ajaliste piirangute asemel võiks perekond koostada meedia tarbimise plaani. Vähemalt viieaastaste laste ja teismeliste ekraaniaega tuleks piirata vastavalt nende arenguetapile, kuid sealjuures on oluline jälgida ka tarbitava meedia sisu ja seda, mida ekraanide ees ning ekraanivabal ajal tehakse. Tuleks leida ühiseid ekraanivabu aegu ja alasid ning lastega avatult rääkida digiseadmete kasutamise turvalisusest ja tarbitavast sisust (Council on Communications and Media, 2016; Shychuk jt, 2022).

4.5. Uni

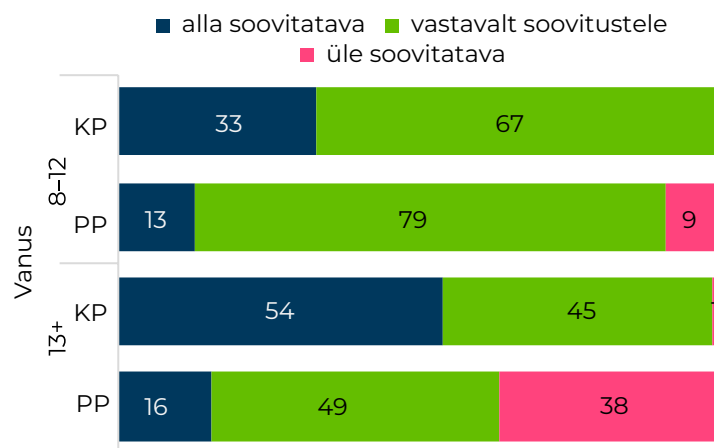
Piisav uni on nii füüsilise kui ka vaimse tervise säilitamisel oluline (Krause jt, 2017; Tobaldini jt, 2019). Eesti riiklike soovitude alusel vajavad 7–12-aastased lapsed 9–12 tundi ja 13–18-aastased lapsed 8–10 tundi und. Täiskasvanute unesoovitus on 6,5–11 tundi ööpäevas, enamikule sobib 7–9 tundi (TAI, 2025).

Laste une kestust vaadeldi 2023. aastal laste vaimse tervise uuringus (LVTU). Osalejatelt küsiti, mis kell nad tavaliselt lähevad voodisse ja mis kell tõusevad nii kooli- kui ka puhkepäevadel. Keskmine uneaeg vanusega lühenes ja nii poisid kui ka tüdrukud magasid puhkepäeviti märgatavalt rohkem kui koolipäevadel (joonis 77). Kaheksa-aastased poisid ja tüdrukud magasid koolipäevadel vastavalt 9,5 ja 9,8 tundi, kuid 17-aastased poisid ja tüdrukud magasid koolipäevadel keskmiselt peaaegu kaks tundi vähem: poiste keskmine une kestus selles vanuses oli 7,5 ja tüdrukutel 7,6 tundi. Puhkepäevadel magasid nooremad lapsed keskmiselt ühe tunni kauem kui koolipäevadel, vanematel lastel oli kooli- ja puhkepäevade unetundide erinevus märgatavalt suurem, 17-aastastel isegi enam kui kaks tundi.



TP – tööpäev PP – puhkepäev NV – nädalavahetus

Joonis 77. Keskmine laste uneaeg, 2024. Allikas: LVTU



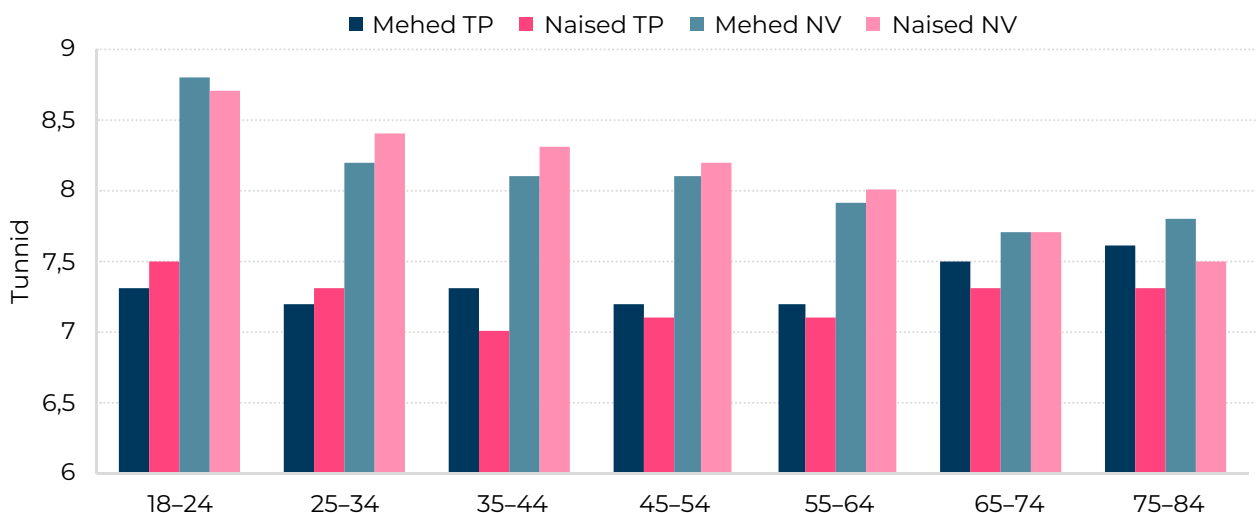
Parema ülevaate saamiseks, kui palju on neid lapsi, kelle uneaeg on lühem kui minimaalselt soovitatud, tuleb vaadata, milline on laste osakaal eri vanuserühmades vastavalt une kestusele. Minimaalsest soovituslikust unest vähem magasid koolipäevadel 33% ja puhkepäevadel 13% 8–12-aastastest lastest. Vähemalt 13-aastastest magasid koolipäevadel minimaalsest soovituslikust unest vähem 54% ja puhkepäevadel 16% lastest (joonis 78).

TP – tööpäev PP – puhkepäev NV – nädalavahetus

Joonis 78. Vastavalt Eesti unesoovitustele* magavate laste osakaal vanuserühmade järgi. Allikas: LVTU

* Unesoovitus 7–12-aastastele 9–12 tundi; 13–18-aastastele 8–10 tundi.

Aastal 2022 korraldatud rahvastiku vaimse tervise uuringu (RVTU) küsitluses uuriti **18–84-aastastelt** osalejatelt, mitu tundi nad on viimase kolme kuu jooksul keskmiselt ööpäevas tööpäeviti ja nädalavahetusesti maganud, paludes ühtlasi arvesse võtta ka päevaseid uinakuid. Kuni pensionieani magavad nii mehed kui ka naised nädalavahetusesti keskmiselt ligi tunni kauem kui tööpäeviti (joonis 79).



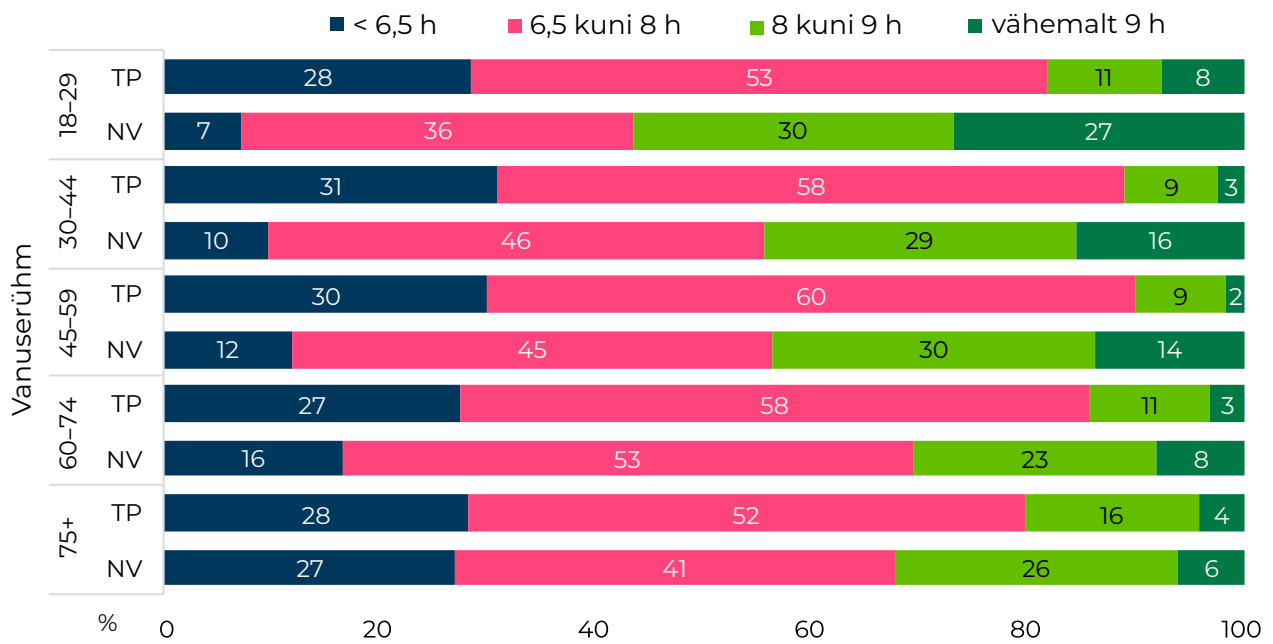
TP – tööpäev PP – puhkepäev NV – nädalavahetus

Joonis 79. Meeste ja naiste keskmine uneaeg, 2022. Allikas: RVTU

Unevajadus on individuaalne ja endale sobiva unekestuse määramisel tuleks lähtuda enesetundest: oluline on tunda ennast pärast magamist värske ja puhanuna. Samuti tuleb arvestada, et inimesed kalduvad oma unekestust süstemaatiliselt ülehindama (Lauderdale jt, 2008).

Minimaalsest soovitatavast uneajast vähem (6,5 tundi) magas tööpäeviti ligi 29% kõigist RVTU 2022. aasta alguses toimunud uuringus osalenutest. Vanemates vanuserühmades oli minimaalsest soovitatavast uneajast vähem magajaid tööpäevadel pisut vähem kui nooremates vanuserühmades: vähemalt 75-aastaste seas 28%, 60–74-aastaste seas 27% (joonis 80). Kõige enam ehk 31% oli vähem kui 6,5 tundi magajaid 30–44-aastaste vanuserühmas. Nädalavahetusel vähenes sellise unekestusega inimeste hulk kuni 59-aastaste seas ligi 20% võrra.

Tulemustest on näha, et nii koolilastel kui ka tööealistel elanikel, eriti vanuserühmades, kuhu kuulub kõige enam väike- ja koolilaste vanemaid, tekib ühiskonnakorraldusest tingitud **unevõlg**, mida magatakse järele nädalavahetusesti. Liigvähene uni põhjustab päevast unisust ja produktiivsuse langust (Banks ja Dinges, 2005; Cohen jt, 2010) ning kehaliste ja psühholoogiliste funktsioonide, nagu näiteks mälu, õppimisvõime (Rasch ja Born, 2013; Kim jt, 2022), ainevahetuse (Killick jt, 2012) ja immuunfunktsiooni häirumist (Besedovsky jt, 2012; Garbarino jt, 2021).



TP – tööpäev NV – nädalavaheetus

Joonis 80. Täiskasvanud rahvastiku uneaja kestus, 2022. Allikas: RVTU

5. Fookusteema – vähitõrje

Vähk on üks juhtivaid enneaegse surma põhjuseid nii Eestis kui ka mujal Euroopas. Eestis registreeritakse aastas üle 9000 vähijuhtu ja ligi 3500 vähisurma. Hinnanguliselt 30–50% vähijuhtudest on vältitavad, kui vähendada eluviisist ja keskkonnast tulenevaid riskitegureid ja vaksineerida vähki põhjustavate viiruste vastu. Vähki haigestunute arvu aitavad vähendada ka emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring, mille eesmärk on avastada ja ravida vähieelsed muutused enne, kui need muutuvad pahaloolumuliseks. Juba tekkinud vähi varasele avastamisele suunatud rinnavähi ja soolevähi sõeluuringu eesmärk on ilma sümptomiteta inimestel diagnoosida pahaloolumuline kasvaja võimalikult varases staadiumis, et tõhusa ja vähem kõrvaltoimeid tekitava raviga jõuda paremate ravitulemusteni ja vähendada suremust.

Juba ilmnenud sümptomite korral on esmatähtis õigeaegne diagnoosimine, mis oleneb ühelt poolt sellest, millal inimene ise arsti poole pöördub, teiselt poolt aga sellest, kui kiiresti rakendatakse tervishoiusüsteemis diagnostika ning suunatakse inimene ravile. Vähisurmade vältimisel ja vähipatsientide elukvaliteedi tagamisel on määrav kvaliteetne vähidiagnostika ning -ravi, ent sama tähtis on kvaliteetsete teenuste kättesaadavus, hoolimata inimese elukohast, haridusest või elujärgest. Headel vähiandmetel tuginevad teadusuuringud aitavad selgitada vähi põhjuseid ja töötada välja vähi ennetamise, diagnoosimise ja ravi tõhusad abinõud.

Vähilevimus oleneb ühelt poolt haigestumusest (kui palju diagnoositakse rahvastikus uusi vähijuhte) ja teiselt poolt elulemusest (kui kaua vähidiagnoosi saanud inimesed pärast diagnoosi elavad). Eestis elas 2022. aasta 31. detsembri seisuga 70 457 inimest, kellel oli kunagi elu jooksul diagnoositud mõni pahaloolumuline kasvaja, neist 28 736 mehed ja 41 721 naised. Tingituna haigestumuse suurenemisest ja elulemuse paranemisest on vähidiagnoosiga elavate inimeste arv kahekordistunud, võrreldes 2000. aastate algusega. Vähiga elavate inimeste seas oli meestel levinuim eesnäärmevähi (43%) ja naistel rinnavähi diagnoos (31%) (Zimmermann jt, 2024).

Üleeuroopalise uuringu andmete kohaselt elas 2020. aastal Euroopas hinnanguliselt 23,7 miljonit inimest, kellel oli elu jooksul diagnoositud vähk (vanusestandarditud levimusmäär Euroopas 4783 / 100 000 kohta, Eestis 4109 / 100 000). Umbes 40%-l naistest ja meestest oli diagnoositud vastavalt rinna- või eesnäärmevähk. Mõlemal sool oli sageduselt teisel kohal käär- ja pärasoolevähk (De Angelis jt, 2024).

Vähitõrje all mõistetakse kogu vähivastast tegevust vähiennetusest tavaellu naasmiseni pärast tervenemist või väärika elulõpuni. TAI teadlaste juhtimisel ja paljude osaliste koostöös koostati 2020. ja 2021. aastal riiklik vähitõrje tegevuskava, milles sõnastati aastateks 2021–2030 pikaajalised eesmärgid ja esmatähtsad ülesanded, mis on kooskõlas Euroopa vähitõrje eesmärkidega.

[Vähitõrje tegevuskava 2021–2030](#)

SKÄNNI
MIND



Seekordses rahvastiku tervise aastaraamatus võtamegi tähelepanu keskmesse vähitõrje ja anname ülevaate Eesti vähitõrjemeetmete tulemuslikkusest. Ülevaade põhineb seireandmetel ja teadusuuringute tulemustel. Esitame ka ettepanekud, mille elluviimine aitaks Eestis kaasa vähitõrje tegevuskava eesmärkide saavutamiseks.

Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030. Visioon ja prioriteedid

1. Vähi haigestub vähem inimesi

- ▶ Elustiiliga seotud vähiriski vähendamine
- ▶ Uute põlvkondade kaitse: vaktsineerimine vähi põhjustavate viiruste vastu
- ▶ Vähieelsete seisundite avastamine ennetavate sõeluuringutega (emakakaela- ja soolevähi)

2. Inimesed elavad pärast vähidiagnoosi kauem ja tervemana

- ▶ Vähi võimalikult varane diagnoosimine igas vanuses patsientidel
- ▶ Parim võimalik ravi igale patsiendile: diagnostika ja ravi koondamine vähikeskuste juhtimise alla
- ▶ Ravi kättesaadavus lähtuvalt patsiendi vajadustest, sh kodulähedane ravi vähikeskuste koordineerimisel

3. Vähi elavate inimeste elukvaliteet on parem

- ▶ Patsiendikeskne terviklik vähiteekond koos sotsiaalse ja psühholoogilise toega patsiendile ning tema lähedastele
- ▶ Vähist paranenute optimaalne järelkontroll vähikeskuste ja esmatasandi koostöös
- ▶ Elu pärast vähi: psühhosotsiaalne tugi ühiskonda naasmiseks

Vähiepidemioloogilised uuringud, et teadusuuringute tulemustega toetada riigi vähitõrjepoliitika kujundamist ja rakendamist on olnud üks TAI juhtivaid uurimissuundi juba aastakümneid. Peamiselt põhinevad uuringud pika ajalooga vähiregistri andmetel, mis ulatuvad 1968. aastasse, aga ka surma põhjuste registri ja vähi sõeluuringute registri andmetel ning täiendavalt kogutud kliinilistel, sotsiaaldemograafilistel jt andmetel. Sekkumisuuringutega töötatakse välja uusi tervishoiulahendusi, nende hulgas ka ebavõrdsuse vähendamiseks. Paralleelselt teadusuuringutega arendatakse pidevalt registreid ja parandatakse andmekvaliteeti. Vähi riskitegurite kohta rahvastikus annavad teavet regulaarsed seireuuringud.

Aastatel 2020–2024 korraldas TAI Eesti teadusagentuuri rahastatud uurimisprojekti „Vähiravi ja -tulemite parandamine: reaalandmetele tuginev rahvastikupõhine uuring“, mille eesmärk oli saada uusi teadmisi vähi esinemise ja mõjurite kohta ning seega parandada vähiravi kvaliteeti ja vähitulemeid. Projekti tulemused aitavad kindlaks teha riskirühmi, võimaldavad hinnata riiklike vähitõrjemeetmete tõhusust, tagavad teabe poliitikakujundajatele ja aitavad kaasa kliiniliste otsuste langetamisele. Eesmärgi saavutamiseks tehti mitu epidemioloogilist uuringut, milles uuriti vähidiagnostika ja -ravi kasutamist ning efekti vähitulemitele, sõeluuringute mõju ja tõhusust ning sotsiaalsete tegurite rolli vähi esinemises.

Grandiprojekti tulemused arvudes

- ▶ Üle 30 rahvusvahelise teadusartikli
- ▶ Kaks kaitstud doktoritööd
- ▶ Kaheksa kaitstud magistritööd
- ▶ 14 ettekannet rahvusvahelistel konverentsidel

Vähiravi ja
-tulemite
parandamine:
reaal-
andmetele
tuginev
rahvastiku-
põhine uuring

SKÄNNI
MIND



5.1. Vähitõrje üldised tulemused

Vähitõrje tegevuskava koostamisel lepiti kokku vähitõrje tulemuslikkuse näitajad ja tähtsajad⁴. Visiooni suunas liikumist mõõdetakse ja hinnatakse tulemusindikaatorite abil ja tegevuskava rakendamist protsessiindikaatorite abil.

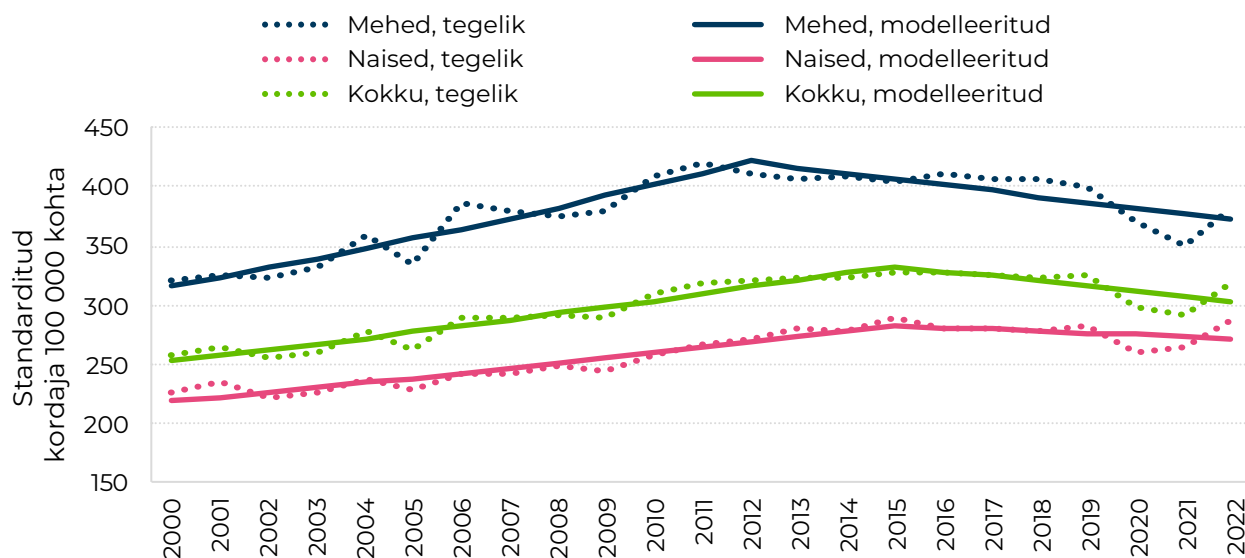
Visioon – vähki haigestub vähem inimesi

Esmase vähiennetuse ja ennetavate sõeluuringute tulemuslikkust hinnatakse vanusestandardituid haigestumuskordaja abil.

Visioon	Vähitõrje tegevuskava tulemusindikaator ja tähtaeg
Vähki haigestub vähem inimesi	• Kogu vähihaigestumuse* vähenemine alates 2030
	• Emakakaelavähi haigestumuse* vähenemine alates 2022
	• Käär- ja pärasoolevähi haigestumuse* vähenemine alates 2026

* Vanusestandardituid näitajad

Vanusestandardituid kogu vähihaigestumus on Eestis alates 2015. aastast vähenenud 1,3% aastas (joonis 81)⁵. Langus on toimunud meeste vähihaigestumuse arvelt (langus 1,2% aastas), samal ajal kui naistel on haigestumus püsinud stabiilsena. Pikaajalisi järelusi ei saa praegustele andmetele tuginedes veel teha, sest langustrendi on mõjutanud haigestumuse vähenemine COVID-19 pandeemia ajal aastatel 2020 ja 2021, mis oli seotud tervishoiuteenuste piiratud kättesaadavuse, sõeluuringute madala osalusmäära, patsientide vähenenud pöördumistega kergemate sümptomite korral ja COVID-19 surmadega inimeste seas, kellel oleks võidud lähiajal vähk diagnoosida. Juhtude arv suurenes taas 2022. aastal ja vanusestandardituid haigestumuskordaja tõusis umbes pandeemiaeelsele tasemele.



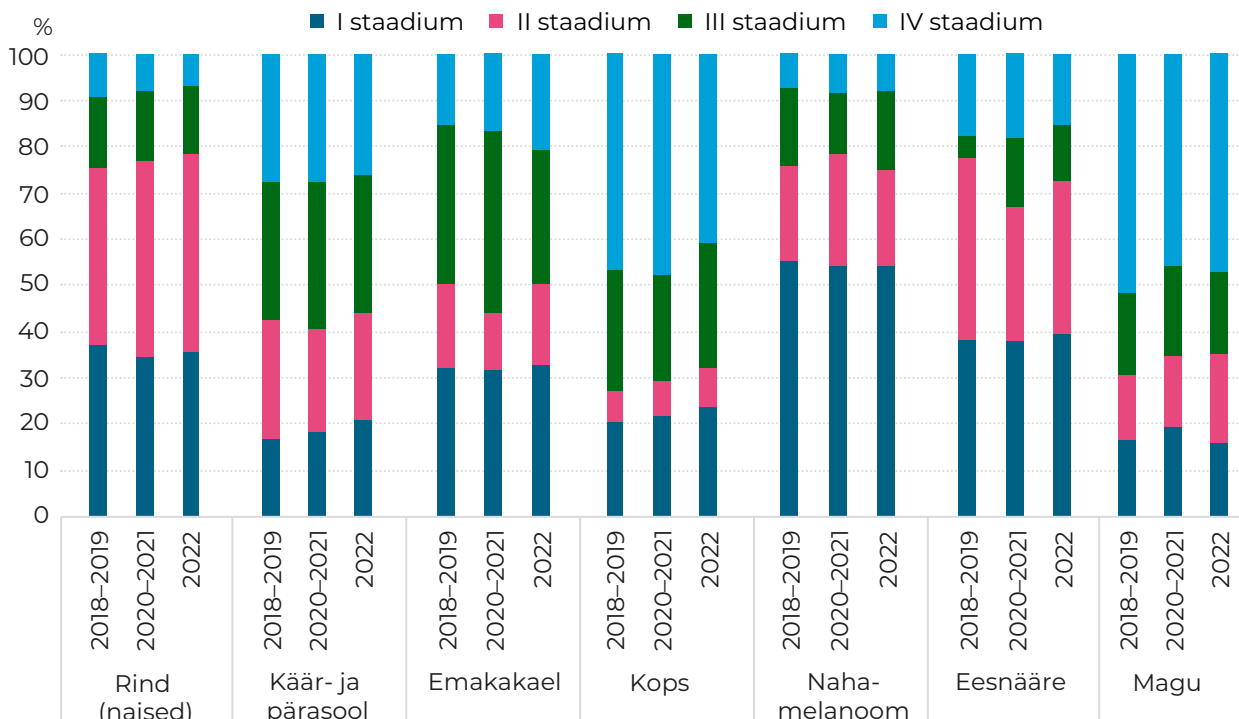
Joonis 81. Vähihaigestumus, kõik paikmed, standardituid maailma rahvastikule, 2000–2022.

Allikas: vähiregister (TAI)

⁴ Näitajad on kirjeldatud vähitõrje tegevuskava lehekülgedel 88–89.

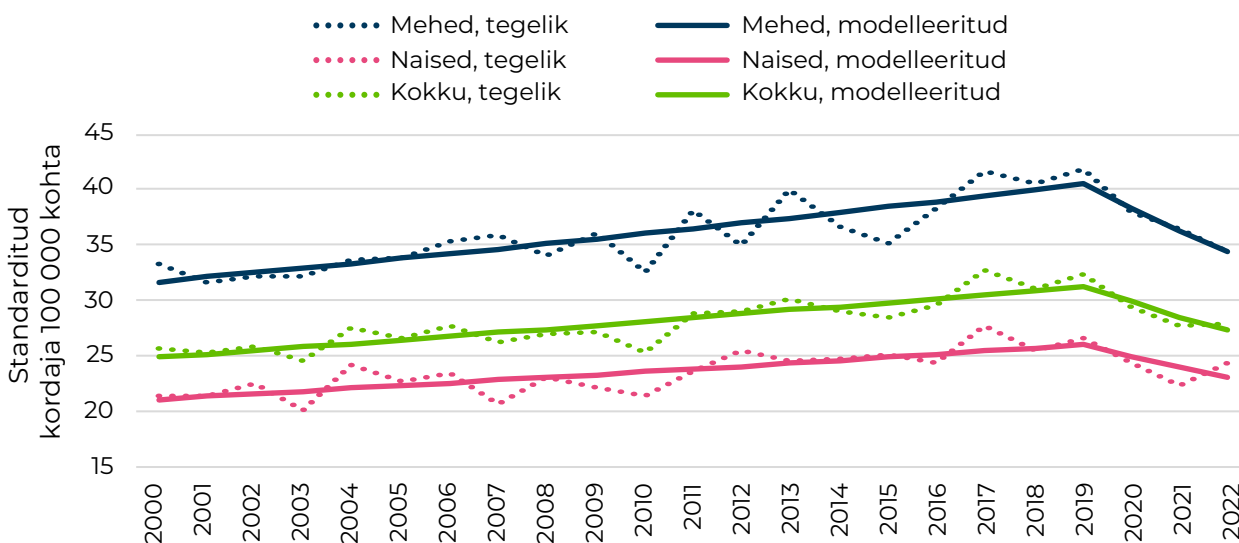
⁵ Siin ja edaspidi on kordajad modelleeritud ning aastane protsentuaalne muutus leitud muutuspunkti regressioonanalüüsiga.

Võrreldes haigusjuhte, mis diagnoositi enne COVID-19 pandeemiat, selle ajal ja pärast pandeemiat, saab öelda, et pandeemia ei ole toonud kaasa vähidiagnoosi märkimisväärt hilinemist: varases staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsus teadaoleva staadiumiga juhtude hulgas on pigem suurenenud ja kauglearenenud staadiumi osatähtsus vähenenud (joonis 82).



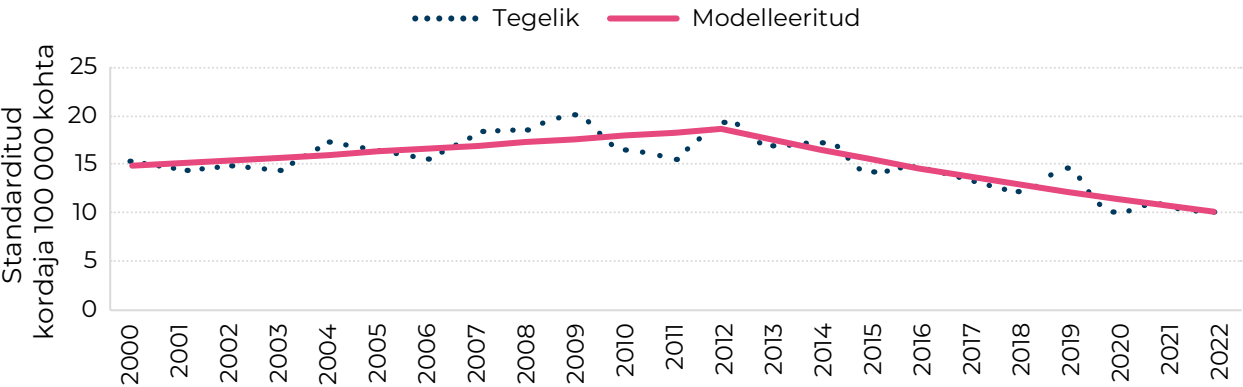
Joonis 82. Valitud vähipaikmete staadiumijaotus enne COVID-19 pandeemiat, selle ajal ja pärast pandeemiat (teadaoleva staadiumiga juhud), 2018–2022. Allikas: vähiregister (TAI)

Käär- ja pärasoolevähi haigestumuses on toimunud kiire langus pärast 2019. aastat: kokku 4,5% aastas, meestel 5,3% aastas (joonis 83). Arvestades COVID-19 pandeemiast tingitud tervishoiuteenuste piiratud kättesaadavust, samuti söeluuringul osaluse vähenemist pandeemia ajal, ei saa praegu veel järeldada, et tegemist on söeluuringu mõju avaldumisega, kuigi haigestumus ei tõusnud 2022. aastal tagasi pandeemiaeelsele tasemele (loe täpsemalt peatükist 5.2). Ühtlasi võib täheldada esimeses staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsuse suurenemist, mis on kooskõlas söeluuringu oodatava efektiga (joonis 82).



Joonis 83. Käär- ja pärasoolevähi haigestumus, standarditud maailma rahvastikule, 2000–2022. Allikas: vähiregister (TAI)

Haigestumus emakakaelavähki on vähenenud alates 2012. aastast ligi 6% aastas (joonis 84). Tegemist on pikaajalise püsiva trendiga, mida saab seostada söeluuringu mõjuga. Küll aga viitab kaugelearenenud staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsuse suurenemine, et söeluuringuga on õnnestunud ära hoida varase staadiumi kasvaja, ent söeluuringust jäävad kõrvale naised, kellel on suurem risk nii emakakaelavähi tekkeks kui ka hiliseks avastamiseks (loe täpsemalt peatükist 5.2).



Joonis 84. Haigestumus emakakaelavähki, standarditud maailma rahvastikule, 2000–2022.
Allikas: vähiregister (TAI)

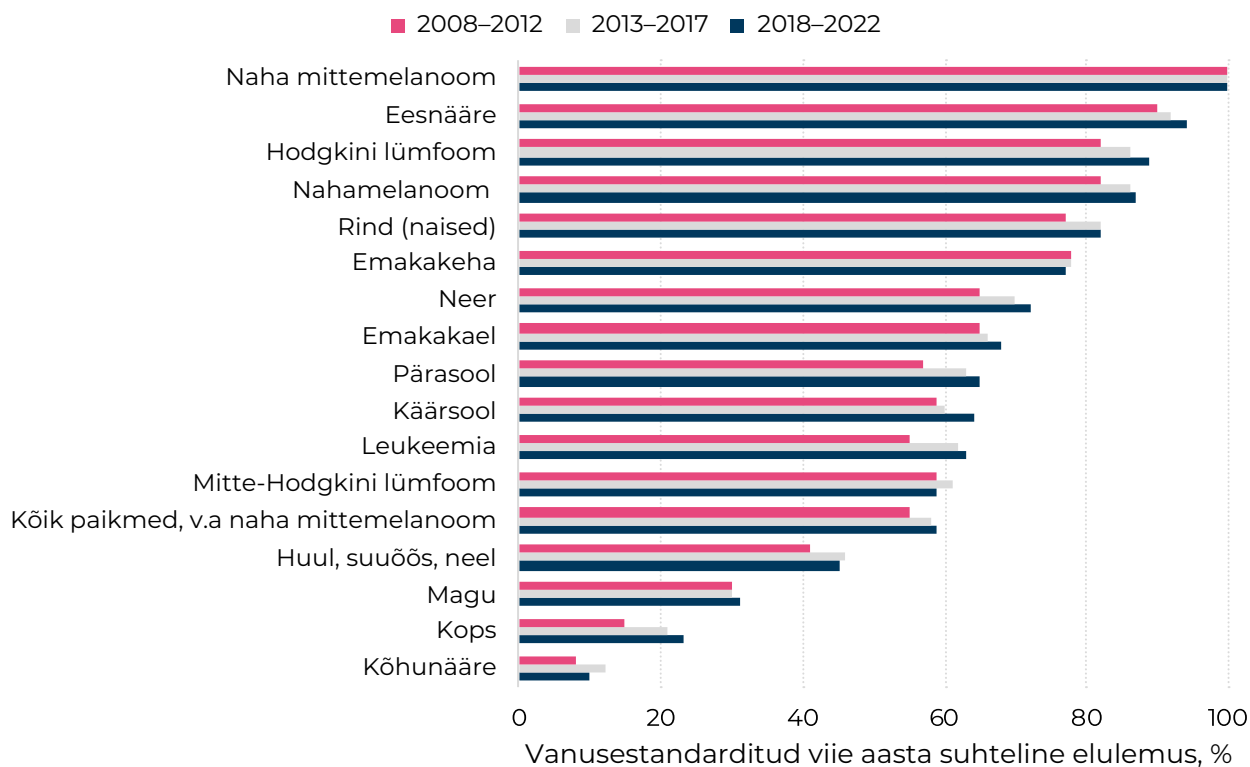
Teistest sagedamatest paikmetest suureneb naiste seas endiselt haigestumus rinnavähki. Rinnavähi korral suureneb aeglaselt ka varases staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsus. Kaugmetastaasidega diagnoositud juhtude osatähtsus püsib alla 10% (joonis 82). Kopsuvähi haigestumus on meestel pikaajalises langustrendis, naistel stabiliseerunud ning haiguse avastamine on nihkunud pigem varasemaks. Maovähihaigestumus on pikaajaliselt vähenemas nii meestel kui ka naistel ja haigus avastatakse pigem varem. Haigestumus eesnäärmevähki oli langustrendis alates 2011. aastast, ent suurenes 2022. aastal taas. Andmed viitavad väikese riskiga kasvaja ülemäärasele diagnoosimisele tingituna laialdasest prostata-spetsiifilise antigeeni (PSA) testimisest meesrahvastikus. Nahamelanoomi haigestumus on viimastel aastatel vähenenud ja staadiumijaotus on püsinud stabiilsena.

Visioon – inimesed elavad pärast vähidiagnoosi kauem ja tervemana

Vähielulemuse mõõtmine võimaldab hinnata vähitõrjemeetmeid tervikuna, hõlmates nii varase avastamise kui ka ravi tõhususe mõju.

Visioon	Vähitõrje tegevuskava tulemusindikaator ja eesmärk
Inimesed elavad pärast vähidiagnoosi kauem ja tervemana	- Suhteline elulemus suureneb pidevalt - Elulemusnäitajad paikmeti on samal tasemel Põhjamaadega - Vähenevad soolised erinevused elulemuses

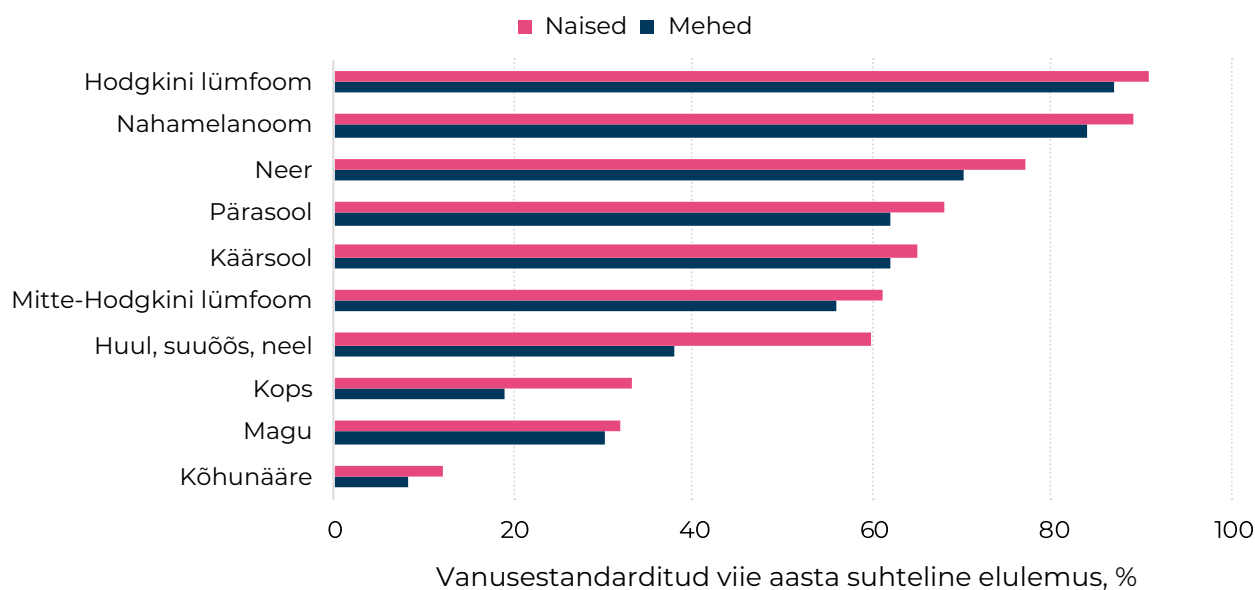
Viie aasta suhteline elulemus suureneb Eestis järjepidevalt (joonis 85). Kõigi vähijuhtude viie aasta elulemus (v.a naha mittemelanoom) on perioodide 2008–2012 ja 2018–2022 võrdluses suurenenud 55%-lt 59%-le. Viimase perioodi (2018–2022) näitajate hindamisel tuleb arvestada, et vähiga elavatel inimestel oli kogurahvastikuga võrreldes suurem risk surra COVID-19 tagajärjel. Viimase kümne aasta jooksul on suurimaid muutusi täheldatud pärasoolevähi, kopsuvähi ja leukeemia korral (8% võrra), samuti neeruvähi ja Hodgkini lümfoomi korral (7% võrra) ning käärsoolevähi, nahamelanoomi ja naiste rinnavähi korral (5% võrra). Muutumatusena on püsinud emakakehavähi ja mitte-Hodgkini lümfoomi elulemus.



Joonis 85. Viie aasta suhteline vähielulemus, 2008–2012, 2013–2017 ja 2018–2022.

Allikas: vähiregister (TAI)

Enamiku paikmete korral on naiste elulemusnäitajad paremad kui meestel (joonis 86). Eriti suur erinevus iseloomustab suu- ja neeluvähki, mille korral naiste elulemus ületab meeste oma 22% võrra, ning kopsuvähki (14% võrra). Võrreldes viimaseid näitajaid perioodiga 1995–2006 (Innos jt, 2015), on elulemuse erinevus meeste ja naiste vahel märgatavalt vähenenud nahamelanoomi korral (varem vahe 17%, nüüd 5%), samuti Hodgkini lümfoomi korral (9% vs. 4%). Samal ajal on suurenenud elulemuse erinevus kopsuvähi korral (5% vs. 14%), mis on peamiselt põhjustatud naiste elulemuse kiirest kasvust. Meestel täheldatava elulemuse mahajäämuse peamised põhjused peituvad tõenäoliselt hilisemas avastamises, aga ka tervisekäitumises nii enne kui ka pärast diagnoosi.



Joonis 86. Valitud paikmete viie aasta suhteline elulemus, 2018–2022.

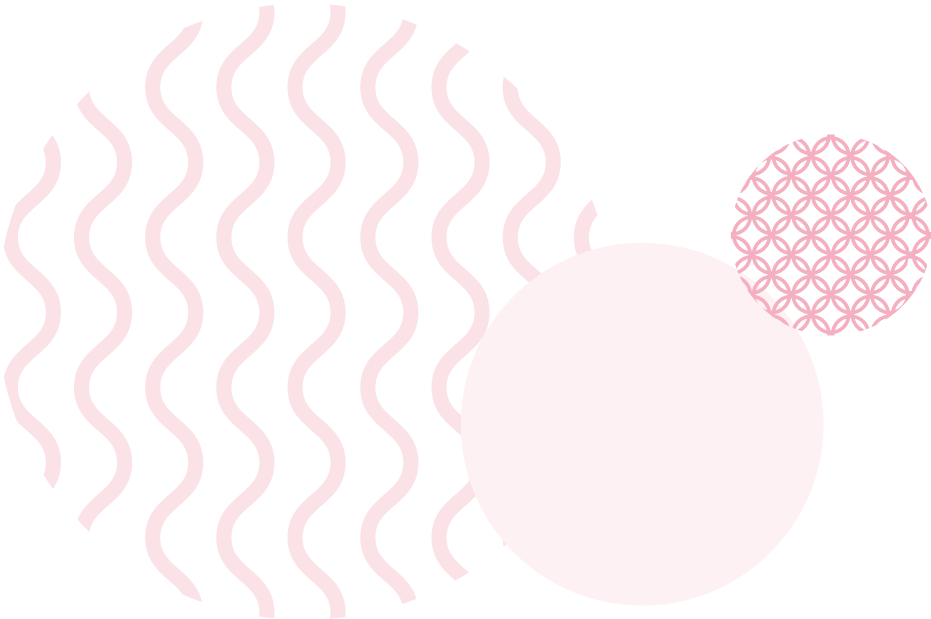
Allikas: vähiregister (TAI)

Valitud paikmete elulemusnäitajaid Põhjamaadega võrreldes on Eestis elulemus Soome ja Taaniga üldjoontes samal tasemel mao-, kõhunäärme-, kopsu-, munasarja-, eesnäärme- ja munandivähi ning Hodgkini tõve korral. Suur mahajäämus ilmneb mitte-Hodgkini lümfoomi ning pea- ja kaelapiirkonna vähi korral (huul, suuõõs, neel), mõõdukas mahajäämus iseloomustab käär- ja pärasoolevähki, nahamelanoomi ja rinnavähki (tabel 2).

Tabel 2. Valitud paikmete vanusestandarditud viie aasta suhteline elulemus Eestis, Soomes ja Taanis, 2018–2022

Paige	Mehed; %			Naised; %		
	Eesti	Soome	Taani	Eesti	Soome	Taani
Huul, suuõõs, neel	38	65	62	60	78	70
Magu	30	30	30	32	38	37
Käärsool	62	66	73	65	72	73
Pärasool	62	70	72	68	73	75
Kõhunääre	8	11	13	12	13	15
Kops	19	17	26	33	27	34
Nahamelanoom	84	93	96	89	95	98
Rind	–	–	–	82	91	91
Emakakael	–	–	–	68	70	76
Emakakeha	–	–	–	77	83	83
Munasari	–	–	–	46	50	46
Eesnääre	94	94	91	–	–	–
Munand	98	92	96	–	–	–
Neer	70	75	79	77	74	78
Hodgkini lümfoom	87	89	92	91	94	95
Mitte-Hodgkini lümfoom	56	69	80	61	75	84

Allikas: vähiregister (TAI); (Larønningen jt, 2024)



5.2. Ennetus ja sõeluuringud

Nii üleilmselt kui ka Eestis saab hinnanguliselt 44% vähisurmadest seostada potentsiaalselt mõjutatavate vähi riskiteguritega, mis on käitumuslikud (nt tubaka ja alkoholi tarvitamine), keskkonnaga seotud (nt õhusaaste, töökohtadel esinevad tegurid) ja metaboolsed (nt liigne kehakaal). Eestis on olulisemad just käitumuslikud ja metaboolsed riskitegurid (Tran jt, 2022). Vähitõrje tegevuskavas on kokku lepitud vähihaigestumust ja -suremust enim mõjutavate tervisekäitumise aspektide, samuti vähki põhjustavate viiruste vastu vaksineerimise ja sõeluuringutega seotud näitajate jälgimises (tabel 3).

Tabel 3. Vähitõrje tegevuskava ennetuse ja varase avastamise protsessiindikaatorid

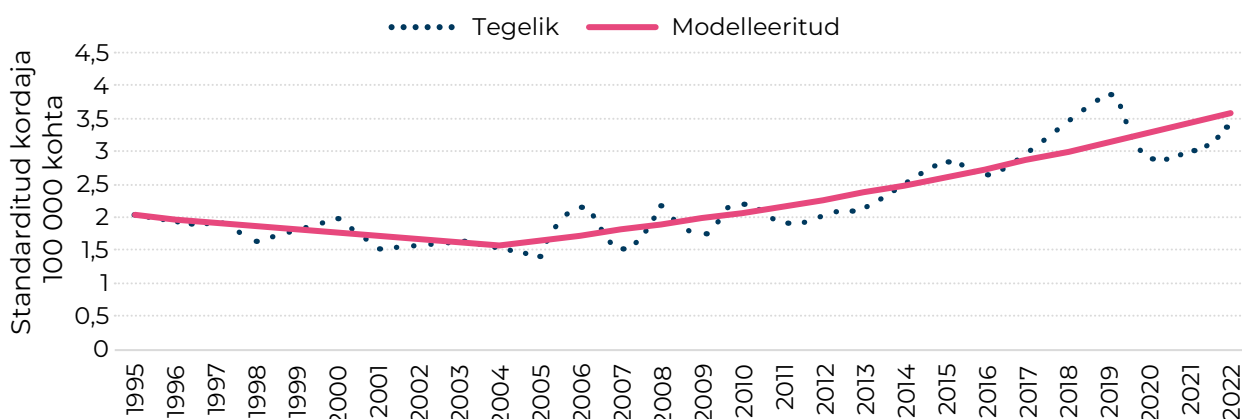
Indikaator	Hetkeseis (andmete aasta)	Siht (tähtaeg)
Igapäevasuitsetajate osatähtsus täiskasvanud rahvastikus; %		
Mehed	18 (2024)	19 (2024)
Naised	10 (2024)	10 (2024)
Absoluutalkoholi tarbimine elaniku kohta aastas; l	11 (2023)	< 8 (2030)
Ülekaaluliste ja rasvunute osatähtsus täiskasvanute seas; %	52 (2024)	< 50 (2030)
Ülekaaluliste ja rasvunute osatähtsus 7–8-aastaste laste seas; %	28 (2022)	< 25 (2030)
Viimase 7 päeva jooksul päevas keskmiselt üle 300 g päevas köögivilju söönud inimeste osatähtsus tööelise rahvastiku seas; %	32 (2024)	≥ 40 (2030)
Viimase 7 päeva jooksul päevas keskmiselt üle 200 g päevas puuvilju/marju söönud inimeste osatähtsus rahvastiku seas; %	47 (2024)	≥ 65 (2030)
Suhkrute, soola või küllastanud rasvhapete sisalduse vähenemine reformuleerimise plaanis kokkulepitud toidugruppides; %	–	≥ 10 (2030)
Neli korda nädalas või sagedamini poole tunni või pikema aja vältel tervisesporti harrastavate täiskasvanute osatähtsus; %	18 (2024)	≥ 15 (2030)
Iga päev vähemalt 60 minutit kehaliselt aktiivsete 11-, 13- ja 15-aastaste kooliõpilaste osatähtsus; %	16 (2022)	≥ 30 (2030)
Kodus tubakasuitsuga kokkupuutuvate elanike osatähtsus; %	9 (2024)	< 5 (2030)
Sihtrühma hõlmatus HPV-vaktsiiniga; %		
12–14-aastased tüdrukud	54 (2024)	
12–14-aastased poisid	41 (2024)	≥ 70 (2030)
Sihtrühma hõlmatus HBV-vaktsiiniga; %		
3-aastased (4 doosi)	79 (2024)	≥ 95 (2030)
Rahvastikupõhiste sõeluuringute osalusmäär sihtrühmas; %		
Rinnavähk	65 (2024)	≥ 70 (2025)
Emakakaelavähk	65 (2024)	≥ 70 (2025)
Soolevähk	62 (2024)	≥ 70 (2025)
I ja II staadiumis diagnoositud rinnavähijuhtude osatähtsus; %	74 (2022)	≥ 75 (2025)
I ja II staadiumis diagnoositud käär- ja pärasoolevähijuhtude osatähtsus; %	39 (2022)	≥ 70 (2025)

Allikas: TAI; terviseamet

Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmete kohaselt oli Eestis 2024. aastal igapäevasuitsetajaid meestest 18% ja naistest 10%, mis on kooskõlas vähitõrje tegevuskavas seatud sihiga (tabel 3). Kodus puutub tubakasuitsuga kokku 9% inimestest. Ülekaaluliste ja rasvunute osatähtsuses, köögiviljade ja puuviljade tarbimises on sihid seatud 2030. aastaks ja nendeni ei ole veel jõutud. Murettekitavalt väike on iga päev kehaliselt aktiivsete kooliõpilaste osatähtsus (16% aastal 2022, siht 2030. aastaks $\geq 30\%$).

Vähitõrje tegevuskava näeb ette inimeste teavitamist **alkoholiga seotud vähiriskist**. Aastal 2022 korraldatud uuringust selgus, et Eesti inimeste teadlikkus alkoholist kui eri tüüpi vähkide riskitegurist on üldiselt madal. Maksavähki oskas alkoholiga seostada üle 60% vastanutest, kuid soolevähki vaid 30% ja rinnavähki 10% (Kaal ja Pajula, 2024). Üldine toetus vastava tootemärgistuse kasutuselevõtule oli vaid 54%, ent mida suurem oli teadlikkus alkoholi põhjustatud vähiriskist ja mida riskeerivamaks hinnati enda alkoholitarvitamist, seda suurem oli ka toetus tootemärgistuse rakendamisele (Reile ja Innos, 2024). Absoluutalkoholi tarbiti 2023. aastal 9 liitrit elaniku kohta (eesmärk 2030. aastaks < 8 l).

Üks vähiennetuse tähtsamaid eesmärke on uute põlvkondade kaitsmine, vaktsineerides neid vähki põhjustavate viiruste vastu. Eestis on pikka aega täheldatud murettekitavaid suundumusi **inimese papilloomiviirusest (HPV)** tingitud emakakaelavähi haigestumuses. Ent hiljutine põhjalik trendianalüüs viitas, et HPV-nakkus mõjutab märkimisväärselt ka pea- ja kaelakasvajatesse haigestumust, olles lisandunud nende kasvajate peamistele riskiteguritele alkoholi- ja tubakatarvitamisele (Kase jt, 2021). Peamiselt HPV-st tingitud haigestumus suuneeluvähki on Eestis suurenenud väga kiiresti, 5% aastas (joonis 87), eriti kiiresti on haigestumus suurenenud naistel (10% aastas, meestel 3% aastas).



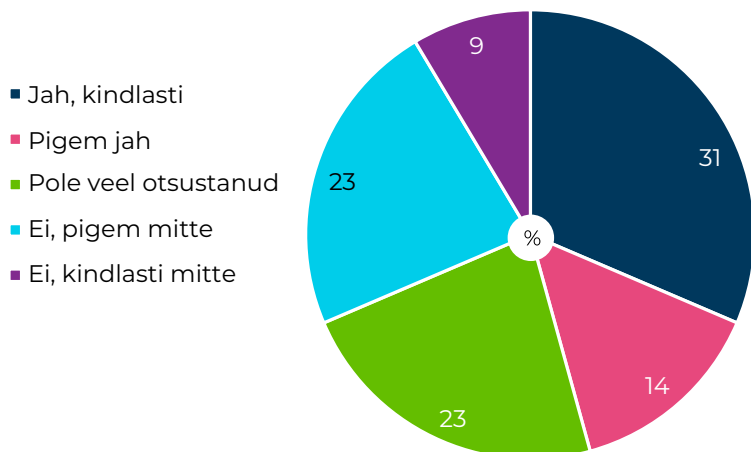
Joonis 87. Haigestumus suuneeluvähki, standarditud maailma rahvastikule, 1995–2022.

Allikas: vähiregister (TAI)

Emakakaelavähi sõeluuringus osalenud naiste seas oli kõrge onkogeense riskiga HPV-tüvede levimus Eestis 2021. aastal 9%, olles kõrgeim (17%) 30-aastastel naistel ja madalaim (6%) 50-aastastel naistel (Eamets, 2023). Kõige suurema levimusega (2,5%) genotüüp oli HPV16, mis kannab ka kõige suuremat vähiriski. Arvestades, et sõeluuringus osalevad terviseteadlikumad ja väiksema vähiriskiga naised, võib eeldada, et suure riskiga HPV-tüvede levimus rahvastikus on siiski mõnevõrra suurem.

HPV-vastane vaktsineerimine lisati Eestis riiklikku immuniseerimiskavasse 2018. aastal, kui alustati 12–14-aastaste tüdrukute vaktsineerimist üheksavalentse vaktsiiniga kahedoosilise skeemiga. Aastal 2024 võeti kasutusele ühe doosiga skeem, vaktsineerimist laiendati poistele ja tasuta vaktsiini pakutakse kõigile 12–18-aastastele noortele.

Euroopa Komisjoni rahastatud projekti PERCH raames uuriti 2023. aastal HPV-vastase vaktsineerimisega seotud teadmisi ja hoiakuid lapsevanemate, õpetajate, kooliõpilaste ja tervishoiutöötajate seas. Küsitlusest selgus, et 79% vastanud lapsevanemate kuuendas klassis õppiv laps ei olnud vaktsineeritud HPV vastu, 11% oli vaktsineeritud ja 10% ei osanud vastata. Ilmnes lapsevanemate vähene valmidus vaktsineerida oma lapsi HPV vastu: vaid 45% väljendasid soovi oma last vaktsineerida (joonis 88) (Veerus jt, 2024).



Joonis 88. Küsitlusele vastanud lapsevanemate osatähtsus, kes kavatsevad oma last vaktsineerida HPV vastu, 2023. Allikas: Veerus jt, 2024

Lapsevanemad tõid välja, et teavet HPV kohta napib ja küsimus on ühiskonnas vähe nähtav. Ka õpetajate ja õpilaste hinnangul on lapsevanemad vaktsineerimisest vähe teadlikud ja vajaksid sihipärast teavitamist tervise teemadel. Rõhutati, et teave peab olema lihtsasti mõistetav ja arusaadav kõigi jaoks. Lapsevanemad ootavad teavet eelkõige tervishoiutöötajatelt (nt perearstid, naistearstid). Vaktsineerimisega seotud tervishoiutöötajad väljendasid vajadust värskendada teadmisi vaktsiinide ohutusest, kõrvaltoimetest ja tõhususest ning täiendada oma nõustamisoskusi.

Suurt muret teevad venekeelsed koolid, kus HPV ja sellega seotud küsimused on tabud ja teadlikkus madal ning kooliõdedel on väga keeruline selle teemaga tegeleda. Eestikeelsetes koolides on olukord parem, kuid üldine teadlikkus HPV-st ja HPV-vastasest vaktsineerimisest on õpilaste seas endiselt madal, kuid tüdrukud on poistest teadlikumad. Õpetajad väljendasid selget vajadust lisada vaktsineerimisega seotud teemad õppekavasse.

Eestis toimub kolm organiseeritud **vähi sõeluuringut**: vähieelsete seisundite avastamisele ja sellega vähijuhtude ärahoidmisele suunatud emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring ning varasele avastamisele suunatud rinnavähi sõeluuring. Viimase viie aasta jooksul on TAI-s pööratud suurt tähelepanu sõeluuringute tulemuslikkuse hindamisele ja uute lahenduste väljatöötamisele. COVID-19 pandeemia järel on mitme osalise jõupingutuste tulemusena õnnestunud suurendada vähi sõeluuringute osalusmäära. Viimase nelja aastaga on osalus kasvanud rinnavähi sõeluuringus 59%-lt 65%-le, soolevähi sõeluuringus 49%-lt 62%-le ja emakakaelavähi sõeluuringus 51%-lt 65%-le (joonis 45, ptk 2.3.3). Sellele on kaasa aidanud nii laialdane teavitus ja tõhusam kutsete saatmine e-kirjade ning SMS-dega kui ka uute lahenduste pakkumine.

Eestis 2006. aastal alustatud **emakakaelavähi sõeluuring** on ennetav, mis võimaldab avastada rakumuutused enne pahaloomuliseks muutumist. Vähieelsete seisundite eduka ravi korral õnnestub vähi teke ära hoida. Aastal 2021 avastati emakakaelavähi sõeluuringul vähieelsed seisundid ligi 600 naisel ja sõeluuringul avastatud vähijuhtudest enamik olid preinvasiivsed in situ vähid või varases staadiumis (Zimmermann jt, 2024).

Emakakaelavähi koguhaigestumus püsis Eestis pikka aega Euroopa kõrgeimate seas (ECIS, 2024), kuid on alates 2013. aastast vähenenud 5,6% aastas (joonis 84). Haigestumus on vähenenud sõeluuringu vanuserühmas järgmiselt: 30–39-aastastel naistel 11% aastas alates 2015. aastast, 40–49-aastastel naistel 7% aastas alates 2009. aastast ja 50–59-aastastel naistel 2008. aastast alates 4% aastas, samal ajal kui kuni 30-aastastel ning vähemalt 60-aastastel naistel on haigestumus püsinud stabiilsena (Innos, 2024).

Peamine probleem on haigestumuse vähenemine ainult varase staadiumi arvelt ehk teisisõnu ei ole vähenenud kauglearenenud (III ja IV staadiumi) emakakaelavähi haigestumus (Šavrova jt, 2023), mis viitab võimalusele, et ennetamisele ja varasele avastamisele suunatud tegevusest jäävad peamiselt kõrvale just suurema riskiga naised, kes ei käi ka väljaspool sõeluuringut regulaarselt tervisekontrollis.

Kuni 2020. aastani oli emakakaelavähi sõeluuringu esmasuuring tavapärane tsütoloogiline uuring ehk PAP-test. Võrreldes juhtkontrolluuringus emakakaelavähi diagnoosi saanud naise tervete kontrollidega, selgus, et PAP-testi tegemata jätmine suurendas emakakaelavähi riski kaks ja pool korda (Nõmm, 2021; Nõmm jt, 2022). Paraku näitasid tulemused, et vähidiagnoosi said siiski ka paljud naised, kes olid hiljuti PAP-testi teinud, samuti ilmnesid olulised erinevused Eesti eri piirkondades. Tulemused viitasid seega probleemidele sõeluuringu korraldamise kvaliteedis. TAI-s ellu viidud järel doktoriprojekti raames tehtud täiendavad uuringud tõid esile tõsised küsitavused PAP-testide võtmises ja dokumenteerimises, eriti väiksemates laborites (Orumaa jt, 2022, 2023). Samuti täheldati märkimisväärsed puudusi nende naiste jälgimises, kellel sõeluuringu PAP-test näitas kõrvalekaldeid ja kes vajasis korduvaid uuringuid (Orumaa jt, 2022, 2023).

Alates 2021. aastast on emakakaelavähi sõeluuringu esmasuuring HPV-uuring, mille eesmärk on leida vähki põhjustav inimese papilloomviirusnakkus. See tekitab võimaluse juurutada uus lahendus ehk **HPV kodutestimine**, mis võimaldab sõeluuringust osa saada ka naistel, kes seda tavapärasel moel teha ei saa. HPV kodutesti võib pidada väga oluliseks teguriks emakakaelavähi sõeluuringu osaluse suurendamisel.

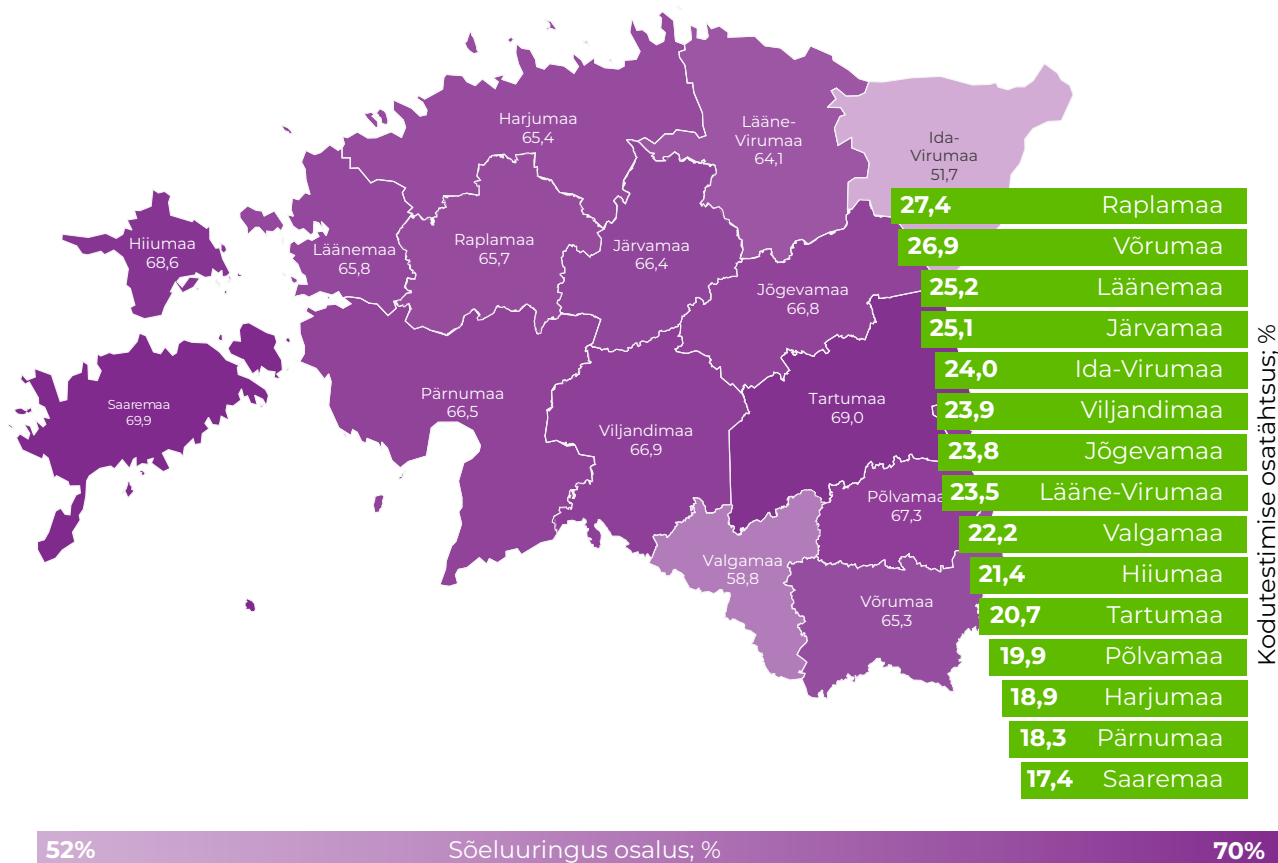
Aastal 2020 pikaajaliselt sõeluuringus mitteosalejate seas korraldatud HPV kodutestimise teostatavusuuring näitas suurimat osalusmäära rühmas, kus proovivõtuvahend saadeti postiga koju (*opt-out*), võrreldes veebipõhise tellimusvõimaluse saanud rühmaga (*opt-in*) (Hallik, 2021; Veerus jt, 2021). Kodutesti oli naiste hinnangul lihtne ja mugav teha ning üle 90% osalenutest soovis kodutestimist kasutada ka edaspidi. Aastal 2021 sõeluuringu sihtrühmas korraldatud randomiseeritud pilootuuring näitas kodutesti võimaluse saanud naiste seas osalusmäära olulist tõusu (keskmiselt 10% võrra), võrreldes tavapärase sõeluuringuga (Hallik jt, 2024). Mõju oli oluline nii *opt-in*- kui ka *opt-out*-rühmas, ent suurem viimases. Kodutesti kasutajakogemuse hinnangud olid valdavalt kõrged, sõeluuringul osalemisviisina eelistasid kodutesti enim eestlased ning 60- ja 65-aastased naised (Pöldmaa, 2024). Aastail 2022. ja 2023. pakuti HPV kodutesti sihtrühma naistele, kes ei olnud esimesel poolaastal sõeluuringus osalenud.

**HPV kodutesti
juurutamine
riiklikus
emakakaela-
vähi sõel-
uuringus**

**SKÄNNI
MIND**



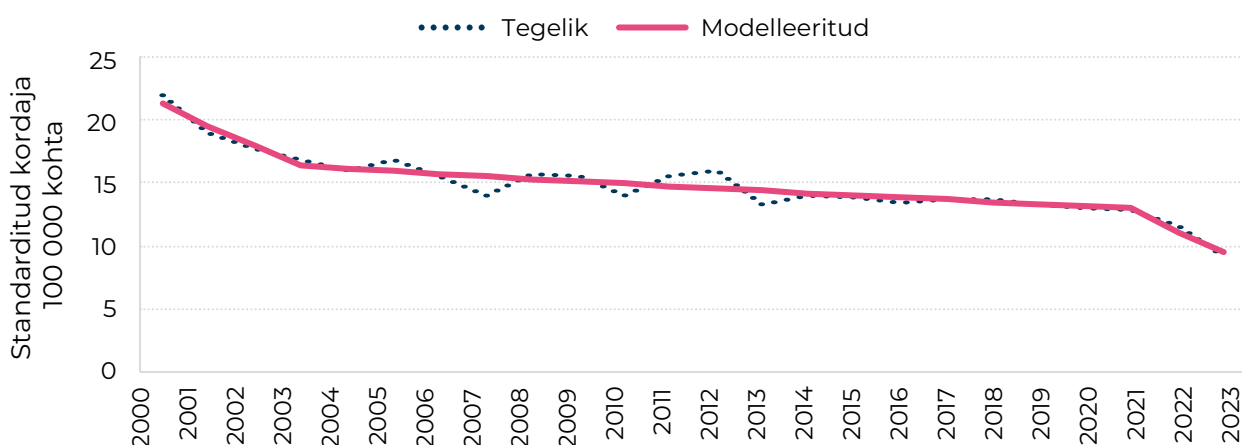
Aastal 2024 oli HPV kodutest kättesaadav juba kõigile sõeluuringu sihtrühma naistele aasta algusest, lisaks pakuti eriti madala sõeluuringu osalusmääraga maakondades (Ida-Viru ja Lõuna-Eesti maakonnad) HPV kodutesti naistele ka apteekides. Kodutesti valis sõeluuringus osalemiseks iga viies sõeluuringus osalenud naine (21%). Enim oli kodutesti teinud naisi Rapla ja Võru maakonnas (27%) ja kõige vähem Saare maakonnas (17%) (joonis 89). Erinevalt enamikust maakondadest, kus sõeluuringu osalus eelmise aastaga võrreldes ei muutunud, suurenes Ida-Viru maakonnas üldine sõeluuringus osalus aastaga 3% võrra ja kodutestijate osatähtsus oli seal üks suurimaid (24%). Vanuserühmade võrdluses oli kodutesti valinud naisi kõige rohkem 65-aastaste ja 60-aastaste seas (vastavalt 25% ja 23%), kõige vähem 50-aastaste naiste seas (18%). Alates 2025. aastast koordineerib HPV kodutestide veebipõhist tellimisvõimalust tervisekassa.



Joonis 89. Sõeluuringu osalusmäär ja kodutestijate osatähtsus maakonniti, 2024. Allikas: TAI

Rinnavähi varasele avastamisele ja sellega suuremuse vähendamisele suunatud **sõeluuring** algas Eestis organiseeritud kujul 2004. aastal. Sõeluuringu sihtrühma on järk-järgult laiendatud: kuni 2018. aastani kutsuti uuringule 50–62-aastaseid naisi, alates 2018. aastast kaasati kuni 68-aastased ja praeguseks saavad sõeluuringul osaleda 50–74-aastased naised. Osalusmäär aga on olnud pigem madal ja jõudis 60%-ni esimest korda alles 2022. aastal. Haigestumus rinnavähki on viimastel aastakümnetel suurenenud umbes 1,4% aastas, kasv on toimunud peamiselt esimese staadiumi arvelt, kolmanda ja neljanda staadiumi haigestumus on samal ajal vähenenud (Baburin, 2024). Üldist haigestumuse suurenemist rinnavähki saab tõenäoliselt seostada üleminekuga läänelikule eluviisile, mis on toonud kaasa rinnavähi riski suurendavad reproduktiivkäitumise muutused (nt vähem lapsi ja hilisemad sünnitused), rasvumise ja vähese kehalise aktiivsuse. Teiselt poolt viitab varase rinnavähi haigestumuse kiire kasv ka mammograafia laialdasele kasutamisele nii sõeluuringus kui ka selle väliselt.

Haigestumus rinnavähki on Eestis siiski 25% väiksem kui Euroopa Liidus keskmiselt, samal ajal kui suremus jääb keskmisele alla vaid 12% (ECIS, 2024). Suremus rinnavähki on Eestis alates 1990. aastate teisest poolest pidevalt vähenenud ligi 2% aastas. Enim on suremus vähenenud vanuserühmades 40–69 aastat, samal ajal kui vähemalt 70-aastaste naiste seas on suremus endiselt suurenemas (Baburin, 2024). Uuringutulemused on näidanud, et sõeluuringule kutsutud sünnikohortides ilmnes pärast sõeluuringu vanusesse jõudmist suremuse vähenemine, mis viitab sõeluuringu positiivsele mõjule (Baburin jt, 2024). Sõeluuringul avastatud vähijuhud on oluliselt varasemas staadiumis kui samas vanuserühmas muudmoodi tuvastatud vähijuhud (Innos jt, 2022a; Zimmermann jt, 2024). Viimased andmed näitavad rinnavähisuremuse vähenemist COVID-19 pandeemia järgnenud aastatel (joonis 90), mis on peamiselt tingitud 80-aastaste ja vanemate naiste suremuse järsust langusest.



Joonis 90. Rinnavähisuremus, standarditud maailma rahvastikule, naised, 2000–2023.

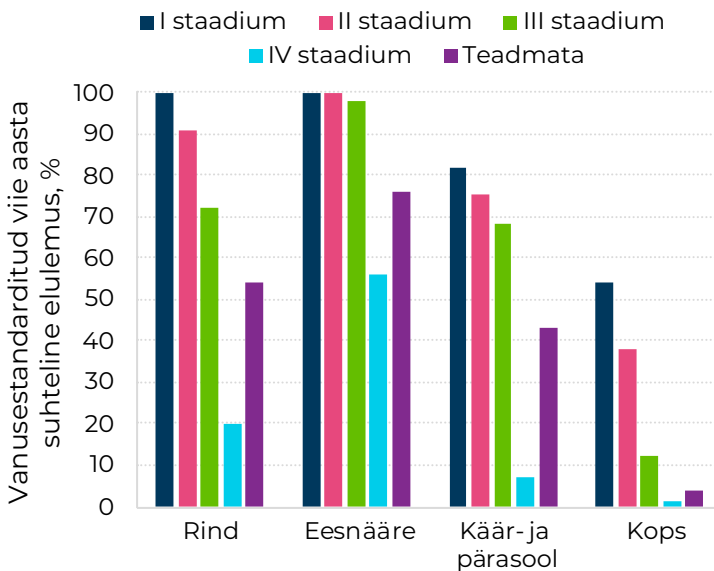
Allikas: surma põhjuste register (TAI)

Käär- ja pärasoolevähi ennetusele ning varasele avastamisele suunatud **soolevähi sõeluuringut** alustati Eestis alles 2016. aastal ja selle mõju haigestumusele on praegu raske hinnata. Haigestumus on alates 2019. aastast vähenenud nii üldiselt (joonis 83) kui ka vähemalt 60-aastaste vanuserühmas, mistõttu ei saa välistada COVID-19 pandeemia mõju. Aastal 2021 avastati vähieelne seisund ligi 600 inimesel ja avastatud vähkidest kaks kolmandikku olid esimeses või teises staadiumis (Zimmermann jt, 2024). Rahvusvahelise uuringu tulemused näitasid, et riikides, kus soolevähi sõeluuring on toimunud juba pikka aega, ilmnes märgatav mõju haigestumuse vähenemisele ja varasemale diagnoosimisele (Cardoso jt, 2021). Lisaks madalale osalusmäärale võib Eesti tagasihoidlike tulemuste taga olla sõeluuringu sihtrühma kitsas vanusevahemik. Kuni 2025. aastani kutsuti soolevähi sõeluuringule 60–68-aastaseid mehi ja naisi, kuigi rahvusvaheliselt soovitatakse sõeluuringut vanuses 50–69 aastat. Alates 2025. aastast oodatakse sõeluuringule ka 58-aastaseid inimesi. Kuni 60-aastastel inimestel suureneb käär- ja pärasoolevähi haigestumus püsivalt 1,4% aastas.

Kooskõlas Euroopa Komisjoni soovitustega on Eestis alustatud uuringuid kopsuvähi ja eesnäärmevähi riskipõhiste sõeluuringute teostatavuse hindamiseks.

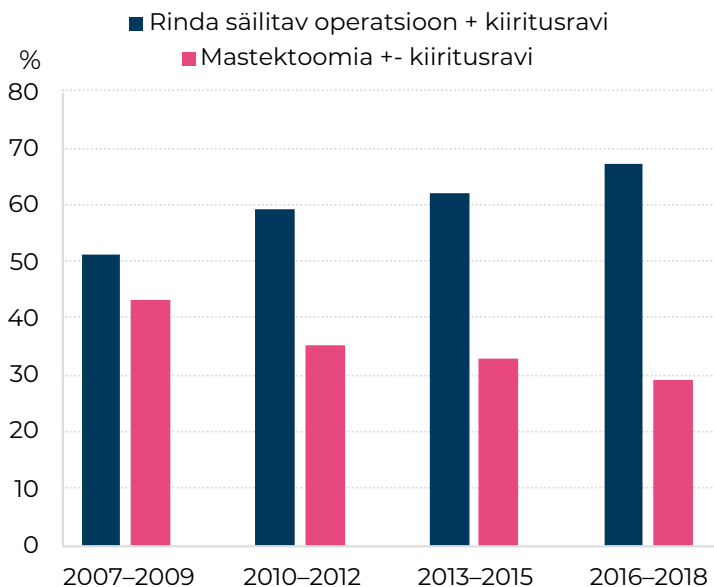
5.3. Diagnostika ja ravi

Viie aasta suhteline elulemus on üks olulisemaid näitajaid vähitõrje üldise tõhususe hindamisel, summaarselt kajastades õigeaegse diagnoosimise ja ravi tulemusi (vt ka 5.1). Vähiravi edukust eraldi aitab hinnata staadiumispetsiifilise elulemuse jälgimine (joonis 91).



Joonis 91. Valitud paikmete vanusestandarditud viie aasta suhteline elulemus staadiumi järgi, 2017–2021.

Allikas: vähiregister (TAI)



Joonis 92. Rinnavähipatsientide osatähtsus, kellel tehti rinda säilitav lõikus kombinatsioonis kiiritusraviga või mastektoomia koos või ilma kiiritusravita, 2007–2018. Allikas: Innos jt, 2021

Viimase 27 aasta jooksul on **rinnavähi** viie aasta suhteline elulemus Eestis suurenenud 19% võrra (Baburin, 2024). Võrdluses Põhjamaadega on Eesti naiste rinnavähielulemus umbes 10% võrra väiksem (tabel 2) (Zimmermann jt, 2024), mis on tõenäoliselt seotud sõeluuringul diagnoositud kasvaja väiksema osatähtsusega Eestis. Varases staadiumis diagnoositud rinnavähi elulemus on Eestis olnud heal tasemel juba pikemat aega (joonis 91), viimastel aastakümnetel on enim paranenud kolmanda ja neljanda staadiumi elulemus (Baburin, 2024; Baburin jt, 2014).

Üldine kiiritusravi kasutus ja samuti rinda säilitava operatsiooni ning kiiritusravi kombinatsiooni kasutus varase rinnavähiga patsientidel on Eestis tõhusalt suurenenud (joonis 92) (Innos jt, 2021; Shahrabi Fahreni, 2021; Shahrabi Farahani jt, 2021). Hormoonravi kasutus Eestis oli Euroopa teiste riikidega võrreldes suur ja vastas ravijuhistele, kuid vähi taasteket täheldati Eesti patsientidel sagedamini (Sant jt, 2020). Ühtlasi on Eesti rinnavähipatsientidel rohkem kaasuvaid haigusi Euroopa teiste riikidega võrreldes, mis võib mõjutada ravitulemusi (Minicozzi jt, 2019).

Käär- ja pärasoolevähi elulemuses on toimunud kiire areng, kuigi Eesti näitajad jäävad endiselt veidi maha Põhjamaade tulemustest (tabel 2). Varases avastamises ei ole märgatavaid muutusi toimunud, ent eriti kiiresti on kasvanud kolmandas staadiumis diagnoositud patsientide elulemus (joonis 91), mis viitab peamiselt diagnostika ja ravi tõhustumisele (Reima, 2022). Võrreldes 1997. ja 2011. aastal kasutatud diagnoosi- ja ravimeetodeid, leiti, et peamised elulemust parandanud tegurid on tõenäoliselt põhjalikud muutused diagnostikas ja ravis, eelkõige patoloogias ja adjuvantravis (Reima, 2022; Reima jt, 2020). Uurides käärsoolevähi täpse lokalisatsiooni mõju elulemusele, näidati, et parempoolse käärsoolevähi kehvem elulemus on seotud maksanurga kasvajatega, mis on tõenäoliselt tingitud kirurgilise ravi kehvemast kvaliteedist selle alapaikme korral (Reima jt, 2021). Rahvusvahelistes võrdlusuuringutes täheldati suuri erinevusi diagnostiliste protseduuride ja ravimeetodite kasutamises Euroopa riikides (Bouvier jt, 2021; Minicozzi jt, 2020).

Euroopa üheksa riigi andmeid hõlmanud uuringus ilmnes, et käär- ja pärasoolevähi viie aasta suhteline elulemus erines riigiti märkimisväärselt, samal ajal kui vähi taastekke esinemissagedus oli sarnane. Eesti elulemuse mahajäämus oli tingitud kaugelearenenud juhtude suurest osatähtsusest. Kirurgiliselt ravitud metastaasideta soolevähijuhtude elulemus oli Eestis sama hea nagu Euroopa teistes riikides (Bouvier jt, 2024).

Kopsuvähi elulemus Eestis püsib madal sarnaselt Põhjamaade näitajatega (tabel 2). Esimese staadiumi korral ulatub viie aasta elulemus üle 50%, kuid hilisema staadiumi korral on see oluliselt halvem (joonis 91). Rahvusvahelises uuringus võrreldi kopsuvähi diagnostikat, ravi ja elulemust Euroopa riikides (Belgia, Eesti, Portugal, Hispaania ja Šveits), kasutades andmeid aastatel 2010–2013 diagnoositud kopsuvähijuhtude kohta. Varases staadiumis kopsuvähi korral said Eesti patsiendid osalenud riikide keskmisest rohkem kirurgilist ravi, kuid kaugelearenenud haiguse korral said Eesti patsiendid teiste riikidega võrreldes vähem kiiritus- ja keemiaravi. Eesti elulemusnäitajad jäid teiste riikidega võrreldes madalamaks (Sant jt, 2023). Kuue Euroopa riigi (sh Eesti) ja USA võrdluses ilmnesid suured erinevused kirurgilise ja kiiritusravi kasutuses varases staadiumis mitteväikerakulise kopsuvähi korral, mis viitab ravijuhiste erinevale tõlgendamisele. Eesti paistis silma kirurgilist ravi saanud patsientide suure osatähtsusega, kuid kiiritusravi sai vähem patsiente kui teistes riikides. Kopsuvähi elulemuses erinevusi ei täheldatud (Baum jt, 2024).

[Kopsuvähi
sõeluuringu
teostatavus-
uuringud](#)

SKÄNNI
MIND



Eestis täheldati perioodide 2004–2008 ja 2014–2018 võrdluses kirurgilist, kiiritus- või süsteemravi saanud kopsuvähipatsientide osatähtsuse suurt tõusu, eriti kolmanda ja neljanda staadiumi korral (Innos & Paapsi, 2023). Euroopa Komisjon on andnud liikmesriikidele soovitusi uurida riskipõhise kopsuvähi sõeluuringu teostatavust, asjaomased uuringud on Eestis ka käimas.

Eesnäärmevähk on Eestis meestel kõige sagedamini diagnoositav kasvaja, mille korral ligi 60% juhtudest diagnoositakse esimeses või teises staadiumis. Eesnäärmevähi elulemus on kiiresti kasvanud ja ulatub 93%-ni ning on samal tasemel Põhjamaadega (tabel 2). Nii esimese, teise kui ka kolmanda staadiumi eesnäärmevähi viie aasta elulemus on Eestis 100% või selle lähedal, ka neljanda staadiumi elulemus ületab 55% (joonis 91). Viimastel andmetel on eesnäärmevähi suremus Eestis samuti üsna lähedal Põhjamaade näitajatele. Eesnäärmevähi suremuse kohta loe ka peatükist 5.6.



Euroopa Komisjon on andnud eesnäärmevähi suremuse vähendamiseks liikmesriikidele soovitusi uurida riskipõhise eesnäärmevähi sõeluuringu teostatavust, et selgitada kulutõhusalt välja suure riskiga kasvajakasvajakad, vältides samal ajal tarbetuid ning meeste elukvaliteeti mitte parandavaid diagnostika- ja raviprotseduure, Eestis on esimene teostatavusuuring käimas.

Pea- ja kaelapiirkonna vähkide elulemuses ilmneb Eestis suur mahajäämus Põhjamaade näitajatest, eriti meestel (tabel 2). Üks Eestis silmatorkav probleem on kasvajakasvajakate diagnoosimine hilises staadiumis: suu- ja neeluvähkidest diagnoositi neljandas staadiumis üle 60%, alaneelu vähkidest lausa 80% (Kase jt, 2021). Pea- ja kaelakasvajakatest kõige parema elulemusega on kilpnäärmevähk ja kõrivähk, mille korral viie aasta suhteline elulemus ulatub vastavalt 90%-ni ja üle 60%. Kõige halvem on elulemus suu- ja neeluvähi korral (viie aasta suhteline elulemus 33%), eriti suuneelu ja alaneelu korral (vastavalt 24% ja 17%).

Pea- ja kaelapiirkonna vähkide korral on väga suur erinevus meeste ja naiste elulemuses, nt suu- ja neeluvähi korral täheldati erinevust lausa 20% võrra. Võimalike selgituste hulka kuuluvad hilisem diagnoosimine, tervisekäitumine, kaasuvad haigused ja ravi järgimine (Innos jt, 2015; Kase jt, 2021).

Nahamelanoomi elulemus on viimastel aastakümnetel kiiresti paranenud ning on naistel jõudnud lähedale Põhjamaade näitajatele (tabel 2). Rahvusvahelise uuringu tulemused näitasid, et Eesti melanoomijuhtude staadiumijaotus oli sarnane Lääne-Euroopa osalenud riikidega (üle poole juhtudest diagnoositi esimeses staadiumis) (Sant jt, 2022). Uuringus vaadeldi diagnostikaprotseduuride vastavust ravijuhistele ja seoseid elulemusega. Hinnati patoloogiaraporti vastavust ravijuhistele (kas patoloogiaraport sisaldas täpseks diagnoosimiseks vajalikke andmeid, nagu kasvaja paksus, haavandumine, mitooside arv jms) ning täheldati madalamat elulemust nendel patsientidel, kelle patoloogiaraport ei olnud täielik. Eesti patsientide seas oli vähem neid, kelle patoloogiaraport sisaldas kõiki vajalikke andmeid, ent vähi leviku hindamiseks vajalikku valvurlümfisõlme uuringut tehti Eestis sama sageli nagu teistes osalenud riikides (Sant jt, 2022).

Harvaesinevateks nimetatakse kasvajakasvajakaid, mida esineb vähem kui kuus juhtu 100 000 inimese kohta. Sellesse rühma kuulub umbes 200 erinevat kasvajakasvajakat, mis kokku moodustavad 25% kõigist uutest Euroopas diagnoositud vähijuhtudest (Trama jt, 2025). Harvikkasvajakate esinemissageduse muutusi saab seostada muutustega teadaolevate riskitegurite esinemises. Nii on Euroopas vähenenud haigestumus suitsetamisega seotud kasvajakasvajakatesse, nagu näiteks kõri-, alaneelu- ja hingetoruvähk, ent kasvanud haigestumus HPV-ga seotud kasvajakasvajakatesse, nagu suuneelu-, anaalkanali-, peenise-, häbeme- ja tupevähk.

Harvaesinevate kasvajakasvajakate prognoos ei ole Euroopa riikides paranenud eelkõige diagnoosi hilinemise, esialgse ebakorrekse diagnoosi ja ravi tõttu. Elulemus oli madalaim rindkere, kesknärvisüsteemi ja seedesüsteemi kasvajakasvajakate korral (vastavalt 12%, 20%, 27%) ja kõrgeim endokriinsete ning meeste suguelundite ja urogenitaalsete kasvajakasvajakate korral (vastavalt 93% ja 77%). Riikide vahel täheldati olulisi erinevusi pea- ja kaelapiirkonna mitme kasvajakasvajakate elulemuses, ent ühtmoodi kõrge oli elulemus munandivähi korral (85–98%). Uuringus järelitati, et kuigi

harvikkasvajate ravis ei ole toimunud olulisi läbimurdeid, mõjutavad tervishoiusüsteemi investeeringud nende kasvajate elulemust siiski oluliselt (Trama jt, 2025).

Hematoloogilistest kasvajatest diagnoositi Eestis aastatel 2011–2015 ja 2016–2020 nii meeste kui ka naiste seas kõige sagedamini B-rakulist kroonilist lümfotsüüt-leukeemiat/ väikerakklümfoomi ja difuusset B-suurrakklümfoomi. Nii meeste kui ka naiste seas oli viie aasta suhteline elulemus aastatel 2016–2020 kõrgeim Hodgkini lümfoomi (89%) ja krooniliste müeloproliferatiivsete haiguste korral (meestel 74%, naistel 87%). Viie aasta suhteline elulemus oli nii meestel kui ka naistel madalaim ägedate müeloidleukeemiate korral (vastavalt 10% ja 15%) (Zimmermann jt, 2023).

Üleeuroopalise uuringu tulemused näitasid, et riikide erinevused **lümfoidkasvajate** pikaajalises elulemuses püsivad ja on seotud tervishoiu kogukuludega. Täheledata aga ka erinevusi sarnaste tervishoiu kogukuludega riikides, mis viitab tervishoiupoliitika mõjule. Hodgkini lümfoomi korral on Eesti patsientide elulemus Euroopa keskmisega sarnane, kuid mitte-Hodgkini lümfoomi korral üks Euroopa madalamaid (Sant jt, 2024).

Ka **müeloidkasvajate** peamiste alarühmade (äge müeloidleukeemia, müeloproliferatiivsed kasvaja, müelodüsplastilised sündroomid) elulemus Euroopas oli kõrgem suuremate riiklike tervishoiu kogukuludega riikides ja elulemus vähenes kulukvartiilides. Kõige kõrgem oli elulemus müeloproliferatiivsete kasvajate korral ja madalaim ägeda müeloidse leukeemia korral. Naiste elulemus oli üldjuhul parem kui meestel ning elulemus vähenes vanusega (Vener jt, 2025).

Kiiritusravi on kirurgilise ja süsteemravi kõrval tähtis raviviis, mis võimaldab vähist tervistuda või elukvaliteeti parandada. Aastatel 2018–2020 tehti Eestis kiiritusravi 7227 kasvajakohu korral (neist pahaloolumulised 7102). Pärast diagnoosi kahe kalendriaasta jooksul kiiritusravi saanud vähijuhtude osatähtsus suurenes neil aastatel 24%-lt 26%-le (kõik paikmed, v.a naha mittemelanoom). Sagedamatest paikmetest suurenes kiiritusravi saanud juhtude osatähtsus enim pärasoolevähi (39% vs. 49%), emakakehavähi (23% vs. 33%), peaajukasvajate (60% vs. 67%) ja rinnavähi (60% vs. 65%) korral. Rahvusvahelised ajakohased võrdlusandmed puuduvad, seetõttu ei ole võimalik anda täpset hinnangut, milline on kiiritusravi senine kasutus Eestis võrreldes optimaalse kasutusega.

Tabel 4. Kahe aasta jooksul pärast diagnoosiaastat kiiritusravi saanud vähijuhtude osatähtsus diagnoosiaasta juhtudest valitud paikmete korral staadiumi või morfoloogia järgi, Eesti, 2018–2020

Paige	TNM staadium/ morfoloogia	Osatähtsus diagnoosiaasta juhtudest; %
Söögitoru	II–III	78
Pärasool	III	69
Kops	IIIB	58
Rind	III	73
Emakakael	IB2–IV	86
Peaaju	Glioblastoom	79

Allikas: TAI

Tabelis 4 näidatud valitud paikmete staadiumi- või morfoloogiarühmades võib ekspertide hinnangul pidada optimaalseks kiiritusravi kasutust emakakaelavähi ja glioblastoomi korral, ent raviviis on alakasutatud söögitoru-, pärasoole-, kopsu- ja rinnavähi korral. Lisaks võib ekspertide hinnangul pidada optimaalseks kiiritusravi kasutust emakakehavähi korral, kuid alakasutus esineb tõenäoliselt kusepõievähi, pea- ja kaelapiirkonna kasvaja ning kõhunäärmevähi korral. Kiiritusravi võimalikud alakasutuse põhjused on patsientide kehva üldseisund, mis ei võimalda kiiritusravi teha, patsientide eelistused (nt keeldumine), kiiritusravi puudulik kättesaadavus (sh voodikohtade kättesaadavus) ja meditsiinipersonali suhtumine.

5.4. Laste ja noorte vähk

Lapseea vähk on väga harv ja Eestis diagnoositakse aastas umbes 35 juhtu. Vähiepidemioloogias käsitletakse lapseeana vanust kuni 14 aastat ning teismeliste ja noorte täiskasvanutena vanust 15–39 aastat. Haigestuvad rohkem poisid ja lapsed noorimas vanuserühmas (kuni nelja-aastased) (Paapsi jt, 2020). Lastel on kõige sagedamad paikmed leukeemiad, kesknärvisüsteemi kasvaja ja lümfoomid. Aastatel 1970–2016 kasvas laste haigestumus umbes 0,6% aastas. Sel ajal tehti Eesti tervishoiusüsteemis olulisi muudatusi ja tänu täpsemale diagnoosimisele ning uutele ravivõimalustele suurenes viie aasta elulemus lastel 25%-lt 80%-le (kõik paikmed kokku). Elulemus kasvas enim leukeemiate ja nefroblastoomide korral (1970.–1979. aastal vastavalt 7% ja 9%, 2007.–2016. aastal 86% ja 85%) (Paapsi jt, 2020).

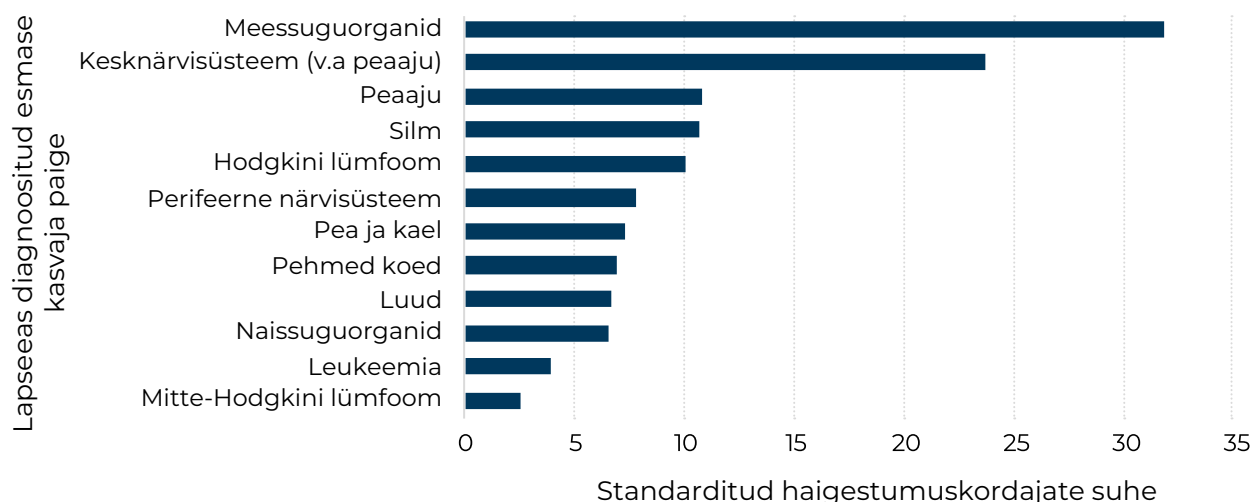
Lapseeas diagnoositud kasvaja elulemus varieerub riigiti. Üleeuroopalise uuringu andmete kohaselt oli Eesti patsientide elulemus Euroopa keskmisega võrreldav Hodgkini tõve ja mitte-Hodgkini lümfoomi korral, jäädes mõnevõrra madalamaks kesknärvisüsteemi kasvaja korral, samuti kõiki kasvajaid koos vaadeldes (Botta jt, 2022). Riikide erinevuse üks võimalikke põhjusi on haiguse diagnoosimine eri staadiumides.

TAI osalusel toimuva rahvusvahelise uuringu BENCHISTA eesmärk on juurutada laste kasvaja staadiumi määramisel spetsiaalselt selleks välja töötatud Toronto staadiumi klassifikatsioon, mis aitab **vähidiagnoosiga laste prognoosi** paremini hinnata (Lopez-Cortes jt, 2023). Uuringu esmaste tulemuste järgi oli Toronto staadium võimalik määrata 93% juhtudest. Sellegipoolest varieerusid staadiumi määramiseks kasutatud meetodid riigiti ja mitme metastaaside tuvastamiseks vajaliku meetodi (MIBG, kompuutertomograafia, positronemissioontomograafia – PET) kasutus oli Ida-Euroopas väiksem kui Euroopa teistes piirkondades. Pooltel patsientidel tuvastati diagnoosimise hetkel haiguse kauglevik, metastaaside esinemises täheldati geograafilisi erinevusi neuroblastoomi, nefroblastoomi, osteosarkoomi ja rabdomüosarkoomi korral. Ida-Euroopa riikides diagnoositi neuroblastoomi ja nefroblastoomi metastaasidega harvem kui Kesk-Euroopas, mis võib olla tingitud vähematest vajalikest uuringutest. Seega jääb küsimus, kas Ida-Euroopa riikides nähtud haiguse varasem diagnoosimine, ent väiksem arv vajalikke uuringuid kajastub ka elulemuse näitajates, mis avaldatakse uuringu järgmises etapis (Botta jt, 2025).

Lapseea kasvaja ravi on pikk ja toksiline ja pikaajaliste kõrvaltoimetega, millest kõige kriitilisemaks peetakse haigestumist **järgnevasse esmasesse kasvajasse**. Uue kasvaja teket mõjutavad keskkondlikud ja geneetilised riskitegurid, ent ka esmase kasvaja ravi. Eestis oli lapseea kasvajatest tervenenuitel üle kuue korra suurem risk haigestuda vähki, võrreldes kogurahvastikuga, mis oli kooskõlas rahvusvaheliste tulemustega (Soomlais, 2023). Suurem risk järgneva kasvaja diagnoosimiseks oli patsientidel, kelle esimene kasvaja diagnoositi 1970. aastatel, vanuses 10–14 aastat või kelle lapseeas diagnoositud esimese kasvaja paige oli meessuguorganid või kesknärvisüsteem (joonis 93). Järgnevate esmaste kasvaja seas oli enim rinnavähki ja naha mittemelanoomi (Soomlais, 2023).

Tulemused rõhutavad vähitõrje tegevuskavas välja toodud vajadust töötada välja jälgimisjuhend geneetilise eelsoodumusega laste jaoks, samuti igakülgne süsteem, mis aitaks lapseea kasvaja tervenenuitele tagada piisava järelkontrolli ja toe edaspidi.

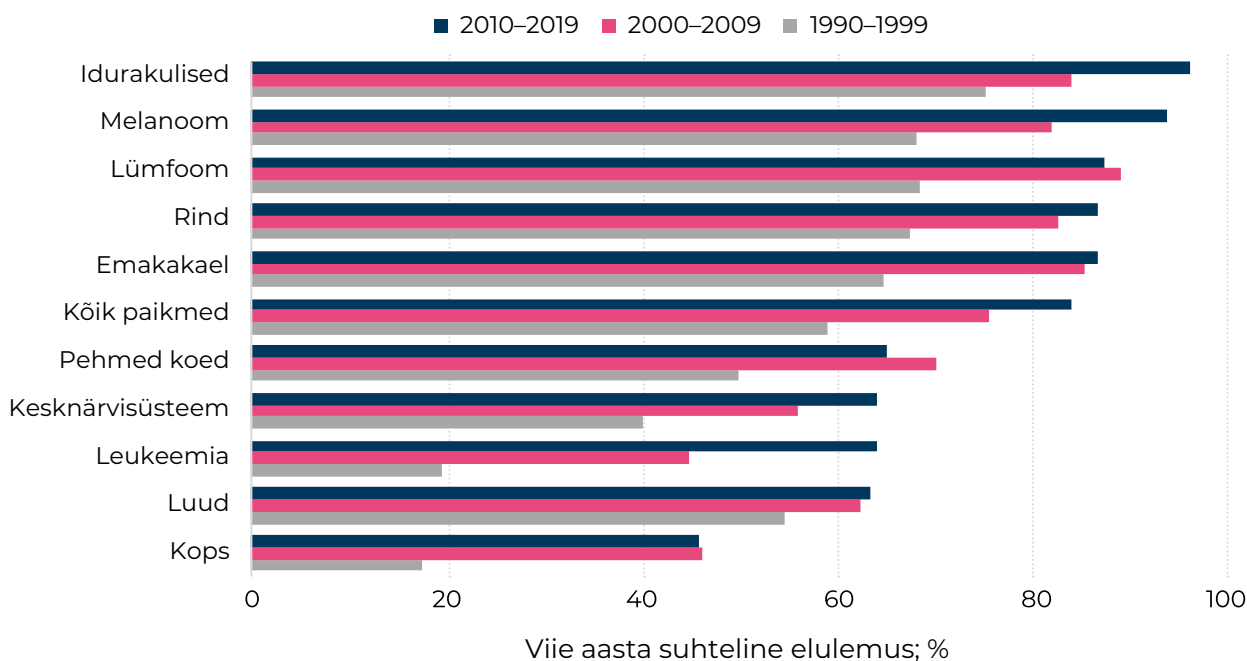
Teismeliste ja noorte täiskasvanute seas (15–39 aastat) diagnoositi maailmas 2019. aastal 1,9 miljonit vähijuhtu ja oli ligi 400 000 vähisurma. Suuremat haigestumust täheldatakse kõrgema arengutasemega riikides ja suuremat suremust madalama arengutasemega riikides. Sarnaselt teiste kõrge arengutasemega riikidega põhjustavad Eestis selles vanuserühmas suurimat haiguskoormust leukeemiad, kesknärvisüsteemi kasvaja ja rinnavähk (Alvarez jt, 2022). Aastatel 1970–2018 suurenes teismeliste ja noorte täiskasvanute haigestumus Eestis keskmiselt 1,4% aastas ja naistel kiiremini kui meestel (1,6% vs. 1,2%). Vanuserühmas 25–39 aastat on haigestumus suurem kui 15–24-aastastel (Paapsi jt, 2021).



Joonis 93. Lapseea kasvajast tervenemute risk haigestuda järgnevatesse esmastesse kasvajatesse, 1970–2019. Allikas: Soomlais, 2023

Üleeuroopalise uuringu tulemused näitasid, et 15–39-aastaste vähipatsientide elulemus suurenes küll enamiku vähipaikmete korral, ent vanemas vanuserühmas rohkem kui kuni 30-aastastel. Enim on elulemus paranenud hematoloogiliste kasvajate korral. Euroopa keskmisega võrreldes oli Eesti patsientide elulemus kõrgem luukasvajate korral, kuid jäi mõnevõrra madalamaks mitte-Hodgkini lümfoomi korral. Osa riikide kehvema elulemusnäitajaid võib tõenäoliselt seostada hilisema staadiumiga diagnoosimisel, piiratud ligipääsuga ravile ja patsientide vähese või hilineunud suunamisega kompetentsikeskustesse (Trama jt, 2024).

Eestis paranes teismeliste ja noorte täiskasvanute üldine viie aasta vähielulemus perioodide 1990–1999 ja 2010–2019 võrdluses 59%-lt 84%-le (joonis 94). Enim paranes elulemus leukeemiate ja kopsuvähi korral, samal ajal kui luukasvajate ja pehmete kudede kasvajate korral on elulemuse paranemine olnud pigem tagasihoidlik (Paapsi jt, 2024).



Joonis 94. Teismeliste ja noorte täiskasvanute viie aasta suhteline vähielulemus Eestis, 1990–2019. Allikas: vähiregister (TAI)

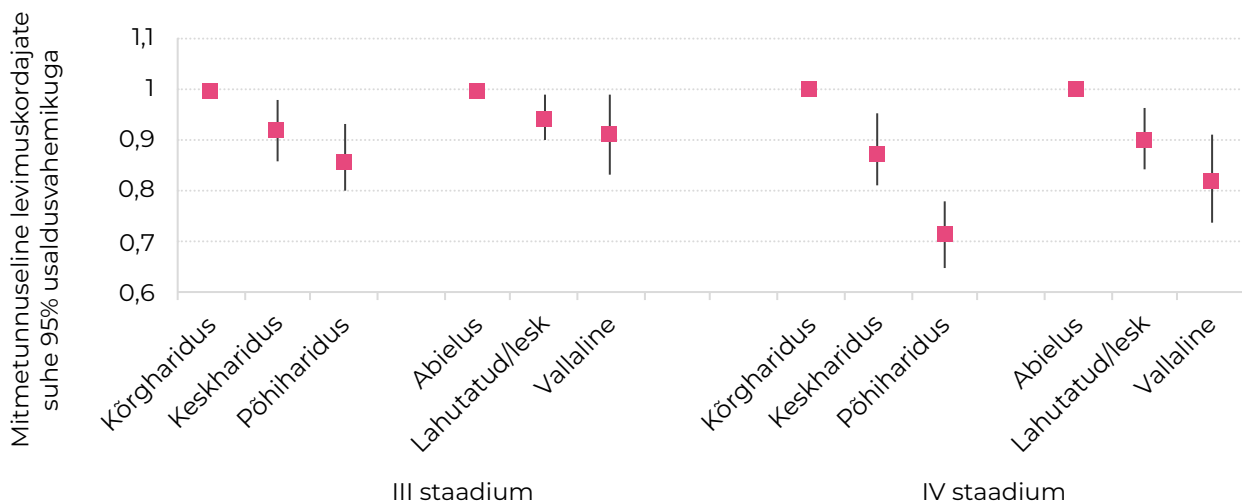
5.5. Sotsiaalne ebavõrdsus

Teadusuuringute tulemused näitavad, et sotsiaalne ebavõrdsus mõjutab Eestis nii vähihaigestumust ja vähisuremust kui ka varast avastamist ja vähiravi saamist.

Üleeuroopalises uuringus ilmnis selgelt, et riikide erisused **vähisuremuses** tulenevad peamiselt madalama haridusega rahvastikurühmade vähisuremuse varieeruvusest riikide vahel (Vaccarella jt, 2023). Lääne- ja Põhja-Euroopaga võrreldes oli Eestis ja Ida-Euroopa riikides madalama haridustasemega inimestel, eriti meestel, märgatavalt suurem vähisuremus, ent kõrgema haridustasemega inimeste vähisuremus oli sarnane.

Eestis tehtud mitme uuringu tulemused on näidanud, et **emakakaelavähi** korral on sotsiaalsed tegurid, nagu näiteks madalam haridus, ravikindlustuse katkemine ja lahutatud/lehestunud perekonnaseis, seotud nii suurema vähiriskiga, sõeluuringus väiksema osalusega kui ka vähi hilisema avastamisega (Nõmm jt, 2022; Šavrova jt, 2023; Suurna jt, 2022).

Kopsuvähi korral said kõrgema haridusega või püsivas kooselus inimesed oluliselt suurema tõenäosusega vähispetsiifilist ravi, eriti suured erinevused ilmnesisid kolmanda ja neljanda staadiumi korral (joonis 95) (Innos ja Paapsi, 2023). **Rinnavähi** korral ei täheldatud kiiritusravi saamises erinevusi vanuserühmiti ega patsiendi elukoha maakonna järgi, millest viimane viitab heale kättesaadavusele ka keskustest kaugemal elavate patsientide jaoks. Küll aga said kiiritusravi vähem tõenäoliselt madalama haridusega naised, samuti lahutatud/lehestunud või vallalised naised (Shahrabi Fahreni, 2021; Shahrabi Farahani jt, 2021). Rinda säilitava operatsiooni ja kiiritusravi kombinatsiooni said samuti harvem madalama haridustasemega naised (Innos jt, 2021).



Joonis 95. Kolmandas ja neljandas staadiumis diagnoositud kopsuvähipatsientide tõenäosus saada vähispetsiifilist ravi 12 kuu jooksul alates diagnoosist, 2004–2018. Allikas: Innos ja Paapsi, 2023

Tulemused viitavad vajadusele täpsemalt ja personaalsemalt sihitud ennetusmeetmete järele nii esimeses vähiennetuses kui ka sõeluuringutes. Ühtlasi on vaja pöörata rohkem tähelepanu raviga seotud väärarusaamadele, mis võivad mõjutada patsientide valikuid. Patsientidele tuleb pakkuda psühhosotsiaalset tuge, et ravi ei jääks saamata sotsiaalsete või majanduslike takistuste tõttu.

5.6. Vähiandmed

Rahvastikupõhise vähiregistri põhieesmärk on järjepidevalt andmeid koguda rahvastikus diagnoositud kõigi vähijuhtude kohta, et tagada usaldusväärsed andmed vähistatistika ja teadusuuringute tarbeks. Vähi diagnoosimine ja ravi on aeganõudev, samuti nõuab aega registrisse jõudnud andmete kontrollimine ning toimingud andmete täielikkuse ja täpsuse tagamiseks. Rahvusvahelise tava kohaselt peetakse ajakohaseks vähiandmeid, mis avaldatakse kuni kaheaastase viivitusega. Vähitörje tegevuskavas on seatud eesmärk lühendada vähiregistri andmete avaldamise aeg 18 kuuni selleks hetkeks, kui avaldatakse 2025. aasta vähiandmed (tabel 5).

Vähi sõeluuringute registrisse kogutakse tervise infosüsteemist andmed Eestis korraldatavate vähi sõeluuringute kohta, et arvutada regulaarselt kvaliteedinäitajaid ja sellega tagada sõeluuringute kvaliteet. Vähitörje tegevuskavas seati eesmärk saavutada 2022. aastaks vähemalt 80% näitajate arvutamise võimekus (tabel 5).

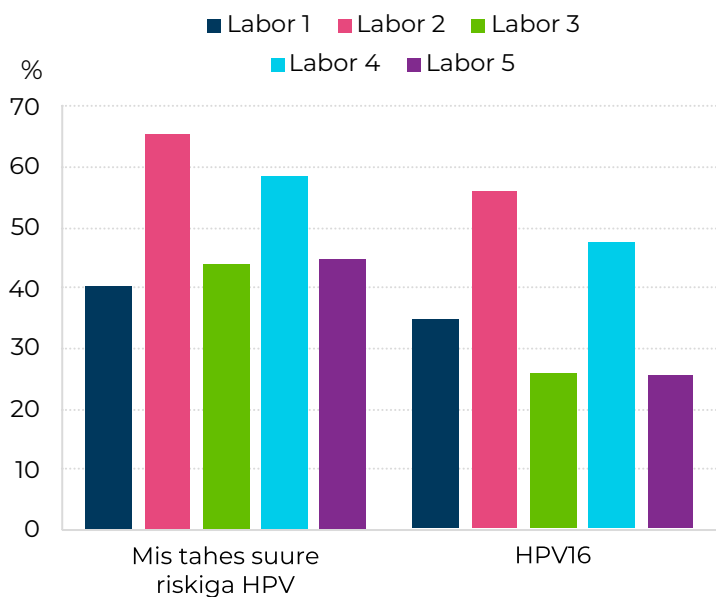
Tabel 5. Vähitörje tegevuskava vähiandmete protsessiindikaatorid

Indikaator	Hetkeseis; % (andmete aasta)	Siht; % (tähtaeg)
Vähiregistri andmete avaldamise viivitus	23 kuud (2022)	< 18 kuud (2025)
Vähi sõeluuringute registri avaldatavad sõeluuringute kvaliteediindikaatorid		
Emakakaelavähi sõeluuring	38 (2022)	
Rinnavähi sõeluuring	32 (2022)	
Soolevähi sõeluuring	29 (2022)	≥ 80 (2022)

Allikas: vähiregister; vähi sõeluuringute register (TAI)

Vähiregister avaldas 2022. aasta haigestumuse andmed 2024. aasta novembris, mis teeb **andmete avaldamise ajaks** 23 kuud, 2023. aasta vähijuhtude andmed avaldatakse septembris 2025 (avaldamisaeg 21 kuud). Avaldamisaja lühendamine oleneb esmajoonel registrile laekuvate andmete täielikkusest ja täpsusest ehk teisisõnu töö mahust, mida register peab tegema andmete täiendavaks kogumiseks tervishoiuasutustest päringute ja linkimisega. Praegu on käimas mitu projekti, mis on suunatud vähiandmete struktureerimisele tervishoiuasutustes, samuti digitaalse andmeedastuse tõhustamisele, mis aitavad kaasa andmete avaldamise viivituse lühendamisele. Samuti on töös põhimääruse muudatused, et laiendada andmekoosseisu ja paremini vastata tänapäeva vähiuuringute vajadustele.

Vähiregistri **andmekvaliteedi jälgimiseks** avaldatakse iga-aastastes raportites rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteedinäitajate andmed. Aastal 2021 kinnitus pahaloolumulise kasvaja diagnoos mikroskoopilise uuringu põhjal 90% patsientidel, mis peegeldab diagnoosimise head taset. Surmatunnistusest lähtunud juhtude osakaal oli 3,4% ja nende seas oli kõige rohkem kopsuvähki (17%), teadmata algkoldega pahaloolumulisi kasvajaid (11%) ning kõhunäärme- ja eesnäärmevähki (vastavalt 9% ja 8%). Sellised juhud viitavad teatavale puudujäägile vähijuhtudest õigeaegses teatamises. Ainult surmatunnistuse alusel registreeriti veidi üle 2% kõigist vähijuhtudest, mis on rahvusvahelises võrdluses madal näitaja ja näitab registriandmete usaldusväärsust. COVID-19 aastatel suurenes mõnevõrra teadmata staadiumiga juhtude osatähtsus. Aastal 2021 paistis selles eriti silma kopsuvähk, mille juhtudest ligikaudu 15%-l oli mõlema soo hulgas staadium määramata, aga ka näiteks rinnavähi, käär- ja pärasoole ning nahamelanoomi juhtudest üle 10%-l oli staadium teadmata. Üksnes vähiregistri andmetele tuginedes ei ole paraku võimalik hinnata, kas staadium jäi tervishoiuasutuses määramata või registrile teatamata.



Joonis 96. Suure riskiga HPV korral teatatud patoloogiata (NILM) tsütoloogiliste uuringute osatähtsus laborite kaupa, 2021.

Allikas: vähi sõeluuringute register (TAI)

Vähi sõeluuringute registri andmete kohaselt avaldati 2022. aasta kohta 38% emakakaelavähi, 32% rinnavähi ja 29% jämesoolevähi tol aastal kehtinud tegevusjuhendis sisalduvatest kvaliteediindikaatoritest (tabel 5). Register on teinud ettepanekud näitajate ajakohastamiseks: emakakaelavähi sõeluuringu 2025. aasta algusest kehtivas tegevusjuhendis on uus loetelu, millest register suudab avaldada 71%. Teiste paikmete tegevusjuhendites ei ole näitajaid veel korrigeeritud. Peamine põhjus, miks ei ole võimalik avaldada vähemalt 80% näitajatest, on tervise infosüsteemist registrisse laekuvate andmete kehv kvaliteet, mis ei võimalda näitajaid arvutada piisavalt täielikult.

Vähi sõeluuringute registri andmekvaliteedi analüüs tõi esile probleemid emakakaelavähi sõeluuringu andmete laekumises nii esmasuuringu (HPV-uuring) kui ka lisauuringute (vedelikupõhine tsütoloogia) kohta (Eamets, 2023). Ühtlasi ilmnesid märgatavad kõikumised laborite kaupa, kui vaadeldi suure riski HPV-alatüüpide leiu korral teatatud ilma patoloogiata tsütoloogilise uuringu (NILM)⁶ osatähtsust (joonis 96).

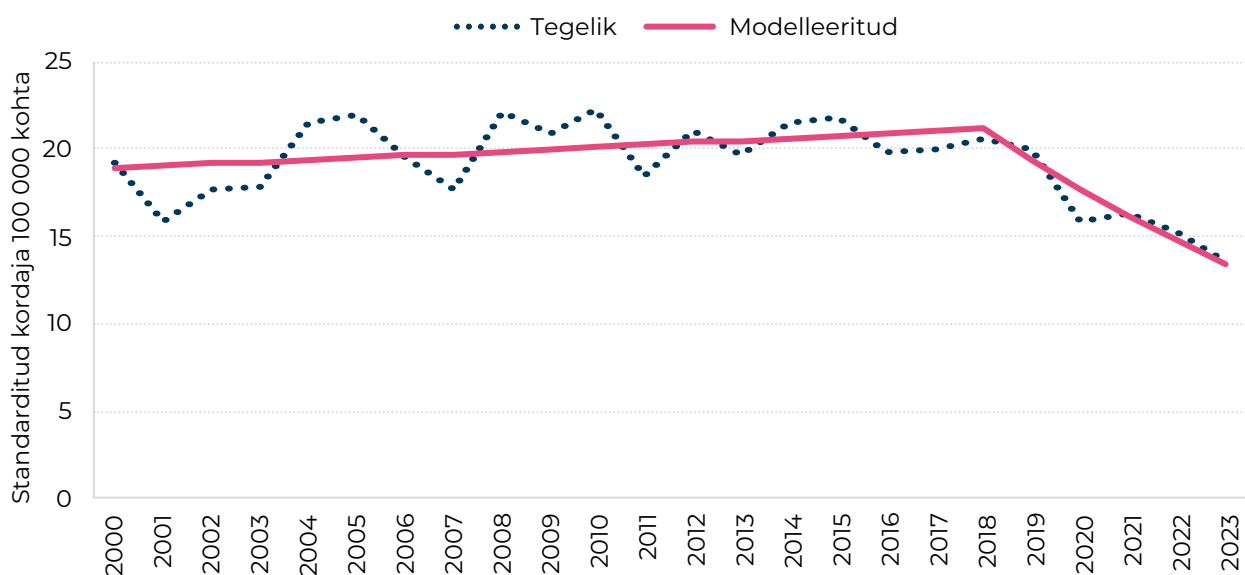
Tulemused viitavad vajadusele leppida kokku patoloogialaborite täiendavad sise- ja väliskvaliteedikontrolli reeglid ning vajadusele korraldada regulaarseid laborikvaliteedi auditeid, et tagada kogu Eestis kõigile sõeluuringutes osalejatele ühtlane teenuse kvaliteet. Laboriteenuse kvaliteedi ja laboriandmete kvaliteedi tagamiseks, samuti laboriteenuse kulutõhususe parendamiseks võiks kaaluda Eestis ühe kuni kahe referentslabori asutamist.

Soolevähi sõeluuringus oli aastatel 2016–2021 peitveretesti tulemus registris korrektselt dokumenteeritud 88% juhtudest ja sõelkoloskoopiaeelne soole ettevalmistus kirjeldatud 86% juhtudest (soovituslik 98%) (Mändla, 2024). Soole ettevalmistust, millest oleneb koloskoopia edukus, hinnati adekvaatseks 92% uuringute korral (soovituslik vähemalt 90%) ja piisavaks 67% uuringute korral. Sõelkoloskoopiast 2% tehti pärast negatiivset peitveretesti. Keskmine aeg positiivsest peitveretestist sõelkoloskoopiani oli 46 päeva, soovitusliku ühe kuu jooksul jõudsid uuringule vähem kui pooled inimestest. Tulemused rõhutavad vajadust andmete parema dokumenteerimise järele, et oleks võimalik sõeluuringute kvaliteeti ja kättesaadavust pidevalt monitoorida.

Surma põhjuste register kogub andmeid Eesti elanike surmajuhtude kohta. Surma põhjuste teatisele märgivad arstid surma põhjuse ja asjaolud, mille alusel register määrab surma algpõhjuste vastavalt WHO reeglitele. Surma põhjuste andmetele tugineva vähisuremusstatistika põhjal tehakse tervise poliitilisi otsuseid, mistõttu surma põhjuste määramise kvaliteet on väga tähtis.

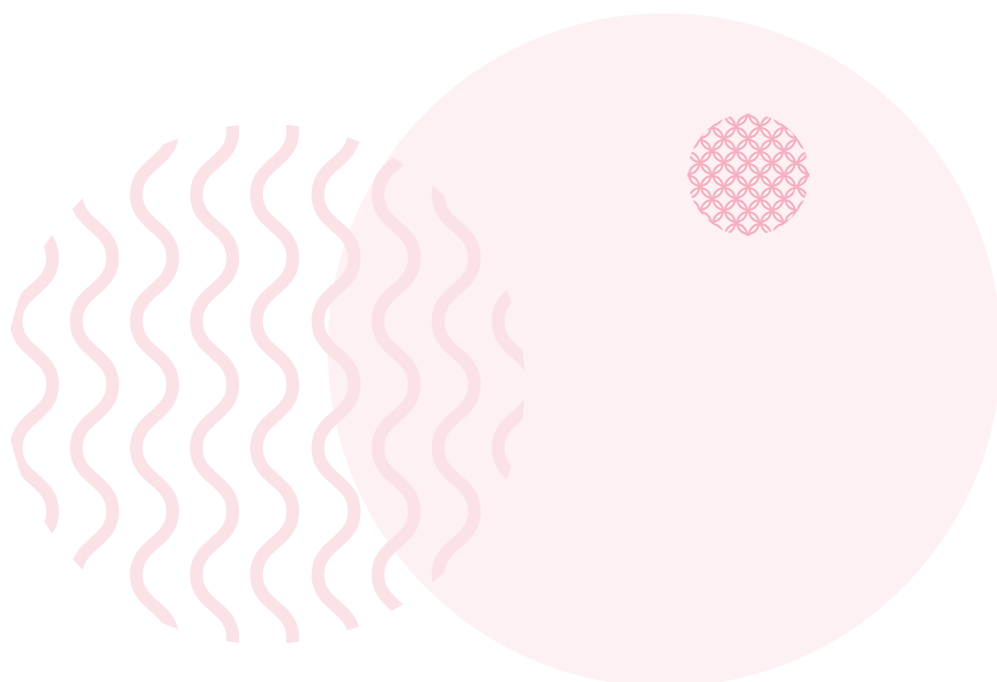
⁶ NILM – patoloogiata tsütoloogiline uuring (NILM – ingl *negative for intraepithelial lesion or malignancy*).

Eesnäärmevähi suremus püsis Eestis Euroopa kõrgeimate seas olenemata sellest, et enamik uusi haigusjuhte diagnoositakse varases staadiumis ja elulemus on väga kõrge tasemel. Nendest vastuoludest ajendatuna korraldati uuring, milles arst-eksperdid määrasid haiguslugudele tuginedes uuesti, kas 2017. aastal surnud meeste peamine surmapõhjus oli eesnäärmevähk või mitte. Tulemused näitasid, et 2017. aastal oli suremus eesnäärmevähki Eestis surma põhjuse väärade dokumenteerimise tõttu poolteist korda üle hinnatud (Innos jt, 2022b). Juhud, mille korral eksperdi hinnang surmapõhjusele ei langenud kokku registreeritud surmapõhjusega, esinesid peamiselt vähemalt 75-aastaste meeste seas, surmatõendi väljastaja oli valdavalt perearst ja vähi levik diagnoosimisel oli enamikul juhtudel lokaalne (Aren, 2024). Tulemuste põhjal anti põhjalik tagasiside nii surma põhjuste registrile kui ka andmeesitajatele, et teadmiste tuginedes andmekvaliteeti parandada. Ühtlasi on kvaliteeti aidanud parandada üleminek digitaalsele andmeedastusele 2019. aastal. Alates kvaliteediprobleemidele tähelepanu juhtimisest ja digitaalsele andmeedastusele üleminekust on eesnäärmevähi suremus kiiresti langenud, mistõttu võib arvata, et tegelik suremuse vähenemine algas juba varem (joonis 97).

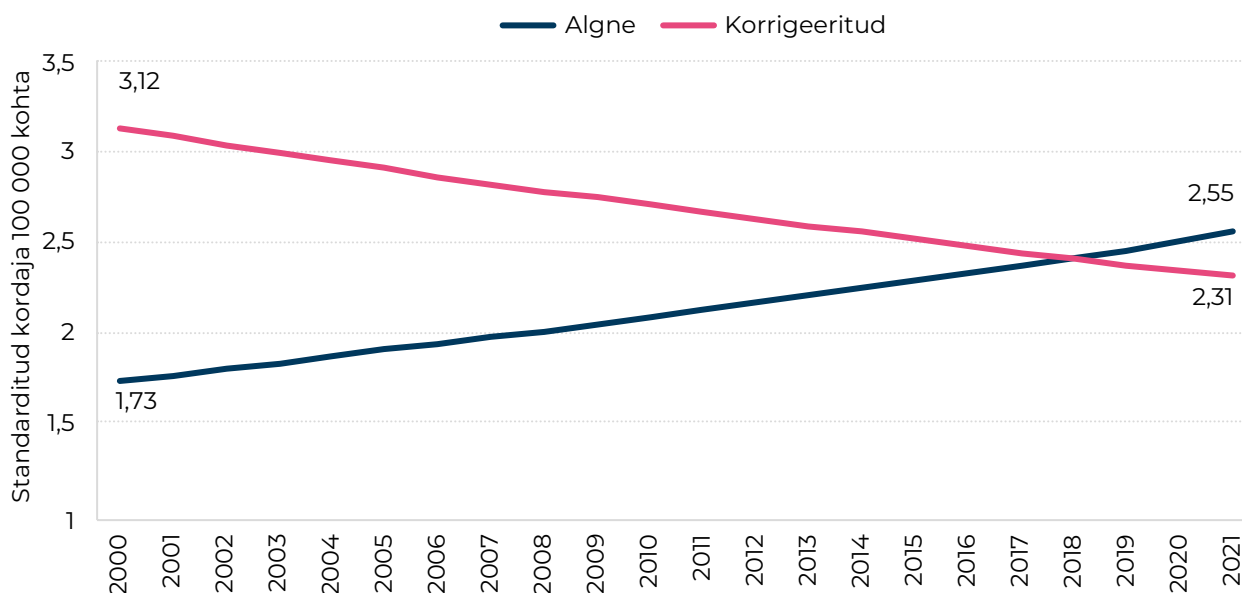


Joonis 97. Eesnäärmevähi suremus, standarditud maailma rahvastikule, 2000–2023.

Allikas: surma põhjuste register (TAI)

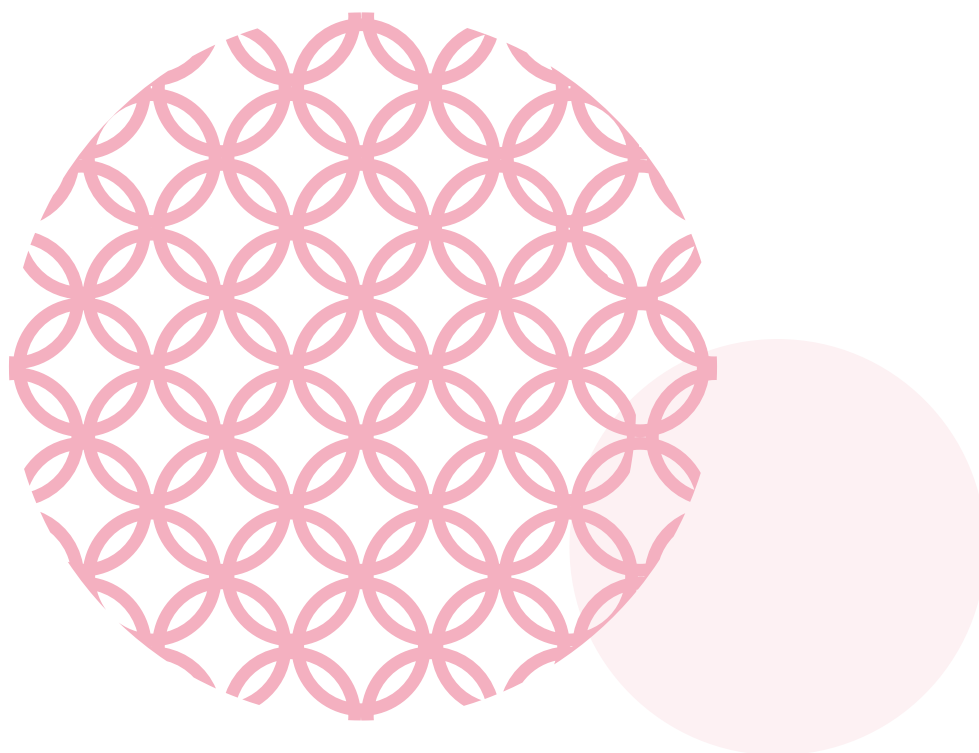


Emakakehavähi ja emakakaelavähi suremustrende võib mõjutada nende surmajuhtude osatähtsus, mille korral märgitakse peamiseks surma põhjuseks emaka täpsustamata osa kasvaja, mitte emakakaela- või emakakehavähk. Surma põhjuste registri ja vähiregistri andmete linkimisuuringu tulemustest ilmnas, et ajavahemikul 2000–2021 oli emakakehavähi surmade arv oluliselt alahinnatud, sest paljud neist olid registreeritud emaka täpsustamata osa kasvajatest tingitud surmadena (Allas, 2024). Enamik väärklassifitseerimisi toimus 2000. aastate alguses, seetõttu muutus korrigeerimise tulemusena emakakehavähi suremustrendi suund ja varem täheldatud suremuse tõusu asemel ilmnas oluline suremuse langus (joonis 98).



Joonis 98. Emakakehavähi algne ja korrigeeritud suremustrend (modelleeritud), 2000–2021.

Allikas: Allas, 2024



Järeldused ja ettepanekud

Kogu vähihaigestumus on Eestis viimase kümne aasta jooksul vähenenud, osaliselt küll COVID-19 pandeemia tagajärjel. Pandeemia ajal vähenenud uute vähijuhtude arv naasis 2022. aastal 2019. aasta tasemele, ent senistele andmetele tuginedes ei ole pandeemia toonud kaasa diagnoosimise hilinemist.

Haigestumus emakakaelavähki on vähenemas tänu söeluuringule. Haigestumus käär- ja pärasoolevähki on küll vähenenud, aga seda ei saa COVID-19 pandeemia tõttu veel seostada söeluuringu mõjuga.

Vähielulemus suureneb pidevalt tänu varasemale avastamisele ning diagnostika ja ravi tõhustumisele. Mitme paikme korral on vähielulemuse näitajad võrreldavad Põhjamaadega, ent teatavate vähkide korral püsib mahajäämus, peamiselt tingituna hilisemast avastamisest. Meeste ja naiste erinevus vähielulemuses on osa vähkide korral vähenenud, kuid mõne korral ka suurenenud tulenevalt naiste elulemuse kiiremast paranemisest.

Kahjuks ei ole endiselt võimalik hinnata **vähiga elavate inimeste elukvaliteeti ja rahulolu**, mistõttu tuleb viia ellu vähitõrje tegevuskavas kokku lepitud tegevus elukvaliteedi hindamise võimekuse loomiseks.

Seireandmete ja teadusuuringute kokkuvõtlikud järeldused ning neil põhinevad ettepanekud

Järeldused	Ettepanekud
Vähiennetus	
• Alkoholi tarbimine püsib kõrge tasemel ja inimeste teadlikkus alkoholi vähki tekitavast toimest on vähenenud. • Liigse kehakaaluga laste ja täiskasvanute osatähtsus püsib suur ning laste liikumisaktiivsus on väike. • Suureneb haigestumus mitmesse välditavasse vähki, mille riskitegur on alkoholi tarvitamine või rasvumine.	• Rakendada kogu rahvastikule suunatud poliitikameetmeid alkoholi tarvitamise vähendamiseks (sh vähendada alkoholi kättesaadavust, taskukohasust ja reklaami). Jätkata teavitust teadlikkuse suurendamiseks alkoholist kui vähi riskitegurist. • Töötada välja ja rakendada toitumisele ning liikumisele suunatud sekkumisi liigse kehakaalu ennetamiseks ja vähendamiseks, eriti lastel.
• Hõlmatus HPV- ja HBV-vaktsiiniga on vähenenud.	• Suurendada lapsevanemate teadlikkust HBV- ja HPV-vastase vaktsineerimise vajalikkusest ning ohutusest.
• HPV levimus rahvastikus on suur ning suureneb HPV-ga seotud haigestumus pea- ja kaelakasvajatesse.	• Pakkuda süsteemset tuge kooliõdedele ja lihtsustada vaktsineerimise korraldust koolides, nt lapsevanema nõusoleku digiteerimine.

Sõeluuringud ja õigeaegne diagnoosimine	
- Ühegi riikliku sõeluuringu osalusmäär ei ole jõudnud soovitusliku 70%-ni. Rinnavähisuremus on märgatavalt vähenenud nii noortel kui ka sõeluuringu vanuserühma naistel, aga mitte vanematel, mistõttu toetavad tulemused kehtivat sõeluuringu vanusevahemikku 50–74 aastat. - Haigestumus emakakaelavähki on sõeluuringu tulemusena vähenemas, kuid suurema vähiriskiga naised jäävad sõeluuringust kõrvale. HPV kodutest suurendab sõeluuringus osalust, kõige tõhusam on proovivõtuvahendi saatmine koju. Tsütoloogia tulemused varieeruvad emakakaelavähi sõeluuringuteenust osutavate laborite hulgas märgatavalt, mis võib põhjustada sõeluuringu kvaliteedierinevusi.	- Töötada välja ja rakendada eri rahvastikurühmadele kohandatud kommunikatsioon sõeluuringutes osaluse suurendamiseks. - Parandada sõeluuringute kättesaadavust (mobiilsed mammograafiaüksused, HPV kodutestimine, sh kodutesti pakkumine apteekides, soolevähi sõeluuringu proovivõtuvahendi pakkumine apteekides ja posti teel). - Jätkata uute lahenduste väljatöötamist haavatavate rühmade kaasamiseks sõeluuringutesse, sh sihitud sekkumised kaua aega sõeluuringus mitte osalenud inimestele (nt proovivõtuvahendi saatmine koju). - Langetada soolevähi sõeluuringu alumist vanusepiiri Euroopa Komisjoni soovitatud tasemele (50 eluaastat). - Monitoorida süsteemselt kogu sõeluuringuteekonna kvaliteeti. - Luua tervise infosüsteemi automaatsed teavitused.
- Haigestumuse vähenemine käär- ja pärasoolevähki vähemalt 60-aastastel võib olla seotud COVID-19 pandeemiaga ja seda ei saa veel seostada sõeluuringu mõjuga. - Kuni 60-aastastel jätkub haigestumuse suurenemine tingituna riskitegurite suurenevast levimusest.	- Kehtestada pidev ja süsteemne kvaliteedi monitoorimine laborites, sh regulaarsed auditid. - Piirata emakakaelavähi sõeluuringu teenuseosutajate arvu lähtuvalt tsütoloogiliste uuringute mahust, kaaluda referentslabori(te) asutamist.
- Sõeluuringuga hõlmamata vähkide ja rahvastikurühmade korral on hiline diagnoosimine endiselt probleem. - Põhjamaadele alla jäävad elulemusnäitajad on peamiselt tingitud hilisemast staadiumist diagnoosimisel. - Eesnäärmevähi juhtude suur arv viitab väikese riskiga vähijuhtude ülemäärasele diagnoosimisele.	- Kommunikatsioon teadlikkuse suurendamiseks võimalikule kasvajale viitavate ohumärkide kohta. - Korrastada ja ühtlustada raviteekonnad ja tagada vähikahtlusega patsientide kiire suunamine kompetentsikeskustesse. - Jätkata uute riskipõhiste sõeluuringute teostatavuse ja kulutõhususe hindamist (kops, eesnääre).
Diagnostika ja ravi	
Diagnostikameetodite ja eri raviliikide kasutus on märgatavalt paranenud (sh kiiritusravi), osa meetodite kasutuses on teatav mahajäämus, mis võib olla tingitud puudulikkusest kättesaadavusest või ühtsete ravistandardite puudumisest.	Rakendada ellu vähitõrje tegevuskava ettepanekud diagnostika ja ravi kättesaadavuse parandamiseks, ravikvaliteedi analüüsimiseks ja parandamiseks, samuti raviteekondade ja diagnostika standardimiseks.

Laste ja noorte vähk

- **Laste** haigestumus kasvab aeglaselt, elulemus on märgatavalt suurenenud tänu ravi paremale kättesaadavusele.
- **Tervenenuitel** on suurem risk järgneva kasvaja ja muude terviseprobleemide tekkeks.
- **Teismeliste ja noorte täiskasvanute seas** kasvab haigestumus, sh riskitegurite suurema levimuse tõttu
- Korrastada laste ja noorte raviteekonnad ning tagada vähikahtlusega patsientide kiire suunamine kompetentsikeskustesse.
- Lühendada ravile pääsemise aega erijuhtudel (nt ravi välismaal).
- Rakendada igakülgne jälgimissüsteem lapsea kasvajast tervenenuitele.

Sotsiaalne ebavõrdsus

- **Madalama haridustasemega** inimestel või **ilma partnerita** inimestel on suurem vähirisk, vähk avastatakse hiljem, nad osalevad vähem sõeluuringutes ja saavad vähem vähiravi, mis võib olla tingitud info vähesusest, väärarusaamadest, majanduslikest põhjustest või teenuste puudulikust kättesaadavusest.
- Suunata kohandatud sekkumisi ja teavitust eri rahvastikurühmadele.
- Parandada sõeluuringute jm varase avastamise kättesaadavust, sh sihitud meetmed eri rühmadele.
- Rakendada vähitõrje tegevuskavas ette nähtud meetmed psühhosotsiaalse abi pakkumiseks vähipatsientidele ja nende lähedastele.

Vähiandmed

- Puudulike andmete tõttu ei ole võimalik hinnata raviteekondade, diagnostika ega ravi kvaliteeti.
- **Vähiregistri** andmekvaliteet on endiselt rahvusvaheliselt heal tasemel, andmete avaldamise viivituse peapõhjus on andmete ebatäielik laekumine tervishoiuasutustest.
- Püsivad probleemid kvaliteetsete andmete edastamisel tervise infosüsteemist **vähi sõeluuringute registrisse**, mistõttu ei ole võimalik arvutada kõiki kokkulepitud sõeluuringute kvaliteedinäitajaid.
- Teatavate paikmete korral on esinenud probleeme **surma põhjuse** korrektsel määramisel, mis on tingitud terviseandmete puudulikust dokumenteerimisest; probleemide esiletoomine on aidanud kvaliteeti parandada.
- Ühtlustada vähiandmete dokumenteerimine tervishoiuasutustes ja tagada lihtne digitaalne andmeedastus vähiregistrisse.
- Täiendada vähiregistri andmekoosseisu, et paremini vastata tänapäeva teadusuuringute vajadustele.
- Parandada registrite võimalusi andmete kontrollimiseks ja täiendamiseks.
- Parandada jõuliselt sõeluuringute andmekvaliteeti tervise infosüsteemis ja seega vähi sõeluuringute registris, et oleks võimalik paremini jälgida sõeluuringute kvaliteeti.
- Koolitada tervishoiutöötajaid terviseandmeid täielikumalt dokumenteerima (sh surma põhjus).
- Monitoorida pidevalt andmekvaliteeti registrites, teha kvaliteediuringuid ja anda tagasisidet andmeandjatele.

Kokkuvõtteks

Vähitõrje tegevuskava riikliku rahastuse puudumisest hoolimata on Eesti liikunud seatud eesmärkide suunas. Vähitõrje koordineerimisele riigis aitab kaasa Eesti vähitõrjevõrgustiku ESTCAN moodustamine, mis ühendab tervishoiu-, teadus- ja haridusasutused, patsiendiorganisatsioonid ning poliitikakujundajad koostööks. Tuginedes aastaraamatus kokku võetud seireandmetele ja teadusuuringute tulemustele, saab sõnastada kesksed küsimused, millele on vaja vähitõrjes tähelepanu pöörata järgmise kvaliteedihüppe tegemiseks.

- ▶ Personaliseeritud ja inimeste vajadustele kohandatud meetmete rakendamine vähiennetuseks, varaseks avastamiseks ja psühhosotsiaalse toe pakkumiseks, et vähendada ebavõrdsust tervises.
- ▶ Tervishoiuteenuste kvaliteedi mõõtmine nii sõeluuringutes, vähidiagnostikas ja -ravis kui ka tervenemute jälgimisel, et parandada tulemusi ja hoida kokku tervishoiukulusid.
- ▶ Kvaliteetsemate vähiandmete esitamine ja teadusuuringute toetamine, et probleemid aegsasti tuvastada ja pakkuda inimestele uuenduslikke lahendusi.
- ▶ Vähitõrje osaliste koostöö, et ühiselt leida Eestile parimad lahendused.

[Eesti vähitõrje
võrgustik
ESTCAN](#)

SKÄNNI
MIND





✓ Hindame tervisekäitumise mõju ühiskonnale

Näitasime, et liigne kehakaal põhjustab aastas ligi 250 000 haigusjuhtu ja üle 640 enneaegse surma, kogukuluga riigile 125 miljonit eurot.

Kehalise inaktiivsusega seostub aastas üle 42 000 haigusjuhu ja üle 200 enneaegse surma, kogukulu riigile on 29 miljonit eurot.

✓ Viime vähi sõeluuringud koju kätte

Juurutasime HPV kodutestimise, mis aitab emakakaelavähi sõeluuringust osa saada naistel, kes seda tavapärasel moel teha ei saa. Kodutesti sai 14 000 naist.

Koostöös partneritega kasvasime sõeluuringu osalust kolme aastaga:

- Rinnavähi sõeluuring 59% → 65%.
- Soolevähi sõeluuring 49% → 60%.
- Emakakaelavähi sõeluuring 51% → 64%.

✓ Pakume lahendusi alkoholi ja nikotiini tarvitamise vähendamiseks

Esmakordselt näitasime, et alkoholi kaugmüügil ei ole seaduse täitmine tagatud - 80% testostude puhul anti alkohol ostjale üle vanust kontrollimata.

Selgitasime inimestele, et veipimine on keelatud samades kohtades, kus tavasigarettide suitsetamine.

Pälvisime teavitustööga Eesti Keele Instituudi Selge sõnumi auhinna.

✓ Toetame laste tervist ja arengut

Hoiame laste vaimset tervist ning toetame nende eneseregulatsioonioskusi ennetustegevusega VEPA, millega on liitunud 64% üldhariduskoolidest. Metoodika väljaõpet on saanud üle 1000 õpetaja. VEPA-st on osa saanud 17 000 õpilast.

✓ Loomme lahendusi vaimse tervise heaks

Tegime koostöös Tartu Ülikooliga Eestis esimese laste vaimse tervise uuringu, mille põhjal saab alustada regulaarset seiret ja teha soovitusi laste heaolu ja tervise toetamiseks.

Arendasime väheintensiivseid psühholoogilisi sekkumisi ärevuse ja depressiooni leevendamiseks koostöös Helsingi Ülikooliga. Digilahendustega suurendame vaimse tervise abi kättesaadavust tervishoiutöötajate nappuses.

✓ Päästame elusid koostöös politsei- ja piirivalveametiga

Meie eestvedamisel jõudis opioidide üledoosi puhul kasutatav elupäästev ravim naloksoon politsei- ja piirivalveameti patrullide varustusse. Aasta jooksul väljastati ligi 2000 naloksoonikomplekti, millest 434 kasutati elude päästmiseks.

✓ Toetame positiivse mõjuga otsuste tegemist riigis

Meie juhitud ennetuse teadusnõukogu on hinnanud 26 riikliku ennetustegevuse tõendatust ja mõju. Meie eesmärk on koostöös kuue ministeeriumiga tagada, et Eestis rahastataks ainult tõendatud tulemuslikkusega tegevusi.

✓ Väärindame terviseandmeid

Avaldasime rahvastiku tervise aastaraamatu, mis võtab kokku Eesti rahvastiku kümne aasta tervisenäitajad ja -mõjurid.

Tõlgendasime terviseandmeid enam kui 70 publikatsioonis, keskendudes rahvatervishoiu sõlmprobleemidele.



3 700 Terviseinfo igakuise e-uudiskirja lugejat
1,1 mln TAI veebilehtede külastust
2 753 meediakajastust
109 pressiteadet
37 teadusuudist
18 arvamyslugu



148 000 korda osutati TAI kaudu uimastite, HIV-i ja tuberkuloosi valdkonna ennetus- ja raviteenuseid
200 000 inimest kutsuti vähi sõeluuringutele



153

töötajat,
kellest on

30 akadeemilised töötajad

23 doktorikraadiga

86 magistrikraadiga



57 kõrgetasemelist teaduspublikatsiooni
59 teadus- ja arendusprojekti
7 rahvastikupõhist registrit ja tervisestatistika andmebaas
90 ettekannet Eestis ja mujal maailmas
43 riigisisese eksperttöörühma liige
31 rahvusvahelise töörühma või võrgustiku liige
19 juhendamisel doktoranti



4,5 mln € muu rahastus (sh teadusgrandid)
22,4 mln € kogueelarve, millest on
17,9 mln € riigieelarve (Sotsiaalministeerium)
sh 11,9 mln € HIV-i, TB, uimastite ennetuse ja ravi teenused

Lühendid

COSI	Õpilaste kasvu uuring (<i>European Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>)
ECIS	Euroopa vähiteabesüsteem (<i>European Cancer Information System</i>)
EFSA	Euroopa toiduohutusamet (<i>European Food Safety Agency</i>)
EL	Euroopa Liit
EKEI	Eesti kohtuekspertiisi instituut
EMCDDA	Euroopa narkootikumide ja narkomaania seirekeskus (<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>)
EOHSP	Euroopa tervisesüsteemide ja -poliitika vaatluskeskus (<i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>)
ESPAD	Eesti koolinoorte uimastite tarvitamise uuring (<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>)
ETeU	Euroopa terviseuuring
Eurostat	Euroopa Liidu statistikaamet
EU-SILC	Eesti/Euroopa sotsiaaluuring (<i>European Union Statistics on Income and Living Conditions</i>)
GBD	Ülemaailmne tervisekaotuse uuring (<i>Global Burden of Disease</i>)
HBSC	Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>)
HIV	HI-viirus
KMI	Kehamassiindeks
KOK	Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus
LVTU	Eesti laste vaimse tervise uuring
OECD	Majanduskoostöö ja arengu organisatsioon (<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>)
SKT	Sisemajanduse kogutoodang
TAI	Tervise arengu instituut
TKU	Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
TUKU	Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring
RHK-10	Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon
RVTU	Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring
UNDP	ÜRO arenguprogramm (<i>United Nations Development Programme</i>)
UNODC	ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse büroo (<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>)
WHO	Maaailma terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)
ÜRO	Ühinenud rahvaste organisatsioon

Kasutatud allikad

1. Abel-Ollo K, Riikoja A, Barndök T. (2025a). [Tallinna ja Rakvere reovee uuring uimastite jääkide suhtes](#), 2024. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
2. Abel-Ollo K, Riikoja A, Barndök T, jt. (2025b). [Eesti kahjude vähendamise teenuste osutamisel kogutud süstalde uuring narkootikumide jääkide suhtes. Uuringu kokkuvõte](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
3. Allas J. (2024). Emakakaela- ja emakakehavähi suremusandmete võimaliku väärklassifitseerimise hindamine Eestis 2000–2021. Tartu Ülikool.
4. Alotiby A. (2024). Immunology of Stress: A Review Article. J Clin Med, 13(21):6394. DOI: [10.3390/jcm13216394](#)
5. Alvarez EM, Force LM, Xu R, jt. (2022). The global burden of adolescent and young adult cancer in 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Oncol 23(1):27–52. DOI: [10.1016/S1470-2045\(21\)00581-7](#)
6. Aren K. (2024). [Eesnäärmevähi suremuse ebatäpse hindamise analüüs surmateatiste alusel](#). Tartu Ülikool.
7. Baburin A. (2024). [Breast cancer incidence, mortality and survival in Estonia in the context of health care system changes and screening](#). Tartu Ülikool.
8. Baburin A, Veerus P, Lang K, jt. (2024). Incidence-Based Breast Cancer Mortality Trends in Estonia Before and After the Introduction of Organized Mammography Screening: A Register-Based Study. Cancer Control 31:10732748241266492. DOI: [10.1177/10732748241266491](#)
9. Baburin A, Aareleid T, Padrik P, jt. (2014). Time trends in population-based breast cancer survival in Estonia: Analysis by age and stage. Acta Oncol 53(2):226–234. DOI: [10.3109/0284186X.2013.806992](#)
10. Banks S, Dinges DF (2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. J Clin Sleep Med. 2007 Aug 15;3(5):519–28. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1978335/>
11. Baum P, Cardoso R, Lenzi J, jt. (2024). An International Registry Study of Early-Stage NSCLC treatment variations (LUCAEUROPE) in Europe and the USA highlighting variations. Eur J Cancer 209:114233. DOI: [10.1016/j.ejca.2024.114233](#)
12. Bernhoft IM, Hels T, Lyckegaard A, jt. (2012). Prevalence and risk of injury in Europe by driving with alcohol, illicit drugs and medicines. Procedia Soc Behav Sci 2012;48:2907–2916. DOI: [10.1016/j.sbspro.2012.06.1259](#)
13. Besedovsky L, Lange T, Born J. (2012). Sleep and immune function. Pflugers Arch 463(1), 121–137. DOI: [10.1007/s00424-011-1044-0](#)
14. Botta L, Didonè F, Lopez-Cortes A, jt. (2025). International benchmarking of stage at diagnosis for six childhood solid tumours (the BENCHISTA project): a population-based, retrospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health 9(2):89–99. DOI: [10.1016/S2352-4642\(24\)00302-X](#)
15. Botta L, Gatta G, Capocaccia R, jt. (2022). Long-term survival and cure fraction estimates for childhood cancer in Europe (EUROCORE-6): results from a population-based study. Lancet Oncol 23(12):1525–1536. DOI: [10.1016/S1470-2045\(22\)00637-4](#)
16. Bouvier AM, Jooste V, Lillini R, jt. (2024). Differences in survival and recurrence of colorectal cancer by stage across population-based European registries. Int J Cancer 155(5):807–815. DOI: [10.1002/ijc.34944](#)
17. Bouvier AM, Jooste V, Sanchez-Perez MJ, jt. (2021). Differences in the management and survival of metastatic colorectal cancer in Europe. A population-based study. Dig Liver Disease 53(5):639–645. DOI: [10.1016/j.dld.2021.01.021](#)
18. Cardoso R, Guo F, Heisser T, jt. (2021). Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. Lancet Oncol 22(7):1002–1013. DOI: [10.1016/S1470-2045\(21\)00199-6](#)
19. Cohen DA, Wang W, Wyatt JK, jt. (2010). Uncovering residual effects of chronic sleep loss on human performance. Sci Transl Med 2(14):14ra3. DOI: [10.1126/scitranslmed.3000458](#)
20. Council on Communications and Media (2016). Media Use in School-Aged Children and Adolescents. Pediatrics 138(5):e20162592. DOI: [10.1542/peds.2016-2592](#)
21. Dai S, Wellens J, Yang N, jt. (2024). Ultra-processed foods and human health: An umbrella review and updated meta-analyses of observational evidence. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 43(6), 1386–1394. DOI: [10.1016/j.clnu.2024.04.016](#)

22. Davis MT, Holmes SE, Pietrzak RH, jt. (2017). Neurobiology of Chronic Stress-Related Psychiatric Disorders: Evidence from Molecular Imaging Studies. Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.) 1:2470547017710916. DOI: [10.1177/2470547017710916](https://doi.org/10.1177/2470547017710916)
23. De Angelis R, Demuru E, Baili P, jt. (2024). Complete cancer prevalence in Europe in 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study. Lancet Oncol 25(3): 293–307. DOI: [10.1016/S1470-2045\(23\)00646-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00646-0)
24. de la Maisonneuve C, J. Oliveira Martins (2013). A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures, OECD Economics Department Working Papers, No. 1048, OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/5k44v53w5w47-en](https://doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en)
25. Eamets D. (2023). [Prevalence of high-risk human papillomavirus genotypes and their association with cervical cytology in Estonia: a population-based study](#). Tallinna Tehnikaülikool.
26. Eesti Diabeediliit. Mis on diabeet? <https://www.diabetes.ee/mis-on-diabeet>. Kasutatud 03.03.2025
27. Eesti Insuldiliit. Mis on insult? <https://insult.ee/insuldist/mis-on-insult/>. Kasutatud 28.01.2025
28. Eesti laste vaimse tervise uuringu (LVTU) konsortsium (2024). [Eesti laste vaimse tervise uuring](#). Tartu, Tallinn: Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut, Turu-uuringute AS.
29. Eesti ravijuhend (2019). [Lapse tervise jälgimise juhend. Kontrollkaart vanuse ja tegevuste kaupa](#) (RJ-Z/29.1-2019). Kasutatud 4.04.2025
30. Einberg, Ü, Köbas K, Pohlak T, jt. (2020). [Imiku ja väikelapse toitmine. Nõuanded lapsevanematele](#). Kasutatud 10.04.2025
31. Ennetusnõukogu koosseis, juhtimine ja töökord. Riigikogu. RT I, 05.07.2023, 255. <https://www.riigiteataja.ee/akt/105072023255>.
32. Esnar K. (2023). [Õde meeskonna liikmena – õiguste ja vastutuse areng](#). Eesti Õdede Liit. Kasutatud 12.02.2025
33. European Cancer Information System (ECIS) (2024). <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>. Kasutatud 10.04.2025
34. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)/WHO Regional Office for Europe. [Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 – 2023 data](#). Stockholm: ECDC/WHO Regional Office for Europe; 2025. Kasutatud 10.04.2025
35. European Commission (2024). Special Eurobarometer 539: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. DOI: [10.2875/020758](https://doi.org/10.2875/020758)
36. European Commission (2021). [Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the Commission to the European Parliament and Council](#). Brussels: European Commission, 2021.
37. European Food Safety Authority (EFSA) (2023). Sugar consumption and health problems. DOI: [10.2805/814304](https://doi.org/10.2805/814304).
38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2024). [European Drug Report 2024: Trends and Developments](#). Kasutatud 09.04.2025
39. Eurostat (2022). Statistics. Physicians by sex and age. DOI: [10.2908/hlth-rs_phys](https://doi.org/10.2908/hlth-rs_phys)
40. Eurostat (2025a). Statistics. Death due to suicide, by sex. DOI: [10.2908/tps00122](https://doi.org/10.2908/tps00122)
41. Eurostat (2025b). [Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex](#). Kasutatud 27.02.2025
42. Garbarino S, Lanteri P, Bragazzi NL, jt. (2021). Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. Commun Biol 4(1):1304. DOI: [10.1038/s42003-021-02825-4](https://doi.org/10.1038/s42003-021-02825-4)
43. Gjerde H, Jamt REG, Stenehjem JS, jt. (2025). Substance use and driver fatality in Norway: An expanded case-control study. Traffic Inj Prev 26:1–9. DOI: [10.1080/15389588.2024.2392274](https://doi.org/10.1080/15389588.2024.2392274)
44. Global Burden of Disease Collaborative Network (GBD) (2024). [Global Burden of Disease Study 2021](#) (GBD 2021). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Kasutatud 03.02.2025
45. Gmeinder M, Morgan D, Mueller M. (2017). How much do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working Papers, No 101, Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/f19e803c-en](https://doi.org/10.1787/f19e803c-en)
46. Hall WD. (2006). Cannabis use and the Mental Health of Young People. Aust N Z J Psychiatry. 40(2):105–113. DOI: [10.1080/j.1440-1614.2006.01756.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01756.x).
47. Hallik R. (2021). [HPV kodutest emakakaelavähi sõeluuringus mitteosalenud naistele: randomiseeritud teostatavusuuring](#). Tartu Ülikool.
48. Hallik R, Innos K, Jänes J, jt. (2025). HPV self-sampling in organized cervical cancer screening program: A randomized pilot study in Estonia in 2021. J Med Screen 32(1):19–27. DOI: [10.1177/09691413241268819](https://doi.org/10.1177/09691413241268819)

49. Heinsalu T. [Tervishoiuekspert: vananev rahvastik ja ennetus on väljakutse ka Eestis](#). Meditsiiniuudised. 2024 Kasutatud 26.02.2025
50. Innos K. (2024). [Vähi sõeluuring - elupäästev teenus, mida kasutatakse liiga vähe](#). Apteek Täna 2:10–15.
51. Innos K, Paapsi K. (2023). Social disparities in lung cancer treatment in Estonia: a register-based study. ENCR Secretariat/JRC-Cancer Information Group, JRC135581: ENCR IACR Scientific Conference, 14–16 November 2023, Granada, Spain, 127.
52. Innos K, Baburin A, Hallik R, Veerus P. (2022a). [Rinna-, emakakaela- ja jämesoolevähi sõeluuringute tulemused Eestis](#). Eesti Arst 101(5): 281–290.
53. Innos K, Paapsi K, Alas I, jt. (2022b). Evidence of overestimating prostate cancer mortality in Estonia: a population-based study. Scand J Urol 56(5–6):359–364. DOI: [10.1080/21681805.2022.2119274](#)
54. Innos K, Shahrabi F, Paapsi K. (2021). Social determinants of primary treatment in breast cancer patients in Estonia: a register-based study. Cancer Registration Saves Lives: European Network of Cancer Registries Scientific Meeting 2021, 16–18 November 2021, Virtual Event.
55. Innos K, Padrik P, Valvere V, Aareleid T. (2015). Sex differences in cancer survival in Estonia: a population-based study. BMC Cancer 15:72. DOI: [10.1186/s12885-015-1080-9](#)
56. International Diabetes Federation (IDF) (2025). [IDF Diabetes Atlas, 11th edn](#). Brussels, Belgium.
57. Kaal E, Pajula N. (2024). [Elanikkonna hoiakud ja arvamused alkoholi tarvitamisest \(EHAAT\)](#). Tervise Arengu Instituut.
58. Kase S, Baburin A, Kuddu M, Innos K. (2021). Incidence and survival for head and neck cancers in Estonia, 1996–2016: A population-based study. Clin Epidemiol 13:149–159. DOI: [10.2147/CLEP.S293929](#)
59. Kasekamp K, Habicht T, Vörk A, jt. (2023). [Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes](#). 25(5): i–204.
60. Killick R, Banks S, Liu PY (2012). Implications of sleep restriction and recovery on metabolic outcomes. J Clin Endocrinol Metab 97(11):3876–3890. DOI: [10.1210/jc.2012-1845](#)
61. Kim T, Kim S, Kang J, jt. (2022). The Common Effects of Sleep Deprivation on Human Long-Term Memory and Cognitive Control Processes. Front Neurosci 16:883848. DOI: [10.3389/fnins.2022.883848](#)
62. Knezevic E, Nenic K, Milanovic V, jt. (2023). The Role of Cortisol in Chronic Stress, Neurodegenerative Diseases, and Psychological Disorders. Cells 12(23) 2726. DOI: [10.3390/cells12232726](#)
63. Kookla M, Purru T. (2024). [Rahvatervishoid ja turvalisus kohalikes omavalitsustes. Uuringuaruanne 2023](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
64. Krause AJ, Simon EB, Mander BA, jt. (2017). The sleep-deprived human brain. Nat Rev Neurosci 18(7):404–418. DOI: [10.1038/nrn.2017.55](#)
65. Kupper K. (2024). [Hooldereform on leevendanud perede koormust, jätkame kodus elamist toetava abi arendamisega](#). Sotsiaalministeerium. Kasutatud 10.04.2025
66. Kuusik T, Mäll T, Sammel A, jt. (2024). Alkohoolsete jookide kaugmüügi testostlemise metoodika ja tulemused. Tallinn: Tervise Arengu Instituut (avaldamata).
67. Larønningen S, Arvidsson G, Bray F, jt. (2024). NordCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.4 (29.08.2024). Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway.
68. Lauderdale DS, Knutson KL, Yan LL, jt. (2008). Self-reported and measured sleep duration: how similar are they? Epidemiology 19(6):838–845. DOI: [10.1097/EDE.0b013e318187a7b0](#)
69. Lepnurm, M. (2025). [Eesti rahvastiku haiguskoormus 2023. aastal](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
70. Liu J, Riesch S, Tien J, jt. (2022). Screen Media Overuse and Associated Physical, Cognitive, and Emotional/Behavioral Outcomes in Children and Adolescents: An Integrative Review. J Pediatr Health Care 36(2):99–109. DOI: [10.1016/j.pedhc.2021.0.003](#)
71. Lopez-Cortes A, Didonè F, Botta L, jt. (2023). Cancer data quality and harmonization in Europe: the experience of the BENCHISTA Project – international benchmarking of childhood cancer survival by stage. Front Oncol 13:1232451. DOI: [10.3389/fonc.2023.1232451](#)
72. Lu S, Wei F, Li G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. Cell Stress 5(6):76–85. DOI: [10.15698/cst2021.06.250](#)
73. Lõhmus L, Tamson M, Pertel T, jt. (2023). [Eesti noorte seksuaalintervis: teadmised, hoiakud ja käitumine. 2021. aasta uuringu aruanne](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

74. Maakondade tervise- ja heaoluprofiilid. <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamise/tervise-edendamise-paikkonnas/tervise-ja-heaoluprofiil/valminud-terviseprofiilid> Kasutatud 10.02.2025
75. Minicozzi P, Vicentini M, Innos K, jt. (2020). Comorbidities, timing of treatments, and chemotherapy use influence outcomes in stage III colon cancer: A population-based European study. Eur J Surg Oncol 46:1151–1159. DOI: [10.1016/j.ejso.2020.02.023](https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.02.023)
76. Minicozzi P, Van Eycken L, Molinie F, jt. (2019). Comorbidities, age and period of diagnosis influence treatment and outcomes in early breast cancer. Int J Cancer 144(9):2118–2127. DOI: [10.1002/ijc.31974](https://doi.org/10.1002/ijc.31974)
77. Mohr C, Braun S, Bridler R, jt. (2014). Insufficient coping behavior under chronic stress and vulnerability to psychiatric disorders. Psychopathology 47(4):235–243. DOI: [10.1159/000356398](https://doi.org/10.1159/000356398)
78. Moore J, Dias Guichot Y (2024). [How to harness health data to improve patient outcomes](#). World Economic Forum. Kasutatud 10.04.2025
79. Mäestu E. (2024). [2023. aasta üldhariduskoolide rahulolu ja koolikeskkonna küsitlus. Teemaploki „Liikumisvõimalused koolis“ analüüs](#).
80. Mäll T, Tarlap K. (2022). [Alkohoolsete jookide ning tubaka ja nikotiinitoodete testostlemine](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2022.
81. Mändla T. (2024). Jämesoolevähi ennetusest Eestis aastatel 2016–2021 sõeluuringus osalemise ja soole ettevalmistuse kvaliteedi põhjal. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
82. Myhrstad MCW, Wolk A. (2023). Antioxidants and Phytochemicals – a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023. Food & Nutrition Research 67. DOI: [10.29219/fnr.v67.10324](https://doi.org/10.29219/fnr.v67.10324)
83. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2024). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. Lancet (London, England) 404(10467):2077–2093. DOI: [10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1)
84. Nõmm O. (2021). [Pap-testi ja emakakaelavähi seos Eestis: rahvastikupõhine juhtkontrolluuring](#). Tartu Ülikool.
85. Nõmm O, Veerus P, Orumaa M, Innos, K. (2022). Effect of Pap-smear and sociodemographic factors on cervical cancer risk in Estonia: A population-based case-control study. Cancer Epidemiol 80:102231. DOI: [10.1016/j.canep.2022.102231](https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102231)
86. OECD (2023a). [Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik](#). Paris: OECD Publishing, Paris.
87. OECD (2023b). Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. Paris: OECD Publishing, Paris. DOI: [10.1787/9acc1b1d-en](https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en)
88. OECD (2021). Health at a Glance 2021. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/ae3016b9-en](https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en)
89. OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/a92adee4-en](https://doi.org/10.1787/a92adee4-en)
90. OECD (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris; OECD Publishing. DOI: [10.1787/4dd50c09-en](https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en)
91. OECD/European Commission (2024). Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/b3704e14-en](https://doi.org/10.1787/b3704e14-en)
92. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). (2024). Eesti: Riigi terviseprofiil 2023. Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/cee4e9bd-en](https://doi.org/10.1787/cee4e9bd-en)
93. OECD/Eurostat/WHO. (2017). A System of Health Account 2011: Revised edition. Paris: OECD Publishing. DOI: [10.1787/9789264270985-en](https://doi.org/10.1787/9789264270985-en)
94. Oja L, Piksoot J, Haav A, jt. (2023). [Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2021/2022. õppeaasta uuringu raport](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
95. Olak J, Nõmmela R, Lilleberg M, jt. (2019). [3-, 6- ja 12-aastaste laste hammaste tervisliku seisukorra kaardistamine. Uuringu lõppraport](#). Tartu: Eesti Hambaarstide Liit, Tartu Ülikooli hambaarstiteaduse instituut.
96. Orumaa M, Innos K, Suurna M, Veerus P. (2023). Cervical cancer screening history among women diagnosed with cervical cancer in Estonia 2017–18. Eur J Public Health 33(1):64–68. DOI: [10.1093/eurpub/ckac176](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac176)
97. Orumaa M, Innos K, Suurna M, jt. (2022). Quality Assessment of Cervical Cytology Practices in Estonia From 2007 to 2018. Cancer Control 29:10732748221141794. DOI: [10.1177/10732748221141794](https://doi.org/10.1177/10732748221141794)
98. Owen L, Morgan A, Fischer A, jt. (2012). The cost-effectiveness of public health interventions. J Public Health 34(1):37–45. DOI: [10.1093/pubmed/fdr075](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr075)

99. Paapsi K, Mägi M, Zimmermann M-L, Innos K. (2024). Adolescent and young adult cancer survival in Estonia. ENCR Secretariat /JRC-Cancer Information Group, JRC135581: ENCR IACR Scientific Conference, 149.
100. Paapsi K, Innos K, Baburin A, Mägi M. (2021). Cancer incidence trends in Estonian adolescents and young adults, 1970–2018. Cancer Registration Saves Lives.: European Network of Cancer Registries Scientific Meeting, 20.
101. Paapsi K, Baburin A, Mikkel S, jt. (2020). Childhood cancer incidence and survival trends in Estonia (1970-2016): A nationwide population-based study. BMC Cancer 20(1):30. DOI: [10.1186/s12885-019-6510-7](https://doi.org/10.1186/s12885-019-6510-7)
102. Pöldmaa K. (2024). [HPV kodutesti kasutajakogemus ja naiste hoiakud kodutestimise suhtes pilootuuringus 2021](#). Tartu Ülikool.
103. Rahvatervise seadus. Riigikogu. RT I, 18.10.2024, 5. <https://www.riigiteataja.ee/akt/118102024005>
104. Rahvatervishoiu seadus. Riigikogu. RT I, 02.01.2025, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/102012025003>
105. Rakić J, Hamrik Z, Dzielska A, jt. (2024) . [A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey](#). Volume 4. World Health Organization. Regional Office for Europe.
106. Randver R, Streimann K, Purre M, jt. (2023). [Vaimset tervist toetavad tegevused ja teenused Eestis – hetkeolukord ja arenguvajadused](#). Sisask M (toim), Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: Eesti Koostöö Kogu. Lk 86–100.
107. Rasch B, Born J. (2013). About sleep's role in memory. Physiol Rev 93(2):681–766. DOI: [10.1152/physrev.00032.2012](https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2012)
108. Ravikindlustuse seadus. Riigikogu. RT I, 12.12.2024, 22. <https://www.riigiteataja.ee/akt/112122024022>
109. Regionaal- ja Põllumajandusministeerium. (2023). [Osalemine rahvatervise ja turvalisuse programmides](#). Minuomavalitsus. Kasutatud 10.04.2025
110. Rehm J, Shield KD, Weiderpass E. (2020). Alcohol consumption. A leading risk factor for cancer. Chem Biol Interact 331:109280. DOI: [10.1016/j.cbi.2020.109280](https://doi.org/10.1016/j.cbi.2020.109280)
111. Reile R, Innos K. (2024). Alcohol-related cancer risk awareness and support for cancer warning labelling among adults in Estonia. Public Health 236:247–249. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.09.004>
112. Reile R, Oja R. (2024). Temporal changes and educational disparities in the frequent consumption of sugar-sweetened beverages among Estonian adults during 2006–2022. Public Health in Pract (Oxf) 8:100536. DOI: [10.1016/j.puhip.2024.100536](https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100536)
113. Reile R, Põlajev A, Saavaste J. (2025). [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2024](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
114. Reile R, Saavaste J, Baburin A, jt. (2024). [Kehalise inaktiivsuse ja liigse kehakaalu kulu Eestis](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
115. Reima H. (2022). [Colorectal cancer care and outcomes – evaluation and possibilities for improvement in Estonia](#). University of Tartu.
116. Reima H, Soplepmann J, Innos K. (2021). Stage-specific survival differences between colon cancer subsites: a population-based study. Acta Oncol 60(12):1702–1705). DOI: [10.1080/0284186X.2021.1987515](https://doi.org/10.1080/0284186X.2021.1987515)
117. Reima H, Soplepmann J, Elme A, jt. (2020). Changes in the quality of care of colorectal cancer in Estonia : a population-based high-resolution study. BMJ Open 10:e035556. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-035556](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035556)
118. Riigikontroll (2022). [Eesti tervishoiu suundumused. Riigikontrolli aruanne Riigikogule](#). Tallinn, november 2022.
119. Rosell M, Fadnes LT. (2024). Vegetables, fruits, and berries – a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023. Food Nutr Res 68. DOI: [10.29219/fnr.v68.10455](https://doi.org/10.29219/fnr.v68.10455)
120. Ruuge M, Inno M. (2022). [Tervishoiukulud 2020](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
121. Rüütel K, Epstein J, Kaur E. (2024). [HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis aastatel 2014–2023](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Terviseamet.
122. Sant M, Vener C, Lillini R, jt. (2024). Long-term survival for lymphoid neoplasms and national health expenditure (EUROCare-6): a retrospective, population-based study. Lancet Oncol 25(6):731–743. DOI: [10.1016/S1470-2045\(24\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00141-4)

123. Sant M, Daidone C, Innos K, jt. (2023). Patterns of care and survival for lung cancer: Results of the European population-based high-resolution study. *Front Epidemiol* 3:1109853. DOI: [10.3389/fepid.2023.1109853](https://doi.org/10.3389/fepid.2023.1109853)
124. Sant M, Magri MC, Maurichi A, jt. (2022). Association of Sentinel Node Biopsy and Pathological Report Completeness with Survival Benefit for Cutaneous Melanoma and Factors Influencing Their Different Uses in European Populations. *Cancers* 14(18): 4379. DOI: [10.3390/cancers14184379](https://doi.org/10.3390/cancers14184379)
125. Sant M, Meneghini E, Bastos J, jt. (2020). Endocrine treatment and incidence of relapse in women with oestrogen receptor-positive breast cancer in Europe: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat* 183(2):439–450. DOI: [10.1007/s10549-020-05761-9](https://doi.org/10.1007/s10549-020-05761-9)
126. Schultz A, Konov V, Kõks KL, jt. (2024). [EUPC koolituskursuse vahehindamine](#). Civitta Eesti AS.
127. Shahrabi F, Farahani F. (2021). [The Impact of Sociodemographic Factors on the Utilization of Radiation Therapy in Breast Cancer Patients in Estonia: a register-based study](#). Tallinn University of Technology.
128. Shahrabi Farahani F, Paapsi K, Innos K. (2021). The impact of sociodemographic factors on the utilization of radiation therapy in breast cancer patients in Estonia: a register-based study. *Int J Equity Health* 20(1):152. DOI: [10.1186/s12939-021-01497-0](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01497-0)
129. Shychuk M, Joseph N, Thompson LA. (2022). Social Media Use in Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics* 176(7):730. DOI: [10.1001/jamapediatrics.2022.1134](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.1134)
130. Siilbek E, Streimann K. (2024). Adaptation of the Communities That Care Youth Survey for Use in Estonia: A Pilot Study. *J Prev* 45(4):483–500. DOI: [10.1007/s10935-024-00777-z](https://doi.org/10.1007/s10935-024-00777-z)
131. Soomlais M. (2023). [Lapsea kasvaja tervenemise haigestumise järgnevat esimest kasvatust Eestis aastatel 1970–2019](#). Tartu Ülikool.
132. Sotsiaalministeerium (2021a). [Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030](#). Tallinn: Sotsiaalministeerium.
133. Sotsiaalministeerium (2021b). [Tervishoiu rahastamise analüüs](#). Tallinn: Sotsiaalministeerium.
134. Sotsiaalministeerium (2025). [Õendusabi paraneb: uus määrus lihtsustab nõudeid ja tugevdab õdede rolli](#). Sotsiaalministeerium.
135. Statistikaamet, a. Statistika andmebaas. [RV0454: Oodatav eluiga sünnimomendil hariduse, soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 20.02.2025
136. Statistikaamet, b. Statistika andmebaas. [TH75: Tervena elada jäänud aastad soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 20.02.2025
137. Statistikaamet, c. Statistika andmebaas. [RV021: Rahvastik soo ja vanuserühma järgi, 1. jaanuar](#). Kasutatud 05.03.2025
138. Statistikaamet, d. Statistika andmebaas. [RV045: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad soo ja vanuse järgi](#). Kasutatud 05.03.2025
139. Statistikaamet, e. Statistika andmebaas. [RL21611: Rahvastik igapäevategevuse tervisest tingitud piiratuse, soo, vanuserühma ja elukoha\(haldusüksus\) järgi, 31. detsember 2021](#). Kasutatud 05.03.2025
140. Streimann K. (2024). [Kuidas head kavatsused võivad ebavõrdsust põhjustada?](#) Ettekanne Tervisedenduse konverents 2024: ebavõrdsus tervises – kas paratamatus?, Tallinn, 14.11.2024.
141. Streimann K, Abel-Ollo K. (2020). [Kuidas parandada ennetuse kvaliteeti Eestis?](#) Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
142. Suurna M, Orumaa M, Ringmets I, jt. (2022). Inequalities in reported use of cervical screening in Estonia: results from cross-sectional studies in 2004–2020. *BMC Womens Health* 22(1):545. DOI: [10.1186/s12905-022-02123-z](https://doi.org/10.1186/s12905-022-02123-z)
143. Šavrova A, Jaal J, Nõmm O, jt. (2023). Factors associated with advanced-stage diagnosis of cervical cancer in Estonia: a population-based study. *Public Health* 225:369–375. DOI: [10.1016/j.puhe.2023.10.025](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.10.025)
144. TAI (2025). [Eesti riiklikud toitumise, liikumise ja uneaja soovitused](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
145. TAI, a. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Tervisekaotus 2023](#). Kasutatud 03.02.2025
146. TAI, b. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [SD21: Surmad põhjuse, soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 28.01.2025
147. TAI, c. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Ägeda müokardiinfarkti järgne 30 päeva suremus](#). Kasutatud 28.01.2025
148. TAI, d. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Surmad 100 000 elaniku kohta põhjuse, soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 28.01.2025

149. TAI, e. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Vigastuste välispõhjused toimumise koha, vanuserühma ja elukoha järgi](#). Kasutatud 28.01.2025
150. TAI, f. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Diabeedi esmashaigusjuhud soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 28.02.2025
151. TAI, g. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Ravikindlustatud isikud](#). Kasutatud 26.03.2025
152. TAI, h. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Kõrgtehnoloogilised seadmed](#). Kasutatud 26.03.2025
153. TAI, i. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Ambulatoorsed vastuvõtud ja koduvisiidid](#). Kasutatud 12.02.2025
154. TAI, j. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikud diagnoosi, soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 16.04.2025
155. TAI, k. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Kalendriaasta esmased narkomaaniaravi juhud maakonna, soo ja vanuserühma järgi](#). Kasutatud 16.04.2025
156. TAI, l. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Imikute rinnapiimaga toitmine toitmise kestuse ja maakonna järgi](#). Kasutatud 19.03.2025
157. Tang S, Werner-Seidler A, Torok M, jt. (2021). The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. Clin Psychol Rev 86:102021. DOI: [10.1016/j.cpr.2021.102021](#)
158. Terviseamet (2022). [Kutsehaigestumine ja tööst põhjustatud haigestumine 2022. aastal](#). Kasutatud 04.02.2025
159. Tervisekassa (2024). [Südamekuu keskmis on tänavu noorte meeste tervis](#). Kasutatud 28.01.2025
160. Tervisekassa (2023). [Eestlaste südamerõõmsus edeneb, ent ravikulud kasvavad](#). Kasutatud 28.01.2025
161. Tervisekassa, a. [E-Konsultatsioon](#). Kasutatud 11.02.2025
162. Tervisekassa, b. [Andmepäringud. Hüvitatud abi](#). Kasutatud 11.02.2025
163. Tervisekassa, c. [Perearsti kvaliteedisüsteem](#). Kasutatud 28.02.2025
164. Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus. Riigikogu. RT I, 21.06.2024, 30. <https://www.riigiteataja.ee/akt/121062024030>
165. Tiidenberg, K. (2023). [Sissejuhatus. Digitehnoloogiad ja vaimne heaolu](#). Sisask M (toim), Eesti inimarengu aruanne 2023. Vaimne tervis ja heaolu. Tallinn: Eesti Koostöö Kogu. Lk 229–234.
166. Tobaldini E, Fiorelli EM, Solbiati M, jt. (2019). Short sleep duration and cardiometabolic risk: from pathophysiology to clinical evidence. Nat Rev Cardiol 16(4):213–224. DOI: [10.1038/s41569-018-0109-6](#)
167. Trama A, Bernasconi A, Cañete A, jt. (2025). Incidence and survival of rare adult solid cancers in Europe (EUROCare-6): A population-based study. Eur J Cancer 214:115147. DOI: [10.1016/j.ejca.2024.115147](#)
168. Trama A, Botta L, Stiller C, jt. (2024). Survival of European adolescents and young adults diagnosed with cancer in 2010–2014. Eur J Cancer 202:113558. DOI: [10.1016/j.ejca.2024.113558](#)
169. Tran KB, Lang JJ, Compton K, jt. (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 400(10352): 563–591. DOI: [10.1016/S0140-6736\(22\)01438-6](#)
170. Trummal A. (2021). [Vanemlusprogrammi „Imelised aastad“ 2020. aasta tulemused](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
171. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, jt. (2019). Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers 5(1):74. DOI: [10.1038/s41572-019-0121-0](#)
172. Tööinspeksioon. (2023). [Tööinspeksiooni aastaraamat, 2023](#).
173. United Nations Development Programme (UNDP). (2024). [Human Development Report 2023-24: Breaking the gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world](#). New York.
174. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), WHO (2018). [International standards on drug use prevention \(Second edition\)](#). United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organization.
175. Vabariigi Valitsus. (2023). [Valdkondadeülese ennetuse eesmärgid ja tulemusindikaatorid aastateks 2022–2025](#). Kasutatud 10.04.2025
176. Vaccarella S, Georges D, Bray F, jt. (2023). Socioeconomic inequalities in cancer mortality between and within countries in Europe: a population-based study. Lancet Regional Health Europe 25:100551. DOI: [10.1016/j.lanepe.2022.100551](#)

177. Veerus P, Hallik R, Jänes J, jt. (2021). Human papillomavirus self-sampling for long-term non-attenders in cervical cancer screening: A randomised feasibility study in Estonia. *J Med Screen* 29:53–60. DOI: [10.1177/09691413211052499](https://doi.org/10.1177/09691413211052499)
178. Veerus P, Nõmm O, Laidra K, jt. (2024). Knowledge and attitudes regarding HPV vaccination in Estonia: mixed methods study in 2023. 36th International Papillomavirus Conference, Edinburgh, UK.
179. Vener C, Lillini R, De Angelis R, jt. (2025). Long-term survival for myeloid neoplasms and national health expenditure: a EURO CARE-6 retrospective, population-based study. *Eur J Cancer* 220:115231. DOI: [10.1016/j.ejca.2025.115231](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2025.115231)
180. Vorobjov, S, Kaste A-L, Veskimäe L. (2024). [Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring 2023](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
181. Vorobjov, S, Veskimäe L. (2025). [Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eesti 15–16-aastaste õpilaste seas](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
182. [Vähitörje tegevuskava 2021–2030](#). (2021). Tallinn: Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut.
183. Zimmermann M-L, Innos K, Härmaorg P, jt. (2024). [Vähk Eestis: haigestumus 2021, elulemus 2017–2021 ja sõeluuringul avastatud vähijuhud](#). Tervise Arengu Instituut.
184. Zimmermann M-L, Innos K, Härmaorg P, jt. (2023). [Vähk Eestis: haigestumus 2020, elulemus 2016–2020 ja hematoloogilised kasvaja 2011–2020](#). Tervise Arengu Instituut.
185. WHO (2020). [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour](#). Geneva: World Health Organization.
186. WHO (2022). [WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets](#).
187. WHO (2024a). [Evaluation of the Estonian Green Paper on Alcohol Policy](#). 2024.
188. WHO (2024b). [WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets](#). Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
189. Windle SB, Eisenberg MJ, Reynier P, jt. (2021). Association between legalization of recreational cannabis and fatal motor vehicle collisions in the United States: an ecologic study. *CMAJ Open* 9:E233–E241. DOI: [10.9778/cmajo.20200155](https://doi.org/10.9778/cmajo.20200155)
190. WHO, Sotsiaalministeerium (2010). [Estonia Health System Performance Assessment: 2009 Snapshot](#). World Health Organisation. Kasutatud 04.02.2025
191. WHO (2021). [Musculoskeletal conditions](#). Kasutatud 04.02.2025

Kasutatud andmebaasid:

1. Eurostat
2. OECD Data Explorer
3. Statistika andmebaas (Statistikaamet)
4. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas (TAI)
5. Tervisekassa andmebaas

