



TOIMETAJAD  
LUULE SAKKEUS  
LAURI LEPPIK

# PIIK HALLULE ALALE

SHARE Eesti uuringu  
esimene ülevaade ja soovitused  
eakate poliitika kujundamiseks

Sakkeus, Luule & Leppik, Lauri (2016).  
Pilk hallile alale. SHARE Eesti uuringu esimene  
ülevaade ja soovitusel eakate poliitika kujundamiseks.

Kirjastanud Tallinna Ülikooli  
Eesti demograafia keskus,  
Narva mnt 25, 10120 Tallinn

Toimetajad Luule Sakkeus ja Lauri Leppik  
Keeletoimetaja Hedda Maurer  
Küljendajad Piret Räni / Jane Kõnno

ISBN 978-9949-29-256-1  
© Tallinna Ülikool, 2016

Väljaande andmete kasutamisel või tsiteerimisel  
palume viidata allikale.

PILK  
HALLILE  
ALALE



SHARE EESTI UURINGU  
ESIMENE ÜLEVAADE JA SOOVITUSED  
EAKATE POLIITIKA KUJUNDAMISEKS



# SISUKORD

## **Eessõna 7**

*Eiki Nestor Riigikogu esimees*

## **Kaassõna 9**

*Luule Sakkeus; Lauri Leppik*

## **SHARE ehk uuring rahvastikuvananemisest Euroopas 13**

*Luule Sakkeus*

## **Tervisehinnang ja tervisekäitumine 29**

*Nele Kunder, Liili Abuladze, Sirje Vaask, Katrin Lang*

## **Tervise subjektiivsed ja objektiivsed hinnangud 47**

*Kai Saks, Ene-Margit Tiit*

## **Vaimne ja kognitiivne tervis 71**

*Kaia Laidra*

## **Tegevuspiirangutega rahvastikuseisundi muutus Eestis 2011.–2013. aastal 93**

*Liili Abuladze*

## **Vanemaealiste tööturu käitumine ja seda mõjutavad tegurid 105**

*Kaia Philips*

## **Eri pensioniliikide saajate vahelised erinevused 133**

*Gerti Karilaid-Vidder, Ellu Saar*

## **Vanemaealise elanikkonna varad ja kohustused 147**

*Orsolya Soosaar*

## **Jääda pensionile, töötada edasi? Soovid ja plaanid 163**

*Marge Unt, Kristina Lindemann, Kadri Täht*

## **55+ rahvastiku internetikasutus ja sotsiaalne aktiivsus 179**

*Tiina Tambaum; Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

## **Sotsiaalteenused ja mitteformaalne abi 55+ rahvastikus 203**

*Tiina Tambaum, Marju Medar, Kersti Kriisk*

## **Pensionisüsteemi väljavaated ja väljakutsed 227**

*Lauri Leppik*

## **Lisad 240**

EESTI ARENGUT POOLE SAJANDI  
JOOKSUL OLULISELT KUJUNDANUD  
KOORMAT KANNAB EELKÕIGE  
JUST MEIE RAHVA VANEMAS EAS  
OLEV OSA. PARATAMATULT ON  
MEIE TÄNASES SEISUNDIS SELLE  
AJASTU JÄLGI, MIS PISENDAS IGA  
INIMESE PANUST JA TÄHTSUST NING  
TÕRJUS VÕRDVÄÄRSETE SEAST IGA  
TEISTSUGUSUSE. PEEGELDUSENA  
NÄEME EESTI VANEMAEALISTE  
OLULISELT HALVEMAT HINNANGUT  
OMA TERVISELE.

# EESSÕNA

EIKI NESTOR

Riigikogu esimees

---

Eesti ühiskonna vananemine on üks tänaseid ja homseid reaalsusi. Käesolevas uuringus kogutud andmestik Eesti vanemaealiste inimeste kohta pakub olulise sissevaate sellesse ühiskondlikku muutusse, aitab meil arenguid jälgida ja mõtestada ning ka paremini tulevikuks sihte seada.

Eesti arengut poole sajandi jooksul oluliselt kujundanud koormat kannab eelkõige just meie rahva vanemas eas olev osa. Paratamatult on meie tänases seisundis selle ajastu jälgi, mis pisenas iga inimese panust ja tähtsust ning tõrjus võrdväärsete seast iga teistsugususe. Peegeldusena näeme Eesti vanemaealiste oluliselt halvemat hinnangut oma tervisele. Ühtlasi ka teiste Euroopa riikidega võrreldes suurt inimeste arvu, kes sooviksid ühiskonnas kaasa lüüa, aga erinevatel põhjustel ei saa seda teha. Eluea kiire kasv annab lootust, et vanemasse ikka jõudvad uued põlvkonnad on parema tervise ja vähemate tegevuspiirangutega. Need on olulised eeldused, et aktiivsena vananemine poleks üksnes eesmärk, vaid ka tulevane igapäevane elu Eestis. Lootust pakub ka asjaolu, et mitmete tervisenäitajate poolest pole Eesti enam SHARE uuringus osalenud riikide viimaste seas, vaid kuulub pigem keskmike hulka.

Rahvastiku vananemine tähendab olulist muutust ja see avaldub kõigis eluvaldkondades. Selle muutusega kohanemine tingib paraku mitu reformi. Koos ühiskonnaga peab muutuma ja kohanema ka ühiskondlik poliitika. SHARE andmed näitavad, et reformide kavandamisel ja elluviimisel ei saa lähtuda nii-öelda keskmisest eakast inimesest. Nii terviseseisundi, majandusliku aktiivsuse kui ka toimetuleku poolest on meie eakad vägagi erinevad. Muudatused peavad sellise mitmekesisusega arvestama. Mõned inimesed kohanevad kiiresti ja kõrvalise abita, teised vajavad riigilt ja omavalitsustelt suuremat tuge. Neid arusaamu kannab ka töövõimereform, mille keskseteks eesmärkideks on parem integreerimine ja edukam toimetulek.

Erinevalt teistest Ida-Euroopa riikidest sarnanevad Eesti vanemaealiste leibkonnad pigem Põhjamaadega. Suur üksi elavate eakate osakaal ei lähe kokku ootustega, et hoolduskoormuse põhivastutust peaks kandma perekond. Seda vastuolu saab lahendada tugevamate omavalitsuste, toimivate kogukondade ja sobivate riigi sammudega.

Rahvastiku vananemise mõjust pensionisüsteemile on meil palju räägitud, on ka tehtud, kuid on veel teha. Vanemaealiste toimetulekut tagav sissetulek on ja jääb poliitiliselt möödapääsmatuks eesmärgiks. Seda ka siis kui rahvastiku vanuseline struktuur muutub, sest õigus riigi abile vanaduse korral on Eestis põhiseadusega tagatud põhiõigus. Veelgi enam. See on osa euroopalikust kultuuriruumist ja tavadest, kus iseseisev sissetulek on eakate väärikuse küsimus. Kindlasti peaksime aga uut moodi mõtlema sellest, mida tähendab ja millal algab vanadus. Eesti levinud kõnekäänd soovib vanematel inimestel aeg-ajalt passi vaadata. Vaata inimest ja mitte passi, tahan ma üles kutsuda! Paindlikum lähenemine vananemisele ja eluea muutustega arvestamine on tuleviku sotsiaalpoliitikas möödapääsmatud. Vähetähtsaks ei saa pidada aga ka otsuseid ja valikuid, mida inimesed ise oma eluteel teevad. Vanemas eas töötamist jätkata soovivad meil paljud, kuid alati need soovid kahjuks ei realiseeru.

Vanemaealise rahvastiku uuringuna on SHARE justkui prožektor, mis Eesti vanemaealiste eluolu erinevad tahud rambivalgusse tõstab, pakkudes teadmispõhise poliitika kujundamiseks vajalikke teadmisi. Osakem seda siis mõistlikult kasutada.



# KAASSÕNA

Kogumiku toimetajad

**LUULE SAKKEUS**

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus  
SHARE EESTI teaduskoordinaator*

**LAURI LEPPIK**

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

---

Meil on hea meel tuua teieni Eesti vanemaealiste olukorda analüüsiv artiklikogumik, mis asetab Eesti ühtsesse taustsüsteemi teiste Euroopa riikidega. Selleks ühiseks aluseks on üleeuroopaline uuring SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) ehk Euroopa tervise, vananemise ja tööjätu uuring, mida Euroopa Komisjon on väärtustanud kui riikide vahel harmoniseeritud andmekogumit, mis võimaldab esimest korda Euroopas võrreldavalt käsitleda rahvastiku vananemistrende ning nendega seonduvaid sotsiaalpoliitikaid.

Kogumikus esitatakse esimesi tulemusi Eestis korraldatud SHARE kahest andmekogumislainest, mis võimaldab jälgida küsitluspaneeli kuulunud ühtesid ja samu inimesi läbi aja ning näha nendega toimunud muutusi. On mõisteta, et kahe uuringulaine vahele jäänud kahe aasta vältel toimunud muutused ei anna veel alust teha järeldusi ulatuslike põhjuslike seoste kohta. Kuid andmestik pakub siiski esmase sissevaate vanemaealiste elu muutustesse ning näitab muuhulgas, mida on võimalik uuringult edaspidi oodata, eeskätt kui SHARE uuringus osalejate kohta järgmises uuringulaines (2017–2019) saadakse kõigi nende eluteega seonduvate sündmuste teave.

SHARE Eesti teaduskoordinaatori rollis tahame siinkohal tänada kõiki neid inimesi, kes on olnud uuringusse kaasatud alates 2010. aastast, mil Eesti esimest korda liitus Euroopa uuringu 4. lainega. Ilma teie nii olulise panuseta ei oleks sündinud ka käesolevat kogumikku. Samamoodi kuulub meie tänu küsitlejatele, kes on võitnud vastajate usal-

duse ning teabe meieni toonud. Siinkohal kuulub meie suurim tänu Statistikaametile, kes on aidanud ka lootusetuna tunduvates olukordades meil uuringuga edasi minna.

Uuringu korraldamisse on andnud olulise panuse oma valdkonna eksperdid kolmest suuremast ülikoolist – Tallinna Ülikoolist, Tartu Ülikoolist ja Tallinna Tehnikaülikoolist – samuti Tervise Arengu Instituudist, kes on näinud vaeva, et mõistaksime Eestis uuringu küsimusi samamoodi kui ülejäänud 20 Euroopa riiki ning koolitanud vastavalt välja ka küsitlejad. Seejuures kuulub hindamatu tänu meile toeks olnud tõlkijatele Anne Tihastele ja Jelena Rõbakovale.

Küsitluste korraldamine Eestis ei oleks olnud võimalik ilma olulise rahalise toetuseta, millesse on panustatud nii Euroopast kui ka Ameerikast. Toetajate täpsema loetelu leiab esimeses peatükis. Siinkohal soovime aga rõhutada teadlaste kõrval nelja ministeeriumi – sotsiaalministeeriumi, majandus- ja kommunikatsiooniministeeriumi, haridus- ja teadusministeeriumi ning rahandusministeeriumi – panust uuringu eesmärkide tähtsustamisesse ning täname nende esindajaid, et nad on olnud kaasas SHARE Eesti vahel küll konarlikul, kuid siiski eesmärke realiseerinud teel. Eriti väärivad esiletõstmist sotsiaalministeerium ning majandus- ja kommunikatsiooniministeerium, kes on kaitsnud uuringu olulisust eelarvearuteludel ning esimene neist otseselt leidnud vahendeid uuringu rahaliseks toetamiseks lisaks rahvusvahelistele allikatele.

VANEMAEALISE RAHVASTIKU  
UURINGUNA ON SHARE  
JUSTKUI PROŽEKTOR, MIS  
EESTI VANEMAEALISTE  
ELUOLU ERINEVAD TAHUD  
RAMBIVALGUSSE TÕSTAB,  
PAKKUDES TEADMISTEPÕHISE  
POLIITIKA KUJUNDAMISEKS  
VAJALIKKE TEADMISI.



LUULE SAKKEUS

# SHARE

## EHK UURING RAHVASTIKUVANANEMISEST EUROOPAS

Luule Sakkeus

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus  
SHARE EESTI teaduskoordinaator*

SHARE (SURVEY ON HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE) ON UURING, MIS EUROOPA KOMISJONI HEAKSKIIDLUSOTSIB PARIMAIK LAHENDUSI, KUIDAS 21. SAJANDI SUURIMALE VÄLJAKUTSELE – RAHVASTIKUVANANEMISELE – IGA RIIGI KONKREETSEID OLUSID SILMAS PIDADES ADEKVAATSELT VASTATA.

---

### 1. RAHVASTIKUVANANEMINE KUI INNOVATSIOONI PEAMINE TEGUR<sup>1</sup>

Rahvastikuvananemine on rahvastikuprotsesside koostoimelise arengu pöördumatu tulem ühiskonnas, mis on asunud modernse rahvastikutaaste teele. Peamised rahvastikuprotsessid, mis rahvastikuvananemisel kujundavad rahvastiku koostist ja põlvkondade tasakaalustatud arengut, on ühelt poolt uut laadi sündimuskäitumine, mis lähtub teadlikest valikutest ja individuaalsel tasemel üha suurenevast plaanimisest koosmõjus oma elutee teiste sündmustega, ning tervisekäitumine, mis väljendub rahvastiku tasemel suremusnäitajates ning toob esile suurimad väljakutsed, millega kõnealune ühiskond igal ajahetkel silmitsi seisab. Teiselt poolt mõjutavad rahvastiku vananemist ning selle koostise muutusi oma rahvastiku väljaränne ning samal ajal muude rahvastike erinevast demograafilisest arengufaasist tulenev sisseränne ning nende voogude maht ja käive. Väljarände puhul tuleb arvestada tänapäevases rändekäitumises üha enam suureneva

---

<sup>1</sup> Antud osa toetub Luule Sakkeuse poolt koostatud peatükile “Rahvastikuvananemine” Kai Saksa (Tartu Ülikool) toimetamisel olnud “Gerontologia õpikus” (ilmumas 2016).

tagasirändega, mistõttu väljarännet ei saa enam hinnata vanade näitajatega, mille puhul rahvastikku iseloomustas väljaränne oma asualalt igaveseks. Sisserände voogude maht kujundab immigratsioonilise päritoluga rahvastiku, kes on tavapäraselt teiste käitumistavadega kui antud maa enamusrahvus, ning voogude käive näitab, kui suure kohandumisvõimega sisserändeline rahvastik on ehk kui suureks kujuneb nende tagasi(edasi-)ränne. Lisaks kujundavad tänapäeval rahvastiku koostist uued kooslused ja lahku elama asumisega seotud käitumisnormid ning muutunud teiste inimestega koos elamise ehk leibkondlikud käitumistavad. Kõik eelpool nimetatud protsessid on viimase 150 aasta jooksul pidevalt oluliselt muutunud ning meie jaoks on tähtis, et esimest korda saavad need muutused alguse Euroopa riikides. Seega lasub just Euroopal vastutus otsida vastu-seid uutele väljakutsetele, mida keegi maailmas varem kogenud ei ole ja milliste protsesside kulgemise seaduspärasusi me alles otsime ja püüame tunnetada.

Euroopas 18. sajandi lõpul ja 19. sajandi algul alanud põhimõtteline muutus eelpool nimetatud rahvastikuprotsessides tõi kaasa aeglase ja algselt tähelepanematu rahvastikuvananemise, mis on oma olemuselt kumulatiivne, kuid ühiskonda põhimõtteliselt muutev protsess.

Rahvastikuvananemise seisukohalt on oluline, et demograafilise põhimõttelise muutuse ehk ülemineku esimeses faasis on vananemisprotsessi peamine vedav jõud sündimuse langus. Laste üleskasvatamine ning nende jõudmine täiskasvanuikka on peamisi rahvastiku juurdekasvu mootoreid sel perioodil, kui sündimuse tase ei ole veel oluliselt langenud ja suured sünnipõlvkonnad jõuavad täiskasvanuikka. Täiskasvanuikka jõudnud suurearvulistel sünnipõlvkondadel on küll keskmiselt viljakas eas naise kohta vähem lapsi, kuid kulub palju aega, enne kui sündimuse langus asetab rahvastikuvananemise ühiskonna arengu seisukohalt oluliste temade keskmesse.

Väikese ajanihkega, mis toimub sündimuse languse hetkest, kuni need suurearvulised põlvkonnad jõuavad täiskasvanuikka, algab ka rahvastiku mobiilsusrevolutsioon (Zelinsky 1971). Iga rahvastiku ajaloos on suur väljaränne omane vaid demograafilise ülemineku perioodile, mille käigus olenevalt rahvastiku juurdekasvutempot sel perioodil lahku suur osa aktiivses eas noori oma sünnimaalt mujale. Tollel perioodil on ümberasumine lõplik, eluks ajaks uude asukohta suunduv protsess. Mõnda aega pärsib 20. sajandi teisel poolel mitme Euroopa riigi ennakvananemist tol perioodil demograafilise ülemineku suurde väljarändefaasi jõudnud maadest sisseränne ülemineku pioneerriikidesse Euroopas (sh Eestisse), mis rände vanusseaduspärasuse mõjul (rände intensiivsus on suurim õppimiseas ja esimest töökohta otsivatel noortel ning pereloome protsessis olevatel inimestel, kes seoses laste sünniga asuvad elama oma partneri juurde), toob kaasa järjekordsed „noorte paisud“. Olgugi et sisserändajad pärinevad maadest, kus sündimus on kõrgem kui sihtkohamaal, ei suuda sisserännanute lained kaua vananemist

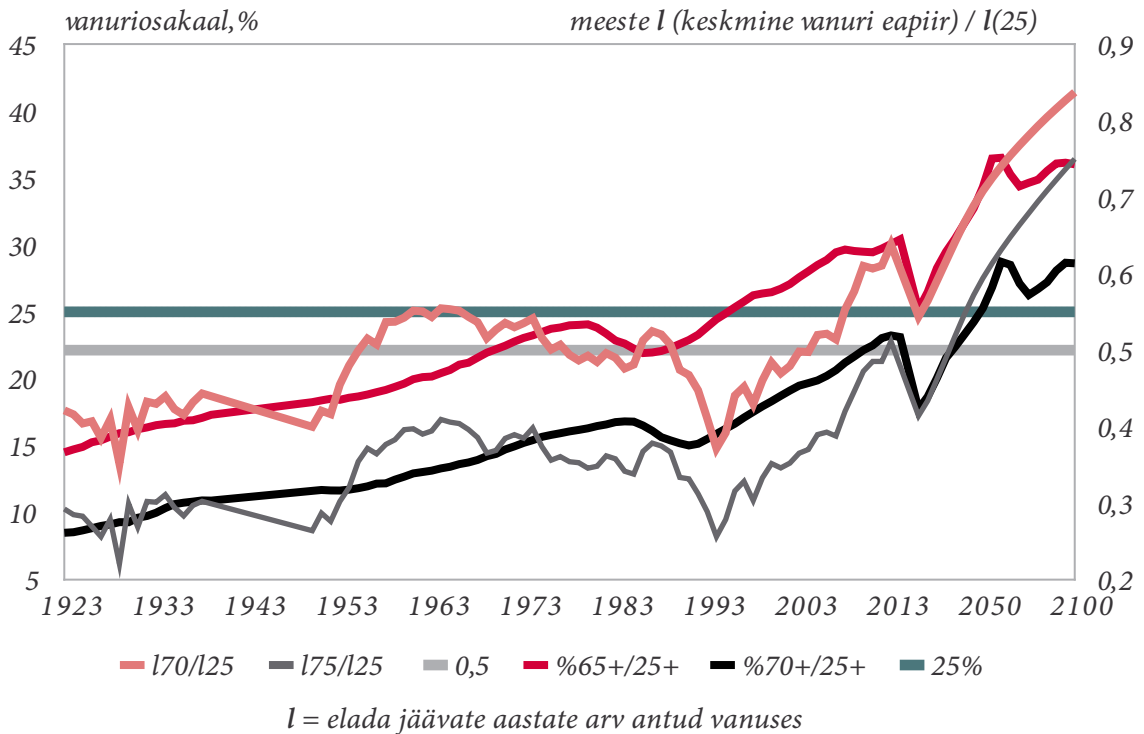
tagasi hoida ning, vastupidi, eriti juhul, kui sisse on rännatud suurte rändevoogudena, jõuavad need omal ajal aktiivsed noored peagi ise ka vanuriikka ning kiirendavad sama- suguste lainetena rahvastikuvananemist sihtkohamaal.

Aga alles II maailmasõja järgsed muutused rahvastikuprotsessides Euroopas ning nn teist demograafilist üleminekut (Lesthaeghe, van de Kaa 1986) iseloomustavad protsessid toovad kaasa kiireneva rahvastikuvananemise protsessi ja selle teadvustamise 20. sajandi viimasel veerandil, kui rahvastikuproгноosides hakkab 21. sajandi algukümnenditel ilmet võtma beebibuumi aegsete suuremaarvuliste sünnipõlvkondade ning suurte sisserändelainete toel tekkinud immigratsioonilise rahvastiku jõudmine vanuriikka. Sealtpaale hakkab vananemisele üha enam avaldama mõju see, mis toimub vanuspuu ülaosas ehk eluea pidev kasv, st suremuse langusega kaasnev vanemas eas rahvastiku kasv, nende muutuv sotsiaalne kapital (sh tervis) ja muutused nende toimetulekus.

Rahvastiku tervise areng sõltub iga maa tervise- ja sotsiaalpoliitikast, sh kulutustest nii ennetusele kui ka indiviidi enda tervisekäitumist mõjutavatele meetmetele. Tuleb tõdeda, et vananemisega toimetulemine on seda eesmärgistades küll liikumine kõrgema eluea ja vanemas eas üha paremini iseseisvalt toimetuleva rahvastiku poole, kuid samas ei ole ka välistatud, et ette võib tulla tagasilööke ning juba saavutatut on võimalik ka kaotada, kui meetmed ei vasta rahvastiku arengule või eesmärgid, mille suunas liikuda, on selle arenguga vastuolus. Seetõttu muutub rahvastiku arengu seaduspärasuste tunnetamine ja mõtestamine üha olulisemaks, sest rahvastikuvananemise kulg määratleb paljus iga maa koha järgnevates arengufaasides.

Keskmise eluea pikendamise ning teist demograafilist üleminekut iseloomustavate protsessidega kaasnevad olulised muutused inimese eluteel. Eriti muutub see ilmekaks perioodil, kui II maailmasõja järel Euroopas toimunud esmassünnivanuse langus ning samal ajal pikenev eluiga toovad inimeste eluteele uue faasi, kus suhteliselt nooremas vanemas eas on pere rüpest iseseisvat elu alustanud laste põlvkonnad lahkunud ning vanemate põlvkondade eluteel tekib nn tühja pesa perioodil võime pöörata tähelepanu enesearendusele. Peter Laslett (1987) sõnastab selle nn kolmanda ea tekkega, kus ollakse veel täies elujõus ning võimelised ennast täiendama ja arendama. Isiksuse arengu seisukohalt peab Laslett kolmanda elufaasi teket inimese eluteel inimese elukrooniks, kus pensioniea saabumise järel on inimesel ees veel vähemalt 20–25 aastat ilma oluliste tegevuspiiranguteta aega. Selles elufaasis saab ta vabalt valida, kas jätkata töötamist, arendada oma huvialasid, panustada kodanikualgatuste kaudu, kasutades elu jooksul kumuleerunud kogemusi ja teadmisi, vilumust, saavutatud stabiilsust ja elutarkust. Kui Laslett eeldas, et kolmas elufaas hõlmab keskmiselt vahemikku 60. eluaastast kuni 80. eluaastani, mille keskmeks jäi 70 eluaastat, siis nii, nagu on nihkunud vanuriks arvestamise alumine piir, saab eeldada, et on nihkumas ka vanuriea keskme piir, mis nõuaks

elulemisindeksi leidmist edaspidi 75-aastaste kohta täiskasvanud elanikkonnast. Selliseid kriteeriume arvestades jõuab Eesti rahvastik kolmanda elufaasiga rahvastike hulka alles 2045.–2050. aastal. Kui arvestada vanuri keskmiseks eapiiriks 70 eluaastat, jõudis Eesti kolmanda ea rahvastike hulka 2005. aastal (joonis 1).



**Joonis 1.** Eesti rahvastiku vananemisindeksid (3AI) erinevaid statistilisi vanuspiire arvestades.

Allikas: ESA 2015; UN2015

Lasletti järgi on neljanda ea saabumine eluetapp, kus ollakse teistest lõplikult sõltuv, tervis on oluliselt halvenenud ning saabub surm e inimene on jõudnud tervise hapruse faasi (Laslett 1994). Mitme epidemioloogilise uuringu tulemusena on leitud, et igas järgnevas sünnipõlvkonnas tegevuspiirangutega rahvastiku osakaal väheneb ning kronoloogiline vanus, mil enamik põlvkonnast on mitme tegevuspiiranguga ehk multiipiiratud, kasvab alles hapruse faasis (nt Crimmins 2001; Manton, Stallard & Corder 1997). Ka mitu gerontoloogilist uuringut on leidnud, et lõplik tervisekadu toimub viis kuni seitse aastat enne surma, mil eeldatakse, et toimub mitme psühholoogilise funktsiooni kokku-



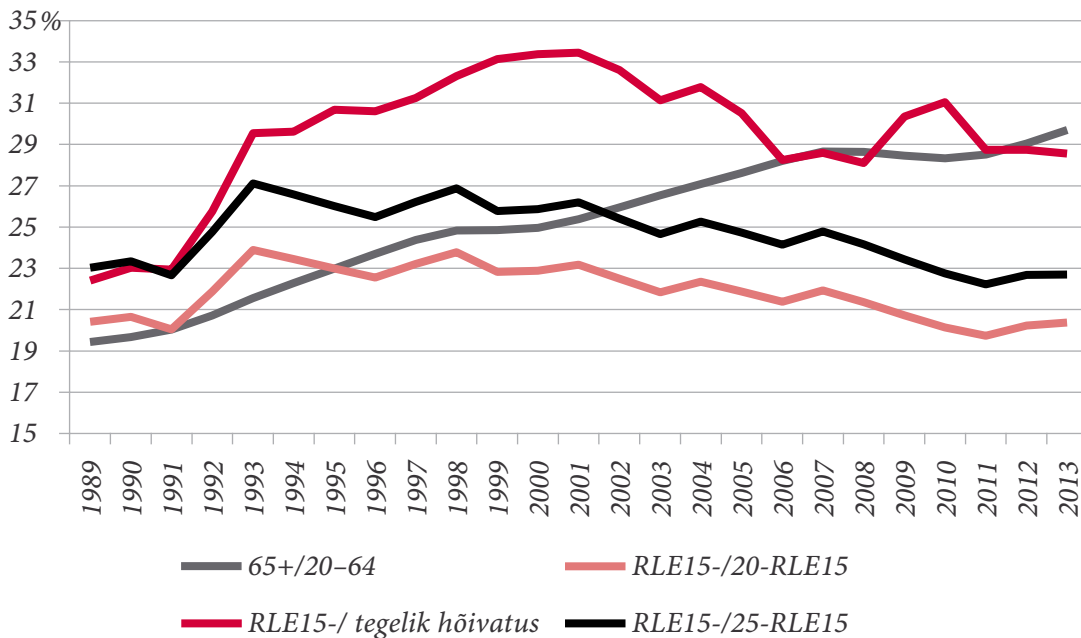
varisemine ja sellega seonduv kiirenev tervisekadu (nt Berg 1996, Baltes, Smith 2003). Seega eeldatakse, et terviseülemineku peamiseks ülesandeks vananemisetapil saab olema paljuski just see, mis võimaldab hoida inimese psühholoogilist toonust ning edasi lükata haigestumist sellistesse haigustesse nagu Alzheimeri tõbi ja teised dementsuse vormid.

Ühiskonna kui sotsiaalse süsteemi toimimise seisukohalt muutub üha kriitilisemaks mitmekülgse teabe olemasolu, mille alusel teha otsuseid ja juhtida muutusi teadmispõhiselt. Oluline on leida üha pikeneva eluea juures need kokkuvõtavad näitajad, mis võimaldaksid hinnata, kas selle juures ka inimeste elukvaliteet paraneb. Pikeneva eluea puhul on oluline aru saada, kas see toob kaasa pikema aja, mil elatakse vaegustega (haigestumuse suurenemise hüpotees), lühema aja, mil tegevuspiirangutega tuleb toime tulla (haigestumuse kompressiooni hüpotees), või midagi vahepealset, kus võib suurenedä küll tegevuspiirangutega elamise aeg, kuid piirangute tõsidus väheneb (Sanders 1964; Fries 1980; Gruenberg 1977; Manton 1982; Robine *et al.* 2008). Enam ei piisa vananemisprotsessi hindamiseks ühiskonna tasemel teatud kokkuleppelise vanuspiiriga vanurite arvestamisest, vaid vajadus on tekkinud dünaamiliselt protsessi kirjeldavate näitajate järele, et rahvastikuvananemise tegelikust mõjust aru saada.

Elueaga kohandatud näitajad annavad aluse vaadelda paremini seda mõju, mida üldine rahvastiku tervise paranemine igale ühiskonnale kaasa toob. Teadlased on välja pakkunud, et selleks dünaamiliseks piiriks, millest alates võib rahvastiku tasemel määratleda vanusest tulenevate tegevuspiirangute teket, mis nõuab ühiskonna tasemel paremini toimetulemiseks lisameetmeid on 10–15 aastat enne inimese surma (Ryder 1975, Siegel 1993; Lutz *et al.* 2008). Joonisel 2 on Eesti näitel esitatud erinevad ühiskonna vananemiskoormust mõõtvad näitajad, kasutades kronoloogilist iga, elueaga kohandatud vanurikoormust ning elueaga kohandatud vanurikoormust, võttes arvesse tegelikult hõivatud rahvastikku. Vaid kronoloogilist iga kasutades näitab vanurikoormuse näitaja pidevat kasvutrendi. Elueaga kohandamisel ilmneb, et palju olulisemaks kujunevad kõik muud tegurid, mis mõjutavad rahvastiku majanduslikku aktiivsust. Viimast väljendab näitaja, kus on kasutatud tegelikku hõivatute arvu. Sanderson ja Scherbov (2010) leiavad, et elueaga kohandamise asemel on võimalik hakata kasutama ka näiteks oma tervise tõttu igapäevategevustes piiratute eluiga, mis iga konkreetse maa puhul akumulierenud halvast tervisest tulenevat rahvastiku osa arvestades võimaldab arvutada tegelikku vanurikoormust. Seega võiks arvestada 2014. aasta Eesti rahvastiku eeldatava vanurikoormuse määraks seda rahvastiku osa, kel jääb elada veel 22 aastat (2014. a meestel 19,2 ja naistel 24,4 eluaastat tegevuspiirangutega elamist (ESA 2015)).

Teadlased on välja toonud seosed, mis leiavad, et hapruse faasi ennustab ette käesurve näitaja (Syddal *et al.* 2003), aga ka kognitiivse funktsiooni oluline halvenemine (Skirbekk

*et al.* 2012), mis oleksid rahvastiku tasemel olulised, hindamaks kõige suuremat abivajajate rühma ning prognoosimaks igapäevaste tugiteenuste mahtu. Viimastel aastatel on püütud üha rohkem kliiniliste uuringute kõrval tuletada hapruse faasi määratlevaid indekseid ka üldistest rahvastiku uuringutest (Searle *et al.* 2008, Romero-Ortuno *et al.* 2010).



Joonis 2. Elueaga kohandatud vanemaealiste ülalpeetavusmäär (eeldatav vanurikoormus) erinevaid tööjõu vanuspiire arvestades, Eesti 1989–2013

Allikas: ESA 2015

RLE15 -= rahvastiku arv vanustes, kellel antud aastal jääb veel elada vähem kui 15 eluaastat

Iga rahvastiku vananemisprotsessiga kohanemine sõltub sellest, kuivõrd paindlikult reageerivad ning arvestavad vajadusega muutuda nende maade institutsioonid ja poliitikad. Üha enam on teadmispõhiste otsuste tegemiseks vajalikud sedalaadi interdistsiplinaarsed teabealused, mis võimaldavad vaadelda koosmõjus vananeva rahvastiku finants-, sotsiaal- ja tervisekäitumist. Üheks selliseks tänapäevaseks teabealuseks on üle maailma kujunemas longituudsed tervise- ja tööjätu-uuringud, mis USA tervise- ja tööjätu-uuringu (HRS – Health and Retirement Survey) eeskujul ning USA Vananemisinstituudi (National Institute of Ageing) toel on käivitunud pea kõigil kontinentidel (<https://www.nia.nih.gov/research/dbsr/initiative-global-aging>).

## 2. SHARE – VANANEMISPROTSESSI MITMEKÜLGNE TEABEALUS

2004. aastal Euroopas käivitunud tervise-, tööjätu- ning vananemisuuring SHARE on eelpoolmainitud HRS-i tänaseks rohkem kui 20 Euroopa riigis läbiviidav sõsaruuring.

Eesti osaleb alates 2010. aastast Euroopa tervise, tööjätu- ja vananemise- ehk 50+ uuringus SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) (Malter, Börsch-Supan 2013). Esmakordselt pakub see kesk- ja vanemaealisi iga kahe aasta tagant kuni nende surmani jälgiv paneeluuring võrdlevat teavet rohkem kui 20 Euroopa riigi kohta, võimaldades individuaalse vananemisega seotud arenguid nii objektiivsete tervisemõõdikute kui enesehinnangute alusel seostada nende lähikonna toetuse, sotsiaalse võrgustiku muutuse, majandusliku toimetuleku, eluteel toimunud sündmuste (lapsed, kooselud, haridus- ja tööelu) ning tulevikus ka biomarkerite teabega ühel ja samal alusel. Sedalaadi teave võimaldab seostada institutsionaalseid arenguid ja hinnata nende mõju individuaalsele vananemisprotsessile, leides olulisi põhjuslikke seoseid selles protsessis.

**SHARE eeliseks kõigi teiste üle-euroopaliste uuringute ees on järgmised asjaolud:**

- 1 SHARE on iga kahe aasta järel toimuv paneeluuring, mis võimaldab jälgida nii põlvkonniti kui leibkonniti muutusi ajas indiviidi tasemel ning seega omada teavet individuaalse vananemisprotsessi ja selle mõjurite kohta. Eeskätt on see oluline saamaks aru, mis on bioloogilise vananemise peamised tegurid.
- 2 Võimaldab hinnata individuaalse ja ühiskonna tasandi koosmõju, kuna iga kahe aasta tagant küsitletakse samu inimesi. Kui uuringu perioodil on võetud vastu min-geid olulisi inimeste toimetulekut puudutavaid meetmeid, siis võimaldab see hinnata, kas antud meetmetel oli soovitav mõju või mitte, samuti vastata küsimustele, kas hüvitiste ja toetuste süsteem motiveerib aktiivset vananemist ning tasandab piisavalt eluteest või keskkonnast tulenevaid ebavõrdsusi. Praegu koondatav Euroopa rahvas- tikupoliitika andmebaas alates 2000-ndatel toimunud poliitikameetmetest PER FAR (<http://www.perfar.eu>) ja varasemate projektide toel valminud perepoliitika andme- baas (<http://www.demogr.mpg.de/cgi-bin/databases/FamPolDB/index.plx>) võimal- davad seostada riikide poliitikameetmeid igal perioodil individuaalse käitumisega, mida saadakse uuringust.
- 3 Vanemaealiste esinduslikkus. SHARE on üks väheseid riigiuuringuid, mis või- maldab vanemaealiste puhul representatiivselt hinnata toimuvaid muutusi nende tööturu-, tervise- ja materiaalse toimetulekukäitumise aspektist niivõrd ulatuslikult koosmõjusid arvestades. SHARE Eesti 3. laines (2015) esindab iga vastaja rohkem kui 61 inimest ehk valimialuse ligikaudu 8260 inimest peavad oma elutee ja seostega suutma kirjeldada kogu 50+ Eesti rahvastiku 504827 inimest.

- 4 Võimaldab mitmekülgsete seoste põhjuslikku analüüsi. SHARE seostab valimis esindatute eluteed (7. laine fookus, mis plaanitud läbi viia ajavahemikul 2017–2019) alates nende lapsepõlvest kuni nende muutusteni, mida näeme inimestega toimumas iga kahe aasta tagant tänastes oludes, olgu siis tegemist nende terviseseisundi subjektiivse või objektiivse hinnanguga, viimase töökoha iseloomustuse kui ka töö lõpetamise/katkestamise kohase teabega, tänaseks akumulieeritud varade ja materiaalse toimetuleku hinnangutega koos eri laadi sissetulekute ja toetuste teabega. Nii võimaldab SHARE erinevalt vaid seisundit hindavatest uuringutest sügavamalt uurida eluteest tulenevate (akumulieeritud tervis, perekonnalugu, haridus- ja töötee, varade kogumine) omavahelisi seoseid ning selgitada täna tuvastatava ebavõrdsuse põhjuslikke tagamaid. Vaid sedalaadi alus annab tegeliku teadmise võtta vastu otsuseid, mis kujundaksid mõjusaid poliitikameetmeid.
- 5 Võrdlusvõimalus teiste maailma maadega, sh SHARE egiidi all toimuva uuringu kaudu 20 Euroopa riigi ja Iisraeliga, alates 2002. aastast toimuva Inglismaa ja Iirimaa samasisuliste uuringutega ELSA ning TILDA, samuti USA-s toimuva HRS-iga alates 1992. aastast ning selle sõsaruuringutega Mehhikos (MHAS), Costa Rical (CRELES), Koreas (KloSA), Jaapanis (JSTAR), Indoneesias (IFLS), Hiinas (CHARLS) ja Indias (LASI), annab aluse kõrvutada rahvastikuarengulistest muutustest tingitud trende koosmõjus institutsionaalsete teguritega ning leida igal maal need parimad praktikad, mis just antud maa rahvastiku käitumissuundumusi silmas pidades on kõige mõjusamad.
- 6 SHARE eripäraks on ka see, et valimiisikute kohta kogutakse teavet ka nende surma järel, mis võimaldab eriti täpselt jälgida ja aru saada, kuidas jõutakse vananemisprotsessis hapruse faasi ning millised erinevused nii rahvastikurühmiti kui riigiti selle faasi tekkel esinevad. Isiku surmaaegse olukorra teabe olemasolu aitab prognoosida erinevate sündmuste toimumise tõenäosusi kogu samalaadsetes tingimustes elanud rahvastikurühma jaoks.

Just eelpoolnimetatud SHARE tugevustele rõhudes on Euroopa Komisjon, alates uuringu lülitamisest Euroopa teadusinfrastruktuuride teekaardile 2008. aastal, nimetades seda oma Sotsiaalses Agendas 2009. aastal ja algatades SHARE esimese sotsiaalteadusliku rahvusvahelise konsortsiumina 2011. aastal, identifitseerinud SHARE kui

- võtmeallika riikide sotsiaalkaitse ja sotsiaalse kaasatuse võrreldavate poliitikate (pensionipoliitika, tervise poliitika, hooldus- jm poliitika) evalveerimiseks
- longituudse teabealuse vananemisprotsessi majanduslike ja sotsiaalsete järelmite hindamiseks
- ainukese eelharmoniseeritud näitajatega vananemiselase üle-euroopalise võrdlusuuringuna.

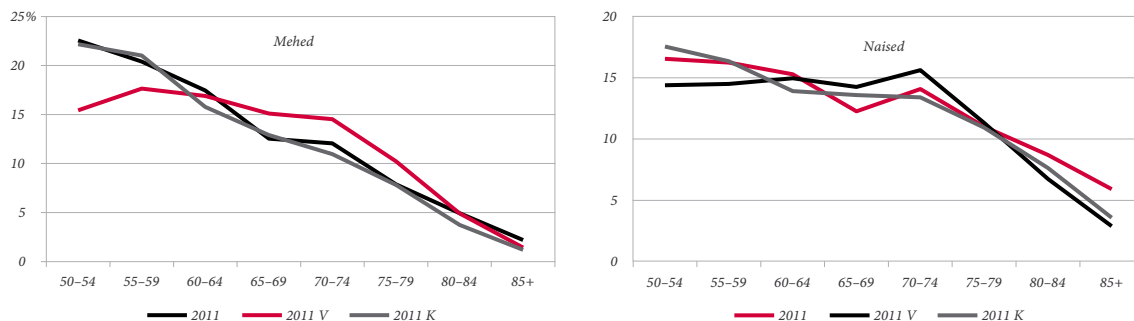
SHARE on arvutipõhine küsitlusuuring (CAPI), mida viiakse läbi eelharmoniseeritud ja tagasitõlgete kaudu kontrollitud ühtse küsimustikuga. SHARE sai alguse 2004. aastal 9 Euroopa riigi initsiatiivil ning on laienemas Horvaatiasse (6. laine) ja Leetu (7. laine), mille tulemusena osaleb uuringus rohkem kui 22 Euroopa riiki ning lisaks ka Iisrael. Koostöös Euroopa Komisjoniga kavandatakse, et SHARE hõlmaks alates 2017. aastast kõiki Euroopa Liidu liikmesriike. Eesti viib 2015. aastal läbi SHARE uuringu kolmandat lainet.

Käesolevas kogumikus on kasutusel andmed nii võrreldes teiste Euroopa riikidega kui ka vaid Eesti andmed 4. lainest (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111) ja 5. lainest (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100). Teatud koondtunnuste tegemisel teiste Euroopa riikide jaoks on kasutatud andmeid ka 1. lainest ja 2. lainest (DOI: 10.6103/SHARE.w1.260 ja 10.6103/SHARE.w2.260). SHARE andmete kogumist on toetanud Euroopa Komisjoni V, VI ja VII Raamprogrammid järgmiste projektide kaudu: QLK6-CT-2001-00360; SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, CIT4-CT-2006-028812, SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982. Lisaks on Euroopa Komisjon toetanud uute riikide algatust SHARE-ga ühinemisel (Eesti VS09/051), USA Vananemisinstituudi toetused (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGH A 04-064), Saksamaa haridus- ja teadusministeerium ning erinevad rahvuslikud toetused, sh Eesti puhul sotsiaalministeerium (2010–2016), TERA programmi projekt SHARE-Eesti (2011–2015: 3.2.0601.11-0001 ja osaliselt 3.2.0301.11-0350), Eesti Teadusagentuuri toetused SF0130018s11, SF0130018s11AP1, SF0130018s11AP2, ETF 8325 ja Tallinna Ülikooli uuringufondi toetus F2514.

SHARE andmed on organiseeritud moodulitena ning igas moodulis esitatud küsimused on identifitseeritud kahetähelise kombinatsiooni ja numbri kaudu. SHARE peamised moodulid on:

|    |                           |    |                   |
|----|---------------------------|----|-------------------|
| DN | Demograafilised andmed    | SP | Sotsiaalne tugi   |
| SN | Sotsiaalne võrgustik      | FT | Finantsid         |
| PH | Füüsiline tervis          | HO | Eluase            |
| BR | Käitumisriskid            | HH | Sissetulekud      |
| CF | Kognitiivsed funktsioonid | CO | Tarbimine         |
| MH | Vaimne tervis             | PF | Kopsumaht         |
| HC | Tervishoid                | AS | Varad             |
| EP | Töö ja pension            | AC | Tegevused         |
| LI | Seostamine registritega   | IT | Arvutikasutus     |
| GS | Käetugevus                | EX | Ootused           |
| BS | Biomarkerid               | IV | Küsitleja märkmed |
| CH | Lapsed                    | XT | Elulõpuintervjuu  |

SHARE on paneeluuring, mis kaasab valimiisiku, mis on rahvastiku tõenäosusliku juhuvalimi tegemise aluseks vanusrühmast 50+ ning temaga koos elava partneri, hoolimata tema vanusest. SHARE 4. laine referentsajaks on valitud 1. jaanuar 2011 (joonis 3). 4. laine valimi individuaalsete vastajate kättesaadavusmääraks kujunes 59%. Individuaalandmeid saab kasutada nii kaalumata kui kaalutud kujul, kasutades kalibreeritud individuaalseid uuringukaale (SHARE 2013). Viimasel juhul on jaotus väiksema veaga 50+ rahvastiku suhtes. Muudel juhtudel tuleb arvestada, et nooremates ja kõige vanemates eärühmades vastajad on alaesindatud, eriti meeste osas, samas vanustes 65–74, meeste puhul kuni vanuseni 80 on uuringuvalim veidi neid vanuseid ülesindav.



**Joonis 3.** SHAR 4. laine Eesti meeste ja naiste vanusandmete võrdlus 01.01.2011 vanusstruktuuriga

Legendi selgitus:

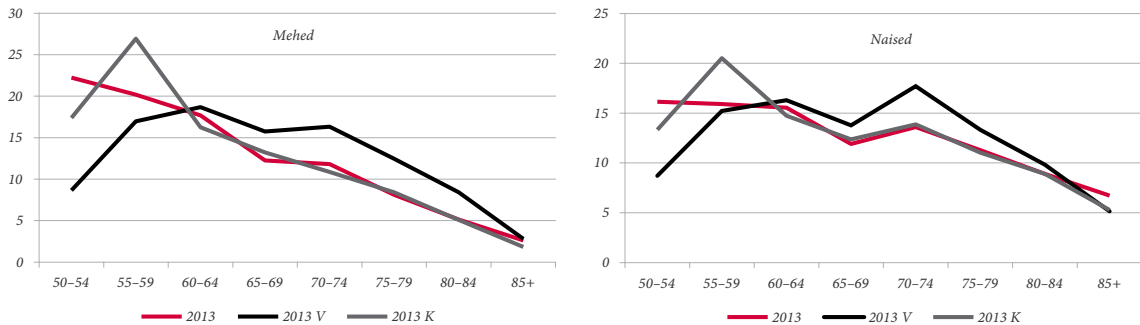
2011 – 1.01.2011 Statistikaameti andmebaas ([www.stat.ee](http://www.stat.ee))

2011 V- kätte saadud valimi jaotus (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111)

2011 K - kalibreeritud individuaalsete kaaludega (*ciw\_w4*)

5. laine andmete kasutamisel tuleb silmas pidada, et 2013. aastal toimunud laines valimit ei täiendatud uute isikutega nooremates vanustes (50–52), seega saab seisundiinfot selle laine valimi puhul võrdluseks kasutada alates 55. eluaastast, et noorema vanusrühma alaesindatusest tulenevalt tulemusi mitte valesti tõlgendada. Paneeliküsitlusele iseloomulikult on üldiselt individuaalsel tasandil kättesaadavusmäär juba vastanutel tavaküsitlustest hoopis kõrgem. Eesti oli 5. laines osalenud 15 riigi hulgas ühe kõrgeima vastamismääraga oma 89% juures. See aga tähendab ka seda, et kui vanemas keskeas mängib veel rolli, et inimestel on töö tõttu hästi kiire ning nende vastamine seetõttu oluliselt rohkem takistatud, siis eriti seejärel, kui inimene on lõpetanud töötegemise, leiab ta palju kergemini aega vastamiseks, tihti hoolimata ka oma tervises seisundist, mis kõige vanemas eärühmas saab kättesaadavuse takistuseks.

Selle tõttu on 5. laine andmete vanusjaotuses näha alates 60. eluaastast kuni vanimate vanusteni meestel ja naistel kuni 80. eluaastani rahvastiku 2013. aastal vanusstruktuurist keskmisest kõrgem osakaal. Kaalumise tulemusena on seisundiinfo võrdlemiseks alates 60. eluaastast vanusjaotused sarnased. Longituudselte teostatud analüüsi puhul mängivad erinevate rühmade ala- või ülesindatud vähem rolli.



**Joonis 4.** SHARE 5. laine Eesti meeste ja naiste vanusandmete võrdlus 01.01.2013 vanusstruktuuriga

Legendi selgitus:

2013 – 1.01.2013 Statistikaameti andmebaas ([www.stat.ee](http://www.stat.ee))

2013 V – kättesaadud valimi jaotus (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100)

2013 K - kalibreeritud individuaalsete kaaludega (ciw\_w5)

Igal lainel on ka oma eriline vaatenurk, millega tõstatatakse analüüsikeskmesse üks analüüse läbiv põhiteema. Eesti ühinemisel 4. laines oli peateemaks vanemaealiste suhtevõrgustik ja seosed nendega. Eesti panustas selle teema analüüsi 4. laine ühiskogumikus (Börsch-Supan *et al.* 2013), analüüsides tegevuspiirangutega inimeste suhtevõrgustiku kujunemist. Peamiste tulemustena tuleb rõhutada, et kui tegevuspiirangute tekke faasis, kui need veel pole asunud inimese tegevust väga oluliselt kammitsema, suhtevõrgustik laieneb, siis oluliste piirangute tekkefaasis hakkab võrgustik oluliselt ahenema. Viimane on seotud ühelt poolt sellega, et olulised piirangud tekivad vanemas eas, kus ka lähedased on vanemaks saanud ning tihti juba manalateele läinud, teiselt poolt aga seotud sellega, et oluliste piirangute tekkel ei käi ka tavainimese jõud ja nõu üle nendest vajadustest, mis piiranguga inimesel on (Abuladze, Sakkeus 2013). Kui riigis puudub olulisel määral toetav hoolduspoliitika, mis nii vajalike abivahendite, professionaalse toe kui ka igapäevaste vajaduste tugiteenuste osutamisega piisaval määral inimest selles faasis ei toeta, siis langeb oluliselt just oluliste tegevuspiirangutega inimeste elukvaliteet. Oluliste tegevuspiirangutega inimeste puhul võime me rääkida, et tegemist on vananemisprotsessi mõttes hapruse faasiga.

Hapruse faasi teiste SHARE-s olevate küsimuste abil on mõõtnud mitu teadlast (Sirven 2012; Romero-Untero 2013) ning on leitud, et hapruse faasis on süvendavaks mõjuriks partneri kaotus, samas kui aktiivne osavõtt vabaaja tegevustest võib aidata kaasa hapruse faasi edasilükkamisele (Sirven 2012). Just hapruse faasi kujunemist, arvestades eluteel kogetut, mille kohta Eesti jaoks saame andmed alates 7. lainest, aitab paremini mõista, kas Eesti üldiselt akumuleeritud halvema tervise tõttu on ka hapruse faasi saabumine varasem ja pikem, kuid ka seda, kas võime loota, et nooremad vanemasse ikka sisenevad põlvkonnad on viimase 25 aasta toel suutnud akumuleerida parema tervise üle oma elutee ning seega on lootust, et hapruse faas saabub edaspidi hiljem.

2013. aastal läbiviidud SHARE 5. laines oli peamiseks teemaks materiaalne ja sotsiaalne deprivatsioon ehk ilmajätetus (Börsch-Supan *et al.* 2015). Rahvastikuarengu tänapäevane faas on toonud kaasa mitmekesisestunud pere- ja leibkonnasuhted, kus igale põlvkonnale avaldavad mõju just sellele põlvkonnale iseloomulikud rahvastikuprotsessid. Nii mõjutab kõige vanemaid põlvkondi Eestis pikaajaline suur vahe meeste ja naiste elueas, mis on kokkuvõttes toonud kaasa selle, et Eesti vanemaealiste hulgas on ülekaalukamalt kui üheski teises Euroopa riigis üksijäänud vanemaid naisi. Teisalt, leibkondlikus käitumises on toimunud teatud iseseisvumine, sealhulgas emantsipeerumine, mis tähendab, et ka siis, kui meid tabavad vanas eas olulised tegevuspiirangud, ei sobi meile enam minna kokku elama oma lastega, vaid vajadus oleks erapooletuma ja professionaalse hooldustoe järele. Viimast aga napib nii isiku kui riigi poolt ebapiisavalt koondataud vahendite tõttu, mida Eesti koht kõrgeima materiaalse deprivatsioonitasemega SHARE riikide hulgas ka näitab. Lisaks mõjutab suurt üksielavate osakaalu ka järgmiste põlvkondade areng, kus lahtumus ja laste saamine vabaabielus on olnud kasvava trendiga, mis vanemas eas tähendab suuremat üksielamise osakaalu. Kirjandusest on aga teada, et üksielavatel on alati ressursse vähem võrreldes mitmekesi koos elavate leibkondadega. Nii on 60% Eesti 50+ aastaste leibkondadest materiaalselt tõrjutud. Eestis on kõrgeim nende inimeste osakaal, kes on neljas või rohkemas materiaalse tõrjutuse indikaatori osas tõrjutud (Adena *et al.* 2015). Eesti pürib oma 50+ rahvastikus üksielavate osakaalu poolest Euroopa riikide esiviisikusse.

Sotsiaalse tõrjutuse näitajate poolest on Eesti Tšehhi, Itaalia ja Iisraeli järel neljandal kohal. Eestlaste tugevuseks on hea haridus – meil on puuduliku lugemis- ja kirjaoskusega inimeste osakaal madalam SHARERiikide seas, mis on vältinud ka sotsiaalse tõrjutuse taseme langemist teistest madalamaks, samas aitab tõrjutusele kaasa meie väga madal eluga rahulolu tase. Sotsiaalset tõrjutust süvendavad Eestis pikad arsti ootejärjekorrad, erilist tähelepanu vajavad ka inimeste kaasamine kogukonda ning kaasatuse tunde tekitamine, üksteise aitamise kultuuri arendamine ning inimeste aktiveerimine kogukonna tasemel, mis aitaks kaasa isoleerituse tunde vähendamisele (Myck *et al.* 2015).



Eesti on SHARE riikide hulgas suurima pikaajalise hooldusteenuse vajadusega maa, kus rohkem kui veerand 65+ aastastest seda vajab. Väga tugev sotsiaalne tõrjutus on seotud ka suurenenud hooldusvajadusega ehk poodide, arstide, apteekide ja pankade vähene kättesaadavus suurendab tõsisemate tegevuspiirangute puhul hooldusvajadust. Hooldusvajadusega inimesed saavad nagu kahekordse karistuse: neid iseloomustab suurem sotsiaalne tõrjutus, kuid ka suurem vajaduse katmatus. Ühiskondades, kus pikaajaline hooldus on peamiselt riiklikult kaetud (Taani, Rootsi, Holland), on kõige väiksem kõige tõsisemate tegevuspiirangute hooldusvajaduse katmatuse tase. Maades, kus pikaajaline hooldus on jagatud vastutus riigi ja perekonna vahel (Austria, Belgia, Prantsusmaa ja Saksamaa), tõuseb riigi osalus tõsisematest piirangutest tingitud hooldusvajaduse katmisel, kõige suurem osa hooldusvajadusest on katmata peamiselt kergemate tegevuspiirangute puhul. Lõuna- ja Ida- Euroopa riikides ning Šveitsis, kus hooldusvajaduse tagamine lasub peamiselt perekondade õlul, suureneb vajaduse tõsidusega oluliselt informaalne hooldus, kuid samas ka oluliselt katmata vajaduse osakaal (Laferrère, van den Bosch 2015).

Oleme siinkohal esitanud vaid mõningaid tulemusi, mis Eesti võrdlemisel teiste riikidega 50+ rahvastiku vajaduste kohta esile on kerkinud. Ka käesoleva kogumiku siht on teadvustada, millised on käärid vananemisest tulenevate vajaduste ning nende vajaduste katmisele suunatud institutsionaalsete meetmete vahel. SHARE andmestik on vaid mõned aastad olnud kättesaadav ning enamik selle andmestiku võimalusi veel lahti rääkimata. Kogumik pakub esmase sissevaate Eesti lugejaile, kuidas toimub Eesti rahvastikuvananemine, millised on väljakutsed individuaalsel tasemel ning mida on võimalik meil üheskoos ära teha ühiskonna tasemel. Loodetavasti aitab see kaante vahele koondatud teadmine kaasa ka süvenevale arusaamisele, et vananemine on meie suur võimalus, teadmised selle kohta aitavad meil leevendada nii üksikisiku tasemel ettetulevaid piiranguid ja toimetulekuraskusi kui ka ühiskonnana saavutada konkurentsieelised, millesse just vananeva rahvastikuga riigil on võime panustada.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Abuladze, L., Sakkeus, L. (2013). *Social networks and everyday activity limitations*, pp. 311-322. In: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (eds). *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin, Boston: De Gruyter. <http://www.degruyter.com/view/product/185064>

Adena, M., Myck, M., Oczkowska M. (2015). *Material deprivation items in SHARE Wave 5 data: a contribution to a better understanding of differences in material conditions in later life*, pp. 25-37. In: Börsch-Supan, A., Kneip, Th., Litwin, H., Myck, M., Weber, G. (eds). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin, Boston: De Gruyter, <https://www.degruyter.com/view/product/462442>

Baltes, P. B., Smith, J. (2003). *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the*

young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49,2: 123-135. DOI:10.1159/000067946

Berg, S. (1996). *Aging, behavior, and terminal decline*. In: Birre, J. E., Schaie, K. W. (eds). *Handbook of the psychology of aging* (pp.323-37). San Diego, CA, Academic Press.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (eds) (2013). *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin, Boston: De Gruyter. <http://www.degruyter.com/view/product/185064>

Börsch-Supan, A., Kneip, Th., Litwin, H., Myck, M., Weber, G. (eds) (2015). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin, Boston: De Gruyter, <https://www.degruyter.com/view/product/462442>

Clegg, A., Young, J., Ilffe, S., Rikkert M. O., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*. 381,9868:752-762 DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9

Crimmins, E. M. (2001). Mortality and health in human life spans. *Experimental Gerontology*, 36: 885-97. DOI:10.1016/S0531-5565(00)00248-5

Fries, J. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303: 130-35. DOI:10.1056/NEJM198007173030304

Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55: 3-24. DOI:10.2307/3349592

Laferrère, A., Van den Bosch, K. (2015). *Unmet need for long-term care and social exclusion*, pp.331-341. In: Börsch-Supan, A., Kneip, Th., Litwin, H., Myck, M., Weber, G. (eds). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin, Boston: De Gruyter, <https://www.degruyter.com/view/product/462442>

Lesthaeghe, R., van de Kaa, D. J. (1986). Twee demografische transitie's? (pp. 9-24). In: Lesthaeghe, R., van de Kaa, D. J. (eds). *Bevolking: Groei en Krimp*. Deventer: Van Loghum-Slaterus. [http://www.worldcat.org/title/bevolking-groei-en-krimp/oclc/781825655&referer=brief\\_results](http://www.worldcat.org/title/bevolking-groei-en-krimp/oclc/781825655&referer=brief_results)

Lutz W., Sanderson W., Scherbov, S. (2008). The coming of acceleration of population ageing. *Nature*, 2008, 451, 716-719. DOI:10.1038/nature06516

Malter, F., Börsch-Supan, A. (2013). *SHARE Wave 4: Innovations and Methodology*. Munich, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, Munich Center for Economics of Ageing (MEA). [http://www.share-project.org/fileadmin/pdf\\_documentation/Method\\_FRB\\_FINAL.pdf](http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/Method_FRB_FINAL.pdf)

Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60,2: 183-244. DOI:10.2307/3349767

Manton, K.G., Stallard, E., Corder, L. (1997). Changes in the age dependence of mortality and disability: Cohort and other determinants. *Demography*, 34, 1: 135-157. <http://www.jstor.org/stable/2061664>

Myck, M., Najsztub, M. and Oczkowska, M. (2015). *Measuring social deprivation and social exclusion*, pp. 67-78. In Börsch-Supan, A., Kneip, Th., Litwin, H., Myck, M., Weber, G. (eds). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin, Boston: De Gruyter, <https://www.degruyter.com/view/product/462442>

Laslett, P. (1987). The emergence of the third age. *Ageing and Society*, 7: 133-160. DOI: 10.1017/S0144686X00012538

Laslett, P. (1994) The third age, the fourth age and the future. *Ageing and Society*, 14,3: 436-48. DOI: 10.1017/S0144686X00001677

- Robine, J.-M. (2008). Between Compression and Longevity: the Longevity Revolution. *European Papers on the New Welfare*, 9: 47-53. <http://eng.newwelfare.org/2008/02/18/between-compression-and-shifting-mortality-the-longevity-revolution/#.VkSTTNLhBiw>
- Romero-Ortuno, R. (2013). The Frailty Instrument for primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe predicts mortality similarly to a frailty index based on comprehensive geriatric assessment. *Geriatrics & Gerontology International*, 13, 2:497-504; DOI: 10.1111/j.1447-0594.2012.00948.x
- Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., Kenny, R. A. (2010). A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*, 10, 57: e1-e12, DOI:10.1186/1471-2318-10-57
- Ryder, N. (1975). Notes on stationary population. *Population Index*, 41, 1: 3-28. DOI:10.2307/2734140; <http://www.jstor.org/stable/2734140>
- Sanders, B. S. (1964). Measuring community health levels. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 54,7: 1063-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1254928/pdf/amjphnation00174-0025.pdf>
- Sanderson, W. C., Scherbov, S. (2010). Remeasuring aging, *Science* 329: 1287–1288. DOI:10.1126/science.1193647
- Searle, S. D, Mitnitski, A., Gahbauer, E. A., Gill, Th. M., Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating frailty index. *BMC Geriatrics*, 8,24: e1-e10. DOI:10.1186/1471-2318-8-24
- Siegel, J. S. (1993). *A generation of change: A profile of America's older population*. New York, Russell Sage Foundation. <https://www.russellsage.org/publications/generation-change>
- Sirven, N. (2012). On the Socio-Economic Determinants of Frailty: Findings from Panel and Retrospective Data from SHARE. *IRDES Working Paper 52*, 32 pp. Paris, IRDES, <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT52SocioEconomicDeterminantsFrailty.pdf>
- SHARE (2013). SHARE wave 4 release guide 1.1.1. Munich, MEA. [http://www.share-project.org/fileadmin/pdf\\_documentation/SHARE\\_wave\\_4\\_release\\_guide\\_1.1.1.pdf](http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_wave_4_release_guide_1.1.1.pdf)
- Skirbekk, V., Loichinger, E., Weber, D. (2012). Variation in cognitive functioning as a refined approach to comparing aging across countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109,3: 770-774. DOI:10.1073/pnas.1112173109
- Syddal, H., Cooper, C., Martin, F., Briggs, R., Sayer, A. A. (2003). Is grip strength a useful single marker of frailty? *Age and Ageing* 2003; 32, 6: 650–656, DOI: 10.1093/ageing/afg111
- Theou, O., Rockwood, M. R., Mitnitski, A., Rockwood, K. (2012). Disability and co-morbidity in relation to frailty: How much do they overlap? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55: e1–e8, DOI:10.1016/j.archger.2012.03.001
- Zelinsky, W. (1971). The hypothesis of mobility transition. *Geographical review*, 61,2: 219-49. DOI:10.2307/213996; <http://www.jstor.org/stable/21399>

TERVISEKÄITUMISEL  
ON TÕENDATULT MÕJU  
ELUKVALITEEDILE  
(HAIGUSVABALT ELATUD ELU,  
TEGEVUSVÕIME) JA ELUEA  
PIKKUSELE NING KA SUURT  
OSA EAKATEGA SEOTUD  
TERVISHOIUKULUDEST OLEKS  
SEELÄBI VÕIMALIK VÄLTIDA.

# TERVISE- HINNANG

## JA TERVISEKÄITUMINE

Nele Kunder

*Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut*

Liili Abuladze

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

Sirje Vaask

*Tallinna Ülikooli loodus- ja terviseteaduste instituut*

Katrin Lang

*Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut*

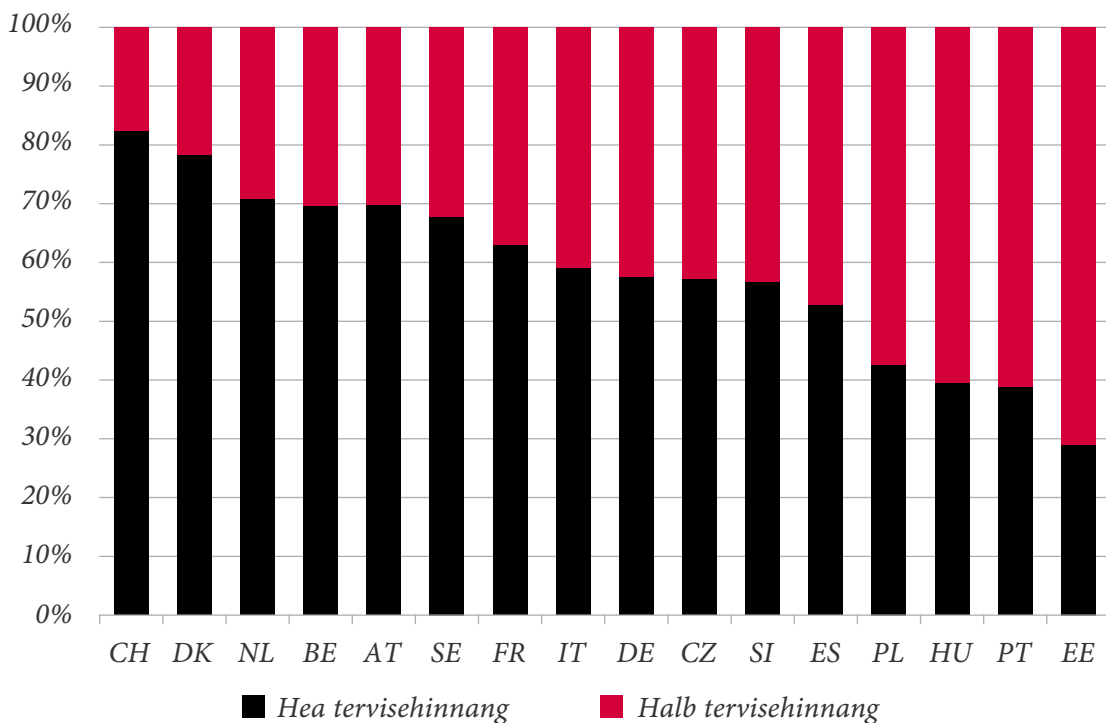
---

### 1. SISSEJUHATUS

Eesti elanikkond vananeb sarnaselt teiste arenenud riikidega – rahvastiku eluiga pikeneb ning haiguste ja tervisekäitumise muustrid teisenevad. Nii ühiskonna sotsiaalse ja majandusliku jätkusuutlikkuse kui indiviidide heaolu aspektist muutub järjest olulisemaks küsimus, millised tegurid võimaldavad vanemaelistel olla võimalikult kaua tegutsemisvõimelised ja aktiivsed. Vanemas eas inimeste puhul on laialdaselt levinud mitme terviseprobleemi olemasolu. Teisalt on võimalik terviseteadlike valikutega kroonilisi haigusi ja tegevusvõime langust ennetada ning elukvaliteeti säilitada. Samuti mõjutab aktiivsust vanemas eas inimese enda arusaam tervisest. Ehkki teatud terviseprobleemid ilmnevad vanemas eas, on ka krooniliste haiguste olemasolul vajalik tervislik eluviis. Tervisekäitumisel on tõendatult mõju elukvaliteedile (haigusvabalt elatud elu, tegevusvõime) ja eluea pikkusele ning ka suurt osa eakatega seotud tervishoiukuludest oleks tervisekäitumise paranemise puhul võimalik vältida.

Eesti on viimastel aastakümnetel läbinud kiire muutuse mitmes näitajas – nii inimeste tervis kui teadlikkus tervist mõjutavatest teguritest on paranenud olulisel määral. Rahvusvahelised võrdlused viitavad aga, et arenguruumi on veel. Üks lihtsamini tõlgendatavaid indikaatoreid on tervise enesehinnang – see võimaldab saada ülevaate tervisest

vaid ühe küsimusega, ennustab haigestumist ja suremust ning on seotud tervisekäitumisega. Tervistkahjustav käitumine mõjutab tervist igas vanuses, kuid omab kumulatiivset negatiivset mõju just vanemas eas. Eesti vanemaealiste seas on teiste eurooplastega võrreldes suurim osakaal neid, kes hindavad oma tervist rahuldavaks või halvaks (70,7% SHARE uuringu 4. laine andmetel; joonis 1). Riikides nagu Šveits, Taani ja Holland on olukord vastupidine – üle 70% vanemaealistest hindavad oma tervist positiivseks (heaks, väga heaks või suurepäraseks).



**Joonis 1.** Hea ja halva tervisehinnangu jaotus Euroopa riikides, %

Allikas: SHARE 4. laine andmed

Terviseseisundit üksikisiku ja riigi tasandil mõjutab nii praeguses hetkes kui ka varasemal eluteel või ajahetkel tehtud otsuste, teadmiste, kogemuste, tervisekäitumise, diagnoosimis- ja ravimeetmete võimaluste kogumi koosmõju. Eestlaste seas levinud halvemat subjektiivset tervisehinnangut selgitavad ühelt poolt nõrgemad objektiivse tervise näidikud – eestlastel on üks kõrgeim tegevuspiirangutega rahvastiku osakaal, aga ka kõrgvererõhu- jt südameveresoonekonna haiguste levimus ja neisse suremus.

Teisalt on olulised ka sotsiaalmajanduslikud mõjurid ning negatiivsem tervisekäitumine võrreldes muu Euroopaga – alkoholi ja tubaka tarbimine, kehalise aktiivsuse intensiivsus ja sagedus, aga ka toitumisharjumused.

Vananevates ühiskondades muutub üha olulisemaks vanemaealiste tervislik heaolu. Tervis võib olla väga laia spektriga mõiste, mida inimesed ning institutsioonid erinevalt tõlgendavad. WHO tervise definitsioon 1948. aastast annab aimu tunnetusliku tervise olulisusest (WHO 1948). Arusaam endast kui tervest inimesest aitab vananevates ühiskondades inimestel kauem täisväärtuslikult kaasa lüüa. Käesoleva analüüsi eelduseks on, et tervise enesehinnangut saab parandada, kui eri determinante mõjutada. Siin töös vaatleme peamise tunnuseks subjektiivset tervisehinnangut ning tervisekäitumisega seotud tegurite rolli selle määramisel.

## 2. TAUST

1950. aastatest on tervise enesehinnang üks laialdasemalt kasutatav tervisemõõdik epidemioloogilistes uuringutes (Bombak 2013; Jylha *et al.* 1998; Manderbacka *et al.* 1999). Tervise enesehinnangut määratletakse ühe küsimusega, mis on tavaliselt sõnastatud järgmiselt: „Kas te ütleksite, et Teie tervis on...“ (Bombak 2013). Vastusevariantidena kasutatakse kahte viiepunktilist skaalat. Ameerikas levinud ja SHARE uuringus kasutatud versiooni puhul on vastusevariantideks „suurepärase“, „väga hea“, „hea“, „rahuldav“ või „halb“ (Jürges *et al.* 2008). Ehkki tegu on subjektiivse näidikuga, on leitud, et see ennustab haigestumist ja suremust hästi (Bombak 2013; Idler & Benjamini 1997; Jylha *et al.* 1998) ning seetõttu sobib üldiseks ning robustseks tervise hindamiseks, eriti rahvusvahelistes võrdlustes. Mitu uuringut on näidanud tervise enesehinnangu seost tervisekäitumisega – alkoholi tarvitamise, kehalise aktiivsuse, suitsetamise ning toitumisega (Kasmel *et al.* 2004; Lengyel *et al.* 2009; Manderbacka *et al.* 1999; Poikolainen *et al.* 1996; Tekkel & Veideman 2006; Zarini *et al.* 2014). Samuti peegeldab kõnealune mõõdik pigem eluviisi kui teadmiste mõju tervise enesehinnangule (Manderbacka *et al.* 1999) – seetõttu on see sobiv just tervisekäitumise seoste uurimiseks. Tavaliselt on leitud, et meestel on parem tervisehinnang kui naistel (Kasmel *et al.* 2004; Zarini *et al.* 2014). Rahvusvahelised võrdlused näitavad, et Ida- ja Lõuna-Euroopas hindavad 50-aastased ja vanemad inimesed oma tervist halvemini kui teistes Euroopa piirkondades (Eriksen *et al.* 2013). Ehkki tervisehinnangu poolest edastame mitut Ida-Euroopa riiki, jääb see siiski veel alla Euroopa keskmise (Euroopa Komisjon 2008).

Tervise- ja riskikäitumine moodustavad koos keerulise kogumi, mida nimetatakse eluviisiks ning mis on tervisemõjurina oluline haigestumuse ning suremuse seisukohalt (Kasmel & Lipand 2007). Sagedasemad surmapõhjused Eestis on südame- ja veresoonkonna haigused, vähkkasvajad ning vigastused ja mürgistused. Neid riske suurendavad

omakorda nii teatud haigused (kõrgvererõhktõbi, diabeet, südame isheemiatõbi) kui ka tervist kahjustav käitumine. Eesti südame- ja veresoonkonnahaiguste ning vigastuste kõrge levimus pärineb juba Nõukogude ajast, mil haiguste ennetamisele keskenduti vähe, ravivõimalused olid piiratud ning inimeste enda vastutus tervisekäitumises oli minimaalne, võrreldes teiste Euroopa riikidega (Sakkeus & Karelson 2012). Viimastel aastakümnetel on Eesti arenenud nii haiguste ennetuse, diagnostika, ravimeetmete ja -tehnoloogia kui inimeste enda teadlikkuse ja tervisekäitumise poolest. Edasised arengud võivad praeguste kesk- ja vanemaalaste tervist ning sellega seotud koormust tervishoiu- ja sotsiaalsektorile veelgi mõjutada.

Tubaka tarvitamisest tulenevad haigused on endiselt juhtival kohal ennetatavate surmapõhjuste osas (WHO 2013). Suitsetamine on sõltuvushaigusena fikseeritud rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis, tõstes märkimisväärselt nii südame- ja veresoonkonnahaiguste, vähktõve jt haiguste riski (Kasmel & Lipand 2007). EHIS-e uuringu järgi oli 55-aastaste ja vanemate Eesti elanike seas keskmiselt 13% igapäevasuitsetajaid, mis on 16 riigi võrdluses pigem kõrge näitaja (Euroopa Komisjon 2008).

Alkoholi liigtarvitamine põhjustab väga eri laadi terviseprobleeme, ka sotsiaalseid ja vaimse tervise probleeme (Kasmel & Lipand 2007; Wu & Blazer 2014). Seos eksisteerib alkoholi tarvitamise ning maksatsirroosi ja eri vähkiliikide vahel (World Cancer Research Fund International 2007), samuti suureneb risk insuldi ja kõrgvererõhktõve tekkeks (Kasmel & Lipand 2007). Alkoholi tarvitamist seostatakse ka vigastustega – tulesurmad, uppumissurmad, liiklusvigastused, kukkumised jm. WHO andmetel oli 2010. a Eesti ühe kõrgeima osakaaluga (üle 10%) maailmas nende inimeste poolest, kellel esines alkoholi tarbimisest tulenev terviseprobleem. 2006. aasta Eesti terviseuuringu kohaselt tarvitas 8,2% 55-aastaseid ja vanemaid alkoholi peaaegu iga päev või iga päev, 5,2% tegi seda 1–4 korda nädalas. 27,3% vastanutest tarvitas alkoholi mõne päeva kuus. 59,7% vastanutest ei olnud viimase 4 nädala jooksul aga üldse alkoholi tarvitanud (Matsi & Oja 2009).

Euroopas seostatakse ligikaudu kolmandikku südame-veresoonkonnahaigustest ebatervisliku ja tasakaalustamata toitumisega. Tasakaalustamata toitumine põhjustab 4,6% kõigist töövõimetuse ja vaegurluse tõttu kaotatud eluaastatest Euroopa Liidus, täiendavalt lisanduvad ülekaalust ja vähesest kehalisest aktiivsusest tingitud kaotatud eluaastad (vastavalt 3,7% ja 1,4%) (Tervise Arengu Instituut & Eesti Toitumisteaduste Selts 2006).

Regulaarne kehaline aktiivsus vähendab riski haigestuda osade paikmete vähkkasvajatesse, südame- ja veresoonkonnahaigustesse. Lisaks suurendab see füüsilist toonust ja kehalist võimekust ning parandab enesetunnet. Kehalist aktiivsust jagatakse vormideks ja tasemeteks nii eesmärgi kui intensiivsuse järgi (World Cancer Research Fund International 2007). Madala ja mõõduka intensiivsusega kehalised tegevused on olulise tähtsusega just vanemaalaste inimeste puhul, sest selliste tegevuste puhul on kukkumiste



ja teiste terviseprobleemide tekke risk väiksem. Samas aga tagab mõõdukas liikumine teatud mahu optimaalse kehalise aktiivsuse (Bann *et al.* 2015). Soovituse kohaselt peaks nädalas olema vähemalt 30 minutit mõõdukat kehalist liikumist iga päeva kohta (Tervise Arengu Instituut 2008).

Piisav puu- ja köögiviljade tarvitamine vähendab mitme paikme vähkkasvajasse (Boivin *et al.* 2009; World Cancer Research Fund International 2007), südame- ja veresoonehaigustesse haigestumise riski ning parandab immuunsust (Boivin *et al.* 2009). Puu- ja köögiviljade tarbimine on üldist tervislikku toitumist käsitlev indikaator. Täiskasvanutel ja eakatel on arenenud riikides ja ka Eestis laialdaselt tutvustatud soovitus süüa vähemalt 5 portsjonit (400 grammi) puu- ja köögivilju päevas (World Cancer Research Fund International 2007). EHIS-e uuringu andmetel tarvitas puu- ja köögivilju iga päev vastavalt 53,4% ja 52,9% 55-aastastest ja vanematest Eesti elanikest. Samas on Eesti vanemaealiste seas rohkem neid, kes tarvitavad puu- ja köögivilju pigem harva (4–6 korda nädalas) või ei tarbi neid üldse kunagi võrreldes teiste Euroopa riikidega (Euroopa Komisjon 2008).

Igapäevane toiduenergia vajadus väheneb seoses vananemisega, peamiselt rasvavaba massi ja liikumise vähenemise tõttu (Nordic Council of Ministers 2012). Eakatel on sagedamini kroonilisi haigusi ning lisaks võib vanemaealistel olla järkjärguline lihasmassi ja jõu kadu seoses vanusega, mis ei ole tingitud vähenenud kehalisest aktiivsusest (Wisløff *et al.* 2007). Tuginedes lämmastiku tasakaalu uuringutele lihasmassi säilitamise kohta, soovitatakse eakatel valke tarbida 15–20% toiduenergiast ja energia tarbimise vähenedes peaks valkude osakaal suurenema, olles umbes 1,2–1,5 g valke kehakaalu kilogrammi kohta päevas (Nordic Council of Ministers 2012). Valkude vähene tarbimine on alatoitluse indikaatoriks eakatel alates 65. eluaastast, sh nii valkude saamine lihatoodetest ja kalast, piimatoodetest, munadest kui ka taimsetest allikatest (peamiselt kaunviljad, pähklid ja seemned) (Johnsen *et al.* 2000; Pedersen & Cederholm 2014). Eesti terviseuuringus ja täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringus ei ole valkude saamise olulisusele eakate rühmas tähelepanu pööratud.

Lisaks tervisekäitumuslikele aspektidele võivad nii tervise enesehinnangut kui ka tervisekäitumist mõjutada eri sotsiaal-demograafilised ja kultuurilised tegurid (Bombak 2013). Mitu uuringut näitavad tunnetusliku tervise ja tervisekäitumise vaheliste seoste olemasolu. Vaadeldes nii puu- ja köögiviljade tarvitamist, valkude saamist, kehalist aktiivsust kui ka suitsetamist on tervist toetavama käitumise puhul parem ka hinnang tervisele (Manderbacka *et al.* 1999; Pedersen & Cederholm 2014; Zarini *et al.* 2014). Üleliia alkoholi tarvitavatel inimestel on enam halba ja keskmist tervise enesehinnangut (Kasmel *et al.* 2004; Poikolainen *et al.* 1996).

### 3. METOODIKA

Töös kasutatud valim hõlmab uuringu 4. laines küsitletud põhiisikuid (4629) ning nende partnereid (2199), kes olid uuringu läbiviimise aastal 50-aastased ja vanemad. Tervise enesehinnangu määramiseks kasutati küsimust „Kas te ütleksite, et teie tervis on.“ vastustega „suurepärase“, „väga hea“, „hea“, „rahuldav“ või „halb“ (nn Ameerika skaala). Andmete analüüsimiseks jagati vastusevariandid kahte rühma – hea ja halb tervise enesehinnang, mis minimeerib keskmisest vastusevariandist tuleneva nihke võimaluse (Etil & Milcent 2011) ning on sobilik arvestades eestlaste tendentsi hinnata oma tervist „keskmiseks“ (Kasmel et al. 2004). Sarnaselt eri rahvusvaheliste uuringutega moodustavad ka käesolevas töös hea tervise enesehinnangu rühma „suurepärase“, „väga hea“ ja „hea“ ning halva tervise enesehinnangu vastavalt „rahuldav“ ja „halb“ (Eriksen et al. 2013; Kawachi et al. 1999; Zarini et al. 2014).

Analüüsis vaadeldakse järgmisi tervisekäitumisega seotud tunnuseid: alkoholi tarbimissagedus ja tubakatoodete tarbimine, tugeva ja mõõduka kehalise aktiivsuse sagedus ning eri toitude tarbimissagedus. Puu- ja köögiviljade, kala- ja lihatoodete ning piimatoodete tarbimine on jaotatud kahte rühma: iga päev ning harvem kasutajateks. Kaunviljade ja munatoodete tarbimine on jaotatud kahte rühma: iga päev ja 3–6 korda nädalas ning harvem tarbijateks vastavalt nende toodete soovitatud tarbimisstandarditele ja teadaolevale tarbimissagedusele (Tervise Arengu Instituut & Eesti Toitumisteaduste Selts 2006). Analüüsis kasutatud teiste tunnuste, analüüsimeetodi ja põhjalikemate tulemuste kohta saab täpsemalt lugeda Nele Kunderi magistriltööst, mis oli käesoleva artikli aluseks (Kunder 2015).

### 4. TULEMUSED

#### 4.1. KIRJELDAVAD TULEMUSED

Käesolevas osas kasutatud valimit on kirjeldatud tabelis 2 analüüsis kasutatud tunnuste lõikes. Meeste ja naiste tervise enesehinnangu vahel statistiliselt olulist erinevust ei esinenud – mõlemal juhul oli pea kolmandik neid, kes hindasid tervist positiivselt. Vanusega suurenes oluliselt halva tervise enesehinnangu osakaal. Kui 50–64-aastaste hulgas hindas oma tervist halvaks natuke üle poole vastanutest, siis 65–79-aastaste grupis oli vastav näitaja 77,9% ning 80-aastaste ja vanemate seas juba 89,7%. Eestist väljaspool sündinute seas (80,4%) oli halba tervise enesehinnangut rohkem kui Eestis sündinutel (68,6%). Koos partneriga elavatel vastanutel oli halba tervise enesehinnangut mõnevõrra vähem kui partnerita leibkondades, erinevus oli statistiliselt oluline. Hariduse vaatlemisel ilmnes oluline erinevus madalama ja kõrgema haridustaseme vahel. Kui kõrgharidusega uuritavatest hindas oma tervist heaks 46,3%, siis kesklaridusega isikutel oli vastav osakaal 30,2% ning põhiharidusega 18,3%. Suur erinevus oli ka töötavate, pensionile jäänud ning

töötute või mõnel tervislikul põhjusel töötuks jäänud inimeste vahel, hea tervisehinnangu osakaalud olid vastavalt 50,5%, 17% ja 20,9%. Tervise enesehinnangu erinevused nii hariduse ja tööseisundi järgi olid statistiliselt olulised.

**Tabel 2.** Tervise enesehinnang demograafiliste ja füüsilise tervise tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011

| Tervise enesehinnang                  |      |          |      |          |           |       |           |
|---------------------------------------|------|----------|------|----------|-----------|-------|-----------|
| Tunnused                              | Hea  | % (rida) | Halb | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Sugu</b>                           |      |          |      |          |           |       |           |
| mees                                  | 792  | 29,3     | 1914 | 70,7     | 0,19      | 2706  | 40,6      |
| naine                                 | 1099 | 27,8     | 2855 | 72,2     |           | 3954  | 59,4      |
| <b>Vanus</b>                          |      |          |      |          |           |       |           |
| 50–64                                 | 1170 | 39,7     | 1776 | 60,3     | <0,0001   | 2946  | 44,2      |
| 65–79                                 | 634  | 22,1     | 2238 | 77,9     |           | 2872  | 43,1      |
| 80+                                   | 87   | 10,3     | 755  | 89,7     |           | 842   | 12,7      |
| <b>Sünniriik</b>                      |      |          |      |          |           |       |           |
| Eesti                                 | 1554 | 31,4     | 3391 | 68,6     | <0,0001   | 4945  | 74,3      |
| muu                                   | 337  | 19,6     | 1378 | 80,4     |           | 1715  | 25,7      |
| <b>Partner leibkonnas</b>             |      |          |      |          |           |       |           |
| jah                                   | 1372 | 30,2     | 3175 | 69,8     | <0,0001   | 4547  | 68,3      |
| ei                                    | 519  | 24,6     | 1594 | 75,4     |           | 2113  | 31,7      |
| <b>Haridus</b>                        |      |          |      |          |           |       |           |
| kõrgharidus                           | 639  | 46,3     | 747  | 53,7     | <0,0001   | 1386  | 20,8      |
| keskharidus                           | 739  | 30,2     | 1709 | 69,8     |           | 2448  | 36,8      |
| põhiharidus                           | 512  | 18,3     | 2302 | 81,7     |           | 2814  | 42,2      |
| puuduvad väärtused                    |      |          |      |          |           | 12    | 0,2       |
| <b>Tööseisund</b>                     |      |          |      |          |           |       |           |
| töötav                                | 1104 | 50,5     | 1084 | 49,5     | <0,0001   | 2188  | 32,9      |
| pensionär                             | 639  | 17,0     | 3113 | 83,0     |           | 3752  | 56,3      |
| muu                                   | 147  | 20,9     | 559  | 79,1     |           | 706   | 10,6      |
| puuduvad väärtused                    |      |          |      |          |           | 14    | 0,2       |
| <b>Tegevuspiirangud</b>               |      |          |      |          |           |       |           |
| ei                                    | 1467 | 54,1     | 1247 | 45,9     | <0,0001   | 2714  | 40,8      |
| jah                                   | 422  | 10,7     | 3517 | 89,3     |           | 3939  | 59,1      |
| puuduvad väärtused                    |      |          |      |          |           | 7     | 0,1       |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid</b> |      |          |      |          |           |       |           |
| ei                                    | 1140 | 66,5     | 574  | 33,5     | <0,0001   | 1714  | 25,7      |
| jah                                   | 750  | 15,2     | 4193 | 84,8     |           | 4943  | 74,2      |
| puuduvad väärtused                    |      |          |      |          |           | 3     | 0,1       |

Allikas: Share 4. laine andmed, SHARE, n=6660

Tegevuspiirangutega inimeste puhul oli hea tervise enesehinnanguga vastanuid 10,7%, samas kui piirangute puudumisel esines head tervise enesehinnangut 54,1%-l. Veelgi suurem erinevus esines pikaajsete terviseprobleemide puhul: nõ tervetest inimestest hindas oma tervist samuti heaks 66,5%, pikaajse haiguse põdejate puhul oli see näitaja 15,2%. Kokkuvõttes, näitajad olid kahe võrreldava rühma vahel statistiliselt olulised kõikide demograafiliste ja füüsilise tervise tunnuste osas v.a sugu (tabel 2).

Suitsetamise ning tervise enesehinnangu vahel esines statistiliselt oluline seos (tabel 3). Mittesuitsetajatest hindas oma tervist heaks 27,2% ning suitsetajatest 31,2%. Alkoholi mittetarvitajad hindasid oma tervist halvemaks kui mõõdukad ja sagedased alkoholitarvitajad. Harvemast tarvitamisest sagedasema poole liikudes olid halva tervise enesehinnangu osakaalud järgmised: 82,1%, 65,8%, 59,2% ning 63,6%. Oluline on arvestada, et viimased kaks rühma olid tunduvalt väiksemad kui esimesed. Oma tervist hindas heaks 43,3% uuritavatest, kes olid kehaliselt aktiivsed (tugev kehaline aktiivsus) rohkem kui üks kord nädalas. Neist, kes liikusid väga harva või üldse mitte, hindas oma tervist heaks 13,1%. Sarnane muster esines ka mõõduka kehalise aktiivsuse puhul. Iga päev puu- ja köögivilju tarvitanud uuritavates hindas oma tervist heaks 30,9%, harvem puu- ja köögivilju tarvitanutest 23,7%. Iga päev piimatooteid tarvitavatest isikutest hindas oma tervist heaks 29,5% vastajatest, harvem tarvitajatest 26%.

30,8% iga päev liha-, kana- ja kalatoodete tarvitajatest ning 25,5% harvem tarvitajatest hindas oma tervist heaks. 38,7% iga päev või 3–6 korda nädalas kaunviljade ja munatoodete tarvitajatest ning 33% harvem tarvitajatest hindas oma tervist heaks. Võrdlustes on näha, et kõik tervisekäitumise erinevused rühmade vahel olid tervisehinnangu jaotuse osas statistiliselt olulised (tabel 3).

#### **4.2. TERVISEHINNANGU JA TERVISEKÄITUMISE VAHELISED SEOSED**

Logistilise regressiooni analüüs näitab tervisehinnangu ning demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste vahelisi statistilisi seoseid. Käesolevas artiklis on toodud vaid kõigile tunnustele kohandatud lõplik mudel (tabel 4), teiste mudelitega võib lähemalt tutvuda Nele Kunderi magistritöös (Kunder 2015).

Pärast kõigi tunnuste kohandamist hindavad Eesti mehed oma tervist halvemaks kui naised. Vanusega kasvab halva tervise enesehinnangu šanss annus-vastuse viisil ehk vanuse kasvades halveneb tervisehinnang, jäädes küll kõikidele tunnustele kohandatud mudelis ebaoluliseks. Eestist väljaspool sündinutel on Eestis sündinutega võrreldes 1,49 korda halvem tervise enesehinnang.

Partneriga kooselu ei määra tervisehinnangus esinevaid erinevusi. Erinevuse puudumine võib tuleneda asjaolust, et analüüsi olid kaasatud mõlemad leibkonnas olevad ning uuringus küsitletud partnerid. Samas ei saa järeldust laiendada üksinda elavate inimeste kohta.

**Table 3.** Tervise enesehinnang tervisekäitumuslike tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011

| Tervise enesehinnang                           |      |          |      |          |           |       |          |
|--|------|----------|------|----------|-----------|-------|----------|
| Tunnused                                       | Hea  | % (rida) | Halb | % (rida) | p-väärtus | Kokku | %(veerg) |
| <b>Suitsetamine</b>                            |      |          |      |          |           |       |          |
| ei   | 1477 | 27,7     | 3848 | 72,3     | 0,013     | 5325  | 79,9     |
| jah  | 412  | 31,2     | 910  | 68,8     |           | 1322  | 19,9     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 13    | 0,2      |
| <b>Alkoholi tarvitamine</b>                    |      |          |      |          |           |       |          |
| üldse mitte                                    | 484  | 17,9     | 2218 | 82,1     | <0,0001   | 2702  | 40,6     |
| 2 ja vähem päeva kuus                          | 930  | 34,2     | 1793 | 65,8     |           | 2723  | 40,9     |
| 1–4 päeva nädalas                              | 399  | 40,8     | 583  | 59,2     |           | 982   | 14,7     |
| 5–7 päeva nädalas                              | 74   | 36,4     | 158  | 63,6     |           | 232   | 3,5      |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 21    | 0,3      |
| <b>Tugev kehaline aktiivsus</b>                |      |          |      |          |           |       |          |
| rohkem kui kord nädalas                        | 1053 | 43,3     | 1381 | 56,7     | <0,0001   | 2434  | 36,6     |
| kord nädalas                                   | 310  | 35,3     | 576  | 64,7     |           | 886   | 13,3     |
| 1–3 korda kuus                                 | 170  | 28,4     | 429  | 71,6     |           | 599   | 9        |
| väga harva/ üldse mitte                        | 355  | 13,1     | 2367 | 86,9     |           | 2722  | 40,8     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 19    | 0,3      |
| <b>Möödukas kehaline aktiivsus</b>             |      |          |      |          |           |       |          |
| rohkem kui kord nädalas                        | 1535 | 33,9     | 3003 | 66,1     | <0,0001   | 4538  | 68,1     |
| kord nädalas                                   | 204  | 25,2     | 613  | 74,8     |           | 817   | 12,3     |
| 1–3 korda kuus                                 | 65   | 19,9     | 261  | 80,1     |           | 326   | 4,9      |
| väga harva/ üldse mitte                        | 85   | 8,8      | 879  | 91,2     |           | 964   | 14,5     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 15    | 0,2      |
| <b>Puu- ja köögiviljade tarvitamine</b>        |      |          |      |          |           |       |          |
| iga päev                                       | 1385 | 30,9     | 3118 | 69,1     | <0,0001   | 4503  | 67,6     |
| harvem   | 505  | 23,7     | 1636 | 76,3     |           | 2141  | 32,2     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 16    | 0,2      |
| <b>Piimatoodete tarvitamine</b>                |      |          |      |          |           |       |          |
| iga päev                                       | 1348 | 29,5     | 3216 | 70,5     | 0,003     | 4564  | 68,5     |
| harvem   | 538  | 26,0     | 1529 | 74,0     |           | 2067  | 31,0     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 29    | 0,4      |
| <b>Liha-, kana- ja kalatoodete tarvitamine</b> |      |          |      |          |           |       |          |
| iga päev                                       | 1137 | 30,8     | 2556 | 69,2     | <0,0001   | 3693  | 55,4     |
| harvem   | 750  | 25,5     | 2189 | 74,5     |           | 2939  | 44,1     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 29    | 0,4      |
| <b>Kaunviljade ja munatoodete tarvitamine</b>  |      |          |      |          |           |       |          |
| iga päev või 3–6 korda nädalas                 | 729  | 38,7     | 1157 | 61,3     | <0,0001   | 1886  | 28,3     |
| harvem   | 1565 | 33,0     | 3180 | 67,0     |           | 4745  | 71,3     |
| puuduvad väärtused                             |      |          |      |          |           | 29    | 0,4      |

Allikas: SHARE 4.laine andmed, SHARE, n=6 660

**Tabel 4.** Halva tervise enesehinnangu šansisuhted demograafiliste, füüsilise tervise ja tervisekäitumuslike tunnuste lõikes 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel aastatel 2010–2011

| Kohandatud mudel                      |           |            |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Tunnused                              | Riskisuhe | 95% CI     |
| <b>Sugu</b>                           |           |            |
| mees                                  | 1         |            |
| naine                                 | 0,82      | 0,70–0,96* |
| <b>Vanus</b>                          |           |            |
| 50–64                                 | 1         |            |
| 65–79                                 | 1,02      | 0,84–1,24  |
| 80+                                   | 1,20      | 0,87–1,67  |
| <b>Sünniriik</b>                      |           |            |
| Eesti                                 | 1         |            |
| muu                                   | 1,49      | 1,25–1,76* |
| <b>Partner leibkonnas</b>             |           |            |
| jah                                   | 1         |            |
| ei                                    | 0,98      | 0,82–1,13  |
| <b>Haridus</b>                        |           |            |
| kõrgharidus                           | 1         |            |
| keskharidus                           | 1,83      | 1,54–2,18* |
| põhiharidus                           | 2,68      | 2,23–3,22* |
| <b>Tööseisund</b>                     |           |            |
| töötav                                | 1         |            |
| pensionär                             | 2,09      | 1,73–2,54* |
| muu                                   | 1,74      | 1,36–2,23* |
| <b>Tegevuspiirangud</b>               |           |            |
| ei                                    | 1         |            |
| jah                                   | 3,23      | 2,77–3,77* |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid</b> |           |            |
| ei                                    | 1         |            |
| jah                                   | 4,9       | 4,19–5,71* |
| <b>Suitsetamine</b>                   |           |            |
| ei                                    | 1         |            |
| jah                                   | 1,22      | 1,02–1,46* |
| <b>Alkoholi tarvitamine</b>           |           |            |
| üldse mitte                           | 1         |            |
| 2 ja vähem päeva kuus                 | 0,71      | 0,60–0,83* |
| 1–4 päeva nädalas                     | 0,64      | 0,52–0,80* |
| 5–7 päeva nädalas                     | 0,78      | 0,53–1,14  |

Tabel 4. jätk

| Kohandatud mudel                               |           |            |
|--|-----------|------------|
| Tunnused                                       | Riskisuhe | 95% CI     |
| <b>Tugev kehaline aktiivsus</b>                |           |            |
| rohkem kui kord nädalas                        | 1         |            |
| kord nädalas                                   | 1,53      | 1,24–1,88* |
| 1–3 korda kuus                                 | 1,61      | 1,26–2,07* |
| väga harva/ üldse mitte                        | 2,29      | 1,90–2,77* |
| <b>Mõõdukas kehaline aktiivsus</b>             |           |            |
| rohkem kui kord nädalas                        | 1         |            |
| kord nädalas                                   | 0,98      | 0,78–1,22  |
| 1–3 korda kuus                                 | 0,85      | 0,59–1,22  |
| väga harva/ üldse mitte                        | 1,38      | 1,02–1,86* |
| <b>Puu- ja köögiviljade tarvitamine</b>        |           |            |
| iga päev                                       | 1         |            |
| harvem   | 1,18      | 1,00–1,38* |
| <b>Piimatoodete tarvitamine</b>                |           |            |
| iga päev                                       | 1         |            |
| harvem   | 1,11      | 0,95–1,29  |
| <b>Kaunviljade ja munatoodete tarvitamine</b>  |           |            |
| iga päev või 3–6 korda nädalas                 | 1         |            |
| harvem   | 1,23      | 1,06–1,42* |
| <b>Liha-, kana- ja kalatoodete tarvitamine</b> |           |            |
| iga päev                                       |           | 1          |
| harvem   | 0,96      | 0,83–1,12  |

\* $p < 0,05$ Allikas: SHARE 4. laine andmed, SHARE,  $n=6\ 660$ , kohandatud kõikidele uuringus kasutatud tunnustele

Põhiharidusega inimestel on kõige halvem tervisehinnang – neil on üle kahe ja poole korra (2,68) halvem tervisehinnang võrreldes kõrgharidusega inimestega. Kesk(eri) haridusega inimestel on 1,83 korda halvem tervisehinnang kui kõrgharidusega inimestel. Pensionäridel on samuti üle kahe korra halvem tervisehinnang võrreldes töötavate inimestega. Tegevuspiirangu ja pikaajalise terviseprobleemi olemasolu suurendab halva tervisehinnangu võimalust võrreldes nende puudumisega (vastavalt 3,23 ja 4,9 korda).

Suitsetajad hindavad oma tervist halvemini kui mittedsuitsetajad (1,22 korda). Kohandatud mudelis ilmnes alkoholi tarvitamise nn kaitsev mehhanism – tihedamini alkoholi tarbivad hindasid oma tervist paremini kui need, kes üldse ei tarbi. 5–7 päeva nädalas alkoholi tarbivate tervisehinnang ei erine oluliselt neist, kes üldse ei tarbi alkoholi. Tulemusi võib selgitada

liigtarvitajate rühma oluliselt väiksem uuritavate arv. 84%-l harva või üldse mitte tarvitajatest esineb pikaajaline terviseprobleem (Kunder 2015). Need inimesed on oma tervist ilmselt haigusest tulenevalt halvaks hinnanud, mille tõttu on harvem alkoholi tarvitajate tervisehinnang peamiselt seotud halvema tervisliku olukorraga.

Kehaliselt aktiivsematega (tugev kehaline aktiivsus) võrreldes on vähemaktiivsetel halvem tervisehinnang ning see suureneb aktiivsuse vähenemisega (tabel 4 jätk). Nendel, kes olid aktiivsed väga harva või üldse mitte, oli kõige halvem tervisehinnang. Mõõduka kehalise aktiivsuse puhul olid tulemused tugeva kehalise aktiivsusega võrreldes mõnevõrra erinevad. Statistiliselt oluline seos oli vaid harva või üldse mitte mõõduka kehalise aktiivsuse harrastamise ja tervise enesehinnangu vahel – nad hindavad oma tervist halvaks 1,38 korda rohkem kui need, kes harrastavad mõõdukat kehalist aktiivsust mitu korda nädalas.

Puu- ja köögiviljade harvem tarvitajad hindavad oma tervist halvaks 1,18 korda rohkem kui igapäevased tarvitajad. Ka piimatoodete harvem tarvitajatel on halvem tervisehinnang (1,11 korda) kui iga päev tarvitajatel, aga see ei ole statistiliselt oluliselt erinev. Kaunviljade ja munatoodete tarvitamisel esineb statistiliselt olulisi erinevusi – harvem kui iga päev tarvitajad hindavad oma tervist halvemaks (1,23 korda) kui igapäevatarvitajad. Liha-, kana- ja kalatoodete tarvitamises erinevusi ei esine.

## 5. JÄRELDUSED JA ETTEPANEKUD

Käesolev analüüs näitas, et peamised halvema tervisehinnangu rühmad Eestis hõlmavad mehi, tegevuspiirangutega ja pikaajalise terviseprobleemiga inimesi, pensionäre ja koduseid, põhiharidusega ning seejärel kesk(eri)haridusega inimesi, välispäritolurahvastikku, suitsetajaid, harva või üldse mitte tugevalt ja mõõdukalt kehaliselt aktiivseid inimesi, harva puu- ja köögivilju ning kaunvilju ja munatooteid tarbivaid inimesi. Olulisi erinevusi tervisehinnangus ei ilmnenu partneri olemasolu lõikes leibkonnas, vanuseti, piimatoodete, liha-, kana- ja kalatoodete tarvitajatel ning kord nädalas või 1–3 korda kuus mõõdukat kehalist aktiivsust harrastavate inimeste puhul võrreldes referentsrühmadega. Alkoholi tarvitamise tunnus näitas kaitsvat mehhanismi, mille peamine põhjus seisneb selles, et need, kes omavad tegevuspiiranguid ehk on haigemad, ei tarbi (enam) alkoholi. Partnerluse tunnuse ebaolulisus võib tuleneda sellest, et käesolevas analüüsis on hõlmatud mõlemad leibkonnas elavad ja küsitletud partnerid. Vanuse tunnuse mõju võivad tasakaalustada teised vanussõltuvad tunnused (nt hõiveseisund, haiguste olemasolu).

### 5.1. DEMOGRAAFILISED RISKIRÜHMAD

Riskirühmade paremaks mõistmiseks vaatlesime soo ja päritolu tunnuseid kirjeldavalt teiste analüüsitud tunnuste lõikes (Lisad 1–4). Tulemused näitasid, et naiste seas on rohkem välispäritolurahvastikku ning vanemaid inimesi, kelle seas esineb



sagedamini haigustega ning tegevuspiirangutega inimesi, ning samuti on naiste seas proportsionaalselt rohkem neid, kes tegelevad kehalise aktiivsusega harvemini (mis on omakorda seotud kõrgema vanuse ja tegevuspiirangute levikuga naiste seas). Meeste halvemat tervisehinnangut võib aga seletada levinum põhiharidus ehk madalama haridusega inimeste osakaal võrreldes naistega ning negatiivsem tervisekäitumine – eriti sage alkoholi ja tubaka tarvitamine, harvem puu- ja köögiviljade ning piimatoodete tarbimine. Meeste seas on töötavate inimeste osakaal suurem kui naiste seas – sellel seisundil peaks olema mõnevõrra kaitsev toime, sest see on seotud paremate majanduslike ressurssidega ning ühiskondlikult aktiivse staatusega. Samas võib töö iseloom olla meestel füüsilisem ning stressirohkem, mille tõttu võib see lõpuks meeste tervisele ning tervisehinnangule negatiivsemalt mõjuda. Üldiselt on mehed ka nooremad, mis laiemas perspektiivis peegeldab Eesti meeste tunduvalt varasemat suremust võrreldes naistega. Eesti meeste ja naiste haigestumisstruktuuris on leitud olulisi erinevusi, mis mõjutavad tegevuspiirangute arengut – lisaks mõlemas rühmas levinud südame-veresoonkonna haigustele on naiste puhul enam levinud seedeelundite haigused, meeste seas aga diabeet (Sakkeus & Karelson 2012). See annab aimu, et meeste ja naiste tervisekäitumiserisused viivad erinevate haigusteni.

Kõrgema hariduse tervist kaitsvat mõju on kinnitanud varasemad uuringud (Dubikaytis *et al.* 2014; Janković *et al.* 2012; Jylha *et al.* 1998; Reile & Leinsalu 2013; Tekkel & Veideman 2006). Ühelt poolt on kõrgem haridus seotud parema sissetulekuga, mis võimaldab majanduslikult kergemini tervisttoetavamalt käituda. Teisalt on kõrgemalt haritud teadlikumad tervist kahjustavatest teguritest ning samas ollakse paindlikumad uut laadi tervisttoetavate otsuste ja käitumiste omaks võtmisel. Lisaks võib haridus olla seotud mõjuritega, mida käesolevas töös ei analüüsitud – näiteks sotsiaälvõrgustik, mis on kõrgema haridusega inimestel mitmekesisem. Kuna aga vanemas eas formaalne haridustase enam ei muutu, siis peaks teavituse väljatöötamisel sellega arvestama – see tähendab paremini läbi mõeldud lähenemist, kuidas kõnetada madala haridusega mehi ning suunata neid tihedamini puu- ja köögivilju ja piimatooted ning vähem alkoholi- ja tubakatooteid tarbima. Oluline on jälgida ka Eesti meeste ja naiste tubakatarbimise trendi – täiskasvanud meeste seas on igapäevasuitsetajate osakaal viimase kümne aasta jooksul kiiremini vähenenud kui naiste seas, ehkki naissoost suitsetajate osakaal on endiselt madalam meeste omast (Tervise Arengu Instituut 2015). Suitsetajate osakaalu vähenev trend annaks positiivseid tulemusi ka tulevikus. Seejuures peaks jälgima, et tulevastes kohortides väheneks suitsetajate osakaal veelgi ning naiste seas väheneks sama kiiresti kui meeste seas – vastasel juhul aeglustuks naiste terviseseisundi paranemine ning eluea kasv.

Välispäritolurahvastiku seas on küll levinum puuviljade igapäevasem tarbimine ning väiksem suitsetajate osakaal kui põlisrahvastiku seas (lihatarbimises ollakse sarnased

põlisrahvastikuga), aga enamik muid analüüsis vaadeldud tunnuseid räägivad välispäritolurahvastiku kahjuks. Nagu juba mainitud – välispäritolurahvastiku hulgas on rohkem vanemaid naisi ning pensionäre, kelle seas on levinum tegevuspiirangute ning pikaajaliste haigustega inimeste osakaal. Samuti on välispäritolurahvastiku seas levinum alkoholi sagedasem tarbimine, harvem piimatoodete, kaunviljade ning munatoodete tarbimine ning harvem liikumisaktiivsus.

Haridustaseme osas ei ole välis- ja põlisrahvastiku vahel olulisi erinevusi, seega ei peaks ka teadlikkuse poolest olema rahvastikurühmade vahel suuri ebavõrdsusi. Samas on varasemast teada, et Eesti välispäritolurahvastik on peamiselt hõivatud tööstuslikes majandussektorites, mis võib mõjutada spetsiifilisest tööst tulenevalt rohkem levinud vigastusi ja haigusi ning põllumajandussaaduste vähesemat tarbimist. Nõrgemat tervislikku seisundit välispäritolurahvastiku seas võib olla keeruline muuta, kui tegu on krooniliste ja pikaajaliste haiguste või vigastustega. Samas võib enesetunnet parandada teadlikum tervisekäitumine. Seetõttu tuleks vastavate teavituskampaaniate puhul jälgida kanaleid ja keelt, mis oleks suunatud välispäritolurahvastikule. Seejuures peaks neile suunatud kampaaniad rõhutama (kange) alkoholi vähesemat tarbimist, piimatoodete, kaunviljade ja munatoodete olulisust ning liikumisaktiivsuse vajalikkust. Käesolev analüüs näitas, et tervisehinnangu erisust Eestis ja mujal sündinute vahel seletavad osaliselt vastavate rühmade demograafilisest struktuurist tulenevad erisused, kuid mõnevõrra ka erinevad tervisenäitajad ja tervisekäitumine. See võib omakorda olla seotud erinevate haigestumisstruktuuridega (Sakkeus & Karelson 2012). Põhjalikumad analüüsid võiksid selgitada välispäritolu- ja põlisrahvastiku tervisekäitumises ning -hinnangus esinevaid seoseid, haigusstruktuuride erinevusi ning teavituskampaaniate toimimist rahvastikurühmade lõikes.

## 5.2. TERVISEKÄITUMISE MÕJUD

### 5.2.1. TOITUMINE

Seos toitumise ja tervise enesehinnangu vahel avaldub just iga päev kasutatavate toitude osas. Kolmandik eakatest ei tarbi puu- ja köögivilju vastavalt soovitatavale. Tervise Arengu Instituut on igal aastal teinud „5 x päevas puu- ja köögivilja“ teavituskampaaniaid. Vaja on hinnata teabe jõudmist eakate sihtrühma ning täpsustada põhjused puu- ja köögiviljade väheseks kasutamiseks – kuivõrd on selle taga harjumuste tugev jõud, majanduslik olukord, tervisealane kirjaoskus või milline on inimeste motivatsioon (ja kuidas need tegurid olulisemates lõigetes erinevad). Eraldi tuleks kaaluda tegevusi riskirühmadega (mehed, põhiharidusega isikud, kodused jm) ning tegevus tervise edendamisel peaks sisaldama pigem tööd lähedaste ja tugivõrgustikuga, et võimaldada tervist toetavaid toiduvalikuid.

Eakate valkude tarbimine, võttes arvesse eri allikatest saadud valke ja nende igapäevast tarbimist, on üldrahvastikus pigem soovitatavale vastav. Lähema vaatluse alusel võib riskirühmana välja tuua 12,3% vastanutest (n=840), kes ei tarbinud iga päev piimatooteid, liha-, kana- ja kalatooteid ning kelle kaunviljade ja munatoodete tarbimine jäi alla 3–6 korra nädalas (lisa 5).

Arvestades meedias ja terviseväljaannetes piimatoodete kohta jätkuvalt avaldatavat vastuolulist informatsiooni nende küsitava vajalikkuse ja võimaliku tervisemõju kohta võib prognoosida selle tooterühma tarbimise vähenemist ka eakate rühmas. Vajalik on sidusrühmadele (pereõed, sotsiaaltöötajad jne) riiklikult tunnustatud seisukoha (soovi-tuse) tutvustamine, vajalike materjalide koondamine eakate nõustamiseks ning toitumissituatsiooni, sh alatoitluse hindamiseks. Eritähelepanu on vajalik tegevuspiirangutega isikute suhtes, sh nende suhtes, kes vajavad toetatud elamise või isikliku abistaja teenust või kes on juba kas koduhooldusel või hoolekandeesutuses.

### 5.2.2. KEHALINE AKTIIVSUS

Eakate liikumise edendamine kasvõi vähesel määral mõõduka või tugeva koormusega vähendab suremust üle 60-aastastel ligi 22% ning on kuluefektiivne rahvastiku tervise alane sekkumine. Tulemuslikud on kogukonna aktiveerimise programmid (Hupin *et al.* 2015). Samuti on tulemuslik liikumise nõustamine motiveeriva intervjuuna eakatele ja krooniliselt haigetele, sh nii tervishoiu- kui hoolekandeesutustes (Rubak *et al.* 2005). Eakate liikumise edendamine peaks olema iga kohaliku omavalitsuse arengutegevuste osa. Soodustama peaks kohalikku initsiatiivi, mis tegeleb ka riskirühma kaasamisega liikumisprogrammidesse ja suurendab sotsiaalset sidusust. Riskirühmadena tuleks Eestis keskenduda neile, kes üldse ei tegele mõõduka kehalise aktiivsusega, naistele, välis-päritolurahvastikule, põhiharidusega inimestele ja pensionäridele. Ka kehalise aktiivsuse edendamisel võiks kaasata eakate lähedasi ja tugivõrgustikku.

### 5.2.3. ALKOHOLI JA TUBAKA TARBIMINE

Alkoholi tarbimise seisukohalt käesolev analüüs riskirühmi ei tuvastanud. Alkoholi tarbimine on terviseprobleemidega inimestel piiratud tervislikel põhjustel ehk haigemad inimesed ei tarbi (enam) alkoholi.

Tubaka tarbimise riskirühmadena võib välja tuua mehed, põlisrahvastiku, 50–64-aastased, põhiharidusega, haiguse või muu põhjuse tõttu kodus olevad ja tegevuspiiranguteta inimesed. Rahvastiku suitsetamistrende tuleks pidevalt jälgida ning naiste puhul eesmärgistada suitsetajate osakaalu vähenemine samas tempos kui meestel. See aitab vältida pikaajalist kahjulikku mõju naiste tervisele ja nende elueale tulevikus. Nii nagu lähivõrgustik ja kogukond võivad olulist rolli mängida toitumise ja kehalise aktiivsuse

käitumise mõjutamisel, võiks ennetava meetmena kaaluda, kuidas toetada põlvkondadevahelist kogemuste jagamist alkoholi- ja tubakatarbimise tervisemõjude kohta. Vanemate inimeste kogemused võivad noorematele mõjuda ennetavana.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Bann, D., Hire, D., Manini, T., Cooper, R., Botosaneanu, A., McDermott, M. M., Gill, T. (2015). Light intensity physical activity and sedentary behavior in relation to body mass index and grip strength in older adults: cross-sectional findings from the Lifestyle Interventions and Independence for Elders (LIFE) Study. *PLoS One*, 10(2). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25647685>

Boivin, D., Lamy, S., Lord-Dufour, S., Jackson, J., Beaulieu, E., Côté, M., Béliveau, R. (2009). Antiproliferative and antioxidant activities of common vegetables: a comparative study. *Food Chem*, 112(2), 374–380. <http://www.chrisbeatcancer.com/wp-content/uploads/2013/01/Anti-Cancer-Vegetables-Study.pdf>

Bombak, A. E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health*, 1, 15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3855002/>

Dubikaytis, T., Härkänen, T., Regushevskaya, E., Hemminki, E., Haavio-Mannila, E., Laanpere, M., Koskinen, S. (2014). Socioeconomic differences in self-rated health among women: a comparison of St. Petersburg to Estonia and Finland. *Int J Equity Health*, 13, 39. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038079/>

Eriksen, M. L., Vestergaard, S., Andersen-Ranberg, K. (2013). Health among Europeans – a cross-sectional comparison of 16 SHARE countries. In Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H. et al. (eds). *Active ageing and solidarity between generations in Europe: first results from SHARE after the economic crisis*. Berlin: De Gruyter, 149–60. <http://www.degruyter.com/view/boos/9783110295467/9783110295467.149/9783110295467.149.xml>

Etil, F., Milcent, C. (2011). Income-related reporting heterogeneity in self-assessed health: evidence from France. *PSE Working Papers*, 1–30. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00590524/document>

Euroopa Komisjon (2008). Euroopa Terviseuuring (EHIS). <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Hupin, D., Roche, F., Gremeaux, V., Chatard, J.-C., Oriol, M., Gaspoz, J.-M., Edouard, P. (2015). Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥60 years: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 0, 1-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26238869>

Idler E. L., Benjamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1), 21–37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9097506>

Janković, J., Janević, T., von dem Knesebeck, O. (2012). Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. *Croat Med J*, 53(3), 254–62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22661139>

Johnsen, C., East, J. M., Glassmann, P. (2000). Management of malnutrition in the elderly and the appropriate use of commercially manufactured oral nutritional supplements. *J Nutr Health Aging*, 4(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840476>

Jürges, H., Avendano, M., Mackenbach, J. P. (2008). Are different measures of self-rated health

comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol*, 23(12), 773–81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18814040>

Jylha, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., Heikkinen, E. (1998). Is Self-Rated Health Comparable Across Cultures and Genders? *J Gerontol Soc Work*, 53(3), 144–52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9602839>

Kasmel, A., Helasoja, V., Lipand, A., Prättälä, R., Klumbiene, J., Pudule, I. (2004). Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health*, 14(1), 32–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15080388>

Kasmel, A., Lipand, A. (2007). *Tervisedenduse teooria ja praktika. Sissejuhatus salutoloogiasse*. Tallinn: *Tallinna Raamatutriikikoda*.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Glass, R. (1999). Social Capital and Self-Rated Health : A Contextual Analysis. *Am J Public Health* 89(8), 1187–93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508687>

Kunder, N. (2015). Tervise enesehinnangu seosed tervisekäitumisega 50-aastastel ja vanematel Eesti elanikel. <http://www.rahvatervis.ut.ee/handle/1/6094>

Lengyel, C. O., Tate, R. B., Obirek Blatz, A. K. (2009). The relationships between food group consumption, self-rated health, and life satisfaction of community-dwelling canadian older men: the manitoba follow-up study. *J Nutr Elder*, 28(2), 158–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21184363>

Manderbacka, K., Lundberg, O., Martikainen, P. (1999). Do risk factors and health behaviours contribute to self- ratings of health? *Soc Sci Med*, 48, 1713–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10405010>

Matsi, A., Oja, L. (2009). Eesti terviseuuring 2006 tabelid. Tervise Arengu Instituut. [http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU\\_tabelid.pdf](http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU_tabelid.pdf)

Nordic Council of Ministers (2012). Nordic Nutrition Recommendations. <https://www.norden.org/en/theme/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>

Pedersen, A. N., Cederholm, T. (2014). Health effects of protein intake in healthy elderly populations: a systematic literature review. *Food Nutr Res*, 58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24624051>

Poikolainen, K., Vartiainen, E., Kortionen, H. J. (1996). Alcohol Intake and Subjective Health. *Am J Epidemiol*, 144(4), 346–50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8712191>

Reile, R., Leinsalu, M. (2013). Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *Int J Public Health* 2013, 58(4), 555–64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23385391>

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826439>

Sakkeus, L., Karelson, K. (2012). The health transition in Estonia: breaking away from the Soviet legacy. *Opportunities and Challenges for Applied Demography in the 21st Century Applied Demography*, 2, 227–61. [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-2297-2\\_13](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-2297-2_13)

Tekkel, M., Veideman, T. (2006). Tervise enesehinnangu seos tervisekäitumisega: Eesti terviseuuring 2006. *Eesti Arst*, 88, 37–42. <http://eestiartst.ee/tervise-enesehinnangu-seos-tervisekaitumisega-eesti-terviseuuring-2006/>

Tervise Arengu Instituut (2008). Eakate inimeste toitumine ja kehaline aktiivsus. [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130165169139\\_Eakate\\_inimeste\\_toitumine\\_ja\\_kehaline\\_aktiivsus\\_est.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130165169139_Eakate_inimeste_toitumine_ja_kehaline_aktiivsus_est.pdf)

Tervise Arengu Instituut (2015). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014. [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/14274488161\\_T2iskasvanud\\_rahvastiku\\_tervisek2itumise\\_uuring\\_2014.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/14274488161_T2iskasvanud_rahvastiku_tervisek2itumise_uuring_2014.pdf)

Tervise Arengu Instituut & Eesti Toitumisteaduste Selts (2006). Eesti toitumis- ja toidusoovitused. [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130311768374\\_Eesti\\_toitumis\\_ja\\_toidusoovitused\\_est.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130311768374_Eesti_toitumis_ja_toidusoovitused_est.pdf)

WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 1948)

WHO (2013). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf)

Wisløff, U., Støylen, A., Loennechen, J. P., Bruvold, M., Rognum, Ø., Haram, P. M., Skjaerpe, T. (2007). Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study. *Circulation*, 115(24), 3086–94. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17548726>

World Cancer Research Fund International (2007). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>

Wu, L.-T., Blazer, D. G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol*, 43(2), 304–17. <http://ije.oxfordjournals.org/content/early/2013/10/24/ije.dyt173>

Zarini, G. G., Vaccaro, J. A., Terris, M. A. C., Exebio, J. C., Tokayer, L., Antwi, J., Huffman, F. G. (2014). Lifestyle Behaviors and Self-Rated Health: The Living for Health Program, 2014. *J Environ Pub Health*, 315042. <http://www.hindawi.com/journals/jeph/2014/315042/>

# TERVISE SUBJEKTIIVSED JA OBJEKTIIVSED HINNANGUD

Kai Saks

*Tartu Ülikooli sisekliinik*

Ene-Margit Tiit

*Tartu Ülikooli matemaatika ja statistika instituut / Statistikaamet*

---

## 1. SISSEJUHATUS

Inimese tervis on paljuski seotud heaolu ja elukvaliteediga, samuti igapäevase toimetulekuga, seetõttu peetakse selle hindamist oluliseks nii üksikisiku kui piirkondade ja riikide tasandil. Eri uuringute andmed võivad anda aga erinevaid tulemusi, sõltuvalt sellest, mille alusel tervist hinnati. Väga levinud on inimeste enesehinnangu kasutamine oma terviseseisundi kirjeldamiseks. Seda peetakse küll subjektiivseks tervisenäitajaks, kuid samas on leitud, et pikaajalise terviseprognoosiga on see väga hästi seotud (Kawada 2003, Gerber *et al.* 2009, Ambresin *et al.* 2014). Tervisest täpsema ülevaate saamiseks võib küsida inimese arvamust enese kohta veel paljude eri terviseseisundite kohta (valu, tegevusi segavad probleemid jmt). Inimeste hinnangud nõudvad tunnused on (ka kõige oskuslikuma tõlke puhul) tundlikud keeleerisuste, samuti kultuuritausta suhtes. Lisaks inimeste tervise enesehinnangule kasutatakse ka teatud standardiseeritud objektiivseid teste, mis annavad küll täpsema mõõdetava tulemuse, kuid sisaldavad ometi teatud subjektiivset komponenti, nagu näiteks motivatsioon testi sooritamiseks või testi läbiviija kompetentsus. Tervisehinnangu aluseks võib kasutada ka arstlikke otsuseid (diagnoosid, arstlik prognoos jmt) või ka laboratoorseid või radioloogiliste uuringute tulemusi, mille tõlgendamine on aga samuti vaid üks osa inimese üldisest terviseseisundist. Seega, võimalikult igakülgse pildi saamiseks inimeste tervisest on mõistlik ühendada eri meetodid. Subjektiivsed ja objektiivsed tervisehinnangud kajastavad tervise eri tahke ning mõlemad on vaja arvestada nii isiku terviseprognoosi kui ka rahvatervise strateegiate

tegemisel. SHARE uuringus ongi ühendatud nii subjektiivsed kui objektiivsed tervisenäitajad, mida käesolevas artiklis püüame eeskätt Eesti-keskselt analüüsida. Sellist analüüsi pole teadaolevalt Eesti vanemaealise elanikkonna esindusliku valimiga varem tehtud. SHARE uuring on longituuduuring, mille sihiks on selgitada nii vananemise kui pensionile jäämise erisusi eri Euroopa riikides, sestap on eakate kõrval kaasatud ka keskealised inimesed (alates 50. eluaastast).

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) elukvaliteedi definitsiooni järgi on elukvaliteet inimese subjektiivne hinnang oma positsioonile elus, inimese väärtussüsteemi ja kultuurikeskkonna kontekstis, kus hinnangud on seotud inimese eesmärkide, ootuste, elustandardite ja tajutud probleemidega. Elukvaliteedi mudel, mille töötas välja WHO elukvaliteedi töörühm, sisaldab kuus laia valdkonda: füüsiline tervis, psühholoogiline heaolu, sõltumatus, sotsiaalsed suhted, keskkond ja spirituaalsed/religioossed/isiklikud tõekspidamised (WHOQOL Group 1995). Elukvaliteeti mõjutavate eri tegurite osatähtsus muutub elu jooksul. Eakatel on kõige olulisemateks elukvaliteeti mõjutavateks teguriteks toimetulek igapäevaeluga, energia, valuvaba elu ning võime ringi liikuda (Molzhan *et al.* 2010). Varasemate uuringute andmete põhjal on Eesti vanematel inimestel nii tervis kui elukvaliteet paljude teiste Euroopa riikidega võrreldes halvemad (Strandberg *et al.* 2007, Saks, Tiit 2008, Beerens *et al.* 2014). Terviseprobleemide leevendamiseks on võimalik parandada vanemate inimeste elukvaliteeti. Eakate tervisepoliitika kujundamisel on oluline suunata fookus just nendele probleemidele, mis elukvaliteeti kõige rohkem mõjutavad.

Käesoleva artikli eesmärgid on kirjeldada subjektiivsete ja objektiivsete terviseprobleemide esinemissagedust Eesti vanemaealiste inimeste hulgas, võrrelda seda teiste SHARE projektis osalenud Euroopa riikidega ning analüüsida eri tervisenäitajate mõju elukvaliteedile.

## 2. METOODIKA

Andmekogujad kogusid andmed 2012.–2013. aastal elektroonilise küsimustiku abil, kus tervise küsimustele leidis vastaja sobiva vastusevariandi ette antud vastuste hulgast ning vajadusel täpsustas vastust oma sõnadega. Vastused on analüüsimiseks grupeeritud nii, et eristada terviseprobleemide raskusastet, detailset analüüsi eri haiguste/kaebuste osas käesolev artikkel ei sisalda. Objektiivsetest testidest tehti kolm: 1) Käe pigistusjõud – kasutati käe dünamomeetrit, kummagi käega tehti kolm maksimaalse tugevusega katset, selles analüüsis arvestasime kõige tugevamat pigistust kilogrammides; 2) Toolilt tõusmise test – isik istus toolil ja pidi ilma käte abita toolilt tõusma ning uuesti istuma nii mitu korda, kui suutis ühe minuti jooksul (toolilt tõusmiste arv minutis); 3) Sõnade meenu-tamise test – küsitaja ütles järjest kümme arvutiekraanile kuvatud sõna ning küsitlav



pidi kordama neist nii palju, kui meelde tuli; mõne aja pärast paluti neid kümmet sõna uuesti meenutada – viivitusega sõnade meenutamise test; käesolevas artiklis analüüsime just sõnade viivitusega meenutamist ja pidasime seda sobivaks, et mälu seisundit objektiivselt hinnata. Depressiivsuse skriinimiseks kasutati EURO-D küsimustikku, mille alusel sai eristada need, kellel on risk depressiooni olemasoluks ehk depressiivsus (Prince *et al.* 1999, Castro-Costa *et al.* 2008). Elukvaliteedi hindamiseks kasutati CASP-12 mõõdikut, mis on loodud SHARE uuringu jaoks CASP-19 alusel (Knesebeck *et al.* 2005).

Kuigi SHARE uuringusse kaasati inimesed alates 50. eluaastast, siis jäeti käesolevast analüüsist välja 50–54-aastased isikud, kuna nende esindatus oli Eesti valimis väike. Käesolevas uuringus analüüsiti kõigis riikides 55-aastaste ja vanemate inimeste andmeid. Kokku andis terviseetemadele vastused 65281 inimest (vanuses 55–104 aastat) SHARE 5. laines osalevast 15 riigist (Austria 4252, Saksamaa 5690, Rootsi 4531, Holland 4129, Hispaania 6450, Itaalia 4703, Prantsusmaa 4445, Taani 4136, Šveits 3008, Belgia 5614, Iisrael 2332, Tšehhi 3360, Luksemburg 1610, Sloveenia 2948, Eesti 5735).

Eesti valim eristus selle poolest, et seal oli kõige rohkem naisi (60,3%, keskmine 54,9%), suhteliselt palju 75-aastaseid ja vanemaid inimesi (28,8%, keskmine 25,5%) ning kõige rohkem tõsise tegevusepiiranguga isikuid (30,1%, keskmine 15,7%). Vähemalt 65-aastaste isikute osakaal on SHARE Eesti valimis üldkogumist kõrgem. Igapäevategevuste piirangute osas erineb SHARE Eesti valimi struktuur mõnevõrra samaealiste üldkogumist: valimis on 4% võrra vähem kui üldkogumis<sup>1</sup> isikuid, kellel pole igapäeva tegevuste kitsendusi, kuid 2% võrra on vähem ka neid, kellel on olulised kitsendused. Võrreldes põhi- või madalama haridusega isikute osakaale selgub, et neid on valimis veidi vähem kui üldkogumis. Seega, kokkuvõttes on SHARE Eesti valim võrdlemisi lähedane üldkogumiga, kuid selle isikute keskmine vanus on veidi kõrgem kui üldkogumis, seda eeskätt noorima vanemaaliste rühma madalama esindatuse arvel. Analüüsi tulemusi vaagides tuleb meeles pidada neid mõningaid erinevusi üldkogumist.

Kuna vanemas eas muutuvad terviseprobleemid üha aktuaalsemaks, siis otsustasime vaadelda eeskätt terviseprobleeme, mitte parimat tervist ja võrdlesime riike raskemate häirete esinemissageduse alusel. Jagasime tunnused subjektiivseteks ja objektiivseteks – subjektiivsed on need, kus isik andis hinnangu ühele küsimusele, valides ette antud vastusevariantidest tema arvates sobivaima; objektiivseteks tunnusteks lugesime need, kus tulemus saadi testi tulemusena (ka vastavad kompleksed küsimustikud koos mitmest vastusest tuleneva koondnäiduga kuuluvad siia), niisamuti pidasime objektiivseteks tunnusteks terviseprobleemide ja kasutatavate ravimite arvu, kuna need põhinesid isiku arsti tehtud otsustele. Kokku eristasime 4 subjektiivset (tervise enesehinnang,

<sup>1</sup> Üldkogumi andmed: Statistikaameti avalik andmebaas, <http://www.stat.ee/>.

hapruse tunnused, valu, mälu enesehinnang) ning 6 objektiivset tervisetunnust (terviseprobleemide arv, ravimite arv, viivisega meenutatud sõnade arv, depressiivsus, käe pigistusjõud, toolilt tõusmine).

Andmetöötluseks kasutasime SHARE 5. laine koguandmestiku kirjeldavat statistikat ning lineaarsete regressioonimudelite tegemist. Mudelite kirjeldatuse astet hinnati  $R^2$ -ga.

### 3. TULEMUSED

#### 3.1. EESTI KESKMISED TERVISENÄITAJAD SHARE RIIKIDE SEAS

Võrdlesime Eesti inimeste tervisenäitajaid teiste riikide keskmiste näitajatega. Selgus, et vaid keskmine kasutatav ravimite arv ei erinenud Eesti ja teiste riikide vahel oluliselt ( $P=0,142$ ), kõik ülejäänud näitajad olid aga Eestis keskmiselt oluliselt halvemad: tervise enesehinnang, terviseprobleemide arv, hapruse tunnused, valu, mälu enesehinnang, depressiivsus, toolilt tõusmine ( $P < 0,000$ ); käe pigistusjõud ( $P=0,001$ ); meenutatud sõnade arv ( $P=0,011$ ).

Kuna tervishoiu- ja hoolekandeteenuste planeerijate jaoks on oluline teada eri probleemidega inimeste ligikaudset levimust, siis esitame edaspidised tulemused probleemide esinemissagedusena.

Tabelis 1 on esitatud halbade tervisenäitajate esinemissagedused Eestis ja kõikide riikide keskmisena ning Eesti koht riikide seas (parim 1 ... halvim 15). Subjektiivsed tunnused on halliga varjutatud taustal, objektiivsed valgel taustal.

**Tabel 1.** Subjektiivsed\* ja objektiivsed tervisetunnused Eesti ja Euroopa riikides. Subjektiivsed tervisetunnused on tabelis varjutatud, objektiivsed varjutamata

| Tunnus   | Eesti keskmine (%) | Kõikide riikide keskmine (%) | Koht riikide hulgas |
|--|--------------------|------------------------------|---------------------|
| Tervise enesehinnang: halb                         | 22,2               | 10,7                         | 15                  |
| Terviseprobleemide arv: 3 või enam                 | 28,6               | 26,5                         | 10                  |
| Esineb vähemalt üks hapruse tunnus                 | 50,5               | 35,6                         | 15                  |
| Valu esinemine                                     | 50,2               | 42,5                         | 12                  |
| Ravimite arv 5–8                                   | 7,5                | 7,2                          | 9                   |
| Mälu enesehinnang halb                             | 11,3               | 5,6                          | 15                  |
| Meenutatud sõnu vähem kui 4                        | 42                 | 40,3                         | 12                  |
| Depressiivsus                                      | 36,6               | 26,1                         | 15                  |
| Käe pigistusjõud vähem kui 25 kg                   | 23                 | 22,5                         | 11                  |
| Ei suutnud toolilt tõusta vähemalt 5 korda minutis | 24,6               | 17                           | 14                  |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

\* Subjektiivsed tervisenäitajad on varjutatud

Tabel 2. Eesti rahvastiku terviseseisund subjektiivsete ja objektiivsete näitajate lõikes, %

| Tunnus  | Kokku | Sugu |       | Vanuserühm |       |      | Tegevuspiirang |          |        | Haridus |      |      |
|---|-------|------|-------|------------|-------|------|----------------|----------|--------|---------|------|------|
|   |       | Mees | Naine | 55–64      | 65–74 | 75+  | Töbine         | Möödukas | Ei ole | Põhi    | Kesk | Kõrg |
| <b>Terviseprobleemide arv (obj)</b>           |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| 0–2   | 71,4  | 76,5 | 68,1  | 79,4       | 68,8  | 58,1 | 47,3           | 68,5     | 92,1   | 65,8    | 72,4 | 77,3 |
| 3+  | 28,6  | 23,5 | 31,9  | 20,6       | 31,2  | 41,9 | 52,7           | 31,5     | 7,9    | 34,2    | 27,6 | 22,7 |
| <b>Hapruse tunnuste arv (subj)</b>            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| 0   | 49,5  | 56,2 | 45,0  | 57,1       | 50,8  | 31,5 | 17,0           | 44,5     | 78,0   | 37,0    | 52,3 | 60,2 |
| 1–2   | 41,0  | 36,6 | 43,9  | 37,8       | 40,8  | 49,7 | 59,1           | 48,9     | 21,1   | 48,0    | 39,8 | 33,8 |
| 3–4   | 9,6   | 7,1  | 11,2  | 5,1        | 8,3   | 18,7 | 23,9           | 6,7      | 0,9    | 14,9    | 8,0  | 6,0  |
| <b>Valu (subj)</b>                            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| jah   | 50,2  | 48,3 | 51,4  | 47,5       | 29,9  | 57,5 | 72,5           | 58,0     | 26,8   | 58,2    | 49,4 | 40,7 |
| <b>Ravimite arv (obj)</b>                     |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| 0–1   | 51,2  | 57,0 | 47,5  | 61,7       | 46,9  | 34,8 | 25,9           | 42,7     | 77,5   | 42,9    | 52,4 | 60,3 |
| 2–4   | 40,9  | 37,9 | 42,9  | 32,7       | 44,5  | 53,3 | 56,7           | 50,1     | 21,6   | 46,7    | 40,4 | 34,0 |
| 5–8   | 7,5   | 5,0  | 9,2   | 5,2        | 8,5   | 11,4 | 16,5           | 7,2      | 0,9    | 9,8     | 7,1  | 5,4  |
| 9+  | 0,3   | 0,1  | 0,4   | 0,4        | 0,2   | 0,5  | 0,9            | 0,1      | 0,0    | 0,6     | 0,2  | 0,2  |
| <b>Mälu enesehinnang (subj)</b>               |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| Suurepärase/<br>väga hea/hea                  | 43,8  | 44,5 | 43,4  | 56,1       | 43,9  | 24,2 | 30,9           | 38,4     | 57,8   | 28,7    | 47,0 | 57,0 |
| Keskmine/ halb                                | 56,2  | 55,5 | 56,6  | 40,6       | 59,4  | 75,8 | 69,1           | 61,6     | 42,2   | 71,3    | 53,0 | 43,0 |
| <b>Meenutatud sõnade arv (obj)</b>            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| <4  | 42,0  | 47,0 | 38,9  | 28,8       | 42,2  | 66,3 | 54,9           | 41,7     | 32,8   | 64,2    | 36,1 | 25,2 |
| 4–5   | 34,9  | 34,7 | 35,0  | 39,2       | 36,8  | 25,8 | 28,7           | 37,5     | 37,3   | 26,6    | 38,4 | 38,3 |
| 6+  | 23,1  | 18,3 | 26,1  | 32,0       | 21,0  | 7,9  | 16,4           | 20,8     | 29,9   | 9,2     | 25,5 | 36,5 |
| <b>Depressiooni skriining (obj)</b>           |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| Võimalik<br>depressioon                       | 36,6  | 29,3 | 41,3  | 31,0       | 35,8  | 48,5 | 58,9           | 38,8     | 18,8   | 46,7    | 35,0 | 26,7 |
| <b>Maksimaalne käe pigistusjõud (kg; obj)</b> |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| <25   | 23,0  | 3,6  | 35,3  | 12,3       | 22,1  | 46,7 | 34,1           | 25,6     | 14,0   | 31,5    | 20,9 | 17,2 |
| 25–44   | 57,9  | 48,0 | 64,2  | 60,0       | 61,2  | 47,8 | 52,5           | 56,6     | 62,3   | 55,0    | 57,9 | 61,5 |
| 45+   | 19,1  | 48,5 | 0,5   | 27,7       | 16,8  | 5,5  | 13,4           | 17,8     | 23,7   | 13,5    | 21,2 | 21,3 |
| <b>Toolilt tõusmine (obj)</b>                 |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| < 5 korda/min.                                | 24,6  | 21,9 | 26,4  | 17,2       | 22,1  | 42,3 | 50,5           | 21,1     | 7,6    | 35,7    | 21,9 | 15,2 |
| <b>Tervise enesehinnang (subj)</b>            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| Suurepärase                                   | 1,6   | 1,2  | 1,9   | 2,2        | 1,0   | 0,3  | 0,3            | 0,2      | 3,8    | 0,7     | 1,7  | 2,9  |
| Väga hea                                      | 3,6   | 3,1  | 3,9   | 4,4        | 2,8   | 1,6  | 0,5            | 1,2      | 7,9    | 1,2     | 3,4  | 7,1  |
| Hea   | 23,1  | 22,8 | 23,4  | 30,3       | 21,1  | 10,4 | 4,0            | 14,7     | 44,6   | 12,7    | 24,6 | 34,6 |
| Rahuldav                                      | 49,5  | 50,1 | 49,0  | 47,6       | 54,4  | 49,9 | 39,0           | 68,5     | 42,4   | 50,7    | 51,3 | 43,8 |
| Halb  | 22,2  | 22,8 | 21,8  | 15,5       | 20,8  | 37,9 | 56,3           | 15,3     | 1,3    | 34,7    | 19,1 | 11,6 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Tabel 3. SHARE 5. laine riikide keskmised subjektiivsed ja objektiivsed tervisenäitajad, %

| Tunnus  | Kokku | Sugu |       | Vanuserühm |       |      | Tegevuspiirang |          |        | Haridus |      |      |
|---|-------|------|-------|------------|-------|------|----------------|----------|--------|---------|------|------|
|   |       | Mees | Naine | 55–64      | 65–74 | 75+  | Töisine        | Möödukas | Ei ole | Põhi    | Kesk | Kõrg |
| <b>Terviseeiseisundite arv (obj)</b>          |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| 0–2   | 73,5  | 75,3 | 72,2  | 80,6       | 69,8  | 57,6 | 44,7           | 61,9     | 88,0   | 67,4    | 75,6 | 80,7 |
| 3+  | 26,5  | 24,7 | 27,8  | 19,4       | 30,2  | 42,4 | 55,3           | 38,1     | 12,0   | 32,6    | 24,4 | 19,3 |
| <b>Hapruse tunnuste arv (subj)</b>            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| 0   | 64,4  | 71,4 | 58,9  | 71,5       | 65,3  | 44,6 | 25,9           | 50,5     | 82,8   | 57,1    | 67,7 | 71,8 |
| 1–4   | 35,6  | 28,6 | 41,1  | 28,5       | 34,7  | 55,4 | 74,1           | 49,5     | 17,2   | 42,9    | 32,3 | 28,2 |
| <b>Valu (subj)</b>                            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| jah   | 42,5  | 36,3 | 47,4  | 39,7       | 42,7  | 51,8 | 73,7           | 61,1     | 23,6   | 50,3    | 40,3 | 32,4 |
| <b>Ravimite arv (obj)</b>                     |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| 0–1   | 52,4  | 54,6 | 50,7  | 62,0       | 45,9  | 30,8 | 22,6           | 36,3     | 69,6   | 43,4    | 55,6 | 62,7 |
| 2–4   | 40,2  | 39,6 | 40,7  | 33,1       | 46,0  | 55,5 | 54,8           | 53,4     | 28,9   | 46,2    | 38,3 | 32,8 |
| 5–8   | 7,2   | 5,7  | 7,2   | 4,7        | 7,9   | 13,1 | 21,5           | 10,1     | 1,5    | 10,0    | 5,9  | 4,3  |
| 9+  | 0,2   | 0,2  | 0,2   | 0,2        | 0,2   | 0,5  | 1,2            | 0,2      | 0,0    | 0,4     | 0,2  | 0,1  |
| <b>Mälu enesehinnang (subj)</b>               |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| Suurepärase / väga hea/ hea                   | 70,8  | 71,5 | 70,2  | 78,1       | 69,8  | 51,9 | 50,0           | 64,7     | 79,7   | 60,8    | 74,7 | 81,7 |
| Keskmine/ halb                                | 29,2  | 28,5 | 29,8  | 21,9       | 30,2  | 48,1 | 50,0           | 35,3     | 20,3   | 39,2    | 25,3 | 18,3 |
| <b>Meenutatud sõnade arv (obj)</b>            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| <4  | 40,3  | 44,0 | 37,5  | 29,1       | 42,3  | 68,4 | 56,9           | 44,7     | 33,6   | 57,5    | 33,7 | 22,2 |
| 4–5   | 35,9  | 36,8 | 35,0  | 40,0       | 37,5  | 24,3 | 28,4           | 34,5     | 38,6   | 30,7    | 40,0 | 37,9 |
| 5+  | 23,8  | 19,2 | 27,4  | 30,9       | 20,2  | 7,3  | 14,7           | 20,8     | 27,8   | 11,8    | 26,3 | 39,8 |
| <b>Depressiooni skriining (obj)</b>           |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| Võimalik depressioon                          | 26,1  | 18,8 | 32,0  | 23,0       | 24,0  | 35,7 | 55,7           | 33,3     | 14,5   | 33,2    | 23,5 | 18,8 |
| <b>Maksimaalne käe pigistusjõud (kg; obj)</b> |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| <25   | 22,5  | 4,3  | 37,2  | 14,1       | 23,0  | 46,2 | 38,2           | 28,4     | 15,9   | 32,5    | 17,7 | 14,3 |
| 25–44   | 56,9  | 50,2 | 62,3  | 58,2       | 58,6  | 48,7 | 48,6           | 54,8     | 59,8   | 53,7    | 57,9 | 60,2 |
| 45+   | 20,6  | 45,6 | 0,5   | 27,7       | 18,4  | 5,1  | 16,8           | 16,8     | 24,2   | 13,8    | 24,4 | 25,5 |
| <b>Toolilt tõusmine (obj)</b>                 |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| <5 korda/min.                                 | 17,0  | 31,9 | 18,7  | 10,5       | 15,8  | 34,7 | 47,9           | 19,7     | 6,8    | 24,3    | 14,0 | 9,5  |
| <b>Tervise enesehinnang (subj)</b>            |       |      |       |            |       |      |                |          |        |         |      |      |
| Suurepärase                                   | 8,3   | 8,6  | 8,1   | 9,8        | 7,4   | 3,3  | 0,8            | 1,6      | 14,1   | 4,9     | 8,2  | 14,4 |
| Väga hea                                      | 17,7  | 18,3 | 17,2  | 20,8       | 16,4  | 8,6  | 1,8            | 7,7      | 27,6   | 11,7    | 18,6 | 26,4 |
| Hea   | 36,5  | 37,3 | 53,9  | 39,3       | 37,1  | 31,3 | 12,4           | 35,8     | 43,8   | 35,2    | 38,5 | 35,4 |
| Rahuldav                                      | 26,8  | 25,4 | 27,9  | 22,8       | 29,1  | 36,1 | 38,4           | 45,1     | 13,6   | 32,7    | 25,7 | 18,5 |
| Halb  | 10,7  | 10,5 | 10,9  | 7,2        | 10,0  | 20,7 | 46,6           | 9,9      | 0,8    | 15,5    | 9,0  | 5,3  |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

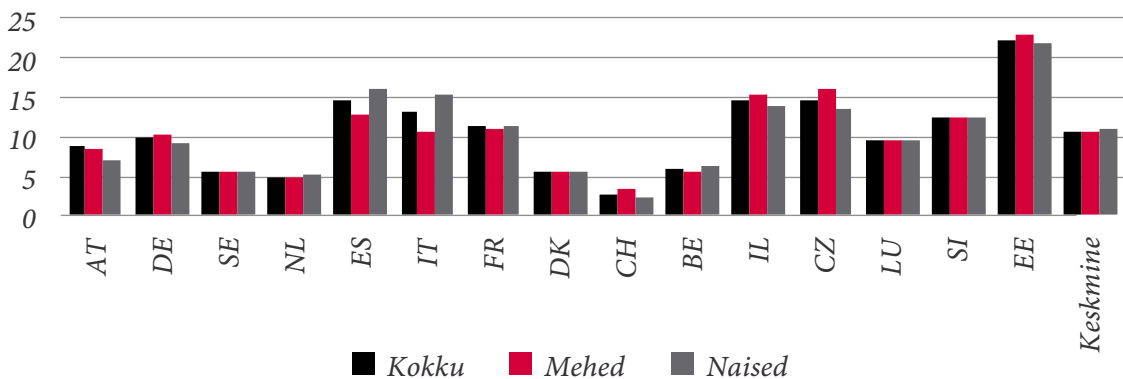
Tabelist 1 selgub, et Eesti vanemaaliste inimeste subjektiivsetest tervisenäitudest kolm olid osalenud Euroopa riikidest halvimal, eriti tervise ning mälu enesehinnangud, mis olid koguni kaks korda keskmisest kehvemad ehk teisisõnu – Eestis hindas kaks korda rohkem inimesi oma tervist ja mälu halvaks. Vaid valu osas polnud hinnangud kõige halvemad, kuigi halvemate seas (12. koht). Objektiivsetest tervisenäitudest neli olid keskmisest tasemest vaid pisut halvemad, samas esines depressiivsust kõige sagedamini ning toolilt tõusmise võimekuse osas oli tulemus eelviimane. Valimite keskmiste võrdlemisel tuleb meeles pidada, et Eesti valim erines mitmes aspektis teiste riikide valimist.

### 3.2. TERVISENÄITUDE ANALÜÜS SÕLTUVALT OSALEJATE SOOST, VANUSEST, TEGEVUSPIIRANGUST JA HARIDUSTASEMEST

Kuna Eesti valimis oli kõige enam naisi, vanemaid inimesi ja tegevuspiiranguga inimesi, siis analüüsisime tervisetunnuseid ka nendest rühmitavatest tunnustest lähtuvalt. Lisaks hindasime haridustaseme ja tervisetunnuste seoseid. Artiklis on esitatud Eesti tulemused ning kõikide riikide keskmised tulemused rühmitavate tunnuste kaupa tabelites 2 ja 3 ning riikide keskmised tulemused riikide kaupa joonistel 1–10.

#### TERVISE ENESEHINNANG

Riikidevaheliseks võrdlemiseks kasutasime halva tervisehinnanguga inimeste osakaalu. Halvaks hindasid inimesed oma tervist riigiti väga erinevalt – kõige vähem Šveitsis (2,8%) ning kõige rohkem Eestis (22,2%; riikide keskmine 10,7%; joonis 1). Halb tervisehinnang esines sarnase sagedusega nii meestel kui naistel.



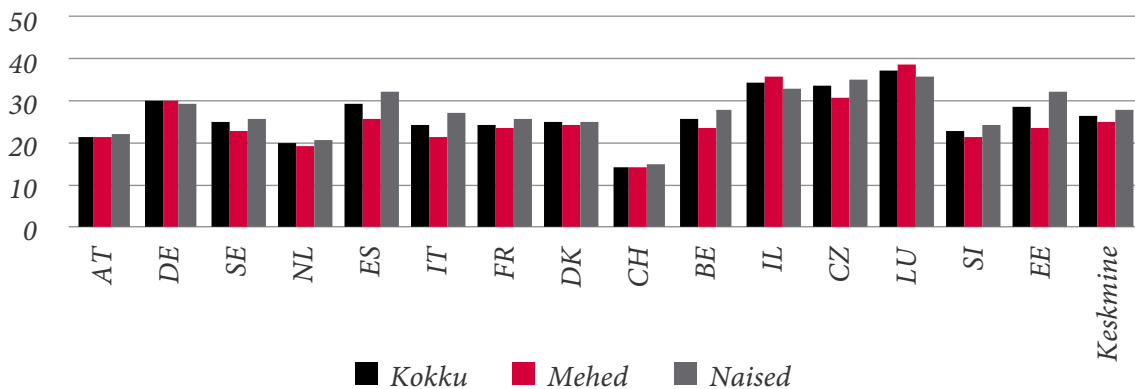
**Joonis 1.** Tervise enesehinnang „halb“ meestel ja naistel (%).  
Share 5. laine

Vanusega halva tervise osakaal arusaadavalt suurenes kõikides riikides. Eestis oli halba tervisehinnangut kõikides vanuserühmades kaks korda sagedamini võrreldes riikide keskmisega. Halva tervisehinnanguga inimeste osakaal oli Eestis ühe vanuserühma võrra nihkes võrreldes Euroopa keskmistega – Eesti nooremas vanuserühmas (55–64-aastased) pisut kehvem kui riikide keskmine keskmises vanuserühmas (65–74-aastased) ning Eesti keskmises vanuserühmas (65–74-aastased) võrreldav riikide keskmisega kõige vanemas vanuserühmas (75-aastased ja vanemad). Eestiga sarnaselt suurenes halva tervisehinnanguga inimeste osakaal märgatavalt iga vanuserühmaga Iisraelis, Itaalias, Hispaanias ja Tšehhis. Vanus ja halb tervisehinnang olid väga vähe seotud Šveitsis, Belgias, Hollandis ja Rootsis. Tegevuspiirang suurendas halva tervisehinnanguga isikute esinemissagedust kõikides riikides, eeskätt mõjutas seda tõsine tegevuspiirang. Eestis oli tervisehinnang halb ilma tegevuspiiranguta inimestel 1,3%-l (12. koht riikide seas), mõõduka piiranguga 15,3% (14. koht), tõsise piiranguga 56,3% (11. koht). Seega oli Eestis suhteliselt halvem tervisehinnang just mõõduka tegevuspiiranguga inimestel. Haridustaseme tõusuga vähenes halva tervisehinnanguga inimeste osakaal nii Eestis kui ka teistes riikides. Eestis oli kõikides hariduserühmades halba tervisehinnangut kaks korda sagedamini kui riikides keskmiselt. Eestis olid ka kõige suuremad erinevused erineva haridustasemega inimeste tervisehinnangutes. Haridusest sõltuvad erinevused olid suured veel Saksamaal, Prantsusmaal ja Sloveenias. Hariduse tase oli vähe seotud halva tervisehinnanguga Šveitsis, Hollandis, Rootsis, Belgias ja Taanis. Paljudes riikides oli tervisehinnang oluliselt halvem põhiharidusega inimestel, kuid vahe kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel oli väike.

### *TERVISPROBLEEMIDE ARV*

Terviseprobleemide hindamisel paluti vastajal lähtuda sellest, mida talle on öelnud tema arst ning vastata ette antud tabeli järgi, kas tal nimetatud terviseprobleeme esineb või mitte. Loendis oli 16 diagnoosi/probleemi, näiteks 1) südameinfarkt või pärgarterite tromboos või muu südamehaigus, kaasa arvatud südamepuudulikkus; ... 13) Silmakae ehk katarakt. Vajadusel võis diagnoose/probleeme loendile lisada. Ühtegi probleemi ei nimetanud väga vähesed inimesed – Eestis 0,4% (riikide keskmine samuti 0,4%). Enamus nimetas ühe või kahte probleemi – Eestis oli üks probleem 49,2% (keskmine 52,0%), kaks probleemi 21,8% (keskmine 21,1%), kolm probleemi 14,4% (keskmine 13,3%), neli probleemi 7,8% (keskmine 7,0%), viis probleemi 3,6% (keskmine 3,4%), rohkem kui 5 probleemi oli 2,6%-l (keskmine 2,7%).

Paljude terviseprobleemidega inimestena käsitlesime neid, kellel oli 3 või enam terviseprobleemi. Riikidevahelised erinevused olid üllatavalt suured – kõige vähem oli kolme või enama diagnoosiga inimesi Šveitsis (14,3%), ka Hollandis ja Austrias, teistest oluliselt enam aga Luksemburgis (37,3%), samuti Iisraelis ja Tšehhis (joonis 2).



**Joonis 2.** Kolm või enam terviseprobleemi meestel ja naistel (%).

Share 5. laine

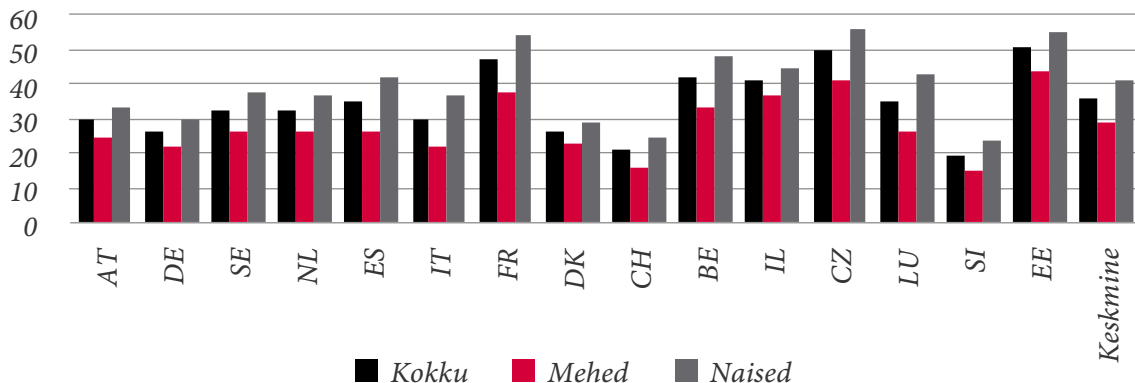
Erisused riikide vahel hõlmasid üsna ühtlaselt kõiki vaadeldavaid alarühmi (sugu, vanus, tegevusepiirang, haridustase). Eestis – nagu ka teistes riikides – oli rohkem terviseprobleeme naistel, vanematel, raskema tegevuspiiranguga ja madalama haridustasemega inimestel. Kõige suuremad erinevused nii Eestis kui ka teistes riikides olid seotud tegevuspiiranguga.

### HAPRUS

Haprus (*frailty*) on geriaatriline sündroom, mida eakate terviseprobleemidest rääkides ning teadusuuringutes viimastel aastatel sageli kasutatakse. Hapruse käsitlemist sündroomina peetakse fenotüüpseks käsitluseks (*the phenotype of frailty*) ning haprust tegevuspiirangute võimaliku tekke riskiteguriks. Hapruse tunnuseks on paljude organite reservide vähene mine, mille tõttu hapraid eakaid ohustavad raskete tagajärgedega kehalised või vaimsed häired juba näiliselt väikeste mõjutuste tõttu, nagu näiteks lihtne infektsioon või uus ravim. Sagedasemad haprusega seotud probleemid on kukkumine, deliirium ja liikumishäired. Niisamuti on habrastel eakatel aeglustunud paranemine, suurem risk sattuda pikaajalisse hooldusasutusse ning suurenenud suremus (Turner & Clegg 2014, Fried *et al.* 2004). Teine vaatekoht haprusele on kumulatiivse defitsiidi mudel (*cumulative deficit model*), mis käsitleb haprust kui tegevuspiiranguid juba sisaldavat seisundit (Theou *et al.* 2012).

SHARE andmestiku alusel on välja töötatud fenotüüpsele lähenemisele põhinev kompleksne hapruse indeks (SHARE-FI), kus kasutatakse viit eri näitajat (kurnatus, kaalukaotus, käe pigistusjõud, kõndimise raskus, vähene kehaline aktiivsus) (Romero-Ortuno *et al.* 2010, Romero-Ortuno, Fouweather, Jagger 2014). Lisaks küsiti SHARE 5. laine uuringus võimalikule haprusele viitavate tunnustena nelja seisundi esinemist:

kukkumine; hirm kukkumise ees; peapööritus, minestamine või teadvusekaotused; kehaline või vaimne kurnatus, väsimus. Käesolevas töös analüüsisime viimati mainitud küsimusi – nende isikute hulka, kellel esines vähemalt üks haprusele viitav tunnus neljast. Eestis oli selliseid inimesi 50,5% (keskmine 35,6%). Eestiga suhteliselt sarnased olid Tšehhi, Prantsusmaa, Belgia ja Iisrael (joonis 3).



**Joonis 3.** Vähemalt ühe hapruse tunnuse esinemine (%).

Share 5. laine

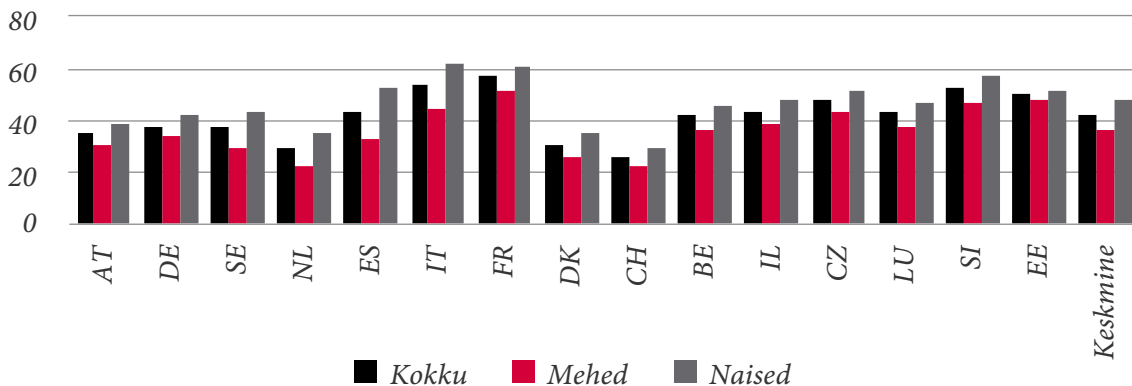
Hapruse tunnuste avaldumine sageses eriti kõige vanemas vanuserühmas, samas oli tegevuspiirang kõige suurema mõjuga rühmitav tunnus hapruse esinemissageduse suhtes. Madalama haridusega inimeste hulgas oli hapruse tunnuseid sagedamini. Enamasti oli vahe kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel väiksem kui kesk- ja põhiharidusega inimeste vahel. Rühmitavate tunnuste mõju oli riikides üsna sarnane.

## VALU

Valu esinemist küsiti eri paikmete kaupa, kuid käesolevas töös analüüsisime vaid seda, kas valu esines või mitte. Eestis kannatasid valu pooled küsitletutest ehk 50,2% (keskmine 42,5%). Eestist mõnevõrra sagedamini esines vanematel inimestel valu Prantsusmaal, Itaalias ja Sloveenias, oluliselt vähem aga Šveitsis, Hollandis ja Taanis. Kõikides riikides esines valu sagedamini naistel, Eestis oli vahe sugude vahel kõige väiksem (joonis 4).

Enamikus riikides sageses valu vanuse kasvuga, ka Eestis. Eestis olid vanuserühmade vahelised erinevused keskmised. Vanuse mõju valu esinemissagedusele oli väga väike Hollandis, Taanis ja Rootsis – neis riikides oli keskmises vanuserühmas valu koguni vähem kui nooremas vanuserühmas. Tegevuspiirang, ka mõõdukas, suurendas märgata-





**Joonis 4.** Valu esinemine meestel ja naistel (%).

Share 5. laine

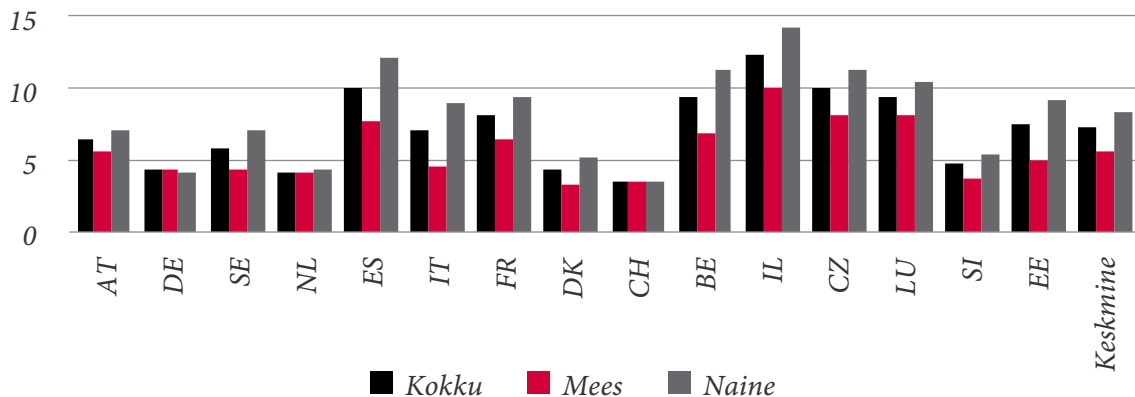
valt valu esinemissagedust kõikides riikides ning oli suurima mõjuga teiste rühmitavate tunnuste hulgas. Hariduse taseme kasvuga vähenes valu esinemissagedus. Eestis olid erinevused kõigi kolme haridustaseme vahel ligikaudu ühesugused, samas olid erinevused väiksed põhi- ja keskharidusega inimeste vahel Hollandis ja Itaalias ning kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel Rootsis, Hispaanias, Prantsusmaal ja Iisraelis.

### RAVIMITE ARV

Ravimite tarvitamist vähemalt kord nädalas küsiti vastavalt ette antud ravimite rühmadele (13 rühma) ning vajadusel lisati muud ravimid.

Eestis selliseid inimesi, kes poleks ühtegi ravimit tarvitanud, ei olnud, üsna sarnane oli olukord ka teistes riikides (0–0,3%). Maksimaalselt ühte ravimit kasutasid Eestis küsitletutest 51,2% (keskmine 52,4%), kahte ravimit 20,2% (keskmine 19,6%), kolme ravimit 13,3% (keskmine 13,3%), nelja ravimit 7,4% (keskmine 7,3%), viit ravimit 4,4% (keskmine 3,9%), kuut ravimit 1,9% (keskmine 1,9%), seitsset ravimit 0,7% (keskmine 1,0%), kaheksat ravimit 0,4% (keskmine 0,4%) ning 9 või rohkem ravimit 0,3% (keskmine 0,2%).

Mida rohkem ravimeid korraga kasutatakse, seda suurem on ravimite kahjulike koostoitete võimalus. Kuna 9 või enama ravimi kasutajaid oli kõikides riikides väga vähe, siis vaatesime riikide kaupa 5–8 ravimi tarvitajate sagedust. Sagedase ravimikasutusega paistsid silma Iisrael, Hispaania, Tšehhi, Belgia ja Luksemburg, vähe oli paljude ravimite kasutajaid Šveitsis, Taanis, Hollandis, Rootsis ja Saksamaal (joonis 5). Eestis oli naised paljude ravimite kasutajana rohkem kui mehed, nii oli see ka ülejäänud riikidest 11-s, kuid kolmes riigis (Šveits, Taani, Holland) sellist vahet meeste ja naiste vahel ei olnud. Riikides, kus oli paljude ravimite tarvitajaid vähem, oli üldiselt ka vahe meeste ja naiste vahel väiksem.



**Joonis 5.** Paljude ravimite (5–8) kasutajad (%).

Share 5. laine

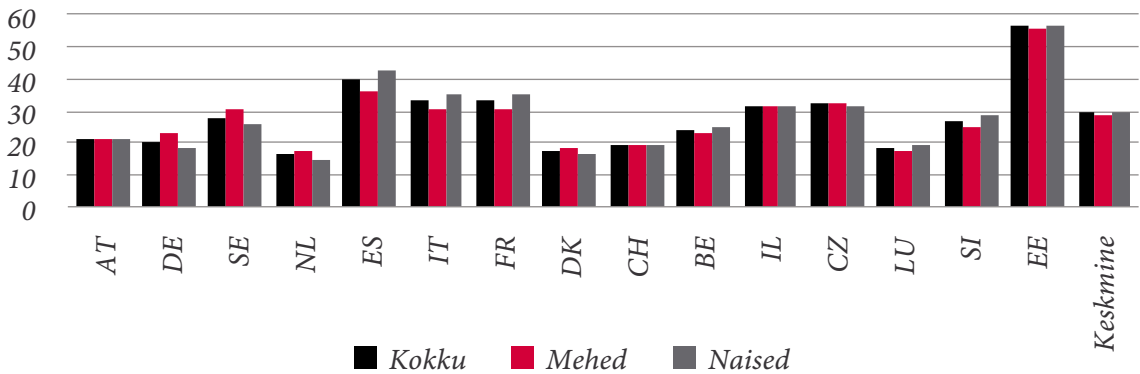
Eestis suurenes paljude ravimite kasutamine vanusega, nii oli see ka enamikus teistes riikides. Siiski oli ka riike, kus paljude ravimite tarvitamine noorema ja keskmise vanuserühma vahel oli sarnane (Rootsi, Taani, Šveits, Luksemburg). Tegevuspiirang ja selle raskuse süvenemine suurendas oluliselt hulgiravimikasutajate hulka kõikides riikides, sõltumata selle üldisest sagedusest riigis, ning oli suurima mõjuga. Haridustaseme tõusuga vähenes paljude ravimite kasutamine kõikjal. Mõnes riigis oli vahe kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel väga väike (Hispaania, Itaalia, Šveits, Iisrael), Rootsis seevastu ei erinenud palju põhi- ja keskkharidusega inimeste hulgiravimikasutus.

### MÄLU ENESEHINNANG

Mälu hindasid Eesti inimesed suurepäraseks 2,0% (keskmine 6,1%), väga heaks 6,3% (keskmine 19,5%), heaks 35,5% (keskmine 45,1%), keskmiseks 45,0% (riikide keskmine 23,6%) ning halvaks 11,3% (keskmine 5,7%). Nii mälu heaks hindavate isikute (suurepärase, väga hea, hea) kui halvaks hindavate isikute osakaalu poolest oli Eesti kõige halvema tulemusega riik. Eestiga sarnaselt hindasid mälu sagedamini halvaks ka inimesed Iisraelis, Hispaanias ja Itaalias, seevastu Hollandis, Šveitsis, Taanis ja Saksamaal hinnati mälu halvaks väga harva.

Eesti eristus veel selle poolest, et kõige sagedamini hinnati oma mälu keskmiseks, teistes riikides oli kõige rohkem neid, kes hindasid mälu heaks (Taanis koguni väga heaks). Edasises analüüsis vaatlemegi koos inimesi, kes hindasid oma mälu üldiselt halvemaks – keskmiseks või halvaks – Eestis oli neid 56,3% (keskmine 29,3%). Meeste ja naiste hinnangute vahel olulist vahet ei olnud ei Eestis ega ka teistes riikides (joonis 6).

Mälu halvem enesehinnang suurenes vanusega kõikides riikides. Eestis suurenes see iga vanuserühmaga, kuid paljudes riikides märgatavalt alles kõige vanemas vanuserühmas.



**Joonis 6.** Mälu enesehinnang keskmine või halb (%).

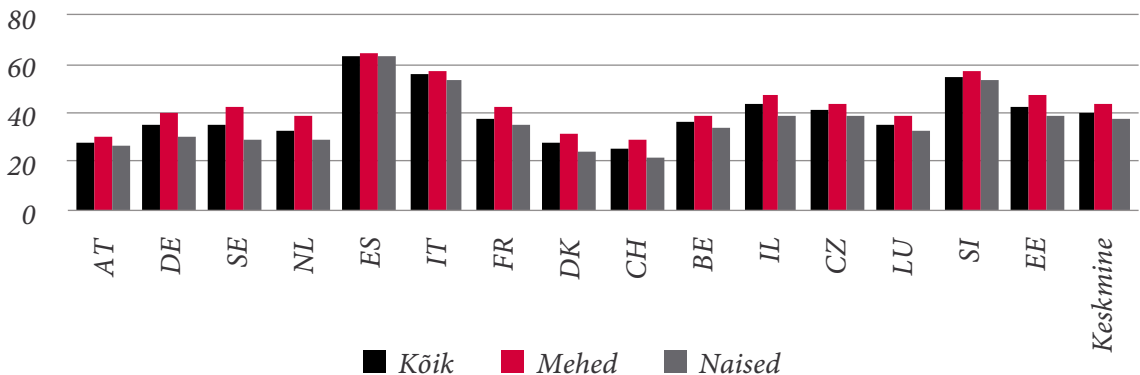
Share 5. laine

Tegevuspiiranguga ja madalama haridustasemega inimesed hindasid oma mälu halvemaks. Kõikide rühmitavate tunnuste mõju mälu enesehinnangule oli riigiti küllalt sarnane.

### SÕNADE MEENUTAMINE

Sõnade viivisega meenutamise testis suutsid 42,0% Eesti inimestest meenutada vähem kui neli sõna kümnest (keskmine 40,3%), 4–5 sõna 34,9% (keskmine 35,9%) ning 6 või enam sõna 23,1% (keskmine 23,8%).

Kõige rohkem halva meenutusvõimega inimesi oli Hispaanias, Sloveenias ja Itaalias, kõige vähem Šveitsis, Taanis ja Austrias. Kõikides riikides oli halvema meenutusvõimega inimeste hulgas pisut rohkem mehi (joonis 7).



**Joonis 7.** Sõnade viivisega meenutamine halb (%).

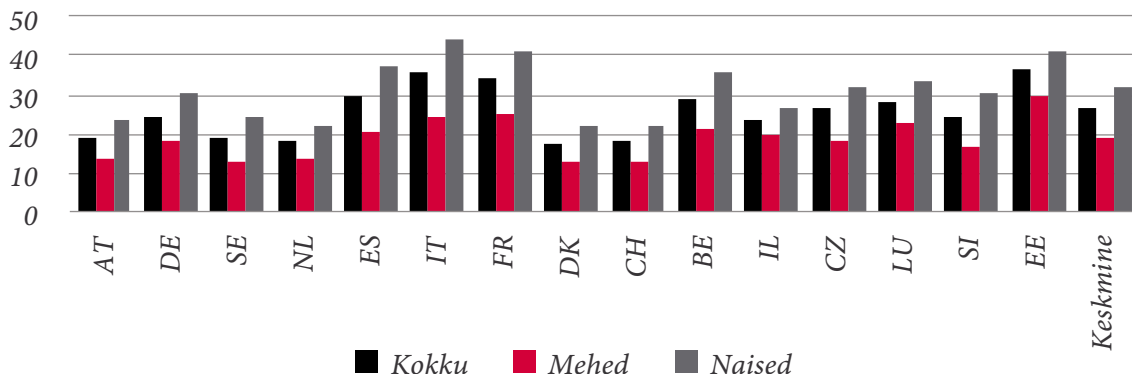
Share 5. laine

Ootuspäraselt halvenes vanusega meenutusvõime kõikjal, eriti kõige vanemas vanuserühmas. Tegevuspiirang suurendas halvema meenutusvõimega inimeste osakaalu vastavalt piirangu raskusele Eestis ja ka enamikus teistes riikides (vaid Hollandis polnud olulist vahet tõsise ja mõõduka tegevuspiiranguga inimeste vahel). Sõnade meenutamise võime paranes proportsionaalselt iga kõrgema haridustasemega nii Eestis kui ka teistes riikides (vahe kesk- ja kõrghariduse vahel oli pisut väiksem kui kesk- ja põhihariduse vahel). Haridus oli rühmitavatest tunnustest suurima mõjuga meenutusvõimele.

### VÕIMALIK DEPRESSIOON

Depressiivsust, mis ennustab depressiooni võimalust, hinnati EURO-D testi alusel, seega saab seda pidada depressiooni skriinimise objektiivseks tunnuseks.

Eesti vanemaealistest inimestest oli võimalik depressioon 36,6% (keskmise 26,1%). Eestiga sarnaselt oli depressiivsus kõrge Itaalias ja Prantsusmaal, kõige madalamad depressiivsuse näidud olid Šveitsis, Taanis, Hollandis, Rootsis ja Austrias (joonis 8). Kõigis riikides oli depressiivsus naistel suurem kui meestel – selles osas Eesti teistest ei erinenud.



**Joonis 8.** Depressiooni võimalus EURO-D alusel (%).

Share 5. laine

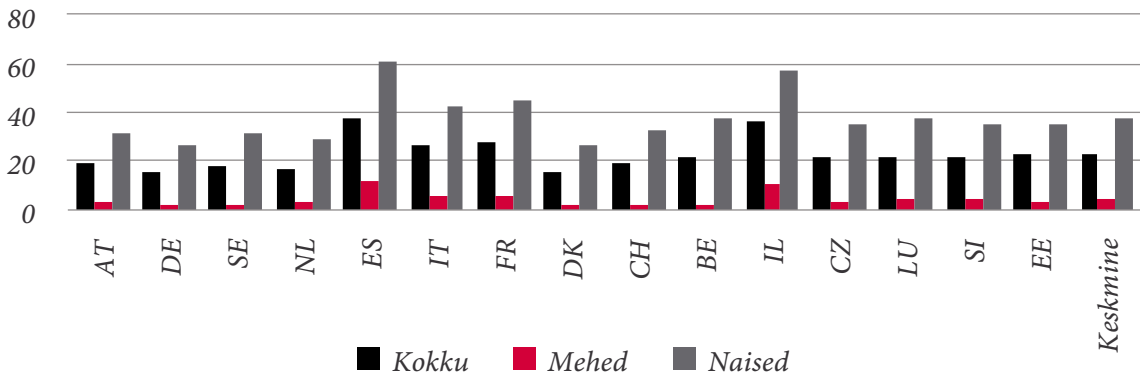
Eestis, samuti Austrias, Itaalias, Iisraelis ja Sloveenias suurenes depressiivsuse esinemine iga vanuserühmaga. Teistes riikides aga nooremal ja keskmisel vanuserühmal depressiivsuses vahet ei olnud või oli see keskmises vanuserühmas (65–74 aastat) koguni kõige väiksem. Tegevuspiirangu arvestamine parandas Eesti positsiooni teiste riikide hulgas – selle alusel oli depressiivsus nii tegevuspiiranguta, mõõduka kui tõsise tege-

vuspiiranguga inimeste hulgas vaid pisut kõrgem keskmisest. Tegevuspiirangu mõju depressiivsuse esinemisele oli nii Eestis kui teistes riikides kõige suurem teiste rühmitavate tunnustega võrreldes. Haridustaseme suurenemisega depressiooni võimalus vähenes Eestis ja ka teistes riikides. Vahe kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel oli Eestis siiski suhteliselt suurem kui paljudes teistes riikides.

## KÄTE TUGEVLUS

Analüüsisime käe maksimaalset pigistusjõudu käsidünamomeetriga, ükskõik kumma käega see saavutati – halvaks hindasime seda siis, kui pigistusjõud oli väiksem kui 25 kg.

Sooline erinevus käesoleva tunnuse osas oli väga ilmne kõigis riikides – mehi, kelle pigistusjõud oli väiksem kui 25 kg, oli Eestis vaid 3,6% (keskmine 4,3 %), naised seavastu 35,3% (keskmine 37,2%). Ligikaudu samasugune vahe meeste ja naiste vahel oli kõikides riikides (joonis 9). Kõige kehvema pigistusjõuga olid nii mehed kui ka naised Hispaanias ja Iisraelis, kõige parema pigistusjõuga Taanis, Saksamaal, Hollandis, Rootsis, Austrias ja Šveitsis.



**Joonis 9.** Käe maksimaalne pigistusjõud väike <25 kg (%).

Share 5. laine

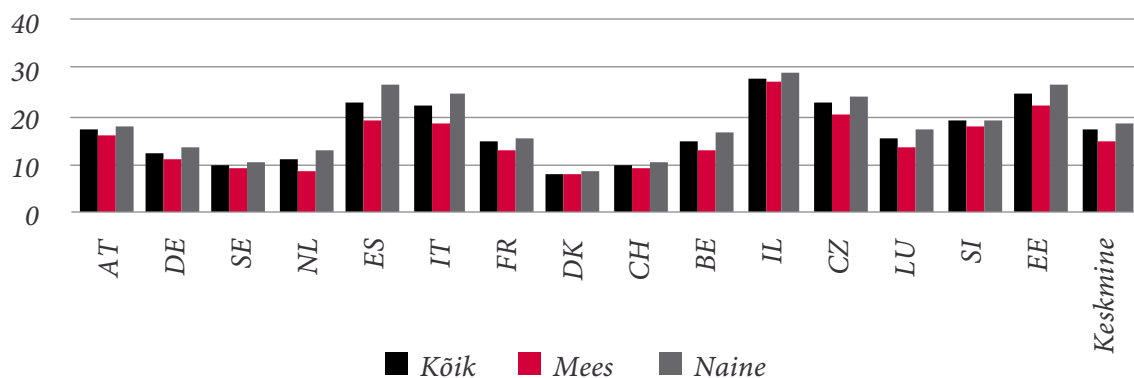
Soost sõltuvad erinevused olid käe pigistusjõu hindamisel teistest rühmitavatest tunnustest kõige olulisemad.

Käe pigistusjõult vanuserühmade kaupa oli Eesti kõigis vanuserühmades keskmisel positsioonil (8.–10. koht). Tegevuspiirangut arvestades paranes Eesti positsioon veelgi (4.–7. koht). Madalama haridustasemega inimeste käe pigistusjõud oli väiksem, vahe kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel oli väiksem võrreldes kesk- ja põhiharidusega inimestega.

## TOOLILT TÕUSMISE VÕIMEKUS

Toolilt tõusmine sõltub peale jalalihaste tugevuse ja neurogeense innervatsiooni veel jalaliigeste liikuvusest ja tasakaalust. Üldjoontes annab see teatud ülevaate alakeha, eriti jalgade funktsioonist. Analüüsisime nende isikute arvu, kes ei suutnud sooritada vähemalt viit tõusmist ühe minuti jooksul.

Eestis oli inimeste võime toolilt tõusta küllalt halb (14. koht) – 24,6% ei suutnud tõusta minuti jooksul 5 korda või rohkem (keskmine 17,0%). Eestiga olid sarnased Iisrael, Hispaania, Itaalia ja Tšehhi. Vähem oli raskusi toolilt tõusmisega Taanis, Šveitsis, Rootsis, Hollandis ja Saksamaal. Mehed suutsid mõnevõrra paremini tõusta kui naised, nii Eestis kui ka teistes riikides (joonis 10)



**Joonis 10.** Ei suutnud toolilt tõusta vähemalt viis korda minutis (%).

Share 4. laine.

Toolilt tõusmine halvenes järsult kõige vanemas vanuserühmas, ka Eestis oli see nii. Kõige halvem toolilt tõusmise võimekus, teiste riikidega võrreldes, oli Eestis nooremas vanuserühmas (14. koht), keskmises ja vanemas vanuserühmas oli tulemus parem (11.–12. koht). Tegevuspiirangu mõju toolilt tõusmise raskusele oli kõikides riikides sarnane – eriti palju halvenes see tõsise tegevuspiiranguga inimestel. Tegevuspiirangu alusel isikuid rühmitades oli Eesti tulemus parem võrreldes riikide keskmise tulemusega (10. koht vs. 14. koht). Samas hariduse alarühmades sattusid Eesti tulemused taas halvemate sekka – kõikides hariduserühmades 14. koht. Toolilt tõusmise võimekust mõjutas kõige rohkem tegevuspiirang ja vanus.

### 3.3. TERVISENÄITAJATE MÕJU ELUKVALITEEDILE

SHARE uuringus lähtutakse elukvaliteedi hindamisel vajadustel põhinevast mudelist-hinnatakse inimese vajaduste rahuldamise määra. Kasutatakse CASP-12 meetodikat, mis

sisaldab järgmisi valdkondi: kontroll, autonoomia, eneserealisatsioon, heaolu. CASP-12 sisaldab igast valdkonnast 3 küsimust, millele vastaja valis Likerti skaala alusel tema jaoks sobivaima vastuse (1– 4), summaarne skoor jäi vahemikku 12–48, kus suurem skoor tähistab paremat elukvaliteeti (Knesebeck *et al.* 2005).

Elukvaliteedi mudelite tegemisel kasutati regressioonanalüüsis järgmisi seletavaid tunnuseid: sugu, vanuserühm, tegevuspiirang, tervise enesehinnang, mälu enesehinnang, meenutatud sõnade arv, depressiivsus, käe pigistusjõud, toolilt tõusmine, terviseprobleemide arv, ravimite arv, valu. Sellest analüüsist jätsime välja hapruse tunnused, kuna me ei kasutanud hapruse indeksit ning hapruse küsimustele vastanute arv oli meile teadmata põhjustel oluliselt väiksem kui teistele terviseküsimustele vastanute arv (vaid ligikaudu kolmandik). Koguvallimi andmestikku jäi 47 403 isikut (73% mõõtmiste arvust). Eesti valim koosnes 4068 isikust (71% Eesti mõõtmistest).

Esimeses mudelis kasutati kõiki kahteteist tunnust, neist ei osutunud ei koguvallimis ega ka Eestis oluliseks terviseprobleemide arv, Eestis oli ebaoluline ka vanuserühm. Seda esmapilgul ootamatut tulemust seletab see, et nende tunnuste mõju on täies ulatuses kirjeldatud kõigi ülejäänud seletavate tunnuste kaudu. Parimad mudelid on esitatud tabelis 4. Mudelite kirjeldatus on sarnane: Euroopa mudelil 35%, Eesti mudelil 34,9%. Mudelid on esitatud kasvavas hierarhias: esimesel kohal kõige olulisema mõjuga seletav tunnus, järgmisel kohal lisanduv tunnus ja kahe tunnusega mudeli summaarne kirjeldustase jne.

**Tabel 4.** Elukvaliteedi mudelid tervise- ja sotsio-demograafiliste tunnuste alusel\*

| SHARE 5. laine koguvallim |                | SHARE Eesti 5. laine  |                |
|---------------------------|----------------|-----------------------|----------------|
|                           | R <sup>2</sup> |                       | R <sup>2</sup> |
| Tervisetunnus             |                | Tervisetunnus         |                |
| Tervise enesehinnang      | 0,220          | Depressiivsus         | 0,199          |
| Depressiivsus             | 0,308          | Tervise enesehinnang  | 0,298          |
| Toolilt tõusmine          | 0,321          | Tegevuspiirang        | 0,318          |
| Mälu enesehinnang         | 0,332          | Toolilt tõusmine      | 0,328          |
| Valu                      | 0,337          | Mälu enesehinnang     | 0,337          |
| Meenutatud sõnade arv     | 0,340          | Valu                  | 0,340          |
| Ravimite arv              | 0,343          | Meenutatud sõnade arv | 0,342          |
| Käe pigistusjõud          | 0,345          | Käe pigistusjõud      | 0,344          |
| Sugu                      | 0,347          | Sugu                  | 0,348          |
| Tegevuspiirang            | 0,348          | Ravimite arv          | 0,349          |
| Vanus                     | 0,350          |                       |                |

Allikas: SHARE 5.laine andmed

\* Subjektiivsed tervisenäitajad on varjutatud

Elukvaliteet oli ootuspäraselt seda parem, mida paremad olid tervisenäitajad. Seevastu mitte nii ootuspäraselt oli naissugu ja Euroopa mudelis ka kõrgem vanus seotud parema elukvaliteediga. Euroopa ja Eesti mudelid on üldiselt sarnased. Nii tervise enesehinnang kui ka depressiivsus olid mõlemas mudelis esimese kahe olulisema tunnuse seas. Kõige suuremaks erinevuseks oli tegevuspiirangu mõju tugevus – Eestis oli see mõjult kolmas, kuid Euroopas eelviimane (10.). Subjektiivsed tervisetunnused olid mõnevõrra olulisemad nii Euroopa kui ka Eesti mudelis (välja arvatud tegevuspiirang Euroopa mudelis). Kõige olulisemad objektiivsed tervisetunnused, mis mõjutasid elukvaliteeti, olid depressiivsus ja toolilt tõusmise võimekus.

Alternatiivse mudeli tegemiseks jäeti analüüsist välja kõige tugevamad argumendid – Euroopa mudelist tervise enesehinnang ning Eesti mudelist depressiivsus. Saadud mudelid on eelmisest pisut väiksema kirjeldusvõimega, see on käesoleval juhul Euroopa mudelil 32,1%, Eesti mudelil 28,8%. Alternatiivsed mudelid on esitatud tabelis 5.

Euroopa alternatiivses mudelis ühtegi tunnust välja ei jäänud, ka terviseprobleemide arv on seletava tunnusena lisandunud. Võrreldes eelmise mudeliga suurenes tegevuspiirangute mõju. Eesti alternatiivsest mudelist jäid endiselt ebaolulisena välja nii terviseprobleemide arv kui vanus. Muus osas on Eesti ja Euroopa alternatiivsed elukvaliteedimudelid sarnased.

**Tabel 5.** Alternatiivsed elukvaliteedi mudelid\*

| SHARE 5. laine koguvalem |                | SHARE Eesti 5. laine  |                |
|--------------------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Tervisetunnus            | R <sup>2</sup> | Tervisetunnus         | R <sup>2</sup> |
| Depressiivsus            | 0,191          | Tervise enesehinnang  | 0,198          |
| Tegevuspiirang           | 0,25           | Tegevuspiirang        | 0,235          |
| Mälu enesehinnang        | 0,276          | Toolilt tõusmine      | 0,25           |
| Toolilt tõusmine         | 0,291          | Mälu enesehinnang     | 0,265          |
| Ravimite arv             | 0,301          | Ravimite arv          | 0,274          |
| Meenutatud sõnade arv    | 0,308          | Käe pigistusjõud      | 0,278          |
| Valu                     | 0,314          | Valu                  | 0,283          |
| Käe pigistusjõud         | 0,316          | Sugu                  | 0,286          |
| Sugu                     | 0,319          | Meenutatud sõnade arv | 0,288          |
| Vanuserühm               | 0,32           |                       |                |
| Terviseprobleemid        | 0,321          |                       |                |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

\* Üldmudeli kõige olulisem tunnus on välja jäetud; subjektiivsed tervisetunnused varjutatud



Mudelitest on näha, et nii Eestis kui ka teistes Euroopa riikides kirjeldavad subjektiivset elukvaliteeti kõige paremini tervise ja mälu enesehinnang, depressiivsus, tegevuspiirangute esinemine ning toolilt tõusmise võimekus. Eestis oli tegevuspiirang juhtiva olulisusega tunnuste seas elukvaliteedi mõlemas mudelis, samas kui Euroopa mudelis tõsis tegevuspiirangu olulisus alles pärast tervise enesehinnangu väljajätmist.

Üldiselt kirjeldavad subjektiivsed tervisetunnused elukvaliteeti paremini kui objektiivsed – tervise enesehinnang on juhtiva mõjuga, samas terviseprobleemide arv praktiliselt tähtsusetu, mälu enesehinnang olulisem kui meenutatud sõnade arv, tunnetatud tegevuspiirang olulisem kui käte ja jalgade võimekus. Pisut üllatav oli see, et valu oli subjektiivsetest tervisetunnustest kõige väiksema olulisusega. Objektiivsetest tervisetunnustest olid olulisemad kaks – depressiivsus ning jalgade funktsioon.

#### 4. JÄRELDUSED

Riikide tervisenäitajate üldises võrdluses eristusid mitu riikide gruppi. Kõige paremate tervisenäitajatega riikideks võib lugeda Šveitsi, Hollandit ja Taanit, kus nii subjektiivsed kui objektiivsed tervisenäitajad olid pea kõik paremate hulgas. Järgnesid Rootsi, Austria ja Saksamaa, kus enamik objektiivseid tervisenäitajaid olid paremate hulgas, kuid subjektiivsetest tervisenäitajatest kuulus paremate hulka vaid üks. Kõige halvemad olid summaarsed tervisenäitajad Iisraelis, Itaalias ja Tšehhis – kõigis olid subjektiivsetest tervisenäitajatest kolm ning objektiivsetest 3–4 kõige halvemate hulgas. Üldiselt olid tervisenäitajad paremad Põhja- ja Kesk-Euroopa riikides ning kehvemad Lõuna- ja Ida-Euroopa riikides. Teistest eristusid Eesti ja Hispaania – Eestil olid kõige halvemate hulgas kõik subjektiivsed, kuid vaid 2 objektiivset tervisenäitajat (depressiivsus ja toolilt tõusmine); Hispaanial seevastu olid halvemate hulgas kõik objektiivsed, kuid vaid 2 subjektiivset tervisenäitajat (tervise ja mälu enesehinnang).

Inimeste oodatav eluiga nii sünnil kui 65 aasta vanuselt on Euroopas kõrgeim lõunapoolsetes riikides (meie uuringus osalenud riikidest Hispaanias, Itaalias ja Prantsusmaal, ka Kesk-Euroopasse kuuluvas Šveitsis), samas kui enamuses Kesk-Euroopa riikides on oodatav eluiga, eriti tervena elatud eluiga, pigem keskmise lähedal (sealhulgas Hollandis ja Taanis) (Health at a Glance: Europe 2014). Neid näite meie uuringu tulemustega võrreldes selgub, et oodatava eluea pikkus ei pruugi väga täpselt kirjeldada vanemaliste inimeste tervislikku seisundit riigis.

Teiste Euroopa riikidega võrreldes olid Eesti vanemaealiste tervisenäidud üsna ühtemoodi halvemad nii meestel kui naistel. See tulemus on mõneti üllatav, arvestades et meeste oodatava eluea, ka tervena elatud eluea erinevus teiste Euroopa riikidega võrreldes on suurem kui naistel, seda ka vanemas eas (Health at a Glance: Europe 2014,

HEIDI 2015). Samas olid sooliste erinevuste proportsioonid eri tervisenäitajate osas kooskõlas teiste riikidega: naistel esines rohkem hapruse tunnuseid, valu ja depressiivsust, kasutati rohkem ravimeid, oli halvem toolilt tõusmise võimekus ning oluliselt väiksem käe pigistusjõud; meestel seevastu oli halvem sõnade meenutamise võime. Meeste ja naiste vahel ei olnud erinevusi tervise ja mälu enesehinnangus ning terviseprobleemide rohkuses. Üldiselt on teada, et lääne ühiskonna naistel esineb sagedamini nii kehalisi kui vaimseid haigusi ja häireid, kuid nad elavad ometi kauem kui mehed. Põhjastena tuuakse välja nii bioloogilised, isiksuslikud, sotsiaalsed kui ka kultuurilised tegurid (Davidson *et al.* 2006). See, et Eesti vanemaealiste meeste tervisenäitajad ei ole Euroopa riikide keskmisega võrreldes proportsionaalselt halvemad kui naistel, kuid eluiga on märgatavalt lühem, näitab, et tervisehädade esinedes on meestel surmaga lõppevate tüsistuste teke kiirem. Võimalik, et Eesti vanemaealised mehed ei tunnista oma tervisehädasid, otsivad või võtavad vastu vähem abi ning ei oska haiguse puhul muutunud olukorras nii hästi uusi sobivaid käitumisviise omaks võtta.

Vanusrühmade kaupa hindamine ei muutnud oluliselt Eesti tervisenäitajate järjestust teiste riikide hulgas võrreldes koguvalimiga, mõnevõrra paranesid vaid käte-jalgade funktsiooni objektiivsed näitajad keskmises ja vanemas vanuserühmas. Tulemustest selgus, et Eesti inimeste tervis ja toimetulek halvenevad väga vara, juba keskeas, samas kui paljudes riikides toimub märgatav halvenemine alles pärast 75. eluaastat. Mitmes riigis on märgata, et haiguste avaldumine lükkub üha vanemasse ikka (nn haiguste kompressiooni teooria) (Fries 2005). Eestis seda veel märgata ei ole. Keskmise eluiga kasvab Eestis jõudsasti, kuid tervena elatud eluiga on kasvanud väga vähe ning alates 2009. aastast on see olnud 65-aastastel ja vanematel inimestel üsna muutumatu (HEIDI 2015). Käesoleva uuringu tulemuste põhjal võib prognoosida, et lähema 20–30 aasta jooksul, mil vananevad rohkete tervisehädadega keskealised inimesed, suureneb tervishoiu- ja hoolekandeteenuste vajadus Eestis jätkuvalt.

Enamik tervisenäitajatest, nii subjektiivsed kui objektiivsed, olid vaadeldud rühmitavatest tunnustest kõige tihedamini seotud tegevuspiiranguga, ka Eestis oli see nii. Kuna Eesti valimis oli tegevusepiiranguga inimesi kõige rohkem, siis parandas selle tunnuse arvestamine Eesti positsiooni mitme tervisenäitaja osas (subjektiivne tervisehinnang, depressiivsus, käe pigistusjõud ja toolilt tõusmise võimekus). Seega tuleb tunnistada, et subjektiivselt hinnatud tegevusepiirang kajastab tõepoolest inimeste üldist tervise seisundit. Tegevusepiirangute põhjusena võivad olla nii kehalised kui vaimsed tervisehädad. Elukvaliteedi mudelitest selgus, et tegevusepiirang ei osutunud Euroopa riikides kuigi tugevaks elukvaliteeti kirjeldavaks teguriks senikaua, kui inimeste tervisehinnangut oli arvesse võetud, samas kui Eestis oli see oluline ka tervisehinnangut arvestades. Võimalik, et selle põhjuseks on riigiti erinev toetavate teenuste kättesaadavus tegevus-

piiranguga inimestele, eeskätt mõõduka tegevuspiiranguga inimestel. Adekvaatse abi puhul ei pruugi mõõduka tegevuspiiranguga inimeste elukvaliteet halveneda. Mõnevõrra halvemad on Eestis ka elamistingimused, eriti hõreasustusega maapiirkondades, kus Eestis elab suhteliselt rohkem eakaid inimesi võrreldes teiste Euroopa riikidega – seegi võib halvendada tegevuspiiranguga inimeste heaolu.

Haridustaseme tõusuga kõik tervisenäitajad Eestis paranesid. Kuigi ka teistes riikides oli põhitrend sama, siis paljudes riikides oli vahe kesk- ja kõrgharidusega inimeste vahel suhteliselt väike, samas kui Eestis olid erinevused kõigi haridusastmete vahel enam-vähem sarnased. Seoseid parema tervise ja pikema eluea ning kõrgema hariduse vahel on paljudes riikides märgatud juba ammu ning seda seletatakse nii erineva terviseteadlikkuse ja elulaadiga kui ka materiaalsete võimalustega (Valkonen, Sihvonen, Lahelma 1997, Olshansky *et al.* 2012). Madalama haridusega seotud terviseriskide vähendamiseks vanemaealistel inimestel võib abi olla eeskätt sihtrühmale sihitud terviseteadlikkuse tõstmisest (massimeedia, tervisepäevad, infolehed jmt).

Eesti vanemaealiste inimeste elukvaliteet oli kõige tugevamini määratud depressiivsusega, järgnesid tervise enesehinnang, tegevusepiirang ja jalgade funktsioon. Samas ei olnud elukvaliteedil seost vanusega, kuigi tervisenäitajad vanusega halvenesid. Euroopa andmed näitasid koguni seda, et kõrgem vanus oli seotud parema elukvaliteediga. Selliseid tulemusi on kirjeldatud ka varem ning seda kutsutakse heaolu paradoksiks (*paradox of well-being*) (Mroczek & Kolarz 1998, Hansen & Slagsvold 2012). Sellist heaolu paradoksi on täheldatud siiski vaid suhteliselt kõrge elatustasemega riikides. Ühes varasemas Euroopa uuringus näidati, et Ida-Euroopa riikides, kuhu kuulus ka Eesti, oli vanus heaoluga seotud negatiivselt (Swift *et al.* 2014).

Eestis torkas mitmes kontekstis teistest riikidest sagedamini silma depressiivsus. Depressiivsus on paljude uuringute alusel seotud halva tervisehinnanguga ning toimetulekuhäiretega, nii Eestis kui mujal (Wang *et al.* 2009, Kivinen *et al.* 1998). Depressiivsuse sagenemine vanemas eas on üldiselt teada. Eesti viimaste kättesaadavate andmete põhjal esineb kliinilist depressiooni 18–24-aastastel inimestel 2,4%, 75–84-aastastel 9,7% (Kleinberg 2014). Depressiooni kui esmase haiguse sagenemisega seda seletada ei saa, pigem on tegemist reaktsiooniga erinevatele kaotustele, mis vanusega sagenevad: tervisekadu, sissetuleku, suhte- ja tugivõrgustiku ning iseseisvuse vähenemine (Yates *et al.* 2004, Taylor 2014, Yang *et al.* 2015). Kleinbergi uuringu alusel on vanemaealiste depressiivsus seotud eeskätt terviseprobleemide ja rahaliste raskustega. Vanemas eas ei pruugi inimesed ise ega ka nende arstid panna tähele depressiivsuse märke või siis ei peeta nendega tegelemist oluliseks, kuna põhitähelepanu on suunatud kehalistele haigustele. Depressiivsusega tegelemata jätmise tagajärg ei pruugi olla üksnes inimeste heaolu langus vaid ka tervisehoiu- ja hoolekandekulutuste üldine suurenemine, kuna tervise- ja toimetulekukaebused üha süvenevad (Stein *et al.* 2006).

## SOOVITUSED

Vanemaealiste vaimse tervise teema tuleb tõsta fookusesse. Kiiretest meetmetest on võimalik rakendada depressiivsuse laialdast skriinimist tervishoiu- ja hoolekandeteenuste pakkujate poolt ning vajadusel medikamentoosset ravi ning muid sobivaid sekkumisi. Pikemas vaates on oluline mõista vanemaealiste inimeste depressiivsuse tekke kompleks-seid põhjuseid praeguses Eestis ning sellest tulenevalt leida võimalused depressiivsuse ennetamiseks.

Liikumisega (jalgade funktsiooniga) seotud probleemid on Eestis kõige halvemate hulgas Euroopas ning usutavalt ka paljude tegevuspiirangute põhjustajaks. Füsioteraapia kättesaadavuse parandamine vanemate inimeste seas on kõige kiirem võimalus liikumise-ga seotud tegevuspiiranguid vähendada. Liikumisprobleemide ennetamiseks on vajalik liikumisharrastuse laiendamine vanema elanikkonna hulgas, ka neile sobivate treeningu-võimaluste kättesaadavuse parandamine.

Tervisepoliitika ja tervisekasvatuse kujundamisel on mõistlik eeskujuks võtta riigid, kus vanemas eas inimeste tervis on kõige parem ning haridustaseme mõju tervisele on väike: Šveits, Holland, Taani.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Ambresin, G., Chondros, P., Dowrick, C., Herrman, H., Gunn, J. (2014). Self-Rated Health and Long-Term Prognosis of Depression. *Annals of Family Medicine*, 12;1:57-65. doi:10.1370/afm.1562.

Beerens, H. C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M. E., Suhonen, R., Zabalegui, A., Bökberg, C., Saks, K., Hamers, J. P.; on behalf of the RightTimePlaceCare Consortium (2014). Quality of life of and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: The European RightTimePlaceCare Study. *Journal of the American Medical Directors*, 15,1:54–61. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.010.

Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., Bula, C., Reisches, F., Wancata, J., Ritchie, K., Tsolaki, M., Mateos, R., Prince, M. (2008). Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17,1:12–29. doi: 10.1002/mpr.236.

Davidson, K. W., Trudeau, K. J., Roosmalen, E., Stewart, M., Kirkland, S. (2006). Gender as health determinant and implications for health education. *Health Education & Behavior*, 33,6: 731-43. doi: 10.1177/1090198106288043.

Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology: A Biological Science and Medical Sciences*, 59: 255–63.

Fries, J. F. (2005). The compression of morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83, 4: 801-23. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00401.x

Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U., Drory, Y. (2009). Prognostic importance and long-term

determinants of self-rated health after initial acute myocardial infarction. *Medical Care*, 47,3:342-9. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181894270.

Hansen, T., Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22, 187-95. Retrieved from <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1565/1459>

Health at a Glance: Europe 2014 [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf) (vaadatud 21.08.2015).

HEIDI Health Status indicators [http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi\\_40.html#main?KeepThis=true&TB\\_iframe=true&height=450&width=920](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_40.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=450&width=920) (vaadatud 21.08.2015).

Kawada, T. (2003). Self-rated health and life prognosis. *Archives of Medical Research*, 34,4:343-7.

Kivinen, P., Halonen, P., Eronen, M., Nissinen, A. (1998). Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age and Ageing*, 27: 41-7.

Kleinberg, A. (2014). *Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services*. Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis 216. University of Tartu Press, pp. 100.

Knesebeck, O., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., Siegrist, J. (2005). Quality of life and well-being. In: *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and retirement in Europe*. Eds: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G., pp. 199-203.

Molzhan, A., Skevington, S. M., Kalfoss M., Makaroff, K. S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*, 19, 2:293-8. doi: 10.1007/s11136-009-9579-7.

Mroczek, D. K., Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 1333-49. doi:10.1037//0022-3514.75.5.1333.

Olshansky, S. J., Antonucci, T., Berkman, L., Binstock, R. H., Börsch-Supan, A., Cacioppo, J. T., Carnes, B. A., Carstensen, L. L., Fried, L. P., Goldman, D. P., Jackson, J., Kohli, M., Rother, J., Zheng, Y., Rowe, J. (2012). Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs*, 31, 8:1803-13. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0746.

Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T. F., Fuhrer, C., Jonker, S. L., Kivela, B. A., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale – a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174:330-8.

Romero-Ortuno, R., Fouweather, T., Jagger, C. (2014). Cross-national disparities in sex differences in life expectancy with and without frailty. *Age and Ageing*, 43: 222-8. doi: 10.1093/ageing/aft115.

Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., Kenny, R. A. (2010). A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*, 10: 57. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/57> [vaadatud 14.08.15].

Saks, K, Tiit, E-M. (2008). Subjective quality of life of care-dependent older people in five European Union countries. In: *Care. related quality of life in old age. Concepts, models, and empirical findings*. Eds: Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. Springer, New York, pp.153-67.

Stein, M. B., Cox, B. J., Afifi, T. O., Belik, S. L., Sareen, J. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychological Medicine*, 36: 587–96.

Strandberg, T. E., Saks, K., Soots, A., Pitkälä, K. H., Sintonen, H., Huusko, T., Tilvis, R. S. (2007). Comparison of health and quality of life of urban elderly in an old and new EU country: Population based cohort study. The TALSINKI study. *Česka Geriatria Revue*, 5,1: 41-7.

Swift, H. J., Vauclair, C. M., Abrams, D., Bratt, C., Marques, S., Lima, M. L. (2014). Revisiting the paradox of well-being: the importance of national context. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. doi: 10.1093/geronb/gbu011.

Taylor, W. T. (2014). Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 371:1228-36. doi: 10.1056/NEJMcp1402180.

Theou, O., Rockwood, M. R., Mitnitski, A., Rockwood, K. (2012). Disability and co-morbidity in relation to frailty: how much do they overlap? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55: e1–8.

Turner, G., Clegg, A. (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: a British geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and Ageing*, 43: 744–7. doi: 10.1093/ageing/afu138.

Valkonen, T., Sihvonen, A. P., Lahelma, E. (1997). Health expectancy by level of education in Finland. *Social Science & Medicine*, 44, 6:801-8.

Wang, J., Schmitz, N., Dewa, C., Stansfeld, S. (2009). Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 169: 1085–91.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41:1403–9. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K.

Yang, Y. T., Wang, Y. H., Chiu, H. T., Wu, C. R., Handa, Y., Liao, Y. L., Hsu, Y. H. E. (2015). Functional limitations and somatic diseases are independent predictors for incident depressive disorders in seniors: Findings from a nationwide study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61,3:371-7. doi:10.1016/j.archger.2015.07.005

Yates, W. R., Mitchell, J., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Warden, D., Hauger, R. B., Fava, M., Gaynes, B. N., Husain, M. M., Bryan, C. (2004). Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR\*D. *General Hospital Psychiatry*, 26: 421–9.

# VAIMNE

## JA KOGNITIIVNE TERVIS

Kaia Laidra  
*Tervise Arengu Instituut*

---

### 1. SISSEJUHATUS

Eesti rahvastiku vananemine toob kaasa tööealiste inimeste arvu vähenemise ja seab surve alla olemasoleva pensionisüsteemi. Riigi huvides on hoida vanemaealisi võimalikult kaua tööturul aktiivsena, see aga eeldab lisaks heale füüsilisele tervisele ka vaimset suutlikkust tööülesannetega toime tulla. Loomulikult ei ole vaimne tervis oluline ainult pensioniea tõstmise kontekstis, vaid määrab üldisemalt, kuidas inimene oma igapäevategevustega hakkama saab ning kui palju rõõmu ja rahulolu elust tunneb. Maailma Terviseorganisatsioon käsitleb vaimset tervist tervise lahutamatu osana, mis on määratletud kui “heaolu seisund, milles indiviid saab realiseerida oma võimeid, tuleb toime pingetega elus, töötab tulemuslikult ja viljakalt ning annab oma panuse ühiskondlikku ellu” (WHO 2014).

Vaimne tervis ja emotsionaalne heaolu on vanemas eas niisama olulised kui kõigil teistel eluetappidel. Nii nagu noorematel, sõltub ka vanemate inimeste vaimne tervis igal ajahetkel paljudest sotsiaalsetest, psühholoogilistest ja bioloogilistest teguritest. Muudele stressoritele lisaks kogevad eakad suurema tõenäosusega negatiivseid elusündmusi nagu lähedase surm või pensionile jäämisega kaasnevad majanduslikud raskused, samuti ähvardavad neid sagedamini terviseprobleemid, mis piiravad igapäevategevusi või teevad iseseisvalt hakkama saamise üldse võimatuks. WHO (2013) andmetel kannatab rohkem kui 20% üle 60-aastastest inimestest vaimsete või neuroloogiliste häirete all, millest kõige sagedasemad on depressioon ja dementsus. Neist esimene on seotud alanenud meeolelu ja tahteaktiivsusega, põhjustades emotsionaalseid kannatusi, teine aga mälu, mõtlemise ja teiste kognitiivsete funktsioonide häirumisega määral, mis häirib igapäevaste tegevuste sooritamist.

Depressioon, mida esineb teismeliseeas alates kõigis vanuserühmades, on arenenud riikides üks peamisi puude põhjuseid. Uuringute tulemused selle kohta, kas vanuse kasvades depressioonirisk suureneb, on vastuolulised (Blazer & Hybels 2005, Djernes 2006). Vanemas eas esinev depressioon võib sümptomite poolest erineda nooremate inimeste depressioonist. Teatud sümptomid nagu somaatiliste sümptomite üle kaebamine, söögiisu puudumine ja kehakaalu langus, psühhomotoorne pidurdatus või suitsidaalsus on eriti iseloomulikud just depressiivsetele vanemaealistele (Koponen & Leinonen 2007). Sageli on depressiooni tekkimises määrav roll füüsilise tervisega seotud teguritel. Depressioon võib kaasneda somaatiliste haigustega, näiteks südame-veresoonkonna haiguste, kilpnäärme vaegtalitluse või Parkinsoni tõvega. Samuti on mitmel sageli kasutataval ravimil meeleolu alandav kõrvalmõju. Depressioon omakorda on hilisema diabeedi ja südame-veresoonkonna haiguste riskitegur.

Eesti täiskasvanud rahvastiku suhtes esindusliku valimiga 2006. aasta Eesti terviseuuring näitas, et depressiooni esineb sagedamini vanemaealistel, naistel, mitte-eestlastel, linnainimestel, üksikutel (vallalised, lahutatud, lesed), madalama haridustasemega inimestel, töötutel ja pensionäridel, madalama sissetulekuga inimestel, madala tervise enesehinnanguga inimestel, raske haiguse ja puudega inimestel ning minevikus depressioonis olnud inimestel (Kleinberg, Aluoja, & Vasar 2010). Samas selgus, et depressiooni kõrgemat levimusmäära vanemaealistel saab seletada nende halva majandusliku olukorra ja viletsa tervisega.

Kognitiivsete funktsioonide häirumist määral, mis takistab iseseisvat hakkamasäämist ja on diagnoositav dementsusena, esineb erinevates Euroopa riikides 5,9–9,4% üle 65-aastasest rahvastikust (Berr, Wancata, & Ritchie 2005). Vaimsete võimete kergemat tagasilangust tuleb aga ette palju sagedamini ja seda peetakse normaalse vananemisprotsessi paratamatuks osaks, mis on seotud aju bioloogiliste muutustega. Õigupoolest hakkavad teatud kognitiivsed võimed (nn voolav intelligentsus: mälu, abstraktne mõtlemine, täidesaatvad funktsioonid<sup>1</sup>) kiiresti vähenema juba 20. eluaastates, samas kui teised (nn kristalliseerunud intelligentsus: elu jooksul omandatud teadmised ja oskused) arenevad kuni keskeani ja hakkavad alles siis aeglaselt langema (Salthouse 2010).

Üldisest langustendentsist hoolimata säilitavad paljud inimesed oma kognitiivsed võimed kuni väga kõrge eani tasemel, mis võimaldab neil ise oma eluga hakkama saada. Nii nagu igas vanuses, on ka vanemas eas inimeste vahel suured individuaalsed erinevused. Longituuduuringud on näidanud, et kõige paremini ennustab vanemas eas kognitiivset võimekust varasem kognitiivne võimekus (Mõttus 2011a). Ehk inimesed, kes olid kooliajal või keskealisena eakaaslastest nutikamad ja terasemad, on seda suure

<sup>1</sup> Kontroll kognitiivsete protsesside üle, tegevuste planeerimine ja elluviimine.



tõenäosusega ka hilisematel eluaastatel. Naiste ja meeste erinevused sõltuvad spetsiifilisest võimete tahust, küll aga on naistel suurem risk Alzheimeri tõve tekkeks ja ka üldine kognitiivsete võimete langus toimub neil kiiremini (Li & Singh 2014). Kognitiivsed võimed on tugevalt seotud haridusega: kõrgema haridustasemega inimeste võimed on igas vanuses paremad. Samas ei ole selge, kas haridus mõjutab kognitiivsete võimete languse kiirust.

Ka kognitiivsed võimed on seotud füüsilise tervisega. Üldine seaduspära on selline, et vaimselt võimekamad inimesed elavad kauem ja tervemalt (Mõttus 2011b). Oluline roll on siin tervisekäitumisel: on leitud, et paremate kognitiivsete võimetega inimesed hoolitsevad üldiselt oma tervise eest paremini, on kehaliselt aktiivsemad, toituvad tervislikumalt ja suitsetavad vähem. Samas on kognitiivse languse riskitegurid suuresti samad, mis südame-veresoonkonna haigustel: diabeet, kõrge vererõhk, suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus (Arntzen, Schirmer, Wilsgaard, & Mathiesen 2011). Seega pakuvad tervislikud eluviisid võimalust nii füüsilise kui kognitiivse tervise säilitamiseks.

Kognitiivsete võimete seos depressiivsusega on kompleksne ja mitmetahuline. Depressioon võib olla kognitiivse languse riskitegur, varane sümptom, reaktsioon langusele või seostub kognitiivse langusega hoopis somaatiliste haiguste kaudu (Hybels & Blazer 2011). Just vanemas eas kaasneb depressiooniga sageli tõsine kognitiivsete funktsioonide häirumine, mida tuntakse kui pseudodementsust ja mis suurendab hilisema dementsuse riski (Sáez-Fonseca, Lee, & Walker 2007).

2000. aastal toimunud Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring tõi esile depressiivsuse ja kognitiivsete probleemide suure sageduse Eesti vanemaealistel (Saks *et al.* 2001). Depressiivsete sümptomite all kannatas 40,3% ja kognitiivsete häirete all 22,5% üle 65-aastasest rahvastikust. Häirete levimus oli eriti kõrge vanemas vanuserühmas (85+), kus nii depressiivsete kui kognitiivsete häirete levimusmäärad ületasid 50%. Naistel esines depressiooni sagedamini kui meestel, kognitiivsetel häiretel seevastu sooga seost ei leitud.

Käesolev peatükk annab SHARE andmetele tuginedes värskeema ülevaate Eesti kesk- ja vanemaealise rahvastiku vaimsest tervisest. Täpsemalt analüüsitakse Eesti vastajate depressiivsust ja kognitiivset seisundit võrreldes teiste SHARE riikidega ning seoses sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja subjektiivsete tervisenäitajatega.

## 2. METOODIKA

Artiklis esitatud analüüsid põhinevad SHARE 4. laine (2010/11) vähemalt 55-aastaste osalejate andmetel, keda kõigis 16 osalenud riigis kokku oli 48 391, neist Eestis 5727. Muutuste analüüsimiseks on lisaks kasutatud 5. laine (2013) andmeid nende 4. laines

vähemalt 55-aastaste Eesti vastajate kohta, kes osalesid mõlemas laines ( $n = 4627$ ). Depressiivsuse hindamiseks kasutati EURO-D skaalat (Prince *et al.* 1999), mis koosneb 12 depressiooni sümptomit kirjeldavast küsimusest (alanenud meeleolu, pessimism, suitsidaalsus, süütunne, uneprobleemid, huvide alanemine, kergesti ärritumine, söögiisu muutus, väsimus, keskendumisraskused, rõõmutunde puudumine, nutmine) viimase nelja nädala kohta. Iga küsimus, millega vastaja nõustub, annab ühe punkti. Punktid liidetakse. Punktisumma  $\geq 4$  viitab võimalikule depressioonile (Prince *et al.* 1999). Sellest kriteeriumist lähtuvalt on vastajad rühmitatud küsitluse toimumise ajal depressiivseteks ja mittedepressiivseteks.

Varem esinenud depressiooniepisoodi välja selgitamiseks oli intervjuus küsimus, kas vastajal on kunagi elu jooksul olnud vähemalt kahe nädala pikkust depressiooni-perioodi. Neilt, kes vastasid jaatavalt, küsiti lisaks, kas perearst või psühhiaater on neil depressiooni ravinud.

Kognitiivsetest testidest on vaatluse all kolm testi, mida kõigi riikide kõik vastajad 4. ja 5. laines sooritasid: kaks mälutesti (vahetu ja viivitusega meenutamine) ning sõnalise voolavuse test. Vahetu ja viivitusega meenutamise ülesanded testivad episoodilist mälu, verbaalse voolavuse test aga täidesaatvaid funktsioone. Nii episoodiline mälu kui täidesaatvad funktsioonid esindavad vaimsete võimete „voolavat“ tahku, mis vananedes kiiresti halveneb.

Mälutestis luges küsitleja vastajale arvutiekraanilt ette 10 sageli kasutatavat nimi-sõna ja palus vastajal neid ühe minuti jooksul vabas järjekorras nimetada (vahetu meenutamine). Seejärel tegeles vastaja umbes 5 minutit muude ülesannetega, pärast mida paluti tal uuesti neid 10 sõna meenutada (viivitusega meenutamine). Nii vahetu kui viivitusega meenutamise ülesande skooriks on õigesti nimetatud sõnade arv, mis varieerub vahemikus 0 – 10. Sõnalise voolavuse ülesandes paluti vastajal nimetada ühe minuti jooksul nii palju erinevaid loomi, kui meelde tuli. Sõnalise voolavuse skooriks on nimetatud loomade arv. Kui sõnalise voolavuse skoor oli suurem kui 40 (0,74% kõigist vastajatest), asendati see 40-ga, et võimalikud võõrväärtused ei mõjutaks analüüsi tulemusi.

Tulemuste ülevaatlikumaks esitamiseks kolme kognitiivse testi tulemused standardiseeriti ja liideti, moodustades nii ühe kognitiivse seisundi koondtunnuse (Shrira *et al.* 2011). Koondskoor teisendati T-skooriks keskmise väärtusega 50 ja standardhälbega 10. Skoorid varieerusid vahemikus 22,0–83,8 punkti. Kõrgem skoor näitab paremat vaimsete võimete taset. Selleks et 4. ja 5. laine koondskoorid oleksid võrreldavad, kasutati 5. laine skooride standardiseerimiseks 4. laine skooride keskmisi ja standardhälbeid.

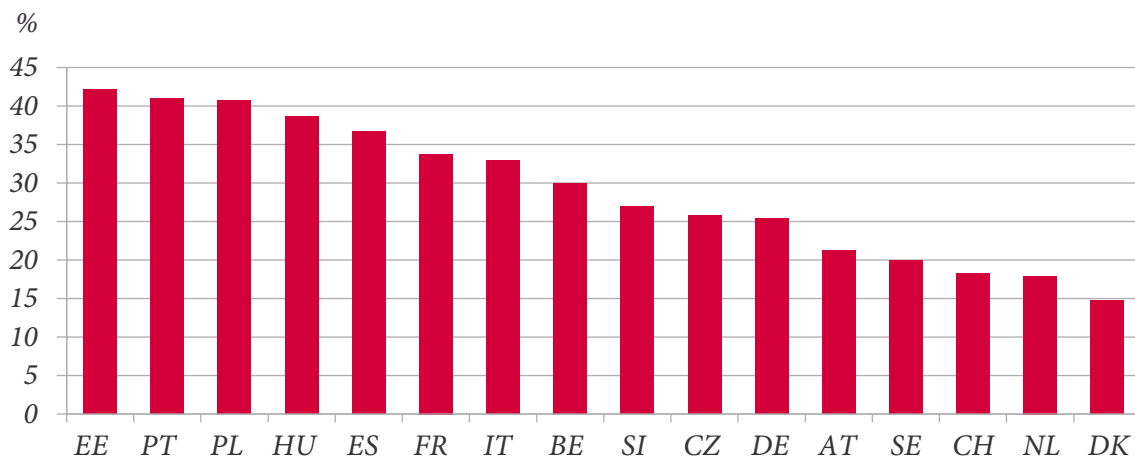
## SOTSIAAL-DEMOGRAAFILISED JA TERVISEGA SEOTUD TUNNUSED ON KÄESOLEVAS PEATÜKIS RÜHMITATUD JÄRGMISELT:

- 1 vanuserühm: vastajad on jagatud kolme rühma vastavalt nende vanusele 4. laines (01.01.2011 seisuga): 1) 55–64-aastased, 2) 65–74-aastased ning 3) 75-aastased ja vanemad (75+);
- 2 sugu: 1) mehed ja 2) naised;
- 3 haridus: 1) alg- ja põhiharidus, 2) kesk- ja keskeriharidus, 3) kõrgharidus;
- 4 põlisus: 1) põlispäritolu on vastajad, kes on ise sündinud Eestis ja kellel vähemalt üks vanem on sündinud Eestis; 2) välispäritolu on vastajad, kes on ise sündinud välismaal või kelle mõlemad vanemad on sündinud välismaal;
- 5 elukoht: 1) linnaelanikud (sh väikelinnade ja alevite elanikud) ja 2) maapiirkondade elanikud;
- 6 hõiveseisund: eristati 1) vastajaid, kes ei töötanud ega otsinud tööd, 2) vastajatest, kes tegid intervjuule eelneval kuul tasustatavat tööd või olid töötud/töötsijad. Muutuste analüüsimiseks moodustati kahe laine hõiveseisundi alusel neli rühma: 1) ei tööta ega otsi tööd mõlemas laines, 2) töötab/otsib tööd mõlemas laines, 3) 4. laines ei tööta, 5. laines töötab, 4) 4. laines töötab, 5. laines ei tööta;
- 7 kooselu partneriga: kas vastajaga samas leibkonnas elab tema abikaasa või elukaaslane: 1) jah, 2) ei. Muutuste analüüsimiseks moodustati neli rühma: 1) mõlemas laines elab koos partneriga, 2) kummaski laines ei ela koos partneriga, 3) 4. laines elab koos partneriga, 5. laines ei, 4) 4. laines elab ilma partnerita, 5. laines koos;
- 8 tervise enesehinnang: 3 rühma, mis moodustati vastavalt sellele, kas vastaja pidas oma tervist 1) vähemalt heaks (sisaldab vastusevariante „hea“, „väga hea“ ja „suurepärane“), 2) keskmiseks või 3) halvaks. Muutuste analüüsimiseks moodustati neli rühma: 1) mõlemas laines tervise enesehinnang vähemalt hea, 2) mõlemas laines tervise enesehinnang keskmine/halb, 3) 4. laines tervise enesehinnang vähemalt hea, 5. laines keskmine/halb, 4) 4. laines tervise enesehinnang keskmine/halb, 5. laines vähemalt hea;
- 9 pikaajaliste terviseprobleemide, haiguste, puuete või vaeguste olemasolu: 1) jah, 2) ei. Muutuste analüüsimiseks neli rühma: 1) mõlemas laines terviseprobleemid puuduvad, 2) mõlemas laines terviseprobleemid esinevad, 3) 4. laines terviseprobleemid puuduvad, 5. laines esinevad, 4) 4. laines terviseprobleemid esinevad, 5. laines puuduvad;
- 10 tegevuspiirangute olemasolu: kas vastaja igapäevategevusi viimasel 6 kuul piiras mõni terviseprobleem: 1) ei, 2) jah, kuid mitte oluliselt, 3) jah, oluliselt. Muutuste analüüsimiseks neli rühma: 1) mõlemas laines olulised tegevuspiirangud puuduvad (sisaldab vastusevariante „ei“ ja „jah, kuid mitte oluliselt“), 2) mõlemas laines olulised tegevuspiirangud esinevad, 3) 4. laines olulised tegevuspiirangud puuduvad, 5. laines esinevad, 4) 4. laines olulised tegevuspiirangud esinevad, 5. laines puuduvad.

### 3. TULEMUSED

#### 3.1. DEPRESSIIVSUS

Ligi 30% kõigi osalevate riikide 55-aastastest ja vanematest SHARE 4. laine vastajatest vastas küsitluse toimumise ajal EURO-D skaala järgi depressiooni kriteeriumidele. Riikide vahel ilmnemid märkimisväärsed erinevused (joonis 1): kõrge depressiivsuse hetkelevimusmääraga maades, mille hulgas olid valdavalt Ida- ja Lõuna-Euroopa riigid, oli depressiivsete osakaal üle kahe korra suurem kui madala levimusmääraga maades, kuhu kuulusid Kesk- ja Põhja-Euroopa riigid. Regionaalsed erinevused depressiivsuse levimuses on kooskõlas varasemate tulemustega (Castro-Costa *et al.* 2007, Kok, Avendano, d'Uva, & Mackenbach 2012).



**Joonis 1.** EURO-D depressiooni kriteeriumidele vastava 55+ rahvastiku osakaal SHARE riikides, %  
Allikas: SHARE 4. laine andmed

Eesti, kus 42,1% vähemalt 55-aastastest uuringus osalejatest vastas võimaliku depressiooni kriteeriumidele, oli suurima depressiivsuse hetkelevimusega riik, ületades statistiliselt oluliselt kõiki teisi SHARE riike peale Portugali ja Poola. Eesti vanemaalaste kõrgemat depressiivsust teiste riikidega võrreldes ei saa seletada erinevustega valimite soolises, vanuselises ja hariduslikus koosseisus: logistilise regressiooni mudeli kohandamisel neile tunnustele muutus ebaoluliseks vaid Eesti erinevus Ungarist.

Tabelis 1 on esitatud Eesti depressiivsete vastajate osakaal sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate lõikes. Kooskõlas varem teadaolevaga ilmneb ka SHARE Eesti andmetel, et naised kalduvad enam depressiivsusele kui mehed: EURO-D järgi kannatas küsitluse toimumise ajal depressiivsete sümptomite all umbes kolmandik meestest ja peaaegu pooled naised. Depressiivsete osakaal suurenes hüppeliselt koos vanusega: kui vanuserühmades 55–64 ja 65–74 aastat oli depressiooni alla 40% vastajatest, siis vanuserühmas 75+ pooltel. Mida kõrgem oli haridustase, seda väiksem oli depressiivsete vastajate protsent. Samuti olid depressiivsuse eest enam kaitstud vastajad, kes elasid koos abikaasa/elukaaslasega. Välispäritolu vastajate seas esines depressiivsust mõnevõrra rohkem kui põlispäritolu vastajatel. Linna- ja maapiirkonna elanikud üksteisest depressiivsuse poolest ei erinenud. Küll aga esines mittetöötavate vastajate hulgas depressiivsust palju sagedamini kui töötavatel vastajatel.

Depressiivsus oli tugevalt seotud tervise enesehinnanguga: oma tervist vähemalt heaks pidavate vastajate seas oli depressiivseid ligi 3,5 korda vähem kui halva tervise enesehinnanguga vastajate seas. Depressiivsuse tõenäosust suurendasid pikaajalised terviseprobleemid ning terviseprobleemidest tingitud tegevuspiirangud. Mida olulisemal määral terviseprobleemid igapäevategevusi piirasid, seda suurem oli vastavas rühmas depressiivsete vastajate osakaal. Ka varasem depressioon suurendas tõenäosust, et osalejatel olid küsitluse ajal depressiooni sümptomid. Vastajatel, kes olid varasemat depressiooni ravinud perearsti või psühhiaatri juures (32,7% neist, kes ütlesid, et neil on varem depressiooni olnud), oli suurem tõenäosus olla depressiivne ka küsitluse ajal kui neil, kes depressiooni ravinud ei olnud. See võib viidata ravi ebaefektiivsusele või olla seletatav sellega, et ravi otsitakse sagedamini raskemate depressiooni juhtumite puhul, mis kipuvad korduma. Ühese järelduse tegemiseks vajaks see küsimus kindlasti põhjalikumat käsitlemist.

Seos depressiivsuse ja üksiktunnuse vahel võib olla põhjustatud teistest teguritest, mis varieeruvad koos depressiivsuse ja vastava tunnusega. Näiteks võiks depressiivsete suur protsent vanimas vanuserühmas olla tingitud naiste ja meeste erinevast elueast tulenevalt naiste (kelle seas esineb depressiooni rohkem) suuremast osakaalust selles vanuserühmas. Selleks, et hinnata iga tunnuse „puhast“ mõju depressiivsusele, kasutati logistilist regressioonanalüüsi. Analüüsi kahte mudelit, millest esimene sisaldas sõltumatute muutujatena tabelis 1 depressiivsusega oluliselt seotud sotsiaal-demograafilisi tunnuseid ning teine lisaks tervisenäitajaid. Sõltuvaks muutujaks oli mõlemas mudelis EURO-D abil hinnatud võimalik depressioon. Kuna küsimus depressiooni ravimise kohta esitati ainult neile, kellel oli varem depressioon olnud, jäeti see tunnus analüüsist välja. Regressioonanalüüsi tulemused on esitatud tabelis 2.

**Tabel 1.** Depressiivsus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate lõikes 55+ Eesti rahvastikus

| Tunnus                                | Vastajate arv | Neist depressiivseid (%) | $\chi^2$ | p-väärtus |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------|----------|-----------|
| <b>Sugu</b>                           |               |                          |          |           |
| mees                                  | 2162          | 32,8                     | 127,1    | <0,001    |
| naine                                 | 3302          | 48,2                     |          |           |
| <b>Vanus</b>                          |               |                          |          |           |
| 55–64                                 | 2088          | 38,6                     | 60,1     | <0,001    |
| 65–74                                 | 1954          | 39,7                     |          |           |
| 75+                                   | 1422          | 50,8                     |          |           |
| <b>Haridus</b>                        |               |                          |          |           |
| alg- ja põhi-                         | 1840          | 50,2                     | 105,8    | <0,001    |
| kesk- ja keskeri-                     | 2482          | 41,2                     |          |           |
| kõrg-                                 | 1140          | 31,2                     |          |           |
| <b>Partner leibkonnas</b>             |               |                          |          |           |
| jah                                   | 3624          | 38,3                     | 66,3     | <0,001    |
| ei                                    | 1840          | 49,8                     |          |           |
| <b>Põlisus</b>                        |               |                          |          |           |
| põlispäritolu                         | 3775          | 39,5                     | 35,2     | <0,001    |
| välispäritolu                         | 1689          | 48,1                     |          |           |
| <b>Elukoht</b>                        |               |                          |          |           |
| linn                                  | 3608          | 42,7                     | 0,2      | 0,642     |
| maa                                   | 1579          | 42,0                     |          |           |
| <b>Hõiveseisund</b>                   |               |                          |          |           |
| ei tööta                              | 3833          | 47,1                     | 131,4    | <0,001    |
| töötab                                | 1631          | 30,4                     |          |           |
| <b>Tervise enesehinnang</b>           |               |                          |          |           |
| suurepärase / väga hea / hea          | 1372          | 20,9                     | 652,2    | <0,001    |
| rahuldav                              | 2804          | 40,0                     |          |           |
| halb                                  | 1284          | 69,5                     |          |           |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid</b> |               |                          |          |           |
| ei                                    | 1257          | 24,2                     | 216,3    | <0,001    |
| jah                                   | 4206          | 47,5                     |          |           |
| <b>Igapäevased tegevused piiratud</b> |               |                          |          |           |
| ei                                    | 2070          | 27,7                     | 464,0    | <0,001    |
| jah, kuid mitte oluliselt             | 1991          | 41,4                     |          |           |
| jah, oluliselt                        | 1398          | 64,5                     |          |           |
| <b>Depressioon minevikus</b>          |               |                          |          |           |
| ei                                    | 3919          | 35,3                     | 262,0    | <0,001    |
| jah                                   | 1533          | 59,4                     |          |           |
| <b>Depressiooni ravinud</b>           |               |                          |          |           |
| ei                                    | 1030          | 54,8                     | 27,8     | <0,001    |
| jah                                   | 501           | 68,9                     |          |           |

Allikas: SHARE 4. laine andmed

**Table 2.** Depressiivsuse šansisuhted sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi 55+ Eesti rahvastikus

| Tunnus  | Mudel 1 |         |         |           | Mudel 2 |         |         |           |
|---|---------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
|   | OR      | 95% CI  |         | p-väärtus | OR      | 95% CI  |         | p-väärtus |
|   |         | ülemine | alumine |           |         | ülemine | alumine |           |
| <b>Sugu (võrdlusrühm: mees)</b>   |         |         |         |           |         |         |         |           |
| naine   | 1,78    | 1,57    | 2,01    | <0,001    | 1,74    | 1,53    | 1,99    | <0,001    |
| <b>Vanus (võrdlusrühm: 55–64)</b>                                       |         |         |         |           |         |         |         |           |
| 65–74   | 0,75    | 0,65    | 0,87    | <0,001    | 0,82    | 0,70    | 0,96    | 0,014     |
| 75+   | 0,97    | 0,82    | 1,15    | 0,748     | 0,92    | 0,77    | 1,10    | 0,364     |
| <b>Haridus (võrdlusrühm: alg- ja põhi-)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| kesk- ja keskeri-   | 0,74    | 0,65    | 0,84    | <0,001    | 0,80    | 0,69    | 0,92    | 0,001     |
| kõrg-   | 0,53    | 0,45    | 0,62    | <0,001    | 0,66    | 0,55    | 0,79    | <0,001    |
| <b>Partner leibkonnas (võrdlusrühm: jah)</b>                            |         |         |         |           |         |         |         |           |
| ei  | 1,10    | 1,04    | 1,17    | 0,002     | 1,08    | 1,01    | 1,15    | 0,033     |
| <b>Põlisus (võrdlusrühm: põlispäritolu)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| välispäritolu   | 1,35    | 1,20    | 1,52    | <0,001    | 1,28    | 1,12    | 1,46    | <0,001    |
| <b>Hõiveseisund (võrdlusrühm: ei tööta)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| töötab  | 0,56    | 0,48    | 0,65    | <0,001    | 0,88    | 0,74    | 1,04    | 0,134     |
| <b>Tervise enesehinnang (võrdlusrühm: suurepärane / väga hea / hea)</b> |         |         |         |           |         |         |         |           |
| rahuldav  |         |         |         |           | 1,95    | 1,63    | 2,32    | <0,001    |
| halb  |         |         |         |           | 4,54    | 3,60    | 5,73    | <0,001    |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid (võrdlusrühm: ei)</b>                 |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah   |         |         |         |           | 1,23    | 1,03    | 1,48    | 0,025     |
| <b>Igapäevased tegevused piiratud (võrdlusrühm: ei)</b>                 |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah, kuid mitte oluliselt   |         |         |         |           | 1,16    | 0,98    | 1,36    | 0,078     |
| jah, oluliselt  |         |         |         |           | 1,81    | 1,48    | 2,20    | <0,001    |
| <b>Depressioon minevikus (võrdlusrühm: ei)</b>                          |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah   |         |         |         |           | 2,53    | 2,21    | 2,90    | <0,001    |

Mudel 1 on kohandatud sotsiaal-demograafilistele tunnustele

Mudel 2 on kohandatud kõigile teistele tabelis esitatud tunnustele

OR - šansisuhe; CI - usaldusvahemik

Allikas: SHARE 4. laine andmed

Ainult sotsiaal-demograafilistele tunnustele kohandatud mudelis (mudel 1) ilmneseid tunnustel depressiivsusega valdavalt samasuunalised seosed nagu üksiktunnuste analüüsil: depressiooni oli rohkem naistel, madalama haridustasemega vastajatel, ilma abikaasa/ elukaaslaseta elanud vastajatel, välispäritolu vastajatel ning vastajatel, kes ei töötanud. Ainsana muutus depressiivsuse seos vanusega: kui teised sotsiaal-demograafilised tunnused on võrdsed, ei erine kõige vanem rühm depressiivsuse poolest 55–64-aastastest ning 65–74-aastaste hulgas on vähem depressiooni kui 55–64-aastaste hulgas.

Tervisenäitajate lisamisel regressioonimudelisse (mudel 2) selgus, et nii halb tervise enesehinnang, pikaajalised terviseprobleemid kui ka igapäevategevuste oluline piiratus suurendasid märkimisväärselt ja üksteisest sõltumata võimaliku depressiooni tõenäosust. Samuti oli depressioonirisk kõrgem neil, kellel oli varem depressiooni esinenud, mis viitab depressiooni kalduvusele korduda ja muutuda krooniliseks.

Tähelepanu väärib, et tervisenäitajatele kohandatud mudelis oli seos depressiivsuse ja hõiveseisundi vahel ebaoluline. Seega võib oletada, et töölkäijad on parema vaimse tervisega seetõttu, et nad on üldiselt tervemad kui need, kes tööl ei käi. Samamoodi tuleneb üksiktunnuste analüüsis ilmnenu depressiivsete suurem osakaal kõige vanemas vanuserühmas (tabel 1) tõenäoliselt just tervise halvenemisest ning terviseprobleemidega kaasnevatest tegevuspiirangutest selles rühmas, sest tervisenäitajatele kohandatud mudelis ei olnud 75-aastaste ja vanemate depressioonirisk kõrgem kui noorematel.

Depressiivsuse püsivust kinnitas ka logistilise regressiooni mudel, mis prognoosis kaks aastat hiljem (5. laines) EURO-D alusel hinnatud võimaliku depressiooni tõenäosust 4. laine depressiivsuse, sotsiaal-demograafiliste ja tervisetunnuste ning nendega toimunud muutuste alusel. Tabelis 3 esitatud tulemustest nähtub, et 5. laine depressiivsus oli nii sotsiaal-demograafilistele tunnustele kohandatud mudelis (mudel 1) kui sotsiaal-demograafilistele tunnustele ja tervisenäitajatele kohandatud mudelis (mudel 2) kõige tugevamini seotud 4. laine depressiooniga. Vastajad, kes olid depressiivsed 4. laines, olid 3–4 korda suurema tõenäosusega depressiivsed ka 5. laines kui 4. laines mittedepressiivsed vastajad. Lisaks suurendas varasema elu jooksul kogetud depressiooniepisood 4. laine depressioonist sõltumatult depressiivsuse tõenäosust 5. laines 65% võrra (mudel 2). Kuna mudel on kohandatud depressiivsuse tasemele 4. laines, näitavad sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate šansisuhted vastavate muutujate seost depressiivse seisundi muutusega kahe laine vahel. Kahe uurimislaine vahel oli suurem tõenäosus depressiivsuse suurenemiseks naistel, kõige vanema vanuserühma vastajatel, madalama haridustasemega vastajatel ja välispäritolu vastajatel.

Kui neil, kes elasid mõlemas laines ilma abikaasa/elukaaslaseta, oli koos partneriga elanud vastajatega võrreldes vaid pisut suurem tõenäosus depressiivsemaks muutuda, siis partneri lahkumine kahe laine vahel (kas lahkumineku või partneri surma tõttu) praktiliselt kahekordistas depressiooniriski. Mõlemas laines tööl käinud vastajad muutusid mittetöötajatega võrreldes 5. laines vähem depressiivseteks (mudel 1), kuid see erinevus kadus, kui tulemusi kohandati tervisenäitajate suhtes (mudel 2). Vastajad, kes 4. laines ei töötanud, kuid 5. töötasid, ei erinenud depressiivsusest mõlemas laines mittetöötavatest vastajatest; kahe laine vahel töötamise lõpetanud vastajad muutusid aga pigem vähem depressiivseteks, mis võib olla seletatav tööst tulenenud stressi kadumisega.



**Tabel 3.** 5. laine depressiivsuse šansisuhted 4. laine depressiivsuse, sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi 55+ Eesti rahvastikus

| Tunnus   | Mudel 1 |         |         |           | Mudel 2 |         |         |           |
|--|---------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
|  | OR      | 95% CI  |         | p-väärtus | OR      | 95% CI  |         | p-väärtus |
|  |         | alumine | ülemine |           |         | alumine | ülemine |           |
| <b>Depressioon 4. laines (võrdlusrühm: ei)</b>   |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah  | 4,04    | 3,52    | 4,64    | <0,001    | 3,03    | 2,61    | 3,51    | <0,001    |
| <b>Sugu (võrdlusrühm: mees)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| naine  | 1,33    | 1,14    | 1,55    | 0,001     | 1,38    | 1,17    | 1,61    | <0,001    |
| <b>Vanus 4. laines (võrdlusrühm: 55–64)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| 65–74  | 1,05    | 0,88    | 1,26    | 0,581     | 1,12    | 0,93    | 1,35    | 0,236     |
| 75+  | 1,51    | 1,22    | 1,86    | <0,001    | 1,39    | 1,12    | 1,74    | 0,003     |
| <b>Haridus (võrdlusrühm: alg- ja põhi-)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| kesk- ja keskeri-  | 0,76    | 0,65    | 0,89    | 0,001     | 0,79    | 0,67    | 0,93    | 0,005     |
| kõrg-  | 0,62    | 0,51    | 0,76    | <0,001    | 0,72    | 0,58    | 0,89    | 0,003     |
| <b>Partner leibkonnas (võrdlusrühm: mõlemas laines jah)</b>                            |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines ei  | 1,17    | 1,01    | 1,37    | 0,042     | 1,19    | 1,01    | 1,40    | 0,037     |
| lahkus   | 1,78    | 1,29    | 2,46    | <0,001    | 2,01    | 1,43    | 2,82    | <0,001    |
| lisandus   | 1,33    | 0,48    | 3,65    | 0,580     | 1,31    | 0,49    | 3,52    | 0,596     |
| <b>Põlisus (võrdlusrühm: põlispäritolu)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| välispäritolu  | 1,24    | 1,07    | 1,44    | 0,005     | 1,34    | 1,14    | 1,57    | <0,001    |
| <b>Hõiveseisund (võrdlusrühm: mõlemas laines ei tööta)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines töötab  | 0,63    | 0,52    | 0,77    | <0,001    | 0,92    | 0,75    | 1,14    | 0,438     |
| hakkas tööle   | 0,90    | 0,63    | 1,30    | 0,579     | 1,01    | 0,69    | 1,48    | 0,970     |
| lahkus töölt   | 0,59    | 0,39    | 0,87    | 0,008     | 0,69    | 0,46    | 1,03    | 0,070     |
| <b>Tervise enesehinnang (võrdlusrühm: mõlemas laines suurepärane / väga hea / hea)</b> |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines rahuldav / halb   |         |         |         |           | 2,30    | 1,72    | 3,06    | <0,001    |
| halvenes   |         |         |         |           | 1,98    | 1,42    | 2,74    | <0,001    |
| paranes  |         |         |         |           | 1,00    | 0,69    | 1,44    | 0,982     |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid (võrdlusrühm: mõlemas laines ei)</b>                 |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines jah   |         |         |         |           | 1,35    | 1,02    | 1,78    | 0,036     |
| tekkisid   |         |         |         |           | 1,51    | 1,08    | 2,11    | 0,016     |
| kadusid  |         |         |         |           | 0,95    | 0,68    | 1,33    | 0,750     |
| <b>Igapäevased tegevused oluliselt piiratud (võrdlusrühm: mõlemas laines ei)</b>       |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines jah   |         |         |         |           | 2,40    | 1,93    | 2,99    | <0,001    |
| piirang tekkis   |         |         |         |           | 1,96    | 1,61    | 2,39    | <0,001    |
| piirang kadus  |         |         |         |           | 1,30    | 1,00    | 1,69    | 0,052     |
| <b>Depressioon minevikus (võrdlusrühm: ei)</b>   |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah  |         |         |         |           | 1,65    | 1,41    | 1,94    | 0,001     |

Mudel 1 on kohandatud 4. laine depressioonile ja sotsiaal-demograafilistele tunnustele

Mudel 2 on kohandatud kõigile teistele tabelis esitatud tunnustele

OR - šansisuhe; CI - usaldusvahemik

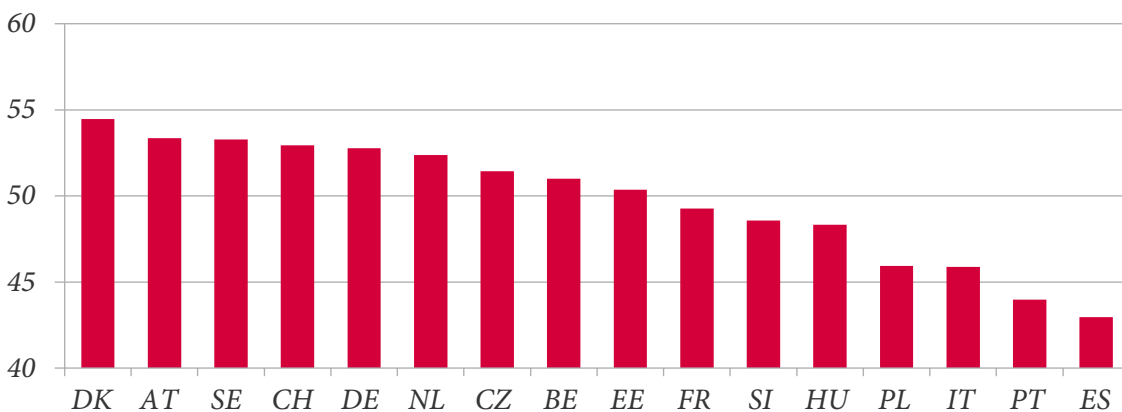
Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Stabiilselt rahuldav/halb tervise enesehinnang, samuti hinnangu halvenemine vähemalt healt rahuldavale/halvale suurendasid oluliselt depressiivsuseriski 5. laines võrreldes stabiilselt hea tervise enesehinnanguga. Need, kelle hinnang paranes rahuldavalt/halvalt vähemalt heale, ei erinenud 5. laines depressiivsusest stabiilselt hea hinnanguga vastajatest. Analoogiline muster ilmnes ka pikaajaliste terviseprobleemide ja terviseprobleemidest põhjustatud oluliste tegevuspiirangute puhul: püsivad ja kahe laine vahel tekkinud terviseprobleemid ja tegevuspiirangud suurendasid depressiivsust, samas kui terviseprobleemi või tegevuspiirangu kadumisel ei erinenud 5. laine depressiivsuserisk oluliselt neist, kellel ei olnud probleemi kummaski laines. Seega peegeldavad vaimse tervise seisundi muutused üsna täpselt vastajate (subjektiivse) füüsilise tervise seisundi muutusi ning kinnitavad veel kord depressiooni tugevat seost üldise tervisega.

### 3.2. KOGNITIIVSED VÕIMED

Kolme kognitiivse testi standardiseeritud skooride koondskoor on esitatud T-skoorina, st kõigi vähemalt 55-aastaste SHARE 4. laine vastajate keskmine skoor oli 50 ja standardhälve 10. Seega oli Eesti vastajate keskmine (50,4) SHARE koguvalimi keskmisele väga lähedal. Joonisel 2 esitatud riikide järjestuses keskmise kognitiivsete testide koondskoori alusel paiknebki Eesti üsna keskel. Riikide keskmised erinesid üksteisest kuni 11,5 punkti võrra ehk rohkem kui ühe standardhälbe ulatuses.

Kui üldiselt on märgata seaduspära, et kõrge depressioonimääraga riikides olid kognitiivsete testide tulemused nõrgemad (vrd joonis 1), siis Eesti oma kõrge depressiivsuse, kuid keskmise kognitiivsete võimete tasemega hälbis sellest muustrist. Eesti vastajate keskmine skoor erines statistiliselt oluliselt kõigi teiste SHARE riikide keskmistest ning need erinevused ei olnud seletatavad valimite soolise, vanuselise ja haridusliku struktuuri erinevustega.



**Joonis 2.** Keskmine kognitiivsete testide koondskoor SHARE riikide 55+ rahvastikus, T-skoor  
Allikas: SHARE 4. laine andmed

**Table 4.** Kognitiivsete testide koondskoor sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate lõikes 55+ Eesti rahvastikus

| Tunnus                                | Vastajate arv | Keskmine | Standardhälve | Test-statistik      | p-väärtus |
|---------------------------------------|---------------|----------|---------------|---------------------|-----------|
| <b>Sugu</b>                           |               |          |               |                     |           |
| mees                                  | 2128          | 49,4     | 9,7           | t(5414) = -5,8      | <0,001    |
| naine                                 | 3288          | 51,0     | 9,9           |                     |           |
| <b>Vanus</b>                          |               |          |               |                     |           |
| 55–64                                 | 2064          | 54,3     | 8,8           | F(2, 5413) = 550,2  | <0,001    |
| 65–74                                 | 1948          | 50,7     | 9,0           |                     |           |
| 75+                                   | 1404          | 44,0     | 9,2           |                     |           |
| <b>Haridus</b>                        |               |          |               |                     |           |
| alg- ja põhi-                         | 1829          | 45,2     | 9,1           | F(2, 5413) = 527,74 | <0,001    |
| kesk- ja keskeri-                     | 2457          | 51,7     | 9,1           |                     |           |
| kõrg-                                 | 1130          | 55,8     | 8,7           |                     |           |
| <b>Partner leibkonnas</b>             |               |          |               |                     |           |
| jah                                   | 3591          | 51,2     | 9,6           | t(5414) = 8,6       | <0,001    |
| ei                                    | 1825          | 48,8     | 10,2          |                     |           |
| <b>Põlisus</b>                        |               |          |               |                     |           |
| põlispäritolu                         | 3776          | 51,3     | 9,4           | t(5414) = 10,8      | <0,001    |
| välispäritolu                         | 1640          | 48,2     | 10,5          |                     |           |
| <b>Elukoht</b>                        |               |          |               |                     |           |
| linn                                  | 3574          | 50,0     | 9,9           | t(5151) = -2,0      | 0,051     |
| maa                                   | 1579          | 50,6     | 9,7           |                     |           |
| <b>Hõiveseisund</b>                   |               |          |               |                     |           |
| ei tööta                              | 3806          | 48,1     | 9,6           | t(5414) = -27,0     | <0,001    |
| töötab                                | 1610          | 55,6     | 8,4           |                     |           |
| <b>Tervise enesehinnang</b>           |               |          |               |                     |           |
| suurepärane / väga hea / hea          | 1363          | 54,7     | 8,9           | F(2, 5407) = 336,4  | <0,001    |
| rahuldav                              | 2799          | 50,5     | 9,2           |                     |           |
| halb                                  | 1248          | 45,3     | 9,9           |                     |           |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid</b> |               |          |               |                     |           |
| ei                                    | 1252          | 52,7     | 9,7           | t(5412) = 9,6       | <0,001    |
| jah                                   | 4162          | 49,7     | 9,8           |                     |           |
| <b>Igapäevased tegevused piiratud</b> |               |          |               |                     |           |
| ei                                    | 2078          | 52,9     | 9,3           | F(2, 5407) = 222,8  | <0,001    |
| jah, kuid mitte oluliselt             | 1964          | 50,8     | 9,3           |                     |           |
| jah, oluliselt                        | 1368          | 46,0     | 10,0          |                     |           |
| <b>Depressioon käesolevalt</b>        |               |          |               |                     |           |
| ei                                    | 3093          | 52,1     | 9,3           | t(5296) = 14,6      | <0,001    |
| jah                                   | 2205          | 48,2     | 10,0          |                     |           |
| <b>Depressioon minevikus</b>          |               |          |               |                     |           |
| ei                                    | 3876          | 50,0     | 9,9           | t(5388) = -5,0      | <0,001    |
| jah                                   | 1514          | 51,5     | 9,6           |                     |           |
| <b>Depressiooni ravinud</b>           |               |          |               |                     |           |
| ei                                    | 1010          | 51,3     | 9,6           | t(1510) = -1,0      | 0,317     |
| jah                                   | 502           | 51,9     | 9,7           |                     |           |

Allikas: SHARE 4. laine andmed

Eesti vastajate kognitiivsete testide koondskoori keskmised ja standardhälbed sotsiaal-demograafiliste ja tervisenäitajate alusel moodustatud rühmade kaupa on esitatud tabelis 4. Rühmade võrdlemiseks kasutati t-testi (kui tegemist oli kahe rühmaga) või dispersioonanalüüsi (kui rühmi oli kolm).

Naised said kognitiivsetes testides keskmiselt pisut paremaid tulemusi kui mehed. Vanemates vanuserühmades olid skoorid märgatavalt madalamad, kõrgema haridustasemega rühmades aga kõrgemad. Abikaasa/elukaaslase puudumine leibkonnas seostus mõnevõrra madalama kognitiivsete võimete tasemega. Välispäritolu vastajate tulemused jäid alla põlispäritolu vastajatele. Linnas ja maal elavate vastajate kognitiivsete testide skoorid peaaegu ei erinenud üksteisest. Töötavate vastajate tulemused olid mittetöötajate omadest märkimisväärselt kõrgemad.

Halvema tervise enesehinnanguga vastajad said kognitiivsetes testides halvemaid tulemusi, samuti seostusid halvema kognitiivse seisundiga pikaajalised terviseprobleemid ja terviseprobleemidest tulenevad tegevuspiirangud. Küsitluse toimumise ajal depressiivsed vastajad sooritasid kognitiivseid teste halvemini, mis on ootuspärane, kuna depressiooniga kaasnevad probleemid mälu ja keskendumisega. Samas vastajad, kellel oli varem depressiooni esinenud, said võrreldes nendega, kes ei olnud minevikus depressioonis olnud, pisut paremaid tulemusi. Varasemat depressiooni perearsti või psühhiaatri juures ravinud vastajad ei erinenud kognitiivsete võimete poolest neist, kes oma depressiooni ei ravinud.

Kognitiivsete võimetega seotud tunnuste teistest tunnustest sõltumatu panuse välja selgitamiseks kasutati lineaarset regressioonanalüüsi, kus sõltuvaks muutujaks oli kognitiivsete võimete koondskoor ja sõltumatuteks muutujateks kas ainult sotsiaal-demograafilised tunnused (mudel 1) või sotsiaal-demograafilised tunnused koos tervisenäitajatega (mudel 2). Regressioonanalüüsi tulemused on esitatud tabelis 5, kust nähtub, et kõik sotsiaal-demograafilised tunnused säilitasid oma seose kognitiivsete võimetega ka teiste tunnuste mudelisse lisamisel. Mõlemas regressioonimudelil oli kognitiivne sooritus kõige tugevamini seotud hariduse ja vanusega. Kui muud tunnused olid võrdsed, olid kõrgharidusega inimeste testiskoorid keskmiselt 7–8 punkti kõrgemad kui alg- ja põhiharidusega vastajatel ning ligikaudu 4 punkti kõrgemad kui keskharidusega vastajatel. Vanuse suurenedes kognitiivne võimekus vähenes: kõige noorema vanuserühmaga võrreldes said 65–74-aastased vastajad keskmiselt ligikaudu 2 punkti madalamaid tulemusi, 75-aastaste ja vanemate tulemused olid aga juba ligi 7 punkti võrra madalamad.

Tervisenäitajate seosed kognitiivse seisundiga olid üldiselt nõrgemad kui sotsiaal-demograafilistel tunnustel. Esile võiks tuua seose tervise enesehinnanguga: oma tervist halvaks hindavate vastajate kognitiivsete testide skoorid jäid hea tervise enesehinnanguga vastajatele keskmiselt ligi 3 punktiga alla. Samuti olid depressiivsete vastajate

**Table 5.** Kognitiivsete testide koondskoori regressioonikordajad 55+ Eesti rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi

| Tunnus  | Mudel 1 |         |         |           | Mudel 2 |         |         |           |
|---|---------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
|   | B       | 95% CI  |         | p-väärtus | B       | 95% CI  |         | p-väärtus |
|   |         | alumine | ülemine |           |         | alumine | ülemine |           |
| <b>Sugu (võrdlusrühm: mees)</b>   |         |         |         |           |         |         |         |           |
| naine   | 2,38    | 1,91    | 2,85    | <0,001    | 2,40    | 1,93    | 2,87    | <0,001    |
| <b>Vanus (võrdlusrühm: 55–64)</b>                                       |         |         |         |           |         |         |         |           |
| 65–74   | -1,89   | -2,45   | -1,32   | <0,001    | -2,13   | -2,69   | -1,57   | <0,001    |
| 75+   | -7,00   | -7,66   | -6,34   | <0,001    | -6,61   | -7,27   | -5,95   | <0,001    |
| <b>Haridus (võrdlusrühm: alg- ja põhi-)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| kesk- ja keskeri-   | 4,18    | 3,67    | 4,70    | <0,001    | 3,60    | 3,08    | 4,11    | <0,001    |
| kõrg-   | 8,26    | 7,64    | 8,89    | <0,001    | 7,26    | 6,63    | 7,89    | <0,001    |
| <b>Partner leibkonnas (võrdlusrühm: jah)</b>                            |         |         |         |           |         |         |         |           |
| ei  | -1,04   | -1,54   | -0,55   | <0,001    | -0,96   | -1,45   | -0,47   | <0,001    |
| <b>Põlisus (võrdlusrühm: põlispäritolu)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| välispäritolu   | -2,87   | -3,35   | -2,40   | <0,001    | -2,51   | -2,99   | -2,04   | <0,001    |
| <b>Hõiveseisund (võrdlusrühm: ei tööta)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| töötab  | 2,82    | 2,24    | 3,40    | <0,001    | 1,97    | 1,38    | 2,56    | <0,001    |
| <b>Tervise enesehinnang (võrdlusrühm: suurepärane / väga hea / hea)</b> |         |         |         |           |         |         |         |           |
| rahuldav  |         |         |         |           | -1,26   | -1,86   | -0,66   | <0,001    |
| halb  |         |         |         |           | -2,92   | -3,76   | -2,07   | <0,001    |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid (võrdlusrühm: ei)</b>                 |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah   |         |         |         |           | 0,94    | 0,31    | 1,57    | 0,004     |
| <b>Igapäevased tegevused piiratud (võrdlusrühm: ei)</b>                 |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah, kuid mitte oluliselt   |         |         |         |           | 0,24    | -0,34   | 0,82    | 0,417     |
| jah, oluliselt  |         |         |         |           | -1,37   | -2,12   | -0,63   | <0,001    |
| <b>Depressioon käesolevalt (võrdlusrühm: ei)</b>                        |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah   |         |         |         |           | -1,84   | -2,32   | -1,36   | <0,001    |
| <b>Depressioon minevikus (võrdlusrühm: ei)</b>                          |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah   |         |         |         |           | 0,91    | 0,41    | 1,41    | <0,001    |

Mudel 1 on kohandatud sotsiaal-demograafilistele tunnustele

Mudel 2 on kohandatud kõigile teistele tabelis esitatud tunnustele

B - lineaarse regressiooni kordaja; CI - usaldusvahemik

Allikas: SHARE 4. laine andmed

tulemused ligikaudu 2 punkti võrra madalamad kui muus osas sarnastel mittedepressiivsetel vastajatel.

Üksiktunnuste analüüsis ilmnenu positiivne seos kognitiivse soorituse ja mineviku depressiooni vahel jäi pärast teistele tunnustele kohandamist püsima ning seda oli võimalik korrata ka SHARE koguvalimiga. Kuna see tulemus on vastuolus sellega, mida depressiooni ja kognitiivsete võimete kohta on üldiselt teada, võib see tähendada, et meetod, mida SHARE-s varasema depressiooniepisoodi välja selgitamiseks kasutatakse, ei ole usaldusväärne. Kuivõrd tegemist on inimese enda antud vastusega ühele küsimusele – kas teie elus on olnud perioode, kus teil oli vähemalt kahe nädala pikkune depressiooniperiood? – võib positiivne seos varasema depressiooniepisoodi ja kognitiivsete võimete vahel tähendada seda, et madalama võimekusega inimesed kas ei märganud või ei mäletanud oma varasemat depressiooniepisoodi või ei soovinud seda küsitlejale tunnistada. Varasema depressiooni kohta antud vastuste ebausaldusväärse poolt räägib ka asjaolu, et tema seosed sotsiaal-demograafiliste tunnustega olid eeldatavale vastupidised: varasema depressiooni esinemist kinnitasid eelkõige nooremad ja kõrgema haridustasemega vastajad.

Mõlemas laines osalenud Eesti vastajate kognitiivsete testide tulemused olid 5. laines keskmiselt 0,4 T-skoori punkti madalamad kui 4. laines ehk keskmine kognitiivsete võimete langus kahe aasta jooksul oli minimaalne. Ühelt poolt on kaks aastat ilmselt liiga lühike aeg märgatavate muutuste tekkimiseks, teiselt poolt paraneb kognitiivsete testide sooritus korduval testimisel tänu õppimisele. 4. ja 5. laine testitulemused olid tugevalt korreleeritud ( $r = 0,58$ ), seega oli vastajate järjestus kognitiivse võimekuse alusel kahes laines üsna sarnane. Lineaarse regressioonanalüüsi tulemustest (tabel 6), tuli samuti esile, et kõige paremini ennustas kognitiivsete testide sooritust 5. laines nende testide sooritus 4. laines.

Tabelis 6 esitatud regressioonimudelites on kognitiivsete võimete tase 4. laines kontrollitud, seetõttu on regressioonikordajad tõlgendatavad kui vastavate tunnustega seostatava kognitiivsete võimete muutuse näitajad (Finkel 1995). Sotsiaal-demograafilistest tunnustest ennustasid kognitiivsete võimete muutust kõige paremini haridustase ja vanus. Kognitiivsete võimete langus oli suurem vanemates vanuserühmades ja madalama haridustasemega vastajatel. Abikaasa/elukaaslasega koos elamisel või kooselus toimunud muutustel kognitiivse võimekuse muutusega seost ei olnud. Vastajate tulemused, kes kummaski laines tööl ei käinud või kahe laine vahel töötamise lõpetasid, halvenesid ligikaudu 2 punkti võrra võrreldes vastajatega, kes käisid mõlemas laines tööl või olid kahe laine vahel (uuesti) tööle hakanud.

Teiste näitajate võrdsuse korral alanes mõlemas laines depressiivsete või vahepeal depressiivseks muutunud vastajate kognitiivsete testide tulemus rohkem kui neil, kellel

**Tabel 6.** 5. laine kognitiivsete testide koondskoori regressioonikordajad 55+ Eesti rahvastikus 4. laine kognitiivsete testide skoori, sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi

| Tunnus   | Mudel 1 |         |         |           | Mudel 2 |         |         |           |
|--|---------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
|  | B       | 95% CI  |         | p-väärtus | B       | 95% CI  |         | p-väärtus |
|  |         | alumine | ülemine |           |         | alumine | ülemine |           |
| Kognitiivsete võimete koondskoor 4. laines   | 0,46    | 0,43    | 0,49    | <0,001    | 0,44    | 0,41    | 0,47    | <0,001    |
| <b>Sugu (võrdlusrühm: mees)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| naine  | 0,90    | 0,38    | 1,42    | 0,001     | 1,05    | 0,51    | 1,59    | <0,001    |
| <b>Vanus (võrdlusrühm: 55–64)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| 65–74  | -1,11   | -1,72   | -0,51   | <0,001    | -1,18   | -1,79   | -0,56   | <0,001    |
| 75+  | -3,91   | -4,67   | -3,15   | <0,001    | -3,63   | -4,41   | -2,85   | <0,001    |
| <b>Haridus (võrdlusrühm: alg- ja põhi-)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| kesk- ja keskeri-  | 2,54    | 1,96    | 3,11    | <0,001    | 2,38    | 1,80    | 2,96    | <0,001    |
| kõrg-  | 4,17    | 3,45    | 4,89    | <0,001    | 3,92    | 3,18    | 4,65    | <0,001    |
| <b>Partner leibkonnas (võrdlusrühm: mõlemas laines jah)</b>                            |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines ei  | -0,41   | -0,96   | 0,14    | 0,142     | -0,42   | -0,97   | 0,14    | 0,142     |
| lahkus   | 0,13    | -1,02   | 1,28    | 0,826     | 0,48    | -0,70   | 1,65    | 0,428     |
| lisandus   | -2,56   | -6,06   | 0,94    | 0,152     | -2,51   | -5,97   | 0,95    | 0,154     |
| <b>Põlisus (võrdlusrühm: põlispäritolu)</b>  |         |         |         |           |         |         |         |           |
| välispäritolu  | -2,17   | -2,71   | -1,64   | <0,001    | -2,07   | -2,61   | -1,53   | <0,001    |
| <b>Hõiveseisund (võrdlusrühm: mõlemas laines ei tööta)</b>                             |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines töötab  | 2,37    | 1,71    | 3,03    | <0,001    | 1,78    | 1,09    | 2,46    | <0,001    |
| hakkas tööle   | 2,20    | 0,95    | 3,45    | 0,001     | 1,85    | 0,60    | 3,11    | 0,004     |
| lahkus töölt   | 0,54    | -0,76   | 1,84    | 0,418     | 0,14    | -1,16   | 1,45    | 0,830     |
| <b>Depressioon käesolevalt (võrdlusrühm: mõlemas laines ei)</b>                        |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines jah   |         |         |         |           | -1,64   | -2,33   | -0,96   | <0,001    |
| tekkis   |         |         |         |           | -1,23   | -1,98   | -0,48   | 0,001     |
| kadus  |         |         |         |           | -0,06   | -0,76   | 0,64    | 0,871     |
| <b>Depressioon minevikus (võrdlusrühm: ei)</b>   |         |         |         |           |         |         |         |           |
| jah  |         |         |         |           | 0,91    | 0,36    | 1,46    | 0,001     |
| <b>Tervise enesehinnang (võrdlusrühm: mõlemas laines suurepärane / väga hea / hea)</b> |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines rahuldav / halb   |         |         |         |           | -0,72   | -0,72   | -1,56   | 0,115     |
| halvenes   |         |         |         |           | -0,33   | -0,33   | -1,30   | 0,637     |
| paranes  |         |         |         |           | -0,13   | -0,13   | -1,16   | 0,900     |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid (võrdlusrühm: mõlemas laines ei)</b>                 |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines jah   |         |         |         |           | 0,48    | -0,34   | 1,31    | 0,252     |
| tekkisid   |         |         |         |           | -0,14   | -1,17   | 0,89    | 0,786     |
| kadusid  |         |         |         |           | 0,40    | -0,57   | 1,38    | 0,415     |
| <b>Igapäevased tegevused oluliselt piiratud (võrdlusrühm: mõlemas laines ei)</b>       |         |         |         |           |         |         |         |           |
| mõlemas laines jah   |         |         |         |           | -0,60   | -1,40   | 0,19    | 0,138     |
| piirang tekkis   |         |         |         |           | -0,98   | -1,69   | -0,27   | 0,007     |
| piirang kadus  |         |         |         |           | -1,86   | -2,79   | -0,93   | <0,001    |

Mudel 1 on kohandatud 4. laine kognitiivsele sooritusele ja sotsiaal-demograafilistele tunnustele

Mudel 2 on kohandatud kõigile teistele tabelis esitatud tunnustele

B - lineaarse regressiooni kordaja; CI - usaldusvahemik

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

kummaski laines depressiooni ei olnud või kes olid sellest paranenud. Tervise enesehinangul ja selle muutustel ning pikaajaliste terviseprobleemide olemasolul kognitiivse seisundi muutusega olulist seost ei olnud. Terviseprobleemidest tingitud tegevuspiirangute tekkides kognitiivne võimekus veidi alanes. Üllatuslikult ilmnnes, et vastajad, kelle tegevuspiirangud kahe laine vahel kadusid, kaotasid ka kognitiivsetes võimetes, millele on raske seletust pakkuda.

#### 4. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

SHARE 4. laine andmed kinnitavad depressiivsete sümptomite väga kõrget levimust Eesti vanemaealistel (vrd Saks et al. 2001). 16 osalenud riigi seas oli Eesti depressiivsete osakaalu poolest esikohal. Riikidevaheliste erinevuste põhjused ei ole päris selged. Riigiti erinevad depressiivsuse levimused võivad tuleneda geneetiliste ja keskkondlike tegurite erinevustest, kuid välistada ei saa ka võimalust, et erinevates kultuurides lähtutakse sümptomitega nõustumisel erinevatest standarditest (Castro-Costa et al. 2007).

Depressiivsuse kõrge tase näitab, et vanemaealiste vaimsele tervisele on vaja rohkem tähelepanu pöörata. Vanemaealiste depressioon on sageli aladiagnoositud ja -ravitud, sest ta jääb tervishoiutöötajate jaoks somaatiliste haiguste varju. Samas raskendab ravimata depressioon somaatiliste haiguste kulgu, suurendab tervishoiuteenuste kasutamist ja kulutusi tervisele. Probleemiks võib olla ka depressiooni märkamine ja tunnistamine vanemaealiste endi poolt. Vaimsete häiretega kaasnevad tihti eelarvamused ja stigma, mis takistavad inimesi abi otsimast. Eriti sügavalt võivad eelarvamused olla juurdunud just vanemates põlvkondades, kes on suure osa oma elust nõukogude võimu ajal elanud. Sellele viitab kaudselt tulemus, et vanemates vanuserühmades oli märkimisväärselt vähem inimesi, kes vastasid, et neil on elu jooksul depressiooni olnud. Neist, kes varasemat depressiooni tunnistasid, vaid kolmandik oli depressiooni perearsti või psühhiaatri juures ravinud. Viimane tulemus on väga sarnane 2006. aasta Eesti tervise-uuringus leitudga (Kleinberg, Aluoja & Vasar 2013).

Erilist tähelepanu vajavad vanemaealised, kellel esineb mitu depressiivsuse riskitegurit. SHARE andmete põhjal leitud riskitegurid langevad suures osas kokku Eesti terviseuuringu tulemustega (Kleinberg et al. 2010): depressiivseid sümptomeid oli rohkem naistel, madalama haridustasemega inimestel, välispäritolu inimestel, ilma partnerita elavatel inimestel, halvema tervise ja terviseprobleemidest tulenevate tegevuspiirangutega inimestel. Sarnane oli ka see, et terviseseisundi arvesse võtmisel kadus depressiivsuse seos vanusega: vanemaealisi ei tee depressiivseks mitte elatud aastad, vaid halvenev tervis. Longituudsete muutuste analüüs näitas, et lisaks terviseprobleemide ja tegevuspiirangute tekkele halvenes emotsionaalne seisund järsult, kui partner lahkus



leibkonna juurest. Erinevalt Eesti terviseuuringust ei ilmnenud SHARE andmetes seost depressiivsuse ja linnas elamise vahel. Võimalik, et see seos esineb ainult nooremates vanuserühmades.

Rahvastiku kognitiivse funktsioneerimise taset käsitletakse kui alternatiivset võimalust rahvastiku vananemise hindamiseks. Skirbekk, Loichinger ja Weber (2012) on öelnud, et vananemine ei tekita tõsisid probleeme mitte kõrgema kronoloogilise vanusega rahvastikuga riikides, vaid riikides, kus eakate kognitiivsed võimed on halvemad. Eesti vanemaealised asetusid kognitiivsete testide soorituse järgi 4. laines keskmiste riikide sekka edestades osalenud Lõuna- ja Ida-Euroopa riike. Riikide erinevuste põhjuseks peetakse erinevaid elutingimusi, sh toitumine, haridustee pikkus ja kvaliteet, haiguste esinemine, võimalused kehaliseks ja sotsiaalseks aktiivsuseks (Skirbekk et al. 2012).

Tõenäoliselt tänu üldisele elutingimuste paranemisele leidis 20. sajandi jooksul arenenud riikides aset kognitiivsete võimete tõus, kus iga järgneva sünnipõlvkonna esindajad sooritasid vaimset võimekust nõudvaid ülesandeid eelnevatest paremini (Must 2011). Sellest lähtuvalt võib loota, et nooremate sünnipõlvkondade kognitiivne tase on ka vanemas eas parem, kui oli vanematel põlvkondadel samas vanuses ning rahvastiku vananemine ei too kaasa dementsuse levimuse suurenemist. SHARE kognitiivsete testide andmed näitavad olulisi erinevusi vanuserühmade vahel, kuid vaid minimaalset langust kahe aasta jooksul neil, kes osalesid uuringu mõlemas laines. Seega võivad vanuserühmade erinevused peegeldada pigem sünnipõlvkondade erinevat vaimsete võimete taset kui vanusega seotud võimete langust. Siiski on kaks uuringulainet liiga vähe ja kaheaastane intervall liiga lühike, et nende andmete põhjal saaks kindlaid järeldusi teha.

Madalama kognitiivse võimekuse ning võimete langusega seostusid lisaks vanusele madal haridustase, halb enesehinnanguline tervis, välispäritolu, meessugu, mittetöötamine, samaaegne depressiivsus ja olulised tegevuspiirangud. Kahe laine vahel toimunud muutustest ennustasid langust depressiivsete sümptomite tekkimine ning töölt lahku mine. Uuringud on üsna üksmeelselt näidanud, et pensionile jäädes inimeste vaimne võimekus langeb (Engelhardt, Buber, Skirbekk, & Prskawetz 2010; Mazzonna & Peracchi 2012; Rohwedder & Willis 2010). Kui pingutus väheneb, võimed taanduvad. Seetõttu tuleb kasuks tegeleda pensionipõlves kognitiivset stimuleerimist pakkuvate hobidega, milleks võivad olla näiteks male, bridž või ristsõnade ja sudokude lahendamine. Spetsiaalselt vanemaealistele suunatud mälu treeningud on tõestanud, et ka vanemas eas on võimalik kognitiivse funktsioneerimise teatud tahke parandada. Samuti on kognitiivse vormi säilitamisel leitud abi kehalisest ja sotsiaalsest aktiivsusest ning tasakaalustatud toitumisest (Williams & Kemper 2010). Seega tuleks igati propageerida tervislikke eluviise vanemaealiste seas ning soodustada vanemaealiste aktiivsust nii tööturul kui ühiskonnas laiemalt.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Arntzen, K. A., Schirmer, H., Wilsgaard, T., Mathiesen, E. B. (2011). Impact of cardiovascular risk factors on cognitive function: the Tromsø study. *European Journal of Neurology*, 18, 737–43.
- Berr, C., Wancata, J., Ritchie, K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 463–71.
- Blazer, D. G., II, Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1241–52.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., *et al.* (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 393–401.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372–87.
- Engelhardt, H., Buber, I., Skirbekk, V., Prskawetz, A. (2010). Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among older people. *Ageing & Society*, 30, 779–809.
- Finkel, S. E. (1995). *Causal analysis with panel data*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G. (2011). Epidemiology and geriatric psychiatry. In: M. T. Tsuang, M. Tohen & P. B. Jones (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (3rd ed.). (pp. 535–57). New York, NY, US: John Wiley & Sons.
- Kleinberg, A., Aluoja, A., Vasar, V. (2010). Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. *European Psychiatry*, 25, 485–90.
- Kleinberg, A., Aluoja, A., Vasar, V. (2013). Help-seeking for emotional problems in major depression: Findings of the 2006 Estonian Health Survey. *Community Mental Health Journal*, 49, 427–32.
- Kok, R., Avendano, M., d’Uva, T. B., Mackenbach, J. (2012). Can reporting heterogeneity explain differences in depressive symptoms across Europe? *Social Indicators Research*, 105, 191–210.
- Koponen, H., Leinonen, E. (2007). Vanurite psühhiaatria. In: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (Eds.), *Psühhiaatria* (pp. 466–80). Tallinn: Medicina.
- Li, R., Singh, M. (2014). Sex differences in cognitive impairment and Alzheimer’s disease. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 385–403.
- Mazzonna, F., Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement. *European Economic Review*, 56, 691–710.
- Must, O. (2011). Flynni efekt: intelligentsustestide skooride tõus ajas. In: R. Möttus, J. Allik & A. Realo (Eds.), *Intelligentsuse psühholoogia* (pp. 144–157). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Möttus, R. (2011a). Intelligentsus ja ealised muutused. In: R. Möttus, J. Allik & A. Realo (Eds.), *Intelligentsuse psühholoogia* (pp. 126–43). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Möttus, R. (2011b). Intelligentsus, tervis ja surm. In: R. Möttus, J. Allik & A. Realo (Eds.), *Intelligentsuse psühholoogia* (pp. 202–22). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T. F., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., *et al.* (1999). Development of the EURO-D scale—A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 330–38.
- Rohwedder, S., Willis, R. J. (2010). Mental Retirement. *Journal of Economic Perspectives*, 24, 119–38.

Sáez-Fonseca, J. A., Lee, L., Walker, Z. (2007). Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 101, 123-9.

Saks, K., Kolk, H., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Paju, I., *et al.* (2001). Health status of the older population in Estonia. *Croatian Medical Journal*, 42, 663-8.

Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 754-60.

Shrira, A., Palgi, Y., Ben-Ezra, M., Spalter, T., Kavé, G., Shmotkin, D. (2011). For better and for worse: the relationship between future expectations and functioning in the second half of life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B, 195-203.

Skirbekk, V., Loichinger, E., Weber, D. (2012). Variation in cognitive functioning as a refined approach to comparing aging across countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 770-4.

WHO (2013). Fact sheet N°381: Mental health and older adults. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

WHO (2014). Fact sheet N°220: Mental health: strengthening our response. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Williams, K., Kemper, S. (2010). Exploring interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48, 42-51.

EESTI PAISTAB SILMA ÜHE  
KÕRGEIMA OSAKAALUGA  
IGAPÄEVATEGEVUSTES  
PIIRATUD INIMESTE OSAKAALU  
POOLEST EUROOPAS—23,5%  
KOGU RAHVASTIKUST OMASID  
TEGEVUSPIIRANGUID 2013.  
AASTAL, OLLES 2008. AASTAGA  
VÕRRELDES KASVANUD.

# TEGEVUS- PIIRANGUTEGA

## RAHVASTIKUSEISUNDI MUUTUS EESTIS 2011.–2013. AASTAL

Liili Abuladze

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

---

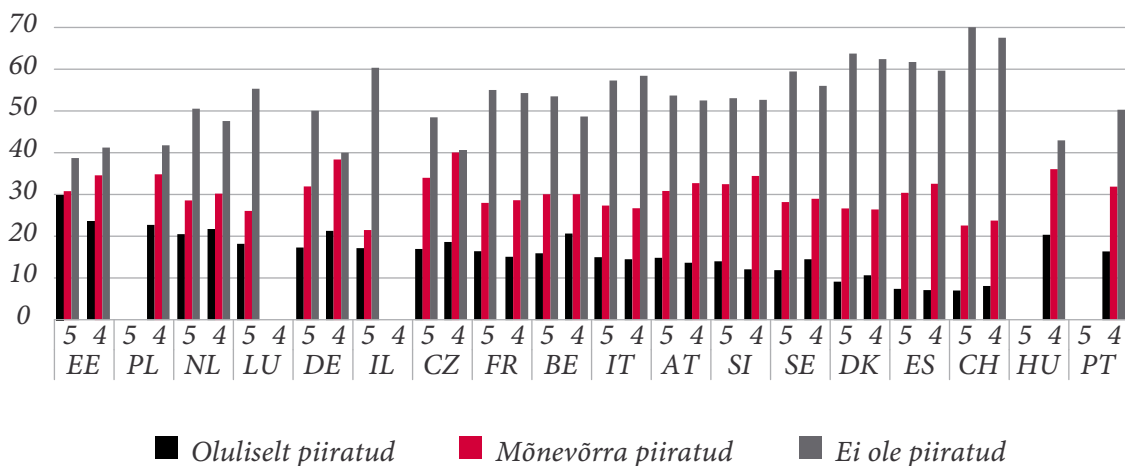
### 1. SISSEJUHATUS

Rahvastikuvananemine toimub inimkonna ajaloos esimest korda. See protsess väljendub teatud perioodil vanemaealiste inimeste arvu suurenemises, mis nõuab ühiskonnalt selle protsessiga kohandumist. Terviseseisund on inimese eluea jooksul oma käitumise, haiguste ennetamise, ravi ja kontrolli all hoidmise kaudu ning tervise- ja sotsiaalsüsteemi pakutava abi koostoime tulemusena akumuleeritud kapital, millele on iseloomulik vanuse kasvades väheneda. Iga rahvastiku arengu seisukohalt on oluline, kas rahvastiku üldise eluea kasvu tingimustes viimasel sajandil, periood, mil elatakse haiguste ja tervisepiirangutega, suureneb, jääb samaks või hoopis väheneb. Selle protsessi kulgemist mõjutab oluliselt hariduse, tööturu ning tehnoloogia areng, mille tulemusena vanemaealiseks peetavate isikute ring ajas muutub.

Eesti paistab silma ühe kõrgeima osakaaluga igapäevategevustes piiratud inimeste osakaalu poolest Euroopas—23,5% kogu rahvastikust omasid tegevuspiiranguid 2013. aastal, olles 2008. aastaga võrreldes kasvanud (Eurostat 2015). Ühelt poolt tuleneb see inimeste halvast terviseseisundist ning nõrgematest objektiivsetest tervisenäitajatest. Teisalt on aga tegevuspiirangute küsimusele vastamine subjektiivne, seega peegeldab see ka eestlaste psühholoogiast tuntud negatiivsemat hinnangut sellistes küsimustes. Lisaks valivad Eestis osad inimesed (ehkki vähemused) töövõimetuspensionari, et saada paremat sissetulekut tööeas, kuna toimetulekutoetused võivad olla veelgi väiksemad ja sõltuda rahastusmehhanismi või -vahendite piiratusest. Töövõimetuspensionäri staatus võib aga süvendada inimestes veelgi arusaama endast kui tegevuspiiranguga inimesest.

Tegevuspiirangute näitajat kasutatakse Euroopa Liidu ühe struktuurse indikaatori—tervena elatud eluea—arvutamisel. Tervena elatud eluiga annab aimu vanemaeliste elukvaliteedist, seega on ka tegevuspiirangud üks elukvaliteedi näitaja. Eesti rahvastiku tervise arengukava üldeesmärk on tõsta tervena (piirangutevabalt) elatud eluiga meestel 60. eluaastale ning naistel 65. eluaastale 2020. aastaks (Rahvastiku tervise arengukava 2008). Viimaste aastate andmete põhjal on Eesti vastav näitaja aga stagneerunud – naistel on see 2009.–2013. aastal langenud 59,2 eluaastalt 57,1 eluaastani, meestel samal perioodil 55 eluaastalt 53,9 eluaastani. Eesti vastavad näitajad on Euroopa riikide seas viimaste seas, eriti meeste puhul (Eurostat 2015).

SHARE uuringus osalenud riikide seas on igapäevategevustes olulisel määral piiratud 50-aastaste ja vanemate inimeste osakaal Eestis kõrgeim—4. laines (2011) 23,7% ning 5. laines (2013) 29,9% (joonis 1). Käesolev analüüs vaatlleb esimest korda individuaalsel tasandil longituudseid muutusi tegevuspiirangutes—ehk millised tegurid määrasid tegevuspiirangute seisundis muutuse, terve seisundi allesjäämise või inimese surma Eestis kahe uuringulaine vahel 2011.–2013. aastal. Teemapüstitus on oluline, et aru saada tegevuspiirangute arengut mõjutavatest teguritest ning nende seosest suremusega Eestis.



**Joonis 1.** Oluliste, mõõdukate ning ilma tegevuspiiranguteta rahvastiku jaotus SHARE riikides 2011 ja 2013.

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine

## 2. TAUST

Pärast pikaajalist eluea stagnatsiooni peaaegu 40 aasta vältel on eestlaste eluiga sünnihetkel alates 1998. aastast järjepidevalt tõusnud. 2009. aastaks oli naiste eluiga sünnihetkel ületanud 80. eluaasta piiri ning 2013. aastaks meestel jõudnud 72. eluaastani. Oodatav eluiga 65. eluaastal tõusis samal perioodil samuti, ehkki veidi aeglasemas tempos—meestel jõudis see 2014. aastaks 15 aastani (võrreldes 1995. aastal 11,85 aastaga) ning naistel 20 aastani (1995. aastal 15,97) (Statistikaamet 2015). Terviseseisundit ning elukvaliteeti kirjeldab paremini tervena elatud eluiga ehk kui kaua elavad inimesed ilma haigusteta või tegevuspiiranguteta—meestel oli see 2014. aastal 53,1 ning naistel 57,1, olles 2010. aastast alates mõlema puhul langenud (Statistikaamet 2015). Rahvastiku tervise arengukavas on 2016. aastaks seatud vahe-eesmärk jõuda tervena elatud eluaastates meestel 57,7 eluaastani ning naistel 62,5 eluaastani (Rahvastiku tervise arengukava 2008). Seega pole Eesti ühiskond liikunud seatud eesmärgi poole. Et tervena elatud eluaastaid kujundavad rahvastiku tegevuspiirangud, siis on tegevuspiirangute areng käesoleva artikli uurimisfookuses.

Haigestumismustrite uurimused tänapäeva vananeva rahvastiku kohta on tõstatanud kaks vastandlikku hüpoteesi. Haigestumuse laienemise (*expansion*) hüpotees eeldab, et eluea pikenedes ning vanemaaliste suureneva arvuga on tervena elatud eluaastad fikseeritud, mille tõttu suureneb rahvastikus ka eri krooniliste haiguste ning tegevuspiirangute sagedus (Sanders 1964). Haigestumuse kokkusurumise hüpotees (*compression*) eeldab, et haigena elatud eluaastad on fikseeritud ning kuna surm lükkub üha vanemasse ikka, siis veedetakse ka rohkem aastaid tervena (Fries 1980). Tegevuspiirangute kujunemine võib olla seotud haiguste erineva kulgemisega ning ka see muster võib aja jooksul muutuda. Hollandi näitel on leitud, et aastatega on vähenenud fataalsetest haigustest tingitud tegevuspiirangute väljakujunemine, kuid leinumaks on muutunud mittefaatalsete haiguste tagajärjel tekkivad tegevuspiirangud (Puts *et al.* 2008). Seega on oluline jälgida haigestumisstruktuuri arenguid ning kuidas uued lahendused parandaksid ka uut laadi tegevuspiirangute tekkimisel inimeste elukvaliteeti.

Eesti endiselt kehvem eluea ning tervena elatud eluaastate positsioon ülejäänud Euroopaga võrreldes tuleneb ajaloolisest taustast. Nõukogude ajal stagneerus eestlaste tervis, mis väljendus eluea paigalseisus, eriti meestel. Selle peamiseks põhjuseks oli palju levinud alkoholi ja tubaka tarbimine meeste seas, riskikäitumisega seotud vigastused ja õnnetused ning kõrge suremus neisse, ennetustegevuse puudus krooniliste haiguste suunal, mille tõttu südameveresoonekonna haigused muutusid valdavaks surmapõhjusteks, hiline krooniliste haiguste diagnoosimistava, modernse tehnoloogia puudulikkus tervishoiusüsteemis ning vähene rõhk inimeste enda vastutusel tervisekäitumises (Sakkeus & Karelson 2012).

Erinevalt teistest demograafilistest protsessidest on tervis tundlikum ja reageerib kiiremini poliitikameetetele, eluviiside ja harjumuste muutumisele ning innovatsioonidele. Seega on võimalik tervist mõjutada veel ka vanemas eas, ehkki inimeste erinevad kogemused, käitumised ning elu jooksul kumuleerunud hädad võivad mängida erinevat rolli tervise kujunemisel vanemas eas.

Eesti eluea sooline lõhe on üks suurimaid maailmas. Selle taga on nii erinev tervisekäitumine kui ka soolised erinevused haigestumisstruktuuris. Viimast peegeldab ka erinevus tervelt elatud aastates meeste ja naiste vahel. Samuti on varasemast teada põlis- ja välispäritolurahvastiku erinevused haigestumises ning elueas (Sakkeus & Karelson 2012). Lisaks võivad tervena elatud eluaastaid mõjutada erinevused hariduses, hõiveseisundis, elukoha tüübis (linnaline või maa-asula võib määrata teenustele ligipääsu määra), pikaajaliste haiguste põdemises. Leibkonna suurus ja sotsialvõrgustikud võivad määrata abisaamise potentsiaali ja emotsionaalse toe olemasolu, mis mõjutab tervist ja seeläbi ka eluiga.

### 3. METOODIKA

Tegevuspiiranguteks loetakse inimese võimetust saada hakkama tavaelus vajalike toimingutega, tavaliselt tervisest tulenevate põhjuste tõttu. Tegevuspiirangute olemasolu ja astet kasutatakse pikeneva eluea ja vananevate ühiskondade puhul inimeste elukvaliteedi mõõtmiseks ehk tervena elatud eluea arvutamiseks. See on lihtne küsimus ning rahvusvaheliselt võrreldav. Tegevuspiirangute kaardistamiseks paluti SHARE uuringus osalejatel öelda, mil määral on terviseprobleem viimasel kuuel kuul igapäevategevusi piiranud. Küsimusele oli kolm vastusevarianti, mis käesolevas analüüsis grupeeriti kui „jah“ („oluliselt piiranud“; „piiranud, kuid mitte oluliselt“) ja „ei“ („ei ole piiranud“).

Analüüsi peamine vaadeldav tulemus on tegevuspiirangute seisundi muutus kahe uuringulaine vahel Eestis (2011. ja 2013. aasta vahel). Iga vastaja kohta, kelle kohta on info nii 4. kui 5. uuringulaines, on moodustatud sõltuvtunnus igapäevategevuste seisundi muutusega. Seisund võib olla samaks jäänud, kahe aasta jooksul teisenenud või surmaga lõppenud – seega koosneb sõltuvtunnus järgmistest kategooriatest: igapäevategevustes piiratud mõlemas laines, igapäevategevustes piiramata ehk terve mõlemas laines, paranenud seisund, halvenenud seisund, surnud kahe uuringulaine vahel.

„Igapäevategevustes piiratud“ hõlmab käesolevas analüüsis neid, kes raporteerisid mõlemas laines kas tõsiselt või mõõdukalt piiratud seisundit. Vastav rühm on regressioonimudelites seatud ka referentsrühmaks (kelle suhtes ülejäänud tulemusi tõlgendada). Ehkki piirangutega rühm koondab nii tõsiselt kui ka mõnel määral piiratud, on selle kategooria koostamisel jälgitud, et üksikisiku tasandil seisundid ei kattuks (siia kategooriasse on arvestatud need, kes olid tõsiste tegevuspiirangutega mõlemas laines, ning ka



**Tabel 1.** Kirjeldavad tulemused tegevuspiirangute seisundi muutuse ja suremuse kujunemise tegurite lõikes

|                              | Sama piiratud | % (rida) | Sama terve | % (rida) | Parem | % (rida) | Halvem | % (rida) | Surm | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
|------------------------------|---------------|----------|------------|----------|-------|----------|--------|----------|------|----------|-----------|-------|-----------|
| <b>Sugu</b>                  |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| mees                         | 590           | 25,8     | 591        | 25,9     | 357   | 15,6     | 564    | 24,7     | 183  | 8,0      |           | 2285  | 40,0      |
| naine                        | 983           | 28,7     | 855        | 25,0     | 568   | 16,6     | 873    | 25,5     | 146  | 4,3      |           | 3425  | 60,0      |
| <b>Päritolu</b>              |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| põlisrahvastik               | 1140          | 26,5     | 1150       | 26,7     | 656   | 15,2     | 1124   | 26,1     | 238  | 5,5      |           | 4308  | 75,5      |
| välispäritolu                | 433           | 30,9     | 296        | 21,1     | 269   | 19,2     | 313    | 22,3     | 90   | 6,4      |           | 1401  | 24,5      |
| <b>Haridus</b>               |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| põhiharidus                  | 588           | 32,7     | 284        | 15,8     | 279   | 15,5     | 481    | 26,7     | 168  | 9,3      |           | 1800  | 31,5      |
| kesk(eri)haridus             | 736           | 26,9     | 739        | 27,0     | 463   | 16,9     | 670    | 24,5     | 125  | 4,6      |           | 2733  | 47,9      |
| kõrgharidus                  | 249           | 21,2     | 423        | 36,0     | 183   | 15,6     | 286    | 24,3     | 35   | 3,0      |           | 1176  | 20,6      |
| <b>Hõiveseisund</b>          |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| pensionil                    | 1074          | 32,9     | 513        | 15,7     | 534   | 16,4     | 868    | 26,6     | 275  | 8,4      |           | 3264  | 57,3      |
| töötav                       | 291           | 16,0     | 828        | 45,5     | 277   | 15,2     | 406    | 22,3     | 17   | 0,9      |           | 1819  | 31,9      |
| muu(kodune, haige jt)        | 204           | 33,1     | 104        | 16,9     | 114   | 18,5     | 161    | 26,1     | 34   | 5,5      |           | 617   | 10,8      |
| <b>Asula</b>                 |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| linn                         | 1026          | 28,5     | 928        | 25,7     | 584   | 16,2     | 851    | 23,6     | 216  | 6,0      |           | 3605  | 66,8      |
| maa                          | 487           | 27,1     | 418        | 23,3     | 284   | 15,8     | 508    | 28,3     | 97   | 5,4      |           | 1794  | 33,2      |
| <b>Leibkonna suurus</b>      |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| 1                            | 391           | 28,5     | 296        | 21,6     | 247   | 18,0     | 355    | 25,9     | 83   | 6,0      |           | 1372  | 24,0      |
| 2                            | 919           | 28,3     | 803        | 24,7     | 515   | 15,8     | 823    | 25,3     | 192  | 5,9      |           | 3252  | 57,0      |
| 3+                           | 263           | 24,2     | 347        | 32,0     | 163   | 15,0     | 259    | 23,8     | 54   | 5,0      |           | 1086  | 19,0      |
| <b>Pikaajalised haigused</b> |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| on                           | 1516          | 35,5     | 534        | 12,5     | 835   | 19,5     | 1102   | 25,8     | 288  | 6,7      |           | 4275  | 74,9      |
| ei ole                       | 57            | 4,0      | 912        | 63,6     | 90    | 6,3      | 335    | 23,4     | 39   | 2,7      |           | 1433  | 25,1      |
| <b>Abi saamine</b>           |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| on abi saanud                | 1071          | 23,7     | 1332       | 29,5     | 741   | 16,4     | 1191   | 26,4     | 184  | 4,1      |           | 4519  | 79,2      |
| ei ole abi saanud            | 502           | 42,2     | 114        | 9,6      | 184   | 15,5     | 246    | 20,7     | 144  | 12,1     |           | 1190  | 20,8      |
| <b>Võrgustiku suurus</b>     |               |          |            |          |       |          |        |          |      |          | 0,000     |       |           |
| 0                            | 57            | 25,6     | 56         | 25,1     | 16    | 7,2      | 66     | 29,6     | 28   | 12,6     |           | 223   | 3,9       |
| 1                            | 487           | 27,0     | 425        | 23,6     | 271   | 15,0     | 499    | 27,7     | 122  | 6,8      |           | 1804  | 31,6      |
| 2+                           | 1029          | 27,9     | 965        | 26,2     | 638   | 17,3     | 872    | 23,7     | 178  | 4,8      |           | 3682  | 64,5      |

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

need, kes olid mõõdukate piirangutega mõlemas laines). Igapäevategevustes piiramata ehk tervete kategooria hõlmab neid, kellel ei olnud kummaski laines igapäevategevustes piiranguid. Paranenud seisund hõlmab neid, kes on liikunud mõõdukalt piiratud seisundist terveks ning tõsiselt piiratud seisundist mõõdukalt piiratuks või saanud terveks.

Halvenenud seisund hõlmab neid, kes on liikunud mõõdukalt piiratud seisundist tõsiselt piiratud seisundisse ning tervest seisundist mõõdukasse või tõsiselt piiratud seisundisse. Surnud inimesed hõlmavad neid, kes osalesid uuringus 4. laines, aga 5. laineks olid surnud (ning kelle kohta on elulõpuintervjuu tehtud). Analüüsist on välja jäetud need inimesed, kes osalesid 4. laines, kuid kelle kohta ei ole mingisugust informatsiooni 5. laines (nt ei ole kätte saadud vms).

#### 4. KIRJELDAVAD TULEMUSED

Naiste seas on kolme protsendipunkti võrra rohkem neid, kes on sama piiratud 5. laines kui nad olid 4. laines, võrreldes meestega (25,8%) (tabel 1). Samas oli kahe uuringulaine vahel meeste suuremus pea kaks korda rohkem levinud (8%) kui naiste seas (4,3%). Välispäritolurahvastiku seas on kõrgem osakaal neid, kes on sama piiratud tegevustes 5. laines, kui nad olid 4. laines (30,9%), võrreldes põlisrahvastikuga (26,5%). Samuti on välispäritolurahvastiku seas kõrgem osakaal surnuid 5. laineks (6,4%) võrreldes põlisrahvastikuga (5,5%).

Põhiharidusega vastajate seas on kõige kõrgem osakaal neid, kes on tegevustes sama piiratud 5. laineks, kui nad olid 4. laines (32,7%); samuti on nende seas kõrgeim osakaal kahe laine vahel halvenenud seisundiga inimesi (26,7%) või surnuid (9,3%). Kõrgharidusega inimeste seas on kõrgeim osakaal sama terveks jäänud inimesi (36%). Samuti on kõrgharidusega inimestest kõige väiksem arv ja osakaal (3%) surnuid 5. laineks.

Pensionil olevatest 32,9% ja muu hõiveseisundiga inimestest 33,1% on 5. laineks endiselt samal määral piiratud tegevustes, kui nad olid 4. laines. Töötavatest inimestest 45% olid aga 5. laineks sama terved, kui nad olid 4. laines. Pensionil olevate inimeste seas on kõrgeim osakaal surnuid (8,4%), samas kui töötavatest inimestest oli 5. laineks surnud vaid 0,9%. Maal elavate vanemaealiste seas on suurem osakaal neid, kellel on seisund tegevuspiirangutes halvenenud (28,3%) võrreldes linnaelanikega (23,6%).

Suuremates leibkondades on rohkem neid, kes on kahe laine vahel jäänud sama terveks: kolme ja enama liikmega leibkondades elavatest vanemaealistest on 32% sama terved 5. laines, kui nad olid 4. laines. Samas on tegevuspiirangute seisundist paranemist märgata pigem nende seas, kes elavad üksinda (18%), kui suuremates leibkondades elavate inimeste seas (15,8% kaheliikmelistes leibkondades elavatel ja 15% kolme või enama liikmega leibkondades elavatel).

35,5% vastajatest, kellel oli pikaajalisi haigusi 4. laines, olid tegevustes piiratud nii 4. kui ka 5. uuringulaines. 4. laines pikaajaliste haigusteta inimesi, kes oleks tegevustes piiratud nii 4. kui ka 5. laines, on väga vähe. Seega käivad tegevuspiirangutega tihti

kaasas ka pikaajalised haigused. 63,6% neist, kellel 4. laines ei olnud pikaajalisi haigusi, olid sama terved ka 5. laines. Pikaajaliste haigustega inimestest on ka mõnevõrra suurem osakaal neid, kes on 5. laineks surnud (6,7%), võrreldes nendega, kes ei omanud pikaajalisi haigusi 4. laines, kuid surid 5. laineks (2,7%).

Abisaamine 4. laines mõjub tegevuspiirangute arengule positiivselt—29,5% neist, kes said isiklikku või praktilist tuge 4. laines, olid jäänud sama terveks kui 5. laines. 23,7% neist tegevuspiiranguga inimestest, kes said abi 4. laines, omasid tegevuspiiranguid samal määral ka 5. laines, kuid nende seas, kes abi ei saanud, oli tegevuspiirangutega inimeste osakaal pea kaks korda kõrgem—42,2%. Samuti mängib abisaamine olulist rolli suremustõenäosusele—4,1% neist, kes said abi 4. laines, olid surnud 5. laineks võrreldes 12,1%-ga nende hulgas, kes 4. laines abi ei olnud saanud, kuid 5. laine toimumise ajaks olid surnud.

Suurem sotsiaalvõrgustik on seotud positiivsemate tulemustega tegevuspiirangute arengus—mida suurem on sotsiaalvõrgustik, seda suurem hulk on neid, kelle seisund on jäänud kas samaks (sama piiratud või sama terve) või paranenud. Positiivne mõju avaldub ka suremuses—suurema võrgustikuga inimeste seas on tunduvalt väiksem osakaal (4,8%) neid, kes on 5. laineks surnud, võrreldes üheliikmeliste võrgustikega (6,8%) või ilma võrgustikuta inimestega (12,6%). Viimane rühm on küll väiksearvuline, seega peab seoste kohta järeldusi tehes olema ettevaatlik.

## 5. ERI TEGURITE ROLL TEGEVUSPIIRANGUTE JA SEONDUVA SUREMUSTÕENÄOSUSE KUJUNEMISEL

Vanuse mõju oli logistilises regressioonimudelil ootuspärane (tabel 2)<sup>1</sup>. Mida noorem on inimene, seda suurem on tõenäosus, et tema seisund on jäänud kahe uuringulaine vahel sama terveks või isegi paranenud. Samas suureneb iga lisanduva eluaastaga suremuse tõenäosus 8%.

Sugude vahel ei olnud tegevuspiirangute seisundi muutumises olulisi erinevusi, kuid meestel ilmnes peaaegu 2,5 korda kõrgem suremusrisk kui naistel. See tulemus peegeldab Eesti meeste tunduvalt madalamat eluiga üldiselt, kuid seejuures näitab ka seda, et meestest jääb maha partner või mõni lähedane inimene, kes on saanud anda elulõpuintervjuu.

Päritoluti ilmnevad erisugused tulemused: põlisrahvastikul on suurem tõenäosus olla 5. laineks sama terve kui 4. laines võrreldes välispäritolurahvastikuga. Samas on põlisrahvastikul ka suurem tõenäosus seisundi halvenemiseks võrreldes välispäritolurahvasti-

<sup>1</sup> Vanus ruudus kasutamine mudelis ei andnud teistsuguseid tulemusi, seega siin esitatakse vaid mudeleid, kus oli vanus pideva tunnusena.

kuga. See võib tuleneda sellest, et algselt on põlisrahvastiku seas rohkem terveid inimesi, kelle seisund vanuse tõttu halveneb.

Leibkonnasuurus 4. laines mängis olulist rolli vaid tegevuspiirangute seisundi paranemises—need, kes elasid 4. laines üksinda, olid 1,5 korda suurema tõenäosusega 5. laineks paranenud võrreldes kaheliikmeliste leibkondadega. Seega on üksi elajad selektiivsed ehk juba tervemad ja tugevamad inimesed, mille tõttu on nende parem seisund kahe aasta möödudes ka loomulikum. Kolme ja enama liikmega leibkondades elavatel vastajatel on suurem tõenäosus olla kahe laine vahelisel ajal surnud kui väiksema leibkonnaga kooselavatel inimestel, peegeldades ilmselt seda, et haprad vanemaealised elavad tihti-peale kellegagi koos abivajadusest lähtuvalt. Samas ei olnud see seos statistiliselt olulisel määral erinev.

Kõrgharidus kaitseb tegevuspiirangute halvenemise eest—kõrgharidusega vanema-ealistel on oluliselt suurem võimalus (1,4 korda) olla 5. laines sama terve kui 4. laines võrreldes kesk(eri)haridusega inimestega. Teiste seisundite puhul hariduseti statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud ehkki on märgata, et põhiharidusega inimestel on mõnevõrra kõrgem suremusrisk võrreldes kesk(eri)haridustasemega.

Hõiveseisundi tunnuse lisamine näitas, et 4. laines töötanud inimestel oli 5. laineks suurem tõenäosus olla sama terve (2,4 korda kõrgem tõenäosus) võrreldes pensionäridega. Samas oli töötajatel ka kõrgem risk halvenenud tegevuspiirangute seisundiks (1,35 korda kõrgem) võrreldes pensionäridega. Seega on töötav seisund kahetise mõjuga – ühelt poolt hoiab inimesi tegevuses ning seeläbi annab ühiskondliku rolli, mis hoiab meid aktiivse ja tervena. Teisalt on võimalik, et tegevuspiirangute seisundi halvenemine on toimunud neil, kelle töö iseloom on tervistkahjustavam. Seda seost peaks tulevastes analüüsidest lähemalt vaatlama ka töö tüübi järgi. Muu hõiveseisundiga (kodused, haiged jt) inimestel on kõige madalam võimalus olla 5. laineks sama terve kui 4. laines – selle tulemusega on kooskõlas ka muu hõiveseisundiga inimeste kõrgem suremusrisk (1,8 korda) 5. laines võrreldes pensionäridega. Samas tasub märkida, et muu hõiveseisundiga surnud inimeste arv oli üsna väike (34), seega võib suurt suremusrisi mõjutada väike juhtumite arv (võrreldes teiste hõiveseisundi ja tegevuspiirangute seisundi rühmadega).

Maal elavatel inimestel ilmnes 1,2 korda kõrgem tõenäosusrisk tegevuspiirangute seisundi halvenemiseks võrreldes linnaelanikega. See viitab ositi maal elava rahvastiku halvemale terviseseisundile. Eraldi analüüsimist vajab siinkohal, kuivõrd on selle taga tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemid neis piirkondades. Teiste seisundite seletamises elukoha erinevused olulist rolli ei mänginud.

Kellel ei esinenud pikaajalisi haigusi 4. laines, olid arusaadavalt sama terved ka 5. laines. Pikaajaliste haigusteta inimestel oli kõrgem tõenäosus, et 5. laines seisund paraneb. Samas oli haigusteta inimestel kõrgem nii halvenenud seisundi kui ka sure-

**Table 2.** Logistilise regressiooni tulemused tegevuspiirangute muutumises ja suremise kujunemises tegurite lõikes

|   | Sama terve |                 | Parem |               | Halvem |               | Surm |               |
|---|------------|-----------------|-------|---------------|--------|---------------|------|---------------|
| Vanus pideva tunnusena (01.01.2010)               | 0,97       | 0,95 - 0,98 *   | 0,98  | 0,96 - 0,99 * | 1,00   | 0,99 - 1,01   | 1,08 | 1,06 - 1,10 * |
| Sugu (ref: naised)                                | 0,95       | 0,79 - 1,15     | 1,05  | 0,88 - 1,26   | 0,95   | 0,81 - 1,11   | 2,46 | 1,88 - 3,22 * |
| Päritolu (ref: põlisrahvastik)                    | 0,64       | 0,51 - 0,79 *   | 1,11  | 0,91 - 1,35   | 0,78   | 0,65 - 0,94 * | 1,01 | 0,76 - 1,36   |
| <b>Leibkonna suurus (ref: 2 liiget)</b>           |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| 1 liige   | 1,23       | 0,98 - 1,54     | 1,47  | 1,19 - 1,80 * | 1,20   | 0,99 - 1,45   | 0,92 | 0,67 - 1,27   |
| 3 liiget  | 0,94       | 0,74 - 1,18     | 0,94  | 0,75 - 1,19   | 1,00   | 0,81 - 1,11   | 1,33 | 0,94 - 1,89   |
| <b>Haridustase (ref: kesk(eri)haridus)</b>        |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| Põhiharidus                                       | 0,88       | 0,71 - 1,10     | 0,96  | 0,79 - 1,17   | 1,00   | 0,84 - 1,20   | 1,05 | 0,79 - 1,38   |
| Kõrgharidus                                       | 1,40       | 1,12 - 1,76 *   | 1,15  | 0,92 - 1,45   | 1,17   | 0,95 - 1,45   | 0,71 | 0,47 - 1,07   |
| <b>Hõiveseisund (ref: pensionär)</b>              |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| Töötav  | 2,43       | 1,87 - 3,16 *   | 1,25  | 0,96 - 1,62   | 1,35   | 1,07 - 1,71 * | 0,59 | 0,33 - 1,03   |
| Muu (kodune, haige jt)                            | 0,64       | 0,45 - 0,93 *   | 0,80  | 0,58 - 1,10   | 0,91   | 0,68 - 1,22   | 1,85 | 1,13 - 3,01 * |
| <b>Elukoht (ref: linnas elav)</b>                 |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| Maal elav   | 1,00       | 0,81 - 1,22     | 1,11  | 1,02 - 2,24   | 1,26   | 1,06 - 1,50 * | 0,99 | 0,74 - 1,33   |
| <b>Pikaajaline haigus (ref: on haigus)</b>        |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| Ei ole pikaajalist haigust                        | 35,24      | 26,32 - 47,20 * | 2,52  | 0,91 - 1,35 * | 7,33   | 5,47 - 9,84 * | 4,17 | 2,66 - 6,48 * |
| <b>Abi saamine (ref: on abi saanud)</b>           |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| Ei ole abi saanud                                 | 0,26       | 0,20 - 0,34 *   | 0,57  | 0,47 - 0,70 * | 0,48   | 0,40 - 0,58 * | 1,39 | 1,06 - 1,83 * |
| <b>Sotsiaalvõrgustiku suurus (ref: 2+ liiget)</b> |            |                 |       |               |        |               |      |               |
| 0 liiget  | 0,75       | 0,47 - 1,20     | 0,40  | 0,23 - 0,71 * | 1,16   | 0,78 1,71     | 2,00 | 1,19 - 3,35 * |
| 1 liige   | 0,80       | 0,66 - 0,98 *   | 0,90  | 0,75 - 1,09   | 1,13   | 0,96 - 1,33   | 1,18 | 0,91 - 1,55   |

\*  $p < 0,05$ 

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

(referentsrühm: tegevuspiirangutes mõlemas uuringulaines samal määral piiratud)

musrisk võrreldes pikaajaliste haigustega inimestega, ehkki nendes rühmades oli valimi arv väike ning tulemusi peaks tõlgendama ettevaatlikult. Tegevuspiirangute arengut ning suremust mõjutavad eri haigused ja nende ulatus erinevalt, seega peaks tulevikus analüüsi lisama ka haiguste tüübid, mida inimesed põevad. Haigusteta inimeste kõrgem risk kahe laine vahelisel perioodil surra võib viidata hilisele diagnoosimisele ja arsti juurde jõudmisele. Seejuures tuleb ka silmas pidada, et pikaajaliste haigusteta inimesed on arusaadavalt see riskirühm, kellel kroonilised haigused kujunevad välja vanemas eas, näidates kahe laine vahelisel perioodil oluliselt kõrgemat riski haigestuda.

## 6. JÄRELDUSED

Käesolev analüüs vaatles tegevuspiirangute kujunemist ning tegevuspiirangutega seotud suremustõenäosust Eesti vanemaealiste seas 2011. ja 2013. aasta vahel SHARE uuringu kahe küsitluslaine andmete põhjal. See oli esmakordne katse longituudandmetele tuginedes Eesti vanemaealiste tegevuspiirangute muutusi ja suremusrisiki analüüsida.

Lühidalt kokku võttes on arusaadav, et tegevuspiirangute tekke ja seisundi halvenemise tõenäosus on suurem neil, kel seda varem ei ole olnud või on üldiselt vähem (põlisrahvastikul, töötavatel ja pikaajaliste haigusteta inimestel). Samuti on oluline pöörata eri tähelepanu neile rahvastikurühmadele, kelle tervis on olnud juba keskmisest halvem—maal elavate inimeste tervelt elatud eluaastate arv on madalam ning tegevuspiirangute tekke ja seisundi halvenemise tõenäosus on oluliselt suurem kui linnas elavatel inimestel. See puudutab ka neid, kellele on juba isiklikku või praktilist abi antud.

Suremustõenäosus kasvab vanusega nendes rühmades, kes on olnud kodused (tihti halvema tervisega koju jäänud), kuid tähelepanu nõuavad need rühmad, kelle puhul kõrgenenud suremusrisk viitab olulistele vajakajäämistele tervise- ja sotsiaalsüsteemis: inimesed, kes on olnud ilma pikaajaliste haigusteta, varem abita jäänud ning ilma ühegi lähedaste võrgustikuga. Tegevuspiirangutega seisundist paranemine on tõenäosem veidi noorematel, üksielavatel, ilma pikaajaliste haigusteta inimestel, neil, kes on abi saanud ning 2-liikmelise lähedaste võrgustikuga inimestel. Tervena püsimist soodustas lainete vahel tõenäosus olla noorem, kuuluda põlisrahvastiku või kõrgharitute hulka, töötada ning olla ilma pikaajaliste haigusteta, saada abi ja omada 2-liikmelist lähedaste võrgustikku.

SHARE Eesti 5. laines uusi vastajaid 50–54-aastaste seas oluliselt ei lisandunud ning 4. laines küsitletud said vahepeal kahe aasta võrra vanemaks, mistõttu on tegevuspiiratud inimeste osakaal tõusnud osaliselt vanemaks saamise arvelt—uuringus osalenute terviseseisund on vanuse kasvades mõnevõrra halvenenud. Seetõttu oli põhjendatud vanuse lisamine mudelitesse kontrolltunnusena, et tasandada vanusest tulenevaid erinevusi.

Kinnitust leidis varasem tulemus hariduse positiivsest mõjust tervisele ning suremusrisiki vähenemisele—kõrgharidusega Eesti vanemaealistel on tunduvalt suurem võimalus jääda sama terveks kahe uuringulaine vahel kui madalama haridusega inimestel; samas põhiharidusega inimestel on kõige suurem tõenäosus tegevuspiirangute olemasolu korral kahe laine vahelisel perioodil surra. Haridusel on oluline ennetav mõju, seda ka sama tervena püsimisele. Ehkki haridustaset ei ole lihtne enam vanemas eas muuta, võivad tervist mõjutavate uute teadmiste omandamisel selles vanuses rolli mängida koolitused, tervisekampaaniad ning teadlike sotsiaälvõrgustikega lävimine.

Samuti ilmnes, et maal elavatel vanemaealistel halvenes tegevuspiirangutega seotud seisund kahe uuringulaine vahel suurema tõenäosusega kui linnaelanikel. Rahvastiku

vananemise ja vähenemise ning linnastumise protsesside jätkudes väärib see asjaolu tähelepanu—loomingulised lähenemised, mis lahendavad tervise teenustele ligipääsu, arstiabi ja sotsiaalteenuste kättesaadavuse maapiirkondades, võivad tulevikus elukvaliteeti parandada ka neis regioonides ning oluliselt aidata kaasa tervelt elatud eluaastate kasvule.

Abisaamine, lähedaste inimeste olemasolu või nendega koos elamine võivad positiivselt mõjuda inimese tervenemisele vanemas eas ka siis, kui tegevuspiirangud on mingil määral arenenud. Veelgi enam—sotsiaalsed suhted ning tugi on olulised surma edasilükkamise tegurid. Mõneti ilmnes leibkonna suuruse ja sotsiaalse võrgustiku suuruse mõju analüüsimisel vastuolu—üheliikmelised leibkonnad on tervemad ning paranevad kergemini kui mitmeliikmelistes leibkondades elavad vanemaealised; samas ilma ühegi lähedase inimeseta vanemaealiste tervis halveneb ning tõstab suremusrisiki. Seega leibkonnad ja sotsiaalvõrgustikud ei kattu ehk kellegagi koos elamine ei pruugi pakkuda emotsionaalset tuge, mis mõjuks tervisele hästi. Teisalt ei pruugi leibkonnaliikmed, kellel on hapras seisundis oleva vanemaealise hoolduse kohustus, pakkuda sellisel määral emotsionaalset tuge vanemaealisele, et mõjutada tema positiivset arusaama endast ja oma tervisest. Leibkondade ja võrgustike rolli erinevate tulemuste selgitamiseks saab aimu abi saamise olulisusest—neil vanemaealistel, kes ei saanud 4. laines isiklikku või praktilist abi, oli oluliselt kõrgem tõenäosus 5. uuringu laineks surra. See tõstatab ühe olulisemana edasiste meetmete keskmesse sotsiaalteenuste laiema kättesaadavuse, seda eriti regionaalselt ning maapiirkondades.

Edaspidi, SHARE uuringu 6. laine andmete avaldamisel on võimalik lähemalt vaadelda leibkonna koostise ja sotsiaalvõrgustike omavahelisi seoseid ja struktuurimuutusi aja jooksul—6. laine sisaldas küsimusi vanemaealiste sotsiaalvõrgustike ja nende muutuste kohta. Leibkonna koostise ja sotsiaalvõrgustike koos käsitlemine annaks selgemat aimu käesolevas analüüsis ilmnenu vastuolu kohta leibkondade ja võrgustike erinevast rollist tegevuspiirangute arenemises ning mõjust suremustõenäosusele.

Töötamise mõju tegevuspiirangutele kahe uuringulaine vahel oli kahesugune—ühelt poolt hoiab töötamine inimesi tegevuses, annab ühiskondliku rolli ja hoiab seeläbi aktiivse ja tervena. Teisalt ilmneb, et osade vanemaealiste töö iseloom või amet on tervisele kahjulikum. Järgmine, 7. uuringulaine on kavandatud inimeste retrospektiivsete elulugude kaardistamiseks. Seega oleks hea ülalmainitud seost eluea jooksul peetud ametite ja tegevuspiirangute tekke vahel uurida 7. laine andmete põhjal. Need andmed annaksid teavet näiteks praegu pensionile läinud inimeste varasemate töölaadide ja ametite kohta ning selle kohta, kuidas see taust on mõjutanud indiviidi tegevuspiirangute teket ja edasist arengut eri lainete vahel.

Nii nagu töökarjääri detailsem vaatlemine võib aidata aru saada töötegemise, ametitüüpide ja tegevuspiirangute arengu omavaheliste seoste kohta, oleks edaspidistes analüüsid kasu ka perekonna kujunemise ja lapsepõlves kogetu seostest tänase seisundi tekkega. Eri

põlvkondi iseloomustavad erinevad haigestumusstruktuurid, mis tulenevad tolle ajastu institutsionaalsest arengust ning kujundavad nii ka tänaste vanemaealiste tegevuspiirangute tekke ja kujunemise erineva arengutee. Niisugusele andmestikule toetudes on võimalik paremini anda aimu, kas Eesti tervelt elatud eluaastate stagnatsioon ja viimaste aastate langustrend ennustavad pikaajalist rahvastiku haigestumuse laienemise perioodi ja seega suurenevaid kulutusi tervise- ja sotsiaalsüsteemile tulekahju kustutamise korras või saab teatud põlvkondadest hakata eeldama haigestumuse kokkusurumise faasi ning vabastada oluliselt suuremaid ressursse elukvaliteeti panustavatesse meetmetesse.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Eurostat (2015). Tervise ja tegevuspiirangute andmebaas <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data> (viimati külastatud 06.01.2016).

Fries, J. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 303: 130-35.

Puts, M.T.E., Deeg, D.J.H., Hoeymans, H., Nusselder, W.J. & Schellevis, F.G. (2008). Changes in the Prevalence of Chronic Disease and the Association with Disability in the Older Dutch Population Between 1987 and 2001. *Age & Ageing*, 37:187-93.

Rahvastiku tervise arengukava (2008, täiendatud 2012). Sotsiaalministeerium [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf) (viimati külastatud 06.01.2016).

Statistikaamet (2015). [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=RV045&path=../Database/RAHVASTIK/01RAHVASTIKUNAJAD\\_JA\\_KOOSSEIS/02DEMOGRAAFILISED\\_PEHINAJAD/&lang=2](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=RV045&path=../Database/RAHVASTIK/01RAHVASTIKUNAJAD_JA_KOOSSEIS/02DEMOGRAAFILISED_PEHINAJAD/&lang=2) (viimati külastatud 06.01.2016).

Sakkeus, L., Karelson, K. (2012). The Health Transition in Estonia: Breaking Away from the Soviet Legacy. In: Hoque, Z., Swanson, D.A. (ed.). *Opportunities and Challenges for Applied Demography in the 21st Century*, Dordrecht: Springer, p. 227-62.

Sanders, B. S. (1964). Measuring community health levels. *American Journal of Public Health & Nations Health*, 54,7: 1063-70.



# VANEMAEALISTE TÖÖTURU KAITUMINE JA SEDA MÕJUTAVAD TEGURID

Kaia Philips

*Tartu Ülikooli majandusteaduskond*

---

## 1. SISSEJUHATUS

Vanemaealiste aktiivsele vananemisele ning nende võimalikult pikale tööeale on viimaste aastakümnete diskussioonides pööratud palju tähelepanu. Seoses vanemaealiste osakaalu kasvuga tajutakse üha kasvavat survet sotsiaalkindlustussüsteemidele ning probleeme töökäte nappusega. Samas on paljud vanemaealised ise huvitatud võimalikult kaua tööturul osalemisest, sest pikenev eluiga ning tervena elatud aastad lubavad kauem aktiivset eluviisi säilitada, vajatakse sotsiaalset kaasatust ja eri suhtlusvõimalusi ning sageli ka lississetulekut. Paraku ei ole tööandjad aga väga altid vanemaealisi palkama, kuna sageli nähakse, et vanemaealiste rakendamine võib tekitada erinevaid lisakulutusi (nt väljaõpe, töökoha kohandamine jmt) või võib osutada vajalikuks eri paindlike töövormide rakendamine (osaline tööaeg, kodus töötamine), samuti kardetakse, et tehtavad investeeringud ei pruugi olla pikaajaliselt tasuvad.

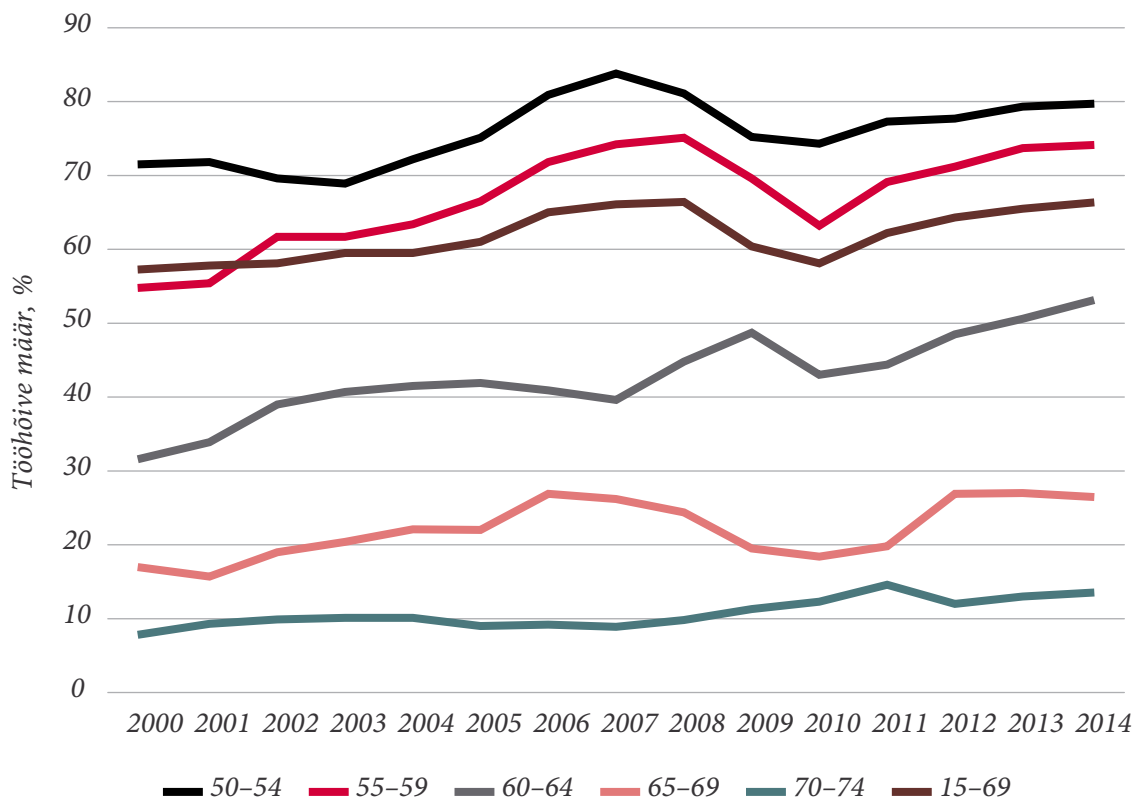
Vaatamata eelkirjeldatud paradoksile nähakse eri strateegilistes dokumentides, nii Euroopa Liidu tasandil kui Eestis, vanemaealiste töötamise edendamist olulise eesmärgina. Tagasihoidlikuma eesmärgina soovitakse viia vanemaealiste hõive määr 2020. aastaks 55%-ni ning optimistlik eesmärk oleks 60% hõive määr (Medeiros, Minty 2012).

Samas on vanemaealiste tööhõive tõstmise keeruline ja mitmetahuline ülesanne, kuna inimeste osalemist tööturul mõjutab mitu nõudlus- ja pakkumispoolset ning institutsionaalset tegurit ja nende koosmõju. Kuigi inimene veedab märkimisväärse osa oma elust tööd tehes, on oluline, et inimeste töövõime püsiks kõrge võimalikult kaua ning ei toimuks diskrimineerimist vanuse alusel, mille tagajärg oleks tõrjutus nii tööturul kui ühiskonnas tervikuna. Käesoleva artikli eesmärgiks on välja tuua peamised hõivet ja tööturul mitteosalemist selgitavad tegurid, pöörates erilist tähelepanu teguritele, mis takistavad või raskendavad vanemaealiste osalemist tööturul, kuid mida oleks oluline jälgida vanemaealiste tööhõive suurendamisel.

Inimese vananedes võib töötamist mõjutada nii tema tervislik seisund, oskuste-teadmiste kaasaegsus ja kasutatavus tööturul, töö- ja vaba aja eelistused ning teiste leibkonnaliikmetega seotud vajadused (nt haige kaaslase või lastelaste eest hoolitsemine jmt), aga ka sissetuleku vajadused ning sotsiaalsed vajadused. Tööturult lahkumise protsess on üldjuhul kaalutletud otsus ning praeguses Eesti ühiskonnas on see pigem ühekordne samm ehk tööturult jäädakse kõrvale püsivalt. Samas tuleb kindlasti arvestada, et tööturult lahkumine ei ole oluline otsus vaid inimese ja tema leibkonnaliikmete jaoks, see on oluline otsus ühiskonna kui terviku jaoks, sest vanemaealiste elustandardi ja nende kaasatuse tagamine on suuresti ka riigi ülesanne. Arvestades lisaks üha pikeneva keskmise elueaga, madala sündimusega ning noorte ja tööealiste väljarändega, on vanemaealiste osakaal rahvastikust Eestis pidevalt kasvanud. Seegi seab suuremad nõudmised riiklikule sotsiaalkindlustussüsteemile, mis peaks tagama rahvastiku toimetuleku ja heaolu.

## 2. VANEMAEALISTE OLUKORD TÖÖTURUL – EESTI JA EUROOPA LIIDU RIIKIDES TOIMUNUD ARENGUTE VÕRDLU

Eesti Statistikaameti andmetele tuginedes on aastatel 2000–2014 tööhõive määr Eestis keskmiselt (vanuserühm 15–69-aastased) olnud vahemikus 57,3–66,4%. Alates 2000. aastast kasvas hõive määr kuni majanduskriisi alguseni 2008. aasta lõpus, seejärel toimus järsk hõive langus aastatel 2009–2010, pärast seda on hõive määr jällegi kasvanud ning jõudnud 2014. aastaks peaaegu majanduskasvu aegsele tasemele (66,3%). Jooniselt 1 on näha, et samasugused arengud on olnud ka 50–54-aastaste ja 55–59-aastaste vanuserühmas. Samas tuleb tunnistada, et kahe viimati mainitud vanuserühma keskmine tööhõive määr on olnud kõrgem Eesti keskmisest tasemest alates 2000. aastate algusest. Vanemate vanuserühmade hõive määrad on olnud Eesti keskmisest tasemest madalamad: 60–64-aastaste vanuserühmas vahemikus 31,7–53,0%, kasvades pea kogu vaatlusaluse perioodi eelkõige tänu pensioniõigusliku ea järjepidevale kasvule. Vanuserühmas 65–69 aastat on hõive määr olnud vahemikus 15,7–27,5% ja 70–74-aastaste hulgas vahemikus 7,9–14,6%. Viimati nimetatud vanuserühmade puhul ei saa välja tuua ühest



**Joonis 1.** Tööhõive määr vanuserühmade lõikes Eestis aastatel 2000–2014

Allikas: Eesti Statistikaamet, tööjõu-uuringute andmed

tendentsi ja väita, et hõive määra muutused oleks täpselt kaasas käinud majanduse tsüklilise käitumisega – majandusbuumi ajal hõive määra kasvu ning kriisi tingimustes langusega. Nendes vanuserühmades on suhteliselt vähe inimesi ning pigem sõltub nende inimeste tööl käimine nii nende tervislikust olukorrast kui ka vastava piirkonna tööjõu nõudluse ja pakkumise eripäradest.

Töötuse määr on liikunud vastupidi hõive määrale (joonis 2) – majanduse stabiilse arengu ja kasvu perioodil töötuse määrad vähenesid ning jõudsid 2007. aastaks allapoole loomuliku töötuse määra ehk tööturul tekkis terav tööjõu puuduse probleem. Majanduskriisi ajal kasvasid töötuse määrad kiiresti kõigis vanuserühmades, kuid erinevused rühmade lõikes ei ole nii suured kui hõive määrade puhul. Vanemaealised kasutasid võimalust pigem tööturult lahkuda kui jääda töötuks, kasutades pensioni- või eelpensionisüsteemi; samuti on vanemaealistele määratud rohkem eri haigustest ja puudest tingitud toetusi ja eripensione.

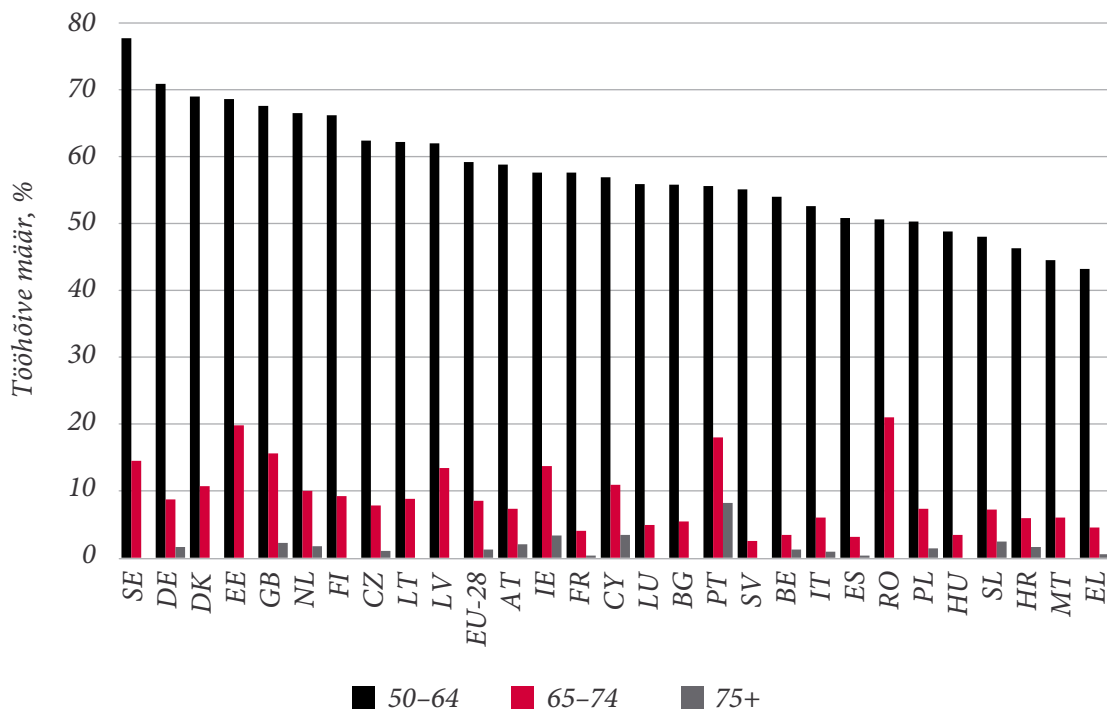


**Joonis 2.** Töötuse määr vanuserühmade lõikes Eestis aastatel 2000–2014

Allikas: Eesti Statistikaamet, tööhõive-uuringute andmed

Mitteaktiivsete arv on vaadeldud ajaperioodil järjepidevalt langenud. Kui 2000. aastal oli vanuserühmades 50–74 aastat kokku 213 300 inimest, siis aastaks 2014 on nende arv langenud 167 800 inimeseni. See näitab, et vanemaealised on tööturul aktiivsed järjest enam. Mitteaktiivsuse põhjustena on olulise ülekaaluga pensionile siirdumine (langenud 2000. aasta 80,9%-lt 2014. aastaks 67,2%-ni), samas tuuakse järjest enam mitteaktiivsuse põhjustena välja haigust või vigastust (kasv 12,5%-lt kuni 24,6%-ni), aga ka teiste pere-liikmete eest hooldamise vajadust (kasv 0,8%-lt kuni 3,5%-ni); heitunute osakaal on vähenenud 3,9%-lt kuni 2,0%-ni.

Kuidas paistab Eesti välja teiste Euroopa Liidu riikide taustal? Nii nagu Eesti puhulgi, on hõive määrad ka teistes Euroopa Liidu liikmesriikides tugevalt sõltuvuses vanusest (joonis 3). 50–64-aastaste tööhõive määrad kõiguvad 2013. aastal 74,8%-st Rootsis kuni 48,3%-ni Kreekas. Eesti oli 2013. aastal neljandal kohal 61,3%, mis on oluliselt kõrgem kui Euroopa Liidu keskmine tööhõive määr (56,6%) selles vanuserühmas. 65–74-aastaste



**Joonis 3.** Tööhõive määrad Euroopa Liidu riikides aastal 2013 erinevate vanuserühmade lõikes  
Allikas: Eurostat, tööjõu-uuringute andmed

tööhõive määr on tunduvalt madalam võrreldes eelneva vanuserühmaga, kõikudes vahemikus 2,5–21,9%. Suurimad hõive määrad on Rumeenias (21,9%), Eestis (19,8%), Portugalis (18,0%) ning madalaimad tasemed Ungaris (3,4%), Hispaanias (3,1%) ja Slovakkias (2,5%); Euroopa Liidu keskmine hõive määr selles vanuserühmas oli 2013. aastal 8,5%. 75-aastaste ja vanemate vanuserühmas on enamiku riikide kohta tööhõive määrad kas väga väikesed või siis ei avaldata neid andmete vähesel usaldusväärsuse tõttu. Suurimad hõive määrad selles vanuserühmas on Portugalil (8,2%), Küprosel (3,4%) ja Iirimaa (3,3%). Võrreldes 2013. aasta hõive määrasid 2010. aasta andmetega on riikide järjestuses mõningaid muutusi, kuid samas ei saa täheldada drastilisi tööhõive määrade muutusi enamiku riikide puhul. Suurimad hõive määrade kasvud nii 50–64- kui ka 65–74-aastaste hulgas on olnud Eestis (vastavalt 7,3 ja 4,4) ning Lätis (5,9 ja 3,4 protsendipunkti). Suurimad hõive määrade langused on olnud mõlemas vanuserühmas Küprosel (6,9 ja 5,8) ning Portugalil (3,0 ja 3,6 protsendipunkti).



**Joonis 4.** Töötuse määrad vanuserühmas 50–64-aastat aastatel 2010 ja 2013

Allikas: Eurostat, tööjõu-uuringute andmed

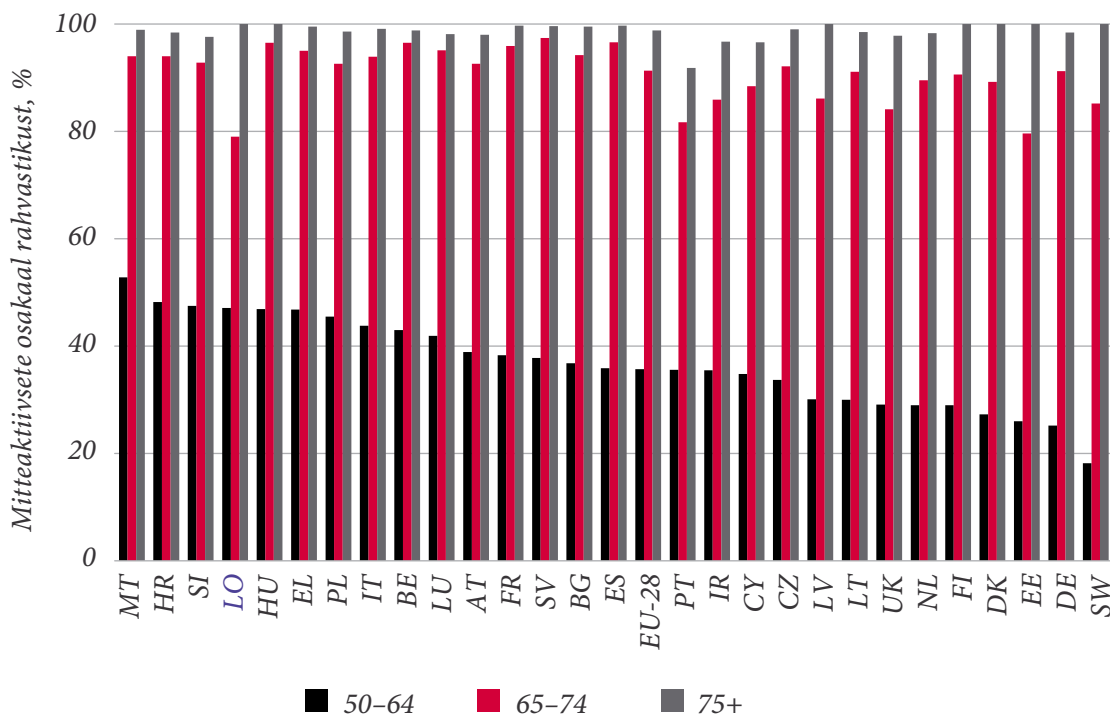
Joonisel 4 on esitatud Euroopa Liidu riikide 50–64-aastaste töötuse määrad aastatel 2010 ja 2013. Suurimad tõusud töötuse määrades on olnud Kreekas (11,1), Küprosel (8,4), Hispaanias (6,1) ja Portugalis (5,1 protsendipunkti). Eesti puhul on töötuse määr 50–64-aastaste vanuserühmas langenud kõige rohkem (8,1 protsendipunkti), vanemaaliste töötus on samuti vähenenud teistes Balti riikides (Lätis 5,8 ja Leedus 3,9) ja Saksamaal (1,9 protsendipunkti).

Joonisel 5 on esitatud mitteaktiivsete osakaal rahvastikust vanemaaliste vanuserühmade lõikes 2013. aastal. Mitteaktiivsete hulk on tunduvalt madalam 50–64-aastaste hulgas, kuid siin on riigiti väga suured erinevused. Maltas on mitteaktiivsete hulk koguni 52,8% rahvastikust, näidates vähenemise tendentsi võrreldes 2010. aastaga, mil osakaal ulatus kuni 57,2%-ni. Madalaim mitteaktiivsete osakaal on aastate lõikes olnud Rootsis, olles 2013. aastal 18,2% vastava vanuserühma rahvastikust. 65-aastaste ja vanemate hulgas on enamikes riikides mitteaktiivsete osakaal üle 90%. Mitteaktiivsete osakaal on 65–74-aastaste hulgas väiksem Rumeenias (79,0%), Eestis (79,8%) ja Portugalis (81,7%).

Kokkuvõttes võib öelda, et võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega on Eestis vanemaaliste olukord tööturul väga hea – hõive määrad on kõrgel tasemel ning majanduskriisist on väljutud kiiresti. Mitteaktiivsete osakaal vastava vanuserühma rahvastikust on võrreldes teiste riikidega suhteliselt madal. Kuidas hindavad Eesti inimesed oma võimalusi tööturul, kui hästi nad end tööturul tunnevad ning mis on peamised mittetöötamist iseloomustavad tegurid – sellest järgnevalt SHARE uuringu andmetel.

### 3. VANEMEALISTE TÖÖTURUKÄITUMIST MÕJUTAVAD TEGURID

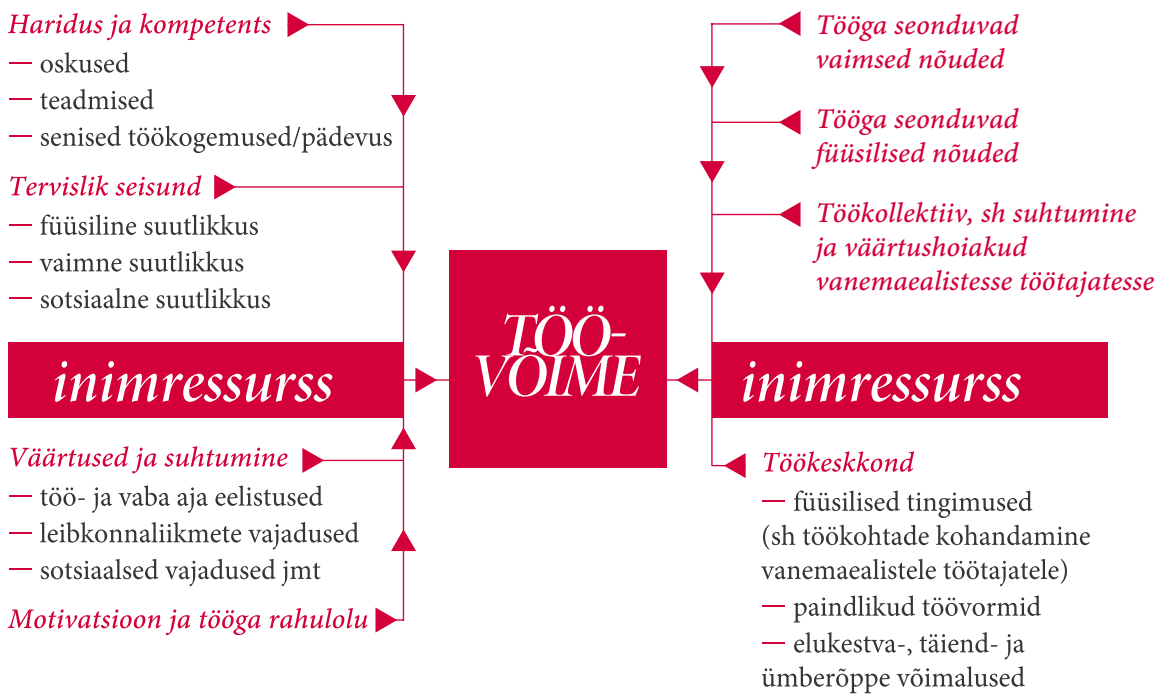
Vanemaaliste tööturukäitumisest rääkides kasutatakse tihti mõistet töövõime. Töövõime on inimese ressursside ja töökoha vastastikuse toime tulemus, mis loob eeldused inimese töötamiseks. Inimesega seonduvad ressursid on tema tervis (sh füüsilised, vaimsed ja sotsiaalsed võimed), haridus ja kompetentsid, väärtused ja hoiakud ning motivatsioon.



**Joonis 5.** Mitteaktiivsus Euroopa Liidu riikides aastal 2013 vanuserühmade lõikes

Allikas: Eurostat, tööjõu-uuringute andmed

Kui need individuaalsed tegurid lähevad kokku töökohapoolsete nõudmisega – füüsilised ja vaimsed nõuded, töökollektiiv ja juhtimine ning töökeskkonna tingimustega –, saab rääkida inimese töövõimest (joonis 6). Töövõime muutub ajas, seda võivad mõjutada nii inimese enda omaduste/võimete muutused, kuid samas võivad muutuda ka tööandjapoolsed vajadused/võimalused (näiteks muutused tööülesannetes, -vahendites ja -meetodites). Indiviidi ressursside ja töökoha nõudmiste sobimatus on kaasa toonud palju probleeme just vanemaealistele töötajatele, sest arvatakse, et nende pädevus ei ole piisav või nende töölevõtmisel on vaja töötingimusi kohandada, mistõttu kardetakse, et kulutused vanemaealiste palkamise korral on suuremad kui täistööealiste töötajate puhul.



**Joonis 6.** Töövõime ja seda määravad tegurid

Allikad: Ilmarinen 1999, Leetmaa et al. 2004, autori kohandused



## Tööjõu pakkumist mõjutavad inimese endaga seotud ressursid ja/või tema mõjutatavad tegurid on järgnevad:

- 1 Tervist, sh nii füüsilist, vaimset kui sotsiaalset suutlikkust, peetakse sageli üheks olulisemaks teguriks indiviidi tööjõu pakkumise otsuse tegemisel. Muutused funktsionaalses suutlikkuses ja tervises kajastuvad indiviidi töövõimes ning seetõttu on tervisliku seisundi halvenemine suureks ohuks indiviidi töövõimele (Ilmarinen 2005). Tervise halvenedes võib ilmned vajadus töökohta või töötegevuste kohandamiseks või hoopis töötegemise lõpetamiseks. Paljud uuringud on leidnud, et tervis on oluline tegur ka vanemaealiste tööturult lahkumiste puhul ning vähendab tööturule naasmise tõenäosust.
- 2 Haridus ja kompetentsid ehk inimeste erialased oskused, teadmised ja pädevus – vanemaealiste töövõime ei sõltu ainult nende varem omandatud haridusest, vaid ülioluline on ka tööalane koolitus ning elukestev õpe. Samas ei ole tööandjad mitte alati huvitatud panustamast vanemaealiste järjepidevasse koolitusse ja ümberõppesse, kuna leitakse, et tehtavad investeeringud ei pruugi suhteliselt lühemaajalise töötamise jooksul end ära tasuda.
- 3 Motivatsioon ja tööga rahulolu, st nii tasakaal töö ja isiklike ressursside vahel kui ka tasakaal töö ja isikliku elu vahel. Hackmani ja Oldhami (1975) järgi on töötajate motivatsioon seotud viie teguriga: oskuste varieeruvus, tööülesannete ulatus, tööülesannete tähtsus, iseseisvus ning tagasiside töö kohta. Uuringud on näidanud, et mida tugevamad on need tegurid, seda kõrgem on motivatsioon töötamist jätkata. Tööga rahulolu peetakse üheks peamiseks teguriks, mis julgustab vanemaid inimesi oma töökarjääri pikendama ning tööturult lahkumist edasi lükkama.
- 4 Väärtused ja suhtumine. Vanusega seotud stereotüübid võivad mõjutada vanemaealiste usku iseendasse ning võivad vähendada just õppimise/hakkamasaamise motivatsiooni. Samas on tõendeid sellest, et vananedes võime õppida ei vähene, vaid õppimisvõime sõltub pigem sellest, kuidas õppimist hinnatakse (Williams van Rooij 2012).

## Töötingimused ehk tööandja määratavad tegurid on:

- 1 Nõudlus tööjõu järele – kas ja kui palju ning milliste oskuste ja teadmiste tasemega on ettevõttes täiendavat tööjõudu vaja või on pigem vaja vähendada teatavate oskuste/omadustega tööjõudu.
- 2 Töötingimused, sh nii füüsilised, vaimsed nõuded, töö füüsiline keskkond kui ka töökollektiiv. Vanemaealiste töötamise otsust mõjutab, milline on nende erinevate töötingimuste kombinatsioon ja kui hästi sobitub sellega vanemaealise töötaja isiksus.
- 3 Tööandja suhtumine vanemaealistesse, sh ka diskrimineerimisega seonduvad probleemid, tööandja väärtushoiakud võivad mõjutada vanemaealiste töötajate motivatsiooni ja kogu töökollektiivi suhtumist neisse.

Lisaks nii tööjõu pakkumisest kui ka nõudlusest lähtuvatele teguritele mõjutavad tööjõus osalemise otsust ka sotsiaalkaitsesüsteemist lähtuvad eri institutsionaalsed tegurid. Olulised on näiteks: eri võimalused tööjõust lahkuda, nõutav vanus, nõutud staaž või kindlustusmaksed pensioni saamiseks, pensioni suurus ja selle kujunemine jm tegurid. Üheks oluliseks teguriks on pakutavate sotsiaalse kaitse hüvede suurus, mis mõjutab inimese edasisi sissetulekuid. Eri sotsiaalse kaitse hüvedel on positiivne mõju pensionile siirdumisele ning mida heldemad on erinevad hüved, seda suurem on tõenäosus tööturult lahkumiseks. Vanemaealiste töötamise otsuseid võivad mõjutada ka eri töö-, haridus-, tervishoiu- ja muud poliitilised valikud ja pakutavad meetmed.

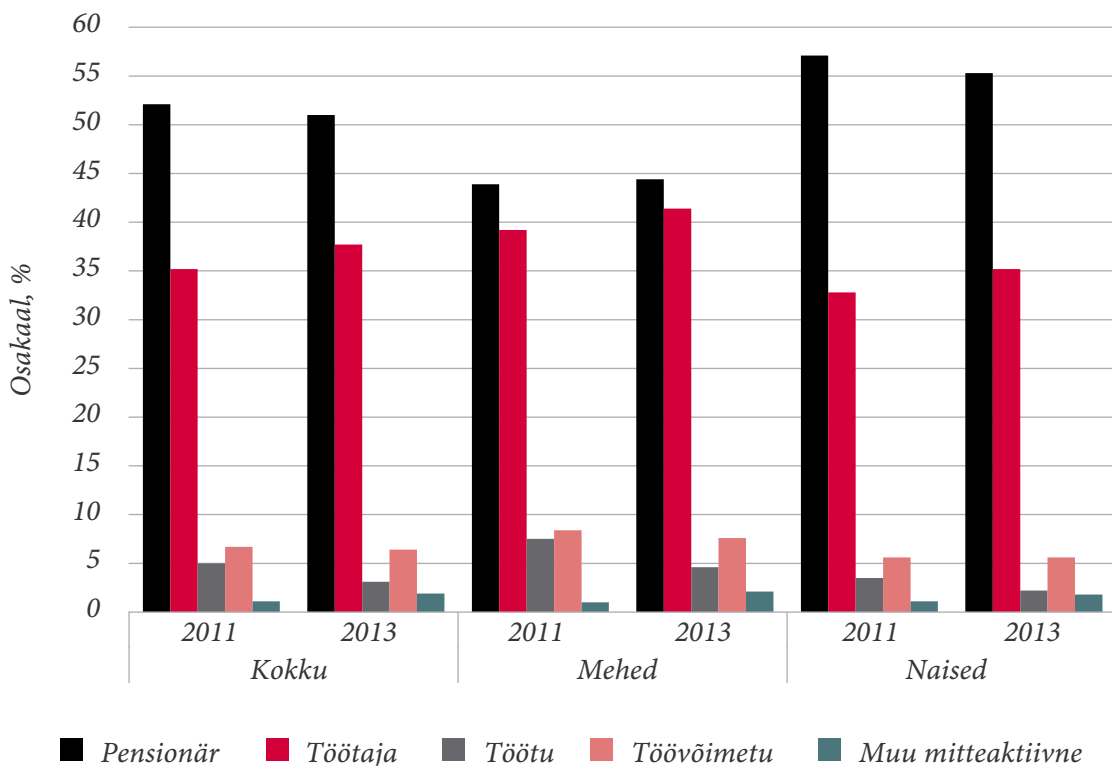
Kui püütakse selgitada inimese otsuseid töötamise ja tööturult lahkumise valikute vahel, siis töö-ökonomika tööjõu pakkumise lihtsates mudelites seostatakse töötamise otsust tavaliselt töötamise ja vaba aja valikutega, töötasu ja isikukarakteristikutega. Keerulisemates mudelites võetakse arvesse ka inimese elutsüklit, inimkapitali akumulatsiooni üle aja, intressi- ja dividendikulud (võimalust laenata ja säästa). Veelgi keerulisemad leibkonna tööjõu pakkumise mudelid arvestavad leibkonda ühe otsust langetava üksusena, kus ühe leibkonnaliikme tööjõu pakkumise otsuseid mõjutab teise kaaslase tegevus tööturul. Töötamist võivad mõjutada kaaslas(t)e sissetulekud, tema töö ja vaba aja eelistused. Leibkondades, kus mõlemad osapooled töötavad, on ühe kaaslase lahkumine tööturult seotud teise kaaslase lahkumisega, kuna ühe osapoole taandumine võib mõjutada töötamisaktiivsust ka teise jaoks. Samuti võib ühe kaaslase haigestumine või vajadus teiste leibkonnaliikmete eest hoolitseda tuua kaasa olukorra, kus inimene on sunnitud tööturult lahkuma.

Viimastel aastakümnetel on järjest enam kasutust leidnud eduka vananemise mõiste. Rowe ja Kahn (1997) käsitles koosneb edukas vananemine kolmest suuremast komponendist: 1) madal haiguste ja puuete tekkimise tõenäosus, 2) kõrge kognitiivne ja füüsiline võimekus ning 3) aktiivne elust osavõtmine. Vanemaealiste tervis on väga heterogeenne ja sõltub nende sotsiaal-demograafilistest tunnustest, elukäigust ja valikutest. Tervisehäirete ja puuete puhul on oluline arvestada ka nende tekkimise riski, mis on seotud nii pärilikkuse kui ka elustiili ja -keskkonnaga. Vananemisega kaasneb inimese funktsionaalse võimekuse vähenemine, mis avaldub lisaks ka kognitiivsete võimete (mälu, õppimisvõime) vähenemises. Ilmarinen (2012) leiab aga, et vaatamata mõne võime vähenemisele on vanemaealistel parem strateegiline mõtlemine, arutlus- ja ratsionaliseerimisvõime, nad võivad olla väga head töötajad, kuna on sageli rohkem pühendunud, lojaalsed ja kogenumad. Aktiivne elus kaasalöömine hõlmab endas nii aktiivset suhtlemist kui ka produktiivset tegevust. Viimane ei pea olema kindlasti rahaliselt mõõdetav, vaid siia võib kuuluda ka tegevus vabatahtlikuna, pereliikmete aitamine jm. Edukaks vananemiseks on iga nimetatud komponent oluline, kuid nende koosmõjul avaldub edukas vananemine täielikult. Uuemates käsitlustes (nt Ouwehand *et al.* 2007) on edukat vananemist vaadeldud kui protsessi ning teooria edasiarendustes kirjeldatakse eri viise ja strateegiaid, kuidas juba varasest east alates panustada tervisesse ja aktiivsesse vananemisse.

#### 4. VANEMAEALISE EESTI TÖÖTURUL – MIS MÄÄRAB INIMESE SEISUNDI TÖÖTURUL?

Järgnevalt vaatamegi, kuidas vanemaealised Eesti tööturul erinevate seisundite vahel jaotuvad ja milliste eespool toodud pakkumispoolsete teguritega on neid valikuid võimalik selgitada. Selleks et vanemaealiste tööhõivet, töötust ja mitteaktiivsust võimalikult mitmekülgselt iseloomustada, on edaspidi kasutatud andmeid mõlemast SHARE uuringu lainest ning esitatud arvutused on läbi kaalutud valimikaaludega.

Vanemaealiste käest küsitakse uuringus, milline on nende seisund tööturul uuringu toimumise hetkel ning valikuvõimalusteks on: „... 1) pensionil ja töötamise lõpetanud; 2) töötav või iseendale töödandja; 3) töötu või tööd otsiv; 4) töötamise täielikult lõpetanud püsiva haiguse, puude või töövõimetuse tõttu; 5) kodune; 6) muu (rantjee, kinnisvarast elatuv, õppija, vabatahtliku töö tegija)“. Käesolevas artiklis on vaatluse alla võetud vastaja enda määratlus seisundi kohta tööturul ning tulemused on toodud joonisel 7 ja tabelis 1.



**Joonis 7.** Tööturu seisund soo lõikes aastatel 2011 ja 2013

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

**Tabel 1. Tööturuseisund isiku-, leibkonna- ja elukohta tegurite lõikes aastatel 2011 ja 2013, %**

|                           | Vastajate arv |      | Pensionär   |      | Töötaja |      | Töötü |      | Töövõimetu |      | Muu mitteaktiivne |      |
|---------------------------|---------------|------|---|------|---------|------|-------|------|------------|------|-------------------|------|
|                           | 2011          | 2013 | 2011  | 2013 | 2011    | 2013 | 2011  | 2013 | 2011       | 2013 | 2011              | 2013 |
|                           | Vastajate arv |      | Osakaal vastava isikutunnusega inimestest, % (rida) |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| <b>Sugu</b>               |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| mehed                     | 2640          | 2205 | 43,9  | 44,4 | 39,2    | 41,4 | 7,5   | 4,6  | 8,4        | 7,6  | 1,0               | 2,1  |
| naised                    | 3856          | 3364 | 57,1  | 55,3 | 32,8    | 35,2 | 3,5   | 2,2  | 5,6        | 5,6  | 1,1               | 1,8  |
| kokku                     | 6496          | 5569 | 52,1  | 51,0 | 35,2    | 37,7 | 5,0   | 3,1  | 6,7        | 6,4  | 1,1               | 1,9  |
| <b>Vanuserühm</b>         |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| 50–64 aastased            | 3155          | 2361 | 20,0  | 17,6 | 57,5    | 62,3 | 9,2   | 5,8  | 11,5       | 11,2 | 1,8               | 3,2  |
| 65–74 aastased            | 2025          | 1761 | 84,6  | 84,4 | 14,3    | 14,3 | –     | –    | 1,0        | 0,8  | 0,1               | 0,6  |
| 75 aastased ja vanemad    | 1316          | 1447 | 97,2  | 97,0 | 1,8     | 2,2  | 0,1   | –    | 1,0        | 0,7  | –                 | 0,1  |
| kokku                     | 6496          | 5569 | 52,1  | 51,0 | 35,2    | 37,7 | 5,0   | 3,1  | 6,7        | 6,4  | 1,1               | 1,9  |
| <b>Haridus</b>            |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| põhiharidus               | 2032          | 1638 | 72,0  | 75,1 | 14,4    | 14,7 | 4,4   | 2,1  | 8,6        | 7,3  | 0,7               | 0,8  |
| keskharidus               | 3074          | 2593 | 45,1  | 47,4 | 40,4    | 39,5 | 6,0   | 3,6  | 7,3        | 7,6  | 1,2               | 2,0  |
| kõrgharidus               | 1390          | 1153 | 39,1  | 42,6 | 53,6    | 50,7 | 3,7   | 1,9  | 2,5        | 2,7  | 1,0               | 2,2  |
| kokku                     | 6496          | 5384 | 52,1  | 54,2 | 35,2    | 34,9 | 5,0   | 2,8  | 6,7        | 6,4  | 1,1               | 1,7  |
| <b>Sünniriik</b>          |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| Eesti                     | 4814          | 4083 | 48,1  | 51,1 | 38,6    | 37,4 | 4,8   | 2,8  | 7,3        | 6,8  | 1,2               | 1,8  |
| muu                       | 1682          | 1300 | 64,0  | 64,5 | 25,1    | 26,4 | 5,7   | 2,9  | 4,7        | 5,2  | 0,5               | 1,1  |
| kokku                     | 6496          | 5383 | 52,1  | 54,2 | 35,2    | 34,9 | 5,0   | 2,8  | 6,7        | 6,4  | 1,1               | 1,7  |
| <b>Elukoht</b>            |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| linn                      | 2965          | 2802 | 55,6  | 54,4 | 33,4    | 35,2 | 4,9   | 3,1  | 5,4        | 5,4  | 0,7               | 1,9  |
| maa                       | 1224          | 1348 | 55,8  | 53,9 | 28,5    | 33,5 | 4,7   | 3,0  | 9,6        | 8,3  | 1,4               | 1,4  |
| kokku                     | 4189          | 4150 | 55,7  | 54,2 | 32,0    | 34,6 | 4,9   | 3,1  | 6,6        | 6,3  | 0,8               | 1,8  |
| elukoht teadmata          | 2307          | 1419 | 43,5  | 39,9 | 43,0    | 48,1 | 5,4   | 3,3  | 6,8        | 6,4  | 1,4               | 2,3  |
| <b>Partner leibkonnas</b> |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| jah                       | 4421          | 3684 | 45,4  | 43,2 | 41,6    | 44,6 | 4,7   | 3,3  | 6,9        | 6,9  | 1,4               | 2,0  |
| ei                        | 2075          | 1885 | 60,1  | 61,2 | 27,6    | 28,7 | 5,3   | 2,9  | 6,5        | 5,7  | 0,5               | 1,6  |
| kokku                     | 6496          | 5569 | 52,1  | 51,0 | 35,2    | 37,7 | 5,0   | 3,1  | 6,7        | 6,7  | 1,1               | 1,9  |

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

Nagu jooniselt näha, on 50-aastaste ja vanemaealiste küsitletute seas umbes pooled pensionäristaatuses (mehi 41–44% ja naised 55–57%). Lisaks pensionäridele kuuluvad mitteaktiivsete hulka ka töövõimetud, kodused ja muu staatusega inimesed, keda on kokku keskmiselt 7,8–8,3%. Hõivatuid on keskmiselt 35,2–37,7% ning töötuid keskmiselt 5,0–3,1%. Need andmed näitavad, et vanemaealistele on majanduskriisist väljatulek mõjunud positiivselt—kasvanud on hõivatute osakaal (2,5 protsendipunkti) ja langenud töötute osakaal (1,9 protsendipunkti) nii meeste kui ka naiste puhul. Kõige suurem muutus ongi toimunud vaadeldud aastate lõikes hõivatute osakaalus, mis on naiste puhul kasvanud 2,4 protsendipunkti nii töötute kui pensionäride osakaalu vähenemise arvelt; meeste puhul on hõive kasvanud 2,2 protsendipunkti ning samas on meeste töötus vähenenud isegi kuni 2,9 protsendipunkti.

Samas mõjutab inimese seisundit tööturul tugevasti vanus (tabel 1). 50–64-aastaste hulgas on suurem osakaal hõivatutel—keskmiselt 57,5–62,3%, selles vanuserühmas on töötute osakaal olnud aastati 5,8–9,2% ning terviselikel põhjustel töövõimetuid 11%. 2011 ja 2013. aasta andmeid võrreldes tuleb tõdeda, et pensionäride osakaal selles vanuserühmas on langenud 2,4 protsendipunkti ning töötus 3,4 protsendipunkti, mis on toonud kaasa hõivatute kasvu 4,8 protsendipunkti ulatuses. 65–74-aastaste seas langeb oluliselt hõivatute osakaal (keskmiselt 14% vanusegrupis olevatest inimestest) ja tõuseb pensionäride osakaal (ligikaudu 85%). Kõige vanemas vanuserühmas on valdav enamik inimesi pensionäristaatuses (97%), keskmiselt vaid 2% inimestest on aktiivselt hõive

Muude isiku-, leibkonna ja elukoha tunnuste lõikes on erinevatesse seisunditesse kuulumine esitatud tabelis 1. Eelpool välja toodud tulemustele lisaks võib öelda, et osakaalud on 2010 ja 2013. aastate võrdluses suhteliselt stabiilsed:

- 1 2010. ja 2013. aasta võrdluses on vähenenud kõikide haridusgruppide töötus, kuid enim põhi- ja keskharidusega inimeste puhul. Ka hõivatute osakaalud on vähenenud kõikides haridusgruppides (v.a põhiharidusega inimesed). Samas kasvanud on kõikide gruppide puhul pensionäride osakaal.
- 2 Kui vaadelda inimese sünniriiki (Eesti vs. muu) ja tööturu seisundit, siis näeme, et muu päritoluga inimeste puhul on kolme aasta võrdluses hõive kasvanud ja töötus kahanenud enam kui Eestis sündinud inimestel. Ainult sünniriigi alusel on raske põhjanevaid järeldusi teha, siin oleks vajalik vaadata lisaks ka eesti keele oskust, piirkonda, kus Eestis elatakse ning muid tegureid. Varasemad uuringud on leidnud, et väga oluline roll tööturul hakkama saamisel on eesti keele oskusel ning hõive sõltub ka regioonist, kus elatakse.
- 3 Maa ja linna võrdlusest näeme, et hõivatute osakaal maal on kasvanud enam, samas on töötute osakaal vähenenud sarnaselt nii maa kui ka linna puhul.
- 4 Hõivatute osakaal on kasvanud partnerlussuhtes olevate inimeste puhul rohkem, samas on töötuse osakaalu vähenemine olnud suurem üksinda elavate vanemaealiste puhul.

Vanemaealiste tööjõu pakkumispoolsetest teguritest üks olulisemaid on inimese tervises seisund. Samas on leitud, et tervise ning tööjõus osalemise vahelised seosed on keerulised. Tervise kontekstis räägitakse kahest aspektist:

- 1 Mõju indiviidi eelarvepiirangule. Lühiajaline tervise halvenemise mõju eelarvele seisneb võimalikus tootlikkuse vähenemises ning samuti võivad kehvema tervisega inimesed suurema tõenäosusega töölt puududa. Pikaajaliselt puudub neil endil võimalus ja tööandjatel lisaks ka motivatsioon investeerida nende oskuste arendamisse, mistõttu võidakse kaotada konkurent-sivõimes võrreldes parema tervisega inimestega. Lisaks võib halvem tervis kaasa tuua ka sun-nitud paindlikkuse, kus töötajad peavad töötunde vähendama või muutma oma tavapärast töökohta / töö sisu, samuti võib halvem tervis mõjutada (sobiva) töö leidmist.
- 2 Mõjust vaba aja eelistustele. Halvem tervis on seotud indiviidi valikutega töö ja vaba aja suhtes, kuna nad võivad eelistada/vajada teistsugust ajakasutust kui parema tervisega inimesed. Näiteks võib raske haigusega töötaja eelistada rohkem vaba aega, et tervise eest hoolitseda või soovib rohkem aega veeta koos lähedastega. Mitu uurijat (nt Bloemen 2010, Burtless 1986 jt) on välja toonud, et kehvem tervis on sageli seotud mittevabatahtliku tööjõust väljumisega.

Kalwij ja Vemeulen (2007) on välja toonud, et tervise mõju tööhõivele on keeruline analüü-sida, sest näiteks raskete haiguste (infarkt, kasvaja jmt) korral on inividid sunnitud töölt lahkuma, kuid kergemate haiguste (nt diabeet, kõrge vererõhk jm) korral pole see ilmtingi-mata vajalik. Oma uuringus leidsid nad, et inimese enda määratletud tervisel on oluline seos hõives osalemisega, samuti leidsid nad, et väga tõsised haigused mõjutasid statistiliselt oluliselt tööjõus osalemist.<sup>1</sup> Sarnaseid tulemusi on SHARE andmetel saanud ka paljud teised autorid (nt Alavinia, Burdorf 2008, Luhavee 2014). Lisaks keerulistele seostele tervises seisundi ja tööjõus osalemise vahel, on problemaatiline ka tervises seisundi objektiivne hindamine/ mõõtmine. Väga paljudes uuringutes on küsitud pigem indiviidide enesehinnangut tervi-sele ning see on väga subjektiivne. Võib näiteks kujuneda olukord, kus inimene hindab oma tervislikku seisundit halvemaks, kui see tegelikult on, püüdes sel viisil õigustada enda tööturult eemalolekut. Samas võivad aktiivselt tegutsevad inimesed sageli erinevatele tõsistele haigustele vaatamata hinnata oma tervises seisundit rahuldavaks või pigem heaks.

Viimasel ajal on läbi viidud ka uuringuid (sh SHARE uuring), kus on olemas nii objektiivsed tervisemõõdikud (nt kopsumaht, haarde tugevus, konkreetsete haiguste

<sup>1</sup> Kalwij ja Vemeulen (2007) leidsid, et kui indiviididel (uuriti vaid mehi) oli nende hinnangul hea tervis, siis on näiteks Kreekas 15,8 ja Saksamaal 34,5 protsendipunkti suurem tõenäosus osaleda hõives võrreldes nendega, kes ise hindasid oma tervise halvaks. Kui võeti arvesse ka objektiivsed tervisenäitajad, siis tõenäosus hõives osaleda pisut vähenes. Kui oldi põdenud tõsist haigust, siis näiteks vähenes Taanis tõenäosus osaleda tööjõus 14,6 protsendipunkti, võrreldes nendega, kes ei olnud tõsist haigust põdenud. Vähem tõsiste terviseprobleemide korral mõju tööhõives osalemisele ei olnud aga statistiliselt oluline.

esinemine jne) kui ka subjektiivsed hinnangud tervisele. Üldjuhul on terviseseisundi hindamisel oluline jälgida indiviidi subjektiivset hinnangut oma tervisele, konkreetsete haiguste olemasolu ning vaimse tervise seisundit.

Subjektiivse tervisehinnangu kohta on SHARE andmetes järgmine küsimus. „*Kas ütleksite, et teie tervis on ...*“ ning vastusevariandid on „*suurepärase, väga hea, hea, rahuldav ja halb*“. Tabelist 2 on näha, et kõikides gruppides on hõivatute osakaalud kasvanud ja töötute osakaalud langenud. Samas on hõivatute hulgas ülekaalus suurepärase, väga hea või hea subjektiivse tervisehinnanguga inimesed ning hõivatute osakaal on nendes gruppides kasvanud rohkem ja töötute ning töövõimetute osakaalud enim langenud. Rahuldava ja halva tervisehinnanguga inimesed kuuluvad enamjaolt kas pensionäride või tervislikel põhjustel töövõimetute gruppi ning nende puhul tööturu seisundites märkimisväärseid muutusi ei ole toimunud. K. Lees (2013) oma magistritöös „Pensionile siirdumise otsust kujundavad tegurid Eestis“ leidis SHARE 4. laine andmeid analüüsis, et kõige kõrgemalt hindasid oma terviseseisundit pensionärid, kes jätkasid töötamist. Põhjenduseks võib tuua, et pensionieas töötavad inimesed, kes seda suudavad ja tahavad ning kelle tervis on selleks piisavalt hea. Sellele grupile järgnesid hõivatud, kelle seas oli terviseseisundi hinnangutes varieeruvus juba tunduvalt suurem.

Terviseseisundit iseloomustavad SHARE uuringus ka küsimused: 1) pikaajaliste terviseprobleemide olemasolu kohta, 2) tervisest tulenevad tegevuspiirangud ning 3) terviseprobleemide või puude kohta, mis piiravad tasustatava töö tegemist. Tabelist 2 on näha, et tervise tõttu töövõimetute ja pensionäride seas on oluliselt rohkem neid, kellel on pikaajalisi terviseprobleeme ning ka tervisest tulenevaid olulisi tegevuspiiranguid; hõivatute seas on ülekaalus need, kes leiavad, et terviseprobleemide tõttu neil pikaajalisi terviseprobleeme ja erinevaid tegevuspiiranguid ei ole. Samas on siiski igas vaadeldavas grupis üle poolte inimestest väitnud, et neil on pikaajaline terviseprobleem.

- 1 Pikaajaliste terviseprobleemidega inimesed kuuluvad eelkõige pensionäride ja töövõimetute gruppi, vaid tööturul on neid veidi üle kolmandiku. Selles grupis on vaadeldud aastate jooksul vähenenud töötute osakaal ning tõusnud hõivatute osakaal. Pikaajaliste terviseprobleemideta vanemaealiste hulgas on hõivatute ja pensionäride proportsioonid vastupidised – u 56–57% kuulub hõivatute hulka ja 34–35,5% pensionäride hulka. Ka selles grupis on aastate lõikes töötute osakaal vähenenud, kasvanud on aga muudel põhjustel mitteaktiivsete osakaal.
- 2 Tervisest tulenevate tegevuspiirangute kohta esitati vastajatele küsimus: „*Kui rääkida viimases 6 kuust, siis mil määral on mõni terviseprobleem piiranud teid tegevustes, mida inimesed tavaliselt teevad?*“ ning vastusevariandi olid: „*on piiranud oluliselt; on piiranud, kuid mitte oluliselt; ei ole piiranud*“. Need, kellel on olulisi tegevuspiiranguid, kuuluvad eelkõige pensionäride või töövõimetute hulka. Selle grupi hõivatute osakaal (10,4%-lt 14,6%-ni) on

vaadeldud aastatel kasvanud eelkõige pensionäride osakaalu languse tõttu. Mitteiluliste piirangutega inimeste puhul on hõivatute osakaal suurem kui eelnevalt kirjeldatud grupis ning siin on hõivatute osakaal (30,3%-lt 33,2%-ni) kasvanud eelkõige töötute ja töövõimetute arvelt. Tegevuspiiranguteta inimeste hulgas on kõige rohkem hõivatuid (54–56%) ning siin on vaadeldud aastate jooksul hõivatute osakaal kasvanud töötute ning mõnevõrra pensionäride osakaalu vähenemise arvelt.

- 3 Need, kes nimetavad, et tervisprobleemid seavad piiranguid tasustatava töö tegemisele, kuuluvad enamuses pensionäride või töövõimetute gruppi; samas üle aastate on pensionäride osakaal langenud ning tõusnud hõivatute osakaal (16,7%-lt 20,8%-ni). Terviseprobleemide tõttu töötamise piiranguteta inimeste hulgas on ligikaudu 60% hõivatud ja 31% pensionärid. Selle grupi puhul on vaadeldud aastatel vähenenud töötute osakaal ning tõusnud hõivatute ja muudel põhjusel mitteaktiivsete osakaal.

SHARE uuringus on lisaks subjektiivsetele tervisehinnangutele küsimused ka eri haigusseisundite kohta. T. Luhavee (2014) oma magistritöös „Vanemaealiste terviseprobleemid ja tööturukäitumine SHARE-Eesti uuringu näitel“ esitab põhjaliku analüüsi eri haiguste ja tööturu seisundite lõikes. Oma uuringus leiab ta, et diagnoositud haigustest esinevad SHARE uuringu andmetel vanemaealistel kõige sagedamini depressioon, kõrge vererõhk ja kolesteroolitase ning liigesehaigused. Pensionil olivate hulgas esineb kõiki haigusi rohkem kui töötajatel ning töötavatel pensionäridel vähem kui teistel pensionäridel. Erandiks on depressioon, mida esineb kõige vähem just töötavatel pensionäridel. T. Luhavee (2014) teostatud analüüsideselgub, et konkreetsete haiguste seoste hindamisel töötamisega on vaid vähesed haigused statistiliselt olulisel määral töötamisega seotud. Diagnoositud haigustest on statistiliselt oluliselt töötamise tõenäosusega seotud südamehaigused, mis vähendavad hõives olemist nii meestel kui naistel. Hõives olemise tõenäosust vähendab ka depressiooni esinemine. Muude haiguste puhul on tulemused kas vastuolulised meeste/naiste lõikes või on nad mõlemas soo grupis statistiliselt ebaolulised.

Detailsemat analüüsi vanemaealiste kuulumise kohta erinevatesse tööhõive seisundite gruppidesse erinevate isiku-, leibkonna, tervisenäitajate, majandusliku toimetuleku jm tegurite lõikes on võimalik lugeda M. Akseni (2013) magistritööst „Eesti vanemaealiste tööturukäitumine ja seda mõjutavate tegurite analüüs (SHARE 4. laine andmetel)“. Kokkuvõttes saab tõdeda, et erinevate SHARE Eesti uuringu andmetel tehtud analüüsidele tuginedes (nt Lees 2013, Aksen, 2013, Kask 2014, Luhavee 2014) määrab tööturul osalemise lisaks inimese vanusele ka inimese sugu ja haridustase. Meeste osakaal on suurem hõivatute, töötute hulgas ja tervise tõttu töövõimetute hulgas, samas naiste osakaal on suurem pensionäride hulgas. Paljud pensionäride hulka kuuluvad inimesed on põhiharidusega, sest nende noorusaegadel ei olnud haridus nii kättesaadav kui tänapäeval. Töötavate vanemaealiste hulgas on rohkem kõrgharidusega inimesi ning töötute hulgas keskharidusega inimesi. Inimese päritolu, ilmselt küll rohkem tema eesti keele



**Tabel 2.** Tööturuseisund terviseseisundi subjektiivsete ja objektiivsete tegurite lõikes,%

|  | Vastajate arv |      | Pensionär   |      | Töötaja |      | Töötü |      | Töövõimetu |      | Muu mitteaktiivne |      |
|--|---------------|------|---|------|---------|------|-------|------|------------|------|-------------------|------|
|  | 2011          | 2013 | 2011  | 2013 | 2011    | 2013 | 2011  | 2013 | 2011       | 2013 | 2011              | 2013 |
|  | Vastajate arv |      | Osakaal vastava isikutunnusega inimestest, % (rida) |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| <b>Subjektiivne hinnang terviseseisundile</b>  |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| suurepärase  | 88            | 85   | 19,4  | 15,9 | 69,1    | 75,3 | 7,7   | 3,2  | 2,8        | 0,7  | 1,0               | 4,9  |
| väga hea   | 233           | 195  | 23,6  | 24,9 | 67,9    | 69,1 | 5,7   | 1,8  | 1,1        | 0,3  | 1,8               | 4,0  |
| hea  | 1485          | 1282 | 31,8  | 33,0 | 59,3    | 60,9 | 6,2   | 2,5  | 1,1        | 0,9  | 1,6               | 2,7  |
| rahuldav   | 3217          | 2772 | 57,1  | 56,0 | 31,1    | 32,9 | 4,7   | 3,5  | 6,2        | 6,1  | 0,9               | 1,5  |
| halb   | 1459          | 1228 | 70,6  | 70,6 | 9,9     | 10,0 | 4,1   | 3,2  | 15,0       | 15,5 | 0,4               | 0,8  |
| kokku  | 6482          | 5562 | 52,1  | 51,0 | 35,2    | 37,6 | 5,0   | 3,1  | 6,7        | 6,3  | 1,1               | 1,9  |
| <b>Pikaajalised terviseprobleemid</b>  |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| jah  | 4849          | 4002 | 58,7  | 58   | 27,3    | 29,2 | 4,3   | 2,6  | 8,8        | 8,9  | 0,9               | 1,4  |
| ei   | 1640          | 1563 | 34,0  | 35,5 | 56,9    | 56,4 | 7,0   | 4,3  | 0,9        | 0,5  | 1,2               | 3,3  |
| kokku  | 6489          | 5565 | 52,1  | 51,0 | 35,2    | 37,6 | 5,0   | 3,1  | 6,7        | 6,3  | 1,1               | 1,9  |
| <b>Terviseprobleemidest tulenevad tegevuspiirangud</b>                                       |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| piirangud on olulised  | 1582          | 1671 | 71,2  | 66,8 | 10,4    | 14,6 | 3,0   | 3,1  | 14,8       | 14,2 | 0,7               | 1,4  |
| on piirangud, kuid mitte oluliselt   | 2289          | 1731 | 56,7  | 56,9 | 30,3    | 33,2 | 4,7   | 2,4  | 7,5        | 6,2  | 0,9               | 1,3  |
| ei ole piiranud  | 2613          | 2163 | 37,3  | 36,4 | 53,5    | 56,2 | 6,5   | 3,6  | 1,4        | 1,2  | 1,3               | 2,6  |
| kokku  | 6484          | 5565 | 52,1  | 51,0 | 35,2    | 37,6 | 5,0   | 3,1  | 6,7        | 6,3  | 1,1               | 1,9  |
| <b>Kas teil on terviseprobleeme või puudeid, mis piiravad Teid tasustatava töö tegemisel</b> |               |      |   |      |         |      |       |      |            |      |                   |      |
| jah  | 2039          | 1678 | 57,5  | 54,3 | 16,7    | 20,8 | 5,4   | 4,9  | 19,3       | 18,5 | 1,1               | 1,5  |
| ei   | 3108          | 2561 | 31,0  | 31,4 | 59,9    | 61,5 | 6,7   | 3,2  | 1,1        | 1,1  | 1,3               | 2,7  |
| kokku  | 5147          | 4239 | 41,1  | 40,1 | 43,4    | 46,2 | 6,2   | 3,9  | 8,1        | 7,7  | 1,3               | 2,3  |

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

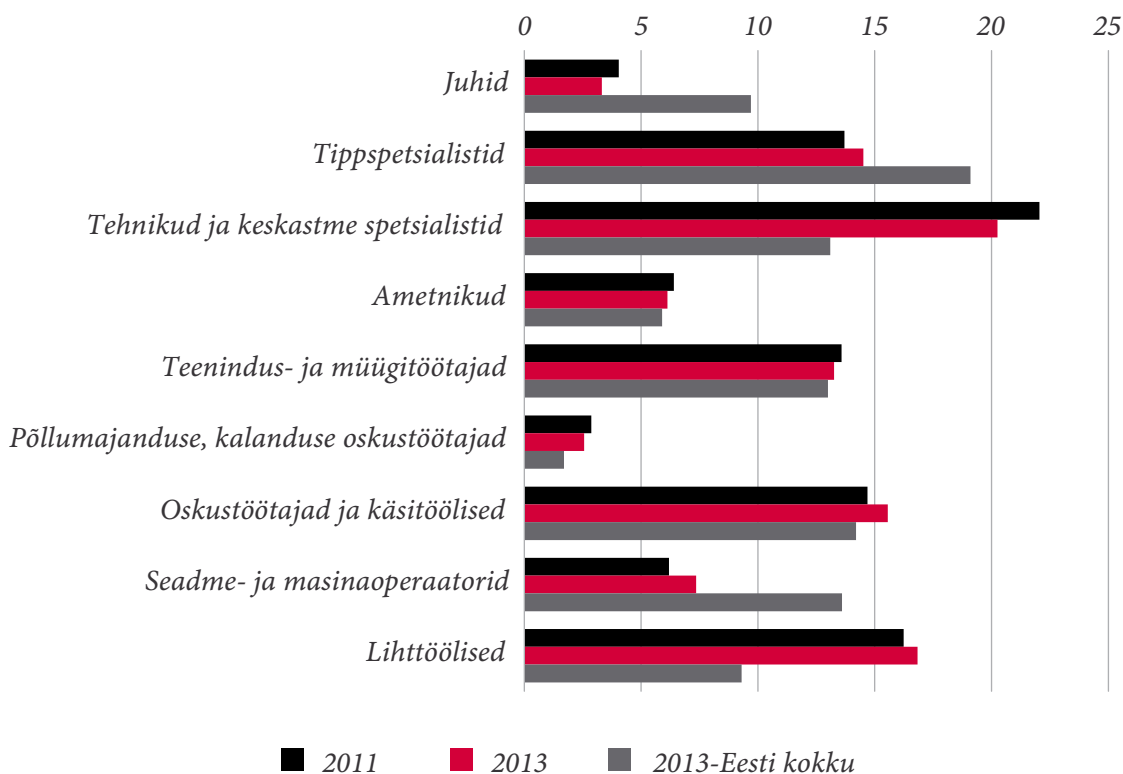
oskus ning elukoht, määravad paljuski tema seisundi tööturul. Sarnaselt muude vanemaeliste tööturukäitumist käsitlevate uuringutega mõjutab inimese terviseseisund tema võimalusi tööturul aktiivne olla. Eri analüüsid näitavad, et kehvema tervisliku seisundiga inimestel on oluliselt raskem olla hõivatud.

## 5. VANEMAEALISTE TÖÖTAMINE JA NENDE TÖÖGA RAHULOLU

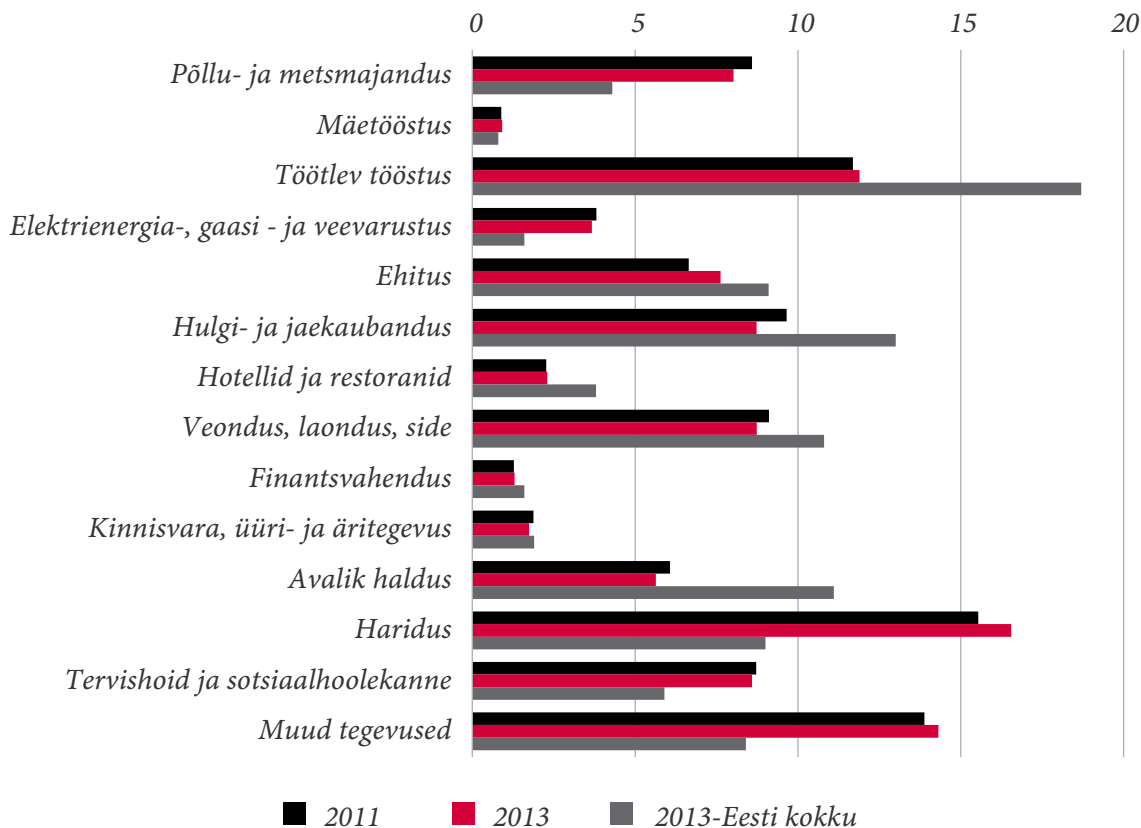
Vaatame järgnevalt, kellena ja kus vanemaelised töötavad ning millised on nende töötingimused ja milline tööga rahulolu. Joonis 8 näitab inimeste jaotust erinevate ametikohtade lõikes ning näeme, et suhteliselt palju vanemaelisi on hõivatud kas tipp- või keskastme spetsialistidena. Samas on suhteliselt suure osakaaluga ka oskus- ja käsitöölised ning lihttöölised grupid. Oodatust pigem vähem on vanemaelisi hõivatud juhtide,

seadusandjate ja kõrgemate ametnike hulgas ning suhteliselt väike on ka põllumajanduse ja kalanduse oskustöölise osakaal. Samas, kui võrrelda vanemaealiste ametipositsioone kõigi hõivatutega, on selge, et vanemaealised on alahõivatud kõrgematel ametipositsioonidel (juhid ja tippspetsialistid), aga ka seadme- ja masinaoperaatoritena ning neid on tunduvalt rohkem võrreldes Eesti keskmisega hõivatud lihttöölise, tehnikute ja keskastmepetsialistide ning põllumajanduse ja kalanduse oskustöölise ametites.

Joonis 9 illustreerib vanemaealiste jagunemist majandusharude lõikes ning sealt on näha, et kõige rohkem on vanemaealised hõivatud hariduses ja muudel tegevusaladel (SHARE küsimustikus sõnastatud kui „...Muud kogukondlike, sotsiaal- ja isikuteenustega seotud tegevused“), neile järgnevad töötlev tööstus, jae- ja hulgikaubandus, põllu- ja metsamajandus, tervishoid ja sotsiaalhoolekanne ning veondus, laondus ja side.



**Joonis 8.** Vanemaealiste ja kogu Eesti töötajate jagunemine erinevate ametikohtade lõikes, %  
Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine, Eesti Statistikaamet



**Joonis 9.** Vanemaealiste ja kogu Eesti töötajate jagunemine tegevusalade lõikes

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine, Eesti Statistikaamet

Kui võrrelda vanemaealiste ja kogu Eesti hõivatute jaotust majandusharude lõikes, siis ilmneb selge tendents, et vanemaealiste osakaal on oluliselt suurem hariduses ja muudes kogukondlike, sotsiaal- ja isikuteenustega seotud tegevustes, aga ka põllu- ja metsmajanduses ning tervishoius ja energeetikas. Samas on vanemaealisi oluliselt vähem hõivatud töötlevas tööstuses, avalikus halduses ning hulgi- ja jaekaubanduses.

Vastajate käest küsiti, kas nad töötavad avalikus või erasektoris, ning enamik mõlema laine vastajatest oli hõivatud erasektoris. Samas tuleb tunnistada vastuste suurt varieeruvust, kui 2011. aastal oli vastajatest 87,4% hõivatud erasektoris, siis 2013. aastal oli nende osakaal langenud 56% ning vastupidised muutused olid toimunud avalikus sektoris töötajate hulgas, kus osakaal olid vastavalt 5,9% ja 36,1%. Suhteliselt väikese osakaalu (7–8%) moodustavad mõlemal aastal need inimesed, kes on iseendale tööandjaks.

Lisaks võimaldab küsitlus teada saada ka seda, kas vastaja töötab mitmel töökohal, ning mõlemal uuringuaastal on umbes 8% vastajatest öelnud, et neil on mitu töökohta.

Kui uurida seda, kui pikalt on inimesed praegustel töökohtadel töötanud, siis keskmine staaž vaadeldud aastatel oli 13–14 aastat. Varieeruvus on aga viimase töökoha staažis vastajate lõikes suhteliselt suur ning kõige kauem on ühes asutuses töötatud üle 50 aasta.

Kui uurida, kui palju tunde inimesed nädalas keskmiselt töötavad, siis andmed annavad aritmeetiliseks keskmiseks mõlemal aastal 38–39 tundi, samas enam kui pooled vastajatest töötavad 40 tundi (tabel 3). See näitab, et tegelikult ei ole paindliku tööaja kasutamine vanemaaliste hulgas väga levinud.

**Tabel 3.** Vanemaaliste jaotus töötatud tundide ja vanuserühmade lõikes aastatel 2011 ja 2013, %

| Töötatud tunde     | 2011. aasta             |                        |                               |                | 2013. aasta             |                        |                               |                |
|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------|
|                    | 50–64-aastased (n=1848) | 65–74-aastased (n=234) | 75-aastased ja vanemad (n=22) | Kokku (n=2104) | 50–64-aastased (n=1598) | 65–74-aastased (n=207) | 75-aastased ja vanemad (n=31) | Kokku (n=1836) |
| alla 20 tunni      | 4,4                     | 22,3                   | 30,4                          | 6,4            | 3,8                     | 15,9                   | 28,3                          | 5,6            |
| 20-29 tundi        | 6,3                     | 12,8                   | 33,3                          | 7,3            | 5,7                     | 14,2                   | 26,3                          | 7,0            |
| 30-39 tundi        | 8,2                     | 10,4                   | 10,5                          | 8,4            | 7,9                     | 12,7                   | 13,5                          | 8,5            |
| 40 tundi           | 60,7                    | 44,7                   | 18,0                          | 58,5           | 61,4                    | 47,0                   | 26,5                          | 59,2           |
| 41-60 tundi        | 19,1                    | 9,6                    | 5,2                           | 17,9           | 17,1                    | 9,4                    | 5,9                           | 16,0           |
| 60 tundi ja rohkem | 1,6                     | 0,3                    | 2,7                           | 1,4            | 4,1                     | 0,8                    | –                             | 3,7            |
| Kokku              | 100,0                   | 100,0                  | 100,0                         | 100,0          | 100                     | 100,0                  | 100,0                         | 100,0          |

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

SHARE küsimustik võimaldab uurida ka vastajate rahulolu töökoha erinevate aspektidega (tabel 4). Kui vaadata, kuidas eri aastate vastused jagunevad, näeme, et tulemused on küsitluslainete lõikes suhteliselt stabiilsed. Tabelist 4 on näha, et enim on inimesed rahul oma tööga (90–91%), nad saavad toetust rasketes situatsioonides (82–83%) ning paljud (70–72%) märgivad ka võimalusi uusi oskusi omandada, 64–65% leiab, et nad saavad oma töö eest väärilist tunnustust, ning 75–77% ei ole nõus väitega, et nad oleksid pidevas ajapuuduses suure töökoormuse tõttu. Samas leiab 69–70%, et nende väljavaated edutamiseks on kehvad, ning 62–64% arvab, et nende töötasu ei vasta jõupingutustele ja saavutustele, ning 56%, et nende töö on füüsiliselt nõudlik.

Lisas esitatud tabelitest on näha, milliste aspektide puhul ilmnemid statistiliselt olulised erinevused eelpool toodud töörahulolu ja töötingimuste aspektides. Kui vaadata meeste ja naiste vastuste jaotumist, siis näeme, et enamikus aspektides on nende vastuste jagunemine olnud suhteliselt sarnane. Statistiliselt olulised erinevused on vaid selles, et mehed

**Tabel 4.** Vastajate hinnangud töörahulolu ja töötingimusi puudutavatele küsimustele aastatel 2011 ja 2013

| Aspekt   | 2011                      |      |                                       |      |       | 2013                      |      |                                       |      |       |
|--|---------------------------|------|---------------------------------------|------|-------|---------------------------|------|---------------------------------------|------|-------|
|  | Täiesti nõus + pigem nõus |      | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus |      | Kokku | Täiesti nõus + pigem nõus |      | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus |      | Kokku |
|  | n                         | %    | n                                     | %    | n     | n                         | %    | n                                     | %    | n     |
| <i>Kõiki asjaolusid arvesse võttes olen ma oma tööga rahul</i>             | 1902                      | 90,5 | 200                                   | 9,5  | 2102  | 1216                      | 91,1 | 119                                   | 8,9  | 1335  |
| <i>Minu töö nõuab füüsilist pingutust</i>                                  | 1178                      | 55,9 | 929                                   | 44,1 | 2106  | 744                       | 55,6 | 594                                   | 44,4 | 1338  |
| <i>Suure töökoormuse tõttu olen ma pidevas ajapuuduses</i>                 | 490                       | 23,3 | 1614                                  | 76,7 | 2103  | 332                       | 24,9 | 1002                                  | 75,1 | 1335  |
| <i>Mul on väga vähe vabadust otsustada selle üle, kuidas oma tööd teha</i> | 612                       | 29,2 | 1482                                  | 70,8 | 2094  | 390                       | 29,3 | 940                                   | 70,7 | 1330  |
| <i>Mu töö võimaldab mul uusi oskusi omandada</i>                           | 1463                      | 69,5 | 642                                   | 30,5 | 2104  | 968                       | 72,4 | 368                                   | 27,6 | 1336  |
| <i>Ma saan rasketes olukordades piisavalt tuge</i>                         | 1703                      | 81,6 | 383                                   | 18,4 | 2086  | 1099                      | 82,7 | 229                                   | 17,3 | 1328  |
| <i>Ma saan oma töö eest väärilist tunnustust</i>                           | 1344                      | 64,7 | 733                                   | 35,3 | 2077  | 842                       | 63,8 | 478                                   | 36,2 | 1321  |
| <i>Minu töötasu/tasu vastab minu jõupingutustele ja saavutustele</i>       | 789                       | 37,6 | 1308                                  | 62,4 | 2096  | 484                       | 36,4 | 846                                   | 63,6 | 1330  |
| <i>Minu väljavaated edutamiseks on kehvad</i>                              | 1380                      | 70,0 | 592                                   | 30,0 | 1972  | 860                       | 69,0 | 387                                   | 31,0 | 1247  |
| <i>Ma ei ole kindel, et minu töökoht säilib</i>                            | 692                       | 34,3 | 1324                                  | 65,7 | 2015  | 455                       | 35,7 | 819                                   | 64,3 | 1274  |

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

tunnetavad mõlemal vaadeldud aastal, et nende töö nõuab rohkem füüsilist pingutust ning nende väljavaated edutamiseks on kehvemad. Samas leiavad mehed enam kui naised, et nad saavad töö eest väärilist tunnustust, ning 2010. aastal oli meeste seas rohkem neid, kes väitsid, et saavad oma töö eest väärilist tasu (39% mehi). 2013. aastal oli aga rohkem naisi, kes väitsid, et kõiki olusid arvesse võttes on nad oma tööga rahul (93%), ning samas tunnetasid naised rohkem, et on suure töökoormuse tõttu pidevas ajapuuduses.

Analüüs haridustasemete lõikes näitab palju variatiivsemat pilti ning kõikide hinnatud aspektide puhul võime täheldada statistiliselt olulisi erinevusi haridustasemete lõikes (v.a 2013. aastal hinnang rasketes oludes abi saamise kohta). Põhi- ja keskkharidusega inimesed

tunnetavad oluliselt rohkem, et nende töö nõuab füüsilist pingutust, samas kõrgharidusega inimesed väidavad, et nende töö ei ole pigem seotud füüsilise pingutusega ning neil on vähe vabadust otsustada selle üle, kuidas oma tööd teha; samuti väidavad nad oluliselt rohkem, et nende väljavaated edutamiseks on kehvad. Kõrgharidusega inimesed raporteerivad rohkem, et töö võimaldab neil uusi oskusi omandada ning nende töötasu vastab jõupingutustele ja saavutustele. Kõrg- ja keskharidusega inimesed tunnetavad rohkem, et nad saavad oma töö eest väärilist tunnustust. Samas võrreldes põhi- ja kõrgharidusega inimestega on keskharidusega inimeste seas rohkem neid, kes arvavad, et nende töökoht säilib ka tulevikus.

Lisaks tehti analüüsi ka pikaajaliste tervisprobleemide tunnusega, et näha mil määral mõjutab terviseseisund inimeste rahulolu oma töö eri aspektidega. Tulemused näitavad, et kehvema tervisega inimestel on raskem ja/või tunnetavad nad suuremaid probleeme töötamisega. Need, kellel ei ole pikaajalisi terviseprobleeme, on rohkem oma tööga rahul, neil on suuremad võimalused omandada uusi oskusi, ning nende väljavaated edutamiseks on paremad. 2010. aastal tunnetasid pikaajaliste terviseprobleemidega inimesed enam, et nad ei saa oma töö eest väärilist tunnustust ning nende töötasu ei vasta nende jõupingutustele ja saavutustele ning nende seas on rohkem neid, kes ei ole kindlad, et nende töökoht säilib tulevikus. 2013. aasta andmed näitavad, et pikaajaliste terviseprobleemidega inimesed tunnetavad, et neil on vähe vabadust otsustada, kuidas oma tööd teha, ning vähem inimesi tunnetab, et nad saavad rasketes olukordades piisavalt tuge.

Lisaks eelpool toodud küsimustele, esitati vastajatele ka küsimus: „*Mõeldes oma praegusele tööle öelge, kas te sooviksite esimesel võimalusel töötamisest loobuda?*“ 24–25% vastajatest soovib töötamisest esimesel võimalusel loobuda. Küsimusele: „*Kas teie tervis võib seada piiranguid praeguse töö tegemisele, enne kui teil on võimalik ettenähtud ajal pensionile jääda?*“ vastas 2011. aastal jaatavalt 27% ning 2013. aastal 24%. Sellest võib järeldada, et veerand vanemaelistest hõivatutest otsib võimalust suhteliselt kiiresti tööturul lahkumiseks.

Edaspidi vaatlemegi, mis iseloomustab neid inimesi, kes kuuluvad mittetöötavate inimeste hulka, ja mis on olnud nende lahkumise põhjuseks. Kindlasti on üks küsimus, kas töölt lahkumine on olnud inimese vaba tahe või on ta olnud sunnitud hõivest lahkuma. Mittetöötavatena saame käsitleda nii töötuid, pensionäre kui muudel põhjustel mittetöötavaid inimesi. Kuna SHARE uuringu andmetel on töötuid vastajate hulka sattunud suhteliselt vähe, siis väga detailset analüüsi nende lõikes teha ei ole võimalik. Uuringus küsitakse, mis on nende lahkumise põhjuseks ning tabelist 5 on näha, et peaaegu kolmandikul juhtudel on peamiseks töötuks jäämise põhjuseks töökoha likvideerimine. Suure osakaaluga on ka töölt lahkumine, vallandamine ning muud põhjused ehk ülekaalus on olnud sunnitud lahkumine varasematelt töökohtadelt.

Järgnevalt uurime pensionil olivate tööturul lahkumise põhjusi. Nagu eelnevalt kirjeldatud, mõjutavad tööturul osalemist ja sealt väljumise otsuseid nii tööjõu pakkumisest ja

Tabel 5. Töötuks jäämise põhjused 2011 ja 2013. aastal

| Töötuks jäämise põhjus            | 2011  |       |        |         | 2013  |       |        |         |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|---------|-------|-------|--------|---------|
|                                   | Kokku | Mehed | Naised | Osakaal | Kokku | Mehed | Naised | Osakaal |
| Töökoht või asutus likvideeriti   | 83    | 41    | 41     | 33,3    | 60    | 30    | 30     | 32,9    |
| Töölt lahkumine                   | 36    | 23    | 13     | 14,6    | 23    | 13    | 10     | 12,6    |
| Vallandamine                      | 69    | 35    | 34     | 27,7    | 37    | 18    | 20     | 20,4    |
| Vastastikune kokkulepe tööandjaga | 6     | 5     | 2      | 2,5     | 10    | 7     | 2      | 5,4     |
| Ajutine töö lõppes                | 21    | 15    | 6      | 8,4     | 21    | 14    | 6      | 11,6    |
| Kolimine teise elukohta           | 3     | 2     | 2      | 1,2     | 5     | 2     | 4      | 2,9     |
| Muu põhjus                        | 31    | 18    | 13     | 12,4    | 26    | 11    | 15     | 14,0    |
| Kokku                             | 248   | 138   | 110    | 100,0   | 183   | 96    | 87     | 100,0   |

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

nõudlusest lähtuvad tegurid kui ka sotsiaalkaitsesüsteemist tulenevad reeglid ja ajendid. Tööjõu pakkumisest lähtuvate teguritena võib nimetada näiteks tarbimise ja vaba aja eelistusi, terviseseisundit, pensioni võimalikku suurust (inimese/leibkonna sissetulekut tööturult lahkumise järel), isiklike säästude olemasolu, perekonna struktuuri ja teiste pereliikmete töö- ja vaba aja eelistusi ning nende vajadusi, ootusi tervise ja eluea kohta aga ka määramatust ja ebakindlust tuleviku suhtes. Olulised tegurid, mis mõjutavad inimest pensionile jääma, on tema individuaalne/leibkondlik rikkus ning finantsilised stiimulid. On leitud, et kõrgema rikkuse tasemega inimestel on suurem tõenäosus jääda pensionile (Bloemen 2010). Samas võib kõrgem palk motiveerida ka indiviidi edasi töötama, sest see võib tõsta tulevikus saadavat pensioni, samuti võib ka reaalpalkade kasv mõjutada tööturule jäämist (Burtless 1986). Nagu eelnevalt kirjeldatud, on tervise ja tööturult lahkumise seosed keerulised ning siinkohal on oluline, kas tegemist on lühi- või pikaajalise terviseprobleemiga, millised on isiku valikud töö- ja vaba aja suhtes, võimalused järjepidevalt tööd teha, end tööalaselt arendada, aga ka tööandjate valmidus töötingimusi vastavalt töötaja tervislikule situatsioonile kohandada ja/või paindlikumaks muuta jpm.

Vaadeldes põhjusi, miks inimesed on pensionile jäänud või töötamise lõpetanud, siis kõige sagedasem on eri kriteeriumide täitmine pensionile jäämiseks<sup>2</sup> (tabel 6, detailsemat analüüsi pensionile jäämise kohta SHARE 4. laine uuringu andmetel vaata K. Leesi (2013) magistritööst „Pensionile siirdumise otsust kujundavad tegurid Eestis“).

Üsna sageli jäädakse pensionile ka pärast koondamist. Viimane on kooskõlas ka paljude teiste uuringutega (nt Tatsiramose 2006), kus leitakse, et mittevabatahtlik töölt lahkumine

<sup>2</sup> Eelkõige peetakse siin silmas erinevate pensioniõiguslike kriteeriumide täitmist – vajalik tööstaaz ja vanus.

Tabel 6. Pensionile jäämise põhjused\*, %

| Pensionile jäämise põhjused                      | 2011  |        |       | 2013  |        |       |
|--|-------|--------|-------|-------|--------|-------|
|  | Mehed | Naised | Kokku | Mehed | Naised | Kokku |
| Õigus riiklikule pensionile                      | 53,7  | 56,8   | 55,7  | 51,6  | 54,0   | 53,2  |
| Õigus eripensionile                              | 1,9   | 0,8    | 1,2   | 1,3   | 0,6    | 0,8   |
| Õigus erapensionile                              | 0,0   | 0,1    | 0,9   | 0,1   | 0,2    | 0,1   |
| Õigus eelpensionile                              | 3,9   | 1,9    | 2,6   | 4,1   | 2,1    | 2,8   |
| Koondamine                                       | 18,9  | 16,7   | 17,5  | 19,7  | 17,1   | 18,0  |
| Enda halb tervis                                 | 11,7  | 11,5   | 11,6  | 11,1  | 12,2   | 11,8  |
| Sugulase või sõbra halb tervis                   | 1,2   | 2,1    | 1,8   | 1,6   | 2,2    | 2,0   |
| Samaaegne pension oma abikaasa või elukaaslasega | 0,7   | 0,4    | 0,5   | 1,1   | 0,4    | 0,6   |
| Soov veeta aega oma perekonnaga                  | 3,9   | 5,8    | 5,1   | 4,4   | 6,3    | 5,6   |
| Soov nautida elu                                 | 4,0   | 3,8    | 3,9   | 5,0   | 4,9    | 5,0   |
| Vastuste arv kokku                               | 1452  | 2447   | 3899  | 1224  | 2094   | 3318  |

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. Laine

\* vastaja võis anda mitu vastust

suurendab pensionile jäämise tõenäosust. Lisaks loetletule on sagedaseks töölt lahkumise põhjuseks ka inimese terviseseisund. Proportsioonid erinevate pensionile jäämise põhjuste osas on meeste ja naiste lõikes vaadeldud aastatel suhteliselt sarnased.

Tööga rahulolu peetakse oluliseks teguriks töökarjääri pikendamisel ning SHARE uuringu põhjal saab kokkuvõttes tõdeda, et üldjuhul on vanemaealised oma tööga rahul. Rahul ollakse ka paljude erinevate töötingimustega – saadakse vajadusel abi, olemas on võimalused uute oskuste omandamiseks ning ei tunnetata olulist ajapuudust. Vähem inimesi leiab, et saavad oma töö eest väärilist tunnustust, ning pea kaks kolmandikku arvab, et ei saa töö eest väärilist tasu. Tulemused on ootuspärased, kui vaadata, millistel ametialadel ja majandusharudes vanemaealised põhiliselt töötavad. Vanemaealised on ülekaalus madalamatel oskus- ja lihttöölise ametikohtadel ning primaar- ja tertsiaarsektori majandusharudes. Samuti leiavad enam kui pooled, et töö on füüsiliselt nõudlik, mis võib mõjutada teatud ajahetkel otsust tööturult lahkuda, kui töökohta ja -ülesandeid ei kohandata inimeste füüsilise suutlikkusega. Peaaegu 70% tunnistavad, et nende väljavaated edutamiseks on kehvad. Uuringust ilmneb, et vanemaealiste keskmine tööstaaž on enam kui 10 aastat ühes ettevõttes, kuid paraku ei ole nende andmete põhjal võimalik analüüsida, kuidas on selle aja jooksul muutunud inimeste ametipositsioon ja tööülesanded ettevõttes. Sellist võimalust pakub alles kavandatav 7. laine uuring. Ka osajaga töötamist kasutab suhteliselt vähe vanemaealisi (alla 25%), kuid see kasvab vanuse tõustes. Mittetöötamise põhjuste analüüs näitas, et inimeste töötamise lõpetamise põhjused on paljudel juhtudel mittevabatahtlikud – seega kas tööandja tegevusest tulenevad või siis inimese terviseseisundist tulenevad lahkumised.



Üldjuhul on tööturult lahkumine pigem ühekordne samm – hõivest lahkutakse jäädavalt, kuid võib see olla ka järkjärguline, kus töötaja vähendab töötunde vastavalt võimalustele ja vajadustele, enne kui ükskord täielikult tööturult lahkub. SHARE uuringu andmetele tuginedes on viimane aga Eestis pigem harv tööturult väljumise käitumismudel.

## 6. KOKKUVÕTE

Eelnev analüüs näitas, et Eesti vanemaealiste tööhõive määr on viimastel aastatel tõusva trendiga. Selle üheks põhjuseks võib olla tööealise elanikkonna vähenemine, mistõttu otsitakse sobivat tööjõudu rohkem ka vanemaealiste hulgast, ning teisalt tuleneb see ka pensioniea järk-järgulisest tõusust. Mehi on hõivatute hulgas mõnevõrra rohkem, samas on nende osakaalud suuremad ka töötute, töövõimetute hulgas. Naisi on mõnevõrra rohkem pensionäride ja muul põhjusel mitteaktiivsete hulgas. Eelneva analüüsi tulemuste ning mitme varasema SHARE uuringu andmetel tehtud uuringust (nt Lees 2013, Aksen 2013, Luhavee 2014, Kask 2014) selgub, et suurema tõenäosusega on tööturul hõivatud kõrgema haridustasemega ja parema tervisehinnanguga inimesed, lisaks on eri uuringud näidanud, et suurem tõenäosus on olla hõivatud ka Eestis sündinud ja/või Eesti kodakondsusega inimestel. Muude tegurite puhul on sõltunud teguri olulisus analüüsi kaasatud muutujate kombinatsioonidest ning sellest, kas on vaadeldud mehi ja naisi koos või eraldi, kas hõivatute hulka on arvatud ka töötavad pensionärid või mitte.

Üks olulisemaid töövõimet määravaid tegureid on inimese tervis, samas ei ole terviseprobleemide seosed töövõimega ja seega otsusega tööturul osalemise kohta üksüheselt määratletavad. Terviseprobleemid võivad olla väga erineva raskusastmega ning tänu meditsiini arengule on paljud haigused varajase avastamise korral ravitavad. Tervise halvenemisele reageerivad inimesed erinevalt ning tööturult lahkumise otsus sõltub ka sellest, kui tõsine ja püsiv terviseprobleem on, millises vanuses see tekib ning ka inimese inimkapitalist ja eelistustest vaba aja suhtes. Terviseprobleemid ei pea ilmtingimata sundima tööturult lahkuma, vaid võivad kaasa tuua töökoha vahetuse sobivama vastu või töökoormuse vähendamise. Tegevuspiirangutega inimeste tööle aitamisel on oluline roll töökohtade kohandamisel vastavalt vajadusele. Tööhõivereform võiks aidata liikuda seni pigem passiivselt toimetulekutoetuste maksimiselt aktiivsemate meetmete rakendamise poole ning teadvustada, et ka osalise töövõimega inimesed on võimelised kohandatud töökohtadel töötama. Tähtsal kohal on ka eri paindlikud töövormid – osaajaga töötamine, sagedasemate puhkepauside tegemise võimalused, kodus töötamise võimalused jm. Vanemaealiste puhul võivad eelistatud olla ka osaajaga pakutavad töökohad, kuna pensioniealiste eelarvepiirangud ei ole nii teravad ning pigem võivad nad eelistada rohkemat vaba aega. Need annaksid võimaluse vanemaealisel end vajalikuna tunda ja panustaks aktiivsesse vananemisse.

Arvestades vanemaealiste töötajate osakaalu suurenemist, ei tohiks tööandjad töötajate oskuste ja teadmiste täiendamise võimalusi alatahtsustada ning tähelepanu tuleks pöörata

nende võimaliku panuse suurendamiseks töökohal. Nagu eespool nimetatud, on töötamise motivatsiooni seisukohast olulised aspektid oskuste varieeruvus ja tööülesannete ulatus ning mitmekesisus, töötajate iseseisvus töötamisel jmt. Kõik see eeldab järjepidevat oskuste ja teadmiste uuendamist ning järjepidevad ning suuremad investeeringud inimkapitali kogu töökarjääri jooksul võimaldavad ja motiveerivad töötajaid kauem töötama. Samuti on töötajad motiveeritud investeerima oma oskuste ja teadmiste parandamisse, kui teatakse, et nende tööelu kestab kauem.

Tööga rahulolu peetakse üheks peamiseks teguriks, mis julgustab vanemaid inimesi oma töökarjääri pikendama ning tööturult taandumist edasi lükkama. Seega ei ole tööga rahulolu vanemaealiste jaoks tähtsusetu tegur. Vananemise aspektist on oluline, et tööga seotud nõudeid (nii füüsilised kui vaimsed) ning töökeskkonda kohandatakse, kui inimese vananedes tema suutlikkus väheneb. Töötajad võiksid jääda tööellu pikaks ajaks, juhul kui nende tööülesanded muutuksid vastavalt nende võimetele ja arvesse võetakse vananemisest/tervisest tingitud muutusi. Oluline on, et vanemaealised saaksid oma tööd korraldada vastavalt nende töö tegemise võimele ning töö ümberkorraldamine võib tähendada nt töötamise ja vaheaegade kiiremat vaheldumist, tööde järjekorra muutmist, töömeetodite ja -tempo muutust jne. Samuti võib töökeskkonna tingimuste muutusega (nt valgus, soojus, ergonoomilised töövahendid jne) muuta vanemaealiste töötamist efektiivsemaks.

Paraku omistatakse stereotüüpse lähenemise tõttu vanematele töötajatele sageli kõrge-  
nenud risk töölt puudumiseks erinevate terviseprobleemide tõttu, arvatakse, et nad on vastu erinevatele muutustele, nende füüsiliste ja kognitiivsete võimete vähenemise tõttu väheneb õppimisvõime ja valmidus uuendustega kohaneda. Eelnevast tulenevalt seostatakse vanemaealistele töötamist madalama produktiivsuse tasemega ning seetõttu pakuvad tööandjad vanemaealistele sageli vähem vastutusrikkaid, madala produktiivsusega ja madalamalt tasustatud töökohti. Vanusega seotud halvustavad stereotüübid ja vanemaealiste käsitlemine homogeense grupina mõjutavad ka vanemaealiste töötajate usku iseendasse ning nende motivatsiooni enesearendamiseks. Tihti jäetakse arvestamata aga vanemaealiste eelised võrreldes nooremate töötajatega – nende suurem töökogemus, tööle pühendumine, lojaalsus, tööeetika, usaldusväärsus jne. Kuna vanemaealiste grupp hõlmab inimesi vanuses 50–74 eluaastat, siis selles suures vanusevahemikus on inimeste võimed ja individuaalsed omadused väga erinevad.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Aksen, M. (2013). *Eesti vanemaealiste tööturukäitumine ja seda mõjutavate tegurite analüüs* (SHARE 4. laine andmetel). Tartu Ülikooli majandusteaduskond, magistritöö, 111 lk.

Alavinia, S. M., Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 82: 39–45.

- Bloemen, H. G. (2010). Private Wealth and Job Exit at Older Age: A Random Effects Model. *IZA Discussion Paper*, 3386, 37 pp.
- Burtless, G. (1986). Social Security, Unanticipated Benefits Increases and the Timing of Retirement. *The Review of Economic Studies*, 53, 5: 781 – 805.
- Eesti Statistikaamet (2015), tööjõu-uuringute andmebaas. [www.stat.ee](http://www.stat.ee)
- Eurostat (2015), tööjõu-uuringute andmebaas. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Hackmani, J., Oldham, G. R. (1975). Development of job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60: 159-170.
- Ilmarinen, J. (2012). *Aktiivsesena vananemise edendamise tööl*. Euroopa Töötervishoiu ja Tööohutuse Agenduur, 8 lk.
- Ilmarinen, J. (2005). *Towards a Longer Worklife*. Helsinki, pp. 467.
- Ilmarinen, J. (1999). Aging workers in the European Union – In: *Status and promotion of work ability, employability and employment*. R. Pietiläinen (ed). Helsinki: Painotalo Miktor Ky, 274 p.
- Kalwij, A., Vermeulen, F. (2007). Health and Labour Force Participation of Older People in Europe: What to Objective Health Indicators Add to the Analysis. *Health Economics*, 17,5:619 – 38.
- Kask, K. (2014). *Vanemaealiste töötamist mõjutavad tegurid SHARE Eesti uuringu näitel*. Tartu Ülikooli majandusteaduskond, bakalaureusetöö, 76 lk.
- Lees, K. (2013). *Pensionile siirdumise otsust kujundavad tegurid Eestis*. Tartu Ülikooli majandusteaduskond, magistrیتöö, 105 lk.
- Leetmaa, R., Võrk, A., Kallaste, E. (2004). Vanemaealine tööjõud tööturul ja tööelus. *PRAXISE toimetised* nr 19. 2004, 110 lk.
- Luhavee, T. (2014). *Vanemaealiste terviseprobleemid ja tööturukäitumine SHARE Eesti uuringu näitel*. Tartu Ülikooli majandusteaduskond, magistrیتöö, 95 lk.
- Medeiros, J., Minty, P. (2012). *Analytical Support in the Setting of EU Employment Rate Targets for 2020*. European Commission, 2012, 61 p.
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T. D., Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive doping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27:873–84.
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 4:433–40.
- Schoenmaeckers, J. (2013). Filling in the gap: how to explain the divergence between subjective and objective health measures. In: *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. Börsch-Supan, A. et al.(eds), Berlin: de Gruyter, pp. 187–97.
- SHARE 4. ja 5. laine andmebaasid <http://www.share-project.org/>.
- Tatsiramos, K. (2006). *Job Loss and Labor Market Transitions of Older Workers*. Institute for the Study of Labor (IZA), 26 p.
- Williams van Rooij, S. (2012). Training Older Workers: Lessons Learned, Unlearned, and Relearned from the Field of Instructional Design. *Human Resource Management*, 51,2:281-98.

ÜHE SUURIMA PROBLEEMINA  
NÄHAKSE ELANIKKONNA  
VANANEMISEGA SEOTUD  
PENSIONISÜSTEEMILE LANGEVAT  
SUURT KOORMUST, MIS  
ÄHVARDAB PENSIONISÜSTEEMIDE  
JÄTKUSUUTLIKKUST. TEISTE  
SÕNADEGA MUUTUB ÜHA SUURENEV  
HULK INIMESI SÕLTUVAKS  
SOTSIAALMAKSETEST, MIDA  
RAHASTATAKSE JÄRJEST VÄHENEVA  
HULGA AKTIIVSETE INIMESTE  
MAKSTAVATEST (TÖÖJÕU)MAKSUDEST.  
MADALA SÜNDIMUSE JA OODATAVA  
ELUEA KASVU TÕTTU ON KA EESTIST  
SAANUD VANANEV ÜHISKOND.

# ERI PENSIONI- LIUKIDE

## SAAJATE VAHELISED ERINEVUSED

Gerti Karilaid-Vidder, Ellu Saar

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi rahvusvaheliste sotsiaaluuringute keskus*

---

### 1. SISSEJUHATUS

2012. aasta oli üleeuroopaline „Aktiivsena vananemise ja põlvkondadevahelise solidaarsuse Euroopa aasta”, millega püüti tähelepanu pöörata nii rahvastiku vananemisega seotud probleemidele kui ka positiivsetele aspektidele. Ühe suurima probleemina nähakse elanikkonna vananemisega seotud pensionisüsteemile langevat suurt koormust, mis ähvardab pensionisüsteemide jätkusuutlikkust. Teiste sõnadega muutub üha suurenev hulk inimesi sõltuvaks sotsiaalmaksetest, mida rahastatakse järjest väheneva hulga aktiivsete inimeste makstavatest (tööjõu)maksudest (Ebbinghaus 2006: 207). Madala sündimuse ja oodatava eluea kasvu tõttu on ka Eestist saanud vananev ühiskond (Puur ja Põldma 2010). Samal ajal on Eestis vanemaealiste majanduslik aktiivsus Euroopa keskmisest kõrgem (tabel 1).

Tabelis 1 on näha erinevused Euroopa riikide vanemaealiste majandusaktiivsuses. Madala hõivatute osakaaluga 50–54-aastaste seas paistavad silma Hispaania ja Itaalia. 55–59-aastaste seas on kõige madalamad näitajad Poolal ja Sloveenial. Euroopa keskmisest madalama hõivatud vanemaealiste osakaaluga riikides toimub suurim langus valdavalt just vanusevahemikus 60–64 aastat. Samas on enamikes Euroopa riikides pensionieaks 65 eluaastat (v.a Eesti, Prantsusmaa, Sloveenia, Tšehhi ja Ungari), kuigi mitmes madalama hõivatute osakaaluga riigis on naiste pensioniiga meeste omast madalam, nt Poolas, Sloveenias, Tšehhis, Itaalias ja Austrias. Asjaoluga, et naiste oodatav

**Tabel 1.** Töölaseelt hõivatud Euroopa riikides vanusrühmade kaupa, %

|                  | 50–54 aastat | 55–59 aastat | 60–64 aastat | 50–70-aastased kokku |
|------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Austria          | 80,9         | 60,6         | 22,1         | 39,2                 |
| Saksamaa         | 91,3         | 86,2         | 71,1         | 58,7                 |
| Rootsi           | 100,0        | 90,6         | 81,9         | 67,5                 |
| Holland          | 84,8         | 78,5         | 55,0         | 54,1                 |
| Hispaania        | 72,2         | 66,3         | 44,7         | 45,7                 |
| Itaalia          | 73,5         | 65,3         | 23,8         | 36,7                 |
| Prantsusmaa      | 84,9         | 74,9         | 28,5         | 48,8                 |
| Taani            | 91,2         | 89,6         | 73,3         | 71,1                 |
| Šveits           | 90,1         | 88,3         | 69,2         | 67,6                 |
| Belgia           | 80,9         | 70,3         | 36,4         | 51,5                 |
| Tšehhi           | 88,6         | 73,0         | 32,7         | 46,3                 |
| Poola            | 79,5         | 56,7         | 25,7         | 33,3                 |
| Ungari           | 78,7         | 64,8         | 18,4         | 38,6                 |
| Portugal         | 79,7         | 65,6         | 25,1         | 42,4                 |
| Sloveenia        | 82,5         | 51,3         | 14,2         | 36,5                 |
| Eesti            | 87,5         | 78,4         | 52,0         | 57,9                 |
| Euroopa keskmine | 83,6         | 71,7         | 39,1         | 49,3                 |

Allikas: SHARE 4. laine andmed

eluiga on kõrgem ja sellest tulenevalt naiste osakaal vanemaealiste seas on suur, saab põhjendada ka vanemaealiste madalat tööhõives osalemist.

Suure 65–70-aastaste hõivatute osakaaluga paistab silma Rootsi, kuid ka Saksamaa, Taani, Šveits ja Eesti. Eesti eristub eeltoodud rühmast oma madalama pensionieaga. Eestis oli pensioniiga 2010. aastal 63 eluaastat meestel ja 61 eluaastat naistel. Kui Saksamaad, Rootsit, Taanit ja Šveitsi võib pidada heaoluriikideks, kus on kõrged palgad ja elamisväärsed pensionimaksud, siis Eesti puhul võib kõrget hõivatute osakaalu vanemaealiste seas põhjendada pigem väikeste pensionimaksetega ning võimalusega töötada ja saada vana-duspension (samuti töövõimetuspension) samal ajal (Täht *et al.* 2011). Seega ei pruugi Eesti vanemaealiste aktiivsus tööturul viidata mitte heale tervislikule olukorrale ja töötingimustele, vaid pigem majanduslikule toimetulematusele.

Varasemates uuringutes on ilmnenu, et tööturult lahkumist mõjutab mitu personaalset tegurit. On leitud, et vanemaealiste tööalane hõive sõltub haridustasemest (Klesment ja Leppik 2012). Sealjuures oluline ei ole ainuüksi varem omandatud haridus, vaid ka hilisem osalemine tööalases koolituses ja elukestvas õppes. Terviseseisundit peetakse samuti üheks olulisemaks vanemaealiste tööalast aktiivsust mõjutavaks teguriks. Varasem ametlik

pensionaari mõjutab seda, et naised lahkuvad varem tööturult (Täht *et al.* 2011). Peale mainitud personaalsete tegurite on väga olulised institutsionaalsed tegurid nagu ametlik pensionaari, võimalused eelpensioniks ning osalise koormusega töötamiseks (Alloja *et al.* 2007; Luuk 2009). Eestis on võimalik saada ennetähtaegset vanaduspensionaari kuni kolm aastat enne ametlikku pensionaari. Ennetähtaegne vanaduspension ei ole küll võrdsustatav teistes riikides levinud eelpensionaari, kuna ennetähtaegne vanaduspension määratakse eluks ajaks, st ta ei eelne mingile teisele pensionaari ja talle ei järgne midagi muud. Siiski on mõningane analoogia olemas, sest ennetähtaegne vanaduspension nagu eelpensionaari võimaldab enne ametlikku pensionaari tööturult väljuda. Edasises analüüsis kasutame ennetähtaegset vanaduspensionaari saajate kohta lühiduse mõttes väljendit „eelpensionaari olidajad“.

Samuti saab Eestis varajaseks tööturult väljumiseks kasutada nii töötuseisusesse kui ka töövõimetuspensionaari siirdumist. Töötute toetused ning töövõimetuspension pakuvad inimestele võimaluse varem pensionaari jääda (Täht *et al.* 2011: 146), mistõttu toimivad need tihtipeale suhteliselt sarnaselt ennetähtaegse vanaduspensionaari (kuigi muidugi on ka olulisi erinevusi – töötuse puhul on aktiivse töötamise nõue, teisel juhul seda ei ole; erinev on ka suurus, mõju hilisemale vanaduspensionaari jm) ning neid saab vaadelda kui eelpensionaari laiendeid (Buchholz *et al.* 2006).

Eestis on hetkel käimas töövõimereform, mis toob endaga kaasa uued nõudmised ka töövõimetuspensionaari. Nii on OECD (Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon) soovitanud siduda hüvitise maksmise osalemisega aktiveerivates meetmetes (Töövõimereform). Aktiveerivate meetmete all peetakse peamiselt silmas järgmisi tööturumeetmeid: tööharjutus, tööpraktika, avalik töö, nõustamisteenuste kasutamine, koolitustel osalemine jne. Eesti tööhõivereformi puhul võib selleks pidada osalise töövõimemeega inimeste kohustust otsida aktiivselt tööd, st olla Eesti Töötukassas töötuna arvel ning täita töötule pandud kohustusi (töövõimetoetuse seadus 2014). Töövõimereformi peamiseks põhjuseks võib pidada töövõimetuspensionaari suurt arvu ning sellega seonduvalt paljude potentsiaalsete töötajate lahkumist tööturult. Eestis on umbes 100 000 töövõimetuspensionaari, kellest 40% on juba praegu hõives ning 63% mittetöötavatest töövõimetuspensionaari tahaks tööle minna (Fakte ja statistikat). Töövõimereformi eesmärgiks on tuua vähenenud töövõimemeega inimesed tööturule tagasi ja aidata neil sellega paremini toime tulla (Töövõimereform). Reformi pooldajate hinnangul aitaks töövõime kaoga inimeste kaasamine tööturule vähendada töøjõupuudust (Töövõimereform). Töövõimereformi toimumise taustal on vajalik uurida, kuidas mõjutavad institutsionaalsete tegurite kõrval tööturukäitumist inimeste personaalsed tegurid, et välja selgitada, mis mõjutab varast tööturult lahkumist. Otsime sellele küsimusele vastust võrreldes kolme pensionaari saajate gruppi: töövõimetus-, vanadus- ja ennetähtaegset vanaduspensionaari saajaid. Teiste sõnadega, mille poolt erinevad omavahel püsiva haiguse või töövõimetusega inimesed nendest, kes on siirdunud pensionaari töötatud aastate alusel.

## 2. TAUST

### 2.1. TÖÖTURULT LAHKUMIST MÕJUTAVAD INSTITUTIONAALSED FAKTORID

Varasemates uuringutes on välja tulnud, et lisaks personaalsetele teguritele, mõjutavad tööturult lahkumist ka pensioni asendusmäär, võimalused eelpensioniks ning osalise koormusega töötamise võimalused (Alloja *et al.* 2007; Luuk 2009; Lindemann ja Unt 2015). Eelpensioni vajadus sõltub olemasolevatest alternatiividest (osalise koormusega töö, ümberõpe, töötuskindlustus, toetatud töötamine), ettevõtlussüsteemide olemusest, majanduslikust olukorrast ning vanemaealiste pikaajalise töötuse määrast (Esping-Andersen 1990, Klesment ja Leppik 2012: 5). Samuti sõltub tööturult väljumine edasitöötamise võimalustest (Täht *et al.* 2011: 146). Kui pensionimaksed on teatud elustandardi säilitamiseks ebapiisavad, ei ole täielik tööturult lahkumine töövõimelisele inimesele, kellel on töökoht, meelepärane (Ebbinghaus 2006: 42). Samuti võivad töötajad jääda tööturule, kuna nad vajavad palgast saadavat sissetulekut (Täht *et al.* 2011: 146, Hofäcker 2015: 14). Madalad pensionid tõukavad paljud tagasi tööturule, kuna vajatakse lisisissetulekut (Täht ja Saar 2006: 317).

Institutsionaalsed tegurid jaotatakse kirjanduses mitmesse gruppi: esiteks, tegurid, mis tõrjuvad vanemaealisi tööturult välja (push factors) (näiteks kõrge töötuse tase, koondamised, vanuseline diskrimineerimine jne); teiseks meetmed, mis soodustavad töötamist ka vanemas eas (maintain factors) (näiteks aktiivne vananemispoliitika, spetsiaalsed koolitused vanemaealistele, palgatoetused ettevõtjatele vanemaealiste palkamiseks jne); kolmandaks, tegurid, mis „tõmbavad“ vanemaealisi tööturult välja (pull factors) (näiteks eelpensioni skeemid, töövõimetuspensionid, pensioniea alandamine jne); neljandaks, vajadusega seotud faktorid (need factors) (näiteks pensioniea tõstmine, pensioni asendusmäär jne) (Unt ja Hofäcker 2013).

Varasemate uuringute järeldus on olnud, et Eestit iseloomustab küllaltki tugevate tõuketegurite olemasolu, mis ei soodusta vanemaealiste tööturul jätkamist. Selle üheks näiteks saab tuua vähesed investeeringud vanemaealiste koolitamisesse ja ümberõppesse, mida on vaja, et vanemaealisi kauem tööturul hoida (Täht *et al.* 2011). Täiskasvanute koolituse uuringu 2007 kohaselt oli üle 55-aastaste koolituses osalemise määr kaks korda väiksem kui 25–34-aastastel. Samal ajal on vanemaealine elanikkond kõrgelt haritud (peaaegu üks kolmandik vanemaealistest on kõrgharidusega). Pensioni asendusmäär (2012. aastal oli OECD andmetel keskmine brutopensioni asendusmäär Eestis 62% inimese pensionieelsest sissetulekust) on küll lähedal OECD keskmisele tasemele, kuid pensioniealiste üldiselt kõrgema materiaalse tõrjutuse juures, ajendab see pigem vanema-



ealisi jätkama tööd ka pärast ametliku pensioniea saabumist (Unt ja Hofäcker 2013: 15). Kasvav pensioniiga, madalad toetused töötutele ning võimalus töötada pensioni saamisega samal ajal, peaks näitama, et eesmärk on suurendada vanemaealiste tööhõivet (Täht *et al.* 2011: 152). Seega teevad varasemate uuringute autorid järelduse, et on ebaselge, kas Eesti institutsionaalse süsteemi eesmärk on hoida vanemaealised tööturul või suunata nad varakult pensionile (ibid. lk 152). Eesti pensionisüsteem on oma olemuselt kahetine. Ühest küljest tõukavad vähesed ümberõppe võimalused vanemaealisi tööturult väljuma. Tööturult välja „tõmbavad“ ka erinevad varajasele pensionile siirdumise võimalused. Samal ajal eksisteerib mitu tööturule jäämist soodustavat tegurit nagu madalad toetused enne pensionile jäämist ning võimalused üheaegselt pensioniga saada ka töötasu ning seeläbi materiaalset tõrjutust edasi lükata.

## 2.2. VARAJASE TÖÖTURULT LAHKUMISE VÕIMALUSED EESTIS

Eesti pensionisüsteemi varajasele pensionile siirdumise võimalused on ennetähtaegne vanaduspension ehk eelpension, soodustingimustel vanaduspension, töövõimetuspension ning vähesel määral kasutatakse ka töötute toetusi. Kuna käesolevas artiklis töötuid analüüsi kaasatud ei ole, tutvustatakse järgnevalt lähemalt eelpensionile ja töövõimetuspensionile siirdumise võimalusi.

1998. aasta riikliku pensionikindlustuse seadus oli esimene, mis võimaldas<sup>1</sup> kasutada võimalust siirduda pensionile kuni 3 aastat enne pensioniiga kõigil soovijatel (Täht *et al.* 2011: 151). Samas tuleb erilist tähelepanu pöörata sellele, kui palju tööaastaid on vaja riiklikule pensionile kvalifitseerumiseks, kuna see omab tugevat mõju tööturult väljumise otsustele, eriti eelpensionile siirdumisel (Buchholz *et al.* 2006: 12). Eestis on eelpensionile võimalik siirduda eeldusel, et isikul on omandatud 15 aastat Eesti tööstaaži. Siiski kaasneb selle võimalusega pensioni vähendamine ning iga varem pensionile mindud kuu eest arvatakse eeldatavast vanaduspensionist maha 0,4% (Ennetähtaegne vanaduspension). Eestis kehtiv 15 aasta staaži nõue on rahvusvahelises võrdluses pigem lühike ning see ei piira märkimisväärselt ennetähtaegsele vanaduspensionile siirdumist, kuivõrd väga vähe on isikuid, kellel 3 aastat enne pensioniiga veel 15 aasta pikkust pensionistaaži ei ole.

Teiseks varasele pensionile siirdumise võimaluseks Eesti tööturul on töövõimetuspension, mida kasutatakse kõige sagedamini: üle 20% 55–59-aastastest inimestest saab töövõimetuspensionini oma töövõimekao tõttu (Lindemann ja Unt 2015). Töövõimetuspensionini võib määrata isikule, kes on vanuses 16 aastat kuni vanaduspensionieani eeldusel, et on omandatud seaduses sätestatud Eesti pensionistaaž (v.a 16–24-aastased isikud, kellele staažinõue puudub) ning töövõimekaotus peab olema vähemalt 40% (Töövõimetuspension).

<sup>1</sup> Võimalus ennetähtaegset vanaduspensionini kasutada avanes 2000. aastal.

### 3. METOODIKA

Töös kasutatakse SHARE 4. laine andmeid ning analüüsi kaasatakse inimesed vanusevahemikus 50–70 eluaastat. Koguvahemik moodustab 1664 respondenti. Töövõime kaoga inimesi võrreldakse nii eelpensionil kui ka vanaduspensionil olijatega. Oluline on siinkohal mainida, et analüüsi kaasatakse respondendid, kes tööturul aktiivselt ei osale ehk on tööturult lõplikult väljunud. Kuna töövõimereformi eesmärgiks on saada tööturule need, kes seal hetkel ei ole, siis on oluline välja selgitada mitteaktiivsuse võimalikud põhjused. Kuna töö eesmärgist tulenevalt kaasatakse analüüsi vaid tööturult väljunud inimesed, on sõltuv tunnus saadud kahe andmestikus olnud tunnuse liitmisel. Nii on kasutatud küsimust “Milline neist valikutest Teid praegu kõige rohkem iseloomustab”, kus vastusevariantidena on antud loetelu tööturul osalemise kohta, et teha kindlaks, kas inimene on tööturult väljunud. Küsimust “Kas Te saite eelmisel aastal mõnda neist riiklikest pensionidest või hüvitistest”, mille vastusevariantidena anti loetelu erinevatest riigi rahastatavatest hüvitistest, kasutatakse, et teha kindlaks, millise pensionäriaga on tegemist. Analüüsis kasutatavateks sõltumatuteks tunnusteks on sugu, vanus, perekonnaseis, elukoht, haridustase, ametipositsioon ja tervisenäitajad. Töövõime kaoga inimesi võrreldakse nii eelpensionil (sh ennetähtaegne pension, väljateenitud aastate pension, soodustingimustel vanaduspension) kui ka vanaduspensionil (sh soodustingimustel vanaduspension, väljateenitud aastate pension, rahvapension) olijatega.

### 4. TULEMUSED

#### 4.1. SUGU, PEREKONNASEIS, VANUS JA ELUKOHT ERI PENSIONÄRIRÜHMADES

Sugudevahelisel võrdlusel ilmneb, et meeste seas on töövõimetuspensionäre oluliselt rohkem kui naiste seas, vastavalt 26,8% 50–70-aastastest meestest ning 19,3% samas vanuses olevatest naistest on töövõimetuspensionärid. Ühtlasi on meeste seas eelpensionil olijaid (6,0%) pisut rohkem kui naiste seas (4,4%). Tabelis 2 toodud andmetest nähtub, et töövõimetuspensionäride seas on oluliselt vähem neid, kes on abielus või paarisuhtes.

Pensionile siirdumise vanuse alusel saab öelda, et töövõimetuspensionärid lahkuvad tööturult kõige varem, neile järgnevad eelpensionil olijad ning kolmandana vanaduspensionärid, mis tuleneb suuresti pensioniliikide vanuselisest eripärasest. Tööturult on enne 60. eluaastat lahkunud 49,1% vanaduspensionäridest, 78,5% eelpensionil olijatest ning koguni 93,7% töövõimetuspensionäridest. Siinjuures on oluline pöörata tähelepanu just vanaduspensionäridele, kes on lahkunud tööturult enne 60-aastaseks saamist. Nende suur osakaal viitab asjaolule, et suur osa tööturult lahkunud vanaduspensionäridest

**Tabel 2.** Perekonnaseis eri pensionäriühmades, %

|                         | Töövõimetus-<br>pensionärid | Eelpensionil<br>olijad | Vanadus-<br>pensionärid | Pensionärid<br>kokku |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Abielus või paarisuhtes | 55,8                        | 69,0                   | 67,7                    | 65,1                 |
| Kooselupartnerita       | 44,2                        | 31,0                   | 32,3                    | 34,9                 |
| Kokku                   | 100,0                       | 100,0                  | 100,0                   | 100,0                |

Allikas: SHARE 4. laine

on väljumiseks kasutanud vanaduspensionile alternatiivseid tööturult väljumise viise. Siinkohal peab töö autor vajalikuks rõhutada, et analüüsida tuleks ka meeste ja naiste erinevusi selles osas, et selgitada välja, kas suurt vanaduspensionäride lahkumist tööturult enne 60. eluaastat saab selgitada naiste madalama pensionieaga. Sellekohase teabe annab aastateks 2017–2019 kavandatud eluteesündmuse kajastav SHARE laine, enne seda on raske järeldusi teha.

Elukoha jaotuse järgi elab suurem osa (65,2%) respondentidest siiski linnalistes asulates (võrdluseks: 2011. aasta Statistikaameti andmetel elab linnalistes asulates 68,2% kogu Eesti rahvastikust). Samas paistab siinkohal silma, et maarahvastiku osakaal töövõimetuspensionäride hulgas (46,2%) on märgatavalt kõrgem kui eelpensionil olijate (33,3%) ja vanaduspensionäride (31,6%) hulgas.

#### 4.2 HARIDUSTASE JA AMETIPOSITSIOON TÖÖTURULT LAHKUMIST MÕJUTAVATE TEGURITENA ERI PENSIONÄRIÜHMÄDES

SHARE uuringu andmetest nähtub, et töövõimetuspensionäride seas on kõrgharidusega inimesi kaks korda vähem kui teiste pensionäride seas (tabel 3). Ühtlasi on töövõimetuspensionäride seas alg- ja põhiharidusega respondentide osakaal oluliselt suurem kui teistes vaadeldud rühmades. Seega on töövõimetuspensionäride haridustase teiste analüüsi kaasatud rühmadega võrreldes madalam.

**Tabel 3.** Haridustase eri pensionäriühmades, %

|                         | Töövõimetus-<br>pensionär | Eelpensionil<br>olija | Vanadus-<br>pensionär | Pensionärid<br>kokku |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Alg- ja põhiharidus     | 34,6                      | 28,6                  | 25,6                  | 27,7                 |
| Kesk- ja keskeriharidus | 58,1                      | 57,1                  | 58,9                  | 58,7                 |
| Kõrgharidus             | 7,3                       | 14,3                  | 15,5                  | 13,6                 |
| Kokku                   | 100,0                     | 100,0                 | 100,0                 | 100,0                |

Allikas: SHARE 4. laine

Tabelist 4 selgub, et töövõimetuspensionäride seas on varem juhtide ja spetsialistidena töötanud inimeste osakaal kuni kolm korda madalam kui teistes vaadeldud rühmades. Seonduvalt on töövõimetuspensionäride hulgas oskustööliste ja lihttööliste osakaal võrreldes eelpensionil ja vanaduspensionil olijatega oluliselt kõrgem.

Üldistades võib öelda, et mida varem on inimene lahkunud tööturult, seda vähem tõenäolisemalt töötas ta enne pensionile jäämist juhi või spetsialistina. Samasuunaline on trend alg- ja põhiharidusega respondentide puhul.

**Tabel 4.** Pensionäriühmade ametipositsioon enne pensionile siirdumist, %

|                           | Töövõimetuspensionär | Eelpensionil olija | Vanaduspensionär | Pensionärid kokku |
|---------------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Juht, spetsialist         | 9,4                  | 23,8               | 27,4             | 23,3              |
| Ametnik, teenindustöötaja | 13,6                 | 11,9               | 16,7             | 15,8              |
| Oskustööline              | 41,9                 | 42,9               | 34,2             | 36,4              |
| Lihttööline               | 35,0                 | 21,4               | 21,6             | 24,5              |
| Kokku                     | 100,0                | 100,0              | 100,0            | 100,0             |

Allikas: SHARE 4. laine andmed

### 4.3. TERVISESEISUND ERI PENSIONÄRIRÜHMADES

Enamik töövõimetuspensionäridest hindas oma tervist halvaks ning vaid väga väike osa töövõimetuspensionäridest peab oma tervist heaks (tabel 5). Eelpensionil ja vanaduspensionil olijate seas oli võrdselt neid, kes pidasid enda tervist heaks. Lisaks esineb töövõimetuspensionäridel kõige enam terviseprobleeme, mis piiravad neid tasustatava töö tegemisel. Nii arvab 89,8% töövõimetuspensionäridest, eelpensionil olijate vastav näitaja on 42,9% ning vanaduspensionäridel 50,0%. Ühest küljest on töövõimetuspensionäride näitajad ootuspärased ja loogilised, kuna töövõimetuspensionari saamine eeldab terviseprobleemide olemasolu. Teisest küljest võib majanduslikult mitteaktiivsete pensionäride üleüldine halb tervislik olukord (80,8% pensionäridest peab oma tervis-

**Tabel 5.** Pensionäriühmade tervise seisund, %

| Tervise seisund | Töövõimetuspensionär | Eelpensionil olija | Vanaduspensionär | Pensionärid kokku |
|-----------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Hea             | 5,1                  | 23,8               | 23,2             | 19,2              |
| Halb            | 94,9                 | 76,2               | 76,8             | 80,8              |
| Kokku           | 100,0                | 100,0              | 100,0            | 100,0             |

Allikas: SHARE 4. laine andmed

likku seisundit halvaks) näidata, et Eestis elavad inimesed ei kasuta üldjuhul varajasi pensionile siirdumise skeeme pensionipõlve pikendamiseks, vaid selge vajaduse tõttu. Selle väite kinnitamiseks tuleb läbi viia täiendav analüüs. Sugudevahelisel võrdlusel selgub, et naiste seas on hea tervisega respondentide osakaal pisut suurem kui meeste seas, mistõttu on analüüsitud vanusrühma naiste tervisehinnang meeste omast parem.

Vaadeldes iga pensionäriühma eraldi, selgub, et vanaduspensionäride seas on hea tervisega kõige rohkem juhtide ja spetsialistidena töötanud inimesi, eelpensionil olijate seas oskustöölisena töötanud inimesi ning töövõimetuspensionäride seas lihttöölisena töötanud inimesi.

#### 4.4. ERINEVUSED ERI PENSIONÄRIÜHMAD VAHEL

Järgnevalt esitatakse mitmemõõtmelise logistilise regressioonianalüüsi tulemused, kuhu kaasati sõltumatute tunnustena vanus, sugu, elukoht, tervises seisund, perekonnaseis, haridus ning ametipositsioon enne pensionile jäämist. Mudelisse lülitatud tunnustest ei oma mingisse pensionäriühma kuulumisele olulist mõju perekonnaseis, haridustase ja ametipositsioon (vt Lisa 1). Nagelkerke kordaja on 0,708.

Kui vaadelda iga tunnust eraldi, selgub, et töövõimetuspensionäre ja vanaduspensionäre eristab vanus, sugu, elukoht ja tervises seisund (tabel 6). Võrreldes omavahel vanaduspensionäre ja eelpensionil olijaid osutusid olulisteks mõjuriteks vanus ja sugu. Vähesed olulist mõju omavad tunnused eelpensionil olijate ja vanaduspensionäride võrdlusel võivad tuleneda asjaolust, et eelpensionil olijad moodustavad vaid väikese osa koguvalimist. Oluline võib olla ka eelpensionil olijate ja vanaduspensionäride sarnasus (kirjeldav statistika: tabelid 1–5).

Vaadeldes vanuse tunnust saab öelda, et võrreldes vanaduspensionäridega on töövõimetuspensionärid ja eelpensionil olijad nooremad. See on vägagi loogiline tulemus, kuna töövõimetuspensionil ja eelpensionil olemine tähendabki enamasti kehtestatud vanaduspensionieast noorem olemist. Samuti on soodustingimustel vanaduspensionäride osakaal, kes võivad olla kehtestatud pensionieast varem vanaduspensionile jäänud, vanaduspensionäride seas väike.

Soo mõju hinnates saab öelda, et võrreldes vanaduspensionäridega on töövõimetuspensionärid ja eelpensionil olijad pigem mehed. Samasugust trendi näitas ka kirjeldav statistika.

Võrreldes omavahel vanaduspensionäre ja töövõimetuspensionäre, elavad linnalistes asulates suurema tõenäosusega vanaduspensionärid. Samuti on hea tervises seisundiga pigem vanaduspensionärid kui töövõimetuspensionärid.

Tabel 6. Eri pensionäriühmadesse kuulumise tõenäosuste võrdlus, riskisuhted (OR)

| Tunnus   | Töövõimetuspensionär |         |         |           | Eelpensionil olija |         |         |           |
|--|----------------------|---------|---------|-----------|--------------------|---------|---------|-----------|
|  | 95% usaldusvahemik   |         |         |           | 95% usaldusvahemik |         |         |           |
|  | OR                   | alumine | ülemine | p-väärtus | OR                 | alumine | ülemine | p-väärtus |
| Vanus  | 0.39                 | 0.33    | 0.44    | <0,001    | 0.62               | 0.55    | 0.69    | <0,001    |
| <b>Sugu (võrdlusrühm: naine)</b>                                       |                      |         |         |           |                    |         |         |           |
| mees   | 3.80                 | 2.07    | 6.95    | <0,001    | 2.10               | 1.10    | 3.99    | 0.024     |
| <b>Elukoht (võrdlusrühm: maa-asula)</b>                                |                      |         |         |           |                    |         |         |           |
| linnaline asula  | 0.52                 | 0.30    | 0.92    | 0.025     | 1.17               | 0.62    | 2.22    | 0.635     |
| <b>Tervises seisund (võrdlusrühm: halb tervises seisund)</b>           |                      |         |         |           |                    |         |         |           |
| hea tervises seisund   | 0.28                 | 0.11    | 0.69    | 0.006     | 1.34               | 0.66    | 2.71    | 0.416     |
| <b>Partner leibkonnas (võrdlusrühm: ei)</b>                            |                      |         |         |           |                    |         |         |           |
| jah  | 0.62                 | 0.35    | 1.08    | 0.091     | 1.01               | 0.55    | 1.87    | 0.970     |
| <b>Haridus (võrdlusrühm: alg- ja põhiharidus)</b>                      |                      |         |         |           |                    |         |         |           |
| kõrgharidus  | 0.65                 | 0.20    | 2.15    | 0.484     | 0.81               | 0.27    | 2.44    | 0.710     |
| kesk- ja keskeriharidus  | 0.54                 | 0.27    | 1.06    | 0.073     | 0.52               | 0.25    | 1.11    | 0.090     |
| <b>Ametipositsioon enne töölt lahkumist (võrdlusrühm: lihttööline)</b> |                      |         |         |           |                    |         |         |           |
| juht, spetsialist  | 0.90                 | 0.33    | 2.48    | 0.843     | 1.51               | 0.55    | 4.13    | 0.425     |
| ametnik, teenindustöötaja  | 0.96                 | 0.39    | 2.39    | 0.932     | 0.89               | 0.30    | 2.62    | 0.826     |
| oskustööline   | 0.77                 | 0.38    | 1.52    | 0.445     | 1.25               | 0.56    | 2.78    | 0.589     |

Riskisuhe on sageduste suhe kahe võrreldava grupi jaoks. See võimaldab võrrelda omavahel kahte pensionäriühma kuulumise tõenäosust. Riskisuhe alla 1 näitab, et kõnealuse grupi tõenäosus teatud pensionäriühma kuuluda on võrreldes võrdlusgrupiga väiksem. Väärtus üle 1 näitab, et kõnealuse grupi tõenäosus on suurem. Võrdlusgrupiks on grupp, kelle puhul riskisuhe on 1. Käesolevas mudelis on võrdlusgrupiks vanaduspensionärid.

Allikas: SHARE 4. laine andmed

## 5. KOKKUVÕTE JA ETTEPANEKUD

Eesti vanemaaliste tööjõus osalemise määr on võrreldes teiste Euroopa riikidega suhteliselt kõrge, sellest tulenevalt võib oletada, et need, kellel on vajadus ja kelle tervises seisund seda võimaldab, on juba tööturul. Seetõttu on Eestis käimas töövõimereformi protsess, mis peaks tööturule aitama osalise töövõime kaotusega inimesi. Just töövõimetuspensionärid näivad olevat tööjõu suurendamise võti. Hetkel on Eestis võrreldes Euroopa riikide keskmisega töövõimetuspensionäride osakaal rahvastikust oluliselt suurem. Eelnevast tulenevalt on töövõimereform Eestis väga olulise tähtsusega, kuna reformi eesmärk on aidata vähenenud töövõimega inimesed tagasi tööturule, mis peaks

omakorda vähendama töövõimetuspensionäride täielikku lahkumist tööturult ning leevendada tööjõupuudust. Töövõimereformi puhul on institutsionaalsete aspektide kõrval oluline pöörata tähelepanu ka personaalsetele tööturukäitumist mõjutavatele teguritele. Käesoleva töö eesmärgiks oligi välja selgitada, kas ning mille poolest erinevad töövõime kaotuse tõttu tööturult lahkunud eel- ja vanaduspensionile siirdunud inimestest.

### *TÖÖ EMPIIRILISELE OSALE TUGINEDES SAAB ESITADA JÄRGNEVAD VÄITED:*

- 1 Meestel on suurem tõenäosus olla töövõimetuspensionär ja eelpensionil olija kui naistel. Meeste varasema lahkumise põhjenduseks võib tuua meeste suurema riskikäitumise ning ametialase segregatsiooni, mistõttu töötavad mehed ametialadel, kus terviseriskid on suuremad. Samuti töötavad mehed sagedamini ettevõtetes, kus töökoha kohandamine on keerulisem või ei ole võimalik. Naiste suurem tõenäosus olla vanaduspensionär võib tuleneda naiste kõrgemast keskmisest elueast.
- 2 Töövõimetuspensionäridel on suurem tõenäosus elada maa-asulates kui teistel pensionäriühemadel. Ühe võimaliku põhjendusena saab tuua asjaolu, et tervisest tulenevate tegevuspiirangute tõttu võib töövõimetuspensionäride jaoks olla raskendatud kodukohast kaugemal tööl käimine, mistõttu on neil ka raskem leida sobivat töökohta. Teiseks võimalikuks põhjuseks on suurem tööpuudus maapiirkondades, mistõttu on maal elavatel inimestel raskem leida uut sobivat tööd ja seetõttu kasutatakse kindla sissetuleku võimalust töövõimetuspensionäri näol.
- 3 Töövõimetuspensionäride seas on kirjeldava statistika kohaselt kooselupartnerita inimesi rohkem kui eelpensionil või vanaduspensionil olivate seas. Põhjendusena võib tuua asjaolu, et töötava partneriga võivad inimesed tunnetada moraalselt kohustust jätkata töötamist ning on olemas toetav keskkond töötamise jätkamise motiveerijana. Samuti on oluline märkida, et just mehed on võrreldes naistega haavatavam rühm, kuna neil on üksikuks jäädes suurem risk tegevuspiirangute tekkeks ning sotsiaalse võrgustiku ahenemiseks üldiselt (Abuladze, Sakkeus 2013).
- 4 Kirjeldavale statistikale tuginedes on töövõimetuspensionäride seas madalama haridustasemega inimesi rohkem kui eelpensionil olivate või vanaduspensionäride seas. Üheks võimalikuks põhjenduseks on madalama haridustasemega töötajate tervistkahjustavam töö. Samas võib töövõimetuspensionäride madal haridustase viidata ka pikaajalistele terviseprobleemidele, mis on seadnud piirangud hariduse omandamisel. Saab oletada, et ka töötus on madalama haridustasemega inimeste seas suurem, kuna majandussektori restruktureerimise tõttu kannatasid kõige rohkem just tööstusettevõtted, kus madalama haridustasemega töötajate osakaal on kõige suurem. Seetõttu võivad paljud madala haridustasemega inimesed kasutada töötustaatusest väljapääsemiseks töövõimetuse taotlemist, et tagada igakuine kindel sissetulek. Madalamalt haritud töötajate töötasud on tavaliselt madalamad kui kõrgemalt haritud inimestel. Järelikult võib veel üheks võimaluseks olla see, et madalama haridustasemega töötajate madalast sissetulekust lähtuvalt lahkutakse tööturult varem, kuna üleminek

palgalt pensionile ei ole nii järsk, kui see oleks kõrgemalt tasustatud töötajatel. Siiski on töö autor seisukohal, et see põhjendus sobib iseloomustama kõiki madalamalt haritud töötajaid, mitte ainult madalalt haritud töövõimetuspensionäre. Pigem on töövõimetuspensionäride puhul tegemist nende inimestega, kes varem olid töötud ning ei suutnud uut tööd leida.

- 5 Kirjeldava statistika põhjal on töövõimetuspensionäride seas enne tööturult lahkumist lihttöölisena töötanud inimesi rohkem kui teistes pensionäriühmades. Osalt saab tulemusi siduda haridustasemega. Madalam haridus tähendab ka madalamat ametipositsiooni ning see omakorda madalat palka. Lihttööliste suurt osa töövõimetuspensionäride seas saab tõenäoliselt suuresti selgitada terviseriskidega, mis tihtipeale kaasnevad lihttööliste tööga. Samas võib olla ka vastupidine seos – töövõimetuspensionäride hulgas on terviseprobleemidega inimesi rohkem ning olukorras, kus tervisehäire on seganud neid nii hariduse kui ka muude oskuste omandamisel, jääbki nende kanda lihtsamate töödega hakkama saamine. Lisaks eelnevale on vanaduspensionäride seas kõige rohkem juhtide ja spetsialistidena töötanud inimesi võrreldes teiste pensionäriühmadega. Kuna juhtide ja spetsialistide töö kahjustab üldjuhul tervist kõige vähem ning ka palk on suurem, lahkuvad nad tööturult hiljem. Samuti on juhtivatel ametipositsioonidel lihtsam tööd vastavalt inimese vajadustele kohandada. Seega tuleks poliitilisel tasandil hakata oluliselt suuremat tähelepanu pöörama võimalustele manuaalse töö kohandamiseks, mis võimaldab kauem tööd teha ka neil, kellel haridustase madalam
- 6 Töövõimetuspensionäridel on võrreldes teiste analüüsi kaasatud pensionäriühmadega märkimisväärselt halvem terviseseisund, mis seab neile tegevuspiirangud nii hariduse omandamisel kui ka tööturul tegutsemisel.

Siit võib järeldada, et Eesti puhul peavad paika Engelhardti (2012: 558) Euroopa riikides leitud trendid: aktiivne tööjõus osalemine langeb vanuse kasvades, suureneb kõrgema haridusega ja langeb tervisenäitajate langedes.

Kokkuvõttes võib öelda, et töövõimetuspensionäride tööturule aitamiseks tuleb lisaks institutsionaalsetele piirangutele (nt paindlike töötingimustega töökohtade nappus) või kohustustele (nt Eesti Töötukassa poolsed aktiivsushõuded) tegeleda ka personaalsete teguritega. Töövõimetuspensionäride puhul võib kõige tähtsamaks piiranguks pidada just kehva terviseseisundit, mistõttu on eriti oluline paindlike töötingimuste loomine. Kindlasti ei tohiks tähelepanuta jätta ümberõppe ja koolitamise vajadust ning keskenduda tuleks asjaolule, et kõige suurem osa töövõimetuspensionäridest töötab enne tööturult lahkumist lihttööliste ja oskustöölistena. Lisaks eeltoodule peab arvestama ka töövõimetuspensionäride suuremat tõenäosust elada maapiirkondades, mistõttu on muutuste läbiviimiseks oluline suunata tegevused eelkõige hankivale tööstusele ning põllumajandussektorile.

Käesolevas töös analüüsiti erinevaid personaalseid tegureid, mis võivad mõjutada töövõimetuspensionäride lahkumist tööturult. Töövõimetuspensionäre võrreldi eelpen-



sionil ja vanaduspensionil olijatega, et leida, kas töövõime vähenemise tõttu tööturul lahkunud erinevad vaatluse all olnud personaalsete tegurite alusel teistest pensionäriühmadest. Käesoleva töö raames ei ole analüüsi kaasatud institutsionaalsete tegurite mõju, mistõttu ei saa väita, et töövõimetuspensionäride naasmisel tööturule mängivad peamist rolli just personaalsed tegurid. Järelikult peaks täiendav eri riikide võrdlusel põhinev analüüs kaasama kõik võimalikud väljumisteed pensionile siirdumisel, kusjuures tähelepanu peab pöörama ka ametialasele struktuurile ning töö säilitamise meetmetele, mis võivad nende ülesehitusest sõltuvalt tõugata vanemaealisi töötajaid tööturult välja (Buchholz *et al.* 2006: 13). Eelpool toodust tulenevalt oleks vaja uurida institutsionaalseid tegureid ning ühtlasi analüüsida töökaaslaste ja ülemuste mõju vanemaealiste tööturukäitumisele ning riskikäitumist. Täielik mõjude analüüs aitaks leida potentsiaalsed töövõimereformi kitsaskohad, millele peaks lisaks käimasolevatele protsessidele tähelepanu pöörama, et tagada võimalikult paljude tööturult väljas olevate töövõimetuspensionäride edukas naasmine tööturule. Käesoleva töö raames on esitatud soovitud institutsionaalse tasandi tegevusteks, kuna töö autori hinnangul on personaalsed tegurid tugevas seoses institutsionaalsete teguritega ning eraldi neid vaadelda on keeruline. Samuti võib eeldada, et indiviidid on enda aitamiseks oma ressursside piires kõikvõimaliku teinud ning parandada oleks vaja just riigi tugisüsteemi.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Alloja, J. (2007). Pensionile siirdumist mõjutavad tegurid Eesti näitel. Dissertatsiooni autoreferaat magister atrium kraadi taotlemiseks majandusteaduses. Nr. 143. URL <http://www.mtk.ut.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=239828/ARAlloja.pdf> (28.04.2015)

Buchholz, S., Hofäcker, D., Blossfeld, H.-P. (2006). Globalization, accelerating economic change and late careers. A theoretical framework. In: H.-P. Blossfeld, S. Buchholz & D. Hofäcker (Eds.), *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society* (1-23). London: Routledge.

Ebbinghaus, B. (2006). *Reforming Early Retirement in Europe, Japan and the USA*. New York: Oxford University Press.

Engelhardt, H. (2012). Late Careers in Europe: Effects of Individual and Institutional Factors. *European Sociological Review*, 28,4:550-63.

Ennetähtaegne vanaduspension. Sotsiaalkindlustusamet. <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/ennetahtaegne-vanaduspension/> (05.09.2015)

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Fakte ja statistikat. Töövõimeleht. [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovoimereform/Avaldatud\\_artiklid/toovoimeleht\\_ek.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovoimereform/Avaldatud_artiklid/toovoimeleht_ek.pdf) (28.04.2015)

Hofäcker, D. (2015). In line or at odds with active ageing policies? Exploring patterns of retirement preferences in Europe. *Ageing & Society*, 35, 7:1529-56. DOI:S0144686X1400035Xe.epub

Klesment, M., Leppik, L. (2012). *Transition to Retirement in Estonia: Individual Effects in a*

Changing Institutional Context. Tallinn: Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus.

Lindemann, K., Unt, M. (retsenseerimisel). Desire to retire versus 'involuntary' work in late career? Expectations and preferences in Estonia. *Studies in Transition States and Societies*.

Luuk, M. (2009). Eakate taandumine tööturult. L. Haugas (toim), Eesti statistika kvartalikirj (8-31). Tallinn: Statistikaamet.

Puur, A., Põldma, A. (2010). Rahvastiku vananemine demograafilises vaates. A. Jalak (Toim), *Sotsiaaltrendid* 5 (6-18). Tallinn: Statistikaamet.

Täht, K., Saar, E. (2006). Late careers and career exits in Estonia. In: H.-P.Blossfeld, S. Buchholz & D. Hofäcker (Eds.), *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society* (301 - 323). London: Routledge.

Täht, K., Saar, E., Unt, M. (2011). Late Careers and Labour Market Exit to Retirement. In: E. Saar (Ed.), *Towards a Normal Stratification Order. Actual and Perceived Social Stratification in Post-Socialist Estonia* (143 - 176). Frankfurt: Peter Lang Publishers House.

Töövõimereform. Sotsiaalministeerium. <http://www.sm.ee/et/toovoimereform> (28.04.2015)

Töövõimetoetuse seadus. (2014). RT I, 13.12.2014, 1. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113122014001> (28.04.2015)

Töövõimetuspension. Sotsiaalkindlustusamet. <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/toovoimetuspension-2/> (05.09.2015)

Unt, M., Hofäcker, D. (2013). Exploring the new worlds' of (late?) retirement in Europe. *Journal of International & Comparative Social Policy*, 29,2:1-21.

# VANEMAEALISE ELANIKKONNA VARAD JA KOHUSTUSED

Orsolya Soosaar

*Eesti Pank / Tallinna Tehnikaülikooli majandusteaduskond*

---

## 1. SISSEJUHATUS

Säästmist peab Eesti leibkondade finantskäitumise uuringu<sup>1</sup> kohaselt oluliseks enam kui 80% leibkondadest ning ligikaudu kolmandik sääste omavatest leibkondadest säästab pikema aja jooksul, tuleviku kindlustamiseks. SHARE uuring, mille 4. ja 5. laines Eesti osales, pakub sissevaadet tänase 50+ elanikkonna varadesse ja kohustustesse ning võimaldab kirjeldada, kui hästi on neil õnnestunud erasäästude kogumine pensionipõlveks. Lisaks sellele pakub uuring võimalust võrrelda Eesti olukorda teiste SHARE uuringus osalenud riikidega.

Olulised mõjutegurid Eesti praeguse 50+ generatsiooni varade kujunemisel on kahtlemata ajaloo suursündmused – Nõukogude okupatsioon ja suure osa varade kaotamine, Eesti taasiseseisvumine ning üleminek turumajandusele. Sõltuvalt vanusest jäi nende inimeste aktiivsest tööelust osa Nõukogude Liidu plaanimajanduse aega, mil eraomandi piirangud ning olematu finantsturg takistasid varade akumulatsiooni. Stardipositsiooni uues majandussüsteemis mõjutas taasiseseisvumise eelsetel ja järgsetel aastatel kõrge inflatsioon, mis kahandas finantsäästude reaalset väärtust, ning 1993. aasta omandireform ja maareform. Selle käigus toimunud varade tagastamine ning olemasolevate eluruumide erastamine pani aluse Eesti kinnisvaraturule ja andis suure panuse sellesse, et praegusest 50+ elanikkonnast on enamik oma kodu omanikud.

Alates taasiseseisvumisest panustas majapidamiste varade väärtuse kasvu kinnisvara hinnakasv, mis hoogustus paralleelselt reaalintrasside langusega 2000. aastatel. Tänu laenuitingimuste lõdvenemisele suurenes ligipääs hüpoteeklaenudele, mis tõstis

<sup>1</sup> Eesti Panga tellitav TNS Emori 2012. aasta uuring Eesti majapidamiste finantskäitumise kohta

omakorda nõudlust kinnisvara järele. Elamute uusehitus, mis oli alates nõukogude ajast püsinud madalseisus, reageeris nõudluse kasvule aeglaselt. Samas pole hinnakasv olnud ühetaoline üle Eesti. Nõudlus suurenes siserände tõttu suuremates linnades, eriti Tallinnas ja Tartus, samas aga mitte kahaneva rahvastikuga maapiirkonna asulates. Selle mõjul muutus majapidamiste vara jaotus Eestis ebahühtlasemaks.

Edaspidi antakse ülevaade, mida ennustab pensionisäästmise kohta majandusteooria ning seejärel kirjeldatakse Eesti 50+ põlvkonna olukorda SHARE uuringu 4. ja 5. laine andmeid kasutades.

## 2. TEOREETILINE TAUST

1950. aastate alguses formuleerisid Modigliani ja Brumberg elutsükli teooria nime saanud hüpoteesi, mille kohaselt inimesed maksimeerivad oma kogu eluea heaolu ning peamiseks tõukejõuks säästmisel on tahe säilitada oma harjumuspärane elustandard pärast tööturult lahkumist (Deaton 2005, Jappelli 2005). Mõned aastad hiljem (1957) avaldas Milton Friedman oma tarbimisteooria – permanentse sissetuleku teooria, mille kohaselt majapidamise tarbimisotsust ei mõjuta ainult sama perioodi sissetulek, vaid kogu tuleviku sissetulekute voog. (Meghir 2004) Mõlemad teooriad ennustavad, et majapidamised siluvad tarbimist ning et nende säästud kasvavad, kuni jooksvad tulud, peamiselt tööjõutulud, nagu palk, ületavad pikaajalist keskmist ning jooksva töise sissetuleku lakkamisel hakkavad vähenema.

Majapidamiste küsitlusuuringutes, mis sarnanevad SHARE-ga, leitakse pea alati, et töist tulu teenivad inimesed säästavad vähe, pensionisäästude tase on madal, kuid samas pensionärid ei kuluta ära oma varasid. Esimene paradoks väheneb veidi, kui töise tulu teenijate puhul arvestada pensionisäästu hulka ka see osa sotsiaalkindlustusmaksetest, mis annab tulevikus õiguse pensionile, ning eravaradele liita oodatavate pensioniväljamaksete ajastatud summa. Samuti jäetakse mõnikord tähelepanuta, et eluasemelaenu põhiosa tagasimakseid tuleks samuti käsitleda säästuna. (Deaton 2005) See muudab sissetuleku, tarbimise ja varade profiili eluea vältel sarnasemaks teooria ennustusega.

Erasäästude suurt ebavõrdsust aitab mõningal määral samuti selgitada kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem. Tavaliselt on pensioni asendusmäär madala sissetuleku puhul keskmisest kõrgem, sest riigi eesmärgiks on vältida pensionisaajate absoluutsesse vaesusse langemist. Nii on ka Eesti I samba pensionisse ehitatud baasosa, mis on kõigi jaoks võrdne ning kergitab väga madalat palka teeninud inimeste asendusmäära. Kahanev asendusmäär sissetuleku kasvades tähendab seda, et kõrgema sissetulekuga inimestel ei ole ainult võimalik rohkem säästa, vaid neil on selleks ka suurem motivatsioon. (Conde & Profeta 2002)

Samuti mõjutab säästmiskäitumist kiire reaalse sissetuleku kasvuga riigis levinud praktika indekseerida jooksvatest tuludest finantseeritavad pensionid mitte ainult inflatsiooniga, vaid ka palgakasvuga. Sellise indeksi abil saavad ka tööturult lahkunud

inimesed osa elatustaseme tõusust riigis. Elutsükli teooria ütleb, et inimesed säästavad, et säilitada oma eluea keskmine elustandard. Kui on oodata, et tänu majanduskasvule kasvab riiklik pension kiiresti lähemale inimese reaalsele sissetulekule, mida ta teenis töötades, siis see vähendab vajadust erasäästu järele. Näitlikustamiseks võib ette kujutada inimest, kes 1993. aastal tööturult lahkudes teenis keskmist palka ning hakkas seejärel saama keskmist pensioni. Keskmise pensioni reaalkäärtus jõudis 1993. aasta keskmise palga reaalkäärtuseni 2008. aastal ning ületas 70% (100% tavaliselt eesmärgiks ei võeta) juba 2004. aastal. Seega oleks see inimene vajanud erasäästusid tarbimisvõimaluste kompenseerimiseks lühemaks perioodiks kui kogu pensionil oleku aeg.

Tähelepanek, et vara ei vähene pensionipõlves nii kiiresti, kui teooria ennustab, pani aluse pärandusemotiivi uuringutele. Modigliani seisukoht oli selles küsimuses, et suurema osa, kui arvata osatakse, moodustab pärandusest mitte-planeeritud pärandus, surma saabumise aja ennustamatuse tõttu (Deaton 2005). Peale pensionisäästu on ka eakatel olulisteks säästmise motiiviks kindlustusmotiiv – tagavara ootamatuteks kuludeks, nagu haigus või õnnetused, ning kui inimese laenuvõimalused on piiratud, siis säästmine planeeritud suuremate kulutuste jaoks.

Täiendavalt võib vara säilimist mõjutada inimeste eelistus mitte vahetada vanaduspõlves elukohta ning samas laenupiirang, mis ei lase pensionäril oma kodukinnisvara vastu tarbimiseks laenu võtta. Pole ka välistatud, et me ei näe andmetes vara vähenemist, sest ühiskonnas toimivad mitteformaalsed kokkulepped, kus eeldatava pärandvara eest eakat abistatakse.

Elutsükliteooria kriitika hulgast tuleks viimaks mainida ka kiiresti kasvavat interdistsiplinaarset käitumusliku ökonoomika suunda, milles on läbi põimunud psühholoogia ning majandusteadus. See seab kahtluse alla eelduse, et inimese otsused on alati ratsionaalsed. On leitud palju tõendeid, et suure informatsiooni hulga ja määramatuse tingimustes lahknub inimeste käitumine ratsionaalse majandusagendi omast (Deaton 2005). Näiteks omistavad nad suuremat kaalu isiklikele kogemustele, lihtsatele reeglitele või siis lükkavad oma otsustusi lihtsalt edasi. Samuti on mõnikord keerukate otsuste tegemisel takistuseks finantskirjaoskuse madal tase.

### 3. ANDMED

SHARE uuringus on varasid ja kohustusi puudutavad andmed kättesaadavad majapidamiste tasandil ning neid üksusi oli Eesti küsitluses 4. laines kokku 4637 ja 5. laines 3879. Küsitluse 4. laine viidi Eestis läbi 2010–2011. aastal ning 5. laine 2013. aastal. Finantsmoodulile vastas üks leibkonna finantsasjadega kõige paremini kursis olev liige, finantsvastaja, ning küsimused hõlmasid kogu leibkonda. Kuigi uuringu sihtgrupiks on 50-aastased ja vanemad inimesed, on valimi väike osa alla 50-aastased, kes on esmaselt valimisse sattunud üle 50-aastaste partnerid. Finantsmoodulile vastajatest oli Eesti puhul

nooremaid kui 50-aastaseid 4. laines 23 ja 5. laines 15. Kuigi käesoleva kogumiku teistes osades on alla 50-aastased vastajad valimist välja arvatud, ei ole seda tehtud selles peatükis, kuna välja peaks arvama terved leibkonnad, koos üle 50-aastaste liikmetega. SHARE-s osales 4. laine raames 16 ja 5. laines 15 riiki, mis pakub võimaluse asetada Eesti näitajad rahvusvahelisse konteksti.

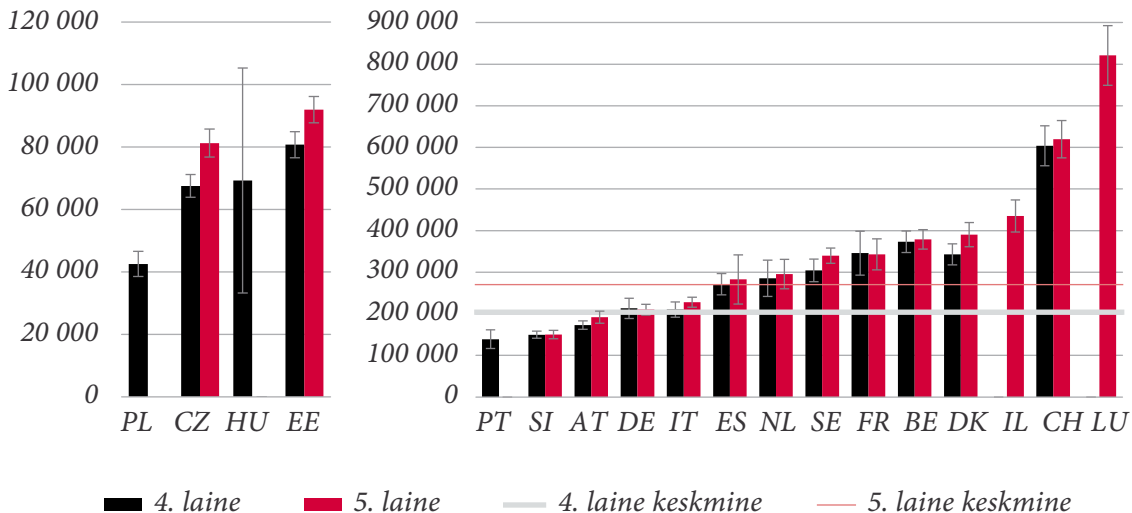
Uuringu eesmärgiks on kaardistada kõik olulised majapidamise varad ja kohustused, mille põhjal saab koostada majapidamise bilansi ning majapidamise netovarade hinnangu. Finantsvarade liigid, mille kohta uuringus majapidamistelt andmeid küsitakse, hõlmavad riskivabaid ja likviidseid arveldusarveid, erinevaid väärtpapereid, spetsiaalselt pensionisäästudeks loodud finantsinstrumente, sealhulgas kindlustustooteid. Mittefinantsvaradest küsitakse andmeid kinnisvara, sõidukite ja oma firmade kohta. Vaatluse alt jääb välja sularaha.

Kuigi SHARE uuringul on palju eeliseid, tuleb siiski mainida mõningaid küsitlus-uuringule tüüpilisi piiranguid. Nimelt on finantsvarade ja kohustuste suurus paljude vastajate jaoks tundlikku laadi informatsioon. Et vähendada vastamata jätmist, on küsimused varade ja kohustuste kohta üles ehitatud mitmeetapilisena. Esmalt küsitakse vara või kohustuse olemasolu, ning seejärel suurust. Kui vastaja pole nõus või ei oska hinnata vara või kohustuse täpset suurust, siis püütakse saada ligikaudset infot vahemike näol. Siiski on paljude finantsküsimuste vastamata jätmise määr kõrge, ning puuduvate vastustega vaatlused kõrvale jättes võib saada nihkes hinnangud kogu populatsiooni keskmiste näitajate kohta. Seetõttu kasutatakse edaspidi andmeid, kus puuduvad vastused on asendatud nende tõenäoliste väärtustega ehk on imputeeritud.

Täiendavalt tuleb arvestada, et kuigi küsitlusele vastamise ajal oli võimalus kasutada näiteks pangaväljavõtteid ja muid dokumente, on vastused varade ja kohustuste väärtuste kohta sageli ligikaudsed. Vastaja ei pruugi teada oma varade õiget turuväärtust, kuna tal ei ole plaanis teha nendega tehinguid ning sellise info hankimine on kulukas. Vigu võib tekkida ka siis, kui finantsvastajal ei ole täpseid andmeid partneri varade ja kohustuste kohta.

#### 4. MAJAPIDAMISTE KOGUVARA JA KOHUSTUSED

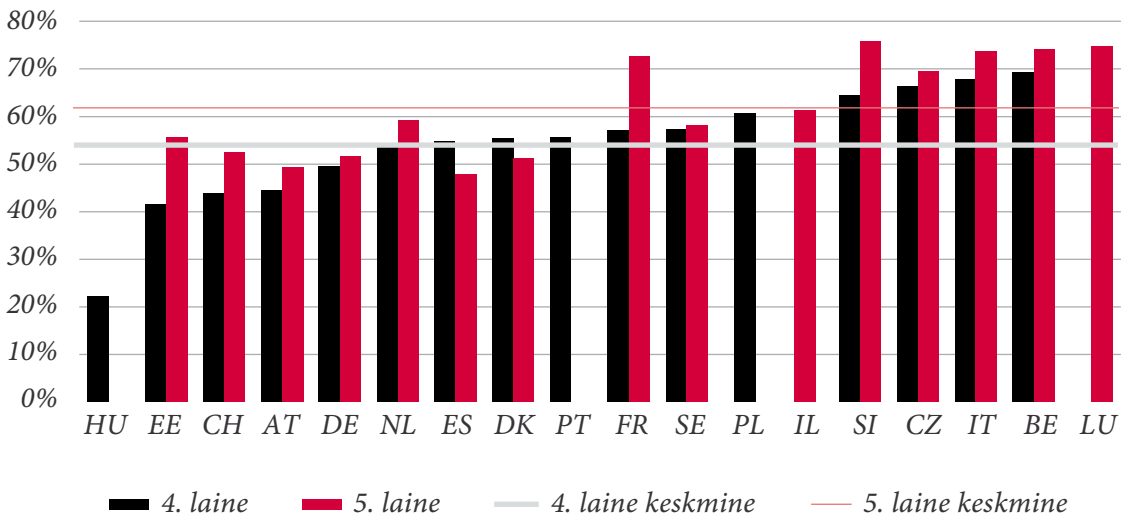
Nagu on näidanud ka teised uuringud (ECB 2013), on Euroopa riikide majapidamiste varas suured erinevused. Alloleval joonisel on majapidamiste netovara defineeritud kui kõikide finants- ja mittefinantsvarade summa, millest on lahutatud maha kõik kohustused. Riikidevahelised erinevused on ära toodud nominaalsetes ühikutes, hinnataselega korrigeerides oleks erinevused mõnevõrra väiksemad. Keskmise ümber on ära toodud hinnangu usalduspiirid 95% tasemel. Hinnangu ebakindlus tuleneb kahest komponendist – valimist ning puuduvate andmete imputeerimisest.



**Joonis 1.** Majapidamiste keskmine netovara, EU

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

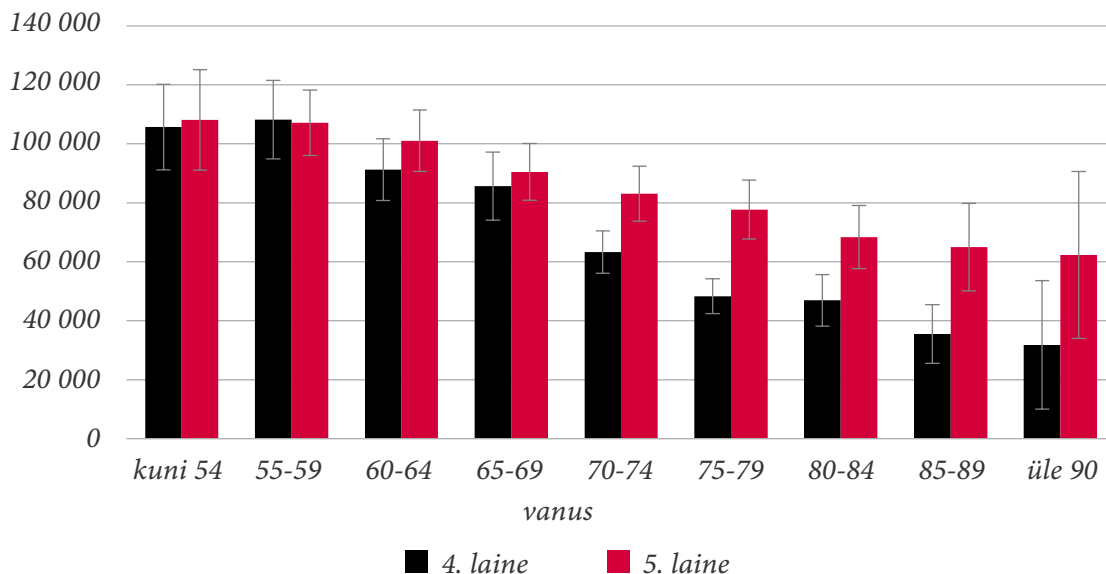
Kuna varad on ühiskonnas jaotunud võrreldes sissetulekuga ebaühtlaselt, siis majapidamiste keskmine netovara väärtus on märksa suurem kui mediaan. Alloleval joonisel 2 on näha, et mediaan moodustas keskmisest ligikaudu 40–75%, kui välja arvata erandlik Ungari. Riikide keskmine oli 4. laines 54% ja 5. laines 63%, mis tähendab, et Eestis oli jõukuse jagunemine võrreldes teiste riikidega ebaühtlasem.



**Joonis 2.** Majapidamiste netovara mediaan suhtena keskmisesse, %

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Elutsükli teooria kohaselt peaksime nägema majapidamiste varade kahanemist alates tööturult lahkumisest, sest säästude eesmärk oligi tarbimine pensioni eas. Samas peaks iga järgmine kohort olema eelmisest keskmiselt jõukam, kui riigis on toimunud elatustaseme tõus. Alljärgneval joonisel on ära toodud Eesti majapidamiste netovara finantsvastaja vanuse järgi, mis näitabki vanuse lõikes langustrendi.



**Joonis 3.** Majapidamiste keskmine netovara finantsvastaja vanuse järgi, EUR

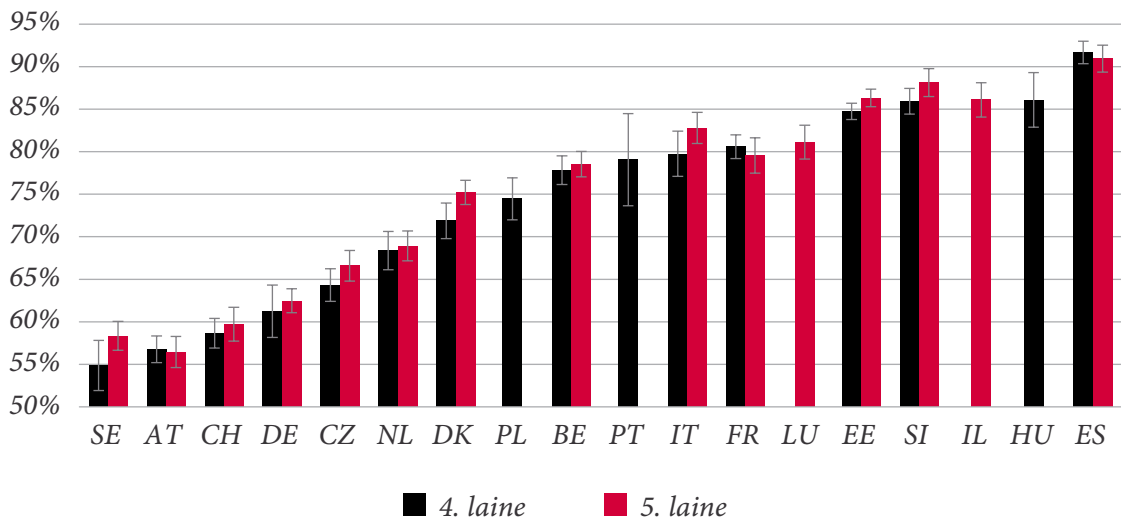
Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

## 5 MAJAPIDAMISTE FINANTSVARA JA KOHUSTUSED

Majapidamiste koguvarad saab SHARE andmeid kasutades jagada kaheks: finantsvaradeks ja reaalaradeks. Esimese hulka kuuluvad kõik finantsinstrumendid, milles saab säästusid hoida, hõlmates pangakontosid (siin ja edaspidi arveldusarve ja erinevate tähtajaliste ja muude pangahoiuste tähenduses), investeerimisfondide osakuid, ettevõtete aktsiaid ja osakuid (kui ei olda enamusaktsionär) ja elukindlustustooteid. Siia kuuluvad ka erapensionikindlustusevarad, Eestis III pensionisammas. Teise pensionisamba varasid käsitletakse aga riikliku pensionikindlustuse osana ning need jäävad seega vaatluse alt välja. Mittefinantsvarade alla kuulub kinnisvara, sealhulgas oma kodu, kui see on majapidamise omandis, majapidamise omandis ettevõtte, sõiduvahendid.

Kuivõrd varadega on tihti seotud ka kohustused, siis majapidamisele kuuluvat osa ehk varade ja kohustuste erinevust iseloomustab netofinantsvara ja neto reaalarvara. Viimane on kogu reaalarvara, kust on lahutatud kinnisvarale seotud hüpoteeklaenu jääk, ning neto-





**Joonis 8.** Koduomanike osakaal, %  
Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

hulgas on viimase kahe kümnendi jooksul kindlasti ka neid, kes ostu täielikult või osaliselt oma erastatud eluruumi müügist finantseerisid.

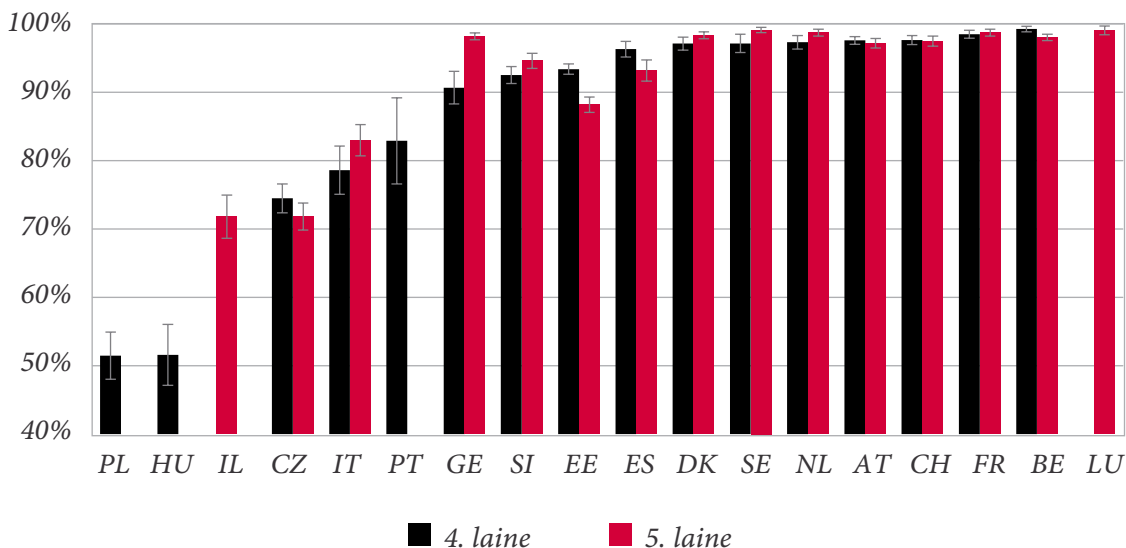
See, et majapidamiste varade portfelligist moodustab oma kodu väga suure osa, on olnud ammu teada fakt. Selle põhjuste üle on palju diskuteeritud, sest samamoodi nagu kõigi oma säästude paigutamine ühe ettevõtte aktsiasse, on kogu vara investeerimine konkreetsesse kinnisvarasse halva oodatava tuluga võrreldes võetud riskiga. Muudel võrdsetel tingimustel saaks konkreetse kinnisvaraga seotud riske maandada näiteks ostes kinnisvaraturgu investeeriva fondi osakuid ning üürides endale kodu. Oluline põhjus, mis kodu omamist eelistatakse üürimisele arenenud finantsturgudega riikides, on maksusüsteem (Chatterjee 1996). Tavaliselt on finantsinstrumentidelt teenitud tulu – nii dividendidelt kui ka kapitali kasvust – maksustatav, iseendale osutatud majutusteenus aga maksuvaba. Lisaks sellele eksisteerivad paljudes riikides, nagu ka Eestis, maksusoodustused kodu ostmiseks võetud hüpoteeklaenu intressidele. Väga õhukese üürituruga Eesti puhul lisandub kinnisvara hoidmise eeliste hulka kindlustus üürihindade kiire kasvu vastu ning kindlustus üürilepingu ootamatu ülesütlemise eest.

Analoogselt väärtpaberi dividendimaksetega annab koduna kasutatav kinnisvara majapidamisele eelarvesse tulu majutusteenuse näol. Kuna tegelikult tehinguid ei toimu, siis saab selle väärtust hinnata sarnase kinnisvara rentimise turuhinna abil. SHARE küsitluse 5. laines palutakse seda suurust hinnata oma kodu omanikel. Ligikaudu 900 vaatluse põhjal võib öelda, et mediaan rent, mida oleks tulnud maksta analoogse

finantsvara on finantsvara, millest on lahutatud kõik muud kohustused.

Kõige laiemalt levinud finantsvara hoidmise vorm on ootuspäraselt arveldusarve pangas. Lääne-Euroopas on pangakonto omamine universaalne, Kesk- ja Ida-Euroopas – Poolas ja Ungaris aga väga madal. Eesti sarnaneb selle koha pealt pigem Lääne-Euroopaga.

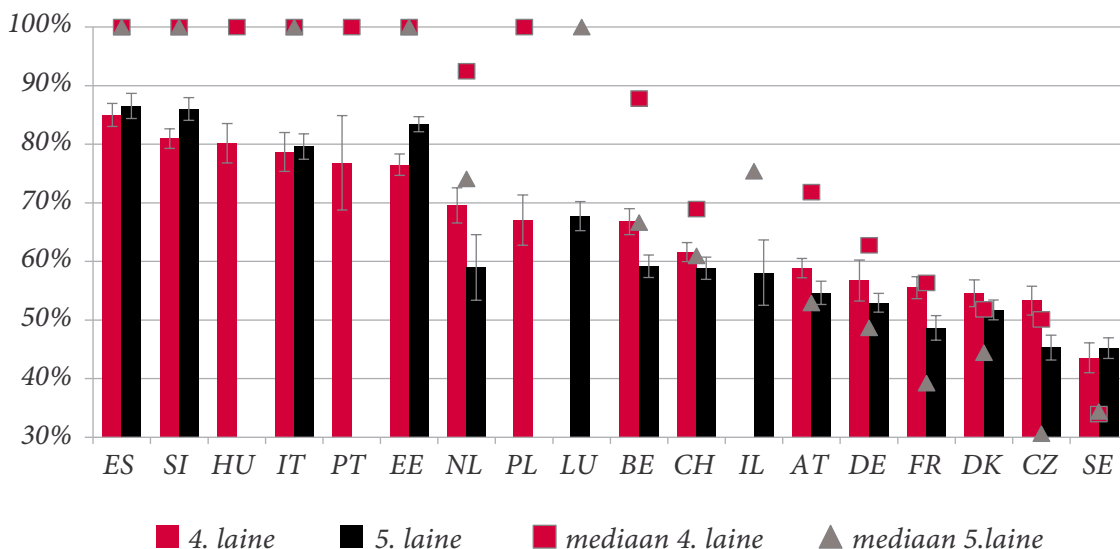
Mõnevõrra üllatuslik on arvelduskontot omavate majapidamiste osakaalu langus SHARE 5. laines Eestis 93%-lt 87%-le. Lähemal analüüsil osutub, et nende majapidamiste osakaal, kes vastasid mõlemas laines, et neil puudub pangakonto, oli kõigist vastajatest ligikaudu 2%. Viimane ühtib Eesti leibkondade finantskäitumise ja tarbimisharjumuste uuringu esialgsete tulemustega 50+ vanusegrupis, kus kasutati pankade andmeid (Meriküll, Rõõm 2016). Madalam pangakontot omavate leibkondade osakaalu taga võib olla see, et osad pangakontot omavad, kuid seda realselt mitte kasutavad leibkonnad võisid vastata küsimusele eitavalt.



**Joonis 4.** Majapidamiste osakaal, kes omavad pangakontot (arveldusarvet, hoiuseid pangas), %  
Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Lisaks sellele, et pangakonto omamine on levinud, on keskmine pangakontodel hoitav osa majapidamiste finantsvaradest märkimisväärne. Eriti suur on see Kesk- ja Ida-Euroopa riikides ning Lõuna-Euroopas. Paljudes Ida- ja Lõuna-Euroopa riikides, sealhulgas ka Eestis pole keskmisel majapidamisel peale pangakontode muid finantsvarasid. Eesti leibkondade-finantskäitumise- ja tarbimisharjumuste uuringus moodustasid vanuserühmas 55+ pangadeposiidid leibkonna finantsvaradest 86%, mis on võrreldav SHARE põhjal saadud hinnanguga (Meriküll, Rõõm 2016).

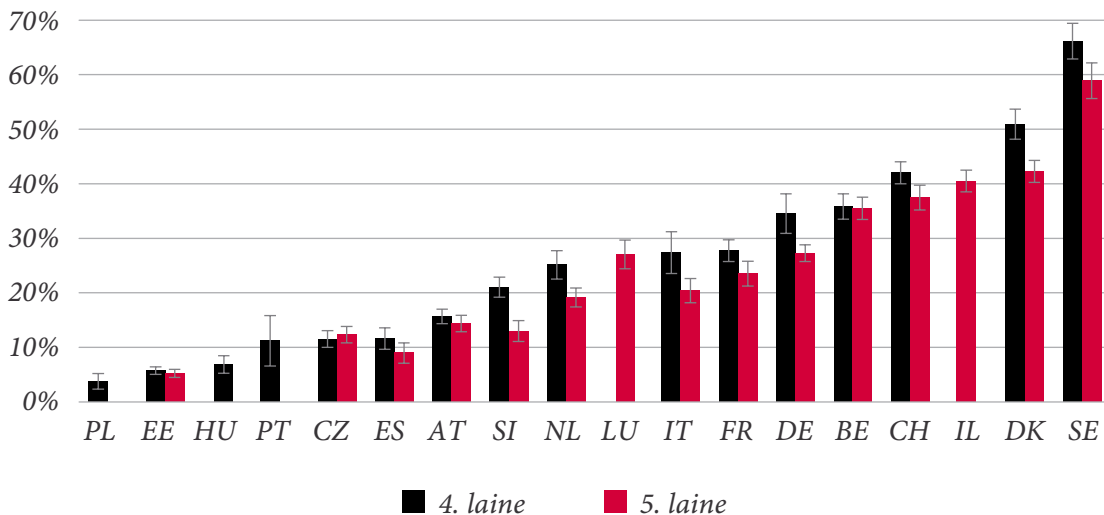
Mediaan pangakontodel hoitavate varade väärtus oli Eestis küsitluse 4. laines 550 ning 5. laines 650 eurot. Keskmine leibkond hoidis seega oma pangakontodel summat, mis oli ligikaudu ühe kuu sissetuleku suurune. Erinevalt SHARE-st, mille hinnangud põhinevad küsitlusel, kasutati leibkonna finantskäitumise- ja tarbimisharjumuste uuringus (LFTU) sama näitaja hindamiseks otseseid andmeid. Võrreldes SHARE uuringu tulemustega oli mediaan pangakontode jääk LFTU andmetel märkimisväärselt suurem, ulatudes vanusegrupis 50+ 2162 euronit (95% usaldusvahemik oli 1700-2624) (Meriküll, Rõõm 2016). Finantsvarade alahindamine küsitluse teel saadud informatsiooni põhjal ei ole ebatavaline. Inimestel võib puududa täpne ülevaade oma varade seisust, samuti eeldab see küsimus kogu leibkonna kõikide pangakontode- ja hoiuste jäägi kokku liitmist, mis võib olla liialt keeruline. Samuti võivad keskmisest suurema varaga inimesed tihedamini keelduda vastamast, mis viib samuti mediaani alla.



**Joonis 5.** Keskmine pangakonto osakaal finantsvarade majapidamiste finantsvaradest, %  
Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Nagu võib juba kirjeldatust järeldada, on nende majapidamiste osakaal, kes omavad muid finantsinstrumente peale pangakontode, nagu võlakirju, aktsiaid ja investeerimisfondi osakuid Eestis ja ka teistes Lõuna- ja Ida-Euroopa riikides väga madal. See on mõistetu, kuna praeguseks 50-aastaste ja vanemate Eesti elanike tööeas, mis peaks olema ühtlasi aktiivsem säästude kogumise aeg, jäi suur osa Nõukogude Liidu perioodi.

Toona kehtisid eraomandile piirangud – näiteks ei saanud eraisik omada äriettevõtet ning ei eksisteerinud finantsinstrumente peale arve riigipangas. Rikkust oli võimalik hoida realses varas – näiteks oli võimalik omada eramaja, aianduskooperatiivi osakuid ning ka näiteks kulda. Samas ei pruukinud igäüks sellistele varadele ligi pääseda. Usaldust finantsvaradesse kahandas kindlasti ka nõukogude ajal mitu korda toimunud raha devaleveerimine. Lisaks sellele tõi nõukogude aja lõpu ning Eesti aja alguse kõrge inflatsioon endaga kaasa raha reaalse väärtuse kiire languse.



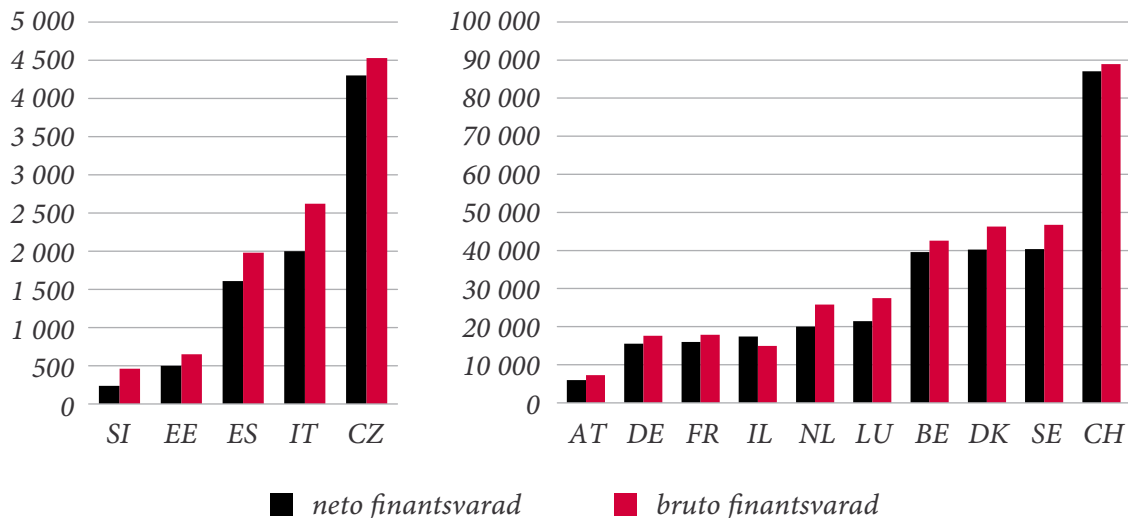
**Joonis 6.** Majapidamiste osakaal, kes omavad võlakirju, aktsiaid või investeerimisfondi osakuid, %  
Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Tulumaksusoodustusega pensioni III samm kasivitus 1998. aastal, ning 2012. aastal ehk kahe SHARE küsitluse vahel oli sellega liitunud 19 546 üle 55-aastast inimest<sup>2</sup> ehk 5% samaealisest rahvastikust, suures osas 55–64-aastased.

Kokku on keskmise majapidamise bruto- ja netofinantsvarade suurus toodud joonisel 7. Kõige kõrgem on majapidamiste finantsvara väärtus keskmiselt Šveitsis, kus majapidamistel on vara pea ühe aasta sissetuleku ulatuses. Järgnevad Rootsi, Taani ja Belgia. Ootuspäraselt on finantsvarad kõige madalamad Ida-Euroopa riikides, nende hulgas ka Eestis. Eesti keskmine brutofinantsvara väärtus oli küsitluse 5. laines 3360 ning mediaan 650 eurot. Bruto finantsvarade suhe majapidamise aastasesse kogusissetulekusse ulatus

<sup>2</sup> [http://www.pensionikeskus.ee/files/dokumendid/kogumispensionistatistika\\_012013.pdf](http://www.pensionikeskus.ee/files/dokumendid/kogumispensionistatistika_012013.pdf)

Eestis keskmiselt ligikaudu 40%-ni ehk veidi alla viie kuu sissetulekuni. Mediaan on aga märkimisväärselt madalam ning ulatus ühe kuu sissetulekuni.



**Joonis 7.** Majapidamiste neto ja bruto finantsvarade mediaan, EUR

Allikas: SHARE 5. laine andmed

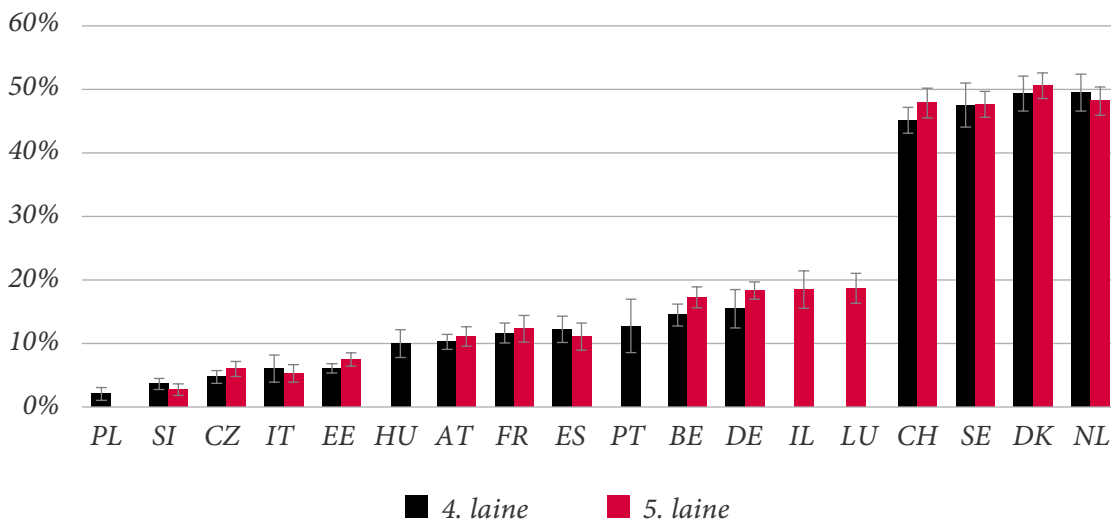
## 6. REAALVARA JA HÜPOTEEKLAENUD

SHARE küsimustik hõlmab reaalvaradest kinnisvara – nii oma kodu kui ka muud kinnisvara, osalust oma ettevõttes, sõiduaautosid. Nendest varade liikidest on kõigis riikides tähtsuselt esikohal oma koduna kasutatav kinnisvara. Oma kodu omanike osakaal majapidamiste hulgas erineb riigiti üsna palju. Põhja-Euroopa riikides on omanike osakaal suhteliselt väiksem, Lõuna- ja Ida-Euroopas aga suurem. Eesti kuulub kõrge omanike osakaaluga riikide hulka, 4. laines oli 85% ja 5. laines 86% 50+ rahvastikust kodu omanikud.

Eesti kõrge koduomanike osakaal tuleneb ajaloolistest põhjustest. Nõukogude Liidu majandussüsteem soosis varade hoidmist kinnisvaras, sest juurdepääs alternatiivsetele finantsinstrumentidele praktiliselt puudus. Taasiseseisvuse algusaastatel viidi läbi omanidireform, mille käigus erastati kogu okupatsiooniperioodil ehitatud munitsipaal-elamufond peamiselt eluruume üürinud majapidamistele ning samas tagastati kinnisvara ka õigusjärgsetele omanikele. SHARE 5. laines on küsimus selle kohta, kuidas kinnisvara saadud on ning 3065-st kinnisvara omanikust vastab sellele küsimusel 1128. Kaalumata andmete põhjal ostis või ehitas oma elamu ise või perekonna abiga 49%, EVP-de eest erastas 33% ning päranduseks või kingituseks sai 17% leibkondadest. Kodu ostnute

kodu üürimisel, ulatus vastajate hinnangul 22%ni nende majapidamise sissetulekust. Tõenäoliselt on võit elava üürituruga suuremates linnades veelgi suurem.

Kui pensionivara on investeeritud väärtpaberitesse, siis on majapidamisel võimalik suurendada oma tarbimist lisaks dividendimaksetele ka väärtpaberite müügi arvelt. Inimesed eelistavad tavaliselt kõrges eas kodu mitte vahetada, sestap on mitmes arenenud finantsüsteemiga riigis pensionäriil võimalik saada tarbimislaenu oma kinnisvara tagatisel. Pank saab nii laenusumma kui ka kogunenud intressid tagasi laenuvõtja surma korral. Alloleval joonisel on ära toodud majapidamiste osakaal, kellel on hüpoteeklaen. Selles sisalduvad nii tavapärased kinnisvaralaenu kui ka akumuleeruvad laenu kinnisvara tagatisel. Arenenud finantsturuga riikides võib hüpoteeklaenu omajate osakaalu tõsta ka see, et väga pika laenuperioodiga või hoopis püsivaid laenulepinguid hakati sõlmima varem kui mujal. Eestis on enamasti hüpoteeklaen nendel leibkondadel, kes pole veel jõudnud oma eluaseme soetamiseks võetud kodulaenu tagasi maksta.



**Joonis 9.** Majapidamiste osakaal, kellel on hüpoteeklaen, %

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Ka Eestis arutati 2012. aastal sellise „kinnisvarapensioni“ nime saanud laenu toote võimalikkuse üle. Arvestades kinnisvaraturu volatiilsust ja pikka lepinguperioodi, oleks aga sellise laenu toote intress kujunenud kõrgeks ja potentsiaalsed laenajad pole veel valmis sõlmima nii keerukaid pikaajalisi siduvaid lepinguid (SEB: kinnisvarapension... 2012; Finantsinspeksioon: kinnisvarapensioni... 2012). Finantsinspeksiooni esindaja Malle Aleksiuuse hinnangul peaksid eakatele laenu andma nende lapsed (Egert &

Mihaljek 2008) – see väide viitab võimaliku kinnisvarapensioni puhul olulisele aspektile – pärijate huvidele. Kinnisvarapension tähendaks otseselt potentsiaalse pärandvara kahanemist, mida ilma sellise finantsinstrumendita juhtuda ei saa. Kinnisvarapensioni sõlmimise võimalikkus tugevdaks sellest lähtuvalt kindlasti eaka kinnisvaraomaniku šansse oma pärijatelt raha laenata. Tabelis 1 on ära toodud majapidamiste kinnisvara väärtus majandusliku toimetuleku hinnangu alusel. Kinnisvara väärtus korreleerub mõningal määral leibkondade majandusliku toimetulekuga – suurtes raskustes majapidamiste kinnisvara on keskmiselt vähem väärt kui paremini toimetulevate oma.

**Tabel 1.** Oma kodu turuväärtuse protsentiilid ja keskmine majapidamise toimetuleku järgi, EUR

| toimetulek              | oma kodu väärtus |         |                 |          |                         |                         |
|-------------------------|------------------|---------|-----------------|----------|-------------------------|-------------------------|
|                         | 25. protsentiil  | mediaan | 75. protsentiil | keskmine |                         |                         |
|                         |                  |         |                 | väärtus  | alumine usalduspiir 95% | ülemine usalduspiir 95% |
| suurte raskustega       | 13000            | 25000   | 50000           | 41547    | 33787                   | 49306                   |
| mõningate raskustega    | 15000            | 30000   | 55000           | 49852    | 44415                   | 55289                   |
| ilma suurte raskusteta  | 20000            | 50000   | 82000           | 63780    | 57712                   | 69848                   |
| ilma mingite raskusteta | 25000            | 50000   | 90000           | 68827    | 58788                   | 78865                   |

Allikas: SHARE 5. laine

Siiski eksisteerivad mitteformaalsed võimalused oma kodu vara arvel tarbida. Üürides kodu, tuleb lisaks üürimaksele tasuda ka eluruumi amortisatsiooni eest, kuid eluruumi omanik võib otsustada kulumit mitte katta ning mitte kulutada remondile. Tõenäoliselt sõlmitakse ka sugulaste vahel mõnikord mitteformaalseid lepinguid, kus eakale osutatakse abi vastutasuks pärandi eest.

## 7. KOKKUVÕTE

SHARE andmed kinnitavad 50+ elanikkonna varade ja kohustuste osas varasemate uuringute tulemusi. Majapidamiste varad on jaotunud ebahütlasemalt kui sissetulek, oma kodu omand moodustab majapidamiste varadest kaalukaima osa ning riikidevahelised erinevused on väga suured.

Peamiselt tänu kinnisvara omandile ja madalatele laenukohustustele ulatus Eesti vanemaeliste koguvara SHARE 4. laine tulemuste põhjal ligikaudu 80 000 ja 5. laines 91 000 euronit. Netovara mediaan oli sellest märksa madalam, vastavalt 44% ja 54% keskmisest. Ligikaudu pooled vastanud koduomanikest olid oma kodu kas ostnud või ehitanud, ning kolmandik erastanud EVP-de eest omandireformi käigus Eesti taasiseseisvuse algusaastatel. Alates 2000. aastal kiirenenud finantsstabiilsusest, st olukorrast,

kus finantsvarade väärtus kasvab riigi majandusest kiiremini peamiselt tänu laenu-tingimuste lõdvenemisele, on kinnisvaraomanike vara kasvu panustanud kiire kinnisvara hinnakasv, kuid see on olnud üle Eesti ebaühtlane. Kuigi kinnisvara omanike osakaal on Eestis väga kõrge, on kinnisvara väärtuse variatsioonikoefitsient märksa kõrgem kui enamikes SHARE uuringus osalenud riikides.

Finantsvaradest omab Eesti vanemaealiste leibkondadest ligikaudu 90% pangakontot, ning selle poolest sarnaneb Eesti Lääne-Euroopa ja Skandinaavia riikidega. Paraku on pangakontod Eesti keskmise vanemaealise majapidamise ainuke finantsvara, seda sarnaselt Kesk- ja Ida-Euroopa riikidega. Finantsvarade maht ulatub keskmiselt 4 kuu ja keskmise leibkonna puhul kõigest 1 kuu sissetulekuni. Siiski viitavad leibkonna finantskäitumise- ja tarbimisharjumuste (LFKTU) uuringu tulemused sellele, et finantsvarade maht on tegelikkuses suurem.

Finantsvarade madalat osakaalu majapidamiste koguaras seletavad peamiselt ajaloolised mõjutegurid. Enne Eesti taasiseseisvumist olid võimalused oma säästusid finantsvaradesse paigutada sisuliselt olematud. Kõrge hinnakasv sõi ära suure osa finants-säästude reaalsest väärtusest ning tõenäoliselt vähendas ka majapidamiste usaldust finantsinstitutsioonide vastu. 1998. aastal käivitunud ja suurt meediakajastust leidnud tulumaksusoodustusega III pensionisammas kõnetas praegustest üle 50-aastastest noorimat osa ning sellega liitumine on olnud tagasihoidlik.

Eesti majanduse kiire kasv 1990. aastatel kuni 2008. aasta finantskriisini aitas kasvata keskmise pensioni reaalselt ostujõudu. Vanemate põlvkondade puhul võib paika pidada ka see, et nende reaalne elatustase on praeguseks kõrgem kui nende tööeas. Sellist majanduskasvu praegused töölkäijad suure tõenäosusega loota ei saa ning madal riigipensioni asendusmäär tähendabki elatustaseme langust võrreldes praegusega. See tähendab, et erasäästude kogumise motivatsioon peaks olema hoopis kõrgem kui palga-teenijal 90. aastate alguses. Inspiratsiooni võiks nii majapidamised kui ka riik pensionipoliitika kujundamisel ammutada Lääne-Euroopa ja Skandinaavia riikidest, kus praegustel 50-aastastel ja vanematel on erasäästude kogumine hästi õnnestunud.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Chatterjee, S. (1996). Taxes, Home Ownership, and the Allocation of Residential Real Estate Risks. Federal Reservebank of Philadelphia, *Business Review* 1996. <https://www.philadelphiafed.org/research-and-data/publications/business-review/1996/september-october/real-estate-risks>

Conde, J. I. & Profeta, P. (2002). What social security: Beveridgean or Bismarckian? *Economics Working Papers* 633, Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra. <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/633.pdf>

Deaton, A. (2005). Franco Modigliani and the life-cycle theory of consumption. *Banca Nazionale*



*del Lavoro Quarterly Review*, Banca Nazionale del Lavoro, 58,233-234: 91-107. <https://www.princeton.edu/~deaton/downloads/romelecture.pdf>

ECB (2013). The Eurosystem Household Finance and Consumption Survey - Results from the first wave Eurosystem Household Finance and Consumption. *ECB Statistics paper series Network* No. 2 <https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpsps/ecbsp2.en.pdf>

Egert, B. & Mihaljek, D. (2008). Determinants of House Prices in Central and Eastern Europe. *Working Papers* 2008/1, Czech National Bank, Research Department.

Finantsinspektsioon: kinnisvarapensioni asemel võiksid eakad laenata lastelt. 9. juuni 2012 12:09 <http://tarbija24.postimees.ee/870876/finantsinspektsioon-kinnisvarapensioni-aseemel-voiksid-eakad-laenata-lastelt>

Jappelli, T. (2005). The life-cycle hypothesis, fiscal policy and social security. *Banca Nazionale del Lavoro Quarterly Review*, Banca Nazionale del Lavoro, 58,233-234:173-186. <http://ojs.uniroma1.it/index.php/PSLQuarterlyReview/article/viewFile/9853/9735>

Kennet, D. & Lieberman, M. (eds.) (1992). *The road to capitalism: Economic transformation in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Harcourt Brace.

Mathä, T. Y., Porpiglia, A., Ziegelmeyer, M. Household wealth in the euro area: the importance of intergenerational transfers, homeownership and house price Dynamics. *ECB working paper series* No. 1690 11 Jul 2014 <https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpwps/ecbwp1690.pdf>

Meghir, C. (2004). A Retrospective on Friedman's Theory of Permanent Income. *Economic Journal, Royal Economic Society*, 114, 496:F293-F306, 06.

Meriküll, J., Rõõm, T. (2016). Assets, liabilities and wealth of Estonian households: Results of the Household Finance and Consumption Survey. Bank of Estonia Occasional paper no 1/2016, ilmumas

SEB: kinnisvarapension sobib üksikutele pensionäridele, Postimees 18.12.2012 <http://majandus24.postimees.ee/1078702/seb-kinnisvarapension-sobib-üksikutele-pensionaridele>

KÕRGHARIDUSEGA ÜLE  
50-AASTASED, KES EI OLE RAHUL  
OMA PRAEGUSE TÖÖGA, TUNNEVAD  
END SAGEDAMINI TÖÖELU LÕKSUS.  
NAD PLAANIVAD TÖÖTADA KAUEM  
KUI AMETLIK PENSIONIIGA, KUIGI  
SOOVIKSID JÄTTA TÖÖ ESIMESEL  
VÕIMALUSEL. VÕIB ARVATA, ET VÄGA  
MADALAD PENSIONID OHUSTAVAD  
ERITI VALUSALT KESKMISEST ENAM  
TEENIVATE ELUSTANDARDIT, SAMAS  
HARIDUS JA KOGEMUSED PAKUVAD  
VÕIMALUSI TÖÖTURUL KAASA LÜÜA.

# JÄÄDA PENSIONILE, TÖÖTADA EDASI? SOOVID JA PLAANID

Marge Unt, Kristina Lindemann, Kadri Täht

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi rahvusvaheliste sotsiaaluuringute keskus*

---

Kasvava pensioniea kontekstis – Eesti naiste pensioniiga on jätkuvalt tõusuteel, 2016. aastal võrdsustuv meeste ja naiste pensioniiga tõuseb 2026. aastaks järk-järgult mõlema sugupoole jaoks 65 eluaastani – on paslik küsida, kas inimeste endi tööjätu plaanid ja soovid on kooskõlas riigi plaanidega pikendada tööiga? Kas isiklikud reaalseks hinnatavad vanemas eas töötamise plaanid ühtivad sellega, mida soovitakse? Võib ju eeldada, et tõusva pensioniea kontekstis on järjest enam inimesi, kes küll sooviksid jääda tööelust kõrvale, kuid ei näe selleks võimalust. Käesolevas artiklis analüüsitaksegi ühelt poolt tööjätu plaane ning teiselt poolt tööjätu soove ning kooskõla soovide ja plaanide vahel. Kui senistes uurimustes on pigem vaadatud põhjusi varaseks tööelu katkestamiseks, siis siinse artikli keskne küsimus on, millised rahvastikurühmad soovivad töötada kauem kui ametlik pensioniiga ja millised rühmad tunnevad, et on selleks sunnitud. Uurimuse tulemused näitavad, et eriti **kõrgharidusega üle 50-aastased, kes ei ole rahul oma praeguse tööga, tunnevad end sagedamini tööelu lõksus**. Nad plaanivad töötada kauem kui ametlik pensioniiga, kuigi sooviksid jätta töö esimesel võimalusel. Võib arvata, et väga madalad pensionid ohustavad eriti valusalt keskmisest enam teenivate elustandardit, samas haridus ja kogemused pakuvad võimalusi tööturul kaasa lüüa. Teine rühm, kel **teistest suurem lõhe soovide ja tegelike plaanide vahel**, on inimesed, kel on **kehv tervis ja kes ei ole tööga rahul**. Nad sooviksid

jätta töö teistest sagedamini, kuid siiski plaanivad tööturul vastu pidada kuni ametliku pensionieani. Kolmandaks, **naised soovivad ja plaanivad lahkuda tööturult võrreldes meestega varem**. Selle põhjuseks võib olla naiste jätkuv pensioniea kasv, mida ei toeta muud elusfäärid, nagu näiteks traditsioonilised pererollid ja minimaalne riiklik tugisüsteem eakate hoolduses. Seetõttu on naistel keerukam riigi ootustega kaasa tulla.

Eesti on vananev ühiskond. Hoolimata ühiskonna vananemise mitmest positiivsest põhjusest – vähenenud suremus ja üldine eluea pikenemine – on see sotsiaalsüsteemi suurima saavutuse kõrval ka suurim väljakutse. Selleks, et hoida heaoluühiskonda jätkusuutlikuna, on alates 1990-ndatest tehtud mitu tööturu ja sotsiaalsüsteemi reformi kõigis Euroopa riikides. Peamisteks meetmeteks on olnud varajase tööjātu võimaluste piiramine ja pensioniea tõstmine. Siiski on pelgalt töötamisele suunatud diskursust tugevalt kritiseeritud, rõhutamaks, et vajame laiemat aktiivse vananemise käsitlust, mis sisaldaks ka tervist ja sotsiaalset osalust toetavaid meetmeid nii tervetele kui nõrkadele (Walker 2002; WHO 2002, Walker & Maltby 2012). 2008. aasta majanduskriis sundis riigid veelgi jõulisemalt läbi vaatama praeguste pensionisüsteemide jätkusuutlikkuse. Samas on fundamentaalsed küsimused töökarjääri pikendamise realistlikkuse ja inimeste soovide osas jäänud senini piisava tähelepanuta. Nii peakski küsima, *kas tänaste töötajate soovid ja plaanid on kooskõlas poliitikasuundumustega, mis ergutavad pikendama töökarjääri? Milliste rühmade jaoks on kõige suurem vahe soovide ja plaanide vahel, st kas ja kes on need, kes näiteks sooviksid jääda pensionile, kuid eri põhjustel (tõstetud ametlik pensioniiga, madal pension jne) on sunnitud töötamist jätkama soovitust kauem?*

Senised analüüsid on enamasti eeldanud, et inimeste plaanid on soovidega kooskõlas. Pideva pensioniea tõusu ja pensionifondide ebakindlamaks muutumise taustal võivad inimesed küll olla muutnud/kohaldanud oma pensionile jäämise plaane (millal ja kuidas **plaanitakse** töö jätta), kuid mitte oma tööjātu soove (millal ja kuidas **soovitakse** töö jätta). Kui oleme teadlikud, milliste rahvastikurühmade puhul on suurim lõhe soovide ja plaanide vahel, võimaldab see plaanida võimalikke meetmeid, mis aitaks kaasa õnnestunud karjääri pikendamisele, soodustades muu hulgas tervise ja oskuste säilitamist ja parandamist.

## 1. SOOVID JA PLAANID

Empiirilisi uuringuid, mis käsitleksid pensioniiga tõstvate reformide mõju, on vähe, kuna reformid on suhteliselt hiljutised (vt. nt. Puur *et al.* 2015, Staubli ja Zweimüller 2013, Hanel ja Riphahn 2012). Soovides hinnata hetkel tööturul olevate kohortide tööjätu, pakuvad olulist teavet inimeste kavatsused. Analüüsides töötajate pensionile jäämise kavatsusi, on oluline eristada inimeste plaane ja soove. *Plaanitud pensionile jäämise vana-* on käesolevas artiklis mõistetud kui inimese hinnang, millal ta plaanib jääda pensio-

nile. Eeldame, et sellele mõeldes võetakse arvesse väliseid tegureid, näiteks majanduslikud võimalused, ametlik pensioniiga jne. *Soovitud pensionile jäämise vanuse* all peetakse silmas aga vanust, millal soovitaks tööturult lahkuda, olenemata välistest piirangutest. Kuna Eestis pensionile jäämise vanus pidevalt tõuseb ja samas võimalused varasemaks tööturult lahkumiseks (näiteks töövõimetuspensioni kaudu) pigem ahenevad, võib oletada, et vähemalt osa tänaste vanemaealsite töötajate jaoks järjest suureneb lõhe soovide ja plaanide vahel. Viimane mõjutab lisaks tööelu kvaliteedile oluliselt ka muid elusfääre nagu üldine heaolu, eluplaanid (näiteks võimalusi ja vajadusi tegeleda omaste abistamise ja hooldamisega) ja tervis. Eeldame, et inimesed arvestavad tööturult lahkumise plaane tehes nii erinevate tekkivate piirangutega (näiteks tööalase sissetuleku kadumine) kui ka olemasolevate või tekkivate võimalustega (stabiilne sissetulek pensioni näol, võimalused jätkata tööturul, sealhulgas ühitada pensioni ja palgatulu). Kõige laiem küsimus plaanide ja soovide koosanalüüsis on kas töötamine pensionieas peegeldab tööle pühendumist või sunnitud valikuid. Loomulikult võib pensionile jäämise perspektiive väga olulisel määral mõjutada ka konkreetne töökeskkond, eriti rahulolu tööga ja töötingimuste kohandatus vanemaealiste vajadustega. Individuaalsel tasemel võivad inimeste plaanidega seostuda nende tervis, majanduslik olukord, partneri pensioniplaanid ning soov ja/või vajadus hoolitseda lastelaste ja lähedaste eest.

## 2. EESTI KONTEKST

Eelnevad uuringud on näidanud, et tööturult väljumise protsessi mõjutab riigi kontekst. Majandusteadlased on rõhutanud „tõmbetegurite“ olulisust, eriti pensionisüsteemis olevaid võimalusi lahkuda tööturult varem (nt. Blöndal ja Scarpetta 1999, Gruber ja Wise 2004). Sotsioloogid seevastu on enamasti keskendunud sellele, et indiviidide soovid jätkata on seotud reaalse töövõimalustega tööturul (nt. Blossfeld *et al.* 2006, Ebbinghaus 2006, Kohli *et al.* 1991). Majanduslike ümberkorralduste või majanduskriisi ajal võidakse vanemaealsed töötajad ka tööturult välja tõrjuda nende endi eelistustest olenemata. Järjest enam on pälvinud tähelepanu ka töötamise jätkamist soodustavad tegurid nagu tööturu aktiveerimismeetmed sh vanemaealiste töötamist soodustavad maksud/toetused ja elukestev õpe (Ebbinghaus ja Hofäcker 2013). Tööturult lahkumine seostub ka ühiskonnas levinud normidega, millal oleks “kohane” pensionile jääda. Radl (2012) näitab 14 Lääne-Euroopa riigi puhul, et inimestel, kellel on kujunenud selge sise mine ettekujutus pensionile jäämise vanusest, on raskem aktsepteerida pensioniea tõusu. Damman jt (2013) toob Hollandi näitel välja, et inimesed hakkavad oma tööst emotsionaalselt kaugenema keskmiselt kaks aastat enne pensioniea algust. Gaillard ja Desmette (2008) seovad selle väiksemate võimalustega saada töökohal tunnustust võrreldes nooremate kolleegidega ja samas puuduvate võimalustega soovi korral varem pensionile jääda.

## 2.1. PENSIONISÜSTEEM

Eestis oli ametlik pensioniiga sama mitu aastakümnet meestele 60 ja naistele 55. 1990. aastate algusest on seda korduvalt muudetud. 2016. aastaks on nii naiste kui meeste pensioniiga 63, 2017. aastast alates jõustub järgmine tõus, mille tulemusena tõuseb pensioniiga järk-järgult 65 eluaastani. Keskmise pensioni netoasendusmäär on Eestis olnud aastatel 2000–2011 40–45%, mis on üks madalamaid Euroopa Liidus. Madal asendusmäär puudutab teravamalt just eelnevalt kõrget sissetulekut teeninuid (Euroopa Komisjon 2011: 125). Pensionile jäämine tõstaks oluliselt vaesusriski, mis on kindlasti üks oluline motivaator, jätkamaks töötamist ka pensionieas. Üldiselt on Eestis varajased pensionile siirdumise võimalused üsna piiratud. Peamine alternatiiv, eriti nende jaoks, kelle tööturu- ja tervisesituatsioon on haavatavam, on töövõimetuspension: rohkem kui 20% inimesi vanuses 55–59 saavad töövõimetuspensioni. Oluline on siiski meeles pida, et ka töövõimetuspensioni toetuse määr on madal.

## 2.2. TÖÖTURG

Kuni 1990. aastate alguseni ei pidanud inimesed muretsema tööpuuduse pärast, kuid 1990. aastate alguse suured muudatused tõid kaasa suuresti vanemaealiste tööturult väljasurumise: 60–64-aastaste tööhõive vähenes 40% ja 65–69-aastastel 60% (Statistikaamet 2015). Vanemaealiste tööhõive hakkas tõusma pärast majanduse kosumist 1998. aasta kriisist. See on osalt seletatav ka tõstetud pensionieaga, madalate pensionidega ja maksusüsteemiga, mis soodustab pensionäride töötamist. Keskmise tööturult lahkumise vanus oli 2011. aastal naistel 62,6 ja meestel 64,5 aastat (OECD 2015a), mis on kõrgem kui Euroopa Liidu keskmine, eriti just naiste puhul.

Alates 2009. aastast, kui võeti Eestis vastu uus töölepingu seadus, mis suurendas tööandja vabadusi, võib Eesti tööturгу pidada tööturukaitse mõttes veel paindlikumaks kui varem, seda mõõtev näitaja ulatub üle OECD maade keskmise ning sarnaneb liberaalsete maadega nagu Suurbritannia (OECD 2015b). Teisalt iseloomustab Eestit sarnaselt Lõuna-Euroopaga suhteliselt väike tööturule tagasiliikumine peale töötust, mis näitab, et tööturu sees ja sealt väljas olemise vahelist piiri ei ole kerge ületada.

## 2.3. TÖÖTAMISE JÄTKAMIST SOODUSTAVAD RESSURSID

Eesti vanemaealised on ühed haritumad Euroopas ning siin ei saa täheldada olulist vahet nooremate põlvkondadega: 29%-l 65–75-aastastel ja 36%-l 55–64-aastastel on kõrgharidus (Saar & Unt, ilmunas). Samal ajal on ilmnenu, et vanematel põlvkondadel on madalamad üldoskused kui noorematel. Eriti suur on lõhe 20–24- ja 60–65-aastaste vahel probleemilahendamise oskuses tehnoloogiarikkas keskkonnas (Halapuu & Valk 2013). Eri meetmeid soodustamiseks vanemaealiste tööhõivet ja arendamiseks nende oskusi

pakutakse vanemaealistele samuti oluliselt harvem (vt. ka Täht, Saar & Unt 2011).

Teine olulisim ressurss töötee jätkamiseks on tervis. Oodatav eluiga on meil Euroopa keskmisest madalam. Lisaks sellele valitseb siin selge sooline lõhe: 2011. aastal oli 65-aastaste keskmine oodatav eluiga naiste puhul 84,7 ning meeste puhul 79,72 (Statistikaamet 2015). Eesti puhul on eriti murettekitav ka Euroopa keskmisest oluliselt kõrgem krooniliste terviseprobleemidega elatavate aastate osakaal (Karelson & Altmets 2010). Samas hindavad naised oma tervist kehvemaks kui mehed (Karelson 2013).

## 2.4. VANUSNORMID JA DISKRIMINEERIMINE TÖÖKOHAL

Üldine suhtumine vanemaealistesse Eestis on pigem positiivne, seda ka Euroopa keskmise näitajaga võrreldes – 59% elanikest Eestis võrrelduna 61%-ga EL-28-s arvab, et üle 55 aastastel on ühiskonnas positiivne kuvand. See näitaja on oluliselt kõrgem võrreldes enamiku Kesk- ja Ida-Euroopa riikidega (Euroopa Komisjon 2012). Vanemaealiste kuvandiga ühiskonnas on tihedalt seotud ka tajutud diskrimineerimine – Eestis usub veidi enam kui kolmandik elanikkonnast, et vanuseline diskrimineerimine on levinud, mis on Euroopa Liidu keskmise näitajaga (42%) võrreldes märksa madalam (Euroopa Komisjon 2012).

## 3. TULEMUSED<sup>1</sup>

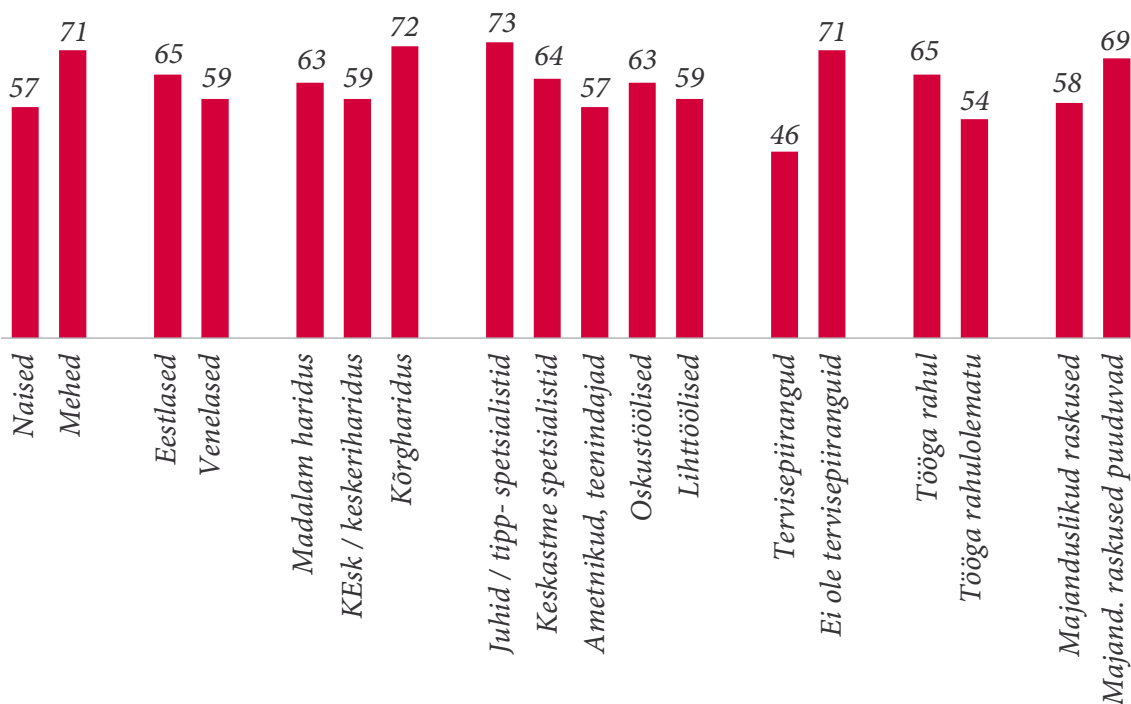
### 3.1. TÖÖTURULT LAHKUMISE PLAANID

SHARE küsimustikus küsiti „Millal Te kavatsete töötamise täielikult lõpetada?“. Vastata sai, kas enne pensioniiga, siis kui hakatakse saama pensioni või plaanitakse töötada edasi ka peale ametliku pensionea saabumist. Enam kui kolmandik töötavatest üle 50-aastasest, kes veel ei olnud pensioniealised, plaanivad lõpetada töötamise niipea kui jõuavad pensioniikka, aga enamik (60%) plaanivad jätkata töötamist ka pensioniea saabudes. Väga vähe on aga SHARE andmetel neid töötavaid vanemaealisi, kes plaanivad töö jätta enne pensioniiga (4%). Enam kui pooled neist maadlevad terviseprobleemidega ja otsustasime selle väikse ja selektiivse grupi edasisest analüüsist välja jätta.

Joonisel 1 on näha, milline on pensionieas töötamist jätkata plaanivate osakaal erinevate rahvastikurühmade sees. Ootuspäraselt plaanivad mehed võrreldes naistega sagedamini töötada kauem. Uurisime ka regressioonanalüüsiga, kas kõiki tunnuseid korruga arvesse võttes säilivad gruppide vahel erinevused (tabel 1). Selgub, et mehed plaanivad kaks korda suurema tõenäosusega tööturul jätkamist ka sama ametikoha, tervise ja hariduse korral. Soolisi erinevusi võib tõlgendada mitmel viisil. Esmalt on olnud amet-

<sup>1</sup> Kasutame SHARE 4. laine andmeid 2010–2011 aastast. Kaasame analüüsi ainult neid, kes töötavad, st töötud ei ole analüüsis, mistõttu on alavalim „positiivselt selektiivne“. Analüüsi aluseks olnud alavalimis on 1327 inimest.

liku pensioniea tõus palju järsem naiste jaoks. Paljude jaoks võib naiste märkimisväärne pensioniea tõus olla vastuolus väljakujunenud hoiakute ja soovitava elukorraldusega hilises eas, kuna aastakümneid sai pensionile jääda 55-aastaselt. Samuti võivad naiste tagasihoidlikemaid plaane edasi töötada toetada meie traditsionaalsed soorollid ning naiste sagedasti suurem hoolduskoormus võrreldes meestega.



**Joonis 1.** Osakaal, kes plaanivad edasi töötada peale ametliku pensioniea saabumist  
Allikas: SHARE 4. laine andmed (2011), autorite arvutused

Kodune keel eristab edasitöötamise plaane vähem. Siiski, eesti keelt emakeelena kõnelejad plaanivad sagedamini pikemat tööted<sup>2</sup>, kuid samas tuleb arvestada, et vanemaealiste tööturul viibijate hulgas tajuvad eestlased võrreldes mitte-eestlastega oma tööturuväljavaateid reeglina parematena (Espenberg *et al.* 2012). Regressioonanalüüsist selgub, et venekeelsed vastajad hindavad oma tervist halvemaks ning töötavad sagedamini madalamatel ametipositsioonidel (nt töölistena), mis hõlmavad sageli füüsiliselt raskeid töid (vt ka Espenberg *et al.* 2012). Kui võrdleme sama tervise ja ametiga eesti ja vene kodukeelega vanemaealisi, siis see on ilmselt põhjus, miks vahet ei ilmne.

<sup>2</sup> Vene koduse keelega grupp on mõneti selektiivne – Eesti Tööjõu-uuringu (2012) andmed näitavad, et 50–63-aastastel vene keele kõnelejatel on madalam tööhõive (65%) kui eestikeelsetel (71%). Töötuse määrad on vastavalt 8% ja 5%.



**Tabel 1.** Töö jätkamise plaanis pensioniea saabudes, suhtekorrajad, N= 1327

|  | Suhtekorrajad (odds ratios) | St viga |
|--|-----------------------------|---------|
| Mehed                                      | 1.99***                     | (0.27)  |
| <b>Vanusgrupp (ref 50–54)</b>              |                             |         |
| 55–59                                      | 0.91                        | (0.13)  |
| 60–63                                      | 1.33                        | (0.27)  |
| <b>Keel (ref eesti)</b>                    |                             |         |
| Vene                                       | 0.96                        | (0.14)  |
| <b>Haridus (ref kõrgem teise astme)</b>    |                             |         |
| Madalam teise astme või vähem              | 0.92                        | (0.25)  |
| Kolmanda astme                             | 1.41**                      | (0.26)  |
| <b>Amet (Ref juhid, tippspetsialistid)</b> |                             |         |
| Spetsialistid                              | 0.81                        | (0.19)  |
| Ametnikud, teenindustöötajad               | 0.67*                       | (0.18)  |
| Oskustöölised                              | 1.03                        | (0.24)  |
| Lihttöölised                               | 0.93                        | (0.25)  |
| <b>Tervis (ref piirab töötegemist)</b>     |                             |         |
| Ei piira töötegemist                       | 2.95***                     | (0.38)  |
| <b>Tööga rahulolu (ref ei ole rahul)</b>   |                             |         |
| Rahul                                      | 1.27                        | (0.25)  |
| <b>Finantsolukord (ref raskused)</b>       |                             |         |
| Ei ole olulisi raskusi                     | 1.33                        | (0.21)  |
| R <sup>2</sup>                             | 0.08                        |         |

Märkus: St viga – standardviga; \*  $p < .1$ ; \*\*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .01$ ; mudel kontrollib respondendi töökoha majandusharu (ei oma statistiliselt olulist seletusjõudu).

Allikas: SHARE 4. laine andmed (2011), autorite arvutused

Tulles tagasi joonise 1 juurde, näeme, et kõrgharidusega inimesed plaanivad sagedamini (72%) pikendada tööelu, niisamuti juhid ja tippspetsialistid. Ka regressioonanalüüs (tabel 1) kinnitab, et kõrgharidusega inimesed soovivad suurema tõenäosusega töötamist jätkata, kuid üllatuslikult mängib ametipositsioon vaid marginaalset seletavat rolli. Küllap näevad kõrgharidusega inimesed võimalusi tööturul jätkata ka olenemata nende praegusest ametikohast.

Tööjätu plaanid sõltuvad ka inimeste heaolust. Inimeste hinnang tervisele mõjutab vägagi nende plaane edasi töötada. Need, kes tunnevad, et tervis piirab töötamist, plaanivad töötamist jätkata märksa harvem. Siiski on märkimisväärne, et isegi piiratud tervisega inimestest pea pooled plaanivad siiski peale ametliku pensioniea saabumist töötamist jätkata. Regressioonanalüüs näitab, et oma tervist heaks hindavad inimesed plaanivad kolm korda suurema tõenäosusega töötada peale ametlikku pensioniiga.

Sagedamini plaanivad tähtjaks pensionile jääda need, kes pole praeguse tööga rahul. Ka majandusolukord loeb – raskusteta toime tulevad inimesed plaanivad töötamist jätkata sagedamini. Kuna pensioniasendusmäär on Eestis madal, siis kindlasti on ka elatustaseme langus oluliselt suurem neil, kellel on miinimumpalgast suurem palgatase. Seevastu selgub põhjalikumast analüüsist huvipakkuvalt, et rahulolu tööga ja finantsolukord ei mõjuta plaane, juhul kui võrdleme sarnase haridustaseme ja tervisega inimesi. See tähendab, et erisused tervises ja hariduses seletavad ära kogu tööga rahulolu ja finantsseisuga seotud tööjätu plaanidele.

### 3.2. TÖÖJÄTU VÄLJAVAATED

Kui pea kõik töötavad üle 50-aastased plaanisid vastu pidada vähemalt pensionini või veelgi kauem, siis lausa 28% inimestest ütles, et nad jätkaks töö esimesel võimalusel<sup>3</sup>. Tuleb arvestada, et see võis olla osadel pikema kaalutluseta emotsionaalne vastus. Siiski eeldame, et seda infot plaanidega kombineerides saame olulist infot, kui paljudel on sisemiste soovide ja välise surve vastuolu.

Me grupeerisime inimesed nelja gruppi vastavalt nende plaanidele ja soovidele:

- „tähtaegse pensioni tee“ – inimesed, kes soovivad ja plaanivad lõpetada töötamise niipea, kui jõuavad pensioniikka;
- „aktiivne tee“ – inimesed, kes soovivad ja plaanivad töötada ka peale ametlikku pensioniiga;
- „töö lõksus“ – inimesed, kes plaanivad töötada isegi peale pensioniea saabumist, kuigi meelsasti lõpetaksid töötamise esimesel võimalusel;
- „passiivne tee“ – inimesed, kes sooviks lahkuda tööturul võimalikult vara, kuid plaanivad vastu pidada kuni pensionieani.

Töö lõksus ja passiivse tee valinutele viitame hiljem kui “sunnitud” töötamisele, kuna need inimesed sooviksid töö jätta varem, kui seda võimalikuks peavad.

Tabel 2 toob välja, et vaid viiendikul hiliskarjääri töötajatest on nii plaan kui soov ajastada tööjätt samale ajale tähtaegse pensioniea saabumisega. Veidi enam kui pooled järgiksid pigem *aktiivset teed* – nad ei soovi töötamist katkestada ja plaanivad töötada ka pensionärina, mis tähendab muu hulgas, et ka nende soovid ja plaanid on kooskõlas. Kaks „vastuolus“ gruppi on selges vähemuses. Kümnendik töötajaid oma hiliskarjääris tunnevad end *töö lõksus*. Nad lahkuvad esimesel võimalusel, kuid plaanivad siiski tööturul vastu pidada ka peale pensioniea saabumist. Nende puhul saab tõesti välja tuua, et neil on väga tugev vastuolu tööjätuga seonduvate soovide ja plaanide vahel. Pea viiendikul on *passiivsed väljavaated*, kuna nad sooviks jätta töö esimesel võimalusel, kuid plaanivad töötada pensionini.

<sup>3</sup> Küsimus oli: “Hetkel töötad. Mõeldes praegusele tööle, kas sooviksid jääda pensionile esimesel võimalusel?”

Tabel 2. Pensionile jäämise väljavaated

| Tüüp                   | Kirjeldus  | Protsent |
|------------------------|--|----------|
| Tähtaegse pensioni tee | Soovib ja plaanib töötamise lõpetada kui jõuab pensioniikka                          | 19       |
| Aktiivne tee           | Ei soovi pensionile jääda varem ja plaanib jätkata töötamist ka pensionärina         | 53       |
| Töö lõksus             | Sooviks lõpetada töötada esimesel võimalusel, kuid plaanib töötada ka pensionärina   | 10       |
| Passiivne tee          | Sooviks lõpetada töötada esimesel võimalusel, kuid plaanib töötada kuni pensionieani | 18       |
| Kokku                  |  | 100      |

Allikas: SHARE 4. laine andmed (2011), autorite arvutused.

Kuigi nii meeste kui naiste puhul on aktiivne tee ehk soov ja plaan jääda tööturule ka peale ametlikku pensioniga kõige sagedasem perspektiiv (tabel 3), on meeste hulgas aktiivne perspektiiv enam esindatud võrreldes naistega (61% meestest vs. 47% naistest). Naistel on meestest sagedamini plaanis tähtajaks pensionile jääda. Ka passiivseid on naiste hulgas rohkem, ehk neid, kes küll juba lahkuku tööelust, kuid plaanivad vastu pidada pensionini. Samas, kümnendik nii meestest kui naistest tunnevad end töö lõksus – nad jätkaks tööelu esimesel võimalusel, kuid plaanivad siiski ka pensionärina töötamist jätkata.

Vene koduse keelega inimesed soovivad ja plaanivad eestikeelsetest sagedamini pensioniea saabudes töötamisest loobuda. Väga selgelt sõltuvad pensionile jäämise perspektiivid ressurssidest. Kõrgema haridusega inimestest ligi 60% on aktiivse tee suunas mõtlejad – soovitakse ja plaanitakse jääda tööturule kauemaks kui ametlik pensioniiga. Samas tunnevad kõrgharidusega inimesed sagedamini end ka töö lõksus – nad sooviksid lahkuda esimesel võimalusel, kuid plaanivad siiski jätkata peale pensioniea saabumist. Ametigruppide vahel ei ole nii suuri erinevusi, vaid juhid ja spetsialistid soovivad ja plaanivad töötada kauem ja on harva valmis „õigeaegseks“ pensionipõlveks. Inimesed, kelle tervis ei takista töötamist, plaanivad enamasti jätkata töötamist ka pensionieas. Kuigi kehvema tervisega inimeste hulgas jagunetakse eri perspektiivide vahel võrdsemalt, on märkimisväärne, et ka nendest rohkem kui kolmandik on valmis ja plaanib töötada kauem kui ametlik pensioniiga.

Just need, kes ei ole töökohaga rahul, tunnevad end kõige sagedamini tööelu lõksus. Viies neist sooviks lahkuda tööturult, aga neile tundub, et ei saa seda endale lubada. Kehvemas majandusolukorras olivad soovivad sagedamini jääda enne tähtaega pensionile, samal ajal kui paremal järjel olijatest enamik soovib ja plaanib tööturul jätkata.

Tabel 3. Pensionile jäämise perspektiivid eri sotsiaalsetel gruppidel, %

| Tunnus            | Kategooriad             | Pensionile jäämise perspektiiv |          |        |           | Kokku |
|-------------------|-------------------------|--------------------------------|----------|--------|-----------|-------|
|                   |                         | Tähtaegne                      | Aktiivne | Löksus | Passiivne |       |
| Sugu              | Naine                   | 21                             | 47       | 11     | 21        | 100   |
|                   | Mees                    | 16                             | 61       | 10     | 13        | 100   |
| Kodune keel       | Eesti                   | 16                             | 55       | 10     | 19        | 100   |
|                   | Vene                    | 27                             | 47       | 13     | 14        | 100   |
| Haridus           | Põhi või vähem          | 15                             | 53       | 10     | 22        | 100   |
|                   | Kesk                    | 22                             | 50       | 9      | 18        | 100   |
|                   | Kõrg                    | 13                             | 59       | 13     | 15        | 100   |
| Amet              | Juhid, spetsialistid    | 12                             | 63       | 11     | 14        | 100   |
|                   | Keskastme spetsialistid | 20                             | 54       | 10     | 15        | 100   |
|                   | Teenindajad             | 21                             | 47       | 10     | 22        | 100   |
|                   | Oskustöölised           | 19                             | 51       | 12     | 18        | 100   |
|                   | Lihttöölised            | 22                             | 50       | 9      | 19        | 100   |
| Hinnang tervisele | Piirab töötamist        | 23                             | 36       | 10     | 30        | 100   |
|                   | Ei piira töötamist      | 16                             | 61       | 11     | 12        | 100   |
| Rahulolu tööga    | Rahul                   | 19                             | 55       | 9      | 16        | 100   |
|                   | Ei ole rahul            | 16                             | 33       | 21     | 30        | 100   |
| Finantsolukord    | Raskused                | 24                             | 44       | 14     | 18        | 100   |
|                   | Ei ole raskusi          | 15                             | 58       | 11     | 17        | 100   |

Allikas: SHARE 4. laine andmed (2011), autorite arvutused

Regressioonanalüüsi abil (tabel 4) vaatasime, kas rühmade vahelised erinevused püsivad kui võrrelda muude tunnuste lõikes „sarnaseid“ inimesi<sup>4</sup>. Mehed soovivad ja plaanivad suurema tõenäosusega hiliskarjääri aktiivsena peale ametlikku pensioniiga isegi kui haridus, amet, tervis ja majandusolukord on naistega sarnane. Samas on meestel ja naistel võrdne „oht“ olla sunnitud töötama hiliskarjääris. Kuigi kodune keel ei mõjutanud pensionile jäämise plaane, siis pensionile jäämise perspektiivid erinevad koduse keele lõikes. Kui muud tunnused on võrdsed, siis sooviksid venekeelsed vastajad sagedamini jääda ja ka plaanivad jätta töö ametliku pensioniea saabudes.

<sup>4</sup> Regressiooni tulemused kättesaadavad autoritelt soovi korral.

**Tabel 4.** Töö lõksu, aktiivse ja passiivse tee plaani risk võrreldes tähtaegse tööturult väljumise plaaniga, suhtelis riski määrad, N=1327

|  | Aktiivne versus tähtaegne |         | Töö lõksus versus tähtaegne |         | Passiivne versus tähtaegne |         |
|--|---------------------------|---------|-----------------------------|---------|----------------------------|---------|
|  | suhteline riskimäär       | St.viga | suhteline riskimäär         | St.viga | suhteline riskimäär        | St.viga |
| Mehed                                      | 1.82***                   | (0.32)  | 1.47                        | (0.36)  | 0.72                       | (0.17)  |
| <b>Vanusgrupp (ref 50–54)</b>              |                           |         |                             |         |                            |         |
| 55–59                                      | 0.92                      | (0.16)  | 1.35                        | (0.34)  | 1.11                       | (0.24)  |
| 60–63                                      | 1.87**                    | (0.46)  | 1.73                        | (0.61)  | 1.73**                     | (0.52)  |
| <b>Keel (ref Eesti)</b>                    |                           |         |                             |         |                            |         |
| Vene                                       | 0.61**                    | (0.11)  | 0.80                        | (0.21)  | 0.41***                    | (0.09)  |
| <b>Haridus (ref kõrgem teise astme)</b>    |                           |         |                             |         |                            |         |
| Madalam teise või vähem                    | 1.32                      | (0.47)  | 1.54                        | (0.78)  | 1.94                       | (0.81)  |
| Kolmanda astme                             | 1.74**                    | (0.41)  | 2.61***                     | (0.87)  | 1.80**                     | (0.56)  |
| <b>Amet (ref juhid, tippspetsialistid)</b> |                           |         |                             |         |                            |         |
| Spetsialistid                              | 0.75                      | (0.22)  | 0.97                        | (0.39)  | 0.86                       | (0.31)  |
| Ametnikud, teenindustöötajad               | 0.75                      | (0.24)  | 0.96                        | (0.44)  | 1.20                       | (0.43)  |
| Oskustöölised                              | 0.95                      | (0.31)  | 1.46                        | (0.64)  | 1.14                       | (0.50)  |
| Lihttöölised                               | 0.86                      | (0.31)  | 0.86                        | (0.46)  | 0.86                       | (0.39)  |
| <b>Tervis (ref piirab töötamist)</b>       |                           |         |                             |         |                            |         |
| Ei piira töötamist                         | 2.10***                   | (0.37)  | 1.35                        | (0.36)  | 0.47***                    | (0.10)  |
| <b>Tööga rahulolu (ref ei ole rahul)</b>   |                           |         |                             |         |                            |         |
| Rahul                                      | 1.02                      | (0.29)  | 0.27***                     | (0.09)  | 0.36***                    | (0.11)  |
| <b>Finantsolukord (ref raskused)</b>       |                           |         |                             |         |                            |         |
| Ei ole olulisi raskuis                     | 1.59**                    | (0.32)  | 1.14                        | (0.34)  | 1.34                       | (0.35)  |
| R <sup>2</sup>                             | 0.08                      |         |                             |         |                            |         |

Märkus: st viga – standardviga; \*  $p < .1$ ; \*\*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .01$ ; mudel kontrollib ametikoha majandusharu (ei oma statistiliselt olulist eristusvõimet).

Allikas: SHARE 4. laine andmed, autorite arvutused

Eestikeelsetel on suurem tõenäosus olla nii aktiivne kui ka tunda end töö lõksus. Huvipakkuvalt on ka haritumad inimesed suurema tõenäosusega nii aktiivsete plaanidega hiliskarjääriks kui ka tunnevad end kaks korda suurema tõenäosusega tööelu lõksus. Nad sooviksid lõpetada töötamise võimalikult ruttu, kuid annavad aru, et tege-  
likkuses peab töötama ka peale pensioniiga. See tulemus ei sõltu ametipositsioonist, mis tähendab, et hariduse mõju ei seostu praeguse töökoha staatusega.

Tervis on väga oluline pensionile jäämise perspektiivi ennustaja: hea tervisega inimesed on kaks korda sagedamini aktiivsele teele suunatud. Kehva tervisega inimesed püüavad oluliselt sagedamini vastu pidada pensionini, kuigi sooviks juba praegu lahkuda. Lisaks, ehkki oleksime eeldanud, et tervise mõju töötamise plaanidele ja soovidele on seotud ametipositsiooniga – eriti tööliste puhul, kuna töötingimused ei pruugi olla vanemaealistele jõukohased –, siis vastupidi nimetatud hüpoteesile meie analüüs seda ei kinnita.

Tööelu lõksus olek on suuresti seletatav tööga rahulolematusega – isegi kui kõik muud näitajad on sarnased, siis need, kes ei ole oma tööga rahul, kuuluvad kolm korda suurema tõenäosusega tööelus lõksus olevate gruppi võrreldes nendega, kes seostavad enda tööelus lahkumise plaane ja soove tähtajalise pensionieaga. Samuti on tööga rahulolematutel sagedamini passiivsed väljavaated – soovitakse lahkuda tööturult, kuid püütakse veel pensionieani vastu pidada. Hea majandusliku olukorraga inimesed on sagedamini valmis töötamist jätkama, mis võib olla seotud otseselt madalate pensioni asendusmääradega Eestis. Samas võib pension olla suurem sissetulek nende jaoks, kes juba täna seisavad silmitsi majandusraskustega.

#### 4. KOKKUVÕTE

Rahvastiku vananemine on toonud kaasa tööelu pikendamise surve riigi poolt. Uuenenud ootuste õhkkonnas kerkib küsimus, kuidas on inimesed saanud hakkama oma soovide ja plaanide kohandamisega. Käesolev artikkel analüüsis lõhet pensionile jäämise plaanide ja soovide vahel hiliskarjääri töötajate hulgas Eestis. Keskne küsimus oli, millised sotsiaalsed grupid plaanivad töötada kauem ja kas nad teevad seda vabatahtlikult või on see pigem sunnitud valik.

Pensionile jäämise võimalused on seotud institutsionaalse raamistikuga. Eestit on peetud heaolurežiimi mõttes liberaalset tüüpi maaks, kus on vähe võimalusi varajaseks pensionile jäämiseks (Hofäcker & Pollnerová 2006). Lisaks on suur motivatsioonitegur tööturule jäämiseks majanduslik vajadus, kuna pensionide absoluutsuurus on madal, mis mõjutab eriti suure kontrastina (asendusmäärade mõttes) eriti varem kõrgemat sissetulekut teeninuid. Samal ajal soodustavad seadused pensionieas töötamise jätkamist, võimaldades kombineerida vanaduspensionini ning töist tulu.

Juba praegu töötab Eestis vanemaealistest rohkem kui Euroopas keskmiselt, ka meie tulemused viitavad, et kindlasti ei ole Eestis levinud tööturult varajase lahkumise kultuur. Tuginedes SHARE (2011) andmetele iseloomustab Eesti vanemaealist töötajaskonda tunnetatud vajadus töötada pigem kauem. Enam kui pooled (53%) plaanivad töötada üle tähtajalise pensioniea ega soovi varakult tööturult väljuda. Seetõttu võib öelda, et vaata-

mata kõigi, eriti naiste jaoks tõusnud pensionieale, on inimesed selle üldise suundumusega hästi kohanenud. Siiski, kümnendik hiliskarjääri töötajatest tunneb end tööelu lõksus, nad näevad end küll töötamas ka peale pensioniiga, kuid seda pigem vastumeelselt.

Lisaks üldisele pigem aktiivsele tööelus osalemise jätku trendile ilmneb aga kaks selget probleemgruppi, kes tunnevad end tööturul halvasti. Esimest gruppi iseloomustab halb tervis ja madal rahulolu tööga – nad sooviks lahkuda kohe, kuid püüavad vastu pidada tähtajalise pensionini. Vähesed institutsionaalsed rahalised võimalused tööturult lahkumiseks sunnivad neid töötamist jätkama vaatamata soovile lahkuda. Teine probleemgrupp on kõrgharidusega inimesed, kes pole oma tööga rahul. Nende suurem oht on olla tööelu lõksus – nad sooviks lahkuda kohe, aga plaanivad töötada kaua, ka peale pensioniiga. Küllap selgitab Eesti kõrget tööhõivet paljuski rahaline aspekt. Eriti kõrgharidusega ning varem pigem kõrgemat sissetulekut teeninud inimeste puhul on langus elustandardis peale pensionilejäämist drastiline. Varasemad uuringud on ka näidanud, et vanemaealiste tööturul viibijate hinnang oma finantsolukorrale ja -väljavaadetele on pigem tagasihoidlik – vaid 15% töötavatest tööealistest leidis, et nende sissetulek on võimaldanud neil ka midagi säästa, kusjuures erinevate sotsiaalsete gruppide lõikes olid erinevused siin pigem väikesed (Sotsiaalministeerium 2010: 40). Samas just neil on rohkem võimalusi jätkata töötamist. Näib, et heaolu töökohal on üks keskseid faktoreid, mis määrab, kas töötamine on vabatahtlik või sunnitud valik.

Inimeste ressursid – haridus ja tervis – ennustavad kõige selgemalt aktiivse tee valijaid. Huvipakkuvalt see, kas soovitakse ja plaanitakse töötada kauem, ei ole nii tugevalt seotud praeguse ametikohaga. Nii et kõrgharidusega inimesed plaanivad jätkata töötamist ka siis, kui nad ei tööta ametiskaala tipus. Võimalikud seletused on, et kõrgharidusega inimestel on tööturul rohkem võimalusi ja tööandjad soovivad neid palgata ka töödele, mis kõrgharidust otseselt ei nõua. Sarnaselt plaanivad ja soovivad jätkata töötamist parema majandusliku olukorraga inimesed. Ka sooti on selged erinevused: mehed soovivad ja plaanivad tööturule jääda märksa sagedamini.

Kokkuvõttes, analüüsides tööjātu perspektiive pikeneva elu- ja töötee valguses, on oluline mõelda nii inimeste plaanidele kui ka soovidele. Olukorras, kus vanemaealiste tööturupositsioon on noorematega võrreldes haavatavam, samas kui varajase pensioni võimalused on kesised ning pensioniiga kasvab, on suur risk käärideks soovide ja plaanide vahel, kuna inimeste sisemised väärtused neid muutusi ei toeta. Sammud, mis tõstavad ametlikku pensioniiga, tekitavad pingeid eriti nende hulgas, kes ei ole oma tööga rahul. Seetõttu on väga oluline pöörata tähelepanu võimalustele parandada töökeskkonda, arvestades hiliskarjääris töötajate vajadusi.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Blossfeld, H.-P. Buchholz, S. & Hofäcker, D. (Eds.) (2006). *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society*. London: Routledge.

Blöndal, S. & Scarpetta, S. (1999). *The Retirement Decision in OECD Countries*, OECD Economics Department Working Papers 202. Paris: OECD.

Damman, M., Henskens, K. & Kalmijn, M. (2013). Late-career Work Disengagement: The role of proximity to retirement and career experiences. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 6,3:455–63.

Ebbinghaus, B. (2006). *Reforming Early Retirement in Europe, Japan and the USA*. Oxford: Oxford University Press.

Ebbinghaus, B. & Hofäcker, D. (2013). Reversing Early Retirement in Advanced Welfare Economies. A Paradigm Shift to Overcome Push and Pull Factors. *Comparative Population Studies*, 38,4: 807–40.

Espenberg, K., Vahaste, S., Sammul, M., Haljasmäe, R. (2012). Vanemaealised tööturul. RAKE, Tartu European Commission (2012). *Discrimination in the EU in 2012*. Saadaval: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_393\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_en.pdf).

Gaillard, M. & Desmette, D. (2008). Intergroup Predictors of Older Workers' Attitudes towards Work and Early Exit. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17,4: 450—81.

Gruber, J. & Wise, D. A. (Eds.) (2004). *Social Security Programs and Retirement around the World: Micro Estimation*. Chicago: University of Chicago Press.

Halapuu, V. & Valk, A. (2013). *Täiskasvanute oskused Eestis ja maailmas: PIAAC uuringu esmased tulemused*. Tartu: Haridus- ja Teadusministeerium.

Hanel, B. and Riphahn, R.T. (2012). The timing of retirement – new evidence from Swiss female workers. *Labour economics*, 19: 718-28.

Hofäcker, D. & Pollnerová, S. (2006). Late Careers and Career Exits: An international comparison of trends and institutional background patterns. In: Blossfeld, H.-P., Buchholz, S. & Hofäcker, D. (Eds.), *Globalisation, Uncertainty and Late Careers in Society* (25–53). London and New York: Routledge.

Karelson, K. & Altmets, K. (2010). Vanemaealiste tervis. Health of older people. In: Kask, U. (Ed.), *Social Trends* (91–117). Tallinn: Eesti Statistikaamet.

Karelson, K. (2013). Health Status and Quality of Life. In: Saar, E. (Ed.), *Social Trends* (51–72). Tallinn: Eesti Statistikaamet.

Kohli, M., Rein, M., Guillemard, A.-M. & van Gunsteren, H. (Eds.) (1991). *Time for Retirement: Comparative studies on early exit from the labor force*. New York, NY: Cambridge University Press.

OECD (2013). *Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2015a) *Ageing and Employment Policies – Statistics on average effective age of retirement*. <http://www.oecd.org/els/emp/ageingandemploymentpolicies-statisticsonaverageeffectiveageofretirement.htm>

OECD (2015b) *OECD Indicators of Employment Protection*. <http://www.oecd.org/employment/emp/oecdindicatorsofemploymentprotection.htm>

Puur, A., Leppik, L., Klesment, M. (2015). Changes in pension take-up and retirement in the context of increasing the pension age: the case of Estonia in the 2000s. *Post-Communist Economies*, 27,4:497-516.

Staubli, S. and Zweimüller, J. (2013). Does raising the early retirement age increase employment of older workers? *Journal of public economics*, 108:17-32.



Radl, J. (2012). Too Old to Work, or Too Young to Retire? The Pervasiveness of Age Norms in Western Europe. *Work Employment & Society*, 26, 5:755–71.

Radl, J. (2013). Labour Market Exit and Social Stratification in Western Europe: The effects of social class and gender on the timing of retirement. *European Sociological Review*, 29,3:654–68.

Saar, E. & Unt, M. (forthcoming). Determinants of Retirement and Late Career in Estonia. In: Hofäcker, D., König, S. (Eds). *Delaying Retirement: Progress and Challenges of Active Ageing in Europe, the United States and Japan*. Palgrave Macmillan.

Sotsiaalministeerium (2010). Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2009. Kokkuvõtte peamistest tulemustest. EV Sotsiaalministeerium, Tallinn.

Statistikaamet (2015). Andmebaas: [www.stat.ee](http://www.stat.ee)

Täht, K., Saar, E. & Unt, M. (2011). Increasing Social Inequality in Later Life since the 1980s in Estonia. In: Blossfeld, H.-P., Buchholz, S. and Kurz, K. (Eds). *Ageing Populations, Globalization and the Labor Market: Comparing Late Working Life and Retirement in Modern Societies* (231-258). Northampton, MA: Edward Elgar.

Walker, A. (2002). A Strategy for Active Ageing. *International Social Security Review*, 55,1:121–40.

Walker, A. & Maltby, T. (2012). Active Ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21: 117–30.

World Health Organisation (WHO) (2002). *Active ageing: A policy framework*. Saadaval: [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/).

VANEMA INIMESE TAJUTUD  
HEAOLU SUURENDAVAD NII  
MITTEFORMAALNE ÕPPIMINE  
KUI KA KVALIFIKATSIOONI  
TÕSTMINE. ÕPPIMINE ELU TEISES  
POOLES AITAB KAASA VAIMSETE  
VÕIMETE SÄILITAMISELE NING  
TAKISTAB LÜHIAJALISE MÄLU  
PROBLEEMIDE SÜVENEMIST.  
VANEMAS EAS VASTASTIKKU  
RAHULDUSTPAKKUV NING  
TULEMUSLIK SOTSIAALNE  
AKTIIVSUS, SH SIIS KA  
INFORMAALNE ÕPE, VÄHENDAB  
DEPRESSIIVSUSE SÜMPTOMEID.

# 55+ RAHVASTIKU

## INTERNETIKASUTUS JA SOTSIAALNE AKTIIVSUS

Tiina Tambaum

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

---

### 1. TAUST

„Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020“ (Sotsiaalministeerium 2013), mis on lubatud integreerida „Heaolu strateegiaga 2016–2023“ (Sotsiaalministeerium 2015), sõnastab vanema rahvastikuga seoses Eestis neli arendamist vajavat suunda. Nende seas on vanemaealiste ühiskonda kaasatuse ja sotsiaalse aktiivsuse eesmärk ning vanemaealiste mitmekülgse aktiivse õppimise eesmärk. Vanemaealiste areng ja sotsiaalne aktiivsus on riiklikult oluline valdkond.

Õppimine vanemas eas toetub „Delors raportis“ (UNESCO 1996) esitatud elukestva õppe põhimõtte neljale sambale: õppida, et teada saada; õppida, et teha; õppida, et teistega koos elada, õppida, et olla (McNair 2009b). Mida vanem on inimene, seda rohkem nihkub õppimise fookus esimeselt põhimõttelt viimase suunas. Õppimist liigitatakse kolmeks – formaalne, mitteformaalne ja informaalne õppimine (Jarvis 2001). Formaalne õppimine on tegevus, mida viib läbi õppeasutus kinnitatud õppekavade alusel. Mitteformaalne õppimine on süstemaatiline hariduslike eesmärkidega tegevus väljaspool formaalharidussüsteemi, näiteks arvutikursused. Informaalne ehk kaasav õppimine on protsess, mis toimub igapäevase elu käigus, ilma et tegevusele oleks püstitatud õppimise eesmärki. Hinnatakse, et täiskasvanud inimene on oma oskused, teadmised, hoiakud ja võimed omandanud enam kui 80% ulatuses just informaalset ehk kaasava õppimise vormis (Livingstone & Scholtz 2006). Selleks et inimene satuks kaasava õppimise

olukorda, peab ta olema kontaktis teiste inimestega. Nii õpib täiskasvanu tõenäoliselt ka siis, kui osaleb klubilises tegevuses, kirikuelus, võtab osa kogukonna arendamisest või vabatahtlikust tööst. Inimene õpib ainult siis, kui ta on sotsiaalselt aktiivne.

Õppimise kaudu suureneb inimese kontrollitunne elu üle (Ryff 1989). Uuringud on tõestanud, et vanema inimese tajutud heaolu suurendavad nii mitteformaalne õppimine (Siegrist & Wahrendorf 2009) kui ka kvalifikatsiooni tõstmine (Jenkins & Mostafa 2012). Õppimine elu teises pooles aitab kaasa vaimsete võimete säilitamisele ning takistab lühiajalise mälu probleemide süvenemist (Cohen 2006). Vanemas eas vastastikku rahuldustpakkuv ning tulemuslik sotsiaalne aktiivsus, sh siis ka informaalne õpe, vähendab depressiivsuse sümptomeid (Croezen *et al.* 2013). Vanemaealiste osalemine tegevustes on seotud paremate kognitiivsete võimetega ning vanemaealiste füüsiline passiivsus on seotud kognitiivsete võimete langusega (Adam *et al.* 2007; Aichberger, *et al.* 2010).

Bonsang ja tema kolleegid (2012) on tõestanud, et pensionile jäämine iseenesest, sõltumata inimese haridusest, tervisest, majanduslikest näitajatest vm tunnustest, toob kaasa kognitiivsete võimete languse, mille märke on võimalik mõõta juba 12 kuud peale kodusele eluviisile jäämist. See kinnitust leidnud põhjuslik seos kognitiivsete võimete ja pensionile jäämise vahel viitab otseselt mõõdukalt väljakutset pakkuva vaimse ja füüsilise tegevuse tähtsusele inimese elus ajal, mil ühiskond on ta vormiliselt saatnud „puhkusele“ (vanaduspuhkusele). Tänapäeva haridusteadus on seisukohal, et inimene on võimeline õppima ja peab saama õppida kuni surmani (Maderer & Skiba 2006). Mitteformaalne ja informaalne õppimine vanemas eas toetab ühiskonna arengut ja inimese isiklikku heaolu.

Infotehnoloogiliste vahendite kasutamine mängib olulist rolli nii inimese igapäeva-elus, sotsiaalsete kontaktide hoidmises kui kitsamalt õppimise kontekstis. Tõendatud on arvuti ja interneti kasutamise positiivset mõju vanemaealiste arengule (Chaffin & Harlow 2005), elukvaliteedile (Naumanen & Tukiainen 2010), subjektiivsele heaolule (Siegrist & Wahrendorf 2009) ning tervise enesehinnangule (McNair 2012). Arvutioskuste puudumine olukorras, kus arvutikasutus on kujunenud igapäeva elu osaks, mõjub vanematele inimestele heidutavalt (Morris, *et al.* 2007). Vanemaealistel puuduvad piisavad võimalused olla ühiskonna mõjutajad ning üks selle põhjus on noorte parem tehnoloogiaoskus (Findsen 2006).

Euroopa digitaalse tegevuskava lipukiri kõlab “Igale eurooplasele digitaalne võimekus” (*Every European Digital*). Arvutioskuste puudumine või halval tasemel oskused, samuti kursustest ja organisatsioonide tööst eemale jäämine on sotsiaalse ilmajäetuse komponendid. Sotsiaalne ilmajäetus on omakorda tõrjutuse riski suurendav tegur (Myck, Najsztub & Oczkowska 2015). Interneti kasutajate osakaalu tõstmine on Euroopas üks olulisi poliitilisi küsimusi (European Commission 2013). Uuringud nii Eestis kui ka mujal kinnitavad, et arvutioskusi omandavad täiskasvanud pigem mitte kursustel käies, vaid teiste inimeste käest õppides ja ise katsetades (European

Commission 2012). Õpetajatena eelistatakse “olulisi teisi” ehk “pehmeid eksperte”, kes ümbritsevad inimest kodus, kogukonnas või tööl (Selwyn *et al.* 2006; Pruulmann-Vengerfeldt & Kalvet 2008).

## 2. METOODIKA

SHARE uuringus tehti interneti kasutamise ja arvutioskuste ühekordne kaardistus 5. laines 2013. aastal. Eestis oli 55+ vanusrühmas vastajaid 5121 inimest, seega on tegemist kõige esinduslikuma ülevaatega vanemate täiskasvanute arvutioskuse ja internetikasutuse kohta.

Vanemaealiste mitteformaalse ja informaalse õppimise teavet saab SHARE igas laines viie küsimuse kaudu, mis käsitlevad nn kogukondlikke tegevusi, mida inimesed teevad väljaspool kodu koos teiste inimestega. Need on: osavõtt kursustest (1), vabatahtlikust tegevusest (2), klubilisest tegevusest (3), poliitilisest või kogukondlikust juhtimisest (4) ning lauamängude mängimine (5). Ankeedis on küsitud ka lugemise ja ristsõnade lahendamise kohta, mis on aga individuaalsed tegevused ja seetõttu käesoleva artikli eesmärkidega ei seostu. Kursustel käimine on mitteformaalne õppimine ning tegevused (2)–(5) vastavad informaalsete õppimise määratlusele.

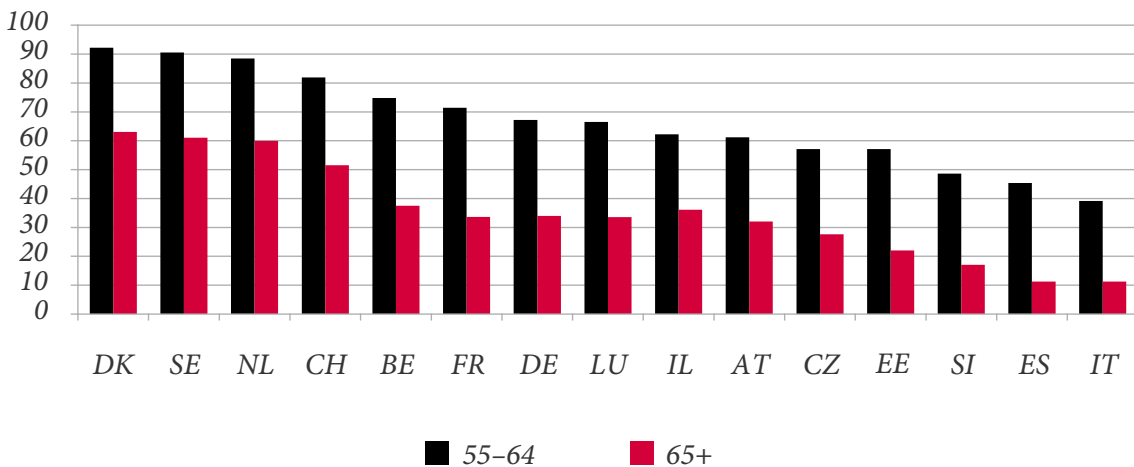
Kogukondlikes tegevustes osalemise näitajad esitame kõigepealt 5. laine kohta (aastal 2013, Eestis 5158 vastajat, ülejäänud 14 riigis kokku 50 635 vastajat) ja seejärel kirjeldame kahe laine vahel toimunud muutusi Eesti ja SHARE teiste riikide vastajate seas, kes osalesid mõlemas laines (Eestis 4954 vastajat, ülejäänud 12 riigis kokku 29 288 vastajat).

Uuring ei anna otseselt infot aktiivsuse, passiivsuse ja osavõtusageduse põhjuste kohta ehk pole teada, kas passiivsus või harv osalemine on tingitud inimese enda tahtest, isiklikest takistustest, teadmatusest või ebasobivatest välistingimustest, nagu näiteks pakku-  
mise puudumine, ebasobiv hind või piiratud ligipääs.

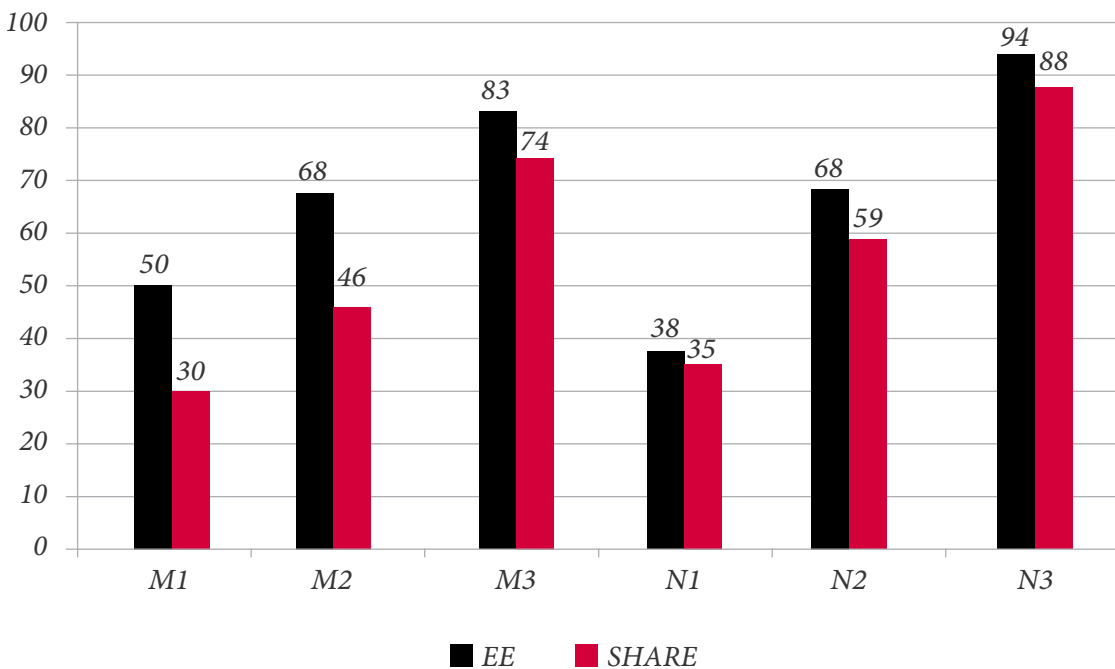
## 3. INTERNETIKASUTUS JA ARVUTIOSKUS 55+ RAHVASTIKU SEAS

Eesti 55+ elanikkonnast on regulaarseid internetikasutajaid vaid 35%. Mitte kunagi pole Eesti 55+ elanikkonnast arvutit kasutanud 45%. SHARE ülejäänud riikides on internetti viimase seitsme päeva jooksul kasutanud ligikaudu iga teine (48%) ning mitte kunagi pole arvutit kasutanud 32% vaadeldavast elanikkonna osast. Seega, Eesti 55+ elanikkonna internetikasutuse näitajad on oluliselt madalamad kui SHARE teiste riikide vastavad näitajad. Interneti kasutajate osakaalud SHARE 5. laine kõikide riikide seas on toodud joonisel 1.

Eesti mittekasutajate tausta uurides näeme, et suurimad erinevused ilmnevad meie ja ülejäänud SHARE riikide vahel meeste vanusrühmas 55–64. Selles vanuses eesti meestest ei kasuta regulaarselt internetti 50%, ülejäänud riikides aga 30%. Eesti mehed eristuvad ka vanuserühmas 65–74 (joonis 2).



**Joonis 1.** Interneti kasutajad vanuserühmiti, %  
Allikas. SHARE 5. laine andmed



**Joonis 2.** Interneti mittekasutajad, % sugu-vanus rühmast

Tähis 1 osutab vanusrühmale 55–64, tähis 2 osutab vanusrühmale 65–74 ja tähis 3 osutab vanusrühmale 75 ja vanemad.

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Neist, kes viimase seitsme päeva jooksul internetti ei ole kasutanud, ligikaudu 70% on inimesed, kes pole seda kunagi teinud. Näitajad, kui palju on eri elanikkonnagruppides neid, kellel arvutikogemus täielikult puudub, on toodud tabelis 1.

**Tabel 1.** Inimesed, kes pole kunagi arvutit kasutanud, %

|  | Eesti      | SHARE teised riigid |
|--|------------|---------------------|
| <b>55+ rahvastik</b>                         | <b>45%</b> | <b>32%</b>          |
| Põhja-Eesti                                  | 40%        | x                   |
| Lääne-Eesti                                  | 47%        | x                   |
| Kesk-Eesti                                   | 38%        | x                   |
| Kirde-Eesti                                  | 54%        | x                   |
| Lõuna-Eesti                                  | 48%        | x                   |
| mehed  | 43%        | 27%                 |
| naised                                       | 46%        | 37%                 |
| 55–64  | 23%        | 16%                 |
| 65–74  | 45%        | 31%                 |
| 75+  | 73%        | 61%                 |
| <b>alg- ja põhiharidusrahvastik</b>          | <b>72%</b> | <b>53%</b>          |
| <b>kesk- ja keskeri haridusega rahvastik</b> | <b>39%</b> | <b>23%</b>          |
| <b>kõrgharidusrahvastik</b>                  | <b>17%</b> | <b>8%</b>           |
| partneriga koos elavad                       | 39%        | 28%                 |
| ilma partnerita                              | 56%        | 44%                 |
| <b>eesti koduse keelega</b>                  | <b>42%</b> | <b>x</b>            |
| <b>vene koduse keelega</b>                   | <b>53%</b> | <b>x</b>            |
| maarahvastik                                 | 45%        | 29%                 |
| linnarahvastik                               | 50%        | 39%                 |
| <b>mittetöötavad</b>                         | <b>60%</b> | <b>41%</b>          |
| <b>höivatud</b>                              | <b>16%</b> | <b>10%</b>          |
| olulise tegevuspiiranguga                    | 59%        | 51%                 |
| mööduka tegevuspiiranguga                    | 45%        | 38%                 |
| tegevuspiiranguta                            | 33%        | 24%                 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Lisaks on 20% mittekasutajatest inimesed, kelle oskused on väga viletsad. Seega saab öelda, et interneti kasutamata jätmise peamine põhjus on oskuste puudumine.

Regressioonanalüüs nende inimeste kohta, kellel Eestis arvutioskused puuduvad või on väga viletsad, näitab, et oskuste puudumine on oluliselt tõenäosem vanemates vanuserühmades, madalama haridustasemega inimestel, tööhõives mitteosalevatel ja vene

koduse keelega inimestel (tabel 2). Tegevuspiirangutest on olulise mõjuga vaid tõsine tegevuspiirang. Kui mudelist võtta välja hariduse tunnus, muutub oluliseks sugu. Meestel on suurem šanss olla ilma oskusteta seetõttu, et nende seas on rohkem kui naiste seas madalama haridusega inimesi. Suurema tõenäosusega on inimesel arvutioskus, kui ta elab koos partneriga ja kui ta elab maal.

**Tabel 2.** Arvutioskuse šansisuhted (OR) 55+ rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi

|                       | Šansisuhe | St. viga | z      | P>z   | [95% konf. intervall] |          |
|-----------------------|-----------|----------|--------|-------|-----------------------|----------|
| <b>Vanus</b>          |           |          |        |       |                       |          |
| 65–74                 | .5938548  | .0553129 | -5.59  | 0.000 | .4947634              | .7127922 |
| 75+                   | .1628211  | .0209934 | -14.08 | 0.000 | .1264622              | .2096334 |
| <b>Haridus</b>        |           |          |        |       |                       |          |
| alg                   | .0694879  | .0086865 | -21.33 | 0.000 | .0543881              | .08878   |
| kesk                  | .2693238  | .027234  | -12.97 | 0.000 | .2209028              | .3283584 |
| <b>Tööstaatus</b>     |           |          |        |       |                       |          |
| ei töötä              | .3124381  | .0285123 | -12.75 | 0.000 | .2612675              | .3736307 |
| <b>Kodune keel</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| vene                  | .5042785  | .0478262 | -7.22  | 0.000 | .4187374              | .6072943 |
| <b>Tegevuspiirang</b> |           |          |        |       |                       |          |
| oluline               | .6509957  | .0643467 | -4.34  | 0.000 | .5363428              | .7901578 |
| mõõdukas              | .7832844  | .0713697 | -2.68  | 0.007 | .6551812              | .9364348 |
| <b>Partnerlus</b>     |           |          |        |       |                       |          |
| partnerita            | .6436549  | .0556599 | -5.10  | 0.000 | .5433074              | .7625363 |
| <b>Elukohatüüp</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| linn                  | .690105   | .063274  | -4.05  | 0.000 | .5765948              | .8259613 |
| <b>Sugu</b>           |           |          |        |       |                       |          |
| mees                  | .7614343  | .0628976 | -3.30  | 0.001 | .6476191              | .8952518 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Mitteregulaarsetest internetikasutajatest 9,4 protsendil on oskused tegelikult head või „parajad”. Regressioonanalüüs näitab, et oskustega inimeste interneti kasutamise ebaregulaarsus tuleneb suurema tõenäosusega vanusrühmast 75+ ning ebaregulaarset kasutamist mõjutab ka madalaim haridustase.

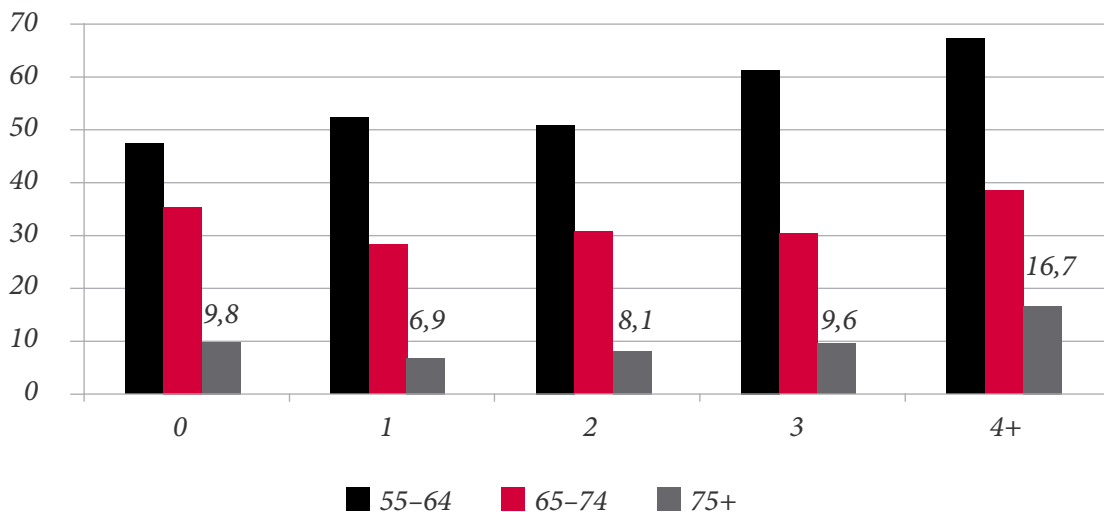
Nende seas, kellel arvutioskused on olemas, on madalamal tasemel („paras“, „vilets“) oskustega inimeste osakaal Eestis teiste riikidega sarnane. Suurepärase, väga heade või heade oskustega inimeste osakaal on aga meil väiksem kui teistes riikides: Eestis kokku 18%; teistes SHARE riikides 32%.



Neist inimestest Eestis, kes ei ole tööga hõivatud ja kelle viimane töökoht ei nõudnud või ei saanudki nõuda arvutikasutust, kaks kolmandikku (67%) pole ka hiljem arvutitega kokku puutunud ning lisaks 18 protsendil on oskused väga viletsad. SHARE ülejäänud riikides on vastavad osakaalud oluliselt väiksemad: 57% ja 2%. Eestis neist, kes on tööhõivest väljas ja kelle viimane töökoht arvutioskust ei nõudnud, ei kasuta internetti regulaarselt 87%. Seega võib öelda, et vanemaealiste seas arvutioskuse puudumise üks määravamaid tegureid on see, et töökohustused seda ei nõudnud.

Uuringutest on teada, et täiskasvanute arvutioskuste omandamisel on oluline roll inimese suhtlusringkonnal (edaspidi sotsiaalsõrgustik). SHARE-s kaardistati sotsiaalsõrgustiku suurus ja struktuur 4. laines, arvutioskuse seis aga 5. laines. Kumbki nähtus ei muutu eeldatavasti siiski mitte nii kiire tempoga, et kaheaastase vahega kogutud andmeid ei võiks kasutada samas analüüsis.

Sotsiaalsõrgu suuruse alusel jagatud rühmades on näha nii Eestis kui mujal, et mida suurem on sotsiaalsõrgustik, seda rohkem on inimeste seas internetikasutajaid. Eestis on 0–2-isikulise sotsiaalsõrgustikuga rühmades internetikasutajate osakaalud sarnased (u 30%). Alates kolmeliikmelise sotsiaalsõrgustikuga inimeste rühmast hakkab internetikasutajate osakaal kasvama. Võiks arvata, et põhjus on selles, et nooremate seas on rohkem internetikasutajaid ja noorematel inimestel on suurem sotsiaalsõrgustik. Joonis 3 näitab, et nelja ja enama isikuga sotsiaalsõrgustikuga inimeste seas on internetikasutajate osakaal kõrgeim kõigis kolmes vanusegrupis ja kõige suurem erinevus ilmneb just 75+ vanusegrupis.

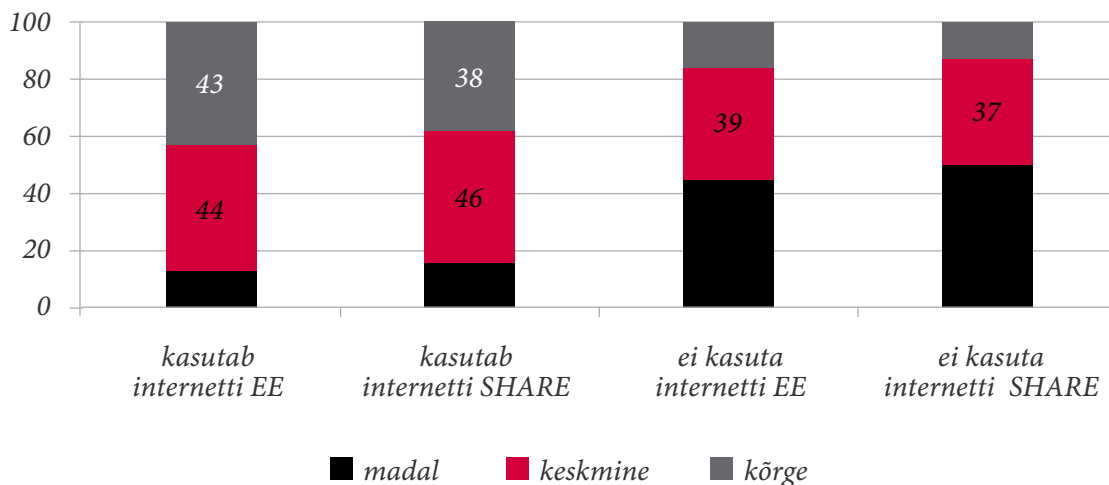


**Joonis 3.** Eesti internetikasutajad vanuserühmiti sotsiaalsõrgustiku suuruse lõikes, % (0 – sotsiaalsõrgustikus pole ühtegi inimest, 1 – sotsiaalsõrgustikus on 1 inimene jne)  
Allikas: SHARE 5. laine andmed

Seost, et sotsiaalvõrgustiku suurus suurendaks internetikasutuse tõenäosust, ei leitud. Küll aga on vähemalt 4-liikmeline sotsiaalvõrgustik suurema tõenäosusega nendel inimestel, kes kasutavad internetti.

Esitame mõned näitajad, mis osutavad internetikasutuse ja inimese võimete vahelisele seosele. SHARE küsitluse käigus viidi läbi mälustest ja verbaalse võimekuse test ning testide tulemused on analüüsi käigus grupeeritud kolmeks – madal, keskmine ja kõrge punktisumma (vt ka peatükk „Vaimne ja kognitiivne tervis“).

Jooniselt 4 näeme, et Eestis nende 55+ vanuses inimeste seas, kes ei kasuta internetti, on palju mälustesti madala tulemusega inimesi (45%) ja vähe mälustesti kõrge tulemusega inimesi (16%). Nende inimeste seas, kes kasutavad internetti, on ligikaudu võrdselt nii kõrge kui keskmise mälustesti tulemusega inimesi (43% ja 44%).



**Joonis 4.** Interneti kasutajad ja mittekasutajad mälustesti tulemuste lõikes, %  
Allikas: SHARE 5. laine andmed

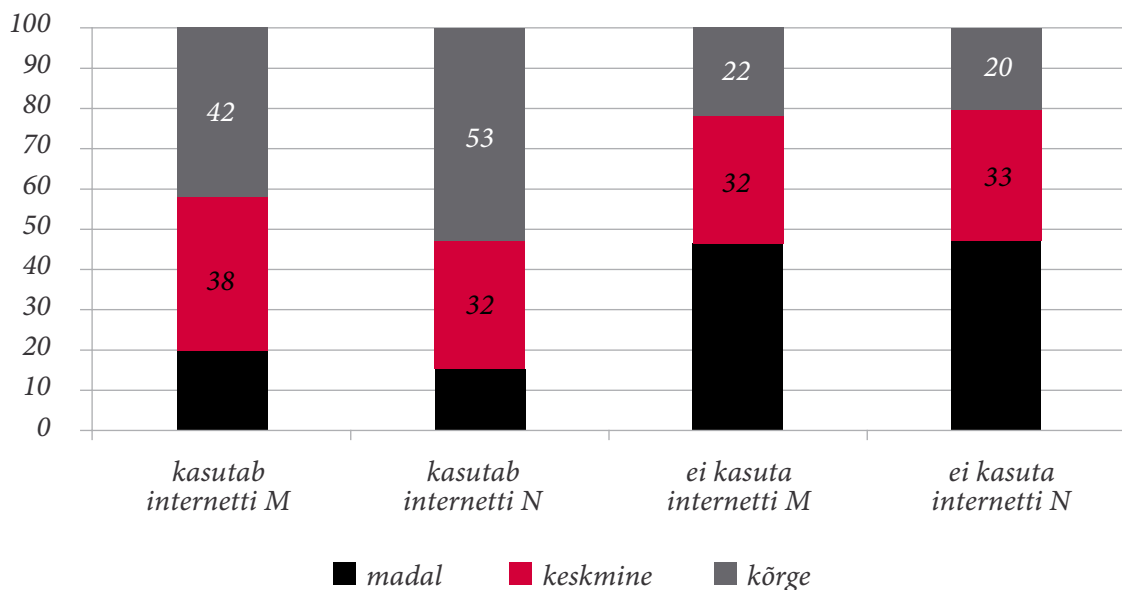
Regressioonanalüüs näitab, et regulaarse internetikasutuse tõenäosust mõjutab mälustesti skoor oluliselt, ka siis, kui on arvestatud vanuse ja hariduse mõju. Samas ei oma mudelis olulist mõju sugu. Internetikasutus omakorda mõjutab mälustesti tulemust, kusjuures tulemus kehtib ka siis, kui on arvestatud inimese osalemist tööhõives (tabel 3). Viimane näitab, et regulaarsel internetikasutusel on mõju mälustesti tulemusele sõltumata sellest, kas inimesel on võimalik rakendada oma kognitiivseid võimeid aktiivsemalt ka teistes eluvaldkondades.

**Table 3.** Mälutesti hea ja väga hea tulemuse šansisuhe (OR) 55+ rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja internetikasutuse järgi

|                         | Šansisuhe | St. viga | z      | P>z   | [95% konf. intervall] |          |
|-------------------------|-----------|----------|--------|-------|-----------------------|----------|
| <b>Vanus</b>            |           |          |        |       |                       |          |
| 65–74                   | .7558542  | .0721797 | -2.93  | 0.003 | .6268349              | .9114291 |
| 75+                     | .3634435  | .0378086 | -9.73  | 0.000 | .2964064              | .4456422 |
| <b>Haridus</b>          |           |          |        |       |                       |          |
| alg                     | .2925246  | .0323892 | -11.10 | 0.000 | .2354588              | .3634209 |
| kesk                    | .6437475  | .0688247 | -4.12  | 0.000 | .5220493              | .7938157 |
| <b>Sugu</b>             |           |          |        |       |                       |          |
| mees                    | .6420147  | .046283  | -6.15  | 0.000 | .5574188              | .7394492 |
| <b>Internetikasutus</b> |           |          |        |       |                       |          |
| ei kasuta regulaarselt  | .4224385  | .0400697 | -9.08  | 0.000 | .3507713              | .5087481 |
| <b>Tööstaatus</b>       |           |          |        |       |                       |          |
| ei tööta                | .602526   | .0591274 | -5.16  | 0.000 | .4971017              | .7303084 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Joonisel 5 on näha, et interneti mittekasutavate naiste seas ja interneti mittekasutavate meeste seas jagunevad inimesed verbaalse võimekuse testi tulemuste alusel sarnaselt.



**Joonis 5.** Verbaalse voolavuse testi tulemused internetikasutajate lõikes, %

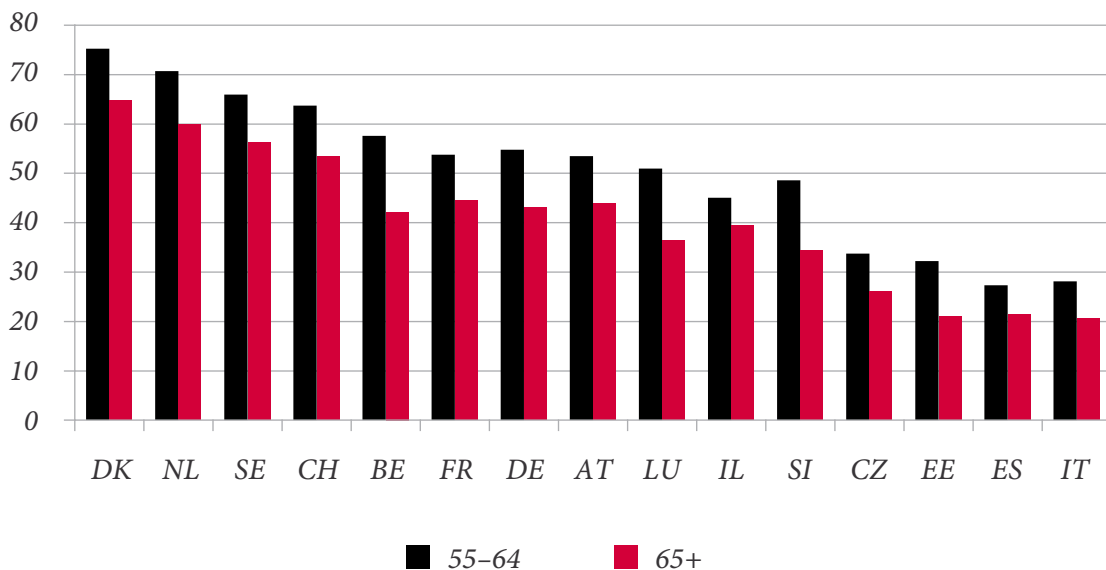
Allikas: SHARE 5. laine andmed

Internetti kasutavate meeste seas erinevad verbaalse võimekuse testi kõrgema ja keskmise punktisumma saanud inimeste osakaalud vaid 4 protsendipunkti, internetti kasutavatel naistel on erinevus aga 21 protsendipunkti. Joonis võib osutada meeste ja naiste internetikasutamise sisu eelistuste erinevusele.

Regressioonanalüüs näitab, et verbaalse võimekuse ja internetikasutuse vahel on mõlemas suunas oluline seos, kuid see ei sõltu kummalgi juhul otseselt soost. Olulise mõjuga tunnusteks on hoopis vanus, haridus, tööstaatus. Seega ei pruugi suhtlusega seotud arvutifunktsionaalsused olla atraktiivsed meestele, kellel on madalam haridustase ja kes kuuluvad 65+ vanusrühma.

#### 4. OSAVÕTT KOGUKONDLIKEST TEGEVUSTEST

Kui vaadelda kogukondlikke tegevusi ilma mängude mängimiseta (kursused, vabatahtlik tegevus, klubid, osavõtt poliitilisest või kogukonna juhtimisest), siis osaleb Eestis vähemalt ühes tegevuses iga kolmas 55–64-aastasest ja vaid iga viies vanusrühmast 65+. Samal ajal Taanis ja Hollandis on nimetatud kogukondlikesse tegevustesse kaasatud enam kui 70% nooremast vanusrühmast ja 60% vanemast rühmast (joonis 6). Eestis on nn kukkumine kahe vanusrühma vahel, mida võib tinglikult piiritleda ka pensionieaga, SHARE 15 riigi seas kõige suurem.

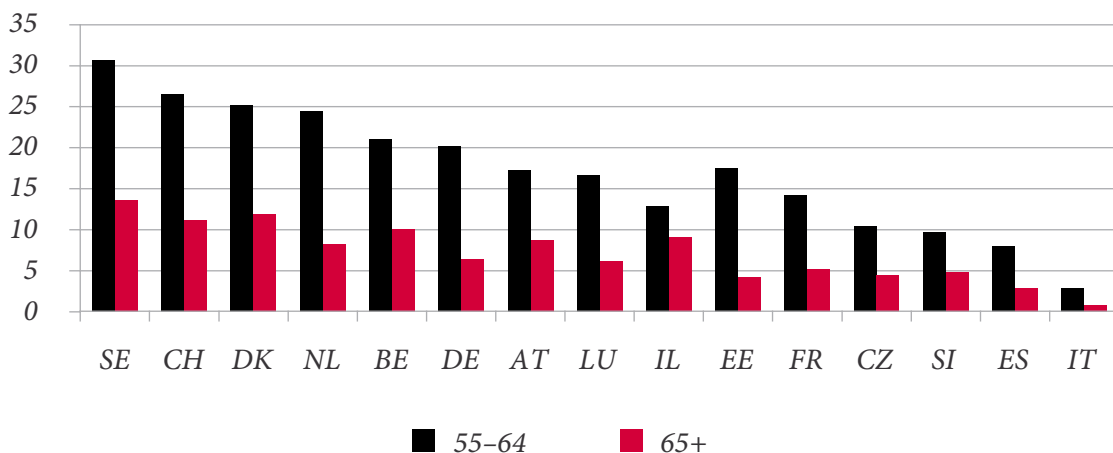


**Joonis 6.** Kogukondlikes tegevustes osalejad, %

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Kogukondlikesse tegevustesse, kui nende hulka arvata ka mängude mängimine, on haaratud Eestis vähem kui pooled 55–64-aastastest (46%), samas kui SHARE teistes riikides on vastav näitaja 18 protsendipunkti võrra kõrgem (64%). Meestel ja naistel kogukondlikes tegevustes osalemise koondnäitajas erinevused puuduvad nii Eestis kui mujal SHARE riikides (Pearson  $\chi^2(1)=0.3995$  Pr = 0.527). Vanusrühmas 65+ on Eestis inimesi, kes tegelevad kogukondliku tegevusega vähemalt ühe korra nädalas, ainult 12%.

Joonisel 7 on toodud mitteformaalse õppimise ehk kursusel ja koolitusel osalemise näitajad SHARE riikides. Eestis on viimase 12 kuu jooksul kursusel või koolitusel osalenud vaid 4% vanusrühmast 65+. Kursustel käimise sagedus on Eestis keskmiselt harvem kui kord nädalas. SHARE teistes riikides kokku on samas vanusrühmas kursustel osalejad 7% ning neist umbes pooled osalevad vähemalt kord nädalas.



**Joonis 7.** Kursustel osalejad, %

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Kursustel osalemise näitajad erinevad meestel ja naistel nii Eestis kui teistes riikides. Samuti on nii Eestis kui mujal mitteformaalse õppimise aktiivsus oluliselt suurem nende seas, kes töötavad. Eestis on 55+ vanuses inimeste seas, kes ei ole tööga hõivatud, koolitustel osalejad 1,2% meestest ja 2,2% naistest (tabel 4).

**Tabel 4.** Viimase 12 kuu jooksul kursustel osalenud, %

| Sugu   | Hõivestaatus | Eesti | SHARE |
|--------|--------------|-------|-------|
| Mehed  | ei tööta     | 1,2   | 5,6   |
|        | töötab       | 16    | 18,5  |
| Naised | ei tööta     | 2,2   | 7,8   |
|        | töötab       | 29,6  | 25,7  |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Regressioanalüüs kinnitab soo ja tööhõive olulisust kursustel osalemise tõenäosusele (tabel 5), kuid samal ajal suurendab šanssi ka eesti keel koduse keelena ning kõrgem haridustase. Kui mudelist välja jätta tööhõive näitaja, muutub oluliseks tõsise tegevuspiirangu olemasolu.

**Table 5.** Kursustel osalemise šansisuhted (OR) 55+ rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi

|                       | Šansisuhe | St. viga | z      | P>z   | [95% konf. intervall] |          |
|-----------------------|-----------|----------|--------|-------|-----------------------|----------|
| <b>Vanus</b>          |           |          |        |       |                       |          |
| 65–74                 | .6326609  | .0903297 | -3.21  | 0.001 | .4782319              | .8369574 |
| 75+                   | .4143493  | .1028493 | -3.55  | 0.000 | .2547314              | .6739859 |
| <b>Haridus</b>        |           |          |        |       |                       |          |
| alg                   | .1516127  | .0327735 | -8.73  | 0.000 | .099251               | .2315988 |
| kesk                  | .3945355  | .0484598 | -7.57  | 0.000 | .3101238              | .5019229 |
| <b>Sugu</b>           |           |          |        |       |                       |          |
| mees                  | .5015943  | .0620103 | -5.58  | 0.000 | .3936603              | .6391218 |
| <b>Elukohatüüp</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| linn                  | 1.124281  | .1539884 | 0.86   | 0.392 | .8595851              | 1.470485 |
| <b>Tegevuspiirang</b> |           |          |        |       |                       |          |
| oluline               | .6709418  | .1123111 | -2.38  | 0.017 | .4832807              | .9314729 |
| mõõdukas              | .8967767  | .1194549 | -0.82  | 0.413 | .6907171              | 1.164309 |
| <b>Tööstaatus</b>     |           |          |        |       |                       |          |
| ei töötä              | .1312127  | .0225939 | -11.79 | 0.000 | .0936279              | .1838851 |
| <b>Kodune keel</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| vene                  | .2815825  | .05083   | -7.02  | 0.000 | .1976746              | .4011074 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

SHARE-s mõõdetud klubilise tegevuse alla liigituvad Eestis tõenäoliselt muuhulgas ka laulu- ja tanstugrupid, samuti sportlik ühistegevus nagu *bowling*’u-meeskonnad või kepikõnnimatkaajad. Eestis on klubilisse tegevusse haaratud 16,3% 55–64aastastest ja 12% vanusrühmast 65+. Viimastest kaks kolmandikku on inimesed, kelle osalemissagedus on keskmiselt harvem kui kord nädalas ning kolmandik osaleb korra kuus. SHARE teistes riikides on 65+ vanuses elanikkonnast klubilise tegevusega seotud 27%, neist kolmveerand on tegevad vähemalt kord nädalas.

Klubiline tegevus on üks sellistest tegevusliikidest, kus erinevus kahe vaadeldava vanusrühma osalusmäärade vahel on kõige väikesem. Samuti on riikidevahelised erinevused väiksemad kui teistel tegevustel. Tabelist 6 on näha, et Eestis on klubilises tegevuses osalevate naiste osakaalud suuremad kui meestel, SHARE teistes riikide kokku on meeste aktiivsus naistest aga veidi kõrgem. Töehõives osalevate ja mitteosalevate inimeste klubilise aktiivsuse erinevus esineb, kuid on väiksem kui kursustel osalemise vastavates näitajates.

**Tabel 6.** Viimase 12 kuu jooksul klubilises tegevuses osalenud, % sugu-tööhõivestaatus rühmast

| Sugu   | Hõivestaatus | Eesti | SHARE |
|--------|--------------|-------|-------|
| Mehed  | ei tööta     | 6,6   | 29,4  |
|        | töötab       | 18,9  | 37,6  |
| Naised | ei tööta     | 11,2  | 25,7  |
|        | töötab       | 25,2  | 36,3  |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

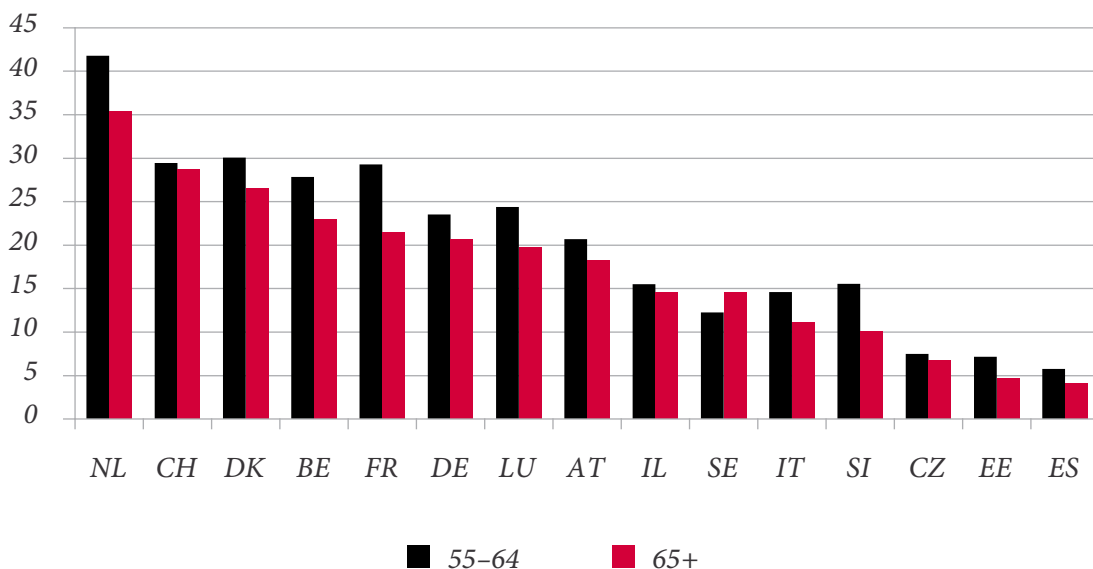
Regressioonanalüüs kinnitab, et klubilises tegevuses ei ole vanus oluline mõjutaja, küll aga on Eestis olulisteks tunnusteks sugu, haridus, tööhõives osalemine, tegevuspiirang ja ka kodune keel (tabel 7).

**Tabel 7.** Klubilises tegevuses osalemise šansisuhted (OR) 55+ rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi

|                       | Šansisuhe | St. viga | z      | P>z   | [95% konf. intervall] |          |
|-----------------------|-----------|----------|--------|-------|-----------------------|----------|
| <b>Vanus</b>          |           |          |        |       |                       |          |
| 65–74                 | 1.295731  | .1499592 | 2.24   | 0.025 | 1.032767              | 1.62565  |
| 75+                   | 1.222054  | .1808622 | 1.35   | 0.175 | .9143532              | 1.633304 |
| <b>Haridus</b>        |           |          |        |       |                       |          |
| alg                   | .195862   | .0287498 | -11.11 | 0.000 | .1468946              | .2611527 |
| kesk                  | .4998876  | .0499241 | -6.94  | 0.000 | .4110194              | .6079703 |
| <b>Sugu</b>           |           |          |        |       |                       |          |
| mees                  | .6610466  | .0636    | -4.30  | 0.000 | .5474406              | .7982283 |
| <b>Elukohatüüp</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| linn                  | 1.171063  | .1261708 | 1.47   | 0.143 | .948138               | 1.446402 |
| <b>Tegevuspiirang</b> |           |          |        |       |                       |          |
| oluline               | .4348767  | .0553557 | -6.54  | 0.000 | .3388568              | .5581053 |
| mõõdukas              | .6939939  | .0728121 | -3.48  | 0.000 | .5650016              | .8524357 |
| <b>Tööstaatus</b>     |           |          |        |       |                       |          |
| ei tööta              | .5392613  | .0625269 | -5.33  | 0.000 | .4296385              | .6768546 |
| <b>Kodune keel</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| vene                  | .453162   | .0568665 | -6.31  | 0.000 | .3543543              | .5795211 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Vabatahtlik tegevus on meil 55+ vanuses inimeste seas teiste riikidega võrreldes vähearenenud valdkond (joonis 8). Tšehhi ja Hispaania on koos Eestiga need riigid, kus 65+ vanusrühmas on vabatahtlike osakaal ligikaudu 5%. Eeskujuks võiksime endale seada Hollandi, kus 65+ vanusrühmast osaleb vabatahtlikus töös 35% ning 55–64aastastest 41%. Rootsi on ainus SHARE riik, kus 65+ vanusrühmas on vabatahtliku töö tegijate osakaal isegi veidi kõrgem kui noorematel.



**Joonis 8.** Vabatahtlikus töös osalejad, %

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Millised on need objektiivsed tegurid, mis mõjutavad vanemaealiste kogukondlikku aktiivsust Eestis? Näeme, et linna- ja maapiirkondadel olulist erinevust ei ole (tabel 8). Samal ajal on Eestis oluliselt vähem kogukondlikult aktiivseid inimesi selles rahvastikuosas, kelle kodune keel ei ole eesti keel. Sama tulemus väljendub piirkondlikes näitajates: Kirde-Eestis on vähemalt ühte kogukonnategevusse kaasatud vaid 27% rahvastikust vanuses 55+, Lääne-Eestis ja Põhja-Eestis on aktiivseid 41%.

Kogukondlikku aktiivsust mõjutab see, kas inimene on tööga hõivatud või ei ole. (Kui mudelis tööga hõivatust mitte arvestada, tulevad oluliste teguritena esile kuulmine keskmisse vanusrühma ja mõõdukad tegevuspiirangud.) Eestis on inimesed, kes pole tööga hõivatud, ka kogukondlikult vähemtegasud: nende seas on aktiivseid vaid 26%, SHARE teistes riikides on mittetöötavate inimeste seas aktiivseid 53%. Meil iseloomustab sama näitaja aktiivsete osakaalu tööga hõivatute seas, SHAREs on aga töötavatest inimestest kogukondlikult aktiivsed 69%.

Ootuspäraselt mõjutavad kogukondlikes tegevustes osalemist olulised tegevuspiirangud. Eestis tõsiste piirangutega inimeste seas on iga aktiivse kohta 3 passiivset (24% aktiivseid), mõõdukate piirangutega inimeste seas on suhe 1:1,9 ning ilma piiranguteta inimeste seas 1:1,2. SHARE teistes riikides on passiivseid aktiivsetest rohkem vaid tõsiste piirangutega grupis (1:1,5).



Üks määravamaid tegureid kogukondlikes tegevustes osalemisel on inimese haridus. Alg- ja põhiharidusega inimestest on Eestis kogukondlikult aktiivne vaid iga viies (20%), keskharidusega inimestest 38% ja kõrgharidusega inimestest 54%. SHARE teistes riikides on osakaalud vastavalt 43%, 64% ja 75%.

**Tabel 8.** Kogukondlikes tegevustes osalemise šansisuhted (OR) 55+ rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste ja tervisenäitajate järgi

|                       | Šansisuhe | St. viga | z      | P>z   | [95% konf. intervall] |          |
|-----------------------|-----------|----------|--------|-------|-----------------------|----------|
| <b>Vanus</b>          |           |          |        |       |                       |          |
| 65–74                 | .9405058  | .080222  | -0.72  | 0.472 | .7957137              | 1.111645 |
| 75+                   | .6739087  | .0704904 | -3.77  | 0.000 | .548992               | .8272488 |
| <b>Haridus</b>        |           |          |        |       |                       |          |
| alg                   | .2954426  | .0291833 | -12.34 | 0.000 | .2434405              | .358553  |
| kesk                  | .5784536  | .0481924 | -6.57  | 0.000 | .4913068              | .6810582 |
| <b>Sugu</b>           |           |          |        |       |                       |          |
| mees                  | .9027899  | .0646376 | -1.43  | 0.153 | .7845899              | 1.038797 |
| <b>Elukohatüüp</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| linn                  | .8757337  | .0687704 | -1.69  | 0.091 | .7508067              | 1.021447 |
| <b>Partnerlus</b>     |           |          |        |       |                       |          |
| partnerita            | .8977496  | .0668611 | -1.45  | 0.148 | .7758198              | 1.038842 |
| <b>Tegevuspiirang</b> |           |          |        |       |                       |          |
| oluline               | .6076476  | .0522372 | -5.79  | 0.000 | .5134252              | .7191614 |
| möödukas              | .8209362  | .0648987 | -2.50  | 0.013 | .7031016              | .9585191 |
| <b>Tööstaatus</b>     |           |          |        |       |                       |          |
| ei töötä              | .5022931  | .042271  | -8.18  | 0.000 | .4259155              | .5923672 |
| <b>Kodune keel</b>    |           |          |        |       |                       |          |
| vene                  | 1.663565  | .1381276 | 6.13   | 0.000 | 1.413721              | 1.957564 |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

## 5. TEGEVUSTE MUUTUS

Tabelis 9 on toodud kogukondlikes tegevustes osalejate määrad 4. ja 5. laines, ning kirjeldatud kahe laine vahel toimunud muutusi Eestis ja SHARE teistes riikides. (NB! Eelmises osas esitatud tulemused on arvatud 5. laine andmete alusel, kus vastajate arv oli suurem, kui mõlemas laines vastanute arv, mis on aluseks käesolevas osas esitatud tulemustele).

Kahe laine vahelisel ajal on Eestis kõikides tegevustes näha tegelejate arvu vähene-mist, SHARE teistes riikides on poliitilises tegevuses osalemise ja mängudest osavõtjate määrad siiski veidi tõusnud. Tegevussageduse dünaamikat vaadeldes näeme, et SHARE teistes riikides on kõikides tegevustes, välja arvatud poliitiline tegevus, rohkem neid,

kelle tegevussagedus on kasvanud, ja vähem neid, kes on oma tegevussagedust kahe aasta jooksul vähendanud. Eestis on tegevussageduse näitajad kasvanud kahes tegevuses – mängud ja vabatahtlik tegevus.

Eestis on üksikutes kogukondlikes tegevustes osalejaid suhteliselt vähe, seetõttu väiksemadki liikumised kahe uuringulaine vahel moodustavad muutuse suure osakaalu. Kõige heitlikum on olnud Eestis osavõtt vabatahtlikust tegevusest. Neist, kes osalesid vabatahtlikus töös 4. laine ajal, ei tegele 5. laine ajal sellega enam 72%, ning 5. laine ajal vabatahtlikena töötanutest 66% ei olnud selle tegevusega seotud kaks aastat varem.

**Tabel 9.** Kogukondlikes tegevustes osalemise muutused kahe laine vahelisel ajal, %

\* % vastajatest, kes osalesid mõlemas laines; \*\* % 4. laine vastavas tegevuses osalejatest, \*\*\* % 5. laine vastavas tegevuses osalejatest

|  | Osalejaid<br>4. laines* | Osalejaid<br>5. laines* | Muutus<br>osalejate<br>arvus** | Sagedus<br>vähenenud,<br>aga mitte<br>kadunud** | Tegevusest<br>loobunud** | Sagedus<br>suurenenud,<br>aga mitte<br>tekinud*** | Tegevus<br>tekinud*** |
|--|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|---|--------------------------|---|-----------------------|
| <b>Eesti vastajaid, kes osalesid mõlemas laines: 4954</b>  |                         |                         |                                |   |                          |   |                       |
| Vabatahtlik tegevus  | 6,9                     | 5,7                     | -17                            | 8,5   | 71,8                     | 10,6  | 66,0                  |
| Osalemine kursustel  | 10,4                    | 9,1                     | -12                            | 8,2   | 55,9                     | 6,0   | 50,0                  |
| Osalemine klubilises tegevuses                             | 16,1                    | 13,7                    | -15                            | 11,8  | 49,5                     | 10,5  | 40,4                  |
| Osalemine poliitilises tegevuses                           | 3,2                     | 3,0                     | -8                             | 10,0  | 67,5                     | 10,9  | 64,6                  |
| Mängude mängimine  | 18,0                    | 16,6                    | -8                             | 10,0  | 58,7                     | 16,4  | 53,0                  |
| Kokku, kellel on üks või mitu tegevust                     | 39,3                    | 35,8                    | -9                             | 26,6  | 39,3                     | 24,0  | 33,3                  |
| Kokku, välja arvatud mängud                                | 28,7                    | 25,5                    | -11                            | 25,3  | 41,7                     | 20,5  | 34,3                  |
| <b>SHARE vastajaid, kes osalesid mõlemas laines: 29288</b> |                         |                         |                                |   |                          |   |                       |
| Vabatahtlik tegevus  | 20,2                    | 19,8                    | -2                             | 13,3  | 37,5                     | 14,7  | 36,3                  |
| Osalemine kursustel  | 12,2                    | 10,9                    | -11                            | 9,5   | 52,4                     | 10,5  | 46,6                  |
| Osalemine klubilises tegevuses                             | 30,7                    | 29,8                    | -3                             | 11,1  | 35,7                     | 12,1  | 33,6                  |
| Osalemine poliitilises tegevuses                           | 6,3                     | 6,8                     | 9                              | 13,0  | 51,7                     | 10,9  | 55,6                  |
| Mängude mängimine  | 31,1                    | 31,9                    | 2                              | 14,0  | 36,4                     | 16,5  | 37,9                  |
| Kokku, kellel on üks või mitu tegevust                     | 63,2                    | 58,9                    | -7                             | 31,8  | 23,6                     | 31,5  | 18,0                  |
| Kokku, välja arvatud mängud                                | 51,6                    | 45,5                    | -12                            | 28,7  | 29,6                     | 26,7  | 20,3                  |

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Kursustest osavõtjate arv on langenud Eestis 1,3 protsendipunkti, täpselt nagu SHARE teistes riikideski. Neist, kes 4. laine ajal Eestis kursustel käisid, enam kui pooled (55,9%) ei tee seda 5. laine ajal, samas on pooled neist, kes 4. laines kursustel käimist ei nimetanud, teinud seda 5. laines. Seega ka kursustest osavõtmine pigem ei ole regulaarne tegevus.

Kõige suurem muutus kõikide tegevusliikide seas kahe laine vahelisel ajal on toimunud klubilises tegevuses (osalejate arv vähenenud 2,4 protsendipunkti). Samas on klubiline tegevus see tegevusliik, kus on kõige vähem olnud loobujaid ning languse osavõtjate arvus loob asjaolu, et klubilises tegevuses on madal uute liitujate osakaal.

Kokkuvõttes oli 4. laines vähemalt ühe kogukondliku tegevusega seotud ligikaudu 40% inimestest vanuses 55+, kuid 5. laines on see näitaja langenud 36%-le ning ligikaudu 40% neist, kellel 4. laines oli vähemalt üks tegevus, on 5. laine ajaks muutunud kogukondlikult passiivseks. Kui vaadelda kogukondlikke tegevusi mängude mängimist arvestamata, siis on näha, et just mängijad moodustasid märgatava osa 5. laine tegevuses osalejatest.

Kes on need, kes kahe aasta jooksul loobusid kogukondlikest tegevustest ehk 42% neist, kes olid 4. laine ajal aktiivsed, kuid 5. laines passiivsed?

Regressioonanalüüs nende tunnuste alusel, mis kahe laine vahelisel ajal tõenäoliselt inimesel ei muutunud (tabel 10), näitab, et kogukondlikest tegevustest loobumist mõjutab oluliselt kodune keel – loobujate seas on pigem just vene kodukeelega inimesed. Kogukondlikust tegevusest loobujate hulka kuulub rohkem noorema vanusrühma esindajaid. Keskmisel ja vanemal vanusrühmal on väiksem tõenäosus jääda eemale kogukondlikust tegevusest, kui nad on sellega juba liitunud, seos ei ole aga statistiliselt oluline. Samuti on madalama haridusega inimestel väiksem tõenäosus kaotada kogukondlik tegevus, kui nad on sellesse juba haaratud, kuid ka see seos ei ole statistiliselt oluline.

**Tabel 10.** Kogukondlikest tegevustest loobumise šansisuhted (OR) 55+rahvastikus sotsiaal-demograafiliste tunnuste järgi

|                    | Šansisuhe | St. viga | z     | P>z   | [95% konf. intervall] |          |
|--------------------|-----------|----------|-------|-------|-----------------------|----------|
| <b>Vanus</b>       |           |          |       |       |                       |          |
| 65–74              | .901152   | .08744   | -1.07 | 0.283 | .7450832              | 1.089912 |
| 75+                | .7972925  | .0871139 | -2.07 | 0.038 | .6435962              | .9876926 |
| <b>Haridus</b>     |           |          |       |       |                       |          |
| alg                | .7137434  | .0857108 | -2.81 | 0.005 | .564059               | .9031496 |
| kesk               | .9319786  | .0982607 | -0.67 | 0.504 | .7579871              | 1.145909 |
| <b>Sugu</b>        |           |          |       |       |                       |          |
| mees               | 1.115745  | .0947509 | 1.29  | 0.197 | .9446688              | 1.317803 |
| <b>Kodune keel</b> |           |          |       |       |                       |          |
| vene               | .6326618  | .0568786 | -5.09 | 0.000 | .5304514              | .7545668 |

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Regressioonanalüüs nende tunnuste alusel, mis kahe laine vahelisel ajal võisid inimesel muutuda (partnerluse muutus, tööhõive muutus, elukohatüübi muutus, tegevuspiirangu muutus) näitab, et muutused tegevustest loobumise tõenäosust oluliselt ei mõjuta.

## 6. ARUTELU

Eesti 55+ elanikkonna internetikasutuse näitajad on väga madalad, sealjuures ka vanusrühmas 55–64, kelle oodatav eluiga on keskmiselt 18–25 aastat, on regulaarseid kasutajaid vaid 57%. SHARE andmed osutasid, et peamine mittekasutamise põhjus on oskuste puudumine. Eesti andmete võrdlus teiste riikidega näitas ka heade ja väga heade oskustega inimeste suhteliselt väiksemat osakaalu. Arvuti- ja internetioskuste puudumisele või liiga vähestele oskustele kui ühele probleemile, mis on iseloomulik just Eestile, osutab ka Euroopa digitaalse tegevuskava 2013. aasta tulemuste dokument (European Commission 2013). See dokument annab üldise ülevaate kogu täiskasvanud elanikkonnast, SHARE andmed näitavad, et probleemi süda asub vanemas tööeas inimeste sihtrühmas, rohkem meeste kui naiste seas, ning tuleneb ennekõike arvutiõppe väliste tingimuste puudumisest.

Kui arvuti- ja internetikasutus oleks tavaline huvitegevus nagu näiteks kudumine või kalastamine, milles osalemine sõltub vaid inimese isiklikest eelistustest, kirjeldaksid internetikasutuse tagasihoidlikud näitajad eestimaalaste kultuurilist eripära. Ent nagu osutasime teoreetilises osas, on iseäranis vanemate ühiskonnaliikmete jaoks arvutioskuste õpe ja internetikasutus seotud inimese subjektiivse heaolu ning elukvaliteediga. SHARE andmed kinnitavad ka internetikasutuse võimalikku positiivset mõju vanema inimese kognitiivsetele võimetele.

Ligikaudu kolme viiendiku kodanike eemalolek veebimaailmast tähendab Eestile, kes määratleb ennast infoühiskonnana, arengutakistust. Sellises olukorras on raske ellu viia ka neid innovaatilisi plaane, mis on otseselt seotud vanemaealiste enda heaoluga, nagu näiteks e-tervise strateegia meede 2.4 „Inimeste võimestamine tehnoloogia abil“ (Riigikantselei 2015).

„Eesti elukestva õppe strateegias 2020“ on info- ja telekommunikatsiooni (IKT) kasutamise oskuste tõstmise vajadus eesmärgiks seatud kuni 74-aastaste seas (Haridus- ja Teadusministeerium 2014; Sotsiaalministeerium 2015a). Arvestades e-riigi teenuste ja elektrooniliste kommertskanalite pidevat arengut ning oodatava eluea kasvu, ei ole mõistlik IKT oskuste parandamisel vanuspiiri tõmmata. Laiemalt – ülemist vanuspiiri pole õige tõmmata mistahes ameti- või eluoskuste õppimisel, sest ühelt poolt toimib piirina kõrgemas eas inimese enda võimete ja vajaduste tunnetus ning teiselt poolt on kronoloogilise vanuse alusel õppimisvõimaluste piiramine vanuselise kaudse diskrimineerimise väljendus.

„Eesti elukestva õppe strateegia 2020“ tulevastes rakendussätetes on oluline tähelepanu suunata sellele, milliste meetoditega arvutikasutajate arvu tõsta. Innovatsioon peaks toetuma tõsiasjale, et vanemas eas õppija eelistab arvutioskusi omandada mitte kursustel, vaid individuaalse pideva instrueerimise toel. Teine oluline nüanss on vajaduse tekitamine. Käesolevas analüüsis nägime, et inimestest, kes on aktiivsest tööelust väljas ja kelle viimasel töökohal ei olnud arvutioskuseid nõutud, pole 85% saanud ka hiljem arvutikasutajaks. Ka dokument *European Digital Agenda Scoreboard 2013* käsitleb sama teemat, osutades et kuigi interneti mittekasutamise ühe peamise põhjusena sõnastavad inimesed argumendi „mul ei ole vaja“, võib tegemist olla varipõhjendusega, mille taga peitub väga erinevaid tegelikke põhjusi (European Commission 2013). Argument „mul ei ole vaja“ osutab, et inimene ei oska interneti kasutamise eeliseid enda jaoks ise määratleda ning selgitust peab personaalselt pakkuma inimene, kes talle internetioskuseid õpetab. SHARE andmete analüüs osutab ka vajadusele pidada arvutioskuste õpetamisel silmas vanuse alusel määratletud rahvastikurühmade sisemisi erinevusi. Näiteks suhtlusega seotud arvutifunktsionaalsused (Skype, e-mail), mida tavapäraselt arvutiõppes käsitletakse (vt nt „Noorelt seeniorile“, Tartu Rahvaülikooli projekt „Aktiivse vananemise toetamine“), ei pruugi olla atraktiivsed 65+ vanusrühma tööga mittehõivatud meestele, kellel on madalam haridustase.

Tööelu lõpetanud vanema inimese jaoks saavad internetioskuste personaalsed õpetajad olla kas tema lähivõrgustiku liikmed või inimesed, kellega ta puutub kokku vaba aja tegevustes. Nägime, et kogukondlikes tegevustes osalemise aktiivsus Eesti pensionieas inimeste seas on madal. Samal ajal ei leidnud kinnitust ka seos, et sotsiaalvõrgustiku suurus suurendaks internetikasutuse tõenäosust. Seega, tööturult väljas oleva inimese lähedased tema arvutioskuste arenguga pigem seotud ei ole ning internetikasutuse levikus peavad võtma rolli kogukonnaliikmed, kes ei kuulu inimese lähiringkonda. Kogukonnakontseptsioon vanema inimese arengu toetajana ei ole aga kooskõlas praeguse riikliku süsteemiga, mis on üles ehitatud perekondlikule toetusmudelile. SHARE tulemused osutavad kogukondliku toetusmudeli arendamise vajadusele.

Erinevates vaba aja tegevustes osaleb Eestis vaid iga viies inimene vanuses 65+, mis on SHARE riikide seas üks kolmest kõige madalamast tulemusest. Samuti paistab Eesti välja sellega, et inimesed, kes pole tööga hõivatud, on ka kogukondlikult vähemtegasad. „Kukkumine“ aktiivsuse näitajates pensioniea piiril on Eestis teiste riikidega võrreldes kõige järsem. Lisaks on kahe laine vahelisel perioodil Eestis kõikides tegevusliikides näha tegelejate arvu vähenemist. Ka tegevustes osalemise sagedus on Eestis madal. Viimane tulemus ühildub sotsiaalministeeriumi statistikaga päevakeskuste ja sotsiaalkeskuste kohta, mis näitab, et keskuste kõige osavõturohkem tegevusvorm on ühekordsed üritused (Sotsiaalministeerium 2014). Vanemaealiste sotsiaalses kaasatuses puudub regulaarsus ja jätkusuutlikkus.

Kahe laine vahelised muutused näitasid, et kogukondlikust tegevusest loobumise risk on pigem noorematel osalejatel. Otsest põhjust sellele huvitavale nähtusele analüüsis ei selgunud ja kahjuks ei saa me SHARE andmestikust infot ka sotsiaalse aktiivsuse otseste takistuste kohta. Klubilist tegevust iseloomustas osalemise suhteline stabiilsus – vähem oli nii loobujaid kui juurdetulijaid. Seega on klubi tegevusliik, kuhu on raskem „sisse pääseda“, aga kust on ka raskem „välja kukkuda“. Saadud kahe tulemuse alusel püstitame hüpoteesi, et vanemate inimeste klubid ei tegele piisavalt uute liikmete kaasamisega ning üldiselt võib vanemate inimeste kogukondlikku tegevust ohustada sisuline stagneerumine.

Kursustel osalemine ja iseäranis vabatahtlik tegevus on Eesti väga madala osavõtu ning heitliku osavõtjaskonnaga, mis tähendab, et inimeste isiklik initsiatiiv ei tööta ning valdkonnas puudub ka strateegiline lähenemine. Õppimise väga madalad näitajad ühilduvad otseselt arvutioskuste madala tasemega vaadeldavas sihtgrupis.

Võrreldes teiste SHARE riikidega on vabatahtlik tegevus Eestis 55+ vanusrühmas vähelevinud valdkond. Samas, nii nagu õppimine vanemas eas, on ka vabatahtlikus töös osalemine seotud inimese parema füüsilise ja vaimse tervisega (Principi *et al.* 2012). Eesti kodanikuühiskonna arengu kontseptsiooni kohaselt on vabatahtliku tegevuses osalemine kodanikuks olemise üks tunnus (Riigikogu 2002), millest, nagu näitavad SHARE tulemused, on suurem osa vanemas eas kodanikke ilma jäetud.

USA uuringud näitavad, et kõrgema haridusega vanemaealised osalevad rohkemates organisatsioonides, madalama haridusega inimesed panustavad vabatahtlikku töösse aga rohkem aega (Principi *et al.* 2012), seega on vabatahtlik tegevus võimalus ka madalama haridusega inimeste jaoks, kes SHARE praeguste andmete põhjal pigem tegevustesse kaasatud ei ole. Vabatahtliku töö laiendamise eesmärk vanemaealiste sihtgrupile ei ole vastuolus ka töövõime strateegias püstitatud eesmärkidega, sest võimalus teha palgatööd osalise tööajaga võib isegi suurendada vabatahtlikus töös osalemist vanemas eas (*ibid.*).

Teiste maade kogemused kinnitavad, et pikaajaliste poliitikameetmeteta ning investeringuteta vanemate inimeste vabatahtlikku töö osalust ei ole võimalik suurendada (*ibid.*). Lisaks on maailmas näha trendi, et organisatsioonid liiguvad heategevuse tüüpi tegevustelt sotsiaalse ettevõtluse tüüpi tegevustele, mis tähendab, et vähemaks jääb ülesandeid, mida saab täita ilma spetsiaalse ettevalmistuseta. Vabatahtliku tegevuse arendamine peab sisaldama ka vastava väljaõppe pakkumist vanematele kogukonnaliikmetele.

Kursustest osavõtt, osalemine poliitilises või kogukondlikus juhtimises, aga ka puudulikud või puuduvad arvutioskused on sotsiaalse ilmajätuse indeksi komponendid. Viimase järgi on Eesti koos Itaalia ja Iisraeliga kõige suurema sotsiaalse ilmajätusega riike SHARE-s (Myck, Najsztub & Oczkowska 2015). Eesti vajab vanemaealiste sotsiaalse kaasatuse parandamiseks strateegilist lähenemist, mille alusel tõsta nii osutatavate tugiteenuste professionaalset taset kui sihtgrupi teadlikkust ning mille abil suurendada osavõtivate inimeste arvu ja osavõtu stabiilsust.

## 7. SOOVITUSED

- Luua kogukondades vanemate inimeste internetioskuste arendamise tegevuskava, mis võtab muuhulgas arvesse sihtgrupi madalat isiklikku initsiatiivi ja nende vajadust väliste motivaatorite järele, mis arvestab õppijate võimalikke soolisi eripärasid ja mis kaasab individuaalsete konsultantidena kõiki vabatahlikke kogukonnaliikmeid.
- Ettevõtetes populaarsust koguva sotsiaalse ettevõtluse idee raames võiksid Eesti ettevõtjad sõlmida järgmise ühiskondliku kokkuleppe: ühestki ettevõttest ega ametiasutusest ei lahku pensioniea ületanud töötaja ilma, et ta oleks omandanud arvuti aluskused.
- Liikuda perekeskselt toetusmudelilt üle kogukondlikule toetusmudelile, kus vanemas eas kogukonnaliikme arengut ja kaasatust oskaksid ja teaksid toetada kogukonnaliikmed.
- Kogukondade erilise tähelepanu all peavad olema äsja tööhõivest lahkunud inimesed, kellele on tarvis pakkuda konsultatsiooni ja osutada tugitegevusi, et nad oleksid võimelised säilitama sotsiaalselt aktiivse elustiili.
- Arendada välja vanemaealiste inimeste vabatahtliku tegevuse süsteem ning selle toetusskeemid.
- Uurida võimalusi, kuidas tõsta 65+ vanuses tegevuspiirangutega inimeste ning vene kodukeelega inimeste osalemismäärasid sotsiaalsetes ja arendavates ettevõtmistes.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Adam, S., Bonsang, E., Germain, S., Perelman, S. (2007). Retraite, activités non professionnelles et vieillissement cognitif. Une exploration à partir des données de SHARE. *Économie et Statistique*, 403–404: 83–96. <https://ideas.repec.org/a/crs/ecosta/es403-404e.html#biblio> (vaadatud 05.11.2014).
- Aichberger, M. C., Busch, M. A., Reischies, F. M., Ströhle, A., Heinz, A., Rapp, M. A. (2010). Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up. Longitudinal results from the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE). *The Journal of Gerontopsychology & Geriatric Psychiatry*, 23,1:7–15. doi: 10.1024/1662-9647/a000003.
- Bonsang, E., Adam, S., Perelman, S. (2012). Does retirement affect cognitive functioning. *Journal of Health Economics*, 31:490–501. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.03.005.
- Chaffin, A. J. & Harlow, S. D. (2005). Cognitive learning applied to older adult learners and technology. *Educational Gerontology*, 31: 301–29.
- Cohen, G. D. (2006). *The Mature Mind: The Positive Power of the Aging Brain*. Basic Books, New York.
- Croezen, S., Avendano, M., Burdorf, A., Lenthe, F. J. (2013). Does social participation decrease depressive symptoms in old age? In: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (eds) *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*. DE GRUYTER, 391–402.
- European Commission (2012). *Digital Agenda Scoreboard 2012*. [https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/scoreboard\\_digital\\_skills.pdf](https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/scoreboard_digital_skills.pdf) (vaadatud 16.11.2015).

- European Commission (2013). *Digital Agenda Scoreboard 2013*. <https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/DAE%20SCOREBOARD%202013%20-%203-INTERNET%20USE%20AND%20SKILLS.pdf> (vaadatud 16.11.2015).
- Findsen, B. (2006). Active citizenship and the third age of learning: economic and social dimensions. In Duke, C., Doyle, L. & Wilson, B. *Making knowledge work. Sustaining learning communities and regions*. NIACE, 167–80.
- Haridus- ja Teadusministeerium (2014). *Eesti elukestva õppe strateegia 2020*. <https://www.hm.ee/sites/default/files/strateegia2020.pdf> (vaadatud 02.01.2015)
- Jarvis, P. (2001). *Learning in laterlife: an introduction for educators & carers*. London: Kogan Page.
- Jenkins, A., Mostafa T. (2012). Learning and wellbeing trajectories among older adults in England. *BIS Research Paper No 92*. Institute of Education, University of London.
- Livingstone, D. W. & Scholtz, A. (2006). *Work and Lifelong Learning in Canada: Basic Findings of the 2004 WALL Survey Research Network on Work and Lifelong Learning (WALL)*: Ontario Institute for Studies in Education at the University of Toronto.
- Maderer, P., Skiba, A. (2006). Integrative Geragogy: Part 1: Theory and Practice of a Basic Model. *Educational Gerontology*, 32:125–45.
- McNair, S. (2009b). *Older People's learning: an action plan*. A NIACE policy Paper.
- McNair, S. (2012). *Older People's Learning in 2012: A Survey*. NIACE. <http://shop.niace.org.uk/older-peoples-learning-2012.html> (vaadatud 16.11.2015).
- Morris, A. E., Goodman, J. E. & Brading, H. E. (2006). Internet use and non-use: views of older users. *Universal Access in the Information Society*, 6:43–57, Springer-Verlag. DOI 10.1007/s10209-006-0057-5.
- Myck, M., Najsztub, M. & Oczkowska, M. (2015). Measuring social deprivation and social exclusion. In Börsch-Supan, A. (Ed.), Kneip, T. (Ed.), Litwin, H. (Ed.), *et al.* (2015). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin, Boston: De Gruyter, 67–78. <http://www.degruyter.com/viewbooktoc/product/462442> (vaadatud 16.11.2015).
- Naumanen, M. & Tukiainen, M. (2010). Practices in Old Age ICT Education. In: Spector, M., Ifenthaler, D., Isaias, P. Kinshuk, Sampson, D. (Eds.) *Learning and instruction in the digital age*. Springer, 273–288.
- Noorelt Seniorile (2013). <http://www.geengee.eu/geengee/> (vaadatud 02.01.2015)
- Principi, A., Chiatti, C., Lamura, G. & Frerichs, F. (2012). The engagement of older people in civil society organizations. *Educational Gerontology*, 38,2: 83–106.
- Pruulmann-Vengerfeldt, P. & Kalvet, T. (2008). *Infokihistumine: interneti mittekasutajad, vähekasutajad ning hiljuti kasutama hakanud*. Tallinn: Praxis, 26–81. [http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Toimetised/toimetised\\_41\\_2008.pdf](http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Toimetised/toimetised_41_2008.pdf) (vaadatud 16.11.2015).
- Riigikantselei (2015). *Eesti e-tervise strateegiline arenguplaan 2020*. [http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Eesti\\_e\\_tervise\\_strateegia/e-tervise\\_strateegia\\_2020.pdf](http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Eesti_e_tervise_strateegia/e-tervise_strateegia_2020.pdf) (vaadatud 02.01.2015)
- Riigikogu (2002). *Eesti kodanikuühiskonna arengu kontseptsioon*. Riigikogu otsus 12. detsembril 2002. <http://www.ngo.ee/ekak-tekst> (vaadatud 19.11.2015).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or Is it. happiness is everything, or Is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology* 57,6:1069–81.



Selwyn, N., Gorard, S. & Furlong, J. (2006). *Adult learning in digital age. Information Technology and the Learning Society*. Routledge.

Siegrist, J., Wahrendorf, M. (2009). Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: Findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, 19,4 317–26. doi: 10.1177/1350506809341513.

Sotsiaalministeerium (2013). *Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020*. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena\\_vananemise\\_arengukava\\_2013-2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf) (vaadatud 20.11.15)

Sotsiaalministeerium (2014). *Päevakeskuste statistika*. [www.sm.ee/sinule/eakale/paevakeskused.html](http://www.sm.ee/sinule/eakale/paevakeskused.html) (vaadatud 08.03.2014).

Sotsiaalministeerium (2015). *Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava aastateks 2016–2023 koostamise ettepanek*. [https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/sotsiaalse\\_turvalisuse\\_arengukava\\_koostamise\\_ettepanek.pdf](https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/sotsiaalse_turvalisuse_arengukava_koostamise_ettepanek.pdf)

Tartu Rahvapäikooli (2015) projekt „Aktiivse vananemise toetamine“. <http://www.rahvapäikool.ee/node/614> (vaadatud 02.01.2016).

UNESCO (1996). *Learning: The Treasure Within*. The Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-First Century. <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590eo.pdf> (vaadatud 01.11.15)

EESTIS OSUTAVAD  
SOTSIAALTEENUSEID EAKATELE  
NII AVALIKU, MITTETULUNDUS-  
KUI KA ERASEKTORI  
ORGANISATSIOONID.  
SAMAS KUULUB EESTI  
OMA SOTSIAALSÜSTEEMI  
KORRALDUSELT NENDE  
RIIKIDE HULKA, KUS VASTUTUS  
VANEMAEALISTE HOOLDUSE  
EEST ON JÄETUD ENNEKÕIKE  
PEREKONDADE ÕLULE.

# SOTSIAAL- TEENUSED

## JA MITTEFORMAALNE ABI 55+ RAHVASTIKUS

Tiina Tambaum

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

Marju Medar

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituut*

Kersti Kriisk

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituut*

---

### 1. SISSEJUHATUS

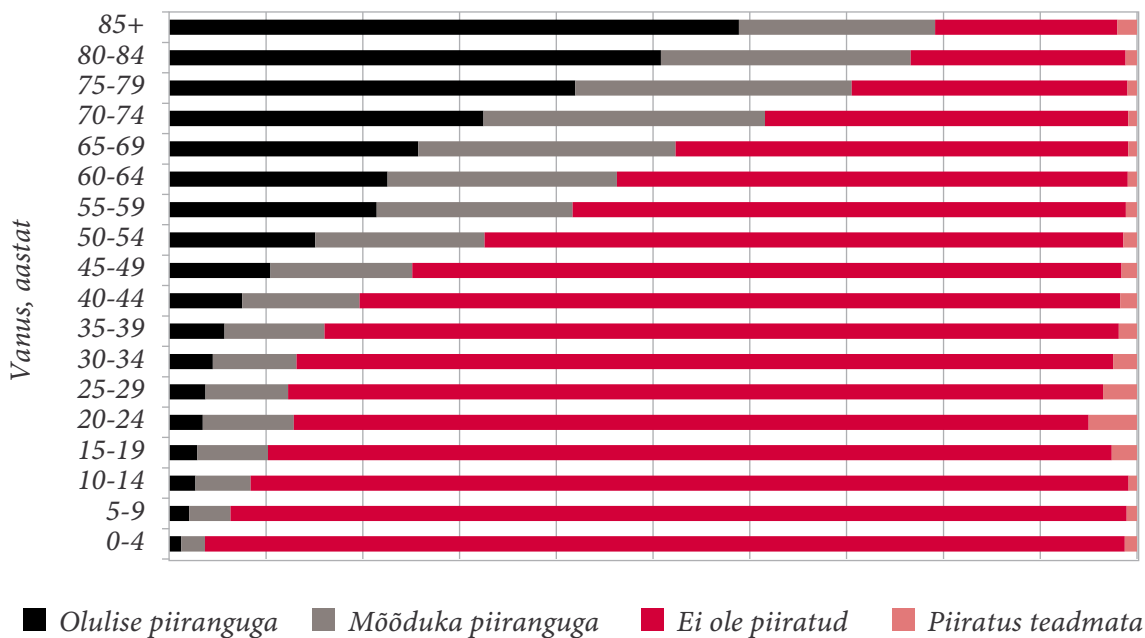
Ühiskonna muutuste analüüsimisel 21. sajandil on rõhuasetus eelkõige demograafilistel muutustel. Eakate osakaal ületab järk-järgult nooremat elanikkonda ja eakate osakaalus suureneb vanemate eakate osakaal. Need muutused mõjutavad kõiki aspekte inimese elus – leibkonna koosseisu, perekonna elutingimusi ja sotsiaalset toetust, samuti eakate majandusaktiivsust, tööhõivet ja sotsiaalkindlustust (Bond *et al.* 2007; Kasepalu 2013). Nimetatud põhjustel on eakatele suunatud sotsiaalteenuste vajaduse ning eakate toimetuleku ja elukvaliteedi uurimine üheks peamiseks teemaks teadlaste jaoks üle kogu maailma, et anda sisend riikide poliitikameetmete kujundamiseks.

2011 oli Eesti kogurahvastik 1 340 194 inimest, kellest 229 600 on vanemad kui 65 aastat (s.o 17% rahvastikust, kellest 32% moodustasid mehed ja 68% naised) (Statistikaamet 2015). Prognoosi kohaselt kasvab 2040. aastaks väga vanade inimeste osakaal Eesti ühiskonnas kiiresti ja sellega seoses tõstatuvad eakate elukvaliteedi küsimused ühiskonnas üha olulisemaks (Ageing World 2009; Laidmäe, Hansson, Tulva, Lausvee & Kasepalu 2010).

Eesti eakate osakaal rahvastikust on Euroopa riikide kontekstis üle keskmise ja see tähendab, et peaksime vananeva ühiskonna probleemidega intensiivselt tegelema, et

tagada ühiskonna jätkusuutlikkus, aga ka eakate õigeaegne ja vajaduspõhine toetamine (Puur, Sakkeus, Tammaru 2013: 13–26).

Eesti rahvastiku tervis on üks Euroopa halvimaid, mis tähendab, et suur hulk rahvastikust on oluliste ja mõõdukate tegevuspiirangutega, mis takistab neid toime tulemast nii igapäeva- kui tööelus. Jooniselt 1 näeme, et tegevuspiirangutega inimeste hulgas on oluliselt suurem vanemaaliste esindatus, kus viimase rahvaloenduse andmeil 50+ rahvastikust rohkem kui 50% oli oma igapäevategevustes piiratud. Vanuse kasvades suureneb just oluliste tegevuspiirangutega inimeste osakaal, mis üle 75-aastaste inimeste puhul läheneb juba 50%-le ning 85+ rahvastiku hulgas on tegevuspiirangutega inimesi kokku ligi 80% (REL 2011).



**Joonis 1.** Rahvastik tegevuspiirangu olemasolu ja vanuse järgi, 2011

Allikas: Rahvaloendusandmed 2011 (Statistikaamet)

Vanemaaliste toetamine sotsiaalteenustega on nende igapäevaeluga toimetuleku tagamisel olulisel kohal ja praktiliselt tekib vajadus erinevate hooldusteenuste, sh koduhoolduse ja omastehoolduse järele varem või hiljem suurel osal perekondadest. Eakate osakaalu kasv ühiskonnas seab kõnealusele sihtgrupile suunatud senised sotsiaalhoolekandeteenused tugeva surve alla ning võib prognoosida, et tulevikus kasvavad oluliselt nii vajadus kui ka kulutused eakatele suunatud sotsiaalteenustele (OECD 2005, Pickard *et al.* 2007).

Käesolevas artiklis analüüsitakse **Eesti vanemaaliste** sotsiaalteenuste kasutamist ja mitteformaalse abi saamist ning hinnatakse sotsiaalteenuste saamist piirangutest tulenevate vajaduste alusel SHARE uuringu 5. laine andmete alusel.

## 2. EESTI EAKATE HOOLEKANDE TAUST

**Integreeritud eakate hooldus Eestis.** Eesti eakate poliitika alused, mille valitsus kinnitas 1999. aastal, keskendub järgmistele valdkondadele: perekond ja keskkond; tervishoid ja heaolu; tööelu ja toimetulek; haridus, kultuur ja sport; valitsusvälised organisatsioonid ja eneseabi; piirkondlik ja rahvusvaheline koostöö (Eesti vanuripoliitika alused 1999). Eakate poliitika arendamisel Eestis on võetud arvesse rahvusvaheliselt tunnustatud põhimõtteid: Madridi rahvusvaheline vananemise tegevuskava 2002 (*Madrid International Plan of Action on Ageing 2002*); muudetud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta; ÜRO eakate põhimõtted (ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu... 2002) ning Euroopa Liidu Nõukogu sotsiaalküsimuste töörühma soovitusel aktiivse vananemise toetamiseks liikmesriikides (Euroopa Liidu Nõukogu 2010).

Eesti Vabariik on ratifitseerinud Euroopa sotsiaalharta (<https://www.riigiteataja.ee/akt/78197>, Euroopa sotsiaalharta 2000) artikli 14 ja võtnud vastavalt sellele endale kohustuse tagada eakatele ja puudega inimestele võimalused sotsiaalse õiguse realiseerimiseks – kasutada sotsiaalhoolekande teenuseid. Eakate majanduslikku toimetulekut ja heaolu laiemas tähenduses hõlmab harta artikkel 23, mille eesmärk on mh „võimaldada vanuritel jääda võimalikult kauaks ühiskonna täieõiguslikeks liikmeteks, tagades neile: piisavad vahendid, mis võimaldavad neil jätkata inimväärset elu ning osaleda aktiivselt avalikus, sotsiaal- ja kultuurielus ning informatsiooni vanuritele mõeldud teenuste ja vahendite ning nende kasutamise võimaluste kohta“. Kuid artiklit 23 ei ole Eesti seni ratifitseerinud.

Lähtuvalt Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee seisukohtadest (Principles for effective 2015) on hoolekandeteenuste peamine ülesanne toetada ühiskonnas enam haavatavaid grupe (sh eakad ja puuetega inimesed) nende tavapärasel elukeskkonnas ning tööhõives. Samuti peab komitee oluliseks riikide rolli edendada eelisjärjekorras inimese vajadusest lähtuvaid toetavaid teenuseid materiaalse (rahalise) abi pakkumise asemel.

Eeltoodud põhimõtteid aluseks võttes on oluline püstitada eakate poliitikas küsimused horisontaalselt, st eakate poliitika peab olema rohkem integreeritud teiste poliitikatega nii, et eakate huve ja vajadusi võetakse arvesse erinevate poliitikate ja dokumentide arendamisel (Euroopa Liidu Nõukogu 2010). Eakad on oluline ressurss vananevas ühiskonnas. Lisaks muudele eesmärkidele on aktiivse vananemise arengukavas 2013–2020 (Aktiivse vananemise... 2013) olulisel kohal tervena elatud elu pikendamine ja vanemaaliste toimetuleku parandamine. Selleks on oluline sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreeritus, kättesaadavus ning kvaliteet.

### 3. SOTSIAALTEENUSTE KORRALDUS JA KASUTAMINE EESTIS

Eestis osutavad sotsiaalteenuseid eakatele nii avaliku, mittetulundus- kui ka erasektori organisatsioonid. Samas kuulub Eesti oma sotsiaalsüsteemi korralduselt nende riikide hulka, kus vastutus vanemaealiste hoolduse eest on jäetud ennekõike perekondade õlule (Verbeek-Odjik *et al.* 2014). Perekond valib hoolduse tagamiseks sobiva institutsiooni, sh hooldekodu, pansionaadi, päevakeskuse jmt või siis võtab vastutuse hoolduse eest endale. Hoolduse kvaliteedi tagamine sõltub peamiselt hooldajast, tema oskustest, teadmistest ja hoiakutest inimese suhtes, kes vajab hoolitsust. Riik pakub hooldustöötajatele mitmekülgset kutsealast ja täienduskoolitust (Vabariigi Valitsus tegevusprogramm... 2011), kuid kodusel hooldamisel on omastehooldajad sageli väljaõppeta.

2011. aastal kinnitas Vabariigi Valitsus tegevusprogrammi aastateks 2011–2015, mis suunas arendama eakatele ja erivajadusega inimestele paremaid hooldusravi ja koduõenduse võimalusi baseerudes isikute individuaalsetel vajadustel, ning tagama vajadusel hooldusravi voodikohti (Vabariigi Valitsus tegevusprogramm... 2011). Selles kontseptsioonis haakuvad tervishoiu- ja sotsiaalteenused ning eesmärk on tagada eakale inimesele toetus tema igapäevaeluga toimetulekuks kodus nii kaua, kui see on võimalik. Õendusabi ja hoolduse korraldamisel on olulisel kohal vajaduste hindamine ja teabevahetus tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkondade vahel (Tulva, Tammsaar, Laidmäe, Saar 2013).

Eestis on vaid väike osa hoolekandeteenustest riiklikult tagatud: erihoolekanne isikutele, kellel on rasked ja pikaajalised psüühilised erivajadused, abivahendid, mida saab soetada soodushinnaga ning rehabilitatsiooniteenused puuetega inimestele. Neile lisanduvad kohalike omavalitsuste (KOV) pakutavad teenused. Samas näitavad KOV-de osutatavate teenuste statistika ja mitu uuringut, et teenuste arendamine ja uute teenuste väljatöötamine käib paljudele omavalitsustele üle jõu rahaliste vahendite ja kompetentsi nappuse tõttu (Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused...2013; Riigikontroll 2012; 2014).

Toetudes ühelt poolt ratifitseeritud sotsiaalharta artiklile 14 on igal eakal ja puudega inimesel õigus majanduslikule toimetulekule ja healolule. Samas on Eestis eakate ja puuetega inimeste eest hoolitsemine reeglina tema perekonnaliikmete mure. Alles perekonnaliikmete puudumisel on võimalus saada tuge riigilt ja/või omavalitsuselt.

Abi saamiseks tuleb inimesel pöörduda kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole, kelle ülesandeks on anda isikule teavet tema sotsiaalsetest õigustest ja abistada konkreetsete probleemide lahendamisel. Lisaks on eakatel ja puudega inimesel vastavalt kohaliku omavalitsuse korralduse seadusele ja sotsiaalhoolekande seadusele võimalik saada järgmisi sotsiaalteenuseid. (RT I, 30.12.2015, 5; RT, I, 1993, 37, 558): abi abivahendite soetamisel, väljaspool isiku kodu osutatav üldhooldusteenus, isikliku abistaja- ja tugi-isikuteenus, sotsiaaltranspordi- ja koduteenus, täisealise isiku hooldamise ja õendusabi teenus, varjupaiga- ja turvakoduteenus ning eluruumi tagamise teenus, sh eluaseme kohandamine.

Valla- või linnavalitsus võib lisaks eeltoodud teenustele osutada eakatele ja puudega inimestele täiendavaid sotsiaalteenuseid, lähtudes inimeste vajadustest ja omavalitsuste võimalustest. Sellised teenused on tavaliselt küttepuude või toidu kojutoomine, abi maja-pidamistöodes ja koristusteenused, sauna kasutamise teenused jmt. On teada, et regiooni erinevad eakatele ja puudega inimestele osutatavad teenused omavalitsuste lõikes nii kättesaadavuse kui teenuse kvaliteedi ja hinna osas (Medar, Tulva 2016).

Sotsiaalministeeriumi andmed näitavad, et nende KOV-de arvu kasv, kus osutatakse teenuseid vanemaelastele, on olnud väga aeglane, arvestades ühiskonna vananemise protsessi kiirust (tabel 1). Aastal 2013 osutas **isikliku abistaja teenust** 53 kohalikku omavalitsust (ehk vähem kui veerand omavalitsustest) ning **koduteenus** 181 kohalikku omavalitsust.

**Tabel 1.** Sotsiaalteenuseid osutavate kohalike omavalitsuste arv teenuste lõikes, 2009-2013

| Teenus                                   | Kohalike omavalitsusüksuste arv |      |      |      |      |
|--|---------------------------------|------|------|------|------|
|  | 2009                            | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Eluasemeteenus                           | 169                             | 178  | 183  | 180  | 183  |
| Koduteenus                               | 173                             | 176  | 177  | 178  | 181  |
| Puudega inimeste hooldamine <sup>1</sup> | 225                             | 219  | 220  | 219  | 218  |
| Isikliku abistaja teenus                 | 41                              | 41   | 50   | 53   | 53   |
| Tugiisiku teenus                         | 62                              | 66   | 79   | 89   | 94   |
| <b>%-des KOVide koguarvust:</b>          |                                 |      |      |      |      |
| Eluasemeteenus                           | 74,4                            | 78,8 | 81,0 | 79,6 | 81,0 |
| Koduteenus                               | 76,2                            | 77,9 | 78,3 | 78,8 | 80,1 |
| Puudega inimeste hooldamine <sup>1</sup> | 99,1                            | 96,9 | 97,3 | 96,9 | 96,5 |
| Isikliku abistaja teenus                 | 18,1                            | 18,1 | 22,1 | 23,5 | 23,5 |
| Tugiisiku teenus                         | 27,3                            | 29,2 | 35,0 | 39,4 | 41,6 |

Allikas: Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused...2013

<sup>1</sup>2010 - 2013. aastal need KOV-d, kus maksti toetust puudega inimeste hooldamise eest.

Eeltoodud tabelist näeme, et peamiseks kohaliku omavalitsuse poolt osutatavateks teenusteks on puuetega inimeste hooldamine, eluasemeteenused ja koduteenused (Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused...2013).

#### 4. METOODIKA

SHARE uuringuga kogutakse eelpool kirjeldatust erineva struktuuriga andmeid osutatavatest sotsiaalhoolekandeteenustest. Uuringus osalejale on esitatud küsimus: *kas viimase 12 kuu jooksul olete te saanud oma kodus ükskõik millist loetletud tasuta või tasulist teenust oma füüsiliste, vaimsete, emotsionaalsete või mäluprobleemide tõttu.*

Vastajal oli võimalik valida järgnevate vastuste vahel:

- **Abi isikuhooldusel** (*nt voodist tõusmisel või voodisse heitmisel, riietumisel, ülakeha pesemisel*);
- **Abi majapidamistöodes** (*nt koristamisel, triikimisel, söögitegemisel*);
- **Toidu kojutoomine** (*st valmistoidud, mida korraldab kohalik omavalitsus või eraettevõtte*);
- **Abi muudes tegevustes** (*nt ravimite doosidesse jagamine*);
- **Mitte ühtegi neist** [*teenustest*].

SHARE klassifikatsioonis võib toe majapidamistöodes, toidu kojukande ning isikuhoolduse liigitada tabelis 1 esitatud koduteenuse alla. Kuid teatud juhtudel saab isikuhoolduse liigitada ka isikliku abistaja teenuse või siis puudega inimeste hooldamise alla, mis on üks osa nendest teenustest. Täpsemalt määratletakse teenuse sisu lepingutes kliendi ja teenuseosutaja vahel.

Analüüsis on osa tulemusi esitatud ka nii, et toidu kojutoomise teenust ja abi majapidamistöodes on vaadeldud koos, üldnimetusega koduteenused. SHARE ankeedis tehakse ka kindlaks isikute **ADL** piirangud (Katz 1963, 1976) ehk piirangud, mis osutavad sellele, et inimene ei saa iseseisvalt hakkama igapäevaste hädavajalike tegevustega (nt söömine, tualetis käimine jmt) ning vajab abi isikuhooldusel. Samuti tehakse kindlaks **iADL** piirangud (Katz 1963, 1976) ehk instrumentaalsed piirangud (nt rahaasjade korrashoidmisel, toidu koju toomisel, helistamisel jne) ning vanemaealine võib vajada abi majapidamistöodes ja/või toidu koju toomisel.

Mõõdetakse ka mitteformaalset abi, mida pakuvad kas pereliikmed või inimesed väljastpoolt perekonda. Küsitakse, kas keegi vastaja leibkonnaliikmetest on viimase 12 kuu jooksul vastajat regulaarselt abistanud isikuhooldusel (söömisel, riietumisel, vannis või duši all käimisel, tualeti kasutamisel, voodist tõusmisel või voodisse heitmisel) ning kas keegi—pereliige väljastpoolt leibkonda või sõber või naaber—on vastajat või tema partnerit viimase 12 kuu jooksul aidanud isikuhoolduses või praktilistes majapidamistöodes.

Formaalsete teenuste kasutamist mõõdeti SHARE uuringus ainult 5. laines, mitteformaalse abi saamise küsimused on aga esitatud nii 4. kui 5. laines. Kui formaalsete teenuste kasutamise küsimustele vastati individuaalselt, siis mitteformaalse abi kasutamise kohta anti vastused leibkonna kohta.



## 5. TULEMUSED

### 5.1. TEENUSTE KASUTAMINE ADL PIIRANGUGA JA IADL PIIRANGUGA INIMESTE HULGAS

Eestis on rohkem kui teistes SHARE riikides nii ADL piiranguga kui iADL piiranguga inimesi. Eesti eristub ka sellega, et meil on 55+ vanusrühmas neid isikuid, kellel on korraga mõlemat tüüpi piirangud (mixADL) 15%, samas kui SHARE teistes riikides on vastav osakaal 9. Kõikides vaadeldavates riikides kokku keskmine ADL piirangute arv inimestel, kellel on vähemalt üks kuuest ADL piirangust, on 2,3; keskmine iADL piirangute arv seitsmest võimalikust on 2,5. Tabelis 2 on toodud analüüsis kasutatud rühmade suurused Eestis ja teistes SHARE riikides kokku ning tabelis 4 keskmine piirangute arv.

**Tabel 2.** Piirangutega isikud ja teenuste tarbimise maht, % vastajatest

|                     | Eesti | SHARE |
|---------------------|-------|-------|
| ADL                 | 19    | 12    |
| iADL                | 26    | 18    |
| mixADL              | 15    | 9     |
| 1 teenuse tarbijaid | 4     | 7     |
| 2 teenuse tarbijaid | 3     | 2     |
| 3 teenuse tarbijaid | 2     | 1     |
| 4 teenuse tarbijaid | 1     | 1     |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Tabelist 3 ja 4 on esitatud nende inimeste sotsiaalhoolekande teenuste tarbimine, kellel on vähemalt üks ADL või iADL piirang. Näeme, et toidu kojutoomise teenuse tarbimine on Eestis kõikides vaadeldavates rühmades kordades suurem kui SHARE teistes maades.

Eestis inimestest, kellel on ADL piirang ehk abivajadus isikuhoolduses, ja kes saavad kahte teenust, vaid 39 protsendil on üheks selleks teenuseks isikuhooldus (tabel 4). SHARE teistes riikides on vastav osa 78%. Eestis isikuhoolduse teenus tuleb pigem juurde kolmanda teenusena, SHARE teistes riikides teise teenusena.

SHARE teistes riikides kasutatakse esimese teenusena rohkem tuge majapidamistöodes, Eestis jaguneb esimene teenus kolme teenusetüübi vahel ühtlaselt. Eestis pakutakse muid teenuseid (nt abi tablettide võtmisel) kolmanda teenusena oluliselt vähem, kui seda teevad SHARE teised riigid. Eesti teenuste struktuuri erinevus võrreldes teiste SHARE riikidega on toodud joonisel 2.

**Tabel 3.** SHARE riikide rahvastiku iseloomustus ADL ja iADL piirangute järgi

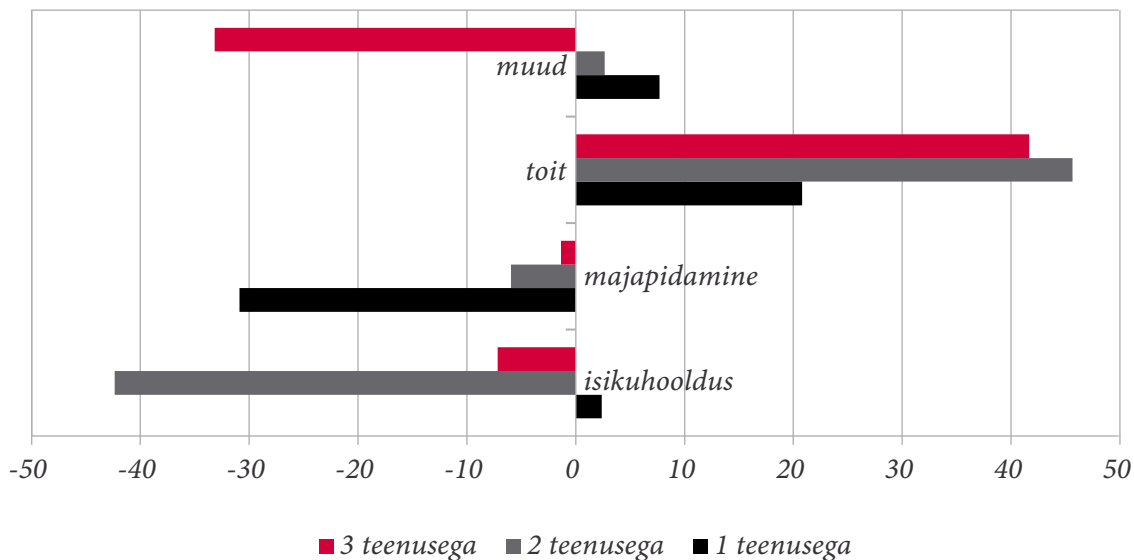
|             | keskmine iADL piirangute arv | keskmine ADL piirangute arv | kolm või enam ADL piirangut, % | kolm või enam iADL piirangut, % |
|-------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Iisrael     | 3,2                          | 3,3                         | 57,8                           | 52,1                            |
| Hispaania   | 2,9                          | 2,9                         | 48,4                           | 41,8                            |
| Itaalia     | 3,0                          | 2,6                         | 38,5                           | 44,5                            |
| Austria     | 2,5                          | 2,3                         | 33,2                           | 34,5                            |
| Sloveenia   | 2,5                          | 2,3                         | 32,7                           | 35,4                            |
| Saksamaa    | 2,5                          | 2,2                         | 32,5                           | 30,8                            |
| Eesti       | 2,4                          | 2,2                         | 32,7                           | 35,5                            |
| Luksemburg  | 2,4                          | 2,2                         | 30,1                           | 33,2                            |
| Taani       | 2,3                          | 2,0                         | 26,7                           | 30,6                            |
| Prantsusmaa | 2,3                          | 2,0                         | 24,3                           | 30,0                            |
| Tšehhi      | 2,2                          | 2,1                         | 27,4                           | 29,9                            |
| Belgia      | 2,3                          | 2,0                         | 25,4                           | 31,8                            |
| Rootsi      | 2,0                          | 2,0                         | 25,9                           | 23,3                            |
| Madalmaad   | 2,0                          | 2,0                         | 23,8                           | 22,3                            |
| Šveits      | 1,7                          | 1,6                         | 16,0                           | 16,0                            |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

**Tabel 4.** Erinevat tüüpi piirangutega inimeste sotsiaaltoetuste teenuste tarbimine Eestis ja SHARE teistes riikides, %

|                    | isikuhooldus |       | majapidamine |       | toit  |       | muud  |       |
|--------------------|--------------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                    | Eesti        | SHARE | Eesti        | SHARE | Eesti | SHARE | Eesti | SHARE |
| ADL 1 teenusega    | 35           | 29    | 27           | 57    | 25    | 8     | 13    | 6     |
| ADL 2 teenusega    | 39           | 78    | 83           | 89    | 61    | 18    | 17    | 16    |
| ADL 3 teenusega    | 88           | 95    | 97           | 98    | 83    | 41    | 32    | 66    |
| iADL 1 teenusega   | 20           | 16    | 35           | 71    | 32    | 8     | 14    | 5     |
| iADL 2 teenusega   | 26           | 67    | 85           | 89    | 72    | 24    | 16    | 20    |
| iADL 3 teenusega   | 84           | 89    | 97           | 98    | 83    | 45    | 35    | 68    |
| mixADL 1 teenusega | 32           | 29    | 25           | 56    | 29    | 8     | 14    | 6     |
| mixADL 2 teenusega | 36           | 78    | 83           | 89    | 63    | 17    | 19    | 16    |
| mixADL 3 teenusega | 87           | 95    | 97           | 98    | 82    | 40    | 34    | 67    |

Allikas: SHARE 5. laine andmed



**Joonis 2.** Eesti ja SHARE riikide teenusetarbijate osakaalude erinevus nende inimeste seas, kellel on nii ADL kui iADL piiranguid, protsendipunktides

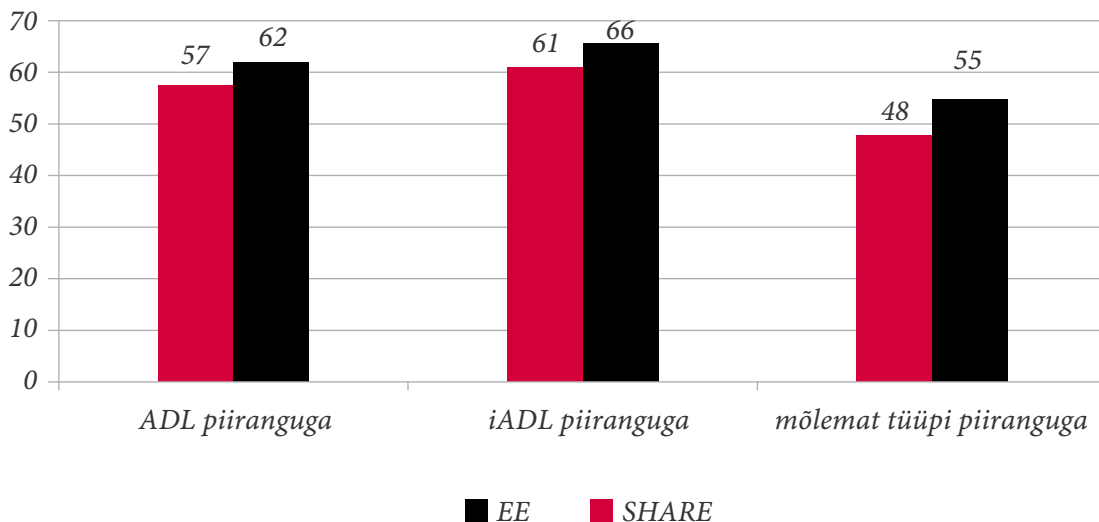
Allikas: SHARE 5. laine andmed

Nii Eestis kui ka teistes riikides on enam kui pooled ADL piiranguga inimestest ja iADL piiranguga inimestest sellised, kes ei kasuta mitte ühtegi sotsiaalteenust. Jooniselt 3 näeb, et Eestis on piirangutega isikuid, kes ühtegi teenust ei tarbi, SHARE teistest riikidest rohkem. Nii ADL kui iADL piiranguga inimesi, kes ei tarbi ühtegi sotsiaalteenust, on Eestis 8% rohkem kui SHARE teistes riikides. Teenust mittetarbivate inimeste osakaalude erinevus on aga 14,5% nende seas, kellel on mõlemat tüüpi piiranguid.

## 5.2. KODUABI JA ISIKUHOOLDUSE TEENUSTE TARBIJATE ISELOOMUSTUS

Eestis saavad koduabi teenust (abi majapidamistöodes ja/või toidu kojutoomine) 20% vanusegrupist 75+, SHARE teistes riikides on samas vanusrühmas koduabiteenuse tarbijaid 25%. Teistes vanusrühmades Eesti ja SHARE näitajad ei erine: vanusrühmas 55–64 saab teenust 4% ja vanusrühmas 65–74 saab teenust 7%.

Eestis meestest tarbib koduabiteenust 7% ja naistest 12%. Lõuna-Eestis (Jõgeva, Tartu, Viljandi, Võru, Valga, Põlva piirkonnas) ja Lääne-Eestis on koduabiteenuse saajaid proportsionaalselt vastavalt 2,2 ja 1,7 korda enam kui teistes piirkondades. Nii Eestis kui teistes SHARE riikides tarbivad kõrgharidusega inimesed vähem koduteenuseid. Koduteenust saavad Eestis 16% põhiharidusega inimestest, 8% keskharidusega inimestest ja



**Joonis 3. Piirangutega isikud, kes ei tarbi ühtegi professionaalset teenust, %**  
 Allikas: SHARE 5. laine andmed

5% kõrgharidusega inimestest, SHARE riikides vastavalt 13%, 8% ja 9%. Eesti ja vene kodukeelega elanikkonna gruppides koduabiteenuse tarbimise osakaalud oluliselt ei erine.

iADL piirangute olemasolu viitab otseselt koduteenuse vajadusele. Nendest inimestest Eestis, kellel on vähemalt üks iADL piirang, saab koduteenust 30%. Tabelist 5 on näha, et Eestis nendest inimestest, kellel on keskmisest rohkem iADL piiranguid (kolm või enam), saab professionaalset koduabi 49% ehk vähem kui pooled abivajajatest. SHARE teistes riikides on see näitaja 4 protsendipunkti kõrgem. Koduteenuse saajate osakaal nende seas, kellel on keskmisest vähem iADL piiranguid, on Eestis 5 protsendipunkti väiksem kui SHARE teistes riikides.

**Eestis saavad isikuhoolduse teenust** vanusegrupist 75+ ligikaudu 11%, SHARE teistes riikides on samas vanusrühmas isikuhoolduse tarbijaid 13%. Eestis hakatakse isikuhooldusteenuseid tarbima varem: teenust saab 2,2% 55–64,9-aastastest ja 4,1% 65–74,9-aastastest; SHARE teistes riikides aga 1,3 % 55–64,9-aastastest ning 2,5% 65–74,9-aastastest.

Eestis meeste ja naiste osas isikuhooldusteenuste tarbimisel erinevus puudub. Lõuna-Eestis (Jõgeva, Tartu, Viljandi, Võru, Valga, Põlva piirkonnas) on isikuhooldusteenuse saajaid proportsionaalselt kaks korda enam kui teistes piirkondades. Nii Eestis kui ka teistes SHARE riikides on kõrgharidusega inimesed ilmselt parema tervisega või kõrgema elukvaliteediga. Isikuhoolduse teenust saavad Eesti 7,9 % põhiharidusega

inimestest, 4,2% keskharidusega inimestest ja 2,1% kõrgharidusega inimestest, SHARE riikides vastavalt 6,0%, 3,2% ja 2,6%. Eesti ja vene kodukeelega elanikkonna gruppides isikuhoolduse teenuse tarbimise osakaalud ei erine.

**Tabel 5.** Koduteenuse tarbimine iADL piiranguga inimestel

| <b>iADL piiranguid rohkem kui 2</b> |       |       |
|-------------------------------------|-------|-------|
|                                     | Eesti | SHARE |
| ei saa koduabi teenust              | 51    | 47    |
| saab koduabi teenust                | 49    | 53    |
| <b>iADL piiranguid 2 või vähem</b>  |       |       |
| ei saa koduabi teenust              | 80    | 75    |
| saab koduabi teenust                | 20    | 25    |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

ADL piirangute olemasolu viitab otseselt isikuhoolduse teenuse vajadusele. Nendest inimestest Eestis, kellel on vähemalt üks ADL piirang, saab isikuhooldusteenust **24%**. Tabelist 6 on näha, et **Eestis nendest inimestest, kellel on keskmisest rohkem ADL piiranguid (kolm või enam), saab professionaalset isikuhooldust vaid 39%, st viiest abivajajast kaks.** SHARE teistes riikides on see näitaja 10 protsendipunkti kõrgem. Isikuhoolduse teenuse saajate osakaalud nende seas, kellel on keskmisest vähem ADL piiranguid, sarnanevad Eestil teiste riikidega.

**Tabel 6.** Isikuhoolduse teenuse tarbimine ADL piiranguga inimestel

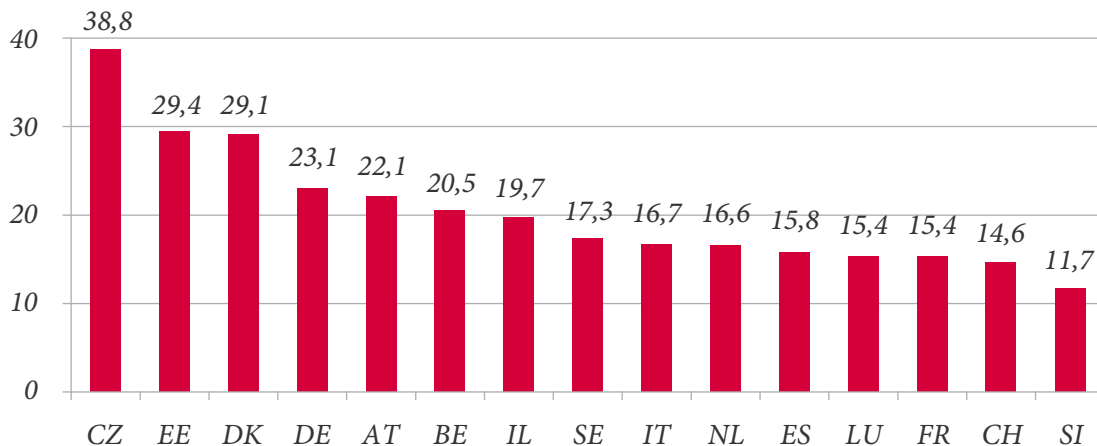
| <b>Inimesed, kellel on ADL piiranguid rohkem kui 2</b> |       |       |
|--|-------|-------|
|  | Eesti | SHARE |
| Saab isikuhooldust                                     | 39    | 49    |
| Ei saa isikuhooldust                                   | 61    | 51    |
| <b>Inimesed, kellel on ADL piiranguid 2 või vähem</b>  |       |       |
| Saab isikuhooldust                                     | 16    | 18    |
| Ei saa isikuhooldust                                   | 84    | 82    |

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Põhja-Eestis ja Lõuna-Eestis on isikuhooldusteenust saavate inimeste osakaal suurem nende seas, kellel on keskmisest vähem ADL piiranguid, võrreldes nendega, kellel on keskmisest rohkem ADL piiranguid. Sama kehtib ka eesti kodukeelega naissoost isikute kohta.

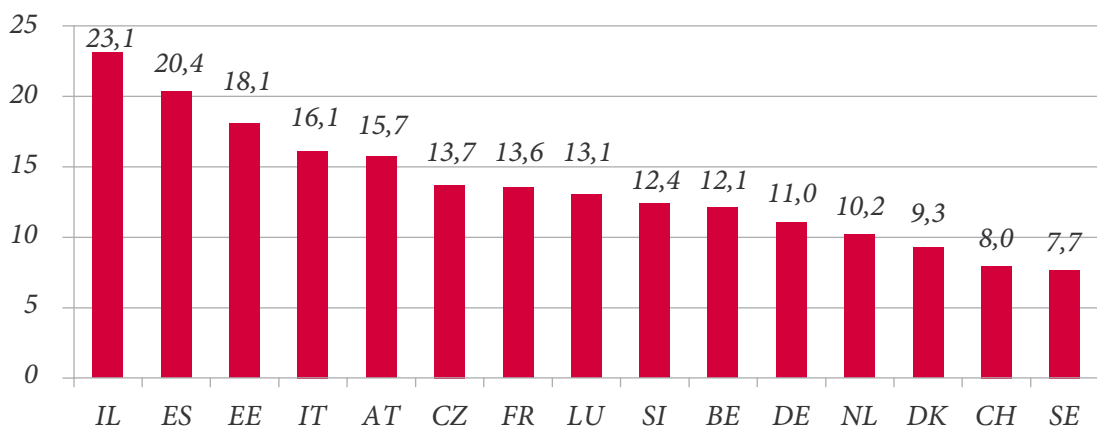
## 6. ABISAAMINE LEIBKONNA LIIKMETELT JA/VÕI VÄLJASTPOOLT LEIBKONDA

Lisaks riigi ja kohalike omavalitsuste osutatavatele teenustele saavad inimesed abi oma leibkonnaliikmetelt ja/või teistelt isikutelt väljaspool oma leibkonda. Leibkonna moodustavad koos elavad (ühest uksest sisse käivad) inimesed, kellel on ühine eelarve ja toidulaud. Ka ükski elav inimene on omaette leibkond – see eristab leibkonda perekonnast (Tiit, Servinski 2015: 38).



**Joonis 4.** Leibkonnavälise abi saamine SHARE riikides ja Eestis

Allikas. SHARE 5. laine andmed



**Joonis 5.** Abisaamine leibkonnast SHARE riikides ja Eestis

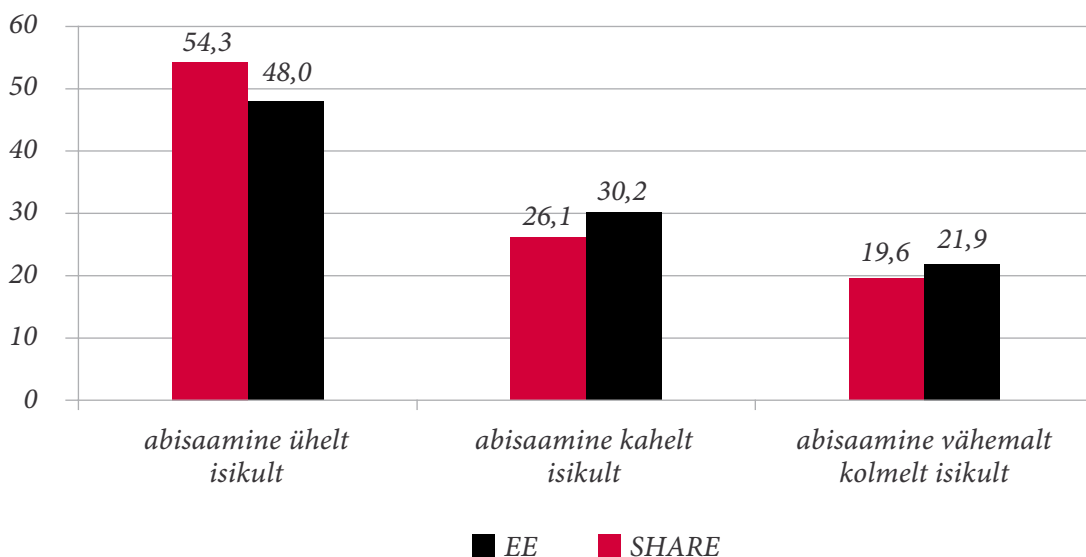
Allikas: SHARE 5. laine andmed

Vanuses 55+ inimeste abisaamist Eestis ja teistes SHARE riikides kirjeldavad joonised 4 ja 5, kust on näha, et Eestis on suhteliselt palju inimesi, kes saavad leibkonnaliikmetelt abi isikuhoolduses, ja palju on ka leibkondi, kes kasutavad leibkonnavälist mitteformaalset abi.

Kui uuringus osalenud SHARE riikides saab leibkonnavälist abi keskmiselt 21,4% leibkondadest, kus vastaja on vanuses 55+, siis Eesti puhul on vastav näitaja 29,4%. Eestist enam saavad leibkonnavälist abi vaid Tšehhi leibkonnad vastavalt 38,8%.

Kui SHARE riikides keskmiselt saab leibkonnaliikmetelt personaalset abi hooldusvajaduse korral 14,2% 55+ vanuses vastajatest, siis Eestis on vastav näitaja 18,1%. Abisaamine leibkonnaliikmetelt on kõrgem või samal tasemel vaid Lõuna-Euroopa riikides (Iisraelis 23,1%, Hispaanias 20,4% ja Itaalias 16,1%), kus oma leibkonnaliikmete eest hoolitsemine on ühiskonna traditsioonides väga olulisel kohal. Samas on leibkonnaliikmetelt personaalse abisaamise osatähtsus madal riikides, kus ei ole sätestatud perekonnasisest ülalpidamiskohustust ning kodu- ja hooldusteenuseid osutab ja/või nende osutamist korraldab kohalik omavalitsus. Sellised riigid on Taani (9,3% vanemaealistest saab leibkonnasisest abi hooldusvajaduse korral), Rootsi (7,7%) ja Šveits (8,0%).

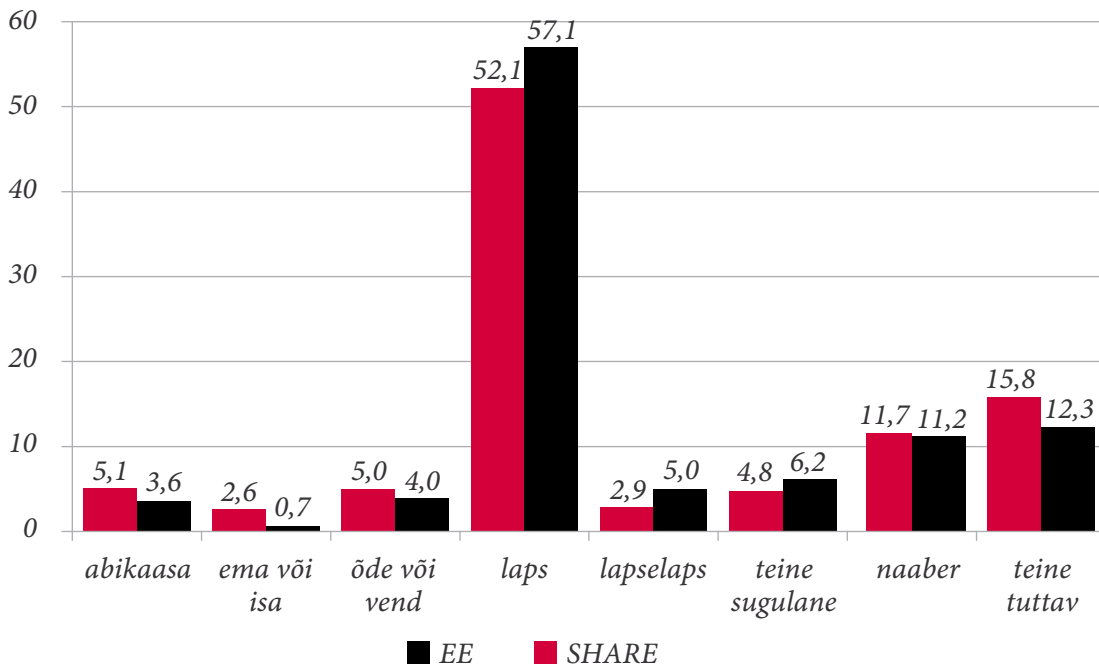
Leibkonnavälist abi saavad vanemaealised tihti rohkem kui ühelt isikult (joonis 6). Kui SHARE riikides keskmiselt saab ainult ühelt leibkonnaväliselt isikult abi 54,8% leibkonda, siis Eestis on vastav näitaja 48%. Ligikaudu viiendikul juhtudest on abiandjateks



**Joonis 6.** Leibkonnavälise abi osutajate arv SHARE riikides ja Eestis

Allikas: SHARE 5. laine andmed

nimetatud vähemalt kolm isikut. Eestis on neid leibkondi, kus väliseid aitajaid on üks, 12% vähem kui SHARE teistes riikides, kahe aitajaga leibkondi on aga 16% rohkem ning kolme aitajaga leibkondi 12% rohkem kui SHARE teistes riikides. Seega võib nentida, et eakate toetamine on Eestis jagunenud lähivõrgustiku liikmete vahel võrdsemalt.



### Joonis 7. Leibkonnavälise abiandja profiil\*

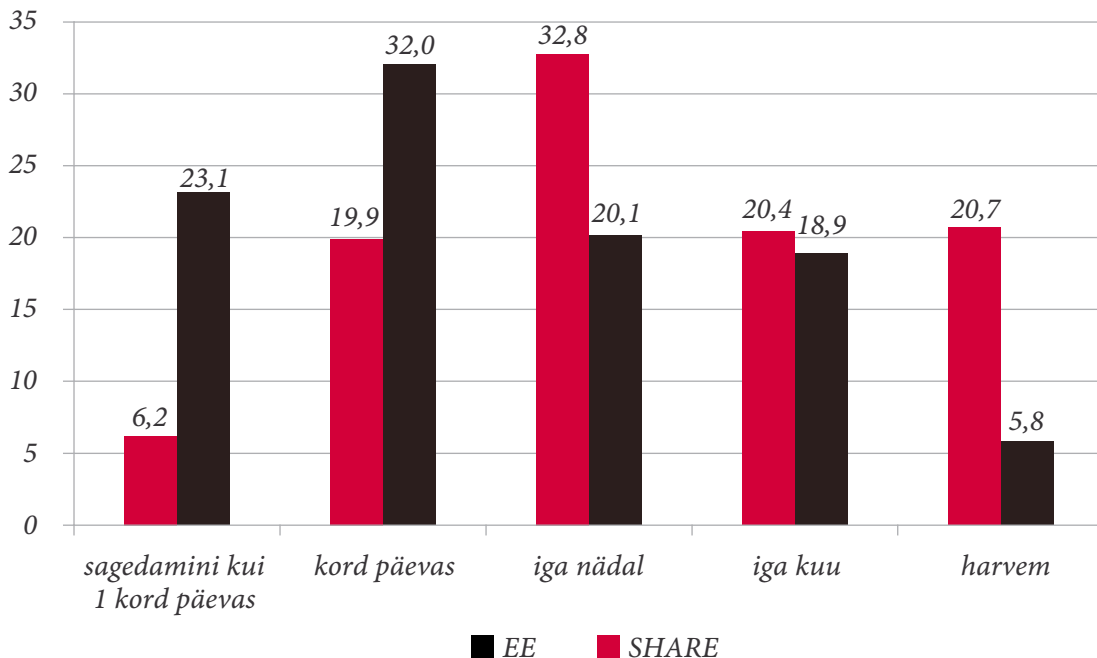
\* esimesena nimetatud abiandja alusel

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Jooniselt 7 on näha, et Eestis ja SHARE riikides on enam kui pooltel juhtudel vanemaeliste esimeseks leibkonnaväliseks aitajaks laps, kes ei ela vastajaga samas leibkonnas. Esinemissageduselt teisel kohal on kõige olulisema aitajana nimetatud tuttavaid ja naabreid. Oluliselt teise leibkonnavälise abistajana on nii Eesti kui ka teiste riikide vastajad nimetanud taas last, kusjuures neid leibkondi, kus laps on olulisuselt teine aitaja, on isegi rohkem kui neid leibkondi, kus laps on olulisuselt esimene aitaja (Eestis 61,8% ja SHARE riikides keskmiselt 63,3%). Teise abistava isikuna on Eesti eakate jaoks olulisel kohal lapselaps (8,9%), samas kui SHARE riikides keskmiselt on lapselapse olulisus märgatavalt väiksem (5,5%). Sarnaselt esimese kahe abistajaga on kolmandana nimetatud abistaja profiil sama ehk kõige olulisemad on lapsed, naabrid ja muud tuttavad ning Eestis on lapselapsed märgatavalt olulisemad võrreldes teiste SHARE riikidega.



Kui summeerida kolme olulisema abiandja abiandmise sagedused, siis selgub, et neid leibkondi, kus välise abi saamise sagedus on suurem kui kord päevas (ehk üks inimene aitab mitu korda päevas või erinevad aitajad käivad korra päevas), on 23,1% Eesti abivajavatest leibkondadest, samas SHARE teistes riikides on selliseid leibkondi vaid 6,2%.



**Joonis 8.** Leibkonnavälise abi sagedus SHARE riikides ja Eestis, %

Allikas: SHARE 5. laine andmed

Ka nende leibkondade osakaal, kus abisaamise sagedus on kord päevas, on märgatavalt suurem Eestis kui SHARE riikides. SHARE teistes riikides keskmiselt on umbes iga viies abisatatav leibkond selline, kus abi antakse kord nädalas, Eestis on selliseid leibkondi iga kolmas.

**Tabel 7.** Leibkondade jagunemine leibkonnavälise abi kasutamise muutuse järgi kahe laine vahelisel ajal, %

|                                 | Eesti | SHARE |
|---------------------------------|-------|-------|
| Mõlemas laines abi saanud       | 13    | 9     |
| Pole abi saanud kummaski laines | 58    | 66    |
| Abisaamine kadunud              | 12    | 12    |
| Abisaamine tekkinud             | 17    | 12    |

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed

Neid leibkondi, kes on vastanud leibkonnavälise abi kasutamise kohta mõlemas laines (2011 ja 2013) on SHARE uuringus kokku 20 752, neist Eestis 2955. Tabelis 7 on toodud nende leibkondade protsentuaalne jagunemine vastavalt sellele, kuidas on nende abivajadus küsitluslainete vahelisel ajal muutunud.

Näeme, et neid, kes esimeses laines leibkonnavälisist abi kasutasid, kuid teises enam ei kasutanud, oli nii Eestis kui teistes SHARE riikides sarnaselt 12%. Abisaamise vajadus on tekkinud 17% Eesti leibkondadest, kes mõlemas laines osalesid, samal ajal SHARE teistes riikides on see näitaja vaid 12%.

## 7. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Võrreldes varasemate uuringutega (Linno 2010; Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused...2013) on SHARE uuringu andmete põhjal võimalik vaadelda mitte ainult koduteenuseid kui ühte teenust, vaid on võimalik analüüsida eakale koduses keskkonnas osutatavate teenusete sisu komponentide põhisel (isikuhooldus, abi majapidamistöodes jne) ning võrdluses teiste Euroopa riikidega.

Analüüs näitab, et Eestis on rohkem kui teistes SHARE riikides nii ADL piiranguga kui iADL piiranguga inimesi ning Eesti eristub iseäranis sellega, et meil on 55+ vanusrühmas neid isikuid, kellel on korraga mõlemat tüüpi piirangud. Saadud tulemusega ühildub tõsiasi, et Eestis on SHARE teiste riikidega võrreldes rohkem neid, kes kasutavad rohkem kui ühte formaalset teenust, ja vähem neid, kes kasutavad vaid ühte formaalset teenust.

Nii Eestis kui ka teistes riikides on enam kui pooled ADL piiranguga inimestest ja iADL piiranguga inimestest sellised, kes ei kasuta mitte ühtegi sotsiaalteenust, kuid Eestis on neid 8% rohkem kui SHARE teistes riikides. Viimased on kindlasti Eestis see sihtgrupp, kes ei peaks lootma vaid mitteformaalsele abile.

SHARE teistes riikides kasutatakse esimese teenusena rohkem tuge majapidamistöodes, Eestis jaguneb esimene teenus kolme teenusetüübi (isikuhooldus, majapidamisteenused ja toidu kojutoomine) vahel ühtlaselt, mis võib osutada sellele, et KOV-d pakuvad formaalseid teenuseid mitte vajaduspõhiselt, vaid vastavalt võimalustele. Viimast kinnitab analüüsis saadud tulemus, et Eestis tuleb isikuhoolduse teenus juurde pigem kolmanda teenusena, SHARE teistes riikides teise teenusena ning Eestis pakutakse ka muid teenuseid (nt abi tablettide võtmisel) kolmanda teenusena oluliselt vähem, kui seda teevad SHARE teised riigid.

Kui arvestada, et Eesti paistab silma **leibkonnavälise abi kõrge taseme** ja ka sellise abi **kõrge sagedusega**, võib pakkuda, et mitteformaalsed abistajad vastavad rohkem just isikuhoolduse abi vajadusele ning formaalne isikuhoolduse teenus tuleb juurde siis, kui abivajaja ja tema mitteformaalsed aitajad on tõsisis hädas.

Toidu kojutoomise teenuse tarbimine on Eestis kõikides vaadeldavates rühmades kordades suurem kui SHARE teistes maades. Kas toidu kojutoomise teenuse tarbimine on Eestis seetõttu suurem, et see teenus on välja arendatud osana koduhooldusest ja seda teenust on lihtsam osutada? Poes ja/või toitlustusasutuses käimine ja toidu kojuviimine nõuab teenuseosutajalt väiksemaid oskusi ja aega kui teised isikuhooldusteenused. Samas võivad Eesti eripära põhjuseks olla Eesti hajaasustusest tulenevad iseärasused ja sellest tulenev vajadus tagada toidu kättesaadavus ka kaugemates piirkondades, kus poed puuduvad ja toitlustuskohad pole avatud.

Andmed näitavad, et koduabi teenust (abi majapidamistöodes ja/või toidu koju-toomine) saavad Eestis vanusegrupi 75+ inimestest viis protsendipunkti vähem ja isikuhoolduse teenust kaks protsendipunkti vähem kui SHARE teistes riikide vastavate vanusrühmade esindajad. Nendest inimestest, kellel on keskmisest rohkem iADL piiranguid (kolm või enam), saavad professionaalset koduabi vähem kui pooled ja isikuhooldust viiest abivajajast vaid kaks. Kui abi osutajad on leibkonnasisese ja -välise võrgustiku esindajad, siis tekib küsimus KOV-de rollist mitteformaalse abi teostamisel, nt koolituste pakkumine, info edastamine toetuste ja teenuste kohta jmt.

Isikuhooldusteenuste analüüsimisel pole võimalik selgelt välja tuua, mis tüüpi teenuseid on selle all mõeldud, sest Eestis on selle märksõna all võimalik käsitleda isikliku abistamise teenust, tugiisikuteenust, koduhooldusteenust ja hooldus-põetusteenust. Tulevikus vajab täpsemat uurimist see, mis tüüpi teenuseid täpselt on vaja ning mida osutatakse ja kasutatakse.

Leibkondi, kelle liikmed saavad hooldusabi oma leibkonnaliikmetelt, on Eestis ligikaudu iga viies (18%), mis osutab pereliikmete suurele hoolduskoormusele. See näitaja on kõrgem vaid Iisraelis ja Hispaanias, kus perekondlikel sidemetel on kultuuriliselt väga tähtis roll. Seda tendentsi võib seostada Eesti perekonnaseadusest ja ühiskonna kultuurilistest ootustest tuleneva täisealise isiku kohustusega hoolitseda oma ülenevate ja alanevate abivajavate perekonnaliikmete, sh oma abivajavate vanemate eest, kuid ka riigi pakutavate teenuste piiratud ning leibkonna võimaluste piiratudsega.

Samas seondub omastehoolduse teemavaldkonnaga ka mitu probleemi, sh hooldajate suur füüsiline koormus, piiratud võimalused tööturul osalemiseks ning oskuste puudus hooldamiseks. Need probleemid viitavad omastehooldajate koormuse vähendamise ja nende töö toetamise vajadusele. Suure mitteformaalse (lähedase isiku) hooldusvajaduse tõttu nähakse eelkõige naisi enne ametlikku pensioniiga tööturult lahkumas. Suur hoolduskoormus võib viia ka mitteformaalse hooldaja terviseprobleemideni, mille tagajärjel võib tekkida hooldajal endal hooldusvajadus ning varasem lahkumine tööturult (OECD 2005; Tulva *et al.* 2015).

Sama järelduseni jõuti ka uurimuses „Kogukonnapõhine toetus üksi elavate eakate toimetuleku tagamiseks ja institutsionaalse hoolduse ennetamiseks“, kus juhitakse tähelepanu asjaolule, et üle 50-aastaseid hooldajaid on kõigist hooldajatest 69%. Seega näitab hooldajatoetuse statistika, et ühiskonnas pole vanemaealised üksnes mitteformaalse hoolduse saajad, vaid on ise ka abiandjad, sh leibkonnasisese abi osutajad (Tulva, Medar, Leppik, Bugarszki, Wu, Kriisk, Saia, Tabur 2015). See omakorda tähendab, et Eesti kontekstis tuleks hoolekandeteenuseid eakatele arendada, kaasates sellesse mitteformaalset hooldust koos kohalike omavalitsute osutatavate toetuste (hooldajatoetus) ja teenustega (sotsiaaltransport, elukoha kohandamine, koduteenused, toitlustamine, jt), kombineerides neid professionaalsete teenustega, mida osutatakse abivajaja kodus (nt tervishoiuteenused) (OECD 2011). Siinkohal on oluline arvestada, et mitteformaalne hooldus ei takistaks hooldajate, eriti naiste tööhõivet (Pickard *et al.* 2007) ja enneaegset lahkumist tööturult ega suurendaks hoolduskoormuse tõttu tekkivaid terviseprobleeme (OECD 2005).

Analüüs näitas, et Eesti vanemaealiste seas, võrreldes teiste SHARE riikidega keskmiselt, on eriti suur erinevus nende vanemaealiste osakaalude vahel, kes saavad igapäevaselt mitteformaalset abi rohkem kui ühelt isikult. Perväliste abistajate seas olulisel kohal on taas pereliikmed – need, kes elavad leibkonnast väljaspool. Enam kui pooltele abivajajatele on esimene „õlekõrs“ leibkonnast väljaspool elav laps ning teine on kas laps või lapselaps. Eeltoodud tendentsid seostuvad samuti Eesti perekonnaseadusest ja ühiskonna kultuurilistest ootustest tuleneva täisealise isiku kohustusega hoolitseda oma ülenevate ja alanevate abivajavate perekonnaliikmete eest. Ühelt poolt on seaduse laiendamine kohustuste osas vanavanemate hooldamise ja hoolitsemise eest suund perekonna vastutuse laienemisele, millega riik püüab katta ressursivaesust teenuste osutamisel oma elanikkonnale, kuid teiselt poolt on siiski tegemist protsessidega, mis toetavad perekonna sidusust ja solidaarsust. Siinkohal saame rääkida samuti riskidest, eelkõige sellest, et hoolduskoormus võib pärssida hoolduskoormusega pereliikme võimekust hariduse omandamisel ja tööturul. Lahendusena on abistajad Eestis hoolitsemise ja hooldamise koormust perekonna sees püüdnud omavahel jagada ning hoida abistajate ringi laiana.

SHARE andmetel põhinevad rahvusvahelised analüüsid (Bolin *et al.* 2008) näitavad, et pikaajalist hoolduse osutamist omastehooldajate poolt (mitteformaalne hooldus) peetakse heaks, sest see ei survesta riiklikke finantseeringuid hoolekandele, kuid uurijad hoiatavad, et pole kindel, kas see suund on soovitatav. Usku perekonna solidaarsusesse (*Trust into family solidarity*) toob oma järeldustes välja mitu SHARE uurijat teistes riikides (Bolin *et al.* 2008; Pestieau & Ponthière 2010; Van Houtven *et al.* 2013; Bonsang & Schoenmaeckers 2015). Keskendumine laste rollile üksteise abistamisel ja hooldamisel peresiseselt, mis on omane eriti tütardele, kellel on suurem tõenäosus saada mitteametli-

kuks hooldajaks, on pikaajalise hoolduse arengu kontekstis pigem negatiivne. Arvestades sündimuse vähenemist ja tööjõu vajaduse suurenemist tööturul, viib see paratamatult selleni, et väheneb mitteformaalsete hooldajate osakaal ja suureneb nõudlus pikaajalise hooldusteenuse järele tulevikus (Bonsang & Schoenmaeckers 2015). Samuti võib see suurendada eakatest hooldajate enda terviseriske (Pinquart & Sörensen 2003) ning põhjustada rahaprobleeme vanemaealistele ja nende peredele. Ka käesolevas analüüsis ilmnes, et Eesti nende leibkondade osakaal, kellel on SHARE 4. ja 5. laine vahelisel ajal abivajadus tekkinud, on viis protsendipunkti kõrgem kui SHARE teistes riikides. Eestis süveneb hooldusvajaduse rahuldamise probleem kiiremini kui mujal.

SHARE uurijad toonitavad, et vanemad inimesed, kes vajavad pikaajalist hooldust, kuid kellel on see katmata, saavad kahekordse karistuse, ühelt poolt ei saa nad vajalikku teenust, kuid lisaks on neil tavapäraselt ka suurem nii sotsiaalne kui materiaalne tõrjutus (Laferrere, van den Bosch 2015). Kui see vastutus pikaajalise hoolduse eest lasub peamiselt perekondadel, siis on tõenäolisem, et eakate vajadused jäävad rahuldamata. Rahuldamata vajadused on omakorda seotud sotsiaalne tõrjutuse riskidega. Seetõttu soovivad uurijad valitsustel võtta suurema vastutuse pikaajalise hoolduse korraldamise eest ning arendada välja ametlikud (formaalne) hooldussüsteemid, et tagada vanemaealiste vajadused ja vähendada tõrjutuse riske. Samal ajal on vaja parandada naabruskonna ja kogukonna omavahelisi suhteid, millel on kaudne mõju eakate heaolule, ja julgustada ning toetada omastehooldajaid kogukonnas (Laferrère & Bosch 2015).

Vanemaealistel, kelle jaoks on teenused kättesaadavad, on vähem depressiooni sümptomeid ja parem elukvaliteet. Seetõttu on vajalik tagada teenuste kättesaadavus eakatele sõltumata nende elukohast (Stoekel, Litwin 2015).

Hiljutised turuarengud mõnedes OECD riikides näitavad, et kindlustuse pakkujad liiguvad üha rohkem suunatud erahooldusteenuste hüvitamise poliitika suunas (Colombo *et al.* 2011). Seetõttu on SHARE uurijad tõstatanud vajaduse uurida põhjalikumalt mitteformaalse hoolduse pakkumist ja erasektori võimalusi pikaajalise hoolduse pakkumisel (Bonsang & Schoenmaeckers 2015).

SHARE uuring käsitleb sotsiaalteenustest põhjalikumalt vaid kolme tüüpi formaalteenust, kuid teisi toetavaid sotsiaalteenuseid (nt sotsiaaltransport, eluruumikohandamine, sotsiaalnõustamine jne) uuring ei käsitle. Täpset ülevaadet pole võimalik saada ka sotsiaalministeeriumi kogutud andmetest, mis annavad ülevaate teenuste liikide ja KOV-de lõikes, kes neid osutavad, kuid ei võimalda seostada teenuste kasutamist isiku tegevusvõime ja -piirangutega ning seetõttu ei saa nende alusel prognoosida täpselt teenuste arendamise vajadust. Et olukorda adekvaatselt hinnata, on vajalik parandada regulaarset statistikakogumist ning uurida vanemaealise elanikkonna tegelikku personaalset abivajadust ning toe puudumise ulatust.

SHARE Eesti tulemused osutasid formaalsete sotsiaalteenuste mittevastavuse tegelelikele vajadustele ning mitteformaalsete aitajate väga laiiale ringile. Sotsiaalpoliitika kujundamisel nii riigi kui kogukonna tasandil on võimalik ja vajalik rohkem kaasata planeerimisse ja teenuste osutamisse inimesi kohtadel, sh eakaid endid, sest nemad teavad kõige paremini oma ressursse ja vajadusi abistamisel ja abistamiseks nii leibkonna siseselt kui ka väliselt. See on suur ressurss, millega saab arvestada ja sellel on positiivne mõju kogukonnale. Samas tähendab see aga vajadust võimestada kohalikke omavalitsusi suuremate ressursside eraldamisega nii, et abivajajate vahel leevendada seda ebavõrdsust, mis on tingitud erinevate võimalustega regioonis elamisest.

Vanemaealiste igapäevaelu toimetuleku toetamisel peaksime sotsiaalteenuste osutamisel integreerima formaalset ja mitteformaalset hoolekannet. Samas ei tähenda see, et peaksime ja võiksime asetada vastutuse eakate toetamise eest vaid eakatele ja nende peredele. Nagu SHARE uuring näitab, on Eestis pered võtnud niigi teistest riikidest suurema vastutuse eaka elanikkonna igapäevaeluga toimetuleku toetamise eest, sarnanedes oma demograafilises arengus ja käitumistavades aga pigem Põhja-Euroopa riikidega. Seda mitteformaalset abi, mida antakse leibkonna siseselt ja väliselt, saab toetada, kuid see ressurss pole lõputu ning sellel on oma riskid, millega tuleb arvestada. Hoolduskoormuse ja abistamisvajaduse tõttu ei tohiks saada abistajad ise abistatavaks, kaotades oma tervises, hariduses ja tööelus.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Kinsella, K. and Wan, He (2009). Ageing World. *International Population Reports P95/09-1*, U.S. Census Bureau, U.S. Government Printing Office, Washington, DC. <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>

Aktiivse vananemise arengukava 2013–2020 (2013). Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Arstliku ekspertiisi suunamiseks vajalike dokumentide loetelu ja vormid. Sotsiaalministri määrus nr 50, 24.03.2005. *Riigi Teataja*, 2005, 38, 549.

Bolin, K., Lindgren, B., Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, 17: 393–409.

Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F., Westerhof, G. J. (Eds.) (2007). *Ageing in Society: European Perspectives on Gerontology*. 3rd edition. London; Sage Publications Inc.

Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28:143–54.

Bonsang, E., Schoenmaeckers, J. (2015). Long-term care insurance and the family: does the availability of potential caregivers substitute for long-term care insurance? In: *Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society*. Ed. by Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H., Myck, M., Weber, G.

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. In: *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.

Eesti vanuripoliitika alused 1999. EV Sotsiaalministeeriumi vanuripoliitika komisjon <http://raulpage.org/koolitus/vanuripoliitika.html>

Euroopa Liidu Nõukogu (2010). Sotsiaalküsimuste töörühm. Aktiivsena vananemine – Eelnõu: nõukogu järeldused. Dokumendi nr ST 9489 2010 INIT <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9489-2010-INIT/et/pdf>

Euroopa sotsiaalharta. 2000. *Riigi Teataja* II, 2000, 15, 93.

Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., Watts, M. J., & Whatmore, S. (Eds.) (2009). *Quality of life. Dictionary of human geography* (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.

Hank, K., & Stuck, S. (2008). Volunteer work, informal help and care among the 50+ in Europe: Further evidence for 'linked' productive activities at older ages. *Social Science Research*, 37: 1280-91.

Kasepalu, Ü. (2013). *Vananemine Eestis: eakate toimetulek ja põlvkondade koostoime*, Tallinna Ülikool, Sotsiaalteaduste dissertatsioonid nr 73, ISBN 978-9949-29-125-0.

Kasepalu, Ü., Laidmäe, V.-I., Tulva, T. (2013). Health and quality of life in older age in Estonia. *European Journal of Health*, 1,1: 11-34.

Katz, S., Akpom, C. A. (1976). A Measure of Primary Sociobiological Functions. *International Journal of Health Services*, 6, 3:493–508.

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. *Journal of The American Medical Association*, 185, 12: 914–9.

Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus. 1993. *Riigi Teataja* I, 37, 558.

Kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste soovituslikud juhised (2012). Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj [www.sm.ee](http://www.sm.ee)

Kohalike omavalitsuste sotsiaalse kaitse kulutused ja sotsiaalteenuste osutamine 2009–2013. Sotsiaalministeerium, analüüsi- ja statistikaosakond 2013. Sotsiaalministeeriumi veebilehel aadressil: <http://www.sm.ee/et/sotsiaalvaldkond>

Laferrère, A., Van den Bosch, K. (2015). Unmet need for long-term care and social exclusion. In: *Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society*. Ed. by Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H., Myck, M., Weber, G., 331-41. DOI (Book): 10.1515/9783110444414

Laidmäe, V.-I., Hansson, L., Tulva, T., Lausvee, E., Kasepalu, Ü. (2010). Multi-generation family in Estonia: multiple roles and the stress of living together with elderly people. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology*, 5(2).

Leinbock, R., Sakkeus, L. (2014). Tegevuspiiranguga elanike üldiseloomustus. *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine*. L. Sakkeus, M. Medar (Toim.). Eesti Statistika. Tallinn, ISBN 978-9985-74-547-2, 41–51.

Linno, T. (2010). *Vanemaeliste ja eakate toimetuleku uuring 2009*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Madrid International Plan of Action on Ageing 2002. Vananemisküsimusi käsitleva II ÜRO maailmaassamblee (Madrid, 8.–12. aprill 2002) aruanne A/CONF. 179/9. <http://deccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/51/PDF/NO239751.pdf?OpenElement>

Medar, M., Tulva, T. (2016). Omastehoolduse korraldus: hoolekandeteenused ja head praktikad. *Gerontoloogia*. Õpik kõrgkoolidele, Tartu Ülikool (toimetaja Kai Saks). (õpik on avaldamisel).

OECD (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2011). *Estonia: Towards a Single Government approach*. Paris: OECD Publishing.

Ortiz, N., Lamdan, R., Johnson, S., Korbage, A. (2009). Caregiver Status: A Potential Risk Factor for Extreme Self-Neglect. *Psychosomatics*; 50: 166-8.

Pensionäride Ühenduste Liit (<http://www.eakad.ee/>)

Perälä, M.-L., Hammar, T., Rissanen, P. (2008). Omainen läheisensä hoitajana kotona. *Yhteiskuntapolitiikka* 73, 1: 63–72.

Pestieau, P., Ponthière, G. (2010). Long term care insurance puzzle. *Working Paper* N° 2010 – 14. Paris: PSE.

Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Concepcio, P., Wittenberg, R. (2007). Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, 17,1: 33-48.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology & Aging*, 18,2:250–67.

Principles for effective and reliable welfare provision systems. Plenary Session: 510 - 16 Sep 2015 - 17 Sep 2015. Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee seisukohad, arvamused ja dokumendid <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-section>

Puur, A., Sakkeus, L., Tammaru, T. (2013). Rahvastik. *Eesti Inimarengu Aruanne 2012/2013*. Eesti Koostöökogu. Tallinn. 13–26.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. 1999. *Riigi Teataja* I, 16, 273.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seadus. *Riigi Teataja* I, 2007, 16, 273.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste määramise ja väljamaksmise juhend. Vabariigi Valitsuse määrus nr 13, 10.01.2008. *Riigi Teataja* I, 2008, 2, 20.

Riigikontroll (2012). *Avalike teenuste pakkumise eeldused väikestes ja keskustest eemal asuvates kohalikes omavalitsustes. Kas teenuste pakkumise kvaliteeti omavalitsustes saab hinnata?* Tallinn: Riigikontroll.

Riigikontroll (2014). *Eakate hoolekande korraldus omavalitsuste hooldekodudes. Kas teenuste korraldamisel on kinni peetud seadusenõuetest ja järgitud Sotsiaalministeeriumi juhiseid?* Tallinn: Riigikontroll.

Schulz R, Sherwood P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Medicine*, 108, 9: 23-7.

Sotsiaalhoolekande seadus. *Riigi Teataja* I, 30.12.2015, 5.

Statistikaamet (2014). Rahva ja eluruumide loendus 2011. <http://www.stat.ee/rel2011> (07.09.2014)

Statistikaameti andmebaas. [e-andmebaas] <http://pub.stat.ee/pxweb.2001/Database/Sotsiaalelu/13TE RVISHOID/13TERVISHOID.asp> (19.12.2015).

Statistikaamet (2015). <https://www.stat.ee/rahvastik>

Stoekel, K. J., Litwin, H. (2015). Accessibility of Neighbourhood services and wellbeing among older Europeans. In: *Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society*. Ed. by Börsch-Supan, A., Kneip, T., Litwin, H., Myck, M., Weber, G.

Tammsaar, K. (2010). *Puuetega eakate omastehooldus Tallinna Kesklinnas*. Magistritöö. Tallinna Ülikool. Sotsiaaltöö Instituut.

Tehniliste abivahendite taotlemise ja soodustingimustel eraldamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr 79, 14.12. 2000. *Riigi Teataja Lisa*, 2000, 136, 2156.



Tiit, E-M., Servinski, M. (2015). *Eesti maakondade rahvastik: hinnatud ja loendatud*. Eesti Statistika, Tallinn.

Tulva, T., Medar, M., Leppik, L., Bugarszki, B., Wu, J., Kriisk, K., Saia, K., Tabur, H. (2015). *Kogukonnapõhine toetus üksi elavate eakate toimetuleku tagamiseks ja institutsionaalse hoolduse ennetamiseks*. Uuringu lõppraport, Tallinn 2015.

Tulva, T., Metsa, T., Ruusmaa, K., Leppik, E., Jonuks, A., Kallisaar, A. (2002). *Omastehooldusest Eestis* [Family caregiving in Estonia]. Tallinn. Sotsiaalministeerium. Eakate Poliitika Komisjon. Retrieved from [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/omastehooldus\\_1\\_.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/omastehooldus_1_.pdf)

Tulva, T., Tammsaar, K., Laidmäe, V., Saar, H. (2013). *Elderly in Estonia: coping and possibilities of support*. Supporting family caregivers and receivers in Estonia and Finland - developing policies and practices. Report.

Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm aastateks 2011–2015, kinnitatud Vabariigi Valitsuse 28. aprilli 2011. aasta korraldusega.

Van Houtven, Courtney, Coe, Norma, Skira, Meghan (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*, 32,1:240–52.

Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring (2010). Sotsiaalministeeriumi sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakond.

Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I. Eggink, E. and Putman, L. (2014). *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European Countries*. The Hague: SCP-publication 2014-9.

ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu, Euroopa Majanduskomisjon, dok, ECE/AC.23/2002/3Rev.2; 11. september 2002.

JÄTKUSUUTLIKKUS ON  
PENSIONIDE ALASE  
RAHVUSVAHELISE AKADEEMILISE  
JA POLIITILISE DISKUSSIOONI  
ÜHEKS KESKSEKS MÄRKSÕNAKS  
1990. AASTATE KESKPAIGAST, MIL  
MAAILMAPANK AVALDAS PALJU  
VASTUKAJA PÄLVINUD RAPORTI  
VANANEMISKRIISI TÕRJUMISEST..

# PENSIONI- SÜSTEEMI VÄLJAVAATED JA VÄLJAKUTSED

Lauri Leppik

*Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi Eesti demograafia keskus*

---

Rahvastikuvananemise kontekstis pööratakse pensionisüsteemi tulevikuväljavaadetele palju tähelepanu. See on ühelt poolt mõistetav, kuivõrd pensionisüsteem on kõigis Euroopa riikides rahaliselt mahult suurim sotsiaalpoliitiliste tulusiirete süsteem, jagades ümber 7–17% SKT-st<sup>1</sup>. Teisalt oleks kindlasti ekslik taandada rahvastikuvananemise mõju vaid pensionisüsteemile. Selle kogumiku artiklidki illustreerivad erinevaid eluvaldkondi, mida vananemine mõjutab nii indiviidi kui ka ühiskonna tasandil.

Eesti pensionisüsteemi sotsiaalse ja finantsilise jätkusuutlikkuse senised analüüsid on tuginenud peamiselt registriandmetele (nt Tiit *et al.* 2004, Aaviksoo *et al.* 2011, Jõgi 2013). SHARE kui Euroopa tervise, tööjātu ja vananemise uuring pakub uuelaadse sissevaate rahvastikuvananemisega seotud väljakutsetele. SHARE andmed esitavad pildi Eesti vanemaealiste elanike sotsiaal-majanduslikust reaalsusest. Selles reaalsuses peegeldub aga ka Eesti institutsionaalne kontekst, sealhulgas pensionipoliitika. SHARE andmed lisavad keskväärtustele tuginevale makrovaatele inimlikke mõõtmeid, näidates olukordade varieeruvust erinevate rühmade lõikes. SHARE andmed osundavad ka, millised pensionipoliitika taotlused põrkuvad vastu reaalsuse piiranguid või satuvad vastuollu subjektiivsete ootuste ja seisukohtadega.

Tuleb mõnda, et SHARE kui küsitlusuuring ei ole sissetulekute, sealhulgas pensionide ja eri toetuste suuruste ja jaotuste mõõtmiseks optimaalne instrument. Vastajad ei pruugi eri pensionide ja toetuste liike omavahel täpselt eristada, konkreetse pensioniliigi määramise

---

<sup>1</sup> 2013. aasta andmed, Eurostati andmebaas.

algust mäletada, aasta jooksul saadud pensionide ja ühekordsete toetuste kogusummasid täpselt teada või soovida neid ütelda. Need on sissetulekuid puudutavate küsitlusuuringute puhul üsna tüüpilised piirangud. Samas on Eestis sellised andmed olemas ja analüüsiks kättesaadavad registriandmetena. SHARE andmete seni veel kasutamata potentsiaaliks on küsitlusandmete linkimine registriandmetega, et kompenseerida registriandmete tüüpilisi puudusi – puuduvaid tausttunnuseid näiteks hariduse, tervises seisundi, tegevuspiirangute, leibkonna koosseisu, eluaseme jms kohta –, mis võimaldaks märksa detailsemalt analüüsida nii eri rühmade toimetulekut kui ka võimalike poliitikameetmete mõju.

SHARE potentsiaal avaneb täielikumalt ka siis kui tekib pikemat ajaperioodi kattev longituudne andmestik, mis võimaldaks jälgida muutusi indiviidide ja rühmade tasandil ning hinnata nii rakendunud kui ka veel rakenduvate poliitikamuutuste mõju. Ent ka senise kahe laine andmed pakuvad mitmekülgset infot, millel on väärtust poliitikaanalüüside sisendina.

Käesolev artikkel heidab peale teoreetilist lühiülevaadet pilgu pensionipoliitika mõnele kesksele küsimusele, sünteesides seejuures ka teiste selle kogumiku artiklite tulemusi.

## 1. JÄTKUSUUTLIKKUSEST

Jätkusuutlikkus on pensionide alase rahvusvahelise akadeemilise ja poliitilise diskussiooni üheks keskseks märksõnaks 1990. aastate keskpaigast, mil Maailmapank avaldas palju vastukaja pälvinud raporti vananemiskriisi tõrjumisest (World Bank 1994). Euroopa Liit tõstis teema tugevamalt päevakorda 2000. aastate alguses, mil lepiti kokku esmased ühised eesmärgid pensionisüsteemide pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamiseks (Council of the European Union 2001; vt ka Tiit *et al.* 2004). Nii Maailmapank kui Euroopa Liit on oma pensionistrateegiates pööranud tähelepanu nii pensionide rollile vanemaealiste sissetulekute kindlustamises kui ka finantsilise jätkusuutlikkuse tagamisele, ehkki nende institutsioonide nägemused riikliku sekkumise ulatusest ja vormidest – ehk riiklike pensionide eesmärkidest, tasemest, finantseerimisest ja korraldusest – on erinevad.

Vaatamata pensionisüsteemide jätkusuutlikkust käsitleva kirjanduse plahvatuslikule kasvule viimasel kümnendil on jätkusuutlikkus jätkuvalt üsna amorfne mõiste, millele on erinevaid käsitlusi ja erinevaid võimalikke kvantitatiivseid indikaatoreid. Aaviksoo *et al.* (2011) on vaadelnud pensionisüsteemi jätkusuutlikkust kui süsteemi kvalitatiivset omadust, võimet tulla toime erinevate väliste ja sisemiste ohuteguritega. Nad eristasid kahte tüüpi strateegiaid jätkusuutlikkuse suurendamiseks: ohutegurite mõju neutraliseerimine või mõjudega kohandumine. Lühemaajaliste majandusriskide mõjude neutraliseerimiseks on võimalik reserve loomine, et tasakaalustada tulusid ja kulusid majanduse tsükliliste võngete korral. Puhverfonde on kasutatud ka väiksemate demograafiliste muutuste mõjude neutraliseerimiseks. Näiteks Rootsi riiklikus pensionisüsteemis on demograafiline puhver-

fond, et sünnikohortide suuruste erinevused ei tooks kaasa pensionide suuruste erinevusi kohortide vahel olukorras, kus maksemäär on fikseeritud (Settergen 2003).

Pikemaajalised ja ulatuslikumad demograafilised muutused – nagu rahvastikuvananemine – tingivad aga pensionisüsteemi struktuursete muutusi, süsteemi ümberkohandamist vastavalt muutuvatele oludele. Selliste muutuste vastu ei saa pensionisüsteemi nii-öelda edasi kindlustada ja kestlikkuse saavutamise ainuke võimalus on kohandamine. Kohandamine võib tähendada kas rida ühekordseid poliitilisi otsuseid, millega pensionisüsteemi reegleid muudetakse, või automaatsete kohanemismehhanismide rakendamist, mille puhul pensionisüsteemi kesksed parameetrid (näiteks pensioniiga või pensioniindeks) seotakse demograafiliste või majanduslike parameetritega, nii et teatud demograafiliste või majandusindikaatorite muutused toovad automaatselt kaasa muutused pensionisüsteemi reeglites. Tüüpilisteks näideteks on pensioniea sidumine oodatava elueaga (või täpsemalt, elada jäävate aastatega), mida on otsustanud rakendada Taani, Holland, Itaalia, Portugal, Slovakkia, Küpros, Kreeka või määratavate uute pensionide suuruste korrigeerimine oodatava eluea muutustega, mida rakendavad Soome, Rootsi, Itaalia ja Poola (European Commission 2015).

Jätkusuutlikkuse saavutamiseks tuleb seega adresseerida pensionisüsteemi ohustavaid riske, kuid pigem mitte ühekordsete sammudena, igakordse reaktsioonina ohuteguritele, vaid kujundades poliitika säilnõtkust – poliitika pidevat kohandumist vastavalt demograafilistele, sotsiaalsetele ja majanduslikele muutustele.

Pensionisüsteemi jätkusuutlikkust on sageli hinnatud makronäitajate järgi, nagu pensionikulude osakaal SKT-st, keskmise pensioni asendusmäär ja nende prognoositav muut üle ajahorisondi (nt Allianz 2014). Selliste indikaatorite järgi on Eesti pensionisüsteemi jätkusuutlikkust rahvusvahelises võrdluses hinnatud suhteliselt heaks. Allianz (2014) pensionide jätkusuutlikkuse indeksi järgi on 50 analüüsitud arenenud riigi seas Eesti oma pensionisüsteemiga paremuselt 11. kohal, seejuures 13-st Ida-Euroopa riigist 2. kohal, jäädes indeksi skaalal sellisesse rühma, kus edasised reformid on küll vajalikud, kuid reformide vajadus ei ole nii ulatuslik ja pakiline kui edetabelis madalamatele kohtadele jäävates riikides. Need suhteliselt kõrged edetabelikohad on seotud seni läbiviidud reformidega – pensioniea tõusu ja kohustusliku kogumispensioni rakendamisega.

Ka Euroopa Liidu 2015. aasta pensioniraporti põhjal paistab Eesti pensionisüsteem võrdluses teiste EL riikidega samadel eeldustel läbiviidud mudelarvutuste järgi jätkusuutlikkuse aspektis suhteliselt heal positsioonil: kui uskuda neid projektsioone, siis 40 aasta ajahorisondil (2013–2053) avaliku sektori pensionikulud ei tõuse, samal ajal keskmist palka teeniva inimese teoreetiline netoasendusmäär kerkiks ca 5 protsendipunkti võrra (European Commission 2015). Mõistagi on sellised projektsioonid tundlikud erinevate eelduste suhtes ning kui need eeldused ei pea paika, siis kujuneb ka tulevik teistsuguseks. Makromudelite

oluliseks sõnumiks ongi ehk see, et pensionide jätkusuutlikkuse ja piisavuse samaaegne tagamine on isegi rahvastikuvananemise kontekstis põhimõtteliselt siiski võimalik.

Sarnast sõnumit kandis ka 2012. aasta Euroopa Komisjoni pensionipoliitika valge raamat (Euroopa Komisjon 2012), mis ühtlasi sedastas, et jätkusuutlikkuse saavutamiseks on möödapääsmatud edasised reformid. Dekomponeerides pensionisüsteemide senised peaprobleemid ja rahvastikuvananemise mõju osisteks, osutas komisjon, et jätkusuutlikkuse eesmärgi nimel tuleks liikmesriikidel:

- siduda pensioniiga oodatava elueaga
- piirata ligipääsu ennetähtaegsete pensionidele ja teistele tööturult varajase lahkumise teedele
- toetada erinevaid tööelu pikendamise abinõusid
- edendada täiendavaid pensionieaks säästmise võimalusi.

Ehk lihtsamalt öeldes, vananevas ühiskonnas tuleb pensioni saamiseks töötada kauem ja säästa rohkem.

## 2. RAHVASTIKUVANANEMISE SURVEST JA SELLE NEUTRALISEERIMISE TEEDEST

Rahvastikuvananemise surve pensionisüsteemile tuleneb kahest peamisest asjaolust:

- pikenevast elueast, mis pikendab pensioni saamise perioodi ja suurendab vanaduspensionäride arvu
- hõivatute arvu langusest (kas tööealiste inimeste väljarände, mitteaktiivsuse kasvu ja/ või madala sündimuse tõttu), mis vähendab maksumaksjate arvu.

Neist teguritest avaldavad pensionisüsteemile kõige kiiremat mõju eluea kasv, tööealiste väljaränne ja mitteaktiivsuse kasv. Madal sündimus jõuab pensionisüsteemi mõjutama paarikümneaastase viiteajaga, kuid see mõju on ka väga pikaajaline.

Rahvastikuvananemise mõju neutraliseerimiseks soovitab Euroopa Komisjon (2012) seega rakendada poliitikameetmeid, mis otseselt kõiki neid vananemise „algkomponente“ adresseerivad. Kui pikeneb eluiga, siis selle mõju neutraliseerimiseks peab vastavalt tõusma ka pensioniiga. Hõivatute arvu languse tasandamiseks tuleks vältida mitteaktiivsuse langemist ja toetada pikemat tööelu. Madala sündimuse kompenseerimiseks soovitatakse ergutada täiendavat säästmist pensionieaks.

Ferrera, Hemerijck ja Rhodes (2000) kasutavad sarnase kohanemisprotsessi kirjeldamiseks rekaliibreerimise mõistet. Evolutsiooniliste majanduslike, sotsiaalsete ja demograafiliste arengute kontekstis peavad sotsiaalpoliitika instrumendid pidevalt transformeeruma. Ferrera *et al.* (2000) järgi on rekaliibreerimine pikaajaline, järkjärguline ja pidev protsess, mitte lühi-

ajaline radikaalne reform. Rekalibreerimise käivitavad süsteemi välised ja sisemised surved ning selle eesmärgiks on saavutada uus tasakaal ümbritseva sotsiaal-majandusliku reaalsuse, poliitika eesmärkide ja instrumentide vahel. Ferrera *et al.* eristavad funktsionaalset, normatiivset, institutsionaalset ja jaotuslikku rekalibreerimist (vt ka Hemerijck 2013).

Sellest kontseptsioonist lähtudes võiks pensionisüsteemi funktsionaalne rekalibreerimine tähendada vanaduse kui pensionisüsteemi kindlustatava sotsiaalse riski ümberdefineerimist.

Sanderson ja Scherbov (2008, 2010) on soovitanud kronoloogilise vanuse põhise vanaduskäsitluse (65 ja vanemad) asemel dünaamilist vanaduskäsitlust, kus vanaduse alguseks loetakse sellist vanust, kus põlvkonnal keskmiselt on jäänud elada veel 15 aastat. See tähendaks, et koos oodatava eluea kasvuga tõuseks ka vanaduse algus. Nad näitavad, et kui kronoloogilise vanuse põhise vanadussõltuvusmäär ehk vanurikoormuse (65+ rahvastiku arvu suhe 20–64-aastase rahvastiku arvu) asemel kasutada elueaga kohandatud vanadussõltuvusmäär (rahvastiku arv vanusrühmades, kus keskmine elada jäänud aastate arv on 15 või vähem, suhtes rahvastiku arvu vanusrühmades, alates 20 eluaastast, kus keskmine elada jäänud aastate arv on suurem kui 15), siis rahvastikuvananemisest tulenev arvestuslik lisakoormus märgatavalt väheneks. See ei muutuks küll olematuks, kuid kahaneks 40 aasta perspektiivis riigiti siiski 1,5–2 korda madalamaks võrreldes kronoloogilise vanuse põhise vanadussõltuvusmääraga. Selline hinnang näitab ära ka vähemasti suurusjärgu, kui suur osa rahvastikuvananemise arvestuslikust lisakoormusest pensionisüsteemile tuleks üksnes oodatava eluea kasvust. Sama indikaatorit kasutab Luule Sakkeus siinse kogumiku artiklis, näidetes, et elueaga kohandatud vane-maealiste ülalpeetavusmäär on Eestis viimasel kahel kümnendil püsinud stabiilsena.

Sarnasele kontseptsioonile, et pensionisüsteemide uues perspektiivis võiks vanadus tähistada iga põlvkonna 15 viimast eluaastat, tugineb ka Maailmapank 2014. aastal ilmunud pensionianalüüsis. Schwartz *et al.* (2014) esitavad poliitikasoovituse, et Euroopa riikides tuleks pensioniiga tõsta tasemele, kus põlvkonna keskmine elada jäävate aastate arv pensionieas oleks 15 aastat ja edaspidi hoida sellel tasemel kui oodatav eluiga kasvab. Nad näitavad, et Euroopas oli keskmine pensionipõlve pikkus 15 aastat veel 1970. aastatel ning kui sellise taseme juurde naasta, lahendaks see pensionisüsteemi jätkusuutlikkuse probleemi paljudes Euroopa riikides. Selline lähenemine tugineb ka põlvkondade ühetaolise kohtlemise argumendile – iga põlvkonna keskmine pensionipõlve pikkus oleks ühesugune.

Elueaga korrigeeritavat vanaduskäsitlust toetavad ka mõned empiirilised uuringud. Himsworth ja Goldacre (1999) on näidanud, et tervishoiuteenuste kasutamist – mis samas peegeldab patsientide terviseseisundit – mõjutab pigem surma lähedus, mitte eluiga ning kumulatiivne haiglaravi päevade arv viimasel 15 eluaastal sõltus surmavanasusest vähe. Teisisõnu, terviseseisund kipub halvenema ja tervishoiuteenuseid kasutatakse rohkem just elu viimasel 15 aastal, sõltumata elueast.

Thorvaldsson *et al.* (2008) näitasid Rootsis tehtud uuringus, et kognitiivsete võimete langus vanemas eas algab keskmiselt ligi 15 aastat enne surma, sh tunnetuskiirus hakkab langema 14,8 aastat, ruumiline tunnetus 7,8 aastat ja verbaalsed võimed 6,6 aastat enne surma. Kaia Laidra siinse kogumiku artikli analüüsis näeme SHARE andmete põhjal muu hulgas, et Eesti vanemaealiste (tolles analüüsis vanuses 55+) kognitiivsete võimete testide keskmine koondskoor (50,4) ei jää palju maha Rootsi vanemaealiste keskmisest skoorist (53,3). Selle baasilt võiks oletada, et Eesti vanemaealiste kognitiivsete võimete langus ei erine palju Thorvaldsson *et al.* saadud tulemustest.

Arvestades kaasaegse majanduse nõudmisi tööjõule, seab kognitiivsete võimete langus pensionieale ja vanemaealiste hõives püsimisele olulisemaidki piiranguid kui füüsilise tervise probleemid ja tegevuspiirangud, kuivõrd viimaseid on – vähemalt teoreetiliselt – mõnevõrra hõlpsam kompenseerida rehabilitatsiooni, töökohtade kohandamise ja abivahenditega. Kaudselt tõendab seda ka asjaolu, et üle 65-aastaste seas on hõivemäärad kõrgemad just kõrgema haridustasemega inimeste seas, ehkki on teada ka see, et vaimselt võimekamad inimesed elavad kauem ja tervemalt (Mõttus 2011).

Sanderson ja Scherbov (2008) möönavad, et kohordipõhine dünaamiline vanaduskäsitlus – iga põlvkonna 15 viimast eluaastat – ei sobi individuaalse vananemise mõõtmiseks. Nii traditsioonilise kui ka dünaamilise vanaduskäsitluse puhul on indiviiditasandil vananemises suuri erinevusi. Liili Abuladze näitab siinse kogumiku artiklis, et Eestis on tegevuspiirangutega inimeste osakaal rahvastikus üks Euroopa kõrgemaid. SHARE andmetel oli 50-aastastest ja vanematest inimestest igapäevategevuste oluliste piirangutega 2011. aastal 23,7% ja 2013. aastal 29,9%. Kõrge tegevuspiirangutega inimeste osakaal kajastub ka suhteliselt kõrges töövõimetuspensionäride arvus. See omakorda piirab pensioniea tõusu potentsiaalset mõju süsteemi kestlikkusele. Kui järgmistes kohortides säilib tegevuspiirangutega inimeste kõrge osakaal, siis jääks ka pensioniea sidumine oodatava elueaga vaid poolikuks lahenduseks.

Jätksuutlikkuse eesmärgi saavutamiseks ei piisa niisiis vaid pensionipoliitika rekaliibreerimisest. Inimesed ehk poliitika subjektid peavad need muutused omaks võtma, neid aktsepteerima ja kohandama oma elukorraldust ja käitumist ümber. Laiemas plaanis ongi just see pensionisüsteemi kestlikkuse suurim väljakutse – küsimus ei ole üksnes selles, kas poliitikud suudavad kokku leppida vajalikes poliitikamuudatustes, vaid ka selles, kas inimesed soovivad ja suudavad oma hoiakuid ja käitumist vastavalt ümber kohandada. Lisaks on ilmne, et pensionipoliitika ja selles toimivate muutuste mõju ei ole kõigile ühetaoline, muutustega kohanemise võime on ka sama vanusekohordi eri alamrühmades erinev. Sestap tuleb jätkusuutlikkuse tegelikuks saavutamiseks tähelepanu all hoida ka indiviidi- ja rühmatasandeid, et vajadusel poliitikaid korrigeerida või raken-



dada lisameetmeid. Ent jätkusuutlikkus on poliitikaeesmärgina oluline, sest sellest sõltub ka pensionide adekvaatsus ning kestlikkuse alternatiiviks pakub massimeedia hulgaliselt erinevaid katastroofistsenaariume.

Eri andmestike põhiste analüüside lisandumine pensionipoliitika väljavaadete arutellu on Eestis igati ajakohane, kuivõrd pensionisüsteemi sotsiaalse ja finantsilise jätkusuutlikkuse analüüs on valitsuse lähiaastate päevakavas. Riikliku pensionikindlustuse seadus paneb Vabariigi Valitsuse analüüsikohustuse – valitsus peab hiljemalt 2019. aastaks analüüsima seni sätestatud pensioniea tõusu mõju ning esitama vajadusel Riigikogule ettepanekud pensioniea täiendavaks muutmiseks.

### 3. PENSIONIIGA JA ELADA JÄÄVAD AASTAD

Pensioniiiga on Eestis tõstetud alates 1994. aastast ja pensioniea tõusust on olnud mõjutatud 1939. aastal ja hiljem sündinud naised ning 1934. aastal ja hiljem sündinud mehed. Seni Riigikogu seadustatud ja 2026. aastani kestev pensioniea järkjärguline tõus puudutab mehi ja naisi, kes on sünniaastaga kuni 1961. Üksikasjadest olulisem on siinkohal see, et pensioniiiga on viimased kaks kümnendit olnud Eestis sünniaasta põhine ja kromoloogilisele vanusele tuginev ning samale printsibile tugineb pensioniiiga veel vähemalt 10 aastat. Hiljemalt 2019. aastaks, kuid eeldatavalt varem, peaks Riigikogu langetama otsuse 1962. aastal ja hiljem sündinud inimeste pensioniea kujunemise kohta.

Nii oodatav eluiga sünnihetkel kui ka keskmine elada jäänud aastate arv vanuses 60 on Eestis alates 1990. aastate teisest poolest kiiresti kasvanud. Kui oodatav eluiga sünnihetkel on perioodil 2001–2014 tõusnud meestel 7 aastat (65,3 aastalt 72,3 aastani) ehk keskmiselt 6 kuud aasta kohta ja naistel 5 aastat (76,5 aastalt 81,5 aastani) ehk üle 4 kuu aasta kohta, siis keskmine elada jäänud aastate arv vanuses 60 kerkis samal perioodil meestel 15,5 aastalt 18,2 aastani ja naistel 21,4 aastalt 24,2 aastani. Puur *et al.* (2015) on registripõhiste arvutustega näidanud, et keskmine vanaduspensionile<sup>2</sup> siirdumise vanus perioodil 2002–2011 on meestel püsinud enam-vähem stabiilsena tasemel 60,7–61,3 (meeste üldine pensioniiiga samal perioodil oli 63), naistel tõusnud 57,6-lt 60,4-le (naiste pensioniiiga tõusis samal ajal 58,5-lt 61,5-le).

SHARE andmed näitavad, et kasvanud ei ole üksnes oodatav eluiga, vaid ka selle tõsiasja aktsepteerimine vanemaealiste seas. Kui 2011. aastal hindasid 50–54-aastased tõenäosust elada 75-aastaseks keskmiselt 61%-le (skaalal 0–100), siis 2013. aastaks olid sama vanuserühma keskmised hinnangud tõusnud 70%-le. 55–59-aastaste vanuserühmas kerkisid vastavad hinnangud samal perioodil 59%-lt 67%-le. Seega hindavad

<sup>2</sup> Sealhulgas erinevad varase pensioni võimalused nagu soodustingimustel vanaduspension ja ennetähtaegne vanaduspension.

vanemaealised oma elus püsimise perspektiive varasemast positiivsemalt.

**Tabel 1.** SHARE vastajate keskmised hinnangud protsentides (skaalal 0–100), kui suure töenäosusega elatakse osutatud vanuseni, vanuserühma järgi, 2011 ja 2013

| Vanuserühm | Vanus, milleni elamise töenäosust paluti hinnata | 2011 | 2013 |
|------------|--|------|------|
| 50–54      | 75   | 61   | 70   |
| 55–59      | 75   | 59   | 67   |
| 60–64      | 75   | 62   | 68   |
| 65–69      | 80   | 56   | 61   |
| 70–74      | 85   | 47   | 53   |
| 75–79      | 90   | 33   | 43   |
| 80–84      | 95   | 28   | 38   |
| 85+        | 100+   | 31   | 33   |

Allikas: SHARE 4. ja 5. laine andmed, TAI terviseuuringute ja tervisestatistika andmebaas

**Tabel 2.** SHARE vastajate mediaanhinnangud protsentides (skaalal 0–100), kui suure töenäosusega elatakse osutatud vanuseni võrdluses tegeliku töenäosusega elada vastava vanuseni, soo ja vanuserühma järgi, 2013

| Vanuserühm | Vanus, milleni elamise töenäosust paluti hinnata | SHARE vastajate mediaanhinnang |        | Töenäosus elada vastava vanuseni |        |
|------------|--|--------------------------------|--------|----------------------------------|--------|
|            |  | Mehed                          | Naised | Mehed                            | Naised |
| 50–54      | 75   | 50                             | 80     | 56                               | 80     |
| 55–59      | 75   | 60                             | 75     | 59                               | 82     |
| 60–64      | 75   | 70                             | 75     | 64                               | 85     |
| 65–69      | 80   | 50                             | 70     | 52                               | 75     |
| 70–74      | 85   | 50                             | 50     | 38                               | 59     |
| 75–79      | 90   | 50                             | 50     | 23                               | 35     |
| 80–84      | 95   | 30                             | 40     | 10                               | 15     |

Allikad: SHARE 5. laine andmed, TAI terviseuuringute ja tervisestatistika andmebaas, Statistikaameti andmed, autori arvutused

Võrreldes SHARE vastajate elulemustöenäosusi puudutavaid subjektiivseid hinnanguid Statistikaameti suremustöenäosuste andmetega – ehk võrreldes küsitlusandmeid registripõhiste andmetega – näeme, et 50–54 aastased mehed ja 55–64 naised mõnevõrra alahindavad oma elada jäävaid aastaid. Vanemates vanuserühmades (70+ mehed ja

75+ naised) muutub pilt vastupidiseks ja elulemustõenäosust ülehinnatakse ehk loodetakse elada kauem kui praegune suremusstatistika seda ennustab. Samas oli hinnangute hajuvus suhteliselt suur (standardhälve 50–70-aastaste vanuserühmades 25–30, 75+ vanuserühmades 30–35), mis näitab, et kõikides vanuserühmades oli nii neid, kes hindasid vastava vanuseni elamise tõenäosust küllalt madalaks kui ka neid, kes hindasid enda eluspüsimit väga tõenäoliseks.

**Tabel 3.** Keskmise elada jäävate aastate arv

|        | <b>Vanus</b> | <b>2011</b> | <b>2013</b> |
|--------|--------------|-------------|-------------|
| Mehed  | 50           | 25,3        | 25,8        |
|        | 55           | 21,4        | 21,8        |
|        | 60           | 17,9        | 18,1        |
|        | 65           | 14,7        | 15,0        |
|        | 70           | 12,0        | 12,1        |
|        | 75           | 9,3         | 9,5         |
|        | 80           | 6,9         | 7,1         |
|        | 85           | 5,1         | 5,3         |
| Naised | 50           | 32,8        | 32,9        |
|        | 55           | 28,3        | 28,4        |
|        | 60           | 23,9        | 24,1        |
|        | 65           | 19,7        | 19,9        |
|        | 70           | 15,7        | 15,9        |
|        | 75           | 12,0        | 12,1        |
|        | 80           | 8,8         | 8,9         |
|        | 85           | 6,1         | 6,1         |

Allikas: Statistikaameti andmed

Pessimistlikud hinnangud elada jäävatele aastatele, eriti 50–60-aastaste vanuserühmas, pärsvivad pensionieaks valmistumist, ühtlasi alahinnatakse pensionipõlveks säästmise vajadust. Ootuspäraselt annavad madalamaid hinnanguid ellujäämistõenäosustele pikaajalise terviseprobleemiga, tervisest tingitud piirangutega ja terviseseisundit halvaks hindavad inimesed.

Tulemusi, et vanemaealised alahindavad elada jäävaid aastaid, on saadud ka teistest riikidest (nt National Seniors Australia 2015). Pensionialases kirjanduses kirjeldatakse seda fenomeni sageli kui müoopiat ehk lühinägelikkust (nt Kaplow 2006; Van de Ven 2010; Holmes 2011), mistõttu inimesed ei tee alati ratsionaalseid otsuseid töötamisest

loobumise vanuse ja pensionipõlveks säästmise vajaduse suhtes, lahkudes tööturult liiga vara ja säästes pensionieaks liiga vähe.

Orsolya Soosaar näitab siinse kogumiku artiklis SHARE andmete põhjal, et vanemaaliste säästud on Eestis suhteliselt väikesed (mediaansummas 1–2 kuu netosissetuleku suurused) ja valdavalt hoitakse finantsvarasid arvelduskontol. Kui vanemates vanuserühmades on sellel mõistetavad ajaloolised põhjused, siis vanemaaliste nooremates vanuserühmades (kelle hulka jõuab juba ka üleminekuperioodi nn võitjate põlvkond) ei saa madalaid finantsvarasid põhjendada üksnes ajaloolise kontekstiga.

USA aktuaaride ühing (Society of Actuaries 2012) on näidanud, et elada jäävate aastate kohta hinnangute andmisel lähtuvad inimesed sagedamini kolmest tegurist: perekondlik ajalugu (vanemate ja vanavanemate surmavanus), enda eluviisid (füüsiline aktiivsus, tervislik toitumine, sõltuvused) ja tervise enesehinnang. Ehkki geneetilised tegurid on tervise determinantide seas olulisel kohal, võib olukorras, kus iga järgnev põlvkond on pikema elueaga kui eelmine, tuua pärilike tegurite ülehindamine kaasa elada jäävate aastate alahindamise.

Sarnaselt visuaalse lühinägelikkusega on ka elutee müoopia võimalikud eri astmed ehk hinnangud võivad tegelikkusest erineda kas rohkem või vähem. Kuid ilmselt vajab selline müoopia sobivas vormis korrigeerimist, kas siis avaliku teavituse või suurema riikliku paternalismi kujul<sup>3</sup>.

Mõistagi, nii riiklik pensionikindlustus kui ka erapensionikindlustuslepingud kindlustavadki sissetulekuid eluea pikkuse riski vastu, ehk pensionisüsteem kui selline adresseeribki muu hulgas elutee lühinägelikkuse riski. Nii riikliku pensionikindlustuse kui ka kogumispensionide puhul on võimalik ka teatav paindlikkus, mis võimaldab nt terviseprobleemidega inimestel varem pensionile siirduda, kohandades nii oma pensionipõlve pikkust madalama elueaga. Samas saab selline paindlikkus olla võimalik siiski vaid teatud raamides, kuivõrd paindlikkus, piisavus ja jätkusuutlikkus on sama süsteemi kolm erinevat tahku ning suurem individuaalne paindlikkus nõuaks ohverdusi pensionitaseme piisavuses või süsteemi jätkusuutlikkuses.

#### 4. TÖÖJÄTT JA PENSIONILE SIIRDUMINE

SHARE üheks keskseks teemaks – kajastudes juba uuringu pealkirjas – on tööjätt. Tähelepanu sellele teemale on mõistetav, kuivõrd tööjõust varajane lahkumine on mitmes Euroopa riigis probleem ja Euroopa Komisjon käsitleb tööelu pikendamist ühe keskse poliitikasuunana, et tagada pensionisüsteemi jätkusuutlikkust kahaneva tööjõu ja pikeneva eluea kontekstis. Ehkki Eestis on võrdluses teiste Euroopa Liidu riikidega

<sup>3</sup> Paternalismi mõistet kasutab selles kontekstis mh Diamond (1977) oma klassikaks kujunenud artiklis.

vanemaealiste hõive määr ja töötavate pensionäride osakaal üks kõrgemaid ning tööjätu keskmine vanus, pensionile siirdumise keskmine vanus ja tööstaaži keskmine pikkus üle EL keskmise, ei tähenda see, et tööjätu teema oleks Eesti kontekstis vähem aktuaalne.

Eesti torkab silma madala osalise tööajaga töötajate osakaaluga, nii nooremate kui vanemaealiste hulgas, mis mh tähendab piiratud võimalusi paindlikumaks tööjätuks. Tööjätu põhjuseid analüüsidest eristub Eesti teistest EL riikidest kõrgeima töötuks jäämise tõttu tööturul lahkunute osakaalu põhjal (European Commission 2015). See kõneleb mitmest asjast. Esiteks, suhteliselt kõrgete keskmiste näitajate juures on vanemaealiste seas tööturul väga ebavõrdsetes positsioonides olevaid rühmi. Teiseks, tööturult lahkumine on suurele osale – ca kolmandikule – sunnitud, mitte vabatahtlik valik. Positiivsemast rakursist – vanemaealiste inimeste tööturukoolitusse investeerides võiks tööjõu nõudluse kasvu kontekstis vanemaealiste hõive veelgi tõusta.

Marge Unt, Kristina Lindemann ja Kadri Täht grupeerisid käesoleva kogumiku artiklis SHARE 4. laine andmete alusel 50-aastased ja vanemad töötavad inimesed vastavalt nende pensionile jäämise kavatsustele ja soovidele nelja gruppi. Nende analüüs näitas, et suurima rühma (53%) moodustavad aktiivse vananemisplaaniga inimesed, kes nii kavandavad kui ka soovivad töötamist jätkata peale pensioniikka jõudmist. Suuruselt järgmise rühma (37%) moodustasid need, kes plaanivad lõpetada töötamise niipea, kui jõuavad pensioniikka, kuid see rühm jaguneb omakorda kaheks – 19% ka soovib töötada kuni pensionieani, 18% sooviks töötamise lõpetada võimalikult vara. Viimaks, 10% oli kõige ambivalentsema suhtumisega inimesi, kes küll lõpetaks töötamise esimesel võimalusel, kuid sellegipoolest kavandavad töötamist jätkata ka peale pensioniiga. Need andmed puudutavad põlvkondi, kel pensionieani on jäänud 15 või vähem aastat ja kelle jaoks pensioniteema on eeldatavalt muutunud aktuaalsemaks<sup>4</sup>.

Kõrvutades neid plaane ja soove Sotsiaalkindlustusameti registripõhiste andmetega 2000. aastatel pensionile jäänud põlvkondade tegeliku tööjätukäitumise kohta, näeme, et tänased 50+ vanuses töötajad on oma tööjätuplaanides isegi märksa optimistlikumad kui viimasel kümnendil pensionile siirdunud põlvkondade tegelik käitumine seda näitab (vt Puur ja Leppik 2012).

Aastatel 2002–2010 vanaduspensionile<sup>5</sup> jäänud meestest 31–42 % jätkasid töötamist ka aasta pärast pensioni määramist, 20–34% lõpetasid töötamise suhteliselt lühikeses ajaintervallis enne või pärast pensioni määramist<sup>6</sup>, 33–40% olid aga töötamise lõpetanud juba vähemalt aasta enne pensioni määramist. Naiste puhul olid vastavad protsendivahe-  
mikud 38–46%, 21–32% ja 25–34%. Seejuures mõjutas tööjätu ja pensionile siirdumist

<sup>4</sup> Samas on need ka põlvkonnad, kelle jaoks pensioniea järkjärguline tõus 65 aasta tasemele oli andmekogumise ajaks juba Riigikogu poolt otsustatud.

<sup>5</sup> Sh kõik vanaduspensionide alamliigid nagu soodustingimustel ja ennetähtaegne vanaduspension.

<sup>6</sup> Pluss-miinus 12 kuud pensioni määramise kuust.

ja nende sündmuste sünkroonsust märgatavalt majandustsükkel. Mõistagi on võimalik, et ka tänaste 50-aastaste ja vanemate tööturul aktiivse osalemise plaanidesse võivad konjunktuursed muutused oma korrekture teha.

Puur *et al.* (2015) analüüsisid Sotsiaalkindlustusameti pensioniregistri andmete pealt ka seda kuidas tööjätu ja pensionile siirdumist aastatel 2002–2011 on mõjutanud pensioniea tõus. Sellest analüüsist nähtub, et ühelt poolt on suur osa vanemaealisi pensioniea tõusu kui poliitikamuutusega hästi kohanenud ja lükanud vastavalt hilisemaks ka tööjätu. Teiselt poolt on pensioniea tõusuga kaasnenu aga töövõimetuspensionäride arvu kiire kasv, mis tähendab, et osal kesk- ja vanemaealistest on olnud tööturul püsimisega raskusi ja nad on tööturult lahkunud töövõimetuse kaudu. Registripõhise analüüsi piiranguks on antud juhul aga mitmete tausttunnuste puudumine. Registripõhine analüüs võimaldab küll hinnata pensioniea tõusu summaarset mõju tööjätule ja pensionile siirdumisele, samuti demonstreerib see mõju selektiivsust (kohanejad *versus* mittekohanejad) ning erisusi soo ja vanuse lõikes. Kuid muude tausttunnuste puudumine ei võimalda detailsemat pilti kohanejate ja mittekohanejate profiilist. Kavandatav SHARE andmete linkimine registriandmetega annaks märksa üksikasjalikuma ülevaate reformide selektiivsest mõjust, millest võiks olla abi täiendavate poliitikameetmete planeerimisel.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Aaviksoo, A., Kruus, P., Leppik, L., Sikkut, R., Veldre, V., Võrk, A. (2011). *Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikku rahastamise võimalused*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS
- Allianz (2014). *2014 Pension Sustainability Index*. International Pension Papers 1/2014
- Council of the European Union (2001). *Quality and viability of pensions: Joint report on objectives and working methods in the area of pensions*.
- Diamond, P. (1977). A Framework for Social Security Analysis. *Journal of Public Economics*, 8:275-98
- Euroopa Komisjon (2012). *Valge Raamat: Piisava, kindla ja jätkusuutliku pensioni tagamise tegevuskava*. Brüssel, COM(2012) 55
- European Commission (2015). *The 2015 Pension Adequacy Report: current and future income adequacy in old age in the EU*. Volume I. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Ferrera, M., Hemerijck, A., Rhodes, M. (2000). *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*. Oeiras, Celta Editora
- Hemerijck, A. (2013). *Changing Welfare States*. Oxford University Press
- Himsworth, R., Goldacre, M (1999). Does time spent in hospital in the final 15 years of life increase with age at death? A population based study. *BMJ*, 319:1338
- Holmes, C. (2011). *Myopia, pension payments and retirement: An experimental approach*. Discussion paper. Oxford University.
- Jõgi, E. (2013). *Eesti pensionisüsteemi reformide jaotuslike mõjude hindamine*

*kohordisimulatsioonimeetodi abil*. Magistritöö. Tartu Ülikooli rahvamajanduse instituut

Kaplow, L. (2006). *Myopia and the Effects of Social Security and Capital Taxation on Labor Supply*. NBER Working Paper 12452

Möttus, R. (2011). Intelligentsus, tervis ja surm. Kogumikus R. Möttus, J. Allik ja A. Realo (Toim.), *Intelligentsuse psühholoogia*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus

National Seniors Australia (2015). *Outlook for Australian seniors' retirement plans? Mostly sunny, with possible late rain*.

Puur, A., Leppik, L. (2012). *Pensionivõtt ja eakate tööhõive Eestis 2002–2011: pensioniea tõstmise mõju*. Etteanne SHARE esitlusseminaril 30. novembril 2012. [http://www.share-estonia.ee/fileadmin/Leppik\\_Puur\\_30.11.pdf](http://www.share-estonia.ee/fileadmin/Leppik_Puur_30.11.pdf)

Puur, A., Leppik, L., Klesment, M. (2015) Changes in pension take-up and retirement in the context of increasing the pension age: the case of Estonia in the 2000s. *Post-Communist Economies*, 27,4: 497-516

Sanderson, W., Scherbov, S. (2008). Rethinking Age and Aging. *Population Bulletin*, 63, 4.

Sanderson, W., Scherbov, S. (2010). Remeasuring Aging. *Science*, 329: 1287-88.

Schwartz, A., Arias, O., Zviniene, A., Rudolph, H., Eckardt, S., Koettl, J., Immervoll, H., Abels, M. (2014). *The Invreting Pyramid: Pension Systems Facing Demographic Challenges in Europe and Central Asia*. Washington: World Bank.

Settergren, O. (2003). The reform of the Swedish pension system: initial results. *Revue française des affaires sociales*, 57, 4:369-98.

Society of Actuaries (2012). *Key findings and issues: Longevity. 2011 risk and process of retirement survey report*.

Thorvaldsson, V., Hofer, S., Berg, S., Skoog, I., Sacuiu, S., Johansson, B. (2008). Onset of terminal decline in cognitive abilities in individuals without dementia. *Neurology*, 71,12:882-7

Tiit, E-M., Leppik, L., Vörk, A., Leetmaa, R. (2004). *Euroopa Liidu ühiste pensionieesmärkide mõju Eesti pensionisüsteemile*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

Van de Ven, J. (2010). *The Effects of Myopia on Pension Decisions*. London: National Institute of Economic and Social Research

World Bank (1994). *Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote growth*. Oxford University Press

*LISAD*



Nele Kunder, Liili Abuladze, Sirje Vaask, Katrin Lang

*Lisa 1. Kirjeldavad tulemused põhitunnustes soo lõikes*

| Tunnused                              | Sugu |          |       |          |           |       |           |
|---------------------------------------|------|----------|-------|----------|-----------|-------|-----------|
|                                       | Mees | % (rida) | Naine | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Sünnikoht</b>                      |      |          |       |          |           |       |           |
| Eestis                                | 2035 | 41,26    | 2897  | 58,74    | 0.082     | 4932  | 74,24     |
| Eestist väljas                        | 665  | 38,87    | 1046  | 61,13    |           | 1711  | 25,76     |
| <b>Vanus</b>                          |      |          |       |          |           |       |           |
| 50-64                                 | 1273 | 43,30    | 1667  | 56,70    | 0.000     | 2940  | 44,26     |
| 65-79                                 | 1143 | 39,90    | 1722  | 60,10    |           | 2865  | 43,13     |
| 80+                                   | 284  | 33,89    | 554   | 66,11    |           | 838   | 12,61     |
| <b>Haridustase</b>                    |      |          |       |          |           |       |           |
| Põhiharidus                           | 554  | 40,06    | 829   | 59,94    | 0.000     | 1383  | 20,86     |
| Kesk(eri)haridus                      | 894  | 36,61    | 1548  | 63,39    |           | 2442  | 36,83     |
| Kõrgharidus                           | 1248 | 44,48    | 1558  | 55,52    |           | 2806  | 42,32     |
| <b>Tegevuspiirangud</b>               |      |          |       |          |           |       |           |
| Piiranguteta                          | 1138 | 42,02    | 1570  | 57,98    | 0.059     | 2708  | 40,80     |
| Piirangutega                          | 1560 | 39,70    | 2369  | 60,30    |           | 3929  | 59,20     |
| <b>Hõiveseisund</b>                   |      |          |       |          |           |       |           |
| Töötav                                | 962  | 44,05    | 1222  | 55,95    | 0.000     | 2184  | 32,95     |
| Pensionär                             | 1391 | 37,18    | 2350  | 62,82    |           | 3741  | 56,43     |
| Muu (kodune, haige jt)                | 343  | 48,72    | 361   | 51,28    |           | 704   | 10,62     |
| <b>Puu- ja köögiviljade tarbimine</b> |      |          |       |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                          | 1735 | 38,59    | 2761  | 61,41    | 0.000     | 4496  | 67,82     |
| Harvem                                | 960  | 45,01    | 1173  | 54,99    |           | 2133  | 32,18     |
| <b>Pikaegne haigus</b>                |      |          |       |          |           |       |           |
| Ei ole                                | 756  | 44,21    | 954   | 55,79    | 0.000     | 1710  | 25,75     |
| On                                    | 1943 | 39,41    | 2987  | 60,59    |           | 4930  | 74,25     |
| <b>Suitsetamine</b>                   |      |          |       |          |           |       |           |
| Ei                                    | 1860 | 35,03    | 3449  | 64,97    | 0.000     | 5309  | 80,08     |
| Jah                                   | 836  | 63,29    | 485   | 36,71    |           | 1321  | 19,92     |
| <b>Partner leibkonnas</b>             |      |          |       |          |           |       |           |
| Jah                                   | 2288 | 50,40    | 2252  | 49,60    | 0.000     | 4540  | 68,34     |
| Ei                                    | 412  | 19,59    | 1691  | 80,41    |           | 2103  | 31,66     |
| <b>Alkoholi tarbimine</b>             |      |          |       |          |           |       |           |
| üldse mitte                           | 761  | 28,26    | 1932  | 71,74    | 0.000     | 2693  | 40,66     |
| <2 p kuus                             | 984  | 36,15    | 1738  | 63,85    |           | 2722  | 41,10     |
| 1-4 p nädalas                         | 745  | 76,02    | 235   | 23,98    |           | 980   | 14,80     |
| 5-7 p nädalas                         | 201  | 88,16    | 27    | 11,84    |           | 228   | 3,44      |

| Tunnused                           | Sugu |          |       |          |           |       |           |
|------------------------------------|------|----------|-------|----------|-----------|-------|-----------|
|                                    | Mees | % (rida) | Naine | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Piimatoodete tarbimine</b>      |      |          |       |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                       | 1778 | 38,96    | 2786  | 61,04    | 0.000     | 4564  | 68,83     |
| Harvem                             | 918  | 44,41    | 1149  | 55,59    |           | 2067  | 31,17     |
| <b>Kaunviljade tarbimine</b>       |      |          |       |          |           |       |           |
| Igapäevaselt või 3-6 korda nädalas | 1029 | 44,86    | 1265  | 55,14    | 0.000     | 2294  | 34,60     |
| Harvem                             | 1667 | 38,44    | 2670  | 61,56    |           | 4337  | 65,40     |
| <b>Lihatoodete tarbimine</b>       |      |          |       |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                       | 1709 | 46,28    | 1984  | 53,72    | 0.000     | 3693  | 55,68     |
| Harvem                             | 988  | 33,62    | 1951  | 66,38    |           | 2939  | 44,32     |
| <b>Tugev keheline aktiivsus</b>    |      |          |       |          |           |       |           |
| 1+ nädalas                         | 1225 | 50,47    | 1202  | 49,53    | 0.000     | 2427  | 36,64     |
| 1 nädalas                          | 345  | 38,98    | 540   | 61,02    |           | 885   | 13,36     |
| 1-3 korda kuus                     | 234  | 39,07    | 365   | 60,93    |           | 599   | 9,04      |
| väga harva/üldse mitte             | 888  | 32,73    | 1825  | 67,27    |           | 2713  | 40,96     |
| <b>Mõõdukas keheline aktiivsus</b> |      |          |       |          |           |       |           |
| 1+ nädalas                         | 1908 | 42,15    | 2619  | 57,85    | 0.004     | 4527  | 68,30     |
| 1 nädalas                          | 300  | 36,86    | 514   | 63,14    |           | 814   | 12,28     |
| 1-3 korda kuus                     | 127  | 38,96    | 199   | 61,04    |           | 326   | 4,92      |
| väga harva/üldse mitte             | 361  | 37,57    | 600   | 62,43    |           | 961   | 14,50     |

*Lisa 2. Kirjeldavad tulemused põhitunnustes päritolu lõikes*

| Tunnused                | Sünnikoht |          |                |          |           |       |           |
|-------------------------|-----------|----------|----------------|----------|-----------|-------|-----------|
|                         | Eestis    | % (rida) | Eestist väljas | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Vanus</b>            |           |          |                |          |           |       |           |
| 50-64                   | 2319      | 78,88    | 621            | 21,12    | 0.000     | 2940  | 44,26     |
| 65-79                   | 2038      | 71,13    | 827            | 28,87    |           | 2865  | 43,13     |
| 80+                     | 575       | 68,62    | 263            | 31,38    |           | 838   | 12,61     |
| <b>Haridustase</b>      |           |          |                |          |           |       |           |
| Põhiharidus             | 1051      | 75,99    | 332            | 24,01    | 0.021     | 1383  | 20,86     |
| Kesk(eri)haridus        | 1768      | 72,40    | 674            | 27,60    |           | 2442  | 36,83     |
| Kõrgharidus             | 2108      | 75,12    | 698            | 24,88    |           | 2806  | 42,32     |
| <b>Tegevuspiirangud</b> |           |          |                |          |           |       |           |
| Piiranguteta            | 2160      | 79,76    | 548            | 20,24    | 0.000     | 2708  | 40,80     |
| Piirangutega            | 2767      | 70,43    | 1162           | 29,57    |           | 3929  | 59,20     |

| Tunnused                              | Sünnikoht |          |                |          |           |       |           |
|---------------------------------------|-----------|----------|----------------|----------|-----------|-------|-----------|
|                                       | Eestis    | % (rida) | Eestist väljas | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Hõiveseisund</b>                   |           |          |                |          |           |       |           |
| Töötav                                | 1800      | 82,42    | 384            | 17,58    | 0.000     | 2184  | 32,95     |
| Pensionär                             | 2579      | 68,94    | 1162           | 31,06    |           | 3741  | 56,43     |
| Muu (kodune, haige, jt)               | 548       | 77,84    | 156            | 22,16    |           | 704   | 10,62     |
| <b>Puu- ja köögiviljade tarbimine</b> |           |          |                |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                          | 3224      | 71,71    | 1272           | 28,29    | 0.000     | 4496  | 67,82     |
| Harvem                                | 1700      | 79,70    | 433            | 20,30    |           | 2133  | 32,18     |
| <b>Suitsetamine</b>                   |           |          |                |          |           |       |           |
| Ei                                    | 3911      | 73,67    | 1398           | 26,33    | 0.021     | 5309  | 80,08     |
| Jah                                   | 1014      | 76,76    | 307            | 23,24    |           | 1321  | 19,92     |
| <b>Alkoholi tarbimine</b>             |           |          |                |          |           |       |           |
| üldse mitte                           | 1914      | 71,07    | 779            | 28,93    | 0.000     | 2693  | 40,66     |
| <2 p kuus                             | 2012      | 73,92    | 710            | 26,08    |           | 2722  | 41,10     |
| 1-4 p nädalas                         | 808       | 82,45    | 172            | 17,55    |           | 980   | 14,80     |
| 5-7 p nädalas                         | 188       | 82,46    | 40             | 17,54    |           | 228   | 3,44      |
| <b>Piimatoodete tarbimine</b>         |           |          |                |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                          | 3366      | 73,75    | 1198           | 26,25    | 0.138     | 4564  | 68,83     |
| Harvem                                | 1560      | 75,47    | 507            | 24,53    |           | 2067  | 31,17     |
| <b>Lihatoodete tarbimine</b>          |           |          |                |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                          | 2747      | 74,38    | 946            | 25,62    | 0.847     | 3693  | 55,68     |
| Harvem                                | 2180      | 74,17    | 759            | 25,83    |           | 2939  | 44,32     |
| <b>Kaunviljade tarbimine</b>          |           |          |                |          |           |       |           |
| Igapäevaselt                          | 1728      | 75,33    | 566            | 24,67    | 0.159     | 2294  | 34,60     |
| Harvem                                | 3198      | 73,74    | 1139           | 26,26    |           | 4337  | 65,40     |
| <b>Pikaaegne haigus</b>               |           |          |                |          |           |       |           |
| Ei                                    | 1325      | 77,49    | 385            | 22,51    |           | 1710  | 25,75     |
| Jah                                   | 3605      | 73,12    | 1325           | 26,88    |           | 4930  | 74,25     |
| <b>Tugev keheline aktiivsus</b>       |           |          |                |          |           |       |           |
| 1+ nädalas                            | 2017      | 83,11    | 410            | 16,89    |           | 2427  | 36,64     |
| 1 nädalas                             | 676       | 76,38    | 209            | 23,62    |           | 885   | 13,36     |
| 1-3 korda kuus                        | 435       | 72,62    | 164            | 27,38    |           | 599   | 9,04      |
| väga harva/üldse mitte                | 1791      | 66,02    | 922            | 33,98    |           | 2713  | 40,96     |
| <b>Mõõdukas keheline aktiivsus</b>    |           |          |                |          |           |       |           |
| 1+ nädalas                            | 3470      | 76,65    | 1057           | 23,35    |           | 4527  | 68,30     |
| 1 nädalas                             | 579       | 71,13    | 235            | 28,87    |           | 814   | 12,28     |
| 1-3 korda kuus                        | 219       | 67,18    | 107            | 32,82    |           | 326   | 4,92      |
| väga harva/üldse mitte                | 656       | 68,26    | 305            | 31,74    |           | 961   | 14,50     |

**Lisa 3.** Kirjeldavad tulemused kaunviljade ja munatoodete tarbimise lõikes

| Tunnused                | Kaunviljade ja munatoodete tarbimine |          |        |          |           |       |           |
|-------------------------|--------------------------------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-----------|
|                         | Igapäevaselt või 3-6 korda nädalas   | % (rida) | Harvem | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Sugu</b>             |                                      |          |        |          |           |       |           |
| Mees                    | 1029                                 | 38,17    | 1667   | 61,83    | 0.000     | 2696  | 40,66     |
| Naine                   | 1265                                 | 32,15    | 2670   | 67,85    |           | 3935  | 59,34     |
| <b>Sünnikoht</b>        |                                      |          |        |          |           |       |           |
| Eestis                  | 1728                                 | 35,08    | 3198   | 64,92    | 0.159     | 4926  | 74,29     |
| Eestist väljas          | 566                                  | 33,20    | 1139   | 66,80    |           | 1705  | 25,71     |
| <b>Haridustase</b>      |                                      |          |        |          |           |       |           |
| Põhiharidus             | 466                                  | 33,72    | 916    | 66,28    | 0.440     | 1382  | 20,88     |
| Kesk(eri)haridus        | 868                                  | 35,57    | 1572   | 64,43    |           | 2440  | 36,86     |
| Kõrgharidus             | 958                                  | 34,25    | 1839   | 65,75    |           | 2797  | 42,26     |
| <b>Tegevuspiirangud</b> |                                      |          |        |          |           |       |           |
| Piiranguteta            | 1002                                 | 37,06    | 1702   | 62,94    | 0.000     | 2704  | 40,82     |
| Piirangutega            | 1289                                 | 32,87    | 2632   | 67,13    |           | 3921  | 59,18     |
| <b>Hõiveseisund</b>     |                                      |          |        |          |           |       |           |
| Töötav                  | 736                                  | 33,72    | 1447   | 66,28    | 0.180     | 2183  | 32,94     |
| Pensionär               | 1328                                 | 35,50    | 2413   | 64,50    |           | 3741  | 56,44     |
| Muu (kodune, haige, jt) | 229                                  | 32,53    | 475    | 67,47    |           | 704   | 10,62     |
| <b>Vanus</b>            |                                      |          |        |          |           |       |           |
| 50-64                   | 1004                                 | 34,18    | 1933   | 65,82    | 0.073     | 2937  | 44,29     |
| 65-79                   | 1026                                 | 35,85    | 1836   | 64,15    |           | 2862  | 43,16     |
| 80+                     | 264                                  | 31,73    | 568    | 68,27    |           | 832   | 12,55     |

**Lisa 4.** Kirjeldavad tulemused puu- ja köögiviljade tarbimise lõikes

| Tunnused                | Puu- ja köögiviljade tarbimine |          |        |          |           |       |           |
|-------------------------|--------------------------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-----------|
|                         | Igapäevaselt                   | % (rida) | Harvem | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Sugu</b>             |                                |          |        |          |           |       |           |
| Mees                    | 1735                           | 64,38    | 960    | 35,62    | 0.000     | 2695  | 40,65     |
| Naine                   | 2761                           | 70,18    | 1173   | 29,82    |           | 3934  | 59,35     |
| <b>Sünnikoht</b>        |                                |          |        |          |           |       |           |
| Eestis                  | 3224                           | 65,48    | 1700   | 34,52    | 0.000     | 4924  | 74,28     |
| Eestist väljas          | 1272                           | 74,60    | 433    | 25,40    |           | 1705  | 25,72     |
| <b>Haridustase</b>      |                                |          |        |          |           |       |           |
| Põhiharidus             | 1027                           | 74,37    | 354    | 25,63    | 0.000     | 1381  | 20,87     |
| Kesk(eri)haridus        | 1722                           | 70,54    | 719    | 29,46    |           | 2441  | 36,89     |
| Kõrgharidus             | 1738                           | 62,18    | 1057   | 37,82    |           | 2795  | 42,24     |
| <b>Tegevuspiirangud</b> |                                |          |        |          |           |       |           |
| Piiranguteta            | 1942                           | 71,82    | 762    | 28,18    | 0.000     | 2704  | 40,83     |
| Piirangutega            | 2550                           | 65,07    | 1369   | 34,93    |           | 3919  | 59,17     |
| <b>Hõiveseisund</b>     |                                |          |        |          |           |       |           |
| Töötav                  | 1577                           | 72,21    | 607    | 27,79    | 0.000     | 2184  | 32,96     |
| Pensionär               | 2520                           | 67,42    | 1218   | 32,58    |           | 3738  | 56,41     |
| Muu (kodune, haige, jt) | 397                            | 56,39    | 307    | 43,61    |           | 704   | 10,62     |

| Tunnused     | Puu- ja köögiviljade tarbimine |          |        |          |           |       |           |
|--------------|--------------------------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-----------|
|              | Igapäevaselt                   | % (rida) | Harvem | % (rida) | p-väärtus | Kokku | % (veerg) |
| <b>Vanus</b> |                                |          |        |          |           |       |           |
| 50-64        | 1974                           | 67,19    | 964    | 32,81    | 0.009     | 2938  | 44,32     |
| 65-79        | 1988                           | 69,53    | 871    | 30,47    |           | 2859  | 43,13     |
| 80+          | 534                            | 64,18    | 298    | 35,82    |           | 832   | 12,55     |

**Lisa 5.** Kirjeldavad tunnused nende kohta, kes tarbivad piimatooteid, liha-, kana- ja kalatooteid ning kaunvilju ja munatooteid harvem (n=840)

| Tunnused                  | Arv | Osakaal (%) |
|---------------------------|-----|-------------|
| <b>Sugu</b>               |     |             |
| Mees                      | 308 | 36,67       |
| Naine                     | 509 | 60,6        |
| Puuduvad väärtused        | 23  | 2,74        |
| <b>Sünnikoht</b>          |     |             |
| Eestis                    | 623 | 74,17       |
| Eestist väljas            | 194 | 23,1        |
| Puuduvad väärtused        | 23  | 2,74        |
| <b>Haridustase</b>        |     |             |
| Põhiharidus               | 142 | 16,9        |
| Kesk(eri)haridus          | 274 | 32,62       |
| Kõrgharidus               | 398 | 47,38       |
| Puuduvad väärtused        | 26  | 3,10        |
| <b>Tegevuspiirangud</b>   |     |             |
| Piiranguteta              | 288 | 34,29       |
| Piirangutega              | 529 | 62,98       |
| Puuduvad väärtused        | 23  | 2,74        |
| <b>Hõiveseisund</b>       |     |             |
| Töötav                    | 243 | 28,93       |
| Pensionär                 | 432 | 51,43       |
| Muu (kodune, haige, jt)   | 141 | 16,79       |
| Puuduvad väärtused        | 24  | 2,86        |
| <b>Vanus</b>              |     |             |
| 50-64                     | 405 | 48,21       |
| 65-79                     | 286 | 34,05       |
| 80+                       | 126 | 15          |
| Puuduvad väärtused        | 23  | 2,74        |
| <b>Alkoholi tarbimine</b> |     |             |
| üldse mitte               | 358 | 42,62       |
| <2 p kuus                 | 317 | 37,74       |
| 1-4 p nädalas             | 115 | 13,69       |
| 5-7 p nädalas             | 27  | 3,21        |
| Puuduvad väärtused        | 23  | 2,74        |
| <b>Suitsetamine</b>       |     |             |
| Ei                        | 612 | 72,86       |
| Jah                       | 205 | 24,4        |
| Puuduvad väärtused        | 23  | 2,74        |

**Tabel A1.** Tööga ja töötingimustega rahulolu soo lõikes aastatel 2011 ja 2013

| Aspekt   | 2011. aasta               |                                       |       |                           |                                       |       |
|--|---------------------------|---------------------------------------|-------|---------------------------|---------------------------------------|-------|
|  | Mehed                     |                                       |       | Naised                    |                                       |       |
|  | Täiesti nõus + pigem nõus | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus + pigem nõus | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus | Kokku |
|  | %                         | %                                     | n     | %                         | %                                     | n     |
| <i>Kõiki asjaolusid arvesse võttes olen ma oma tööga rahul</i>             | 90,0                      | 10,0                                  | 920   | 90,8                      | 9,2                                   | 1181  |
| <i>Minu töö nõuab füüsilist pingutust</i>                                  | 66,0                      | 34,0                                  | 922   | 48,6                      | 51,4                                  | 1183  |
| <i>Suure töökoormuse tõttu olen ma pidevas ajapuuduses</i>                 | 23,4                      | 76,6                                  | 920   | 23,2                      | 76,8                                  | 1182  |
| <i>Mul on väga vähe vabadust otsustada selle üle, kuidas oma tööd teha</i> | 30,2                      | 69,8                                  | 915   | 28,5                      | 71,5                                  | 1178  |
| <i>Mu töö võimaldab mul uusi oskusi omandada</i>                           | 70,3                      | 29,7                                  | 920   | 69,0                      | 31,0                                  | 1184  |
| <i>Ma saan rasketes olukordades piisavalt tuge</i>                         | 81,7                      | 18,3                                  | 908   | 81,6                      | 18,4                                  | 1177  |
| <i>Ma saan oma töö eest väärilist tunnustust</i>                           | 66,0                      | 34,0                                  | 909   | 63,8                      | 36,2                                  | 1168  |
| <i>Minu töötasu/tasu vastab minu jõupingutustele ja saavutustele</i>       | 39,1                      | 60,9                                  | 916   | 36,5                      | 63,5                                  | 1179  |
| <i>Minu väljavaated edutamiseks on kehvad</i>                              | 71,0                      | 29,0                                  | 858   | 69,3                      | 30,7                                  | 1113  |
| <i>Ma ei ole kindel, et minu töökoht säilib</i>                            | 33,8                      | 66,2                                  | 874   | 34,7                      | 65,3                                  | 1140  |

Märkus:

\*\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,01;

\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,05;

\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,1.

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

| p-väärtus | 2013. aastal                 |  |       |                              |   |       | p-väärtus |
|-----------|------------------------------|--|-------|------------------------------|---|-------|-----------|
|           | Mehed                        |  |       | Naised                       |   |       |           |
|           | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus | Pigem ei ole<br>nõus+ ei ole<br>üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus +<br>pigem nõus | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku |           |
| %         | %                            | n  | %     | %                            | n   |       |           |
| 0,5838    | 87,8                         | 12,2                                       | 545   | 93,4                         | 6,6   | 791   | 0,0224**  |
| 0,0000*** | 64,8                         | 35,2                                       | 546   | 49,1                         | 50,9  | 792   | 0,0000*** |
| 0,1555    | 27,2                         | 72,8                                       | 544   | 23,3                         | 76,7  | 791   | 0,0086*** |
| 0,5838    | 31,7                         | 68,3                                       | 542   | 27,6                         | 72,4  | 789   | 0,1671    |
| 0,8888    | 74,0                         | 26,0                                       | 544   | 71,3                         | 28,7  | 793   | 0,9031    |
| 0,4226    | 82,6                         | 17,4                                       | 538   | 82,8                         | 17,2  | 790   | 0,6342    |
| 0,0993*   | 66,5                         | 33,5                                       | 536   | 61,8                         | 38,2  | 785   | 0,0425**  |
| 0,0177**  | 36,9                         | 63,1                                       | 540   | 36,0                         | 64,0  | 790   | 0,1059    |
| 0,0167**  | 69,9                         | 30,1                                       | 498   | 68,3                         | 31,7  | 749   | 0,0377**  |
| 0,4729    | 35,5                         | 64,5                                       | 510   | 35,9                         | 64,1  | 764   | 0,2611    |

**Tabel A2.** Töö ja töötingimustega rahulolu hariduse lõikes aastatel 2011 ja 2013

| Aspekt  | Aasta | Põhiharidus               |                                       |       |
|---|-------|---------------------------|---------------------------------------|-------|
|   |       | Täiesti nõus + pigem nõus | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus | Kokku |
|   |       | %                         | %                                     | n     |
| Kõiki asjaolusid arvesse võttes olen ma oma tööga rahul             | 2011  | 90,5                      | 9,5                                   | 278   |
|   | 2013  | 93,9                      | 6,1                                   | 153   |
| Minu töö nõuab füüsilist pingutust                                  | 2011  | 78,8                      | 21,2                                  | 278   |
|   | 2013  | 74,2                      | 25,8                                  | 153   |
| Suure töökoormuse tõttu olen ma pidevas ajapuuduses                 | 2011  | 18,3                      | 81,7                                  | 277   |
|   | 2013  | 21,4                      | 78,6                                  | 153   |
| Mul on väga vähe vabadust otsustada selle üle, kuidas oma tööd teha | 2011  | 35,9                      | 64,1                                  | 275   |
|   | 2013  | 37,8                      | 62,2                                  | 152   |
| Mu töö võimaldab mul uusi oskusi omandada                           | 2011  | 50,0                      | 50,0                                  | 275   |
|   | 2013  | 52,5                      | 47,5                                  | 152   |
| Ma saan rasketes olukordades piisavalt tuge                         | 2011  | 81,5                      | 18,5                                  | 274   |
|   | 2013  | 81,8                      | 18,2                                  | 152   |
| Ma saan oma töö eest väärilist tunnustust                           | 2011  | 55,1                      | 44,9                                  | 268   |
|   | 2013  | 53,5                      | 46,5                                  | 150   |
| Minu töötasu/tasu vastab minu jõupingutustele ja saavutustele       | 2011  | 34,1                      | 65,9                                  | 277   |
|   | 2013  | 31,3                      | 68,7                                  | 153   |
| Minu väljavaated edutamiseks on kehvad                              | 2011  | 78,7                      | 21,3                                  | 254   |
|   | 2013  | 83,6                      | 16,4                                  | 144   |
| Ma ei ole kindel, et minu töökoht säilib                            | 2011  | 25,7                      | 74,3                                  | 264   |
|   | 2013  | 28,1                      | 71,9                                  | 149   |

Märkus:

\*\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,01;

\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,05;

\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,1.

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine



| Keskharidus               |                                       |       | Kõrgharidus               |                                       |       |           |
|---------------------------|---------------------------------------|-------|---------------------------|---------------------------------------|-------|-----------|
| Täiesti nõus + pigem nõus | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus + pigem nõus | Pigem ei ole nõus + ei ole üldse nõus | Kokku | p-väärtus |
| %                         | %                                     | n     | %                         | %                                     | n     | %         |
| 88,3                      | 11,7                                  | 1133  | 94,2                      | 5,8                                   | 692   | 0,0001*** |
| 89,3                      | 10,7                                  | 727   | 95,3                      | 4,7                                   | 434   | 0,0002*** |
| 65,2                      | 34,8                                  | 1135  | 31,5                      | 68,5                                  | 693   | 0,0001*** |
| 65,1                      | 34,9                                  | 728   | 33,2                      | 66,8                                  | 435   | 0,0001*** |
| 21,7                      | 78,3                                  | 1134  | 27,8                      | 72,2                                  | 692   | 0,0022*** |
| 22,5                      | 77,5                                  | 726   | 30,4                      | 69,6                                  | 435   | 0,0014*** |
| 34,7                      | 65,3                                  | 1128  | 17,5                      | 82,5                                  | 692   | 0,0001*** |
| 35,1                      | 64,9                                  | 723   | 16,3                      | 83,7                                  | 434   | 0,0001*** |
| 65,3                      | 34,7                                  | 1135  | 84,0                      | 16,0                                  | 694   | 0,0001*** |
| 67,7                      | 32,3                                  | 727   | 87,4                      | 12,6                                  | 436   | 0,0001*** |
| 79,8                      | 20,2                                  | 1124  | 84,7                      | 15,3                                  | 688   | 0,0885*   |
| 82,4                      | 17,6                                  | 723   | 83,3                      | 16,7                                  | 432   | 0,9865    |
| 63,5                      | 36,5                                  | 1123  | 70,4                      | 29,6                                  | 686   | 0,0005*** |
| 64,5                      | 35,5                                  | 720   | 66,8                      | 33,2                                  | 429   | 0,0857*   |
| 34,6                      | 65,4                                  | 1134  | 44,1                      | 55,9                                  | 685   | 0,0001*** |
| 34,6                      | 65,4                                  | 725   | 41,8                      | 58,2                                  | 431   | 0,0001*** |
| 72,9                      | 27,1                                  | 1071  | 61,6                      | 38,4                                  | 646   | 0,0001*** |
| 71,1                      | 28,9                                  | 682   | 60,2                      | 39,8                                  | 403   | 0,0001*** |
| 40,4                      | 59,6                                  | 1088  | 27,4                      | 72,6                                  | 664   | 0,0001*** |
| 41,1                      | 58,9                                  | 692   | 27,9                      | 72,1                                  | 416   | 0,0001*** |

**Tabel A3.** Töö ja töötingimustega rahulolu pikaajaliste terviseprobleemide lõikes aastatel 2011 ja 2013

| Aspekt   | 2011                              |   |       |                                     |   |       |
|--|-----------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---|-------|
|  | On pikaajalised terviseprobleemid |   |       | Ei ole pikaajalisi terviseprobleeme |   |       |
|  | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus      | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus        | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku |
|  | %                                 | %   | n     | %                                   | %   | n     |
| <i>Kõiki asjaolusid arvesse võttes olen ma oma tööga rahul</i>             | 89,4                              | 10,6  | 1226  | 91,9                                | 8,1   | 875   |
| <i>Minu töö nõuab füüsilist pingutust</i>                                  | 57,7                              | 42,3  | 1224  | 53,7                                | 46,3  | 880   |
| <i>Suure töökoormuse tõttu olen ma pidevas ajapuuduses</i>                 | 24,3                              | 75,7  | 1223  | 21,8                                | 78,2  | 879   |
| <i>Mul on väga vähe vabadust otsustada selle üle, kuidas oma tööd teha</i> | 30,3                              | 69,7  | 1220  | 27,9                                | 72,1  | 872   |
| <i>Mu töö võimaldab mul uusi oskusi omandada</i>                           | 66,6                              | 33,4  | 1223  | 73,4                                | 26,6  | 879   |
| <i>Ma saan rasketes olukordades piisavalt tuge</i>                         | 81,1                              | 18,9  | 1213  | 82,3                                | 17,7  | 872   |
| <i>Ma saan oma töö eest väärilist tunnustust</i>                           | 61,9                              | 38,1  | 1203  | 68,3                                | 31,7  | 873   |
| <i>Minu töötasu/tasu vastab minu jõupingutustele ja saavutustele</i>       | 35,2                              | 64,8  | 1218  | 40,7                                | 59,3  | 876   |
| <i>Minu väljavaated edutamiseks on kehvad</i>                              | 73,3                              | 26,7  | 1148  | 65,7                                | 34,3  | 824   |
| <i>Ma ei ole kindel, et minu töökoht säilib</i>                            | 37,8                              | 62,2  | 1177  | 29,7                                | 70,3  | 837   |

Märkus:

\*\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,01;

\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,05;

\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,1.

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

| p-väärtus | 2013                              |   |       |                                     |   |       | p-väärtus |
|-----------|-----------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---|-------|-----------|
|           | On pikaajalised terviseprobleemid |   |       | Ei ole pikaajalisi terviseprobleeme |   |       |           |
|           | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus      | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus        | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku |           |
| %         | %                                 | n   | %     | %                                   | n   |       |           |
| 0,0019*** | 89,9                              | 10,1  | 750   | 92,6                                | 7,4   | 585   | 0,0165**  |
| 0,2176    | 58,1                              | 41,9  | 749   | 52,7                                | 47,3  | 588   | 0,3043    |
| 0,7636    | 25,1                              | 74,9  | 749   | 24,7                                | 75,3  | 585   | 0,8328    |
| 0,4016    | 33,2                              | 66,8  | 749   | 24,6                                | 75,4  | 580   | 0,0082*** |
| 0,0002*** | 69,1                              | 30,9  | 749   | 76,5                                | 23,5  | 587   | 0,0005*** |
| 0,1451    | 80,6                              | 19,4  | 744   | 85,3                                | 14,7  | 583   | 0,0757*   |
| 0,0651*   | 60,9                              | 39,1  | 740   | 67,3                                | 32,7  | 580   | 0,1020    |
| 0,0824*   | 34,6                              | 65,4  | 745   | 38,5                                | 61,5  | 584   | 0,1142    |
| 0,0000*** | 71,0                              | 29,0  | 690   | 66,5                                | 33,5  | 555   | 0,0200**  |
| 0,0114**  | 38,4                              | 61,6  | 706   | 27,9                                | 72,1  | 531   | 0,1093    |

**Tabel A3.** Töö ja töötingimustega rahulolu pikaajaliste terviseprobleemide lõikes aastatel 2011 ja 2013

| Aspekt   | 2011                              |   |       |                                     |   |       |
|--|-----------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---|-------|
|  | On pikaajalised terviseprobleemid |   |       | Ei ole pikaajalisi terviseprobleeme |   |       |
|  | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus      | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus        | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku |
|  | %                                 | %   | n     | %                                   | %   | n     |
| <i>Kõiki asjaolusid arvesse võttes olen ma oma tööga rahul</i>             | 89,4                              | 10,6  | 1226  | 91,9                                | 8,1   | 875   |
| <i>Minu töö nõuab füüsilist pingutust</i>                                  | 57,7                              | 42,3  | 1224  | 53,7                                | 46,3  | 880   |
| <i>Suure töökoormuse tõttu olen ma pidevas ajapuuduses</i>                 | 24,3                              | 75,7  | 1223  | 21,8                                | 78,2  | 879   |
| <i>Mul on väga vähe vabadust otsustada selle üle, kuidas oma tööd teha</i> | 30,3                              | 69,7  | 1220  | 27,9                                | 72,1  | 872   |
| <i>Mu töö võimaldab mul uusi oskusi omandada</i>                           | 66,6                              | 33,4  | 1223  | 73,4                                | 26,6  | 879   |
| <i>Ma saan rasketes olukordades piisavalt tuge</i>                         | 81,1                              | 18,9  | 1213  | 82,3                                | 17,7  | 872   |
| <i>Ma saan oma töö eest väärilist tunnustust</i>                           | 61,9                              | 38,1  | 1203  | 68,3                                | 31,7  | 873   |
| <i>Minu töötasu/tasu vastab minu jõupingutustele ja saavutustele</i>       | 35,2                              | 64,8  | 1218  | 40,7                                | 59,3  | 876   |
| <i>Minu väljavaated edutamiseks on kehvad</i>                              | 73,3                              | 26,7  | 1148  | 65,7                                | 34,3  | 824   |
| <i>Ma ei ole kindel, et minu töökoht säilib</i>                            | 37,8                              | 62,2  | 1177  | 29,7                                | 70,3  | 837   |

**Märkus:**

\*\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,01;

\*\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,05;

\* – näitaja on oluline olulisuse nivool 0,1.

Allikas: SHARE uuringu 4. ja 5. laine

| p-väärtus | 2013                              |   |       |                                     |   |       | p-väärtus |
|-----------|-----------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---|-------|-----------|
|           | On pikaajalised terviseprobleemid |   |       | Ei ole pikaajalisi terviseprobleeme |   |       |           |
|           | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus      | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku | Täiesti nõus<br>+ pigem nõus        | Pigem ei ole<br>nõus + ei ole<br>üldse nõus | Kokku |           |
|           | %                                 | %   | n     | %                                   | %   | n     |           |
| 0,0019*** | 89,9                              | 10,1  | 750   | 92,6                                | 7,4   | 585   | 0,0165**  |
| 0,2176    | 58,1                              | 41,9  | 749   | 52,7                                | 47,3  | 588   | 0,3043    |
| 0,7636    | 25,1                              | 74,9  | 749   | 24,7                                | 75,3  | 585   | 0,8328    |
| 0,4016    | 33,2                              | 66,8  | 749   | 24,6                                | 75,4  | 580   | 0,0082*** |
| 0,0002*** | 69,1                              | 30,9  | 749   | 76,5                                | 23,5  | 587   | 0,0005*** |
| 0,1451    | 80,6                              | 19,4  | 744   | 85,3                                | 14,7  | 583   | 0,0757*   |
| 0,0651*   | 60,9                              | 39,1  | 740   | 67,3                                | 32,7  | 580   | 0,1020    |
| 0,0824*   | 34,6                              | 65,4  | 745   | 38,5                                | 61,5  | 584   | 0,1142    |
| 0,0000*** | 71,0                              | 29,0  | 690   | 66,5                                | 33,5  | 555   | 0,0200**  |
| 0,0114**  | 38,4                              | 61,6  | 706   | 27,9                                | 72,1  | 531   | 0,1093    |

*Sõltumatute tunnuste mõju sõltumatule tunnusele*

|                  | $\chi^2$ | <b>Olulisuse nivoo p</b> |
|------------------|----------|--------------------------|
| Vabaliige        | 0        |                          |
| Vanus            | 699,457  | 0                        |
| Sugu             | 20,520   | 0                        |
| Tervises seisund | 11,111   | 0,004                    |
| Perekonnaseis    | 3,149    | 0,207                    |
| Haridus          | 5,274    | 0,260                    |
| Ametipositsioon  | 2,473    | 0,871                    |
| Elukoht          | 6,431    | 0,040                    |

*Allikas: SHARE 4. laine andmed*

