

4.3

Hariduslik ebavõrdsus oodatavas elueas ning viisid selle vähendamiseks

Taavi Tillmann, Mall Leinsalu ja Rainer Reile

PÕHISÕNUMID

- Mida madalam on haridustase, seda suurem on haigestumuse ja suremuse risk.
- Eestis elavad kõrgharidusega inimesed keskmiselt 11 aastat kauem kui põhiharidusega inimesed ja see vahe ei ole ajas vähenenud.
- Oodatava eluea haridusliku ebavõrdsuse vähendamine on rahvatervishoiu prioriteet.
- Tõhusad ennetavad sammud tervise ebavõrdsuse vähendamiseks oleksid tubakatoodete müügikeeld noorele põlvkonnale, ebatervisliku toidu hinnatõus ja selle reklaami keelamine lastele ning toidutoodete tervislikkuse märgistamine.
- Tuleks pidurdada tervishoiu nihkumist erasektoris ja arendada ennetusteenuseid, mis võtavad arvesse ka madalama haridustasemega inimeste vajadusi ja arvamust.

SISSEJUHATUS

Tervise ebavõrdsus tähendab tervisenäitajate erinevust rahvastikurühmade vahel. See variatsioon joonistub välja mitme ühiskondlikku positsiooni märkiva tunnuse puhul. Inimeste elukoha, ameti, haridustaseme, sissetuleku, kodakondsuse ja rahvusega seotud erinevused tervise seisundis on sotsiaalne probleem, mille juured

on ühiskondlikus ebaõigluses.¹ Kuigi teadusuuringud on näidanud, et tervise ebavõrdsus on olemuselt universaalne nähtus, on terviselõhe reeglina suurem riikides ja piirkondades, kus ressursid jagunevad ühiskonnaliikmete vahel ebaühtlasemalt ning kus sotsiaalsed sidemed on nõrgemad.² Miks aga peaksime leppima olukorraga, kus me tervis

sõltub suurel määral kontekstist, kuhu me sünnime, kus kasvame, õpime, töötame ja vananeme?

HARIDUSLÕHE OODATAVAS ELUEAS JA SELLE PÕHJUSED

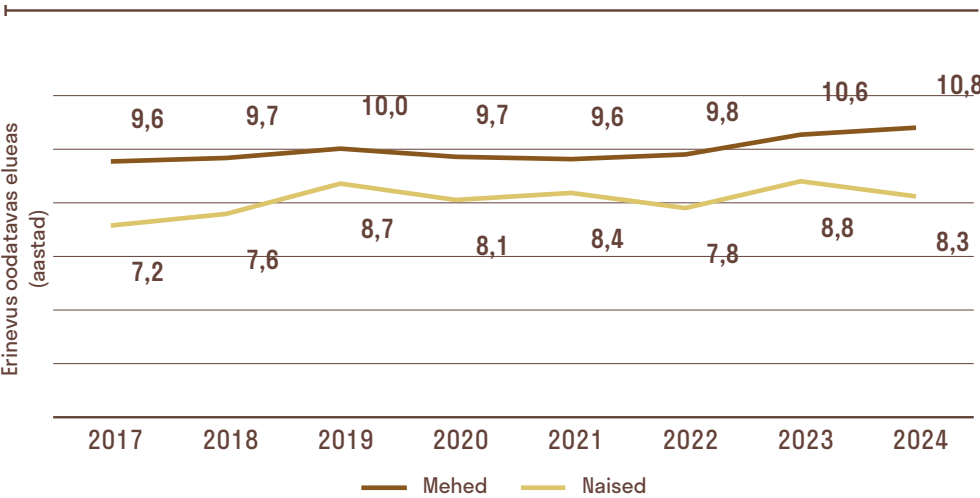
Kõrgharidus toob täna Eestis ligikaudu 11 aastat pikema eluea kui põhiharidus. See suremusandmetel põhinev rahvastiku tervise seisundi indikaator pole aga staatiline, vaid on alates Eesti taasiseseisvumisest teinud läbi suuri muutusi. Üleminekuaja keerulised olud 1990. aastatel tõid kaasa suurenenud suremuse ja sellega ka üldise oodatava eluea languse, kus võitjateks olid kõrgharidusega ja kaotajateks madalama haridustasemega Eesti elanikud. 2000. aastaks ulatus hariduslik erinevus oodatavas elueas meestel 13 aastani ja naistel 9 aastani.³ Kuigi 2000. aastate järel hariduslik erinevus oodatavas elueas Eestis vähenes (2016. a andmetel meestel 10 aastat ja naistel 7 aastat), jäi see siiski suuremaks kui OECD riikides keskmiselt (vastavalt 8 ja 6 aastat)⁴ ning on viimastel aastatel taas suurenenud (vt joonis 4.3.1). Kõikjal maailmas kaasneb kõrgema haridustasemega väiksem suremusrisk – iga lisanduv haridusaasta vähendab suremusriski ligi 2% võrra.⁵ Aga miks on pikem haridustee

ühes suurema sissetuleku, meeldivama töö ja avaramate võimalustega tervise kaitseteguriks?

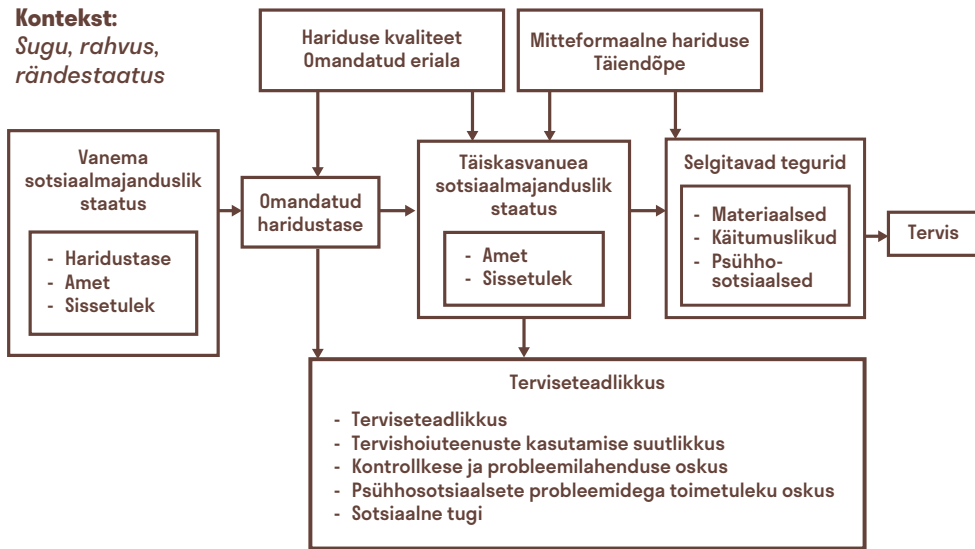
Üks levinumaid selgitusi hariduse ja tervise seostele (joonis 4.3.2) on fundamentaalsete põhjuste teooria⁶, mis näeb haridust kui vahendit mitmesugustele materiaalsetele ja mittemateriaalsetele ressurssidele ligipääsemiseks. Kõrgem haridus toob parema sissetuleku, mis annab rohkem võimalusi valida füüsilist elukeskkonda ja eluviisi ning loob ühes sellega ka tervist toetavama keskkonna. Pikiuuringute tulemused⁷ kinnitavad hariduse ja sissetuleku tugevat seost suremuse erinevuste selgitamisel. Teisalt loob hariduse omandamise panustatud aeg ka rohkelt erinevaid teadmisi ja oskusi. Terviseteadlikkusel (ingl *health literacy*) ehk inimeste võimel leida, mõista ja kasutada teavet ning teenuseid terviseiga seotud otsuste ja tegevuste tarvis on oluline roll haridusliku terviselõhe selgitamisel.⁸

Ressursside vähesus on oluline stressiallikas madalama sotsiaalse seisundiga rühmades. Stress omakorda panustab suremuse hariduslikku ebavõrdsusse eriti südamehaiguste puhul.¹¹ Vanemate haridus ja võimaluste erinevus kujundab ka laste tervist. Näiteks on madalama haridusega

Joonis 4.3.1 Erinevus oodatavas elueas põhi- ja kõrgharidusega rühmade vahel, 2017–2024



ALLIKAS: Statistikaamet⁹



ALLIKAS: autorite joonis Khalatbari-Soltani jt¹⁰ põhjal

emade lastel suurem tõenäosus rasvuda¹² või suitsetama hakata¹³.

RAHVASTIKU TERVISE ARENGUKAVA KESKNE EESMÄRK ON VÄHENDADA HARIDUSLIKKU EBAVÕRDSUST TERVISES

Tervise ebavõrdsus on määratletud rahvatervishoiu keskse probleemina nii eelmises kui ka praeguses rahvastiku tervise arengukavas.¹⁴ Ühe eesmärgina nähakse ette, et 2030. aastaks ei tohiks põhiharidusega inimeste keskmine oodatav eluiga jääda kõrgharidusega inimeste oodatavast elueast maha rohkem kui kaheksa eluaastat. Samas on viimase seitsme aasta jooksul hariduslik ebavõrdsus oodatavas elueas Eestis pigem suurenenud. Eesmärgi saavutamine on selle võrra raskem, et tervise ebavõrdsust võivad mõjutada ka muutused rahvastiku struktuuris. Hariduse hea kättesaadavus, aga ka demograafilised suundumused tänases Eestis on muutnud haridustaseme seotud proportsioone

rahvastikus. 2021. aasta rahvaloenduse andmetel oli Eestis 20-aastaste ja vanemate hulgas kõrgharidusega inimesi 39% ja põhiharidusega 15%.¹⁵ 2000. aasta loenduse järgi aga olid vastavad proportsioonid 26% ja 27%.¹⁶ Põhiharidusega rühm tänases teaduspõhises maailmas eristub eelmistest põlvkondadest arvatavasti nii ressursside kui ka isikuomaduste ja kognitiivsete võimete poolest, mis omakorda mõjutavad tervisega seotud otsuseid.¹⁷ Seega ei tasu loota, et tervise ebavõrdsus väheneks iseeneslikult, vaid selleks on vaja läbimõeldud ja teaduspõhist poliitikat ja tõhusaid sekkumisi.

Kõrgem haridus toob parema sissetuleku, mis annab rohkem võimalusi valida füüsilist elukeskkonda ja eluviisi ning loob ühes sellega ka tervist toetavama keskkonna.

PÕHJUSTEST LAHENDUSTENI

Südame-veresoonkonna haigused selgitavad Eestis ligikaudu poole, vähktõbi viiendiku ning vigastused ja mürgistused ligi 13% suremuse ebavõrdsusest põhi- ja kõrgharidusega rühmade vahel.¹⁸ Suremuse haridusliku ebavõrdsuse põhjuseks on sageli käitumuslikud riskitegurid: suitsetamine selgitab ligi kolmandiku, ebatervislik toitumine (mis väljendub liigeses kehakaalus või kõrgvererõhktohes) ligi viiendiku ja alkoholi liigtarbimine vähemalt kümnendiku hariduslõhest.¹⁹ Kui tava tubaka suitsetamine on Eestis juba mõnda aega olnud langustrendis, on ülekaalulisus ja rasvumine tõusuteel.²⁰

Paraku on muutused tervisekäitumises enamasti olnud ebasoodsamad madalama haridustasemega rühmades ning seeläbi on suurenenud hariduslik ebavõrdsus (joonis 4.3.3). Lahendused ebavõrdsuse vähendamiseks peavad seega tege-

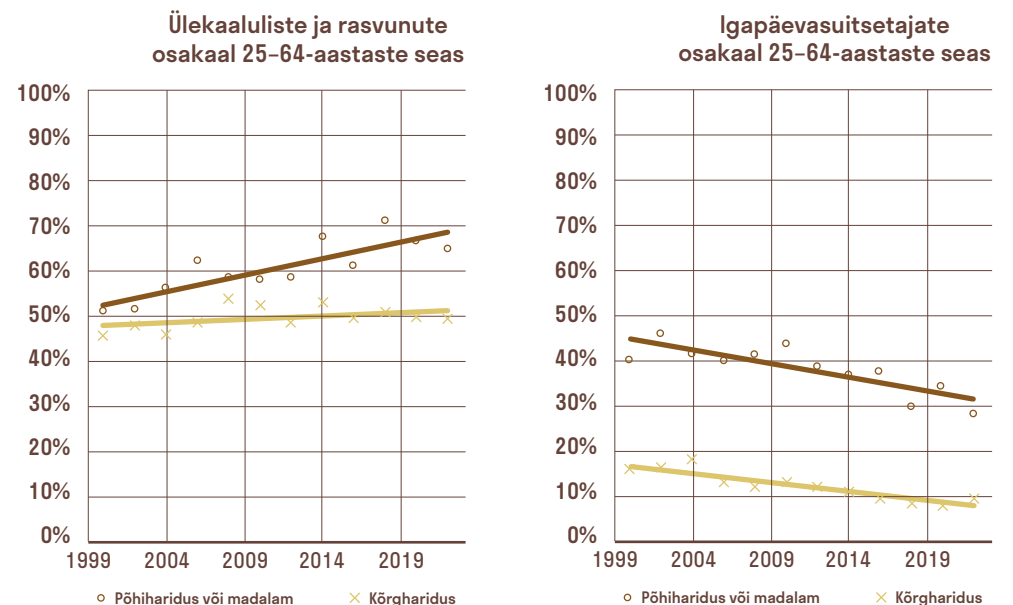
lema haiguste kujunemist mõjutavate käitumuslike riskitegurite ennetuse ja tervishoiuteenuste võrdsema kasutamisega.

TÕHUS ENNETUS

Haridusliku terviselõhe vähendamiseks tuleb ennetuses keskenduda ennekõike suitsetamise ja alkoholitarbimise vähendamisele ning toitumisharjumuste parendamisele (eesmärgiga alandada kehakaalu ja vererõhku). Selle eesmärgi nimel on viimase poole saja aasta jooksul maailmas katsetatud väga erinevaid meetmeid. Tuginedes Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koondatud tõendusmaterjalile tõhusamate meetmete kohta²¹ ning mitmete üksikuuringutele ja ülevaadetele, käsitleme järgnevalt ennetavaid lahendusi, mis aitaksid vähendada oodatava eluea hariduslikku ebavõrdsust Eestis.

Püüdlus tubakavaba Eesti poole on oluline samm suitsetamisest tuleneva suremuskaotuse ja

Joonis 4.3.3 Liigne kehakaal ja suitsetamine Eesti elanikkonna haridustasemete lõikes



ALLIKAS: Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2000–2022²²

selle haridusliku ebavõrdsuse vähendamiseks. Eesti tubakapoliitika roheline raamat²³ on olnud valdkonna ennetustegevuse ja poliitika raamiks kümnekond aastat. Kuna enamik riike on tubakapoliitikat karmistanud, pole Eesti koht tubakapoliitika meetmete rahvusvahelises pingereas viimastel aastatel paranenud.²⁴ Maksimaalsest sajast punktist saavutab Eesti jätkuvalt keskpärase tulemuse (49 punkti), mis jääb oluliselt alla Suurbritanniale (82 punkti), aga ka Leedule (52 punkti). Kuigi tubakatoodete aktsiisi on alates 2018. aastast igal aastal tõstetud, ei ole tempo olnud piisav, kuna muude kaupade tarbijahinnaindeks on alates 2021. aastast kasvanud tubakaga võrreldes kiiremini.²⁵ Suitsetajaid kohtab endiselt laste märguväljakutel, kohvikute väliterrassidel ja parkides, kus paljud riigid on suitsetamise keelanud. Tubakatoodete kättesaadavuse ja kasutuse vähendamise efektiivsemad ja kulu-tõhusamad sekkumised on loetletud tekstikastis „Suitsetamise vähendamist toetavad meetmed”.²⁶ Kuna igapäevasuitsetajate osakaal on madalamas haridusrühmas ligi kolm korda suurem kui kõrgharidusega rühmas²⁷, siis aitaksid tubakapoliitika meetmed kaasa ka haridusliku tervise-lõhe vähendamisele.

Sarnaselt tubakavaldkonnaga aitab alkoholi-kahjusid vähendada alkoholi hinna regulatsioon ja kättesaadavuse piirangud.²⁸ Eesti alkoholi-poliitika hindamine²⁹ tõi välja mitu soovitud (vt tekstikast „Alkoholitarbimise vähendamist toetavad meetmed”). Kuigi Eesti alkoholipoliitika on viimase paarikümne aasta jooksul muutunud märksa korrastatumaks³⁰, on lähiriikidest veelgi põhjalikumad alkoholipoliitika muutused toimunud Leedus³¹. Leedust on pärit ka Eesti oludesse sobiv tõendus alkoholipoliitika mõjust haridusliku ebavõrdsuse vähendamisele – alkoholiaktsiisi tõusu järel vähenes üldsuse hariduslik erinevus 13%.³² Kuigi lühiajaline, osutab see näide, et hariduslikku terviselõhet on võimalik läbimõeldud poliitikaga vähendada. Oluline aspekt on ka alkoholi põhjustatud kahju teistele ühiskonnaliikmetele – uuringud³³ on näidanud alkoholi kättesaadavuse seost vägivaldakuritegude ja liiklusõnnetustega.

Tervislikum toitumine aitaks vähendada liigset kehakaalu ja langetada vererõhku, toetades seeläbi oodatava eluea haridusliku ebavõrd-

SUITSETAMISE VÄHENDAMIST TOETAVAD MEETMED

- **Ostujõust kiirem tubakatoodete maksutõus**
- **Tubakatoodete kättesaadavuse ja nähtavuse-atraktiivsuse vähendamine (müügipiirangud ja standardpakendid)**
- **Efektiivsemalt jõustatud suitsetamiskeeld avalikes kohtades**
- **Suitsetamisest loobumise teenuste reklaam ning nikotiini asendusravi rahastamine**

suse vähenemist. Suhkrustatud jookide sagedase tarbimise erinevus põhi- ja kõrgharidusega rühmades on Eesti täiskasvanute seas ligikaudu kolmekordne.³⁴ Suhkrujookide maksustamine Mehhikos ja Suurbritannias vähendas ööpäevaringse suhkru tarbimist ja suurendas vee tarbimist kõige enam kehvema sotsiaal-majandusliku taustaga inimeste seas.³⁵ Madalama haridustasemega rühmade väiksem suhkrutarbimine vähendaks rasvumist, mis on südamehai-guste ja vähktõve oluline riskitegur, ning aitaks

ALKOHOLITARBIMISE VÄHENDAMIST TOETAVAD MEETMED

- **Alkoholiaktsiisi tõus määral, mis vähendab alkohoolsete jookide taskukohasust**
- **Alkoholi kättesaadavuse piiramine (sh litsentsisüsteem, müügiajad, kaugmüük)**
- **Tõhusam ravi- ja hooldussüsteem alkoholist tingitud probleemide ja tervisehäiretega inimestele**

seeläbi vähendada oodatava eluea hariduslikku ebavõrdsust. Kui Eestis vähendaks suhkrujoogi maks rasvumist ligikaudu 2%³⁶, siis astmeline toidu käibemaks (ebatervislikud toidud suurema ja tervislikud toidud madalama maksumäära-ga) oleks tõhusam meede, vähendades USA mudeluuringu alusel³⁷ rasvumist 20–50%.

Ebavõrdsuse vähendamiseks on vaja teha tervislik toid kättesaadavamaks ja atraktiivsemaks lastele, kes on pärit madalama hariduse ja sissetulekuga peredest. Näiteks Bere jt³⁸ juhustustatud katses Norras pakuti sekkumisgrupi koolilastele tasuta puuvilju. Tulemuseks oli suurem päevane tarbitud puuviljade kogus (ja väiksem soolaste näkside kogus) kui kontrollrühma koolide lastel. Mõju oli suurem eelkõige madalama sissetulekuga perede lastel. Viimasega haakuvad Suurbritannia mudeluuringu³⁹ tulemused, kus ebatervisliku toidu telereklaami keelamine langetas laste rasvumust keskmiselt 5%, kuid mõju oli kaks-kolm korda suurem kehvema sotsiaal-majandusliku taustaga perede puhul.

Positiivseid muutusi tarbimises võib tuua toidumärgistuse süsteemi muutmine. Ainult pool tarbijatest loevad toidu märgistust ja madalama haridustasemega rühmades on märgistuse lugejate osakaal väiksem. Põhjusena tuuakse teksti väiksust ja rahulolematust toidumärgistusega on suurenenud.⁴⁰ Kuigi nii Euroopas kui ka Eestis on aastakümneid tegeletud hea tava, käsiraamatute ja pakendite disaini-juhiste soovitamise ja edendamise, on suurenev rahuolematuse märk sellest, et tööstuse olemasolevast eneseregulatsioonist ei piisa.

Tõhusaim viis, mis aitaks ennekõike madalama haridusega rühmal kiiremini mõista ja arvestada toitude terviseavet, oleks selle teabe lihtsustatud esitamine pakendil. Näiteks võiks märgistada toidupakendid ühese NutriScore'il tugineva tervislikkuse hinnanguga skaalal A-st E-ni, kus A (roheline) tähistab kõige tervislikumat ja E (punane) kõige ebatervislikumat valikut. Hinnang tugineks kaheksal toidu koostise komponendil (sh kalorsus ja suhkrusisaldus 100 grammi kohta). Arvukad juhustustatud katsed on näidanud, et toidupakendite selline märgistamine suurendab tervislike toitude ostmist, vähendab tarbitud kalorite hulka ja seeläbi ka rasvumist.⁴¹ Selline lähenemine võib vähendada hariduslikku

TOITUMISE PARENDAMIST TOETAVAD MEETMED

- **Toidu hinna reguleerimine, muutes ebatervislikud tooted kallimaks ja tervislikud soodsamaks**
- **Ebatervislike toitude turunduse piiramine lastele**
- **Toidutoodete tervislikkuse märgistamine**

terviselõhet. Austraalias läbiviidud uuring näitas, et tootjate vabatahtliku eneseregulatsiooni korral said kõigest 7% toodetest vastava tähise⁴², kuid meetme kohustuslikuks tegemine seostus 14-kordse tervisekasuga. Diferentseeritud hinnapoliitika, lastele suunatud ebatervislike toodete reklaami piiramine ja toidutoodete tervislikkuse märgistamine toote pakendil oleksid tõhusad sekkumised toidumärgistuse parandamisel (vt tekstikast „Toitumise parandamist toetavad meetmed“).

KUIDAS VÄHENDADA HARIDUSLÕHET TERVISHOIUTEENUSTE KASUTAMISES?

Hariduslikku ebavõrdsust tervishoiuteenuste kasutamises on Eestis suhteliselt vähe uuritud. Teistes riikides on leitud, et kõrgema haridustasemega rahvastikurühmades on kaks-kolm korda rohkem kolesterooli ja vererõhu mõõtmisi⁴³ ning nad on saanud rohkem ennetavat statiinravi⁴⁴. Hästi juurutatud ravistandardid on vähendanud hariduslõhet raviteenuste saamisel⁴⁵, mistõttu hariduslikud erinevused uute ravimite kasutuses ja ravisoostumuses võivad olla väiksemad⁴⁶. Ka sümptomijärgses raviteekonnas on madalama haridusega rühmade tulemused reeglina halvemad. Inglismaal läbiviidud uuring näitas, et peale erakorralise meditsiini osakonnast lahkumist oli madalama haridustasemega rühmade suremus 10% suurem.⁴⁷ Lõuna-Koreas on täheldatud, kuidas suurema sissetulekuga inimestel on suurem tõenäosus saada kiiremat kiirabi teenust, tuvastada sekkumist vajav südamerütmihäire ja saada kodus sekkuvat ravi, samuti on nende suremus väiksem kui madalama sissetulekuga inimestel.⁴⁸

Eestis on viimase kahekümne aasta jooksul avaliku sektori osakaal tervishoiu rahastamises vähenenud 78%-lt 72%-le.⁴⁹ Samal ajal on suurenenud erasektori osakaal tervishoiuteenuse pakkumises 26%-lt 38%-le. On võimalik, et nende muutuste kontekstis on teatud tervisteenuste (sh vaimse tervise teenuste) kättesaadavus, kasutatavus ja tõhusus langenud enim just madalama haridus- ja sissetulekutasemega rühmades.

Sõeluuringutes osalemine langetab vähktõppe suremust, ometi on see hariduslikult diferentseeritud.⁵⁰ Üks võimalus parandada emakakaelavähi sõeluuringutes osalemist madalama haridustasemega rühmades on vastava teenuse pakkumine kodustes tingimustes.⁵¹ Eestis alustati HPV-kodutesti katsetamist 2021. aastal⁵² ja nüüd pakub Tervisekassa seda võimalust edukalt kõigile sõeluuringusse kutsutud naistele. Teine võimalus hariduslõhe vähendamiseks vähi varasel avastamisel võiks olla emakakaela ja soolevähi sõeluuringu kutsete personaliseerimine lähtuvalt (muu hulgas) kutsutava haridustasemest.

TERVISHOIUTEENUSTE KASUTAMIST TOETAVAD MEETMED

- Haridustasemest tulenevate erinevuste väljaselgitamine tervishoiuteenuste kasutamises ja tõhususes
- Personaalne riskipõhine ennetus, mh madalama haridustasemega rühmades
- Nutikad digilahendused tervisteenuste toetamiseks
- Madalama haridustasemega rühmade kaasamine ennetusteenuste disainimisse

See aitaks tõsta programmi kulutõhusust ja võimaldaks paremini jõuda riskirühmadeni, kutsudes neid sõeluuringule varem või sagedamini (vt tekstikast „Tervishoiuteenuste kasutamist toetavad meetmed“).⁵³ Sarnast mudelit võiks kaaluda ka südameveresoonekonna haiguste ennetamise teenuse arendamisel. Personaalse ennetuse aluseks oleks personaalsete riskiprofiilide toomine perearstide ja õdede töölaule, kus lisaks geenianalüüsidele oleksid kaetud ka käitumuslikud ja sotsiaalsed riskitegurid.

Uued väljakutsed ja arengusuundumused eeldavad ajakohaseid tervishoiulahendusi. Suitsetamisest loobumise teenused on kulutõhusad ja vähendavad hariduslikku ebavõrdsust suitsetamises.⁵⁴ Põhjanaanabrite väljatöötatud nutirakendus suitsetamisest loobumiseks suurendas loobumismäära tõhusamalt kui trükimaterjalid.⁵⁵ Nutiteenuseid võiks arendada nii toitumisnõustamise, kaalulangetamise kui ka ravisoostumuse suurendamise tarvis. Arenev tehnoloogia võimaldab kõrge vererõhu tuvastamist ja jälgimist nutirakenduse abil, ilma et oleks vaja pöörduda tervishoiuasutusse.

Tervishoiuteenuste kasutuse hariduslõhe vähendamiseks tuleks toetavate teenuste disainimisse kaasata teenuste tulevased kasutajad, pöörates samal ajal tähelepanu ka sihtrühma hetero-

geensusele. Näiteks Inglismaal disainiti veebipõhine suitsetamisest loobumise teenus koostöös vähese haridusega suitsetajatega, mille järel langes suitsetamise määr 43% madala haridustasemega rühmades, kuid mitte kõrgharitude rühmas.⁵⁶ Vastuvõtlikkus sellistele sekkumistele võib eriti tõhus olla, kui teavitustegevustesse kaasata sihtrühmale sobivaid mõjuisikuid, sealhulgas suunamudijaid, keda jälgivad madalama haridustasemega inimesed. Ajakohastatud ja personaalselt suunatud sekkumised tervishoiuteenuste kasutamisel võiksid vähendada hariduslikku ebavõrdsust nii riskitegurites kui ka haigestumises ja suremuses.

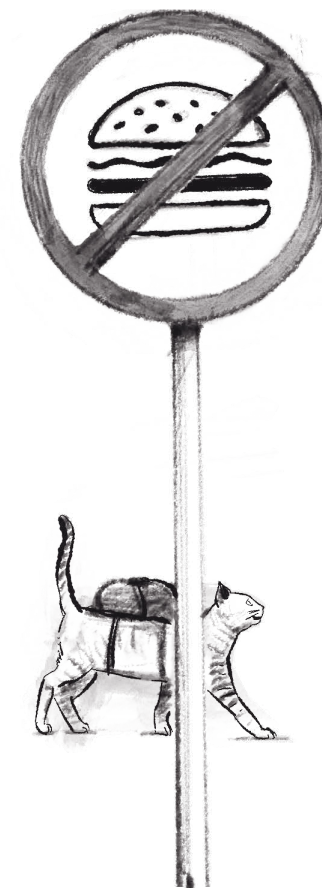
KOKKUVÕTE

Põhiharidusega inimesed elavad Eestis 11 aastat lühemat elu kui need, kellel on kõrgharidus. Viimastel aastatel on see vahe pigem suurenenud. Oodatava eluea hariduslik ebavõrdsus ja selle muutumine on peamiselt seotud eluviisiga (suitsetamine, alkoholitarbimine, toitumine), aga ka tervishoiuteenuste kasutamisega. Kõik nimetatud tegurid ei sõltu pelgalt valikutest, vaid ka võimalustest, mis on seotud olemasolevate materiaalsete ja mittemateriaalsete ressursside jaotumisega. Seetõttu oleks muude meetmete kõrval oluline vähendada sissetulekute ebavõrdsust, mis on Eestis suurem kui Euroopa Liidu riikides keskmiselt.

Tervise ebavõrdsuse vähendamiseks on vaja nii laialdasi meetmeid, mis jõuavad kogu elanikkonnani (st tubaka, alkoholi ja ebatervislike toitumise hind, kättesaadavus ja reklaam), kui ka sihitud tegevusi, mis võtavad arvesse gruppide erivajadusi ja riskitegureid (nt suitsetamisest loobumise teenuse tõhusamaks arendamine). Taoline universaalne, kuid spetsiifiline lähenemisviis aitab tagada, et sekkumine jõuab tõhusalt ka nende rühmadeni, kellel on vähem ressursse või väiksem terviseteadlikkus. Seega on diferentseeritud ja suunatud sekkumised üks eeltingimus oodatava eluea haridusliku ebavõrdsuse vähendamisel. Personaalsete sekkumiste väljatöötamisel peab senisest rohkem kasutama nii olemasolevaid tervise-, tervisekäitumise ja sotsiaalandmeid, nutirakendusi, riskirühmade kaasamist teenuste väljatöötamisse kui ka sotsiaalmeediat, et jõuda

vähese haridusega rühmadeni. Nii on võimalik tuvastada riskirühmi ja pakkuda neile kohast, õigeaegset ja õiglast ennetusteenust.

Tervishoiuteenuste kasutuse hariduslõhe vähendamiseks tuleks toetavate teenuste disainimisse kaasata teenuste tulevased kasutajad, pöörates samal ajal tähelepanu ka sihtrühma heterogeensusele.



PEEGELDUS

Riina Sikkut

Eestis on hariduslik ebavõrdsus tervises suur ega ole vähenenud – kõrgharidusega inimesed elavad keskmiselt 11 aastat kauem kui põhiharidusega inimesed. Kolmandiku sellest terviselõhest selgitab suitsetamine, viiendiku ebatervislik toitumine ja kümnendiku alkoholitarbimine, samuti on tähtis tervishoiuteenuste kättesaadavus. Seega tuleb ennetuses keskenduda nimetatud riskiteguritele ja tagada ligipääs arstiabile. Töenduspõhine poliitika muudab ebatervisliku valiku kallimaks, vähendab kättesaadavust, piirab reklaami ja märgistab selgelt. Lihtne öelda, raske teha, sest mitmed töenduspõhised sekkumised on laia poliitilise toetuseta, mistõttu on nende kiire elluviimine vähetõenäoline.

Millised võiksid olla kolm sammu kõigi jaoks pikema ja tervema elu suunas?

Esiteks: lõpetame vastutuse ainult inimese kaela veeretamise. Haigestumise ja suremise risk on igas riigis seotud sotsiaalmajanduslike tunnustega. Kui aga erinevused rahvastikurühmade tervisenäitajate vahel kärisevad suureks, siis peegeldab see ühiskondlikku ebaõiglust. Olukorras, kus haridus määrab tervisekäitumise, sissetulek arstiabi kättesaadavuse või vanemate taust lapse tervises seisundi, ei sõltu inimese tervis ainult tema enda valikutest, vaid on seotud normide ja

hoiakutega ühiskonnas, ressursside jaotuse ja üldise elukeskkonnaga. Kuni arvame, et ülekaaluline on laisk, alkoholitarvitaja loll ja suitsetaja peaks oma tervisekulud ise katma, kasvatame uue põlvkonna, kus võimendub praegune ebavõrdsus tervises.

Teiseks: rakendame töenduspõhised soovitusel, et lapsed kasvaksid tervemad. Näiteks tervislik tasuta koolitoit, lastele suunatud ebatervisliku toidu reklaami lõpetamine, olemasolevate reeglite jõustamine ja järelevalve parandamine alkoholimüügi vanusepiirangu ja e-sigarettide puhul ning alkoholi kaugmüügi piirangud, et koos nuudlitega ei jõuaks 20 minutiga ukse taha ka õlu.

Kolmandaks: kujundame ennetuse ja tervishoiuteenused sihtrühmale sobivaks ja kättesaadavaks. Vältida tuleb tervishoiu haavatavate rühmade omaosaluskoormuse kasvamist ja teenuseosutamise nihkumist erasektoris. Luua tuleb personaalne riskipõhine ennetus (muu hulgas lahendused suitsetamisest loobumiseks, ravisoostumuse parandamiseks, kaalulangetamiseks), mille arendamisse tuleb kaasata madalama haridustasemega inimeste arvamus ja kogemus.

Haigestumise ja suremise risk on igas riigis seotud sotsiaalmajanduslike tunnustega.

VIIDATUD ALLIKAD

1. J. C. Phelan, B. G. Link, P. Tehranifar, Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. – Journal of Health and Social Behavior 51 (1) (Suppl.), 2010.
2. J. P. Mackenbach et al., Trends in health inequalities in 27 European countries. – Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 115 (25), 2018; K. E. Pickett, R. G. Wilkinson, Income inequality and health: A causal review. – Social Science & Medicine 128, 2015.
3. M. Leinsalu, D. Vägerö, A. E. Kunst, Estonia 1989–2000: Enormous increase in mortality differences by education. – International Journal of Epidemiology 32 (6), 2003.
4. OECD, Educational inequalities in longevity among OECD countries around 2016 (OECD Publishing, 2022).
5. M. Balaj et al., Effects of education on adult mortality: A global systematic review and meta-analysis. – The Lancet Public Health 9 (3), 2024.
6. J. C. Phelan, B. G. Link, P. Tehranifar, Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. – Journal of Health and Social Behavior 51 (1) (Suppl.), 2010.
7. M. Bonaccio et al., Interaction between education and income on the risk of all-cause mortality: Prospective results from the MOLI-SANI study. – International Journal of Public Health 61 (7), 2016.
8. S. Santana et al., Updating health literacy for Healthy People 2030: Defining its importance for a new decade in public health. – Journal of Public Health Management and Practice 27 (Suppl. 6), 2021; I. van der Heide et al., The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. – Journal of Health Communication 18 (Suppl. 1), 2013.
9. RV0454: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad hariduse, soo ja vanuserühma järgi. Andmebaas. – Statistikaamet.
10. S. Khalatbari-Soltani, J. Maccora, F. M. Blyth, C. Joannès, M. Kelly-Irving, Measuring education in the context of health inequalities. – International Journal of Epidemiology 51 (3), 2022.
11. T. Tillmann et al., Psychosocial and socioeconomic determinants of cardiovascular mortality in Eastern Europe: A multicentre prospective cohort study. – PLoS Med 14 (12), 2017.
12. M. Ruiz et al., Impact of low maternal education on early childhood overweight and obesity in Europe. – Paediatric and Perinatal Epidemiology 30 (3), 2016.
13. P. Fagan, J. S. Brook, E. Rubenstein, C. Zhang, Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study. – Addictive Behaviors 30 (3), 2005.
14. Sotsiaalministeerium, Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (2021).
15. RL21303: Vähemalt 15-aastased haridustaseme, soo, vanuserühma, rahvuse ja elukoha (maakond) järgi, 31. detsember 2021. Andmebaas. – Statistikaamet.
16. RL303: Rahvastiku vanuse, haridustaseme ja rahvuse järgi. Andmebaas. – Statistikaamet.
17. O. Östergren et al., Educational expansion and inequalities in mortality – A fixed-effects analysis using longitudinal data from 18 European populations. – PLoS ONE 12 (8), 2017.
18. T. Lai, M. Leinsalu, Trends and inequalities in mortality of noncommunicable diseases: Case study for Estonia (WHO Regional Office for Europe, 2015).
19. J. P. Mackenbach et al., Determinants of inequalities in life expectancy: An international comparative study of eight risk factors. – The Lancet Public Health 4 (10), 2019; A. Stickley et al., Economic cycles and inequalities in alcohol-related mortality in the Baltic countries and Finland in 2000–2015: A register-based study. – Addiction 116 (12), 2021; A. R. Carter et al., Understanding the consequences of education inequality on cardiovascular disease: Mendelian randomisation study. – BMJ 365, 2019.
20. R. Reile, T. Veideman, Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022 (Tervise Arengu Instituut, 2023).
21. WHO, Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed. (2024).
22. R. Reile, T. Veideman, Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022 (Tervise Arengu Instituut, 2023).
23. Sotsiaalministeerium, Tubakapoliitika roheline raamat (2014).
24. L. Joossens, L. Olfir, A. Feliu, E. Fernandez, The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. A report of Smoke Free Partnership (Catalan Institute of Oncology, 2022).
25. Eesti Konjunkturiinstituut, Tubakatoodete turg ja tarbimine Eestis. Aastaraamat 2023 (2023).
26. WHO, Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed. (2024).
27. R. Reile, T. Veideman, Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2022. Metoodika ja standardtabelite kogumik (Tervise Arengu Instituut, 2023).
28. WHO, Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed. (2024).

29. WHO, Evaluation of the Estonian Green Paper on Alcohol Policy (WHO Regional Office for Europe, 2024).
30. R. Stoppel, R. Reile, A. Ahven, K. Pärna, Estonian alcohol control legislation in 1990–2020: A narrative review. – Drug and Alcohol Review 43 (2), 2024.
31. J. Rehm et al., Impact of the WHO “best buys” for alcohol policy on consumption and health in the Baltic countries and Poland 2000–2020. – The Lancet Regional Health Europe 33, 2023.
32. J. Manthey et al., The impact of alcohol taxation increase on all-cause mortality inequalities in Lithuania: An interrupted time series analysis. – BMC Medicine 21 (1), 2023.
33. Sotsiaalministeerium, Alkoholitarvitamise vähendamise arengusuunad 2025–2035 (2024).
34. R. Reile, R. Oja, Temporal changes and educational disparities in the frequent consumption of sugar-sweetened beverages among Estonian adults during 2006–2022. – Public Health in Practice 8, 2024.
35. L. J. Cobiac et al., Impact of the UK Soft Drinks Industry Levy on health and health inequalities in children and adolescents in England: An interrupted time series analysis and population health modelling study. – PLoS Medicine 21 (3), 2024; M. A. Colchero, B. M. Popkin, J. A. Rivera, S. W. Ng, Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar-sweetened beverages: Observational study. – BMJ 352, 2016.
36. L. Veerman, T. Thai, The potential health effects of taxing sugary drinks in Estonia (Sotsiaalministeerium, 2017).
37. A. M. Okrent, J. M. Alston, The effects of farm commodity and retail food policies on obesity and economic welfare in the United States. – American Journal of Agricultural Economics 94 (3), 2012; Z. Kalamov, A sales tax is better at promoting healthy diets than the fat tax and the thin subsidy. – Health Economics 29 (3), 2020.
38. E. Bere, S. J. te Velde, M. C. Småstuen, J. Twisk, K. I. Klepp, One year of free school fruit in Norway. 7 years of follow-up. – International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 12, 2015.
39. O. T. Mytton et al., The potential health impact of restricting less-healthy food and beverage advertising on UK television between 05.30 and 21.00 hours: A modelling study. – PLoS Medicine 17 (10), 2020.
40. K. Petti jt, Toidu märgistamise ja toiduhügieeni uuring (Maaeluministeerium, 2019).
41. J. Song et al., Impact of color-coded and warning nutrition labelling schemes: A systematic review and network meta-analysis. – PLoS Medicine 18 (10), 2021.
42. A. M. Mantilla Herrera et al., Cost-effectiveness of product reformulation in response to the Health Star Rating food labelling system in Australia. – Nutrients 10 (5), 2018.
43. U. Sambamoorthi, D. D. McAlpine, Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. – Preventive Medicine 37 (5), 2003.
44. H. F. Hope et al., Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease. – PLoS ONE 14 (1), 2019; R. Fleetcroft, P. Schofield, M. Ashworth, Variations in statin prescribing for primary cardiovascular disease prevention: Cross-sectional analysis. – BMC Health Services Research 14, 2014; K. Boruzs, A. Juhász, C. Nagy, R. Ádány, K. Bíró, Relationship between statin utilization and socioeconomic deprivation in Hungary. – Frontiers in Pharmacology 7, 2016.
45. A. Murphy et al., Inequalities in the use of secondary prevention of cardiovascular disease by socioeconomic status: Evidence from the PURE observational study. – The Lancet Global Health 6 (3), 2018.
46. J. W. Hotchkiss et al., Explaining trends in Scottish coronary heart disease mortality between 2000 and 2010 using IMPACTSEC model: Retrospective analysis using routine data. – BMJ 348, 2014; W. King et al., Socioeconomic inequality in medication persistence in primary and secondary prevention of coronary heart disease: A population-wide electronic cohort study. – PLoS ONE 13 (3), 2018.
47. A. J. Turner, I. Francetic, R. Watkinson, S. Gillibrand, M. Sutton, Socioeconomic inequality in access to timely and appropriate care in emergency departments. – Journal of Health Economics 85, 2022.
48. Q.M.R. Ramos et al., Socioeconomic disparities in Rapid ambulance response for out-of-hospital cardiac arrest in a public emergency medical service system: A nationwide observational study. – Resuscitation 158, 2021.
49. Tervise Arengu Instituut, Tervishoiuteenuse osutajate tulud ja kulud (2022).
50. L. Palencia et al., Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: Influence of the type of screening program. – International Journal of Epidemiology 39 (3), 2010.
51. I. Rees, D. Jones, H. Chen, U. Macleod, Interventions to improve the uptake of cervical cancer screening among lower socioeconomic groups: A systematic review. – Preventive Medicine, 111, 2018.
52. R. Hallik et al., HPV self-sampling in organized cervical cancer screening program: A randomized pilot study in Estonia in 2021. – Journal of Medical Screening 32 (1), 2025.
53. M. Stankunas et al., Cervical cancer in the Baltic States: Can intelligent and personalized cancer screening change the situation? – Acta Medica Lituanica 29 (1), 2022.
54. C. E. Smith, S. E. Hill, A. Amos, Impact of specialist and primary care stop smoking support on socio-economic inequalities in cessation in the United Kingdom: A systematic review and national equity analysis. – Addiction 115 (1), 2020.
55. S. Iivanainen et al., Smartphone application versus written material for smoking reduction and cessation in individuals undergoing low-dose computed tomography (LDCT) screening for lung cancer: A phase II open-label randomised controlled trial. – The Lancet Regional Health Europe 42, 2024.
56. J. Brown et al., Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: A randomised controlled trial. – The Lancet Respiratory Medicine 2 (12), 2014.