

TALLINNA ÜLIKOOL

Ühiskonnateaduste instituut

Sotsiaalkaitse suund

Heidy Koch

**FORMAALNE JA MITTEFORMAALNE ABI 65- AASTASTE JA VANEMATE
EESTI INIMESTE SEAS**

Magistritöö

Juhendaja:

MSc Liili Abuladze

PhD Leen Rahnu

Tallinn

2020

SISUKOKKUVÕTE

Heidy Koch (2020). Formaalne ja mitteformaalne abi 65- aastaste ja vanemate Eesti inimeste seas. Magistritöö 54 lk, 8 joonist, 3 tabelit, 57 allikat sh 32 võrkeelset.

Magistritöö eesmärk on analüüsida Eesti vanemaealiste formaalse ja mitteformaalse abi saamist ning hinnata hooldusteenuste kasutamise suurust, et paremini mõista, milliseid abisaamise viise vanemaealised kasutavad. Sotsiaalhoolekandeseaduse järgi peab kohalik omavalitsus osutama 13 sotsiaalteenust, mis ei ole kõikides piirkondades võrdselt kättesaadav. Seetõttu on vaja hinnata eakatele suunatud formaalse ja mitteformaalse abi jaotumist. Magistritöös on püstitatud kaks uurimusküsimust: 1) kui paljudel eakatel on tervisest tingitud tegevuspiirangud ning kas need erinevad sotsiaalsete rühmade ja piirkonna lõikes, ning 2) kuidas on jaotunud formaalse ja mitteformaalse abi kasutamine vastavalt tervisest tulenevatele piirangutele sotsiaalsete rühmade ja piirkonna lõikes?

Magistritöö andmete analüüsiks kasutatakse kvantitatiivset uurimisstrateegiat. SHARE (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) uuringu valim on Eesti 50+ rahvastiku suhtes esinduslik. Sellised andmed võimaldavad liikuda agregeeritud analüüsist üksikisiku tasandile ja võrrelda mehi-naisi, maa-linnaelanikke, ning eesti ja muu päritoluga inimesi. Magistritöö valimi valikul keskenduti 5. laine (2013.a) vastajatele, vanuses 65-aastased ja vanemad. Põhiliseks vaadeldavaks tunnuseks on tegevuspiirangute tunnus. Andmete analüüsiks kasutatakse STATA 10 andmeanalüüsi programmi, mis võimaldab kokkuvõtliku ülevaadet andmetest. Jaotuste võrdlemiseks kasutati X^2 -testi (Hii-ruut test), mis on kahe sagedusjaotuse alusel teostatav test.

Käesoleva magistritöö tulemustest selgus, et 70,2% vanemaealistest on tegevuspiirangutega ja nendest 23,7% kasutavad rohkem mitteformaalset abi kui formaalset abi (15,3%). Sooti ja linna-maa lõikes tegevuspiirangute jaotuses erinevusi ei leitud. Küll aga on nii formaalse kui mitteformaalse abi kasutajate osakaal kõrgem vanuse kasvades, kõrgem naiste, maaelanike, madalama haridusega ning tegevuspiirangutega inimeste seas. Formaalset abi kasutati rohkem igapäevaselt, mitteformaalset abi iga nädal või kuu või harvema tihedusega. Võtmesõnad: vanemaealised, hooldusmudelid, mitteformaalne abi, formaalne abi, SHARE.

ABSTRACT

Heidy Koch (2020). Formal and informal help among 65-year old and older Estonian people. Master's Dissertation 54 pages, 3 figures, 8 charts, 57 references, including 32 foreign language sources.

The aim of the thesis is to analyse the receipt of formal and informal assistance among older people in Estonia, and to assess the extent of the use of care services in order to better understand which forms of assistance older people use. According to the Social Welfare Act, the local government must provide 13 social services which are not equally accessible in all regions. It is therefore necessary to assess the distribution of formal and informal care among older people. The following research questions are posed in the thesis: 1) How many older people have health-related everyday activity limitations, and how do they differ across social groups and regions, and 2) how is the use of formal and informal assistance distributed by everyday activity limitations across social groups and regions?

Quantitative research strategy is used to analyse the data. The SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) survey sample is representative of Estonia's 50+ population. This allows analysis on the individual level, and compare men and women, urban and rural residents, and people from different origin. The selection of the thesis sample focused on the respondents of the 5th Wave (2013), aged 65 and above. The main observed variable was everyday activity limitations. Data analysis was carried out using the STATA 10 programme, which provides an opportunity for a concise overview of the data. The X² test (Chi-square test) was used to compare two sample frequencies.

The results of this thesis show that 70,2% of older people are subject to operating restrictions and 23,7% of them use non-formal aid more than formal aid (15,3%). No differences were found in the distribution of everyday activity limitations by gender and urban-rural regions. However, the proportion of both formal and informal help increases with age and is higher among women, rural population, people with lower education and everyday activity limitations. Formal help was used more often daily, informal assistance was more often used weekly or monthly, or less frequently.

Key words: older adults, informal care, formal care, care models, SHARE.

SISUKORD

Sisukokkuvõte.....	2
Abstract.....	3
Jooniste ja tabelite loetelu.....	6
Sissejuhatus.....	7
2 Teoreetilised lähtekohad	9
2.1 Rahvastikuvananemine	9
2.2 Tegevuspiirangud.....	10
2.2.1 Puudega seonduv seadusandlus Eestis.....	11
2.2.2 Formaalne ja mitteformaalne abi Eestis.....	14
2.3 Hooldusvajadus ja hooldusmodelid	18
3 Uurimisprobleem ja uurimisküsimused	21
4 Metoodika	22
4.1 Metodoloogilised lähtekohad, uurimisstrateegia ja valimi moodustamine.....	22
4.2 Analüüsimeetodite kirjeldus.....	23
4.2.1 Sotsiaal-demograafilised tunnused	23
4.2.2 Tegevuspiirangute tunnus	24
4.2.3 Formaalne abi	25
4.2.4 Mitteformaalne abi.....	26
4.2.5 Igapäevaelu tegevuste piirangud ja instrumentaalsed igapäevaelu tegevuste piirangud	26

4.3	Eetikaküsimused	27
5	Analüüsi tulemused.....	28
5.1	Tegevuspiirangute jaotus	28
5.2	Formaalse ja mitteformaalse abi jaotus.....	31
5.2.1	Mitteformaalse abi täiendamine formaalse abiga	34
6	Arutelu	37
	Kokkuvõte.....	44
	Kasutatud kirjandus	50

JOONISTE JA TABELITE LOETELU

Joonised:

Joonis 1. Vanaduspensioniealised, kellele on määratud puue 2010-2019. aastal 1. jaanuari 2020.a seisuga. Allikas: Statistikaamet.....	11
Joonis 2. Keskmise vanaduspensioni summa 2010-2019 aastatel. Allikas: Statistikaamet	12
Joonis 3. Puude vanuseline jaotus raskusastme järgi, osakaal (%) 09.2019 seisuga. Allikas Sotsiaalkindlustusamet.....	13
Joonis 4. Täiskasvanute väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse kasutajate arv 2010-2018. aastatel. Allikas: Statistikaamet	15
Joonis 5. 2019. aasta KOV poolt hooldajatoetuse saajate arv maakondade lõikes. Allikas: Sotsiaalkindlustusameti sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR)	16
Joonis 6. 2019. aasta KOV poolt hooldajatoetuse summa maakondade lõikes. Allikas: Sotsiaalkindlustusameti sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR)	17
Joonis 7. 2017. aasta Eesti rahvastiku arv maakondade ja kahe suurima linna lõikes. Allikas: Statistikaamet.....	17
Joonis 8. Teststatistik (X^2 - statistiku avaldis). Allikas: Tartu Ülikool 2014	23

Tabelid:

Tabel 1. Tegevuspiirangute jaotus tunnuste lõikes. Allikas: SHARE Eesti 5. laine andmed (2013).....	29
Tabel 2. Formaalse abi ja mitteformaalse abi saamise jaotumine tunnuste lõikes. SHARE Eesti 5. laine andmed (2013).	32
Tabel 3. Mitteformaalse ja formaalse abi koos samaaegse kasutamise jaotus tunnuste lõikes. Allikas: SHARE Eesti 5. laine andmed (2013).....	35

SISSEJUHATUS

Me kõik soovime vananeda väärikalt, olla armastatud, hoitud ja kaitstud. Sellised vajadused kerkivad eriti esile ja tähelepanu alla vananevates riikides. Rahvastikuvananemisega kaasnevad ühiskonnas suured muudatused, millega tuleb kiiresti kohaneda. Käesoleval ajaperioodil on inimestel võimalik kontrollida sündimust, paremini toitudes oma tervist ja kui tervis on parem, siis elada tervemana ja kauem. Inimese hea elu tunnuseks võib pidada tema head vaimset ja füüsilist tervist, sotsiaalset kuuluvust, haridust, töökohta, individuaalset ja ühiskondliku heaolu ning keskkonda, kus ta elab. (Tulva, Tammsaar, Laidmäe & Saia, 2014.)

Rahvastikuvananemine on esitanud väljakutse 21. sajandi Euroopale, mõjutades majandusarengut ja sotsiaalhoolekannet – need puudutavad ka Eestit. Tõsiasi on see, et Eesti on suhteliselt haavataval positsioonil. Kuigi Eesti on majanduslikult edasipüüdlik, siis on meie vanemaealised OECD riikides ühed vaesemad. (Börsch-Supan, 2019.) Lisaks kaasnevad rahvastikuarenguga mitmekesisistunud pere- ja leibkonnasuhted, kus igat põlvkonda mõjutab just selle põlvkonna arengu muutused. Käesoleval perioodil iseloomustab Eesti vanemaealisi pikaaegne suur vahe meeste ja naiste elueas ning tervise näitajates. Kas pikeneva elueaga kaasneb pikem aeg koos tegevuspiirangutega või piirangute tõsidus väheneb, pole veel teada. (Sakkeus, 2016b.) Tervise halvenedes vajame rohkem tuge ja abi. Kuna Eesti ühiskonnas on lastel oma vanematega tugev side, siis pöörduvad vanemaealised esmalt oma laste poole ja alles seejärel heade naabrite või sõprade poole. Kohaliku omavalitsuse poole pöördub vanemaealine tihtipeale alles viimases hädas, kui enam kuskilt mujalt abi ei saa. (Cantor, 1989; Tambaum, Medar & Kriisk, 2016.) Perekindlik struktuur on muutunud - ühes leibkonnas ei ela enam mitu põlvkonda ja tihti elavad lapsed kaugel – see võib aga mõjutada abi ja toe kättesaadavust (Sakkeus, 2016b.) Tegevuspiirangute tekkimisel võivad küll vanemaealised vajada rohkem tuge omastelt, teisalt võib see panna omastehooldajatele suure koormuse (Medar & Tulva, 2016.) Vaatamata perekonna struktuuri muudatustele on vanemaealise inimese jaoks üheks põhiliseks abisaamise allikaks jäänud mitteformaalsed võrgustikud (Hlebec, Srakar & Majcen, 2016).

Magistritöö eesmärk on analüüsida Eesti vanemaealiste formaalse ja mitteformaalse abi saamist ning hinnata hooldusteenuste kasutamise suurust, et paremini mõista, milliseid abisaamise viise vanemaealised kasutavad. Magistritöö esimene osa keskendub

rahavastikuvananemise ja tegevuspiirangute mõistete ning arengute kirjeldamisele. Töö selgitab mõistet „puue“ ning seda, kuidas Eestis kasutatakse mitteformaalset ja formaalset abi. Töös on toodud kaks põhilist teooriat: süsteemiteooria ning hooldusmodelite jaotus, mis koosneb hierarhilisest, täiendus- ja asendusmodelist. Eesti sotsiaalhoolekandeseaduse järgi peab kohalik omavalitsus osutama 13 sotsiaalteenust, mis kahjuks ei ole kõikides piirkondades ühtemoodi kättesaadavad. Seetõttu on vaja hinnata formaalse ja mitteformaalse abi saamise tegelikku jaotumist vanemaealiste seas.

Magistritöö kasutatakse kvantitatiivset analüüsimeetodit, mis võimaldab suure ja teatud rühma suhtes esindusliku valimi uurimist (Õunapuu, 2014). Kasutatud on SHARE (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) uuringu andmeid, mis on kogutud vananemise kogemusest aru saamiseks. Analüüs võimaldab uurida mitteformaalse ja formaalse abi kasutust sotsiaalsete rühmade ja piirkondade lõikes. Magistritöös analüüsiti 65- aastaseid ja vanemaid inimesi, keda küsitleti uuringu 5.laines ehk 2013.aastal. Põhiliseks vaadeldavaks tunnuseks on tegevuspiirangute tunnus. Andmete analüüsiks kasutati STATA 10 andmeanalüüsi programmi, mis võimaldab teostada kokkuvõtlikku ülevaadet andmetest. Jaotuste võrdlemiseks ja erinevuste hindamiseks kasutati X^2 -testi (Hii-ruut test, *Chi-square test*), mis on kahe sagedusjaotuse kohta teostatav test.

Rahavastikuvananemine puudutab kõiki vanuserühmi, muuhulgas esitades väljakutse lähedastele, kellel Eesti seaduste järgi lasub kohustus abistada abivajavat eakat. Põhiliseks vanemaealise hooldajaks on abikaasad või lapsed (Cantor, 1989). Samas on teada, et töötavaid inimesi jääb vähemaks ja seetõttu on suur risk vananeva elanikkonna vaesumisele. Praegu on juba tõstetud pensioniiga 64. aastale ja tulevikus plaanitakse seda veelgi tõsta. Vanemaealiste tervislik seisund ei ole ühesugune, tegevuspiirangud aga võivad takistada ühiskonnas täisväärtuslikult osalemast. Seega tervisliku seisundi tõttu võib inimene vananedes vajada üha rohkem tuge ja abi. Samas vajab riik töökäsi, et maksud laekuksid. Kui aga koormata eaka lähedast liigselt omaste hooldamisega, siis ei ole töötajat. Riigil on võimalik saada uuringutest tuge, et arendada välja teenuseid nii, et see oleks kõigile kasulik. Omastehoolduse vajadus on suur ja tõenäoliselt kasvab iga aastaga. Seejuures ei vaja kõik vanemaealised kohe ööpäevaringset hooldust ning nii on võimalik välja arendada rohkem vastavaid teenuseid, tagamaks tööealiste inimeste võimaluse tööl edasi käia.

2 TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

2.1 Rahvastikuvananemine

Euroopa on rikas oma kultuurilise, ajaloolise ja poliitilise erinevuse poolest. Euroopa riigid on ühed kiiremini vananevad maailmas, eakate osakaal on kõrge ning rahvastikuvananemise protsess jätkub ka sellel sajandil. Sotsiaal-, majandus- ning terviseteadlaste jaoks on oluline aru saada vananemise mõjust ja väljakutsetest Euroopas. (Börsch-Supan & Alcser, 2005.) Elanikkonna vananemine on tingitud peamiselt sündimuse langusest ja oodatava eluea pikenemisest - viimane kajastab mitmeid tegureid nagu laste suremuse vähenemine, edusammud rahvatervises ja meditsiini valdkonnas, üleminek füüsiliselt raskemalt töölt kergemale ja suurem teadlikkus tervislikust eluviisist. (European Commission & Statistical Office of the European Union, 2019; Hlebec et al., 2016; Nagode & Lebar, 2019; Sakkeus, 2016a.)

Vaatamata demograafilisele vananemistrendile ja sellele kahele peamisele põhjusele (madal sündimus ja kasvav eeldatav eluiga) on selge, et ei teata piisavalt rahvastikuvananemisega kaasnevatest tagajärgedest (Börsch-Supan et al., 2013).

Euroopa Komisjon, Euroopa Nõukogu ja Euroopa Parlament on rõhutanud seda, et rahvastikuvananemine ning majandusarengu ja heaoluga seotud sotsiaalsed ja majanduslikud väljakutsed on 21. sajandil Euroopas kõige suuremad (Börsch-Supan, 2019; European Commission & Statistical Office of the European Union, 2019). Need väljakutsed on juba suurendanud koormust riigi rahandusele ja muutnud pensionile mineku iga. Erinevalt laialt levinud arvamusest ei pruugi elanikkonna vananemine takistada majanduskasvu, vaid see võib anda stiimuli uute teenuste väljatöötamiseks, nagu eluaseme kohandamine, transport ja mitmesugused muud uued sotsiaalhoolekandeteenused. (European Commission & Statistical Office of the European Union, 2019.) Teenuste väljatöötamine sõltub iga maa tervise- ja sotsiaalpoliitikast. Rahvastikuvananemise protsessiga kaasnevad olulised muutused inimese elus. Vananemisele avaldab üha enam mõju vanemaealiste hea tervislik seisund, mille tõttu eluiga kasvab ja suremus langeb. (Sakkeus, 2016b.) Üha enam on tavaks muutunud see, et tuleb üles leida need vanemaealised, keda ohustab vaesus ja sotsiaalne tõrjutus. Selle tegevuse tulemusel on vanemaealiste majanduslik olukord mõnevõrra juba paranenud (European Commission & Statistical Office of the European Union, 2019.)

Vanemaealiste hea tervislik seisund võimaldab jätkata tööl käimist, osaleda heategevuses ja vabatahtlikus töös ilma, et ta elukvaliteet langeks (Sakkeus, 2016b). Normaalsed vananemisega seotud muutused ja terviseprobleemid kajastuvad sageli vanemaealiste füüsiliste võimete vähenemises, mis võib muuta inimese vähem iseseisvaks ning raskendada igapäevaste toimingute täitmist (Fisher, 2008). Seega on rahvastikuvananemise juures oluline jälgida, kas pikeneva elueaga kaasneb pikem aeg koos tegevuspiirangutega või piirangute tõsidus väheneb. Lisaks on oluline aru saada, mida toob rahvastiku tervise paranemine kaasa ühiskonnale, kuidas me selleks ette valmistume ning seejuures võimaldades täisväärtusliku elu elamist. (Sakkeus, 2016b.)

2.2 Tegevuspiirangud

Kuigi ülemaailmne vananemine kujutab endast meditsiini-, sotsiaal- ja majandusarengu triumfi haiguste üle, esitab see ka tohutuid väljakutseid sotsiaalkindlustus- ja pensionisüsteemidele ning sotsiaaltoetuse olemasolevatele mudelitele (National Institute on Aging, 2007). Teadlased ei tea veel, kas kauem elamine tähendab tervema, aktiivsema ja iseseisvama elu elamist või pigem mitte. Praegu kättesaadavad andmed näitavad, et nende vanemaealiste arv, kellel on erinevate tegevuspiirangute tõttu raskusi söömisega, enda pesemisega ja riietumisega, suureneb koos vanusega. (European Commission & Statistical Office of the European Union, 2019.) Kui need tegevuspiirangud esinevad koos, siis on tegu raskete tegevuspiirangutega, mis takistavad inimese põhifunktsioonide täideviimist.

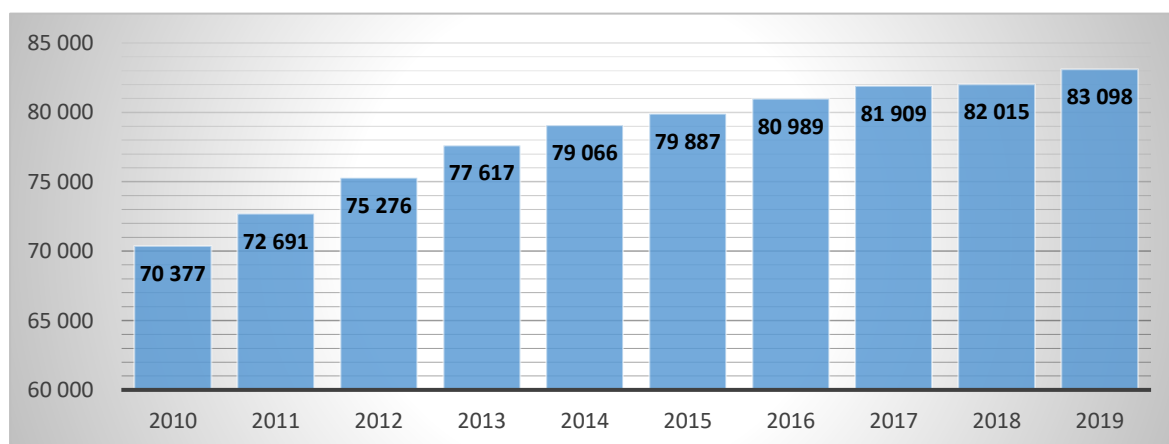
Tervisega seotud tegevuspiirangud esinevad vanemaealistel mitmetes tegevustes nagu töö tegemine, enda pesemine, sisseostude tegemine, sotsialiseerumine sõpradega ja aktiivne puhkamine (Verbrugge, 1997). Seega piirangutel on individuaalsed tagajärjed, mis mõjutavad inimese subjektiivset heaolu, suurendades tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutamist (Brandt, Chan, Kasper & Pezzin, 2012; Verbrugge & Jette, 1994). Maailma rahvastiku vananemine ja vanemaealiste tegevuspiirangud suurendavad vastava teema uurimise tähtsust (Brandt et al., 2012).

Puue mõjutab elukvaliteeti, sest see toob sageli kaasa sõltumatus kaotuse ning pikaajalise hoolduse vajaduse (Verropoulou & Tsimbos, 2017). Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) defineerib puuet üldmõistena, mis hõlmab kahjustusi (*impairments*), tegevuspiiranguid ja osalemisspiiranguid (WHO, 2020).

WHO andmetel ei ole puue mitte üksnes terviseprobleem, vaid see on mitmetahuline nähtus, mis peegeldab inimese keha omaduste ja selle ühiskonna omaduste vastastikust mõju, kus ta elab. (WHO, 2020.) Jette ja Verbrugge (1994) kirjeldavad puuet kui protsessi (*Disablement process*), inimese isikliku ja keskkonna faktorite koosmõju, mis kiirendab või aeglustab inimese toimetulemist nii füüsiliselt kui vaimselt igapäevaelu tegevustes. Puude all mõeldakse krooniliste ja ägedate seisundite mõju konkreetsete kehasüsteemide toimimisele ning inimeste võimele tegutseda oma ühiskonnas vajalikel, tavapärastel, oodatavatel ja isiklikult soovitud viisidel. Mõiste „puue“ on üldine ja hõlmab kõiki patoloogilisi tagajärgi funktsioneerimisele. (Verbrugge & Jette, 1994.) Eesti keeleruumis tähendab „puue“ püsivat tervise kahjustust, kroonilist haigust või organikaotust, ehk siis kirjeldab inimese terviseolukorda. Inglisekeelne sõna *disability* viitab hoopis võimele ja võime piirangule või langusele. Mõiste „puue“ koosneb erinevatest komponentidest nagu: tervis, terviseolukord, keha funktsioonid, keha struktuurid, tegevusvõime piirang, osaluspiirang, keskkonnategurid. (Medar & Narusson, 2015.) Puue, sh ka liikumistakistus suureneb vanusega, kuna sagenevad krooniliste haiguste ja nendega kaasnevate tegevuspiirangute hulk (Verbrugge, 1997).

2.2.1 Puudega seonduv seadusandlus Eestis

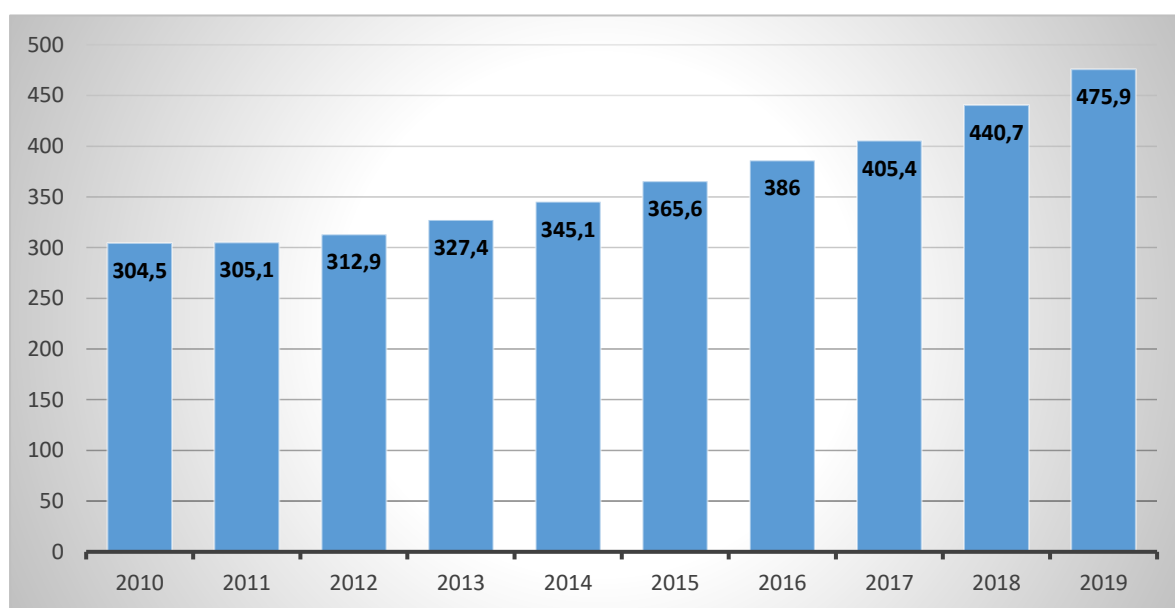
Ühiskonna tasandil reguleerib puudega seonduvat olulisel määral iga riigi seadusandlus. Eesti puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse (PISTS) § 2 lg 1 järgi on puue inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostöös erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsel alustel. (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 1999.)



Joonis 1. Vanaduspensioniealised, kellele on määratud puue 2010-2019. aastal 1. jaanuari 2020.a seisuga. Allikas: Statistikaamet

Ametliku puuet on PISTS järgi Eestis võimalik taotleda isikul kellel on kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadus. Sotsiaalkindlustusamet (SKA) väljastab puude tuvastamise otsuse, otsuse tegemisel kaasatakse vajadusel ekspertarst. (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 1999.) Statistikaameti andmetel on Eestis määratud vanaduspensioniealistele isikutele puue 1.01.2020 seisuga 83098 inimest, 2018 aastal oli puue määratud 82015 inimesele (joonis 1, lk. 11) (Statistikaamet, 2020). Seega vanaduspensioniealiste puuetega inimeste arv on tõusutrendis.

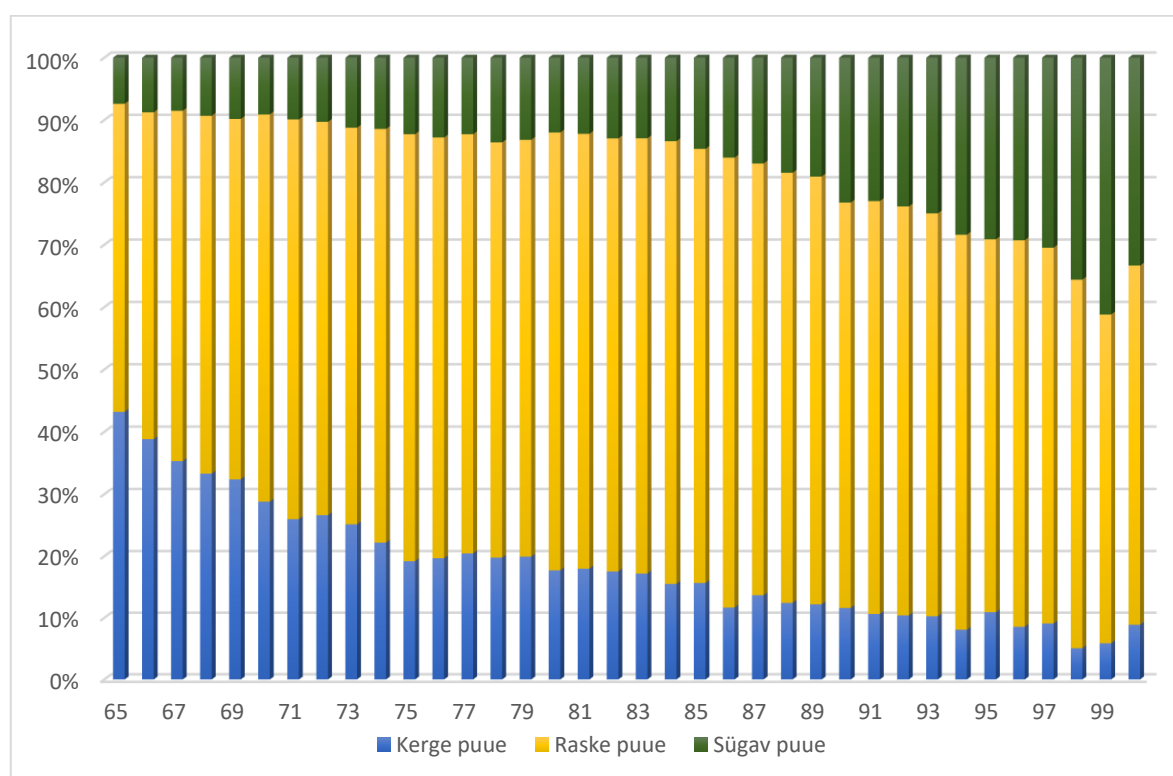
Riikliku pensionikindlustusseaduse (RPKS) alusel on Eestis õigus vanaduspensioni saada isikutel, kes on saanud 65 aastaseks ja kellel on vähemalt 15 aastat pensionistaaži. Eestis on võimalik minna ennetähtaegsele vanaduspensionile 3 aastat enne vanaduspensioniiikka jõudmist ja vanaduspensionile jäämist on võimalik avalduse alusel edasi lükata. Soodustingimustel vanaduspensioni on õigus saada nendel, kelle on olemas vanaduspensioni määramiseks nõutav pensionistaaž ja kes on kasvanud kaheksa aastat keskmise, sügava või raske puudega last. Lisaks on RPKS alusel võimalik saada soodustingimustel vanaduspensioni nendel isikutel, kes on kasvanud kaheksa aastat kolme või enam last, vastavalt üks või kolm aastat enne vanaduspensioniiikka jõudmist. (Riikliku pensionikindlustuse seadus, 2001.) 1.01.2020 seisuga on SKA andmetel Eestis 305241 vanaduspensionäri koos soodustingimustel vanaduspensioni saajatega (Sotsiaalkindlustusamet, 2020b). Keskmiselt saab vanaduspensioni Eestis 2019. aasta seisuga 475,9 eurot (joonis 2).



Joonis 2. Keskmine vanaduspensioni summa 2010-2019 aastatel. Allikas: Statistikaamet

Vanaduspensioniealised saavad puudega vanaduspensioniealise inimese toetust, mida makstakse igakuiselt vastavalt puude raskusastmele puudest tingitud lisakulude hüvitamiseks (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 1999). Eestis on käesoleval momendil kolm puude raskusastet - kerge, raske ja sügav puue (joonis 3). Kerge puue määratakse inimesele, kui ta vajab tervisliku seisundi tõttu regulaarset kõrvalabi või juhendamist väljaspool oma elamiskohta vähemalt korra nädalas. Raske puue määratakse inimesele, kui ta vajab tervisliku seisundi tõttu kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval ning sügav puue määratakse inimesele, kes vajab pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet ööpäevaringselt. (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 1999; Sotsiaalkindlustusamet, 2020.)

Eestis on 65 aastaste ja vanemate inimeste hulgas kerge ja raske puudega inimeste arv jaotunud ühtlaselt, kuid vanuse tõusuga suureneb raske ja sügava puudega inimeste osakaal (joonis 3). Kerge puudega inimene saab toetust 50% sotsiaaltoetuste määrast s.o 12,79 eur kuus, raske puudega inimene saab 105% sotsiaaltoetuste määrast ehk 26,85 eur kuus ja sügava puudega inimene saab 160% sotsiaaltoetuste määrast ehk 40,91 eur kuus. (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 1999; Sotsiaalkindlustusamet, 2020a.)



Joonis 3. Puude vanuseline jaotus raskusastme järgi, osakaal (%) 09.2019 seisuga. Allikas Sotsiaalkindlustusamet

2.2.2 Formaalne ja mitteformaalne abi Eestis

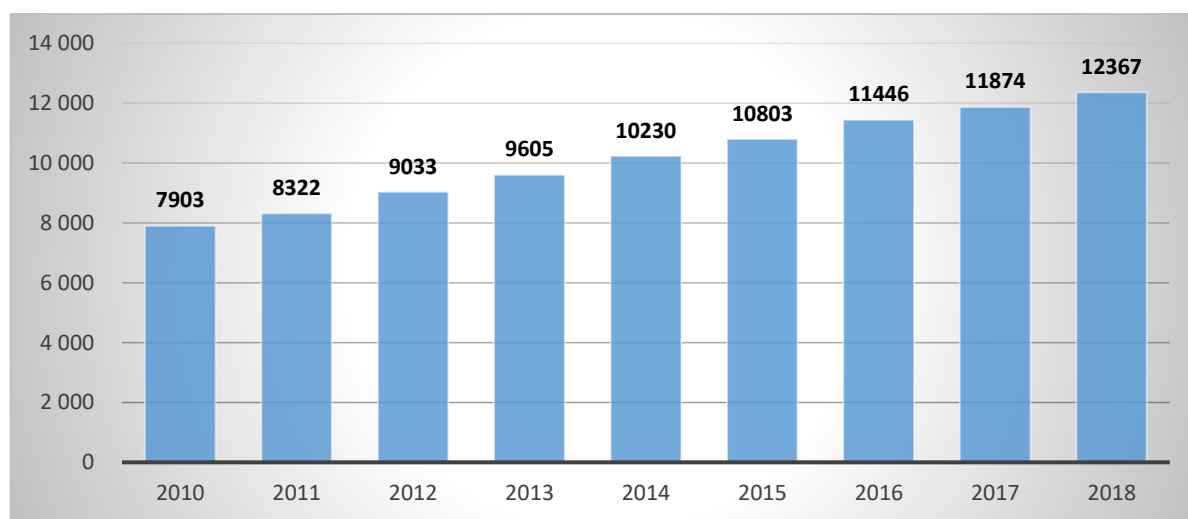
Rahvastikuvananemisega on hoolduse kättesaadavus üha kasvav mure. Inimese vajadus hoolduse järele kujuneb välja aja jooksul, kui ta vananeb ning ei pruugi enam iseseisvalt toime tulla. Ehkki see ei pruugi kõiki puudutada, siis vananemisega on sellised muudatused tõenäosamad. Perekonna eest hoolitsemine on Eestis moraalne ja seadusest tulenev kohustus. Seega lasub perekonnal kohustus otsustada, kuidas nad edasi talitavad ja kas nad võtavad hoolduskoormuse kohustuse enda kanda (Medar & Tulva, 2016). Hoolduskoormuse enda kanda võtmisel pakuvad lähedased mitteformaalset abi, abi andjateks on tavaliselt abikaasad või lapsed. Suur osa abi andjatest on üldjuhul naissoost. Kui vanemaealisel ei ole lapsi või partnerit, siis on abi osutajaks lähedasemad sõbrad või ka naabrid (Cantor, 1989).

Eestis on mitteformaalne abi tuntud omastehooldusena. Omastehooldus on tihti lähedastele ülejõu käiv, sel juhul saab abi küsida kohalikult omavalitsuselt (KOV) (Medar & Tulva, 2016). Seega kannab lisaks perele märkimisväärset rolli ka formaalne hooldus (Litwin & Attias-Donfut, 2009). Formaalset abi on võimalik saada vanemaealistel nii kodus kui ka väljaspool kodu, vastavalt sellele kui suur on tegevuspiirangu takistus ja lähedaste abi andmise võimalused (Tõnisson & Alliksaar, 2012).

Sotsiaalhoolekande seaduse järgi peab kohalik omavalitsus osutama 13 sotsiaalteenust. Formaalset abi pakub üldjuhul kohalik omavalitsus (KOV) sotsiaaltranspordi, koduteenuse, isikliku abistaja, tugiisiku, täisealise isiku hoolduse või siis väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenusena. Sotsiaaltransporditeenuse eesmärk on võimaldada puuetega inimestele osutada transporditeenust. Koduteenuse osutamisel abistatakse isikut toimingutes, mida abivajaja oma terviseseisundist, tegevusvõimest või elukeskkonnast tulenevatel põhjustel ei suuda iseseisvalt sooritada. Koduhooldustöötaja saab vanemaealisi abistada puude tупpa toomisega, kütmisega, toiduvalmistamisega, eluruumi ja riiete korrastamisega, poes ja apteegis käimisega. Kohalik omavalitsus määrab täisealisele isikule hooldaja siis kui abivajaja vajab kodus elamiseks abi kõikides toimingutes. Väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus on kohaliku omavalitsuse üksuse korraldatav sotsiaalteenus. Teenusele suunatakse need, kes oma tervislikust seisundist tulenevalt kodustes tingimustes ajutiselt või püsivalt iseseisvalt toime ei tule. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015.) Päevakeskus on hoolekandetasutuse poolt osutatav avahooldusteenus. Päevakeskuses saavad vanemaealistel osaleda erinevates aktiivsetes tegevustes. (Medar & Tulva, 2016.) Kõikide

teenuste eesmärk on vanemaealiste heaolu suurendamine, et nad saaksid võimalikult kaua elada kodus, v.a. üldhooldusteenuse puhul (Kriisk, 2015).

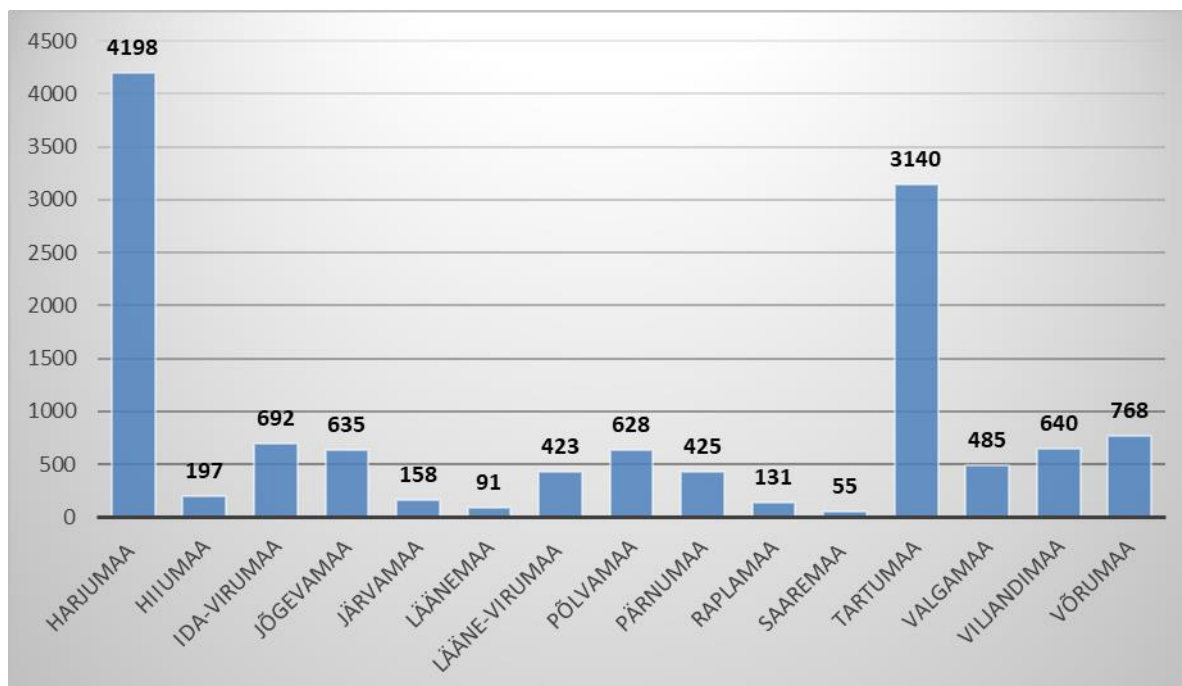
Teenuseosutaja võib olla nii avalik, mittetulunduslik- kui ka erasektor (Tambaum et al., 2016). Suuremates omavalitsustes on loodud allasutused, kes koordineerivad formaalse abi teenuseid, väiksemad KOV-id osutavad sotsiaalhoolekande seaduses ette nähtud teenuseid ise. Kuna formaalseid hooldusteenuseid on võimalik osutada pikema ja lühema perioodi jooksul (Greene, 1983), siis pikema perioodi teenused on üldhooldekodus teostatavad hooldusteenused ja lühema perioodi teenusteks võib nimetada näiteks intervallhooldust.



Joonis 4. Täiskasvanute väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse kasutajate arv 2010-2018. aastatel. Allikas: Statistikaamet

Viimast osutatakse nii üldhooldekodudes kui ka päevakeskustes, kus toimub eakate päevahoid (kasutatakse dementsetel vanemaealistel). Teenuste eesmärk on vähendada kodus hooldust teostava hooldaja koormust. (Andersen, 2012; Greene, 1983; Tambaum et al., 2016). Üldhooldusteenuseid kasutas Statistikaameti andmete järgi 2018. aastal 12367 inimest (joonis 4). Alates 2010.aastast on lisandunud keskmiselt 560 üldhooldusteenuse kasutajat.

Kui vanemaealine vajab kõrvalabi ja ta soovib elada oma kodus, kuid lastel ei ole võimalik teda toetada, siis sellisel juhul tuleb pöörduda KOV poole, kes teostab abivajaduse hindamise ja selle tulemusel saab KOV määrata hooldaja. Täisealise isiku hooldajaks ei määrata üldjuhul lähedast pereliiget, kellel lasub seaduse järgi niikuinii pereliikme abistamise kohustus, v.a. erandkorrad (Medar & Tulva, 2016). Samas kui hooldust teostab naaber või sõber, siis on võimalik KOV-il sõlmida vastavasisuline leping.

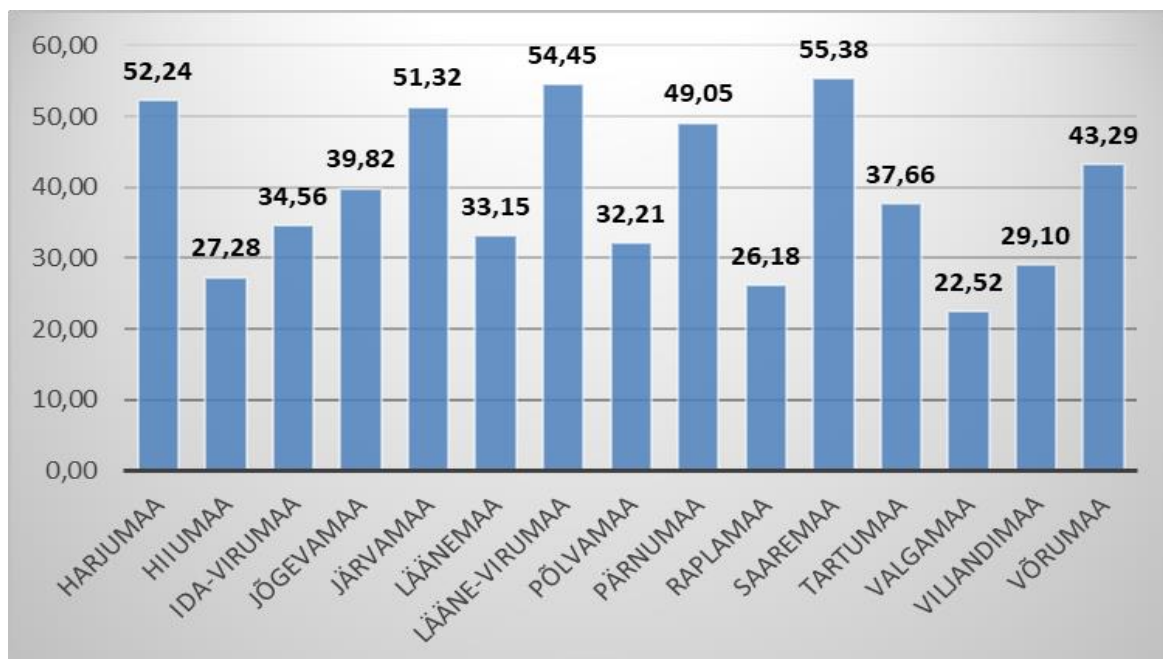


Joonis 5. 2019. aasta KOV poolt hooldajatoetuse saajate arv maakondade lõikes. Allikas: Sotsiaalkindlustusameti sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR)

KOV sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri (STAR) väljavõtte järgi maksti kokku hooldajatoetust 2019. aastal 12775 inimesele. Kõige rohkem makstakse hooldajatoetust hooldajatele Harju- ja Tartumaal (joonis 5) kajastuvad andmed hõlmavad kõiki hooldajatoetuse saajaid.

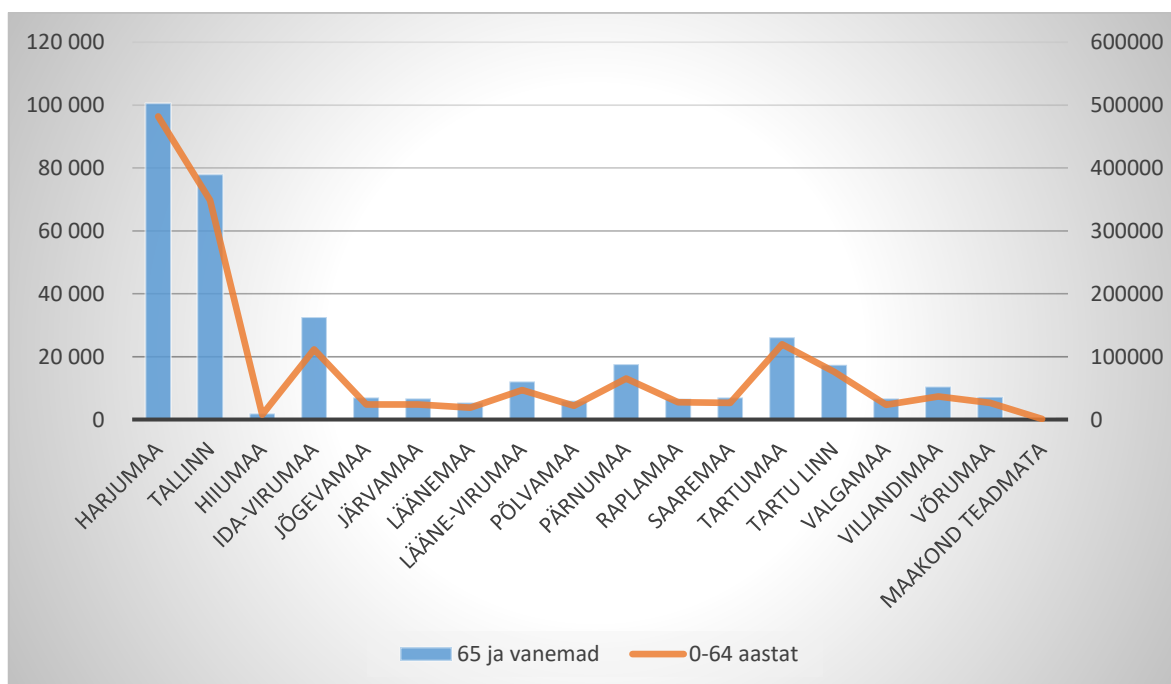
Alates 1. aprillist 2005 maksab hooldajatoetust täiskasvanu hooldajale kohalik omavalitsus (KOV). 1. märtsist 2009 läks KOV-le üle ka puudega lapse hooldajatoetuse maksmine (Statistikaamet, 2020). Eesti keskmine hooldajatoetuse suurus on umbes 39 eurot.

Sarnaselt eelmisele joonisele on ka joonis 6 (lk. 17) arvesse võetud kõik hooldajatoetuste saajate toetused. Antud statistiliste andmete põhjal ei ole võimalik eristada lapsi ja täiskasvanuid. Hooldajatoetuse määrad kehtestab iga omavalitsus ise. Tallinn maksab hooldajatoetust vähemalt 16- aastase raske puudega isiku hooldajale 50 eurot. Sügava puudega isiku hooldajale on hooldajatoetus 100 eur. (Tallinn, 2020.) Tartus saab raske puudega isiku hooldaja toetust 39 eurot ja sügava puude korral 66,30 eurot (Tartu linn, 2020). Seega võib toetuse suurus üle Eesti erineda.



Joonis 6. 2019. aasta KOV poolt hooldajatoetuse summa maakondade lõikes. Allikas: Sotsiaalkindlustusameti sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR)

Oluline on märkida, et suurem osa rahvastikust asub Harjumaal, Tallinnas, Ida- Virumaal, Tartumaal ja- Tartus (joonis 7). See seletab ka toetuste suuremat saajate arvu vastavates regioonides (joonis 5, lk. 16). Ida- Virumaa puhul võib esile tuua, et erinevalt enamus teistest maakondadest on seal eakate osakaal suurem kui 0-64- aastaste inimeste osa. Lisaks eelpool mainitud maakondadele makstakse enim hooldajatoetust ka Võrumaal.



Joonis 7. 2017. aasta Eesti rahvastiku arv maakondade ja kahe suurima linna lõikes. Allikas: Statistikaamet

2.3 Hooldusvajadus ja hooldusmudelid

Rahvastikuvananemine võib suurendada hooldust vajavate vanemaealiste inimeste arvu ja pikaajalise hoolduse kasutajate arvu. Elanikkonna vananemise mõju formaalsele ja mitteformaalsele hooldusele on Euroopa riikides väga erinev, nt Hollandis kasutatakse formaalset hooldust rohkem kui Hispaanias ja Saksamaal. (Geerts, Willeme & Mot, 2012.) Rahvastikuvananemisega kaasnev vanemaealiste suurem osakaal tekitab vajaduse põhjalikumate kohanduste järele, kuna on vaja suunata rohkem ressursse vanematele vanuserühmadele. (Rowland, 2012.) Enamus eakaid ei looda, et nende tervis on hea, vaid loodavad, et nende tervislik seisund võimaldab jätkuvalt töötada nii kaua kui nad soovivad, välja minna ja suhelda teistega, jääda sõltumatuks ning, et tervis võimaldaks enda eest ise hoolitseda. (European Commission & Statistical Office of the European Union, 2019.)

Süsteemiteooria järgi sõltub inimeste elu nende sotsiaalse keskkonna süsteemidest. Inimesi aitavad kolme liiki süsteemid:

- 1) mitteformaalsed ehk loomulikud süsteemid, nagu perekond, sõbrad, postiljon või kaastöölised;
- 2) formaalsed süsteemid, nagu kogukonna grupid või ametiühingud;
- 3) riigi poolt loodud ühiskondlikud süsteemid, nagu haiglad või koolid. (Payne, 2014.)

Hoolduse organiseerimises eristatakse erinevaid mudeleid – peamised on hierarhiline kompensatsioonimudel, täiendus- ning asendusmudel. Hierarhilises kompensatsioonimudelis (*hierarchical compensatory model*) on võimalik ära tunda süsteemiteooria kolme komponendi olemasolu: perekonda, kogukonda ja riiki. Seda mudelit iseloomustab hästi organiseeritud struktuur, kus toetussüsteem on jaotunud hierarhiliselt. Kõigepealt on toetajateks perekond, sugulased, naabrid ja seejärel erinevad formaalsed organisatsioonid, asutused. Kuigi vanemaealistele on esmaselt tähtis abi saada oma lähedastelt, siis ei pruugi kõikidel vanemaealistel olla lähedasi või pole suhted lähedastega head või puuduvad lähedastel võimalused ja oskused hoolduse teostamiseks. (Cantor, 1989; Sakkeus, 2019.)

Sotsiaalsed suhted mõjutavad inimesi läbi terve nende elukaare. Tugevate suhete olemasolu viitab lähedastele pereliikmetele, kes toetavad inimest ka siis kui neil on erinevad tegevuspiirangud. Niinimetatud nõrgad suhted võivad jätta inimese suurema abivajaduse

ilmnedes abita. (Abuladze & Sakkeus, 2019.) Seega on vanemaealised sõltuvad oma sotsiaalsete suhete ringist kui nad vajavad mingil hetkel abi oma lähedastelt vastavalt oma tervislikule seisundile, sissetulekule, elukorraldusele ja isiklikele ning sotsiaalsetele suhetele. Sellest tulenevalt on vanemaealised sageli dilemma ees- soovitakse olla täiskasvanueale iseloomulikult iseseisva toimetulekuga ja sõltumatud, kuid samas võivad nad silmitsi seista olukorraga, kus vanusega vähenevad sellised ressursid nagu tervis, füüsiline tugevus, liikuvus ja majanduslik võimekus. Oluline on meeles pidada, et vanemaealised ei ole ainult abi saajad, vaid on tihtipeale ka peamised abi ja toe andjad teistele põlvkondadele, eriti täiskasvanud lastele, aga ka sõpradele ja naabritele. (Cantor, 1989.)

Kuigi enamus vanemaealisi suudavad hakkama saada iseseisvalt, siis vanusega suureneb abivajadus, eriti kõrges vanuses isikutel (Cantor, 1989; Verropoulou & Tsimbos, 2017). Samuti on muutunud perekonna struktuur, mille tõttu võib olla vähem pereliikmeid, kellel oleks võimalik oma lähedase eest hoolitseda. Hierarhilise kompensatsiooni mudelit näeb Cantor (1989) kui ringide süsteemi, kus iga ring suhtleb abistavalt eakaga erinevatel aegadel. Seega mitteformaalse abi korral ei tasu ära unustada formaalset abi ja tuge, kus tuleb edasi arendada neid teenuseid, mis võimaldavad kodus pakkuda pikaajalise hoolduse teenuseid puuetega isikutele, vähendades laste hoolduskoormust. (Cantor, 1989, Abuladze & Sakkeus, 2019.) Seega selle mudeli järgi töötab iga toetav element eraldi, tehes omavahel koostööd, mis näitab mudeli dünaamilisust (Cantor, 1989).

Täiendusmudeli (*supplementation model*) järgi hooldab kodus lisaks pereliikmele täiendavalt ka formaalne hooldaja (Hlebec et al., 2016; Litwin & Attias-Donfut, 2009).

Seega täiendusmudeli eesmärk on see, et formaalsed hooldajad toetavad ja täiendavad mitteformaalseid hooldajaid, kui hooldusvajadus ületab kodus hooldajate suutlikkuse ja võimekuse. Suuremalt jaolt vajavad krooniliselt haiged ja sügava puudega vanemaealised personaalset abi igapäevaelu toimingutes. (Whitlatch & Noelker, 2016.)

Asendusmudel (*substitution model*) põhineb eeldusel, et pered valivad võimalusel perekonnas hooldamise asemel täielikult formaalsed hooldusteenused. (Greene, 1983; Hlebec et al., 2016; Whitlatch & Noelker, 2016.)

Enamikku kodus olevaid eakaid hooldavad pereliikmed või naabrid, vältides eakate paigutamist üldhooldusteenusele, mis võib olla kulukam kui kogukonnateenused (Greene,

1983). Avalik sektor ei ole võimeline üksi kandma üldhooldusteenuse kulusid (Whitlatch & Noelker, 2016) ja hooldekodude kulude kiire kasv on suurendanud huvi alternatiivsete võimaluste vastu. Nii on poliitiline suund edasi arendada formaalseid hooldusteenuseid, mis on keskendunud tervisele ja sotsiaalhooldusele pikema ja lühema perioodi jooksul (Greene, 1983).

Eesmärk on pakkuda eakatele kogukonnas rohkem formaalset hooldust, mis võivad mitte ainult täiendada pere ja sõprade pakutavat mitteformaalset hooldust, vaid teataval määral ka asendada sellist hooldust (Greene, 1983).

3 UURIMISPROBLEEM JA UURIMISKÜSIMUSED

Vanemaealiste osakaal rahvastikust suureneb, samal ajal rahvaarv kahaneb. Aktiivsena vananemise arengukava järgi (2013) moodustab Eesti rahvastikust 17% 65- aastased ja vanemad elanikud. Pikeneva elueaga kaasneb ülalpeetavate määra tõus ehk tööeline peab toetama mõlemas otsas kasvavat elanikkonda, oma lapsi ja oma vanemaid. (Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020, 2013.) Seega vanemaealiste osakaalu suurenemisega muutub aktuaalsemaks mitteformaalse hoolduse vajadus. Eesti ühiskonnas ja õigusruumis on välja kujunenud hoiakud ja eeldused, et eaka hooldust teostavad eelkõige pereliikmed (Medar & Tulva, 2016; Tulva et al., 2014). Samuti on aktuaalne vanemaealiste elanike koondumine maapiirkonda ja nooremate elanike kolimine linnadesse, mille tulemusel suureneb veelgi vanadussõltuvus ja ülalpeetavate määr piirkonniti (Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020, 2013).

Kuigi Eesti sotsiaalhoolekandeseaduse (SHK) järgi peab kohalik omavalitsus osutama 13 sotsiaalteenust, siis kahjuks ei ole paljud teenused maapiirkonnas kättesaadavad. Seetõttu on vajalik uurida ja hinnata eakatele suunatud formaalse ja mitteformaalse abi tegeliku kasutamise jaotumist, et anda suuniseid eakatele suunatud toetavate teenuste arendamisel.

Uurimuse eesmärgiks on analüüsida vanemaealiste formaalse ja mitteformaalse abi saamist ja kasutamist tervise-, tööjätu- ning vananemisuuringu (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE)) 5. laine (2013) andmete põhjal.

Töös vastatakse kahele peamisele uurimisküsimusele:

- 1 Kui paljudel eakatel on tervisest tingitud tegevuspiirangud ning kuidas need erinevad sotsiaalsete rühmade ja piirkonna lõikes?
- 2 Kuidas on jaotunud formaalse ja mitteformaalse abi kasutamine vastavalt tervisest tulenevatele piirangutele sotsiaalsete rühmade ja piirkonna lõikes?

4 METOODIKA

4.1 Metodoloogilised lähtekohad, uurimisstrateegia ja valimi moodustamine

Vajadusele saada teaduslikke tõendeid rahvastikuvananemise kohta Euroopa liikmesriikides loodi tervise-, tööjātu- ning vananemisuuring SHARE (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*). SHARE on longituuduuring, mida kasutavad eri teadusharude teadlased. (Börsch-Supan et al., 2013). SHARE eeskujuks olid *English Longitudinal Survey on Ageing* (ELSA) ja *US Health and Retirement Study* (HRS). Esimene Euroopa uuringu laine koguti 2004. aastal aprilli ja oktoobri vahel 11 riigis. Uuringus küsitletakse inimesi vanuses 50 ja enam, ilma ülemise vanusepiirita. (Börsch-Supan, 2019; Börsch-Supan & Alcser, 2005.) Eesti ühines küsitlusega 2011. aastal esimest korda, uuringut jätkatakse 2024. aastani (SHARE, 2019). Andmed kogutakse CAPI (*computer-assisted personal interviewing*) meetodil, vastajatega tehakse personaalsed intervjuud ja need salvestatakse arvutiprogrammi. See infotehnoloogiline lahendus on sama kõikide riikide jaoks. (Börsch-Supan & Alcser, 2005.)

SHARE eesmärgiks on pakkuda võimalust vastata peamistele põhimõttelistele ja poliitilistele küsimustele üksikisiku ja elanikkonna vananemise kohta. Seetõttu pakub SHARE mikroandmete taristut inimeste tervise, majandusliku olukorra ning sotsiaalsete elutingimuste kohta vananemise kontekstis. (Börsch-Supan, 2019.)

SHARE Eesti uuringu valim on koostatud juhuvalimina rahvastikuregistri põhjal, kus iga vastaja esindab 61 inimest, seega koosneb valimi alus 8260 inimesest. Uuring viiakse läbi iga kahe aasta tagant CAPI meetodil. Küsitletakse samu inimesi ja vahepeal nende elus toimunud muudatuste kohta. (Sakkeus, 2016b; SHARE, 2019.)

SHARE uuringu andmete kasutamiseks tuli esitada avaldus Hollandisse CentERdata Tilburgi Ülikooli. Magistritöö valimi valikul keskenduti SHARE uuringu 5. lainele. Selle laine küsitlus toimus 2012-2013 aastal, ning siis küsiti nii formaalse kui mitteformaalse abi kasutamise küsimusi. SHARE uuringu 5. laine jaoks ei täiendatud valimit uute isikutega, seega kuuluvad SHARE uuringu valimisse inimesed alates 55 eluaastast (Sakkeus, 2016b). Kuna käesolev magistritöö keskendub inimestele alates 65 eluaastast, siis esialgse valimi suurus kahanes 5752 inimeselt 3085 inimeseni. Samuti ei võetud käesoleva uuringu raames

arvesse elulõpu intervjuud ja puuduvaid väärtuseid (vastamata jäänud küsimused). Magistritöö põhiline vaadeldav tunnus on tegevuspiirangute tunnus. Võttes aluseks tegevuspiirangute küsimusele vastanud, jäid töö valimist välja 271 elulõpu intervjuud teinud juhtu ning 479 küsimusele mittevastajat.

4.2 Analüüsimeetodite kirjeldus

Andmete analüüsiks on kasutatud kvantitatiivset uurimisstrateegiat. SHARE uuginu valim on Eesti 50+ rahvastiku suhtes esinduslik, mis võimaldab liikuda agregeeritud analüüsilt üksikisiku tasandile ja võrrelda mehi-naisi, maa-linnaelanikke ning eesti ja muu päritoluga inimesi. SHARE uuringu 5. laine moodulitest olevaid demograafilisi ja abi saamise andmeid täiendati 4. laine andmetega, kuna kõiki küsimusi 4. laines vastanute käest 5. laines uuesti ei küsitud (nt sünnikoht ja haridustase kui see polnud vahepeal muutunud). Peale andmete täiendamist jäeti alles ainult nende inimeste vastused, keda küsitleti 5. laines.

Kogutud andmete töötlemiseks on kasutatud programmi STATA 10, mis võimaldas teha kokkuvõtlikku ülevaadet olemasolevatest andmetest. Kõik magistritöö jaoks vaja minevad tunnused koondati ühte faili erinevatest moodulitest. Sagedustabelites on arvatud erinevate tunnuste esinemissagedus nii absoluutarvudes kui osakaaludena.

Erinevate jaotuste võrdlemiseks kasutati χ^2 -testi (Hii-ruut test, *Chi-square test*), mis on kahe sagedusjaotuse alusel teostatav test (joonis 8). χ^2 -test arvutatakse risttabeli põhjal ja selle tulemusel saame teada, kas jaotus on ühtlane või mitte. Testistatistik mõõdab erinevust

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(n_{ij} - N_{ij})^2}{N_{ij}}$$

nullhüpoteesile vastava ja tegeliku sagedustabeli vahel. χ^2 - jaotuse suurus võib omandada testistatistiku väärtuse võrdse või suurema ja otsus võetakse vastu olulisuse

Joonis 8. Testistatistik (χ^2 - statistiku avaldis). Allikas: Tartu Ülikool 2014

tõenäosuse p- väärtuse alusel. Kui p- väärtus on alla 0,05 siis esineb jaotuses statistiliselt olulisi erinevusi ja kui see on üle 0,05, siis ei ole vaadeldavas väärtuses olulisi erinevusi. (Eesti Maaülikool, s.a.; Niglas, 2013; Tartu Ülikool, 2014.)

4.2.1 Sotsiaal-demograafilised tunnused

Vanuse tunnus moodustati sünniaasta andmete põhjal. Parema ülevaate saamiseks loodi uus tunnus ja vanus rühmitati järgmiselt: 1 „65-74 aastased“; 2 „75-84 aastased“ ja 3 „85+ aastased“.

Hariduse tunnus moodustati vastaja kõrgeima omandatud haridustaseme järgi vastavalt rahvusvahelisele ISCED'i klassifikatsioonile.

ISCED'i klassifikatsiooni rühmad hõlmavad järgmisi Eesti haridustasemeid:

- 1) ISCED 1-2 põhiharidus 1-6 kl;
- 2) ISCED 2 põhiharidus 7-9 kl;
- 3) ISCED 3 keskharidus 10-12;
- 4) ISCED 4 kutsekeskharidus 10-12;
- 5) ISCED 5 keskeri tehnikum;
- 6) ISCED 6 bakalaureus või kõrgem. (UNESCO Institute for Statistics, 006)

Parema ülevaate saamiseks loodi uus tunnus ja haridustaseme kategooriad rühmitati ümber: 1- kuni põhiharidus (liideti kokku ISCED tasemed 1 ja 2), 2- keskharidus (liideti kokku ISCED tasemed 3 ja 4), 3- kõrgharidus (liideti kokku ISCED tasemed 5 ja 6).

Soo tunnus moodustati binaarselt vastavalt sellele, kas vastaja oli mees või naine. Tunnust saab kasutada olulise näitajana sugude-vahelisel võrdlusel.

Elukoht tähistab vastaja elukohta intervjuu ajal. Elukoha andmeid saab kasutada linna- ja maapiirkonna võrdluses. Parema ülevaate saamiseks loodi uus piirkonna tunnus. Põhivastajalt küsiti küsimus intervjuu toimumise asukoha kohta, mille vastusevariandid olid: suurlinnas (Tallinnas), Tallinna eeslinnas või äärelinnas (Viimsi, Peetri küla, Ääsmäe jmt), suuremas linnas (Narva, Pärnu, Tartu, Kohtla-Järve), teistes linnades ja alevites või maapiirkonnas või külas. Vastused rühmitati ümber kolmeks rühmaks: 0 „puuduvad väärtused“, 1 „linnapiirkond“ (esimesed neli vastusevarianti liideti kokku) ja 2 „maapiirkond“ (viimane vastusevariant – maapiirkonnas või külas).

Sünnikoha tunnus moodustati vastaja raporteeritud sünnikoha järgi. Vastajalt küsiti, kas ta sündis Eestis või ei. Tunnust saab kasutada olulise rahvastikurühmade võrdluse näitajana.

4.2.2 Tegevuspiirangute tunnus

Magistritöö peamine vaadeldav tunnus on tegevuspiirangute tunnus. 2005. aastal hakkas Euroopa Liit (EL) kasutama piirangutevaba eeldatavat eluiga, mida nimetatakse tervena elatud aastateks HLY (*Healthy Life Years*), et jälgida edusamme Euroopa tervisepoliitikas, vastavalt 2000. aasta Lissaboni strateegiale. HLY aluseks on: Globaalne tegevuspiirangute indeks GALI (*Global Activity Limitation Indicator*). GALI instrument hindab ühe lihtsa

küsimusega pikaajaliste tegevuspiirangute olemasolu ja taset. (Eurostat, s.a.; Jagger et al., 2010.)

GALI indikaator on kasulik poliitika ja programmide hindamiseks, kuna sellest saavad hõlpsasti aru nii poliitikud kui ka ajakirjanikud. Lisaks on see kasutusel erinevates riikides, uuringutes ja rahvaloendustes, mis võimaldab erinevaid rahvastikke ja rühmi kergelt võrrelda. Selle teadusliku tööriista abil saavad teadlased kindlaks teha riskitegurid ja kroonilised haigused, mis on kõige tugevamini seotud tegevuspiirangutega. Samuti on GALI abil võimalik hinnata näiteks seda, kuidas tegevuspiirangud mõjutavad eluga rahulolu ja õnne, meditsiinilisi sündmuseid, haiglaravi, hoolekandeesutusse paigutamist ja surma. (Verbrugge, 1997.) SHARE tervise moodulis asuv GALI küsimus põhineb inimese subjektiivsel hinnangul (Jagger et al., 2010; SHARE, 2019). Vastav küsimus on järgmine:

„Kui rääkida vähemalt viimasest kuuest kuust, siis mil määral on mõni terviseprobleem piiranud teid tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad?“

Küsimusele on kolm võimaliku vastuse varianti: ei ole piiranud, on piiranud ja on piiranud oluliselt. Küsimuse tunnust muudeti ja vastused rühmitati magistritöös järgmiselt: 1 „piiratud“ või 0 „ei ole piiratud“ vastustena.

4.2.3 Formaalne abi

Formaalse abi saamise andmed on saadud küsimusest, kus vastaja vastab kodus saadava abi küsimusele:

„Kas viimase 12 kuu jooksul olete te saanud oma kodus ükskõik, millist kaardil nimetatud tasuta või tasulist teenust oma füüsiliste, vaimsete, emotsionaalsete või mäluprobleemide tõttu?“

Küsimusele on võimalik vastata järgmiselt: professionaalset abi koos isikliku hooldusega oma kodus, professionaalset abi kodustes töödes oma kodus, professionaalset abi, koju söögi toomisel, professionaalset abi mõnes muus tegevuses või mitte ühtegi neist.

Kõigi viie variandi jaatavad vastused liideti kahte rühma uues professionaalset abi näitavas tunnuses: 1 „sai professionaalset abi“ või 0 „ei saanud abi“.

4.2.4 Mitteformaalne abi

SHARE uuringus on pandud kokku mitme küsimuse pealt mitteformaalse abi saamise tunnus. Esimene küsimus on leibkonna liikme poolt osutava abi andmise kohta: „Kas mõni pereliige väljaspool leibkonda, sõber, naaber või muu isik on viimase 12 kuu jooksul teile osutanud abi isikuhoolduses või praktilistes majapidamistöodes?“. Küsimusele sai vastata „jah“ ja „ei“ vastustena.

Teine küsimus on leibkonnast väljastpoolt saadud abi kohta: „Kas veel mõni pereliige väljaspool leibkonda, sõber, naaber või muu isik on teile osutanud abi isikuhoolduses või praktilistes majapidamistöodes?“. Küsimusele sai vastata „jah“ ja „ei“ vastustena. Mõlema küsimuse jaatavad vastused liideti kokku uues mitteformaalset abi näitavas tunnuses kahe vastuskategooriaga: 1 „sai mitteformaalset abi“ või 0 „ei saanud abi“.

Lisaks moodustati töös abisaamise tiheduse tunnus, mis on seotud nii formaalse kui mitteformaalse abi kasutamisega. Inimeselt küsiti: „Kui sageli viimase 12 kuu jooksul olete abi saanud, abistajalt 1, 2 ja 3?“. Küsimusele on neli võimaliku vastuse varianti, mille tulemusel saab teada abisaamise tiheduse: peaaegu iga päev, peaaegu iga nädal, peaaegu iga kuu või harvem. Uue abisaamise tiheduse tunnuse loomisel rühmitati vastusevariandid: 0 „puuduvad väärtused“, 1 „iga päev“, 2 „iga nädal või iga kuu“ või 3 „harvem“.

4.2.5 Igapäevaelu tegevuste piirangud ja instrumentaalsed igapäevaelu tegevuste piirangud

Sõltumatu igapäevaelu toimingute näitaja ADL (*Activities of Daily Living*) on vajalik täiendavaks eakate kasvavate krooniliste haiguste mõõtmiseks (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963).

ADL hindab inimese tavalisi põhioskuseid, mida omandatakse varajases eas, need kuus valdkonda on pesemine, riietumine, tualeti kasutamine, liikumine, kontinents ja söömine. See vahend on kõige sobivam, et hinnata inimese võimet teostada oma igapäevast elu iseseisvalt. (Katz et al., 1963; Mlinac & Feng, 2016.)

Haiguste täpsema mõju uurimiseks laiemale igapäevategevuste spektrile arendasid Lawton ja Brody (1969) välja täiendatud skaala „Instrumentaalseid igapäevaelu tegevused“ IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), mis on sobiv vahend iseseisvate eluoskuste hindamiseks. (Lawton & Brody, 1969.) See skaala hõlmab kaheksat valdkonda: telefoni

kasutamine, sisseostude teostamine, toidu valmistamine, majapidamine, pesu pesemine, transport, ravimite võtmine ja raha käsitlemine (Graf, 2019; Lawton & Brody, 1969; Noelker & Browdie, 2014).

SHARE uuringus on esitatud ADL ja IADL piirangute kohta kombineeritud küsimused:

- 1) „Kas teil on terviseprobleemide tõttu raskusi mõne kaardil nimetatud tegevusega?“
- 2) „Kas teil on tervise- või mäluprobleemide tõttu raskusi mõne kaardil nimetatud tegevusega?“

Küsimusele on võimalik vastata jaatavalt või eitavalt. Edasi palutakse vastajal märkida üles kõik raskused, mis on kestnud kauem kui kolm kuud. Raskuste ülesmärkimiseks on antud nii ADL kui IADL vastusevariandid, mille hulgast valida. (Brandt et al., 2012.) Magistritöö analüüsi jaoks moodustati kaks ADL ja IADL piirangute tunnust järgmiste vastusevariantidega: 0 “ei ole ühtegi piirangut” või 1 „on üks või rohkem piiranguid“.

4.3 Eetikaküsimused

Mannheimi Ülikooli eetikakomitee kiitis SHARE uuringu heaks 2011. aasta juulis. Alates sellest ajast vastutab uuringu eetilise poole eest eetikanõukogu Max Planck Society for the Advancement of Science (MPG).

Magistritöö empiirilise osa andmed võeti 4. lainest (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111) ja 5. lainest (DOI:10.6103/SHARE.w5.100). Andmed esinevad anonüümselt, neid ei ole võimalik siduda konkreetsete isikutega ja neid on kasutatud vaid antud uurimistöö raames. Andmete kasutamiseks taotleti luba Hollandist CentERdata keskusest Tilburgi Ülikoolis. Andmetele ligipääsuks saadeti emailile personaalne kasutajatunnus ja parool.

5 ANALÜÜSI TULEMUSED

5.1 Tegevuspiirangute jaotus

Tabel 1 (lk. 29) näitab tegevuspiirangute jaotust (on või ei ole piirangud) erinevate tunnuste lõikes, arvuliselt ja protsentides. Samuti on tabelisse lisatud veerg p- väärtusega, mis näitab, kas jaotuses on statistiliselt olulised erinevused olemas. Juhul kui p- väärtus on alla 0,05 siis esineb vastava tunnuse tegevuspiirangute jaotuses olulisi erinevusi ja kui see on üle 0,05 siis vaadeldavas väärtuses olulisi erinevusi ei ole. Jaotused näitavad, et 70,2% 65-aastastest ja vanematest vastajatest hindab endal olevat tegevuspiiranguid ja 29,8% leiab, et neil ei ole tegevuspiiranguid.

Vanuselisel jaotus esimesse vanuserühma 1777 vastajat, 75-84 aastaseid oli 1140 vastajat ja 85- aastaseid ja vanemaid oli 168 vastajat. Vanusega tõuseb tegevuspiirangutega inimeste osakaal ning nende osa langeb, kellel ei ole tegevuspiiranguid. 65-74 aastased moodustavad arvuliselt kõige suurema vastajate rühma, kuid neist on hinnanud endal tegevuspiiranguid 63,2%. Kui vaadata järgmist vanuserühma, siis seal on arvuliselt küll vähem inimesi, kuid protsentide poolest tunneb 79,5% vastajatest, et neil on tegevuspiirangud. Viimases vanuserühmas olevatest on tegevuspiirangud 81,5% vastajatest. Tegevuspiirangute jaotuses esineb vanuseti statistiliselt olulisi erinevusi, kuna p-väärtus on alla 0,001.

Sugude vahelisel võrdlusel on naised ülekaalus, kuigi osakaalu mõttes on vahe väike - ainult 2,5 protsendipunkti. 71,2% naistest on hinnanud endal olevat tegevuspiiranguid, samas meeste seas on vastav näitaja 68,7%. Samuti on suhteliselt võrdne nende osakaal, kellel ei ole enda hinnangul tegevuspiiranguid. Seega statistilist erinevust tegevuspiirangutes sooti ei esine, kuna p-väärtus on 0,136.

Nii nagu soolises võrdluses, nii võib täheldada ka elukoha andmete järgi, et tegevuspiirangute jaotus on üsna sarnane piirkonniti. Tegevuspiiranguid hindavad endal olevat nii maa- kui linnapiirkonna inimesed, küll aga on maapiirkonnas see protsent natukene kõrgem ehk 71,2 %. Linnapiirkondades elevatest hindasid 69,1 % vastajatest endal olevat tegevuspiiranguid. Tegevuspiirangute jaotus nii linna- kui ka maapiirkonna lõikes on ühtlane ja statistilist erinevust ei ole, kuna p-väärtus 0,152.

Tabel 1. Tegevuspiirangute jaotus tunnuste lõikes. Allikas: SHARE Eesti 5. laine andmed (2013).

Tunnus	Tegevuspiiranguteta	%	Tegevuspiirangutega	%	P
Vanus					<0,001
65-74	654	36,8	1123	63,2	
75-84	233	20,4	907	79,6	
85+	31	18,5	137	81,5	
Sugu					0,136
Mees	365	31,3	800	68,7	
Naine	553	28,8	1367	71,2	
Elukoht					0,152
n/a	86	29	210	70,9	
Linn	596	30,9	1330	69,1	
Maa	236	27,3	627	72,6	
Sündinud Eestis					<0,001
Jah	710	31,6	1537	68,4	
Ei	208	24,8	630	75,2	
Haridus					<0,001
Põhiharidus	284	22,9	958	77,1	
Keskharidus	391	31,7	841	68,3	
Kõrgharidus	243	39,8	368	60,2	
Igapäevaelu tegevuspiirang (ADL)					<0,001
Jah	48	6,6	681	93,4	
Ei	870	37	1483	63	
Puuduvad väärtused	0	0	3	100	
Instrumentaalsed igapäevaelu tegevuspiirangud (IADL)					<0,001
Jah	83	8	951	92	
Ei	835	40,8	1213	59,2	
Puuduvad väärtused	0	0	3	100	
Mitteformaalne abi					<0,001
Jah	106	14,5	626	85,5	
Ei	812	34,5	1541	65,5	
Formaalne abi					<0,001
Jah	26	5,5	445	94,5	
Ei	892	34,1	1722	65,9	
Abi kasutamise tihedus					<0,001
Ei kasuta üldse	772	33,1	1561	66,9	
Iga päev	15	11,9	111	88,1	
Iga nädal või igakuu	58	14,1	353	85,9	
Harvem	73	33,9	142	66,1	
Vastajad kokku	918	29,8	2167	70,2	

P*näitab seda, kas erinevus on statistiliselt oluliselt erinev või mitte. Kui p-väärtus on alla 0,05 siis on olulisi erinevusi ja kui on üle 0,05 siis ei ole vaadeldavas väärtuses olulisi erinevusi.

SHARE küsitlusele vastas 838, 65-aastast ja vanemat Eestist väljaspool sündinud inimest, kellest 75,2% tunneb, et neil on tegevuspiirangud. Samas on Eestis sündinud vastajaid kokku 2247 inimest, kellest 68,4% hindab endal olevat tegevuspiirangud. Need on statistiliselt erinevad jaotused.

Haridustasemeti jaotub enesehinnanguliste tegevuspiirangutega inimeste osakaal samuti suhteliselt ühtlaselt. Kuni põhiharidusega inimeste seas omab 77,1% tegevuspiiranguid. Kõrgharidusega inimestest 60,2% tunnevad endal olevat tegevuspiiranguid, seega osakaal väheneb haridusesti. Nende inimeste osakaal, kellel ei ole piiranguid on tunduvalt väiksem, jäädes 22,9% ja 39,8% vahele. Tegevuspiirangute jaotuses on haridusesti statistilised erinevused olemas, kuna p-väärtus jääb alla 0,001.

Igapäevaelu tegevuspiirangud (ADL) hõlmavad kuute valdkonda nagu: pesemine, riietumine, tualeti kasutamine, liikumine, kontinents ja söömine. 93,4% ADL piirangutega vastanutest hindavad endal olevat tegevuspiirangud. 63% vastajatest, kellel pole ADL piiranguid, pole leidnud ka, et neil oleks üldiselt tegevuspiiranguid. Tegevuspiirangute jaotuses on antud tunnuses statistiliselt olulised erinevused olemas kuna p-väärtus jääb alla 0,001.

Instrumentaalseid igapäevaelu piiranguid (IADL) hõlmasid kaheksat valdkonda: telefoni kasutamine, sisseostude teostamine, toidu valmistamine, majapidamine, pesu pesemine, transport, ravimite võtmine ja raha käsitlemine. Nendest IADL piirangutest vähemalt ühte või rohkem on endal hinnanud 92% vastajatest. Samas ütleb 41% vastanutest, et neil ei ole instrumentaalseid tegevuspiiranguid ning 8% ütleb, et neil on küll instrumentaalsed tegevuspiirangud, kuid need ei ole takistanud osalemast nendes tegevustes, mida inimesed tavapäraselt teevad. IADL tegevuste piirangu lõikes esinesid tegevuspiirangute (GALI) jaotuses statistilised erinevused kuna p-väärtus on <0,001.

Nende osakaal on suurem, kes on hinnanud endal tegevuspiiranguid ja on saanud mitteformaalset abi kui nende inimeste osa, kellel ei ole tegevuspiiranguid. Mitteformaalset abi saanutest on 85,5% tegevuspiirangud, aga neid, kes mitteformaalset abi ei saanud on 65,5% tegevuspiirangutega. Tegevuspiirangute jaotuses mitteformaalse abi kasutamise lõikes on näha statistiliselt olulised erinevused kuna p-väärtus on <0,001.

Statistilised erinevused tegevuspiirangute jaotuses on ka formaalse abi kasutamisel. Formaalselt abi kasutanutest 445 inimest ehk 94,5% vastajatest hindab endal olevat

tegevuspiirangud. 34,1% tegevuspiiranguteta vastajatest ei ole kasutanud formaalset abi, samas nende osakaal, kellel on tegevuspiirangud ja ei kasuta formaalset abi on 65,9%.

Tegevuspiirangute olemasolul on abi kasutanud igapäevaselt 88,1% vastajatest. Samuti on kõrge osakaal iga nädal või kuu lõikes. Harva ja üldse ei kasuta abi 66,1% vastajatest. Nende osakaal, kellel ei ole tegevuspiiranguid, aga kes kasutavad abi harvem, on suhteliselt väike, jäädes alla 34%. Esinevad statistiliselt olulised erinevused kuna p -väärtus on $<0,001$.

5.2 Formaalne ja mitteformaalne abi jaotus

Tabelis 2 (lk. 32) on näidatud formaalse ja mitteformaalse abi kasutamine arvuliselt ja osakaaludena. Samuti on ära märgitud veerg p -väärtusega, mis näitab ära, kas esinevad statistiliselt olulised erinevused. Formaalset abi kasutab kokku 471 vastajat, osakaaluga 15,3%. Mitteformaalset abi kasutab 732 küsitlusele vastajat, mis on 9% kõrgema osakaaluga.

Vanuselisel kasutab kogu formaalset abi vastajate hulgast esimeses vanuserühmas 167 inimest, osakaaluga 9,4%. Mitteformaalset abi kasutab samas vanuserühmas 18,4%. Nii formaalse kui mitteformaalse abi saanute osakaal tõuseb koos vanusega. 85-aastaste ja vanemate inimeste seas kasutavad mitteformaalset abi 45,2% ja formaalset abi 38,7%. Seega nii formaalse kui ka mitteformaalse abi kasutamisel on statistilised erinevused olemas, kuna p -väärtus on $<0,001$.

Soolistes erinevustes võib välja tuua selle, et naised kasutavad võrreldes meestega rohkem nii formaalset kui mitteformaalset abi. Küsitlusele vastas 1165 meest ja 1920 naist, kellest formaalset abi kasutab 139 meest, mis teeb 12% meessoost vastajate seast. Mitteformaalset abi kasutab mõnevõrra rohkem mehi, aga siiski pole ka see osakaal kõrge - 16,8%. Naiste abi kasutamise määr on samuti madal, kuid siiski kõrgem kui meestel. Naiste osakaal formaalse abi kasutamisel on 17,3% ja mitteformaalse abi kasutamisel 27,9%. Nii formaalse kui ka mitteformaalse abi soolises jaotuses esinevad statistiliselt olulised erinevused.

Tabel 2. Formaalse abi ja mitteformaalse abi saamise jaotumine tunnuste lõikes. SHARE Eesti 5. laine andmed (2013).

Tunnus	Formaalne abi					Mitteformaalne abi				
	FA* Jah	%	Ei	%	P*	MA* Jah	%	Ei	%	P*
Vanus					<0,001					<0,001
65-74	167	9,4	1610	90,6		327	18,4	1450	81,6	
75-84	239	21	901	79		329	28,9	811	71,1	
85+	65	38,7	103	61,3		76	45,2	92	54,8	
Sugu					<0,001					<0,001
Mees	139	12	1026	88,07		196	16,8	969	83,19	
Naine	332	17,3	1588	82,71		536	27,9	1384	72,08	
Elukoht					0,015					<0,001
n/a	38	12,8	258	87,2		50	16,9	246	83,1	
linn	276	14,3	1650	85,7		431	22,4	1495	77,6	
maa	157	18,2	706	81,8		251	29,1	612	70,9	
Sündinud Eestis					0,435					0,132
Jah	350	15,6	1897	84,4		549	24,4	1698	75,6	
Ei	121	14,4	717	85,6		183	21,8	655	78,2	
Haridus					<0,001					<0,001
Põhiharidus	262	21,1	980	78,9		363	29,2	879	70,8	
Keskharidus	152	12,3	1080	87,7		267	21,6	965	78,4	
Kõrgharidus	57	9,3	554	90,7		102	16,7	509	83,3	
Tegevuspiirang (GALI)					<0,001					<0,001
Jah	445	20,5	1722	79,5		626	28,9	1541	71,1	
Ei	26	2,8	892	97,2		106	11,5	812	88,5	
Igapäevaelu tegevuspiirang (ADL)					<0,001					<0,001
Jah	294	40,3	435	59,7		316	43,3	413	56,7	
Ei	177	7,5	2176	92,5		415	17,6	1938	82,4	
Puuduvad väärtused	0	0	3	100		1	0	2	100	
Instrumentaalne igapäevaelu tegevuspiirang (IADL)					<0,001					<0,001
Jah	377	36,5	657	63,5		425	41,1	609	58,6	
Ei	94	4,6	1954	95,4		306	14,9	1742	85,1	
Puuduvad väärtused	0	0	3	100		1	33,3	2	66,7	
Abi kasutamise tihedus					<0,001					<0,001
Ei kasuta üldse	203	8,7	2130	91,3		385	16,5	1948	83,5	
Iga päev	78	61,9	48	38,1		68	54	58	46	
Iga nädal või iga kuu	141	34,3	270	65,7		206	50,1	205	49,9	
Harvem	49	22,8	166	77,2		73	33,9	142	66,1	
Vastajad kokku	471	15,3	2614	84,7		732	23,7	2353	76,3	

FA*formaalne abi

MA*mitteformaalne abi

P*näitab seda, kas erinevus on statistiliselt oluliselt erinev või mitte. Kui P väärtus on alla 0,05 siis on olulisi erinevusi ja kui on üle 0,05 siis ei ole vaadeldavas väärtuses olulisi erinevusi.

Nii maa- kui linnapiirkonnas kasutatakse rohkem mitteformaalset abi kui formaalset abi. Linnapiirkonnas kasutatakse mitteformaalset abi 22,4% ja maapiirkonnas 29,1%. Seega linnapiirkonnas kasutatakse formaalset abi peaaegu 7 protsendipunkti võrra vähem. Formaalse ja mitteformaalse abi kasutamisel piirkonna lõikes esinevad statistilised erinevused.

Nii Eestis sündinud kui ka Eestist väljaspool sündinud inimesed kasutavad rohkem mitteformaalset abi kui formaalset abi. Mitteformaalset abi on kasutanud 2,6 protsendipunkti võrra rohkem Eestis sündinud vastajad. Eestist väljaspool sündinutest kasutasid mitteformaalset abi 21,8%. Ka formaalse abi kasutamises võib täheldada, et Eestis sündinud kasutavad rohkem kui Eestis väljaspool sündinud, kuigi osakaal ei ole nii suur kui mitteformaalse abi korral. Eestis sündinutest kasutasid formaalset abi 15,6% ja Eestist väljaspool sündinutest 14,4%. Erinevat päritolu inimeste vahel ei ole nii formaalse kui ka mitteformaalse abi kasutamises statistiliselt olulisi erinevusi.

Põhiharidusega vastajatest kasutavad 21,1% formaalset abi ja mitteformaalset abi 29,2%. Haridustaseme tõusuga nii formaalse kui ka mitteformaalse abi kasutamine langeb. Kõrgharidusega vastajatest kasutavad 7,4 protsendipunkti rohkem mitteformaalset kui formaalset abi. Nii formaalse kui mitteformaalse abi kasutamises esinevad hariduseti statistiliselt oluliselt erinevused.

Ka tegevuspiirangutega (GALI) vastaja kasutab mitteformaalset abi rohkem kui formaalset abi. Formaalse abi kasutajate osakaal on 20,5% ja mitteformaalse abi kasutajate osakaal on 8 protsendipunkti suurem. Esinevad statistiliselt olulised.

Igapäevaelu tegevuste piirangutega (ADL) inimestest üle 40% kasutavad formaalset ja üle 40% kasutab mitteformaalset abi. Erisus on suurem nende vastajate seas, kellel ei ole igapäevaelu piiranguid. Tegevuspiiranguteta formaalse abi kasutajate osakaal on 7,5% ja mitteformaalse abi kasutajate osakaal 17,6%. Nii nagu võib täheldada GALI puhul on ka ADL tunnuse lõikes nii formaalse kui mitteformaalse abi kasutamises statistiliselt olulised erinevused olemas, p-väärtus jääb alla 0,001.

Instrumentaalsete igapäevaelu piirangutega inimestest (IADL) 41,1% kasutab mitteformaalset abi, 36,5% kasutab formaalset abi. Nende osakaal, kellel ei ole IADL piiranguid, kuid kasutavad formaalset abi on 4,6%, ja mitteformaalset abi kasutatakse 10 protsendipunkti võrra rohkem. Nii nagu võis täheldada GALI ja ADL puhul on ka IADL

tunnuste lõikes nii formaalse kui ka mitteformaalse abi kasutamises statistiliselt olulised erinevused olemas, p-väärtus on $<0,001$.

Iga päev kasutab formaalset abi 61,9% küsitlusele vastajatest. Mida harvem on formaalse abi kasutamise tihedus seda väiksemaks abi kasutajate osakaal läheb. Sama võib täheldada ka mitteformaalse abi puhul. Mitteformaalse abi osakaal igapäevasel kasutamisel on 54%. Kuigi mitteformaalse abi kasutamine osakaal igapäevaselt on väiksem kui formaalse abi kasutamine osakaal, siis vähemsagedastes intervallides on mitteformaalse abi kasutamine enam esindatud. Statistiliselt on erinevused olemas, kuna p-väärtus on $<0,001$.

5.2.1 Mitteformaalse abi täiendamine formaalse abiga

Tabel 3 (lk. 35) kirjeldab formaalse ja mitteformaalse abi samaaegse kasutamise jaotust. Veergu „Jah“ on märgitud need, kes on kasutanud formaalset ja mitteformaalset abi koos ja veerus „Ei“ on need, kes ei ole formaalset ja mitteformaalset abi koos kasutanud (kuid võisid ühte või teist tüüpi abi kasutada eraldi). Tabelisse on lisatud veerg p-väärtusega, mis näitab ära, kas mõlemat tüüpi abi koos kasutamise jaotuses esineb olulisi erinevusi erinevate tunnuste lõikes. Vaid vähemus ehk 8,3% vastajatest kasutab formaalset ja mitteformaalset abi koos.

Kuigi mõlemat abi kasutab korraga arvuliselt rohkem 75-84 aastaseid vastajaid, siis tõuseb mõlema abi kasutajate osakaal vanusesti. 85-aastastest ja vanematest kasutavad mõlemat abi korraga 24,4% ($p < 0,001$).

Naised kasutavad rohkem mõlemat abi korraga (pea kaks korda enam) kui mehed ja soolises jaotuses on statistilised erinevused olemas, kuna p-väärtus on $<0,001$. Küll aga ei ole statistilisi erinevusi elukoha jaotuses, kus on näha küll, et linnapiirkonnas on mõlema abi kasutajaid vähem. Maa- ja linnapiirkonnas kasutab formaalset ja mitteformaalset abi korraga 8-10% vastajatest. Samuti ei ole statistilisi erinevusi Eestis ja Eestist väljaspool sündinud inimeste vahel. Mõlemas rahvastikurühmas on 8% ringis neid, kes kasutavad formaalset ja mitteformaalset abi korraga.

Haridustaseme poole pealt vaadates langeb mõlema abi kasutajate osakaal haridustaseme tõusuga. Põhiharidusega vastajad on kasutanud formaalset ja mitteformaalset abi korraga 11,8% ja kõrgharidusega vastajate määr on 3,8%, jaotused on statistiliselt oluliselt erinevad.

Tabel 3. Mitteformaalse ja formaalse abi koos samaaegse kasutamise jaotus tunnuste lõikes. Allikas: SHARE Eesti 5. laine andmed (2013).

Tunnus	Jah	%	Ei	%	P*
Vanus					<0,001
65-74	81	4,6	1696	95,4	
75-84	133	11,7	1007	88,3	
85+	41	24,4	127	75,6	
Sugu					<0,001
Mees	63	5,4	1105	94,6	
Naine	192	10	1728	90	
Elukoht					0,061
n/a	17	5,7	279	94,3	
linn	153	7,9	1773	92,1	
maa	85	9,9	778	90,1	
Sündinud Eestis					0,739
Jah	188	8,4	2059	91,6	
Ei	67	8	771	92	
Haridus					<0,001
Põhiharidus	147	11,8	1095	88,2	
Keskharidus	85	6,9	1147	93,1	
Kõrgharidus	23	3,8	588	96,2	
Tegevuspiirang (GALI)					<0,001
Jah	243	11,2	1924	88,8	
Ei	12	1,3	906	98,7	
Igapäevaelu tegevuspiirang (ADL)					<0,001
Jah	177	24,3	552	75,7	
Ei	78	3,3	2275	96,7	
Puuduvad väärtused	0	0	3	100	
Instrumentaalne igapäevaelu tegevuspiirang (IADL)					<0,001
Jah	214	20,7	820	79,3	
Ei	41	2	2007	98	
Puuduvad väärtused	0	0	3	100	
Abi kasutamise tihedus					<0,001
Ei kasuta üldse	85	3,6	2248	96,4	
Iga päev	46	36,5	80	63,5	
Iga nädal või iga kuu	91	22,1	320	77,9	
Harvem	33	15,4	182	84,6	
Abisaajad kokku	255	8,3	2830	91,7	

P*näitab seda, kas erinevus on statistiliselt oluliselt erinev või mitte. Kui P väärtus on alla 0,05 siis on olulisi erinevusi ja kui on üle 0,05 siis ei ole vaadeldavas väärtuses olulisi erinevusi.

Tegevuspiirangu (GALI) jaotuses võib täheldada, et nende osakaal on suurem, kellel on tegevuspiirang ja kasutab formaalset ja mitteformaalset abi korraga, kui nendel, kes ei ole hinnanud endal tegevuspiiranguid. Sama võib täheldada nii ADL kui ka IADL jaotuses. Kõigis kolmes tegevuspiirangute tunnuses on statistilised erinevused olemas.

Iga päev on formaalset ja mitteformaalset abi korraga kasutanud 36,5% vastajatest. Mida harvem saab vastaja abi, seda väiksemaks läheb osakaalu protsent. Iga nädal või iga kuu saab abi 22,1% vastajatest ja harvem 15,4%. Erinevused on statistiliselt oluliselt erinevad.

6 ARUTELU

Magistritöö keskendus 65-aastaste ja vanemate vastajate tervisest tulenevate tegevuspiirangute ja formaalse ning mitteformaalse abi kasutuse analüüsimisele. Töös kasutati Eesti vanemaealiste suhtes esindusliku valimiga SHARE uuringu andmeid. Vaadeldi demograafilisi, terviseseisundist tulenevate piirangute ning formaalse ja mitteformaalse abi saamise tunnuseid. Käesolevas peatükis arutleme saadud tulemuste üle, tuginedes teoreetilistele lähtekohtadele.

Pikenev eluiga mõjutab tervet sotsiaalset süsteemi meie ümber, seades üha suuremaid väljakutse majandusarengule, kus vananemisega kaasneb suurem koormus riigi rahandusele ja sotsiaalhoolekandele. Lisaks mõjutab pikenev eluiga inimeste elukvaliteeti (Sakkeus, 2016b). Tegevuspiirangute analüüsimine annab parema üldpildi inimese elukvaliteedi kohta, tervisest tingitud raskustest toimingute teostamisel ning abivajaduse suurusel. Magistritöös analüüsiti 3085 vanemaealist, kellest 70,2% ütles, et neil on tegevuspiirangud (2013.a seisuga). Vanuse kasvades tõuseb tegevuspiirangutega eakate hulk. 85- aastastest ja vanematest hindab endal olevat tegevuspiiranguid rohkem inimesi kui nooremates vanuserühmades. Tegevuspiirangute ulatus võib olla aga erinev ja ka abikasutus on erinev. Tegevuspiirangutega inimestest kasutab siiski vähemus mingisugust abi – 20,5% formaalset ja 28,9% mitteformaalset abi. Nendel, kel on tegevuspiirangud, kuid ei ole kasutanud kõrvalabi, ei pruugi olla tegevuspiirangute ulatus nii suur, et nad vajavad abi.

Raskemate (ADL) ja mõõdukate (IADL) tegevuspiirangute puhul on küll abi kasutamise osakaal suurem, aga jääb siiski kolmandiku ja poole vahele (36,5 – 43,4%). Seega on suur osa inimesi, kes ei saa või ei kasuta abi. Osalt võib see olla seotud sellega, et need piirangud on vähem tõsised, või piirangute koguarv on madal, aga kindlasti on siin osa ka seetõttu, et neil ei ole kelleltki abi küsida või saada, seda ei ole küsimisel saadud või ei saa inimesed seda endale majanduslikult lubada.

Üldiselt on siiski märkimisväärsed erinevused tegevuspiirangutega ja tegevuspiiranguteta eakate vahel. Inimese iseseisva toimetuleku langus vanusega kaasuvate tegevuspiirangutega on mõistetav, seega ei kasuta kõik piirangutega eakad alati erinevaid formaalseid teenuseid, vaid proovitakse ise hakkama saada.

Käesoleva magistritöö tulemused näitavad, et tegevuspiirangutega inimeste seas on mitteformaalse abi kasutamise osakaal suurem kui formaalse abi kasutamise osakaal - mitteformaalset abi kasutab 28,9% vastajatest ja formaalset abi 20,5%. Üldse on mitteformaalse abi kasutamise osa suurem analüüsitud inimeste seas - seetõttu kajastub see ka tegevuspiirangutega inimeste seas selliselt. See, et kasutatakse rohkem mitteformaalset abi, võib tuleneda sellest, et inimesed eelistavad seda üldiselt rohkem kui formaalset abi. Üks põhjuseid võib olla ka selles, et formaalset abi ei saa endale lubada, kuna see ei ole taskukohane. Teine põhjus võib olla seotud väheste formaalse abi võimalustega või kättesaadavusega. Kolmas põhjus võib olla aga selles, et abivajadus ei ole (veel) nii suur. Esimese eelistusena kasutatakse Eestis tihtipeale last, kes ei ela eakaga ühises leibkonnas. See võib tuleneda sellest, et mitteformaalne hooldaja vastab kõige paremini isikuhoolduse abi vajadusele. (Tambaum et al., 2016.) Seega eaka eelistus võib seisneda selles, et ta peab mitteformaalse abi kasutamist kõige sobilikumaks (Cantor, 1989).

Miks eakas kasutab mitteformaalse hooldajana peret, head naabrit või sõpra? Mitteformaalse abi kasutamine on üldiselt antud analüüsitud valimis kõrgem, seetõttu avaldub selle kõrgem osa ka muude tunnuste lõikes. See on ilmselt oodatav Eesti puhul - on teada, et meil on mitteformaalne abi sama levinud nagu näiteks Lõuna- Euroopa riikides. Ning meie ühiskonnas on nii moraalne kui ka seadusest tulenev kohustus hoolitseda oma lähedase eaka eest. (Medar & Tulva, 2016; Tambaum et al., 2016.) Eesti lastel on oma vanematega suhteliselt head suhted. Heade suhete olemasolu aitab ära hoida näiteks depressiooni. (Sakkeus, 2019.) Et vältida lisapingeid ja muret valibki eakas omaale turvalisemad hooldajad, kelleks on temale lähedal olevad isikud (Cantor, 1989).

Vanemaealise inimese eesmärk ei ole olla oma lähedastele koormaks ja sellest tulenevalt proovib ta tegevuspiirangute olemasolul ise hakkama saada, kasutades ära neid teenuseid, mis on taskukohasemad nagu näiteks koduhooldusteenus või hooldaja. Nii formaalset kui mitteformaalset abi kasutatakse tihti. Nendest vastajatest, kes on hinnanud endal tegevuspiirangud, kasutab 28,9% mitteformaalset abi ja 20,5% kasutab formaalset abi. Formaalse abi igapäevase kasutajate osakaal on kõrgem kui mitteformaalse abi kasutajate osa. Formaalse abi puhul saame rääkida koduhooldusteenusest või siis ametlikust hooldajast, kes külastab eakat teatud korrad nädalas vastavalt teenuse iseloomule. Mitteformaalse abi korral on enim esindatud iga nädal või kuu kasutajad. Seega saab öelda, et tihedamat formaalset abi saavad või kasutavad pigem need, kellel on abivajadus suurem ja seetõttu on

ka abikasutamine tihedama sagedusega. Erinevad uuringud on näidanud, et formaalset abi kasutatakse alles siis kui abivajaja ja tema lähedased on tõsiselt hädas ehk kui inimese hooldusvajadus on oluliselt suurenenud (Tambaum et al., 2016). Pikemas perspektiivis võib selline valik viia perekonna otsusele, et kolitakse kokku, mis tähendab seda, et mitu põlvkonda elab ühe katuse all. Sellest tulenevalt võib ka olla, et eakal on tegevuspiiranguid, kuid ta ei kasuta või raporteeri ühtegi abi vormi selle tõttu, et ta elab koos oma perega ja ta ei pea saanud abi hoolduseks (Abramowska-Kmon, 2019). Eaka ja pereliikmete heade suhete olemasolu ei taga mitte ainult parema toimetulemise vaid võib pikendada ka vanema inimese eluiga (Abuladze & Sakkeus, 2019). Kuna perega koos elamine võib leevendada osa stressiallikaid, siis sellises olukorras on eakal võimalus omakorda anda abi vastu ja näiteks hoida (lapse)lapsi (Cantor, 1989).

Selline korraldus langeb kokku hierarhilise mudeli kontseptsiooniga, mille järgi koosneb abi andmine erinevatest ringidest, kus abiandjad omavahel ei puutu kokku. Sisemine ring on pere, keskmine on formaalne ring ja väljaspool on riik (Cantor, 1989). Seega iga ring toimib omaette ja suurem hoolduskoormus on mitteformaalsel abil.

Täiendusmudeli järgi toetab formaalne abi mitteformaalset abi, mis antud juhul töö tulemustes veel ei kajastu. Eestis on aastate jooksul arendatud erinevaid sotsiaalteenuseid, mis võib uuemate andmete analüüsimisel rohkem esile tulla. Praeguste tulemuste põhjal võib öelda, et omastehoolajate suure koormuse tõttu tuleb täiendada sotsiaalteenuseid niipalju, et omastehoolajate vajadus oleks kaetud. Teenuste eesmärk ei peaks olema lähedastelt vastutuse ära võtmine, vaid pigem lähedaste toetamine nii, et neil oleks võimalik jätkata oma igapäevaelu ja ka lähedane oleks hoitud.

Tegevuspiirangute jaotuses ei olnud soo lõikes olulisi erinevusi. Erinevused meeste ja naiste vahel esinesid formaalse ja mitteformaalse abi kasutamises. Nii formaalset kui mitteformaalset abi kasutasid rohkem naised kui mehed. Küsitlusele vastas üldse rohkem naisi, mis võib tuleneda sellest, et Eestis on suur eluea soolõhe - mehed elavad vähem kui naised. Kuigi tulevikus tõenäoliselt see trend muutub, sest meeste ja naiste elueavahe peaks vähenema. (Sakkeus, 2019.) Mõlema abi kasutamise määr on madal, ka siin võib võimalikke põhjuseid olla erinevaid nagu eespool mainitud. See, et naised kasutavad rohkem abi kui mehed, võib viidata sellele, et mehed on tervemead ega vaja nii suurel määral abi või vastupidi – abivajadus nende seas on alakaetud. Seda peaks edaspidi uurima lähemalt.

Kuigi inimese elukvaliteeti mõjutavad tema sotsiaalsed suhted, siis väga suureks mõjutajaks on ka haridus. Kõrgema haridustasemega inimesed on teadlikumad tervislikust eluviisist. Tervisliku eluviisi ja toitumisega tegelemine kogu elu jooksul võib olla võtmeteguriks krooniliste haiguste ärahoidmisel, sellest tulenevalt võivad nad hinnata endal vähem tegevuspiiranguid. (Soots, 2016.) Nii nagu on tulnud välja ka varasematest uuringutest selgub ka käesolevas magistritöös, et kõrgema haridustasemega vastajate seas väheneb tegevuspiirangutega inimeste osakaal. (Saks & Tiit, 2016.) Nii 4. laine kui ka 5. laine võrdlusel on täheldatud, et kõrgharidus kaitseb tegevuspiirangute languse eest, ehk siis neid keda küsitleti 4. laines on sama terved ka 5. laines. Samas madalamate haridustasemetega tegevuspiirangute langust ei täheldatud. (Sakkeus, 2016b.) Töötamise ja tööjätu plaanid sõltuvad samuti eaka haridustasemest ja tervislikust seisundist. Need, kellel on kõrgem haridus, üldjuhul soovivad jätkata töötamist rohkem kui need, kellel on madalam haridustase ning ametipositsioon ei mängi seejuures erilist rolli. Soov jääda märksa varem pensionile tekib siis kui eakal on tervisest tingitud tegevuspiirangud, mis piiravad või takistavad töötamist. (Soosaar, 2016.) Kõrgema haridustasemega inimesed on tööturul rohkem hõivatud ja samas kui inimesel ongi tegevuspiirangud, ei pruugi see kohe tähendada töölt eemale jäämist, vaid hoopis töökoha või näiteks ka tööülesannete ja koormuse muutust. Eakal on võimalik töötada osajaga pakutavatel töökohtadel, kuna pensioniealiste eelarvepiirangud ei ole nii teravad. (Philips, 2016.)

Tegevuspiirangutega inimeste osakaal maal on veidi suurem, kuid ei ole siiski statistiliselt oluliselt kõrgem linnas elavatest. Küll on aga olulisi erinevusi linn-maa piirkonnas formaalse ja mitteformaalse abi kasutamises. Kui tegevuspiirangutega inimeste osakaal oluliselt ei erine, aga abi kasutamises on piirkonniti erinevused, siis võib järeldada, et ebavõrdsus peitub milleski muus kui tervislikus seisundis - kas inimressursi või teenuste pakkumise ebaühtlases jaotuses. Harjumaal ja Tartumaal on rohkem hooldajatoetuse saajaid, samas elabki nendes maakondades ka rohkem inimesi. Kui võtame suuruselt järgmised - Ida-Virumaa, Jõgevamaa, Põlvamaa, Viljandimaa ja Võrumaa - siis nendes jääb maakondades hooldajatoetuste saajate arv üle 600 inimese. Viimati nimetatud maakondadest on kõige suurem hooldajatoetuse toetuse saajate keskmine arv Võrumaal, kuigi elanike arv ei ole seal suur. Ida-Virumaa paistab silma sellega, et seal on eakaid rohkem kui alla 64-aastaseid inimesi. Hooldajatoetust saab seal 2019.aasta seisuga 692 inimest, Võrumaal on hooldajatoetuse saajaid 768. Kuigi hooldajatoetuse saajaid on rohkem Võrumaal, siis rahvastiku arv on aga nendes maakondades vastupidi – Ida-Virumaal elab rohkem

(vanemaealisi) inimesi. Seega võib nende andmete kohaselt järeldada, et Ida-Virumaa hooldusvajadus on alakaetud ning vajaks rohkem kohaliku omavalitsuse ja riigi tähelepanu.

Ida-Virumaa on maakond, kus elab suurim osakaal Eestist väljaspool sündinuid. 2020. aasta Ida-Virumaa tervise-ja heaolu profiili järgi moodustab kogu Ida-Virumaa rahvastikust 17,6% eestlased (Ida-Viru maakonna tervise- ja heoluprofiil, 2020). Töö analüüs näitab, et Eestist väljaspool sündinud vastajatest hindab suurem osakaal (75,2%) endal olevat tegevuspiiranguid kui Eestis sündinud ning need olid statistiliselt olulised erinevused. Seejuures on formaalse ja mitteformaalse abi kasutamine Eestis sündinutega samasugune. Seegi viitab mõnevõrra suuremale alakaetusele abi kasutamises või saamises välispäritolu inimeste seas ning vajaks lähemat uurimist edaspidi.

Süsteemiteooria järgi sõltub inimene sotsiaalse keskkonna süsteemidest, kus meie ümber on moodustunud mitteformaalsed süsteemid, formaalsed süsteemid ja riigi poolt loodud ühiskondlikud süsteemid (Payne, 2014). Süsteemiteooria annab võimaluse vaadelda ühiskonda laiemalt ja see annab suurema võimaluse erinevatele abi võimalustele. Alati ei pea lähtuma abi korral ainult esimesest olemasolevast võimalusest, vaid saame rakendada erinevaid süsteeme omavahel kombineerides. Ehkki mitteformaalset abi kasutatakse rohkem, siis see ei tähenda, et teisi süsteeme ei ole vaja edasi arendada nagu ka riigi poliitiline suund on juba vastavas suunas liikumas. Tulevikus on ilmselt formaalsed teenused inimestele kättesaadavamad ning neid kasutatakse rohkem.

Sotsiaalhoolekandeseaduse (SHK) järgi pakub kohalik omavalitsus (KOV) koduhooldusteenust ja täisealise isiku hooldajat. Koduteenust osutab üldjuhul asutus, erinevused tekivad teenuse osutamisel aga piirkonniti. Linnapiirkonnas on KOV võimalus delegeerida mõlemad teenused edasi. Hajaasutusega maapiirkonnas võib puududa delegeerimise võimalus, seega sellises piirkonnas osutab kohalik omavalitsus kõiki sotsiaalhoolekandeseaduses ettenähtud teenuseid. Tuginedes perekonnaseadusele (PKS) ja põlvnemisest tulenevale kohustusele siis üksi elavale eakale ei määrata hooldajaks üldjuhul lähedast pereliiget, kellel niikuinii on kohustus abistada abivajavat eakat, seega määratakse hooldajaks hea naaber või tubli aktiivne kogukonnas elav inimene. Eaka hooldamise eest saadav tasu ei ole suur. Keskmiselt on hooldajatoetus Eestis 39 eurot ja toetuse määrad paneb paika iga kohalik omavalitsus ise. Hooldajatoetuse suurus on ilmselt üks põhjuseid, miks formaalset abi on vähem kasutatud. See viitab olulisele ressursi lisamise vajadusele riigi poolt sellesse valdkonda.

Lisaks abivajaduse tasemele võib olla raha üks põhjus, miks ei asendata hooldust täielikult formaalse hooldusviisiga. Sotsiaalkindlustusameti (SKA) kodulehe andmetel oli 2016. aastal keskmine üldhooldusteenuse tasu 624 eurot, mis on suurem Eestis saadavast vanaduspensionist. Keskmine vanaduspension tõuseb küll iga aastaga, kuid suurusjärg jäab ikkagi väiksemaks kui üldhooldusteenuse tasu. Keskmine vanaduspension on 2020. aastal 475,9 eurot. Lisaks on eaka tervisliku seisundi halvenedes ja tegevuspiirangute olemasolul võimalik taotleda puue. Kui ekspertarstid kinnitavad puude olemasolu, siis hakkab eakas saama puudest tingitud lisakulude toetust. Toetuse suurus sõltub tegevuspiirangute raskusastmest, alates 12,79 eurost kuni 40,91 euron. Vaadates vanaduspensioni ja puudest tingitud lisakulude toetuse suurus võib eeldada, et üldhooldusteenuse koha maksumus ületab inimese igakuise majandusliku võimekuse. Seega on inimesed valiku ees, kas olla kodus edasi ja kasutada mitteformaalseid hooldajaid (pereliikmeid) või halva tervise korral minna hooldekodusse elama, leides lisa raha teenuse maksmiseks. Inimeste valikut võib toetada ka põhjendatud hirm, sest need vanemaealised, kes on mingil põhjusel sunnitud hooldekodusse minema peavad toime tulema kohanemisega uues elukohas, kus peale tema elab veel palju inimesi. Mitte ainult eakas ei tunne hirmu hooldekodu ees, vaid seda tunnevad ka lähedased, kes on seni hooldanud oma eakat ja kes ei pruugi olla rahul hooldekodus osutatava hooldusega, mida ei peeta piisavaks.

Kuigi KOV-l on seadusest tulenev kohustus tagada 13 sotsiaalteenust, sealhulgas üldhooldusteenus, siis lähtudes SKA poolt väljaantud juhistest, on KOV-il õigus küsida kõigepealt eakalt endalt tagatiste kohta. Juhendi „Milles seisneb abivajava pereliikme ülalpidamiskohustus“ järgi lasub vastutus kõigepealt iseendal, lähedastel ja alles siis KOV-l. (Sotsiaalkindlustusamet, s.a.a.) Tihti on aga olukordi, kus vaatamata juhendis ette antud soovitudele, puuduvad eakal ja tema lähedastel sellised võimalused. Sel juhul ei saa sotsiaalhoolekandeseadusest lähtudes jätta vanemaealine abita ja KOV on kohustatud andma abi ka ilma tagatisteta.

Töö analüüsi tulemusel võib öelda, et erinevad teoreetilised abisaamise allikad on käesoleval momendil Eestis kasutusel. Süsteemiteooria hõlmab kogu meie ühiskonda, sidudes ja kombineerides hooldusmudeleid omavahel. Kombineerimine kajastub kõige paremini läbi täiendusmudeli, kuna selles mudelis osaleb hoolduses nii formaalne kui ka mitteformaalne pool. Hierarhiline mudel näeb küll ette, et ringide süsteem on individualistlik, kuid kuna inimene on üks tervik, siis ka selle mudeli erinevate ringide ühenduseks on abivajav inimene.

See tagab erinevate hooldusringide koostoimimise. Kõige keerulisem mudel vanemaealise jaoks on asendusmudel, mis tähendab tema jaoks üldhooldusteenusele minekut. Kuid ka seal tuleb näha positiivseid noote, sest kõik teenused arenevad edasi ja teenuste kvaliteet eesotsas töötajate teadlikkuse ja haridustaseme kasvamisega tõuseb.

Käesolevas magistritöös analüüsiti ühe aasta andmeid. Uuringu andmed on võetud SHARE 5. lainest, mille küsitlus viidi läbi 2012-2013. aastal. Selleks, et teha põhjalikemaid järeldusi, tuleks jätkata samade andmete pealt longituudanalüüsi ka järgnevate aastate andmete põhjal. Lisaks on praeguseks ellu viidud päris mitmeid sotsiaalhoolekannet puudutavaid reforme ja muudatusi, mis võivad anda teistsugusemaid tulemusi.

Töö tugevusteks võib pidada SHARE uuringu esindusliku valimi olemasolu, mille põhjal on võimalik teha järeldusi Eesti vanemaealiste inimeste eluolu kohta. Käesoleval momendil ei ole minule teada olevalt viidud läbi riiklikul tasandil sellise valimi suurusjärguga uuringut. Eesti jaoks on selline analüüs oluline, sest see võimaldab teha järeldusi erinevate formaalsete teenuste kvaliteedi parandamise kohta.

KOKKUVÕTE

Magistritöö eesmärk oli analüüsida Eesti vanemaealiste inimeste formaalse ja mitteformaalse abi saamist ja kasutamist. Andmete analüüsimisel kasutati SHARE uuringu andmeid. Selle uuringu valim on Eesti 50+ rahvastiku suhtes esinduslik, mis võimaldas võrrelda erinevaid rühmi tegevuspiirangute ning formaalse ja mitteformaalse abi kasutamises. Magistritöö valimi valikul keskenduti 5. laine (2013.a) küsitluse vastajatele. Valim moodustati Eesti rahvastikuregistrist võetud juhuvalimi alusel. Kuna käesolev magistritöö keskendus vanemaealistele inimestele alates 65.eluaastast, siis kasutati analüüsis 3085 küsitlusele vastanud inimeste vastuseid. Põhiliseks vaadeldavaks tunnuseks oli tegevuspiirangute tunnus, mis annab parema üldpildi inimese elukvaliteedi kohta ja tervisest tingitud raskustest toimingute teostamisel.

Eesti elanikkonna vananemine on tingitud vähemalt kahest põhjusest: kasvav eeldatav eluiga ja madal sündimus. Nende komponentide mõjul kaasnevad suured muudatused, kuid vananemisprotsessidega kohanemine nõuab aega ja tööd – siin on oluline roll Eesti institutsioonide ja poliitikate paindlikkusel (Sakkeus, 2016b). Igasugused muudatused algavad teatud vajadusest ja nende elluviimiseks on vaja poliitilist sekkumist. Käesoleval ajaperioodil on vananemine puudutanud tervet maailma, seega tuleb üle vaadata praegused hooldussüsteemid ja kohandada need ümber vastavalt vajadustele.

Vanemate inimeste eesmärk on elada täisväärtusliku iseseisvat elu ilma kellestki sõltumata. Tervislik seisund ei ole aga kõigil hea ja sellest tulenevalt vajatakse vanemas eas rohkem abi. Tervisega seotud tegevuspiirangud esinevad sellistes tegevustes nagu töö tegemine, enda pesemine, sisseostude tegemine ja sotsialiseerumine (Verbrugge, 1997). Kui esinevad koos sellised tegevuspiirangud nagu söömine, enda pesemine ja riietumine, siis on tegemist raskete tegevuspiirangutega. Kõik piirangud mõjutavad elukvaliteeti ja see võib kaasa tuua sõltumatuse vähenemise. (Verropoulou & Tsimbos, 2017.) Tegevuspiirangud võib võrdsustada terminiga „puue“, sest puuet kirjeldatakse kui protsessi (*disablement process*) - inimese isikliku ja keskkonnafaktorite koosmõjul võib inimese nii füüsiline kui vaimnet igapäevaelu toimetulek kiirenedada või aeglustuda (Verbrugge & Jette, 1994).

Eesti seadusandluses määratletakse puue puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse (PISTS) § 2 lg 1. Selle järgi on puue inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja

keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 1999.) Tervisest tingitud tegevuspiirangute olemasolul on võimalik puuet taotleda seaduse järgi isikul, kellel on kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadus. Käesoleval momendil on kolm puude raskusastet - kerge, raske ja sügav puue. Puudega vanaduspensioniealise inimese toetuse on Eestis 12,79 eur ja 40,91 eur vahel.

Eestis on mitteformaalne abi tuntud omastehooldusena, mida teostavad hooldatava lähedased isikud, kas ülanejad või alanejad sugulased, harvem õed- vennad (Cantor, 1989). Kuna omastehooldus on tihti ülejõu käiv, siis saab hooldusesse panustada riik, pakkudes kohaliku omavalitsuse kaudu formaalseid teenuseid. Kohalikul omavalitsusel on kohustatud sotsiaalhoolekande seaduse järgi osutama 13 sotsiaalteenust, mille hulka kuuluvad sotsiaaltransport, koduteenuse, täisealise isiku hooldus ja üldhooldusteenus. Teenuste kättesaadavus erineb regiooniti. (Medar & Tulva, 2016.)

Magistritöös oli kasutatud kahte põhilist teooriat: süsteemiteooria ning hoolduskorraldus, mis koosneb hierarhilisest, täiendus- ja asendusmodelist. Süsteemiteooria kohaselt sõltub inimese elu nende sotsiaalse keskkonna süsteemidest: mitteformaalsetest, formaalsetest ja riiklikest süsteemidest. (Payne, 2014.) Hierarhilisel kompensatsioonimudelil (*hierarchical compensatory model*) on kolme ringi süsteem: perekond, kogukond ja riik (Cantor, 1989). Täiendusmudeli (*supplementation model*) järgi hooldab lisaks mitteformaalsele hooldajale täiendavalt formaalne hooldaja (Hlebec et al., 2016; Litwin & Attias-Donfut, 2009). Asendusmudeli (*substitution model*) järgi asendavad lähedased perekonnas hooldamise täielikult formaalse hooldusteenusega (Greene, 1983; Hlebec et al., 2016; Whitlatch & Noelker, 2016).

Uuringus kasutati SHARE andmete analüüsiks STATA 10 programmi, mis võimaldas kokkuvõtlikku ülevaadet andmetest. Erinevate jaotuste võrdlemiseks kasutati X^2 -testi (Hiirruut test, *Chi-square test*), mis on kahe sagedusjaotuse alusel teostatav test. Testistatistik mõõdab erinevust nullhüpoteesile vastava ja tegeliku sagedustabeli vahel.

Magistritöös analüüsiti sotsiaal-demograafilisi tunnuseid nagu vanus, haridus, sugu, elukoht ja sünnikoht. Tegevuspiirangute peamiseks vaadeldavaks tunnuseks oli GALI indikaator, mille küsimus põhineb inimese subjektiivsel hinnangul (Jagger et al., 2010). GALI abil on võimalik hinnata seda, kuidas tegevuspiirangud mõjutavad eluga rahulolu ja õnne,

meditsiinilisi sündmuseid, haiglaravi, hoolekandeesutusse paigutamist ja surma. (Verbrugge, 1997.) Formaalse ja mitteformaalse abi tunnused loodi SHARE küsimustikus olevate küsimuste põhjal, mis esitati abisaamise kohta. Igapäevaelu piirangud (ADL) hindab inimese tavalisi põhioskuseid, mida omandatakse varajases eas. (Katz et al., 1963.) Instrumentaalsed igapäevaelu piirangud (IADL) on sobiv vahend iseseisvate oskuste hindamiseks, mis hõlbab tegevuste oskuseid (Lawton & Brody, 1969).

Magistritöö uurimisprobleem tulenes sellest et Eesti sotsiaalhoolekandeseaduse järgi peab kohalik omavalitsus osutama 13 sotsiaalteenust, mis kahjuks ei ole kõikides piirkondades võrdselt kättesaadav. Seetõttu on vaja hinnata vanemaealistele suunatud formaalse ja mitteformaalse abi tegelikku kasutust.

Andmete analüüsi tulemusel selgus, et vanuse kasvades tegevuspiirangute hulk tõuseb. Tegevuspiirangute ulatus aga on erinev ja abi kasutatakse samuti erinevalt. Tegevuspiirangutega inimestest kasutab vaid vähemus mingisugust abi. Küsitlusele vastajatest kasutavad mitteformaalset abi rohkem kui formaalset abi. Mitteformaalset abi kasutas 28,9% vastajatest ja formaalset 20,5%.

Mitteformaalset ja formaalset abi kasutati rohkem raskemate (ADL) ja mõõdukate (IADL) tegevuspiirangute korral (36,5 – 43,4%). Analüüsi tulemusel tuli välja see, et need piirangud võivad olla vähem tõsised, või on piirangute koguarv madal. Mis tähendab seda, et vanemaealine tuleb nende piirangute olemasoluga toime ja ta saab igapäevaselt hakkama. Samas võib olla ka vastupidine olukord ja mingi hetk on abivajadus hoopis nii suur, et peab kaaluma kodusele teenusele üleminemise.

Magistritöö analüüsi tulemustest saame veel järeldada, et tegevuspiirangute korral kasutati rohkem mitteformaalset abi kui formaalset abi ja seda terve valimi ulatuses. Üks põhjuseid võib olla see, et inimesed eelistavad kasutada mitteformaalset abi kuna see on nende jaoks turvaline, võimalik, et ka abivajadus ei ole nii suur. Inimese eelistus võib tuleneda sellest, et mitteformaalne hooldaja vastab kõige paremini isikuhoolduse vajadusele ja eakas peab seda kõige sobilikumaks. (Cantor, 1989.) Formaalne hooldus on aga ametlik ja hooldajaks on üldjuhul võõras inimene, kes alles pikapeale saab omasemaks. Formaalse hooldusega kaasnevad ka rahalised kulutused, sest nii koduhooldusteenus, sotsiaaltransport ja üldhooldusteenus on tasulised. Kui täisealisele isikule on määratud hooldaja, siis see ei ole hooldatavale tasuline Üldjuhul ei toimi need teenused ühel ja samal ajamomendil, mis viitab

hierarhilise mudeli toimimisele. Mitteformaalne hooldus ja formaalne hooldus saavad toimida eraldi siis kui näiteks mitteformaalne hooldaja peab käima tööl. Seega iga ring toimib omaette.

Eesti vanemaealine kasutab rohkem mitteformaalset kui formaalset abi – selline korraldus on võrreldav Lõuna- Euroopa riikidega, kus on samamoodi kõrge mitteformaalse abi kasutajate osakaal (Medar & Tulva, 2016). Eri põlvkondade omavahelised suhted on samuti olulised mitteformaalse abi kasutamisel. Kuigi üldvalimist on vastav osakaal väike, siis on mitteformaalse abi kasutamine siiski suurem praktiliselt kõikides tunnuste jaotustes. Tegevuspiirangute olemasolul kasutati formaalset abi rohkem siis kui vanemaealine vajab tuge igapäevaselt. Formaalset abi kasutatakse üldiselt viimase võimalusena siis kui hooldusvajadus on suur ja mitteformaalne abi ei kata enam vajadust ära (Tambaum et al., 2016.) - ka käesoleva magistritöö põhjal võib väita, et formaalset abi saadakse siis kui abivajadus on suurem. Tõenäoliselt näitab igapäevane abikasutus seda, et vanemaealine saab abi koduteenuse näol. Koduteenus näeb ette regulaarset igapäevast/ -nädalast külastust, kus siis tehakse vastavalt teenuses ettenähtud toiminguid. Töö tulemuste põhjal on näha, et formaalset abi kasutatakse üldiselt vähe vaatamata sellele, et teenuseid on edasi arendatud.

Täiendusmudeli järgi toetab formaalne abi mitteformaalset abi, mis aga antud töö tulemustes veel ei kajastu. Praeguste tulemuste põhjal võib öelda, et omastehooldajate suure koormuse tõttu tuleb täiendada sotsiaalteenuseid niipalju, et vajadus oleks kaetud. Seega soodustamaks vanemaealise kodus olemist pikemalt, kasutatakse esimese formaalse abina koduteenust, mis katab ära kergema abivajaduse. Kui vanem inimene vajab tihedamalt hoolt ja järelvalvet, siis on võimalik kohaliku omavalitsuse kaudu taotleda täisealise isiku hooldajat. Hooldajaks määratakse lähedane alles siis kui abivajadus on nii suur, et ta vajab pidevat järelvalvet. Selline olukord ei võimalda tööealisel lähedasel käia tööl. Omastehooldus sellisel kujul ja eriti siis, kui peaks hooldama lamajat, käib lähedastel ülejõu. Seega tuleb teha valikud ja otsustada järgmise teenuse kasutamise üle, milleks on üldhooldusteenus. Sellest tulenevalt liigutakse sellise hoolduskorralduse poole, kus formaalne abi asendab täielikult mitteformaalse. Erinevad uuringud on eelnevalt samuti väitnud, et formaalset abi valitakse viimases hädas, nii et võib eeldada, et selle all mõeldakse üldhooldusteenust, mis on kulukam ja mida proovitakse vältida. Inimeste valikut võib toetada ka põhjendamatu hirm, sest need eakad, kes on sunnitud mingitel põhjustel minema hooldekodusse peavad tulema

toime kohanemisega uues kohas. Samas tunnevad hirmu ka lähedased, kes ei pruugi olla rahul teenuse kvaliteediga.

Inimene on tervik. Tervikut mõjutab see kuidas ta toitub, suhtleb ja puhkab. Tervislikku eluviisi ja toitumist peetakse üheks tervises seisundi võtmeteguriks. Samuti mõjutab tervist ka inimese teadlikus ja haridustase. Kui vanemaealisel on palju kaasuvaid ja kroonilisi haigusi, siis tema hinnang tervisele on ka sellest tulenevalt kehvem. Käesolevas magistritöös tuli välja, et kõrgema haridustasemega vastajate seas väheneb tegevuspiirangutega inimeste osakaal. Sellisele järeldusele on tulnud ka teised uuringud (Saks & Tiit, 2016), mis tähendab, et kõrgema haridustasemega inimesed on teadlikumad ja tervislikuma eluviisiga.

Tegevuspiirangutega inimeste osakaal oli maapiirkonnas veidi suurem, kuid see ei erine statistiliselt oluliselt linnapiirkonna elanikest. Samale järeldusele saab tulla mitteformaalse ja formaalse abi kasutamise osas, kus nii formaalse kui ka mitteformaalse abi osakaal maal on kõrgem kui linnas. See võib olla tingitud sellest, et maapiirkond on üldjuhul hajaasustusega. Kuna mitteformaalset abi oli võimalik ka osutada väljastpoolt leibkonda olevatel isikutel, siis ei pruugi abiandjateks alati olla lähedased/lapsed. Kuna tegevuspiirangute osakaal oluliselt ei erine, aga abi kasutamisel on piirkonniti erinevused, siis võib järeldada, et erinevus seisneb milleski muus kui tervises - teenuste kättesaadavuses või inimressursis eri piirkondades.

75,2% Eestist väljaspool sündinud vastajatest hindab endal olevat tegevuspiirangud. Eestis sündinud vastajatest 68,2% vastas, et neil on tegevuspiirangud. Seejuures on formaalse ja mitteformaalse abi kasutamine Eestis sündinutega samasugune. Seegi viitab mõnevõrra suuremale alakaetusele abi kasutamises või saamises välispäritolu inimeste seas. Kõige rohkem elab Eestist väljaspool sündinuid Ida-Virumaal, kus tuleks kaaluda teenuste arendamist.

Naiste ja meeste tegevuspiirangute jaotuses erinevusi ei olnud. Küll aga võis täheldada, et naised vastas küsitlusele rohkem, sellest tulenevalt oli nende vastused ülekaalus kõikides jaotustes. Eestis on eluea soolõhe ja sellises vanuse mehi ongi vähem. Erinevused esinesid formaalse ja mitteformaalse abi kasutuses, kus naised vastasid, et nad kasutavad rohkem mõlemat abi vormi.

Kuigi sotsiaalhoolekandeseaduse järgi peab kohalik omavalitsus osutama 13 sotsiaalteenust, mis peaks olema kõikidele kättesaadav on reaalsel kättesaadavus piirkonniti erinev. (Medar & Tulva, 2016.) Uurimusküsimustele võib vastata kokkuvõtlikult järgmiselt:

1. Kui paljudel eakatel on tervisest tingitud tegevuspiiranguid ning kas need erinevad sotsiaalsete rühmade ja piirkondade lõikes?

Töö tulemustest selgus, et 70,2% vanemaealistest on tegevuspiirangutega. Tegevuspiirangutega inimesi oli rohkem kõrgemas vanuses, Eestist väljaspool sündinute ning madalama haridustasemega inimeste seas. Sooti ja linn-maa piirkondade vahel tegevuspiirangute jaotuses erinevusi ei esinenud.

2. Kuidas on jaotunud formaalse ja mitteformaalse abi kasutamine vastavalt tervisest tulenevatele piirangutele sotsiaalsete rühmade ja piirkonna lõikes?

Töö tulemuste põhjal selgus, et mitteformaalset abi (23,7%) kasutab rohkem vanemaealisi inimesi kui formaalset abi (15,3%). Nii formaalse kui mitteformaalse abi kasutajate osakaal tõuseb vanusega, on kõrgem naiste, maaelanike, madalama haridusega ning tegevuspiirangutega inimeste seas. Päritolu lõikes erinevusi ei olnud. Formaalsel abi kasutati rohkem igapäevaselt, mitteformaalset abi iga nädal või kuu või harvema tihedusega.

Käesoleva magistritöö olulisem tulemus on see, et olenemata sellest, et Eestis on olemas välja arendatud formaalsed teenused, kasutatakse siiski rohkem mitteformaalset abi. Samuti võib praeguse töö andmete põhjal teha järelduse, et hierarhiline mudel on Eestis kõige rohkem levinud, kuna mitteformaalset abi kasutatakse rohkem. Täiendusmudel tuleb alles siis kasutusele kui mitteformaalsetel abistajatel ei ole võimalik mingil põhjusel lähedasele abi anda. Asendusmudel nende andmete põhjal välja ei tule ning seda tuleb veel täiendada, kuna võib eeldada, et täielik asendus ei pruugi olla erinevatel põhjustel rakendatav. Kuna abikasutus võib ajas muutuda, siis on otstarbekas arenguid monitoorida ka uuemate SHARE uuringu andmete põhjal. Näiteks käesolevaks aastaks (2020) on teostatud sotsiaalhoolekandes mitmeid reforme, mis võivad töös kirjeldatud seoseid mõjutada. Kindlasti tuleks edasi arendada formaalseid teenuseid nii, et kõik sotsiaalhoolekande seaduses ettenähtud teenused oleksid kättesaadavamad kõikidele soovijatele olenemata piirkonnast. Samuti on formaalsete teenuste arendus vajalik omastehooldajatele toe pakkumiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Abramowska-Kmon, A. (2019). Trends in home and nursing care in Europe. L. Sakkeus & T. Tambaum (Toim), *Pilk hallile alale II. Vananemine elukaare vaates*. (lk 41–56). Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus.
- Abuladze, L., & Sakkeus, L. (2019). The role of social networks and disability in survival. A. Börsch-Supan, K. Andersen-Ranberg, J. Bristle, A. Brugiavini, F. Jusot, H. Litwin, & G. Weber (Toim), *Health and socio-economic status over the life course* (lk 227–234). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110617245-023>
- Brandt, J., Chan, K. S., Kasper, J. D., & Pezzin, L. E. (2012). Measurement Equivalence in ADL and IADL Difficulty Across International Surveys of Aging: Findings From the HRS, SHARE, and ELSA. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67B(1), 121–132. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr133>
- Börsch-Supan, A. (2019). The value of SHARE for an aging Estonia. L. Sakkeus & T. Tambaum (Toim), *Pilk hallile alale II. Vananemine elukaare vaates*. (2019. tr, lk 9–16). Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus. <http://www.tlu.ee/public/pilkhallilealaleteinepdf>
- Börsch-Supan, A., & Alcser, K. H. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe: First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe ; [SHARE]* (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Toim). Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Cantor, M. H. (1989). Social Care: Family and Community Support Systems. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 503(1), 99–112. <https://doi.org/10.1177/0002716289503001008>
- Eesti Maaülikool. (sa). *Binaarsete tunnuste analüüsimeetodid*. Eesti Maaülikool. http://www.eau.ee/~ktanel/bin_tunnuste_analyys/pt26.php
- European Commission, & Statistical Office of the European Union. (2019). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU: 2019 edition*. https://op.europa.eu/publication/manifestation_identifier/PUB_KS0219681ENN
- Eurostat. (s.a.). *Glossary: Healthy life years (HLY)—Statistics Explained*. Eurostat. Salvestatud 29. jaanuar 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Healthy_life_years_%28HLY%29
- Fisher, T. (2008). *Assessing Function in the Elderly: Katz ADL and Lawton IADL*. 20. <https://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/14829/Fisher-Appendix3.pdf?sequence=4>

- Geerts, J., Willemé, P., & Mot, E. S. (Toim). (2012). *Long-term care use and supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain and Poland*. ENEPRI. http://aei.pitt.edu/34721/1/RR_No_116__ANCIEN_WP6__Projecting_LTC_Use_%26_Supply.pdf
- Graf, C. (2019). *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale*: New York University Rory Meyers College of Nursing. <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-23.pdf>
- Greene, V. L. (1983). Substitution Between Formally and Informally Provided Care for the Impaired Elderly in the Community: *Medical Care*, 21(6), 609–619. <https://doi.org/10.1097/00005650-198306000-00003>
- Hlebec, V., Srakar, A., & Majcen, B. (2016). Care for the Elderly in Slovenia: A Combination of Informal and Formal Care. *Revija za socijalnu politiku*, 23(2), 159–179. <https://doi.org/10.3935/rsp.v23i2.1317>
- Ida-Viru maakonna tervise- ja heaoluprofiil. (2020). Ida-Virumaa Omavalitsuste Liit. <https://ivol.kovtp.ee/documents/9867329/26053243/IDA-VIRU+MAAKONNA+TERVISE-+JA+HEAOLUPROFIIL+2020.pdf/24541803-211f-4528-9a53-5e0b8bd08501>
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., & Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8), 892–899. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.11.002>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Kriisk, K. (2015). Vanemaealised Eestis: Abiandmise ja abisaamise võimalusi. *Kogukonnapõhine toetus üksi elavate eakate toimetuleku tagamiseks ja institutsionaalse hoolduse ennetamiseks* (lk 8–32). Tallinna Ülikool. <https://www.etis.ee/Portal/Publications/Display/886ad5bc-7174-4d37-a88f-a8ec5fbf5974>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Litwin, H., & Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: A study in France and Israel. *Ageing and Society*, 29(1), 71–91. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08007666>
- Medar, M., & Narusson, D. (Toim). (2015). Puude konseptuaalne käsitus. *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine* (lk 1–24). Eesti Statistika.
- Medar, M., & Tulva, T. (2016). Omastehoolduse korraldus: hoolekandeteenused ja hea praktika. K. Saks (Toim), *Gerontoloogia* (lk 404–426). Tartu Ülikooli Kirjastus.

- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
- Nagode, M., & Lebar, L. (2019). Trends and challenges in long-term care in Europe. *Revija za Socijalnu Politiku*, 26(2), 255–262. <https://doi.org/10.3935/rsp.v26i2.1655>
- National Institute on Aging. (2007). *Why population aging matters: A global perspective*. NIA Publication No. 07–6134. <https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/WPAM.pdf>
- Niglas, K. (2013). *Statistiline andmeanalüüs paketi SPSS for Windows 14.0 abil*. Tallinna Ülikool. http://www.cs.tlu.ee/~katrin/wp/wp-content/uploads/2013/11/SPSS14_pealkirjaga.pdf
- Noelker, L. S., & Browdie, R. (2014). Sidney Katz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care. *The Gerontologist*, 54(1), 13–20. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt086>
- Payne, M. (2014). *Modern social work theory* (4th edition). palgrave macmillan. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.tlu.ee/lib/tallinn-ebooks/reader.action?docID=4764057&query=Modern+social+work+theory>
- Philips, K. (2016). Vanemaealiste tööturu käitumine ja seda mõjutavad tegurid. *Pilk Hallile alale* (2016. tr, lk 105–131). Tallinna Ülikooli Kirjastus. <https://www.tlu.ee/sites/default/files/Instituudid/%C3%9CTI/EDK/PDF%20failid/SHARE-kogumik-12.09.pdf>
- Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. (1999). *RT I 1999, 16, 273*; *RT I, 21.04.2020, 25*. Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/127022019013?leiaKehtiv>
- Riikliku pensionikindlustuse seadus. (2001). *RT I 2001, 100, 648*; *RT I, 21.04.2020, 32*. Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/128112019002?leiaKehtiv>
- Rowland, D. T. (2012). A Silent Revolution. *Population aging: The transformation of societies* (lk 3–17). Springer Science+Business Media B.V. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-4050-1>
- Sakkeus, L. (2016a). Rahvastikuvananemine. *Gerontoloogia* (lk 189–215). Tartu Ülikooli Kirjastus. <https://www.etis.ee/Portal/Publications/Display/3ba9f34a-ad4d-4000-9de6-8b47d4424a28>
- Sakkeus, L. (2016b). SHARE ehk uuring rahvastikuvananemisest Euroopas. L. Sakkeus & L. Leppik (Toim), *Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene ülevaade ja soovitusel eakate poliitika kujundamiseks* (lk 13–27). Tallinna Ülikool. <http://www.tlu.ee/public/SHARE/>
- Sakkeus, L. (2019). Muutused perekonnas ja leibkonnas üle elukaare. L. Sakkeus & T. Tambaum (Toim), *Pilk hallile alale II. Vananemine elukaare vaates*. (lk 35–40). Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus.

- Saks, K., & Tiit, E. M. (2016). Tervise subjektiivsed ja objektiivsed hinnangud. *Pilk Hallile alale* (2016. tr, lk 48–70). Tallinna Ülikooli Kirjastus. <https://www.tlu.ee/sites/default/files/Instituudid/%C3%9CTI/EDK/PDF%20failid/S HARE-kogumik-12.09.pdf>
- SHARE. (2019). *Release Guide 7.0.0*. http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_7-0-0.pdf
- Soosaar, O. (2016). Vanemaealise elanikonna varad ja kohustused. *Pilk Hallile alale* (2016. tr, lk 147–162). Tallinna Ülikooli Kirjastus. <https://www.tlu.ee/sites/default/files/Instituudid/%C3%9CTI/EDK/PDF%20failid/S HARE-kogumik-12.09.pdf>
- Soots, A. (2016). Eakate tervise toetamine tasakaalustatud toitumisega. *Gerontoloogia* (lk 158–188). Tartu Ülikooli Kirjastus. <https://www.etis.ee/Portal/Publications/Display/3ba9f34a-ad4d-4000-9de6-8b47d4424a28>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *RT I, 30.12.2015, 5; RT I, 21.04.2020, 37*. Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2020). *Puude tuvastamine*. Sotsiaalkindlustusamet. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puude-tuvastamine>
- Sotsiaalministeerium. (2013). *Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020*. 72. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf
- Statistikaamet. (2020). *Statistika andmebaas*. <http://andmebaas.stat.ee/?lang=et#>
- Tallinn. (2020). *Hooldaja määramine ja hooldajatoetuse taotlemine*. <https://www.tallinn.ee/Teenus-Hooldaja-maaramine-ja-hooldajatoetuse-taotlemine>
- Tambaum, T., Medar, M., & Kriisk, K. (2016). Sotsiaalteenused ja mitteformaalne abi 55+ rahvastikus. *Pilk Hallile alale* (2016. tr, lk 203–225). Tallinna Ülikooli Kirjastus. <https://www.tlu.ee/sites/default/files/Instituudid/%C3%9CTI/EDK/PDF%20failid/S HARE-kogumik-12.09.pdf>
- Tartu linn. (2020). *Hooldaja määramine*. Tartu linn. <https://tartu.ee/et/hooldaja-maaramine>
- Tartu Ülikool. (2014). *Risttabelid ja seosekordajad*. <http://samm.ut.ee/risttabelid-ja-seosekordajad>
- Tulva, T., Tammsaar, K., Laidmäe, V.-I., & Saia, K. (2014). Family caregivers of the elderly: Quality of life and coping in Estonia. *European Journal of Social Work, 17*(4), 539–555. <https://doi.org/10.1080/13691457.2013.806295>
- Tõnisson, U., & Alliksaar, H. (Toim). (2012). *Mina, omastehooldaja?* Tervise Arengu Instituudi. https://intra.tai.ee//images/prints/documents/133492131998_Mina_omastehooldaja_est.pdf

- UNESCO Institute for Statistics. (2006). *International standard classification of education ISCED 1997*. UNESCO-UIS.
- Verbrugge, L. M. (1997). A global disability indicator. *Journal of Aging Studies*, 11(4), 337–362. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(97\)90026-8](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(97)90026-8)
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1–14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
- Verropoulou, G., & Tsimbos, C. (2017). Disability trends among older adults in ten European countries over 2004–2013, using various indicators and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) data. *Ageing and Society*, 37(10), 2152–2182. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000842>
- Whitlatch, C. J., & Noelker, L. S. (2016). The Role of Family in Community-Based Long-Term Care. G. D.; P. Rowles Teaster B. (Toim), *Long-Term Care in an Aging Society* (lk 63–88). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826194572.0003>
- WHO. (2020). *Disabilities*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf