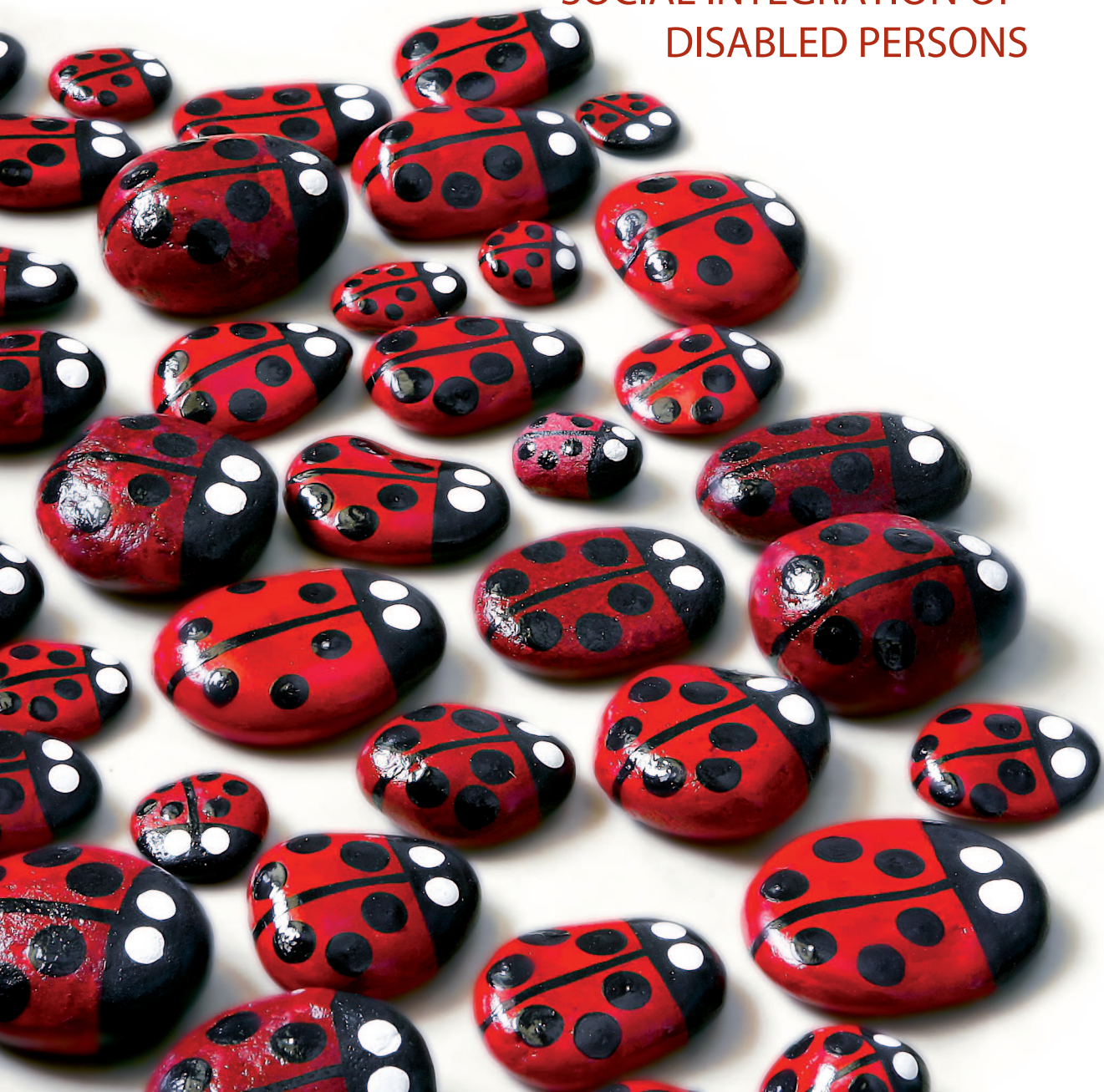


# PUUDEGA INIMESTE SOTSIAALNE LÕIMUMINE

## SOCIAL INTEGRATION OF DISABLED PERSONS



**PUUDEGA INIMESTE SOTSIAALNE LÕIMUMINE**  
SOCIAL INTEGRATION OF DISABLED PERSONS

Koostanud Statistikaameti rahvastiku- ja sotsiaalstatistika osakond (Urve Kask, telefon 625 9220).  
*Compiled by the Population and Social Statistics Department of Statistics Estonia  
(Urve Kask, phone +372 625 9220).*

Teadustoimetajad: Luule Sakkeus, Marju Medar  
Toimetaja: Kairit Pöder  
Tõlge: OÜ Triangular  
Inglise keele toimetaja: Karin Sahk  
Küljendajad: Alar Telk, Irmela Klooster

*Scientific editors: Luule Sakkeus, Marju Medar  
Edited by Kairit Pöder  
Translation into English by OÜ Triangular  
English edited by Karin Sahk  
Layout by Alar Telk, Irmela Klooster*

Kirjastanud Statistikaamet, Tatari 51, 10134 Tallinn  
Trükkitud Ofset OÜ, Paldiski mnt 25, 10612 Tallinn

*Published by Statistics Estonia, Tatari 51, 10134 Tallinn  
Printed by Ofset OÜ, Paldiski mnt 25, 10612 Tallinn*

Detsember 2014 / December 2014

ISBN 978-9985-74-547-2 (trükis / *hard copy*)  
ISBN 978-9985-74-591-5 (PDF)

Autoriõigus/Copyright: Statistikaamet, 2014

Kaanefoto: Scanpix  
Harrastuskunstnik Reelika Karu kivilepatriinud – igaüks on ise kujuga ehk puudega, nagu autor nende kohta ütleb.

*Cover photo: Scanpix  
Hobby artist Reelika Karu's stone ladybirds – each has a different shape or disability, as the author says.*

Väljaande andmete kasutamisel või tsiteerimisel palume viidata allikale.  
*When using or quoting the data included in this issue, please indicate the source.*

## SISUKORD

Saateks .....	4
1. Puude kontseptuaalne käsitus <i>Dagmar Narusson, Marju Medar</i> .....	6
2. Tegevuspiiranguga rahvastiku käsitluste areng <i>Luule Sakkeus</i> .....	25
3. Tegevuspiiranguga elanike üldiseloomustus <i>Riina Leinbock, Luule Sakkeus</i> .....	41
4. Tegevuspiiranguga inimeste leibkondade koosseis ja elamistingimused <i>Riina Leinbock, Liili Abuladze</i> .....	58
5. Puudega inimeste sotsiaalhoolekanne <i>Marianne Leppik</i> .....	78
6. Tegevuspiiranguga inimeste majandusaktiivsus <i>Liili Abuladze</i> .....	101
7. Tegevuspiiranguga inimeste sotsiaalne sidusus <i>Tiina Tambaum, Marju Medar, Dagmar Narusson</i> .....	121
8. Puudega inimeste sissetulek ja vaesus <i>Tiiu-Liisa Laes</i> .....	139
9. Tegevuspiiranguga inimeste tervises seisund <i>Kati Karelson</i> .....	158
Märkide seletus .....	180

## CONTENTS

<i>Foreword</i> .....	5
1. <i>The conceptualisation of disability</i> <i>Dagmar Narusson, Marju Medar</i> .....	16
2. <i>The development of approaches to the population with activity limitations</i> <i>Luule Sakkeus</i> .....	35
3. <i>General description of the population with activity limitations</i> <i>Riina Leinbock, Luule Sakkeus</i> .....	52
4. <i>The households and living conditions of persons with activity limitations</i> <i>Riina Leinbock, Liili Abuladze</i> .....	72
5. <i>Social welfare for persons with disabilities</i> <i>Marianne Leppik</i> .....	92
6. <i>Persons with activity limitations in the labour market context</i> <i>Liili Abuladze</i> .....	114
7. <i>Social cohesion</i> <i>Tiina Tambaum, Marju Medar, Dagmar Narusson</i> .....	132
8. <i>The income and poverty of persons with disabilities</i> <i>Tiiu-Liisa Laes</i> .....	152
9. <i>The health status of persons with activity limitations</i> <i>Kati Karelson</i> .....	172
<i>Explanation of symbols</i> .....	180

## Hea lugeja!

Euroopa puudega inimeste strateegias aastateks 2010–2020 on esile toodud kaheksa kodanikuõigustega seotud valdkonda, mida Euroopa Liidu liikmesriigid peavad puudega inimesi arvestades seirama ja milles olevaid barjääre ületada aitama. Need valdkonnad on ligipääsetavus (kättesaadavus), osalemine (sidusus), võrdsus, töötamine, haridus ja koolitus, sotsiaalkaitse, tervis ja Euroopa Liidu välised tegevused. Puudega inimeste täielik osalemine sotsiaal- ja majanduselus on ülimalt oluline, et täita ÜRO puudega inimeste õiguste konventsioonis sätestatud ning aidata kaasa jätkusuutlikule majandusarengule strateegia „Euroopa 2020“ eesmärke silmas pidades. Seetõttu on meil heameel esimest korda Eestis tuua teieni väike ülevaade tegevusvõime languse või tegevuspiiranguga inimeste sotsiaalsest lõimumisest viimastel aastatel.

Sotsiaalkaitse- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid on riigi tasemel esmased mehhanismid, mis aitavad tegevuspiiranguga inimestel ületada barjääre, mis takistavad neid teistega võrdselt hakkama saamast. Ometigi on niisugune lähenemine piiratud ja mõeldud vaid isiku tasandil esmaste toetusmehhanismide leidmiseks. Puudega inimeste kaasatus ühiskonda oleneb aga palju laiemalt nii meie endi kui ka tööandja arusaamade muutustest, reaalsest ligipääsetavusest näiteks valimiskoosolekutele või hoopis autoistmele ning üha enam teabe kättesaadavusest virtuaalses maailmas. Seega nõuab nende tõkete kaotamine kokkulepet kõigi osaliste vahel.

Tuleb tõdeda, et ÜRO konventsiooni põhimõtetest lähtuv tegevuspiiranguga inimeste õiguste tagamiseks vajalik üldine riiklik strateegia, milles oleks kindlaks tehtud valdkonna kitsaskohad, kavandatud vajalikud (uute) andmete kogumise teed õiguste tagatuse seireks ja seatud eesmärgid Eesti puudega inimeste tegelikuks lõimumiseks, seni veel puudub. Samuti seisab alles ees riikliku statistika loomine viisil, mis võimaldaks isikupõhiselt seostada inimõiguste seire eri valdkondades inimeste enesetunnetusliku tegevuspiirangu, ametliku puude, töövõimekao või haridusliku erivajaduse olemasoluga. Siinjuures tuleb tunnustada Statistikaameti algatusrühma, kes alustas puudega inimeste kohta teabe kogumist 2009. aastal. Tänu sellele on peamistes valdkondades olemas esimesed võrreldavad andmed, mis erinevalt ametkondlikust teenustejärgsest käsitlusest võimaldavad esitada trende rahvastikupõhiselt, võrreldes piirangutega ja piiranguta rahvastikuosa.

Kogumik on valminud ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise edendamise, kaitsmise ja järelevalve eesmärgil. Selles antakse eri uuringute põhjal ülevaade puudega inimeste sotsiaalsest lõimumisest Eestis, käsitledes tegevuspiiranguga inimeste tervist, sotsiaalhoolekannet, sidusust ning majandusliku aktiivsuse ja haridusnäitajaid. Nimetatud teemade lahtimõtestamisega püüavad kogumiku autorid anda oma panuse erivajaduste käsitlemisse ja ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise edendamisse Eestis.

Head lugemist!

### **Luule Sakkeus**

Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut

### **Marju Medar**

Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituut

**Dear readers!**

*The European Disability Strategy 2010–2020 defines eight priority areas related to fundamental rights. The European Union Member States are required to monitor these areas in order to protect the rights of persons with disabilities and to remove any barriers. The priority areas are: accessibility (availability), participation (cohesion), equality, employment, education and training, social protection, health, and actions outside the European Union. The full participation of persons with disabilities in social and economic life is crucial for compliance with the United Nations (UN) Convention on the Rights of Persons with Disabilities and for sustainable economic development in line with the Europe 2020 targets. For that reason, it is our pleasure to present – for the first time in Estonia – a concise overview of the social integration of persons with functional or activity limitations in recent years.*

*Social protection and welfare systems are primary mechanisms on the state level that help persons with activity limitations to overcome the barriers that prevent their full functioning and participation on an equal basis with others. Yet state measures are limited and only provide primary support mechanisms on the individual level. The social inclusion of persons with disabilities depends on a much wider range of factors, such as changes in the way employers and we all think, actual accessibility (e.g. access to election meetings or a car seat) and, increasingly, the accessibility of information in the virtual world. Therefore, the removal of these barriers requires an agreement between all parties in the society.*

*It is true that Estonia does not yet have a general national strategy for protecting the rights of persons with activity limitations in accordance with the principles of the UN convention. A national strategy is required to map current problems, determine the necessary sources of (new) data for monitoring the implementation of the rights, and define the targets for achieving the real integration of persons with disabilities in Estonia. Another important task is to develop the production of official statistics, so that the relevant rights can be monitored based on data on the population with self-perceived activity limitations as well as on the population with registered disabilities, loss of capacity to work or educational special needs. We wish to commend the team at Statistics Estonia who in 2009 started to collect data on persons with disabilities. As a result, we have the first comparable datasets in key areas, which allows us to analyse the trends based on population data (as opposed to the statistics on the use of services provided by various authorities) and compare the indicators for persons with and without limitations.*

*The aim of this publication is to promote, defend and monitor the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Various surveys are used as the basis to give an overview of the social integration of persons with disabilities in Estonia, including the health of persons with activity limitations, welfare measures, social cohesion as well as employment and education indicators. By analysing these topics, the authors want to contribute to the public discussion of special needs and to promote the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Estonia.*

*We hope that you find plenty of food for thought!*

**Luule Sakkeus**

*Tallinn University, Estonian Institute for Population Studies*

**Marju Medar**

*Tallinn University, Institute of Social Work*

# 1. PUUDE KONTSEPTUAALNE KÄSITLUS

**Dagmar Narusson, Marju Medar**  
Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituut

## Puude kui nähtuse mõistmise olulisus

Tänapäeval käsitletakse puuet kui inimelu juurde kuuluvat loomulikku nähtust. Peaaegu igal inimesel võib elu kestel olla tervise tõttu lühi- või pikaajalist tegevusvõime piiratust ja kui mitte varem, siis kõrges vanuses.

Niisugune mõtlemisviis on uudne ja ühiskonnas on puude kui nähtuse kohta mitmesuguseid vaatenurki. Seetõttu on oluline teadvustada, kuidas on aegade jooksul käsitletud mõistet „puue“. Ühtsema arusaamise eesmärgil on oluline lahti kirjutada, mil viisil tänapäeval puuet kirjeldatakse ja kuidas sellesse suhtutakse.

Arusaamine sellest, kui palju elab ühiskonnas puudega inimesi ja millises olukorras nad igapäevaelus on, aitab edendada püüdlusi kaotada ühiskonnas eksisteerivad puuet tekitavad barjäärid ja arendada teenuseid, mis võimaldavad puudega inimestel täiel määral ühiskonnaelus osaleda. Teemakohaste andmete kogumine ja analüüs aitab eri pooltel formuleerida ja viia täide poliitikat, mis aitaks kaasa ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamisele. (World ... 2011)

Puuet mõistetakse, käsitletakse ja mõõdetakse riigiti erinevalt ning puude käsitlused koos kogutud andmete analüüsiga mõjutavad ühiskonna arengut. See, mil viisil defineeritakse tervisekahjustust, tegevus- või osalusvõime piirangut, terviseolukorda ja keskkonnategureid, mõjutab seda, milliseid küsimusi uuringutesse panna, missugust andmekogumismeetodit kasutada ja kuidas kirjeldada ootuseid inimeste funktsioneerimisele. Tervisega seotud olukordade kirjeldamisel on statistikas olnud tavapärase puute rühmitamine nende liigi järgi, näiteks sensoorne, füüsilise, vaimne või intellektuaalne puue. Sel juhul jäävad statistikast välja inimesed, kel on pikaajaline ehk krooniline probleeme tekitav terviseolukord, kommunikatsioonihäired või mõni muu tervisekahjustus, kuigi ka neil inimestel on tervise tõttu igapäevaelus hakkamasaamisega suuri raskusi.

Andmed puude olemasolu kohta ja puudega seotud kontekstuaalsed faktorid on väga olulised, et konstrueerida täielikku pilti puuetest ja inimeste funktsioneerimisest ühiskonnas. Ilma infota, mil viisil teatav terviseolukord interaktsioonis keskkonnas või ühiskonnas eksisteerivate barjääride või soodustavate teguritega inimese igapäevaelu mõjutab, ei ole võimalik teha ühiskonna arengut mõjutavaid otsuseid. Ühiskonna arenguga seotud protsessides pole andmekogumismeetodid vähem tähtsad, nt kogu rahvastikku hõlmava rahvaloenduse kaudu saab väga hea ülevaate inimeste sotsiaal-majandusliku olukorra kohta (nt töötamine, perekond), kuid vähem infot terviseolukorra mõjust ühiskonnaelus osalemisele. Tänu rahvaloenduste regulaarsusele saab osast trendidest väga hea ajalise ülevaate. Paljud riigid on hakanud peale keha struktuuride ja funktsioonide kahjustuse (ehk terviseolukorra) pöörama tähelepanu tegevusvõimele, ühiskonnaelus osalusele ja keskkonnateguritele ning arvestavad neid inimese terviseolukorra hindamisel. Oluline erinevus tervisepiirangu eristamisel seisneb selles, kas piirangu olemasolu selgitatakse välja inimese enda tunnetuse põhjal või on tegemist formaalse ehk inimesele ametlikult määratud puudega. Veel osutub oluliseks, kas puuet interpreteeritakse seotult normaalse funktsioneerimise tasemega kindlas eärühmas (nt eakad ei identifitseeri end puudga inimesteks, kuna funktsioneerimisraskused on vanusele kohased) või sissetulekurühmas. Andmekogumise meetodika oleneb riigiti peamiselt sellest, mil viisil defineeritakse konkreetses riigis puuet. Paljud riigid on võtnud statistikas tervisekahjustuse põhise käsitluse asemel kasutusele funktsioneerimisraskuste käsitluse. (World ... 2011)

Tänapäeval pööratakse rahvusvahelistes kogukondades ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) dokumentides (nt World ... 2011) tähelepanu sellele, et kogutud andmed oleksid asjakohased nii riigi (poliitika arendamiseks) kui ka ülemaailmsel tasandil, ja selleks soovitatakse juhinduda järgmistest rahvusvaheliselt tunnustatud käsitlustest ja dokumentidest: ÜRO puudega

inimeste õiguste konventsioon (2012), rahvusvaheline puute ja funktsioneerimise klassifikatsioon (International Classification of Functioning, Disability and Health), standardiseeritud küsitlused tervisestaatuse ja puude hindamiseks kogu rahvastiku tasandil (European ... 2014) ning statistika kogumise manuaal (Training ... 2008).

Piiranguid seadvad terviseolukorrad on universaalsed selles mõttes, et peaaegu kõigil inimestel tuleb elu jooksul oma tervises ette mõni kõrvalekalle. Eakatest kogevad oma terviseolukorra tõttu piiranguid üle 80% ja inimkonna keskmise vanuse tõustes see hulk üha kasvab. Tänapäeval ei ole puudega inimesed ühiskonnas enam stigmatiseeritud rühm. Samasugust universaalsuse põhimõtet järgitakse ka rehabilitatsiooni mõistetes, s.t need mõisted käivad kõikide inimeste kohta ja on neutraalsed (mittestigmatiseerivad). (World ... 2011)

## Puude mõistmise käsitlused

Ajalooliselt on puuet käsitletud kui segregeerivat nähtust ja puudega inimesi peetud teistsugusteks. Alates 1970. aastatest, peamiselt puudega inimeste liikumise survele, on selline mõtteviis vähehaaval muutunud ja jõutud arusaamiseni, et puude ja tegevuspiirangute põhjuseks on tervise ja keskkonnategurite koosmõju. Puudega inimesed on inimesed nagu kõik teisedki.

Tänapäeval tuginetakse puude defineerimisel küll eespool kirjeldatud tervise- ja sotsiaalteaduste ühisele konsensuslikule käsitlusele, mis kirjeldab võrdselt nii tervise-, osalus- ja tegevuspiirangute kui ka keskkonnategurite osa puude määramisel, kuid olenevalt erialade arengust on igapäevaelus ja meedias senini võimalik leida puude kohta eri definitsioone. (World ... 2011)

Oliveri ja Sapey (2006) kohaselt on puudega inimestega oma igapäevatoos tegelenud ja tegelevad praegugi kuni 23 eriala esindajad. Kõigil erialadel oma puude definitsiooni ei ole, kuid ajaloolised erinevused puude mõistmisel on siiski eristatavad. Puude defineerimise erinevused tulenevad erialade väljakujunemisel määravateks olnud teguritest ja need hoiakud on mõjutanud ühiskonnaelul igal tasandil.

Järgnevalt on esitatud viis definitsioonide rühma.

### 1. Puue kui **kõrvalekalle normist**

Puue tuleneb anatoomilise, füüsilise või psühholoogilise funktsiooni, näiteks kuulmise või nägemise kaotusest. See aga ei pea ilmingimata tähendama puuet, näiteks mõlemad jalad kaotanud inimene võib elada aktiivset sotsiaalset elu, samal ajal kui inimene, kellel on näol mõõdukas nahapunetus, ei lahku kunagi kodust ja on end sotsiaalsest elust isoleerinud.

### 2. Puue kui **kliiniline seisund**

Puue viitab haigusele, mis mõjutab keha füüsilisi ja psühholoogilisi protsesse. Need haigused on näiteks artriit, epilepsia, bronhiit ja skisofreenia. Diagnoos määratakse haiguse sümptomite põhjal. Osal juhtudel, näiteks õpiraskuste puhul, on diagnoosi keeruline määrata.

### 3. Puue kui **igapäevaste tegevuste funktsionaalne piirang**

Puue viitab inimese piiratud võimetele või võimete puudumisele enesekohastes või sotsiaalsetes tegevustes. Sellised tegevused on näiteks enese pesemine, riietamine, poes käimine, asjaajamine ametiasutustes või kinos käimine. Definitsiooni juurde kuulub arvamus, et kõik inimesed võivad olla elu jooksul puudega ja funktsioonide langus kuulub vananemise juurde.

### 4. Puue kui **deviantsus** ehk kõrvalekalle

Selles definitsioonis eristatakse esiteks kõrvalekallet ühiskonnas tervise kohta kehtivatest ja aktsepteeritud normidest ning teiseks indiviidi või rühma sotsiaalsele staatusele kohastest käitumisnormidest. Käsitledes puuet kui kõrvalekallet normist, tekib küsimus, mis on normid ja kes neid defineerib ning mis on normaalne ja kohane käitumine.

### 5. Puue kui **ebasoodne tingimus**

Definitsioon viitab ressurssidele, mis inimestel on olenevalt nende positsioonist sotsiaalses hierarhias. Puudega inimestel on vähem ressursse kui puudeta inimestel. Kui lähtuda ressursside



kättesaadavusest, võivad selle definitsiooni kohaselt puudega inimeste hulka kuuluda ka vähese haridusega inimesed, alkohoolikud, ühe vanemaga pered ning mõnel juhul ka etnilised vähemused ja naised.

Sotsiaaltöö ja rehabilitatsioonitöö praktikas võib välja tuua mitu puude käsitlemise mudelit ning diskuteerida selle üle, milline on nende mõju eri valdkondadele (tabel 1).

### Käsitluste ülevaade ja mõju eri valdkondadele

Tabelis 1 on esitatud kokkuvõtlik loetelu puude käsitlemise peamistest mudelitest. **Puude meditsiiniline mudel** vaatleb puuet kui indiviidi probleemi, mida põhjustab otseselt kas haigus, trauma või mõni muu terviseolukord, mis nõuab asjatundjatelt individuaalset ravi. Meditsiinilise sekkumise eesmärk on indiviidi hooldamine või tema kohanemine ja käitumise muutumine. Selle mudeli põhiküsimus on meditsiiniabi kättesaadavus ning poliitikatasandi peamine reaktsioon on tervishoiupoliitika muutmine või reformimine. (RFK 2004)

Tabel 1. Puude käsitlemise mudelid

	Individuaalne		Sotsiaalne	
	Meditsiiniline individuaalne mudel	Funktsionalistlik individuaalne mudel	Sotsiaalne keskkonnast lähtuv mudel	Kodanikuõigustest lähtuv sotsiaalne mudel
<b>Peamine põhjustaja</b>	Terviseolukord	Terviseolukord	Sotsiaalse ja füüsilise keskkonna piirangud	Inimõiguste mitteamestamine
<b>Sekkumine</b>	Ärahooldamine ja ravi	Rahaline kompensatsioon	Kohandatud keskkond	Ühiskonna reformimine

Allikas: Barral ja Maudinet 2003

Puude meditsiiniline ehk individuaalne mudel on pikka aega olnud väga jõuline ja seetõttu aastakümnete vältel mõjutanud teenuste korraldust. Puude individuaalne ja meditsiiniline mudel põhineb arusaamisel, et probleemid on kinni indiviidis endas (Oliver ja Sapey 2006; Oliver jt 2012). Selle mudeli kohaselt on puue tingitud füüsilisest, sensoorsest või intellektuaalsest kahjustusest, mistõttu see on osa haigusest. Seega on puue inimese personaalne mure (French ja Swain 2011). Professionaalne sekkumine põhineb ideel, et probleeme tuleb lahendada indiviidi enda pingutuste kaudu. Eesmärk on kohandada inimene puudest tingitud olukorraga. Sekkumine rõhutab füüsilise ja psüühilise kohanemise vajadust, et aidata inimesel saavutada nii normaalne seisund kui võimalik (Oliver ja Sapey 2006: 22). Individuaalse mudeli nõrk koht on argument, et probleem on ainult indiviidis endas. Sotsiaalse, suhtumusliku ja füüsilise keskkonna mõjutegureid alahinnatakse.

1950. aastatel arendati välja haiguse **funktsionalistlik perspektiiv**. Sotsiaaltöös ja rehabilitatsioonis tugineb funktsionalistlik perspektiiv Parsons'i sotsioloogilisele paradigmale (Parsons 1951), mis ütleb, et sotsiaalne maailm eksisteerib kui üks tervik ehk süsteem, mis sõltub omavahelises seoses olevate osade funktsioneerimisest. Selleks et süsteem (siinsel juhul inimühiskond) saaks efektiivselt funktsioneerida, peavad kõik selle osad täitma oma rolli. Iga inimene vastutab oma sotsiaalses rollis funktsioneerimise eest, et suurem süsteem saaks terviklikult funktsioneerida. Funktsionalistlik perspektiiv ehk teooria väidab, et kui inimene kaldub oma rollist kõrvale, ei saa ühiskond optimaalselt funktsioneerida ning sotsiaalsetel institutsioonidel on võimu ja autoriteeti, et kindlustada selle inimese tegutsemine oma rollis. Tervishoiuspetsialistidel on õigus kontrollida terviseseisundit, mõjutada inimese haiguse kulgu. Sellest perspektiivist lähtudes on tervishoiuspetsialistil kohustus haiget ravida ja saavutada olukord, et inimene suudaks jälle täielikult funktsioneerida. Funktsionalistliku perspektiivi arendus rõhutab inimese võimet funktsioneerida ootuspärastes sotsiaalsetes rollides. Funktsionalistliku perspektiivi sekkumiste peamine fookus on inimesel ja tema muut(u)misel. (The Psychological ... 2007)

**Sotsiaalne perspektiiv puude käsitlemisel** arenes välja 1960. aastatel, saades alguse sotsiaalpoliitilisest liikumisest, mille kohaselt paremal positsioonil olevad inimesed on osa inimrühmi ühiskonnas alla surunud. Liikumise peamine eesmärk oli näidata, et võimusuhted on ühiskonnas paigast ära ja ühiskonnas kehvemal positsioonil olevate inimeste õigusi tuleb kaitsta. Sotsiaalse perspektiivi kohaselt on puudega inimesed diskrimineeritud, marginaliseeritud ja alla surutud. Sotsiaalne perspektiiv rõhutab, et tervisest tingitud tegevus- ja osaluspiirangutega inimestel peaks olema samasugune iseseisvus ja vastutus nagu teistel ühiskonna liikmetel. Selle saavutamiseks tuleb suurendada jõustamist, enesemääramisõigust ja aktiivsust. Sotsiaalse perspektiivi kohaselt on puue sotsiaalse ja füüsilise keskkonna produkt, s.t piiranguid loovad ühiskond ja kehtiv ühiskonnakorraldus. Selle käsitluse kohaselt ei ole puue individuaalne ehk üksikisiku probleem, vaid inimeste olukorra parandamiseks on vaja muuta sotsiaalseid hoiakuid, institutsioone ja poliitikat ehk kogu sotsiaalset keskkonda. (Oliver ja Sapey 2006)

**Kodanikuks olemisel põhinev mudel** lähtub eeldusest, et inimesi, kellele on määratud puue, tuleb kohelda kui täieõiguslikke kodanikke, kellel on kodanikuõigused ja -kohustused, s.t neid, sh terviseolukorrast tingitud tegevusvõimelangusega inimesi tuleb arvestada kui täisväärtuslikke ühiskonna liikmeid ja tarbijaid, ühiskonnas jõustatud indiviide (valimistel hääletajaid) ning aktiivseid kodanikke kõiges, mis puudutab õigusi ja vastutust. Teenuste osutajate ja kasutajate vaheline suhe on harmooniline, kui arvestatud on kolme dimensiooni: 1) majanduslik dimensioon, kus inimesi käsitletakse kui ühiskonda panustajaid, töötajaid ja tarbijaid; 2) poliitiline dimensioon, kus inimesi käsitletakse kui pereliikmeid ja sõpru ning kui valijaskonda või ka kui inimesi, kes moodustavad ühiskonnas jõulisi rühmi; 3) moraalne dimensioon, kus inimesi käsitletakse individidena, kelle tegevusvõime on tervise tõttu piiratud, kuid kellel on samamoodi vajadused ja inimõigused. (Oliver jt 2012)

Viimastel aastakümnetel on puudega inimeste liikumise esindajad koos sotsiaal- ja tervise-teadlastega toonud välja sotsiaalsete ja füüsiliste barjääride rolli puudes. Sel põhjusel on individuaalselt ja meditsiiniliselt perspektiivilt liigutud struktuuralsele ja sotsiaalsele ehk meditsiiniliselt mudelilt sotsiaalsele mudelile, mille kohaselt põhjustab puuet pigem ühiskond, mitte inimese kehas toimuvad muutused. (World ... 2011)

## Puude mõiste defineerimine ja selle komponendid

Puue on kompleksne, dünaamiline, multidimensionaalne ja vaieldav nähtus, s.t puue on terviseolukorra ning personaalsete ja keskkonnategurite dünaamilise interaktsiooni tulem. Puuet kasutatakse üldterminina tervisekahjustuste ning tegevus- ja osalusvõime piirangute kohta ning see viitab inimese individuaalsete ehk terviseolukorra tegurite ja inimese kontekstuaalsete ehk keskkonna- ja personaalsete tegurite interaktsioonile. (World ... 2011)

Rahvusvahelise kokkuleppe alusel kasutatakse puude ja teiste sellele kaasuvate mõistete käsitlemisel alusdokumendina WHO koostatud rahvusvahelist funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK). RFK on universaalne, kuna katab kõiki inimese funktsioneerimise aspekte, käsitleb puuet pigem kui kontinumit ega kategoriseeri inimesi puuderühma järgi. RFK kohaselt on puude puhul rõhuasetus aspektidel „rohkem“ või „vähem“, mitte „jah“ (on puue) või „ei“ (ei ole puuet). RFK põhineb tänapäevasel puudest arusaamisest ja selle mõõtmise viisidel. RFK on välja arendatud pikaajalise protsessi tulemina koostöös sotsiaal- ja terviseteadlaste ning puudega inimestega.

Mõiste *disability* vastena kasutatakse eesti keeles sõna „puue“ või „puuded“ ja selle all mõeldakse Eesti keeleruumis, et inimesel on püsiv tervisekahjustus, krooniline haigus, organi kaotus vms ehk mõeldakse eelkõige terviseolukorda. Inglisekeelse sõna *disability* tähendus ei viita otseselt tervisele, vaid hoopis inimese võimetele (*ability*) ja *dis-ability* tähendab, et inimese võime(d) on piiratud või langenud. Võime langus tähendab osa tegevuste soorituse halvenemist. Kuna mõiste põhifookus on võimete piirangul, siis täpsuse huvides kasutatakse siin artiklis *disability* eestikeelse vastena mõisteid „tegevusvõime piirang“ ja „terviseolukorrast tingitud piirang“.

Mõiste „puue“ komponentide selgitamist tuleb alustada tervise, terviseolukorra, keha funktsioonide, struktuuri ja piiranguid käsitlevate mõistete lahtiseletamisest. Lähtudes tänapäeva terviseteaduste ja rehabilitatsioonikäsitlustest, loovad eespool nimetatud komponendid tingimused puude olemuse mõistmiseks. Järgnevalt on defineeritud kõik puude definitsioonis kasutatavad komponendid.

**Tervis** on täielik füüsiline, vaimne ja sotsiaalne heaolu, mitte üksnes haiguse puudumine (International ... 2001).

**Terviseolukord** on inimesel esinevad haigused, vigastused ja häired (World ... 2011).

**Keha funktsioonid** on organsüsteemide füsioloogilised funktsioonid. Keha ehk organismi funktsioonid jagunevad järgmiselt: vaimsed, sensoorsed, hääle ja kõnega seotud, kardiovaskulaarse, hematoloogilise, immunoloogilise ja respiratoorse süsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi, urogenitaalsed ja reproduktiivsed funktsioonid, närvide, lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid ning naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid. (RFK 2004)

**Keha struktuurid** on keha anatoomilised osad, nagu organid, jäsemed ja nende komponendid. Keha ehk organismi struktuuride alla kuuluvad närvisüsteemi struktuurid, silm, kõrv, hääle, kõne ja nendega seotud struktuurid, südamel ja veresoontega, immuun- ja hingamissüsteemi struktuurid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi, urogenitaal- ja reproduktiivsüsteemiga seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid ning nahk ja nahaga seotud struktuurid. (International ... 2001; RFK 2004)

Siinkohal üks näide keha funktsioonide ja struktuuride eristamiseks. Kui funktsioonide alla kuulub näiteks selline põhiline taju nagu nägemine, siis selle struktuuriline korrelaat on silm ja sellega seotud struktuurid. (RFK 2004)

**Tegevusvõime piirang** on raskus, mida inimene võib kogeda igapäevategevustes (International ... 2001; RFK 2004).

**Osaluspiirang** on probleem, mida inimene võib kogeda nii igapäeva elu situatsioonidesse kaasatuna või olulistest sotsiaalsetest tegevustest kõrvalejäämisel (International ... 2001; RFK 2004).

**Keskonnategurid** moodustuvad füüsilise, sotsiaalse ja suhtumusliku keskkonna koosmõjul ning loovad tingimused, milles inimesed elavad ja juhivad oma elu. Keskkonnal on väga suur mõju sellele, millises ulatuses ja mil viisil inimene puuet kogeb. Keskonnategurid on näiteks arhitektuuri puudutavad tegurid, juhul kui juurdepääsmatu keskkond piirab tegevusvõimet. Keskonnategurite alla kuuluvad ka ühiskonnas eksisteerivad sotsiaalsed hoiakud puudega inimeste suhtes. Negatiivne keelekasutus või ettekujutus, stereotüübid ja stigma koos sügavate ajalooliste juurtega püsivad endiselt kogu maailmas. Eriti stigmatiseeritud on vaimse tervise probleemidega inimesed. Negatiivsete hoiakutega kaasneb negatiivne kohtlemine, mis omakorda põhjustab madalat enesehinnangut ja piiratud osalemist. Inimesed, kes tunnevad puude tõttu ebameeldivat kohtlemist, võivad hakata mõnedes kohtades käimist vältima, muudavad oma rutiinseid tegevusi või lahkuvad oma kodupaigast. (World ... 2011) Keskonnategurid on ka ühiskonnas kehtivad õiguslikud ja sotsiaalsed struktuurid, teenuste korralduse süsteem, sh organisatsioonilised barjäärid (nt terviseteenuste ootejärjekorrad). Oluliste keskkonnategurite alla kuuluvad spetsialistide teadmised ja hoiakud, mis mõjutavad kõiki teenuste osutamise seotud valdkondi ja kogu sotsiaalset elu. Abivahendite ja teiste inimeste abi kättesaadavaks tegemine, avalike ruumide, kodude ja töökohtade keskkonna kohandamine mõjutavad inimeste tegevusvõimet ja ühiskonnas osalemist. (World ... 2011; International ... 2001; RFK 2004) Seetõttu on inimeste toetamisel vajalik kompleksne lähenemine, kus arvestatakse nii keskkonnategureid kui ka isiku terviseolukorrast tingitud aspekte ja võimalusi.

## Mõistete kasutamise põhimõtted

WHO koos ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni komiteega on kirja pannud soovitusel, millest lähtuda mõistete kasutamisel. Nende hulgas on seisukoht, et definitsioonid peavad kaasama kõiki inimesi ja selgelt reflekteerima keskkonnategurite olulisust puude kui nähtuse esinemisel ühiskonnas; keelekasutuses tuleb hoiduda sildistamisest, mis viitavad erinevustele, mitte ei suurenda erinevuste mõistmist ja kaasamist. Hoiduda tuleks puude seostamisest sõnaga „probleem“, selle asemel soovitatakse kasutada positiivset kirjalikku ja suulist kõnet. Selle asemel, et öelda „puudega inimesed“, võiks võimaluse korral öelda „inimesed, kellel on puue“. See on küll pikem, kuid annab täpsemalt edasi idee, et puue ei ole kogu inimese identiteet, vaid üks asjaoludest ja peale selle iseloomustavad inimest veel paljud muud aspektid. (WHO ... 2013)

Tänapäeval on puude defineerimisel oluline see, et puuet ei peetaks inimese juures esmatähtsaks ja selle üks põhjuseid on asjaolu, et inimesed, kelle terviseolukord piirab nende tegevus- ja osalusvõimet, ei pea ka ise enda juures esimeses järjekorras oluliseks puuet. Tõepoolest, terviseprobleemide ja tegevusvõime langusega inimesed ei pea enda identiteedis esmatähtsaks puuet, küll aga teeb seda tihti veel ühiskond. Näiteks naist, kellel on puue, käsitletakse esmalt puudest, mitte soost lähtudes. Ja kuigi näiteks paljud inimesed, kes kasutavad ratastooli, ei ole kogu aeg ratastoolis ja nende elus on mitmesuguseid tegevusi, on valdav hoiak, et ratastoolis inimene on kogu aeg ratastoolis, ja igapäevakõnes öeldakse nende kohta „ratastoolis inimene“. See näitab ühiskonna suhtumist – puuet peetakse nende puhul esmatähtsaks ja kõik ülejäänud tuleb teises järjekorras (Jaeger ja Bowman 2005). Sama võib öelda ka teiste nn klassikaliste rühmade kohta, nt kurdid ja pimedad. Selline suhtumine on valdav olnud lähiajaloo, kuid tänapäeval hakanud muutuma.

Puudega võib olla laps, kes sünnib üsasise kahjustuse, näiteks tserebraalparalüüsiga, või noor sõdur, kes kaotab miini tõttu jala, või keskealine naine, kellel on artriit, või vanemaeline, kellel on dementsus. Tuleb mõista, et terviseolukord võib olla nähtav või mitted nähtav, lühi- või pikaajaline, staatiline ehk püsiv või episoodiline või degeneratiivne, valu põhjustav või valututu. Oluline on silmas pidada, et paljud inimesed, kellel on puue, ei tunne ennast haigena. Üldistuste tegemine puute või puudega inimeste kohta võib inimesed eksiteele viia. Puudega inimesi mõjutavad väga paljud personaalsed tegurid, nagu sugu, vanus, sotsiaal-majanduslik staatus, etniline kuuluvus ja kultuurilised eripärad. Iga inimene kogeb oma puuet erinevalt. (World ... 2011)

## Mõtlemisviisi muutuse vajalikkus

Puudega inimeste liikumine ja iseseisva elu ideoloogia rõhutavad, et puudega inimesed peavad tundma end ühiskonnas eelkõige kodanikena, kellel on tagatud samasugune ligipääs peavoolu elamistingimustele ning tervishoiule, haridusele ja tööturule. Samuti peab puudega inimestel olema õigus kontrollida oma elu nii suures ulatuses kui võimalik ja nad ei peaks end tundma teenuse saajate rollis ja sõltuvuses olevatena (Beresford 2010).

Puudega inimeste põhilisi inimõigusi, kodanikuõigusi ja võrdseid võimalusi eitavaid hoiakuid ja poliitilisi vaateid tuleb ette nii hariduses, töөлus, toetuste süsteemis, toetavate teenuste korralduses, linnaruumis ja elamuehituses, vaba aja teenustes kui ka meedias. Stereotüüpsed hoiakud puudega inimeste suhtes põhinevad enamasti varasematest aegadest pärit ebausul, müütidel ja uskumustel ning püsivad osaliselt seetõttu, et kultuur ja meedia neid reprodutseerivad. (Jaeger ja Bowman 2005)

Et teiste kodanikega võrdsel positsioonil funktsioneerida, vajavad ja ootavad puudega inimesed muutusi allpool kirjeldatud valdkondades.

**Füüsiline juurdepääs** koolidesse, töökohtadesse, raamatukogudesse, riigi- ja omavalitsusasutustesse, kommertsasutustesse, elamutesse ja majutusasutustesse. Juurdepääsu all mõeldakse hoonesse sisenemise ja seal ringiliikumise võimalusi, vajalike seadmete või vahendite sobival kõrgusel asetsemist ning abivahendite kasutamise võimalusi (lift, tõlkevõimalus jne). Oluline on ka juurdepääs parkidesse, avalikku linnaruumi, spordikompleksidesse ja väljakutele. Sobivad sissepääsud jms peaksid asuma ehitise tavapärase kohas ja puudega inimeste liikumisteid hoonetes või avalikus ruumis ei ole vaja peita. (Oliver jt 2012)

**Intellektuaalne juurdepääs** tähendab juurdepääsu informatsioonile, mis on esitatud füüsilise või elektroonilise materjali kujul või muul viisil. Intellektuaalne juurdepääs infotehnoloogia kaudu sisaldab veebilehtedele, kujutistele, klassifikatsioonidele, kataloogidele, arhiividele, riigi või kohaliku omavalitsuse materjalidele, perioodikale, digitaalsetele dokumentidele ja raamatukoguteenustele ligipääsu sobival viisil ja sobivas vormis, näiteks suures kirjas, Braille' kirjas, audiosalvestisena või subtiitritega. (Oliver jt 2012)

**Puute kujutamine meedias ja kirjanduses** peaks muutuma teadlikumaks ja saama elu loomulikuks osaks, mitte tõstatuma teemaks äärmuslike ja erakordsete juhtumite tõttu. Senine negatiivne teemakäsitlus peaks asenduma tasakaalustatuma ja teadlikumaga. (Oliver jt 2012)

**Puudega inimeste töötamise soodustamiseks** on vaja suurendada ühiskonna teadlikkust. Puudega inimeste vähesed töövõimalused tulenevad suuresti arvamusest, et puudega inimesed on vähem produktiivsed, kuid küsimus on sobivates, kohandatud töövõimalustes, mitte niivõrd inimeste töövõimes. (Jaeger ja Bowman 2005)

Peale juurdepääsuprobleemide on inimesed sotsiaalsüsteemile ette heitnud, et neile ei pakuta vajalikke tugiteenuseid. Sotsiaalteenuseid kasutades juhtub sageli, et teenused võtavad kontrolli inimese elu üle, selle asemel et inimene tunneks teenuste toetust. Teenuseid vajavad inimesed otsustavad vahel neist loobuda, kuna teenused ei vasta nende vajadustele. Teenuste kasutajad kogevad sundust, üleolevat kohtlemist, kontrolli või kõrvalejätuse tunnet. (Beresford jt 2011)

## ÜRO puudega inimeste õiguste konventsioon ja sellest tulenevad õigused

Puuet käsitletakse inimõiguste teemana sel põhjusel, et puudega inimesed kogevad ebavõrdsust, nt pole neil piisaval määral juurdepääsu tervise-teenustele, tööturule, haridusele või poliitikas osalemisele. Puudega inimesed kogevad oma terviseolukorra tõttu väärkohtlemist või vägivalda (ärakasutamine, eelarvamused, lugupidamise puudumine). Mõnel juhul ei ole puudega inimestel vajalikul määral autonoomiat (sunniviisiline steriliseerimine, tahtevastane institutsiooni paigutamine, juriidilistes toimingutes otsustusõiguse piiramine). (World ... 2011)

ÜRO puudega inimeste õiguste konventsioon on oluline dokument, mis väljendab tänapäeva ühiskonna arusaamist puudega inimeste kodanikuõigustest ja eesmärke, mida kogu maailmas püütakse saavutada, et suurendada keerulise terviseolukorraga inimeste ühiskonda kaasatust. Konventsiooni on dokument, mis kujundab poliitikat käesoleval ja lähiajal ning mõjutab sotsiaalvaldkonna otsuseid. Samal ajal väljendab konventsioon ka puudest lähtuva teadusvaldkonna tänapäevaseid käsitlusi, sh kodanike vajadustel põhinevat lähenemist. Konventsiooni eesmärk on tutvustada ja kaitsta puudega inimeste kodanikuõigusi, kultuurilisi, poliitilisi, sotsiaalseid ja majanduslikke õigusi. Puuetega inimeste õiguste konventsioonis (Puuetega ... 2012) on nimetatud põhimõtted järgmiste oluliste eluvaldkondade kohta: juurdepääsetavus (art 9), iseseisev elu (art 19), haridus (art 24), tervishoid (art 25), rehabilitatsioon (art 26), töö (art 27), sotsiaalne kaitse (art 28), avalik elu (art 29) ja kultuurielu (art 30). Konventsiooni on ratifitseerinud 137 riiki, selle fakultatiivprotokoll 78 riiki.

## ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamine Euroopa Liidu liikmeriikides

Euroopa Liidu (EL) tasemel on välja töötatud Euroopa puudega inimeste strateegia aastateks 2010–2020, mis on keskne poliitiline vahend ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamiseks EL-is. Strateegias kutsutakse Euroopa Komisjoni üles tagama, et olemasolevates ja tulevastes alama astme õigusaktides järgitaks ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni ning sätestataks puudega inimeste osalemine ja kaasamine (Euroopa ... 2011).

Euroopa majandus- ja sotsiaalkomitee on oma arvamuses teemal „ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni elluviimine ja järelevalve EL-i institutsioonide poolt ning Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee roll” kutsunud üles vaatama puudega inimeste strateegia rakendamise põhjalikult läbi, sh seadma uusi sihte ja eesmärke. Komitee kutsub Euroopa Nõukogu ja Euroopa Parlamenti üles laiendama ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamist

EL-i mitmeaastases finantsperioodis, tagades, et ligipääsmatutele projektidele või infrastruktuurile ei kulutata ühtegi eurosentit. Samuti kutsus komitee Euroopa Nõukogu ja Euroopa Parlamenti üles tegevdamise või säilitama ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamisele suunatud soosivaid sätteid, sh tõukefondide määrustes, eriti eeltingimuste, partnerluspõhimõtete ja horisontaalsete teemade põhimõtete puhul. ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni, ligipäsetavust ja iseseisvat elu puudutavad eeltingimused on juba komisjoni ettepanekusse lisatud.

Euroopa majandus- ja sotsiaalkomitee rõhutab, et eelkõige tuleb: 1) soodustada puudega inimeste töötamist komitees, sh praktikaprogrammi väljatöötamise kaudu, ja julgustada kandideerima puudega riiklikke eksperte; 2) tagada puudega kandidaatidele diskrimineerimisvaba värbamine; 3) teha puudega inimestele kättesaadavaks värbamisteenused ning kutse- ja täiendusõpe; 4) parandada ligipäsetavust hoonetele, veebilehtedele, IKT-vahenditele ja dokumentidele; 5) pakkuda mõistlikke ümberkorraldusi, sh töötajate, komitee liikmete ja ekspertide isiklik abistamine; 6) korraldada oma töötajatele koolitus puuete ja ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni tutvustamiseks, sh koostada ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise laiendamist käsitlev brošüür ja videoklipp; 7) osaleda ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise institutsioonidevahelises tööühmas; 8) laiendada puudeteemat oma tegevuses (Euroopa ... 2012).

Puudega inimeste teematikat käsitletakse veel mitmes strateegias, sh strateegias „Puudega noorte tööhõive, kaasamine ja osalemine ühiskonnaelus“ (Puudega ... 2012: 2–6), strateegias „Euroopa 2020“ (The Europe ... 2011; Euroopa ... 2010) jms.

### **Konventsiooni rakendamine Eestis**

Eesti Vabariigi riigikogu ratifitseeris ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni 21. märtsil 2012 ja konventsioon jõustus 14. aprillil 2012. Enne konventsiooni jõustumist tehti Eestis pikka aega tööd selle nimel, et konventsiooni rakendamine oleks võimalik. Konventsiooni väljatöötamist alustati ÜRO-s 2002. aastal, konventsioon võeti vastu 13. detsembril 2006. Eesti Vabariigi president Toomas Hendrik Ilves kirjutas Eesti nimel konventsioonile alla 25. septembril 2007.

Konventsiooni ratifitseerimise seaduse eelnõus on märgitud, et ratifitseerimise ajal ei pidanud Eesti vastama kõigile konventsioonis sätestatud sisulistele nõuetele, kuid konventsioonist tuleneb kohustus pürgida sätestatud eesmärkide poole ja parandada järjepidevalt puudega inimeste olukorda ühiskonnas.

30. märtsil 2012 allkirjastasid sotsiaalminister ja Eesti Puuetega Inimeste Koja juhatuse esimees valitsuse ja puudega inimeste esindusorganisatsioonide koostööpõhimõtete memorandumi. 20. novembril 2012 toimus puudega inimeste õiguste kaitse strateegia väljatöötamise avaseminar. Aastatel 2012–2013 analüüsis Eesti Puuetega Inimeste Koda konventsiooni rakendamist ning korraldas sihtrühma teavitamiseks mahuka koolitusprogrammi ja seminarid.

2014. aastal loodi Eesti mõttekoja Praxis ja Eesti Inimõiguste Keskuse eestvedamisel ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni rakendamise sõltumatu järelevalve, edendamise ja kaitse komitee (PIK 2014). Algatust on rahastanud Sotsiaalministeerium ja sellega luuakse eeldused valitsussektorist sõltumatuks puudega inimeste õiguste olukorra järjepidevaks seireks ning poliitikakujundajatele regulaarse ja süstemaatilise tagasiside andmiseks. PIK on füüsiliste ja juriidiliste isikute vabatahtlik ühendus, mille eesmärk on edendada ja kaitsta konventsiooni põhimõtete rakendamist ning teha tõhusat järelevalvet konventsiooni rakendamise üle. ÜRO puudega inimeste konventsiooni rakendamise edendamisel suurendab komitee teadlikkust puudega inimeste õigustest, informeerib avalikkust puudega inimeste õiguste konventsioonist ja selle rakendamisest Eestis, tagab infovahetuse ja koostöö huvirühmade vahel, seirab konventsiooni täitmist ja teeb valitsusele ettepanekuid puudega inimeste õigustega seotud probleemide lahendamiseks. Komitee liikmed on puudega inimeste esindusorganisatsioon, asjakohase pädevusega eksperdiorganisatsioonid ja füüsilised isikud, kes suudavad sisukalt panustada järelevalve-, edendamise- või kaitsefunktsiooni täitmisse. Komiteel on ka õigus moodustada vajaduse korral ülesannete täitmiseks tööühmi, kaasates sinna komiteeväliseid eksperte. (PIK 2014)

Kokkuvõtvalt võib Eesti olukorra kohta ÜRO puudega inimeste konventsiooni rakendamisel öelda, et olulised dokumendid on vastu võetud ja need on aluseks eri strateegiate väljatöötamisele, kuid puudega inimeste olukord pole veel palju paranenud. Neil on probleeme vajalike toetavate teenuste kättesaamisel, pole jõukohast tööd ja ka vaba aja veetmise võimalused on piiratud.

## Allikad Sources

- Barral, C., Maudinet, M. (2003). ICF training tool for trainers. – Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications. Cologne, Germany, 19-25 October 2003. [www] <http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/10/CIF-et-formation.pdf> (22.10.2014).
- Beresford, P. (2010). Re-examining Relationship Between Experience, Knowledge, Ideas and Research: A Key Role for Recipients of State Welfare and Their Movements. – *Social Work and Society*, Vol 8, No 1.
- Beresford, P., Fleming, J., Glynn, M., Bewley, C., Croft, S., Branfield, F., Postle, K. (2011). *Supporting People: Towards a Person-Centred Approach*.
- Euroopa 2020. aastal. Aruka, jätkusuutliku ja kaasava majanduskasvu strateegia. (2010). Euroopa Komisjoni teatis, KOM(2010) 2020 lõplik.
- Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee arvamus „Euroopa puuetega inimeste strateegia 2010–2020“. (2011). Euroopa Liidu Teataja C 376, 22.12.2011, lk 81–86.
- Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee arvamus teemal „ÜRO puuetega inimeste õigustekonventsiooni elluviimine ja järelevalve EL-i institutsioonide poolt ning Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee roll“ (omalgatuslik arvamus). (2012). Euroopa Liidu Teataja 2013/C 44/05, lk 28–35. [www] [http://pik.ee/wp-content/uploads/2014/02/Euroopa\\_Majandus-ja-Sotsiaalkomitee\\_arvamus\\_2013.pdf](http://pik.ee/wp-content/uploads/2014/02/Euroopa_Majandus-ja-Sotsiaalkomitee_arvamus_2013.pdf) (22.10.2014).
- European Statistical System. (2014). [www] [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/pgp\\_ess/ess/ess\\_news](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/pgp_ess/ess/ess_news) (22.10.2014).
- French, S., Swain, J. (2011). Disability. / Eds. I. Shaw, K. Briar-Lawson, J. Orme, R. Ruckdeschel. Sage Handbook of Social Work Research.
- International Classification of Functioning, Disability and Health. (2001). WHO [www] <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (22.10.2014).
- Jaeger, P. T., Bowmann, C. A. (2005). *Understanding Disability. Inclusion, Access, Diversity and Civil Rights*. Westport, Conn: Praeger Publishers.
- Oliver, M., Sapey, B. (2006). *Social work with disabled people*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Oliver, M., Sapey, B., Thomas, P. (2012). *Social work with disabled people. Practical Social Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- PIK. (2014). Puuetega inimeste õiguste komitee. [www] <http://pik.ee> (22.10.2014).
- Puudega noorte tööhõive, kaasamine ja osalemine ühiskonnaelus. (2012). Euroopa Liidu Teataja C 181, 21.06.2012, lk 2–6.
- Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. (2012). Riigi teataja II, 04.04.2012, 6. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>; <http://www.un.org/disabilities> (22.10.2014).
- RFK. (2004). Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon. [www] [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/E-tervis\\_ja\\_etervisetoend/funktsioonid.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/E-tervis_ja_etervisetoend/funktsioonid.pdf) (22.10.2014).

The Europe 2020 Strategy. European Anti-Poverty Network briefing note. (2011). [www] [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm) (22.10.2014).

The Psychological and Social Impact of Illness and Disability, 5th Edition. Springer Publishing Company. (2007). / Eds. A. E. Dell Orto, P. W. Power. New York: Springer Publishing Company.

Training manual on disability statistics. (2008). WHO and United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. [www] <http://www.unescap.org/sites/default/files/Training-Manual-Disability-Statistics-E.pdf> (22.10.2014).

Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: The International Classification of Functioning, Disability and Health. (2002). WHO. [www] <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf> (22.10.2014).

WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability. (2013). [www] <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/> (22.10.2014).

World report on disability. (2011). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. [www] [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf) (22.10.2014).



# 1. THE CONCEPTUALISATION OF DISABILITY

**Dagmar Narusson, Marju Medar**  
Tallinn University, Institute of Social Work

## ***The importance of understanding disability***

*In today's world, disability is considered a natural phenomenon that is a part of life. Almost anyone may experience temporary or permanent activity limitations due to health at some point in their life or, if not sooner, then certainly at an advanced age.*

*This way of thinking is relatively recent. There are always several different perspectives on disability as a phenomenon. That is why it is important to know how disability has been conceptualised over time. For a common understanding, we should first see how disability is conceptualised today.*

*Once we know how many people in the society have disabilities and how they live, we will be able to work towards eliminating the barriers in the society, and develop services that enable the equal and full participation of people with disabilities. The collection and analysis of the relevant data helps the various parties to formulate and implement policies that facilitate the implementation of the United Nations (UN) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (World ... 2011)*

*Disability is understood, conceptualised and measured differently in different countries. The preferred concept and the analysis of data based on this concept influence social developments. The way we define impairments, activity limitations, participation restrictions, health status and environmental factors determines the choice of survey questions, the choice of data collection methods and the expectations regarding coping ability. For the description of health-related aspects, statisticians commonly use a classification of disability by type (e.g. sensory, physical, mental and intellectual disabilities). When this classification is used, the collected data will not cover persons suffering from a long-term (i.e. chronic) health condition, communication disorders or other impairments, although these people also have serious coping difficulties in their daily life.*

*Information about the existence of disabilities and the contextual factors related to disability are very important for developing a complete picture of disabilities and the ability to cope in the society. Decisions that influence the development of the society cannot be made if we do not know how people's everyday life is affected by a certain health condition in interaction with the barriers or other contributing factors present in the environment or society. Data collection methods are equally important for decision-making – for example, censuses (which cover the entire population) provide an excellent overview of people's socio-economic status (e.g. employment, family), but they do not provide that much information about the way health affects social participation. Censuses are conducted regularly, which ensures a very good picture of certain trends over time. In addition to impairments of body functions or structure (i.e. health conditions), many countries have started to consider people's functional capacity, social inclusion and environmental factors – all of these are taken into account in the assessment of health status. There is a significant difference whether the existence of health-related limitations is determined by self-estimation or formally, according to each person's disability status. Another important aspect is whether disability is interpreted as a part of "normal" functioning at a certain age (e.g. the elderly do not identify themselves as persons with disabilities because their functional difficulties are age-related) or within a specific income group. Variations in data collection methods are mostly due to how a particular country defines disability. Many countries where these statistics were based on health impairments have now shifted to an approach based on functional difficulties. (World ... 2011)*

*International stakeholders and the World Health Organization (WHO) (e.g. World ... 2011) strive to make sure that the collected data would be relevant both on the national level (in policy-making) and on the global level. Therefore, it is recommended to comply with the following internationally recognised concepts and documents: the UN Convention on the Rights of Persons*

with Disabilities (2012); the International Classification of Functioning, Disability and Health; standardised surveys for assessing the health status and disabilities of the entire population (European ... 2014); and the Training Manual on Disability Statistics (Training ... 2008).

Limitations due to health conditions are universal, meaning that almost all people experience some health problem in the course of their life. More than 80% of the elderly experience limitations due to their health and this share will increase steadily as the average age rises worldwide. Today, persons with disabilities are no longer a stigmatised group in the society. The principle of universality is also followed in the definitions of rehabilitation, which means that the definitions apply to all people and are neutral (non-stigmatising). (World ... 2011)

## **The definitions of disability**

Historically, disability has been seen as a segregating phenomenon and people with disabilities have been considered different. This way of thinking has gradually changed since the 1970s, largely due to the efforts of the movement of people with disabilities. The understanding today is that disabilities and activity limitations are caused by the interaction of health and environmental factors. People with disabilities are just like all other people.

Current definitions of disability are based on the aforementioned common consensual view advocated by health and social sciences (the role of health conditions, participation restrictions and activity limitations as well as environmental factors is considered in the determination of disability). Nevertheless, we can still find various definitions of disability in everyday life and in the media. (World ... 2011)

According to Oliver and Sapey (2006), specialists from up to 23 different fields have worked or work with people with disabilities in their everyday job. Not all of these fields have a separate definition of disability, but there are clear historical differences in the conceptualisation of disability. The differences in definitions arise from the background of each field or specialty, and these attitudes have had an impact on the society on every level.

Next, the five main groups of definitions are outlined:

### **1. Disability as an abnormality**

Disabilities arise from the loss of anatomical, physical or psychological function, such as loss of hearing or vision. This loss does not necessarily have to cause disabilities; for example, a person who has lost both legs may still lead an active social life, while a person with moderate facial flushing may never leave home and may live in isolation from social life.

### **2. Disability as a clinical condition**

Disability refers to a disease that affects the physical and psychological processes of the body. Such diseases include, for example, arthritis, epilepsy, bronchitis and schizophrenia. The diagnosis is given based on symptoms. However, in certain cases, such as learning difficulties, it may be difficult to give a specific diagnosis.

### **3. Disability as functional limitations in everyday activities**

Disability refers to a person's full or partial inability to cope with functional or social activities such as having a bath or shower, getting dressed, shopping, running errands or going to the cinema. This definition accommodates the view that all people may have a disability in the course of their life and functional decline is a part of ageing.

### **4. Disability as deviance**

This definition distinguishes, firstly, deviance from accepted health norms in the society and, secondly, deviance from the behavioural norms associated with the social status of an individual or a group. The view of disability as deviance raises several questions, such as what the norms and standards are, who defines these standards, and what is normal and appropriate behaviour.

5. Disability as a **disadvantage**

This definition refers to resources available to people based on their position in the social hierarchy. It is clear that people with disabilities have fewer resources than people without disabilities. According to this definition (i.e. based on the availability of resources), we could extend the population with disabilities to include people with a low level of education, alcoholics, single-parent households and perhaps even ethnic minorities and women.

Based on social work practice and rehabilitation services, it is possible to outline different models of disability conceptualisation and to discuss their impact in different fields (Table 1).

**The main models of disability and their impact in different fields**

Table 1 outlines the main models of disability. The **medical model of disability** sees disability as a problem of the person, directly caused by a disease, injury or other health condition that requires individual treatment by professionals. The purpose of medical intervention is to provide care, facilitate adjustment and modify behaviour. In the case of this model, the main issue is access to medical care. The main response on the political level is the revision or reform of health care policy. (RFK 2004)

**Table 1. Models of disability**

	Individual		Social	
	Medical individual model	Functional individual model	Environmental social model	Human-rights-based social model
<b>Main cause</b>	Health condition	Health condition	Restrictions in the social and physical environment	Unrespected human rights
<b>Intervention</b>	Prevention and treatment	Functional and financial compensation	Adaptive environment	Reform of the society

Source: Barral and Maudinet 2003

For a long time, the individual/medical model of disability has been dominant and has determined the arrangement of health care services for decades. The individual/medical model of disability is based on the understanding that problems are rooted in the individual (Oliver and Sapey 2006; Oliver at al. 2012). According to this model, disability arises from a physical, sensory or intellectual impairment, which makes it part of an illness. Therefore, disability is a “personal tragedy” (French and Swain 2011). The emphasis on professional intervention means that the person needs to make an effort to deal with the problem. The objective is to help the person to adapt to the circumstances caused by a particular disability. Intervention stresses the need for physical and mental adaptation, so that the person can function as close to normal as possible (Oliver and Sapey 2006: 22). The weakness of the individual model is the belief that the problems lie solely with the individual. The model underestimates the role of the social, attitudinal and physical environment.

In the 1950s, a **functional perspective** of illness was developed. The functional perspective in social work and rehabilitation builds on Parsons’ sociological paradigm (Parsons 1951) which states that the social world exists as a whole, as a system that depends on the functioning of its interrelated parts. In order for the system (in this case, the human society) to function, all its components have to play their role: each person has to play his or her social role to ensure that the system functions as a whole. According to this theory, if a person deviates from his or her role, the society will be unable to function optimally. Social institutions have the power and authority to ensure that people continue to perform their role. Health care professionals have the right to check people’s health and treat any illness. In the functional model, health care professionals have a responsibility to treat the patient until he or she is fully functional again.

*All further developments of the functional perspective emphasise people's ability to function in their expected social roles. The interventions envisioned by the functional model focus on individuals and (bringing about) changes in the individuals. (The Psychological ... 2007)*

*The **social perspective of disability** developed in the 1960s and originated from a socio-political movement which claimed that certain groups of people are repressed by people with a better social standing. The main goal of the movement was to show that the power relations in the society are unbalanced and it is necessary to protect the rights of people who have a poorer social standing. According to the social perspective, people with disabilities are discriminated, marginalised and repressed. The social model emphasises that people with health-related activity limitations and participation restrictions should have a similar amount of independence and responsibility as other members of the society. This can be achieved through empowerment, the right of self-determination and greater inclusion. The social perspective defines disability as a product of the social and physical environment, meaning that the restrictions are created by the society and social structures. This model emphasises that disability is not an individual issue or the person's personal problem – in order to improve people's life, it is necessary to change social attitudes, institutions and policies, i.e. the entire social environment. (Oliver and Sapey 2006)*

*The **human-rights-based social model** believes that people with registered disabilities should be seen as fully-fledged citizens with the inherent rights and obligations – that is, all people, including those with a reduced capacity due to a health condition, should be seen as equal members of the society, valuable consumers, empowered social participants (voters), and active citizens in all aspects concerning rights and responsibilities. The relationship between service providers and service users is harmonious if it considers three dimensions: 1) the economic dimension, where people are treated as social contributors, employees and consumers; 2) the political dimension, where people are considered as family members and friends, as members of the electorate, or as people forming powerful groups in the society; 3) the moral dimension, where people are considered individuals whose current health status reduces their capacity but who have their own needs and human rights. (Oliver et al. 2012)*

*In recent decades, the representatives of the movements of people with disabilities and social and health researchers have emphasised the role of social and physical barriers in the case of disabilities. For that reason, there has been a shift from the individual/medical perspective to the structural/social perspective, that is, from the medical model to the social model which sees disability as caused by the society, not by changes taking place in a person's body. (World ... 2011)*

## **The main components of disability**

*Disability is a complex, dynamic, multidimensional and contested phenomenon; it is the outcome of a dynamic interaction between the health condition and personal and environmental factors. Disability is the umbrella term for health impairments, activity limitations and participation restrictions, referring to the interaction between individual factors (relating to a person's health condition) and contextual factors (i.e. environmental and personal factors). (World ... 2011)*

*It has been internationally agreed to use the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) compiled by the World Health Organization as the reference for defining disability and any related terms. The ICF is universal because it covers all human functions and sees disability as a continuum, rather than categorising people with disabilities into groups. According to the ICF, disability is a matter of "more" or "less", not "yes" (existence of disabilities) or "no" (no disabilities). The ICF represents the contemporary understanding of disability and the modern methods of disability assessment. The ICF is the result of a long-term process, developed in cooperation with social and health scientists and people with disabilities.*

*In order to explain the components of disability, we should first define health, health condition, body functions and structures, and various limitations and restrictions. In the context of modern health sciences and rehabilitation theories, the combination of the aforementioned components*

*provides a basis for understanding what disability is. All the concepts used in the definition of disability are explained below.*

**Health** is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (International ... 2011).

**Health conditions** are diseases, injuries and disorders (World ... 2011).

**Body functions** are the physiological functions of body systems. Body functions are classified as follows: mental functions; sensory functions; voice and speech functions; functions of the cardiovascular, haematological, immunological and respiratory systems; functions of the digestive, metabolic and endocrine systems; genitourinary and reproductive functions; neuromusculoskeletal and movement-related functions; functions of the skin and related structures. (RFK 2004)

**Body structures** are anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components. Body structures include structures of the nervous system; the eye, ear, voice, speech and related structures; structures of the cardiovascular, immunological, and respiratory systems; structures related to the digestive, metabolic and endocrine systems; structures related to the genitourinary and reproductive systems; structures related to movement; skin and related structures. (International ... 2001; RFK 2004)

*Here is an example of the distinction between body functions and structures. Vision, a basic sense, is classified under functions, while its structural correlate is the eye and related structures. (RFK 2004)*

**Activity limitations** are difficulties an individual may have in executing activities in everyday situations. (International ... 2001; RFK 2004)

**Participation restrictions** are problems an individual may experience in involvement in life situations or through exclusion from important social activities. (International ... 2001; RFK 2004)

**Environmental factors** make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives. The environment has a major impact on how and to what extent a person experiences disability. Environmental factors include, for example, architectural aspects (e.g. an environment with restricted access limits the ability to participate) and the common social attitudes towards people with disabilities. Negative language and perceptions, stereotypes and stigma have deep historical roots and persist worldwide. Mental health conditions are particularly stigmatised. Negative attitudes lead to negative treatment, which causes low self-esteem and restricted participation. People who feel harassed because of their disability may start to avoid going to certain places, may change their routines or even move elsewhere. (World ... 2011) Environmental factors include the legal and social structures in a given society and the system of the provision of services, including organisational barriers (e.g. waiting lists for health care services). Other significant environmental factors include expert knowledge and attitudes that affect all the domains related to the provision of services and social life in general. Access to aids and outside assistance, and the adjustment of the environment in public facilities, at home and at the workplace have an impact on people's functional ability and social participation. (World ... 2011; International ... 2001; RFK 2004). Therefore, we need a comprehensive approach in the provision of assistance, taking into account the environmental factors as well as the aspects and opportunities related to a particular person's health.

## **The principles of using the definitions**

*The World Health Organization, in cooperation with the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, has prepared guidelines for using the definitions. Among other things, the guidelines state that the definitions must be all-inclusive and clearly reflect the significance of environmental factors for disability as a phenomenon. The choice of language should avoid any use of labels that point out the differences and thus do not contribute to inclusion and a better understanding of the differences. Disability should not be defined using the word "problem";*

instead, it is recommended to use positive language in speech and in writing. Instead of the term “disabled persons”, it is recommended to use the term “persons with disabilities”, if possible. The latter, although slightly longer, better conveys the idea that disability is not the entire identity of a person but only one of the characteristics, and there are many other aspects that describe the person. (WHO ... 2013)

In the case of current and new definitions of disability, it is important that disability should not be seen as the defining feature of a person – one reason for this is the fact that people with health-related limitations in activities and participation do not use the disability to define themselves as a person. Indeed, persons with health problems and a reduced capacity do not consider disability as the primary aspect of their identity, but this view is still often taken by the society. For example, a woman with a disability is primarily viewed based on her disability, not her sex. Also, many people who use a wheelchair are not bound to it all the time and they have various activities in their lives, but the common perception still is that they are in a wheelchair all the time (hence the common use of the term “wheelchair-bound”). This illustrates social attitudes – disability is highlighted and all other aspects of the person’s life are secondary (Jaeger and Bowman 2005). The same can be said for other “classic” groups, e.g. deaf people or blind people. This kind of an attitude has been prevalent in the past, but there are signs of a change today.

People with disabilities include, for example, a child born with a congenital condition (e.g. cerebral palsy), a young soldier who has lost his leg in a landmine explosion, a middle-aged woman with severe arthritis, or an elderly person with dementia. Health conditions may be visible or invisible; temporary or long-term; static, episodic or degenerative; painful or inconsequential. It is important to note that many people with disabilities do not feel unwell or ill. Generalisations about disability or people with disabilities can be misleading. People with disabilities are influenced by a range of personal factors such as sex, age, socio-economic status, ethnicity or cultural heritage. Disability is experienced differently by each person. (World ... 2011)

### **The need for a change in thinking**

The disabled people’s movement and the proponents of independent living emphasise that people with disabilities should, above all, feel as ordinary citizens with guaranteed equal access to mainstream housing and to health, education and employment. People with disabilities should also have the right to control their lives to the greatest possible extent, and they should not feel as if they are dependants and service users (Beresford 2010).

Perceptions and policies that deny basic human rights, civil rights and equal opportunities to people with disabilities can be found in education, employment, welfare schemes, provision of support services, the built environment, the leisure industry and the media. Stereotypical assumptions about people with disabilities are often based on superstition, myths and beliefs from the past; and they persist partly because they are constantly reproduced in culture and the media. (Jaeger and Bowman 2005)

People with disabilities need and expect the following changes in order to function on an equal basis with other citizens.

**Physical access** to schools, workplaces, libraries, state and local government buildings, commercial institutions, residential and accommodation buildings. Access means that it is possible to enter and move around in a building, that the necessary equipment and tools are at a suitable height, and that there is assistive technology (e.g. lifts, interpretation). Another important aspect is access to parks, public spaces, sports facilities, arenas and squares. Customised entrances etc. should be in the customary locations and the paths intended for people with disabilities in a building or public space should not be hidden. (Oliver et al. 2012)

**Intellectual access** means access to information presented in a physical, electronic or other format. Intellectual access through information technologies includes access to websites, images, classifications, catalogues, archives, the records of the state and local government, periodicals, digital documents and library services in an appropriate manner and form (e.g. use of large print, Braille, audio recording, subtitles). (Oliver et al. 2012)

*The depiction of disabilities in the media and literature should show greater awareness and become a natural part of life. Disability should not be an issue that receives attention only in connection with extreme, exceptional cases. The current negative tone in discussions of disability should be replaced by a more balanced and informed approach. (Oliver et al. 2012)*

*In order to facilitate the employment of people with disabilities, it is necessary to increase public awareness. The main reason why people with disabilities have limited employment opportunities is the opinion that these people are less productive. However, the issue is not the capacity for work but rather the provision of suitable, adapted working conditions. (Jaeger and Bowman 2005)*

*In addition to accessibility problems, people complain that the social system fails to provide the necessary support services. In the case of social services, it often happens that the services take control over a person's life instead of simply supporting the person. People in need of services sometimes choose not to use the services, because the services do not meet their needs. People who use the services feel pressurised, patronised, controlled or neglected. (Beresford et al. 2011)*

### **The rights prescribed by the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities**

*Disability is a human rights issue because people with disabilities experience inequality, e.g. when they are denied equal access to health care, employment, education or civic participation. People with disabilities are subject to abuse and violence (e.g. prejudice, disrespect) because of their health condition. In some cases, people with disabilities are stripped of autonomy (involuntary sterilisation, confinement to an institution against their will, being regarded as legally incompetent). (World ... 2011)*

*The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is an important document that reflects the contemporary understanding of the civil rights of people with disabilities and the global objectives in order to improve the social inclusion of people with a complicated health condition. The Convention shapes current and future policies and influences the decisions made in the social sphere. The Convention also expresses the modern approaches to disability, including the need to consider each individual's needs. The Convention aims to promote and defend the civil, cultural, political, social and economic rights of persons with disabilities. The Convention (Puuetega ... 2012) defines the principles in the following spheres of life: accessibility (article 9), living independently (article 19), education (article 24), health (article 25), rehabilitation (article 26), work and employment (article 27), social protection (article 28), participation in public life (article 29) and participation in cultural life (article 30). The Convention has been ratified by 137 countries; the Optional Protocol has been ratified by 78 countries.*

### **Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities by EU Member States**

*The European Union (EU) has developed the European Disability Strategy 2010–2020 which is a key political tool for the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the European Union. The strategy calls on the European Commission to ensure that existing and future secondary legislation respects the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and provides for the participation and inclusion of persons with disabilities (Euroopa ... 2011).*

*In its opinion "Implementation and monitoring of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities by the EU institutions and the role of European Economic and Social Committee", the European Economic and Social Committee calls for a thorough review of the implementation of the Disability Strategy, including the definition of new objectives and targets. The Committee invites the Council of Europe and the European Parliament to mainstream the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities within the EU's multiannual financial framework by ensuring that not a single eurocent is spent on inaccessible projects or infrastructure. The Committee also invites the Council of Europe and the European Parliament to reinforce or maintain provisions that support the implementation of the UN Convention on the*

*Rights of Persons with Disabilities, including provisions in the Structural Funds regulations particularly as regards ex-ante conditionality, partnership principles and horizontal principles. The ex-ante conditionality regarding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, accessibility and independent living has already been included in the Committee's proposal.*

*The European Economic and Social Committee states that it is necessary to: 1) encourage the employment of persons with disabilities in the Committee, e.g. by introducing a traineeship programme and by encouraging applications of detached national experts with disabilities; 2) ensure a non-discriminatory recruitment process for candidates with disabilities; 3) provide access for persons with disabilities to placement services and to vocational and in-service training; 4) improve the accessibility of buildings, websites, ICT tools and documents; 5) provide reasonable accommodation, including personal assistance for employees, Committee members and experts; 6) organise training for its staff to raise awareness of disability and of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, including through the preparation of a leaflet and a video on mainstreaming the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 7) participate in the interinstitutional working group on the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 8) mainstream disability in its activities (Euroopa ... 2012).*

*The subject of people with disabilities is discussed in several other strategies, including "Young persons with disabilities: employment, inclusion and participation in society" (Puudega ... 2012: 2–6) and Europe 2020 (The Europe ... 2011; Euroopa ... 2010).*

### **Implementation of the Convention in Estonia**

*The parliament of the Republic of Estonia ratified the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities on 21 March 2012, and the Convention entered into force on 14 April 2012. The ratification of the Convention was preceded by a long period of preparations for the implementation of the Convention in Estonia. The UN started to draft the Convention in 2002 and it was adopted on 13 December 2006. President Toomas Hendrik Ilves signed the Convention on behalf of the Republic of Estonia on 25 September 2007.*

*According to the draft act on the ratification of the Convention, at the time of ratification, Estonia did not have to comply with all the requirements established in the Convention, but the Convention prescribes the obligation to strive for the defined objectives and to constantly improve the situation of people with disabilities in the society.*

*On 30 March 2012, the Estonian Minister of Social Affairs and the chairman of the Estonian Chamber of Disabled People signed the Memorandum of cooperation principles between the Estonian Government and the representative bodies of disabled people. The opening seminar on the development of a strategy for defending the rights of people with disabilities took place on 20 November 2012. In 2012–2013, the Estonian Chamber of Disabled People completed an analysis on the implementation of the Convention, prepared a thorough training programme and organised informative seminars for the target group.*

*In 2014 the Praxis think tank and the Estonian Human Rights Centre established an independent committee for the monitoring, promotion and defence of the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (PIK 2014). The committee is a voluntary association of natural and legal persons. This initiative, which is financed by the Ministry of Social Affairs, will ensure the continued non-governmental monitoring of the rights of persons with disabilities and will offer regular and systematic feedback to policymakers. In order to promote and defend the implementation of the principles of the Convention, the committee shall increase awareness of the rights of persons with disabilities, shall inform the general public about the Convention and its implementation in Estonia, shall ensure information exchange and cooperation between different stakeholders, shall monitor the implementation of the Convention and shall make proposals to the Government of the Republic to solve problems regarding the rights of persons with disabilities. The members of the committee include representative organisations of disabled persons, relevant expert organisations, and natural persons who can contribute to the monitoring,*



*promotion or defence of these rights. The committee may establish working groups for specific tasks and include outside experts who are not members of the committee. (PIK 2014)*

*In conclusion, the current situation in Estonia in terms of the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is that the important documents have been adopted and provide a good basis for developing various strategies, but there have not yet been significant improvements in the life of people with disabilities. There are still problems with access to the necessary support services and with the availability of suitable employment and recreational opportunities.*

## 2. TEGEVUSPIIRANGUGA RAHVASTIKU KÄSITLUSTE ARENG

Luule Sakkeus<sup>a</sup>

Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut

Tegevuspiiranguga inimeste seire on oluline, sest võimaldab hinnata nii piirangute levimust kui ka kavandada takistuste ületamise võimalusi. Saadud teabe alusel kujundatakse välja toetusmehhanismid, mis aitavad kompenseerida tegevusvõime kadu ja tegevuspiiranguga inimestel ühiskonnas hakkama saada samaväärselt nendega, kel niisugused piirangud puuduvad. Tegevusvõime kadu ennetavate tegevuste peamine eesmärk on tegevusvõime säilitamine või selle taastamine ning inimeste sotsiaalse kaasatuse, iseseisva toimetuleku ja sõltumatus suurendamine. Seetõttu on olnud oluline leida võrreldavad mõõdikud, mis aitaksid saada ülevaadet selle valdkonna vajadustest.

Juba 1930. aastatel püüti leida vastuseid küsimusele, milliseks kujuneb inimese aktiivne tööiga, kui arvestada tervise tõttu muutuvat töötootlikkust (Dublin ja Lotka 1930). Sealtpaale on teadlased püüdnud leida viise, kuidas parimal moel mõõta tegevusvõime langust ja hinnata seejuures elukvaliteeti. Tegevusvõime muutused arenevad tihtipeale progresseeruvalt ja ajapikku kumuleeruvad. Kui esialgu ilmnevad piirangud funktsioonides, mida on (tänapäeval) kerge abivahenditega kompenseerida (nägemine, kuulmine, käimine), siis tihtipeale järgnevad sellised tegevuspiirangud, mis on kestvad hoolimata abivahendite olemasolust ja ilmnevad koduste igapäevatoodega toimetulekul (nt majapidamistööd). Raskematel juhtudel ei luba tegevuspiirangud hakkama saada juba ka enesehooldusega (Jagger jt 2001; Barberger-Gateau jt 2000).

Eelolevat silmas pidades kujundati 1960. aastatel välja esimesed hindamismõõdikud, mis võimaldaksid igapäevategevustega hakkamasaamist võrrelda inimeste terviseolukorra põhjal. Katz jt (1963) ning Katz ja Akpom (1976) on töötanud välja igapäevaeluks esmavajalike tegevuste loetelu, mille puhul ilmnevad piirangud nõuavad kõrvalist abi ja mille olulisus määrab vajaduse pikaajaliste toetusteenuste ja muude abivahendite järele. Seda loetelu arendasid edasi Lawton ja Brody (1969), kes lisasid teise loetelu igapäevategevustest, milleta iseseisev hakkamasaamine kogukonnas on oluliselt pärsitud – nad nimetasid neid instrumentaalseteks igapäevategevusteks. Leitud on, et abi ei tähenda mitte üksnes abi teiselt inimeselt või abiseadet(-vahendit), vaid ka tunduvalt suuremal määral muutunud disaini (laiemalt ka märgistust, käepärasust, lipipäasetavust) ning koolitust (laiemalt teadlikkuse suurendamist ja informatsiooni kättesaadavust), mille abil on võimalik ületada 50% piirangutest (Rogers jt 1998). Kuigi on vaieldud selle üle, kas kahe loetelu ühendamine on õigustatud, eriti arvestades, et instrumentaalsed igapäevategevused on suurte kultuuriliste ja keskkonnamõjutustega, on nende loetelude kombinatsiooni kasutatud tegevuspiiranguga rahvastikuosa hindamiseks eriti USA-s, aga ka Euroopas (nt SHARE<sup>b</sup> uuring (The Survey ... 2005)).

Rahvusvahelisel tasandil alustati võrreldavate tegevuspiirangute klassifitseerimist hõlbustavate loetelude moodustamist 1980. aastatel (International ... 1980). Tasakaalustatud käsitlusena arenes see välja 2001. aastal avaldatud rahvusvahelisest funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonist (RFK 2004). Uut tüüpi klassifikatsioon võimaldab inimese organismiga seotud tegevusvõime kõrval hinnata ka tema võimet osaleda ühiskonnaelus ning selgitada välja need keskkonnategurid, mis koos inimesest endast olenevaga aitavad tema tegevustele kaasa või pärsivad neid. Sellele toetudes peeti vajalikuks ÜRO statistikaosakonna eestvedamisel ellu kutsuda puudega rahvastiku mõõtmise metoodika väljatöötamiseks eraldi töörühm, mida tuntakse Washingtoni rühmana (WG)<sup>c</sup>.

2001. aastal alanud töö jõudis 2008. aastal nii kaugemale, et ÜRO rahvusvahelistesse rahva- ja eluruumide loenduse soovitusesse jõudis ka nõuanne lisada loendusesse kuus küsimust, mis võimaldaksid ilma suurte kultuuriliste ja keskkonnamõjutusteta võrrelda kõigi riikide rahvastikke tegevusvõime kao alusel (Principles ... 2008). Kahjuks jäi soovitude esitamine siiski piisavalt palju hiljaks, mistõttu kõik riigid ei saanud neid 2010. aastate voo rahvaloenduses rakendada. Wa-

<sup>a</sup> Artikkel on valminud uurimistoetuste SF0130018s11 ja ETF8904 toel.

<sup>b</sup> Vt lähemalt [www.share-project.org](http://www.share-project.org), [www.share-estonia.ee](http://www.share-estonia.ee).

<sup>c</sup> Vt lähemalt [http://www.cdc.gov/nchs/washington\\_group/wg\\_background.htm](http://www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_background.htm).

shingtoni rühm raporteeris oma 14. koosolekul 2014. aastal, et ajavahemikus 2009–2013 on nimetatud lühikest küsimustikku rahvaloenduses mingil kujul kasutanud 35 riiki (Report ... 2014).

Puudega inimeste õiguste eest seisjate toel kasvas välja ka vajadus statistiliselt mõõta mitte üksnes tegevusvõime kaoga rahvastiku hulka, vaid ka seda, kuivõrd nende tegutsemisvõime kadu on kompenseeritud tugiteenuste või abivahenditega sel määral, et nad saaksid oma igapäevategevustega täielikult hakkama. Seega tekkis vajadus statistiliselt mõõta mitte üksnes n-õ olemuslikku tegevusvõime kadu, vaid tegelikku tegevusvõime kadu. Sedalaadi vajadust arvestades asuti rahvusvahelisel tasandil välja töötama küsitlusmetoodikat. (Verbrugge ja Jette 1994)

Just selle ülesande ees seistes võeti Euroopas tervisest tingitud tegevuspiirangutega inimeste ühtseks mõõtmiseks vajaliku küsitlusmetoodika väljatöötamine ette 2005. aastal ÜRO Euroopa Majanduskomisjoni, Eurostati ning asjakohaste teadlaste ja riigiesindajate koostöös, mis on tunnustanud kui Budapesti initsiatiiv. Praeguseks on Washingtoni rühma ja Euroopa terviseuuringu toel valminud soovitusel vastava küsitlusmooduli rakendamiseks (Survey ... 2013). 2014. aastal toimivas Eurostati terviseuuringus kasutatakse väljatöötatud metoodikat kõigis Euroopa Liidu (EL) liikmesriikides, sh Eestis. Käesolevas kogumikus on olnud võimalik kasutada vaid 2006. aasta Eesti terviseuuringu andmeid, mis osaliselt pööravad tähelepanu ka sellele, kui paljud oluliste või mõõdukate tegevuspiirangutega inimesed vajavad seejuures oma tegevustes ka kõrvalabi ja kas see abi on piisav. Verbrugge (1997) ning Cambois jt (2005) on hinnanud, et isikuabi ja abivahenditega on võimalik leevendada piirangutest tulenevaid raskusi 75–85%-l juhtudest. See seab olulise sihi, mille poole peaks poliitikameetmega püüdma.

Veel hiljuti peeti vananemisega kaasnevaid tegevuspiiranguid inimese enda mureks, mida ühiskond ei pea solidaarselt toetama või mida ta peab tegema vaid erandina ja kõige raskematel juhtudel. Nüüdseks on aga jõutud arusaamisele, et igaühe võimalikult aktiivne ühiskonnas osalemine aitab kaasa isiku enda elukvaliteedi paranemisele ja panustab tema eluea pikendamisele, kuid veelgi suuremal määral on see oluline riigi seisukohalt üldisemalt. Riikides, kus toetusteenused ei ole piisavalt hästi välja arendatud ja oluliste tegevuspiirangutega inimesed on sunnitud toetuma valdavalt pereliikmetele, tähendab see tööhõive vähenemist puudega inimese eest hoolitseja väljaõppe valdkonnas ja tasuta töö osatähtsuse suurenemist hooldamise valdkonnas, kus hoolidajal puuduvad professionaalsed ja seega ka kvaliteetsed toetust pakkuvad oskused. Koduõenduse, -hoolduse ja -hoiu teenuste väljaarendamatus loob aluse tööhõive vähenemisele ning kaotades väärtuslikku tööjõudu tööturul, mõjutab see otseselt riigi majanduskasvu ja konkurentsivõimet.

Aktiivsesse hoiakusse panustamise ja teadvustatud tervisekäitumisega on suudetud kaasa aidata sellele, et kroonilistesse haigustesse haigestumine lükkub üha hilisemasse ikka, mis jätab inimestele võimaluse ka pärast tööeest väljumist ühiskonnas aktiivselt tegutseda. Just vananemistrendi valguses on saanud oluliseks hinnata, kuivõrd kvaliteetselt inimesed oma elu (ka elada jäävaid aastaid) elavad. Cambois jt (1999) on pühendanud oma ülevaate sellele, kuidas on arendatud terviseolukorraga seotud elutabeleid. Toetudes juba 20. sajandi esimesel poolel väljaarendatud, kindla fookusega (nt aktiivne tööiga) elutabelitele, on Jean-Marie Robine ja tema 1990. aastatel ellukutsunud projektirühm tervena elatavate aastate metodoloogia valdkonnas (Eurohex 2014) välja töötanud regulaarseks statistiliseks kasutuseks tervena elamist mõõtvad elutabelid, milles on kasutatud Sullivan meetodit (Sullivan 1971). Tervena elatavate aastate arvutamise metoodikat on arendatud eesmärgiga tuua elutabelite loogikasse elukvaliteedi mõõde ja saada aru, eriti kiirenevat vananemistrendi silmas pidades, kas üha pikeneva elueaga kaasneb rohkem haigena ja tegevuspiirangutega elada jäävaid aastaid (haigestumuse ekspansiooni hüpotees) või jääb haigena ja tegevuspiirangutega elatavate aastate hulk samuti väiksemaks (haigestumuskompressioon) või toob pikenev eluiga ka selles valdkonnas kaasa teatava tasakaalu, kus raskemad haigused ja suuremad tegevuspiirangud lükkuvad hilisemasse ikka (Sanders 1964; Fries 1980; Manton 1982; Robine ja Michel 2004).

Tervena elatav eluiga arvutatakse kolmes aspektis nn minitervisemooduli (Cox jt 2009) põhjal, mis töötati Eurostati juhtimisel välja üle-euroopalistes uuringutes kasutamiseks. Tegevuspiiranguid arvestav küsimus nende kolme hulgast on kasutusel ka Euroopa ühe olulisima näitajana tervise valdkonnas (Eurostat 2014). Alates 2004. aastast, kui Euroopa Komisjon lisas Euroopa sissetulekute ja elutingimuste uuringusse (Survey on Income and Living Conditions ehk EU-SILC), mis Eestis on tuntud kui Eesti sotsiaaluuring (ESU), üldise küsimuse tegevuspiirangu-

te kohta<sup>a</sup>, on see olnud üks Euroopa riikide rahvastiku terviseseisundi tähtsamaid mõõdikuid. Inimeste igapäevategevuste piirangute mõõtmiseks olevat küsimust tuntakse ka kui ülemaailmselt tegevuspiirangute näitajat ja selle valideerimisel on leitud, et näitaja kajastab puudega inimeste osatähtsust rahvastikus kõige tõepärasemalt (Robine jt 2007; Jagger jt 2010). Eestis on selles uuringus rahvusvaheliselt võrreldav definitsioon olnud kasutusel alates 2009. aastast. Sama sõnastusega küsimust on rahvastikuesinduslikest uuringutest kasutatud ka Eesti 2006. aasta tervi-seuuringus (ETEU), Eesti SHARE-uuringus (vähemalt 50-aastaste kohta aastatel 2010–2011), leibkonna eelarve uuringus (LEU) aastatel 2009–2010, ajakasutusuuuringus (AKU) ning 2011. aasta rahva ja eluruumide loenduses (REL). Eesti tööjõu-uuringus (ETU) on see küsimus siiani kasutusel olnud veidi modifitseeritud kujul<sup>b</sup>, sest seal on uuritud töötegevuspiiranguid.

ÜRO puudega inimeste inimõiguste konventsiooni vastuvõtmisega aastal 2006 astus rahvusvaheline üldsus sammu kodanikuõigustest tuleneva sotsiaalse mudeli teadvustamisele puudega inimeste olukorra käsitlemisel. 2008. aastal kutsuti ellu Euroopa Komisjoni tööhõive, sotsiaal-küsimuste ja sotsiaalse kaasatuse direktoraadi eestvõttel tegutsev akadeemiline ekspertide võrgustik puudega rahvastiku alal (Academic Network of Experts on Disability ehk ANED). Nende peamine ülesanne on olnud kahe kolmeaastase ajavahemiku jooksul välja selgitada puudega inimeste kodanikuõigustest tuleneva teabe olemasolu liikmesmaades ja aidata Euroopa tasandil kaasa Euroopa puudega inimeste strateegia väljatöötamisele, mis 2010. aastal vastuvõetuna asendas aastatel 2003–2010 tegevusjuhiseks olnud Euroopa puudega inimeste olukorra tegevusplaan. (Euroopa ... 2010)

Puudega inimeste õiguste tagamine algab sellest, et ühiskonnas teadvustatakse, kui palju neid inimesi on ja millised on nende erivajadused. Seetõttu on riikidele oluline leida puudega inimeste osatähtsuse mõõtmisel üheselt võrreldav näitaja, mis ühelt poolt oleks sõltumatu sotsiaalsüsteemi poliitilisest või ressursipuudusest tingitud mahajäämusest ehk vaba riikide sotsiaalsüsteemide eripäradest ning teiselt poolt võimaldaks inimese enda hinnangu kaudu välja selgitada tugiteenusid ja toetusi vajavate inimeste potentsiaalset hulka, sh neid, kes ametliku süsteemini üldse ei jõua. Grammenos (2013) tõi oma viimases raportis ANED-i ekspertidele EU-SILC-i andmete võrdluses esile, et raske puudega ehk igapäevategevustes oluliste piirangutega inimesi on EL-is keskmiselt 8,3%, mis vastab ka suurel määral liikmesriikide sotsiaalkaitse-süsteemides ametlikult registreeritud puudega inimeste<sup>c</sup> keskmisele näitajale. Oluliselt suurem on aga nende arv, kes hindavad oma piiranguid igapäevategevustega toimetulekul mõõdukaks – neid oli Euroopa Liidus 2011. aastal 17,5%.

Ametliku puude määramisel kehtib igal maal oma sotsiaalhoolekandesüsteem, mis määrab kindlaks kriteeriumid, mille alusel hinnata, kas inimesel on tegevuspiirang. Eestis on need inimesed kas puudega või töövõimekaoga. Sellel osal rahvastikust on ka võimalus saada mitmesuguseid toetusi, teenusi ja hüvitisi. Kuigi Eestis reformiti sotsiaalhoolekandesüsteemi oluliselt 2000. aastatel, siis just pärast 2008. aasta muutust on puude määramisel aluseks olnud ka inimese enda hinnang oma tegevusvõimele<sup>d</sup>. Peale tegevuspiirangute tuvastamise puude mõistes määratakse ka puude raskusaste, mille peamine kriteerium on, mil määral on vajalik kõrvalabi, juhendamine või järelevalve: kas ööpäev läbi (sügav puue), igal ööpäeval (raske puue) või vähe-

<sup>a</sup> Igapäevategevustes piiratud inimeste defineerimise aluseks olev küsimus on järgmine: „Mil määral olete olnud viimase kuue kuu jooksul oma terviseseisundi tõttu piiratud oma igapäevategevustes, mida inimesed teevad? Kas olete olnud 1) oluliselt piiratud, 2) piiratud, kuid mitte oluliselt, 3) ei ole piiratud.“ Kui kolme rahvastikurühma ei ole esitatud, on kasutatud mõistet „tegevuspiirangutega inimesed“ nende kohta, kel oli mingi tegevuspiirang. Oluliste tegevuspiirangutega inimeste hulka kuuluvad need, kes vastasid jaatavalt esimesele variandile, mõõdukate tegevuspiirangutega on need, kes andsid jaatava vastuse teisele variandile.

<sup>b</sup> ETU-s on tööga seotud tegevuspiirangu küsimusi esitatud aastatel 2002, 2006, 2008, 2009 ja 2011. Viimasel aastal sõnastust veidi muudeti ja töötegevuspiiranguga inimesteks loeti need 15–64-aastased, kellel oli tehtava töö liigis, töö hulgas või kodust tööle ja töölt koju liikumises tervisehäire tõttu piiranguid. Küsimused olid järgmised: „Kas Teie tervisehäire või tegevuspiirangu (vaegus, puue vm) tõttu on/oleks piiratud tehtava töö hulk (töökoormus, töötundide arv nädalas)? 1 Jah, oluliselt, 2 Jah, 3 Ei“; „Kas Teie tervisehäire või tegevuspiirangu (vaegus, puue vm) tõttu on/oleks piiratud tehtava töö liik (nt ainult istudes tehtav töö)? 1 Jah, oluliselt, 2 Jah, veidi, 3 Ei“; „Kas Teie tervisehäire või tegevuspiirangu (vaegus, puue vm) tõttu on/oleks raskendatud Teie liikumine kodust tööle ja töölt koju? 1 Jah, oluliselt, 2 Jah, veidi, 3 Ei“. Kui käesolevas kogumikus on räägitud ETU küsimuste alusel moodustatud tegevuspiirangutega inimeste rühmast, on neid eristatud terminiga „töötegevuspiiranguga inimesed“.

<sup>c</sup> Oluline on märkida, et kuigi enesehinnangu järgi oluliste tegevuspiirangutega inimeste ja ametliku puude või töövõimekaoga inimeste määratlemise meetodid pole võrreldavad, on nende kahe definitsiooni järgi liigitatud rahvastikuosa suurusjärgu mõttes võrreldav. Samas tuleb lisada, et isikute tasemel täielikku kattuvust pole. Siinses kogumikus esitavad võrdlevalt eri statistilisi puudega inimeste definitsioone kasutades teavet 6. ja 8. peatükk. Statistikaamet töötab puudega inimeste statistiliste näitajate kontseptsiooni välja 2009. aastal ja on sellest alates avaldanud vastavaid näitajaid.

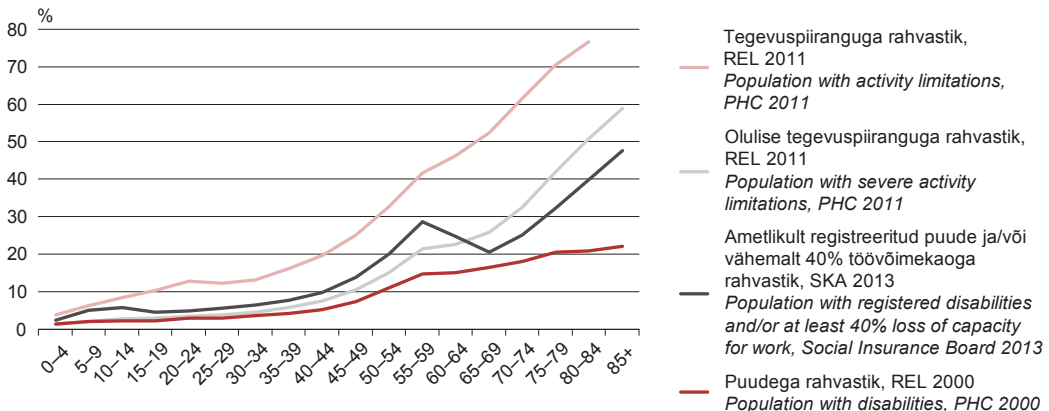
<sup>d</sup> Vt lähemalt <https://www.niigiteataja.ee/akt/128032014027>.

malt kord nädalas (keskmise raskusastmega puue) (Puuetega ... 1999). Tööealised inimesed täidavad selleks hindamisküsimustiku, mis juhindub rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni määratud kriteeriumidest tegevusvõime olemasolu ja tegelike barjääride kohta (Rahvusvaheline ... 2004). Kavandamisel olev uus töövõimereform, mis peab jõustuma 1. jaanuaril 2016, toob hindamise keskmisse just töövõime ja sellele sobiva rakenduse leidmise. Haridussüsteemis tehakse aga omakorda kindlaks hariduslike erivajadustega õpilased, kes riiklikus õppekavas või temale koostatud individuaalses õppekavas püstitatud õpitulemuste saavutamiseks vajavad lisatugimeetmete rakendamist või eriõppe korraldust<sup>a</sup>. Riigil on täielik ülevaade haridussüsteemis rakendatud tugimeetmetest vaid kohustusliku põhihariduse puhul, hilisemate tasemete kohta terviklik ülevaade hariduslike erivajadustega õppuritest puudub. Hindnata on võimalik vaid seda osa inimestest, kes on haridusliku erivajaduse tõttu taotlenud tugimeetmeid. Üldist ülevaadet sellest, kuivõrd ametliku puude, töövõimekaotuse või haridusliku erivajadusega inimesed ühiskonna eri valdkondades kaasatud on, Eestis seni pole.

Käesolevas peatükis on püütud esimest korda Eestis rahvastikupõhiselt esitada ülevaadet tegevuspiirangutega inimestest eri definitsioonide alusel. Peale puudega ja töövõimekaotusega inimeste ametlike andmete võib 2000. aasta rahvaloenduses küsitud lugeda samuti pigem ametliku puude kui enesehinnangu<sup>b</sup> kaudu puude määramiseks. Et sellel ajal läks sotsiaalhoolekandesüsteem tervisemudelilt üle sotsiaalmudelile, on just see aasta hea alus arusaamades toimunud muutuste hindamiseks. 2011. aasta rahvaloenduses, nagu eespool märgitud, oli igapäevategevustes piiratud inimeste kindlakstegemisel aluseks GALI-tüüpi<sup>c</sup> küsimus, mis on seotud ESU-s kasutatud määratlusega<sup>d</sup>. Joonisel 1 on peale kahe rahvaloenduse andmete võrdluse ka Sotsiaalkindlustusameti andmed ametliku puude ja/või vähemalt 40% töövõimekaotusega inimeste keskmise osatähtsuse kohta 2013. aastal.

### Joonis 1. Igapäevategevustes piiratud ning ametliku puudega ja vähemalt 40% töövõimekaotusega inimeste osatähtsus rahvastikus vanuse järgi, 2000, 2011, 2013

Figure 1. Share of persons with activity limitations, with registered disabilities or with at least a 40% loss of capacity for work by age, 2000, 2011, 2013



Allikad: REL 2000 ja REL 2011 (Statistikaamet), Sotsiaalministeerium Sotsiaalkindlustusameti 2013. aasta andmete põhjal  
Sources: PHC 2000 and PHC 2011 (Statistics Estonia), Ministry of Social Affairs (based on the 2013 data of the Social Insurance Board)

<sup>a</sup> Vt lähemalt [http://hm.ee/sites/default/files/hev\\_kotseptsioon.pdf](http://hm.ee/sites/default/files/hev_kotseptsioon.pdf).

<sup>b</sup> Inimene oli puudega, kui tal oli seisuga 31. märts 2000 mõni haigus või puue (endine termin „invalidsus“), mille oli kindlaks teinud arstlik ekspertiis ja mis oli kestnud (või arvati kestvat) vähemalt aasta. Kui puudega inimene vajab pidevat kõrvalist abi igapäevatoimingutes (söömine, pesemine, riietumine, tualeti kasutamine jm), valiti vastusevariandid „vajate igapäevast kõrvalist abi enda eest hooldamiseks“. Kõrvalise abi all peeti silmas ainult teiste inimeste abi, mitte tehnilisi abivahendeid (ratastool, kargud jm). Kõrvalabivajadus märgiti juhul, kui see oli tingitud puudest, mitte vanusest (nt väikelapsed, vanurid). Puudeta inimestelt 2000. aasta loenduses kõrvalabivajadust ei küsitud.

<sup>c</sup> Global Activity Limitation Index – ülemaailmne tegevuspiirangute näitaja.

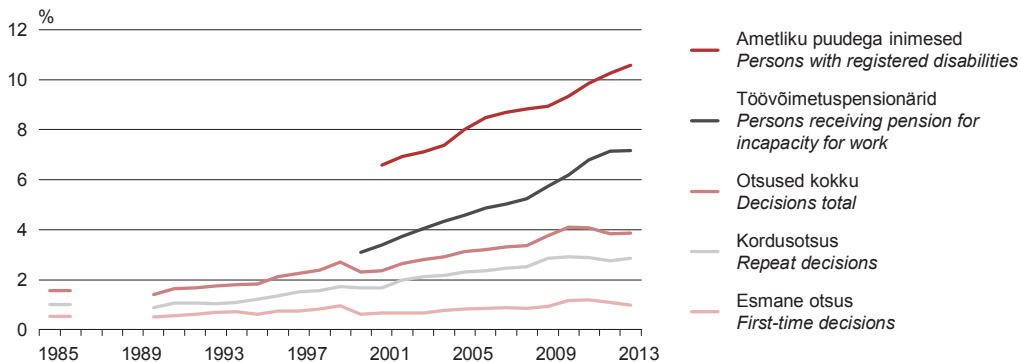
<sup>d</sup> Tervisest tingitud igapäevategevuste piiratus – tervisest tingitud piirang, mis oli kestnud või arvati kestvat vähemalt kuus kuud. Igapäevategevuste all mõeldi töötamist, õpinguid, majapidamistöid, enese eest hooldamist, suhtlemist teiste inimestega, vaba aja veetmist jne. Inimese tegevus loeti olulisel määral piiratuks, kui ta vajab abi iga päev, ja mõningal määral piiratuks, kui ta vajab mõne tegevuse juures abi, aga mitte iga päev.

2000. aasta andmetest on näha, et kuni selle ajani oli puude defineerimisel seisukoht, et vanemaealiste tegevuspiirangud on nende tavapärane ealine iseärasus, mis ei vaja ühiskonna tähelepanu ega tuge, seetõttu ongi just vanemaealiste puhul puudega inimeste osatähtsuse püsimine 20% piirimail tollase poliitika peegeldus. 2013. aastal oli olukord kogu sotsiaalhooldekandesüsteemi ümbermõtestamisega muutunud ja kuigi puudega inimeste osatähtsus<sup>a</sup> vanemaealises rahvastikus ei küündinud veel 2011. aasta rahvaloenduse enesehinnangulise oluliste tegevuspiirangutega rahvastiku osatähtsusele, on arengusuund oluliselt muutunud. 2013. aastal aasta keskmisena arvestatud, Sotsiaalkindlustusametis registreeritud puudega ja/või vähemalt 40% töövõimekaoga inimeste osatähtsusest rahvastikus nähtub, et tööealiste puhul ületab registreeritud tegevusvõimekaos või puudega inimeste osatähtsus 2011. aasta rahvaloenduse andmetest selgunud, enese hinnangul oluliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsust, kuid jääb enesehinnanguliste tegevuspiirangutega inimeste koguhulgale oluliselt alla. 2013. aastal oli registreeritud tegevusvõimelangusega inimesi Eestis 14,6% (mehi 13,3% ja naise 15,7%). 2011. aastal oli oluliste tegevuspiirangutega inimesi Eestis 13,6%, märksa rohkem kui EL-is keskmiselt, ning arvestades ka mõõdukate piirangutega inimesi, oli igapäevategevustes piiranguid 27,8%-l rahvastikust. 2000. aasta rahvaloenduses oli puudega inimeste osatähtsus vaid 7,5%. Selle taga oli aga tugev seos tollase ametliku puude määratlusega, mis on lähemal tänapäevasele ametlikule töövõimekaos inimeste määratlusele.

Ametliku puudega ja töövõimekaos inimeste regulaarset isikupõhist statistikat ei ole avaldatud, seetõttu puudub võimalus pädevalt hinnata vastavate piirangutega rahvastiku struktuurseid muutusi ajas. Üldarvu tasemel on ajaloolist mõõdet võimalik hinnata eri andmebaasides avaldatu alusel (joonis 2).

## Joonis 2. Esmaste ja kordusotsuste põhjal vähemalt 40% töövõimekaos inimeste, töövõimetuspensionäride ning ametliku puudega inimeste aastakeskmine osatähtsus rahvastikus, 1985–2013

Figure 2. Annual average share of persons with at least a 40% loss of capacity for work, persons receiving pension for incapacity for work and persons with registered disabilities based on first-time and repeat decisions, 1985–2013



Allikad: Statistikaamet, Sotsiaalkindlustusamet, Lannes jt 2009  
Sources: Statistics Estonia, Social Insurance Board, Lannes et al. 2009

Statistikaameti andmebaasis on 1985. ja 1990.–1999. aasta kohta ekspertiisiandmete alusel koostatud aegrida, mis võimaldab neid andmeid käsitleda koos hilisemate andmetega vähemalt 40% töövõimekaos inimeste puhul. Jooniselt 2 on näha, et esmaste ja korduvate ekspertiisitaot-

<sup>a</sup> Sotsiaalministeeriumi analüüsi ja statistika osakonna analüütiku Mari Kreitzbergi abiga on 2013. aasta puudega inimeste arvud saadud nii, et nad on moodustatud nii neist, kellel on ametlik puue registreeritud, kui ka neist vähemalt 40% töövõimelangusega inimestest, kes ei ole koos töövõime languse hindamise ekspertiisiga taotlenud ka puude astme määramist Sotsiaalkindlustusametis (vajadus kõrvalabi järele vähemalt kord nädalas puudub). Seega on joonisel 1 ametlikult registreerituteks loetud kõik need, kes on aastatel 2013–2014 olnud ühel või teisel moel Sotsiaalkindlustusametis registreeritud (isikud on ühekordselt, 2013. aasta keskmine on 182 835 inimest).

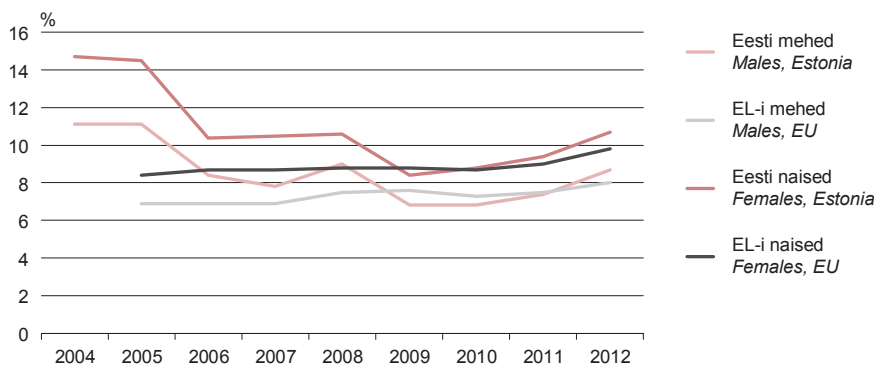
luste koondnäitaja ei anna veel ülevaadet sellest, kes vaadeldavatel aastatel töövõimetuspensionari said ja olid seetõttu samuti vähemalt 40% töövõimekaoga. Neile lisanduvad veel need töövõimetus eest pensioni saajad, kes vajaliku tööstaaži puudumise tõttu saavad rahvapensioni (aastatel 2005–2013 oli nende osatähtsus kõigi töövõimetus eest pensionisaajate seas 4% piirimail (Pensionäride ... 2014)). Esmast ja kordusekspertiisi taotlenute osatähtsus töövõimetuspensionäride aastakeskmises vähenes aastatel 2005–2013 65%-st 51%-ni (*ibid.*). Siit on aga välja jäänud see osa, kelle töövõimelangus on alla 30%, keda Sotsiaalministeeriumi arvutuste kohaselt oli 1. jaanuaril 2014 töövõimekaoga inimeste kogumist 5,5%. Ükski neist näitajatest aga ei anna aimu sellest, kui palju vähemalt 40% töövõimekaoga registreeritud inimestest on registreeritud ka puudega inimeste hulgas. 2013. aastal oli neid keskmiselt alla poole (47,8%) kõigist vähemalt 40% töövõimekaoga registreeritud isikutest. Ometi on valitsuse töövõimereformi põhjendamisel kasutatud just seda näitajat, just nagu tegelikult ei oleks töövõimelangusega inimestel igapäevastegevustes mingeid piiranguid ja vajadust kõrvalabi järele.

Niisugused erinevused administratiivselt organiseeritud süsteemi andmetes viitavad sellele, et inimesed pole oma õigustest teadlikud (nt võimalus koos töövõimelanguse ekspertiisiga taotleda ka puude raskusastet määrav ekspertiis) või jääb osal inimestel õigus toetustele realiseerimata süsteemi killustatud ja teenusepõhise, mitte inimkeskse ülesehituse tõttu<sup>a</sup>. Üks võimalusi, mida Statistikaamet on hakanud üha rohkem kasutama, on Sotsiaalkindlustusameti andmete sidumine teistest allikatest pärit andmetega. Esmajärjekorras on seda tehtud küsitlusuuringute, eeskätt ESU andmetega. Järge ootab eri administratiivallikate omavaheline sidumine, kus kõige aktuaalsem on hariduslike erivajadustega inimeste haridusandmete sidumine teiste andmetega (eeskätt pensioniregistri ja sotsiaaltoetuste andmekogude andmetega), aga ka Maksu- ja Tolliameti ning Töötukassa andmete sidumine.

Eespool kirjeldatud sotsiaalhoolekandesüsteemi eripärade tõttu ei sobi need andmed tavapäraselt teiste riikidega võrdlemiseks. Seetõttu on alates 2004. aastast Euroopas riikidevaheliseks tegevusvõime langusega inimeste hulga hindamiseks kasutatud nende enese hinnangut küsitlusuuringutes. Nagu eespool juba viidatud, toimub ka selles vallas pidev areng ja Euroopa 2014. aasta terviseuuring annab loodetavasti märksa täpsemat teavet tegevuspiirangutega inimeste vajadustest, võimalustest ja tegelikest barjääridest. Terviseuuringud toimuvad iga viie aasta tagant, mistõttu üldnäitajate tasemel on plaanitud ka edaspidi tegevuspiiranguga inimeste näitajaid hinnata ESU andmete põhjal. Et ESU hõlmab vaid täiskasvanuid, tuleb laste tegevuspiiranguite levimuse hindamiseks endiselt kasutada kas rahvaloenduste tulemusi või omavahel seotud administratiivandmeid.

### Joonis 3. Oluliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus soo järgi Eestis ja Euroopa Liidus keskmiselt, 2004–2012

Figure 3. Share of persons with severe activity limitations by sex in Estonia and in the European Union on average, 2004–2012

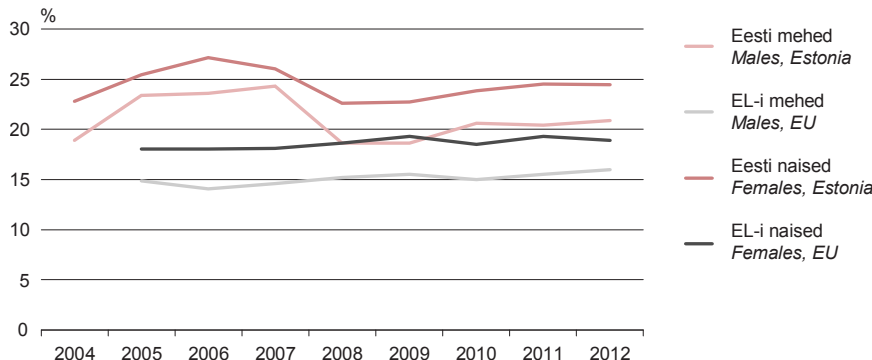


Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

<sup>a</sup> Loodetavasti suudetakse uue pensioniregistri väljaarendamisel, sotsiaaltoetuste andmekogu täiendamisel ning töövõimereformi järel töötukassa infosüsteemides olevat infot hallata ka inimese-, mitte üksnes teenuse-, toetuse- ja hüvitisekeskselt.

**Joonis 4. Mõõdukate tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus rahvastikus soo järgi Eestis ja Euroopa Liidu keskmiselt, 2004–2012**

Figure 4. Share of persons with moderate activity limitations in the population by sex in Estonia and in the European Union on average, 2004–2012



Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

Joonisel 3 ja 4 on esitatud Eesti ja EL-i oluliste ja mõõdukate tegevuspiirangutega inimeste trend aastatel 2004–2013<sup>a</sup>. Erinevalt administratiivandmetest, mille kohaselt on puudega inimeste osatähtsus viimastel aastakümnetel pidevalt kasvanud, on enesehinnanguliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus aastate jooksul pigem kahanenud või jäänud samale tasemele. Olgugi et tegevuspiirangute tekkes on oluline osa elu jooksul kumulatiivselt halveneval tervisel ja vanemaalaste osatähtsuse kasvu juures võiks eeldada, et ka tegevuspiirangutega inimeste hulk kasvab, mõjutavad tegevuspiirangute kujunemist hoopis suuremal määral üldised muutused ühiskonnas ja keskkonnas, kus inimesed iga päev toimetavad. Viimaste aastate mõningast kasvutrendi tegevuspiiranguga inimeste osatähtsuses tuleks pigem hinnata sellest seisukohast, et laiema mõjuga tugimeetmed on jäänud tagaplaanile (peamiselt ressursipuuduse tõttu) ning pole tegeletud tugimehhanismidega, mis võimaldaksid ületada tegevustes tekkivaid barjääre. EL-i keskmine näitaja on püsinud nii oluliste kui ka mõõdukate tegevuspiirangute puhul läbi aastate peaaegu ühel ja samal tasemel ja kui välja arvata Eesti vastava näitaja viimaste aastate kasv, on oluliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus Eestis EL-i keskmise tasemel. Hoopis suurem on Eesti ja EL-i keskmise näitaja vahe mõõdukate piirangutega inimeste puhul. Kuivõrd suudetakse üheskoos nende puhul ära hoida olukorda, kus nende igapäevategevusi hakkaksid häirima olulised piirangud, oleneb meie kõigi ühisest tegevusest, aga ka sellest, kuivõrd eri ministeeriumide ja valdkondade tasemel suudetakse panustada sellesse, et igaüks meist võimalikult kaua iseseisvalt toime tuleks.

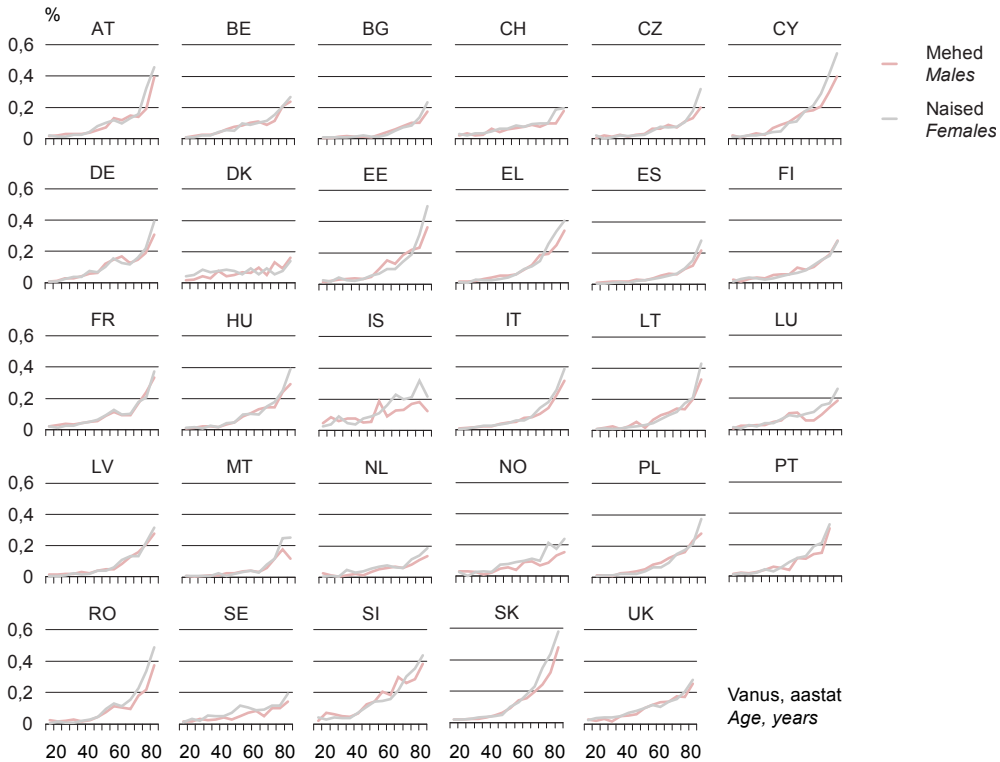
Selle kohta, milliseks kujuneb oluliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus Eestis tulevikus, annab veidi aimu selle rahvastikurühma soo-vanusjaotus (joonis 5). Eesti koos Slovakkia ja Küprosega eristuvad teistest EL-i riikidest selle poolest, et oluliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus pärast 60. eluaastat on väga suur. Vanemaalaste ühiskonda lõimimine on olnud Eestis väga pikka aega tagaplaanil, sest varem oli sotsiaalhoolekandesüsteemi fookus mujal. Siiski on ilmselt just selle rahvastikuosa aktiivsuse säilitamine ja tagamine rahvastiku vananemise süvenedes üks olulisemaid väljakutseid igas riigis. Kuni 40. eluaastani on oluliste tegevuspiirangutega inimeste osatähtsus teiste riikidega täiesti võrreldav ja mitme EL-i riigi omast isegi oluliselt väiksem. Viimased suundumused annavad tuge tõdemusele, et nooremate põlvkondade tervis kujuneb üldiselt paremaks ja ühiskonna arenedes suudetakse paremini tegeleda sellise ennetustegevusega, mille tulemusena mõõdukatest piirangutest raskemaid ei kujune ning ajapikku väheneb ka mõõdukate piirangutega inimeste osatähtsus.

<sup>a</sup> 2008. aastal muudeti EU-SILC-is piiranguid mõõtvat küsimuse sõnastust ja seetõttu võivad näitajad osaliselt kajastada ka meetodilist muutust. Kogumiku nendes peatükkides, kus seda trendi käsitletakse, on peamiselt esitatud andmed aastate 2008–2013 kohta.



**Joonis 5. Olulise tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus rahvastikus Euroopa riikides<sup>a</sup> vanuse järgi, 2011**

Figure 5. Share of persons with severe activity limitations in the population by age in the European countries<sup>a</sup>, 2011



<sup>a</sup> AT – Austria; BE – Belgia; BG – Bulgaaria; CH – Šveits; CZ – Tšehhi; CY – Küpros; DE – Saksamaa; DK – Taani; EE – Eesti; EL – Kreeka; ES – Hispaania; FI – Soome; FR – Prantsusmaa; HU – Ungari; IS – Island; IT – Itaalia; LT – Leedu; LU – Luksemburg; LV – Lätii; MT – Malta; NL – Holland; NO – Norra; PL – Poola; PT – Portugal; RO – Rumeenia; SE – Rootsi; SI – Sloveenia; SK – Slovakkia; UK – Ühendkuningriik.

<sup>a</sup> *AT – Austria; BE – Belgium; BG – Bulgaria; CH – Switzerland; CZ – Czech Republic; CY – Cyprus; DE – Germany; DK – Denmark; EE – Estonia; EL – Greece; ES – Spain; FI – Finland; FR – France; HU – Hungary; IS – Iceland; IT – Italy; LT – Lithuania; LU – Luxembourg; LV – Latvia; MT – Malta; NL – Netherlands; NO – Norway; PL – Poland; PT – Portugal; RO – Romania; SE – Sweden; SI – Slovenia; SK – Slovakia; UK – United Kingdom.*

Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

## Allikad Sources

Barberger-Gateau, P., Rainville, C., Letenneur, L., Dartigues, J.-F. (2000). A hierarchical model of domains of disablement in the elderly: a longitudinal approach. – *Disability and Rehabilitation*, Vol 22, No 7, pp. 308–317.

Cambois E., Robine J. M., Romieu, I. (2005). Risks of Restrictions in Personal Care Activities at Older Ages: Determining The Concurrent Role of Functional Limitations, Age, Sex And Place of Residence. – *Disability and Rehabilitation*, Vol 27, No 15, pp. 871–883.

Cambois, E., Robine, J.-M. (1999). Life Expectancies Applied to Specific Statuses. A History of The Indicators And The Methods of Calculation. – *Population*, Vol 11, pp. 7–34 (English Edition).

- Cox, B., van Oyen, H., Cambois, E., Jagger, C., Roy, S., Robine, J.-M., Romieu, I. (2009). The reliability of the Minimum European Health Module. – *International Journal of Public Health*, Vol 54, No 2, pp. 55–60.
- Dublin, L. I., Lotka, A. J. (1930). The Money Value of A Man. – *American Journal of Nursing*, Vol 30, No 9, pp. 1210.
- EU-SILC. (2014) Statistics on income, social inclusion and living conditions. Eurostat. [www] <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> (08.09.2014).
- Eurohex. (2014). Advanced research on European health expectancies. [www] [www.eurohex.eu](http://www.eurohex.eu) (07.09.2014).
- Euroopa puuetega inimeste strateegia 2010–2020: uued sammud tõketeta Euroopa suunas. (2010). Euroopa Komisjoni teatis KOM (2010) 636. Brüssel: Euroopa Komisjon.
- Eurostat. (2014). Indicator Profile: Healthy life years and life expectancy at birth. [www] [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_SDDS/DE/tsdph100\\_esmsip.htm](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/DE/tsdph100_esmsip.htm); <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/sdi/indicators/theme5> (08.09.2014).
- Fries, J. F. (1980). Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. – *New England Journal of Medicine*, Vol 303, No 3, pp. 130–35.
- Grammenos, S. (2013). European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities. Academic Network of European Disability Experts. [www] [http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%202013%20Task%206%20-%20comparative%20data%20synthesis%20report%20-%20Europe2020\\_final.doc](http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%202013%20Task%206%20-%20comparative%20data%20synthesis%20report%20-%20Europe2020_final.doc) (07.09.2014).
- International Classification of Impairments, Disabilities And Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. (1980). Geneva: WHO.
- Jagger, C., Arthur, A. J., Spiers, N. A., Clarke, M. (2001). Patterns of Onset of Disability in Activities of Daily Living with Age. – *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol 49, No 4, pp. 404–409.
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.-M., the EHLEIS Team. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. – *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol 63, No 8, pp. 892–899.
- Katz, S., Akpom, C. A. (1976). A Measure of Primary Sociobiological Functions. – *International Journal of Health Services*, Vol 6, No 3, pp. 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*, Vol 185, No 12, pp. 914–919.
- Lannes, E., Pall, K., Paltseri, K., Sakkeus, L., Haukanömm, M. (2009). Report on the social inclusion and social protection of disabled people in European countries: Estonia. ANED. [www] <http://www.disability-europe.net/content/aned/media/EE%20social%20inclusion%20report.pdf> (07.09.2014).
- Lawton, M. P., Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. – *Gerontologist*, Vol 3, No 9, pp.179–86.
- Manton, K. G. (1982). Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. – *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol 60, No 2, pp. 183–244.
- Pensionäride statistika. (2014). Sotsiaalkindlustusamet. [www] <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/pensionarid-3/> (07.09.2014).
- Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses. Revision 2. (2008). United Nations. [www] [http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/docs/P&R\\_Rev2.pdf](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/docs/P&R_Rev2.pdf) (06.09.2014).

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. (1999). Riigi Teataja I osa. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/116042014015> (07.09.2014).

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon. (2004). Sotsiaalministeerium. [www] [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/E-tervis\\_ja\\_e-tervisetoend/rfk\\_icf\\_sissejuhatus.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/E-tervis_ja_e-tervisetoend/rfk_icf_sissejuhatus.pdf) (06.09.2014).

REL 2000. (2014). 2000. aasta rahva ja eluruumide loendus. Statistikaamet. [www] <http://www.stat.ee/rahvaloendus-2000> (07.09.2014).

REL 2011. (2014). 2011. aasta rahva ja eluruumide loendus. Statistikaamet. [www] <http://www.stat.ee/rel2011> (07.09.2014).

Report of the Washington Group on Disability Statistics. (2014). [www] <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc14/2014-10-WashingtonGroup-E.pdf> (07.09.2014).

Robine, J.-M., Michel, J.-P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging. – *The Journals of Gerontology: Series A*, Vol 59, No 6, pp. 590–597.

Robine, J. M., Cambois, E., Mormiche, P., Vandelbaum, J. (2007). Did the prevalence of disability in France really fall sharply in the 1990s? Discussion of questions asked in the French Health Survey. – *Population*, Vol 62, No 2, pp. 315–337 (English edition).

Rogers, W. A., Meyer, B., Walker, N., Fisk, A. D. (1998). Functional Limitations to Daily Living Tasks in the Aged: A Focus Group Analysis. – *The Journal of The Human Factors And Ergonomics Society*, Vol 40, No 1, pp. 111–125.

Sanders, P. S. (1964). Measuring Community Health Levels. – *American Journal of Public Health*, Vol 54, No 7, pp. 1063–1070.

Statistikaameti andmebaas. [e-andmebaas] <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13TERVISHOID/13TERVISHOID.asp> (13.08.2014).

Sullivan, D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. – *HSMHA Health Reports*, Vol 86, No 4, pp. 347–354.

Survey Module for Measuring Health State. (2013). United Nations. [www] [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/BI\\_Report\\_to\\_CES\\_2012\\_-\\_BI-M2\\_Final\\_Version\\_\\_10\\_with\\_cover.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/BI_Report_to_CES_2012_-_BI-M2_Final_Version__10_with_cover.pdf) (22.10.2014).

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology (2005). / Eds. A. Börsch-Supan, H. Jürges. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.

Verbrugge, L. M., Jette, A. M. (1994). The disablement process. – *Social Science & Medicine*, Vol 38, No 1, pp. 1–14.

Verbrugge, M. L. (1997). A Global Disability Indicator. – *Journal of Aging Studies*, Vol 11, No 4, pp. 337–362.

## 2. THE DEVELOPMENT OF APPROACHES TO THE POPULATION WITH ACTIVITY LIMITATIONS

**Luule Sakkeus<sup>a</sup>**

Tallinn University, Estonian Institute for Population Studies

*The monitoring of people with activity limitations is an important instrument that helps to assess the prevalence of limitations within the population and find ways to overcome the barriers. This information is used to develop support mechanisms that help to compensate the loss of capacity and enable people with activity limitations to participate in the society on an equal basis with those who do not have such limitations. The main objective of the measures targeted at the prevention of loss of functional capacity is the preservation or restoration of capacity, but also increased social inclusion and a higher level of coping and independence. Therefore, it has been essential to find comparable indicators that would provide an overview of the needs of the targeted population group.*

*As early as in the 1930s, scientists tried to calculate the working life expectancy taking into account the health-related variations in productivity (Dublin and Lotka 1930). Since then, scientists have looked for the best ways for measuring the decline in functional capacity which would take into account the assessment of quality of life. Changes in functional capacity are often progressive and cumulative over time. The first functional limitations (concerning, for example, vision, hearing, walking) can nowadays often be compensated with technical aids, while the activity limitations that often follow are irreversible despite the use of technical aids and mostly concern everyday domestic functioning (e.g. housework). In more severe cases, activity limitations prevent people from coping with self-care (Jagger et al. 2001; Barberger-Gateau et al. 2000).*

*The first indicators for measuring and comparing the level of coping of people with different health statuses were developed in the 1960s. Katz et al. (1963) and Katz and Akprom (1976) developed a list of activities of daily living which, if limited, require assistance. The severity of the limitations in activities of daily living determines the need for long-term support services and technical aids. Lawton and Brody (1969) added another list that includes instrumental daily activities – the inability to perform these activities means significant limitations in a person's ability to function independently in the society. It has been found that assistance means not only assistance from other people or from technical aids but, importantly, also changes in design (incl. labelling, convenience and accessibility) and training (incl. a general increase in awareness and availability of information) which help to overcome 50% of the limitations (Rogers et al. 1998). It has been disputed whether the two lists should be combined, especially considering the fact that instrumental activities of daily living are related to many cultural and environmental factors. A combination of these lists has been used to assess the population with activity limitations mostly in the USA, but also in Europe (e.g. the SHARE<sup>b</sup> survey (The Survey ... 2005)).*

*At the international level, the development of lists for the classification of comparable activity limitations started in the 1980s (International ... 1980). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) published in 2001 (RFK 2004) is a balanced version of this approach. This new type of classification allows us to assess not only the capacity related to a person's body functions and structures but also the functional capacity and level of participation in the society. It allows us to map the environmental factors that, in combination with individual factors, facilitate or hamper a person's activities. In connection with the above, the United Nations Statistics Division decided to establish a working group for the development of the methodology for disability measurement. The working group, which first met in 2002, is also known as the Washington Group (WG)<sup>c</sup>.*

*In 2008, based on the results of the working group's meetings, the United Nations modified its Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses and added the recom-*

<sup>a</sup> The preparation of this article was supported by the research grants SF0130018s11 and ETF8904.

<sup>b</sup> For more information, visit [www.share-project.org](http://www.share-project.org), [www.share-estonia.ee](http://www.share-estonia.ee).

<sup>c</sup> For more information, visit [http://www.cdc.gov/nchs/washington\\_group/wg\\_background.htm](http://www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_background.htm).

mendation to include a set of six questions in the census questionnaire – these would enable to compare activity limitations within the population by country, independently of major cultural or environmental influences (Principles ... 2008). Unfortunately, this recommendation was released too late and many countries were unable to consider it in their census design in the 2010 census round. In 2014, at its 14th meeting, the Washington Group reported that this set of questions was used in the census, at least partially, in 35 countries in the period 2009–2013 (Report ... 2014).

The movement for the rights of people with disabilities highlighted the need to determine the share of population with activity limitations and to study the provision of support services and technical aids to compensate for the limitations and ensure people's full functional capacity in daily activities. Thus, statistical indicators were required to measure perceived activity limitations as well as actual limitations. For this purpose, the development of suitable survey instruments began on the international level (Verbrugge and Jette 1994).

With this task in mind, the Budapest Initiative was established in 2005 in collaboration between the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), WHO, Eurostat as well as scientists and country representatives, for the development of common survey instruments to measure health status in its multiple dimensions. The Initiative has prepared a specific survey module, based on the work of the Washington Group and the European Health Interview Survey (Survey ... 2013). In the 2014 round of Eurostat health interview surveys, the developed methodology was used in all the European Union (EU) Member States, including Estonia. The authors in this publication have been able to refer to only the data of the 2006 Estonian Health Interview Survey, which provide some information about how many people with severe or moderate activity limitations have a need for assistance in daily activities and whether this assistance is sufficient. According to Verbrugge (1997) and Cambois et al. (2005), in 75–85% of cases, personal assistance and technical aids can mitigate the difficulties arising from activity limitations. This sets an important target that should be the aim of the policies and measures implemented.

It was not long ago that activity limitations at an advanced age were seen as a personal problem which did not require support from the society, except maybe for some exceptional or the most severe cases. Today, it is understood that the ability to participate actively in the society contributes to an improved quality of life and extends a person's life expectancy, but it is even more important for the society in general. In countries where the level of services is not yet sufficient and people with severe activity limitations are forced to rely mainly on their family members, this causes a decrease in employment in the field of professional care for disabled persons and an increase in the share of unpaid work in the field of care where the caregivers do not have professional skills and thus cannot offer good-quality support. If the services of home nursing and in-home care are poorly developed, this leads to a decrease in employment – the non-utilisation of valuable labour available on the labour market affects the economic growth and competitiveness of the country.

The encouragement of active participation and the promotion of informed health behaviour have helped to gradually postpone the onset of chronic diseases, which allows people to continue active participation in the society after reaching retirement age. Due to population ageing, it has become crucial to assess people's quality of life (including health expectancies). Cambois et al. (1999) review the development of health-related life tables. Life tables with a specific focus (e.g. working life expectancy) were developed already in the first half of the 20th century. Building on this tradition, Robine and his project team that he launched in the 1990s have focused on research on health expectancies (Eurohex 2014) and have developed life tables for regular use that measure disability-free life expectancy using Sullivan's method (Sullivan 1971). The method of calculating health expectancies has been developed in order to introduce quality of life as a dimension in the life tables and to see – especially considering the trend of rapid population ageing – whether the steadily increasing life expectancy results in a bigger number of years lived with illness and activity limitations (known as the expansion-of-morbidity hypothesis), or whether it means a decreased number of years lived with illness and activity limitations (compression of morbidity), or whether a higher life expectancy brings along a certain balance whereby more severe illnesses and activity limitations are compressed into a shorter period in the later years of life (Sanders 1964; Fries 1980; Manton 1982; Robine and Michel 2004).

Disability-free life expectancy is calculated in three aspects based on the three questions of the Mini European Health Module (Cox et al. 2009), which was developed under the auspices of Eurostat for use in pan-European surveys. The question regarding activity limitations is one of the main structural indicators in the field of health in Europe (Eurostat 2014). Since 2004, when the European Commission included a general question about activity limitations in the European Union Statistics of Income and Living Conditions<sup>a</sup> (EU-SILC; in Estonia known as the Estonian Social Survey), it has been one of the most important indicators of the health status of the population in European countries. The question that measures limitations in everyday activities is also known as the Global Activity Limitation Indicator (GALI) – the validation of the indicator has revealed that it most accurately reflects the share of disabled persons in the total population (Robine et al. 2007; Jagger et al. 2010). In Estonia, the internationally comparable definition has been used in the Estonian Social Survey since 2009. A question with the same wording has been used in other representative social surveys, such as the 2006 Estonian Health Interview Survey, the Estonian SHARE survey (covering the population aged 50+ in 2010–2011), the 2009 and 2010 Household Budget Survey, the Time Use Survey and the 2011 Population and Housing Census (PHC 2011). The Estonian Labour Force Survey has so far used a modified version of this question<sup>b</sup> which refers to work activity limitations.

With the adoption of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2006, the international community took a step towards greater awareness of the social model in the conceptualisation of disability. In 2008, the Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion of the European Commission established the Academic Network of Experts on Disability (ANED). In the first two terms, the main task of ANED was to map the availability of information related to the exercise of the civil rights of persons with disabilities and to contribute to the development of the European Disability Strategy, which was adopted in 2010 and replaced the Disability Action Plan which was the reference document in 2003–2010. (Euroopa ... 2010)

To guarantee the rights of persons with disabilities, the first thing is to determine the number of such persons and the nature of their needs. Therefore, countries need a common comparable indicator for measuring the share of persons with disabilities. On the one hand, this indicator needs to be independent of the shortcomings of the welfare system caused by political reasons or lack of resources (in other words, it should disregard the peculiarities of specific welfare systems). On the other hand, the indicator should show – based on self-evaluation – the number of persons potentially in need of support services and allowances, including persons whose needs are never officially registered. In his report to ANED experts, Grammenos (2013) compared disability indicators across countries based on EU-SILC data and showed that the average share of persons with severe disabilities (i.e. persons with significant limitations in everyday activities) in the European Union is 8.3%, which largely corresponds to the average figure of persons with disabilities registered in the social welfare systems of the Member States<sup>c</sup>. The number of

<sup>a</sup> The following question is used as the basis for identifying persons with limitations in daily activities: “For at least the past 6 months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do? Would you say you have been ... severely limited / limited but not severely or / not limited at all?” Alternatively, if the three groups are not presented, the following terms are used: “population with activity limitations” for persons with any activity limitations, “population with severe activity limitations” for persons who selected the first answer; “population with moderate activity limitations” for those who selected the second answer.

<sup>b</sup> The Estonian Labour Force Survey included the question about work activity limitations in 2002, 2006, 2008, 2009 and 2011. The wording was slightly modified in the last year; the population with work activity limitations was defined as all 15–64-year-olds who had health-related limitations in the type of work, the amount of work or the commute to work and back. The questions were worded as follows: “Does/would your health problem(s) or basic activity difficulty(ies) affect the amount of work you are able to do (i.e. workload, weekly working hours)? 1 Yes, considerably; 2 Yes, slightly 3 No”; “Does/would your health problem(s) or basic activity difficulty(ies) affect the kind of work you are able to do (e.g. excluding “standing” jobs)? 1 Yes, considerably, 2 Yes, slightly, 3 No”; “Because of your health problem(s) or basic activity difficulty(ies), is/would it be difficult for you to get from home to work and from work to home? 1 Yes, considerably, 2 Yes, slightly, 3 No”. In this publication, the term “population with work activity limitations” is used to refer to persons who have the activity limitations specified in the Estonian Labour Force Survey.

<sup>c</sup> It is important to note that although the methodologies used to determine persons with self-perceived severe activity limitations and persons with registered disabilities or loss of capacity for work are not comparable, the shares of the two population groups (classified on the basis of two different definitions) are comparable. Nevertheless, it should be added that there is no complete overlap at the level of individuals. Chapters 6 and 8 in this publication present comparative statistical data which are based on different definitions of disability. In 2009 Statistics Estonia developed a concept for statistical disability indicators and the relevant indicators have been published since that year.

persons with potential severe disabilities, i.e. persons with self-reported moderate limitations in daily activities, is considerably higher – in 2011 their share was 17.5% in the EU.

Every country has its own social welfare system that provides the framework for the assessment and registration of people with disabilities (i.e. activity limitations). In Estonia, persons with activity limitations are officially registered as disabled or as incapacitated for work. These persons are entitled to various allowances, services and benefits. The Estonian social welfare system underwent significant reforms in the 2000s. Following the changes introduced in 2008, self-perceived activity limitations are now also considered in the assessment of disability<sup>a</sup> in the official registration system. In addition to determining activity limitations for the purposes of establishment of disability, the degree of severity of disability is also determined. The main criterion for the degree of severity is the need for outside assistance, guidance or supervision: whether this is needed twenty-four hours a day (profound disability), in every twenty-four hour period (severe disability) or at least once a week (moderate disability) (Puuetega ... 1999). Persons in working age complete a questionnaire which is based on the ICF criteria for activity limitations and actual barriers (Rahvusvaheline ... 2004). The planned disability reform, which will enter into force on 1 January 2016, puts the focus on the assessment of capacity for work and on finding employment suitable for the given level of capacity. In the education system, students with special educational needs are provided with additional support measures or special study arrangements in order to achieve the learning outcomes defined in the national curriculum or in an individual curriculum prepared for a specific person<sup>b</sup>. The state has an overview of the support measures implemented in the education system only as far as compulsory basic education. Beyond this level of education, the state has no comprehensive overview of students with special educational needs. It is only possible to assess persons who have applied for support measures due to special educational needs. In the case of Estonia, there is no general overview of the inclusion and social participation of persons with registered disabilities, persons with a loss of capacity for work and persons with special educational needs.

This chapter represents the first attempt to present a population-based overview of Estonian residents with activity limitations on the basis of different definitions. There are official estimates of the number of persons with disabilities and persons with a loss of capacity for work. The 2000 census included questions about activity limitations, but those data also reflect registered disabilities rather than self-perceived limitations<sup>c</sup>. At that time, the social welfare system transitioned from the medical model to the social model – therefore, this year is a good reference point for assessing the changes in attitudes. As mentioned above, the 2011 census used a GALI-type<sup>d</sup> question to identify persons with limitations in daily activities (it is similar to the definition used in EU-SILC<sup>e</sup>). Figure 1 (p. 28) compares the definitions of the two censuses and also outlines the data of the Social Insurance Board on the average share of persons with registered disabilities and/or with at least a 40% loss of capacity for work in 2013.

The data for 2000 illustrate that, until that time, the common attitude was that activity limitations experienced by the elderly are an ordinary age-related peculiarity that does not require the attention or support of the society. The share of disabled persons among the elderly was around 20%, which reflects the disability policy of that time. In 2013, the situation is different due to fundamen-

<sup>a</sup> For more information, visit <https://www.riigiteataja.ee/akt/128032014027>.

<sup>b</sup> For more information, visit [http://hm.ee/sites/default/files/hev\\_kotseptsioon.pdf](http://hm.ee/sites/default/files/hev_kotseptsioon.pdf).

<sup>c</sup> A person was considered to have a disability if as at 31 March 2000 he or she had a disease or disability (formerly referred to as "invalidity") which had been determined by a medical examination and which had lasted (or was assumed to have lasted) for at least one year. If a person with disabilities required constant personal assistance in everyday activities (eating, bathing, dressing, toilet hygiene, etc.), the answer "you need personal assistance in taking care of yourself" was ticked. Personal assistance meant the assistance of other persons, but not technical aids (wheelchair, crutches, etc.). The person was marked as in need of personal assistance if he or she needed assistance due to a disability, not age (e.g. young children and the elderly). In the 2000 census, the question about need for personal assistance was only presented to persons with disabilities.

<sup>d</sup> Global Activity Limitation Index

<sup>e</sup> Limitations of everyday activities due to health problems are health-related limitations which have lasted or which are assumed to have lasted for at least six months. Everyday activities include working, studying, housework, personal care, communicating with others, leisure activities, etc. A person's activities are considered severely limited if he or she requires assistance every day, and moderately limited if the person requires assistance with some activities but not every day.

tal changes in the social welfare system. Although the share of persons with disabilities<sup>a</sup> among the elderly is not yet close to the share of persons with self-perceived severe limitations (based on 2011 data), there has been a clear change in the trend. The 2013 annual average share of persons with disabilities and/or with at least a 40% loss of capacity for work registered at the Social Insurance Board reveals that among the working-age population the share of persons with a registered loss of capacity or with registered disabilities is bigger than the share of persons with self-perceived severe activity limitations (based on the 2011 census), but is significantly smaller than the share of persons with any self-perceived activity limitations. In 2013 the annual average share of Estonian residents with registered activity limitations was 14.6% (13.3% of males and 15.7% of females). In 2011 persons with severe activity limitations constituted 13.6% of the population in Estonia, which is considerably higher than the EU average. If we include the persons with moderate activity limitations, the share of persons with limitations in daily activities was 27.8%. In the 2000 census, the share of disabled persons was 7.5% of the total population – that indicator was based on a definition more similar to the official definition of disabled persons, and thus today it more or less corresponds to the definition of persons with a loss of capacity for work.

There are no regular statistics on the various characteristics of persons with registered disabilities and a registered loss of capacity for work. Therefore, we cannot assess the structural changes in the population with (work) activity limitations over time. In the case of the total figure, the trends over time can be assessed on the basis of data available in different databases (Figure 2, p. 29).

The database of Statistics Estonia includes a time series for the years 1985 and 1990–1999 which is based on the data of medical examinations. The time series allows us to analyse these data together with more recent data in the case of persons with at least a 40% loss of capacity for work. Figure 2 (p. 29) shows that the total number of first-time and repeat applications for examination does not correspond to the number of persons who received pension for incapacity for work (i.e. disability pensioners) in the given years and who therefore also have at least a 40% loss of capacity for work. Additionally, there are those disability pensioners who receive national pension because their length of service has not been long enough (in 2005–2013, the share of such persons among all persons receiving pension for incapacity for work was about 4% (Pensionäride ... 2014)). In 2005–2013, the share of persons requesting a first-time or repeat examination among the annual average number of disability pensioners declined from 65% to 51% (ibid.). However, these figures exclude the persons with a less than 30% loss of capacity for work – according to the estimates of the Ministry of Social Affairs, they constituted 5.5% of all persons with a reduced capacity for work as at 1 January 2014. None of these figures gives an idea of the share of persons with at least a 40% loss of capacity for work who are also among the population with registered disabilities. According to the annual average number of registered disabled persons in 2013, they constituted less than a half (47.8%) of all persons registered with at least a 40% loss of capacity for work. Nevertheless, the same indicator has been used to justify the disability reform, as if the persons with a reduced capacity for work did not have any limitations in daily activities or any need for personal assistance.

Such differences in the data of administrative systems refer to the fact that people are not aware of their rights (e.g. the right to request an examination to determine the degree of severity of disability along with an examination to determine loss of capacity for work), or that some people do not exercise their right to support measures due to the fact that the system is fractured and service-based (not based on the needs of individuals)<sup>b</sup>. One possibility that has been increasingly used by Statistics Estonia is the linking of data of the Social Insurance Board with different data sources. Such linking has mostly been used for survey data (primarily EU-SILC data). In the next

<sup>a</sup> The 2013 figures of persons with disabilities have been calculated with the help of Mari Kreitzberg, an analyst of the Analysis and Statistics Department at the Ministry of Social Affairs, as follows: the figures include persons with registered disabilities as well as persons with at least a 40% loss of capacity for work who have not applied for the determination of the degree of severity of disability by the Social Insurance Board when they applied for an examination to determine loss of capacity for work (meaning that they have no need for personal assistance at least once a week). Consequently, the number of persons with registered disabilities in Figure 1 (p. 28) includes all persons who have been registered at the Social Insurance Board in 2013–2014 (all persons counted once; the annual average in 2013 was 182,835).

<sup>b</sup> Hopefully, the planned new pension register will be supplemented with data from the social benefits database, and (following the disability reform) the data administration in the information systems of the Estonian Unemployment Insurance Fund will be individual-based and not only service-, allowance- and benefit-based.



stage, various administrative sources should be linked; here, the first priority should be to link the data in the education system (incl. data on persons with special educational needs) with other data (such as the data of the pension register and social benefits databases), but also to link the data of the Estonian Tax and Customs Board and the Estonian Unemployment Insurance Fund.

Due to the aforementioned differences in social welfare systems, official registration data on disabilities are not comparable with the data of other countries. Since 2004, data on self-perceived limitations based on interview surveys have been used in Europe for the assessment and comparison of the share of persons with a reduced functional capacity. As mentioned above, there are constant developments in this field and the 2014 round of European health interview surveys will hopefully provide much more accurate data about the needs, possibilities and actual barriers of persons with activity limitations. The health interview surveys are conducted every five years. Therefore, EU-SILC data will remain the basis for regular statistics in determining the general indicators of the population with activity limitations. However, EU-SILC covers the adult population. Thus, the estimates of the share of children with activity limitations will still have to be based on census data or linked data from administrative sources.

Figures 3 (p 30) and 4 (p. 31) present the 2004–2013<sup>a</sup> trend of the share of the population with severe and moderate activity limitations in Estonia and in the EU. In the last decades, there has been a steady increase in the share of persons with registered disabilities (based on administrative data), whereas the share of persons with self-perceived activity limitations has either fallen or been stable over the years. The cumulative deterioration of health plays an important role in the emergence of activity limitations and the growing share of the elderly might suggest an increase in the number of persons with activity limitations – however, the development of activity limitations is much more dependent on the overall changes in the society and in the environment where people function on a daily basis. The slight increase in the share of persons with activity limitations in recent years should rather be seen as the result of the fact that support measures with a wider impact have often been omitted (mainly due to a lack of resources) and the welfare system has not developed support mechanisms for overcoming the barriers that people encounter in their activities. The EU average for this indicator has remained more or less on the same level. Apart from the recent rise in this indicator, the share of the population with severe activity limitations in Estonia has been similar to the EU average. The difference between the average values for Estonia and the EU is much greater in the case of the share of the population with moderate activity limitations. A common shared effort is required to prevent the development of these moderate limitations into severe ones. Another crucial factor is the extent to which the measures provided by different authorities can prolong the time that each one of us is able to cope independently.

The estimated future share of the population with severe activity limitations in Estonia is illustrated by the age-sex structure of the corresponding group of people (Figure 5, p. 32). Estonia, along with Slovakia and Cyprus, is clearly different from the other EU countries in that the share of persons with severe activity limitations is big among the population aged 60+. In Estonia, the social integration of the elderly has not been on the agenda for a very long time, due to the different priorities of the social welfare system in the past. At the same time, ensuring that this population group remains active is one of the key challenges for any country, considering the general trend of population ageing. Until the age of 40, the share of persons with severe activity limitations in Estonia is quite similar to that in other countries, and even much lower than in several EU Member States. This trend suggests that younger generations will have better health in general and that, as the society develops, the state will provide more efficient measures that prevent the development of moderate limitations into severe limitations and help to gradually reduce the share of persons with moderate activity limitations.

<sup>a</sup> It should be noted that in 2008 the SILC question about limitations was worded differently. Therefore, the trends of the indicators may partially reflect the methodological change. The chapters that discuss this trend mainly present data for the period 2008–2013.

### 3. TEGEVUSPIIRANGUGA ELANIKE ÜLDISELOOMUTUS

Riina Leinbock  
Statistikaamet

Luule Sakkeus<sup>a</sup>  
Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut

#### Tegevuspiiranguga inimesed rahvaloenduses

2011. aasta rahva ja eluruumide loendus (REL 2011) on üks neid andmeallikaid, mis võimaldab kogu rahvastiku põhjal võrrelda igapäevategevustes piiratud inimesi nendega, kellel piirangud puuduvad. Niisugune ülevaade võimaldab lähemalt aru saada piirangutega ja piiranguteta inimeste ebavõrdsusest eri aspektides. Nagu eelmises peatükis juba märgitud, oli REL 2011 küsimus igapäevategevuste piirangu olemasolu kohta sarnane Eesti sotsiaaluuringus kasutatava vana ning on seetõttu peamiseks sidestuskohaks uuringutest joonistuvatele trendidele.

**Tabel 1. Rahvastik tegevuspiirangu olemasolu ja soo järgi, 2011**

Table 1. Population by existence of activity limitations and sex, 2011

Piiratus määr	Kokku <i>Total</i>		Mehed <i>Males</i>		Naised <i>Females</i>		<i>Extent of limitations</i>
	Arv <i>Number</i>	%	Arv <i>Number</i>	%	Arv <i>Number</i>	%	
<b>Kogurahvastik</b>							<b><i>Total population</i></b>
Kokku	1 294 455	100,0	600 526	100,0	693 929	100,0	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	359 685	27,8	150 753	25,1	208 932	30,1	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	175 419	13,6	72 278	12,0	103 141	14,9	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	184 266	14,2	78 475	13,1	105 791	15,3	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	910 658	70,4	436 500	72,7	474 158	68,3	<i>Persons without activity limitations</i>
Piiratus teadmata	24 112	1,9	13 273	2,2	10 839	1,6	<i>Existence of limitations unknown</i>
<b>Vähemalt 16-aastased</b>							<b><i>Population aged 16+</i></b>
Kokku	1 082 223	100,0	491 308	100,0	590 915	100,0	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	346 668	32,0	143 337	29,2	203 331	34,4	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	171 169	15,8	69 756	14,2	101 413	17,2	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	175 499	16,2	73 581	15,0	101 918	17,3	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	713 719	66,0	335 863	68,4	377 856	63,9	<i>Persons without activity limitations</i>
Piiratus teadmata	21 836	2,0	12 108	2,5	9 728	1,7	<i>Existence of limitations unknown</i>

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Viimase rahvaloenduse kohaselt on Eestis tervisest tingitud tegevuspiirang umbes 360 000 inimesel (27,8% kogurahvastikust), neist ligi pooltel oluline tegevuspiirang (tabel 1). Mõõduka tegevuspiiranguga inimesi on vaid 8800 võrra enam kui oluliste piirangutega. Naistel esineb tegevuspiiranguid sagedamini kui meestel (vastavalt 30% ja 25%), mis on suures osas seletatav naiste märgatavalt kõrgema elueaga. Kui tervete (tegevuspiiranguta) inimeste hulgas on naisi

<sup>a</sup> Artikkel on valminud uurimistoetuse SF0130018s11 toel.

vaid veidi üle poole (52%), siis tegevuspiiranguga inimeste seas on naised 58%, oluliste piirangutega inimeste seas veidi rohkem.

Eesti eripära on see, et tegevuspiiranguga inimeste hulgas on oluliselt rohkem vanemaelisi kui muus vanuses inimesi. Tabelist 2 on näha, et tegevuspiiranguga inimeste mediaanvanus<sup>a</sup> (60 aastat) ületab 20 aasta võrra kogurahvastiku ja 27 aasta võrra tegevuspiiranguta inimeste oma. Olulise tegevuspiiranguga inimesed on märksa vanemad kui mõõdukate piirangutega inimesed, mis näitab seda, et inimese igapäevaelu olulisel määral takistavad piirangud kujunevad välja hilisemas eas. Nagu kogurahvastiku puhul on ka igas tegevuspiirangu rühmas meeste mediaanvanus naiste omast madalam, kusjuures mida tervemad inimesed, seda väiksem erinevus. Tegevuspiiranguta meeste ja naiste mediaanvanus erineb vaid 3 aastat, mõõduka tegevuspiiranguga inimestel 9 aastat ja olulise piiranguga inimestel 11 aastat. Trend viitab sellele, et nii nagu kogurahvastikus on meeste eluiga keskmiselt lühem, nii elavad ka tegevuspiiranguga mehed oluliselt vähem ning selles rahvastikurühmas on naiste ja meeste elulemuse vahe veelgi suurem.

**Tabel 2. Rahvastiku mediaanvanus tegevuspiirangu olemasolu, soo ja päritolu järgi, 2011**

Table 2. Median age of population by existence of activity limitations, sex and origin, 2011  
(aastat – years)

Piiratud määra	Kogu- rahvastik	Mehed	Naised	Põlis- rahvastik	Välis- päritolu rahvastik <sup>a</sup>	Extent of limitations
	Total population	Males	Females	Native population	Immigrant population <sup>a</sup>	
Kokku	40	37	44	37	50	Total
Tegevuspiiranguga inimesed	60	56	64	59	62	Persons with activity limitations
olulise piiranguga	64	59	70	64	66	with severe limitations
mõõduka piiranguga	56	51	60	54	59	with moderate limitations
Tegevuspiiranguta inimesed	33	32	35	30	42	Persons without activity limitations

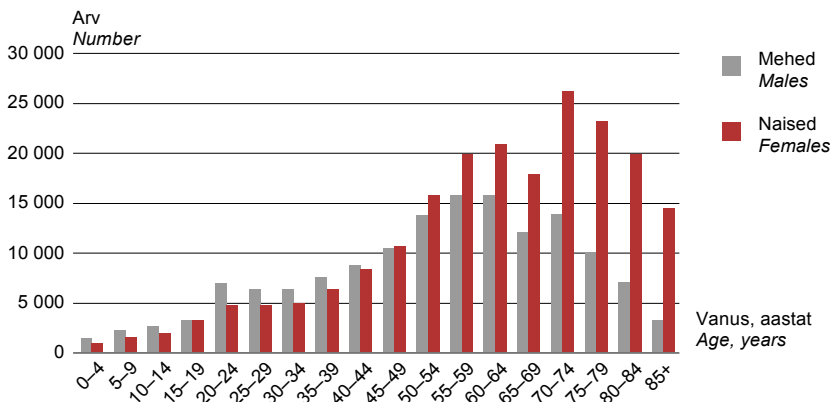
<sup>a</sup> Välispäritolu rahvastik hõlmab nii esimest, teist kui ka kolmandat põlvkonda.

<sup>a</sup> The immigrant population includes the first, second and third generations.

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

**Joonis 1. Tegevuspiiranguga inimesed soo ja vanuse järgi, 2011**

Figure 1. Population with activity limitations by sex and age, 2011



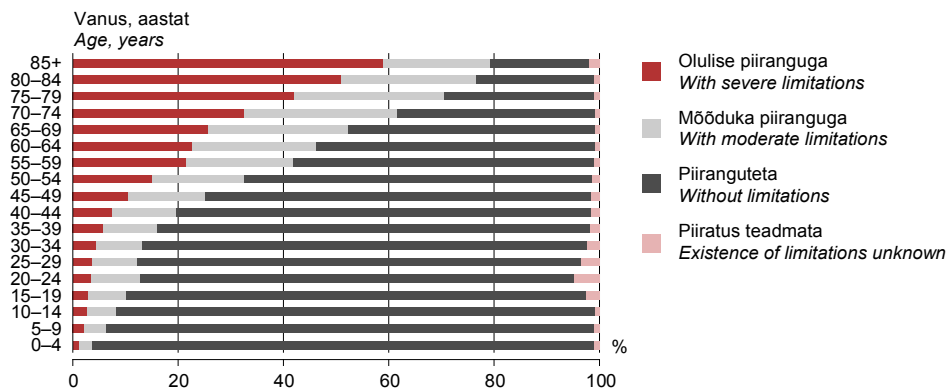
Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

<sup>a</sup> Mediaanvanus on vanus, millest pooled on nooremad, pooled vanemad.

Vanuse tõustes tegevuspiiranguga inimeste absoluutarv kasvab, pärast 75. eluaastat (meestel pärast 65. eluaastat) aga kahaneb koos rahvaarvu üldise vähenemisega (joonis 1). Üldisest küllalt sujuvast vanusetrendist hälbivad kõige enam need, kes olid 2011. aasta lõpus 65–69-aastased ja kuuluvad Teise maailmasõja ajal sündinute väiksemaarvulisse põlvkonda. Nooremates vanuserühmades on tegevuspiiranguga mehi rohkem kui naisi, kõige suuremad erinevused on vanuses 20–24 aastat, kus 59% kõigist tegevuspiiranguga inimestest ja isegi 63% oluliste piirangutega inimestest on mehed. See vanuserühm peegeldab noorte meeste riskikäitumist, mis tihti lõpeb traumaga ja mis oluliselt suurendab tegevuspiiranguga noorte meeste osatähtsust. Pärast 45. eluaastat (oluliste piirangutega inimestel pärast 50. eluaastat) algab naiste arvuline ülekaal tegevuspiiranguga inimeste seas ja vanuse tõustes see suureneb kiiresti. Selleks vanuseks on naiste ja meeste eluea suur vahe niisuguse suhte teket oluliselt mõjutanud. Naistel kujunevad välja mitmesugused tervise tingitud ja krooniliste haigustega kaasnevad tegevuspiirangud, mis hakkavad ühiskonnaelus osalemist üha enam piirama, kuid tänu sellele, et naised pööravad tervisele rohkem tähelepanu ja käivad sagedamini arsti juures, on nende eluiga olulisel määral pikenenud.

## Joonis 2. Rahvastik tegevuspiirangu olemasolu ja vanuse järgi, 2011

Figure 2. Population by existence of activity limitations and age, 2011



Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Kõigist tegevuspiiranguga inimestest pidas oma igapäevategevusi suurel määral piiratuks 49% ja mõõdukalt piiratuks 51% rahvastikust. Vanuse tõustes oluliste piirangutega inimeste osatähtsust piirangutega inimeste koguhulgas üldjuhul kasvab. Mõningane langus on vaid alla 25-aastaste hulgas, kus vanuse tõustes lisandub mõõduka tegevuspiiranguga inimesi rohkem kui olulise piiranguga inimesi. Enamikus vanuserühmades on tegevuspiiranguga meeste hulgas suhteliselt rohkem oluliste piirangutega inimesi (ja vähem mõõdukate piirangutega) kui naiste hulgas. Olukord muutub vastupidiseks alles pärast 80. eluaastat. Et kõige vanemates vanuserühmades ületab oluliste tegevuspiirangutega naiste arv meeste oma märgatavalt, on kokkuvõttes oluliste piirangutega naised siiski mõnevõrra rohkem kui mehed.

Küllalt paljude inimeste igapäevategevus on tervise tõttu rohkem või vähem piiratud juba noores või keskeas. Alla 15-aastastest on olulisi tegevuspiiranguid 2%-l ja mõõdukaid piiranguid 4%-l. 15–64-aastastest esineb olulisi tegevuspiiranguid ligi 10%-l ja mõõdukaid 13%-l. Seega on märkimisväärne hulk tööealisi inimesi, kelle tervises seisund takistab neid töötamast. Peale selle sõltuvad olulise tegevuspiiranguga inimesed suurel määral teiste abist ja sotsiaalsetest tugi-süsteemidest.

## Igapäevategevustes piiratud inimesed päritolu järgi

2011. aasta rahvaloenduse kohaselt olid 75,2% Eesti rahvastikust põlis- ja 24,3% välispäritolu elanikud. Päritolu ei õnnestunud kindlaks teha 0,5% elanikel. Eesti põliselanikud on need, kelle vähemalt üks vanem ja vähemalt üks vanavanem on sündinud Eestis. Välispäritolu rahvastiku hulka on arvestatud nii esimene, teine kui ka kolmas põlvkond (vastavalt 12,7%, 7,6% ja 4,0% kogurahvastikust).

2011. aasta lõpus ületas välispäritolu inimeste mediaanvanus põlisrahvastiku oma märgatavalt (vastavalt 50 ja 37 aastat), sest suur osa nõukogude ajal sisserännanute arvukast põlvkonnast oli jõudnud kõige eakamatesse vanuserühmadesse (tabel 2). Nii suur vanusjaotuse erinevus peegeldub arusaadavalt nende rahvastikurühmade tervisenäitajates, sh tegevuspiiranguga inimeste osatähtsuses. Välispäritolu elanikel on tegevuspiiranguid märksa sagedamini kui põliselanikel (tabel 3). 30% tegevuspiiranguga inimestest on välispäritolu (üle 108 000 inimese). Sagedamini esineb tegevuspiiranguid kõige eakamatel, esimese põlvkonna välispäritolu inimestel, kellest tervise tõttu on piiranguid ligi pooltel (47%). Mõõdukalt piiratud arv (ligi 55 000) ületab välispäritolu rahvastikul vaid napilt oluliste piirangutega inimeste oma (53 550)<sup>a</sup>.

**Tabel 3. Põlis- ja välispäritolu rahvastik tegevuspiirangu olemasolu ja soo järgi, 2011**

Table 3. Native and immigrant population by existence of activity limitations and sex, 2011 (protsenti – percentages)

Piiratud määra	Põlisrahvastik <i>Native population</i>			Välispäritolu rahvastik <i>Immigrant population</i>			<i>Extent of limitations</i>
	Kokku <i>Total</i>	Mehed <i>Males</i>	Naised <i>Females</i>	Kokku <i>Total</i>	Mehed <i>Males</i>	Naised <i>Females</i>	
<b>Kogurahvastik</b>							<b>Total population</b>
Kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	25,6	23,9	27,2	34,5	29,2	38,6	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	12,4	11,4	13,3	17,0	14,1	19,3	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	13,3	12,5	13,9	17,5	15,1	19,3	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	72,6	74,0	71,4	64,7	69,8	60,7	<i>Persons without activity limitations</i>
Piiratus teadmata	1,8	2,1	1,4	0,8	1,1	0,7	<i>Existence of limitations unknown</i>
<b>Vähemalt 16-aastased</b>							<b>Population aged 16+</b>
Kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	30,4	28,6	32,0	36,5	31,0	40,7	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	14,9	13,9	15,8	18,1	15,1	20,4	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	15,5	14,7	16,2	18,4	16,0	20,3	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	67,7	69,0	66,5	62,7	67,9	58,7	<i>Persons without activity limitations</i>
Piiratus teadmata	1,9	2,4	1,5	0,8	1,1	0,6	<i>Existence of limitations unknown</i>

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

<sup>a</sup> Siinkohal ei ole täpsemalt analüüsitud välispäritolu elanike eesti keele oskust, kuid tegevuspiirangute tekkes võib oluline osa olla teabe kättesaadavusel, mis keelebarjääri tõttu võib sellel osal rahvastikust olla takistatud.

Eriti suured erinevused põlis- ja välispäritolu rahvastikus torkavad silma naiste puhul – tegevuspiiranguid ütles endal olevat 27,2% põlis- ja 38,6% välispäritolu naistest (erinevus üle 11 protsendipunkti<sup>a</sup>). Sama näitaja erineb meestel vaid üle 5 protsendipunkti. Välispäritolu naistel on tegevuspiiranguid sagedamini kui põliselanikest naistel kõigis vanuserühmades alates umbes 40. eluaastast – keskealistel on rohkem eelkõige mõõdukad tegevuspiirangud, vanemas eas on märgatavalt enam olulisi tegevuspiiranguid. Et kesk- ja vanemaealiste välispäritolu elanike hulgas on naiste osatähtsus suurem kui sama vanade põliselanike seas, ongi tegevuspiiranguga naiste osatähtsus kõnealuses rühmas märkimisväärselt suur. Tegevuspiiranguga meeste osatähtsuse võrdlemine vanuserühmiti näitab, et mõõdukate tegevuspiirangute esinemissageduses põlis- ja välispäritolu meestel märgatavaid erinevusi ei ole. Olulisi tegevuspiiranguid on 50–69-aastastel põlispäritolu meestel rohkem kui välispäritolu meestel, pärast 75. eluaastat on olukord vastupidine. Kokkuvõttes on inimeste endi hinnangute põhjal välispäritolu elanike igapäevategevus tervise tõttu rohkem piiratud kui põliselanikel, v.a 50–69-aastatel meestel. Selline olukord viitab ühelt poolt sellele, et neis rahvastikurühmades ja piirkondades, kus vanemaealised on ülekaalus, on tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus oluliselt suurem, ning teiselt poolt nõuab tähelepanu meetmetele, mis aitaksid leevendada vanemaealiste tegevuspiirangute ulatust. Sedalaadi meetmete hulka kuulub nii õigete teavituskanalite valik kui ka igapäevategevusteks vajaliku kõrvalabi kättesaadavus. Välispäritolu elanike vanemal põlvkonnal võib ligipääsetavust ja kättesaadavust piirata ka puudulik eesti keele oskus.

## Tegevuspiiranguga inimeste haridustase

Üks olulisemaid näitajaid puudega inimeste lõimumisel on nende haridustase. Haridustase on omamoodi suurema teadlikkuse mõõdupuu, mis annab inimesele võimaluse teha oma eluteel valikuid ja olla teadlik sellest, milliseid tulemusi võib oodata. Kõikides tervisega seotud näitajates mängib haridustase olulist rolli, olles paljudel juhtudel üks peamisi tegureid, mis võimaldab inimesel panustada tervislike käitumisharjumuste väljakujundamisse, olla teadlik oma õigustest ning saada vajalikke toetusi ja abivahendeid. Samuti on haridustase oluline tööoskuste kujundamisel ja tööturul hakkamasaamisel. Seetõttu on Euroopa Liidu puudega inimeste strateegia 2010–2020 üks eesmärke tagada igapäevategevustes piiratud inimestele võimalikult kõrge haridustase ja õppimisvõimaluste kättesaadavus kõigil haridustasemetel, sh täiendusõppes. (Euroopa ... 2010)

Tegevuspiiranguga inimeste võrdlusest haridustasemeti ilmneb, et need, kel on igapäevategevustes piiranguid, on võrreldes piiranguteta inimestega omandanud rohkem haridust koos kutsega (tabel 4). Kutseharidus on oluline just seetõttu, et võimaldab piirangutega inimesel või piirangute tekkel hilisemas eas oma oskusi iseseisvaks toimetulekuks paremini rakendada, ent see on oluline ka tööturul oma niši leidmiseks. Meeste hulgas on igas vaadeldavas rahvastikurühmas põhihariduse ja kutsega inimesi peaaegu kaks korda rohkem kui naiste hulgas. Keskkhariduse baasil kutse omandanutel sellist soolist lõhet ei ole. Teiste haridustasemeti puhul on kõikides rahvastikurühmades, v.a põhi- või sellest madalama haridusega inimeste seas ülekaalus naised. Et oluliste tegevuspiirangutega inimesed on keskmiselt vanemad kui mõõduka tegevuspiiranguga või piiranguta inimesed, on arusaadav, et nende rühmas domineerib just viimati nimetatud haridustase. Samuti on teada, et oluliste tegevuspiirangutega inimeste hulgas domineerivad eluea vahe tõttu naised. Ajalooliselt on vanemate naiste seas olnud suurem põhi- või sellest madalama haridusega naiste osatähtsus. Seetõttu on oluliste tegevuspiirangutega naistest rohkem kui kolmandikul põhi- või sellest madalam haridus. Mõõdukate tegevuspiirangutega ja piiranguteta inimeste puhul on madalaimas haridusrühmas rohkem esindatud mehed.

<sup>a</sup> Välispäritolu elanike mediaanvanus on oluliselt kõrgem kui põliselanikel (tabel 2) igas tegevuspiirangu rühmas. Et vanemas eas kujunevad tegevuspiirangud kiiremini, seletab see ka osaliselt kahe rahvastikurühma naiste nii suurt erinevust (välispäritolu naised on oluliselt vanemad kui põlisrahvastiku naised).

**Tabel 4. Üle 10-aastaste haridustase soo ja tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2011**  
*Table 4. Educational attainment of population aged 10+ by sex and existence of activity limitations, 2011*  
(protsenti – percentages)

	Üldpõhi- või sellest madalam haridus  <i>Lower secondary or less</i>	Põhi- või sellest madalam haridus ja kutse  <i>Lower secondary or less with vocational training</i>	Üldkesk- haridus  <i>Upper secondary</i>	Kesk- haridus ja kutse  <i>Upper secondary with vocational training</i>	Kõrg- haridus  <i>Higher education</i>	Haridus- tase teadmata  <i>Educational attainment unknown</i>	
<b>Kokku</b>							<b>Total</b>
Piiranguteta	23,3	3,1	18,3	22,7	32,5	0,1	<i>Without limitations</i>
Oluliste piirangutega	32,0	9,0	15,5	22,1	20,3	1,1	<i>With severe limitations</i>
Mõõdukate piirangutega	22,1	6,5	17,4	24,7	29,2	0,1	<i>With moderate limitations</i>
<b>Mehed</b>							<b>Males</b>
Piiranguteta	26,3	4,4	18,2	25,9	25,1	0,1	<i>Without limitations</i>
Oluliste piirangutega	28,6	12,9	14,6	24,5	18,2	1,2	<i>With severe limitations</i>
Mõõdukate piirangutega	22,2	8,9	16,8	27,5	24,4	0,2	<i>With moderate limitations</i>
<b>Naised</b>							<b>Females</b>
Piiranguteta	20,5	2,0	18,4	19,8	39,2	0,1	<i>Without limitations</i>
Oluliste piirangutega	34,4	6,3	16,2	20,5	21,7	1,0	<i>With severe limitations</i>
Mõõdukate piirangutega	22,0	4,6	17,8	22,7	32,7	0,1	<i>With moderate limitations</i>

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Kõigis vaadeldavates rahvastikurühmades on kõrgharitud naised rohkem kui mehi. Eestis on sellele haridustasemele iseloomulikud kaks suurt lõhet. Vaid kõige vanemates vanuserühmades (üle 70-aastastel ehk enne 1940. aastaid sündinutel) on meestel kõrgharitud osatähtsus suurem kui naistel. Kõigis alla 70-aastaste vanuserühmades on nii kogurahvastiku kui ka tegevuspiiranguteta inimeste puhul naised rohkem kui mehi. Tegevuspiiranguta inimeste hulgas on kõrgharitud naised üldiselt rohkem kui mehi. Oluliste tegevuspiirangutega inimestel sellist haritud lõhet naiste ja meeste vahel ei ole, mis viitab ühelt poolt sellele, et nende üks piirangutest on ka edasiõppimisvõimaluste piirang, ja teiselt poolt sellele, et madalama haridustaseme ja vähese teadlikkuse tõttu võivad ilmneda takistused, mis piiravad teenuste ja tugisüsteemide kättesaadavust. Teine sama suur lõhe kui meeste ja naiste vahel valitsebki just oluliste piirangutega ja piiranguteta inimeste vahel. Eriti suur on lõhe naistel – oluliste piirangutega naiste hulgas on kõrgharitud üle 40% vähem kui tegevuspiiranguteta naiste hulgas.

Euroopa konkurentsivõime kavas aastateks 2010–2020 on püstitatud eesmärk, et aastaks 2020 peaks kõrgharitud inimeste osatähtsus vanuserühmas 30–34 olema vähemalt 40%. Eesmärgiga on silmas peetud eeskätt haridusliku ebavõrdsuse ja soolise lõhe vähendamist. Eesti on selle eesmärgi saavutamise seadnud 2015. aastaks (Eesti 2020 ... 2012). 2011. aastal oli kogurahvastikus 30–34-aastastele seatud eesmärk juba ületatud (42,3%), kuid meeste puhul jäi eesmärgist veel oluliselt puudu. Meeste vastav näitaja on 2011. aasta rahvaloenduse kohaselt 31,7%. Kui võiks eeldada, et ühiskonna arenedes tegevuspiiranguga inimeste hariduslik lõhe

väheneb, siis 2011. aasta rahvaloenduse tulemustele toetudes seda väita ei saa. 30–34-aastaste rühmas ületab kõrghariduse osatähtsus piiranguteta inimeste seas (45,2%) oluliste tegevuspiirangutega inimeste oma (19,7%) juba rohkem kui kaks korda. Mõõdukate tegevuspiirangutega inimestele on kõrghariduse kättesaadavus paranenud ja naiste hulgas on vastav Eesti eesmärk ületatud – kõrgharidusega on 46% mõõdukate piirangutega 30–34-aastastest naistest. Seetõttu torkab eriti hästi silma, et mõõdukate tegevuspiirangutega inimeste seas on vastava haridustasemega meeste ja naiste osatähtsuse vahe iseäranis suur ning ületab Eesti keskmist piiranguta inimeste näitajat. Nii suured lõhed rahvastikurühmade vahel piiravad Eesti konkurentsivõimet olulisel määral, mistõttu eraldi eesmärk peaks olema kõrghariduse kättesaadavaks tegemine nii meestele kui ka tegevuspiiranguga inimestele. Tegevuspiirangutega inimeste puhul algab see ligipääsetavuse, abivahendite ja tugiisikute tagamisest, aga ka laiemalt kõrghariduse ja mitmesuguste õppeainete omandamisel tekkivate takistuste kõrvaldamisest.

Kõrgharidusega inimeste osatähtsus rahvastikus on suurel määral seotud teise konkurentsivõime kavas eesmärgiks seatud näitajaga, mis puudutab hariduse kättesaadavust esimestel haridusastmetel. See näitaja on varajastel haridusastmetel koolist väljalangenute osatähtsus. Eesti on seadnud eesmärgiks vähendada 18–24-aastaste vanuserühmas põhikoolist väljalangenute hulka 2015. aastaks 11%-ni ja 2020. aastaks 9,5%-ni (Eesti 2020 ... 2012). Käesoleva kogumiku jaoks ei olnud Haridus- ja Teadusministeeriumil võimalik selle näitaja kohta teavet anda, sest regulaarset ja täielikku isikupõhist teavet hariduslike erivajadustega inimeste õppes osalemise kohta kõigil tasemetel ministeeriumil ei ole. Samuti ei ole haridussüsteemis eraldi teavet hariduslike erivajadustega inimeste ja nende õppimise või väljalangevuse kohta eri haridusastmetel. Põhikoolist väljalangevus on üks olulisemaid näitajaid nii soolise hariduslõhe seirel kui ka tegevuspiiranguga inimeste hariduse kättesaadavuse hindamisel.

Selle näitaja esitamiseks on Statistikaamet sidunud Eesti tööjõu-uuringu (ETU) andmed Sotsiaalkindlustusameti andmetega ametlikult registreeritud puude või töövõimekaoga inimeste kohta. Neil aastatel, kui ETU-s on olnud tervisemoodul, on võimalik esitada ka näitaja nende inimeste kohta, kel oli enda hinnangul tööga seotud tegevuspiirang. Tabelist 5 selgub, et kui kogurahvastiku tasemel on Eesti konkurentsivõime kavas seatud eesmärgile olulisel määral lähemale jõutud ja põhiharidusest väljalangenute osatähtsus 18–24-aastaste hulgas vähenes 2013. aastaks 9,9%-ni (2020. a eesmärk 9,5%), siis tegevuspiiranguga (puude või töövõimekaoga) inimeste väljalangevus on võrreldes 2008. aastaga suurenenud. Lõhe ametliku puudega inimeste ja kogurahvastiku vahel on selle näitaja puhul neljakordistunud – 40% puudega inimestest vanuses 18–24 on põhihariduse omandamise pooleli jätnud. Rohkem kui kolmekordne lõhe on ka 18–24-aastaste töövõimekaoga inimeste ja sama vanuserühma kogurahvastiku vahel. Arengusuund viitab sellele, et viimaste hariduspoliitiliste muutustega on koolisüsteemis hakanud tekkima uued takistused ka põhihariduse omandamisel ning nende takistustega tegelemine ja neile lahenduste leidmine on proovikivi riigile.

**Tabel 5. Varakult koolist lahkunute osatähtsus 18–24-aastaste hulgas, 2008–2013**

Table 5. Share of early school leavers among 18–24-year-olds, 2008–2013  
(protsenti – percentages)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Ametliku puudega inimesed	31,8	29,4	30,3	43,4	39,7	40,0	Persons with registered disabilities
10–100% töövõimekaoga inimesed	32,1	28,3	24,9	33,4	31,9	34,5	Persons with a 10–100% loss of capacity for work
40–100% töövõimekaoga inimesed	32,5	28,7	25,7	34,7	32,3	35,1	Persons with a 40–100% loss of capacity for work
Töotegevuspiiranguga inimesed	31,9	32,8 <sup>a</sup>	–	29,2 <sup>a</sup>	–	–	Persons with work activity limitations
18–24-aastased kokku	14,4	13,9	11,1	10,5	10,2	9,9	18–24-year-olds, total

<sup>a</sup> Eesti tööjõu-uuringu kahe aasta keskmine.

<sup>a</sup> The average of two years according to the Estonian Labour Force Survey.

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board



## Tegevuspiiranguga inimesed piirkonniti

Tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus maakonna rahvastikus erineb maakonniti palju. Kõige rohkem on tegevuspiiranguga inimesi Põlva (43,1%), Jõgeva (38,1%), Võru (37,2%), Valga (36,6%) ja Ida-Viru (35,8%) maakonnas, kõige vähem Harju (22,0%) ja Rapla (26,8%) maakonnas. Olulise tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus erineb maakonniti ligi kolm korda (Harjumaal 9,4% ja Põlvamaal 26,9%), mõõdukate tegevuspiirangute inimeste puhul on näitaja erinevus poole väiksem (Harjumaal 12,6% ja Ida-Virumaal 17,9%). Maakondade järjestus tegevuspiiranguga inimeste osatähtsuse alusel ühtib suures osas kõigi ja oluliste tegevuspiirangute puhul, mõõdukate piirangute puhul on järjekord teine.

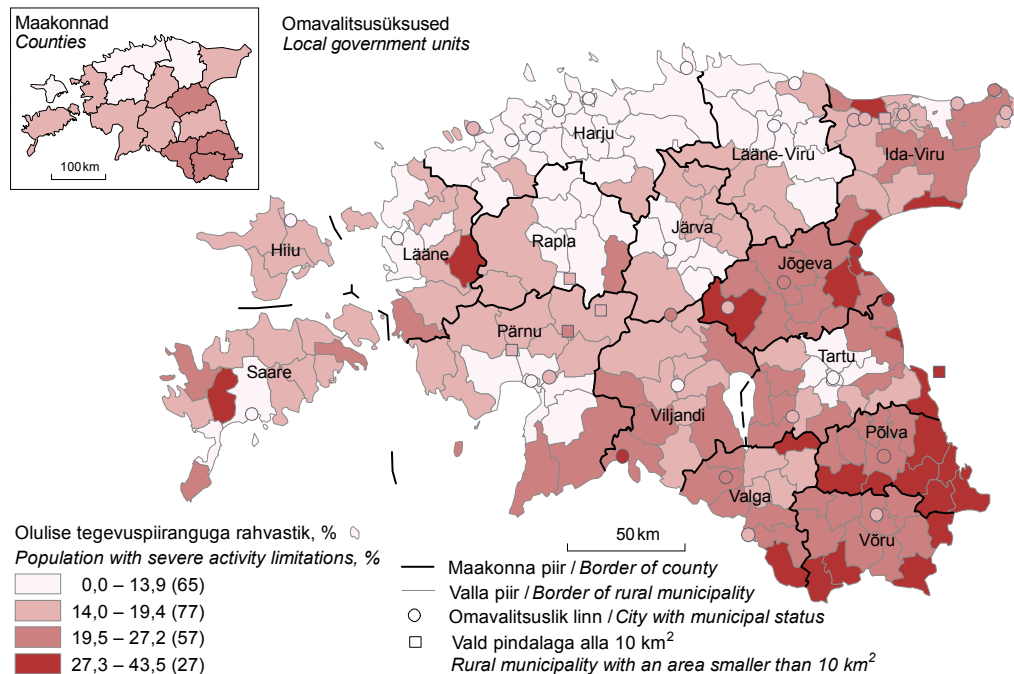
Nii suurte maakondlike erinevuste põhjusi on ilmselt mitu. Osa maakondade puhul tulevad erinevused maakondade vanuskoosseisust. Näiteks rahvastiku mediaanvanus on üsna madal Harju (38 aastat) ja Rapla (41) maakonnas ning kõrge Põlva (45), Jõgeva (45), Võru (44), Valga (44) ja Ida-Viru (46) maakonnas, kus ka tegevuspiiranguga inimesi on kõige rohkem. Mitmes Kagu-Eesti maakonnas, Ida-Virumaal ja Jõgevamaal on pikemat aega olnud kõrge töötuse määr, mis on pannud rohkem töötuid terviseprobleemidega inimesi taotlema puude- ja/või töövõimetus-toetusi. Need, kellel on ametlikult tuvastatud puue või töövõimetus, märkisid tegevuspiirangu olemasolu tihti ka loendusel. Torkab silma, et kehvemate tervisenäitajatega maakondades on juba nooremates eärühmades tegevuspiiranguga inimesi suhteliselt rohkem kui teistes maakondades. Näiteks on Põlvamaal kaks korda enam alla 15-aastasi tegevuspiiranguga lapsi kui Harjumaal (vastavalt 9% ja 4,5%). Tööealiste ehk 15–64-aastaste puhul erineb nimetatud näitaja nendes maakondades üle kahe korra (Põlvamaal 38,4% ja Harjumaal 17,7%). Tegevuspiiranguga tööealiste suurem osatähtsus on iseloomulik teistelegi maakondadele, kus on keskmisest enam tegevuspiiranguga inimesi; laste ja kogurahvastiku näitajates väga selget seost ei ole. Eelöeldust nähtub, et maapiirkondadest Tallinnasse ja selle ümbrusesse ei ole kolinud üksnes noored, vaid ka üldiselt tervemad inimesed kõikidest vanuserühmadest.

Kohalikes omavalitsustes on kõnealused erinevused veelgi suuremad kui maakondades: tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus varieerub 10,9%-st (Ruhnu vald) 61%-ni (Peipsiääre vald). Nagu maakondadeski varieerub nimetatud näitaja omavalitsustes rohkem oluliste tegevuspiiranguga inimeste puhul, mõõduka tegevuspiiranguga inimeste näitajad jaotuvad ühtlasemalt (kaardid 1 ja 2). Väga suur on olulise tegevuspiiranguga rahvastiku osatähtsus Kagu-Eesti, Jõgevamaa, Kirde-Eesti ning osaliselt ka Viljandi- ja Tartumaa valdades ning mõnes linnas (Mustvee, Mõisaküla, Kallaste, Narva-Jõesuu jt).

Mõiste „maarahvastik“ sisu on viimasel ajal Eestis mõnevõrra teisenenud – see hõlmab elanikke nii mahajäetud ääremaa del kui ka Tallinna ümbruse uusrajoonides, mis on pigem linnalist tüüpi. Kui jagada inimesed siiski traditsiooniliselt linna- ja maaelanikeks, selgub, et maa-asulates elab tegevuspiiranguga inimesi mõnevõrra rohkem kui linnas (vastavalt 29,1% ja 27,2%). Maa-asulates on suurem just olulise tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus – peaaegu kõigis vanuserühmades, kuid eriti pärast 50. eluaastat. Maal elavad mehed on kehvema tervisega kui maanaised – kõigist olulise tegevuspiiranguga meestest elab maal 40%, naistest 33,5%. Mõõdukalt piiratute osatähtsus on maal pisut väiksem kui linnas.

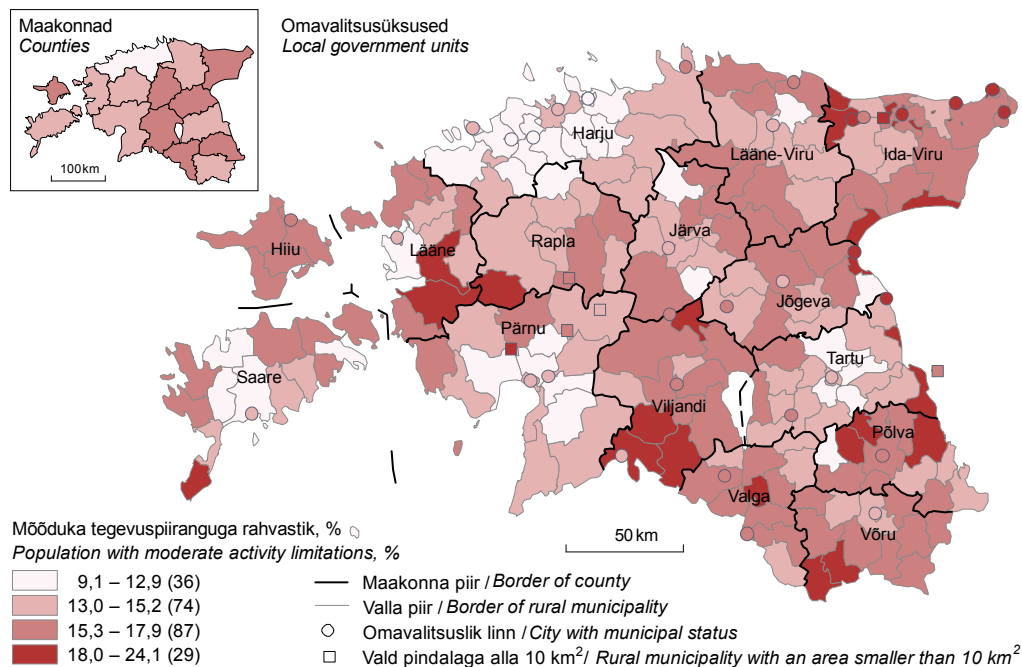
**Kaart 1. Olulise tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus maakonna või omavalitsusüksuse rahvastikus, 31.12.2011**

Map 1. Share of population with severe activity limitations by county and local government unit, 31 December 2011



**Kaart 2. Mõõduka tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus maakonna või omavalitsusüksuse rahvastikus, 31.12.2011**

Map 2. Share of population with moderate activity limitations by county and local government unit, 31 December 2011



## Asutusleibkondade elanikud

Tegevuspiiranguga inimesed, eriti need, kellel on oluline tegevuspiirang, sõltuvad paratamatult teiste abist. Seetõttu on vaja teada, kui paljudele pakuvad abi oma perekond või lähisugulased ja kui paljudele juhtudel osutab abi ja hooldust asutusleibkond. Asutusleibkonnana käsitletakse asutusi, mis tegutsevad aasta ringi ööpäev läbi ja võimaldavad seal elavatele inimestele ülalpidamist – majutust, toitu ja vajaduse korral ka hooldust ja ravi (nt asenduskodu, hooldekodu). Arvestamata kinnipidamisasutustes viibijaid, samuti väikesearvulist rühma haridusasutustes (kasvatusraskustega laste erikoolides) viibijaid, kelle asutusse paigutamine ei ole seotud tervise ega hooldamisvajadusega, elas 2011. aasta lõpus asutusleibkondades 11 190 inimest (0,86% kogurahvastikust), kellest suurem osa olid tegevuspiiranguga. Asutusleibkondades elavate inimeste osatähtsust on võimalik võrrelda ka eelmise, 2000. aasta rahvaloendusega. Tookord viibis haridus-, kinnipidamis- ja militaarasutusi arvestamata asutusleibkondades 8351 inimest ehk 0,61% kogurahvastikust. 2011. aastal olid 54% asutusleibkondade elanikest naised. Valdavalt elavad asutustes kõige eakamad inimesed ja vanuse tõustes asutusrahvastiku osatähtsus kogurahvastikus suureneb (tabel 6). Siiski on asutuste osa inimeste toimetuleku tagamisel Eestis väga väike, sest enam kui 175 000-st olulise tegevuspiiranguga inimesest elab asutusleibkondades alla 8000 ehk 4,5% (koos kinnipidamisasutustes viibijatega 4,6%). 2000. aastal elas neist, kes ütlesid, et neil on ametlik puue, asutusleibkondades 5,1%.

**Tabel 6. Asutusleibkondades elavate inimeste osatähtsus kogurahvastikus soo ja vanuse järgi, 2000 ja 2011**

*Table 6. Share of population living in institutional households by sex and age, 2000 and 2011 (protsenti – percentages)*

Vanus Age	2000			2011		
	Kokku Total	Mehed Males	Naised Females	Kokku Total	Mehed Males	Naised Females
Kokku Total	0,6	0,6	0,6	0,9	0,9	0,9
0–9	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2
10–19	0,5	0,6	0,4	0,6	0,7	0,5
20–29	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2
30–39	0,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,3
40–49	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6	0,3
50–59	0,6	0,8	0,4	0,7	1,0	0,5
60–69	0,8	1,1	0,6	1,1	1,6	0,7
70–79	1,4	1,3	1,4	1,9	2,4	1,6
80+	4,2	2,5	4,7	5,4	3,9	5,9

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

80% asutusleibkondade elanikest olid tegevuspiiranguga (kokku 8900 inimest), sh 70% olulise piiranguga (üle 7800 inimese). Tabelist 7 on näha, et oluliste tegevuspiirangutega lapsi on asutusleibkondades suhteliselt vähe, vanemates eärühmades aga on nende osatähtsus üle 75%. Tegevuspiiranguta inimesi oli asutuses ligi 13%, neist enamik elas hoolekandeaasutuses (sh laste- ja noortekodud), kuid neid oli ka usuasutustes jms. Kahjuks jäi märgataval osal (7,6%) asutusleibkondade elanikel tegevuspiirangu kohta käiv küsimus rahvaloendusel vastamata, kuid võib eeldada, et just neil on tervisest tingitud piirangud suuremad ja neid võib tulevikus käsitleda koos tegevuspiiranguga inimestega.

Et enamik asutusleibkondades elavatest inimestest on olulise tegevuspiiranguga, on huvitav võrrelda selle kõige rohkem abi vajava rühma soo-vanuskoosseisu tavaleibkondade omaga. Võrdlus näitab, et meeste osatähtsus asutusleibkondades elavate olulise piiranguga inimeste hulgas on mõnevõrra suurem (45%) kui tavaleibkondades (41%). Seejuures on asutusleibkondades meeste osatähtsus suurem kui tavaleibkondades enamikus vanuserühmades kuni 80. eluaastani. Olulise tegevuspiiranguga meeste vanusjaotus on asutus- ja tavaleibkondades üsna sarnane, asutustes elavad olulise tegevuspiiranguga naised aga on keskmiselt palju vanemad kui tavaleibkondades. Vähemalt 65 aasta vanused on 73% asutusleibkondades elavatest olulise tegevuspiiranguga naistest ja 58% tavaleibkondade naistest.

**Tabel 7. Olulise tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus asutusseibkondades soo ja vanuse järgi, 2011**

*Table 7. Share of persons with severe activity limitations among the population living in institutional households by sex and age, 2011*  
(protsenti – percentages)

Vanus Age	Kokku Total	Mehed Males	Naised Females
Kokku Total	70,2	69,7	70,7
0–9	21,0	20,5	21,6
10–19	23,1	25,5	19,4
20–29	68,0	68,5	67,2
30–39	71,0	74,2	66,0
40–49	72,8	74,5	69,9
50–59	77,9	80,0	74,0
60–69	76,5	76,2	77,0
70–79	76,5	75,2	77,5
80+	75,6	78,1	75,0

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

2011. aasta rahva ja eluruumide loendus on võimaldanud esimest korda Eestis anda tegevuspiiranguga inimeste kohta infot eri aspektides ja võrrelda neid teistega. Selle eelis küsitlusuuringute ees on nimetatud rahvastiku täielik kaetus, mis võimaldab esile tuua ka neid erinevusi, mis uuringuvalimite väiksuse tõttu tavaliselt esitamata jäävad (kõrghariduse omandamine, elukoht, päritolujärgne jaotus, kõik vanuserühmad jmt). Tegevuspiiranguga inimeste võrdlus tegevuspiiranguteta inimestega näitab, kus on nende erinevused kõige suuremad, ja selle alusel on võimalik asuda otsima lahendusi tegevuspiiranguga inimeste barjääride ületamiseks ja erinevuste vähendamiseks.

## Allikad Sources

Eesti 2020 – eesmärgid. (2012). [www] <https://riigikantselei.ee/et/eesti-2020-eesmärgid> (14.09.2014).

Euroopa puuetega inimeste strateegia 2010–2020: uued sammud tõketeta Euroopa suunas. (2010). Euroopa Komisjoni teatis KOM (2010) 636. Brüssel: Euroopa Komisjon. [www] [http://ec.europa.eu/competition/consultations/2013\\_consolidated\\_gber/gber\\_regulation\\_et.docx](http://ec.europa.eu/competition/consultations/2013_consolidated_gber/gber_regulation_et.docx) (14.09.2014).

### 3. GENERAL DESCRIPTION OF THE POPULATION WITH ACTIVITY LIMITATIONS

Riina Leinbock  
Statistics Estonia

Luule Sakkeus<sup>a</sup>  
Tallinn University, Estonian Institute for Population Studies

#### **The population with activity limitations according to census data**

The 2011 Population and Housing Census (PHC 2011) is one of the data sources that provides data on the entire population and allows a comparison of persons with activity limitations and persons without such limitations. This kind of an analysis leads to a better understanding of the inequality faced by people with limitations in their daily activities. As mentioned in the previous chapter, the question about activity limitations in PHC 2011 was similar to the question included in the Estonian Social Survey. Therefore, the data analysed in this chapter form the main link with the trends outlined by surveys.

According to the 2011 census, about 360,000 Estonian residents (27.8% of the population) suffer from health-related limitations in daily activities. Almost a half of them have severe limitations (Table 1, p. 41). The number of people with moderate activity limitations exceeds the number of people with severe limitations by only 8,800. Activity limitations are more frequent among women (30% of females and 25% of males reported activity limitations), which can mostly be explained by the significantly higher female life expectancy. Women constitute a little over a half (52%) of the healthy population (persons without activity limitations), but their share is 58% among the population with activity limitations and slightly higher among the population with severe limitations.

In Estonia, older people constitute a significantly bigger share of the population with activity limitations, compared to other age groups. Table 2 (p. 42) shows that the median age<sup>b</sup> of persons with activity limitations is 60, which is 20 years higher than the median age of the total population and 27 years higher than the median age of persons without activity limitations. Persons with severe activity limitations are considerably older than persons with moderate limitations, which indicates that severe limitations in daily activities develop at an advanced age. As in the total population, the median age of males is lower than the median age of females in all groups classified by the level of activity limitations. The data reveal a trend whereby the difference between the median age of women and men is smaller in healthier population groups. The difference between the median age of women and men is only 3 years in the group without activity limitations, 9 years in the group with moderate limitations and 11 years in the group with severe limitations. This indicates that men with activity limitations have a significantly shorter life expectancy than women with activity limitations – the same applies to the population in general, but the gap between female and male life expectancy is even bigger in this group.

The absolute number of persons with activity limitations increases with age but starts to decrease again after the age of 75 (the age of 65 in the case of men) in line with the general decrease in the size of the population in these ages (Figure 1, p. 42). The deviation from this trend is the biggest in the group of people who were 65–69 years old at the end of 2011 and belong to the smaller generation born during World War II. In the younger age groups, there are more males than females with activity limitations; the difference is the biggest in the age group 20–24 where males constitute 59% of all persons with activity limitations and as much as 63% of persons with severe limitations. This reflects the prevalence of high-risk behaviour among young men, which

<sup>a</sup> The preparation of this article was supported by the research grant SF0130018s11.

<sup>b</sup> Median age is the age that divides a population in two groups so that one half of the population are younger and the other half are older than this age.

often results in injuries and significantly increases the share of young men with activity limitations. After the age of 45 (after the age of 50 in the case of severe limitations), women start to dominate among the population with activity limitations and their share increases rapidly with age. By the aforementioned age, the large gap between female and male life expectancy has had a significant impact on the ratio of sexes. Women develop various activity limitations caused by health issues and chronic illness, which increasingly restrict their participation in the society, but their life expectancy is much longer because women pay more attention to their health and visit the doctor more regularly.

Among all people with activity limitations, 49% said that their everyday activities were severely limited and 51% said that their activities were moderately limited. The share of persons with severe limitations in the population with activity limitations generally increases with age (Figure 2, p. 43). A slight decrease can only be observed in the case of under-25-year-olds – with each age group the share of persons with moderate limitations grows more than the share of persons with severe limitations. In most age groups, the share of persons with severe limitations is bigger (and the share of persons with moderate limitations is lower) among males than among females with activity limitations. The trend is reversed after the age of 80. Since the number of females with severe activity limitations is considerably higher than the corresponding number of males in the oldest age groups, there are somewhat more females with severe limitations in absolute terms.

There is a notable amount of people who experience health-related limitations in daily activities already in their youth or middle age. In the age group 0–14, 2% have severe and 4% have moderate activity limitations. Among 15–64-year-olds, about 10% have severe and 13% have moderate activity limitations. This means that there is a significant number of working-age people whose health prevents them from being employed. Furthermore, persons with severe activity limitations depend greatly on outside assistance and social support systems.

### **The population with activity limitations by origin**

According to the 2011 census, 75.2% of the population of Estonia were natives and 24.3% were immigrants. Origin could not be determined in the case of 0.5% of residents. The native population includes persons who have at least one parent and at least one grandparent who were born in Estonia. The immigrant population includes the first, second and third generations of immigrants (who constitute 12.7%, 7.6% and 4.0% of the total population, respectively).

At the end of 2011, the median age of the immigrant population (50) was much higher than the median age of the native population (37). This is related to the fact that the majority of the large generation of Soviet-era immigrants were in the oldest age groups in 2011 (Table 2, p. 42). Such a major difference in age structure is, of course, reflected in the health indicators of the origin groups, including the share of persons with activity limitations. Activity limitations are much more common in the immigrant population (Table 3, p. 44). Immigrants constitute 30% (over 108,000 persons) of the total population with activity limitations in Estonia. Activity limitations are the most prevalent among elderly first-generation immigrants with almost a half of them (47%) having health-related activity limitations. In the immigrant population, the number of persons with moderate limitations (nearly 55,000) is only slightly higher than the number of persons with severe limitations (53,550).<sup>a</sup>

The discrepancy between the native and immigrant population is particularly noticeable in the case of women – 27.2% of native and 38.6% of immigrant women reported activity limitations (the difference is more than 11 percentage points<sup>b</sup>). The difference between the native and immigrant male populations is only slightly over 5 percentage points. Compared to native women,

<sup>a</sup> This analysis does not consider the Estonian language skills of the immigrant population – access to information can play an important role in the development of activity limitations, but this access could be restricted for this part of the population due to the language barrier.

<sup>b</sup> The median age of the immigrant population is significantly higher than the median age of the native population (Table 2, p. 42) in all categories of activity limitations. The development of activity limitations accelerates at an advanced age, which partially explains the big difference between Estonian and non-Estonian women (the average age of non-Estonian women is much higher).

activity limitations are more common among immigrant women in all age groups starting from about the age of 40 – there is a higher prevalence of moderate limitations in the middle-aged population, and a greater share of elderly immigrant women with severe activity limitations. Considering that women constitute a bigger share among the middle-aged and elderly immigrant population than among the corresponding native population, we can understand why the share of women with activity limitations is much higher among immigrants. A comparison of males with activity limitations by age group indicates that there are no notable differences in the prevalence of moderate limitations among native and immigrant males. In the age group 50–69, there are more persons with severe limitations among native males, but the situation is reversed after the age of 75. In conclusion, based on self-estimation, health-related activity limitations are more common among the immigrant population than among the native population, with the exception of 50–69-year-old men. This indicates, on the one hand, that the share of persons with activity limitations is significantly higher in the population groups and the regions where the elderly constitute the majority. On the other hand, it highlights the need for measures that would reduce activity limitations experienced by older people. Such measures include the use of appropriate communication channels and the access to outside assistance in daily activities. In the case of the older generations of immigrants, accessibility may be limited partly due to insufficient knowledge of the Estonian language.

### **Educational attainment of the population with activity limitations**

Educational attainment is a key indicator of the social integration of persons with disabilities. To an extent, the level of education is an indication of the level of awareness which enables people to make choices over the course of their life and anticipate the potential outcomes. Educational attainment is an important element in all health-related indicators. It is often one of the main factors that determines whether people make an effort to develop healthy habits, know their rights and receive the necessary benefits and technical aids. Education plays an important role in the development of professional skills and in labour market success. Therefore, one of the objectives of the European Disability Strategy 2010–2020 is to enable persons with activity limitations to acquire the highest possible level of education and ensure that they have equal educational opportunities and access to them at all levels, including lifelong learning. (Euroopa ... 2010)

A comparison of persons with activity limitations by educational attainment reveals that, compared to the population without limitations, there is a bigger share of persons who have acquired an education combined with vocational training (Table 4, p. 46). Vocational education is important because it enables people who have or develop activity limitations to make better use of their skills to ensure independent coping or to find their niche on the labour market. In all population groups considered, the share of men with lower secondary education with vocational training is almost two times bigger than the corresponding share of women. There is no such gender gap among the population who have attained upper secondary education with vocational training. In the case of all other types of educational attainment, women constitute the majority in all demographic groups, except for the population whose highest educational attainment is lower secondary education or less. As persons with severe limitations tend to be older, on average, than persons with moderate limitations or without limitations, it is understandable that lower secondary education or less is the most common type of educational attainment in this group. We also know that women hold a bigger share in the population with severe limitations due to the difference in life expectancy. Historically, the share of women with lower secondary education or less has been higher among older women. Consequently, more than a third of the women with severe limitations have lower secondary education or less. In the population groups with moderate and no limitations, men are in the majority among those with the lowest level of educational attainment.

The share of women with higher education is higher than the share of men with higher education in all the analysed groups. In Estonia, there are two major gaps at this level of education. The share of men with higher education exceeds the corresponding share of women only in the oldest age groups (the population aged 70+, i.e. persons born before the 1940s). The share of

women with higher education is higher than the corresponding share of men in all age groups under the age of 70, both in the total population and in the population without activity limitations. In the population without activity limitations, the share of women with higher education is more than a third higher than the corresponding share of men. There is no such educational gap between women and men in the population with severe activity limitations – on the one hand, this indicates that persons with severe limitations have limited opportunities to continue their education; on the other hand, these persons may face barriers due to their lower educational attainment and lack of awareness, limiting their access to services and support systems. The second, equally large gap can be observed between persons with severe limitations and those without any limitations. The gap is particularly wide in the case of women: the share of persons with higher education among women with severe limitations is more than 40% smaller than among women without activity limitations.

One target in the Europe 2020 strategy specifies that at least 40% of 30–34-year-olds should have higher education by 2020. The achievement of this target helps to reduce educational inequality and the gender gap. Estonia wants to achieve this target by 2015 (Eesti 2020 ... 2012). The target of 40% was already achieved among the total population in 2011 (42.3%), but there is still some way to go to achieve the target among the male population. According to the 2011 census, the corresponding indicator for men was 31.7%. It is natural to assume that, as the society develops, the educational gap will decrease for people with activity limitations. However, this assumption was not confirmed by the 2011 census. In the age group 30–34, the share of persons with higher education in the population without activity limitations (45.2%) is more than two times higher than in the population with severe limitations (19.7%). There has been an improvement in the accessibility of higher education for persons with moderate activity limitations and Estonia has achieved the strategic target in the case of women – 46% of 30–34-year-old women with moderate limitations have higher education. This indicator highlights the huge gap between the share of men and women with higher education in the population with moderate activity limitations (it is bigger than the average gap in the population without limitations in Estonia). Such large gaps between different population groups hinder the competitiveness of Estonia and indicate that the accessibility of higher education for men and persons with activity limitations should be prioritised. As for the population with activity limitations, the first step is to ensure accessibility to technical aids and support persons. On a wider scale, it is important to remove various barriers to the pursuit of higher education and the study of various subjects.

The share of persons with higher education is largely dependent on another target defined in the Europe 2020 strategy, concerning the accessibility of education at lower levels. This indicator measures the share of early school leavers. Estonia has set the target to reduce the share of 18–24-year-olds who drop out of lower secondary education to 11% by 2015 and to 9.5% by 2020 (Eesti 2020 ... 2012). The Ministry of Education and Research was unable to provide the relevant data for this publication. The Ministry does not have comprehensive data collected on a regular basis regarding persons with special educational needs who are studying at different levels of education. Also, the available data do not differentiate persons with special educational needs at different levels of education, and thus do not allow us to determine their participation and dropout rates. The share of early leavers from lower secondary education is one of the main indicators for the monitoring of the gender gap in education and the accessibility of education to persons with activity limitations.

In order to provide data on this indicator, Statistics Estonia linked the data of the Estonian Labour Force Survey (ELFS) with the data of the Social Insurance Board on persons with registered disabilities or registered incapacity for work. In some years the ELFS has included a health module, which means that there are data on the population with self-reported work activity limitations. Table 5 (p. 47) indicates that the indicator under analysis for the total population has moved closer to the target set in the Estonia 2020 strategy and that the dropout rate from lower secondary education fell to 9.9% of 18–24-year-olds in 2013 (the 2020 target is 9.5%). On the other hand, the dropout rate among the population with activity limitations (disabilities or incapacity for work) has actually increased compared to 2008. Compared to the total population, the dropout rate is four times higher among the population with registered disabilities (40% of



18–24-year-olds with registered disabilities have dropped out of lower secondary education) and more than three times higher among 18–24-year-olds with a reduced capacity for work. This trend indicates that recent education reforms have created new barriers to the attainment of lower secondary education for these population groups. The policy-makers now face the challenge of addressing these obstacles and finding solutions.

### **Regional distribution of the population with activity limitations**

The share of persons with activity limitations varies a great deal between counties. The share of persons with activity limitations is the highest in Põlva (43.1%), Jõgeva (38.1%), Võru (37.2%), Valga (36.6%) and Ida-Viru (35.8%) counties, and the lowest in Harju (22.0%) and Rapla (26.8%) counties. There is an almost threefold difference between the lowest and the highest share of the population with severe activity limitations (9.4% in Harju county and 26.9% in Põlva county). In the case of the share of the population with moderate limitations, the difference is two times smaller (12.6% in Harju county and 17.9% in Ida-Viru county). The ranking of counties by the share of the population with activity limitations is largely the same in the case of all activity limitations and severe limitations, but the ranking is different in the case of the share of persons with moderate limitations.

There are several possible reasons for the large discrepancies between counties. In some counties, the discrepancy is caused by the age structure of the population. For example, the median age is relatively low in Harju (38) and Rapla (41) counties, and high in Põlva (45), Jõgeva (45), Võru (44), Valga (44) and Ida-Viru (46) counties, which are also the counties with the highest share of persons with activity limitations. Several counties in South-Eastern Estonia as well as Ida-Viru and Jõgeva counties have had high unemployment rates for a long time, forcing more unemployed people who also suffer from health problems to apply for benefits granted upon disability and/or incapacity for work. Persons with registered disabilities or registered incapacity for work reported health-related limitations in the census as well. It is notable that the counties with poorer health indicators also have relatively more people with activity limitations in younger age groups. For example, Põlva county has twice as many 0–14-year-olds with activity limitations as Harju county (9% and 4.5%, respectively). In the case of the working-age population (age group 15–64), there is a more than twofold difference between those counties, as the share of 15–64-year-olds with activity limitations is 38.4% in Põlva and 17.7% in Harju county. The share of working-age persons with activity limitations is also bigger in other counties that have an higher-than-average percentage of persons with activity limitations. There is no clear correlation between the indicators for children and the total population. All of this suggests that the people who have moved from rural areas to Tallinn and its vicinity are not only younger but they are also healthier than the rest of their age group.

Regional differences are even more prominent when we compare local government units: the share of the population with activity limitations ranges from 10.9% (Ruhnu rural municipality) to 61% (Peipsiääre rural municipality). As with counties, this indicator varies more in the case of persons with severe limitations and much less in the case of persons with moderate limitations (Maps 1 and 2, p. 49). The share of the population with severe activity limitations is very big in the rural municipalities of South-Eastern Estonia, Jõgeva county, North-Eastern Estonia, in some parts of Viljandi and Tartu counties and in some cities (Mustvee, Mõisaküla, Kallaste, Narva-Jõesuu, etc.).

The meaning of “rural population” has changed in Estonia in recent years – it covers the residents of both sparsely populated remote areas and new residential areas around Tallinn, which are rather like urban settlements. If we look at the urban and rural population, it appears that the share of persons with activity limitations in rural settlements is slightly higher than in urban areas (29.1% and 27.2%, respectively). In particular, rural settlements have a greater proportion of persons with severe activity limitations in almost all age groups, but especially after the age of 50. In rural areas, men are in poorer health than women – 40% of all men and 33.5% of all women with severe activity limitations live in rural areas. The percentage of persons with moderate limitations in rural areas is slightly lower than in cities.

### **The population of institutional households**

Persons with activity limitations, especially those with severe limitations, inevitably depend on assistance from other people. Therefore, it is important to know how many of them receive assistance from family members or relatives and how many receive assistance and care in institutional households. An institutional household is defined as an institution that operates 24 hours a day throughout the year and provides maintenance – accommodation, food and, if necessary, care and treatment – for persons living there (e.g. a substitute home, a care home). At the end of 2011, there were a total of 11,190 persons (0.86% of the total population) living in institutional households in Estonia and the majority of them had activity limitations; this number excludes persons incarcerated in penal institutions and the small number of persons living in special educational institutions (schools for children with serious behavioural problems) who have not been institutionalised due to health problems or need for care. It is possible to compare the share of the population of institutional households with the data of the 2000 census. In 2000 institutional households accommodated 8,351 residents (0.61% of the total population), excluding persons living in educational, penal or military institutions. In 2011 women constituted 54% of the population of institutional households. It is mostly people in the oldest age groups who live in institutions; the share of persons living in institutional households increases with age (Table 6, p. 50). However, the role of institutions is extremely small in Estonia because less than 8,000 of the more than 175,000 persons with severe activity limitations live in institutional households (this is 4.5%, or 4.6% if we include penal institutions). According to the 2000 census, 5.1% of the persons with registered disabilities lived in institutional households.

80% of the residents of institutional households had activity limitations (8,900 persons in total), and 70% of them had severe limitations (over 7,800 persons). Table 7 (p. 51) shows that there are relatively few children with severe activity limitations living in institutional households, while the share of residents with severe limitations exceeds 75% in older age groups. About 13% of the residents of institutional households did not have activity limitations – the majority of them lived in social welfare institutions (incl. children's and youth homes) but also in religious institutions, for example. Unfortunately, a significant portion (7.6%) of the inhabitants of institutional households did not respond to the question about activity limitations when they completed the census questionnaire. We may assume that this group suffers from major health-related limitations and, in the future, they might have to be taken into account when addressing persons with activity limitations.

As the majority of people in institutional households have severe activity limitations, it is interesting to compare the age-sex structure of this group with the population of private households. The comparison indicates that the share of men among persons with severe limitations is somewhat higher in institutional households (45%) compared to private households (41%), and this applies to most age groups up to the age of 80. The age distribution of men with severe activity limitations is quite similar in institutional and private households, but the women with severe activity limitations living in institutions are, on average, much older than the women with severe limitations in private households. 73% of the women with severe activity limitations in institutional households and 58% of the women with severe limitations in private households are aged 65 or older.

The 2011 Population and Housing Census has, for the first time in Estonia, allowed an analysis of various indicators regarding persons with activity limitations, including in comparison with persons without limitations. The advantage of the census over interview surveys is the full coverage of the given population group. It enables us to focus on aspects that usually cannot be studied with surveys due to the small sample size (e.g. participation in higher education, size of this population by region, distribution by origin, different age groups, etc.). By comparing people with activity limitations to the population without limitations we can determine where the gaps in the society are the biggest. This will help us find solutions to overcome the barriers encountered by persons with activity limitations and to reduce the inequality.

## 4. TEGEVUSPIIRANGUGA INIMESTE LEIBKONDADE KOOSSEIS JA ELAMISTINGIMUSED

Riina Leinbock  
Statistikaamet

Liili Abuladze<sup>a</sup>  
Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut

### Tegevuspiiranguga liikmetega leibkonnad

2011. aasta rahva ja eluruumide loenduse kohaselt oli 2011. aasta lõpus Eestis ligi 600 000 tavaleibkonda. Tervelt 45% leibkondades oli tegevuspiiranguga liikmeid (tabel 1), neist veidi rohkem kui pooltes olulise piiranguga liikmeid (peale selle võis olla ka mõõduka piiranguga liikmeid). Enamasti oli viimatinimetatud leibkondades üks olulise piiranguga liige, kuid enam kui 20 000 leibkonnas oli neid kaks, ligi 1500 leibkonnas kolm ja umbes 200 leibkonnas vähemalt neli.

**Tabel 1. Tavaleibkonnad liikmete tegevuspiirangu olemasolu ja elukoha järgi, 2011**  
*Table 1. Private households by existence of members with activity limitations and place of residence, 2011*

	Kogu Eesti <i>Whole country</i>		Linnalised asulad <i>Urban settlements</i>		Maa-asulad <i>Rural settlements</i>		
	Arv <i>Number</i>	%	Arv <i>Number</i>	%	Arv <i>Number</i>	%	
Kõik leibkonnad	599 832	100,0	424 639	100,0	175 193	100,0	<i>All households</i>
Tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	271 078	45,2	184 986	43,6	86 092	49,1	<i>Households with member(s) with activity limitations</i>
olulise tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	142 934	23,8	94 640	22,3	48 294	27,6	<i>households with member(s) with severe limitations</i>
mõõduka tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	128 144	21,4	90 346	21,3	37 798	21,6	<i>households with member(s) with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta liikme(te)ga leibkonnad	312 383	52,1	227 548	53,6	84 835	48,4	<i>Households with member(s) without activity limitations</i>
Teadmata tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	16 371	2,7	12 105	2,9	4 266	2,4	<i>Households where the existence of members with activity limitations is unknown</i>

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Nagu tegevuspiiranguga inimesi on ka nende inimestega leibkondi maal mõnevõrra rohkem kui linnas (vastavalt 49,1% ja 43,6%), seejuures on maal suhteliselt rohkem just olulise tegevuspiiranguga liikmetega leibkondi. Kuues maakonnas on tegevuspiiranguga liikmeid rohkem kui

<sup>a</sup> Artikkel on valminud uurimistoetuse SF0130018s11 toel.

pooltes leibkondades: Põlva (65% kõigist leibkondadest), Jõgeva (59%), Võru (58%), Valga (57%), Ida-Viru (55%) ja Viljandi (53%) maakonnas. Seevastu Harjumaal on selliseid leibkondi 37%. Oluliselt piiratud liikmetega leibkondade osatähtsus erineb maakonniti palju (17%-st Harjumaal 44%-ni Põlvamaal), mõõdukalt piiratud liikmetega leibkonnad jaotuvad ühtlasemalt (20%-st Harjumaal 25%-ni Ida-Virumaal). Maakondade järjestamine tegevuspiiranguga inimeste ja nende inimestega leibkondade osatähtsuse alusel annab enam-vähem samasuguse pingerea oluliste ja kõigi tegevuspiirangute puhul, mõõdukate tegevuspiirangute puhul erineb järjestus küllalt palju. Üks erinevuse põhjuseid võib olla asjaolu, et olulise tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkondade näitaja hõlmab ka neid leibkondi, kus on nii olulise kui ka mõõduka tegevuspiiranguga liikmeid.

Et saada inimeste leibkondlikust kuuluvusest mitmekülgsemat pilti, on edaspidi esitatud andmeid nii leibkondade kui ka nende liikmete kohta. Kui leibkonna tasandil on uuritavasse rühma (nt olulise tegevuspiiranguga liikmetega leibkond) koondatud eri struktuuri ja suurusega leibkonnad, milles on enamasti eri tervises seisundiga inimesi, siis leibkonnaliikme tasandil saab käsitleda eraldi ainult ühte terviserühma kuuluvaid inimesi ja eristada selgemalt just konkreetse rühma eripärasid.

**Tabel 2. Tavaleibkonnad suuruse ja leibkonnaliikmete tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2011**

*Table 2. Private households by size and existence of members with activity limitations, 2011*  
(protsenti – percentages)

Leibkonna suurus	Kokku	Tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	Olulise tegevuspiiranguga liikme(te)ga	Mõõduka tegevuspiiranguga liikme(te)ga	Tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	Household size
	<i>Total</i>	<i>Households with member(s) with activity limitations</i>	<i>With member(s) with severe limitations</i>	<i>With member(s) with moderate limitations</i>	<i>Households with member(s) without activity limitations</i>	
Kõik leibkonnad	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	<i>All households</i>
ühe liikmega	39,9	37,1	36,9	37,3	41,3	<i>with 1 member</i>
üksik mees	15,7	11,3	10,8	11,8	18,5	<i>man living alone</i>
üksik naine	24,2	25,8	26,1	25,5	22,8	<i>woman living alone</i>
kahe liikmega	28,9	34,1	36,5	31,4	25,1	<i>with 2 members</i>
kolme liikmega	15,9	14,9	14,3	15,7	16,9	<i>with 3 members</i>
nelja liikmega	10,5	8,8	7,4	10,4	12,2	<i>with 4 members</i>
viie liikmega	3,4	3,4	3,2	3,7	3,4	<i>with 5 members</i>
vähemalt kuue liikmega	1,3	1,7	1,9	1,6	1,0	<i>with 6 or more members</i>

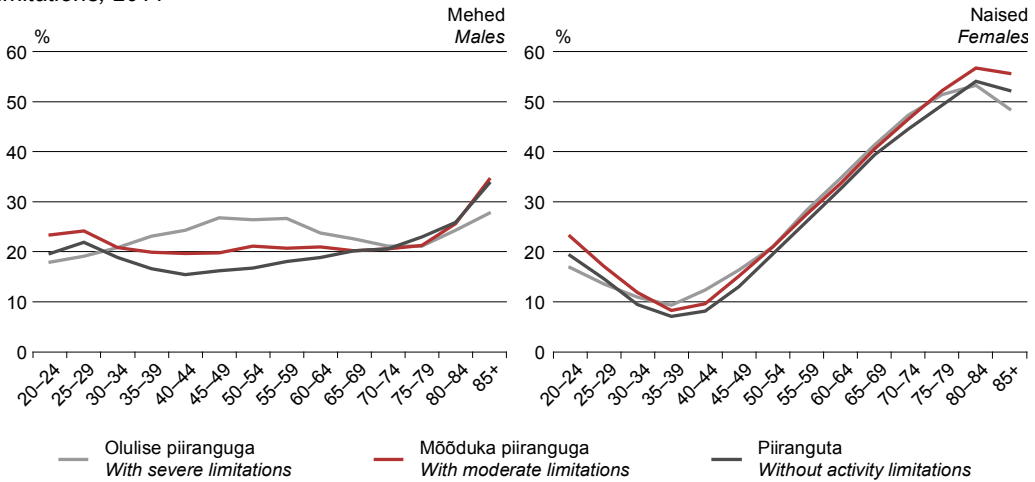
Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Suurem osa tegevuspiiranguga liikmetega leibkondadest on väikesed: 73,3% kõigist olulise tegevuspiiranguga liikmega leibkondadest on ühe või kahe liikmega, sama näitaja mõõdukate tegevuspiirangute puhul on 68,7% ja tervete liikmetega leibkondade puhul 66,5% (tabel 2). Väikesed leibkonnad on nn riskirühma kuuluvad üheliikmelised leibkonnad, kes ei saa arvestada pideva kõrvalabiga ja peavad oma terviseprobleemidega suurel määral ise toime tulema. Viimase rahvaloenduse kohaselt on tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade seas ühe liikmega leibkondi vähem kui tervete liikmetega leibkondade seas. See on tingitud eelkõige üksi elavate meeste väikesest osatähtsusest tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade hulgas, üksikuid naisi on nimetatud leibkondade hulgas isegi mõnevõrra rohkem kui tervete liikmetega leibkondade seas. Tabelist on näha meeste ja naiste omavahelise proportsiooni väga suur erinevus kõne-

alustes terviserühmades – naiste osatähtsus üksi elavate tegevuspiiranguga inimeste seas on märgatavalt suurem kui tervetel. Üksikute meeste ja naiste osatähtsust iga terviserühma leibkonnaliikmete (mitte leibkondade) seas kajastab joonis 1. Jooniselt selgub, et üksikute naiste osatähtsus tavaleibkondades elavate naiste seas ei olene oluliselt tegevuspiirangu olemasolust. Erinevused tegevuspiiranguga ja tervete naiste näitajates ei ületa üheski vanuserühmas paari protsendipunkti ja vanusekõver on kõigil sama kujuga. Tegevuspiiranguga mehed aga elavad vanuses 35–59 eluaastat palju sagedamini üksi kui terved mehed. Üks nimetatud erinevuse põhjuseid on see, et naistel on partneriga kooselu levinud alternatiiv elada ainult koos lastega, üksikisadega perekondi on Eestis aga väga vähe.

**Joonis 1. Üksi elavad tavaleibkondade inimesed soo, vanuse ja tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2011**

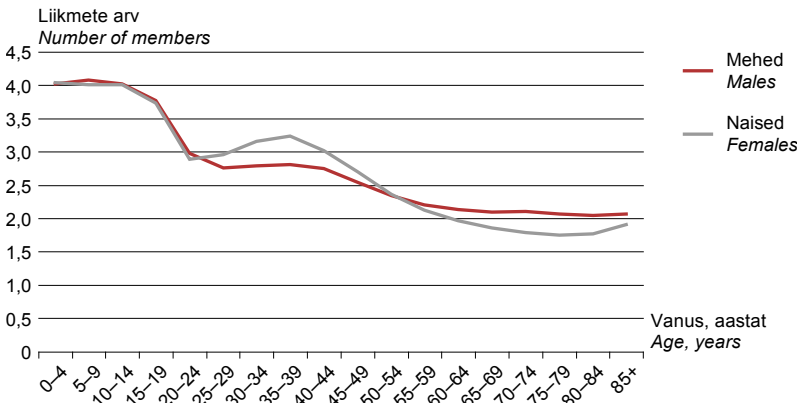
Figure 1. Persons living alone in private households by sex, age and existence of activity limitations, 2011



Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

**Joonis 2. Olulise tegevuspiiranguga tavaleibkonna liikmete leibkonna keskmine suurus soo ja vanuse järgi, 2011**

Figure 2. Average household size of members of private households who have severe activity limitations by sex and age, 2011



Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Leibkonna keskmine suurus oleneb palju inimese vanusest ja mõnevõrra ka soost ning peegeldab elu jooksul toimuvaid muutusi leibkonna koosseisus. Olulise tegevuspiiranguga tavaleibkonna liikmete keskmist leibkonna suurust illustreerib joonis 2. Nooremates vanuserühmades, kus lapsed elavad enamasti koos vanematega, on leibkonna keskmine suurus meestel ja naistel ühesugune (joonis 2). Vanuses 25–49 aastat on olulise tegevuspiiranguga meestega leibkonnad keskmiselt väiksemad kui olulise piiranguga naistega leibkonnad, mille üks põhjuseid on üksikute meeste suurem osatähtsus nimetatud vanuserühmas. Pärast 55. eluaastat on olulise tegevuspiiranguga naistega leibkonnad meestega leibkondadest aga keskmiselt väiksemad, mis on seotud üksikute naiste suure osatähtsusega vanemates eärühmades. Olulise tegevuspiiranguga mehed elavad ka vanemas eas suures osas koos partneriga.

**Tabel 3. Tavaleibkonnad tüübi ja leibkonnaliikmete tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2011**

*Table 3. Private households by household structure and existence of members with activity limitations, 2011*  
(protsenti – percentages)

Leibkonna tüüp	Kokku	Olulise tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	Mõõduka tegevuspiiranguga liikme(te)ga leibkonnad	Tegevuspiiranguta liikme(te)ga leibkonnad	Household structure
	Total	Households with member(s) with severe limitations	Households with member(s) with moderate limitations	Households with member(s) without activity limitations	
Kõik leibkonnad	100,0	100,0	100,0	100,0	All households
Mittepereleibkonnad ühe liikmega	41,7	39,3	39,2	42,7	Non-family households one-person households
mitme liikmega	39,9	36,9	37,3	41,3	multi-person households
Ühepereleibkonnad	56,7	58,2	58,8	56,3	One-family households
abielupaarid lasteta	30,1	34,8	33,4	27,4	married couples without children
vähemalt ühe alla 18-aastase lapsega	14,4	22,5	17,5	10,0	with at least one child aged under 18
ainult täisealiste lastega	10,3	5,3	9,7	13,1	with only adult children
vabaabielupaarid lasteta	5,4	7,0	6,3	4,3	cohabiting couples without children
vähemalt ühe alla 18-aastase lapsega	13,6	9,7	12,8	16,0	with at least one child aged under 18
ainult täisealiste lastega	5,6	5,2	5,5	5,9	with only adult children
lastega üksikvanemad	7,1	3,3	6,2	9,3	lone parents with children
vähemalt ühe alla 18-aastase lapsega	0,9	1,2	1,1	0,8	with at least one child aged under 18
ainult täisealiste lastega	13,0	13,6	12,6	12,8	with only adult children
Mitmepereleibkonnad	6,0	3,2	5,1	7,7	Multi-family households
	7,0	10,4	7,5	5,2	
	1,6	2,6	2,0	1,0	

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Tavaleibkonnad jagunevad kolme suurde rühma – mittepereleibkonnad, ühepereleibkonnad ja mitmepereleibkonnad. Mittepereleibkond on leibkond, mis on perekonnatuumata (nt ühe liikmega leibkond; leibkond, milles elavad vanavanem ja lapselaps). Ühepereleibkonnas on üks ja mitmepereleibkonnas vähemalt kaks perekonnatuuma. Viimati nimetatud leibkondades võib elada ka inimesi, kes ei kuulu perekonnatuuma (nt ämm või äi). Tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade seas on veidi rohkem ühepere- ja mitmepereleibkondi ning vähem mittepereleibkondi (tabel 3). Viimastest on enamik ühe liikmega leibkonnad, keda on käsitletud juba eespool. Mitme liikmega mittepereleibkondi on tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade seas pisut rohkem kui ülejäänud leibkondade hulgas.

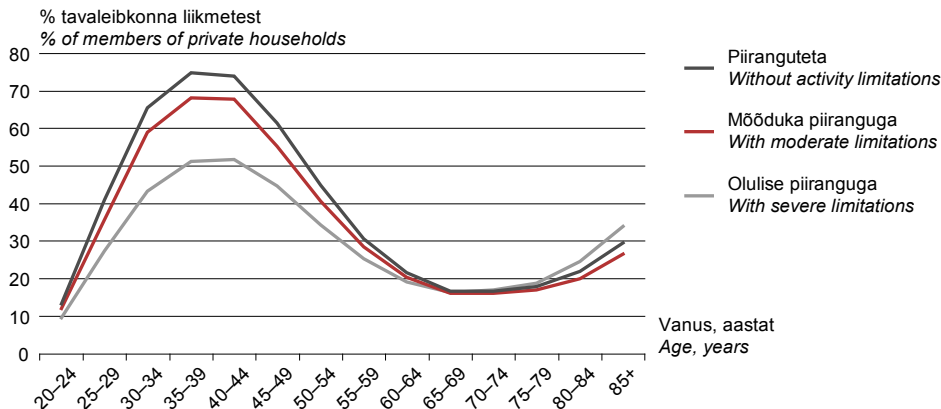
Kuigi ühepereleibkondi on tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade hulgas mõnevõrra rohkem kui teisi leibkonnatüüpe, on nimetatud leibkondades vähem liikmeid kui ainult tervete liikmetega ühepereleibkondades. Seetõttu on ühepereleibkonna keskmine suurus tegevusepiiranguga liikmetega leibkondadel väiksem: olulise tegevuspiiranguga liikmega ühepereleibkonnas on keskmiselt 2,66 inimest, mõõduka tegevuspiiranguga liikmega leibkonnas 2,82 inimest ja ainult tervete liikmetega leibkonnas 2,94 inimest. Tegevuspiiranguga liikmetega ühepereleibkondade hulgas on märgatavalt rohkem abielupaaridega ja vähem vabaabielupaaridega leibkondi. Erinevus tuleneb eelkõige tegevuspiiranguga inimeste oluliselt kõrgemast keskmisest vanusest – vabaabieliu on vanemaerialistel vähem levinud kooseluviis.

Olulise tegevuspiiranguga leibkonnaliikmete seas on vähem abikaasa või vabaabieliupartneriga koos elavaid inimesi kui mõõduka piiranguga ja tervete inimeste seas. Seejuures on erinevused kooselu osatähtsuses tervetega võrreldes suuremad noorematel ja keskealistel, vanuse tõustes erinevused vähenevad. Näiteks 30–39-aastastest tervetest tavaleibkonna liikmetest elab koos abielu- või vabaabieliupartneriga 68%, olulise tegevuspiiranguga liikmetest vaid 44% (erinevus 24 protsendipunkti), vanuses 60–69 aastat on erinevus ainult 3,5 protsendipunkti. See, et nooremate ja keskealiste seas on vähem kooselus olevaid inimesi, näitab, et tegevuspiirang on selles oluline takistus. Muu hulgas on nimetatud vanuses olulise tegevuspiiranguga inimeste seas märgatavalt rohkem lahutatud inimesi, eriti meeste hulgas. Üle 60-aastaste puhul hakkab vanuse tõustes partneriga koos elavate tervete ja tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus ühtlustuma, sest tegevuspiiranguga inimeste hulk suureneb juba koos elavate, kuid varem terved olnud inimeste arvelt ning vanemates eärühmades ühtlustub ka lahutatute osatähtsus eri terviserühmades. Kehtib seaduspära, et mida tervemad inimesed, seda sagedamini on nad kooselus – seaduslikus abielus olijate puhul peab see paika peaaegu kõigis vanuserühmades kuni 85. eluaastani, vabaabieliu olijatel aga vanuses 25–44 eluaastat. Vabaabieliu elamisele on selles vanuses põhiliseks takistuseks just oluline tegevuspiirang, mõõduka piiranguga inimeste seas on vabaabieliu olijaid ainult veidi vähem kui tervete hulgas.

Nagu eespool öeldud, on tegevuspiiranguga liikmega ühepereleibkondade seas märksa rohkem abielupaaridega ja vähem vabaabieliupaaridega leibkondi kui tervete liikmetega leibkondade seas. Nimetatud leibkonnatüübid erinevad ka selle poolest, et tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade seas on alla 18-aastaste lastega leibkondade osatähtsus palju väiksem kui ülejäänud leibkondades (tabel 3). Suures osas on see tingitud tegevuspiiranguga inimeste oluliselt kõrgemast keskmisest vanusest, kuid ka tõsiasjast, et tegevuspiiranguga leibkonnaliikmete seas on nooremaid ja keskealisi lapsevanemaid märgatavalt vähem kui tervete leibkonnaliikmete seas (joonis 3). Alla 18-aastaste lastega ühepereleibkondade osatähtsus olulise tegevuspiiranguga liikmetega leibkondades on vaid 11,8%, mõõduka tervisepiiranguga leibkondades 21% ja tervete liikmetega leibkondades 30,1%. Seevastu täisealiste lastega ühepereleibkondi on tegevuspiiranguga liikmetega leibkondade seas rohkem, vastavalt 18,6% (olulise piiranguga liige), 14,9% (mõõduka piiranguga liige) ja 10,2% (piiranguta liige). Samuti on tegevuspiiranguga liikmega leibkondade seas palju rohkem lasteta abielupaare kui ülejäänud ühepereleibkondades. Et mõiste „lasteta paar“ hõlmab siin mis tahes vanuses lapsi, on siinkohal valdavalt tegemist eakate paaridega, kelle lapsed on kodust juba lahkunud.

### Joonis 3. Laste ja nende peredega samas leibkonnas elavad tavaleibkondade liikmed vanuse ja tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2011

Figure 3. Members of private households living in the same household with their children and their families by age and existence of activity limitations, 2011



Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Perede toimetuleku seisukohast pakuvad eraldi huvi inimesed, kes elavad koos oma laste ja nende peredega ehk kellele lapsed on oluline sotsiaalne võrgustik. Kõige enam on lastega koos elavaid inimesi umbes 40. eluaasta vanuses, kus nende osatähtsus tervete leibkonnaliikmete seas ulatub 75%-ni, mõõdukalt piiratud 68%-ni ja oluliselt piiratud napilt 52%-ni (joonis 3). Rohkem kui 20 protsendipunkti ulatuvad erinevused näitavad, et oluline tegevuspiirang on märgatav takistus lapsevanemaks saamisel. Raskem olukord on nendes peredes, kus tegevuspiiranguga lapsevanem kasvatab oma last (lapsi) üksi. Üksikvanemate osatähtsus on tervete ja suure tegevuspiiranguga leibkonnaliikmete seas enam-vähem ühesugune, kuid abielu- või vabaabielupartneriga koos elavaid lapsevanemaid on oluliste piirangutega inimeste seas palju vähem (erinevused ulatuvad kuni 23 protsendipunkti). Näiteks on nii tervete kui ka olulise tegevuspiiranguga 25–54-aastaste leibkonnaliikmete hulgas üksikvanemate osatähtsus 10%, kuid partneriga koos elavaid lapsevanemaid on tervete hulgas 50% ja olulise piiranguga inimeste seas 31%. Vanemates eärühmades hakkavad inimesed toimetulekuraskuste tõttu taas sagedamini oma lastega koos elama ja ootuspäraselt on olulise tegevuspiiranguga inimeste seas lastega koos elavate eakate osatähtsus suurem kui tervete seas. 34% vähemalt 85-aastastest suure tegevuspiiranguga tavaleibkonnaliikmetest elab koos oma lapsega – 16% on üksikvanema staatuses (elab koos lapsega, kellel ei ole samas leibkonnas endal last ega partnerit), 16% on peretuuma mittekuuluvad leibkonnaliikmed (ämm, äi või üksikvanema vanem), kes elavad oma lapse perega, ja 2% elab koos abielu- või vabaabielupartneri ja lapsega (lastega). Seega elavad tegevuspiiranguga vanemaealised oma lastega sagedamini kui terved, kuid esineb ka vastupidist tendentsi – tegevuspiiranguga tööealised inimesed elavad võrreldes tervetega sagedamini koos oma vanema(te)ga lapse staatuses. Siin on silmas peetud neid tööealisi, kes elavad koos oma vanema(te)ga ja kellel endal pole samas leibkonnas abikaasat, vabaabielupartnerit või oma last (lapsi). Näiteks on lapse staatuses 9% tervetest, 13% mõõduka tegevuspiiranguga ja 29% olulise tegevuspiiranguga 30–34-aastastest tavaleibkonna liikmetest (meeste puhul on vastavad näitajad 13%, 19% ja 37%).



## Tegevuspiiranguga inimeste leibkondsus Euroopas

Nii nagu rahvaloendustel on ka rahvusvahelises sissetulekute ja elamistingimuste uuringus (EU-SILC) võimalik eristada oluliste ja mõõdukate tegevuspiirangutega ja piiranguteta inimesi ning võrrelda nende leibkondi teiste Euroopa riikide omadega 2011. aasta andmete põhjal. Võrdluse lihtsustamiseks on ülejäänud Euroopa riigid jaotatud nelja rühma<sup>a</sup>: Ida-Euroopa, Põhja-Euroopa, Lääne-Euroopa ja Lõuna-Euroopa, järgides heaolurežiimi põhjal levinud rühmitamist (nt Esping-Andersen 1990).

Uuringu EU-SILC tulemuste põhjal on oluliste tegevuspiirangutega Eesti inimestel Euroopa suurimad leibkonnad – keskmiselt 2,4-liikmelised (tabel 4). Sellesse panustavad eelkõige Eesti naised, kelle keskmine leibkonnaliikmete arv on 2,43. Eesti oluliste tegevuspiirangutega meeste leibkonnad on naiste omadest veidi väiksemad – keskmiselt 2,37-liikmelised, mis on oluliste tegevuspiirangutega Ida- ja Lõuna-Euroopa meeste keskmisest näitajast madalam. Kõigis teistes Euroopa piirkondades peale Eesti on oluliste tegevuspiirangutega naiste leibkonnad meeste omadest väiksemad. Seega saavad Eestis oluliste tegevuspiirangutega naised leibkonnaliikmetelt rohkem potentsiaalset abi loota kui mehed, ent teistes Euroopa riikides on pigem vastupidi. Sugudevahelist erinevust Eesti ja ülejäänud Euroopa vahel selgitab Eesti suur eluealõhe naiste kasuks, mille tagajärjel on Eesti üks suurima naiste osatähtsusega riiki maailmas. Samuti on Eestis suhteliselt suur välispäritolu rahvastiku osatähtsus, kes on põlisrahvastikuga võrreldes vanemad ja kel on sagedamini tegevuspiiranguid (Sakkeus ja Karelson 2012). Eestis on ka 85% omastehooldajatest naised, kes tihtipeale hoolitsevad oma abikaasa või ka teiste abivajavate sugulaste ja sõprade eest (Tammsaar jt 2013). Nagu näitas viimane rahvaloendus, elab vaid 4,5% oluliste tegevuspiirangutega inimestest asutustes (vt 3. peatükk).

**Tabel 4. Leibkonna keskmine suurus Eestis ja mujal Euroopas soo ja tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2011**

*Table 4. Average household size in Estonia and elsewhere in Europe by sex and existence of activity limitations, 2011*

Piirkond	Leibkonnaliikmete keskmine arv			Region
	Average number of household members			
	Kokku	Mehed	Naised	
	Total	Males	Females	
<b>Olulise tegevuspiiranguga</b>				<b>With severe activity limitations</b>
Eesti	2,40	2,37	2,43	Estonia
Ida-Euroopa	2,38	2,42	2,33	Eastern Europe
Lõuna-Euroopa	2,35	2,40	2,29	Southern Europe
Lääne-Euroopa	2,04	2,06	2,02	Western Europe
Põhja-Euroopa	1,86	1,90	1,83	Northern Europe
<b>Mõõduka tegevuspiiranguga</b>				<b>With moderate activity limitations</b>
Eesti	2,27	2,29	2,25	Estonia
Ida-Euroopa	2,31	2,31	2,31	Eastern Europe
Lõuna-Euroopa	2,24	2,26	2,21	Southern Europe
Lääne-Euroopa	2,03	2,06	2,00	Western Europe
Põhja-Euroopa	1,88	1,87	1,89	Northern Europe
<b>Piiranguteta</b>				<b>Without activity limitations</b>
Eesti	2,26	2,29	2,23	Estonia
Ida-Euroopa	2,29	2,30	2,28	Eastern Europe
Lõuna-Euroopa	2,24	2,25	2,23	Southern Europe
Lääne-Euroopa	2,03	2,04	2,03	Western Europe
Põhja-Euroopa	1,90	1,92	1,88	Northern Europe

Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

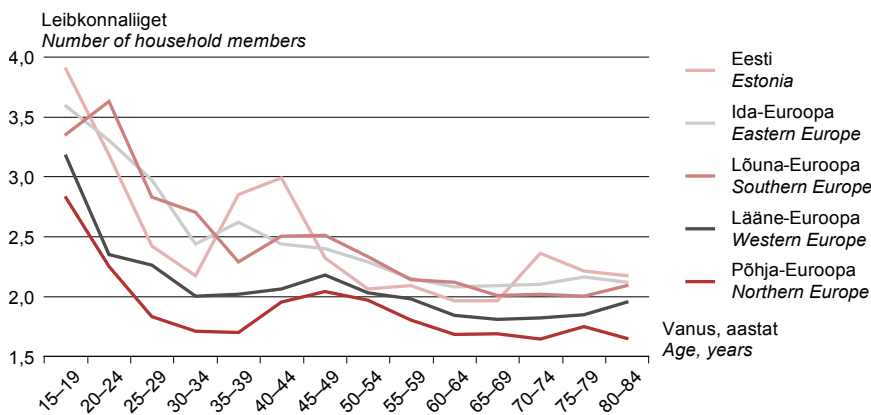
<sup>a</sup> Ida-Euroopa: Bulgaaria, Tšehhi, Ungari, Leedu, Läti, Poola, Rumeenia, Sloveenia, Slovakkia; Lõuna-Euroopa: Küpros, Kreeka, Hispaania, Itaalia, Malta, Portugal; Lääne-Euroopa: Austria, Belgia, Šveits, Saksamaa, Prantsusmaa, Luksemburg, Suurbritannia; Põhja-Euroopa: Taani, Soome, Island, Holland, Norra, Rootsi.

Lääne-Euroopa leibkonnad on kõigis terviserühmades sarnase suurusega – läbivalt kahe-liikmelised. Ida-Euroopas on mõõdukate piirangutega ja piiranguteta inimestel suurimad leibkonnad (vastavalt 2,31 ja 2,29). Kui Eestis ning Ida- ja Lõuna-Euroopas on tervetel inimestel väiksemad leibkonnad kui tegevuspiirangutega inimestel, siis Põhja-Euroopas on suuremad leibkonnad pigem tervetel. Põhjaeurooplaste leibkondades on alla kahe liikme kõigis terviserühmades, nii meeste kui ka naiste seas. Seda, miks Põhja-Euroopas on levinud väiksemad leibkonnad, võib ühelt poolt seletada rohkem arenenud individualiseerumisega (Lesthaeghe 2010). Teisalt pakub Põhjala riikide sotsiaalsüsteem tegevuspiirangutega inimestele piisavat tuge, et nad oma igapäevatoimetustega üksi hakkama saaksid (Saraceno ja Keck 2008).

Suurte tegevuspiirangutega Eesti vanemaeliste sotsiaalsed võrgustikud on perekesksemad ja sarnanevad selles teiste Ida- ja Lõuna-Euroopa riikidega (Abuladze ja Sakkeus 2013). Perekeskusele neis piirkondades viitab seegi, et seal on ka tervetel inimestel suhteliselt suured leibkonnad võrreldes Põhja- ja Lääne-Euroopaga (tabel 4).

#### Joonis 4. Olulise tegevuspiiranguga inimeste leibkonna keskmine suurus Eestis ja mujal Euroopas vanuse järgi, 2011

Figure 4. Average household size of persons with severe activity limitations in Estonia and elsewhere in Europe by age, 2011

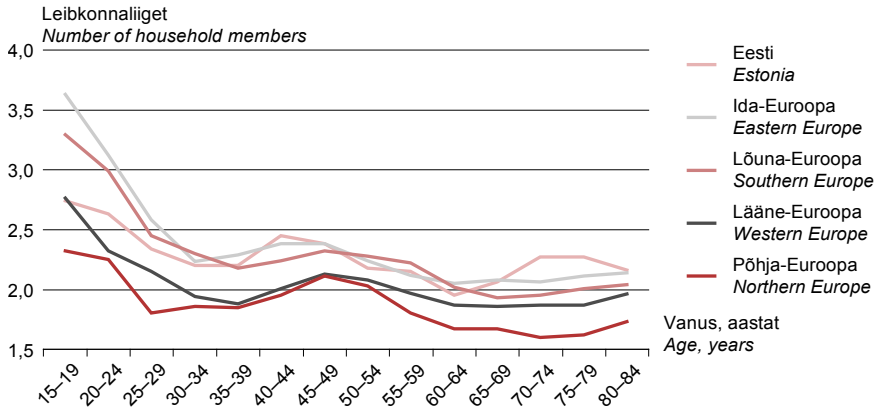


Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

Üldiselt on suuremad leibkonnad noorematel inimestel. Oluliste piirangutega 15–19-aastastel Eesti elanikel on leibkonnas keskmiselt 3,9 liiget, seejuures naistel rohkem (4,10) kui meestel (3,5) (joonis 4.). Ka 20–29-, 35–44-, 70–74- ja 80–84-aastaste oluliste tegevuspiirangutega Eesti elanikel on suuremad leibkonnad kui samade vanuserühmade mõõdukate piirangutega või piiranguteta inimestel. Ka selle poolest sarnaneb Eesti Ida- ja Lõuna-Euroopa riikidega. Põhja-Euroopas on vähemalt 60-aastaste seas suurimate leibkondadega pigem terved inimesed (joonis 6). 30–34-, 45–59-, 65–69- ja 75–79-aastaste mõõdukate tegevuspiirangutega Eesti inimeste leibkonnad on suuremad kui samade vanuserühmade teiste piirangukategooriate omad. Seega noorematel tegevuspiiranguga inimestel on Eestis enim ressursi, mis on seotud elusolevate sugulaste ja koos elavate pereliikmete suurema arvuga. Samal ajal viitab see puudulikule sotsiaalhoolekandesüsteemile, mis ei paku piisavalt teenusi ja abivahendeid, et tegevuspiiranguga inimene saaks üksi elades iseseisvalt hakkama.

### Joonis 5. Mõõduka tegevuspiiranguga inimeste leibkonna keskmine suurus Eestis ja mujal Euroopas vanuse järgi, 2011

Figure 5. Average household size of persons with moderate activity limitations in Estonia and elsewhere in Europe by age, 2011

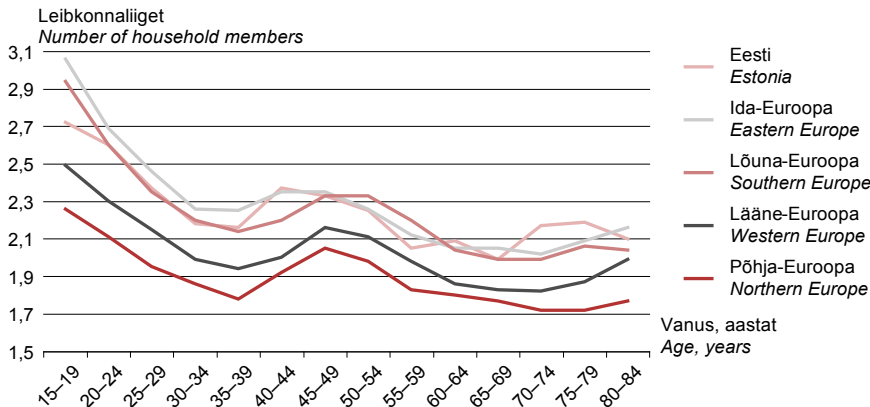


Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

Eestis ning Ida- ja Lõuna-Euroopas võivad tegevuspiirangutega inimeste keskmisest suuremad leibkonnad tuleneda vajadusest – nende inimeste majanduslik ebastabiilsus või -kindlus ei võimalda neil elada iseseisvalt või kasutada oma tegevuspiirangust tingitud suurema abivajaduse rahuldamiseks institutsionaalseid hooldusteenuseid. Teisalt ei ole riik vajalikke teenuseid välja töötanud ning ka era- ja kolmas sektor ei ole neid nii taskukohaseks teinud, et need eri majanduslike ja sotsiaalsete vajadustega inimestele kättesaadavad oleksid. Kolmandaks võib mitme põlvkonnaga leibkondade rohkest Eestis põhjendada sellega, et siin on suurem välispäritolu elanike osatähtsus, kelle seas on mitme põlvkonnaga leibkondades elamine populaarsem (Zakharov 2008). Selle poolest erineb Eesti individuaalsema hoiakuga Põhja- ja Lääne-Euroopa riikidest. Et Eestis on teistega kooselamine levinud juba noortel tegevuspiirangutega inimestel, näitab, et iseseisvat elu toetav süsteem on välja arendamata. Euroopa riikide võrdlusest selgub, et Eestis pakutakse tegevuspiirangutega inimestele endiselt pigem informaalset abi.

### Joonis 6. Tegevuspiiranguta inimeste leibkonna keskmine suurus Eestis ja mujal Euroopas vanuse järgi, 2011

Figure 6. Average household size of persons without activity limitations in Estonia and elsewhere in Europe by age, 2011



Allikas/Source: EU-SILC (Eurostat)

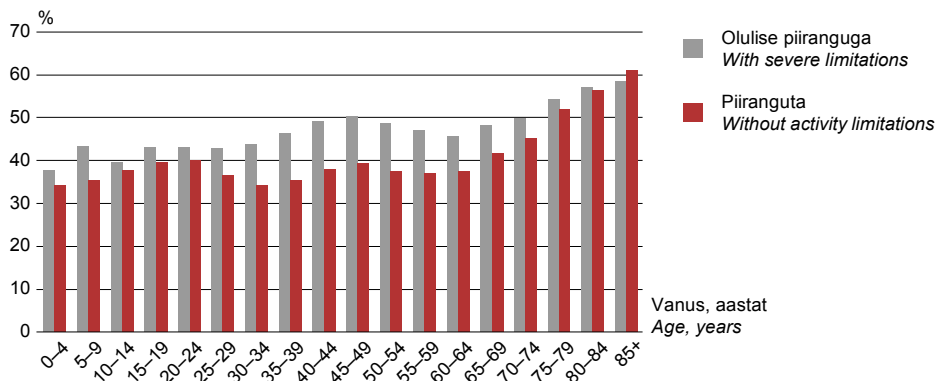
## Tegevuspiiranguga inimeste elamistingimused

Eluasemest, selle suuruselt ja kvaliteedist oleneb suurel määral inimese heaolu, sest kodus veedab inimene suure osa ajast. Vähem kaitstud elanikerühmades, kuhu kuuluvad ka (olulise) tegevuspiiranguga inimesed, veedetakse kodus enamasti keskmisest rohkem aega. Valdav osa (ligi 98%) Eesti rahvastikust elab tavaeluruumides, s.o aasta ringi elamiseks sobivates korterites ja pereelamutes (ühepereelamud, kaksikelamud, ridaelamud) (tabel 5). Olulise tegevuspiiranguga inimestest elab tavaeluruumides (eelkõige korterites) mõnevõrra vähem inimesi (94%), sest nende hulgas on asutusleibkondades elavate inimeste osatähtsus suurem kui mõõdukalt piiratud ja tervetel. Ühiselamutes ja elamiseks kasutatavates mitteiluruumides elavate inimeste osatähtsus on Eestis väike ning see on tervetel ja tegevuspiiranguga inimestel enam-vähem ühesugune.

Järgnevalt on käsitletud vaid tavaeluruumide elanike eluruume ja elamistingimusi. Olulise tegevuspiiranguga inimeste hulgas on pereelamutes elavaid inimesi veidi rohkem kui tervete seas, kuid olukord on maal ja linnas mõnevõrra erinev – maal elab pereelamutes 70% suurte piirangutega ja 65% tervetest tavaeluruumide elanikest, linnas aga on pereelamutes elavate osatähtsus suurte piirangutega inimestel isegi veidi väiksem kui tervetel (vastavalt 19% ja 20%). Olulise tegevuspiiranguga inimesed elavad märksa harvemini uuemates pereelamutes ja korterites kui terved (tabel 5). Pärast 1990. aastat ehitatud majades (pereelamud, korterelamud, korteritega mitteilamud) elab ligi viiendik tervetest, kuid vaid 7% oluliste piirangutega inimestest. Seevastu vanemates, kuni 1970. aastani ehitatud majades elab 50,3% olulise ja 44,2% mõõduka tegevuspiiranguga ning 38,2% tegevuspiiranguta tavaeluruumide elanikest. Kõigis vanuserühmades kuni 85. eluaastani on olulise tegevuspiiranguga inimeste hulgas vanemates majades elavate osatähtsus suurem kui piiranguta inimestel (joonis 7). Kõige vanema eärühma erinevus on tõenäoliselt tingitud sellest, et suur osa üle 85-aastastest on kolinud toimetulekuraskuste tõttu oma laste või muude sugulaste juurde, kes elavad uuemates majades. Vanemates majades elavate inimeste osatähtsus erineb tervetel ja olulise tegevuspiiranguga inimestel kõige rohkem vanuses 30–64 aastat, ulatudes 8–11 protsendipunkti. Mõõduka tegevuspiiranguga inimesed elavad vanemates majades kui terved, kuid uuemates kui olulise piiranguga inimesed.

### Joonis 7. Kuni 1970. aastani ehitatud majade tavaeluruumides elavate suure tegevuspiiranguga ja piiranguta inimeste osatähtsus vanuse järgi, 2011

Figure 7. Share of persons with severe activity limitations and persons without activity limitations living in conventional dwellings in buildings built before 1971 by age, 2011



Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

**Tabel 5. Rahvastik tegevuspiirangu olemasolu ja eluruumi tüübi järgi, 2011**  
*Table 5. Population by existence of activity limitations and type of dwelling, 2011*  
 (protsenti – percentages)

	Kokku	Tegevus- piiranguga inimesed	Olulise piiranguga inimesed	Mõõduka piiranguga inimesed	Tegevus- piiranguta inimesed	Piiratus teadmata	
	<i>Total</i>	<i>Persons with activity limitations</i>	<i>Persons with severe limitations</i>	<i>Persons with moderate limitations</i>	<i>Persons without activity limitations</i>	<i>Existence of activity limitations unknown</i>	
Kõik eluruumid	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	<i>All dwellings</i>
Tavaeluruum	97,6	96,2	94,3	98,1	98,6	78,1	<i>Conventional dwelling</i>
korter	63,7	62,2	59,2	65,1	64,6	53,4	<i>apartment</i>
ehitatud enne 1971. aastat <sup>a</sup>	22,7	24,4	24,4	24,4	22,1	20,9	<i>built before 1971<sup>a</sup></i>
ehitatud 1971. aastal või hiljem	41,0	37,8	34,9	40,7	42,5	32,5	<i>built in 1971 or later</i>
pereelamu	33,9	34,0	35,0	33,1	34,0	24,7	<i>family dwelling</i>
ehitatud enne 1971. aastat <sup>a</sup>	18,1	21,9	24,0	20,0	16,7	13,4	<i>built before 1971<sup>a</sup></i>
ehitatud 1971. aastal või hiljem	15,8	12,1	11,1	13,1	17,3	11,3	<i>built in 1971 or later</i>
Ühiselamutuba või muu majutusruum	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	2,9	<i>Room in a hostel or other accommodation room</i>
Elamiseks kasutatav mitteeluruum	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	<i>Non- conventional dwelling</i>
Asutusleibkonna eluruum	1,1	2,7	4,6	0,8	0,4	4,0	<i>Dwelling of an institutional household</i>
Eluruumita (kodutu)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	<i>No dwelling (homeless)</i>
Eluruumi tüüp teadmata	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	14,5	<i>Type of dwelling unknown</i>

<sup>a</sup> Teadmata ehitusajaga majades elavad inimesed jaotati võrdselt vanemates ja uuemates majades elavate vahel.

<sup>a</sup> Persons living in buildings for which construction time is unknown were distributed equally between the populations living in older and newer buildings.

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
 Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Eluruumi olmemugavused on tegevuspiiranguga inimestele eriti olulised, sest nende puudumine võib tekitada lisaraskusi igapäevaeluga toimetulekul ning viletsad elutingimused (nt rõksed ruumid, liiga madal õhutemperatuur, pesemisvõimaluste puudumine, stressi tekitav üle-rahvastatus jm) võivad halvendada nende tervist veelgi.

**Tabel 6. Tavaeluruumide elanikud tegevuspiirangu olemasolu, eluruumi tehnovarustuse ja elukoha järgi, 2011**

Table 6. Inhabitants of conventional dwellings by existence of activity limitations, availability of comfort characteristics and place of residence, 2011  
(protsenti – percentages)

	Veevärk <i>Piped water supply</i>	Vee-klosett <i>Flush toilet</i>	Pesemis-võimalus <i>Washing facilities</i>	sh vann (dušš) <i>of which bath or shower</i>	Keskküte või elekterküte <i>Central or electrical heating</i>	
<b>Kogu Eesti</b>						<b>Whole country</b>
Kokku	95,7	89,7	94,4	88,9	71,4	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	92,2	83,6	91,2	81,8	65,4	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	89,9	80,0	89,4	77,6	61,6	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	94,2	86,9	92,8	85,6	68,9	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	97,0	92,1	95,6	91,6	73,7	<i>Persons without activity limitations</i>
<b>Linnalised asulad</b>						<b>Urban settlements</b>
Kokku	98,8	96,0	96,3	94,5	83,0	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	97,9	93,8	94,1	91,1	80,6	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	97,2	92,3	92,8	89,0	78,9	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	98,5	95,0	95,3	93,0	82,0	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	99,2	96,9	97,2	95,8	83,9	<i>Persons without activity limitations</i>
<b>Maa-asulad</b>						<b>Rural settlements</b>
Kokku	89,0	76,2	90,2	76,9	46,7	<i>Total</i>
Tegevuspiiranguga inimesed	80,5	62,7	85,1	62,7	34,2	<i>Persons with activity limitations</i>
olulise piiranguga	76,4	56,8	83,0	56,4	29,2	<i>with severe limitations</i>
mõõduka piiranguga	84,7	68,8	87,3	69,2	39,5	<i>with moderate limitations</i>
Tegevuspiiranguta inimesed	92,4	81,7	92,4	82,6	51,8	<i>Persons without activity limitations</i>

Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Tehnovarustuse liik (nt veevärk) loeti olemasolevaks siis, kui see asus eluruumis, mitte väljapool seda. Erandiks on pesemisvõimalus, mis loeti olemasolevaks, kui eluruumis oli vann, dušš või saun, kuid peale selle läks arvesse pereelamuga samal elamukrundil eraldi hoones asuv saun. Keskküte ja elekterküte loeti olemasolevaks, kui see oli eluruumis enim kasutatud kütmisviis. Kõige vähem on olmemugavusi olulise tegevuspiiranguga inimestel, mõnevõrra rohkem mõõduka piiranguga inimestel ja kõige enam tervetel (tabel 6). Suurimad erinevused on vanni või dušiga varustatuses, aga ka keskküte (elekterküte) ja veekloseti puhul. Tegevuspiiranguga inimeste eluruumide olmemugavuste madalam tase on suures osas seletatav asjaoluga, et nende elamispind on keskmiselt vanem kui ülejäänud rahvastikul. Samuti elab tegevuspiiranguga inimesi rohkem maapiirkondade pereelamutes, kus on enamasti vähem olmemugavusi kui korterites.

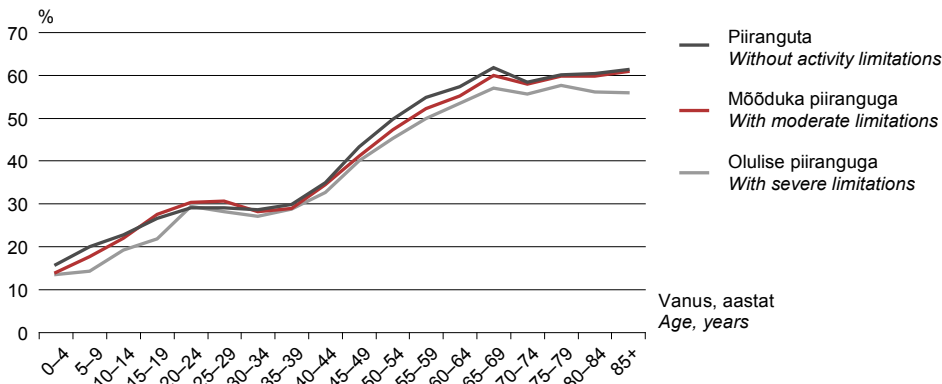
Linnades, kus on uuem elamufond ja ülekaalus kõigi mugavustega korterelamud, on olmemugavuste taseme erinevused vaadeldavate rahvastikurühmade vahel väiksemad, sest enamik elamispindu on mugavustega. Maapiirkondades aga küündivad nimetatud erinevused olenevalt

olmemugavuse liigist olulise piiranguga inimeste puhul kuni 26 protsendipunktini (võrreldes tervetega) ja mõõdukalt piiratute puhul kuni 13 protsendipunktini. Mõiste „maa-asula“ hõlmab ka neid pigem linnalist tüüpi külasid ja alevikke, mis asuvad suuremate tõmbekeskuste ümbruses. Maal ilmneb eriti selgelt, et uue, kõigi mugavustega elamispinna muretsemine või olemasoleva renoveerimine on jõukohasem tervematele inimestele. Enamikule pensionäridele, kelle osatähtsus tegevuspiiranguga inimeste hulgas on suur, see jõukohane ei ole.

Kolme kõnealuse rahvastikurühma võrdlemisel ilmnenud seaduspärasus – mida terved inimesed, seda rohkem on nende eluruumides olmemugavusi – kehtib kõigi vaadeldud tehovarustuse liikide puhul kõigis vanuserühmades kuni kõrge eani (enamasti vähemalt 85. eluaastani, mõõduka piiranguga inimeste puhul mõnikord kuni 80. eluaastani). Sellest võib järeldada, et leibkondadel, kus on mis tahes vanuses tegevuspiiranguga inimesi, on vähem materiaalseid võimalusi parema kvaliteediga eluaseme ostmiseks või olemasoleva renoveerimiseks. Suurimad lõhed käsitletavate rahvastikurühmade olmemugavuste tasemes ilmnevad vanuses 30–69 eluaastat ehk vanuses, kus terved inimesed enamasti töötavad või on suhteliselt hiljuti tööelu lõpetanud. Just pärast 30. eluaastat tekivad enamasti ressursid, mida kasutada elamistingimuste parandamiseks, hiljuti tööelu lõpetanud inimesed aga on jõudnud seda teha enne pensionile jäämist. Keskmiselt on vanemate inimeste eluruumides olmemugavusi vähem kui noortel ja keskealistel olenemata nende tervises seisundist.

### Joonis 8. Tavaeluruumide elanikud, kelle eluruumis on rohkem kui üks tuba elaniku kohta tegevuspiirangu olemasolu ja vanuse järgi, 2011

Figure 8. Share of persons living in conventional dwellings with more than one room per inhabitant by existence of activity limitations and age, 2011



Allikas: REL 2011 (Statistikaamet)  
Source: PHC 2011 (Statistics Estonia)

Peale olmemugavuste on tähtis, et eluruumi suurus vastaks leibkonna vajadustele. Seda saab hinnata tubade ja elanike arvu suhte või ühe elaniku kohta tuleva üldpinna suuruse kaudu. Mõlemad näitajad on inimese eluetappidel väga erinevad ja peegeldavad elu jooksul toimuvaid muutusi – väikelastega peredes elatakse enamasti kõige kitsamates tingimustes, vanuse tõustes olukord paraneb (joonis 8). Viimase rahvaloenduse kohaselt on Eestis alla 5-aastaste lastega leibkondade eluruumides elaniku kohta 21,3 ruutmeetrit, 65–69-aastastel 39 ruutmeetrit pinda. Olulise tegevuspiiranguga inimestel on igas earühmas elaniku kohta veidi vähem pinda kui tervetel – enamasti on erinevus 1–2 ruutmeetrit, mõnes vanuserühmas ulatub see 2–3 ruutmeetrini. Mõõduka piiranguga inimestel on nimetatud erinevused veelgi väiksemad. Seega eluruumi suuruse poolest tegevuspiiranguga inimesed tervetest märgatavalt halvemas olukorras ei ole, küll aga elavad nad palju väiksemate olmemugavustega eluruumides, eriti maal.

Kokkuvõttes võib öelda, et Eesti tegevuspiiranguga inimesed on võrreldes teiste Euroopa riikidega jäetud rohkem leibkonna õlule ja iseseisvalt hakkamasaamiseks mõeldud meetmeid

pole piisavalt rakendatud. Niisugusele olukorrale viitavad nii tegevuspiiranguga inimeste leibkondade keskmiselt suurem suurus kui ka täiskasvanud lapsena vanemate juures elamine. Tegevuspiiranguga inimeste võimalused oma elamistingimusi parandada on ahtad, kuigi just piirangute tõttu vajaksid eluasemed esmajärjekorras kohandamist. Üks Eesti tähtsamaid ülesandeid tegevuspiiranguga inimestele kvaliteetse elu tagamisel on suurendada olulisel määral nende meetmete osatähtsust, mis aitaksid tegevuspiiranguga inimestel ühiskonnas iseseisvalt hakkama saada. Nende meetmete ebapiisavus väljendub nii leibkondsuses kui ka elamistingimustes.

## Allikad Sources

Abuladze, L., Sakkeus, L. (2013). Social networks and everyday activity limitations. – Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis. / Eds. A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, G. Weber. Boston: De Gruyter, pp. 311–321.

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

Lesthaeghe, R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition. – *Population and Development Review*, Vol 36, No 2, pp. 211–251.

Sakkeus, L., Karelson, K. (2012). The Health Transitions in Estonia: Breaking Away from the Soviet Legacy. – *Opportunities and Challenges for Applied Demography in the 21st Century*. / Eds. H. Nazrul, D. Swanson. Dordrecht: Springer, pp. 227–262.

Saraceno, C., Keck, W. (2010). Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe? – *European Societies*, Vol 12, No 5, pp. 675–696.

Tammsaar, K., Laidmäe V.-I., Tulva, T., Saia, K. (2013). Family caregivers of the elderly: quality of life and coping in Estonia. – *European Journal of Social Work*, Vol 17, No 4, pp. 539–555.

Zakharov, S. (2008). Russian Federation: From the first to second demographic transition. – *Demographic Research*, Vol 19, pp. 907–972.



## 4. THE HOUSEHOLDS AND LIVING CONDITIONS OF PERSONS WITH ACTIVITY LIMITATIONS

Riina Leinbock  
Statistics Estonia

Liili Abuladze<sup>a</sup>  
Tallinn University, Estonian Institute for Population Studies

### Households with members who have activity limitations

According to the 2011 Population and Housing Census (PHC 2011), there were nearly 600,000 private households in Estonia at the end of 2011. As many as 45% of the households included members with activity limitations (Table 1, p. 58), whereas slightly more than a half of these households had members with severe limitations (and may also have had members with moderate limitations). The majority of the latter households had one member with severe limitations, but more than 20,000 households had two members with severe limitations, about 1,500 households had three and approximately 200 households had four or more members with severe limitations.

Similarly to the share of persons with activity limitations, the share of households with such members is slightly higher in rural areas than in cities (49.1% and 43.6%, respectively). Rural households are more likely to have members with severe activity limitations. There are six counties where more than a half of all households have members with activity limitations: Põlva (65% of all households), Jõgeva (59%), Võru (58%), Valga (57%), Ida-Viru (55%) and Viljandi (53%). Such households constitute only 37% in Harju county. The share of households with members with severe activity limitations varies greatly across counties (from 17% in Harju county to 44% in Põlva county), while the distribution of households with members with moderate limitations is more even (from 20% in Harju county to 25% in Ida-Viru county). When we rank the counties based on the share of persons with activity limitations and the share of households with such members, the result is more or less similar in the case of severe limitations and all limitations, but the ranking is quite different in the case of moderate activity limitations. One of the reasons could be that the share of households with members with severe activity limitations includes households that have both members with severe limitations and members with moderate limitations.

To present a more comprehensive picture of the structure of households, we should look at the data on households as well as household members. In the case of households, a specific group (e.g. households with members who have severe activity limitations) includes households with different structures and sizes, and there are usually members with different health statuses. When we look at household members, we can focus on persons falling into in a particular health category and thus determine the indicators of a given health category.

The majority of households that include members with activity limitations are small, with one or two household members: 73.3% of households with members with severe limitations, 68.7% of households with members with moderate limitations and 66.5% of households with healthy members (Table 2, p. 59). One-member households are a risk group among small households as these people cannot count on regular assistance from others and often have to cope with their health problems on their own. According to the 2011 census, the share of one-member households is lower among households with members with activity limitations than among households with healthy members. This is primarily caused by the low share of men living alone among households with members with activity limitations; the share of women living alone among these households is actually slightly bigger than among households with healthy members. The table reveals the huge difference in the proportion of men and women in these health categories – the share of women living alone is significantly higher among persons with activity limitations than among persons without activity limitations. Figure 1 (p. 60) outlines the

<sup>a</sup> The preparation of this article was supported by the research grant SF0130018s11.

share of men and women who live alone among household members (not households!) in each health category. The figure indicates that the share of women who live alone among all women living in private households is not significantly dependent on the existence of activity limitations. The differences between women with activity limitations and healthy women are within a few percentage points in all age groups and the age curve is similar in all cases. However, 35–59-year-old men with activity limitations are much more likely to live alone than healthy men. One of the reasons for this difference is that many women live in households with just their children (as opposed to living with a partner as well) but there are very few families with lone fathers in Estonia.

The average size of households depends greatly on a person's age and to a lesser extent on sex, reflecting the changes in household structure over a person's lifetime. Figure 2 (p. 60) illustrates the average household size of members of private households with severe activity limitations. In younger age groups, where children usually live with their parents, the average size of a household is similar for males and females (Figure 2). In the age group 25–49, the households of males with severe activity limitations are smaller, on average, than the households of females with severe activity limitations – one of the reasons is the bigger proportion of men who live alone in this age group. After the age of 55, the average size of households of women with severe activity limitations is smaller than the corresponding indicator for men with severe limitations, which is similarly associated with the greater percentage of women who live alone in the older age groups. Men with severe activity limitations are more likely to live with a partner even at an advanced age.

Private households are divided into three major types: non-family households, one-family households and multi-family households. A non-family household is a household which does not comprise a family nucleus (e.g. a one-person household or a household consisting of a grandparent and a grandchild). A one-family household comprises one family nucleus and a multi-family household comprises at least two family nuclei; these households may also include persons who do not belong to the family nucleus (e.g. a mother-in-law or a father-in-law). The share of one-family and multi-family households is slightly bigger and the share of non-family households is slightly smaller among households with members with activity limitations (Table 3, p. 61). The majority of non-family households are one-member households already discussed above. The share of non-family households with multiple members is slightly higher among households with members with activity limitations than among other households.

One-family households hold a somewhat higher share than other types of households among households with members with activity limitations, but these one-family households have fewer members than one-family households with only healthy members. This means that the average size of one-family households with members who have limitations is smaller: on average, there were 2.66 persons in a one-family household with a member with severe limitations, 2.82 persons in a one-family household with a member with moderate limitations, and 2.94 persons in a one-family household with healthy members. Among one-family households with members with activity limitations, there is a notably bigger share of married couples and a smaller share of cohabitating couples. This difference can be explained by the significantly higher mean age of persons with activity limitations – cohabitation is less common among older people.

The share of persons living with a spouse or a partner is lower among household members with severe activity limitations, compared to persons with moderate limitations and persons without limitations. The difference in the share of persons living with a spouse or a partner (compared to healthy household members) is more marked in the young and middle-aged population, and decreases with age. For example, 68% of 30–39-year-old healthy household members live with a spouse or a partner, compared to just 44% of household members with severe activity limitations (the difference is 24 percentage points). This difference decreases to only 3.5 percentage points in the age group 60–69. The fact that there are fewer young and middle-aged persons who are married or cohabit indicates that activity limitations are a significant obstacle to a shared life. Also, at these ages, the share of divorcees is much bigger in the population with severe activity limitations, particularly among men. The difference in the share of persons living with a partner between the healthy population and the population with activity limitations starts to diminish after the age of 60, because the population of persons with activity limitations grows on account of persons who have a partner and now develop limitations. Also, the share of divorcees

in different health categories evens out in the older age groups. There is a tendency whereby the healthier people are, the more likely they are to live with a partner – this applies in almost all age groups up to the age of 85 in the case of persons who are married; in the case of persons in a cohabiting relationship, this applies in the age group 25–44. Severe activity limitations are the main obstacle to cohabitation in this age group, as the share of cohabiting persons among the population with moderate limitations is only slightly lower than among the healthy population.

As noted above, compared to households with healthy members, there are significantly more married couples and fewer cohabiting couples among the one-family households with members with activity limitations. Another difference is that the share of households with children aged under 18 is much lower among households with members who have activity limitations (Table 3, p. 61). The main reason is the significantly higher average age of persons with activity limitations. Another reason is that there is a much smaller share of young and middle-aged parents among household members with activity limitations, compared to healthy household members (Figure 3, p. 63). Thus, the share of one-family households with children aged under 18 is only 11.8% among households with members with severe limitations, 21% among households with members with moderate limitations and 30.1% among households with healthy members. However, the share of one-family households with adult children is bigger among households with members with activity limitations: 18.6% among households with members with severe limitations, 14.9% among households with members with moderate limitations and 10.2% among households with healthy members. The share of married couples without children is also significantly higher among households with members with activity limitations than among other one-family households. “Couples without children” refers to all couples regardless of the age of the children – therefore, this group mainly comprises older couples whose children have left home.

In terms of the coping ability of families, we should look at persons who live with their children or with the families of their children, i.e. persons for whom their children represent an important social network. The share of persons living with children is the highest around the age of 40 – it is 75% among healthy household members, 68% among members with moderate limitations and barely 52% among members with severe limitations (Figure 3, p. 63). The gap is bigger than 20 percentage points, which indicates that severe activity limitations are a major obstacle to becoming a parent. The situation is more difficult in those families where a parent with activity limitations is raising a child (or children) alone. The share of lone parents is roughly the same among household members without limitations and household members with severe activity limitations, but the percentage of parents living with a spouse or a cohabitation partner is significantly lower in the group of persons with severe limitations (the difference can be up to 23 percentage points). For example, if we look at 25–54-year-old household members, the share of lone parents is 10% among persons without limitations and also among persons with severe limitations, whereas the share of parents living with a spouse or a partner is 50% among persons without limitations and 31% among persons with severe limitations. Due to coping problems, older people often move back in with their children and, as expected, the share of older persons living with their children is higher among persons with severe limitations than among healthy persons. 34% of at least 85-year-old members of private households with severe limitations live with their child – 16% are technically lone parents (i.e. live with a child who does not have his/her own child or partner in the same household), 16% are household members who do not belong to the family nucleus but live with the family of their child (as a mother-in-law, father-in-law or parent of a single parent), and 2% live with a spouse or a cohabitation partner and a child (children). Thus, older people with activity limitations are more likely to live with their children than healthy persons, but there is also an opposite trend – working-age persons with activity limitations are more likely to live with their parent(s) in the status of a child. This refers to those working-age persons who live with their parent(s) and do not have a spouse, a partner or a child (children) in the same household. For example, in the age group 30–34, 9% of healthy persons, 13% of persons with moderate limitations and 29% of persons with severe limitations live with their parents (the respective figures for men are 13%, 19% and 37%).

### **Households with members who have activity limitations in Europe**

Similarly to the census, the survey European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) also differentiates between persons with severe, moderate or no activity limitations.

*It allows a comparison of the respective households in different European countries based on the data for 2011. To simplify the comparison, the other European countries have been divided into four groups<sup>a</sup>: Eastern Europe, Northern Europe, Western Europe and Southern Europe, following the common grouping of welfare systems (e.g. Esping-Andersen 1990).*

*According to EU-SILC, the Estonian residents with severe activity limitations have the largest households in Europe, with 2.4 members on average (Table 4, p. 64). This is mainly due to women whose average number of household members is 2.43. In Estonia, the households of men with severe activity limitations are somewhat smaller, with an average of 2.37 members, which is lower than the average indicator for men with severe activity limitations in Eastern and Southern Europe. In all other European regions, except for Estonia, the households of women with severe activity limitations are smaller than the households of men with similar limitations. Thus, in Estonia, women with severe activity limitations can potentially rely on more assistance from their household members than men, while the situation tends to be the opposite in other European countries. This gender difference between Estonia and the rest of Europe can be explained by the large life expectancy gap between men and women in Estonia (with women having a longer life expectancy), which is why Estonia has one of the largest shares of women in the population in the world. Furthermore, Estonia has a relatively large foreign-origin population who is older, on average, than the native population and has a higher prevalence of activity limitations (Sakkeus and Karelson 2012). In Estonia, 85% of family caregivers are women who often care for their husband or other relatives or friends who need care (Tammsaar et al. 2013). Based on the 2011 census, only 4.5% of the persons with severe activity limitations live in institutions (see chapter 3).*

*In Western Europe, the size of households is similar across all health categories, with mostly two members. In Eastern Europe, persons with moderate limitations and with no limitations have the largest households (with 2.31 and 2.29 members, respectively). In Estonia and in Eastern and Southern Europe, healthy persons tend to have smaller households than persons with activity limitations, while in Northern Europe healthy persons often have larger households. In Northern Europe, the average number of household members is below two in all health categories and among both men and women. The prevalence of smaller households in Northern Europe could be partially explained by a higher level of individualisation (Lesthaeghe 2010). Also, the social welfare systems in Nordic countries offer sufficient support to enable people with activity limitations to cope independently (Saraceno and Keck 2008).*

*The social support networks of older Estonian residents with severe activity limitations are more reliant on families and, in this sense, are similar to other Eastern European and Southern European countries (Abuladze and Sakkeus 2013). The greater family-orientation in these regions is also indicated by the fact that healthy persons in these regions have relatively large households, compared to Northern and Western Europe (Table 4, p. 64).*

*As a rule, younger people have larger households. In Estonia, the average household size of 15–19-year-olds with severe activity limitations is 3.9 members – it is bigger among females (4.10) compared to males (3.5) (Figure 4, p. 65). Persons with severe activity limitations in the age groups 20–29, 35–44, 70–74 and 80–84 also have larger households than persons with moderate limitations or healthy persons in the same age groups. A similar pattern can be observed in the Eastern and Southern European countries. In Northern Europe, healthy persons have the largest households in the age group 60+ (Figure 6, p. 66). In Estonia, in the age groups 30–34, 45–59, 65–69 and 75–79, persons with moderate activity limitations (Figure 5, p. 66) have the largest households compared to other health categories in the same age groups. Consequently, in Estonia, younger persons with activity limitations have access to the greatest resources in terms of the number of living relatives and the number of family members in the same household. However, it is also indicative of shortcomings in the social welfare system which does not provide enough services and aids to enable persons with activity limitations to cope independently and live on their own.*

<sup>a</sup> Eastern Europe: Bulgaria, Czech Republic, Hungary, Latvia, Lithuania, Poland, Romania, Slovakia, Slovenia; Southern Europe: Cyprus, Greece, Italy, Malta, Portugal, Spain; Western Europe: Austria, Belgium, France, Germany, Luxembourg, Switzerland, United Kingdom; Northern Europe: Denmark, Finland, Iceland, Netherlands, Norway, Sweden.

*The larger-than-average size of households of persons with activity limitations in Estonia, Eastern Europe and Southern Europe could be due to necessity – economic instability or insecurity does not allow these persons to live independently or to use institutional care services to meet their greater need for assistance due to activity limitations. Secondly, the state has not developed the necessary services and the private and non-profit sectors do not offer these services at a price affordable for people with different economic and social needs. Thirdly, the great share of multi-generational households in Estonia is related to the considerable proportion of the foreign-origin population – multi-generational households are more common among that population (Zakharov 2008). In this regard, Estonia differs from the more individualistic Northern and Western European countries. The fact that living with other household members is common already among young persons with activity limitations indicates that the Estonian welfare system does not yet sufficiently support independent living. A comparison of this indicator with other European countries reveals that Estonia still largely relies on informal assistance to provide support for persons with activity limitations.*

### **The living conditions of persons with activity limitations**

*The size and quality of housing are important factors for well-being because people spend a large portion of their time at home. Vulnerable population groups, including persons with (severe) activity limitations, usually spend more time at home than the average person. The majority of the Estonian population (nearly 98%) live in conventional dwellings, that is, apartments and family dwellings (single-family homes, semi-detached houses, terraced houses) suitable for all-year-round habitation (Table 5, p. 68). The percentage of persons living in conventional dwellings (mostly apartments) is slightly lower (94%) in the population with severe activity limitations, because this group includes a bigger share of people living in institutional households than the groups of persons with moderate limitations and healthy persons. The share of persons living in dormitories or non-conventional dwellings is small in Estonia and more or less similar for healthy persons and persons with activity limitations.*

*The following discussion covers only the dwellings and living conditions of the inhabitants of conventional dwellings. The share of persons living in family dwellings is slightly higher among persons with severe activity limitations than among healthy persons, but there is a difference between rural and urban areas. In rural areas, 70% of persons with severe limitations and 65% of healthy persons live in family dwellings, while in cities this share is actually a little smaller among persons with severe activity limitations (19% and 20%, respectively). Persons with severe activity limitations are less likely to live in newer family dwellings and apartments than healthy persons (Table 5, p. 68) – nearly a fifth of healthy persons but only 7% of persons with severe limitations live in houses (family dwellings, apartment buildings, non-residential buildings with apartments) that were built after 1990. On the other hand, 50.3% of persons with severe activity limitations, 44.2% of persons with moderate activity limitations and 38.2% of healthy persons (living in conventional dwellings) live in older houses built before 1971. In all age groups up to 85, the share of persons living in older houses is bigger among the population with severe activity limitations, compared to the healthy population (Figure 7, p. 67). The situation is the opposite in the oldest age group, which is probably related to the fact that, due to coping difficulties, many persons aged over 85 have moved in with their children or other relatives who live in newer buildings. In terms of the share of persons living in older buildings, the difference between healthy persons and persons with severe activity limitations is the biggest among 30–64-year-olds, ranging from 8 to 11 percentage points. Persons with moderate activity limitations live in houses that are older than the buildings where healthy persons live, but newer than the houses where persons with severe limitations live.*

*The amenities of a dwelling are particularly important for persons with activity limitations because the lack of certain facilities may create additional coping difficulties. Poor living conditions (such as dampness, low indoor temperature, lack of bath/shower or overcrowding, which can cause stress etc.) may exacerbate health problems.*

*A comfort characteristic (i.e. piped water supply) was considered to be available if it was located within the dwelling (not outside). Washing facilities were an exception – these were considered available if the dwelling included a bath, shower or sauna, or if there was a sauna located outside*

the dwelling in a separate building on the same property. Central or electrical heating was considered to be available if it was the main heating option in the dwelling. Persons with severe activity limitations have access to the least amenities; the availability of comfort characteristics is somewhat better for persons with moderate limitations and the best for healthy persons (Table 6, p. 69). The differences are the biggest in the availability of a bath or shower, central or electrical heating and a flush toilet. The availability of fewer comfort characteristics in the dwellings used by persons with activity limitations can be explained by the fact that their dwellings are, on average, older than the dwellings of the rest of the population. Also, many persons with activity limitations live in family dwellings in rural areas, which usually have fewer amenities than apartments.

The differences in the availability of comfort characteristics to these population groups are smaller in cities where residential buildings are generally newer and apartment buildings with all amenities predominate among dwellings. However, in rural areas, the differences are up to 26 percentage points between healthy persons and persons with severe activity limitations and up to 13 percentage points between healthy persons and persons with moderate limitations, depending on the type of comfort characteristic. Here, rural settlements include those villages and small towns which are located around urban centres and could also be considered to be urban in nature. In the case of rural areas, the data indicate that healthier persons are more likely to be able to afford to buy a newly built dwelling with all standard amenities or to renovate their current dwelling. This is certainly not an option for most pensioners, who constitute a large share of the population with activity limitations.

The rule emerging from the comparison of the three population groups – whereby healthier people have more amenities in their dwellings – applies in the case of all the comfort characteristics considered here and in all age groups up to the age of 85 (or sometimes 80 in the case of persons with moderate limitations). This suggests that households with members of any age who have activity limitations have limited means to buy a better-quality dwelling or to renovate the existing dwelling. The largest gaps in the availability of amenities appear in the group of 30–69-year-olds, which covers the age at which healthy people usually work and the early retirement years. After the age of 30, people usually have resources for improving their living conditions; and the persons who have recently retired have often invested in their living conditions before retirement. On average, the dwellings of older people have fewer amenities than the dwellings of young and middle-aged people, irrespective of health status.

In addition to comfort characteristics, the size of the dwelling also matters – the dwelling should be large enough for the particular household. This can be estimated based on the number of rooms per inhabitant or the size of floor area per inhabitant. Both indicators may vary at different stages of life, reflecting the changes in people's lives – while families with small children usually live in the most cramped conditions, the situation improves with age (Figure 8, p. 70). According to the 2011 census, the average area per inhabitant in Estonia was 21.3 square metres in the dwellings of families with children aged under 5, and 39 square metres in the dwellings of 65–69-year-olds. In the case of persons with severe activity limitations, the floor area per inhabitant is slightly lower compared to the healthy population in all age groups. The difference is usually 1–2 square metres but can be up to 2–3 square metres in some age groups. The differences are even smaller between healthy persons and persons with moderate limitations. This indicates that persons with activity limitations are not significantly worse off than healthy persons in terms of the size of their dwelling, but their dwellings often have fewer amenities, especially in rural areas.

In conclusion, it seems that, compared to other European countries, the persons with activity limitations in Estonia are more often the responsibility of their household, and there have not been enough measures to support independent coping. This conclusion is supported by several indicators: the households of persons with activity limitations are bigger than the average and many persons with limitations live with parents as an adult child. Persons with activity limitations have few opportunities to improve their living conditions, although due to their activity limitations they urgently need improved amenities in their dwellings. In terms of improving the quality of life of persons with activity limitations, one of the biggest challenges in Estonia is to increase the availability of measures that support independent coping. Both the current structure of households and the living conditions are a clear indication that these measures have not been available to the required extent.

## 5. PUUDEGA INIMESTE SOTSIAALHOOLEKANNE

**Marianne Leppik**  
Statistikaamet

Hoolekande ajalugu ulatub Eestis 13.–14. sajandisse, kui asutati esimesed varjupaigad haigetele ja vigastatele. 18. sajandil rajati ühiskondliku hoolekande kolleegiumid ja sajand hiljem hakkas hoolekande põhirõhk üle minema kogudustelt omavalitsustele (Rahvusarhiiv 2014). 1925. aastal võeti vastu Eesti esimene hoolekandeseadus, mis pööras tähelepanu ka hoolekandeesutuste arendamisele. Kohalike omavalitsuste ülesanne oli teenuste korraldamine ja rahastamine, riigi õlule jäi erihoolekande korraldamine (Raudla 2002). Nõukogude ajal oli valdav institutsionaalne hoolekanne, mis tõi kaasa puudega inimeste sulgemise kinnistesse asutustesse. Taasiseseisvumise järel läks hoolekande korraldamisel rõhuasetus taas riigilt kohalikule omavalitsusele. Praegune puudega inimeste poliitika on seega viimaste sajandite arengu tulemus.

Tänapäeva ühiskonnas on tunnustatud printsip, et riik pakub oma kodanikele sotsiaalset kaitset, mis annab kindlustunde tuleviku suhtes ja võimaluse elada inimväärselt kogu elu. Eesti Vabariigi põhiseaduse §28 sätestab muu hulgas, et puudega inimesed on riigi ja kohalike omavalitsuste erilise hoole all (Eesti ... 1992). Alates 1995. aastast on Eestis hoolekannet korraldatud sotsiaalhoolekandeseaduse alusel. Sotsiaalhoolekande tarbeks on vastu võetud mitu seadust ja määrust ning seda on rahastatud nii riigi kui ka kohalike omavalitsuste eelarvest.

1995. aastal kiitis valitsus heaks ka Eesti invapoliitika üldkontseptsiooni, mis on siiani ainus riiklik puudega inimesi käsitlev strateegiadokument (Puuetega ... 1995). 17 aastat hiljem, 21. märtsil 2012 ratifitseeris Eesti ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni. Sellega võttis riik endale eesmärgi parandada puudega inimeste olukorda, rakendades selleks mitmesuguseid abinõusid. Konventsiooni preambuliga on sätestatud liikmesriikide kohustused tagada puudega inimestele vabadus iseseisvalt liikuda, küllaldane elatustase ja sotsiaalne kaitse.

Riik on hakanud aina enam puudega inimeste vajadusi tunnustama ja nende ring, kes saavad seaduse alusel puudega inimestele mõeldud toetusi, on laienenud. Kui 2004. aasta 1. jaanuari seisuga oli puudega inimesi 7,1% kogurahvastikust, siis 2014. aastaks on nende osatähtsus kasvanud 10,7%-ni. Niisugune trend tähendab ka suuremat koormust nii sotsiaalkindlustus- kui ka sotsiaalhoolekandesüsteemile, mille ülesanne on osutada puudega inimesele või tema perekonnale abi puudest tingitud raskuste ennetamiseks, kaotamiseks või kergendamiseks.

Eesti praegune sotsiaalhoolekandesüsteem on meditsiinikeskse lähenemisega. Puudega inimeste kaasamine rajaneb suuresti nende esmavajaduste rahuldamisel, et nad saaksid ühiskonnas iseseisvalt hakkama, mitte realsel kaasamisel. See tähendab, et puudega inimestele laiema valiku tugiteenuste pakkumise asemel makstakse mitmesuguseid sotsiaalkindlustustoetusi, mille peamine eesmärk on siiani olnud hüvitada puudest tingitud lisakulutusi.

Käesolevas peatükis käsitletakse puudega inimeste sotsiaalhoolekannet ja sotsiaalkindlustust ning vaadatakse pakutavaid teenusi ja toetusi ning nõudlust.

### Ülevaade kehtivast sotsiaalhoolekandesüsteemist

Esmajoones on puudega inimene isiksus, kel on tavalised inimlikud vajadused ja alles seejärel erivajadused, mille tõttu ta vajab rohkem toetust kui enamik inimesi. Puudega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse kohaselt on puue inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koos eri suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab teistega võrdsetel alustel ühiskonnaelus osalemist (Puuetega ... 1999). Kui puudega inimesel on puude tõttu lisakulutusi, näiteks on vaja abivahendeid, hooldust, rehabilitatsiooni või on lisakulutused seotud transpordi, töötamise või õppimisega, on talle ette nähtud riigi makstavad puudega inimeste sotsiaaltoetused (*ibid.*). Sotsiaalhoolekandeseaduse kohaselt korraldavad sotsiaalhoolekannet sotsiaalminister – riiklik sotsiaalhoolekanne, maavanemad (nt pensioniameti maakondlik osakond) – ja kohalik omavalitsus (KOV)

(Sotsiaalhoolekande ... 1995). Eesti sotsiaalse kaitse meetmed on sotsiaalkindlustus ja -hoolekanne. Esimene tähendab, et teatavate sotsiaalsete riskide (nt töövõimetus) realiseerumise korral peab riik tagama inimväärselt äraelamist võimaldava sissetuleku. Sotsiaalkindlustust rahastab riik kohustuslikest maksudest. Hoolekanne on aga toimingute süsteem, mille abil tagatakse puudega inimestele mitmesugused põhivabadused, suurendatakse sotsiaalset kaasatust ja leevendatakse sotsiaalset tõrjutust. Hoolekanne kätkeb endas nii toetusi kui ka hoolekandeteenuseid (Medar 2009).

Nii toetuste kui ka teenuste saamise aluseks on puude raskusastme taotlemine ning selleks tuleb inimesel esitada Sotsiaalkindlustusametile avaldus, milles ta annab infot oma toimetuleku, abivajaduse, takistuse, lisakulude jms kohta. Peale isiku enda antava info küsitakse lisateavet ka pere- või eriarstilt. Puue tuvastatakse inimesega kohtumata (Puuetega ... 2014).

Puude raskusastme tuvastamine toimub eri vanuses inimestel erinevalt. Lastel ja pensioniealistel tuvastatakse puude raskusaste selle järgi, kui palju nad vajavad puude tõttu kõrvalist abi, juhendamist või järelevalvet. Selgitatakse välja ka puudest tingitud lisakulu – vähemalt kord kuus tehtavad kulutused ravimitele, transpordile, abivahendite korrashoiule, enesehooldusele, majapidamisele, eririistele ja -jalatsitele ning kommunikatsioonivahendite kasutamisele (Puuetega ... 2014).

Tööealistel tuvastatakse vajaduse korral ka püsiva töövõime kaotuse protsent ja juhul, kui see on üle 40%, on inimesel võimalik saada töövõimetuspensioni. Nii töövõime kadu kui ka puude raskusaste määratakse kindlaks ajaks (pool aastat, 1, 2, 3 või 5 aastat) ja selle möödumisel tuleb ette võtta sama protseduur (n-ö kordusekspertiis). Kordusekspertiisi võib taotleda ka varem, kui inimese toimetulek, tervises seisund vm on oluliselt muutunud. Nii puude kui ka püsiva töövõimetus taotlemise aluseks olevate ekspertiiside arv kasvas kuni 2011. aastani ning hakkas seejärel vähenema (tabel 1).

**Tabel 1. Töövõimetus ja puude ekspertiisid, 2009–2013**

*Table 1. Examinations for determination of incapacity for work or degree of severity of disability, 2009–2013*

	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Esimest korda püsivalt töövõimetuks tunnistatud</b>	<b>12 973</b>	<b>16 804</b>	<b>17 339</b>	<b>15 885</b>	<b>14 766</b>	<b>First-time registration of permanent incapacity for work</b>
Mehed	7 191	8 975	9 021	8 182	7 754	Males
Naised	5 782	7 829	8 318	7 703	7 012	Females
Töövõimetus 100%	1 418	1 219	1 175	908	849	100% incapacity for work
Töövõimetus 80–90%	3 490	3 825	3 780	3 316	2 944	80–90% incapacity for work
Töövõimetus 40–70%	7 402	10 581	10 799	10 013	9 325	40–70% incapacity for work
Töövõimetus 10–30%	663	1 179	1 585	1 648	1 648	10–30% incapacity for work
<b>Püsivalt töövõimetuks tunnistatud</b>	<b>37 942</b>	<b>38 806</b>	<b>38 370</b>	<b>36 465</b>	<b>37 831</b>	<b>Registered as permanently incapacitated for work</b>
Mehed	19 550	19 869	19 286	17 870	18 527	Males
Naised	18 392	18 937	19 084	18 595	19 304	Females
Töövõimetus 100%	4 423	4 089	3 891	2 541	2 917	100% incapacity for work
Töövõimetus 80–90%	13 609	13 746	13 011	11 296	10 918	80–90% incapacity for work
Töövõimetus 40–70%	19 240	20 307	20 672	21 503	22 732	40–70% incapacity for work
Töövõimetus 10–30%	670	664	796	1 125	1 264	10–30% incapacity for work
<b>Esmakordse puudega inimesed</b>	<b>16 569</b>	<b>20 544</b>	<b>21 869</b>	<b>21 483</b>	<b>21 407</b>	<b>First-time registration of disability</b>
Mehed	8 228	9 818	10 315	10 206	9 973	Males
Naised	8 341	10 276	11 554	11 277	11 434	Females
Sügav puue	1 620	1 919	2 050	2 208	2 030	Profound disability



**Tabel 1. Töövõimetuse ja puude ekspertiisid, 2009–2013**

Table 1. Examinations for determination of incapacity for work or degree of severity of disability, 2009–2013

Järg – Cont.

	2009	2010	2011	2012	2013	
Raske puue	6 835	8 195	9 217	8 987	8 802	Severe disability
Keskmine puue	8 114	10 430	10 602	10 288	10 575	Moderate disability
<b>Korduva puudega inimesed</b>	<b>32 533</b>	<b>30 983</b>	<b>31 812</b>	<b>29 879</b>	<b>29 046</b>	<b>Repeat registration of disability</b>
Mehed	13 265	14 446	14 472	13 265	13 121	Males
Naised	16 614	16 537	17 340	16 614	15 925	Females
Sügav puue	4 492	3 799	4 227	3 911	3 001	Profound disability
Raske puue	17 043	16 197	16 411	15 160	14 191	Severe disability
Keskmine puue	10 998	10 987	11 174	10 808	11 854	Moderate disability

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

Source: Social Insurance Board

2013. aastal tehti esmakordse puude määramiseks kokku üle 31 000 ekspertiisi ja 68%-l juhtudest puue ka määrati. Kordusekspertiise oli ligi 30 000 ning sel juhul kinnitati puue 95%-l juhtudest. Töövõime kao määramiseks tehti 2013. aastal ligi 17 000 ekspertiisi ja 88%-l juhtudest määrati püsiv töövõimetus, kordusekspertiise tehti ligi 38 000 ning töövõime kadu jäi püsima 99%-l juhtudest. Nagu öeldud, määratakse puude ekspertiisi tulemusena inimesele kas keskmise raskusastmega, raske või sügav puue; töövõime hindamise korral töövõimetus 80–90%, 40–70% või alla 40%. Kuni 2011. aastani nii töövõimekao kui ka puudega inimeste arv kasvas, ent aastatel 2012–2013 kahanes.

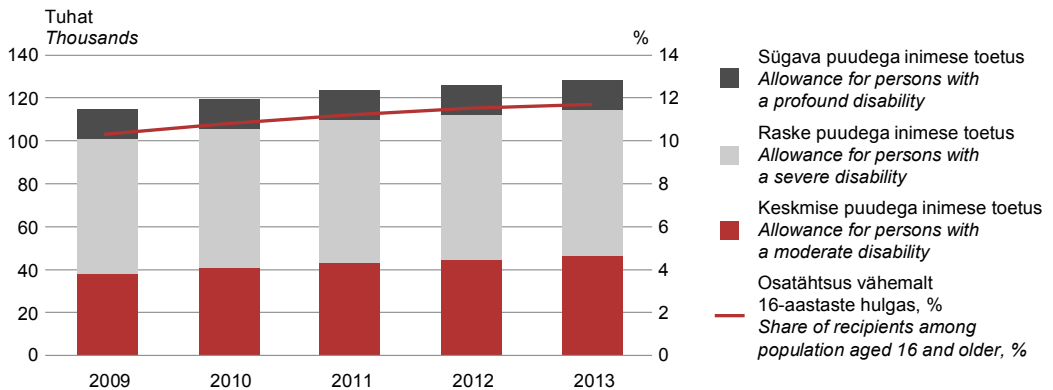
Järgnevalt on antud ülevaade nii puudega inimestele osutatavatest sotsiaalteenustest kui ka pakutavatest toetustest.

### Puudega inimeste toetused

Puudega inimeste sotsiaaltoetuste eesmärk on nende iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja võrdsete võimaluste toetamine puudest tingitud lisakulude osalise hüvitamisega. Puudega inimeste sotsiaaltoetusi määratakse ja makstakse Eesti alalisele elanikule või tähtajalise elamisloa või tähtajalise elamisõiguse alusel Eestis elavale isikule lisakulutusi tekitava keskmise raskusastmega, raske või sügava puude korral. Eestis viibival rahvusvahelise kaitse saajal on õigus puudega inimeste sotsiaaltoetustele Eesti alalise elanikuga võrdsel alusel (Puuetega ... 1999).

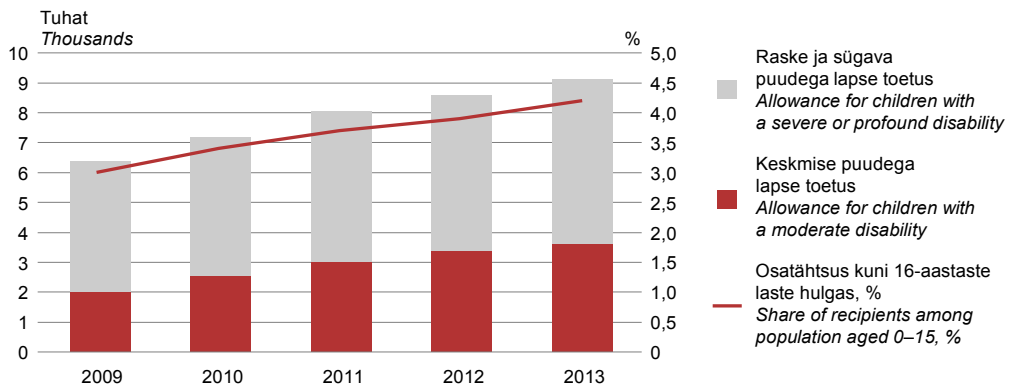
Puudega inimeste toetused on eeskätt rahalised hüvitised, mis on kindlaks määratud puudega inimeste sotsiaaltoetuste seadusega. Ühtekokku võib eristada kaheksat rahalise toetuse liiki, mille arvutamise aluseks on puudega inimeste sotsiaaltoetuste määr, mis on alates 2005. aastast ehk viimased kümme aastat olnud 25,57 eurot. Tuleb arvesse võtta, et nii nagu erinevad puude raskusastmed, erinevad ka makstavate toetuste määrad.

Levinuimad (ja ka enim taotletavad) toetused on iga kuu makstavad puudega inimeste toetused, mille all eristatakse puudega lapse, puudega tööealise ja puudega vanaduspensioniealise toetust. Nimetatud toetusi võib taotleda nii rehabilitatsiooniplaanis ette nähtud kulutuste finantseerimiseks kui ka puudest tingitud lisakulude hüvitamiseks. Nii nagu puudega inimeste arv on suurenenud ka neile väljamakstavad sotsiaaltoetused. Enim taotlejaid on vähemalt 16-aastaste puudega inimeste seas. Toetuse saajate arv on vahemikus 2009–2013 märkimisväärselt kasvanud – kui 2009. aastal oli neid 115 000, siis 2013. aastal 130 000 (joonis 1). Neil aastatel suurenes ka vanaduspensioniealiste toetusesaajate arv – peaaegu kaks korda. Kui aga suhestada toetusesaajate arv puudega täisealiste ehk üle 16 aasta vanuste kogu arvuga, ilmneb, et toetusi sai näiteks 2014. aasta 1. jaanuari seisuga 98% ehk enamik puudega inimestest.

**Joonis 1. Puudega täisealise toetuse saajad, 2009–2013***Figure 1. Recipients of disability allowances for adults, 2009–2013*

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet  
Source: Social Insurance Board

Oluline rühm puudega inimeste toetuste taotlejate seas on alaealised. Puudega laste toetusi saab praeguse seisuga kokku üle 9000 lapse, seejuures 60%-l neist on raske või sügav puue. Nii nagu täisealistel on ka puudega laste toetuse saajate arv kasvanud – kui 2009. aastal sai riiklikku toetust umbes 6400 last, siis 2013. aastal oli neid juba ligikaudu 2700 võrra rohkem (joonis 2). Võttes arvesse, et puudega laste toetusi makstakse alla 16-aastastele lastele, said 2013. aastal seda toetust 93% kõikidest puudega lastest.

**Joonis 2. Puudega lapse toetuse saajad, 2009–2013***Figure 2. Recipients of disabled child allowance, 2009–2013*

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet  
Source: Social Insurance Board

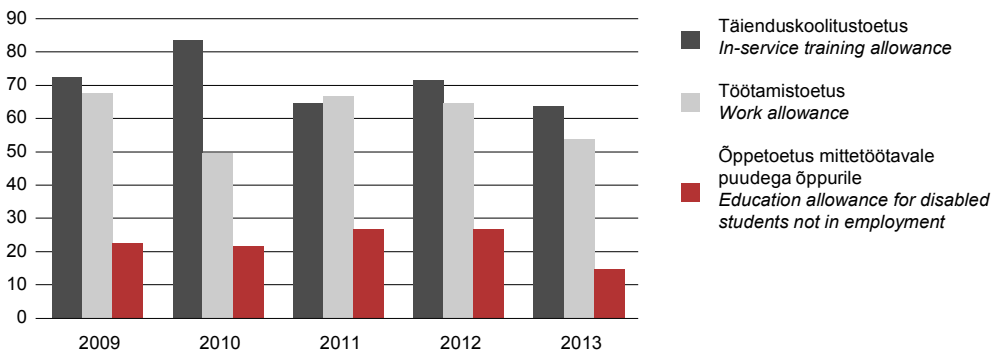
Eespool nimetatud toetuseliigid on küll levinuimad, ent puudega inimestele makstakse ka teisi, spetsiifilisemaid toetusi. Üks neist on rehabilitatsioonitoetus, mille eesmärk on hüvitada 16–65-aastaste erivajadustega inimeste rehabilitatsioonikulusid (seisuga 01.01.2014 oli toetuse määr 51,14 eurot). Selle toetuse taotlejate arv on iga aastaga kasvanud. Kui 2009. aastal sai rehabilitatsioonitoetust ligi 2900 inimest, siis 2013. aastal 23% rohkem. Tendents on küll positiivne, ent tegelikkuses jõuab toetus vaid 0,5%-ni puudega 16–65-aastastest.

Last üksi kasvatavale puudega vanemale on ette nähtud puudega vanema toetus, mille saajate arv on läbi aastate olnud üsna stabiilselt umbes 1100, kasvades aastatel 2009–2013 vaid 4%.

Mõnevõrra rohkem on muutunud väljamakstud summad – vaatlusalusel perioodil kasvasid puudega vanema toetused 13%.

Väga tagasihoidlikuna on püsinud täienduskoolitus-, töötamis- ja õppetoetuste saajate hulk. Alates 2011. aastast on taotlejate arv iga toetuse liigi puhul kahanenud (joonis 3). Kõige vähem on taotletud õppetoetust, enim aga täienduskoolitustoetust. Toetuste taotlejate väikest arvu võib osalt põhjendada vähese motivatsiooniga. Kõrgkoolis õppivail puudega inimestel on võimalik taotleda Euroopa Liidu Sotsiaalfondist kaasrahastatava programmi Primus raames stipendiumi või ühekordset toetust. See jääb vahemikku 60–510 eurot, olles seega mitu korda suurem kui riigi rahastatav toetus, mis on 6,39–25,57 eurot. Täienduskoolitustoetuse taotlejate nappuse taga võivad samuti olla motivatsiooniga seotud tegurid. Töötamiskoolitusega seotud kulud hüvitab enamasti tööandja, mistõttu ka seda toetust on vähem taotletud.

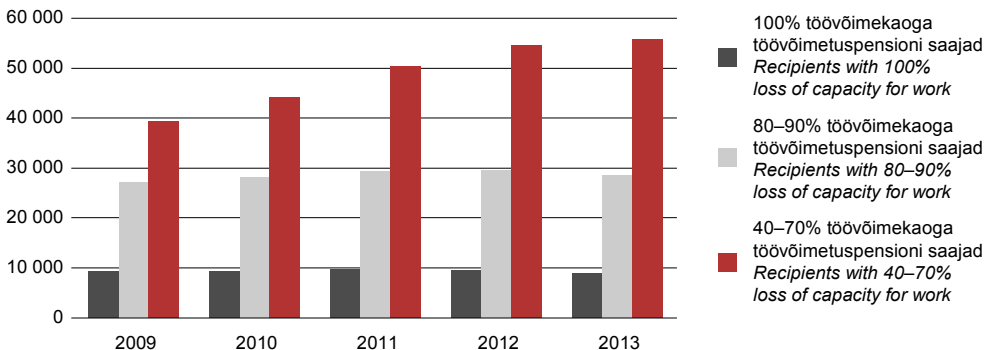
**Joonis 3. Puudega inimeste täienduskoolitus-, töötamis- ja õppetoetuse saajad, 2009–2013**  
*Figure 3. Recipients of in-service training allowance, work allowance and education allowance for persons with disabilities, 2009–2013*



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet  
 Source: Social Insurance Board

Peale eespool nimetatud toetuste on puudega tööealistel võimalik taotleda töövõimetuspensioni, juhul kui töövõime kaoks on määratud 40–100%. Ajavahemikus 2009–2013 kasvas töövõimetuspensioni saajate arv 23% (01.01.2014 seisuga oli neid 94 325) (joonis 4).

**Joonis 4. Töövõimetuspensioni saajad, 2009–2013**  
*Figure 4. Recipients of pension for incapacity for work, 2009–2013*



Allikas: Sotsiaalkindlustusamet  
 Source: Social Insurance Board

51% töövõimetuspensionari saajatest on naised. Vanuse poolest kuulub enim töövõimetuspensionäre vanuserühma 40–59. Majanduskriisi ja struktuurse tööpuuduse tõttu kasutatakse töövõimetuspensionari ka n-õ asendussissetulekuna ja töövõimetute suur hulk ei viita tingimata suurele hulgale puude või tegevuspiiranguga inimestele. Vaesuse leevendamiseks ei ole Eestis eriti palju meetmeid ja mitmesugustel põhjustel ei saa kõik abivajajad ka toimetulekutoetust taotleda. Seega võib oletada, et majandussurutise ajal kasutati töövõimetuspensionari ka toimetulekutoetusena.

### Sotsiaalteenused puudega inimestele

Sotsiaalteenuseid osutab nii riik kui ka kohalik omavalitsus. Riik lähtub teenuste osutamisel sotsiaalhoolekandeseaduse §-st 10, mille alusel rahastatakse, reguleeritakse ja korraldatakse rehabilitatsiooniteenust, erihoolekandeteenuseid, proteeside ja muude abivahendite andmist, raske ja sügava puudega laste hoiu teenust ning asenduskoduteenust (Sotsiaalhoolekande ... 1995).

Peamiselt osutavad teenuseid siiski kohalikud omavalitsused (KOV-id), kelle kanda jäävad puudega inimeste sotsiaalnõustamine, koduteenused, eluasemeteenused ning hooldamine perekonnas ja hoolekandeesutuses. Peale selle korraldavad kohalikud omavalitsused invatransporti, isikliku abistaja ja tugisiku teenust. Järgnevalt on räägitud peamisest riigi ja KOV-i osutatavatest teenustest lähemalt.

Rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on toetada puudega inimeste iseseisvat toimetulekut, kogukonda kaasatust ning töötamist ja tööleasumist. Rehabilitatsiooni mõiste on küll üsna lai, ent nimetatud teenuse sisu on sotsiaalhoolekandeseadusega reguleeritud – selle alla kuuluvad nii rehabilitatsioonihindamine kui ka -planeerimine, rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine ja täitmise tulemuste hindamine, füsio-, tegevus- ja loovterapeudi teenus ning sotsiaaltöötaja, eripedagoogi, psühholoogi ja logopeedi teenus (Rehabilitatsiooniteenuse ... 2007). Kõikide nimetatud rehabilitatsiooniteenuste osutamise aluseks on kehtiv rehabilitatsiooniplaan.

Nimetatud teenuseid saavad taotleda igas eas puudega inimesed ja töövõimetuspensionärid, kelle töövõime kadu on vähemalt 40%. Inimeste vajadusi hindavad rehabilitatsioonispetsialistid ning selle tulemusena koostatakse rehabilitatsiooniplaan, mis koosneb spetsialistide hinnangust, soovitud tegevuskavast. Plaan kehtib pool kuni viis aastat ja selles tehakse kindlaks vajadus eri teenuste järele. Tihti peale on kehtiv rehabilitatsiooniplaan aluseks paljude riigi pakutavate teenuste saamiseks.

Rehabilitatsiooniteenuste osutajate arv on maakonniti üsna erinev (tabel 2). Näiteks on enim vastavaid asutusi koondunud Harju- ja Tartumaale. Ühelt poolt on see mõistetav, kuna nendes piirkondades on rahvaarv teistest suurem. Teiselt poolt aga elab puudega inimesi enim väiksemates maakondades, iseäranis suur on nende osatähtsus Jõgeva-, Põlva-, Valga- ja Võrumaal. Mainitud maakondades on aga üsna vähe puudega inimestele mõeldud rehabilitatsiooniasutusi, ent üsna palju teenuse kasutajaid. Absoluutarvudes kasutatakse rehabilitatsiooniteenuseid palju ka Harju-, Ida-Viru- ja Tartumaal, ilmselt nende maakondade asutuste rohkuse tõttu. Kui aga vaadata puudega inimeste osatähtsust maakonniti, avaneb hoopis teistsugune pilt. Rehabilitatsiooniteenused on mõeldud ennekõike puudega inimeste kaasamiseks, ent kogu Eesti peale kasutab neid kokku vaid kümnendik kõigist puudega inimestest. Seejuures on erinevused maakonniti üsna suured.

**Tabel 2. Puudega inimeste rehabilitatsiooniteenuseid osutavad asutused ja teenuse kasutajad maakonna järgi, 2013<sup>a</sup>**

*Table 2. Institutions providing rehabilitation services for persons with disabilities and users of the services by county, 2013<sup>a</sup>*

	Asutused <i>Institutions</i>	Teenuse kasutajate arv <i>Users of services</i>	Teenuse kasutajate osatähtsus maakonna puudega inimestes, % <i>Share of users among the disabled population in the county, %</i>	
Harjumaa	26	2 815	7,8	<i>Harju county</i>
Hiiumaa	1	35	5,2	<i>Hiiu county</i>
Ida-Virumaa	11	2 303	10,5	<i>Ida-Viru county</i>
Jõgevamaa	2	588	8,3	<i>Jõgeva county</i>
Järvamaa	3	343	10,8	<i>Järva county</i>
Läänemaa	1	161	7,9	<i>Lääne county</i>
Lääne-Virumaa	6	438	8,4	<i>Lääne-Viru county</i>
Põlvamaa	5	858	12,2	<i>Põlva county</i>
Pärnumaa	5	652	7,9	<i>Pärnu county</i>
Raplamaa	2	238	8,9	<i>Rapla county</i>
Saaremaa	6	265	6,5	<i>Saare county</i>
Tartumaa	28	3 075	14,0	<i>Tartu county</i>
Valgamaa	2	604	9,8	<i>Valga county</i>
Viljandimaa	4	705	10,7	<i>Viljandi county</i>
Võrumaa	4	801	10,8	<i>Võru county</i>
Kokku	106	13 875	9,8	<i>Total</i>

<sup>a</sup> Andmed on 2013. aasta lõpu seisuga.

<sup>a</sup> Data as at the end of 2013.

Allikad: Sotsiaalkindlustusamet, Statistikaamet  
Sources: Social Insurance Board, Statistics Estonia

Rehabilitatsiooniteenuste kasutajate arv kasvas ajavahemikus 2009–2013 ligikaudu 20%. 2013. aastal kasutas neid teenuseid kokku veidi üle 13 000 inimese. Rehabilitatsiooniteenuste kasutajad on enamasti alla 17-aastased – 2013. aastal olid 52% teenuse kasutajatest alla 17 aasta vanused ja 28% üle 63 aasta vanused. Lastepuhul on rehabilitatsiooniteenuse peamine ülesanne vähendada puudest tingitud piiranguid ja takistusi ning soodustada seeläbi lapse arengut. Puudega eakate rehabilitatsioon kätkeb endas eeskätt hooldust ja senise elukvaliteedi säilitamist. Tööelistest kasutab rehabilitatsiooniteenust 20%. Kavandatav töövõimereform kujundab ümber ka rehabilitatsiooniteenuse. Muudatused puudutavad eeskätt puudega tööelisi, kellel on tuvastatud töövõime vähenemine, ent mitte selle täielik puudumine. Neile osutatakse edaspidi uut tööle saamist või tööl püsivust toetavat tööalase rehabilitatsiooni teenust Eesti Töötukassa kaudu. See aga tähendab, et inimene peab olema end arvele võtnud töötaja või töötuna, töötama, õppima või viibima aja- või reservteenistuses. See omakorda kitsendab rehabilitatsioonitoetuse saajate ringi.

Aastatel 2009–2013 kasvas puudega inimeste arv 17% ja rehabilitatsiooniteenuse saajate arv 23%. Samal ajal püsis teenuse saajate osatähtsus puudega inimeste seas aastatel 2009–2013 võrdlemisi stabiilsena, olles vahemikus 2,0–2,5%.

Rehabilitatsiooniteenust kasutatakse peaausjalikult liikumis- ja liitpuude (vähemalt kaks puuet) korral – kokku 55%-l juhtudest. Üsnagi palju kasutatakse rehabilitatsiooni ka nende puudeliikide korral, mis ei ole seotud nägemise, kuulmise, kõne ega psüühikaga – 2013. aastal kasutas rehabilitatsiooniteenust 28% muu puudega inimestest.

Rehabilitatsiooniteenuse kasutamine on siiski üsnagi tagasihoidlik. 2009. aasta puudega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse kohta tehtud uuringu (Puudega ... 2009) tulemuste

kohaselt võivad vähese kasutamise taga olla mitmesugused probleemid – pikad ootejärjekorrad, keerukas asjaajamiskord jms.

Erihoolekandeteenused on mõeldud peaaesjalikult neile, kel on raske, sügava või püsiva psüühikahäire tõttu välja kujunenud suurem kõrvalabi-, juhendamise- või ka järelevalvevajadus ning kes vajavad toimetulekuks professionaalset kõrvalabi. Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande arendamisel tuleb väärtustada sotsiaalset integratsiooni, mistõttu põhisuundumus on arendada toetavaid teenuseid nii, et inimene saaks elada võimalikult kaua tavapärasel elukeskkonnas. Teenust kasutavatele (hoolekandetasutustes viibivatele) inimestele on esmatähtis koduste elutingimuste loomine. Erihoolekandes loetakse koduses keskkonnas toimetulekut toetavateks teenusteks igapäevaelu toetamise, toetatud elamise ja töötamise teenust. Hoolekandetasutustes osutatakse ööpäevaringset erihoooldusteenust. Ühe erihoolekandevormina pakutakse ka kogukonnas elamise teenust.

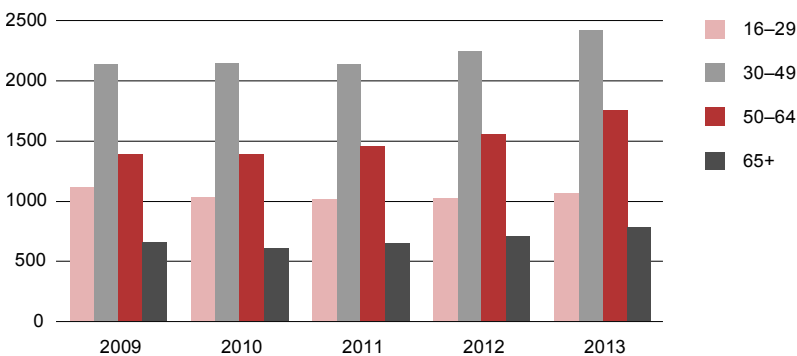
Käesolevas peatükis teenuseid ei eristata ja esitatav statistika kätkeb endas kõigi erihoolekandeteenuste kasutajaid (ehk erihoolekodud, toetatud elamine jms).

Erihoolekandeteenuseid koordineerib ja osutab AS Hoolekandeteenused. Vastavat teenust osutavaid asutusi on Eestis kokku 109 ja need paiknevad üsnagi hajusalt üle riigi. Aastatel 2009–2013 lisandus 13 erihoolekandeteenust osutavat asutust, teenuste kasutajate arv kasvas samal ajavahemikul 710 võrra. Enim kasutavad erihoolekandeteenuseid 30–49-aastased puudega inimesed (joonis 5), mehed veidi enam kui naised.

Ehkki erihoolekandeteenuste kasutajate arv ajavahemikus 2009–2013 suurenes, on nende osatähtsus puudega inimeste koguhulgas jäänud suhteliselt samaks. See tähendab, et proportsionaalselt on vaatlusalusel ajavahemikul lisandunud rohkem puudega inimesi kui vastava teenuse kasutajaid. Erihoolekandeteenust kasutab kesktlääbi vaid 4% kõigist puudega inimestest.

### Joonis 5. Erihoolekandeteenuste kasutajad vanuserühma järgi, 2009–2013

Figure 5. Users of special care services by age group, 2009–2013



Allikas: Sotsiaalministeerium  
Source: Ministry of Social Affairs

2013. aastal kasutati erihoolekandeteenustest pooltel juhtudel ööpäevaringset hooldust – selle teenuse kasutajaid oli üle 3300. Kolmandik kasutab igapäevaelu toetamise teenust ja 10% toetatud elamise teenust. Vähem kasutatakse kogukonnas elamise ja töötamise toetamise teenust.

Üks riigi toetatav ja rahastatav meede on proteeside ning ortopeediliste ja muude abivahendite andmine. Nimetatud vahendite valik on üsna lai – nende hulka kuuluvad nii nägemis-, kuulmis-, liikumis-, teisaldamis- ja olmeabivahendid kui ka mitu muud tooterühma. Üldiselt selgitab abivahendivajaduse välja perearst, ent kui vahendi hind on üle 1278 euro, selgitab vajaduse välja

eriarst või rehabilitatsiooniasutus. Proteesi või muu abivahendiga on võimalik ennetada tekkinud või kaasasündinud kahjustuse või puude süvenemist, samuti kompenseerida puudest tingitud funktsioonihäiret ning parandada ja säilitada füüsilist ja sotsiaalset iseseisvust ja tegutsemisvõimet (Puudega ... 2014).

Niisuguseid abivahendeid sai 2013. aastal kokku 64 420 inimest, kellest 14% olid alla 18-aastased ja enamik ehk 70% vanaduspensioniealised. Pensionealiste kasutajate suure osatähtsuse tõttu oli suurem osa kasutatavaist abivahenditest põetamis- ja hooldusvahendid (46%). Teise suurema rühma moodustasid ortoosid ja proteesid, mida kasutati 25%-l juhtudest. Liikumisabivahendeid kasutas kokku pea 14 000 inimest (21%).

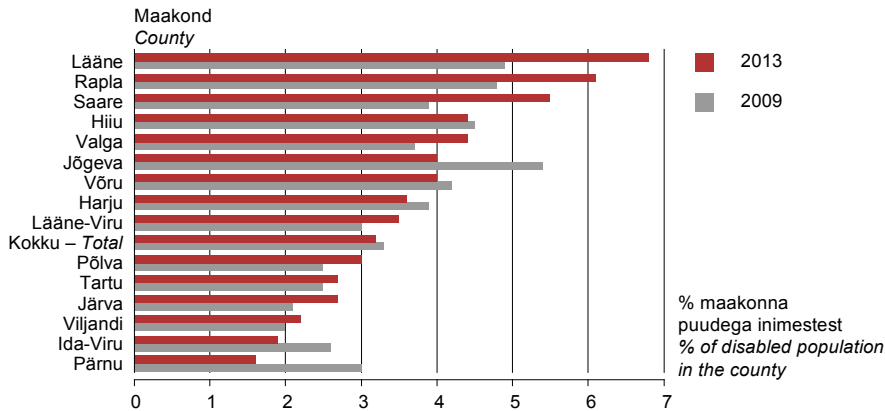
Puudega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuringu tulemuste kohaselt (Puuetega ... 2009) kasutab suurem osa inimesi abivahendeid igapäevategevustes. Pakutavate abivahenditega olid uuringus osalejaist rahul pea pooled, ent leiti ka mõningaid puudusi. Üsna sageli peeti abivahendeid kalliks (65%), samuti arvati, et need võiksid olla täiuslikumad ja vastupidavamad. Kõige suurem nõudlus on liikumis-, nägemis- ja kuulmisabivahendite järele. Uuringust selgus, et ligi pooltel uuringus osalenuist on olnud probleeme abivahendite saamisega. Eeskätt on tegemist materiaalsete probleemidega – kas on abivahend kallis või on asjaajamiskulud liiga suured. Abivahendite saamist soodustingimustel reguleerib sotsiaalministri määrus (Tehniliste ... 2000). Pärast määruse jõustumist pole riigi panus abivahendite soodustingimustel saamisesse muutunud – riigi osalusprotsent on sama suur kui 14 aastat tagasi.

Raske ja sügava puudega laste kasvatajatele (vanem, eestkostja või perekonnas hooldaja) pakub riik ka lapsehoiuteenust. See on mõeldud last kasvatava isiku paremaks toimetulekuks ja töötamise toetamiseks.

Suurem osa puudega inimeste hoolekandest on kohalike omavalitsuste õlul. Nemad korraldavad, reguleerivad ja rahastavad teenuseid, mille osutamiseks on vajalik tunda ning hinnata piirkonna elanike vajadusi ja piirkonna võimalusi. Teenuste sisu on välja toodud sotsiaalhoolekandeseaduses ning teenuste vajalikkust hindab KOV-i sotsiaaltöötaja koos abivajaja ja tema pereliikmetega. Üks KOV-i pakutav teenus on sotsiaalnõustamine, kus inimesele antakse vajalikku teavet tema sotsiaalsete õiguste kohta. Sotsiaalnõustamise eesmärk on ennetada sotsiaalsete probleemide teket, lahendada juba tekkinuid ja soodustada edasist toimetulekut.

Levinuim KOV-i pakutav sotsiaalhoolekandeteenus on koduteenus. See tähendab kodustes oludes osutatavaid teenuseid, mis aitavad abi vajavatel inimestel toime tulla harjumuspäras keskkonnas. Teenuse eesmärk on abistada inimest kodu ja isikliku eluga seotud igapäevatoimingutes ning asjaajamisel. Sellega aidatakse kaasa elukvaliteedi säilitamisele ja parandamisele. Koduteenus aitab hooldusteenuste kaudu leevendada funktsionaalsete võimete kahanemisest ja tervise halvenemisest tingitud toimetulekuraskusi. Koduteenus iseenesest sotsiaalset tõrjutust tingimata ei leevenda, ent ainuüksi see, et inimesele luuakse võimalus elada oma harjumuspäras keskkonnas, ja see, et temaga regulaarselt suheldakse, on abi vajavale inimesele sügava sotsiaalse ja psühholoogilise tähendusega (Kreitzberg jt 2010). Koduteenuste loetelu ja nende osutamise korra kehtestab iga KOV ise.

Koduteenuse kasutajate arv püsis aastatel 2009–2013 stabiilselt 4000 ümber. 2013. aastal kasutas koduteenust kokku 4486 erivajadusega inimest (3% puudega inimestest), neist 74% olid naised. Enamik teenuse kasutajast olid üle 65 aasta vanused (80%), alla 17-aastaseid oli üsna vähe – ligi 1% kõikidest kasutajatest. Nimetatud teenust kasutavad enim Lääne-, Rapla- ja Saaremaa puudega inimesed. Enim on koduteenust kasutavate elanike osatähtsus puudega inimeste seas kasvanud Lääne-, Rapla- ja Saaremaal, enim vähenenud aga Jõgeva-, Ida-Viru- ja Pärnumaal (joonis 6).

**Joonis 6. Koduteenuse kasutajad maakonna järgi, 2009 ja 2013***Figure 6. Users of domestic services by county, 2009 and 2013*

Allikad: Sotsiaalministeerium, Statistikaamet  
 Sources: Ministry of Social Affairs, Statistics Estonia

KOV-i korraldada on ka puudega inimeste hooldamine hoolekandeesutustes, samuti finantseerib KOV perekonnas hooldamist. Ajavahemikul 2009–2013 suurenes täiskasvanute ööpäevase hooldamise teenuse kasutajate arv ligikaudu 24%. Kui 2009. aastal kasutas teenust kokku 5182, siis 2013. aastal juba 6333 inimest, kellest 66%-l oli ametlikult registreeritud puue. Hoolekandeesutuste statistika paraku väga põhjalikku ja täpset informatsiooni puudega inimeste kohta ei anna – hooldusel viibivad ka need, kes ei saa enesega sotsiaalselt hakkama ja kellele seetõttu on hakatud puuet määrama. Statistika alusel ei saa seega kindlaks teha, kui palju tegelikult hoolekandeesutustes puudega inimesi on.

Nii nagu on kasvanud hoolekandeesutuses hooldust vajavate inimeste arv, suurenes aastatel 2009–2013 ka nimetatud teenust pakkuvate asutuste arv, vastavalt 122-st 144-ni. Perekonnas hooldamine ei ole puudega inimeste seas eriti levinud. Seda ei tohi segamini ajada omastehooldusega, mis sisuliselt tähendab puudega pereliikme hooldajaks vormistamist. Sel juhul on hooldajaks vormistatud võimalik taotleda omavalitsuselt hooldajatoetust, mille suurus oleneb juba konkreetsest omavalitsusest. Peale eespool nimetatud teenuste on KOV kohustatud pakkuma erivajadustega inimestele eluasemeteenuseid (eluruumi kohandamine või tagamine nendele, kes seda ise ei suuda), vajaduse korral isikliku abistaja teenust (erivajadustega inimeste igapäevane abistamine), invatransporti ja tugiisikuteenust (nõustamine ja juhendamine), töökoha kohandamist jms. Teenuste loetelu ei ole lõplik – peale seadusega sätestatute võib iga KOV oma elanikele pakkuda mitmesuguseid lisateenuseid. Samuti on puudega inimestel tihti peale võimalik kasutada kohalike päevakeskuste teenuseid, mis aitavad vältida sotsiaalsesse isolatsiooni jäämist. Paraku ei ole sellekohane statistika eriti hästi kättesaadav, mistõttu täpsem ülevaade puudub. Küll aga võib oletada, et nii nagu teised teenused ei ole ka kõik pakutavad tugiteenused piirkonniti võrdselt esindatud. Arvatavasti on eelisseisundis ennekõike suuremad linnad ja vallad, kus ka rahvaarv suurem.

Peale riigi ja KOV-ide tegelevad puudega inimestega ka vabaühendused ja organisatsioonid, nagu puudega inimeste kojad, mitmesugused liidud (Eesti Kurtide Liit, Eesti Pimedate Liit, Eesti Vaegkuuljate Liit jne), mittetulundusühingud (MTÜ-d) ja tugikeskused. MTÜ-d näiteks osutavad sotsiaalteenuseid projektipõhiselt KOV-idega sõlmitud lepingute alusel. Esmajoones tegeletakse konkreetse puude spetsiifikaga seotud probleemide lahendamise, sotsiaalse kaasamise jms-ga. See tähendab, et probleemsete ja abi vajavate inimeste kohta kogutakse infot, vajaduse korral tehakse võrgustikutööd nende lähedaste jt organisatsioonidega ning osutatakse vajalikku abi.

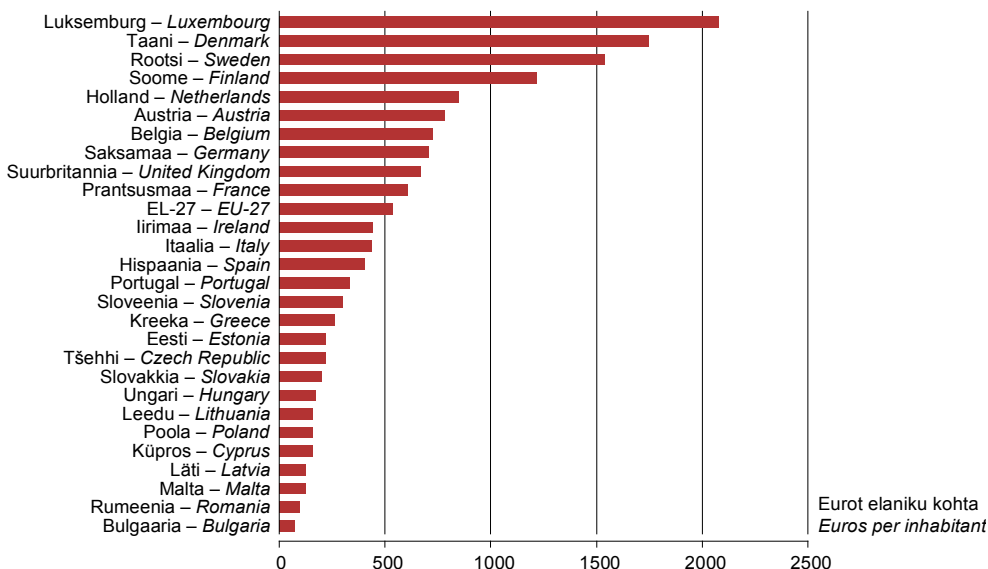


## Kulutused puudega inimeste sotsiaalsele kaitsele

Euroopa sotsiaalkaitsestatistikaga tegeleb Eurostat ja sotsiaalkaitse kogukulutuste arvepidamise aluseks on Euroopa integreeritud sotsiaalkaitsestatistika süsteem (ESSPROS). Eesti on selleks andmeid kogunud ja edastanud alates 1999. aastast. Üks ESSPROS-i funktsioone ehk risk või vajadus, mille puhul tekib tarvidus sotsiaalse kaitse järele, on puue ja töövõimetus. Sinna alla koonduvad kulutused võimaldavad teha riikidevahelist võrdlust. Kuna ESSPROS-i andmeid esitatakse kaheaastase nihkega, on praegu saadaval andmed kuni aastani 2011. Euroopa Liidus (EL) keskmiselt kulub töövõimetusel ja puudele ligikaudu 500 eurot inimese kohta aastas (joonis 7). Eestis tehtud kulutused puudele ja töövõimetusel on üsna väikesed – keskmiselt 223 eurot inimese kohta.

### Joonis 7. Kulutused puudega inimeste ja töövõimetusel sotsiaalsele kaitsele Euroopa Liidu riikides, 2011

Figure 7. Expenditure on the social protection of persons with disabilities and persons incapacitated for work in the European Union countries, 2011

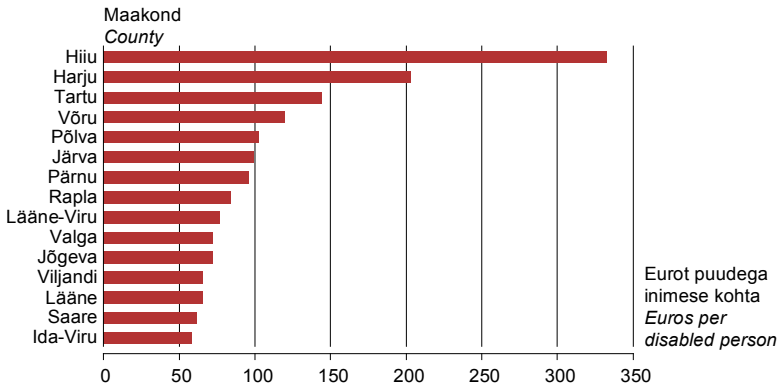


Allikas: Statistikaamet  
Source: Statistics Estonia

Kui aga vaadata, kui palju üks või teine riik puudega inimeste ja töövõimetusel sotsiaalsesse kaitsele panustab, on tulemused mõnevõrra teistsugused. Eestis hõlmavad need 1,9% sise-majanduse koguproduktist (SKP), Taanis ja Norras on vastav näitaja üle 4%. Teiste Baltikumi riikide, Läti ja Leedu kulutused on veidi väiksemad – Lätis 1,3% ja Leedus 1,6% SKP-st. EL-i riikidest on kulutuste osatähtsus SKP-s väikseim Maltal – 0,8%. Nende kulutuste põhjal ei saa teha riikide edetabelit, sest puudega inimeste osatähtsus riigiti erineb.

2013. aastal kulutas valitsemissektor rahalistele sotsiaaltoetustele keskmiselt 500 miljonit eurot kvartalis, toetused puudega inimestele olid sellest ligi 3%. Valitsemissektori kulutused puudega inimeste sotsiaaltoetustele on aasta-aastalt suurenenud. Kui 2009. aastal olid kulud ligi 57 miljonit eurot, siis 2013. aastal juba 7 miljoni võrra suuremad.

Võimalik on hinnata ka KOV-ide kulutusi sotsiaalsfäärile, sh puudega inimeste sotsiaalsele kaitsele. Kogu Eestis on nimetatud kulutused aastatel 2009–2013 kasvanud 5,2%, suurem kasv jäi aastatesse 2011–2013. Puudega inimeste sotsiaalse kaitse kulutustes torkavad silma üsnagi suured maakondlikud erinevused (joonis 8). Ilmneb, et parimas olukorras on Hiiumaa puudega inimesed – seal kulutatakse puudega inimese kohta ligi 330 eurot aastas. Harjumaal on keskmine kulu puudega inimese kohta 200 ja Tartumaal ligikaudu 140 eurot aastas. Väikseimad on kulutused Lääne-, Saare- ja Ida-Virumaa puudega inimestele. Ida-Virumaal elava puudega inimese peale kulub ligi 60 eurot aastas, Lääne- ja Saaremaal mõne euro võrra rohkem.

**Joonis 8. Kulutused puudega inimeste sotsiaalsele kaitsele maakonna järgi, 2013***Figure 8. Expenditure on social protection for persons with disabilities by county, 2013*

Allikas: Statistikaamet  
 Source: Statistics Estonia

Suurimad on kulutused riiklikele sotsiaalkindlustustoetustele (v.a töövõimetuspension), nagu puudega täisealise (nii vanaduspension- kui ka tööealised) ja puudega lapse toetus. Vähem kulub puudega vanema ja rehabilitatsioonitoetustele, samuti on üsna väike osa täienduskoolitus-, töötamis- ja õppetoetustel. Kokku kulutas riik 2013. aastal puudega inimeste sotsiaalkindlustustoetustele ligi 58 miljonit eurot. Võrreldes 2009. aastaga on summa kasvanud ligi 11 miljoni võrra, suurim on juurdekasv olnud eeskätt puudega täisealiste toetuste arvelt. Peaaegu muutumatuna on püsinud kulutused õppetoetustele ning kahanenud on kulutused täienduskoolitus- ja töötamis- toetustele.

Võimalik on võrrelda ka riiklikele sotsiaalteenustele tehtud kulutusi. Enim ressursi nõuavad erihoolekandeteenused (u 60%), iseäranis ööpäevaringne erihooldusteenus. Ligi neljandik kulub proteesidele ja muudele abivahenditele, vähem rehabilitatsiooniteenustele. KOV-ide kulud on seotud eeskätt selliste sotsiaalteenustega nagu koduteenus, eluasemetenus, hooldamine hoolekandeaasutustes, päevakodude teenused jne. KOV-ide eelarvest kulus 2013. aastal enim raha täiskasvanute hooldamisele hoolekandeaasutustes – ligi pool kõikidele sotsiaalteenustele kulunud väljamaksetest. Üsna palju raha nõuab ka päevakeskuste töö korraldamine ja koduteenuse osutamine (Statistikaamet 2014).

Kõik pakutavad teenused aga ei ole abivajajatele tasuta, sageli on vajalik inimese omaosalus. Sotsiaalministeeriumi andmestik annab ülevaate sellest, kui suur on näiteks inimese omaosalus erihoolekande, koduteenuste ja hoolekandeaasutustes hooldamise korral. Samuti saab hinnata, kui suure osa proteeside ja abivahendite maksumusest peab puudega inimene ise tasuma. 2013. aasta andmetel on erihoolekandeteenuste saamisel inimese omaosalus ligi 25%, ülejäänud eest kannavad hoolt riik ja KOV. Veidi rohkem maksab proteeside ja abivahendite soetamine, millest 32% on puudega inimese enda kanda. Kulukaim teenus on täiskasvanute hooldamine hoolekandeaasutustes, mille puhul jääb inimeste endi õlule 67% vajaminevatest ressurssidest. Väikseima osalusega on koduteenuse osutamine, mille puhul inimesel endal tuleb tasuda 4%.

**Puudega inimeste tulevik**

Puudega inimeste õigusi reguleerivad mitmed seadused, sealhulgas ka eespool mainitud puudega inimeste sotsiaalhoolekandeseadus ning sotsiaalhoolekandeseadus. Eeskätt on tegemist dokumentidega, mis reguleerivad puudega seotud rahalisi vajadusi. Seejuures on tähelepanuta jäänud puudega inimeste kaasamine ühiskonnaellu. Puudega inimeste huve ja arengut käsitlevad mitmed dokumendid ja arengukavad, sh puudega inimeste liitude arengukavad (Eesti Liikumispuudega Inimeste Liidu arengukava, erihoolekande arengukava), omavalitsuste sotsiaalhoolekande arengukavad, puudega inimeste organisatsioonide ja MTÜ-de arengukavad jne.

Uuem, aktualiseeritud riiklik raamdokument puudub ja praegu tuleb juhinduda 1995. aasta Eesti invapoliitika üldkontseptsioonist. Reeglistiku peamine eesmärk oli ja on tagada puudega inimestele samad õigused ja kohustused mis teistel ühiskonnaliikmetelgi. Nimetatud dokumendis on välja toodud, et tuleks kõrvaldada takistused, mis raskendavad puudega inimeste täielikku ühiskonnas osalemist. Samuti on seal toonitatud, et puudega inimestele ei taotleta eeliseid ega soodustusi. Võrdsete võimaluste loomise tingimused on teadlikkuse suurendamine, meditsiinilise abi ja rehabilitatsiooni tagamine, toetavate teenuste pakkumine ning eespool mainitud teenuste kättesaadavus. Nimetatud raamdokument on ligi 20 aastat vana ning statistika põhjal võib öelda, et selles sätestatud eesmärgid ei ole kindlasti täiel määral täidetud. Nii näiteks on paljude toetavate teenuste saajate arv väike, samuti on tagasihoidlik rehabilitatsiooniteenuse kasutajate arv. Kui välja arvata puudega lapse ja täisealise toetus, ei ole ka puudega inimeste toetuste taotlejate hulk suur.

Ekki toetuste ja teenuste valik on üsnagi mitmekesine, on ka neid teenuseid, millest puudust tuntakse. Samuti on toetusi, mida ilmselt vähese teadlikkuse tõttu ei kasutata. Tihti peale napib puudega inimestel ja nende lähedastel infot toetusmeetmete kohta. Sageli nad ei tea, kuidas oma toimetulekut parandada või millist abi pakuvad riik ja KOV-id. Samuti on inimesed väheteadlikud sellest, milliseid võimalusi pakutakse tööturu-, sotsiaal-, haridus- või tervisevaldkonnas (EPIKoda 2014).

Paraku puudub täpne statistika, millega hinnata puudega inimeste rahulolu pakutavate teenuste ja toetustega. Sel teemal on tehtud kaks uuringut, mõlemad 2009. aastal. Üks neist on puudega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring, mille eesmärk oli välja selgitada vähemalt 16-aastaste puudega inimeste toimetulek (Puuetega ... 2009). Selle uuringu tulemused näitavad, et ligi pooled abivajajaid ei saa vajalikul määral teenuseid, mis aitaksid neil väljaspool kodu paremini toime tulla (sh abi majapidamistöodes, psühholoogiline nõustamine jms). Kolmandik uuringus osalejaid ei olnud infopuuduse tõttu vajalikku teenust või toetust saanud. Samuti paljastasid uuringu tulemused, et pea igal viiendal mõnd sotsiaalteenust vajaval inimesel ei ole selleks piisavalt raha.

2009. aastal toimus ka puudega laste perede toimetuleku ja vajaduste uuring (Puuetega ... 2009), millega taheti välja selgitada eri meetmete tõhusus laste toimetuleku parandamisel ning laste arengut toetavate teenuste kättesaadavus ja piisavus. Üle pooltel puudega laste vanematest on olnud probleeme sotsiaalteenuste kättesaamisel. Põhjuseid on mitmesuguseid – pooltel juhtudel pakutakse teenust liiga kaugel, tihti on asjaajamine keeruline või järjekorrad pikad.

Puudega tööealisi inimesi puudutab ka planeeritav töövõimereform, millega muudetakse inimese staatust ühiskonnas, minnes heategevuslikult lähenemiselt üle inimõigustepõhisele. Reformi eesmärk on tuua vähenenud töövõimega inimesed (sh puudega inimesed) tööturule tagasi. Ka siin on puudega inimestel mõningad kitsaskohad – peamiseks probleemiks peetakse seda, et puudub kava, kuidas puudega inimesi iseseisvaks toimetulekuks ette valmistada (nt taastusravi praegune korraldus jätab inimese pärast teenuse saamist edasise abita).

Seega on puudega inimestele võrdsete võimaluste loomisel ja laiemalt ühiskonnaellu kaasamisel üsna palju teha. Praegune meditsiinikeskne lähenemine võiks olla rohkem inimesekeskne. Nii näiteks on pakutavate teenuste valik üsna lai, ent nende kasutajaid napib. See tähendab, et kõik puudega inimesed ei pääse pakutavatele teenustele ja toetustele ligi ning vajalik on siduda teenused ja toetused konkreetsete inimestega.

## Allikad Sources

EPIKoda. (2014). Eesti Puuetega Inimeste Koda. [www] <http://www.epikoda.ee> (04.11.2014).

Eesti Vabariigi põhiseadus. (1992). Riigi Teataja 26, 349. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/633949> (04.11.2014).

Kreitzberg, M., Mäe, Ü., Reinomägi, A. (2010). Sotsiaalne kaitse vaesuse leevendamise vahendina Eestis. – Vaesus Eestis. Poverty in Estonia. / Toim D. Kutsar. Tallinn: Statistikaamet, lk 145–191.

Medar, E. (2009). Sotsiaalhoolekande põhimõtted ja ülesanded ühiskonnas. Tallinna Ülikool.

Puudega inimesele. (2014). Sotsiaalministeerium. [www] <http://www.sm.ee/et/puudega-inimesele> (04.11.2014).

Puudega lastega perede toimetuleku ja vajaduste uuring. (2009). Sotsiaalministeerium.

Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. (2009). Sotsiaalministeerium.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. (1999). Riigi Teataja I osa, 16, 273. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/13114771> (04.11.2014).

Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid. Eesti Vabariigi invapoliitika üldkontseptsioon. (1995). [www] [https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/puuetega\\_inimeste\\_vordsete\\_voimaluste\\_loomise\\_standardreeglid.pdf](https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/puuetega_inimeste_vordsete_voimaluste_loomise_standardreeglid.pdf) (04.11.2014).

Puuetega inimestele. (2014). Sotsiaalkindlustusamet. [www] <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/puuetega-inimestele/> (04.11.2014).

Rahvusarhiiv. (2014). [www] <http://www.ra.ee/et/hoolekanne/> (04.11.2014).

Raudla, H. (2002). Kodaniku Raamat. Eesti Vabariigi Vabariigisliit.

Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine. (2007). Riigi Teataja I osa, 71, 443. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/117122010035> (04.11.2014).

Sotsiaalhoolekande seadus. (1995). Riigi Teataja I osa, 21, 323. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122011047> (04.11.2014).

Statistikaamet. (2014). [www] <http://www.stat.ee> (04.11.2014).

Tehniliste abivahendite taotlemise ja soodustingimustel eraldamise tingimused ja kord. (2000). Riigi Teataja, 136, 2156. [www] <https://www.riigiteataja.ee/akt/84143> (04.11.2014).

## 5. SOCIAL WELFARE FOR PERSONS WITH DISABILITIES

**Marianne Leppik**  
Statistics Estonia

*The history of social welfare in Estonia dates back to the 13–14th century when the first shelters for ill and disabled persons were established. In the 18th century, social welfare councils were established for this purpose; a century later, the responsibility for social welfare started to shift from parishes to local authorities (Rahvusrhiiv 2014). The first Social Welfare Act in Estonia, adopted in 1925, regulated the development of social welfare establishments. Local authorities were responsible for the provision and financing of various services while the central government provided special welfare services (Raudla 2002). Institutionalised welfare was predominant during the Soviet era, meaning that persons with disabilities were often confined in institutions. After the restoration of independence, the main responsibility for social welfare shifted from the state back to local governments. Consequently, the current policy on disabled persons is a result of the developments in the last few centuries.*

*A common principle in modern society is that the state provides its citizens with social protection, giving them a sense of security about the future and enabling them to lead a full life throughout their lifetime. Section 28 of the Constitution of the Republic of Estonia stipulates, among other things, that persons with disabilities enjoy the special care of the national government and of local authorities (Eesti ... 1992). Since 1995, the welfare system in Estonia is regulated by the Social Welfare Act and a number of other legal acts and regulations. Social welfare is financed from both the central and local government budgets.*

*In 1995 the government adopted the general disability policy of Estonia – the Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities, adapted from the United Nations (UN) General Assembly resolution 48/96 – which is still the only strategic document focusing on disabled persons (Puuetega ... 1995). 17 years later, on 21 March 2012, Estonia ratified the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In doing so, the government committed to improving the situation of persons with disabilities through a variety of measures. The Preamble of the Convention specifies that States Parties undertake to ensure liberty of movement, an adequate standard of living and social protection for persons with disabilities.*

*The state increasingly recognises the needs of disabled persons, and a wider range of persons are eligible for state benefits for persons with disabilities. As at 1 January 2004, persons with disabilities constituted 7.1% of the total population. Their share increased to 10.7% by 2014. This trend means a greater burden on the social insurance and welfare systems which provide support for persons with disabilities or for their families to prevent, eliminate or mitigate problems and issues caused by disabilities.*

*The current social welfare system in Estonia is based on the medical approach. The inclusion of persons with disabilities often means addressing their basic needs to ensure their independent coping in the society, which is not the same as actual inclusion. Instead of offering a wide range of support services for persons with disabilities, the state pays various social benefits mostly aimed at the compensation of extra costs associated with disability.*

*This chapter discusses persons with disabilities in the context of social welfare and social insurance, considering the availability of and demand for services and benefits.*

### **Overview of the current social welfare system**

*A person with disabilities is an individual with ordinary human needs, above all, followed by some special needs due to which he or she needs more support than most other people. According to the Social Benefits for Disabled Persons Act, disability is the loss of or an abnormality in an anatomical, physiological or mental structure or function of a person which in conjunction with different relational and environmental restrictions prevents participation in social life on an equal*

basis with others (Puuetega ... 1999). If a person with disabilities incurs additional expenses due to his or her disabilities (such as the cost of technical aids, care, rehabilitation) or in connection with transport, employment or studies, the person is eligible for state social benefits for disabled persons (*ibid.*). Pursuant to the Social Welfare Act, social welfare is administered by the Minister of Social Affairs (state social welfare), county governors (e.g. the regional office of the Pension Board) and local governments (Sotsiaalhoolekande ... 1995). The social protection measures in Estonia are social insurance and social welfare. Social insurance refers to the state's guarantee of income which ensures decent subsistence in the case of certain social risks (e.g. incapacity for work). Social insurance is financed by the government from mandatory taxes. Social welfare is a system of procedures which enables persons with disabilities to enjoy various fundamental freedoms, increases social inclusion and reduces social exclusion. Social welfare comprises both benefits and welfare services (Medar 2009).

The eligibility for benefits and services is based on the official registration of disability. To request eligibility, applicants have to submit an application to the Social Insurance Board providing information about their coping ability, need for assistance, restrictions, additional expenses and so on. In addition to the information provided by the applicant, the family physician or a medical specialist is consulted for additional input. The degree of disability is established without an actual appointment with the person (Puuetega ... 2014).

The determination of the degree of severity of disability varies depending on the age of the person. In the case of children and persons past retirement age, the degree of severity of disability is determined based on the amount of assistance, guidance or supervision that they need due to disabilities. Any additional expenses caused by disabilities are also identified – these include expenditure (once a month or more often) on medication, transport, maintenance of medical devices, self-care and household, use of the means of communication, any special clothing and footwear (Puuetega ... 2014).

In the case of working-age persons, the percentage of permanent loss of capacity for work is determined (if necessary). A person is eligible for the pension for incapacity for work if the loss of capacity for work exceeds 40%. The percentage of loss of capacity for work and the degree of severity of disability are both established for a fixed period (six months, 1, 2, 3 or 5 years) after which the process has to be repeated (called a repeat examination). A person may request a repeat examination before the expiry of the current term, provided that there have been significant changes in coping, health or other circumstances. The number of examinations for determination of a disability or a loss of capacity for work increased until 2011 and has declined after that (Table 1, p. 79).

In 2013 there were more than 31,000 first-time examinations and a disability was officially established in 68% of the cases. There were approximately 30,000 repeat examinations, with a disability officially confirmed in 95% of the cases. Nearly 17,000 first-time examinations were carried out in 2013 to determine a loss of capacity for work; the permanent loss of capacity for work was established in 88% of the cases. There were also about 38,000 repeat examinations with incapacity for work confirmed in 99% of the cases. The examination is used to determine whether a person has a moderate, severe or profound disability, while persons incapacitated for work are determined to have lost 80–90%, 40–70% or less than 40% of their capacity for work. Until 2011, there was an increase in the number of persons with a loss of capacity for work and the number of persons with disabilities, but these numbers decreased in 2012 and 2013.

The next section gives an overview of the social services and benefits available to persons with disabilities.

### **Benefits for persons with disabilities**

The purpose of social benefits for persons with disabilities is to support independent coping, social integration and equal opportunities through the partial compensation of additional expenses caused by disabilities. These social benefits are granted and paid to persons who are permanent residents of Estonia or reside in Estonia on the basis of a temporary residence permit or a temporary right of residence, and who have moderate, severe or profound disabilities that

cause additional expenses. Persons who reside in Estonia and who have been granted international protection are entitled to receive disability benefits on equal grounds with the permanent residents of Estonia (Puuetega ... 1999).

Disability benefits are primarily financial allowances stipulated in the Social Benefits for Disabled Persons Act. There are eight types of financial benefits. The amount of benefit payable is calculated on the basis of the social benefit rate for disabled persons. For the last ten years (i.e. since 2005), this rate has been 25.57 euros. It should be remembered that the benefit rates vary depending on the degree of severity of disability.

The most common benefits paid – and also the benefits most frequently applied for – are monthly benefits for disabled persons, including the disabled child allowance, the disability allowance for a person of working age and the disability allowance for a person of retirement age. These benefits may be granted to finance the expenses specified in a rehabilitation plan or to compensate the additional expenses caused by disability. The size of social benefits paid to persons with disabilities has increased, as has the number of persons with disabilities. The number of applicants is the biggest among disabled persons aged 16+. The number of recipients has increased considerably in recent years, from 115,000 in 2009 to 130,000 in 2013 (Figure 1, p. 81). The number of recipients in retirement age almost doubled in this period. The ratio of the recipients of these benefits to all persons with disabilities aged 16+ indicates that the majority of disabled persons (98%) received disability benefits, as at 1 January 2014.

Underage persons constitute an important group of applicants for disability benefits. The disabled child allowance is currently paid to more than 9,000 children, with 60% of them assessed with severe or profound disabilities. Similarly to adults, the number of recipients of the disabled child allowance has increased – about 6,400 children received this allowance in 2009, while by 2013 their number had risen by almost 2,700 (Figure 2, p. 81). Taking into account that the disabled child allowance is paid to children aged under 16, it appears that 93% of all disabled children received this allowance in 2013.

The aforementioned disability benefits are the most common, but persons with disabilities also receive more targeted benefits, such as the rehabilitation allowance. It is paid to 16–65-year-old applicants as partial compensation for rehabilitation expenses (the rate of this benefit was 51.14 euros as at 1 January 2014). The number of applicants for this benefit has increased with each year. The rehabilitation allowance was paid to nearly 2,900 persons in 2009, whereas the number of recipients increased 23% in 2013. This can be seen as a positive trend but, in reality, this support only reaches 0.5% of all disabled persons aged 16–65.

A lone parent with disabilities is eligible for the disabled parent's allowance. The number of recipients of this benefit has been quite stable at around 1,100. It grew just 4% in the period 2009–2013. There has been a more significant change in the amount of this benefit – the expenditure on the disabled parent's allowance grew 13% in the given period.

The number of disabled persons receiving the work allowance, the education allowance or the in-service training allowance has remained very low. Since 2011, the number of recipients of all three benefits has decreased (Figure 3, p. 82). The education allowance has had the least and the in-service training allowance has had the most applicants over the years. The lack of applicants for these benefits could be explained by a low level of motivation. Disabled persons who are studying at a university may apply for a scholarship or a one-off grant under the Primus programme, co-funded by the European Social Fund. The amount of this support is 60–510 euros, which makes it several times bigger than the state benefit in Estonia which is 6.39 to 25.57 euros. The shortage of applicants for the in-service training allowance may also be related to factors of motivation. Work-related training costs are often paid by employers, which further reduces the number of applicants for this benefit.

In addition to the disability benefits outlined above, disabled persons of working age may apply for the pension for incapacity for work if their loss of capacity for work is 40–100%. The number of recipients of this pension (i.e. disability pensioners) grew by 23% in 2009–2013 (amounting to 94,325 persons as at 1 January 2014) (Figure 4, p. 82).

51% of the persons receiving pension for incapacity for work are women and the rest are men. In terms of age, 40–59-year-olds constitute the biggest share of these pensioners. Due to the recent economic crisis and structural unemployment, the pension for incapacity for work is often used as a kind of substitute income and the large number of disability pensioners does not necessarily correspond to the number of persons with actual disabilities or with actual work activity limitations. There are few measures available in Estonia for reducing poverty. There are persons in need who, for various reasons, cannot apply for the subsistence benefit. Therefore, we can assume that the pension for incapacity for work was used as an alternative to the subsistence benefit during the recession.

### **Social services for persons with disabilities**

Social services are provided by the state and local governments. The provision of state services is governed by section 10 of the Social Welfare Act which regulates the financing and administration of rehabilitation services, special care services, provision of prosthetic and other aids and appliances, childcare service for a child with severe or profound disabilities, and substitute home service (Sotsiaalhoolekande ... 1995).

However, local governments are the main service providers. It is their responsibility to provide social counselling, domestic services, housing services, foster care and care in social welfare institutions. In addition, local governments organise transport for disabled persons and provide personal assistance and support person services. Below, the main services offered by the state and local governments are outlined.

The purpose of rehabilitation services is to support independent coping, employment and the inclusion of persons with disabilities in social and community life. Rehabilitation is a relatively broad concept, but the scope of rehabilitation services is stipulated in the Social Welfare Act – it covers rehabilitation assessment and planning, supervision of the execution of the rehabilitation plan and assessment of the outcomes; the services of physiotherapists, occupational therapists and creative therapists; the services of social workers, special education teachers, psychologists and speech therapists (Rehabilitatsiooniteenuse ... 2007). All of these rehabilitation services are provided subject to a valid rehabilitation plan.

Disabled persons of any age and disability pensioners with at least a 40% loss of capacity for work can apply for the aforementioned services. The individual needs are assessed by rehabilitation specialists who prepare a rehabilitation plan consisting of expert assessments, recommendations and an activity plan. The rehabilitation plan is made for a period from six months to five years. The plan describes the need for various services and is often a precondition for eligibility for various state services.

The number of rehabilitation service providers varies greatly across counties (Table 2, p. 84). For example, Harju and Tartu counties have the largest number of such institutions. This is understandable, to an extent, as these regions also have the largest populations. However, the share of persons with disabilities is bigger in smaller counties, especially in Jõgeva, Põlva, Valga and Võru counties. These counties have a relatively small number of rehabilitation service providers but a large amount of service users. In absolute terms, the number of users of rehabilitation services is high in Harju, Ida-Viru and Tartu counties, which may be related to the fact that many service providers are located there. However, if we consider the share of disabled persons in counties, the picture is completely different. Rehabilitation services are primarily designed to improve the inclusion of persons with disabilities, but only a tenth of all disabled persons in Estonia use these services. Also, there are quite considerable differences between counties.

The number of users of rehabilitation services grew about 20% in 2009–2013. The number of users was slightly more than 13,000 in 2013. The majority of the users of rehabilitation services are aged under 17 – 52% of the service users were younger than 17 and 28% were older than 63 in 2013. In the case of children, the main purpose of rehabilitation services is to reduce the limitations and restrictions caused by disabilities, thereby facilitating the child's development. Rehabilitation services for elderly disabled persons primarily provide care and support the



preservation of the current quality of life. Rehabilitation services are used by 20% of working-age persons with disabilities. The planned disability reform foresees modifications in the provision of rehabilitation services. The changes primarily concern disabled persons of working age with a partial (i.e. not full) loss of capacity for work. The Estonian Unemployment Insurance Fund will provide them with new occupational rehabilitation services to help them to return to or remain in employment. This means that the person has to be registered as a job-seeker or as an unemployed person, or has to be an employee, a student, a conscript or a reservist. This will narrow down the potential target group of rehabilitation services.

In 2009–2013, the number of persons with disabilities increased 17% and the number of users of rehabilitation services grew 23%. At the same time, the share of service users among disabled persons remained relatively stable in this period, ranging from 2.0% to 2.5%.

Rehabilitation services are primarily used by persons with mobility impairments or with multiple disabilities (at least two disabilities) – 55% of all cases. Rehabilitation is also quite often used by persons with other types of disabilities not related to vision, hearing, speech or mental problems – these persons constituted 28% of all users of rehabilitation services in 2013.

Overall, the use of rehabilitation services is still at a low level. Based on the 2009 Survey on Disabled Persons and the Nursing Burden of their Family Members (Puuetegea ... 2009), the low share of service users could be caused by several issues, such as long waiting lists, complicated eligibility procedures and so on.

Special care services are primarily designed for persons who have a greater need for personal assistance, guidance or supervision due to a severe, profound or permanent mental disorder, and who require professional personal assistance for coping. Social integration is a keyword in the development of welfare services for persons with special mental needs. It means that the goal is to develop and provide such support services that enable a person to live in his or her regular living environment for as long as possible. In the case of persons living in social welfare institutions, the primary goal is to create living conditions that resemble a home. The special care services that support coping in a home environment include the everyday life support service, the supported living service and the employment support service. Social welfare institutions provide 24-hour special care. The community living service is also a type of special care services.

Individual services are not differentiated in this analysis and the statistics refer to users of any special care services (i.e. persons living in special care homes, using the supported living service, etc.).

The special care services are coordinated and provided by the state-owned company AS Hoolekandeteenus. There are 109 providers of these services in Estonia and they are mostly scattered all over the country. 13 new institutions providing special care services were established in 2009–2013 and the number of users of these services grew by 710. The special care services are most frequently used by 30–49-year-old disabled persons (Figure 5, p. 85); the share of men is slightly bigger than the share of women.

Even though the number of users of special care services increased in the period 2009–2013, their share among the total population of disabled persons has remained more or less the same. This means that, proportionally, the increase in the number of disabled persons in the given period has been greater than the increase in the number of users of special care services. The services are used by only about 4% of all persons with disabilities.

In 2013, half of the users of special care services – over 3,300 persons – used the 24-hour special care service. One third used the everyday life support service and 10% used the supported living service. The community living service and the employment support service had a lower number of users.

The provision of prosthetic, orthopaedic and other appliances is one of the measures offered and financed by the state. There is quite a wide selection of such aids and appliances, including vision, hearing, mobility, handling and transferring, and domestic aids as well as several other product groups. The need for an appliance is usually established by a family physician, but if the

price of the appliance exceeds 1,278 euros, the need has to be established by a medical specialist or a rehabilitation service provider. A prosthetic or other appliance helps to prevent the aggravation of an acquired or congenital impairment or disability; it also compensates for functional impairments and helps to improve and maintain physical and social autonomy and functional capacity (Puudega ... 2014).

Such appliances were used by 64,420 persons in 2013 – 14% of them were aged under 18 and the majority (70%) were persons in retirement age. Due to the large proportion of elderly users, nursing and care appliances constituted the largest share (46%) of the appliances used. This group of appliances was followed by orthoses and prostheses, used in 25% of the cases, and mobility aids, used in 21% of the cases (by almost 14,000 persons).

According to the results of the Survey on Disabled Persons and the Nursing Burden of their Family Members (Puuetega ... 2009), most people use aids and appliances to cope with everyday activities. Nearly a half of the respondents were satisfied with the appliances offered, but there were also some complaints. For example, 65% of the respondents said that the appliances are expensive, and many people thought that the aids should be more advanced and durable. Users have the biggest demand for mobility, vision and hearing aids. The survey also revealed that nearly a half of the respondents had had problems obtaining the appliances. These problems are mostly related to finances, i.e. the high cost of either the appliance itself or the administrative procedures. The provision of aids and appliances at a discount is regulated by a Regulation of the Minister of Social Affairs (Tehniliste ... 2000). The state's contribution to the purchase of aids has not changed since the regulation entered into force – the percentage of state contribution is the same as 14 years ago.

There is also a childcare service for parents (or guardians or caregivers providing foster care) who are raising a child with severe or profound disabilities. The service is intended to improve the level of coping and support the employment of the person raising the child.

Local governments are responsible for the majority of social welfare for persons with disabilities – they organise, regulate and finance services which require knowledge about the needs of local residents and about local resources. The services are described in the Social Welfare Act. The need for services is assessed by a social worker of the local government in consultation with the individual and his or her family members. One of the services offered by local governments is social counselling, which means the provision of necessary information about an individual's social rights. The aim of social counselling is to prevent social problems, solve existing problems and facilitate future coping.

Domestic services are the most common social welfare services offered by local governments. These are services provided to persons in their home to help them cope in familiar surroundings. The goal is to provide assistance in everyday activities in home and social settings, thereby maintaining and improving the person's quality of life. Domestic services help to alleviate coping problems that arise from deteriorating functional abilities and health problems. Domestic services per se do not reduce social exclusion but the fact that the person can continue to live in familiar surroundings and has regular communication with other people has a crucial social and psychological significance for the service user (Kreitzberg et al. 2010). Each local government has adopted a list of domestic services and the procedure for the provision of these services.

The number of disabled persons using domestic services was around 4,000 in the period 2009–2013. 4,486 persons with special needs (3% of all disabled persons) used domestic services in 2013, whereas 74% of them were women. The majority of service users (80%) were older than 65; 0–16-year-olds constituted only about 1% of the users. In terms of counties, domestic services are most often used by disabled persons in Lääne, Rapla and Saare counties. The share of users of domestic services among disabled persons has increased the most in Lääne, Rapla and Saare counties, and it has decreased the most in Jõgeva, Ida-Viru and Pärnu counties (Figure 6, p. 87).

The local governments are also responsible for the provision of care in social welfare institutions and for financing foster care. In 2009–2013, the number of persons using the 24-hour care

service for adults increased by about 24%. The service was used by 5,182 persons in 2009, but this figure rose to 6,333 in 2013 (66% of them had registered disabilities). Unfortunately, the statistics of social welfare institutions do not provide very accurate information on persons with disabilities – institutional care is also provided to persons with social coping problems who are in the process of being registered as disabled. Consequently, we do not have statistics on the actual number of disabled persons in social welfare institutions.

Similarly to the number of persons requiring institutional care, there was also an increase in the number of institutions providing care services – it rose from 122 in 2009 to 144 in 2013. Foster care is not very common among persons with disabilities. This type of care should not be confused with family care which means that a family member is registered as the carer of the disabled family member. The registered caregiver can apply for a carer's allowance from the local government; the amount of the allowance depends on the particular local government. In addition to the aforementioned services, the local governments are required to provide housing services (a dwelling is adapted or provided for persons unable to secure housing for themselves), personal assistance (daily assistance for persons with special needs), transport for disabled persons, support person service (counselling and guidance), adjustment of working conditions or premises, etc. This list is not exhaustive – in addition to the services required by law, each local government may offer various other services to its residents. Furthermore, persons with disabilities often have the possibility to use the services of local adult day care centres, which prevents social isolation. Unfortunately, statistics on these services are not readily available and it is not possible to give a more detailed overview. However, it is likely that the availability of support services (like any other services) varies from region to region and is better in larger cities and rural municipalities due to their larger populations.

In addition to the state and local governments, many organisations also work with disabled persons, including various chambers and associations (e.g. Estonian Association of the Deaf, Estonian Federation of the Blind, Estonian Association of Hard of Hearing People), non-profit organisations and support centres. For example, non-profit organisations may provide social services under contract with local governments. These organisations usually focus on problems associated with a particular disability and on social inclusion. They collect information about persons with problems or needs, develop networks (including family members and other organisations) and provide the necessary assistance.

### **Expenditure on social protection for persons with disabilities**

The European statistics on social protection are collected by Eurostat in the European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS), which is the common framework for these statistics and allows cross-country comparisons. Estonia has produced and submitted the relevant data since 1999. ESSPROS includes data on benefits by function of social protection (i.e. the risks and needs for which resources and benefits are provided), with disability being one of these functions. As ESSPROS data are submitted with a delay of two years, the currently available data cover the period up to 2011 (inclusive). The average annual expenditure in the European Union (EU) on disability and incapacity for work is approximately 500 euros per inhabitant (Figure 7, p. 88). Estonia's annual expenditure on disability benefits is relatively low at 223 euros per inhabitant, on average.

However, the results are somewhat different if we look at the relative contribution of countries to the social protection of persons with disabilities. This expenditure constitutes 1.9% of the gross domestic product (GDP) in Estonia, compared to more than 4% of the GDP in Denmark and Norway, for example. The share of this expenditure is slightly lower in Latvia and Lithuania, amounting to 1.3% and 1.6% of the GDP, respectively. Among EU countries, the share of this expenditure in the GDP is the smallest in Malta (0.8%). Still, this expenditure cannot be used to rank the countries, because the share of disabled persons in the population varies between countries.

In 2013 the government sector spent 500 million euros per quarter on cash benefits of the social welfare system, with the benefits for disabled persons accounting for about 3% of this amount.

*The government expenditure on social benefits for persons with disabilities has increased each year – it was approximately 57 million euros in 2009, but increased by 7 million euros by 2013.*

*It is also possible to estimate the social protection expenditure of local governments, including their expenditure on the social protection of persons with disabilities. In Estonia as a whole, this expenditure increased 5.2% in 2009–2013, with the largest growth recorded between 2011 and 2013. There are notable variations in the expenditure of different counties on the social protection of disabled persons (Figure 8, p. 89). The amount spent per disabled person is the highest in Hiiu county with nearly 330 euros per year. The average expenditure per disabled person is 200 euros per year in Harju county and about 140 euros per year in Tartu county. The level of this expenditure is the lowest in Lääne, Saare and Ida-Viru counties – it is nearly 60 euros per disabled person per year in Ida-Viru county, and a few euros more in Lääne and Saare counties.*

*The biggest items of expenditure are state social insurance benefits (excluding pension for incapacity for work), such as the disability allowances for adults (persons in retirement age or in working age) and the disabled child allowance. The state spends less on the rehabilitation allowance, the disabled parent's allowance, the in-service training allowance, the work allowance and the education allowance. The total expenditure on state social benefits for disabled persons was nearly 58 million euros in 2013. Compared to 2009, the expenditure has increased by almost 11 million, with the largest increase recorded in the expenditure on disability allowances for adults. The expenditure on the education allowance has remained virtually the same, and the expenditure on the in-service training allowance and the work allowance has decreased.*

*It is also possible to compare government expenditure on different social services. The biggest amount (about 60%) is spent on special care services, particularly the 24-hour special care service. About a quarter of the expenditure is spent on prosthetic and other aids, with less spent on rehabilitation services. The expenditure of local governments is primarily related to domestic services, housing services, care in social welfare institutions, adult day services and so on. In the local government budgets for 2013, the largest funds were allocated for the care of adults in social welfare institutions – it accounted for nearly a half of the total expenditure on social services. The operation of adult day care centres and the provision of domestic services also require significant finances (Statistikaamet 2014).*

*However, not all services are free. Often, cost-sharing is required. Based on the data of the Ministry of Social Affairs, we can determine the out-of-pocket cost in the case of special care services, domestic services and care in social welfare institutions, for example. It is also possible to estimate the out-of-pocket cost of prosthetic and other appliances for disabled persons. According to 2013 data, the cost-sharing portion of special care services is about 25%, with the rest paid by the state and local governments. The purchase of prosthetic and other aids is a little more expensive, with 32% provided out of pocket. The most expensive service is the care for adults in social welfare institutions, with 67% of the costs covered by the person using the service. The cost-sharing portion is the lowest (4%) in the case of domestic services.*

## **Future prospects of persons with disabilities**

*The rights of persons with disabilities are regulated by several laws, including the aforementioned Social Benefits for Disabled Persons Act and the Social Welfare Act. These legal acts primarily govern the fulfilment of the financial needs associated with disability but they rarely focus on the social inclusion of disabled persons. The interests and rights of persons with disabilities are discussed in several documents and plans, including the development plans of various associations and organisations of disabled persons (the development plan of the Estonian Union of Persons with Mobility Impairment, the special care development programme), the social welfare development plans of local governments, the development plans of various non-profit institutions, etc. The Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities adopted by the government in 1995 is still the only reference document for disability policy, as there are no newer or more relevant national framework documents. The main*

objective of the Standard Rules was and is to ensure that persons with disabilities are able to enjoy the same rights and obligations as any other members of the society. The Rules require the removal of barriers and obstacles preventing the full social participation of disabled persons. The Rules also state that the aim is not to grant advantages or concessions to persons with disabilities. In order to ensure equal opportunities, it is necessary to raise awareness, provide medical care and rehabilitation, offer support services and ensure the availability of the aforementioned services. This framework document is almost 20 years old and the statistics show that not all the targets established in the Standard Rules have been achieved. For example, many support services and rehabilitation services are used only by a small number of persons. If we exclude the disabled child allowance and the disability allowances for adults, the number of applicants for other disability benefits is rather modest.

Even though the range of benefits and services is quite extensive, there are still some services that could be added. Also, there are some benefits that are not used, probably due to a lack of awareness. Persons with disabilities and their family members often struggle to find information about the available support measures. They are often unaware of the possibilities for better coping or the assistance available from the state and local governments. Many people do not know what their options are in terms of employment, education, health and social welfare (EPIKoda 2014).

Unfortunately, there are no detailed statistics regarding the satisfaction with the available services and benefits. There are two surveys on this topic, both conducted in 2009. The first one was the Survey on Disabled Persons and the Nursing Burden of their Family Members which was used to map the coping ability of disabled persons aged 16 and older (Puuetega ... 2009). The results of this survey indicate that nearly a half of the persons in need do not receive all the necessary services which would help them to cope better outside the home environment (incl. assistance with housework, psychological counselling, etc.). A third of the respondents had missed out on a necessary service or benefit due to lack of information. The results of the survey also revealed that almost every fifth person did not have the financial resources for a social service that they needed.

The second survey conducted in 2009 was the Survey on the Welfare and Needs of Families with Disabled Children (Puudega ... 2009). The aim was to determine the contribution of various measures to an improved coping ability, and assess the availability and suitability of services that support children's development. More than a half of the parents of disabled children have had problems with the availability of social services, for various reasons – in half of the cases, the services are provided too far away from home; respondents also cited complicated eligibility procedures and long waiting lists as barriers to accessibility.

Disabled persons who are in working age will be affected by the planned disability reform which will change the status of disabled persons in the society – with the reform, the charity-based approach will be replaced by the human-rights-based approach. The goal of the reform is to help the persons with a reduced capacity for work (incl. persons with disabilities) to return to the labour market. There are some shortcomings in the reform. The main problem is that there is no plan on how to prepare disabled persons for independent coping (e.g. in the current system, a person who completes medical rehabilitation is not offered any further support after that).

In conclusion, there is much to be done to ensure equal opportunities for persons with disabilities and their greater social inclusion. The current approach should give more consideration to individual needs. For example, the current range of services offered is good but there are not enough users. This means that many persons with disabilities do not have access to the services and benefits. There should be a closer link between the services and benefits and the individuals needing this support.

## 6. TEGEVUSPIIRANGUGA INIMESTE MAJANDUSAKTIIVSUS

Liili Abuladze<sup>a</sup>

Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut

Üks tähtsaimaid tingimusi ühiskonnas täisväärtuslikuks liikmeks olemise juures on töötamine. Ühest küljest aitab töötamine tagada endale eluks vajalikud baastingimused, nagu toit ja eluase. Teisest küljest mõjutab töö ka inimese minapilti ja defineerib tema olemust – tehtava töö iseloom väljendab mõnel määral ka inimese iseloomu. Samuti annab töötamine võimaluse eneseteostuseks ja ühiskonnaelus aktiivseks kaasalöömiseks. Kõik need aspektid on inimese tööelus tähtsad, mistõttu on oluline, et kõigil oleks võimalus neid realiseerida. See põhimõte on kinnitatud ka ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonis, kus on öeldud, et tuleb tunnistada puuetega inimeste õigust tööle teistega võrdsetel alustel; see hõlmab õigust teenida elatist vabalt valitud või tööturul vastu võetud töökohal ning õigust puuetega inimestele avatud, kaasavale ja juurdepääsetavale töökeskkonnale. (ÜRO ... 2006)

Eesti konkurentsivõime kava üks peamisi eesmärke on tõsta 20–64-aastaste tööhõive määr 2020. aastaks 76%-ni, mis tähendab 43 000 inimese tööturule toomist selleks ajaks (Konkurentsivõime ... 2012). Seetõttu on oluline ka tegevuspiiranguga inimeste panus ja nende tööhõive suurendamine (*ibid.*, lk 15).

Praegune tööelu reglement lähtub tervete inimeste tööturul osalemise võimalustest. Seetõttu on puudega inimestel mitmesuguseid takistusi, millest ülesaamiseks on vajalikud muutused nii regulatsioonides kui ka ühiskonna suhtumises. Järgnevalt on vaadeldud Eesti puudega inimeste töötamist iseloomustavaid näitajaid. Esmalt on vaatluse all majanduslik aktiivsus ehk kas ja kellele tööd on. Seejärel on keskendutud töötingimustele ja -korraldusele, mis annab ülevaate töö mahust ning kvaliteedist.

Käesolevas peatükis on tegevuspiiranguga inimesed jagatud ametliku puude, töövõimekao ja enesehinnangulise töötegevuspiirangutega inimesteks<sup>b</sup>. Ametliku puudeta ja töövõimekaota inimeste majandusaktiivsuse näitajad paljudel juhtudel kattuvad, ehkki need tuginevad eri allikatest pärit andmetele. Töövõimekaoga inimestest on peatükis esitatud vaid 40–100% töövõimekaoga inimeste majandusaktiivsus, kuna 10–30% töövõimekaoga inimeste tööturukäitumine sarnaneb tervete inimeste omaga.

### Majanduslik aktiivsus

Tööealised inimesed jagunevad majandusliku aktiivsuse järgi kaheks: hõivatud ja töötud. Majanduslikult aktiivsete vastand on mitteaktiivsed. Sellest arvestusest jäävad välja lapsed ja need, kes üldjuhul on tööelu juba lõpetanud. Eesti tööjõu-uuringus (ETU) arvestatakse hõivatuteks kõik, kes on teinud küsitlusele eelneva nädala jooksul vähemalt ühe tunni tasustatud tööd. Töötud peavad aga vastama kolmele tingimusele – olema tööta, otsima aktiivselt tööd ja olema valmis töökoha leidmise korral kohe tööle asuma. Mitteaktiivsete rühma kuuluvad ülejäänud tööealised inimesed, kes mingil põhjusel tööl ei käi ja seda ka ei otsi. Nende hulka kuuluvad näiteks õpilased, (töövõimetus)pensionärid, kodused ja ka heitunud, kes on kaotanud lootuse tööd leida.

Et saada esmalt ülevaade, kuidas on puudega inimesed tööjõuturule kaasatud, tuleb vaadata nende jagunemist majandusaktiivsuse järgi (tabel 1). Hõivemäär näitab hõivatute osatähtsust kõigi tööealiste seas. Laiemalt iseloomustab see tööturu olukorda, kuna näitab, kui suur osa inimestest, kes vanuse järgi võiksid töötada, seda ka teevad. Alates 2010. aastast ehk majanduskriisi järel on hõivemäär tasapisi tõusnud pea kõikides rühmades. Samal ajal ilmnevad suured erinevused ametliku puudega ja puudeta inimeste seisundis.

<sup>a</sup> Artikkel on osaliselt valminud uurimistoetuste SF0130018s11 ja ETF8904 toel.

<sup>b</sup> Eesti tööjõu-uuringus (ETU) oleva tegevuspiiranguid defineeriva küsimuse tõttu on neid, kelle piirangud on seotud töö tegemisega, edaspidi nimetatud töötegevuspiiranguga inimesteks, et eristada neid teistes uuringutes määratud tegevuspiiranguga inimestest. Enesehinnangulist küsimust piirangute kohta ei ole ETU-s igal aastal küsitud (vt lähemalt 2. peatükist).

Ülekaalult kõige rohkem on mitteaktiivseid ametliku puudega inimeste seas – 2013. aastal pea 38 000 ehk 71,7% ametliku puudega inimestest. Samal aastal oli ametliku puudeta inimeste seas mitteaktiivseid 16,5%. Sama palju oli mitteaktiivseid ka töövõimekaota inimeste seas – 16,3%. 40–100% töövõimekaoga ja töötegevuspiiranguga mitteaktiivsete hulk oli väiksem kui ametliku puudega inimeste oma – vastavalt 49,1% (2013. a) ja 53,2% (2011. a). Siinkohal tuleb arvestada, et nii ametliku puudega, töövõimekaoga kui ka töötegevuspiiranguga inimesed võivad osaliselt kattuda.

Ametliku puudega inimestest olid 2013. aastal hõivatud 23% – see on tunduvalt madalam näitaja kui 40–100% töövõimekaoga (42,9% 2013. a) või töötegevuspiiranguga inimeste oma (34% 2011. a). Ainukesena on viimastel aastatel majandussurutiseelse hõivemäära ületanud 40–100% töövõimekaoga elanikud. Tervetest inimestest oli 2013. aastal hõivatud 77%. Võrreldes 2010. aastaga on kõigi rahvastikurühmade hõivemäär tõusnud, viidates mõnevõrra paranenud majanduskeskkonnale ja töökohtade paremale kättesaadavusele viimastel aastatel.

**Tabel 1. Majanduslikult aktiivsed ja mitteaktiivsed 20–64-aastased tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2008–2013**

*Table 1. Economically active and inactive 20–64-year-olds by existence of activity limitations, 2008–2013*

(protsenti – percentages)

	Ametliku puudeta <i>Without registered disabilities</i>	Ametliku puudega <i>With registered disabilities</i>	Töövõimekaota <i>Without a loss of capacity for work</i>	40–100% töövõimekaoga <i>With a 40–100% loss of capacity for work</i>	Töötegevus- piiranguga <i>With work activity limitations</i>
<b>Majanduslikult aktiivsed</b>					<b><i>Economically active</i></b>
2008	83,9	26,9	84,4	43,8	38,7
2009	83,5	27,8	84,1	44,9	41,9
2010	83,0	27,3	83,2	49,2	–
2011	83,0	27,5	83,1	50,8	46,7
2012	83,0	28,0	83,1	49,3	–
2013	83,5	28,1	83,7	50,9	–
<b>Hõivatud</b>					<b><i>Employed</i></b>
2008	79,5	24,9	80,2	39,8	33,8
2009	72,7	20,2	73,6	33,8	31,2
2010	69,4	18,2	70,2	33,0	–
2011	73,0	20,7	73,6	39,0	34,0
2012	74,9	21,4	75,3	40,8	–
2013	76,5	23,0	77,0	42,9	–
<b>Töötud</b>					<b><i>Unemployed</i></b>
2008	5,2	...	5,0	8,9	12,7
2009	13,0	27,3	12,5	24,7	25,6
2010	16,3	33,3	15,6	32,8	–
2011	12,0	23,9	11,5	23,1	27,3
2012	9,7	22,8	9,5	17,4	–
2013	8,4	18,9	8,1	15,7	–
<b>Mitteaktiivsed</b>					<b><i>Economically inactive</i></b>
2008	16,1	73,4	15,6	56,2	61,3
2009	16,5	72,2	15,9	55,1	58,1
2010	17,0	72,7	16,8	50,7	–
2011	17,0	72,5	16,9	49,2	53,2
2012	17,0	72,0	16,9	50,7	–
2013	16,5	71,7	16,3	49,1	–

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Töötute osatähtsus kasvas pärast 2008. aastat majanduskriisi tõttu kõigis vaadeldavates rahvastikurühmades, eriti tugevalt 2009. ja 2010. aastal ning 40–100% töövõimekaoga inimeste hulgas. Ametliku puudeta ja töövõimekaota inimeste vastav näitaja jõudis kõige kõrgemale ehk 16,3%-ni 2010. aastaks, ent jäi siiski poole väiksemaks kui ametliku puudega või 40–100% töövõimekaoga inimeste vastav näitajad, mis olid 32–33% (absoluutarvudes on nii 40–100% töövõimekaoga kui ka töötegevuspiiranguga töötuid tunduvalt rohkem kui ametliku puudega töötuid). Alates 2010. aastast on töötuse määr kõikides rühmades langenud, kuid pole üheski neist taastunud majanduskriisieelsele tasemele. Kõige rohkem on langenud tervete ja 40–100% töövõimekaoga inimeste töötuse määr – mõlemal juhul poole võrra kõige kõrgemast tasemest 2010. aastal. Ametliku puudega inimeste töötuse määr jõudis 2013. aastaks eelmiste aastatega võrreldes madalaimale tasemele ehk 18,9%-ni, olles siiski teiste rühmade näitajast kõrgem.

Ühelt poolt ilmestab töötute osatähtsuse vähenemine 20–64-aastaste hulgas majanduskliima paranemisega suurenenud tööjõuvajadusele. Teisalt viitab mitteaktiivsete osatähtsuse tagasihoidlik vähenemine enamikus puudega inimeste rühmades sellele, et tööturul pole siiski piisavalt sobivaid töökohti, ümberõpet, stardikapitali vms meetmeid inimeste aktiivsemaks kaasamiseks ja osalemiseks tööturul. Eesti Töötukassa pakutavaid tööturuteenuseid on kasutanud vaid väga väike osa puudega inimestest (tabel 7). Endiselt on nii ametliku puudega, 40–100% töövõimekaoga kui ka töötegevuspiiranguga inimeste seas mitteaktiivsete osatähtsus oluliselt suurem kui tervetel inimestel. Arvestades osa majandussektorite tööjõupuudust, on mitteaktiivsed üks potentsiaalne kasutamata tööjõuresurss, keda saaks ülalmainitud meetmete paremal rakendamisel rohkem tööjõuturule kaasata. Kuna suur osa puudega inimestest on mitteaktiivsed, tasub neid lähemalt uurida. Tabelites 2 ja 3 on esitatud neli subjektiivset mitteaktiivsuse põhjust soo ja vanuserühma järgi.

Nii ametliku puudega, 40–100% töövõimekaoga kui ka töötegevuspiiranguga inimestel on kõigil vaadeldud aastatel olnud valdav mitteaktiivsuse põhjus haigus või vigastus. Meeste seas on võrreldes naistega suurem hulk haiguse või vigastuse tõttu mitteaktiivseid. Meestel vähenes 2013. aastaks haiguse või vigastuse osatähtsus kõigis puudega ja puudeta inimeste rühmades, ehkki kriisi ajal see ametliku puudega meestel kasvas ja 40–100% töövõimekaoga meestel oli stabiilne. Majanduslikult mitteaktiivsete naiste seas kasvas majanduskriisi ajal haiguse või vigastuse osatähtsus kõigis puudega inimeste rühmades. Majandussurutise järel mainis ametliku puudega ja töötegevuspiiranguga naistest haigust või vigastust mitteaktiivsuse põhjusena isegi suurem hulk kui 2008. aastal – 75,8% ametliku puudega naistest 2013. aastal (66,2% 2008. a) ja 56,9% töötegevuspiiranguga naistest 2011. aastal (54,5% 2008. a). OECD on oma raportis öelnud, et suurenenud töövõimetushüvitise valimine majandussurutise ajal viitab selle sissetuleku kergemale kättesaadavusele võrreldes teiste võimalustega ja vajalike toimetulekutoetuste nappusele, eeskätt seetõttu, et viimased on seotud kohalike omavalitsuste ressursipuudusega (OECD ... 2012). Samal ajal ei tohi aga tähelepanuta jätta, et tegevuspiiranguga inimeste madalama haridustaseme tõttu olid nende töökohad ühed esimestest, mis majandussurutise ajal kadusid. Kui tervetel inimestel tekitab töö kaotamine stressi ja sellega kaasnevaid tervisehäireid, siis tervisest tingitud tegevuspiiranguga inimestel seda enam. Ametliku puudega 20–64-aastastel naistel on haiguste osatähtsus mitteaktiivsuse põhjusena viimastel aastatel kasvanud.

Laste või teiste pereliikmete eest hoolitsejate osatähtsus mitteaktiivses rahvastikus on vaadeldud ajavahemikul suurenenud nii tervete meeste kui ka naiste seas, kuid meeste näitajad jäävad naiste omadele siiski oluliselt alla. 2013. aastal olid teiste pereliikmete eest hoolitsemise tõttu mitteaktiivsed vaid 6,2% meestest, naistest oli samas seisundis 52%. 40–100% töövõimekaoga ja töötegevuspiiranguga naistest olid vaadeldaval ajavahemikul pereliikme eest hoolitsemise tõttu mitteaktiivsed alla 10% ning aastate jooksul on nende osatähtsus vähenenud. Osaliselt on tegemist võimalusega jääda lapsehoolduspuhkusele, kuid tõenäoliselt on nende hulgas märkimisväärne hulk inimesi, kes peale enda haiguse peavad tegelema ka teiste haigete pereliikmetega ega saa seetõttu töö käia.

Vanuseti on kõigis kolmes vanuserühmas (20–34, 35–49, 50–64) haigus või vigastus valdav mitteaktiivsuse põhjus enamikus vaadeldavates rahvastikurühmades. Majandussurutise aastatel (2009–2010) ametliku puudega ja 40–100% töövõimekaoga 20–34- ja 35–49-aastastel selle



põhjuse osatähtsus suurenes. 50–64-aastastel jäi haiguse osatähtsus kriisi ajal stabiilseks ja hakkas kasvama alles 2011. aastal. Pärast kriisi on haigusest tingitud mitteaktiivsus nooremates rühmades olnud küll väiksem kui 2008. aastal, kuid näiteks ametliku puudega 50–64-aastaste vastav näitaja oli 2013. aastal eelmiste aastate omast kõrgem. Kõige rohkem haiguse või vigastuse tõttu mitteaktiivseid on 35–49-aastaste ametliku puudega inimeste seas – 2013. aastal oli neid 93% vastavast rühmast. Kui nooremas eas on haiguse või vigastusega suurem tõenäosus õpinguid jätkata või lapsehoolduspuhkusele ja vanemas eärühmas eelpensionile või pensionile jääda, siis keskealistel on haigus mitteaktiivsuse peamine põhjus kõigis piirangutega rahvastiku rühmades. Siiski annab nimetatud mitteaktiivsuse põhjuse vähenemise trend nooremates vanuserühmades lootust, et uued põlvkonnad on tervemad. Et terviseprobleemid eluea jooksul kumuleeruvad, suurenevad tegevuspiirangud vanuse tõustes ja nii on haiguse osatähtsus mitteaktiivsuse põhjustes 50–64-aastastel ametliku puudega inimestel vaadeldavatel aastatel kasvanud.

Pooled ametliku puudeta ja töövõimekaota 20–34-aastased on mitteaktiivsed pereliikmete eest hoolitsemise tõttu ja pooled muul põhjusel, mis viitab selle rühma mõnevõrra teistsugustele tegevustele (nt enesetäiendus). Terved inimesed, eriti 35–49-aastased, on mitteaktiivsed suurel määral just laste ja teiste pereliikmete eest hoolitsemise tõttu. Seejuures on selle põhjuse osatähtsus aastate jooksul suurenenud ja 2013. aastal olid sel põhjusel mitteaktiivsed pea kolmveerand (69,1%) vastavas vanuses inimestest. Ka märkimisväärne hulk – 42,7% – 20–34-aastastest olid 2013. aastal mitteaktiivsed samal põhjusel. Selle mustri taga peitub eeldatavasti pereloom. Samuti on selles vanuses inimeste hulgas neid, kes hoolitsevad teiste (haigete) pereliikmete eest, kuid neid kaht rühma ei ole võimalik eristada. Ometi on just teiste pereliikmete eest hoolitsemise tõttu koduseks jäänud inimesed üks neid tööjõuresursse, keda on võimalik kõige kergemini tööjõuturule tagasi tuua, kui arendada välja ja teha paremini kättesaadavaks (sealjuures rahaliselt) vastavad teenused. Peaaegu veerand noorima vanuserühma ametliku puudega ja 40–100% töövõimekaoga inimestest on mitteaktiivsed ka muudel põhjustel, ilmselt peamiselt õpingute, kuid mõnel määral ka pereloom tõttu. Ehkki nende osatähtsus on poole väiksem kui sama vanuserühma tervetel inimestel, on see siiski suurem kui puudega inimeste vanemates vanuserühmades. See viitab nooremate inimeste õppimisvõimalustele ja annab lootust, et nende tööjõus osalemise määr on sellevõrra tulevikus kõrgem kui 40–100% töövõimekaoga ja töötegevuspiiranguga vanematel inimestel praegu.

2008. aastal olid 35–49-aastastest töötegevuspiiranguga inimestest pereliikmete eest hoolitsemise tõttu mitteaktiivsed 11,2%. Teiste töötegevuspiirangutega rahvastikurühmade ja aastate kohta ei ole piisavalt andmeid, kuid ainuüksi 2008. aasta näitaja annab märku, et osa piirangutega inimestest on sunnitud oma töö jätkama teiste hooldamise tõttu.

Aja jooksul on 50–64-aastaste mitteaktiivsuse põhjustes pensioniikka jõudmise osatähtsus nii ametliku puudega, 40–100% töövõimekaoga kui ka töötegevuspiiranguga inimeste seas vähenenud. Pensioniiga on mitteaktiivsuse põhjus 31%-l töötegevuspiiranguga inimestest (2011. a) ja 21%-l ametliku puudega inimestest (2013. a), 40–100% töövõimekaoga inimestest seevastu vaid 6,1%-l. Ametliku puudeta ja töövõimekaota vanemaealiste seas on pensioniiga levinuim mitteaktiivsuse põhjus – 2013. aastal oli see näitaja 69,4% ehk veidi kõrgem kui 2008. aastal (65,8%). Siinjuures ei tule eeldada, et eespool nimetatud piirangutega rahvastikurühmades oleks selles vanuserühmas vähem pensioniikka jõudnud kui tervete seas, vaid piirangutega inimeste töölt ärajäämise põhjustes domineerivad eelkõige tervisega seotud põhjused.

Pereliikmete eest hoolitsemise tõttu on sunnitud mitteaktiivses seisundis olema suur hulk nii terveid, 40–100% töövõimekaoga kui ka töötegevuspiiranguga naisi ja 35–49-aastaseid. Selline tulemus viitab selgele vajadusele töötada välja parem hooldussüsteem ja luua puudega või 40–100% töövõimekaoga inimestele ümberõppevõimalused. Nii on võimalik vabastada osa rahvastikurühmi informaalset hoolduskohustusest, tagada neile kindel sissetulek ja tegevus ning suurendada potentsiaalset tööjõuresurssi.

**Tabel 2. 20–64-aastaste majandusliku mitteaktiivsuse põhjused tegevuspiirangu olemasolu ja soo järgi, 2008–2013**

Table 2. Reasons for economic inactivity among 20–64-year-olds by existence of activity limitations and sex, 2008–2013  
(protsenti – percentages)

	Mehed Males						Naised Females						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Ametliku puudega</b>													<b>With registered disabilities</b>
Haigus või vigastus	87,3	88,8	86,6	84,0	85,5	82,1	66,2	69,7	66,7	69,9	68,8	75,8	Illness or injury
Hoolitsemine laste või teiste pereliikmete eest	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Taking care of children or other family members
Pensioniiiga	7,6	7,9	9,5	9,8	9,3	12,4	30,4	25,8	28,8	25,3	22,3	17,4	Retirement
Muu põhjus	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	Other
<b>40–100% töövõimekaoga</b>													<b>With a 40–100% loss of capacity for work</b>
Haigus või vigastus	91,0	91,6	90,0	90,9	88,1	86,2	83,3	84,5	87,3	81,1	81,3	81,1	Illness or injury
Hoolitsemine laste või teiste pereliikmete eest	...	...	...	...	...	...	9,5	6,6	...	7,1	6,1	7,2	Taking care of children or other family members
Pensioniiiga	...	4,4	4,0	...	...	...	...	...	...	...	4,5	...	Retirement
Muu põhjus	...	...	4,4	4,8	7,5	9,6	...	...	...	7,7	7,6	6,8	Other
<b>Töötegevuspiiranguga</b>													<b>With work activity limitations</b>
Haigus või vigastus	77,6	75,2	–	71,0	–	–	54,5	55,2	–	56,9	–	–	Illness or injury
Hoolitsemine laste või teiste pereliikmete eest	...	...	–	...	–	–	8,1	7,8	–	–	–	–	Taking care of children or other family members
Pensioniiiga	13,6	17,1	–	17,1	–	–	33,6	30,1	–	27,2	–	–	Retirement
Muu põhjus	6,6	7,0	–	10,0	–	–	3,8	6,9	–	11,1	–	–	Other
<b>40–100% töövõimekaota ja puudeta</b>													<b>Without a 40–100% loss of capacity for work and without disabilities</b>
Haigus või vigastus	14,6	9,9	9,2	8,5	9,2	8,1	6,7	3,0	5,2	6,2	3,6	3,5	Illness or injury
Hoolitsemine laste või teiste pereliikmete eest	5,5	6,4	6,0	4,4	6,2	6,2	47,7	49,5	45,2	41,7	49,4	52,0	Taking care of children or other family members
Pensioniiiga	24,9	23,2	22,9	23,8	21,2	23,1	21,9	20,9	21,1	19,7	19,8	19,0	Retirement
Muu põhjus	55,0	60,2	61,8	63,5	63,3	62,9	23,6	26,5	28,6	32,3	27,2	25,4	Other

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

**Tabel 3. 20–64-aastaste majandusliku mitteaktiivsuse põhjused tegevuspiirangu olemasolu ja vanuserühma järgi, 2008–2013**

*Table 3. Reasons for economic inactivity among 20–64-year-olds by existence of activity limitations and age group, 2008–2013*  
(protsenti – percentages)

	20–34						35–49		
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010
<b>Ametliku puudega</b>									
Haigus või vigastus	81,6	88,7	86,5	90,0	69,6	77,1	97,1	97,1	98,1
Pensioniiiga	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Muu põhjus	...	...	...	...	23,9	...	...	...	...
<b>40–100% töövõimekaoga</b>									
Haigus või vigastus	74,6	81,9	85,1	75,0	66,7	67,2	93,2	93,1	94,6
Pensioniiiga	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Muu põhjus	...	...	...	...	22,7	23,4	...	...	...
<b>Töötegevuspiiranguga</b>									
Haigus või vigastus	76,5	76,5	–	63,9	–	–	82,5	79,7	–
Hoolitsemine laste või teiste pereliikmete eest	...	...	–	...	–	–	11,2	...	–
Pensioniiiga	...	...	–	...	–	–	...	...	–
Muu põhjus	...	...	–	...	–	–	6,3	...	–
<b>40–100% töövõimekaota ja puudeta</b>									
Haigus või vigastus	...	...	...	...	...	...	17,9	7,8	10,5
Hoolitsemine laste või teiste pereliikmete eest	46,3	45,7	40,5	36,2	40,7	42,7	62,3	64,7	59,2
Pensioniiiga	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Muu põhjus	52,3	52,8	58,1	62,3	58,2	56,1	19,1	27,5	30,9

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

## Töötingimused ja -korraldus

Töökorralduses on oluline näitaja töö maht ehk tööle kulutatud aeg. Täistööajaks on Eestis enamasti määratud 40 töötundi nädalas, kuid see võib ka osa ametite puhul erineda (nt arstidel). Sellest väiksem töökoormus määratletakse üldjuhul osaaajatööks. Enamik inimesi töötab täiskoormusega, kuna see võimaldab realiseerida nii töötamise juures tähtsaid isiklikke ja sotsiaalseid eesmärke kui ka teenida piisavat sissetulekut. Üldiselt töötab valdav osa Eesti hõivatutest täiskoormusega. Eeskätt on põhjus selles, et tööandjatel puuduvad stiimulid rohkemaid osaaajavõimalusega töökohti luua, kuid niisuguste töökohtade suhteliselt väikeste sissetulekute tõttu puudub see huvi tavaliselt ka töövõtjatel. Täistööaeg tagab Eesti pikka aega heitlikult arenenud majanduskeskkonnas töötajatele suurema turvalisuse.

Täisajaga töötamine on ootuspäraselt enim levinud töövõimekaota ja puudeta inimeste seas – aastatel 2008–2013 oli nende osatähtsus püsivalt üle 90% (tabel 4). Majanduskriisi ajal kasvas osaaajaga töötavate tervete inimeste osatähtsus 5,7%-st 2008. aastal 8,7%-ni 2009. aastal ning on sellest alates olnud üle 8%. Meestel on täistööajaga töötamine levinum kui naistel kõikides tegevuspiirangutega inimeste rühmades.

Tervete naiste ja meeste seas majandussurutise ajal täistööajaga töötavate inimeste osatähtsus vähenes ega taastunud kriisieelsele tasemele ka 2013. aastaks. Seevastu ametliku puudega ja 40–100% töövõimekaoga meeste täistööajaga hõive määr tõusis nii kriisi ajal kui ka järel ja ehkki paaril viimasel aastal on see näitaja langenud, on see siiski kõrgem kui 2008. aastal – vastavalt 80,8% 2008. aastal ja 90,7% 2013. aastal. Ametliku puudega, 40–100% töövõimekaoga ja ka töötegevuspiiranguga naiste täistööajaga töötamise määr aga kriisiaastatel langes – suurim

35–49			50–64						
2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>With registered disabilities</b>									
89,3	94,6	93,0	70,0	70,9	70,1	73,0	75,8	76,0	<i>Illness or injury</i>
...	...	...	28,0	26,6	26,4	23,9	21,4	21,3	<i>Retirement</i>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	<i>Other</i>
<b>With a 40–100% loss of capacity for work</b>									
91,3	85,5	88,2	88,4	88,8	88,3	87,3	89,1	86,4	<i>Illness or injury</i>
...	...	...	7,1	6,6	6,9	5,7	5,4	6,1	<i>Retirement</i>
...	...	...	...	...	...	4,9	...	6,1	<i>Other</i>
<b>With work activity limitations</b>									
87,2	–	–	58,7	58,6	–	58,0	–	–	<i>Illness or injury</i>
...	–	–	...	...	–	...	–	–	<i>Taking care of children or other family members</i>
...	–	–	35,1	34,4	–	31,0	–	–	<i>Retirement</i>
...	–	–	4,0	4,4	–	8,8	–	–	<i>Other</i>
<b>Without a 40–100% loss of capacity for work and without disabilities</b>									
11,9	5,9	6,6	16,4	11,6	13,8	13,8	12,9	11,6	<i>Illness or injury</i>
57,0	66,4	69,1	6,6	4,3	6,3	6,0	10,2	8,4	<i>Taking care of children or other family members</i>
...	...	...	65,8	70,2	66,3	62,3	63,7	69,4	<i>Retirement</i>
31,1	27,6	24,3	11,1	14,2	13,3	17,8	13,2	10,6	<i>Other</i>

oli langus ametliku puudega naistel – 71,2%-st 2009. aastal 62,5%-ni 2010. aastal. 2011. aastal töötas vaid 55,2% ametliku puudega naistest täistööajaga. 40–100% töövõimekaoga naiste vastav näitaja aastatel 2009–2011 kahanes, jõudes 2011. aastal 74,2%-ni. Samuti vähenes täistööajaga töötavate töötegevuspiiranguga naiste osatähtsus – 79,4%-st 2008. aastal 75,7%-ni 2011. aastal. Seega, kui puudega ja töövõimekaoga meeste seas täistööajaga töötajate osatähtsus kriisi ajal suurenes, siis samade rühmade naiste hulgas see vähenes. Mõneti viitab niisugune trend naiste töökohtade väiksemale turvalisusele, ka tegevuspiiranguga rahvastikurühmas.

Täisajaga töötavate ametliku puudeta ja töövõimekaota inimeste osatähtsus vähenes ajavahemikul 2008–2013 kõigis vanuserühmades. 20–34-aastastest töötas 2008. aastal täisajaga 93,2%, kuid 2013. aastal 90,6%, 35–49-aastaste vastavad näitajad olid 95,8% ja 93,7% ning 50–64-aastastel 93,6% ja 90,5%. Ametliku puudega ja 40–100% töövõimekaoga inimeste hulgas on täisajaga töötajate osatähtsus aastate jooksul kõikunud, kuid kokkuvõttes viimastel aastatel ületanud majandussurutiseelset näitajat. 40–100% töövõimekaoga inimeste rühmas on täisajaga töötajate osatähtsuse kasv märgatav 20–34-aastastel ja 35–49-aastastel ning mõlemal oli osalusmäär 2013. aastal üle 85%. 50–64-aastaste näitaja kasv oli tagasihoidlikum – 83,5%-st 84,6%-ni. Ametliku puudega 20–34-aastaste töömahtu ei ole enamikul aastatel väikeste arvude tõttu võimalik eristada. Täisajaga töötavate ametliku puudega 35–49-aastaste osatähtsus vaadeldaval ajavahemikul kõikus (79,3% 2008. a, 85% 2009. a, 56,5% 2010. a), kuid ületas lõpuks kriisieelse taseme (86,2% 2013. a). Samuti kasvas kokkuvõttes ka täisajaga töötavate ametliku puudega 50–64-aastaste osatähtsus – 70,5%-st 2008. aastal 74,3%-ni 2013. aastal. Täisajaga töötavate töötegevuspiiranguga inimeste vastavad näitajad jäävad ametliku puudega ja 40–100% töövõimekaoga inimeste omade vahele.

Ühelt poolt on puude, töövõimekao ja töötegevuspiiranguga inimeste aja jooksul suurenenud hõivatus täistööajaga töökohtadel hea, sest see võib viidata majanduskliima ning ühiskonna ja tööandjate suhtumise paranemisele. Teiselt poolt peidavad need tervete inimestega võrreldes madalamad näitajad ilmselt struktuursemad probleeme Eesti tööjõuturul – need on seotud maksu- ja sotsiaalpoliitikaga, ümberõppega ning töö paindlikkusega. Osaajaga töötavate inimeste osatähtsus hõivatute koguhulgas on Eestis siiski üsna väike. 2012. aastal töötas osalise ajaga 8,2% kogu Eesti tööjõust – teistest Euroopa riikidest oli see näitaja veel madalam vaid Tšehhis, Poolas, Ungaris, Slovakkias ja Sloveenias (OECD ... 2014). OECD on soovitanud Eestil tööturгу paindlikumaks muuta (OECD ... 2012; OECD ... 2009), mis tähendab ka osaajaga töötamise võimaluste suurendamist, eriti puude, töövõimekao või tervisepiiranguga inimestel. Neile tuleks välja töötada majanduslikku aktiivsust toetavad meetmed, keskendudes tööturule naasmiseks vajalikule ümberõppele ja maksupoliitikale. Osaajatöö vähese tasustatuse ja Eesti sotsiaalhooldussüsteemi puudulikkuse tõttu on paljud inimesed sunnitud elamisväärsesse sissetuleku saamiseks töötama täisajaga.

**Tabel 4. Täis- ja osaajaga töötavad 20–64-aastased tegevuspiirangu olemasolu ja soo järgi, 2008–2013**

*Table 4. 20–64-year-olds in full-time and part-time employment by existence of activity limitations and sex, 2008–2013*  
(protsenti – percentages)

	Hõivatud kokku		Ametliku puudega		40–100% töövõimekaoga		Töötegevuspiiranguga		40–100% töövõimekaota ja puudeta	
	<i>Persons employed, total</i>		<i>With registered disabilities</i>		<i>With a 40–100% loss of capacity for work</i>		<i>With work activity limitations</i>		<i>Without a 40–100% loss of capacity for work and without disabilities</i>	
	Täis-ajaga	Osa-ajaga	Täis-ajaga	Osa-ajaga	Täis-ajaga	Osa-ajaga	Täis-ajaga	Osa-ajaga	Täis-ajaga	Osa-ajaga
	<i>Full-time</i>	<i>Part-time</i>	<i>Full-time</i>	<i>Part-time</i>	<i>Full-time</i>	<i>Part-time</i>	<i>Full-time</i>	<i>Part-time</i>	<i>Full-time</i>	<i>Part-time</i>
<b>Mehed ja naised kokku</b>										
	<b>Males and females, total</b>									
2008	93,8	6,2	74,0	26,0	83,4	17,0	83,6	16,4	94,3	5,7
2009	90,8	9,2	76,3	24,7	82,3	18,1	78,5	21,5	91,3	8,7
2010	90,4	9,6	70,2	29,8	82,0	18,0	–	–	90,9	9,1
2011	90,9	9,1	68,2	33,0	83,3	16,7	82,7	17,6	91,4	8,6
2012	91,0	9,0	76,0	24,0	83,3	16,7	–	–	91,5	8,4
2013	91,3	8,7	78,5	21,5	86,4	13,9	–	–	91,7	8,3
<b>Mehed</b>										
	<b>Males</b>									
2008	96,5	3,5	79,5	...	84,5	14,7	88,1	12,5	96,9	3,1
2009	94,1	5,9	78,6	...	85,1	14,9	81,3	18,1	94,4	5,6
2010	94,1	5,9	85,7	...	89,3	10,7	–	–	94,2	5,8
2011	95,1	4,9	90,3	...	92,9	6,4	92,6	...	95,2	4,8
2012	95,1	5,0	83,3	...	88,6	11,4	–	–	95,4	4,6
2013	94,6	5,3	80,8	...	90,7	9,3	–	–	94,9	5,0
<b>Naised</b>										
	<b>Females</b>									
2008	91,0	9,0	70,0	30,0	81,5	17,9	79,4	20,6	91,5	8,4
2009	87,7	12,3	71,2	28,8	78,9	20,4	75,7	24,3	88,3	11,8
2010	86,9	13,1	62,5	39,3	76,6	24,0	–	–	87,6	12,4
2011	86,5	13,5	55,2	44,8	74,2	25,8	75,7	24,3	87,4	12,6
2012	86,9	13,1	71,0	29,0	78,8	21,2	–	–	87,5	12,5
2013	87,8	12,2	76,8	23,2	83,1	16,9	–	–	88,3	11,7

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

**Tabel 5. Täis- ja osaaajaga töötavad 20–64-aastased tegevuspiirangu olemasolu ja vanuse järgi, 2008–2013**

Table 5. 20–64-year-olds in full-time and part-time employment by existence of activity limitations and age, 2008–2013  
(protsenti – percentages)

	Hõivatud kokku		Ametliku puudega		40–100% töövõimekaoga		Töötegevuspiiranguga		40–100% töövõimekaota ja puudeta	
	Täis-ajaga Full-time	Osa-ajaga Part-time	Täis-ajaga Full-time	Osa-ajaga Part-time	Täis-ajaga Full-time	Osa-ajaga Part-time	Täis-ajaga Full-time	Osa-ajaga Part-time	Täis-ajaga Full-time	Osa-ajaga Part-time
<b>20–34</b>										
2008	93,0	7,1	...	...	72,4	...	78,4	...	93,2	6,8
2009	88,9	11,0	...	...	71,0	...	63,6	...	89,4	10,7
2010	89,9	10,1	...	...	86,0	...	–	–	90,0	10,0
2011	90,4	9,6	...	...	83,7	...	87,5	...	90,6	9,4
2012	90,2	9,8	82,4	...	90,6	...	–	–	90,3	9,8
2013	90,5	9,5	83,3	...	87,7	...	–	–	90,6	9,4
<b>35–49</b>										
2008	95,4	4,6	79,3	...	85,9	14,1	90,5	9,5	95,8	4,2
2009	93,2	6,8	85,0	...	84,6	15,4	84,4	15,6	93,4	6,6
2010	92,4	7,6	56,5	...	79,2	20,8	–	–	92,8	7,2
2011	92,9	7,1	71,4	...	86,2	13,8	86,2	13,8	93,2	6,8
2012	92,8	7,2	85,7	...	86,1	13,9	–	–	93,2	6,8
2013	93,4	6,6	86,2	...	88,3	11,7	–	–	93,7	6,3
<b>50–64</b>										
2008	92,6	7,4	70,5	27,9	83,5	16,5	79,1	20,9	93,6	6,3
2009	89,8	10,2	78,3	23,3	83,4	16,6	77,3	22,7	90,6	9,4
2010	88,3	11,7	75,0	...	82,8	17,2	–	–	89,1	10,9
2011	88,8	11,2	68,1	31,9	81,4	18,6	78,6	20,9	89,8	10,2
2012	89,5	10,5	67,8	30,5	79,6	20,4	–	–	90,9	9,1
2013	89,5	10,5	74,3	24,3	84,6	15,4	–	–	90,5	9,6

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Peale töömahu on tervisest tulenevate piirangutega inimestele olulised ka töökohta kaugus kodust ja sinna jõudmise võimalused. Liigne kaugus, transpordivahendi sobimatus või täielik puudumine võivad töö leidmist ja ka selle tegemise võimalusi olulisel määral piirata.

Tegevuspiiranguga inimesed lähevad märksa enam tööle jalgsi, samuti kasutavad nad vähem ametiautot või töösõidukeid ning natuke vähem ka isiklikku autot (tabel 6). Ühissõidukit kasutab tööle minemiseks umbes viiendik nii tervetest kui ka ametliku puudega, töövõimekaoga ja töötegevuspiiranguga hõivatutest. Nii tervetest kui ka näiteks 40–100% töövõimekaoga inimestest kasutavad ühistransporti rohkem naised. Samuti on näha, et töövõimekaoga hõivatutest kasutavad ühistransporti pigem noored (20–34-aastased). Vajaduspõhist transporditoetust ametliku puudega inimestele korraldavad sotsiaalhoolekandeseaduse järgi kohalikud omavalitsused. Et aga nende võimalused erinevad regiooniti väga palju, seab see transpordi vajavad piiranguga inimesed ebavõrdsesse olukorda. Senini puudub koondatud statistika selle kohta, kui paljudele omavalitsusele avalduse esitanud inimestest transporditoetust on makstud. Tallinnas näiteks kasutas 2013. aastal invataksoteenust 1224 inimest ehk 4,9% Tallinna ametliku puudega inimestest. Liikumispuudega inimestest (kellest kõik ei ole tööelised ja kes ei ole ka ainukesed sotsiaaltransporditeenuse vajajad) kasutas 2013. aastal seda teenust 16,9% (Tallinn ... 2014).

**Tabel 6. Töökäimisviisid tegevuspiirangu olemasolu, soo ja vanuserühma järgi, 2013**  
*Table 6. Means of transport used to commute to work by existence of activity limitations, sex and age group, 2013*  
 (protsenti – percentages)

	Kõik hõivatud <i>Total</i>	Mehed <i>Males</i>	Naised <i>Females</i>	20–34	35–49	50–64	
<b>Hõivatud kokku</b>							<b>Persons employed, total</b>
Jalgsi	17,0	10,5	23,7	14,4	15,9	21,0	<i>On foot</i>
Jalgratta, mopeedi, mootorrattaga	2,8	2,8	2,7	1,8	2,9	3,8	<i>By bicycle, moped or motorbike</i>
Isikliku autoga	38,9	45,6	31,8	39,9	43,2	32,3	<i>By own car</i>
Ametiauto, töösõidukiga	13,4	21,8	4,6	13,0	14,5	12,3	<i>By company car or transport</i>
Ühissõidukiga	22,4	12,9	32,3	26,0	17,5	24,5	<i>By public transport</i>
Töötab kodus	5,7	6,4	4,9	4,9	6,1	6,0	<i>Works at home</i>
<b>Ametliku puudega</b>							<b>With registered disabilities</b>
Jalgsi	25,6	25,0	24,6	...	...	27,0	<i>On foot</i>
Jalgratta, mopeedi, mootorrattaga	...	...	...	...	...	...	<i>By bicycle, moped or motorbike</i>
Isikliku autoga	33,1	36,5	30,4	...	51,7	29,7	<i>By own car</i>
Ametiauto, töösõidukiga	8,3	...	...	...	...	...	<i>By company car or transport</i>
Ühissõidukiga	24,8	...	36,2	...	...	27,0	<i>By public transport</i>
Töötab kodus	...	...	...	...	...	...	<i>Works at home</i>
<b>40–100% töövõimekaoga</b>							<b>With a 40–100% loss of capacity for work</b>
Jalgsi	26,8	16,9	34,2	...	25,0	29,1	<i>On foot</i>
Jalgratta, mopeedi, mootorrattaga	4,7	...	5,6	...	...	4,4	<i>By bicycle, moped or motorbike</i>
Isikliku autoga	33,5	43,0	26,4	29,8	37,5	31,7	<i>By own car</i>
Ametiauto, töösõidukiga	10,4	20,3	...	...	12,5	9,3	<i>By company car or transport</i>
Ühissõidukiga	19,9	11,0	26,4	24,6	16,7	19,8	<i>By public transport</i>
Töötab kodus	5,0	...	4,3	...	...	5,7	<i>Works at home</i>
<b>40–100% töövõimekaota ja puudeta</b>							<b>Without a 40–100% loss of capacity for work and without disabilities</b>
Jalgsi	16,2	10,1	22,7	14,2	15,4	19,6	<i>On foot</i>
Jalgratta, mopeedi, mootorrattaga	2,7	2,8	2,5	1,6	2,7	3,7	<i>By bicycle, moped or motorbike</i>
Isikliku autoga	39,4	45,8	32,4	40,2	43,5	32,8	<i>By own car</i>
Ametiauto, töösõidukiga	13,6	21,8	4,7	13,1	14,6	12,8	<i>By company car or transport</i>
Ühissõidukiga	22,5	13,0	32,7	26,0	17,5	25,0	<i>By public transport</i>
Töötab kodus	5,8	6,5	5,0	4,8	6,3	6,1	<i>Works at home</i>
<b>Töötegevuspiiranguga<sup>a</sup></b>							<b>With work activity limitations<sup>a</sup></b>
Jalgsi	18,3	...	25,5	–	21,7	18,4	<i>On foot</i>
Jalgratta, mopeedi, mootorrattaga	5,6	...	...	–	...	...	<i>By bicycle, moped or motorbike</i>
Isikliku autoga	38,2	49,4	29,9	51,8	36,2	35,9	<i>By own car</i>
Ametiauto, töökoha sõidukiga	9,1	15,3	...	–	...	...	<i>By company car or transport</i>
Ühissõidukiga	23,0	...	29,9	–	...	27,8	<i>By public transport</i>
Töötab kodus	5,9	...	...	–	...	...	<i>Works at home</i>

<sup>a</sup> 2011. aasta andmed.

<sup>a</sup> 2011 data

Allikad: ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet  
 Sources: Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

**Tabel 7. Puudega töötute<sup>a</sup> osalemine töötukassa pakutavatel tööturuteenustel, 2007–2013<sup>b</sup>**  
**Table 7. Use of the labour market services of the Estonian Unemployment Insurance Fund by unemployed persons with disabilities<sup>a</sup>, 2007–2013<sup>b</sup>**  
 (osalejate arv – number of users)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Palgatoetus	12	8	9	268	108	116	108	Wage subsidy
Ettevõtluse alustamise toetus	15	7	22	19	9	14	13	Business start-up subsidy
Tööintervjuul abistamise teenus <sup>c</sup>	28	11	2	4	13	27	41	Communication support at job interviews <sup>c</sup>
Töökoha kohandamine <sup>c</sup>	2	3	0	1	1	1	3	Adaptation of premises and equipment <sup>c</sup>
Tehnilise abivahendi andmine <sup>c</sup>	3	7	2	6	7	13	24	Provision of special aids and equipment <sup>c</sup>
Tugiisikuga töötamine <sup>c</sup>	30	25	10	15	25	37	45	Working with a support person <sup>c</sup>
Avalik töö	97	124	162	110	52	78	86	Public work
Tööalane koolitus	551	525	1 172	355	830	1 627	1 385	Work-related training
Tööotsingu koolitus	125	143	149	370	559	742	880	Job search training
Karjäärinõustamine	767	791	1 011	824	950	1 224	1 349	Career counselling
Praktika	143	162	108	150	120	203	228	Work practice
Harjutus	168	124	145	47	62	185	188	Coaching for working life
Psühholoogiline nõustamine	–	41	63	67	93	161	135	Psychological counselling
Sotsiaalne rehabilitatsioon	–	2	1	1	6	–	–	Social rehabilitation
Tööklubi	–	0	19	66	114	224	244	Job club
Võlanõustamine	–	–	–	9	48	95	140	Debt counselling
Tööproov	–	–	–	–	41	46	122	Work trial
Muud teenused	0	1	0	11	49	118	191	Other services
Puudega töötute teenuste kasutamise arv	1 941	1 974	2 875	2 323	3 087	4 911	5 182	Instances of use of services by unemployed persons with disabilities
Registreeritud puudega töötud (aastakeskmise).	1 200	1 651	3 533	2 627	1 666	1 760	1 797	Registered unemployed persons with disabilities (annual average)
40–100% töövõimekaoga töötud	–	2 700	8 700	13 000	9 000	7 200	7 500	Unemployed persons with a 40–100% loss of capacity for work



**Tabel 7. Puudega töötute<sup>a</sup> osalemine töötukassa pakutavatel tööturuteenustel, 2007–2013<sup>b</sup>**  
*Table 7. Use of the labour market services of the Estonian Unemployment Insurance Fund by unemployed persons with disabilities<sup>a</sup>, 2007–2013<sup>b</sup>*  
 (osalejate arv – number of users)

Järg – Cont.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Aasta jooksul arvel olnud puudega töötud	...	...	8 334	6 382	5 064	5 682	6 104	<i>Unemployed persons with disabilities registered over the year</i>

<sup>a</sup> Puudega töötud on inimesed, kellele on Sotsiaalkindlustusameti andmete kohaselt määratud puue või töövõimetus.

<sup>b</sup> Tabelis olev arv näitab vastaval aastal teenust kasutama hakanute arvu.

<sup>c</sup> Spetsiaalselt puudega või pikaajalise tervisehäirega inimestele ja nende töölevõtmiseks mõeldud teenused.

<sup>a</sup> "Unemployed persons with disabilities" refers to persons with registered disabilities or with a registered loss of capacity for work according to the Social Insurance Board.

<sup>b</sup> The figure in the table indicates the number of persons who started to use the service in a given year.

<sup>c</sup> Services specifically designed for (the employment of) persons with disabilities or with long-term health problems.

Allikad: Eesti Töötukassa, ETU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Unemployment Insurance Fund, Estonian Labour Force Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Tegevuspiiranguga tööealiste majandusaktiivsuse suurendamine on oluline nende paremaks toimetulekuks ja eneseteostusvõimaluste parandamiseks. Samal ajal on see rahvastikurühm lisaressurs, mille arvel on võimalik suurendada üldist hõivatust. Kavandatava töövõimereformi üks eesmärke on pikaajalise tervisekahjustuse tõttu vähenenud töövõimega inimeste töötamise ja töölesaamise toetamine ning neile seaduses sätestatud tingimustel ja ulatuses sissetuleku tagamine (Töövõimetoetuse ... 2014). Et tegevuspiiranguga tööealiste tervise olukord on muret tekitav, on kavandatud reform tekitanud hirme, et need vähesedki väikesed toetused, mida seni on puudega ja/või töövõimekaoga inimestele aktiivsete tööturumeetmetena tööturule naasmiseks makstud, võivad seejuures väheneda või jäävad need, kelle tervis ei võimalda tööd teha, olemasolevast vähesestki ilma.

Järgnevalt on Eesti Töötukassa andmete alusel analüüsitud seniseid riiklikke meetmeid puudega inimeste tööhõive parandamiseks. Enamikul juhtudel rakendatakse neid meetmeid registreeritud töötutele, kuid näiteks spetsiaalselt puudega või pikaajalise tervisehäirega inimestele mõeldud teenuseid (töökoha kohandamine, abivahendi andmine, tugisikuga töötamine) võivad kasutada ka puude või pikaajalise tervisehäirega töötavad inimesed. Samuti on mõned teenused, mida saavad kasutada ka töötukassas registreeritud töötajad (nt töötuba ja tööklubi).

Nende meetmete hindamisel tuleb arvestada, et üks inimene võib kasutada mitut teenust. Teenuste kasutajate hulk on vaadeldud aastate jooksul peaaegu kolmekordistunud, ent üksikute meetmete kaupa vaadates on teenuste kasutajaid siiski liiga vähe, et need suudaksid tööturule naasmise olulist rolli mängida. Kõige enam on kasutatud koolitusteenust ja karjäärinõustamist. Kuigi kõikide meetmete kasutajate arv on aastate jooksul olnud kasvutrendis, on suurusjärgud siiski veel väga väikesed. Eriti torkab silma, et otseselt puudega ja/või töövõimekaoga inimestele mõeldud teenuseid on saanud kasutada vaid üksikud. Omaette väärib tähelepanu suur vahe küsitlusuuringute tulemustes ning ametlikes andmetes puudega ja/või töövõimekaoga töötute aastapõhise arvestamisega. Töötukassa kohaselt oli registreeritud puudega töötuid 2013. aastal keskmiselt 1797 (kvartalikeskmiste põhjal arvatuna). Aasta jooksul oli aga töötukassas puudega ja/või töövõimekaoga inimesi arvel 6104, mis on lähemal ETU näitajale (7500) ja peegeldab seega puudega ja/või töövõimekaoga töötute tegelikku hulka paremini. Töötukassa ametlik aastakeskmine registreeritud puudega töötute arv (1797) seega alahindab reaalselt puudega töötute hulka. Selle peamine põhjus on asjaolu, et aasta jooksul arvel olnute arv (6104) ei kattu kvartalite keskmiste põhjal arvatud aastakeskmisega (1797), kuna isikute arvel olemise aeg on oluliselt lühem kui kolm kuud.

2013. aastal sai Eesti Töötukassa andmetel tööturumeetmetest osa 2884 puudega töötut. See arv hõlmab ka neid, kes on kasutanud mitut teenust (teenuseid kasutati kokku 5182 korral). Puudega ja/või töövõimekaoga töötuid oli töötukassas arvel 6104. Kokkuvõttes on puudega ja/või töövõimekaoga töötutest meetmeid kasutanud vaid umbes pooled. Senine süsteem ei ole kuidagi motiveerinud puudega inimesi end töötuna arvel hoidma, sest sellega kaasnevad suured

kulutused (nt transpordikulud), mille suurenemist töövõimereformis aga ette ei nähta. Pole selge, kas töövõimereformi kaudu kavandatav oluliselt suurem töövõimetoetus võib anda töötuna arvele võtmiseks rohkem motivatsiooni. Loodetavasti suurenevad ka toetused otsesteks aktiivseteks tööturumeetmeteks, mis võimaldavad tööandjatel töökohta kohandada, aga ka kasutada teisi tööturule sisenemiseks ja seal püsimiseks vajalikke sotsiaalteenuseid, nagu vajalikku rehabilitatsiooni, viipekeeleõliki, sotsiaaltransporditeenust ja muid toetavaid teenuseid.

Peatüki eesmärk oli anda lühike ülevaade tegevuspiiranguga inimeste olukorrast tööturul olemasolevate andmete põhjal. Aastatel 2008–2013 tõusis hõivemäär kõikides piirangutega rühmades. Töötute arv ja osatähtsus suurenes ajutiselt 2009. ja 2010. aastal kõikides rühmades ning hoolimata järgnenud langusest ei ole jõudnud tagasi kriisieelsele tasemele. Majanduslikult aktiivsete osatähtsus vähenes vaadeldud ajavahemikul üsna tagasihoidlikult. Seega viitab hõivekasv justkui paranenud majanduskliimale, sealhulgas puudega inimeste paranenud võimaluste tööjõus osaleda. Mitmed teised näitajad osutavad siiski struktuursemale probleemile Eesti tööturul, eriti puudega inimeste puhul.

Puudega inimeste mitteaktiivsuse peamine põhjus on haigus või vigastus. Vanemaealiste ehk 50–64-aastaste seas on viimastel aastatel lisandunud rohkem haigestunud inimesi. Nooremate puudega inimeste seas on aga märgata õppijate hulga kasvu. See annab lootust, et nende rühmade oskused ja teadmised võimaldavad neil edaspidi olla tööturul konkurentsivõimelisemad kui tegevuspiiranguga vanemaealised.

Osaajaga töötavate puudega ja töövõimekaoga inimeste, eriti naiste osatähtsus kasvas aastatel 2009–2010, kuid kahanes seejärel taas. Seega majanduslikult raskematel aegadel olid puudega inimesed sunnitud töötama osaajaga. Ühelt poolt on puudega inimestel ilmselt suurem vajadus paindliku tööaja järele, kuid selliste töökohtade vähenemine tasustatus Eestis kahandab oluliselt sissetulekuid ja seeläbi elukvaliteeti ning jätab jälje ka tulevikus toimetulemisele. Seda kinnitab majandussurutise järel täisajaga töötavate puudega inimeste osatähtsuse kasv. Seega peaksid tööturukoolitused olema mõeldud uute oskuste ja erialade omandamiseks neile, kes selleks võimelised on, et leida teist laadi ja suuremalt tasustatud töökohti tulevikus.

## Allikad Sources

Eesti Töötukassa statistika ja uuringud. (2014). [www]  
<https://www.tootukassa.ee/content/tootukassast/peamised-statistilised-naitajad> (07.11.2014).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2006). United Nations. [www]  
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150> (07.11.2014).

Konkurentsivõime kava „Eesti 2020“. (2012). [www]  
[https://www.riigikantselei.ee/valitsus/valitsus/et/riigikantselei/strateegia/\\_b\\_konkurentsivoime-kava\\_b/\\_b\\_eesti-2020-strateegia/Eesti%202020%20\(2012%20uuendamine\)/eesti%202020.pdf](https://www.riigikantselei.ee/valitsus/valitsus/et/riigikantselei/strateegia/_b_konkurentsivoime-kava_b/_b_eesti-2020-strateegia/Eesti%202020%20(2012%20uuendamine)/eesti%202020.pdf) (07.11.2014).

OECD Economic Surveys. Estonia. (2009). [www]  
[http://www.arengufond.ee/upload/Editor/ettevotlus/OECD%20raport%20Eesti%20kohta\\_2009.pdf](http://www.arengufond.ee/upload/Editor/ettevotlus/OECD%20raport%20Eesti%20kohta_2009.pdf) (07.11.2014).

OECD Economic Surveys. Estonia. (2012). [www]  
<http://www.oecd.org/eco/surveys/Estonia%20overview.pdf> (07.11.2014).

OECD statistika andmebaas. [e-andmebaas] <http://www.oecd.org/statistics/> (30.09.2014).

Tallinn arvudes 2014. (2014). Tallinna linnavalitsus. [www] <http://www.tallinn.ee/est/Tallinn-arvudes-2014-3> (07.11.2014).

Töövõimetoetuse seadus. (2014). [www]  
<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou&op=ems&eid=af07a9ca-c54e-4f05-a82b-841339be10cf> (07.11.2014).

ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon. (2006). Riigi Teataja, II, 04.04.2012, 6. [www]  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006> (07.11.2014).

## 6. PERSONS WITH ACTIVITY LIMITATIONS IN THE LABOUR MARKET CONTEXT

*Lilli Abuladze*<sup>a</sup>

Tallinn University, Estonian Institute for Population Studies

*Employment is one of the crucial elements of being a full member of the society. On the one hand, employment enables a person to secure food and housing, which are fundamental needs. On the other hand, employment influences a person's self-image and defines his or her identity – the nature of one's occupation reflects, to some extent, the person's character. In addition, employment allows self-actualisation and active participation in the society. All these aspects are important. Therefore, it is vital that everyone would be able to enjoy these benefits of employment. This principle is affirmed in the United Nations (UN) Convention on the Rights of Persons with Disabilities which requires States Parties to recognise “the right of persons with disabilities to work on an equal basis with others; this includes the right to the opportunity to gain a living by work freely chosen or accepted in a labour market and work environment that is open, inclusive and accessible to persons with disabilities” (Convention ... 2006).*

*One of the main targets of the National Reform Programme “Estonia 2020” is to increase the employment rate of 20–64-year-olds to 76% by 2020, which means bringing 43,000 new persons to the labour market (Konkurentsivõime ... 2012). Increasing the employment rate of persons with activity limitations will help to achieve this target (ibid., p. 15).*

*The current employment regulations have been drafted from the perspective of healthy persons and their possibilities to participate in the labour market. Consequently, persons with disabilities face several barriers. To overcome these, there must be changes in both regulations and social attitudes. This chapter looks at the employment indicators of disabled persons in Estonia. First, we look at employment status, that is, whether people are economically active. Next, we will focus on working conditions to provide an overview of the workload and work quality.*

*In this chapter, persons with activity limitations are divided into persons with registered disabilities, persons with a loss of capacity for work and persons with self-reported work activity limitations<sup>b</sup>. Persons without registered disabilities and persons without any loss of capacity for work often have similar employment indicators, although these are based on data obtained from different sources. With regard to loss of capacity for work, this chapter only presents employment data on persons with a 40–100% loss of capacity for work, as the labour market behaviour of persons with a 10–30% loss of capacity for work is similar to that of healthy persons.*

### Employment status

*The economically active working-age population is divided in two groups based on employment status: the employed and the unemployed. The opposite of the economically active population is the inactive population. These indicators exclude children and persons who have retired from employment. The Estonian Labour Force Survey considers a person to be employed if he or she has done at least one hour of paid work during the week preceding the survey. To qualify as unemployed, a person has to meet three criteria: the person is without work, is actively seeking work and is immediately available for work if a job becomes available. Inactive persons refers to the remaining working-age population who, for some reason, do not work and are not seeking work. They include, for example, students, (disability) pensioners, homemakers as well as discouraged persons who have lost any hope of finding work.*

<sup>a</sup> The preparation of this article was partially supported by the research grants SF0130018s11 and ETF8904.

<sup>b</sup> Due to the wording of the question about activity limitations used in the Estonian Labour Force Survey, the term “persons with work activity limitations” is used to differentiate these persons from persons with activity limitations as defined in other surveys. The question about self-perceived limitations has not been included in each Labour Force Survey (for more, see chapter 2).

*The distribution of disabled persons in terms of employment status (Table 1, p. 102) provides a preliminary overview of their participation in the labour market. Employment rate shows the share of employed persons in the total working-age population. It illustrates the current labour market situation since it shows how many of the people who (in terms of their age) could potentially be employed are actually employed. The employment rate has gradually increased in almost all groups since 2010, i.e. following the recession. However, there are major differences in the employment status of persons with registered disabilities and persons without disabilities.*

*By a large margin, the share of inactive persons is the biggest among persons with registered disabilities – their number was almost 38,000 in 2013, which represents 71.7% of the population with registered disabilities. In the same year, the share of inactive persons among the population without disabilities was 16.5%. This share was similar (16.3%) among persons without any loss of capacity for work. The proportion of inactive persons among the population with a 40–100% loss of capacity for work (49.1% in 2013) and among persons with work activity limitations (53.2% in 2011) was smaller than among persons with registered disabilities. It should be remembered that there is some overlap between the groups of persons with registered disabilities, with a reduced capacity for work and with work activity limitations.*

*23% of the persons with registered disabilities were employed in 2013 – this is significantly lower than the corresponding indicator for persons with a 40–100% loss of capacity for work (42.9% in 2013) or for persons with work activity limitations (34% in 2011). The group of persons with a 40–100% loss of capacity for work is the only one where the employment rate has increased beyond the pre-crisis level in recent years. The employment rate of the healthy population was 77% in 2013. The employment rate has increased in all population groups compared to 2010, which indicates some improvement in the economic environment and the better availability of jobs in recent years.*

*Due to the economic crisis, the share of the unemployed increased in all the selected population groups in 2009 and 2010, whereas the increase was especially considerable among persons with a 40–100% loss of capacity for work. In the group of persons without registered disabilities or without a loss of capacity for work, the unemployment rate peaked in 2010 at 16.3%, but it was still two times lower than the unemployment rate of persons with registered disabilities and persons with a 40–100% loss of capacity for work, which was around 32–33% (in absolute figures, the number of unemployed persons with a 40–100% loss of capacity for work or with work activity limitations is significantly higher than the number of unemployed persons with registered disabilities. The unemployment rate has decreased in all groups since 2010 but has not returned to the pre-crisis level in any of the groups. The unemployment rate has fallen the most among the healthy population and among those with a 40–100% loss of capacity for work – in both groups, it is two times smaller than the peak unemployment rate in 2010. The unemployment rate of persons with registered disabilities reached the lowest level of recent years in 2013, dropping to 18.9%, which is still higher than in the other groups.*

*On the one hand, the decreasing share of the unemployed among 20–64-year-olds indicates increased demand for labour in the improved economic climate. On the other hand, the share of inactive persons has decreased modestly in most disability groups, which indicates that the labour market does not have enough suitable jobs, retraining options, start-up capital etc. to facilitate the active inclusion and participation of people in the labour market. Only a marginal proportion of persons with disabilities have used the labour market services offered by the Estonian Unemployment Insurance Fund (Table 7, p. 111). Compared to the healthy population, the share of inactive persons is still significantly higher among persons with registered disabilities, with a 40–100% loss of capacity for work or with work activity limitations. Considering the shortage of labour in certain economic sectors, the inactive population is a potential source of labour, and the better use of the aforementioned measures would help to increase their participation in the labour market. Since a large portion of disabled persons are inactive, we should take a closer look at them. Tables 2 (p. 105) and 3 (p. 106) list four subjective reasons for inactivity by sex and age group.*

*Illness or injury is the main reason for inactivity in all the years considered here, among persons with registered disabilities, persons with a 40–100% loss of capacity for work and persons with work activity limitations. Among men, inactivity is more likely to be caused by illness or injury. The share of illness or injury as the reason for inactivity decreased by 2013 among men in the selected population groups, although during the recession it had increased among men with registered disabilities and remained stable among men with a 40–100% loss of capacity for work. Among economically inactive women, the share of illness or injury as the reason for inactivity increased in all these population groups during the recession. After the recession, the share of women with registered disabilities or work activity limitations who cited illness or injury as the reason for inactivity actually increased compared to 2008 – it was 75.8% of women with registered disabilities in 2013 (66.2% in 2008) and 56.9% of women with work activity limitations in 2011 (54.5% in 2008). In its report, the OECD has stated that the greater number of recipients of disability-related benefits during the recession indicates the easy availability of this type of income compared to other options and the limited availability of other subsistence benefits, primarily due to the limited resources of local governments (OECD ... 2012). However, it should also be remembered that, due to the lower level of education of the population with activity limitations, their jobs were the first to disappear during the recession. The loss of one's job can cause stress and health problems in healthy persons and even more so in persons with health-related activity limitations. Among 20–64-year-old women with registered disabilities, the share of illness as the reason for inactivity has increased in recent years.*

*The need to care for children or other family members as the reason for inactivity has increased among both healthy men and women during the period considered, but men's indicators are far below women's. Only 6.2% of men were inactive in 2013 due to their role as a caregiver, compared to 52% of inactive women. Among women with a 40–100% loss of capacity for work or with work activity limitations, less than 10% were inactive for this reason in the given period, and this share has decreased over the years. Partially, this reflects the possibility to go on parental leave, but it is likely that this group includes a significant portion of persons who, in addition to their own illness, have to care for other family members with health problems and are therefore unable to work.*

*Illness or injury was the main reason for inactivity in most of the selected population groups across all three age groups (20–34, 35–49, 50–64). The relative importance of this reason increased during the recession (2009–2010) among 20–34-year-olds and 35–49-year-olds with registered disabilities or a 40–100% loss of capacity for work. The share of illness as the reason for inactivity among 50–64-year-olds remained stable during the recession and started to increase only in 2011. After the recession, inactivity due to illness has fallen below the 2008 level in the younger age groups, but among 50–64-year-olds with registered disabilities, for example, this indicator was higher in 2013 than in previous years. The share of persons who are inactive due to illness or injury is the biggest among 35–49-year-olds with registered disabilities – 93% of this group in 2013. Young persons with an illness or injury are more likely to continue studying or take parental leave and older people often retire (incl. early retirement), whereas for middle-aged persons illness is the main reason for inactivity in all population groups with disabilities and limitations. The share of this reason is decreasing in younger age groups which could suggest that the new generations are healthier, on average. As the effects of health issues are cumulative over time, activity limitations increase with age and, consequently, the share of illness as the reason for inactivity has increased among 50–64-year-olds with registered disabilities in the given period.*

*A half of 20–34-year-olds without registered disabilities or a loss of capacity for work are inactive due to the need to care for family members, and the other half are inactive for other reasons. This indicates that the common activities in this age group are somewhat different (e.g. personal development activities). Healthy persons, especially 35–49-year-olds, are inactive primarily because of the need to care for children or other family members. The relative importance of this reason has increased over the years and it was the reason for the inactivity of almost three quarters (69.1%) of this age group in 2013. A significant portion (42.7%) of 20–34-year-olds were also inactive for the same reason in 2013. This pattern can be associated with the fact that*

people of this age often start families. These age groups also include persons who care for their (ill) family members but the available data do not allow us to differentiate the two groups. This group of persons – the caregivers – represents a potential labour resource and would be the easiest to (re)integrate into the labour market through the development and increased availability (incl. affordability) of the relevant services. In the youngest age group, nearly a quarter of the persons with registered disabilities or a 40–100% loss of capacity for work are inactive for other reasons, primarily associated with studies and to some extent also with staying at home with children. Even though these percentages are two times smaller than among healthy persons in the same age group, they are still above the values for the older age groups of the disabled population. This indicates that younger people have more educational opportunities and gives hope that their future labour force participation rate will be higher than the current participation rate of older persons with a 40–100% loss of capacity for work or with work activity limitations.

In 2008, 11.2% of 35–49-year-olds with work activity limitations were inactive due to caring for family members. There are not enough data available on other population groups with work activity limitations and on other reference years, but even the indicator for 2008 confirms that some persons with activity limitations are forced to leave employment in order to care for others.

Over time, the share of retirement as the reason for inactivity among 50–64-year-olds has decreased in all three groups: persons with registered disabilities, persons with a 40–100% loss of capacity for work and persons with work activity limitations. 31% of persons with work activity limitations (in 2011) and 21% of persons with registered disabilities (in 2013) cited the attainment of retirement age as the reason for their inactivity; the corresponding share among persons with a 40–100% loss of capacity for work was only 6.1%. In the case of older persons without registered disabilities and without a 40–100% loss of capacity for work, retirement is the main reason for inactivity – this indicator was 69.4% in 2013, i.e. slightly higher than in 2008 (65.8%). This does not mean that the population groups with the aforementioned limitations have a smaller share of persons in retirement age than the healthy population but, rather, that health-related issues are the dominant reason why people with limitations leave employment.

A significant share of women and 35–49-year-olds – including healthy persons, persons with a 40–100% loss of capacity for work, persons with work activity limitations – are forced to become economically inactive due to the need to care for family members. This is a clear indication of the need to improve the social care system and to develop the retraining opportunities for persons with disabilities or with a significant loss of capacity for work. This way, some population groups could be released from their informal care duties and could have a steady income and purpose, which would increase potential labour resources.

## **Working conditions and arrangements**

An important indicator of working arrangements is workload, which describes the amount of time spent on work. In Estonia, full-time employment usually means 40 working hours per week, but it varies for certain occupations (e.g. physicians). A workload below that threshold is generally defined as part-time employment. Most people work full-time as this enables them to realise work-related personal and social objectives and to earn a sufficient income. Full-time employment is predominant on the Estonian labour market. Employers often have no motivation to offer more part-time jobs; the relatively low income associated with part-time employment means that employees are also not interested in working part-time. Full-time employment means a bigger sense of security for employees, given the long period of uncertainty in the Estonian economy.

As expected, full-time employment is the most common among persons without any loss of capacity for work and without disabilities – over 90% of them had full-time jobs in 2008–2013 (Table 4, p. 108). During the recession, the share of healthy persons with part-time jobs increased, from 5.7% in 2008 to 8.7% in 2009 and has remained above 8% since then. Full-time employment is more common among men than among women in all population groups with limitations.

The share of persons with full-time jobs decreased among healthy women and men during the recession and had not returned to the pre-crisis level by 2013. On the other hand, the full-time employment rate increased – both during and after the recession – among men with registered disabilities or with a 40–100% loss of capacity for work. The rate has fallen slightly in the last few years but it is still higher than in 2008 (it was 90.7% in 2013, compared to 80.8% in 2008). In the case of women with registered disabilities, with a 40–100% loss of capacity for work or with work activity limitations, the full-time employment rate decreased during the recession. The fall was the steepest among women with registered disabilities: from 71.2% in 2009 to 62.5% in 2010. Only 55.2% of employed women with registered disabilities held a full-time job in 2011. The share of women with a 40–100% loss of capacity for work who had a full-time job decreased in 2009–2011, dropping to 74.2% by 2011. The full-time employment rate also decreased among women with work activity limitations – from 79.4% in 2008 to 75.7% in 2011. Consequently, during the recession, the full-time employment rate increased among men with disabilities and with a reduced capacity for work and decreased among women with the same limitations. This trend could indicate that women's jobs are less secure, including in the population with activity limitations.

The share of healthy persons (those without registered disabilities or registered incapacity for work) in full-time employment decreased between 2008 and 2013 in all age groups (Table 5, p. 109). Among 20–34-year-olds, 93.2% held a full-time job in 2008; this share dropped to 90.6% in 2013. The corresponding indicator fell from 95.8% to 93.7% for 35–49-year-olds and from 93.6% to 90.5% for 50–64-year-olds over the same period. The share of full-time workers among persons with registered disabilities and with a 40–100% loss of capacity for work has fluctuated over time, but in recent years it has exceeded the pre-crisis level. In the group of persons with a 40–100% loss of capacity for work, the proportion of full-time workers has increased notably in the age groups 20–34 and 35–49, exceeding 85% in both age groups in 2013. The increase in the age group 50–64 has been more modest, from 83.5% to 84.6%. The workload of 20–34-year-olds with registered disabilities cannot be specified in most years due to small sample sizes. The share of 35–49-year-olds with registered disabilities who had a full-time job fluctuated in the period 2008–2013 (79.3% in 2008, 85% in 2009, 56.5% in 2010) but has now exceeded the pre-crisis level (86.2% in 2013). The share of 50–64-year-olds with registered disabilities who had a full-time job also increased, from 70.5% in 2008 to 74.3% in 2013. The full-time employment rates of persons with work activity limitations are somewhere between the respective rates for persons with registered disabilities and persons with a 40–100% loss of capacity for work.

On the one hand, the gradual increase in the share of persons with limitations (disabilities, a loss of capacity for work or work activity limitations) in full-time employment is a positive development – it may indicate a better economic climate and improved attitudes in the society and among employers. On the other hand, these indicators are lower than the corresponding indicators for the population without limitations, which probably refers to structural problems on the Estonian labour market related to tax and social policies, retraining and job flexibility. The share of part-time workers among all employed persons is still quite small in Estonia. In 2012 only 8.2% of the labour force in Estonia held part-time jobs. Among European countries, only the Czech Republic, Poland, Hungary, Slovakia and Slovenia had a lower percentage than that (OECD ... 2014). The OECD has suggested that Estonia needs a more flexible labour market (OECD ... 2012; OECD ... 2009), which also means more opportunities for part-time work, especially for persons with disabilities, a reduced capacity for work or health-related limitations. It is essential to develop measures to facilitate increased participation in the labour force by those population groups. The focus should be on retraining opportunities and tax policy. The low income prospects of part-time employment and insufficient support from the welfare system in Estonia are the reasons why many people are forced to take

In addition to workload, there are other important factors for persons with health-related limitations, such as the distance of the workplace from home and available transport options. A too long commute, unsuitable transport or lack of transport can significantly reduce the chances of finding or holding a job.

Persons with activity limitations are much more likely to go to work by foot. They are less likely to use a company car or other transport provided by the employer, and also slightly less likely to use their own car (Table 6, p. 110). Public transport is used for commuting by about one fifth of all groups (healthy employed persons as well as employed persons with registered disabilities, a reduced capacity for work or work activity limitations). Women are more likely to use public transport among both healthy persons as well as those with a 40–100% loss of capacity for work. It is also notable that, among employed persons with a 40–100% loss of capacity for work, it is the younger age group (20–34) that is more likely to use public transport. Pursuant to the Social Welfare Act, it is the responsibility of local governments to provide a needs-based transport allowance for persons with registered disabilities. However, the resources of local governments differ greatly from region to region, which creates inequality between persons with limitations who need transport. There are currently no aggregate statistics on how many persons have actually received a transport allowance from local governments after applying for it. In Tallinn city, for example, the taxi service for disabled persons was used by 1,224 persons in 2013, which represents 4.9% of all residents with registered disabilities in Tallinn. If we only consider persons with mobility impairments (not all of whom are in working age; and they are also not the only ones who need the social transport service), 16.9% of them used this service in 2013 (Tallinn ... 2014).

The coping ability and self-actualisation possibilities of working-age persons with activity limitations can be improved by increasing their labour force participation. This population group is an additional resource that could be utilised to increase the overall employment rate. One of the goals of the current disability reform is to support the employment and recruitment of persons whose capacity for work has been reduced by long-term health problems, and to provide them with income under the conditions and at the rates specified by the proposed law (Töövõimetoetuse ... 2014). Working-age persons with activity limitations often have poor health which is why it is feared that, with the planned reform, there will be a reduction in current active labour market measures, i.e. the current few and small allowances paid to persons with disabilities and/or a reduced capacity for work in order to support their return to the labour market. Some fear that, since their health does not allow them to work, they could lose even the small allowances they receive today.

The current state measures for supporting the employment of persons with disabilities are outlined in Table 7 (p. 111), using the data of the Estonian Unemployment Insurance Fund. In most cases, these measures are available to persons who have been registered as unemployed, but some services (e.g. workplace adaptation, provision of aids, working with a support person) are also intended for employed persons with disabilities or with long-term health problems. There are also a few services (e.g. workshops, job club) that are available to job-seekers registered at the Estonian Unemployment Insurance Fund.

In the analysis of the use of these measures, we should remember that some persons have probably used several services. The number of users has almost tripled over the period considered, but the number of users per service or measure is still too low and thus there is no significant impact on return to employment. Training and career counselling are the most popular services. Even though the number of users has risen steadily in the case of each measure, the amount of people benefitting from these services is still very low. It is particularly notable that only a few individuals have been able to use the services specifically designed for persons with disabilities and/or a reduced capacity for work. It is also necessary to consider why there is a big difference between survey results and official data as concerns the annual number of (registered) unemployed persons with disabilities and/or a loss of capacity for work. According to the Estonian Unemployment Insurance Fund, the annual average number of registered unemployed persons with disabilities was 1,797 in 2013 (calculated on the basis of the average values of quarters). Over that year, 6,104 unique persons with disabilities and/or a loss of capacity for work were registered at the Estonian Unemployment Insurance Fund – this figure is closer to the figure (7,500) proposed by the Estonian Labour Force Survey and is closer to the actual number of unemployed persons with disabilities and/or a reduced capacity for work. Thus, the official annual average number of registered unemployed persons with disabilities (1,797) published by the Estonian Unemployment Insurance Fund underestimates the actual size of this population.



*The main reason is that the number of persons registered in a year (6,104) does not match the annual average (1,797) calculated on the basis of the average values of quarters, because some persons are registered as unemployed for much less than 3 months.*

*In 2013, there were 2,884 unemployed persons with disabilities who participated in labour market measures according to the data of the Estonian Unemployment Insurance Fund. This number includes those who used multiple services (there were 5,182 instances of use of services). 6,104 persons with disabilities and/or a loss of capacity for work were registered as unemployed. All in all, only about a half of unemployed persons with disabilities and/or a reduced capacity for work have used these measures. The current system has failed to motivate persons with disabilities to register themselves as unemployed, because this entails significant costs for them (e.g. transport costs) but the disability reform does not take this into account. It is unclear whether disabled people will be more motivated to register as unemployed after the disability reform which foresees a much bigger allowance paid to support capacity for work. Hopefully, there will be an increase in the funds for direct active labour market measures, which enable employers to adapt the working conditions and enable the use of other social services that support employment, such as rehabilitation services, sign language interpreters, social transport and so on.*

*This chapter provided a brief overview of the labour market situation of persons with activity limitations, based on the available data. The employment rate increased in 2008–2013 in all population groups with limitations. The number and share of unemployed persons increased temporarily in 2009 and 2010 across all groups. There has since been a decrease, but these indicators have yet to reach the pre-crisis levels. In this period, there was a modest decrease in the share of economically active persons. Thus, the higher employment rate suggests that economic conditions have improved, including the employment opportunities for disabled persons. However, several other indicators point to structural issues on the Estonian labour market, especially in relation to persons with disabilities.*

*In the case of persons with disabilities, inactivity is mainly caused by illness or injury. Among older people (50–64-year-olds), there has been an increase in recent years in the number of persons with an illness. In the younger age groups of disabled persons, there has been an increase in the number of persons engaged in studies. This gives hope that the skills and knowledge of these groups will enable them to be more competitive on the labour market than the current older generations with activity limitations.*

*The share of persons (especially women) with disabilities or with a reduced capacity for work who held part-time jobs increased in 2009–2010, but has fallen since then. This suggests that disabled persons were forced to seek part-time employment when the economy was struggling. Persons with disabilities have a greater need for flexible working time arrangements, but this kind of jobs tend to be low-paid in Estonia – this means a much lower income which, in turn, could affect the quality of life and future coping ability. This is confirmed by the fact that the share of disabled persons with full-time jobs increased after the recession. Therefore, labour market services should target persons with a sufficient level of abilities and provide them with new skills and qualifications, so that they would be able to find employment in other fields and with better pay in the future.*

## 7. TEGEVUSPIIRANGUGA INIMESTE SOTSIAALNE SIDUSUS

**Tiina Tambaum**

Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut

**Marju Medar**

Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituut

**Dagmar Narusson**

Tartu Ülikooli Ühiskonnateaduste Instituut

Sotsiaalse sidususe tugevdamine on ühiskonna arengus oluline eesmärk. Kui ühiskond on sidus, siis selle liikmete heaolu edeneb. Sotsiaalse sidususe kui nähtuse olulisteks teguriteks peetakse sotsiaalset kaasatust, sotsiaalset kapitali ja sotsiaalset mobiilsust (Perspectives ... 2011).

Sotsiaalsest sidususest rääkides tuleb alustada kogukonna mõiste lahtimõtestamisest. Klassikalises mõttes peetakse kogukonnaks rühma inimesi, kes teavad või tunnevad üksteist, jagavad ühiseid väärtusi ja huve ning teevad mitmeid asju koos. Nad kohtuvad konkreetse keskkonnas, näiteks külas, või konkreetse kohas, näiteks naabruskonna keskses, kirikus või mošees. Kogukonna kesksed väärtused on kaasamine, hoolivus ja prognoositavus. Seda tüüpi traditsioonilist kogukonda võib nimetada kaalukaks kogukonnaks, kus liikmete vahel on tugevad sidemed. Putnam (2000) on jõudnud järeldusele, et sellist tüüpi kogukonnad on hakanud kaduma. Tänapäeval on peamiseks toetavaks informaalseks kogukonnaks muutumas suhtlusvõrgustikud (Castells 2000, 2004; Seppo 2005; Monge ja Contractor 2003), kus omavaheliste suhete ja seoste kaudu vahetatakse nii informatsiooni kui ka ressursse. Niisugused suhtlusvõrgustikud on muutunud ühiskonnas üha tähtsamaks. Seda tüüpi võrgustikes on oluline tagada infovahetuse toimimine eelkõige võrgustike sees. Võrgustunud ühiskonnas võib rääkida kergetest kogukondadest, kus inimestevahelised suhted on sageli ajaliselt kindlaks määratud ning tegevus- ja ülesandepõhised (Wilken 2012; Kröber ja van Dongen 2011). Need ülesanded võivad olla seotud töö, hariduse omandamise või ka vaba aja veetmisega. Keskeid väärtusi on niisuguses kogukonnas raskem kindlaks teha ning tundub, et need on rohkem seotud kasulikkuse ja vastastikuste seostega. Sageli ei ole need n-õ kerged kogukonnad ühendatud ühegi konkreetse füüsilise keskkonnaga ja eelkõige seetõttu kasutatakse neis suhtlemiseks moodsaid vahendeid, nt interneti. Tänapäeval saab internetis osaleda ka veebikogukondades, kus suhtlejatel on ühised huvid olenemata nende füüsilisest asukohast (Wilken jt 2014).

Kogukond muutub sotsiaalseks, kui selles on teataval määral sotsiaalset sidusust. Sotsiaalne sidususe tekib, kui inimesed jagavad oma huvisid või vahendeid, kui nad jagavad üksteisega oma identiteeti. Granovetter (1973) räägib just tegevuspiiranguga inimestele olulistest võrgustikest ja jagab need nõrkade ja tugevate sidemetega võrgustikeks. Cornwell (2009) on märkinud, et tegevuspiirangute süvenedes jäävad vastastikusel abil põhinevad võrgustikud kestma, nõrgemate sidemetega võrgustiku liikmed aga langevad tegevuspiirangute süvenedes neist välja.

Taylor (1989) on võtnud kasutusele mõiste „dialoogiline identiteet“, mille põhiidee seisneb selles, et inimese identiteet kujuneb teistega läbikäimisel. Inimese eneseväärikus on suuresti üles ehitatud sellele, kuidas teised temasse suhtuvad ja temaga suhtlevad. Identiteedi saavutamine on seotud tunnustusega, mida teistelt saadakse ja teistele antakse. Identiteet kujuneb teistega suhtlemisel, seega on kogukonnas osalemine inimarengu oluline tingimus ja tervikliku identiteedi kujunemiseks on sotsiaalne ühtekuuluvus hädavajalik. Inimidentiteedi kujunemist on käsitletud ka paljud teised tänapäeva filosoofid, nagu Levinas (1989), Arendt (2003) ja Bauman (1990).

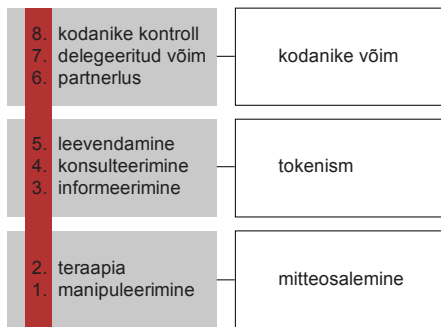
Sotsiaalse sidususe üks esimesi olulisi tegureid on kaasatus (Perspectives ... 2011). Sotsiaalse kaasatuse nähtus hõlmab mitut olulist nüanssi. Tihti räägitakse tegevus- või osalusvõime piiranguga inimeste olukorra kirjeldamisel osalusest ja kaasatusest, kasutades neid mõisteid sünonüümidena. Siinkohal tuleb tähelepanu pöörata asjaolule, et inimese osalemine ühiskonna või kogukonna sotsiaalsetes tegevustes ei taga tingimata inimese kaasatust. Osalus tähendab inimese aktiivset või vähem aktiivset osalemist mitmesugustes igapäevastes tegevustes ja sotsiaalses elus ehk siis kohalolu. Osalus hõlmab näiteks päevakeskuses või tegevuskeskuses

käimist ja teiste inimeste tegevuse jälgimist. Niisuguse osaluse puhul tuleb algatus väljastpoolt tegevus- ja osalusvõime piiranguga inimest ning selle, mil viisil inimene osaleb, otsustavast teisest. Osaluspiiranguga on tegemist juhul, kui inimene ei saa tegevuses osaleda teistega võrdselt ega ole kaasatud otsustusse, et ise tegevust algatada või selle kulgu mõjutada (Wilken 2010).

Sotsiaalne kaasatus on oma olemuses palju sügavama tähendusega sotsiaalset sidusust iseloomustav tegur, kuna see tähendab, et inimest arvestatakse kui võrdset ühiskonnaliiget, seadmata sealjuures piiravaks tingimuseks inimese terviseolukorda, teda kaasatakse otsustamisse ja tegevustesse kõigi teiste selle riigi kodanikega võrdsel alusel, samuti aktsepteerib ühiskond inimest sel viisil, nagu ta parasjagu on ja mida ta teha suudab (Wilken 2013). Sotsiaalne kaasatus tähendab, et ühiskond või kogukond käsitleb iga isikut kogukonna võrdse liikmena, väärtustades tema olemasolu ja võimeid.

Kodanike ühiskonda kaasamise määra on kirjeldanud Arnstein (1969) ja tema loodud osalemise ja kaasamise redel on tänini osaluse käsitluste alus. Ühiskonda kaasatus näitab, mil määral on kodanikel oma riigis võimu ja sõnaõigust. Väga suur vahe on selles, kas osalemisest rääkides ja osalemist praktiseerides on tegemist lihtsalt tühja rituaaliga või on tegemist võrdsel määral kaasatusega, mille kaudu inimene saab protsesse mõjutada.

### Joonis 1. Kaasatuse kaheksa astet



Allikas: Arnstein 1969

Arnstein toob välja kaasatuse redeli astmed, alustades loetelu kaasatuse puudumisele viitavate nähtuste kirjeldamisega. Mitteosalemisele viitavad nähtused on inimestega **manipuleerimine** ja **teraapia/ravi**, kuna nende tegevustega saavad ühiskonnas paremal positsioonil olevad inimesed teisi mõjutada. Näiliselt kaasatakse inimesi tegevustesse, kuid niisuguse kaasatuse eesmärk on osalejaid harida või mõjutada nii, nagu võimupositsioonil olevatel inimestel vaja on. Osalusredeli järgmised astmed on **informeerimine** ja **konsulteerimine**, mis viitavad sellele, et inimesi võetakse ühiskonnas kuulda ja neile jagatakse informatsiooni, samal ajal säilitab ühiskondlik olukord oma *status quo*, sest reaalselt ei anta inimestele võimalust ühiskondlikke protsesse mõjutada, mistõttu ei järgne ka reaalseid muutusi probleemide lahendamiseks. Osaluse viies aste on **leevendamine**, mis ilmestab liikumist osaluse poole ning mille puhul antakse inimestele võimalus teha soovitusi ja ettepanekuid, kuid otsustusõigus jäetakse endiselt võimupositsioonil olijatele. Osaluse kuues aste on **partnerlus**, mis võimaldab inimestel osaleda läbirääkimistes, olla seotud otsuste tegemisega. Seitsmes aste on **delegeeritud võim** ja kaheksas **kodanike kontroll**, mis tähendavad, et ühel juhul on inimestel täielik õigus otsustuste tegemisel osaleda ning teisel juhul saavad nad end otsustamises juba täieõiguslikult rakendada. (Arnstein 1969)

Ühiskonna sotsiaalse sidususe arendamisel peetakse oluliseks indiviidi arengut. Selleks et saada teada, mil määral sotsiaalne sidususe ja sotsiaalne kaasatus on edenenu, tuleb koguda mitmesuguseid näitajaid, nt sissetuleku, vaesuse, majandusliku mobiilsuse, tööturul osalemise aktiivsuse, hariduse ja inimressursi arendamise, tervise, sh tervelt elatud aastate, ja toimetulekut toetavate tehnoloogiate kasutamise kohta. Samuti on oluline hinnata inimeste juurdepääsu kultuuriresurssidele, arvamuse avaldamise võimalusi (sh avaliku arvamuse arvestamise määra),

inimeste- ja inimrühmadevahelise usalduse määra, osalust vabaühenduste tegevustes ja vabatahtlikku tööd kogukonnas – ehk kõike, mis on seotud kuuluvusega. (Jenson 2010)

Eeltoodud sotsiaalse sidususe käsitlus on mõnevõrra laiem, kui Eestis on harjutud sellest rääkima ja seda analüüsima. Eelkõige puudutab see andmeid selle kohta, kuidas erivajadusega inimesed ise oma probleemidesse suhtuvad, mida nad arvavad oma ühiskonnas osalemise võimalustest ning neid endid ja nende elukeskkonda puudutavates küsimustes aktiivse kaasaarääkimise võimalustest. Käesolevas peatükis on seda teemat analüüsitud viimase viie aasta jooksul Eestis tehtud ajakasutusvõimalusi ja igapäevategevusi käsitlevate uuringute põhjal.

Peatüki peamine andmeallikas on Eesti ajakasutuse uuring 2009–2010 (edaspidi AKU)<sup>a</sup> mis ühena vähestest võimaldab mõõta peamisi sotsiaalse sidususe tegureid – aktiivse ja passiivse osalemise ning suhtlemise võimalusi. Uuringu andmed on seotud Sotsiaalkindlustusameti andmetega ametliku puude kohta ja nagu eelmistes peatükkideski on kasutatud ka enesehinnangulist tegevuspiirangute küsimust.

Uuringus osales 6989 inimest, kellest ametliku puudega olid 13% (meestest 12,6% ja naistest 13,2%). See näitaja on veidi suurem, kui ametliku puudega inimeste osatähtsus kogurahvastikus aastatel 2009–2010, mis oli keskmiselt 9,1%. Enesehinnangulise olulise tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus on 8,5% ja mõõduka piiranguga inimeste oma 21% (meestel vastavalt 8% ja 19%, naistel 9% ja 22%). Linnarahvastik oli uuringu valimis alakaetud – linnas elab 68% Eesti rahvastikust, kuid uuringus oli linnarahvastikku vaid 51%. Maarahvastiku üleesindatus langetab puude ja tegevuspiiranguga inimeste kogukonnas osalemise määra, kuna on teada, et Eesti hajaasustatuse ning maaelanike kõrgema keskmise vanuse tõttu on kogukonnas toimimise barjäärid suuremad.

Kogukonna sotsiaalse sidususe nn füüsilise integratsiooni üks väljendusi on tööhõives osalemine, millest rääkis lähemalt 6. peatükk. Siinkohal on esitatud ka AKU tulemused tööhõives osalemise kohta. Ametliku puudega ja puudeta inimeste jagunemine tööturul osalemise järgi on esitatud tabelis 1. Puudega inimeste füüsilise integratsioon on oluliselt nõrgem kui puudeta inimestel. Olukord on tingitud ühelt poolt asjaolust, et puudega inimestele pole piisavalt nende huvidele ja tegevusvõimele vastavat tööd, ning teisalt sellest, et ligipääs töökohale on piiratud, seda nii transpordikorralduse, töökoha kohandamise võimaluste piiratuse kui ka hoonesiseste liikumisvõimaluste mittevastavuse ja probleemide tõttu.

**Tabel 1. Tööhõives osalevad inimesed puude või tegevuspiirangu olemasolu järgi, 2009–2010**

*Table 1. Labour force participation by existence of disabilities or activity limitations, 2009–2010 (protsenti – percentages)*

	Ametliku puudega <i>With registered disabilities</i>	Puudeta <i>Without disabilities</i>	Olulise tegevuspiiranguga <i>With severe activity limitations</i>	Mõõduka tegevuspiiranguga <i>With moderate activity limitations</i>	Tegevuspiiranguta <i>Without activity limitations</i>	
Ei tööta	86	52	91	71	45	<i>Not in paid work</i>
Töötab	14	48	9	29	55	<i>Employed</i>
Kokku	100	100	100	100	100	<i>Total</i>

Allikas: AKU 2009–2010 (Statistikaamet)  
Source: Time Use Survey 2009–2010 (Statistics Estonia)

Uuringu tulemuste alusel on võimalik hinnata rahvastiku jaotumist töötaja staatuse järgi palgatöötajaks, ettevõtjaks, üksikettevõtjaks ja pereettevõttes (tasuta) töötavaks. Võrreldes kogurahvastikuga on ametliku puudega inimeste hulgas üksikettevõtjaid rohkem (vastavalt 6,5%

<sup>a</sup> Edaspidi, kui on räägitud uuringu tulemustest, on tegemist AKU-ga, kui ei ole öeldud teisiti

töötavatest puudega inimestest ja 4,7% töötavatest puudeta inimestest) ning palgatöötajaid vähem. Tähelepanu tuleks pöörata sellele, et füüsilisest isikust ettevõtjate (FIE) osatähtsus puudega inimeste hulgas on üle kolmandiku võrra suurem kui puudeta inimeste seas. FIE-de puhul on sotsiaalsete garantiide tagamine jäetud inimese enda õlule, mis avaldab töövõimekaoga inimestele lisasurvet.

Puudega inimeste aktiivne osalemine kogukonna tegevustes väljendub kahel viisil. Oluline on, kui võrd on inimesed seotud nende ühendustega, mille otsene eesmärk on integreerida puudega inimesed ühiskonda. Sama tähtis on, kui võrd on piirangutega inimesed seotud kõikide teiste vabaühenduste ja ühiskondlike ettevõtmistega, mille kaudu toimub loomulik kaasamine.

Aktiivse osalemise üks mõõtmeid on puudega inimeste ühendused ja nendesse hõlmatus (ühiskondlik aktiivsus). Puudega inimeste ühendused on Eestis tegutsenud pikka aega ning on saanud toetust riigilt ja kohalike omavalitsustelt. Praegu tegutseb Eestis 30 puudega inimeste ühendust ja 16 maakondlikku katusorganisatsiooni, mis hõlmavad puudega inimeste liituseid. Omavaheliseks suhtlemiseks on nende organisatsioonide tarbeks loodud mitmesuguseid võrgustikke, mille kaudu toimub aktiivne suhtlus ning teenuste osutamine ja kasutamine. Samal ajal on need organisatsioonid pigem ühesuguste piirangutega inimeste ja nende lähivõrgustike toetamiseks ja koondamiseks, aidates ka suurendada nende teadlikkust iseseisva toimetuleku võimalustest ja vahendades asjakohast teavet. Organisatsioonide kaudu korraldatakse projekti-põhiseid üritusi ning osutatakse vajaduse korral toetavaid teenuseid nii organisatsiooni sees kui ka kogukonna tarbeks.

AKU kohaselt on MTÜ-de ja hoolekogude tegevusega seotud kokku 11% ametliku puudeta ja 7,5% ametliku puudega inimestest. Hoolekogude töös osaleb oluliselt rohkem naisi kui mehi, erinevus on kolmekordne olenemata puude olemasolust. Kui aga vaadata ainult MTÜ-de tegevuses osalemist, siis puudeta meestel ja naistel erinevused peaaegu puuduvad, puudega inimestel aga on erinevusi (tabel 2). Võib oletada, et vabaühendustes osalemisel on üldised keskkonnast tulenevad barjäärid puudega inimestel suuremad kui soolised huvierinevused. Ametliku puudega inimeste MTÜ-des aktiivse<sup>a</sup> osalemise määr on mõnevõrra madalam (93%) kui puudeta inimestel (96%).

**Tabel 2. Kogukonnas aktiivse või passiivse osalemise võimalusi kasutavad inimesed puude olemasolu ja soo järgi, 2009–2010**

Table 2. Persons who use the options for active or passive participation in the community by sex and existence of disabilities, 2009–2010  
(protsenti – percentages)

	Mehed			Naised			Mehed ja naised kokku		
	Males			Females			Males and females, total		
	Puudega With disabili- ties	Puudeta Without disabili- ties	Kokku Total	Puudega With disabili- ties	Puudeta Without disabili- ties	Kokku Total	Puudega With disabili- ties	Puudeta Without disabili- ties	
Osaleb vabatahtlikus töös	4,1	5,9	5,7	2,1	6,1	5,5	3,0	6,0	Participates in volunteering
Ei osale vabatahtlikus töös	95,9	94,1	94,3	97,9	93,9	94,5	97,0	94,0	Does not participate in volunteering
Osaleb MTÜ-des	5,0	7,4	7,0	6,4	7,5	7,3	5,7	7,4	Participates in non-profit associations
Ei osale MTÜ-des	95,0	92,6	93,0	93,6	92,5	92,7	94,3	92,6	Does not participate in non-profit associations

<sup>a</sup> MTÜ liikme aktiivsust ja passiivsust mõõdetakse järgmiste küsimustega: „Kas Te olete ühenduse liige ja osate selle tegevuses? Kas Te olete ühenduse liige, kuid selle tegevuses ei osale?“.

**Tabel 2. Kogukonnas aktiivse või passiivse osalemise võimalusi kasutavad inimesed puude olemasolu ja soo järgi, 2009–2010***Table 2. Persons who use the options for active or passive participation in the community by sex and existence of disabilities, 2009–2010*

(protsenti – percentages)

Järg – Cont.

	Mehed			Naised			Mehed ja naised kokku		
	Males			Females			Males and females, total		
	Puudega With disabilities	Puudeta Without disabilities	Kokku Total	Puudega With disabilities	Puudeta Without disabilities	Kokku Total	Puudega With disabilities	Puudeta Without disabilities	
Osaleb kursustel	3,4	6,2	5,8	4,3	7,9	7,4	3,9	7,1	Attends courses
Ei osale kursustel	96,6	93,8	94,2	95,7	92,1	92,6	96,1	92,9	Does not attend courses
Käib raamatu-kogus	20,0	35,0	32,9	30,7	53,9	50,6	25,7	45,1	Visits the library
Ei käi raamatu-kogus	79,7	65,0	67,1	69,3	46,1	49,4	74,2	54,9	Does not visit the library
Tegeleb spordiga	12,9	41,0	37,0	6,8	31,8	28,2	9,6	36,1	Engages in physical exercise
Ei tegele spordiga	87,1	59,0	63,0	93,2	68,2	71,8	90,4	63,9	Does not engage in physical exercise

Allikas: AKU 2009–2010 (Statistikaamet)

Source: Time Use Survey 2009–2010 (Statistics Estonia)

Tavapäraselt on ühiskonnas aktiivsemad noored ja need, kes on ka muidu aktiivsed. Töötavate inimeste seas on ühiskondlikult aktiivseid ja vabaühendustes tegevaid rohkem kui mittetöötavate seas. Seejuures on vabaühendustega seotud inimeste osatähtsus hõivatud puudega inimeste seas suurem kui hõivatud puudeta inimeste seas (vastavalt 18,8% ja 14,7%). Enamik puudega inimesi ühendavaid organisatsioone töötab vabaühendustena, mistõttu peale selle, et toimivad huviühendustena, pakuvad need ka tööd just puudega inimestele. Mittetöötavate inimeste puhul on vabaühendustes osalevate inimeste osatähtsus suurem puudeta kui puudega inimeste seas (vastavalt 6,7% ja 5,5%).

Kui analüüsida vabaühendustes osalemist tegevuspiirangu olemasolu alusel (tabel 3), olenevad meeste tulemused piirangu olemasolust või astmest vähem, kuid piiranguta naiste osalusprotsent on suurem kui mõõduka ja olulise piiranguga naistel (vastavalt 8%, 6% ja 4%). Tegevuspiiranguga naiste väiksem osalus võib olla seotud asjaoluga, et neil on rohkem perekohustusi ja nad on keskmiselt vanemad.

Vabaühendustes tegutsemise kõrval on aktiivne kogukonnas osalemine ka vabatahtlik töö. Eestis on vabatahtlikus töös osalemise üldine määr väike (6,6% kogurahvastikust) ja puudega inimeste määr on sellest üle kahe korra madalam (3% puudega inimestest) (tabel 2). Kui puudeta inimeste seas soolist erinevust ei ole – nii mehi kui ka naisi osaleb 6% –, siis ametliku puudega meeste seas on vabatahtlikus töös osalejaid rohkem (4%) kui puudega naiste seas (2%).

**Tabel 3. Kogukonnas aktiivse või passiivse osalemise võimalusi kasutavad inimesed tegevuspiirangu olemasolu ja soo järgi, 2009–2010**

*Table 3. Persons who use the options for active or passive participation in the community by sex and existence of activity limitations, 2009–2010*  
(protsenti – percentages)

	Olulise piiranguga <i>With severe limitations</i>	Mõõduka piiranguga <i>With moderate limitations</i>	Piiranguta  <i>Without limitations</i>	
<b>Mehed</b>				<b>Males</b>
Osaleb vabatahtlikus töös	4,5	6,0	5,7	<i>Participates in volunteering</i>
Osaleb MTÜ-des	5,7	6,5	7,3	<i>Participates in non- profit associations</i>
Osaleb kursustel	4,1	4,6	6,3	<i>Attends courses</i>
Tegeleb spordiga	8,1	17,4	45,1	<i>Engages in physical exercise</i>
<b>Naised</b>				<b>Females</b>
Osaleb vabatahtlikus töös	3,4	3,8	6,4	<i>Participates in volunteering</i>
Osaleb MTÜ-des	3,7	6,4	8,1	<i>Participates in non- profit associations</i>
Osaleb kursustel	6,9	4,6	8,4	<i>Attends courses</i>
Tegeleb spordiga	5,4	13,7	36,0	<i>Engages in physical exercise</i>
<b>Mehed ja naised kokku</b>				<b>Males and females, total</b>
Osaleb vabatahtlikus töös	3,9	4,8	6,1	<i>Participates in volunteering</i>
Osaleb MTÜ-des	4,5	6,4	7,7	<i>Participates in non- profit associations</i>
Osaleb kursustel	5,7	4,6	7,3	<i>Attends courses</i>
Tegeleb spordiga	6,6	15,3	40,4	<i>Engages in physical exercise</i>

Allikas: AKU 2009–2010 (Statistikaamet)

Source: Time Use Survey 2009–2010 (Statistics Estonia)

Oluliste tegevuspiirangutega inimestest osaleb vabatahtlikus töös 4%, mõõdukate piirangutega inimestest 5% ja piiranguteta inimestest 6% (tabel 3). Kõige suurem erinevus meeste ja naiste vabatahtlikus töös osalemise määras on mõõdukate piirangutega inimestel. Olulise tegevuspiiranguga inimeste rühmas on meeste ja naiste osatähtsuse erinevus vaid 1,1 protsendipunkti ning piiranguta inimeste rühmas 0,7 protsendipunkti. Nii nagu ilmnevad meeste ja naiste erinevused vabaühendustes osaluses, nii võivad ka vabatahtlikus töös naiste väiksema osaluse põhjused peituda perekohustustes ja nende keskmiselt kõrgemas vanuses võrreldes meestega. Kirjeldatud tendentse tuleks edaspidistes analüüsidest täpsemalt uurida.

Osalemine kogukonna tegevustes jaguneb aktiivseks andmiseks-jagamiseks ning passiivseks tarbimiseks-kasutamiseks, mis mõlemad toetavad sotsiaalse ühtekuuluvuse teket. Passiivset osalemist kogukonnas kirjeldavad raamatukogu käimise näitajad, sest rahvaraamatukogu seaduse kohaselt peavad kohalikud omavalitsused tagama kõikidele oma kodanikele ligipääsu raamatukogule. Raamatukogudes käimine oleneb esimeses järjekorras inimese huvist lugemise vastu. AKU tulemuste kohaselt on mittelugejaid 20–79-aastaste seas igas viie aasta vanuserühmas võrdselt umbes 30% ning nende osatähtsus kasvab alles alates vanuserühmast 80+. Puude olemasolu mõjutab lugemisharjumust negatiivselt. Raamatuid ei loe iga teine puudega mees, puudeta meestest kolmandik. Naised loevad rohkem, kuid puue mõjutab ka neid. Raamatuid ei loe kaks viiendikku puudega ja viiendik puudeta naistest. Kui linnades ja alevikes

on puudega ja puudeta inimeste lugemise erinevus 15 protsendipunkti, siis küldes 19 protsendipunkti, mis võib viidata takistustele raamatukogus käimisel.

Raamatukogus ei käi 80% puudega ja 65% puudeta meestest. Puudega naistest ei käi raamatukogus 69%, puudeta naistest 46% (tabel 2). Tulemus võib viidata tõsiasjale, et transpordi puudumine mõjutab puudega naisi rohkem kui puudega mehi.

Puudega inimestele raamatukoguteenuste kättesaadavuse tagamisele tuleb pöörata suurt tähelepanu. Takistused raamatukoguteenuste kättesaadavusel võivad vähendada inimeste informeeritust nii seadustest kui ka kogukonna tegevustest, kui seda infot levitatakse raamatukogude kaudu. Infopuudus mõjutab kogukonna liikme identiteeti.

Sotsiaalse ühtekuuluvuse teket ja suhtlemisvõimalust pakkuvat passiivset kogukonnas osalemist toetab ka võimalus käia teatris ja kontserdil, kinos ja muuseumis, külastada kultuurimälestisi ja vaadata spordivõistlusi. Analüüsimiseks on kõik nimetatud tegevused liidetud ühtseks näitajaks, mida edaspidi on nimetatud kultuuritarbimiseks (tabel 4). Üle poole puudega inimestest ei osale üldse kultuuritarbimises, s.t nad ei olnud uuringule eelnenud 12 kuu jooksul käinud üheski eespool nimetatud kultuuriasutuses või kultuuriüritusel. Siiski ei saa öelda, et sedavõrd suur osa inimestest ei peagi kultuuritarbimist oluliseks. Puudeta inimeste seas ei olnud üheski eespool loetletud tegevustes osalenud veidi üle kolmandiku meestest ja veidi alla neljandiku naistest.

**Tabel 4. Kultuuritarbimise sagedus kuus puude olemasolu ja soo järgi, 2009–2010**

*Table 4. Frequency of participation in cultural activities in a month by existence of disabilities and sex, 2009–2010*

(protsenti – percentages)

	Mehed			Naised			Mehed ja naised kokku		
	Males			Females			Males and females, total		
	Puudega <i>With disabilities</i>	Puudeta <i>Without disabilities</i>	Kokku <i>Total</i>	Puudega <i>With disabilities</i>	Puudeta <i>Without disabilities</i>	Kokku <i>Total</i>	Puudega <i>With disabilities</i>	Puudeta <i>Without disabilities</i>	
Mitte kordagi	54,1	35,5	37,8	52,1	28,3	31,5	53,0	31,8	None
Kuni 1 kord	28,2	30,8	30,4	26,8	26,8	26,8	27,4	28,7	Up to 1 time
1–2 korda	11,8	16,7	16,1	15,8	20,7	20,1	13,9	18,8	1–2 times
Vähemalt 3 korda	5,9	17,0	15,6	5,3	24,2	21,7	5,6	20,8	3 or more times
Kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	Total

Allikas: AKU 2009–2010 (Statistikaamet)

Source: Time Use Survey 2009–2010 (Statistics Estonia)

Kultuuritarbijate seas on puudega ja puudeta inimeste osatähtsuses väiksemad erinevused neil, kes osalevad üritustel harva (tabel 4). Vähemalt kolm korda kuus osaleb kultuuriga seotud ettevõtmistes aga vaid 5,6% puudega inimestest, samal ajal kui sama sageli tarbib kultuuri 20,8% puudeta inimestest. Võib esitada hüpoteesi, et kultuurihuviga puudega inimene rahuldab oma huvi, kuid ei saa seda teha piisavalt sageli just kättesaamatuse tõttu. Kuna järsk erinevus ilmneb ka suure ja väikese tarbimissageduse näitajates, ei saa põhjus olla pelgalt halvas lipipääsetavuses (nt trepid) või puude kompenseerimise võimaluste puuduses (nt subtiitrid). Tõenäoliselt on tegemist ressursipuudusega, seda nii rahalises (vt 8. peatükk) kui ka toetavate teenuste (nt transporditeenus, tugiisikuteenus) mõttes.



Vähese sissetuleku suurele mõjule kultuuritarbimises osutab oluline erinevus töötavate ja mittetöötavate inimeste rühmas. Mittetöötavate inimeste seas ei tarbi kultuuri 57% puudega inimestest ja 24,7% puudeta inimestest (erinevus enam kui kahekordne), hõivatute seas ei tarbi kultuuri 15,6% puudega ja 13% puudeta inimestest. Töötav puudega inimene on märksa aktiivsem kultuuritarbija kui mittetöötav puudega inimene. Peale sissetuleku võivad siinkohal rolli mängida terviseolukord, individuaalsed võimed, motivatsioon, vanus jms. Seda, kas kultuuritarbimist mõjutab otseselt sissetulek või on mittetöötavate inimeste väiksema kultuuritarbimise põhjused muus, tuleks edaspidi täpsemalt uurida, et selgitada välja tegevuspiiranguga inimeste võimalikud takistused kultuuri tarbimisel ja luua õiged toetusmehhanismid.

Piirkonniti ilmneb puudega ja puudeta inimeste kultuuritarbimises kõige suurem erinevus Tallinnas, kus kultuuritarbimises ei osale 53% puudega ja 28% puudeta inimestest. Üks põhjustest on ilmselt kultuuriürituste suurem pakkumine – kuna üritusi on rohkem, on ka kultuuritarbijate osatähtsus rahvastikus suurem. Samas on Tallinnas kultuuritarbimisest kõrvalejääjaid puudega inimeste seas rohkem kui teistes linnades või alevikes, mis võib viidata info halvale kättesaadavusele puudega tallinlaste seas, suuremale isoleeritusele ja venekeelsele elanikkonnale pakutava vähesusele. Külades on kultuuritarbimisest kõrvalejääjaid puudega inimeste seas 56%, kuid ka puudeta inimeste seas on neid palju – 34%. Tulemus viitab maapiirkonnas elavate puudeta ja iseäranis puudega inimeste võimaluste vähesusele.

Kursustel osalemine on õppimisega seotud tegevus ja õppimine on alati aktiivne tegevus, mis tugevdab oma interaktiivse iseloomu tõttu sotsiaalset sidusust. Puudeta täiskasvanutest osaleb kursustel 7,1%, puudega inimestest aga vaid 3,9%. Puudega inimestel on sooline erinevus väiksem kui puudeta inimestel (tabel 2). Kõige väiksem on mõõduka tegevuspiiranguga inimeste õppimisaktiivsus (4,6%). Olulise tegevuspiiranguga inimeste osalusmäär on 5,7% ning piiranguta inimestel 7,9%.

Nii töötavatest puudega kui ka puudeta inimestest osaleb kursustel kaks korda enam inimesi kui mittetöötavatest (puudega vastavalt 7,1% ja 3,3%, puudeta 9,4% ja 4,7%). Tulemus näitab, et töötavat inimest puue kursustel osalemast eriti ei takista.

Spordiharrastus võib olenevalt alast olla või mitte olla seotud suhtlemise, ühistegevuse ja sotsiaalse ühtekuuluvusega. Samas on leitud, et inimese tunnetatud heaolu ja liikumisharrastuse vahel on oluline seos ning suurem heaolutunne toetab valmisolekut osaleda ja olla aktiivne. Nii nagu õppimine on ka liikumisharrastus ühiskonda integreerumise oluline eeldus.

Sporti teeb AKU kohaselt 9,6% puudega ja 36,1% puudeta inimestest (tabel 2). Arusaadavalt võivad puudega inimeste võimalused eri spordialadega tegelemiseks olla väiksemad, samal ajal on igal inimesel võimalik tegeleda eesmärgipäraste liikumisharjutustega, mis vastavad tema võimetele. Vähese sportimise põhjused võivad olla selles, et inimesed ei ole leidnud endale võimetekohaseid sportimisviise, ei tunne sportimisvajadust ega saa kasutada abiressursse. Takistuseks võivad olla sportimisvõimaluste kättesaadavus ja nendele ligipääsetavus.

Mittetöötavate inimeste seas on puudega ja puudeta inimeste spordiharrastuses osalemise erinevus suur (vastavalt 6,5% ja 34%), töötavate inimeste seas oluliselt väiksem (vastavalt 27% ja 38%). Näitaja võib olla seotud ka vanuse mõjuga, kuid teoreetiliselt ei ole liikumisharrastusest kõrvalejäämise põhjus vanus, vaid küsimus on eakohastes sportimisviisides. Näitajate suure erinevuse põhjus võib olla tingitud ka sellest, kuidas said uuringus osalenud küsimusest aru. Küsimuses „Kas tegelete vabal ajal spordiga?“ võidi spordiks pidada pigem võistlussporti kui üldist liikumisharrastust.

Internet on tänapäeva inimesele lisavõimalus olla kontaktis kogukonnaga. Suhtluskeskkonnana pakub internet inimesele võimalust olla aktiivne osaleja, õppida ning jagada oma vaateid, teadmisi ja loomingut teistega. Kahjuks on interneti kasutajate osatähtsus puudega inimeste seas väike ning kasutusala kitsama spektriga kui puudeta internetikasutajatel.

Erinevus puudega ja puudeta inimeste internetikasutuses on väga suur. Internetti ei kasuta 69% puudega inimestest (sh 64% puudega meestest ja 74% puudega naistest), puudeta inimeste vastav näitaja on 26% (sh 24% meestest ja 27% naistest). Iga päev kasutab internetti 17% puudega inimestest ja 55% puudeta inimestest. Elukohast tingitud erinevust iga päev internetti kasutavate puudega inimeste osatähtsuses ei ole.

**Tabel 5. Interneti kasutusala puudega ja puudeta internetikasutajatel soo järgi, 2009–2010**  
*Table 5. Online activities of Internet users with and without disabilities by sex, 2009–2010*  
 (protsenti – percentages)

	Mehed			Naised			Mehed ja naised kokku		
	Males			Females			Males and females, total		
	Puudega With disabilities	Puudeta Without disabilities	Kokku Total	Puudega With disabilities	Puudeta Without disabilities	Kokku Total	Puudega With disabilities	Puudeta Without disabilities	
Suhtlemine	62,5	82,7	81,2	62,9	82,0	80,9	62,7	82,4	Communication
Info otsimine	80,4	87,0	86,5	82,1	89,1	88,7	81,2	88,1	Information search
Panga- ja ostumüügiportaalid	64,9	71,9	71,4	75,7	80,4	80,2	69,8	76,4	Banking and online market-places
Asjaajamine	39,9	52,9	51,9	55,0	61,3	61,0	46,8	57,3	Online services of state and other authorities
Kultuur ja meedia	54,2	69,3	68,2	48,6	61,4	60,7	51,6	65,2	Culture and the media
Meelelahutus	22,0	32,7	32,0	12,1	18,1	17,8	17,5	25,1	Entertainment

Allikas: AKU 2009–2010 (Statistikaamet)  
 Source: Time Use Survey 2009–2010 (Statistics Estonia)

Nii puudega kui ka puudeta internetikasutajad eelistavad kõige enam otsingufunktsiooni (tabel 5). Interneti otsingusüsteeme kasutab 87% internetikasutajatest. Puudega inimeste näitaja on küll veidi väiksem (81%) kui puudeta inimestel, kuid selle võimaluse kasutajate osatähtsus puudega inimeste seas on siiski väga suur. Populaarsuselt järgmised on puudega inimeste seas pangad ja ostu-müügiportaalid (70%), mille kasutajate osatähtsuste erinevus puudega ja puudeta inimeste seas on väiksem kui ülejäänud kasutusala del, kusjuures internetis rahaasju ajavate puudega naiste osatähtsus (75,4%) küündib puudeta kasutajate tasemele (76,4%). Kultuuri ja meedia tarbimiseks kasutatavad internetti vaid pooled puudega inimestest, samal ajal kui puudeta inimestel on see näitaja 65%. Suhtlemiskanaleid kasutavad puudega inimesed peaaegu veerandi võrra vähem kui teised. Suhtluskanalite kasutamises ilmnebki puudega ja puudeta internetikasutajate kõige suurem erinevus. Kuna puudega inimestel on internetis teisi, palju suurema osalusega kasutusala sid, peab põhjus olema suhtlemisaktis endas, mitte arvuti- ja tarkvara-kasutuse barjäärides.

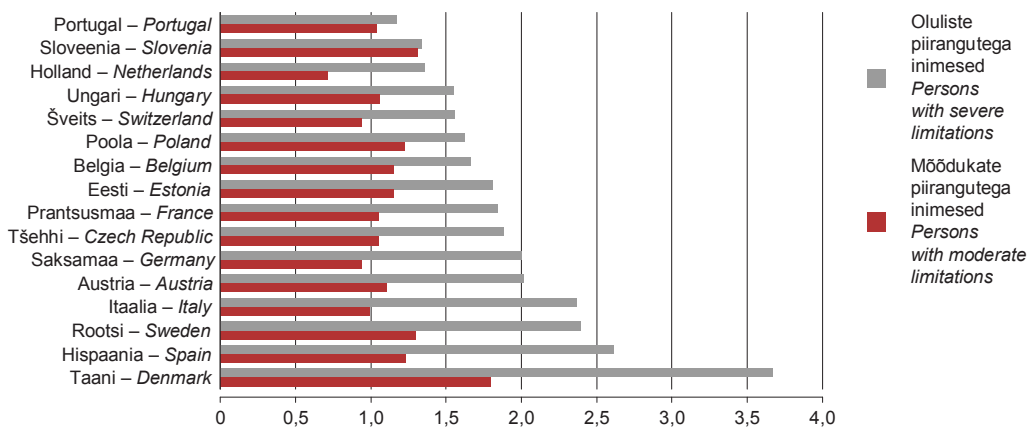
AKU tulemused näitavad, et Eesti puudega inimesed kalduvad olema koduvälistes ettevõtmistes passiivsemad kui elanikkond üldiselt. SHARE uuringu kohaselt on Eestis hobide või enese-teostuslike tegevusteta või vaba aega ainult individuaalsetele tegevustele (nt lugemine või ristsõnade lahendamine) kulutavate vähemalt 50-aastaste osatähtsus Euroopa riikide suurim (60%). Arvestades, et 75% tegevuspiiranguga inimestest on vanuses 50+, on tegemist

rahvastikurühmaga, kes kaldub veetma aega üksi või kodukeskselt. Viimast tuleb arvestada muudes analüüsid.

SHARE-s käsitletakse sotsiaalsete tegevustena vabatahtlikku tööd, kursustel osalemist, klubides, kirikus või kogukonna organisatsioonides osalemist ning kollektiivseid mängu. Olulise tegevuspiiranguga inimesed on märksa suurema tõenäosusega sotsiaalsetes tegevustes pigem passiivsed nii Eestis kui ka enamikus teistes riikides (joonis 2). Mõõduka tegevuspiiranguga vähemalt 50-aastased on sotsiaalsetes tegevustes tõenäoliselt passiivsemad kui tegevuspiiranguta inimesed, kuid seos ei ole Eestis statistiliselt oluline. Analüüs näitab, et Eesti vähemalt 50-aastasi inimesi piirab sotsiaalselt aktiivne olemast mitte niivõrd hinnang oma tegevuspiirangule, kuivõrd hinnang oma tervisele. Mida kehvem on tunnetatav tervis, seda passiivsem on isik ühiskonnas.

## Joonis 2. Hinnang Euroopa riikide tegevuspiiranguga inimeste tõenäosusele<sup>a</sup> olla sotsiaalsetes tegevustes pigem passiivsed, 2010–2011

Figure 2. The probability<sup>a</sup> of persons with activity limitations to be passive in social activities in the European countries, 2010–2011



<sup>a</sup> Näitab šansisuhet.

<sup>a</sup> Indicates the odds ratio.

Allikas: SHARE 2010–2011 (Tallinna Ülikooli Eesti Demograafia Instituut)

Source: SHARE 2010–2011 (Estonian Institute for Population Studies at Tallinn University)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et sotsiaalsed näitajad aitavad iseloomustada, milline on puudega inimeste olukord ühiskonnas ja mil määral on neile tagatud teistega võrdsed võimalused. Sotsiaalsed näitajad iseloomustavad puudega inimeste olukorda, võttes arvesse eri tegurite koostoimet.

Peatükis käsitletud näitajatele toetudes võib öelda, et Eestis pole puudega inimeste kaasatus kogukondades veel piisavalt suur. Nende võimalused teha võimetekohast tööd ja tarbida kultuuri on väiksemad kui ülejäänutel, nende terviseolukorra ja ressursipiiratuduse tõttu on neil väiksem osatähtsus (ühiskondlik aktiivsus) nii teenuste tarbimises kui ka vabaühendustesse panustamises ja neil on teenuste kättesaamisel keskmisest rohkem probleeme.

Et puudega inimeste sotsiaalset kaasatust kogukonnas paremini toetada, on vaja koguda regulaarselt andmeid puudega inimeste tegevus- ja osalusvõimaluste ning nende piirangute kohta. Senisest enam tuleb sellesse kaasata ka puudega inimesi endid, kes oskavad tähelepanu juhtida nende suurimatele takistustele, seda nii poliitikakujundamisel kui ka kogukonda panustajana ja tarbijatena.

## Allikad Sources

- Arendt, H. (2003). *Responsibility and Judgment*. New York: Schocken Books.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. – *JAIP*, Vol 35, No 4, pp. 216–224.
- Bauman, Z. (1990). *Modernity and Ambivalence*. Cambridge: Polity.
- Castells, M. (2004). *Informationalism, Networks, and The Network Society: A Theoretical Blueprint*. – *The Network Society. A Cross-cultural perspective*. Northampton, MA: Edward Elgar.
- Castells, M. (2004). *The Network Society: A Cross-cultural Perspective*. Edward Elgar Publishing Limited.
- Castells, M. (2000). Materials for an exploratory theory of the network society. – *British Journal of Sociology*, Vol 51, No 1, pp. 5–24.
- Cornwell, B. (2009). Good health and the bridging of structural holes. – *Social Networks*, Vol 31, No 1, pp. 92–103.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. – *American Journal of Sociology*, Vol 78, No 6, pp. 1360–1380.
- Jenson, J. (2010). *Defining and Measuring Social Cohesion*.
- Kröber, H. R. Th., van Dongen, H. (2011). *Social Inclusion: Dutch perspectives. Factors for success and failure*. Amsterdam: Uitgeverij Boom / Nelissen.
- Levinas, E. (1989). *Ideology and Idealism*. Trans. Sean Hand. *The Levinas Reader*. Malden, Mass. Blackwell.
- Monge, P. R., Contractor, N. S. (2003) *Theories of Communication Networks*. New York: Oxford University Press.
- Perspectives on Global development on 2012. *Social Cohesion in a Shifting World*. Executive summary. (2011). OECD. [www] <http://www.oecd.org/site/devpgd2012/49067839.pdf> (07.11.2014).
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Seppo, M. (2005). Suhtevõrgustike roll Eesti keemiatööstusettevõtete rahvusvahelistumisel. Tartu Ülikooli majandusteaduskond. [Magistritöö]. Tartu.
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of modern identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilken, J. P. (2010). *Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam: SWP.
- Wilken, J. P. (2012). *Maatschappelijke ondersteuning: principes van de supportbenadering*. – *Supportgericht werken in de Wmo*. Utrecht: Wmo-werkplaatsen/MOVISIE.
- Wilken, J. P. (2013). *Community of Practice. A model of research and development*. – *Ettekanne Maastrichtis* 31.01.2013.
- Wilken, J. P., Bugarszki, Z., Saia, K., Hanga, K., Narusson, D., Medar, M. (2014). About notions of community and participation. Article submitted to *European Journal of Social Work*.

## 7. SOCIAL COHESION

**Tiina Tambaum**

Tallinn University, Estonian Institute for Population Studies

**Marju Medar**

Tallinn University, Institute of Social Work

**Dagmar Narusson**

University of Tartu, Institute of Social Studies

*The improvement of social cohesion is a crucial goal for any society. A cohesive society means a higher level of well-being for its members. The core components of social cohesion are social inclusion, social capital and social mobility (Perspectives ... 2011).*

*When speaking of social cohesion, it is necessary to start by defining the concept of community. In the traditional sense, a community is a group of people who know each other, share common values and interests and do various things together. They meet in a particular environment, such as a village, or at a specific location, such as a community centre, church or mosque. The core values of a community are inclusion, caring and predictability. This type of a traditional community is referred to as a heavy community with strong ties between its members. Putnam (2000) claims that this type of communities are vanishing. Today, social networks are the main supportive informal communities (Castells 2000, 2004; Seppo 2005; Monge and Contractor 2003) where information and resources are exchanged through interpersonal relations and connections. Such social networks are gaining importance in the society. In these networks, it is important to ensure the exchange of information within the network, above all. The communities in a networked society can be considered light communities where interpersonal relations are often temporally defined and related to specific activities and tasks (Wilken 2012; Kröber and van Dongen 2011). These tasks may relate to employment, education or leisure. It is more difficult to define the core values in such a community, and it seems that these values are associated more with utility and reciprocal ties. Often, these light communities do not have a corresponding physical environment, which is the main reason why communication in these communities takes place through various modern media, such as the Internet. Today, people can participate in online communities based on shared interests, irrespective of the physical location of the members (Wilken et al. 2014).*

*A community becomes social when it has a certain level of social cohesion. Social cohesion occurs when people share their interests or resources or their identity. Granovetter (1973) discusses the networks important for people with activity limitations and divides them into networks with either weak or strong ties. Cornwell (2009) points out that, as activity limitations deteriorate, the networks based on mutual assistance will persist while in networks with weaker ties the members whose activity limitations increase will be excluded.*

*Taylor (1989) introduced the concept of "dialogical identity" which means that individuals define their identity through interaction with other people. Human dignity depends greatly on how other people treat the individual and how they communicate with him or her. The development of an identity is based on recognition received from and given to others. The identity is a result of interaction with others, which is why inclusion in a community is a significant prerequisite for human development and why social cohesion is crucial for the development of a balanced identity. The formation of a person's identity is discussed by many other modern philosophers, such as Levinas (1989), Arendt (2003) and Bauman (1990).*

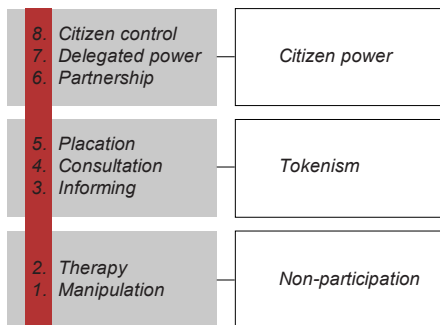
*Inclusion is a key component of social cohesion (Perspectives ... 2011). The phenomenon of social inclusion has several important aspects. In discussions about the circumstances of people with activity limitations or participation restrictions, reference is often made to the concepts of participation and inclusion, used as synonyms. Here, it is important to note that the participation of an individual in social activities in the society or community does not necessarily guarantee*

their inclusion. Participation means the (usually) active participation of an individual in various everyday activities and in social life – it means presence. Participation may mean, for example, visiting an adult day centre or activity centre and observing what other people are doing. In the case of such participation, the initiative is external to the person with activity limitations and participation restrictions, and the manner of participation is determined by others. Participation restrictions mean that a person is unable to take part in life situations on an equal basis with others and is not involved in the decision-making processes that would allow the person to initiate an activity or affect its course (Wilken 2010).

Social inclusion, which is a component of social cohesion, has a much deeper meaning because it means that the individual is treated as an equal member of the society (whereas health conditions are not considered limitations) and is involved in decision-making and activities on an equal basis with all other citizens. Also, the society accepts the individual unconditionally, regardless of his or her current state and abilities. (Wilken 2013) Social inclusion means that the society or community views each person as an equal member and values the presence and abilities of the individual.

Arnstein (1969) described the levels of citizen participation and introduced the ladder of participation and inclusion, which is still the basis for analysis of participation. The level of citizen participation reflects the extent to which citizens have the power and the right to have a say in their country. There is a huge difference whether the promise and practice of participation is just an empty ritual or actual inclusion on equal grounds, allowing all citizens to influence processes.

**Figure 1. Eight levels of citizen participation**



Source: Arnstein 1969

Arnstein defines the rungs of the ladder of participation, starting with the phenomena that refer to lack of participation. The levels of non-participation are **manipulation** and **therapy**, as these activities allow people in a superior social position to influence others. People are seemingly included in various activities, but the purpose of such inclusion is to “educate” the participants or influence them. The next rungs of the ladder are **informing** and **consultation**, indicating that the society allows people to be heard and shares information, while maintaining the status quo because people do not have any actual power to influence social processes and thus there are no real changes to solve the problems. The fifth level of the ladder is **placation**, which means movement towards participation – people have the opportunity to make suggestions and proposals, but the right to decide remains with those in power. The sixth rung of the participation ladder is **partnership** whereby people are able to negotiate and take part in the decision-making process. The seventh rung is **delegated power** and the eighth rung of the ladder is **citizen control** – the former means that people have the dominant decision-making authority; the latter indicates that people have full control over decisions. (Arnstein 1969)

Individual development is an important part of increased social cohesion in a society. In order to monitor the improvement in social cohesion and social inclusion, it is necessary to collect various

indicators, including indicators related to income, poverty, economic mobility, labour market participation, education, development of human resources and health (incl. disability-free life expectancy and use of technologies that support coping). It is also crucial to assess people's access to cultural resources, their opportunities to express their opinion in the society (including the extent to which public opinion is considered), the level of social trust between people and groups of people, participation in the activities of non-governmental organisations and volunteers' contribution to the community – these are all aspects of inclusion. (Jenson 2010)

The previously described concept of social cohesion is somewhat broader than the concept that usually informs discussions and analyses in Estonia. Primarily, this concerns data on how people with special needs perceive their problems, what they think of their opportunities to participate in the society and to have a say in matters concerning themselves and their living environment. This chapter analyses these aspects based on surveys on time use and everyday activities that have been carried out in Estonia within the previous five years.

The main data source for this chapter is the Estonian Time Use Survey 2009–2010 (hereinafter TUS)<sup>a</sup>, which is one of the few datasets that allows us to measure the main components of social cohesion – possibilities of active and passive participation and interaction. TUS data are combined with the data of the Estonian Social Insurance Board on registered disabilities. Similarly to previous chapters, data on self-reported activity limitations are also used.

6,989 persons participated in the Time Use Survey. 13% of them (12.6% of males, 13.2% of females) had registered disabilities. This proportion is slightly higher than the share of persons with registered disabilities in the total population in 2009–2010 (it was 9.1%, on average). The share of persons with severe self-reported activity limitations was 8.5% (8% of males, 9% of females) and the share of persons with moderate self-reported activity limitations was 21% (19% of males, 22% of females). The urban population was under-covered in the survey sample – the urban population constitutes 68% of Estonia's population, but its share in the sample was only 51%. The over-representation of the rural population lowers the community participation rate of persons with disabilities and activity limitations, because the barriers to social inclusion are known to be greater in rural areas due to low population density and the higher average age of the rural population in Estonia.

The so-called physical integration of social cohesion in a community is indicated by labour market participation, for example, which was discussed in chapter 6. This chapter looks at TUS data on labour force participation. Table 1 (p. 123) shows the distribution of persons with and without registered disabilities by their labour force status. Physical integration is much weaker among disabled persons than among those without disabilities. On the one hand, this is caused by the fact that there are not enough jobs that suit the interests and abilities of persons with disabilities. On the other hand, they have limited access to places of work – transport options may be limited, it may be difficult to adapt the working conditions and arrangements, or access inside the building may be unavailable or limited.

Based on the survey results, it is possible to assess the distribution of the population by employee status (salaried employee, entrepreneur, sole proprietor or unpaid family worker). In comparison with the total population, there is a bigger share of sole proprietors among persons with registered disabilities (6.5% of disabled persons who are employed and 4.7% of employed persons without disabilities), and the share of salaried employees is smaller. It should be noted that the share of sole proprietors among persons with disabilities is more than a third higher than among persons without disabilities. As a sole proprietor, the person (not the state) is responsible for ensuring that he or she has social guarantees, which creates additional pressure for persons with a reduced capacity for work.

The active participation of disabled persons in the community manifests in two ways. Firstly, it is important to consider the extent of their involvement in the organisations that are dedicated to the integration of persons with disabilities into the society. Secondly, it is important to consider the

<sup>a</sup> Any references to survey results below refer to the Time Use Survey, unless specified otherwise.

extent to which persons with limitations are involved in all other non-governmental organisations and social initiatives through which natural inclusion occurs.

One dimension of active participation covers the associations of disabled people and the participation in these organisations (social involvement). The associations of disabled people have a long history in Estonia and receive support from both the state and local governments. There are currently 30 associations of disabled people in Estonia and 16 county-level umbrella organisations representing the associations of disabled people. In order to facilitate communication between the organisations, several networks have been created to provide an environment for active communication and the provision of services. However, these organisations mostly unite and support persons with similar limitations (and their immediate networks), and provide them with the necessary information to increase awareness of the measures that support independent coping. The organisations coordinate various projects and events and, if necessary, provide support services for members and for the community.

According to TUS, 11% of persons without registered disabilities and 7.5% of persons with registered disabilities are involved in the work of non-profit associations and boards of trustees. There are significantly more women than men involved in boards of trustees; the difference is threefold irrespective of the existence of disabilities. When we only consider participation in the work of non-profit associations, there are virtually no differences between men and women without disabilities, but this is not the case with persons with disabilities (Table 2, pp. 124–125). Presumably, in the case of participation in non-governmental organisations, the general barriers in the relevant environment have a greater impact than the differences in interests between the sexes. The rate of active<sup>a</sup> involvement in non-profit associations among persons with registered disabilities is somewhat lower (93%) than among persons without registered disabilities (96%).

The level of social involvement is higher among young people and people who are more active in any activities. The share of those who are socially active and involved in the work of non-governmental organisations is higher among employed persons, compared to non-working persons (i.e. those not in paid work). The share of persons involved in non-governmental organisations is bigger among employed persons with disabilities (18.8%) than among employed persons without disabilities (14.7%). The majority of the associations of disabled people operate as non-governmental organisations which means that, in addition to functioning as interest groups, they can provide jobs for disabled people. In the case of the non-working population, the share of persons participating in non-governmental organisations is higher among those without disabilities (6.7%) than among persons with disabilities (5.5%).

Table 3 (p. 126) outlines the results for participation in non-governmental organisations based on the existence of activity limitations. The participation of men is less dependent on the existence or level of limitations, but the participation rate of women without limitations is bigger than the participation rate of women with moderate or severe limitations (8%, 6% and 4%, respectively). The lower rate of participation among women with activity limitations may be due to the fact that they are more engaged in family duties and are generally older.

In addition to participation in non-governmental organisations, volunteering is another form of active social participation. In Estonia, the general rate of participation in volunteering is low (6.6% of the total population), and this rate is more than two times lower among disabled persons (3%) (Table 2, p. 124–125). There are no gender-specific differences among people without disabilities – the participation rate is 6% for both men and women. However, among persons with disabilities, the rate of participation in volunteering is higher among men (4%) than among women (2%).

The rate of participation in volunteering is 4% among persons with severe activity limitations, 5% among persons with moderate limitations and 6% among persons without limitations (Table 3, p. 126). The difference between men and women is the biggest in the population with moderate limitations. The difference between the participation rate of men and women is only 1.1 percent-

<sup>a</sup> The level of involvement of members of non-profit associations is measured with the question: "Are you a member of an association and do you participate in its activities? Are you a member of an association, but do not participate in its activities?"



age points among persons with severe activity limitations and 0.7 percentage points among persons without limitations. The reasons for women's lower rate of participation in volunteering are probably the same as for their lower involvement in non-governmental organisations – family duties and a higher average age compared to men. These tendencies require further analysis in future studies.

Participation in community activities can be divided into active giving-sharing and passive consuming-using, both of which support greater social cohesion. Passive participation in the community is described by the use of the services of libraries because, pursuant to the Public Libraries Act, local governments must ensure that all residents have access to a library. The use of libraries depends primarily on whether a person is interested in reading. Based on TUS data, there are around 30% of non-readers in each 5-year age group among the population aged 20–79, and the share of non-readers increases in the age groups 80+. The existence of disabilities has a negative effect on reading habits. About a half of men with disabilities and a third of men without disabilities do not read books. Women read more but their reading habits are also influenced by the existence of disabilities. Two fifths of disabled women and a fifth of women without disabilities do not read books. The difference between the share of persons with disabilities and the share of persons without disabilities who read books is 15 percentage points in cities and towns, and as much as 19 percentage points in villages, which may indicate problems with access to the library.

80% of men with disabilities and 65% of men without disabilities do not visit the library. The corresponding share is 69% among women with disabilities and 46% among women without disabilities (Table 2, pp. 124–125). This result may indicate that the lack of transport has a greater impact on disabled women than disabled men.

It is necessary to improve the access to library services for persons with disabilities. The poor availability of library services may affect people's awareness of relevant legislation or community activities (if this information is distributed at libraries). Lack of information has an impact on the identity of community members.

There are other forms of passive participation that support social cohesion and offer opportunities for interaction – such as going to the theatre or cinema, to a concert or a museum, visiting cultural monuments and attending sports events. For the purpose of analysis, all these activities were combined into a single indicator reflecting participation in cultural activities (Table 4, p. 127). More than a half of the persons with disabilities do not participate in any cultural activities, meaning that they had not visited any of the listed cultural venues within the 12 months preceding the survey. Yet this does not mean that the consumption of culture was not important for all these people. Among persons without disabilities, slightly more than a third of men and slightly less than a fourth of women had not participated in any of the listed activities.

In terms of the frequency of participation in cultural activities, the differences between persons with and without disabilities are smaller among those who rarely attend cultural events (Table 4, p. 127). Only 5.6% of the disabled population participate in cultural activities at least three times a month, compared to 20.8% of persons without disabilities. Hypothetically, disabled people with cultural interests take part in cultural activities but cannot do it often enough due to limited accessibility. Since there is also a great difference between the share of frequent participants and the share of those who seldom participate, the reason cannot be just poor accessibility (e.g. stairs) or lack of options to adapt to the needs of disabled persons (e.g. subtitles). A major reason is probably the lack of resources, both in terms of funds (see chapter 8) and support services (e.g. transport service, support person service).

A low income has a great impact on the consumption of culture, as indicated by the drastic difference between the employed and non-working population. In the case of non-working persons, 57% of persons with disabilities and 24.7% of persons without disabilities do not consume culture (the difference is more than twofold). The corresponding shares among the employed population are 15.6% for persons with disabilities and 13% for persons without disabilities. An employed disabled person is a much more active consumer of culture than

a disabled person not in paid work. Besides income, there are other factors that play a role here, such as health condition, individual abilities, motivation, age etc. Further analysis is required to determine whether cultural participation depends on income or whether there are other reasons for the less frequent participation of persons not in paid work – the identification of possible barriers to cultural participation among the population with activity limitations will help to develop adequate support mechanisms.

Regionally, the difference in cultural participation between persons with and persons without disabilities is the greatest in Tallinn where 53% of persons with disabilities do not attend cultural events, compared to 28% of persons without disabilities. One of the reasons is probably the greater supply of cultural events – since there are more events, there is a greater share of those who consume culture. However, compared to other cities or towns, Tallinn has a greater share of disabled persons who do not participate in cultural activities, which may indicate the poor availability of information among the disabled population in Tallinn, their greater isolation, and a low supply of cultural events intended for the Russian-speaking population. In villages, the share of persons not participating in cultural activities is 56% among persons with disabilities, but it is also relatively high among persons without disabilities – 34%. This illustrates the limited availability of cultural events for all rural residents, especially for persons with disabilities.

Attendance of courses is a study-oriented activity, and studying is always an active process that strengthens social cohesion through its interactive nature. 7.1% of adults without disabilities and only 3.9% of adults with disabilities attend courses. The gender-specific difference is smaller among disabled people than among those without disabilities (Table 2, pp. 124–125). Attendance of courses is the lowest among persons with moderate activity limitations (4.6%) and higher among persons with severe activity limitations (5.7%) and persons without limitations (7.9%).

The share of those attending courses is two times higher among the employed population (7.1% of employed persons with disabilities and 9.4% of employed persons without disabilities) than among the non-working population (3.3% of non-working persons with disabilities and 4.7% of non-working persons without disabilities). This result indicates that, in the case of employed persons, disabilities do not constitute a significant obstacle to participation in training.

Depending on the type of sport, physical exercise may or may not offer interaction and social inclusion. It has been shown that there is a significant correlation between perceived well-being and the level of physical activity; and that a higher level of well-being supports readiness to participate and be active. Similarly to studying, being physically active is an important prerequisite for social integration.

According to TUS, 9.6% of persons with disabilities and 36.1% of persons without disabilities engage in physical exercise (Table 2, pp. 124–125). Understandably, persons with disabilities may have fewer opportunities to engage in certain sports, but everyone can engage in some form of exercise matching their abilities. People may have a low level of physical activity because they have not yet found a suitable form of exercise, they do not feel the need to exercise or are unable to use the necessary resources. Accessibility may also be an obstacle.

Among non-working persons, there is a huge difference in the participation rates of persons with and without disabilities (6.5% and 34%, respectively). The difference is substantially smaller among the employed population (27% and 38%, respectively). The rate of participation in sports and physical exercise may be related to age, but age cannot really be a reason for refraining from exercise – it is just a matter of choosing age-appropriate physical activities. The big difference in these indicator values may also be related to how respondents understand the question in the TUS survey. Respondents may have thought that this question – “Do you engage in sports in your spare time?” – refers to competitive sports rather than physical exercise as such.

Nowadays, the Internet is a new way to stay in contact with the community. As a social environment, it offers people an opportunity to be an active participant, to study and to share their views, knowledge and creations with others. Unfortunately, the share of Internet users is low among disabled people and they do not use as many features of the Internet as Internet users without disabilities.

*Internet use is very different among persons with and without disabilities. 69% of persons with disabilities do not use the Internet (64% of disabled men and 74% of disabled women), whereas the corresponding share among persons without disabilities is 26% (24% of men and 27% of women). 17% of persons with disabilities and 55% of persons without disabilities use the Internet every day. The share of daily Internet users among the disabled population does not depend on their place of residence.*

*Internet users both with and without disabilities use the search function the most (Table 5, p. 129). 87% of Internet users use online search systems. This share is slightly lower among disabled persons (81%) but it is still very high. Among persons with disabilities, the second most popular online activity is Internet banking and online marketplaces (70%), where the difference in the share of users compared to the population without disabilities is smaller than in the case of other online activities, whereas the share of women with disabilities (75.4%) who make financial transactions online is close to the corresponding share of persons without disabilities (76.4%). Only a half of the disabled persons use the Internet for the consumption of culture and media – this share is 65% among persons without disabilities. The share of persons with disabilities who use communication channels is almost a fourth smaller than the corresponding share of persons without disabilities, which represents the greatest difference between Internet users with and without disabilities. As there are other Internet activities which are much more popular among disabled persons, the reason has to be the act of communication itself, not the barriers related to the use of IT tools and software.*

*TUS data indicate that disabled persons in Estonia tend to be more passive in activities outside the home than the population as a whole. Based on the SHARE survey, compared to other European countries, Estonia has the highest share of persons aged 50 and older (60%) who have no hobbies or self-realisation activities or who spend their spare time only on individual activities (e.g. reading or doing crosswords). Considering that 75% of persons with activity limitations are aged 50+, this seems to be a population group with the distinct tendency to pass the time alone or at home. This should be considered in the relevant analyses.*

*According to the SHARE survey, social activities include volunteering, attendance of courses, participation in clubs, church activities or community organisations, and playing team sports. Persons with severe activity limitations are much more likely to be passive in social activities both in Estonia and in most other countries (Figure 2, p. 130). Persons with moderate activity limitations aged 50 and older are more likely to be passive in social activities than persons without activity limitations, but this correlation is statistically not significant in Estonia. In Estonia, the reason why persons aged 50+ are not able to be socially active is not their self-perceived activity limitations but their self-perceived health status. The poorer the self-perceived health status, the lower the level of social activity.*

*In conclusion, social indicators reflect the social situation of persons with disabilities and show their ability to enjoy equal opportunities. Social indicators describe the circumstances of disabled persons based on the interaction of various factors.*

*Based on the indicators discussed in this chapter, persons with disabilities in Estonia are not yet sufficiently included in the community. Compared to persons without limitations, they have fewer opportunities to find a suitable job or attend cultural events. Due to their health condition and limited resources, they have a lower level of social activity both as users of services and participants in non-governmental organisations. They face more problems with the accessibility of services.*

*In order to support the social inclusion of persons with disabilities, it is necessary to regularly collect information about their opportunities and participation, and about any limitations and restrictions. In this process, the input of persons with disabilities should play a greater role, as they are able to draw attention to the main barriers that they face as social participants, consumers and citizens.*

## 8. PUUDEGA INIMESTE SISSETULEK JA VAESUS

Tiiu-Liisa Laes  
Statistikaamet

Puudega inimeste heaolu ja elukvaliteet oleneb suurel määral nende toimetulekust, sissetulekust ja tarbimisvõimalustest. Wiman (1990) nimetab toimetuleku viis eeltingimust: võimed (inimese füüsilised ja vaimsed ressursid toimetulekuks), motivatsioon, teadmised, oskused ja võimalused. Kui mõni neist eeltingimustest on täitmata või puudulik, võivad ilmneda toimetuleku-probleemid. See tähendab, et inimese sotsiaalne toimetulematus ei ole selle inimese või keskkonna karakteristikute mõju tagajärg, vaid pigem on toimetulekuprobleem tingitud sellest, et üks või mitu selles keskkonnas toimetulekuks vajalikku eeltingimust on tal kas täitmata või täidetud puudulikult. Toimetulekuprobleemid võivad tekkida mis tahes eluvaldkonnas, kus üks või mitu toimetulekueeldust on täitmata – näiteks haiguse või puude tõttu ajutiselt või püsivalt tekkinud puudujäägid inimese füüsilistes või psüühilistes võimetes. Wimani järgi pole mitte igaüks võimeline elama kellegi teise kehtestatud kriteeriumide järgi. Toimetulemise kriteeriumid peavad iga indiviidi jaoks olema kindlaks määratud tema isiklike vajaduste järgi ja abistamise käigus tuleks luua tingimused, kus igale indiviidile oleksid tagatud võrdsed võimalused oma potentsiaal-seid võimeid kõige täielikumalt realiseerida, ja püüda neid tingimusi säilitada.

Allardi (1975) sotsiaalse heaolu teooria kohaselt oleneb inimese heaolu paljudest tingimustest, mille hulgas on peale sotsiaalsete suhete, kuuluvustunde ja väärtuste olulisel kohal ka tegurid, mida saab omada ning mille alla kuuluvad muu hulgas tervis ja sissetulek. Ilmajäetus (kaotus) ühes või teises heaolu dimensioonis tekitab deprivatsiooni (ilmajäetus normaalsest ja harjumus-pärasest elustiilist ning tarbimiskultuurist), isolatsiooni (sotsiaalsete kontaktide vähenemine) ja anoomiat (sotsiaalne pessimism, poliitiline võõrandumine). Mida suurem on heaoluvõimaluste kaotus, seda tõenäolisemalt on inimese side ühiskonnaga nõrgenenud.

Eri uuringute tulemustest järeldub, et puudega inimesed kogevad puude tõttu olulisi takistusi eri eluvaldkondades. Selle nimel, et puudega inimesed oleksid ühiskonda rohkem kaasatud ja neil oleks teistega võrdsed võimalused, peab tegutsema kogu ühiskond. Võimaluste tekkimine eeldab ka puudega inimeste endi hoiakute muutumist – aktiivsem eluhoiak, oma võimaluste nägemine ja soovide kehtestamine aitab samuti kaasa suuremale kaasatusele (Masso ja Pedastsaar 2007).

Selles peatükis on analüüsitud puudega elanike (puude, töövõimekao ja/või tegevuspiiranguga) toimetulekut sissetulekute ja kulutuste statistika, samuti nende suhtelise ja absoluutse vaesuse ning materiaalse ilmajäetuse põhjal. Andmeallikad on Statistikaameti isiku-uuringud (Eesti sotsiaaluuring (ESU), leibkonna eelarve uuring (LEU) ja tööjõu-uuring (ETU)), mis on seotud Sotsiaalkindlustusameti andmetega puude ja püsiva töövõimetuse olemasolu kohta.

### Puudega inimeste sissetulekud

Puudega inimesed on üks vaesuse riskirühmi ja nad peavad toime tulema oluliselt väiksema sissetulekuga kui ülejäänud. Puudega inimeste sissetulekuallikad on töötasu asemel pigem sotsiaalsed siirded (toetused ja pensionid), seega oleneb nende elukvaliteet väga palju riigi abist. Riik vastutab puudega inimeste toimetuleku eest.

Kui kogurahvastiku netosissetulek<sup>a</sup> leibkonnaliikme kohta oli 2012. aastal 457 eurot kuus, siis puudega inimeste<sup>b</sup> sissetulek keskmiselt 83 eurot väiksem. Võrreldes tegevuspiirangu, töövõime- kao või puudega inimeste sissetulekuid, peaks arvestama, et tegevuspiiranguga inimesed on

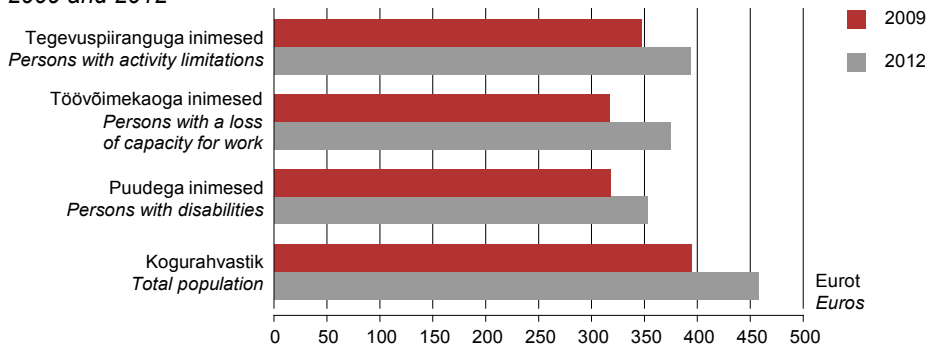
<sup>a</sup> Netosissetulek on palgatöö eest ja individuaalsest teisest tegevusest saadud sissetuleku, omanditulu, sotsiaalsete siirete, teistelt leibkondadelt saadud regulaarsete rahaliste maksete ja enamakstud tulumaksu tagastuse summa, kust on maha arvatud leibkonna tehtud regulaarsed rahalised maksed teistele leibkondadele, varalt tasutud maksud ja tulumaksu juurdemaksed.

<sup>b</sup> Puudega inimesed on siin ja edaspidi puudega ja/või töövõimekaoga ja/või tegevuspiiranguga inimesed.

kajastatud lähtuvalt uuringu valimist alates 16. eluaastast, puudega inimeste puhul on esindatud kogu rahvastik ja töövõimekaoga inimesed seaduse järgi alates 16. eluaastast kuni vanaduspensionieani. Tegevuspiiranguga inimeste kättesaadav kuusissetulek leibkonnaliikme kohta oli 2012. aastal keskmiselt 393 eurot ehk 86% Eesti keskmisest leibkonnaliikme netosissetulekust, töövõimekaoga inimeste sissetulek 374 eurot ehk 82% Eesti keskmisest ja puudega inimeste sissetulek 353 eurot ehk 77% keskmisest (joonis 1).

### Joonis 1. Leibkonnaliikme netosissetulek kuus puude olemasolu järgi, 2009 ja 2012

Figure 1. Monthly disposable income per household member by existence of disabilities, 2009 and 2012



Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet  
Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Töötamine suurendab puudega inimeste sissetulekut olulisel määral ja seeläbi ka nende majanduslikku toimetulekut. Näiteks töötavate töövõimekaoga inimeste kuunetosissetulek leibkonnaliikme kohta oli 2012. aastal 493 eurot, samal ajal kui mittetöötavate töövõimekaoga inimeste oma vaid 295 eurot. Töötavaid inimesi aga on puudega inimeste seas vähe: 40–100% töövõimetusega inimeste (18-aastased kuni vanaduspensioniealised) hõivemäär oli 2012. aastal 40,9%, puudega inimeste oma 22,5%. Tegevuspiiranguga inimeste hõivemäär oli 2011. aastal 36,4%. Seega on väga paljudele puudega inimestele pension ja toetused ainukesed sissetulekud. Ühelt poolt on uuringutest (nt Leetmaa jt 2012) selgunud, et praegune asendussissetulekute süsteem ei motiveeri töötamist, vaid soodustab mittetöötamist, kusjuures vabanduseks tuuakse puue ja töövõimetus. Teisest küljest tööandjad sageli pelgavad puudega inimeste palkamist või ei tee seda mugavusest, kuna puudega inimene võib vajada töökoha kohandamist, ligipääsetavaks tegemist, kodutöövõimalust ja/või paindlikumat töö- ja ajagraafikut. Paljud puudega inimesed on ebaedu tõttu töötötsingutest loobunud ja nad ei loodagi oma sissetulekut enam töötamisega suurendada hoolimata sellest, et väikese sissetulekuga on raske hakkama saada.

Puudega inimeste sissetulekute ja sissetulekuallikate erinevus oleneb suurel määral inimese vanusest, sellega seotud siirete liigist ja hulgast ning tööelus osalemisest. Suurim osa puudega inimeste sissetulekust tuleb puudega ja tegevuspiiranguga inimestel siiretest (vastavalt 67% ja 51%), kuid töövõimekaoga inimestel veidi enam palgatööst (palk 53% ja siirded 42%) (tabel 1). See tuleb sellest, et puude ja tegevuspiiranguga inimeste seas on ka palju vanaduspensionäre, samal ajal kui töövõimekaoga inimesed on tööealised. Samuti on keskmine vanaduspension töövõimetuspensionist tunduvalt suurem. Võrreldes kogurahvastiku sissetulekuga on siirete osatähtsus kogunetosissetulekus puudega inimestel palju suurem – kogurahvastiku sissetulekust hõlmavad siirded vaid neljandiku.

**Tabel 1. Leibkonnaliikme netosissetulek kuus puude olemasolu ja sissetulekuallika järgi, 2012**  
*Table 1. Monthly disposable income per household member by existence of disabilities and source of income, 2012*

	Kogurahvastik <i>Total population</i>	Puudega inimesed <i>Persons with disabilities</i>	Töövõimekaoga inimesed <i>Persons with a loss of capacity for work</i>	Tegevuspiiranguga inimesed <i>Persons with activity limitations</i>	
<b>Sissetulek, eurot</b>					<b>Income, euros</b>
Netosissetulek kokku	457,2	353,3	374,3	393,1	<i>Disposable income, total</i>
Sissetulek palgatööst	313,3	107,3	199,5	172,8	<i>Income from wage labour</i>
Tulu individuaalsest töisest tegevusest	9,1	5,3	8,1	8,4	<i>Income from self-employment</i>
Siirded	111,9	235,0	156,2	200,3	<i>Transfers</i>
pension <sup>a</sup>	84,2	224,5	141,1	186,4	<i>pension<sup>a</sup></i>
Muu sissetulek	11,9	3,4	5,2	6,5	<i>Other income</i>
Mitterahaline sissetulek	11,0	2,3	5,2	5,1	<i>Non-monetary income</i>
<b>Osatähtsus netosissetulekus, %</b>					<b>Share in disposable income, %</b>
Netosissetulek kokku	100,0	100,0	100,0	100,0	<i>Disposable income, total</i>
Sissetulek palgatööst	68,5	30,4	53,3	44,0	<i>Income from wage labour</i>
Tulu individuaalsest töisest tegevusest	2,0	1,5	2,2	2,1	<i>Income from self-employment</i>
Siirded	24,5	66,5	41,7	51,0	<i>Transfers</i>
pension <sup>a</sup>	18,4	63,5	37,7	47,4	<i>pension<sup>a</sup></i>
Muu sissetulek	2,6	1,0	1,4	1,7	<i>Other income</i>
Mitterahaline sissetulek	2,4	0,7	1,4	1,3	<i>Non-monetary income</i>

<sup>a</sup> Töövõimetuspension, vanaduspension jm pensionid.

<sup>a</sup> Pension for incapacity for work, old-age pension and other pensions.

Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Järgnevalt on antud ülevaade sellest, kui palju on neid puudega inimesi, kes saavad väikese sissetulekut, ja võrreldud andmeid kogurahvastiku samade näitajatega. Kõige madalasse sissetulekukvintili<sup>a</sup> kuulus 2012. aastal 18% kõikidest meestest ja 22% naistest (tabel 2). Puudega meeste ja naiste seas on aga väikese sissetulekuga inimesi tunduvalt rohkem. 2012. aasta andmete kohaselt on madalaimasse tulukvintili kuuluvaid elanikke kõige rohkem töövõimekaoga inimeste (eelkõige meeste) seas – meestest 36% ja naistest 27%. Võrreldes 2009. aastaga on nende olukord aga paranenud, kuna töötavate töövõimetuspensionäride osatähtsus on üldiste majandusolude paranedes suurenenud. Kui üldjuhul on väiksem sissetulek naistel, siis töövõimekaoga inimeste seas on väikese sissetulekuga pigem mehed. Ilmselt on töövõimekaoga meeste hulgas palju ainult töövõimetuspensionist ja/või toetustest elavaid mittetöötavaid mehi, samal ajal kui paljud töövõimetud naised eelistavad ka töötada. Naistest on suurim väikese sissetuleku risk puudega ja tegevuspiiranguga naistel – kummaski rühmast kuulub madalaimasse sissetulekukvintili kolmandik. Puudega, aga ka tegevuspiiranguga inimeste seas on palju üksikuid vanaduspensioniealisi naisi, kellel puudub tõine sissetulek. See põhjendab ka nende väiksemat sissetulekut.

<sup>a</sup> Sissetulekukvintil on viiendik aasta ekvivalentnetosissetuleku alusel järjestatud elanikkonnast. Esimesse ehk madalaimasse kvintili kuulub kõige väiksemat ekvivalentnetosissetulekut saav viiendik elanikkonnast, teise järgmine viiendik jne. Ekvivalentissetulek on leibkonna sissetulek, mis on jagatud leibkonnaliikmete tarbimiskaalude summaga.

**Tabel 2. Madalaimasse sissetulekukvintili kuuluvad elanikud soo ja puude olemasolu järgi, 2009–2012**

Table 2. Persons in the lowest income quintile by sex and existence of disabilities, 2009–2012 (protsenti vastava rühma elanikest – percentage of respective group)

	Kogurahvastik <i>Total population</i>	Puudega inimesed <i>Persons with disabilities</i>	Töövõimekaoga inimesed <i>Persons with a loss of capacity for work</i>	Tegevuspiiranguga inimesed <i>Persons with activity limitations</i>	
<b>2009</b>					<b>2009</b>
Mehed	18,5	26,7	39,7	25,6	<i>Males</i>
Naised	21,3	33,6	30,3	29,8	<i>Females</i>
<b>2010</b>					<b>2010</b>
Mehed	19,4	27,8	37,8	24,6	<i>Males</i>
Naised	20,5	28,4	32,3	27,2	<i>Females</i>
<b>2011</b>					<b>2011</b>
Mehed	18,5	30,7	39,1	26,2	<i>Males</i>
Naised	21,2	31,9	34,1	30,3	<i>Females</i>
<b>2012</b>					<b>2012</b>
Mehed	18,2	30,0	36,2	25,1	<i>Males</i>
Naised	21,5	32,0	27,4	31,5	<i>Females</i>

Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

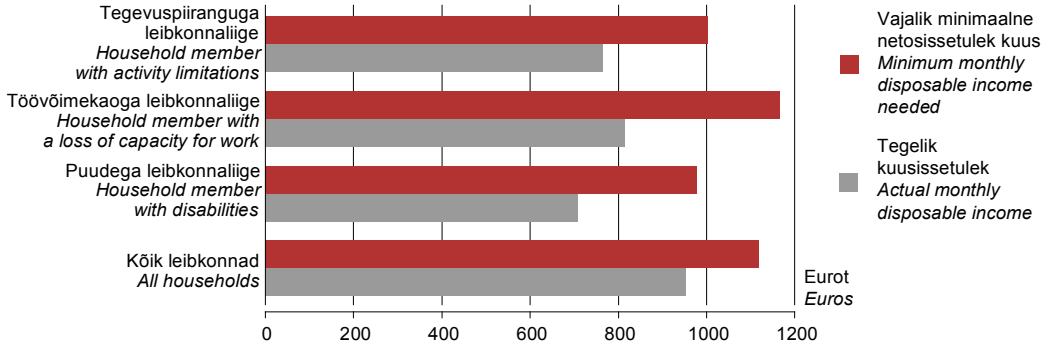
Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Peale objektiivsete sissetulekunäitajate tuleks vaadata ka puudega inimeste endi hinnanguid oma toimetulekule. Subjektiivsete andmete analüüsimisel ilmneb tegeliku ja soovitava minimaalse sissetuleku lõhe, seda nii kõigil elanikel kokku kui ka puudega elanikel (joonis 2). Samal ajal on tegeliku ja vajaliku sissetuleku lõhe puudega inimestel tunduvalt suurem kui kogurahvastikul, mis näitab selgelt, et puudega inimeste sissetulekud on väiksemad, mistõttu on neil ka toimetulekuraskused. Kui kogurahvastiku tegeliku ja vajaliku netosissetuleku vahe oli 2013. aastal umbes 166 eurot, siis tegevuspiiranguga inimestel 239 eurot, puudega inimestel 269 eurot ja töövõimekaoga inimestel koguni 350 eurot. Seega on töövõimekaoga inimeste soovitava ja tegeliku sissetuleku lõhe kõige sügavam – peaaegu 1,5-kordne. Töövõimekaoga liikmetega leibkondade vaesus on suuresti tingitud puudega inimeste väikestest toetustest ja töövõimetuspensionitest, seda enam peaksid aga töövõimekaoga inimesed proovima võimaluse korral tööle minna, kui nende seisund seda vähegi võimaldab. Samuti on töövõimetute hulgas nende ea tõttu võrreldes teiste rühmadega rohkem inimesi, kellel on leibkonnas ülalpeetavaid lapsi, ja on ootuspärane, et kui leibkonnas on lapsi, siis soovitakse saada ka suuremat sissetulekut, et lapsi ülal pidada.

Eestis on tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus madalapalgaliste seas üks suurimaid – 45% –, mis on 13 protsendipunkti suurem kui Euroopa Liidu (EL) keskmine (joonis 3). Enamikus EL-i riikides on tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus suurem esimeses ja teises sissetulekukvintilis, kuid on ka riike, kus tegevuspiiranguga inimesed saavad veidi suuremat sissetulekut, näiteks Rumeenia, kus nende osatähtsus on suurim kolmandas sissetulekukvintilis (31%).

**Joonis 2. Leibkonna käsutuses olev ja hinnanguline minimaalselt vajaminev raha puudega leibkonnaliikme olemasolu järgi, 2013**

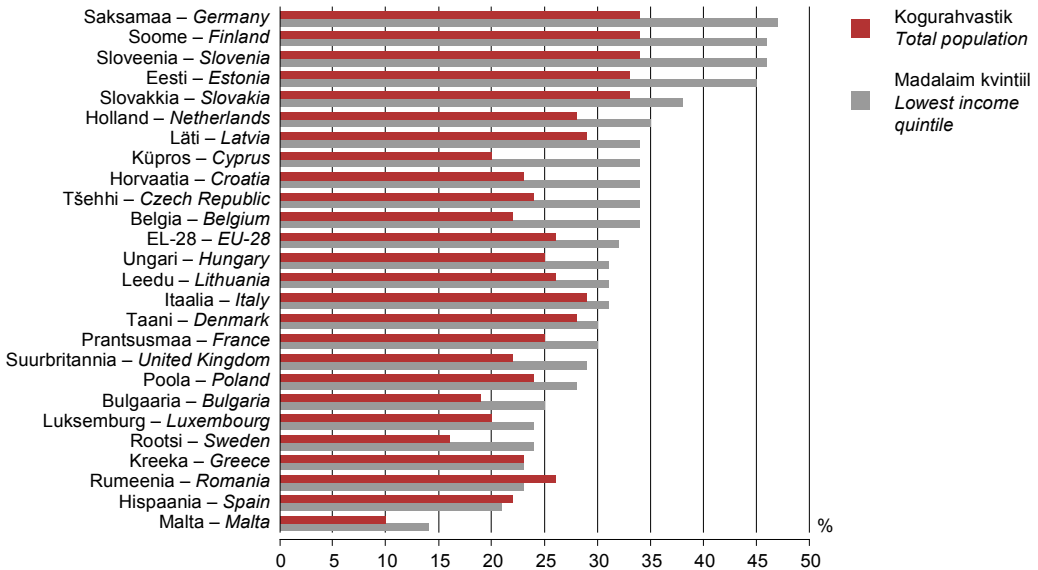
Figure 2. Disposable household income and estimated minimum disposable income needed by existence of household members with disabilities, 2013



Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet  
Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

**Joonis 3. Tegevuspiiranguga vähemalt 16-aastaste osatähtsus kogurahvastikus ja madalaimas sissetulekukvintilis Euroopa Liidu riikides, 2012<sup>a</sup>**

Figure 3. Share of persons with activity limitations aged 16+ in the total population and in the lowest income quintile in the European Union countries, 2012<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Jooniselt on puudu Iirimaa, Austria ja Portugali andmed.

<sup>a</sup> No data available for Ireland, Austria and Portugal.

Allikad: ESU (Statistikaamet), Eurostat  
Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Eurostat



## Puudega inimeste vaesus ja materiaalne ilmajätetus

Väikese sissetuleku tõttu on puudega inimesed üks vaesuse ja sotsiaalse tõrjutuse riskirühmi. Kuigi juba ainuüksi puue ise on üks suuremaid vaesuse põhjustajaid, ei ole puue ainuke vaesuse riskitegur. Kui puudega inimesel on ka teisi vaesusesse langemist soodustavaid tegureid, siis seda suurema tõenäosusega ja seda sügavamalt vaesuses ta olla võib (näiteks puudega laps, puudega töötu üksikvanem, madala haridustasemega puudega naine jne). Kõige üldisemalt võib vaesuse riskitegurid jagada neljaks (Kutsar jt 1998):

- individuaal-psühholoogilised tegurid, mis jagunevad inimesest sõltuvateks ja sõltumatuteks. Inimesest sõltuvad tegurid on madal haridustase, ebapiisavad ameti- ja sotsiaalsed oskused, passiivsus, motivatsiooni puudumine, madal enesehinnang jms. Peamised inimesest sõltumatud vaesusriskid on vanus (laste ja eakate risk suurem), sugu (naiste risk suurem), rahvus (vähemusrahvuste risk suurem) ning füüsiline või vaimne puue. Individuaalsete vaesusriskide hulka võib arvata ka mitmesugused ootamatud elusündmused (pereliikme kaotus, haigestumine, koduse vara hävimine jne), mis võivad muutuda oluliseks vaesusesse tõukavaks teguriks;
- leibkondlikud tegurid on eelkõige seotud leibkonna struktuuri ja arengufaasiga. Leibkonna struktuuri puhul on oluline vaesusrisk töötavate ja mittetöötavate leibkonnaliikmete ebasoodus arvuline vahekord. Suurem vaesusrisk on leibkondadel, kus on rohkem lapsi ja (või) eakaid, samuti on kõrgem vaesusmäär iseloomulik üksikvanemaga ja töötu või mitteaktiivse leibkonnaliikmega leibkondadele;
- sotsiaalsed tegurid tulenevad ühiskonna struktuurilistest karakteristikutest (ühiskonna üldine jõukuse tase, ressursside ebaühtlane jaotus, tööhõive, üldised sotsiaalsed eelistused);
- sotsiaalpoliitilised tegurid on seotud sotsiaalse kaitse organiseerimise üldiste põhimõtetega, sotsiaalkaitse rahastamisega, eri toetuste ja teenuste vahekorraga ning sotsiaalpoliitika korraldusega.

Traditsiooniliselt mõõdetakse vaesust ekvivalentnetosissetuleku alusel. See on leibkonna netosissetulek, mis on jagatud leibkonnaliikmete tarbimiskaalude summaga. Tarbimiskaalude abil püütakse arvesse võtta leibkondade ühistarbimist ehk seda, et leibkonnas on ühised kulutused. Sissetuleku alusel mõõdetakse nii suhtelist kui ka absoluutset vaesust.

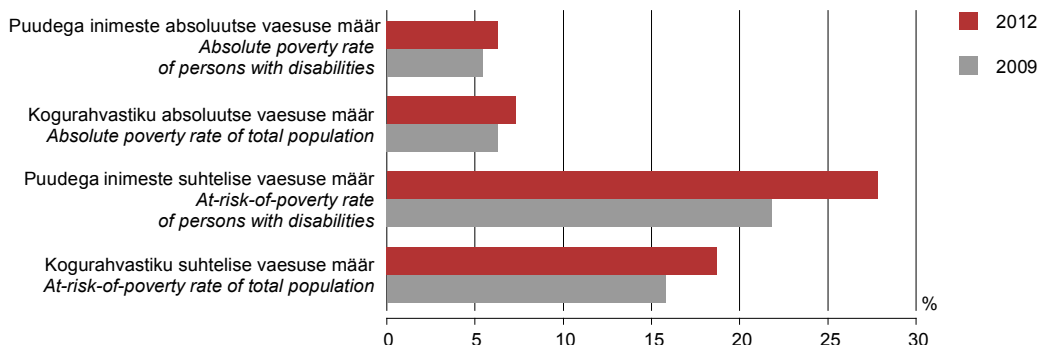
Kõige lihtsamalt väljendades näitab suhteline vaesus seda, et ühiskonnas on inimesi, kellel on raha keskmiselt vähem kui teistel. Suhtelise vaesuse mõiste järgi on inimesed, perekonnad või sotsiaalsed rühmad vaesed juhul, kui nende ressursid ei võimalda neil toituda, elada ja ühiskonnaelus osaleda nii, nagu on selles ühiskonnas tavapärane või üldiselt aktsepteeritud (Townsend 1979). Suhteliselt vaesteks loetakse inimesed, kelle sissetulek jääb alla suhtelise vaesuse piiri. Suhtelise vaesuse piir on 60% leibkonnaliikmete aasta ekvivalentnetosissetuleku mediaanist.

Absoluutne vaesus näitab, et ühiskonnas on inimesi, kellel on raha vähem, kui on vaja minimaalseks äraelamiseks. Absoluutse vaesuse määr on nende isikute osatähtsus rahvastikus, kelle ekvivalentnetosissetulek on absoluutse vaesuse piirist väiksem. Absoluutse vaesuse piir on arvestuslik elatusmiinimum, mis on inimese igapäevavajadusi rahuldavate elatusvahendite väikseim kogus. Elatusmiinimum koosneb arvestuslikust minimaalsest toidukorvist (v.a alkoholi- ja tubakakulutused) ja muudest individuaalsetest kulutustest (k.a eluasemekulutused).

Puudega inimeste suhtelise vaesuse määr oli 2012. aastal kogurahvastiku omast keskmiselt 1,5 korda kõrgem, kuid absoluutse vaesuse määras erinevused puuduvad, kuna puudega inimeste toetused ja pensionid aitavad vältida langemist väga sügavasse vaesusesse (joonis 4). Kui puudega inimeste suhtelise vaesuse määr oli 2012. aastal 28%, siis nende suhtelise vaesuse määr enne sotsiaalseid siirdeid oli 79%, mis näitab, et ka suhtelisest vaesusest aitavad siirded välja pooled puudega inimestest. Kõige enam aitavad sotsiaalsed siirded leevendada pensioniealiste puudega elanike olukorda – 2012. aastal tõid need suhtelisest vaesusest välja kaks kolmandikku vähemalt 65-aastastest puudega inimestest.

#### Joonis 4. Puudega inimeste ja kogurahvastiku suhtelise ja absoluutse vaesuse määr, 2009 ja 2012

Figure 4. At-risk-of-poverty rate and absolute poverty rate of persons with disabilities and the total population, 2009 and 2012



Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Kõige rohkem puudutab vaesus puudega lapsi ja võrreldes 2009. aastaga on nende vaesus süvenenud (tabel 3). 2012. aastal elas absoluutses vaesuses üle veerandi ja suhtelises vaesuses üle kolmandiku puudega lastest. Puudega laste absoluutse vaesuse määr on pea kolm korda kõrgem kui kõikide laste absoluutse vaesuse määr ja puudega laste suhtelise vaesuse määr kaks korda kõrgem kui kõikide laste oma. Kuna sageli pole puudega lapse hooldamise kõrvalt võimalik tööl käia, on nad paratamatult üks ühiskonna haavatavamaid riskirühmi. Samuti teeb puudega lapsega perede rahalise olukorra keerukamaks asjaolu, et päris palju puudega lapsi elab üksikvanemaga. Kui kõikidest alla 18-aastastest lastest elab üksikvanemaga umbes 24%, siis puudega lastest 27%.

#### Tabel 3. Puudega inimeste ja kogurahvastiku suhtelise ja absoluutse vaesuse määr vanuserühma järgi, 2009 ja 2012

Table 3. At-risk-of-poverty rate and absolute poverty rate of persons with disabilities and the total population by age group, 2009 and 2012 (protsenti – percentages)

	Absoluutse vaesuse määr Absolute poverty rate		Suhtelise vaesuse määr At-risk-of-poverty rate	
	Kogurahvastik Total population	Puudega inimesed Persons with disabilities	Kogurahvastik Total population	Puudega inimesed Persons with disabilities
<b>2009</b>				
Kokku Total	6,3	5,4	15,8	21,8
0–17	10,0	...	17,3	15,9
18–64	6,7	11,9	15,6	31,0
65+	0,9	...	15,1	16,4
<b>2012</b>				
Kokku Total	7,3	6,3	18,7	27,8
0–17	9,5	26,4	18,1	37,3
18–64	8,1	7,8	17,3	31,4
65+	2,0	...	24,4	23,0

Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

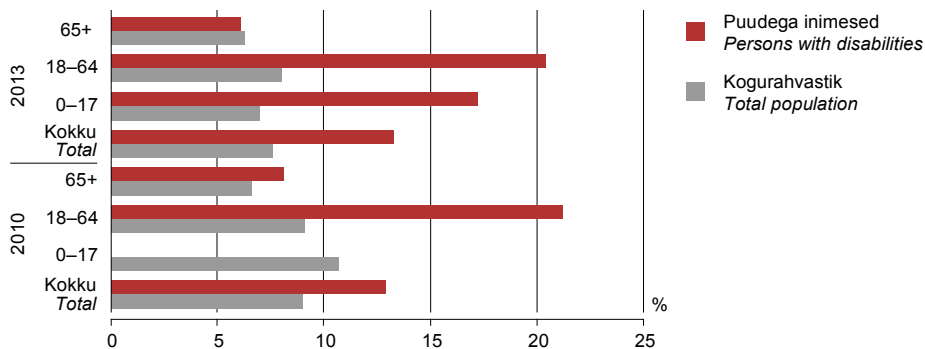
Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Vaesuse uurimisel on üha olulisemaks saamas mitmetahuline lähenemine, kus sissetulekuvaesuse kõrval analüüsitakse ka teisi tõrjutuse tahke. Nendest üks olulisemaid on materiaalne ilmajäetus. Aineiline kitsikus ehk materiaalne ilmajäetus on rahalistest piirangutest tingitud puudujääk inimese elutingimustes, tarbekaupade olemasolus ja põhivajaduste rahuldamise võimalustes. Ilmajäetus on suhteline ja võtab arvesse nii ühiskonna arengutaset kui ka teiste ühiskonnaliikmete tarbimisvõimalusi. (Peil 2010)

Seega tuleks puudega inimeste toimetulekut, materiaalsel tõrjutust ja vaesust uurida ka materiaalse ilmajäetuse kaudu. Rahvusvahelise definitsiooni kohaselt on sügavas materiaalses ilmajäetuses inimesed, kes ei saa endale lubada vähemalt nelja järgmisest üheksast komponendist: üüri- ja kommunaalkulude õigeaegne tasumine; kodu piisavalt soojana hoidmine; ettenägematud kulutused; üle päeva liha, kala või nendega samaväärsete valkude söömine; nädalane puhkus kodust eemal kogu perele; auto; pesumasin; televiisor; telefon. Sügavas materiaalses ilmajäetuses elas 2013. aastal 13% puudega inimestest ehk ligi 6 protsendipunkti rohkem kui kogurahvastikus (joonis 5). Kui kogurahvastiku sügav materiaalne ilmajäetus on viimaste andmete järgi hakanud vähenema, siis puudega inimeste oma mitte. Põhjus on eelkõige puudega lastes, kellest üha enam peab leppima elamisega peres, kes kannatab sügava ilmajäetuse all. Kõige rohkem on sügavas materiaalses ilmajäetuses elavaid inimesi puudega 18–64-aastaste hulgas (viieandik neist), pensionialiste puudega elanike seas on ilmajäetuses üle kolme korra vähem inimesi. Kui kogurahvastiku puhul on absoluutse vaesuse ja sügava materiaalse ilmajäetuse määrad samas suurusjärgus, siis puudega, aga ka töövõimekao ja tegevuspiiranguga inimestel on sügava materiaalse ilmajäetuse määr tunduvalt kõrgem kui absoluutse vaesuse määr. See võib olla tingitud puudega inimeste suurematest paratamatust kulutustest rohtudele ja abivahenditele, mistõttu jääb vähem raha kuludeks (nt auto või puhkusereis), mis näitavad, kas inimene elab materiaalses ilmajäetuses või mitte.

### Joonis 5. Puudega inimeste ja kogurahvastiku sügava materiaalse ilmajäetuse määr vanuserühma järgi, 2010<sup>a</sup> ja 2013

Figure 5. Severe material deprivation rate of persons with disabilities and the total population by age group, 2010<sup>a</sup> and 2013



<sup>a</sup> 2010. aasta andmetest on puudu 0–17-aastaste puudega inimeste omad, kuna andmed on valimi väikese mahu tõttu väheusaldusväärsed.

<sup>a</sup> The 2010 data on persons with disabilities aged 0–17 are not presented here, because the data are unreliable due to the small size of the sample.

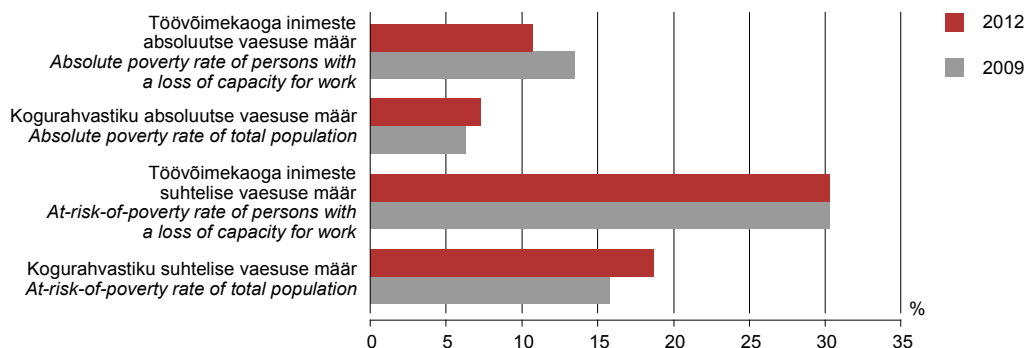
Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Nii suhtelise kui ka absoluutse vaesuse määr on töövõimetutel tunduvalt kõrgem kui kogurahvastikul (joonis 6). Töövõimekaoga inimestest oli 2012. aastal suhtelises vaesuses 30%, kogurahvastikust 19% (tööealistest elanikest 17%), absoluutse vaesuse näitajad olid vastavalt 11% ja 7% (tööealistest elanikest 8%). Positiivne trend on, et võrreldes 2009. aastaga on töövõimekaoga inimeste absoluutse vaesuse määr 3 protsendipunkti madalam hoolimata sellest, et kogurahvastiku vaesuse määr on vaatamata viimaste aastate langusele siiski kõrgem kui 2009. aastal. Üks põhjuseid võib olla asjaolu, et töövõimekaoga inimeste hõivemäär on tõusnud kogurahvastiku omast pisut kiiremini.

### Joonis 6. Töövõimekaoga inimeste ja kogurahvastiku suhtelise ja absoluutse vaesuse määr, 2009 ja 2012

Figure 6. At-risk-of-poverty rate and absolute poverty rate of persons with a loss of capacity for work and the total population, 2009 and 2012



Allikad: ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

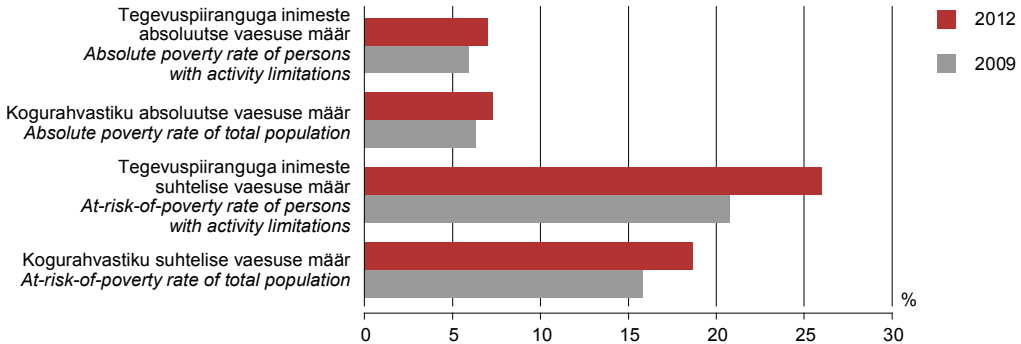
Sources: Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Paljud töövõimekaoga inimesed (18,5%) elavad ka sügavas materiaalses ilmajäetuses ja erinevalt absoluutses vaesuses olevatest töövõimetutest ei ole ilmajäetuses elavate töövõimetute osatähtsus aja jooksul ka vähenenud. Töövõimekaoga inimeste sügava materiaalse ilmajäetuse määr on kaks ja pool korda kõrgem kui kogurahvastikul. Töövõimetute seas on nii materiaalses ilmajäetuses kui ka vaesuses rohkem mehi kui naisi.

Enesehinnagulise tegevuspiiranguga elanike hulgas on vaesuses ja ilmajäetuses elavaid inimesi veidi vähem kui töövõimekaoga elanike hulgas. Tegevuspiiranguga vähemalt 16-aastaste suhtelise vaesuse määr oli 2012. aastal 26%, mis on kogurahvastiku ja ka vähemalt 16-aastaste omast seitse protsendipunkti kõrgem (joonis 7). Tegevuspiiranguga inimeste absoluutse vaesuse määr oli 2012. aastal 7%, mis on sama suur kui kogurahvastikul ning ka vähemalt 16-aastastel. Kui võrrelda vähemalt 65-aastaste ja nooremate tegevuspiiranguga inimeste vaesuse näitajaid, on vanemaealiste materiaalne olukord parem. Kui vähemalt 65-aastaste suhtelise vaesuse määr oli 2012. aastal vaid ühe protsendipunkti võrra madalam kui 16–64-aastastel, siis sügavas ehk absoluutses vaesuses oli vähemalt 65-aastastest tegevuspiiranguga inimestest vaid 2%, ent 16–64-aastastest 11%.

### Joonis 7. Tegevuspiiranguga inimeste ja kogurahvastiku suhtelise ja absoluutse vaesuse määr, 2009 ja 2012

Figure 7. At-risk-of-poverty rate and absolute poverty rate of persons with activity limitations and the total population, 2009 and 2012



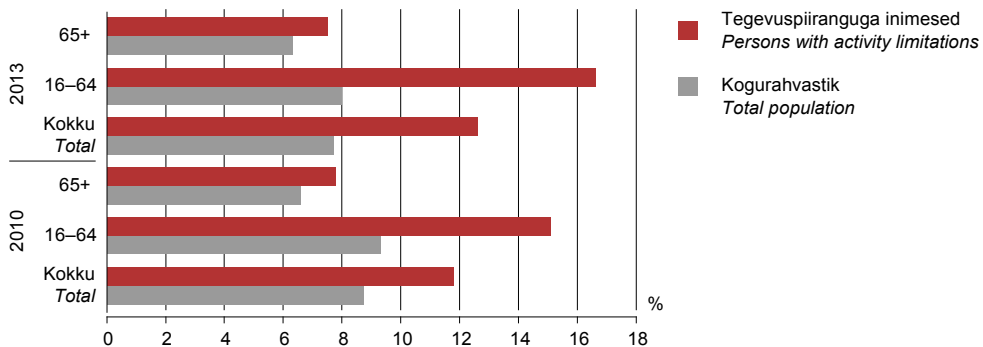
Allikas: ESU (Statistikaamet)

Source: Estonian Social Survey (Statistics Estonia)

Sügavas materiaalses ilmajäetuses elas 2013. aastal 13% tegevuspiiranguga inimestest – 5 protsendipunkti rohkem kui kogurahvastikust (joonis 8). Tegevuspiiranguga vanemaealiste ilmajäetuse määr on madalam – vähemalt 65-aastastest elas 2013. aastal sügavas materiaalses ilmajäetuses 7,5%. Vanemaealistel on ka kogurahvastiku ja piiranguga inimeste ilmajäetuse määra lõhe tunduvalt väiksem kui alla 65-aastastel – 2013. aastal protsendipunkt vähemalt 65-aastastel ja 9 protsendipunkti 16–64-aastastel.

### Joonis 8. Tegevuspiiranguga inimeste ja kogurahvastiku sügava materiaalse ilmajäetuse määr vanuserühma järgi, 2010 ja 2013

Figure 8. Severe material deprivation rate of persons with activity limitations and the total population by age group, 2010 and 2013



Allikas: ESU (Statistikaamet)

Source: Estonian Social Survey (Statistics Estonia)

Vaesust saab mõõta ka tarbimise põhjal, kuna sissetulekute kõrval on majandusliku toimetulemise teine pool kulutused. Ringen (1988) nimetab tarbimisel põhinevat vaesuse mõõtmist otseseks meetodiks, mis võimaldab realselt mõõta leibkondade vajaduste rahuldatus astet. Sellisel meetodil mõõdetud vaesust võib nimetada ka kulutuste vaesuseks. Kahtlemata on puudega inimesed ka tarbimisvaesuse üks riskirühmi, kuna peale väiksema sissetuleku on neil kogurahvastikust tunduvalt spetsiifilisemad vajadused tervishoiuteenuste ja ravimite ning abivahendite järele ja paratamatult on need suured kuluallikad.

Toit ja eluase on leibkonna eelarves vältimatud ehk sundkulutused. Kaudselt näitab leibkonna heaolu taset ja vaesuse ulatust sundkulutuste osatähtsus kogukuludes. Suur sundkulutuste osatähtsus eelarves näitab puudujääke pere võimalustes, kuna muudeks kulutusteks (nt vaba aja kulutused) jääb vähem raha. Kui eluasemele ja toidule on inimesel sunnitud kulutama, siis transpordi, riiete ja jalanõude, eriti aga vaba aja kulutuste arvelt on võimalik kokku hoida. 2012. aastal hõlmasid sundkulutused kõigi leibkondade kogukulutustest keskmiselt 45% (tabel 4). Puudega inimeste leibkondade sundkulutuste määr aga oli kõrgem – puudega liikmega leibkondades 50% ning töövõimekao või tegevuspiiranguga liikmega leibkondades 49%. Vabale ajale saavad puudega inimesed kulutada vähem, samal ajal kui tervishoiule on puude või tegevuspiiranguga liikmega leibkonnad sunnitud kulutama rohkem. Tervishoiukulutused hõlmavad puudega leibkonnaliikmega leibkondades 6,4% kogukuludest, leibkondade kogunäitaja on 3,6%.

**Tabel 4. Leibkonnaliikme kulutuste osatähtsus kogukuludes leibkonnatüübi ja kululiigi järgi, 2012**

*Table 4. Share of different expenditure items in total expenditure per household member by type of household, 2012*  
(protsenti – percentages)

	Kõik leibkonnad, k.a puudega liikmeta <i>All households, incl. households without a disabled member</i>	Puudega liikmega leibkonnad <i>Households with a disabled member</i>	Töövõimekaoga liikmega leibkonnad <i>Households with a member with a loss of capacity for work</i>	Tegevuspiiranguga liikmega leibkonnad <i>Households with a member with activity limitations</i>	
Sundkulutused (toit ja alkoholita joogid; eluase)	45,1	50,2	48,8	48,9	<i>Compulsory expenditure (food and non-alcoholic beverages; housing)</i>
Tervishoid	3,6	6,4	3,6	5,4	<i>Health</i>
Vaba aeg; restoranid ja hotellid	12,1	9,1	9,3	10,1	<i>Recreation and culture; restaurants and hotels</i>
Rõivad ja jalatsid	4,9	3,8	4,1	4,3	<i>Clothing and footwear</i>
Transport	12,3	9,2	12,3	10,6	<i>Transport</i>
Muud kulutused	22,0	21,3	21,9	20,7	<i>Other expenditure</i>

Allikad: LEU, ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Household Budget Survey and Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Kui kõigi leibkondade keskmised kulutused ühe liikme kohta aastas olid 2012. aastal keskmiselt 3500 eurot, siis nendes leibkondades, kus oli puude, töövõimekao ja/või tegevuspiiranguga liige, olid kulutused liikme kohta keskmiselt ligi 500 eurot väiksemad (tabel 5). Tervishoiukulutused olid suurimad puudega liikmega leibkondades (186 eurot). Vabale ajale on puudega liikmega leibkondadel omakorda võimalik kulutada selle võrra vähem (264 eurot liikme kohta).

**Tabel 5. Leibkonnaliikme keskmised kulutused aastas leibkonnatüübi ja kululiigi järgi, 2012**  
*Table 5. Average annual expenditure per household member by type of household and expenditure item, 2012*  
 (eurot – euros)

	Kõik leibkonnad, k.a puudega liikmeta <i>All households, incl. households without a disabled member</i>	Puudega liikmega leibkonnad <i>Households with a disabled member</i>	Töövõimekaoga liikmega leibkonnad <i>Households with a member with a loss of capacity for work</i>	Tegevuspiirangu ga liikmega leibkonnad <i>Households with a member with activity limitations</i>	
Kulutused kokku	3 473	2 905	2 942	3 150	<i>Total expenditure</i>
Sundkulutused (toit ja alkoholita joogid; eluase)	1 564	1 459	1 435	1 540	<i>Compulsory expenditure (food and non-alcoholic beverages; housing)</i>
Tervishoid	125	186	106	171	<i>Health</i>
Vaba aeg; Restoranid ja hotellid	421	264	275	318	<i>Recreation and culture; restaurants and hotels</i>
Rõivad ja jalatsid	171	112	121	136	<i>Clothing and footwear</i>
Transport	428	268	363	333	<i>Transport</i>
Muud kulutused	765	618	643	652	<i>Other expenditure</i>

Allikad: LEU, ESU (Statistikaamet), Sotsiaalkindlustusamet

Sources: Household Budget Survey and Estonian Social Survey (Statistics Estonia), Social Insurance Board

Kokkuvõtteks võib öelda, et peale terviseprobleemide tekitavad puue, tegevuspiirang ja töövõimetus ka suuri sotsiaalseid probleeme. Puudega inimestel on võrreldes puudeta inimestega raskem töökohta leida või neil puudub selleks motivatsioon ja kindlustunne, neil on väiksemad sissetulekud ja tarbimisvõimalused, nad on suuremas vaesusriskis ning paljud neist elavad materiaalses ilmajäetuses. Puudega inimesed on üks haavatavamaid ühiskonnarühmi, kes vajavad tähelepanu ja abi, julgustamist ning võrdset kohtlemist. Puudega inimeste tööturuolukorra parandamiseks, sissetulekute ebavõrdsuse tasandamiseks, sügava vaesuse vähendamiseks ja tarbimisvõimaluste suurendamiseks tuleks astuda konkreetsemaid samme ja rakendada peale olemasolevate veelgi tõhusamaid meetmeid.

## Allikad Sources

Allardt, E. (1975). Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. – Research Reports No 9. Helsinki: University of Helsinki.

Kutsar, D., Trumm, A., Oja, U. (1998). Vaesus Eestis: Arengujoonte, muustrite ja põhjuste analüüs. II tööühma lõpparuanne. Tartu: Tartu Ülikooli Perelabor.

Leetmaa, R., Masso, M., Võrk, A., Karu, M., Veldre, V., Paulus, A., Turk, P. (2012). Sotsiaalkaitsehüvitiste ja -toetuste mõju töömotivatsioonile. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Masso, M., Pedastsaar, K. (2007). Puuetega inimeste toimetulek ja vajadused. Sotsiaalministeeriumi toimetised, nr 1. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Peil, N. (2010). Materiaalne ilmajäetus. – Vaesus Eestis. Poverty in Estonia. / Toim. D. Kutsar. Tallinn: Statistikaamet, lk 101–109.

Ringen, S. (1988). Direct and Indirect Measures of Poverty. – Journal of Social Policy, Vol 17, No 3, pp. 351–365.

Townsend, P. (1979). Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standard of Living. Harmondsworth: Penguin Books.

Wiman, R. (1990). Towards an Integrated Theory of Help. – The National Board of Social Welfare in Finland. Publications 2/1990. Helsinki.



## 8. THE INCOME AND POVERTY OF PERSONS WITH DISABILITIES

**Tiiu-Liisa Laes**  
Statistics Estonia

The well-being and quality of life of persons with disabilities depend greatly on their coping ability, income and consumption patterns. Wiman (1990) has listed five prerequisites for coping: functional abilities (individual physical and mental resources), motivation, knowledge, skills, and external conditions (opportunities). If some of these prerequisites are fully or partially unmet, coping difficulties may occur. Thus, the inability to cope socially is not the result of individual or environmental factors, but rather caused by the fact that one or several prerequisites for coping in a given environment are (partially) unmet. Coping problems may occur in any sphere of life – e.g. the temporary or permanent loss of individual physical or mental abilities due to an illness or disability. According to Wiman, not everyone is capable of living by the criteria established by someone else. The coping criteria should be defined separately for each individual based on their personal needs. The purpose of assistance should be to create and maintain conditions that ensure equal opportunities for everyone for the maximum realisation of their potential abilities.

Pursuant to the theory of social well-being by Allardt (1975), individual well-being depends on many factors, such as social relations, a sense of belonging and shared values, but also factors that one can possess, such as health and income. A lack (or loss) in one or more dimensions of well-being causes deprivation (deprivation of normal and habitual lifestyles and consumption), isolation (fewer social contacts) and anomie (social pessimism, political alienation). The greater the loss of well-being opportunities, the more likely people are to have weaker ties with the society.

The results of various studies indicate that persons with disabilities encounter significant barriers in various spheres of life because of their disabilities. The society must act as a whole to improve the social inclusion of persons with disabilities and ensure that they have equal opportunities. The improvement of these opportunities requires changes also in the attitudes of disabled people – a more active mentality, awareness of their opportunities and the clear expression of their wishes will contribute to greater inclusion (Masso and Pedastsaar 2007).

This chapter analyses the coping ability of disabled persons (persons with disabilities, a loss of capacity for work and/or activity limitations) using statistics on income and expenditure as well as the indicators of relative and absolute poverty and material deprivation. The main data sources are the social surveys conducted by Statistics Estonia (Estonian Social Survey, Household Budget Survey and Estonian Labour Force Survey) which are linked to the data of the Social Insurance Board on registered disabilities and permanent loss of capacity for work.

### **The income of persons with disabilities**

Disabled persons are one of the risk groups for poverty, as they often have to cope with a significantly lower income than the rest of the population. Instead of wages and salaries, many persons with disabilities get their income mainly from social transfers (allowances and pensions). Therefore, their quality of life depends greatly on state support, and the state is responsible for the coping ability of disabled persons.

In 2012, the average monthly disposable income<sup>a</sup> per household member was 457 euros for the total population, but 83 euros lower for persons with disabilities<sup>b</sup>. When we compare the income of persons with activity limitations, a loss of capacity for work or disabilities, we should keep in

<sup>a</sup> Disposable income is the sum of the income from wage labour, the income and losses from self-employment, property income, social transfers, regular inter-household cash transfers received and tax refunds, from which regular inter-household cash transfers paid, taxes on wealth and repayments for tax adjustment have been subtracted.

<sup>b</sup> Here and below, "persons with disabilities" and "disabled persons" refer to persons with disabilities and/or a loss of capacity for work and/or activity limitations.

mind that (due to the sample of specific surveys) the data on persons with activity limitations refer to persons aged 16 and older; the data on persons with disabilities refer to the entire population; and, pursuant to the legal definition, the data on persons with a reduced capacity for work refer to the population aged 16 and older up to pensionable age. In 2012, the average monthly disposable income per household member was 393 euros for persons with activity limitations (86% of Estonia's average disposable income per household member), 374 euros for persons with a loss of capacity for work (82% of Estonia's average) and 353 euros for persons with disabilities (77% of Estonia's average) (Figure 1, p. 140).

Employment significantly increases the income of disabled people, thereby improving their ability to cope financially. For example, in 2012, the monthly disposable income per household member was 493 euros among employed persons with a loss of capacity for work, and only 295 euros among unemployed persons with a loss of capacity for work. Still, there are not many disabled persons who are employed – in 2012, the employment rate of persons with a 40–100% loss of capacity for work (persons aged 18 up to pensionable age) was 40.9%, and the employment rate of persons with disabilities was 22.5%. In 2011, the employment rate of persons with activity limitations was 36.4%. Thus, pension and allowances are the only source of income for many disabled persons. On the one hand, studies (e.g. Leetmaa et al. 2012) indicate that the current system of replacement income does not encourage employment – instead, it facilitates non-employment, with disability or incapacity for work serving as an excuse. On the other hand, employers are often afraid to hire persons with disabilities or choose not to hire them out of convenience, as it might require the employer to modify the working conditions, improve accessibility or allow teleworking and/or flexible working hours. Many disabled persons become discouraged after unsuccessful attempts at finding employment and have no hope to increase their income through employment, despite the fact that they struggle to cope with their small income.

The level and source of income of persons with disabilities depend greatly on age, the type and amount of applicable social transfers, and employment status. Persons with disabilities and persons with activity limitations receive the biggest share of their income from transfers (67% and 51%, respectively). In the case of persons with a loss of capacity for work, they receive a bigger share from paid employment (53% from wages and 42% from transfers) (Table 1, p. 141). This is because the disabled population includes many old-age pensioners, while the persons with a loss of capacity for work are all within working age (by definition). Also, the average old-age pension is much higher than the average pension for incapacity for work. The share of transfers in total disposable income is much higher in the case of disabled persons, whereas transfers constitute only a fourth of the income of the total population.

Next, we will look at the share of disabled persons with a low income and compare their indicators with the relevant indicators of the total population. In 2012, 18% of all men and 22% of all women belonged to the lowest income quintile<sup>a</sup> (Table 2, p. 142). The share of persons with a low income is remarkably higher among disabled men and women. According to 2012 data, the share of persons in the lowest income quintile is the biggest among persons with a loss of capacity for work – 36% of men and 27% of women. Their situation has improved compared to 2009, because the share of persons receiving pension for incapacity for work who are also employed has increased along with the general economic recovery. As a rule, women have a lower income, but among persons with a loss of capacity for work it is men who tend to have a low income. It is likely that the men with a loss of capacity for work often do not work and live only on the pension for incapacity for work and/or allowances, while many women with a loss of capacity for work prefer to work. In the case of women, the risk of a low income is the biggest for women with disabilities and with activity limitations – a third of either group belong to the lowest income quintile. Among persons with disabilities and activity limitations, there are many women in pensionable age who live alone and do not work, which explains their lower income.

<sup>a</sup> Income quintile refers to one fifth of the population ranked based on equalised yearly disposable income. The first (i.e. lowest) quintile contains the fifth of the population receiving the lowest equalised yearly disposable income; the second quintile contains the next fifth of the population by income, and so on. Equalised income is the total household income divided by the sum of equivalence scales of all household members.

*In addition to objective income indicators, it is necessary to consider the self-perceived coping ability of disabled persons. The analysis of subjective data reveals a gap between actual and desired minimum income, both in the total population and in the disabled population (Figure 2, p. 143). However, the gap between actual and required income is much wider for disabled persons than for the total population, which clearly indicates that persons with disabilities have a lower income which causes coping difficulties. In 2013, the difference between actual and required disposable income was about 166 euros for the total population, 239 euros for persons with activity limitations, 269 euros for persons with disabilities and as much as 350 euros for persons with a loss of capacity for work. Thus, the difference between actual and desired income is the greatest in the case of persons with a loss of capacity for work (the desired income is almost 1.5 times greater). The poverty of households with members with a reduced capacity for work is largely due to the fact that disability allowances and disability pensions are small, which is why persons with a loss of capacity for work have even more reason to seek employment, if possible and if their health allows. In addition, compared to other groups, persons with a loss of capacity for work include a greater share of persons living in households with dependent children (due to the age range of this group) and it is natural that persons desire a bigger income if they have to provide for their children.*

*In Estonia, persons with activity limitations hold a very high share among persons with a low income – their share is 45%, which is 13 percentage points above the European Union (EU) average (Figure 3, p. 143). In most EU countries, the share of persons with activity limitations is greater in the first and second income quintiles, but there are also countries where persons with activity limitations receive a somewhat higher income, such as Romania where the share of this population group is the highest in the third income quintile (31%).*

### **Poverty and material deprivation**

*Due to their low income, disabled persons are one of the risk groups for poverty and social exclusion. The existence of disabilities is in itself a major cause of poverty, but disability is not the only poverty risk factor. If a disabled person has other factors contributing to poverty, the more likely he or she is to be poor and the more severe poverty he or she may experience (e.g. a disabled child, an unemployed disabled lone parent, a disabled woman with a low level of education, etc.). In general, poverty risk factors fall into four groups (Kutsar et al. 1998):*

- *Individual-psychological risk factors are either dependent on or independent of the individual. The factors depending on the individual include a low level of education, inadequate professional and social skills, passivity, lack of motivation, a low self-esteem, and so on. The main poverty risks not depending on the individual include age (children and the elderly are at a greater risk of poverty), sex (females are at a greater risk of poverty), ethnic nationality (ethnic minorities are at a greater risk of poverty) and physical or mental disabilities. Individual poverty risks also include various unexpected life events (loss of a family member, sudden illness, damage to home and property, etc.) that may become a significant factor leading to poverty.*
- *Household risk factors are primarily associated with household structure. A crucial risk factor is the unfavourable ratio of employed household members to non-working household members. Poverty risk is greater for households with more children and/or elderly persons. Lone-parent households and households with an unemployed or inactive member are also at a greater risk of poverty.*
- *Social risk factors arise from the structural characteristics of the society (the general level of wealth, the uneven distribution of resources, employment rate, general social preferences).*
- *Socio-political risk factors are related to the main principles of the social protection system, the funding of social protection, the role of different allowances and services, and social policy.*

*Traditionally, the measurement of poverty is based on equalised disposable income, which is the total household income divided by the sum of equivalence scales of all household members. The purpose of using equivalence scales is to consider shared consumption, i.e. the shared costs in a household. Both relative and absolute poverty are also measured based on income.*

*In the simplest terms, relative poverty shows that there are people in the society who have less money than others. According to the definition of relative poverty, individuals, families or social groups are poor when they lack the resources to obtain the types of diet, participate in the activities, and have the living conditions and amenities, which are customary, or are at least widely encouraged and approved, in the societies in which they belong (Townsend 1979). People are in relative poverty if their income is below the at-risk-of-poverty threshold. The at-risk-of-poverty threshold is 60% of the median equalised yearly disposable income of household members.*

*Absolute poverty shows that there are people in the society who have less money than required for minimum subsistence. Absolute poverty rate refers to the share of people whose equalised disposable income is below the absolute poverty threshold. The absolute poverty threshold corresponds to the estimated subsistence minimum, which is the minimum sum of money required to cover basic everyday needs. The subsistence minimum consists of the minimum estimated food basket (excl. expenditure on alcoholic beverages and tobacco) and individual non-food expenditure (incl. housing expenditure).*

*In 2012, the at-risk-of-poverty rate of disabled persons exceeded the at-risk-of-poverty rate of the total population by 1.5 times, on average. There were no differences in the absolute poverty rate, because the various disability allowances and pensions help the persons with disabilities to avoid severe poverty (Figure 4, p. 145). In 2012, the at-risk-of-poverty rate of disabled persons was 28% but their at-risk-of-poverty rate before social transfers was 79%, which shows that transfers help about a half of the persons with disabilities to get out of relative poverty. The role of social transfers is the biggest in the case of disabled persons in retirement age – in 2012, two thirds of the disabled persons aged 65+ were helped out of relative poverty by social transfers.*

*Children with disabilities are the most affected by poverty. Compared to 2009, their poverty indicators have deteriorated (Table 3, p. 145). In 2012, over a quarter of disabled children lived in absolute poverty and over a third of disabled children lived in relative poverty. The absolute poverty rate of children with disabilities is almost three times higher than the absolute poverty rate of all children. The at-risk-of-poverty rate of disabled children is twice as high as the at-risk-of-poverty rate of all children. Since it is often impossible to work while taking care of a disabled child, disabled children are inevitably one of the most vulnerable risk groups in the society. Quite many disabled children live with a lone parent, which further complicates the financial situation of families with a disabled child. The share of children living with a lone parent is approximately 24% among all children aged under 18 and 27% among disabled children.*

*A multifaceted approach is increasingly used in poverty research. It means that, in addition to income-based poverty, other aspects of exclusion are also analysed, with material deprivation being one of the most important. Material deprivation refers to the inability to afford certain living conditions, consumption goods and other items considered essential. Deprivation is relative and considers both the level of social development and the consumption patterns of other members of the society. (Peil 2010)*

*Hence, the level of coping, material exclusion and poverty of disabled persons should also be studied from the perspective of material deprivation. According to the international definition, persons are considered to live in severe material deprivation if they cannot afford at least four out of the following nine items: pay rent or utility bills; keep the home adequately warm; face unexpected expenses; eat meat, fish or a protein equivalent every second day; a week's holiday away from home for the entire family; a car; a washing machine; a colour TV; a telephone. In 2013, 13% of disabled persons lived in severe material deprivation, which is nearly 6 percentage points higher than the corresponding indicator for the total population (Figure 5, p. 146). According to recent data, the severe material deprivation rate is declining among the total*

population, while the same cannot be said for persons with disabilities. The main reason is related to disabled children as a growing share of them have to live in families suffering from severe deprivation. The severe material deprivation rate is the highest among disabled persons aged 18–64 (a fifth of them are severely deprived), while the share of persons living in deprivation is more than three times smaller among disabled persons in retirement age. In the case of the total population, the values of the absolute poverty rate and the severe material deprivation rate are similar. However, in the case of persons with disabilities, with a loss of capacity for work and with activity limitations, the severe material deprivation rate is considerably higher than the absolute poverty rate. This may be due to the fact that persons with disabilities have a higher level of unavoidable expenditure on medication and aids, which leaves less money for spending on the nine items listed above (e.g. a car or a week's holiday).

Both the at-risk-of-poverty rate and absolute poverty rate have increased much faster for persons with a loss of capacity for work, compared to the total population (Figure 6, p. 147). In 2012, the at-risk-of-poverty rate was 30% for persons with a reduced capacity for work and 19% for the total population (17% for the working-age population); the absolute poverty rate was 11% and 7%, respectively (and 8% for the working-age population). There is a slight positive trend, as the absolute poverty rate of persons with a loss of capacity for work was 3 percentage points lower than in 2009, while the poverty rate of the total population was higher than in 2009 despite the decline in recent years. A possible explanation is that the employment rate has risen a little faster among persons with a reduced capacity for work.

Many persons with a loss of capacity for work (18.5%) live in severe material deprivation. Unlike the absolute poverty rate, the severe material deprivation rate has not decreased over time for persons with a loss of capacity for work. The severe material deprivation rate of persons with a loss of capacity for work is 2.5 times higher than the corresponding rate of the total population. Among persons with a reduced capacity for work, there are more males than females living in material deprivation and poverty.

Among persons with self-perceived activity limitations, the share of those living in poverty and deprivation is slightly lower than among persons with a loss of capacity for work. In 2012 the at-risk-of-poverty rate of persons with activity limitations aged 16+ was 26%, which is 7 percentage points higher than the at-risk-of-poverty rate of the total population and the population aged 16+ (Figure 7, p. 148). The absolute poverty rate of persons with activity limitations was 7% in 2012, which is the same as for the total population and the population aged 16 and older. If we compare the poverty indicators of persons with activity limitations aged 65+ and younger persons with activity limitations, the elderly have a better material status. In 2012, the at-risk-of-poverty rate for persons aged 65 and older was only one percentage point lower than for 16–64-year-olds, whereas the absolute poverty rate was just 2% for persons with activity limitations aged 65+ and 11% for 16–64-year-olds with activity limitations.

In 2013, 13% of persons with activity limitations lived in severe material deprivation, which is 5 percentage points higher than the corresponding share of the total population (Figure 8, p. 148). The material deprivation rate is lower among the elderly population with activity limitations – 7.5% of those aged 65 and older lived in severe material deprivation in 2013. In the case of the elderly, the gap between the deprivation rates of the total population and the population with activity limitations is also significantly smaller than in the case of persons aged under 65 – in 2013, the gap was a percentage point for persons aged 65+ and 9 percentage points for 16–64-year-olds.

Poverty can also be measured based on consumption, because both income and expenditure are facets of economic coping. According to Ringen (1988), the measurement of poverty based on consumption is a direct method, which allows the measurement of the actual level of satisfaction of households' needs. Poverty measured with this method is also referred to as expenditure-based poverty. Undoubtedly, persons with disabilities are a risk group for consumption poverty. In addition to a lower income, they have much more specific needs than the total population – for health care services, medication and aids, for example – which are inevitably large items of expenditure.

*Food and accommodation are essential items in a household budget, also referred to as compulsory expenditure. The share of compulsory expenditure in total expenditure is an indirect indicator of the level of well-being and poverty of a household. A high share of compulsory expenditure in the household budget indicates that the household has limited financial means, as there is less money available for other expenditure (e.g. on leisure). People are forced to spend on accommodation and food, but they can cut back on transport, clothing and footwear, and especially leisure expenditure. In 2012 compulsory expenditure constituted, on average, 45% of the total expenditure of all households (Table 4, p. 149). The share of compulsory expenditure was higher in households with members with disabilities – 50% in households with a disabled member and 49% in households with a member with a loss of capacity for work or with activity limitations. Persons with disabilities can spend less on leisure activities, while households with members with disabilities or activity limitations are forced to spend more on health care. Expenditure on health care accounts for 6.4% of the total expenditure of households with a disabled member, whereas the relevant indicator for all households is 3.6%.*

*The average annual expenditure per household member was 3,500 euros in 2012 for households as a whole. The expenditure per household member in households with members with disabilities, a loss of capacity for work and/or activity limitations was, on average, about 500 euros smaller (Table 5, p. 150). Health care expenditure was the biggest in households with disabled members (186 euros), meaning that these households have less money left to spend on leisure activities (264 euros per household member).*

*In conclusion, it is clear that disabilities, activity limitations and incapacity for work do not only cause health problems but also significant social problems. Compared to persons without disabilities, it is more difficult for disabled persons to find a job, or they lack the necessary motivation and confidence. Also, they have a lower income and less spending power. They are at a greater risk of poverty and many of them live in material deprivation. As one of the most vulnerable social groups, persons with disabilities require attention and assistance, encouragement and equal treatment. In order to improve the labour market situation of disabled persons, decrease income inequality, reduce absolute poverty and increase consumption opportunities, it is important to take action and introduce measures that are more efficient than existing measures.*

## 9. TEGEVUSPIIRANGUGA INIMESTE TERVISESEISUND

**Kati Karelson**  
Tervise Arengu Instituut

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) määratleb oma põhikirja preambulas tervist järgmiselt: see on täieliku füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu seisund. Seega ei käsitleta tervist kui üksnes vastandit haige olemisele, vaid vastupidi – välistatakse seisundi kirjeldamine meditsiinilise diagnoosi kaudu ja rõhutatakse individuaalse heaolu laiemat tähendust. WHO liikmesriikide kokkulepitud tervisemõiste hõlmab terviseseisundi määramisel viit olulist aspekti: füüsilist ja vaimset tervist, sotsiaalseid funktsioone ja rollide täitmist ning üldist heaolu.

Bickenbach (2013) leiab, et puue ja tervis moodustavad vastuolulise kontseptsioonipaari, sest vaidlusi tekitab küsimus, kuivõrd kuulub puue oma olemuselt tervisevaldkonda. Nagi mudel eristab puuet funktsionaalsetest piirangutest (Verbrugge ja Jette 1994). Puue on funktsionaalsete piirangute väljendus keskkonnas, kus inimene elab. Funktsionaalseid piiranguid keskkonnaolud ei määra, küll aga puude olemasolu (Anner jt 2012). Meditsiinis on puue mitteterve seisund ning hälbimine füüsilisest ja vaimsest meditsiinilisest normist (Nazli 2012).

Enda terveks määramine käib sotsiaalse konstrueerimise protsessi kaudu inimese ja ühiskonna vahelise koosmõju tulemusena ja võib erineda meditsiinilisel tervisemudelil põhinevast (Gannon ja Nolan 2007a, Drum jt 2008). Eelmise sajandi esimesest poolest pärit WHO definitsioon sisaldab mõtet, et tervise määrab sotsiaalse heaolu seisund. 1970. aastatel, mõni aastakümne pärast WHO definitsiooni heakskiitmist, hakati ka teadustöötajate tervise sotsiaalsetele aspektidele tähelepanu pöörama ja esile kerkis tervise sotsiaalne mudel, mis lükkas domineerinud meditsiinilise mudeli kõrvale (Bickenbach 2013). Sotsiaalne mudel käsitleb puuet kui võimaluste piiratud või puudumist, mis füüsiliste või sotsiaalsete takistuste tõttu raskendab osavõtmist kogukonna normaalsest elust. Puue on sotsiaalne konstruktsioon, mida loovad sotsiaalsed jõud eitamise, marginaliseerimise ja diskrimineerimise kaudu (Krahn jt 2006; Putnam jt 2003). Terviseseisundi alusel toimuva diskriminatsiooni otsene mõju väljendub halvenevas juurdepääsus tervishoiuteenustele ning kaudne mõju sotsiaalses tõrjutuses, piiratud sotsiaalses mobiilsuses ja psühholoogilise stressi kasvus. Diskrimineerivate süsteemide ja praktikatega kaasneva tõrjutuse tagajärjel elavad puudega inimesed tõenäolisemalt oludes, mis seostuvad halvema terviseseisundiga, nt töötus ja väike sissetulek, langev sotsiaalne staatus või kehvad elamistingimused (Emerson jt 2009).

Mitte ainult puude, vaid ka tervise tähendus on sotsiaalse keskkonna produkt, mis kannab talle selles keskkonnas antud väärtust. OECD elukvaliteedi raporti (How's ... 2011) kohaselt väärtustavad inimesed nii elua pikkest kui ka aega, mis elatakse oluliste tervisepiiranguteta. Elua ja tervise väärtustamine on seotud ühiskonna arengutasemega. Terviseseisundil on peale üldise väärtuse ka instrumentaalne tähendus. Hea terviseseisund on haridussüsteemi võimaluste kasutamise, tööturul aktiivne olemise ja sotsiaalsetes võrgustikes osalemise eeldus (Emerson jt 2009).

Et puudega inimeste osatähtsus riikides on kasvanud, on hakatud keskenduma nende sotsiaalse kaasatuse soodustamisele, eriti tööhõive kasvu panustamise kaudu (Gannon ja Nolan 2007a). Terviseseisundist tingitud tegevuspiiranguga elanike sotsiaalne aktiivsus oleneb piirangu raskusastmest ja kestusest: mõnel on need kaasasündinud, mõnel tekivad elu jooksul ega taandu, mõnel tekivad elu jooksul tegevuspiirangud, mis aja jooksul kaovad (Gannon ja Nolan 2007b; Jenkins ja Rigg 2004). Terviseprobleemide kestuse ja tekkepõhjuste suur varieeruvus tähendab, et ebavõrdsust ei esine vaid piirangutega ja piiranguteta inimeste vahel, vaid ka piirangutega inimeste endi seas.

Üldjuhul kogevad elu jooksul terviseprobleemidega kaasnevaid tegevuspiiranguid kõik inimesed. WHO ja Maailmapanga 2011. aastal avaldatud raportist (World ... 2011) selgub, et tervisest tingitud piiranguid esineb ligikaudu miljardil inimesel ehk 15%-l maailma rahvastikust. Euroopas

jääb tegevuspiiranguga inimeste osatähtsus samasse suurusjärku nagu kogu maailmas ja neist 40%-l on omakorda liikumispuue (Isäilä 2012). Puude kujunemine oleneb individuaalsete ja keskkonnaressursside olemasolust ja kättesaadavusest: juurdepääsust teenustele ja abivahenditele ning inimeste sotsiaal-demograafilisest taustast (Anner jt 2012). Sotsiaalse toetuse olemasolu lükkab edasi keeva terviseseisundi halvenemise juhul, kui terviseprobleemid on juba tekkinud (Foubert jt 2014). Seega on puude ja indiviidi terviseseisundi vaheline seos tingimuslik, olenedes riigi sotsiaalpoliitilisest kontekstist (Foubert jt 2014; Krahn jt 2006).

Tervishoiu valdkonna käsitlustes rõhutatakse, et puude tekkimine ei tähenda tervishoiu meetmete läbikukkumist, vaid et tegevuspiirangutel on inimese elus loomulik osa (Krahn ja Campbell 2011). Nii nagu on dünaamiline protsess puudeta inimeste terviseseisund, muutub aja jooksul ka puudega inimeste tervis. Seetõttu on üha enam loobutud puude ja tervise käsitlemisest vastandlike nähtustena ja lähtutakse sellest, et individid liigub pidevalt kahe seisundi vahel, olles mingil eluetapil parema tervisega kui teisel (Drum jt 2005).

Puudega inimeste eluiga pikeneb nagu ülejäänud rahvastikulgi ja järjest olulisemaks saab nende sotsiaalse lõimumise ja aktiivsuse toetamine eri poliitikate kaudu. Euroopas on puudega inimestele mõeldud meetmetele tähelepanu pööratud alates 1970. aastatest (Priestley 2007). Tervisest tingitud tegevuspiiranguid ei vaadelda individuaalse mõjutegurina, vaid terviseprobleemi ja diskrimineerivate sotsiaal-kultuuriliste praktikate vahelise interaktsiooni tulemusena (Emerson jt 2014; Krahn jt 2006). Terviseseisundi muutustest tegevuspiiranguteni jõudmine toob riskialuses rahvastikurühmas kaasa psühholoogilise stressi kasvu, subjektiivse heaolu vähenemise, sissetuleku, sotsiaalse elu ja vaba aja veetmise võimalustega rahulolu vähenemise, sotsiaalsest elust taandumise ning kasvava tööpuuduse (Emerson jt 2014). Seetõttu on arenenud riikide tervishoiupoliitikate eesmärk toetada inimõigusi ja täielikku ühiskonnas osalust, võrdsete võimaluste kasutamist ning kaasamisega seotud takistuste kaotamist.

Käesolevas peatükis on analüüsitud Eesti rahvastiku tervist nii objektiivsete kui ka subjektiivsete näitajate põhjal. Esmalt on keskendutud ühiskonna makrotasandi näitajatele, milleks on keskmine eluiga ja tervena elatavad aastad. Terviseprobleemide ja -piirangute esinemissagedust, vaimset tervist, tervist mittetoetavat käitumist ning arstiabi kasutamist käsitledes on võrreldud tervisest tingitud tegevuspiirangutega ja -piiranguteta inimesi. Eri teemade all on tervisest tingitud piiranguga inimesed omakorda jagatud rühmadesse olenevalt piirangu raskusastmest. Terviseseisundi subjektiivset poolt on kirjeldatud terviseiga seotud ütlustepõhiste hinnangutega, millest on käsitletud enesehinnangulist tervist. Peatüki lõpetab tervise ja rahulolu vaheliste seoste ülevaade. Analüüs põhineb iga-aastaselt Eesti sotsiaaluuringul (rahvusvaheliselt EU-SILC), mida teeb Statistikaamet alates 2004. aastast, ja 2006. aastal Tervise Arengu Instituudi korraldatud Eesti terviseuuringul, mille küsimustik hõlmas ka Euroopa terviseuuringu (EHIS) küsimusi. Terviseuuringu järgmise laine küsitlus toimus 2014. aastal.

## Keskmine oodatav eluiga

Keskmine (oodatav) eluiga on aastate arv, mis jääb inimesel mingis vanuses elada eeldusel, et suremus igas järgmises vanuserühmas ei muutu, s.t jääb samasuguseks nagu vaadeldaval aastal. Allpool on käsitletud eluiga 0 aasta vanuses, mis näitab, mitu aastat keskmiselt vastava aasta sünnipõlvkonna inimestel elada jääb.

Eluea pikenemine ja sellega kaasnev rahvastiku vananemine on tõstatanud teadlastele küsimuse, kas lisanduvad aastad elatakse täisväärtuslikult või mööduvad need krooniliste haiguste ja terviseprobleemide tõttu halvenenud terviseseisundiga. Viimastel kümnenditel on arendatud ja kasutusele võetud uusi mõõdikuid, mille abil kirjeldatakse pikeneva eluea ja terviseseisundi vahelisi seoseid. Üks selliseid näitajaid on tervena elatavad aastad. Keskmine oodatav eluiga jaguneb kaheks: tervena elatavad aastad (siin peatükis on selle sünonüüm tegevuspiiranguteta elatavad aastad) ja piirangutega mööduvad aastad. Piirangud, mis on seotud



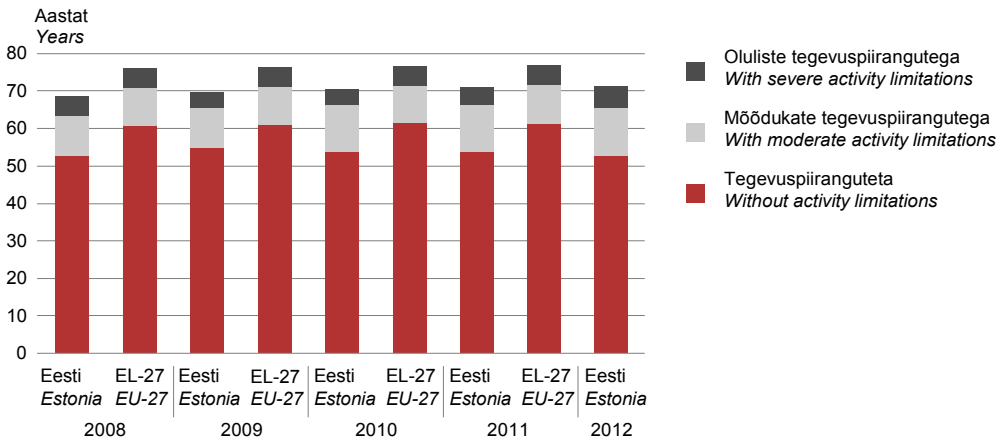
halvneva tervise seisundiga, võivad tekkida kroonilistest haigustest ja muudest terviseprobleemidest, mille tõttu ei ole inimesel võimalik jätkata igapäevategevusi tavapärasel moel, kuid tegevuspiirangud võivad tuleneda ka takistustest, mida elukeskkonnas ei saa ületada (kõrvalabi, abivahendi, teenuste või muude toetuste puudumine). Eluea jagamine piirangutevabaks ja piirangutega ajaks annab kvantitatiivsele näitajale kvalitatiivse sisu, s.t näitab, milline on mingil eluetapil inimese tervise seisund ja kui kaua see kestab.

Tervena elatavate aastate ja tegevuspiirangutega veedetava aja näitajad baseeruvad Euroopa sissetulekute ja elamistingimuste uuringu (EU-SILC) Euroopa tervise seisundi minimooduli (MEHM) küsimustel. Alates 2008. aastast on kõigi Euroopa Liidu (EL) liikmesriikide uuringute küsimused harmoneeritud, et tagada andmete võrreldavus.

2008. aastal sündinud Eesti mehed veedavad oma keskmisest oodatavast elueast ligikaudu 77% igapäevategevusi piiravate terviseprobleemideta ja pea 8% pikaajalise haiguse või terviseprobleemi tõttu tekkinud, igapäevategevusi mõjutavate oluliste piirangutega (joonis 1). Aastatel 2008–2012 oluliste tegevuspiirangutega elatava aja osatähtsus kogu elueas meestel ei muutunud, kuid veidi vähenes tervena, s.t tegevuspiiranguteta elatavate aastate suhe kogu elueasse. Piirangute kestus pikenes mõõdukate piirangutega elatava aja arvelt, sest mõõdukate piirangutega elatava aja osatähtsus on suurenenud. EL-i liikmesriikides keskmiselt on 80% meeste elueast piirangutevaba. Seejuures elavad 2011. aastal sündinud mehed Euroopas keskmiselt kuus aastat kauem kui Eesti mehed ja veedavad viiendiku oma elust tervisest tulenevate tegevuspiirangutega. Eesti meeste lühema elueaga kaasneb proportsionaalselt pikem piirangutega elatav aeg. Terviseprobleemidega kaasnevate igapäevategevuste piirangutega möödub neil veerand elueast.

### Joonis 1. Meeste keskmine oodatav eluiga 0 aasta vanuses tegevuspiirangutega ja -piiranguteta elatavate aastate järgi Eestis ja Euroopa Liidus keskmiselt, 2008–2012

Figure 1. Average life expectancy of males at birth by years lived with and without activity limitations in Estonia and in the European Union on average, 2008–2012

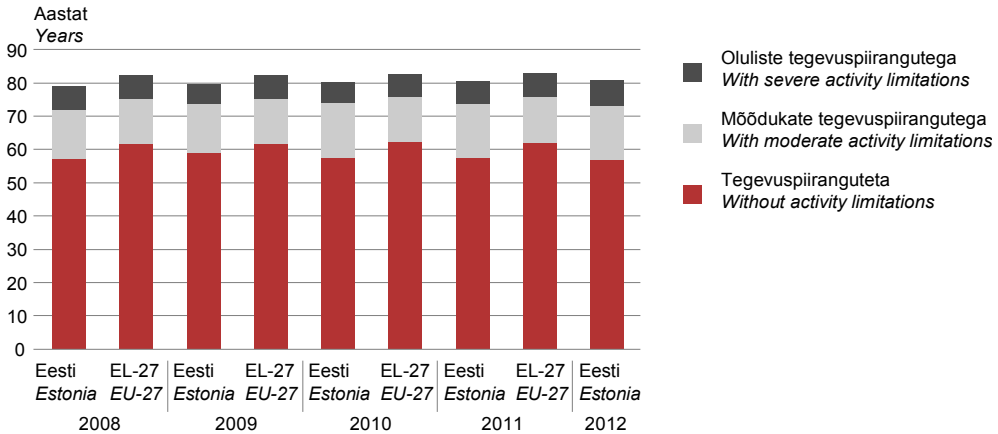


Allikas: JA:EHLEIS'i andmebaas  
Source: JA:EHLEIS database

Eesti naiste eluiga on kolm aastat lühem kui EL-is keskmiselt (joonis 2). Ligikaudu 28% elust veedavad nad terviseprobleemide ja krooniliste haiguste tõttu tekkinud tegevuspiirangutega ning 8% elueast möödub oluliste piirangutega. EL-i liikmesriikide võrdluses keskmiselt jääb naistel oluliste piirangutega aja osatähtsus elueas samuti 8% piirimaile, kuid tervena elatav aeg on proportsionaalselt pikem, sest piirangutega elatav aeg kokku on Euroopas keskmiselt alla veerandi kogu eluea pikkusest.

## Joonis 2. Naiste keskmine oodatav eluiga 0 aasta vanuses tegevuspiirangutega ja -piiranguteta elatavate aastate järgi Eestis ja Euroopa Liidus keskmiselt, 2008–2012

Figure 2. Average life expectancy of females at birth by years lived with and without activity limitations in Estonia and in the European Union on average, 2008–2012



Allikas: JA:EHLEIS'i andmebaas  
Source: JA:EHLEIS database

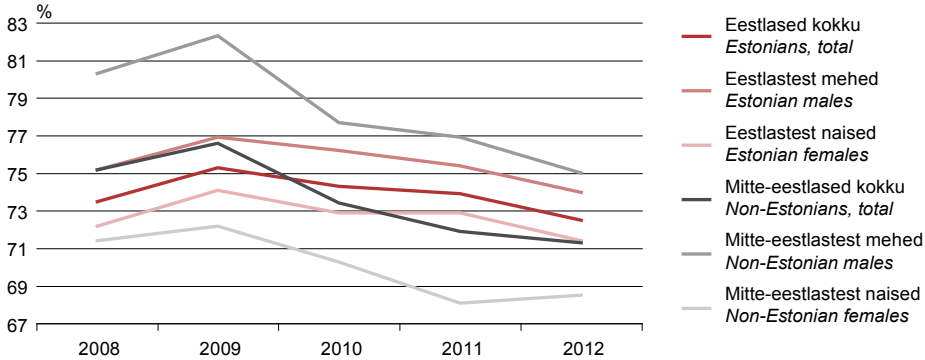
Kui 2011. aastal oli Eesti meeste ja naiste keskmise oodatava eluea vahe peaaegu kümme aastat meeste kahjuks, siis erinevused tervena ja tegevuspiirangutega elatavate aastate vahel on väiksemad. Naised elavad tervena neli aastat kauem kui mehed, kuid ka suurema arvu aastaid – kuus aastat – terviseprobleemide ja krooniliste haiguste tõttu tekkinud piirangutega. Seega elavad naised oma kümne aasta võrra pikemast elust 40% tervena ja 60% tervisest tingitud piirangutega.

Kokkuvõttes moodub Eesti meeste elust veerand ja naistel veelgi rohkem terviseseisundiga, mis seab takistusi igapäevategevustega toimetulemisele. See on aeg, mil halveneva terviseseisundi tõttu kasvab vaeguste tekke risk ning inimese sotsiaalne aktiivsus ja ühiskonnaelus osalus hakkab kahanema.

Eestis on suur hulk mitte-eestlasi ja nende terviseseisund erineb oluliselt põlisrahvastiku omast (Sakkeus ja Karelson 2012; Baburin jt 2011). Keskmine eluiga pikenes aastatel 2008–2012 nii eesti rahvusest meestel kui ka naistel, mitte-eestlastel sel ajavahemikul eluiga nii pikenes kui ka lühenes. Eesti mehed elavad mitte-eesti rahvusest meestega võrreldes keskmiselt ligikaudu neli aastat kauem ja eesti naised teistest rahvustest naistest kaks aastat kauem. Tegevuspiiranguta aeg hõlmab nii eesti kui ka mitte-eesti meestel ligikaudu 75%, eestlastest naistel veidi üle 70% ja mitte-eestlastest naistel alla 70% nende keskmisest elueast (joonis 3).

**Joonis 3. Tegevuspiiranguteta elada jäänud aastate osatähtsus keskmises elueas 0 aasta vanuses soo ja rahvuse järgi, 2008–2012**

Figure 3. Share of disability-free life expectancy in total average life expectancy at birth by sex and ethnic nationality, 2008–2012

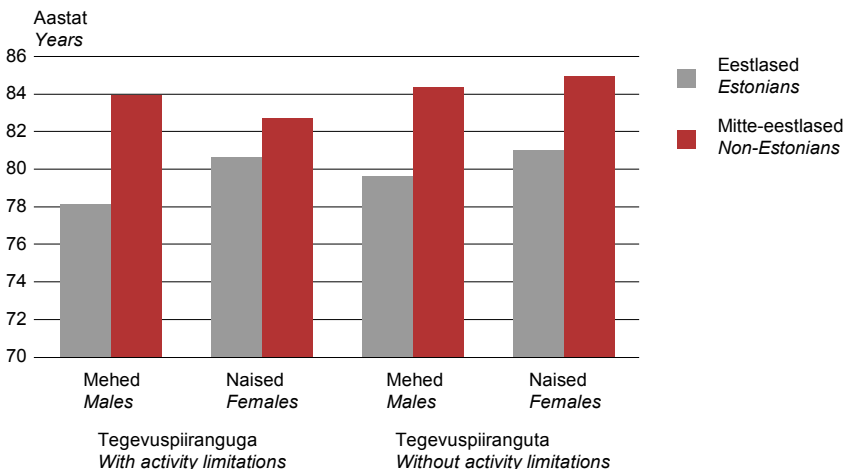


Allikas: ESU (Statistikaamet)  
Source: Estonian Social Survey (Statistics Estonia)

Kuigi meeste eluiga on lühem kui naistel, on tegevuspiiranguteta elataval ajal nende elueas suurem osatähtsus kui naistel. Aastate 2008–2012 andmed näitavad, et nii meeste kui ka naiste piirangutevaba aja osatähtsus kogu elueas on Eestis vähenenud. Kasvanud on see vaid muust rahvusest naistel, kelle tervena elatavate aastate osatähtsus elueas on väikseim. Eestlaste eluiga pikeneb, kuid tervena elatavate aastate arv väheneb. Mitte-eestlaste eluiga aastatel 2008–2012 nii pikenes kui ka lühenes, kuid tegevuspiiranguteta elatav aeg pigem vähenes kogu vaadeldud ajavahemikul. Seega elavad eestimaalased küll kauem kui varem, kuid tervena elatavate aastate arvu kasvu kiirus jääb eluea pikkuse omast maha.

**Joonis 4. Keskmise hinnanguline<sup>a</sup> eluea pikkus soo, rahvuse ja piirangu olemasolu järgi, 2006**

Figure 4. Average self-estimated<sup>a</sup> life expectancy by sex, ethnic nationality and existence of limitations, 2006



<sup>a</sup> Uuringus osalenu enda hinnang.  
<sup>a</sup> Self-estimated by the respondent.

Allikas: Eesti terviseuuring 2006 (Tervise Arengu Instituut)  
Source: 2006 Estonian Health Interview Survey (National Institute for Health Development)

Eesti terviseuuringus paluti vastajatel öelda, millise vanuseni nad arvavad end elavat (joonis 4). Erinevalt tegelikust suremusandmete põhjal arvutatavast keskmisest elueast, mis on mitte-eestlastel lühem kui eestlastel, näitavad inimeste endi antud hinnangud, et mitte-eestlased eeldavad pikemat eluiga kui eesti rahvusest mehed ja naised. Seejuures ei mõjuta rahvustevahelist erinevust kehva tervise seisundi olemasolu. Mitte-eestlaste hinnangud on kõrgemad nii piirangutega kui ka piiranguteta inimeste puhul. Naistel on eluea hinnangulise pikkuse lahknevused rahvusesti väiksemad kui meestel.

## Tervise seisund

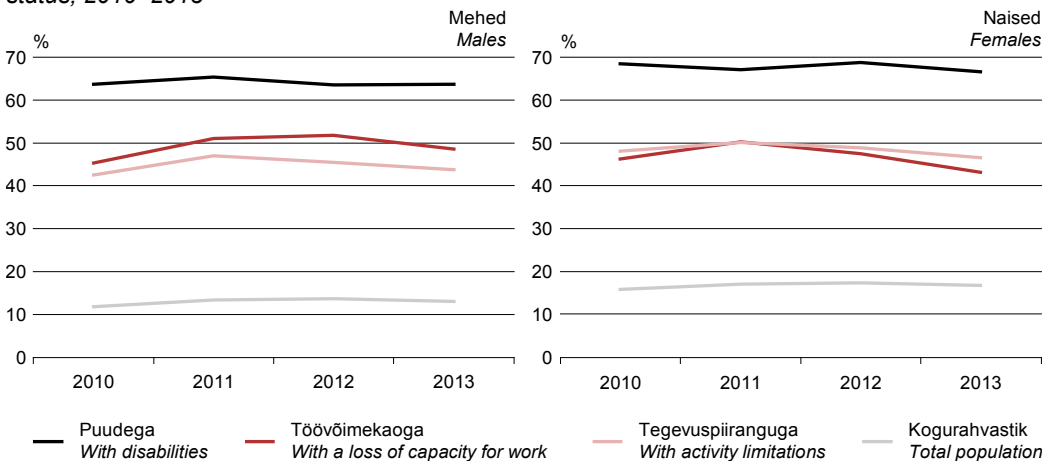
Rahvastiku tervise seisundit hinnatakse nii subjektiivsete kui ka objektiivsete mõõdikute alusel. Üks enim kasutatud subjektiivne näitaja on oma tervisele antav hinnang. Enesehinnanguline tervis ei ole seotud ühegi kindla meditsiinilise diagnoosiga, vaid hõlmab nii elu vaimset, füüsilist kui ka sotsiaalset aspekti. Tegemist on koondnäitajaga, mis hõlmab tervise seisundi eri aspekte.

Piirangud ja puue on halveneva tervise seisundiga kaasnedes võivad keskkondlikud, suhtumuslikud ja korralduslikud takistused. Nende olemasolu võib süvendada terviseprobleeme.

57 maailma riigi terviseuuringute tulemusi analüüsid leiti, et heaolurežiimide roll on puudega inimeste vajaduste rahuldamisel ja nende sotsiaalse tõrjutuse vähendamisel väga oluline (Foubert jt 2014). Heaolu tagavatel meetmetel võib olla ka vastupidine mõju, sildistades osa riigi elanikest puudega inimesteks ja andes sellega neile õiguse teatavatele teenustele ja toetustele. Madalama staatusega isiku silt ja sõltuvus sotsiaaltoetustest toob sageli kaasa negatiivse tervisehinnangu (Foubert jt 2014). Foubert jt leidsid, et Euroopa heaoluriikides kipuvad puudega inimesed hindama oma tervise seisundit madalamalt kui need, kes elavad piirkondades, kus heaolusüsteem on nõrk ja välja kujunemata ning abi saamine baseerub informaalsetel võrgustikel, mitte ametlikul puude astme määramisel, mis annab õiguse vastavate teenuste ja toetuste kasutamiseks. Seega ei mõjuta sotsiaalsüsteemi korraldus riigis mitte ainult rahvastiku objektiivset, meditsiinilise mudeli alusel käsitletavat tervise seisundit, vaid ka puude olemasolu ja tervisele antavate hinnangute vahelist seost.

### Joonis 5. Halva ja väga halva tervisega vähemalt 16-aastased tervise seisundi ja soo järgi, 2010–2013

Figure 5. Population aged 16+ with bad or very bad self-estimated health by sex and health status, 2010–2013



Allikas: ESU (Statistikaamet)

Source: Estonian Social Survey (Statistics Estonia)

Enesehinnangulise tervise kohta kogutakse andmeid küsitlusuuringutega. Vastajatelt küsitakse, kuidas nad oma tervist üldiselt hindavad. Tavapärase on viieballiskaala, mille kaks äärmust on väga hea ja väga halb tervis. Selleks et suhestada subjektiivne arvamus objektiivse olukorraga, on joonisel 5 kujutatud rahvastikurühmad jaotatud ekspertide määratud tervise seisundi (puue, töövõimekaotus) või inimese enda hinnangu (tegevuspiirang) alusel.

2013. aastal hindasid Euroopa sissetuleku ja elutingimuste uuringu (EU-SILC) kohaselt oma tervist halvaks või väga halvaks 13% Eesti täiskasvanud meestest ja 17% naistest (joonis 5). Ametliku puudega inimestest hindas oma tervist halvaks või väga halvaks kaks kolmandikku meestest ja naistest. Tegemist on kõige suurema tervisekaoga elanikerühmaga. Töövõimekaoga tööealistest meestest ja naistest hindasid oma tervist halvaks või väga halvaks veidi alla poole. Terviseprobleemide ja haiguste tõttu igapäevategevustes piiratud elanikest pidasid samuti ligi pooled oma tervise seisundit halvaks või väga halvaks. Ametlikult registreeritud ja enesehinnanguliste tegevuspiirangutega inimestel tervisele antud hinnangutes aastatel 2010–2013 muutusi ei toimunud.

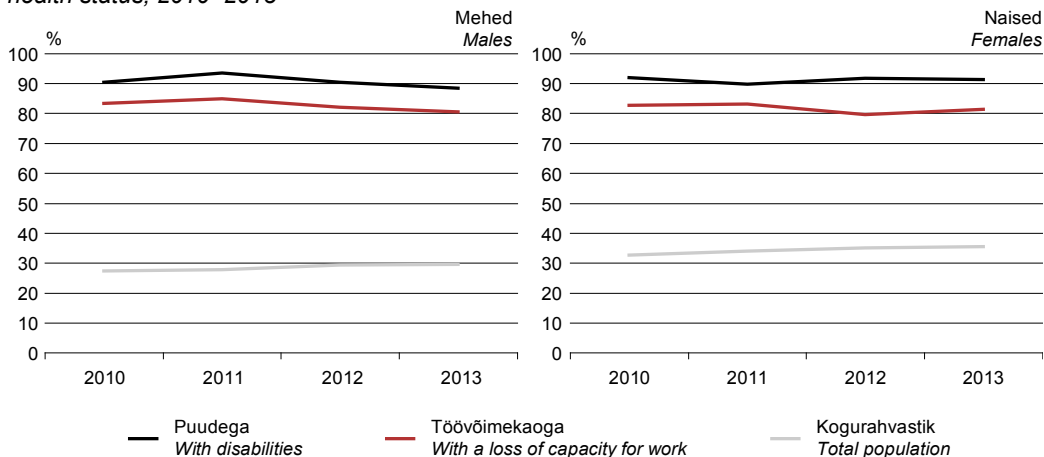
Küsitlusuuringutest saadav objektiivne info rahvastiku tervise seisundi kohta baseerub küsimustel, kus keskendutakse konkreetsete haiguste olemasolule, nende kestusele ja terviseprobleemidest tingitud tegevuspiirangutele.

Pikaajalisi haigusi on 40%-l vähemalt 16-aastastest meestest ja pea 50%-l sama vanadest naistest. Krooniliste haiguste esinemissagedus kasvab vanusega: tööealistest ehk 20–64-aastastest on pikaajalisi haigusi rohkem kui kolmandikul ja üle 65-aastastest neljal viiendikul. Pikka aega kestvaid terviseprobleeme ja krooniliseks kujunenud haigusi on enam kui 90%-l puude, töövõimekao või tegevuspiiranguga meestest ja naistest.

Pikka aega kestnud terviseprobleemid ja ühiskonna vähene toetus nende kompenseerimisel ja igapäevategevustega toimetulemisel toovad kaasa konkreetse keskkonnaga seotud tegevuspiirangud. 2013. aastal olid veidi üle neljandiku meeste ja kolmandiku naiste igapäevased tegevused raskendatud (joonis 6). Töövõimekao ja puudega inimestel on piirangute esinemissagedus suurem: 80% töövõimekaoga meestest ja naistest ning 90% puudega meestest ja naistest ei saanud tervisest tingitud tegevuspiirangu tõttu oma igapäevategevusi teha nii, nagu nad oleksid soovinud. Need näitajad ei ole viimase nelja aasta jooksul muutunud.

### Joonis 6. Tervisest tingitud igapäevategevuste piirangutega vähemalt 16-aastased soo ja tervise seisundi järgi, 2010–2013

Figure 6. Population aged 16+ with health-related limitations in everyday activities by sex and health status, 2010–2013



Allikas: ESU (Statistikaamet)

Source: Estonian Social Survey (Statistics Estonia)

2006. aasta Eesti terviseuuringu andmestik võimaldab analüüsida objektiivset tervise seisundit haiguste esinemissageduse ja kestuse ning elu jooksul põetavate krooniliste haiguste arvu alusel. Raskemaid terviseprobleeme, mida kunagi on diagnoosinud arst, mis esinesid ka küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul ja mida selle aja jooksul raviti, ei olnud 60%-l neist, kes hindasid igapäevategevustega toimetulekut tervisest tingitud probleemide tõttu raskendatuks. See tähendab, et oma terviseprobleeme pole peetud nii oluliseks, et pöörduda arsti poole. Vähemalt üks arsti diagnoositud ja küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul ravitud haigus oli 18%-l tegevuspiiranguga inimestest ja vähemalt kaks ravitud terviseprobleemi veidi rohkem kui viiendikul piiranguga täiskasvanutest.

Peale selle küsiti uuringus, mil määral on inimesed rahul oma kehalise võimekusega. See annab informatsiooni subjektiivse tervise seisundi kohta. Oma füüsilise vormi ja kehalise võimekusega olid täiesti või pigem rahul 46% tervisest tingitud piirangutega inimestest. Piiranguteta inimestest olid oma füüsilise ja võimekusega rahul 80%.

### Tervisest tingitud tegevuspiirangud enesehoolduses ja majapidamistöodes

Tervise seisundi mõõtmiseks kasutatakse küsitlusuuringutes peale hinnangute mitut objektiivsemat mõõdikut. Piirangute raskusastme ja ulatuse määramiseks on välja töötatud rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK 2004), mille põhjal omakorda on arendatud mitmesuguseid küsitlustesse sobivaid küsimusteplokke. Allpool esitatud andmed enese eest hoolitsemise ja majapidamistöödega toimetuleku kohta baseeruvad selle klassifikatsiooni meetodikal. Mõlemad tegevused on aluseks iseseisvale hakkamasaamisele ja nende analüüs elanike tervise seisundiga annab ülevaate sellest, kui võrd pööratakse ühiskonnas tähelepanu tervisest tingitud tegevuspiirangute kompenseerimisele.

Terviseuuringu tulemuste kohaselt on enese eest hoolitsemisel ehk söömisel, voodisse heitmisel või sealt tõusmisel, riietumisel, tualeti kasutamisel ja enda pesemisel tervise seisundist tingitud piiranguid ligikaudu 5%-l täiskasvanutest. Piirangutega inimeste hulgas on nende osatähtsus suurem kui kogurahvastikus: enese eest hoolitsemist nimetas raskeks ligikaudu 11% tegevuspiiranguga inimestest, eestlastest veidi üle 12% ja mitte-eestlastest iga kümnes. Sellel osal rahvastikust, kellel tegevuspiirangud puuduvad, ei ole ka raskusi enesehooldusega. Neist, kellele enesehooldus raskusi valmistab, saavad abi ligi kaks kolmandikku. Kümnest abisaajast üheksa peavad neile osutatud abi piisavaks. Abi ei saa, kuid vajab veidi üle viiendiku igapäevategevusi piiravate terviseprobleemidega inimestest. Selle rahvastikurühma jaoks ei ole nende vaegustest põhjustatud piirangud kompenseeritud.

Igapäevaste majapidamistöödega on raske toime tulla ligikaudu 6%-l rahvastikust vanuses 15–84. Sellised tööd on 2006. aasta Eesti terviseuuringu meetodika kohaselt toidu valmistamine, telefoni kasutamine, poes käimine, pesu pesemine (ka pesumasina), muud majapidamistööd ja rahaasjade korraldamine. Loetelus on mitu tegevust, mis eeldavad ühiskonnaelus osalemist ehk väljas liikumist ja suhtlemist. Terviseuuringu meetodika mõõdukalt ka piirangutega inimeste sotsiaalset toimetulekut. Tervisest tingitud mõõdukate ja oluliste piirangutega inimestest valmistavad majapidamistööd raskusi 17%-le. Tegevuspiiranguteta elanike hulgas on neid alla 1%. Tegevuspiirangutega eestlastest 14% ja mitte-eestlastest 19% ütlesid, et nad ei tule loetletud igapäevaste majapidamistöödega toime abi või abivahendeid kasutamata. Sooti tulevad tegevuspiiranguga mehed majapidamistöödega lihtsamalt toime kui naised: igal kaheksandal piiranguga mehel ja igal viiendal piiranguga naisel on majapidamistööde tegemine raskendatud. Neist 86% abistatakse loetletud tegevuste juures pidevalt või aeg-ajalt. Juhul kui abi juba saadakse, on see ka piisav. Neist, keda majapidamistööde juures ei abistata, kuid kellele need valmistavad raskusi, vajaksid abi või abivahendeid ligikaudu 43%.

Nii enesehoolduse kui ka majapidamistööde puhul on raskuste korral abi saanutele abi piisavusega rahul üheksa kümnest. Abi kvaliteeti ja sisu saaks veelgi parandada, toetades tegevuspiiranguga inimeste iseseisvat toimetulekut spetsiaalselt neile mõeldud abivahendite, keskkonna kohandamise ja väljaõppinud abistajate kaudu. Praegu kajastavad andmed abi saanud inimeste rahulolu kohta pigem seda, et parem midagi kui üldse mitte midagi. Terviseprobleemid ja nendega seotud funktsionaalne toimetulek hakkab esmalt mõjutama igapäevaste

majapidamistöödega tegelemist ning halva tervise seisundi süvenemisel enesehooldust. Terviseuuringu tulemused näitavad, et juhul kui tervise seisund raskendab juba niisuguseid põhi-tegevusi nagu tualeti kasutamine, riidesse panemine, söömine jne, on abi olemasolu sagedasem kui majapidamistöödega kaasnevate raskuste korral.

### Vaimne tervis

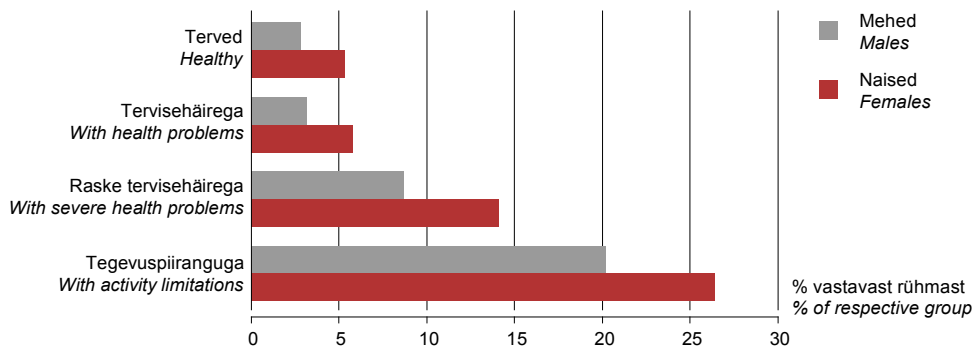
Tervisest tingitud piirangutega inimestel esineb sagedamini depressiooni ja ärevushäireid kui teistel (Horner-Johnson jt 2013) ning puue vähendab subjektiivset heaolu ja suurendab psühholoogilist stressi. Viimast mõjutavad eelkõige muutuvad sotsiaalsed võimalused ning tasakaalu kadumine keha, meele, sotsiaalsete suhete ja keskkonna vahel (Emerson jt 2014; Albrecht ja Devlieger 1999).

Käesolevas osas on antud ülevaade rahvastiku vaimsest tervisest emotsionaalse distressi mõõdiku abil. Emotsionaalseks distressiks nimetatakse seisundit, mida iseloomustavad korraka mitu inimest häirivat negatiivset emotsiooni, eriti pinget, ärevust ja meeleolu langust, millele sageli lisanduvad unehäired (Matsi ja Oja 2009). 2006. aasta terviseuuringu kohaselt oli olulise depressioonimääraga naiste osatähtsus 15–84-aastaste seas 8% ja meestel alla 5%. Analüüsidest rahvastiku distressi määra tervise seisundi<sup>a</sup> alusel, on pilt kogurahvastiku näitajatest erinev. Tegevuspiiranguta meestel ja naistel jäi emotsionaalse distressi esinemissagedus alla 5% (joonis 7). Neil meestel ja naistel, kellel oli uuringule eelnenud 12 kuu jooksul olnud mõni tervisehäire, kuid kelle igapäevategevusi see oluliselt ei piiranud, esines distressi sama palju kui tegevuspiiranguta elanikel. Raskemate tervisehäiretega inimeste igapäevategevusi piiravad nende pikaajalised terviseprobleemid olulisel määral ja nende funktsionaalne toimetulek on raske. Sellesse rühma kuulujatest kinnitas häirivate negatiivsete emotsioonide ja unehäirete olemasolu iga kümnes mees ja iga seitsmes naine. Toimetulekupiirangutega inimestel on distressi kõige sagedamini – ligikaudu viiendikul meestest ja pisut rohkem kui neljandikul naistest.

Pingeid, ärevust, meeleolu langust ja unehäireid esineb igas tervise seisundi rühmas naistel sagedamini kui meestel.

### Joonis 7. Olulise emotsionaalse distressimääraga elanike osatähtsus soo ja tervise seisundi järgi, 2006

Figure 7. Share of population with a significant rate of emotional distress by sex and health status, 2006



Allikas: Eesti terviseuuring 2006 (Tervise Arengu Instituut)

Source: 2006 Estonian Health Interview Survey (National Institute for Health Development)

<sup>a</sup> 2006. aasta terviseuuringu andmete põhjal koostatud tervise seisundi indeks jaotab rahvastiku neljaks. Terved on need, kellel pole kunagi olnud pikaajalist haigust või uuringule eelnenud 12 kuu jooksul vigastusi või mürgistusi, millest taastumine oleks kestnud vähemalt 4 nädalat. Tervisehäirega olid need, kel oli viimasel 12 kuul esinenud mõni tervisehäire, kuid mis ei piiranud oluliselt igapäevategevusi. Raske tervisehäirega inimestel oli mõni pikaajaline terviseprobleem, mis piiras oluliselt igapäevategevusi. Toimetulekupiirangutega inimesed vajavad terviseprobleemide tõttu igapäevategevustes abi pidevalt või aeg-ajalt. (Matsi ja Oja 2009)

## Arstiabi kättesaadavus

ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni (Convention ... 2006) terviseartikli järgi on puudega inimestel õigus kõrgeimale saavutatavale tervisestandardile, ilma et neisse nende puude tõttu kuidagi teistmoodi suhtutaks. Muu hulgas tähendab see, et nad peavad saama tasuta või taskukohase hinnaga tervishoiuteenuseid samas ulatuses nagu kõik teised.

Tervise seisundi säilitamisel ja terviseprobleemide ärahoidmisel on oluline arstiabi kasutamine ja kättesaadavus. Takistusteta kättesaadav arstiabi on eriti vajalik juhul, kui inimese tervise seisundis toimuvad muutused toovad kaasa tegevuspiiranguid. Sellisel juhul on tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi eri osade ülesanne vähendada piirangute ulatust ning leida koos patsiendiga võimalikud abivahendid piirangute osaliseks või täielikuks kompenseerimiseks, hoida ära vaeguse süvenemist ning lükata edasi järgmiste, juba olemasolevast vaegusest tingitud haiguste teket.

Erinevalt puudega inimeste õiguste konventsioonis sätestatust näitavad uuringud, et puudega inimesed kasutavad vähem tervishoiuteenuseid kui need, kelle tervise seisund igapäevategevusi ei piira (Drum jt 2005; Emerson jt 2009).

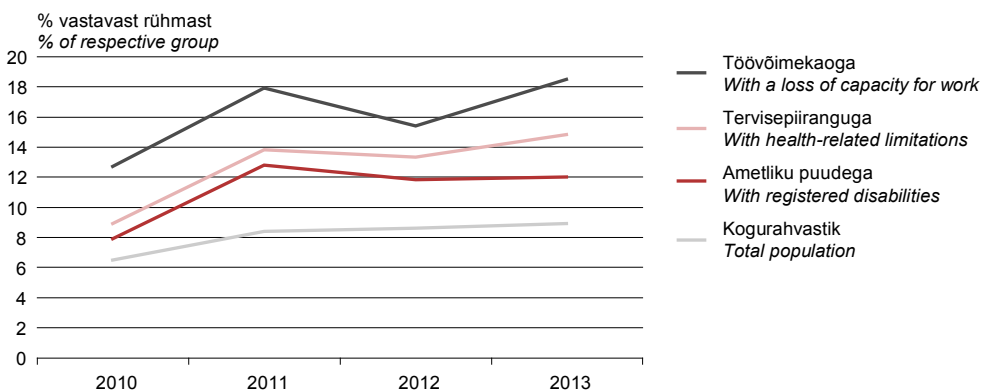
Eesti tervishoiusüsteemis on esmatasandi arstiabi andmine perearsti pädevuses ja perearsti ülesanne on olla nn väravavahi rollis. See tähendab, et enamiku eriarstide juurde pääseb perearstilt saadud saatekirjaga. Seega on eriti oluline, et perearsti juurde pääseks takistusteta. Aastatel 2010–2013 oli perearsti juurde pääsemisel tõrkeid kuni 3%-l Eesti täiskasvanutest. Eriarstiabi ja hambaravi mittesaanute osatähtsus kogurahvastikus on viimastel aastatel olnud 8–9%. Kui võrrelda elanikke tervise seisundi alusel, on pilt arstiabi kättesaadavusest teistsugune.

Esmatasandi arstiabi (mida siin peatükis käsitletakse ainult perearstiabinä) teenuste kasutamisel esineb rohkem tõrkeid neis rahvastikurühmades, kes vajavad arstiabi sagedamini. Aastatel 2010–2013 oli perearstiabi saamisel tõrkeid 4%-l nii puude kui ka töövõimekaoga inimestest.

Eriarstiabi, eriti hambaravi kättesaadavus valmistab halvema tervise seisundiga inimestele rohkem probleeme kui perearstiabi kättesaadavus. Rohkem kui 10%-l puude, töövõimetuse või tervisest tingitud tegevuspiiranguga inimesel on esinenud tõrkeid eriarsti juurde pääsemisel. Veel sagedamini on takistusi olnud hambaarsti teenuste kasutamisel (joonis 8). Viimasel juhul on kättesaamatuses oluline roll teenuste maksumusel, sest hambaravi eest tuleb täiskasvanud elanikel ise tasuda. Et puude, tegevuspiirangu või töövõimekaoga elanike sissetulekud on üldjuhul väiksemad kui teistel, takistab hambaravi saamist peamiselt inimeste majanduslik olukord.

### Joonis 8. Hambarastiabist ilma jäänud vähemalt 16-aastased tervise seisundi järgi, 2010–2013

Figure 8. Population aged 16+ who did not have access to dental care by health status, 2010–2013



Allikas: ESU (Statistikaamet)

Source: Estonian Social Survey (Statistics Estonia)



## Tervisekäitumine

Tervis on kumulatiivne nähtus, mistõttu inimese elustiil ja käitumine mõjutavad terviseprobleemide kujunemist ja elukvaliteeti olulisel määral. Elustiili analüüsid keskendutakse enamasti negatiivsetele aspektidele, s.t tervist mittetoetavale käitumisele, nagu suitsetamine, alkoholitarbimine, vähene kehaline aktiivsus jne.

Puude olemasolu ei välista head tervisehinnangut, kuid uuringud näitavad, et elustiiliga seotud tervisekahjulikke käitumist esineb nende hulgas sagedamini (Horner-Johnson jt 2013; Emerson jt 2014; Albrecht ja Devlieger 1999).

2006. aasta terviseuuringu kohaselt on suitsetajate osatähtsus nii piirangutega kui ka piiranguteta inimestel samas suurusjärgus: elu jooksul on suitsetanud ligikaudu 45% mõlemast rahvastikurühmast. Uuringule eelnenud nelja nädala jooksul oli suitsetanud peaaegu 25% tervisest tingitud piirangutega inimestest ja 30% piiranguteta täiskasvanutest. Tegevuspiiranguga eestlastest suitsetas 23% ja mitte-eestlastest 25%. Üle 90% suitsetajatest olid igapäevasuitsetajad. 45% suitsetamisest loobunud piirangutega ja 20% piiranguteta inimestest nimetasid põhjusena oma terviseprobleeme.

Alkoholi oli uuringule eelnenud 12 kuu jooksul tarbinud 25% piirangutega ja 39% piiranguteta elanikest. Piirangutega eestlaste seas oli alkoholi tarbinute osatähtsus suurem kui mitte-eestlaste seas – vastavalt 28% ja 21%. Alkoholitarbimist oli püüdnud vähendada iga kümnes inimene.

Füüsilise aktiivsuse ja toitumise analüüsimisel võetakse sageli aluseks teave inimese kehakaalu kohta. Üks vähese kehalise aktiivsuse ja ebatervisliku tasakaalustamata toitumise tagajärgi on ülemäärane kehakaal. Ülekaal on nii südame ja veresoonekonna haiguste kui ka diabeedi riskitegur. Tegemist ei ole fataalsete haigustega, vaid pigem krooniliste ja pikaajaliste terviseprobleemidega, mis hakkavad mõjutama igapäevategevustega toimetulekut. Kehakaalu jälgitakse kehamassiindeksiga<sup>a</sup>, mis on kehakaalu ja pikkuse suhe. Kui indeksi väärtus on vähemalt 25, on inimene ülekaaluline, sealhulgas rasvunuks loetakse need, kelle kehamassiindeks on vähemalt 30. Vahemikku 25,0–29,9 jääb kehamassiindeksi väärtus normaalkaalus täiskasvanutel. 2006. aasta Eesti terviseuuringu andmetel olid 3% 15–84-aastastest alakaalulised, 48% normaalkaalus ja 49% ülekaalulised, sealhulgas 18% rasvunud. Piirangutega ja piiranguteta rahvastikurühmade võrdlus annab teistsuguse pildi: igapäevategevusi piiravate terviseprobleemidega täiskasvanutest on ülekaalulised 62% ja piiranguteta täiskasvanutest 42%. Normaalkaalus inimesi on neis rühmades vastavalt 36% ja 54%. Erinevused eestlaste ja mitte-eestlaste vahel on kõige enam paari protsendipunkti suurusel. See tähendab, et ülekaaluliste tervisest tingitud piirangutega inimeste osatähtsus täiskasvanud mitte-eestlaste hulgas on veidi suurem. Tegevuspiiranguga inimestel on kehakaal järgmiste terviseprobleemide tekke või olemasolevate süvenemise oluline riskitegur.

Terviseuuringu tulemused rahvastiku tervisekäitumise kohta ei haaku rahvusvaheliste uuringute järeldustega täies ulatuses, sest elustiiliga seotud riskikäitumine ei ole kõigis aspektides piirangutega rahvastiku hulgas enam levinud kui piiranguteta rahvastikul. Alkoholitarbimist ja ülekaalu esineb sagedamini piirangutega inimestel, kuid suitsetavad rohkem piiranguteta inimesed.

## Ühiskonnaelus osalemine ja rahulolu

Terviseprobleemidega kaasneb tavapäraselt inimese sotsiaalse aktiivsuse vähenemine, kui ühiskonnas ei ole kättesaadavad kompensatsioonimehhanismid (Gannon ja Nolan 2007b; Krahn jt 2006). Seejuures on ühiskonda (tagasi)lõimumist toetavad meetmed olnud olulised just neile elanikerühmadele, kelle igapäevategevused on puude tõttu mõningal määral või oluliselt piiratud.

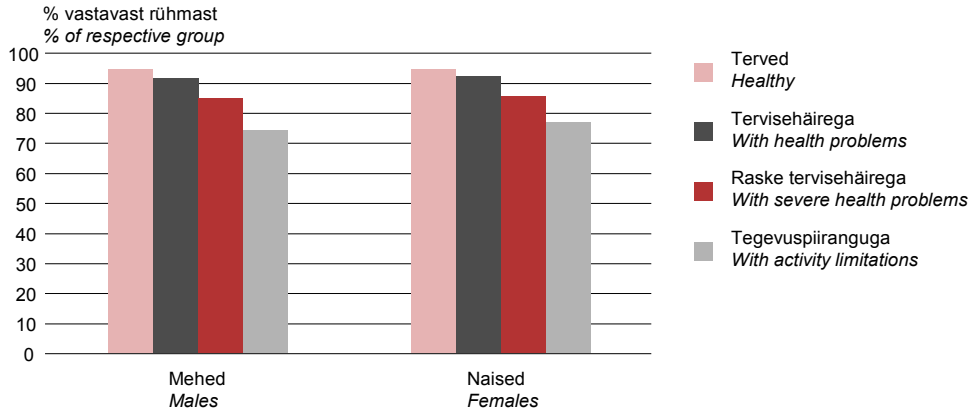
Terviseuuringust selgus, et väljas käimist ja ringiliikumist on pidanud vähendama ligikaudu neljandik tegevuspiiranguga inimestest ja 4% oli oma tervise tõttu väljas käimisest täiesti loobunud. Tegevuspiiranguteta inimestest piiras suhtlemist ja väljaskäimist tervisest tingitud probleemide tõttu ligi 3%. Need halvema tervise seisundiga inimesed, kes ringiliikumist ei piiranud või tegid seda vaid osaliselt, kasutasid väljas käimisel üldjuhul abi, kuid üle kolmandiku neist leidsid, et vajaksid veel rohkem abi.

<sup>a</sup> Kehamassiindeks leitakse kehakaalu (kg) jagamisel pikkuse (m) ruuduga.

Mitmed autorid on jõudnud järeldusele, et halvenev tervise seisund ja krooniliste terviseprobleemide olemasolu ei ole üksüheselt seotud väiksema rahuloluga (Putnam jt 2003; Albrecht ja Devlieger 1999; Allison jt 1997). Inimesed kohanevad olukorraga ja hindavad eluga rahulolemise aspektid ümber uutest (tervise)tingimustest lähtuvalt. 2006. aasta Eesti terviseuuringu andmed ei näita, et tervise seisundi halvenemisega kaasneks suur langus rahuloluhinnangutes.

### Joonis 9. Eluga rahul olevate inimeste osatähtsus tervise seisundi<sup>a</sup> ja soo järgi, 2006

Figure 9. Share of population who are satisfied with their life by sex and health status<sup>a</sup>, 2006



<sup>a</sup> Tervise seisundi indeksi alusel tehtud rahvastikujaoost on selgitatud lk-l 166 olevas joonealuses märkuses.

<sup>a</sup> The distribution of the population based on the health status index is explained in the footnote on page 177.

Allikas: Eesti terviseuuring 2006 (Tervise Arengu Instituut)

Source: 2006 Estonian Health Interview Survey (National Institute for Health Development)

Piiranguta meestest ja naistest olid oma eluga rahul 95% (joonis 9). Rahulolu ei vähenenud piirangute esinemissagedust arvestades nii märkimisväärselt, kui võinuks oodata. Raske tervisehäirega elanikest, kelle tegevusi piirasid terviseprobleemid olulisel määral, oli eluga rahulolematute osatähtsus 9 protsendipunkti suurem kui tegevuspiiranguta elanikel. Kõige halvema tervise seisundiga inimeste, toimetulekupiiranguga meeste seas oli rahulolevaid 20 ja naiste seas 18 protsendipunkti vähem kui samast soost tervete inimeste hulgas. See võib viidata asjaolule, et inimesed kohanduvad oma tervise seisundiga ja iga järgmine tervise seisundi etapp toob kaasa muutused indiviidi ootustes.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et rahvastiku tervise valdkonnas on hakatud puuet nagu ka sotsiaalset tõrjutust käsitlema ühena paljudest riskialuse rahvastikurühma tervise seisundi halvenemist põhjustava tegurina (Krahn ja Campbell 2011). Puudega inimeste tervise ebavõrdsuse tagamist on keeruline selgitada, sest suund, kuidas kehvemaks jääv tervise seisund ja puude olemasolu omavahel seotud on, varieerub: terviseprobleemid võivad kaasa tuua piirangute tekke või juba olemasolevad piirangud halvendada tervise seisundit ning tuua kaasa järgmisi terviseprobleeme (Horner-Johnson jt 2013). Tervise seisund ja ühiskonnaelus osalemine on niisuguste analüüside puhul väljundnäitajad ning puuet käsitletakse mitte staatilise, vaid ajas muutuva nähtusena.

Poliitikameetmed peaksid lähtuma puudega inimeste heterogeensusest, võttes arvesse piirangute tekke põhjusi, kestust ja mõju nii objektiivsele kui ka subjektiivsele tervise seisundile. Tervise seisundi erinevusi on analüüsitud kogu elanikkonnas, kuid eraldi ei ole vaatluse alla võetud tervisepiiranguga inimeste rühma sisemist heterogeensust. Peale puude tüübi, tekkepõhjuste ja kestuse on samavõrra olulised rahvastikurühma sotsiaal-demograafilised tunnused. Selliste analüüside puhul on vajalik võrdlusandmete olemasolu, et puudega inimeste heterogeensust oleks võimalik kõrvutada tervisepiiranguteta inimeste omaga. Võrdlusanalüüs toob esile teatavasse rühma kuulumise selektiivsed mehhanismid. Seetõttu on oluline käsitleda puudega inimesi juba olemasolevate rahvastikuesinduslike uuringute tulemuste põhjal ja suurendada valimit selles rahvastikurühmas, et neid saaks võrrelda ülejäänud rahvastikuga.

## Allikad Sources

- Albrecht, G. L., Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. – *Social Science & Medicine*, Vol 48, No 8, pp. 977–988.
- Allison, P. J., Locker, D., Feine, S. (1997). Quality of life: a dynamic construct. – *Social Science & Medicine*, Vol 45, No 2, pp. 221–230.
- Anner, J., Schwegler, U., Kunz, R., Trezzini, B., de Boer, W. (2012). Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. – *BMC Public Health*, Vol 12, No 470, doi:10.1186/1471-2458-12-470.
- Baburin, A., Lai, T., Leinsalu, M. (2011). Avoidable mortality in Estonia: Exploring the differences in life expectancy between Estonians and non-Estonians in 2005–2007. – *Public Health*, No 125, No 11, pp. 754–762.
- Bickenbach, J. (2013). Disability, „Being Unhealthy“, and Rights to Health. – *Journal of Law, Medicine & Ethics. Symposium: Human Rights and Disability*, Vol 41, No 4, pp. 821–828.
- Convention on the rights of persons with disabilities. (2006). United Nations. [www] [www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml](http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml) (20.11.2014).
- Drum, C. E., Horner-Johnson, W., Krahn, G. L. (2008). Self-rated health and healthy days: Examining the „disability paradoks“. – *Disability and Health Journal*, Vol 1, No 2, pp. 71–78.
- Drum, C. E., Krahn, G., Culley, C., Hammond, L. (2005). Recognizing and Responding to the Health Disparities of People with Disabilities. – *Californian Journal of Health Promotion*, Vol 3, No 3, pp. 29–42.
- Emerson, E., Kariuki, M., Honey, A., Llewellyn, G. (2014). Becoming disabled: The association between disability onset in younger adults and subsequent changes in productive engagement, social support, financial hardship and subjective wellbeing. – *Disability and Health Journal*, Vol 7, No 4, pp. 448–456.
- Emerson, E., Madden, R., Robertson, J., Graham, H., Hatton, C., Llewellyn, G. (2009). Intellectual and physical disability, social mobility, social inclusion and health. – *CeDR Research Report*, Vol 2. Lancaster University.
- Foubert, J., Levecque, K., Van Rossem, R., Romagnoli, A. (2014). Do welfare regimes influence the association between disability and self-perceived health? A multilevel analysis of 57 countries. – *Social Science & Medicine*, Vol 117, pp. 10–17.
- Gannon, B., Nolan, B. (2007a). Transitions in Disability and Work. – *Estudios de economica aplicada*, Vol 25, No 2, pp. 447–472.
- Gannon, B., Nolan, B. (2007b). The impact of disability transitions on social inclusion. – *Social Science & Medicine*, Vol 64, No 7, pp. 1425–1437.
- Horner-Johnson, W., Dobbertin, K., Lee, J. C., Andresen, E. M., Expert Panel on Disability and Health Disparities. (2013). Disparities in chronic conditions and health status by type of disability. – *Disability and Health Journal*, Vol 6, No 4, pp. 280–286.
- How's life? Measuring well-being. (2011). OECD.
- Isäilä, N. (2012). Social inclusion in the context of informational society. – *Social and Behavioural Sciences*, Vol 46, pp. 1006–1009.
- JA:EHLEIS Database. European Health and Life Expectancy Information System. [www] <http://www.eurohex.eu/> (20.11.2014).
- Jenkins, S. P., Rigg, J. A. (2004). Disability and Disadvantage: Selection, Onset, and Duration Effects. – *Journal of Social Policy*, Vol 33, No 3, pp. 479–501.

- Krahn, G. L., Putnam, M., Drum, C. E., Powers, L. (2006). Disabilities and Health. Toward a National Agenda for Research. – *Journal of Disability Policy Studies*, Vol 17, No 1, pp. 18–27.
- Krahn, G., Campbell, V. A. (2011). Evolving views of disability and public health: The roles of advocacy and public health. – *Disability and Health Journal*, Vol 4, No 1, pp. 12–18.
- Matsi, A., Oja, L. (2009). *Eesti terviseuuring 2006*. Tabelid. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
- Nazli, A. (2012). I'm Healthy: Construction of health in disability. – *Disability and Health Journal*, Vol 5, No 4, pp. 233–240.
- Priestley, M. (2007). In search of European disability policy: Between national and global. – *European Journal of Disability Research*, Vol 1, No 1, pp. 61–74. doi:10.1016/j.alter.2007.08.006.
- Putnam, M., Geenen, S., Powers, L. (2003). Health and wellness: people with disabilities discuss barriers and facilitators to well being. – *Journal of Rehabilitation*, Vol 1, pp. 37–45.
- RFK. (2004). Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon. [www] [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/E-tervis\\_ja\\_e-tervisetoend/rfk\\_icf\\_sissejuhatus.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/E-tervis_ja_e-tervisetoend/rfk_icf_sissejuhatus.pdf) (20.11.2004).
- 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 Demographic Series (2)*. / Eds. D. Swanson, N. Hoque. pp. 227–261.
- Verbrugge, L. M., Jette, A. M. (1994). The Disablement Process. – *Social Science & Medicine*, Vol 38, No 1, pp. 1–14.
- World Report on Disability. (2011). Geneva: WHO and World Bank.

## 9. THE HEALTH STATUS OF PERSONS WITH ACTIVITY LIMITATIONS

**Kati Karelson**

National Institute for Health Development

*The Preamble to the Constitution of the World Health Organization (WHO) defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being”. Thus, health is not merely the absence of disease. On the contrary, the definition avoids the use of a medical diagnosis to describe health status and emphasises the broader meaning of individual well-being. The concept of health agreed by WHO Member States covers five important aspects of health status: physical and mental health, social functions, performance of roles, and general well-being.*

*Bickenbach (2013) finds that disability and health are a pair of contradictory concepts, because of disagreement as to the extent to which disability is a health issue. Nagi’s model distinguishes disability from functional limitations (Verbrugge and Jette 1994). Disability is the expression of functional limitations in the environment where the individual lives. Functional limitations are not determined by environmental conditions, but rather by the existence of disabilities (Anner et al. 2012). In the medical model, disability is seen as an unhealthy state, as a deviation from physical and mental norms (Nazli 2012).*

*Self-perceived health status is socially constructed in interaction between the individual and the society, and it may differ from the health status according to the medical model of health (Gannon and Nolan 2007a; Drum et al. 2008). The WHO definition, which dates back to the first half of the 20th century, suggests that health depends on the state of social well-being. Since the 1970s, a few decades after the adoption of the WHO definition, researchers began to pay attention to the social aspects of health, which led to the emergence of the social model of health as a replacement for the dominant medical model (Bickenbach 2013). The social model defines disability as the partial or complete lack of opportunities which through physical or social barriers restricts participation in everyday community life. Disability is a social construct created by social powers through negation, marginalisation and discrimination (Krahn et al. 2006; Putnam et al. 2003). A direct effect of health-based discrimination is poorer access to health services; the indirect effects include social exclusion, limited social mobility and increased psychological stress. Because of the exclusion arising from discriminatory systems and practices, persons with disabilities are more likely to live in circumstances associated with poor health, such as unemployment, a low income, declining social status or poor living conditions (Emerson et al. 2009).*

*The meaning of disability as well as health is a product of the social environment, representing the value attributed to it in that environment. The OECD report on quality of life (How’s ... 2011) notes that people value both the length of life and the time lived without significant health-related limitations. The value attributed to a long life and health depends on the level of social development. Besides a general value, health status carries an instrumental meaning. Good health is a prerequisite for taking the opportunities offered by the education system, for being active on the labour market and for participating in social networks (Emerson et al. 2009).*

*Along with the growing share of disabled people in different countries, there has been a greater focus on increasing their social inclusion, especially by improving their employment rates (Gannon and Nolan 2007a). The social engagement of persons with health-related activity limitations depends on the severity and duration of the limitations: some limitations are congenital, others develop over the years and are permanent, while some limitations emerge and then disappear over time (Gannon and Nolan 2007b; Jenkins and Rigg 2004). The great variation in the duration and causes of health problems means that there is inequality not just between people with and without limitations, but also within the population with limitations.*

*In general, all people experience health-related activity limitations over the course of their lives. The report by WHO and the World Bank published in 2011 (World ... 2011) reveals that health-related limitations occur in approximately one billion people, which corresponds to 15% of the world population. The share of people with activity limitations in Europe is similar to the global indicator, and 40% of them have a mobility impairment of some kind (Isăilă 2012). The devel-*

opment of a disability depends on the existence and availability of individual and environmental resources: access to services and aids, and the socio-demographic background of the individual (Anner et al. 2012). The availability of social support postpones the deterioration of poor health once the health conditions have already occurred (Foubert et al. 2014). Thus, the connection between disability and individual health status is conditional and depends on the wider socio-political context (Foubert et al. 2014; Krahn et al. 2006).

In the health care context, it is emphasised that the occurrence of disabilities does not mean the failure of public health measures, and that activity limitations are a natural part of human life (Krahn and Campbell 2011). Just as the health status of people without disabilities is dynamic, the health of disabled people also changes over time. Therefore, instead of treating disability and health as opposite phenomena, it is increasingly more common to believe that individuals are constantly moving between two states – their health in some period is better than in another period of their life (Drum et al. 2005).

The life expectancy of persons with disabilities grows, similarly to the rest of the population. It is increasingly more important to support their social integration and engagement through various policies. In Europe, measures and policies targeting disabled people were first introduced in the 1970s (Priestley 2007). Health-related activity limitations are not seen as an individual factor but as the result of the interaction between the health condition and discriminatory socio-cultural practices (Emerson et al. 2014, Krahn et al. 2006). The development of activity limitations due to changes in health status has various effects on the at-risk group: increased psychological stress, lower subjective well-being, reduced income, lower satisfaction with social life and leisure opportunities, withdrawal from social life and higher unemployment (Emerson et al. 2014). Therefore, the public health policies in developed countries aim to support human rights and full social participation, to ensure equal opportunities and to remove any barriers to inclusion.

This chapter analyses the health of the population in Estonia based on both objective and subjective indicators. First, macro-level social indicators are outlined: life expectancy and disability-free life expectancy. The prevalence of health problems and limitations, mental health, unhealthy behaviour and access to medical care are analysed by comparing two population groups: persons with health-related activity limitations and persons without such limitations. The population with activity limitations is, in turn, divided into groups according to the level of limitations. The overview of subjective health status is based on self-evaluations given in social surveys, of which self-estimated health status is discussed here. The chapter ends with an overview of the connections between health and satisfaction. The analysis is based on the European Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) conducted annually by Statistics Estonia since 2004, and the 2006 Estonian Health Interview Survey conducted by the National Institute for Health Development (the questionnaire of this survey included questions used in the European Health Interview Survey (EHIS)). The next Estonian Health Interview Survey was conducted in 2014.

## **Average life expectancy**

Average life expectancy shows the number of years that a person of a particular age can expect to live, provided that mortality does not change in each following age group, i.e. it remains the same as in the reference year. Here, life expectancy at birth (age 0) is discussed – it refers to the average number of years that the persons in a given birth cohort can expect to live.

Higher life expectancy and the related population ageing have caused scientists to wonder whether the extra years of life are lived to the fullest or in deteriorating health caused by chronic illnesses and health problems. In recent decades, new indicators have been developed and implemented to describe the connections between increased life expectancy and health status. One of these indicators is disability-free life expectancy (also known as healthy life years). Average life expectancy is divided in two: disability-free years (in this chapter, used synonymously with years lived without activity limitations) and years lived with limitations. Chronic illnesses and other health problems may cause health-related activity limitations which do not allow people to continue living as they used to. Additionally, activity limitations may be caused by barriers that cannot be overcome in the given environment (lack of outside assistance, aids, services or other type of support). The division of life expectancy into periods with and without

limitations adds a qualitative dimension to an otherwise quantitative indicator – in other words, it reflects the health status at a certain time in life as well as the expected duration of this health status.

The indicators of disability-free life expectancy and years lived with activity limitations are based on the questions of the Minimum European Health Module (MEHM) of the European Survey on Income and Living Conditions. Since 2008, these questions are harmonised across all European Union (EU) Member States in order to ensure the comparability of data.

In Estonia, males born in 2008 will spend approximately 77% of their life without health problems that limit everyday activities and almost 8% of their life with severe limitations in everyday activities, caused by a long-term illness or health problem (Figure 1, p. 160). In the case of males, the share of the period lived with severe activity limitations did not change in 2008–2012 but there was a slight decrease in the share of disability-free life expectancy (i.e. the years lived without activity limitations) in total life expectancy. The increasingly longer period lived with limitations is due to the increased share of years lived with moderate limitations. In the EU on average, males can expect to live 80% of their lives free of limitations. Meanwhile, EU males born in 2011 will live, on average, six years longer than males in Estonia and will spend a fifth of their entire life with health-related activity limitations. The shorter life expectancy of males in Estonia is accompanied by a proportionally longer period lived with limitations. They spend a quarter of their life with limitations in everyday activities due to health problems.

The life expectancy of females in Estonia is three years shorter than the EU average (Figure 2, p. 161). They spend approximately 28% of their life with activity limitations caused by health problems and chronic illnesses, and 8% of their life with severe limitations. In the EU as a whole, the share of years that women live with severe limitations is also around 8%, but disability-free life expectancy is proportionally longer – in Europe, the total number of years lived with limitations constitutes less than a quarter of total life expectancy.

In 2011, the difference between average male and female life expectancies in Estonia was almost ten years, with males having a shorter life expectancy. The differences in disability-free life expectancy and years lived with activity limitations were smaller. Compared to men, women live four more years disability-free. On the other hand, women also live more years – six in total – with limitations in everyday activities caused by health problems and chronic illness. Thus, women live 40% of the ten additional years disability-free and 60% of this period with health-related limitations.

In Estonia, men live a quarter of their life and women live an even bigger share of their life with a health status that complicates coping with everyday activities. That is when deteriorating health increases the risk of developing impairments and when the level of social engagement and participation starts to decrease.

There is a considerable share of non-Estonians living in Estonia, and their health differs significantly from the health of the native population (Sakkeus and Karelson 2012; Baburin et al. 2011). In 2008–2012, the average life expectancy grew for Estonian males and females; in the case of non-Estonians, the average life expectancy both increased and decreased during that period. Estonian males can expect to live about four years longer than non-Estonian males, and Estonian females can expect to live two years longer than non-Estonian females. Disability-free life expectancy makes up about 75% of the life expectancy of both Estonian and non-Estonian males. The corresponding share is a little over 70% for Estonian females and below 70% for non-Estonian females (Figure 3, p. 162).

Men have a shorter life expectancy than women, but the share of disability-free life expectancy is bigger for men. The data for 2008–2012 indicate that, in Estonia, the share of disability-free years in total life expectancy has decreased for both males and females. This share has only increased for non-Estonian females – in that group, disability-free life expectancy constitutes the smallest share in total life expectancy. The life expectancy of Estonians is on the rise, but their disability-free life expectancy is decreasing. The life expectancy of non-Estonians showed both upward and downward trends in 2008–2012, but their disability-free life expectancy mostly decreased in that period. Therefore, the people in Estonia live longer, but the increase in disability-free life expectancy is slower than the increase in total life expectancy.

The respondents of the Estonian Health Interview Survey were asked to specify the age up to which they hoped to live (Figure 4, p. 162). The life expectancy calculated on the basis of mortality statistics is shorter for non-Estonians (compared to Estonians), while the self-estimations indicate that non-Estonians believe that they will live longer, compared to the estimations given by Estonian men and women. Here, the difference between the ethnic groups is not affected by the fact of having poorer health. The estimations of non-Estonians are higher both among persons with and without limitations. The differences in self-estimated life expectancy are smaller among women than among men.

## Health status

The health status of the population is assessed using both subjective and objective indicators. A commonly used subjective indicator is self-estimated health status. Self-estimation is not linked to any specific medical diagnosis; instead, it encompasses the mental, physical and social aspects of life on a more aggregated level than a medical diagnosis would do. Thus, it is an aggregate indicator that reflects various aspects of health.

Limitations and disabilities are environmental, attitudinal and organisational barriers that may accompany a deteriorating health condition. Their presence may aggravate existing health problems.

Analysis of the results of health surveys conducted in 57 countries worldwide revealed that the role of welfare regimes is crucial for meeting the needs of disabled people and reducing their social exclusion (Foubert et al. 2014). The measures taken to ensure well-being may have the opposite effect – some citizens are labelled as disabled, thereby giving them the right to certain services and allowances. Being labelled as a person with a low status and the dependence on social support often lead to a negative self-assessment of health (Foubert et al. 2014). Foubert et al. found that disabled people in European welfare states tend to have poorer self-estimated health than those who live in regions with a weak or undeveloped welfare system where the provision of assistance is based on informal networks (instead of the official assessment of the degree of disability that would entitle people to specific services and allowances). Thus, the particular welfare system in a country influences not only the objective health status of the population based on the medical model, but also the extent to which the existence of disabilities affects self-estimated health status.

Information about self-estimated health is collected with interview surveys. The respondents are asked to assess their health status in general. A five-point scale is commonly used, ranging from “very good” to “very bad”. In order to link the subjective assessments with the objective indicators, the population groups shown in Figure 5 (p. 163) have been divided according to the health status determined by experts (existence of disabilities or a loss of capacity for work) or self-perceived health status (existence of activity limitations).

In 2013, according to EU-SILC, 13% of adult males and 17% of adult females in Estonia considered their health to be bad or very bad (Figure 5, p. 163). Among persons with registered disabilities, two thirds of males and females considered their health to be bad or very bad. This is the population group with the greatest health loss. Among working-age males and females with a registered loss of capacity for work, slightly less than a half estimated their health to be bad or very bad. Approximately a half of the persons with limitations in everyday activities due to health problems considered their health to be bad or very bad. In 2010–2013, there were no changes in the self-estimated health status of persons with registered or self-perceived health problems.

Interview surveys also provide objective information about the health status of the population, based on questions that focus on the existence of particular illnesses, their duration, and health-related activity limitations.

Long-term illnesses are present in 40% of males aged 16 and older and in almost 50% of females of that age. The prevalence of chronic illnesses increases with age: long-term illnesses occur in more than a third of the working-age population (20–64-year-olds) and in four fifths of the population aged 65 and older. Long-term health problems and chronic illnesses occur in more than 90% of males and females with disabilities, a loss of capacity for work or activity limitations.

Long-term health problems and limited social support (to compensate for limitations and help to cope with everyday activities) lead to activity limitations related to a particular environment.



In 2013, slightly more than a fourth of men and a third of women had difficulties with everyday activities (Figure 6, p. 164). The prevalence of limitations is greater among persons with a loss of capacity for work or with disabilities: 80% of males and females with a reduced capacity for work and 90% of males and females with disabilities had difficulties in everyday activities due to health-related activity limitations. These proportions have not changed over the last four years.

The data of the 2006 Estonian Health Interview Survey allow us to analyse the objective health status based on the occurrence and duration of illnesses and the number of chronic illnesses in a person's lifetime. 60% of those who claimed to have difficulties with everyday activities due to health problems did not have such severe health problems that had once been medically diagnosed and that had occurred and been treated within the 12 months preceding the survey. This means that people did not consider their health problems important enough to see a doctor and receive treatment. 18% of persons with activity limitations had at least one illness that had been diagnosed by a doctor and had been treated within the preceding 12 months. A fifth of adults with limitations had two or more such health issues.

In addition, respondents were also asked to assess their satisfaction with their physical abilities. This provides information about subjective health status. Among persons with health-related limitations in everyday activities, 46% were satisfied or mostly satisfied with their physical condition and abilities. The corresponding share among persons without activity limitations was 80%.

### **Health-related activity limitations in self-care and housework**

Interview surveys use several more objective indicators to measure health status. The severity and extent of limitations is determined on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (RFK 2004), which has been the basis for various instruments developed for interview surveys. The following data on the ability to manage self-care and housework are based on the methodology of the ICF classification. Both activities are essential for independent coping. Analysis of these activities combined with health status provides an overview of how much the society pays attention to the compensation of health-related activity limitations.

According to the Estonian Health Interview Survey, about 5% of adults have health-related limitations in self-care – that is, they have difficulties with activities such as eating, getting in and out of bed, dressing and undressing, toilet hygiene and bathing. This share is greater among persons with limitations: problems with self-care were cited by approximately 11% of persons with activity limitations (slightly over 12% of Estonians and about 10% of non-Estonians). Persons without health-related activity limitations have no difficulties with self-care. Approximately two thirds of those who have difficulties with self-care receive help. Nine out of ten persons who receive assistance consider the assistance sufficient. A little over a fifth of persons with health-related limitations need assistance but do not get it – this is a group that does not receive compensation for limitations caused by disabilities.

Approximately 6% of 15–84-year-olds find it difficult to cope with housework that requires daily attention. According to the methodology of the 2006 Estonian Health Interview Survey, housework includes preparing food, using the telephone, going shopping, doing laundry (incl. using a washing machine), doing various other housework and managing financial matters. This list includes several activities that require social participation, i.e. going out and communicating. Hence, the survey methodology indirectly measures the social coping of persons with limitations as well. Among persons with moderate and severe health-related limitations, doing housework is difficult for 17%. The corresponding share among persons without activity limitations was less than 1%. 14% of Estonians and 19% of non-Estonians with activity limitations said that they are unable to cope with daily housework without assistance or aids. When viewed by sex, it appears that men with activity limitations cope with housework more easily than women: doing housework is difficult for every eighth man and every fifth woman with activity limitations. 86% of them receive constant or occasional assistance with housework. Those who receive assistance consider it sufficient. Approximately 43% of those who do not receive assistance and struggle with housework could use assistance or aids.

In the case of self-care and housework, nine out of ten persons who have received assistance have found it sufficient. The quality and extent of assistance could be improved by supporting the independent coping of persons with activity limitations through the provision of specially designed

aids, adjustments in the environment, and trained assistants. The current satisfaction statistics mostly show that people are happy to receive any help (as opposed to none at all). Health problems and the related changes in functional coping first affect the ability to do housework; when the health condition deteriorates, there will be difficulties with taking care of oneself. The Estonian Health Interview Survey indicates that persons whose health condition already hinders such basic activities as using the toilet, dressing or eating, are more likely to have assistance than persons struggling with housework.

### **Mental health**

Persons with health-related limitations are more likely to suffer from depression and anxiety disorders than the rest of the population (Horner-Johnson et al. 2013). The existence of disabilities reduces subjective well-being and increases psychological stress. The latter is primarily related to changing social opportunities and the loss of balance between the body, mind, social relations and the environment (Emerson et al. 2014; Albrecht and Devlieger 1999).

This section provides an overview of the mental health of the population based on the indicator of emotional distress. Emotional distress is a condition characterised by several simultaneous negative emotions, especially tension, anxiety and depression, frequently accompanied by sleeping disorders (Matsi and Oja 2009). Pursuant to the 2006 Estonian Health Interview Survey, 8% of 15–84-year-old women and less than 5% of 15–84-year-old men had a significant distress rate. The analysis of distress rate by health status<sup>a</sup> presents a different picture. Among men and women without activity limitations, the prevalence of emotional distress remained below 5% (Figure 7, p. 166). The distress rate for men and women, who had had health problems within the preceding 12 months but whose everyday activities had not been significantly limited, was similar to the distress rate of the population without activity limitations. In the case of persons with severe health problems, their everyday activities are severely limited and they have difficulties with functional coping. Every tenth man and every seventh woman in this group cited the occurrence of negative emotions and problems with sleeping. Distress is the most common among persons with coping difficulties: approximately a fifth of the men and more than a fourth of the women in this group.

Tension, anxiety, depression and sleep disorders are more common among women than among men in each group based on health status.

### **Accessibility of medical care**

Pursuant to the article on health in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convention ... 2006), persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. Among other things, this means that they should receive the same range and standard of free or affordable health care as the rest of the population.

The use and accessibility of medical care is important for maintaining the health status and preventing health problems. Unrestricted access to medical care is particularly necessary if the changes in a person's health status lead to activity limitations. In that case, the task of the various parts of the health care and welfare system is to reduce the scope of the limitations; find, in cooperation with the patient, the suitable support measures for full or partial compensation of the limitations; prevent the deterioration of impairments; and postpone the onset of new illnesses caused by existing impairments.

Contrary to the provisions of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, studies show that persons with disabilities use health care services less frequently than persons whose health status does not limit everyday activities (Drum et al. 2005; Emerson et al. 2009).

In the Estonian health care system, the provision of primary care is the responsibility of family physicians who act as "gatekeepers". This means that a referral from a family physician is

<sup>a</sup> The health status index based on the data of the 2006 Estonian Health Interview Survey divides the population into four groups. Persons were considered healthy if they had never had a long-term illness or, within the 12 months preceding the survey, had not had any injuries or poisonings with a recovery period of 4 or more weeks. Persons with health problems had had some health problem(s) within the preceding 12 months, but the problem(s) did not significantly limit their everyday activities. Persons with severe health problems had a long-term health problem that significantly limited their everyday activities. Persons with coping difficulties needed constant or regular assistance in everyday activities due to their health problems. (Matsi and Oja 2009)

required for access to most specialised medical care. Thus, it is particularly important that patients can see a family physician whenever necessary. In 2010–2013, up to 3% of adults in Estonia had problems with seeing their family physician. In recent years, the share of persons who have been unable to receive specialised medical care and dental care has been around 8–9% of the total population. The accessibility indicators vary when we look at the population groups with different health statuses.

In the case of primary health care (as used here, it refers only to family physicians), there are more problems with accessibility in those population groups who need medical care more frequently. In 2010–2013, the share of persons with disabilities or with a loss of capacity for work who had problems with seeing a family physician was 4% in either group.

Access to specialised medical care, especially dental care, is more problematic for persons with a poor health status than access to primary care. More than 10% of persons with disabilities, a reduced capacity for work or health-related activity limitations have experienced problems with getting an appointment with a medical specialist. An even bigger share have had problems with access to dental care (Figure 8, p. 167). In the latter case, the cost of dental care is a key factor, because in Estonia adults have to pay for dental care themselves. Considering that persons with disabilities, activity limitations or a reduced capacity for work usually have a lower income, their access to dental care is mainly limited due to financial reasons.

### Health behaviour

Health is a cumulative phenomenon and, therefore, a person's lifestyle and behaviour have a significant impact on quality of life and the development of health problems. Lifestyle analyses mostly focus on negative aspects, i.e. unhealthy behaviours such as smoking, alcohol use, lack of exercise and so on.

The existence of disabilities does not mean that a person cannot have a good self-perceived health status, but studies indicate that unhealthy behaviours are more common among disabled persons (Horner-Johnson et al. 2013; Emerson et al. 2014; Albrecht and Devlieger 1999).

According to the 2006 Estonian Health Interview Survey, the share of smokers is similar among persons with and without limitations: approximately 45% of either group have smoked over the course of their life. During the four weeks preceding the survey, almost 25% of persons with health-related limitations and 30% of persons without limitations had smoked. 23% of Estonians and 25% of non-Estonians with activity limitations were smokers. More than 90% of the smokers smoke daily. 45% of persons with limitations and 20% of persons without limitations who had given up smoking cited health problems as the reason for quitting.

During the 12 months preceding the survey, 25% of persons with limitations and 39% of persons without limitations had consumed alcohol. The share of those who had consumed alcohol was higher among Estonians with health-related limitations than among non-Estonians (28% and 21%, respectively). Every tenth person had attempted to reduce alcohol consumption.

The analysis of physical activity and diet is often based on information about individual body weight. Overweight is one of the consequences of insufficient physical activity and an unhealthy and unbalanced diet. Overweight is a risk factor for both cardiovascular diseases and diabetes. These are not fatal diseases; they are mostly chronic and long-term health problems that will affect the ability to cope with everyday activities. Body weight is measured with the body mass index (BMI)<sup>a</sup> which shows the ratio of weight to height. An index value of 25 or higher indicates overweight, whereas persons with a BMI of 30 or higher are considered obese. The normal BMI for adults is 25.0–29.9. According to the 2006 Estonian Health Interview Survey, 3% of 15–84-year-olds were underweight, 48% were in the normal weight range and 49% were overweight, whereas 18% of them were obese. The comparison of persons with and without limitations presents a different picture: overweight persons constitute 62% of adults with health-related activity limitations and 42% of adults without limitations. The share of persons with a normal weight was 36% and 54%, respectively. The differences between Estonians and non-Estonians are not bigger than a few percentage points – the share of persons with health-related limitations who are overweight is slightly higher among the non-Estonian adult population. In the case of

<sup>a</sup> The body mass index is calculated by dividing body mass (kg) by the square of height (m).

persons with activity limitations, overweight is a significant risk factor for the development of additional or the aggravation of existing health problems.

The survey data on health behaviour do not completely match the conclusions of international surveys, because lifestyle-related risk behaviours are not always more common among the population with limitations when compared to the population without limitations. Alcohol consumption and overweight occur more frequently in people with limitations, whereas smoking is more common in the population without activity limitations.

## **Social participation and satisfaction**

Generally, with the onset of health problems, people become less active socially, unless there are compensation mechanisms in place in the society (Gannon and Nolan 2007b; Krahn et al. 2006). The measures that support social (re)integration are particularly crucial for those population groups who have moderate or severe limitations in everyday activities due to disabilities.

The Estonian Health Interview Survey reveals that approximately a fourth of persons with activity limitations had had to limit going out, and 4% had stopped going out completely for health reasons. Approximately 3% of persons without activity limitations limited going out and socialising because of health-related problems. The persons with health problems who did not limit going out, or did so only partially, generally used assistance when going out, whereas more than a third of them said that they could use more assistance.

Several authors have come to the conclusion that deteriorating health and the existence of chronic health problems do not correlate directly with a lower level of satisfaction (Putnam et al. 2003; Albrecht and Devlieger 1999; Allison et al. 1997). People adjust and re-evaluate the components of satisfaction based on the new (health) conditions. The data of the 2006 Estonian Health Interview Survey do not indicate a major decline in satisfaction levels when a person's health deteriorates.

95% of males and females without limitations were satisfied with their life (Figure 9, p. 169). Satisfaction did not decline as significantly as could be expected, considering the prevalence of activity limitations. In the population with severe health problems (i.e. with severe health-related activity limitations), the share of those with a low life satisfaction was 9 percentage points higher than in the population without activity limitations. In the case of persons with the poorest health (persons with coping difficulties), the share of those satisfied with their life was 20 percentage points lower among males and 18 percentage points lower among females, compared to the healthy population. This may refer to the fact that people adjust to their health condition and their expectations change with each next stage in their health status.

In conclusion, in the context of public health, disability is – similarly to social exclusion – increasingly viewed as one of the many factors causing deterioration in the health of the at-risk population (Krahn and Campbell 2011). It is difficult to explain the mechanisms behind health inequality in the disabled population because the direction of the connection between deteriorating health and presence of disabilities varies among persons with health-related limitations: health problems may cause the emergence of limitations, or existing limitations may contribute to deterioration in health and to the onset of new health problems (Horner-Johnson et al. 2013). Health status and social participation are output indicators in such analyses, with disability considered a dynamic phenomenon that changes over time.

The policies and measures should vary in line with the heterogeneity of the disabled population, considering the cause and duration of limitations and their impact on both objective and subjective health status. There are analyses of the differences in health status in the population as a whole, but there are no separate studies on the heterogeneity within the group of people with health-related limitations. In addition to the type, cause and duration of disabilities, equal attention should be given to the socio-demographic characteristics of this group. Such analyses require reference data, so that the heterogeneity in the disabled population could be compared to the heterogeneity in the healthy population. Comparative analysis helps to identify the selective mechanisms that determine inclusion in a specific group. Therefore, it is important to study persons with disabilities within the framework of existing representative surveys (which will provide the necessary reference data and context), by increasing the sample of the relevant population group.

**Märkide seletus*****Explanation of symbols***

- ... andmeid ei ole saadud või need on avaldamiseks ebakindlad / *data not available*
- .. mõiste ei ole rakendatav / *category not applicable*
- nähtust ei esinenud / *magnitude nil*
- x andmete avaldamist ei võimalda andmekaitse põhimõte / *data are confidential*
- 0/0,0 näitaja väärtus alla poole kasutatud mõõtühikust / *magnitude less than half of the unit employed*