

**TURU-
UURINGUTE
AS**

www.turu-uuringute.eu

2022

Elanikkonna hoolduskoormuse uuring



SOTSIAALMINISTEERIUM



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Sisukord

Sisukord	2
SISSEJUHATUS	4
UURINGU METOODIKA	7
1. Uuringu sihtrühm, valim ja küsitlustöö	7
2. Küsitlusvalimi kaalumine ja andmetöötlus	9
3. Tulemuste esitamine	11
LÜHENDID JA MÕISTED	12
UURINGU TULEMUSED	15
1. Hooldajate osakaal ja profiil	15
1.1. Hooldajate osakaal elanikkonnas	15
1.2. Hooldajate profiil	20
1.3. Hooldatavad	23
2. Hooldustegevuste sisu ja maht	24
2.1. Hooldustegevused ja neile kuluv aeg	24
2.2. Hooldajate liigitus hooldustegevuste sisu alusel	26
2.3. Hooldajate liigitus hooldamisele kuluva aja alusel	28
3. Tunnetatud hoolduskoormus	28
3.1. Enesehinnanguline hoolduskoormus	28
3.2. Prognoositav hoolduskoormuse muutumine tulevikus	31
4. Hooldamise mõju hooldaja igapäevaelule	33
4.1. Eluga rahulolu	33
4.2. Hooldamise mõju hooldaja igapäevaelule	35
4.3. Hooldamisest tingitud elukohavahetus	39
4.4. Hooldamise mõju suhetele lähedastega	39
5. Hooldamise mõju hooldaja palgatööle ja õpingutele	40
5.1. Tööhõive ja -koormus ning tööalane staatus	40
5.2. Ajutine mittetöötamine	44
5.3. Õppimine tasemeõppes	45
5.4. Hooldamise mõju tööle ja õpingutele	46
5.5. Mittetöötavate hooldajate valmidus töötada	49
6. Hooldamise mõju hooldaja füüsilisele ja vaimsele tervisele	54
6.1. Tervise enesehinnang	54
6.2. Muutused tervislikus seisundis	55
6.3. Kroonilised haigused, tegevuspiirangud ja puuded	56
6.4. Terviseiga seotud abivahendite kasutamine	58
6.5. Üleväsimuse ja depressioonisümptomite kogemine	59
7. Hooldamisega kaasnevad kulud	63
7.1. Hooldamise mõju sissetulekutele	64
7.2. Hooldamise mõju majanduslikule toimetulekule	65

7.3.	Hooldamisega seoses tehtavad rahalised kulutused	67
7.4.	Hooldamise materiaalne kompensatsioon	68
8.	Abi ja teenuste kasutamine hooldamisel	70
8.1.	Hooldajate mitteformaalne tugivõrgustik	71
8.2.	Kuulumine tugigruppidesse	72
8.3.	Tasuta abi kasutamise võimalused	73
8.4.	Tasuliste hooldusteenuste/abi kasutamine	74
9.	Abi- ja infovajadused	77
9.1.	Täiendava abi vajadus	77
9.2.	Huvi tasuliste hooldusteenuste kasutamise suhtes.....	82
9.3.	Infovajadused	84
10.	Suure hoolduskoormuse ja abivajadusega riskirühmad	86
10.1.	Riskirühmade määratlus	86
10.2.	Riskirühmadesse kuulumine	87
10.3.	Riskirühmade profiilid	90
11.	Elanike eelistused pikaajalise hoolduse osas ning suhtumine hoolduskindlustuse loomisesse	96
11.1.	Elanike eelistused pikaajalise hoolduse osas	96
11.2.	Tulevikuks valmistumine	98
11.3.	Suhtumine hoolduskindlustuse loomisesse	100
	UURINGU PEAMISTE TULEMUSTE KOKKUVÕTE	102
	JÄRELDUSED JA SOOVITUSED	109
	SUMMARY OF THE MAIN FINDINGS OF THE STUDY	117
	CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	123
	KASUTATUD KIRJANDUS	131

Lisa 1. Küsitlusankeet

Lisa 2. Klaster- ja regressioonanalüüsi tabelid

Esikaane foto: Azgan Mjeshtri/ Unsplash

SISSEJUHATUS

Eesti on vananeva rahvastikuga riik. Kuigi rahvaarvu vähenemine on viimastel aastatel peatunud¹, on 65-aastaste ja eakamate inimeste osakaal rahvastikus stabiilses kasvutrendis: kui veel aastal 2007 moodustas antud vanuserühm 17,3% kogu rahvastikust, siis 2021. aasta alguses oli vastav osakaal tõusnud 20,3%-ni ning aastaks 2035 prognoositakse pensioniealiste osakaalu suurenemist 25,1%-ni.²

Rahvastiku vananemine pole Eestile ainuomane trend: aastatel 2001–2020 oli sama suundumus täheldatav ka kõigis teistes Euroopa Liidu liikmesriikides.³ Samas on Eesti rahvastiku tervisenäitajad Euroopa Liidu keskmisest madalamad – võrreldes ELi keskmisega on Eestis väiksem nii inimeste oodatav eluiga sünnihetkel⁴ kui tervena elatud aastate arv.⁵ Viimase 15 aasta jooksul on vähemalt 16-aastaste Eesti elanike seas suurenenud pikaajaliste haigustega inimeste osakaal (2007. ja 2021. aasta võrdluses 40,2%-lt 47,3%-le).⁶ Samuti on suurenenud ametliku puude raskusastmega (edaspidi – puudega) inimeste osakaal, ning seda ka nooremates vanuserühmades: 2007. ja 2021. aasta võrdluses on puudega inimeste osakaal kogu elanikkonnas suurenenud 8,6%-lt 11,0%-le, sealjuures alla 16-aastaste seas 2,7%-lt 4,0%-le, 16–62-aastaste seas 4,5%-lt 7,8%-ni ning 63-aastaste ja eakamate seas 26,4%-lt 27,5%-le.⁷

Eesti elanikkonna vananemine ja halvenevad tervisenäitajad tähendavad pikaajalist hooldust vajavate inimeste osakaalu suurenemist rahvastikus, ning seda ka nooremates vanuserühmades. 2020. aastal läbi viidud „Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuringu“ järgi kasutas 17% vähemalt 16-aastastest elanikest terviseprobleemi või tegevuspiirangu tõttu lähedaste-tuttavate kõrvalabi või ametlikke (hooldus)teenuseid, sealjuures 14% kasutas ainult lähedaste-tuttavate kõrvalabi, 1% ainult

¹ Statistikaameti veebiandmebaas, tabel RV021: RAHVASTIK, 1. JAANUAR | Sugu, Aasta ning Vanuserühm. Andmeid vaadatud 18.04.2022.

² Riigikantselei ja Rahandusministeeriumi taustamaterjal EESTI 2035 valdkondlikele tööühmadele.

³ Eurostati andmetel suurenes aastatel 2001–2020 vähemalt 65-aastaste osatähtsus kõigis EL liikmesriikides, sealjuures suurim oli antud vanuserühma osatähtsuse kasv Soomes.

⁴ Eurostati andmetel oli 2019. aastal ELi naiste oodatav eluiga sünnihetkel 84,0 ja meestel 78,5 aastat, Eestis aga naistel 82,7 ja meestel 74,2 aastat.

⁵ ESA 2020. aasta andmetel elavad Eestis mehed tervena keskmiselt 55,5 ja naised 59,5 eluaastat. Eurostati andmetel olid Euroopas keskmiselt 2019. aastal vastavad näitajad meestel 64,2 ja naistel 65,1 aastat. Enam kui pool enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastatest Eestis tuleneb riskiteguritest või riskikäitumisest, sh tootumise ja uimastite (sh alkoholi ja tubaka) tarvitamisega seotud riskidest (Allikas: Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030).

⁶ Statistikaameti veebiandmebaas, tabel TH87: 16-AASTASTE JA VANEMATE PIKAAJALISE HAIGUSE OLEMASOLU | Aasta, Elukoht ning Haiguse olemasolu. Andmeid vaadatud 04.05.2022.

⁷ Statistikaameti veebiandmebaas, tabel THV23: PUUDEGA INIMESED VANUSERÜHMA, SOO JA MAAKONNA JÄRGI, 1. JAANUAR | Aasta, Maakond, Vanuserühm ning Sugu. Andmeid vaadatud 18.04.2022.

ametlikke teenuseid ning 2% nii lähedaste-tuttavate kõrvalabi kui ametlikke teenuseid. Eelnevast nähtub, et suur osa hoolduskoormusest lasub hooldatava lähedastel või tuttavatel (omastehooldajatel – edaspidi ka lühidalt – hooldajatel). Probleemiks on siinkohal omastehooldajate ebaproportsionaalselt suur hoolduskoormus, ebapiisavad sotsiaalsed garantiid (sh hooldajatoetuse suurus ning selle maksmise ebaühtlane praktika) ning hooldusteenuste halb kättesaadavus (nt koduteenuste osas ületab tegelik nõudlus teenuste pakkumist ligi seitsmekordselt).⁸

Pikaajalise hoolduse süsteemi jätkusuutlikkuse tagamine eeldab valdkonna reformimist ning omastehooldajate koormuse vähendamist. 2015. aastal moodustati Riigikantselei juurde hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm ülesandega kaardistada üleriigiliselt lähedaste hooldamisega seotud probleemid ning töötada välja inimeste vajadustest lähtuvad lahendused. 2020. a alguses esitas Sotsiaalministeerium Vabariigi Valitsusele kolm alternatiivset mudelit pikaajalise hoolduse ja erivajadusega inimeste elukaare põhiste teenuste korraldamiseks koos praeguse süsteemi muudatusettepanekutega. Üks esmaseid eesmärgi on toetada kõrvalabi vajavaid inimesi teenustega, mis võimaldaksid neil võimalikult kaua oma kodus elada ning nende teenuste kaasabil n-ö iseseisvalt hakkama saada.⁹ Teisalt on eesmärgiks hakata seeläbi vähendama ka hooldajate hoolduskoormust, parandada töö- ja pereelu ühitamist, tööturul osalemise võimalust ning selle kõige läbi toetada elanikkonna vaimset ja füüsilist tervist ning heaolu. 2022. aastal jõustusid ka esimesed reformiga seotud seadusemuudatused, mis hõlmasid muuhulgas abimeetmete pakkumisel kodus elamist toetavate teenuste osutamise eelistamist, pikaajalise hoolduse mõiste legaliseerimist, hoolduskoormusega inimeste toetusvajaduse hindamise kohustust ja teise astme ülalpidajate ülalpidamiskohustusest vabastamist.

Käesolev uuring on sisendiks jätkusuutliku pikaajalise hoolduse süsteemi loomise ning hoolduskoormuse vähendamise kava poliitikameetmete edasiseks planeerimiseks. Kuigi omastehoolduse teemat on käsitletud ka teistes uuringutes (millest üks mahukaimaid on 2017. aastal valminud Maailmapanga uuring „Hoolduskoormuse vähendamine Eestis“), puudusid seni ülevaatlilikud ning piisavalt detailsed andmed sellest, kui paljusid inimesi Eestis hooldamine puudutab, milliseid tegevusi hooldamine kätkeb ning milline on hooldamise mõju hooldajate elukvaliteedile, sh majanduslikule heaolule, tööelule, peresuhetele ning füüsilisele ja vaimsele tervisele. Selleks, et saada terviklik ülevaade hooldajate olukorrast ning abivajadustest, viidi 2022. aasta kevadel läbi mahukas uuring, mille raames küsitleti üle Eesti 5607 vähemalt 16-aastast elanikku. Uuringu viis Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi Turu-uuringute AS. Uuringu läbiviimist kaasrahastas Euroopa Sotsiaalfond.

⁸ World Bank Group (2017).

⁹ Tarum, H., Kupper, K. (2019).

Täpsemalt puudutas uuring järgnevaid teemasid:

1. Hooldajate osakaal Eesti elanikkonnas ja profiil;
2. Hooldustegevuste sisu ja maht;
3. Tunnetatud hoolduskoormus ning prognoositav hoolduskoormuse muutumine tulevikus;
4. Hooldamise mõju hooldaja igapäevaelule, sh suhetele lähedastega, tööelule ja õpingutele, sissetulekutele ning vaimsele ja füüsilisele tervisele;
5. Abi ja teenuste kasutamine hoolduskoormuse vähendamiseks;
6. Vajadus täiendava abi järele ning infovajadused;
7. Suure hoolduskoormuse ja abivajadusega riskirühmad;
8. Elanike eelistused pikaajalise hoolduse osas ning suhtumine hoolduskindlustuse loomisesse.

Uuringu viisid läbi:

Turu-uuringute AS

- | | |
|---|-------------------|
| • Projekti juhtimine, ankeedi koostamine ja analüüs: | Vaike Vainu |
| • Venekeelsed tõlked, programmeerimine ja andmetöötlus: | Irina Strapatsjuk |
| • Küsitlustöö juhtimine ja ingliskeelsed tõlked: | Kaja Södor |
| • Küsitlustöö juhtimine: | Angelina Oblikas |
| | Kristel Merusk |
| • Avatud vastuste kodeerimine ja raporti toimetamine: | Hella Kaldaru |

Sotsiaalministeerium

- | | |
|---|--------------------------------|
| • Projekti juhtimine: | Tiina Linno |
| • Ankeedi koostamine, konsultatsioonid: | Hoolekande osakond |
| | Analüüsi ja statistika osakond |

Uuringu läbiviijad soovivad tänada kõiki uuringus osalenuid kaasa rääkimast – ilma teie panuseta poleks uuring teoks saanud!

UURINGU METOODIKA

1. Uuringu sihtrühm, valim ja küsitlustöö

Küsitlusuuringu sihtrühmaks olid vähemalt 16-aastased Eesti elanikud (Eesti Statistikaameti andmetel 1. jaanuari 2022 seisuga 1 099 644 inimest¹⁰). Planeeritud valimi suurus oli 5000 vastajat, tegelik lõppvalimi suurus aga 5607 vastajat. Hoolduskoormusega inimesi (hooldajaid) sattus küsitlusvalimisse 861 (nende osakaal valimis oli seega 15%). Sellise valimi suuruse korral on kogu valimi tulemuste üldistamisel kõigile vähemalt 16-aastastele Eesti elanikele maksimaalne valimiviga 95% usaldusnivool 1,3%, hoolduskoormusega vastajate tulemuste üldistamisel aga 3,3% (vt Tabel 1).

Tabel 1. Veapiiri tabel (usaldusnivoo 95%)

Valimi suurus	Vastuste proportsioon valimis											
	50%	48% või 52%	40% või 60%	35% või 65%	30% või 70%	25% või 75%	20% või 80%	15% või 85%	10% või 90%	5% või 95%	3% või 97%	2% või 98%
10	31.0%	31.0%	30.4%	29.6%	28.4%	26.8%	24.8%	22.1%	18.6%	13.5%	10.6%	8.7%
20	21.9%	21.9%	21.5%	20.9%	20.1%	19.0%	17.5%	15.6%	13.1%	9.6%	7.5%	6.1%
30	17.9%	17.9%	17.5%	17.1%	16.4%	15.5%	14.3%	12.8%	10.7%	7.8%	6.1%	5.0%
40	15.5%	15.5%	15.2%	14.8%	14.2%	13.4%	12.4%	11.1%	9.3%	6.8%	5.3%	4.3%
50	13.9%	13.9%	13.6%	13.2%	12.7%	12.0%	11.1%	9.9%	8.3%	6.0%	4.7%	3.9%
60	12.7%	12.6%	12.4%	12.1%	11.6%	11.0%	10.1%	9.0%	7.6%	5.5%	4.3%	3.5%
70	11.7%	11.7%	11.5%	11.2%	10.7%	10.1%	9.4%	8.4%	7.0%	5.1%	4.0%	3.3%
80	11.0%	11.0%	10.7%	10.5%	10.0%	9.5%	8.8%	7.8%	6.6%	4.8%	3.7%	3.1%
90	10.3%	10.3%	10.1%	9.9%	9.5%	8.9%	8.3%	7.4%	6.2%	4.5%	3.5%	2.9%
100	9.8%	9.8%	9.6%	9.3%	9.0%	8.5%	7.8%	7.0%	5.9%	4.3%	3.3%	2.7%
110	9.3%	9.3%	9.2%	8.9%	8.6%	8.1%	7.5%	6.7%	5.6%	4.1%	3.2%	2.6%
120	8.9%	8.9%	8.8%	8.5%	8.2%	7.7%	7.2%	6.4%	5.4%	3.9%	3.1%	2.5%
130	8.6%	8.6%	8.4%	8.2%	7.9%	7.4%	6.9%	6.1%	5.2%	3.7%	2.9%	2.4%
150	8.0%	8.0%	7.8%	7.6%	7.3%	6.9%	6.4%	5.7%	4.8%	3.5%	2.7%	2.2%
200	6.9%	6.9%	6.8%	6.6%	6.4%	6.0%	5.5%	4.9%	4.2%	3.0%	2.4%	1.9%
500	4.4%	4.4%	4.3%	4.2%	4.0%	3.8%	3.5%	3.1%	2.6%	1.9%	1.5%	1.2%
700	3.7%	3.7%	3.6%	3.5%	3.4%	3.2%	3.0%	2.6%	2.2%	1.6%	1.3%	1.0%
1000	3.1%	3.1%	3.0%	3.0%	2.8%	2.7%	2.5%	2.2%	1.9%	1.4%	1.1%	0.9%
2,000	2.2%	2.2%	2.1%	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.6%	1.3%	1.0%	0.8%	0.6%
3,000	1.8%	1.8%	1.8%	1.7%	1.6%	1.6%	1.4%	1.3%	1.1%	0.8%	0.6%	0.5%
4,000	1.6%	1.6%	1.5%	1.5%	1.4%	1.3%	1.2%	1.1%	0.9%	0.7%	0.5%	0.4%
5,000	1.4%	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.8%	0.6%	0.5%	0.4%
5,600	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.1%	1.0%	0.9%	0.8%	0.6%	0.5%	0.4%

¹⁰ Statistikaameti veebiandmebaas, tabel RV0212: RAHVASTIK | Aasta, Vanus, Näitaja ning Sugu. Andmeid vaadatud 27.06.2022.

Valim moodustati proportsionaalsena Eesti täisealise (16+) elanikkonna suhtes vastajate soo, vanuse, rahvuse, regiooni (NUTS III) ning asulatüübi lõikes. Andmekogumine toimus veebi- ja telefoniküsitluse kombineeritud meetodil ning küsitlus kestis 11.04–17.05.2022.

Veebiküsitluseks kasutati Turu-uuringute AS-i veebipaneeli, kust moodustati valim stratifitseeritud juhuvaljavõttuga (soo, vanuse, rahvuse ja regiooni alusel määratletud kihtidest). Valimisse võetud isikutele saadeti kutse uuringus osalemiseks e-kirjana, mis sisaldas linki küsitluskeskkonda ankeedi veebipõhiseks täitmiseks. Kõik lingid olid unikaalsed, mis välistas ankeedi mitmekordset täitmist sama vastaja poolt. Neile, kes määratud ajaks ankeeti ei täitnud, saadeti kuni kaks meeldetuletuskirja.

Telefoniküsitlusega kompenseeriti veebiküsitluses alatäitunud rühmi, nt 80-aastaseid ja eakamaid, alla 30-aastaseid, mitte-eestlasi ja meesterahvaid. Telefoniküsitluseks kasutati juhuvalikuga genereeritud telefoninumbrate baasi.

Veebiküsitluse etapp kestis 11.04–28.04 ning veebis täitis ankeedi 4991 vastajat (millest 9 hiljem kustutati, seega kaasati analüüsi 4982 veebiankeeti). Telefoniküsitlus kestis 13.04–17.05 ning kokku küsitleti 625 vastajat. Seega osales küsitluses kokku 5616 inimest. Intervjuu mediaanpikkus oli 14 minutit (hoolduskoormuseta vastajatel 13 minutit ja hoolduskoormusega vastajatel 30 minutit). Andmefailist kustutati 9 veebiankeeti, mille puhul ankeedi täitmise aeg jäi alla kriitilise piiri (4 min). Seega kaasati analüüsi 5607 ankeeti.

Ülevaade küsitlustööst on toodud tabelis 2.

Tabel 2. Ülevaade küsitlustööst

Valim	Arv
Veebiküsitlus (11.04–28.04.2021)	
Täitis ankeedi veebis	4991
Jättis ankeedi pooleli	589
Telefoniküsitlus (13.04–17.05.2021)	
Kasutatud numbreid	8988
Viidi läbi intervjuu	625
Katkestatud intervjuu	53
Keeldus	1199
Ei kuulu sihtrühma	3754
Ei saadud kontakti	2976
Muu intervjuu mittetoimumise põhjus	381
Kokku läbiviidud intervjuusid	5616
Ankeet kustutatud andmete puhastamise käigus	9
Kokku analüüsi kaasatud ankeete	5607

2. Küsitlusvalimi kaalumine ja andmetöötlus

Peale küsitlustööde lõppemist kaaluti lõppvalim proportsionaalseks üldkogumi mudelile. Üldkogumi proportsioonide määramisel võeti aluseks ESA statistilised andmed vähemalt 16-aastaste Eesti elanike kohta (seisuga 01.01.2020). Kaalumise aluseks olid järgnevad tunnused:

- Sugu (mees, naine) ja vanuserühmad (16–19 a, 20–29 a, 30–39 a, 40–49 a, 50–59 a, 60–69 a, 70–79 a, 80+ a) – kokku 16 gruppi;
- Regioon (Tallinn, Kirde-Eesti, muu Eesti) ja rahvus (eestlane, muu rahvus) – kokku 6 gruppi;
- Maakond (15 maakonda + Tallinn ning selle linnaosad eraldivõetuna) – kokku 23 gruppi;
- Regioon (Põhja-Eesti, Lääne-Eesti, Kesk-Eesti, Kirde-Eesti, Lõuna-Eesti) ja asulatüüp (pealinn, muu linnaline asula, maaline asula) – kokku 11 gruppi;
- Haridus (alg- või põhiharidus; kesk-, kutse- või kesk-eriharidus; kõrgharidus) – 3 gruppi.

Kaalumise läbi korrigeeriti eelkõige valimi jagunemist rahvuse ja hariduse alusel. Üldkogumi ning kaalutud ja kaalumata valimi jagunemine on toodud tabelites 3 ja 4:

Tabel 3. Üldkogumi, kaalutud ja kaalumata valimi jagunemine (1)

	Üldkogum (01.01.2020)	Kaalumata valim	Kaalutud valim
SUGU			
Mees	46,4%	42,3%	46,4%
Naine	53,6%	57,7%	53,6%
VANUS			
16-19 a.	4,6%	2,8%	4,6%
20-29 a.	12,5%	11,8%	12,5%
30-39 a.	18,0%	14,9%	18,0%
40-49 a.	16,6%	15,4%	16,6%
50-59 a.	15,6%	15,5%	15,6%
60-69 a.	15,1%	18,3%	15,1%
70-79 a.	10,3%	16,5%	10,3%
80+ a.	7,2%	4,9%	7,2%
RAHVUS			
Eestlane	68,0%	75,0%	68,0%
Muu rahvus	32,0%	25,0%	32,0%
HARIDUS			
Alg- või põhiharidus	12,5%	4,8%	12,5%
Kutse-, kesk-, keskeriharidus	60,4%	55,4%	60,4%
Kõrgharidus	27,1%	39,8%	27,1%

Tabel 4, Üldkogumi, kaalutud ja kaalumata valimi jagunemine (2)

	Üldkogum (01.01.2020)	Kaalumata valim	Kaalutud valim
MAAKOND (+ TALLINN)			
Tallinn	33,2%	35,2%	33,2%
Harjumaa	12,1%	12,3%	12,1%
Hiiumaa	0,8%	0,9%	0,8%
Ida-Virumaa	10,4%	10,1%	10,4%
Jõgevamaa	2,2%	1,7%	2,2%
Järvamaa	2,3%	3,2%	2,3%
Läänemaa	1,5%	1,6%	1,6%
Lääne-Virumaa	4,4%	4,2%	4,4%
Põlvamaa	1,9%	1,6%	1,9%
Pärnumaa	6,5%	5,6%	6,5%
Raplamaa	2,5%	2,5%	2,5%
Saaremaa	2,6%	1,9%	2,6%
Tartumaa	11,3%	11,3%	11,3%
Valgamaa	2,2%	1,4%	2,2%
Viljandimaa	3,5%	4,2%	3,5%
Võrumaa	2,7%	2,4%	2,7%
REGIOON			
Põhja- Eesti	45,3%	47,6%	45,3%
Lääne-Eesti	11,4%	9,9%	11,4%
Kesk-Eesti	9,2%	9,8%	9,2%
Kirde-Eesti	10,4%	10,1%	10,4%
Lõuna-Eesti	23,8%	22,6%	23,8%
ASULATÜÜP			
Pealinn	33,2%	35,2%	33,2%
Muu linnaline	36,8%	38,8%	36,8%
Maaline	30,1%	26,0%	30,1%
TALLINNA LINNAOSA			
Haabersti/Õismäe	3,5%	4,3%	3,5%
Kesklinn	4,5%	5,2%	4,5%
Kristiine	2,5%	2,9%	2,5%
Lasnamäe	8,9%	7,3%	8,9%
Mustamäe	5,1%	6,1%	5,1%
Nõmme	2,8%	2,8%	2,8%
Pirita/Merivälja	1,4%	1,3%	1,4%
Põhja-Tallinn	4,5%	5,3%	4,5%

3. Tulemuste esitamine

Raporti joonistel, tabelites ning tekstis esitatud tulemused põhinevad uuringu (küsitluse) andmetel. Joonistel ning tabelites esitatud andmed on ümardatud (enamasti pole esitatud komakohtadega arve), mistõttu ei pruugi ridade ning veergude summa alati tulemuseks anda täpselt 100%.

Joonistele, kus uuringu tulemused on esitatud maakondliku võrdlusena Eesti kaardil, on lisatud ka tabelid, kus on ära märgitud maakondlike näitajate erinevused Eesti keskmisest tulemusest. Neis tabelites on sinise värviga tähistatud Eesti keskmisest oluliselt kõrgemad ning punase värviga Eesti keskmisest oluliselt madalamad tulemused (statistiliselt olulised erinevused 95% usaldusnivool).

Teemade juures, kus on esitatud hooldustegevuste osutamise maht (tundides) või hooldamisele tehtud kulutused (eurodes), on tulemuste esitamiseks kasutatud mediaani, mitte aritmeetilist keskmist. Äärmiselt suur hoolduskoormus ning suured hoolduskulud on väikesel osal hooldajatest, samas kui valdaval osal on hoolduskoormus ning kulud väiksemad. Kuna aritmeetiline keskmine on tundlik ekstreemsetelt suurte (või väikeste väärtuste) suhtes, mediaan aga on (üksikute) ekstreemsete väärtuste poolt vähem mõjutatud, sobib mediaan siin tulemuste esitamiseks paremini.

Tekstis ning jooniste ja tabelite päisetes viidatud valimi suurused (vastajate arvud) põhinevad kaalumata andmetel, et anda realistlik ülevaade sellest, kui paljud valimiisikud antud teema kohta hinnangu andsid. Kõik muud tulemused (protsentjaotused, mediaanväärtused, hinnangud sihtrühmade arvulistele suurustele üldkogumis) põhinevad kaalutud andmetel.

LÜHENDID JA MÕISTED

LÜHENDID

ESA – Eesti Statistikaamet

HARIDUSE KLASSIFIKAATOR

1. taseme haridus – siia alla liigitub: ilma alghariduseta, algharidus, kutseharidus põhihariduseta või põhihariduse baasil
2. taseme haridus – siia alla liigitub: üldkeskharidus (keskkool või gümnaasium), kutsekeskharidus (sh keskeri- või tehnikumiharidus) põhihariduse baasil, kutsekeskharidus või kutseõpe keskhariduse baasil
3. taseme haridus – siia alla liigitub: keskeri- või tehnikumiharidus keskhariduse baasil, rakendus- või kutsekõrgharidus, diplomiõpe, bakalaureuse-, magistri- või doktorikraad või nendega võrdsustatud haridus

REGIOONIDE KLASSIFIKAATOR JA MÕISTED

Maakondade ja asulatüüpide määratlemisel lähtuti haldusreformi-järgsest jaotusest. Maakonnad on koondatud viieks regiooniks lähtuvalt territoriaalse liigendussüsteemi NUTS III taseme jaotusest:

- (1) Põhja-Eesti: Harju maakond
- (2) Lääne-Eesti: Hiiu maakond, Lääne maakond, Pärnu maakond ja Saare maakond
- (3) Kesk-Eesti: Järva maakond, Lääne-Viru maakond ja Rapla maakond
- (4) Kirde-Eesti: Ida-Viru maakond
- (5) Lõuna-Eesti: Jõgeva maakond, Põlva maakond, Tartu maakond, Valga maakond, Viljandi maakond ja Võru maakond

Linnaline asula – linn, vallasisene linn või alev

Maa-asula – alevik või küla

MÕISTED

Ainult leibkonnas hooldaja – inimene, kes hooldab oma leibkonnaliiget/liikmeid, kuid mitte väljaspool leibkonda elavaid inimesi (vt ka Hooldaja)

Ainult väljaspool leibkonda hooldaja – inimene, kes hooldab väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi, kuid mitte oma leibkonnaliikmeid (vt ka Hooldaja)

Elanikud (ka elanikkond) – käesoleva uuringu sihtrühm ehk Eesti 16-aastased ja vanemad elanikud

Hooldaja – inimene, kes hooldab mõnda oma leibkonnaliiget või väljaspool leibkonda elavat inimest ning teeb seda väljaspool oma kutse- ja ametlikku tööd (ehk ei saa selle eest palka)

Hooldamine – igasugune abi osutamine, mis on tingitud hooldatava puudest, pikaajalisest füüsilise või vaimse tervise probleemist või kõrgest vanusest, millest tulenevalt on tema igapäevane toimetulek ja tegevused piiratud. Hooldamine võib hõlmata erinevaid tegevusi, nt hooldatavale toidu valmistamist, tema eluruumide koristamist, hooldatava abistamist rahaasjade korraldamisel, suhtlemisel asutuste ja spetsialistidega, dokumentatsiooniga tegelemisel, teenuste korraldamisel, mõnda uude kohta minekul, hooldatava transportimist poodi või arsti juurde, abistamist hügieenitoimingute tegemisel (riietumine, pesemine, tualetis käimine) või kodus liikumisel (nt voodist tõusmisel), samuti emotsionaalse toe pakkumist. Lastel puhul ei lähe arvesse tavapärane eakohane lapsehoid, vaid terviseprobleemi või puude tõttu lapse lisahooldus või abistamine

Hooldusvajadus – kõrvalabi vajadus, mis tuleneb inimese puudest, pikaajalisest füüsilise või vaimse tervise probleemist või kõrgest vanusest, mis ei võimalda tal iseseisvalt hakkama saada

Leibkond - põhiliselt ühel aadressil elavate isikute rühm, kellel ei ole mujal püsivat elukohta, kes kasutab ühiseid rahalisi või toiduressursse ning jagab kulusid. Leibkonnaliikmete hulka loetakse ka alla 18-a lapsed, kes elavad vaheldumisi ka teise vanema leibkonnas, ning ajutiselt eemal viibivad leibkonnaliikmed, kel on leibkonnaga säilinud majanduslikud sidemed ja eemalviibimine on lühem kui 6 kuud või kelle näol on tegemist õpingute tõttu eemal viibiva lapse või töö tõttu eemal viibiva abikaasa või elukaaslasega

Leibkonnas hooldaja – inimene, kes hooldab oma leibkonnaliiget/liikmeid

Mittehooldaja – inimene, kes ei hoolda kedagi ei oma leibkonnas ega ka väljaspool leibkonda

Puue – pikaajaline füüsiline, vaimne, intellektuaalne või meeleline kahjustus, mis võib koostoimel erinevate takistustega tõkestada inimese täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel. Puuet tuvastab Eestis Sotsiaalkindlustusamet ning selle määramisel eristatakse kolme raskusastet: keskmine, raske ja sügav puue. Puue,

vähenenud töövõime (või töövõimekadu) ning (enesehinnanguline) tegevuspiirang ei ole samad mõisted

Tööealine rahvastik – käesolevas uuringus inimesed vanuses 16–64 aastat

Töövõimekadu – püsiv töövõimetus nn vanas süsteemis (enne 2016. a), mida hinnati Sotsiaalkindlustusameti poolt skaalal 10%...100%

Vähenenud töövõime – püsiv töövõimetus nn uues töövõime hindamise süsteemis: alates 2016. a hindab isikute töövõimet Töötukassa. Vähenenud töövõime puhul eristatakse kahte taset: osaline või puuduv töövõime

Väljaspool leibkonda hooldaja – inimene, kes hooldab väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi

UURINGU TULEMUSED

1. Hooldajate osakaal ja profiil

Siinses peatükis antakse ülevaade sellest, kui paljud elanikest hooldamisega tegelevad, millistes elanikkonnarühmades on hooldajate osakaal suurim, milline on hooldajate ja mittehooldajate sotsiaal-demograafiline profiil ning keda hooldatakse (kas leibkonnaliiget või väljaspool leibkonda elavat inimest, kui palju on hooldatavaid ning mis nende vanused).

1.1. Hooldajate osakaal elanikkonnas

Tulenevalt meetodikate erinevusest¹¹ on varasemad uuringud hoolduskoormusega inimeste arvu näidanud erinevalt – näiteks Euroopa Sotsiaaluuringu andmetel moodustasid hoolduskoormusega inimesed 2016. aastal Eestis vähemalt 16-aastastest elanikest 6%, kuid samal aastal läbi viidud Euroopa elukvaliteedi uuringu andmetel oli hooldajaid vähemalt 18-aastaste elanike seas 15% (lähemalt on nende erinevuste põhjusi selgitatud peatükis Järeldused ja soovitused).

Käesoleva küsitlusuuringu andmetel tegeleb mõne teise inimese hooldamisega 15% vähemalt 16-aastastest Eesti elanikest. Arvuliselt jääb hooldamisega tegelevate inimeste arv Eestis 95% tõenäosusega vahemikku 159 500–180 300 inimest. Lähtuvalt sellest, kas hooldatavaks on leibkonnaliige või väljaspool leibkonda elav inimene, saab hooldajad jagada kolme gruppi:

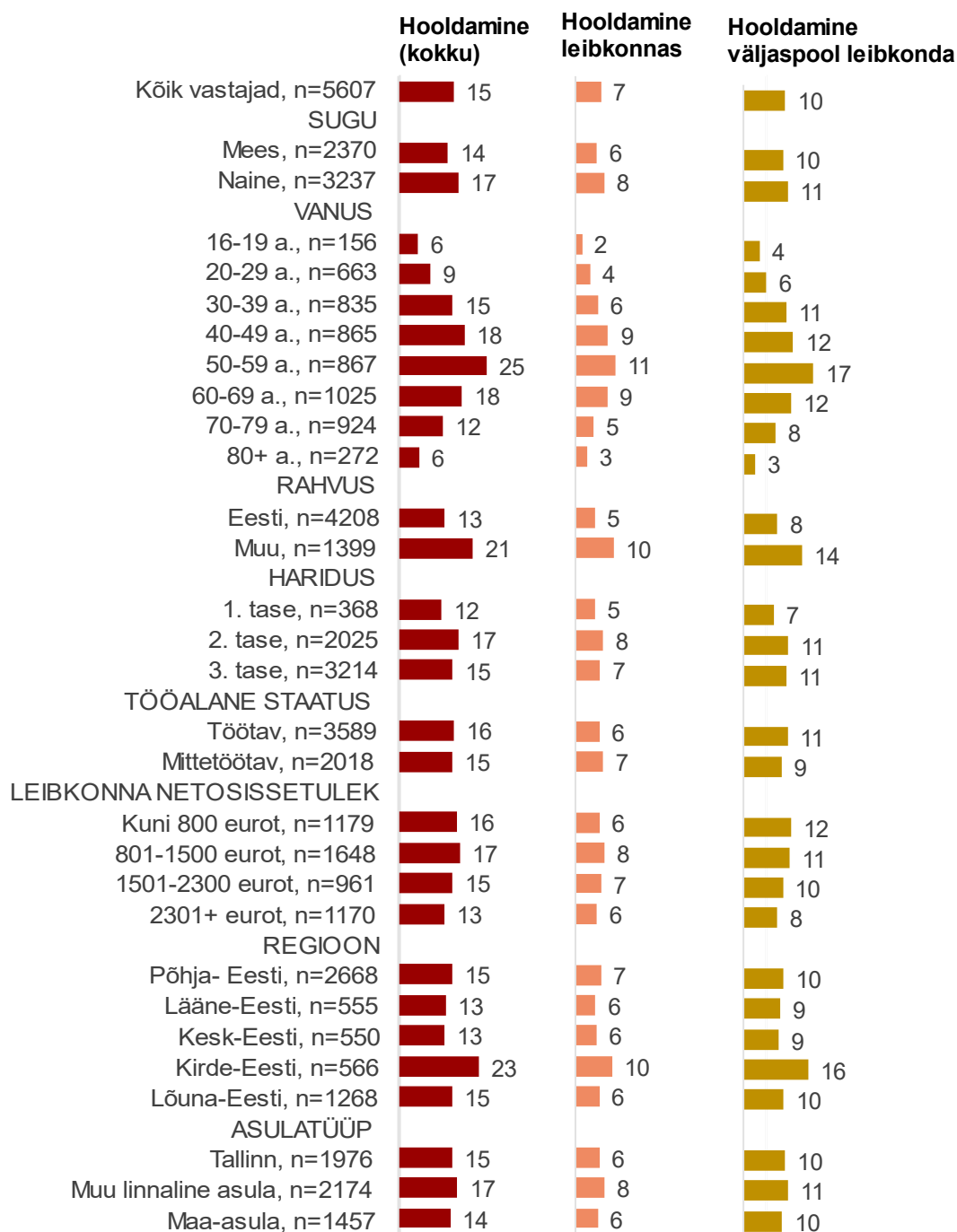
1. Hooldab nii leibkonnaliiget/liikmeid kui väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi – 2% elanikest (arvuliselt 95%-lise tõenäosusega 14 700 – 22 100 inimest)
2. Hooldab ainult leibkonnaliiget/liikmeid – 5% elanikest (arvuliselt 50 300 – 63 000 inimest)
3. Hooldab ainult väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi – 9% elanikest (arvuliselt 86 600 – 102 700 inimest).¹²

¹¹ Varasemates hoolduskoormust käsitlevates uuringutes on uuringute sihtrühmade vanusepiirid ning hooldamise definitsioonid olnud erinevad.

¹² Edasises analüüsis on hooldajaid enamasti vaadeldud kahes lõikes: a) leibkonnas hooldajad (sisaldab ka neid, kes hooldavad nii leibkonnas kui väljaspool korraga, st siinsed grupid 1 ja 2) ning b) ainult väljaspool leibkonda hooldajad (grupp 3). Hooldajaid kes hooldavad samaaegselt nii leibkonnas kui väljaspool leibkonda, eraldi grupina eristatud ei ole – seda tulenevalt nii grupi väiksusest (võrreldes ainult leibkonnas ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatega on nende puhul tulemuste üldistamisel veapiirid oluliselt suuremad, mistõttu statistiliselt oluliseks osutuvad nende puhul ainult need erinevused, mis on arvuliselt väga suured) kui ka sellest, et oma karakteristikutelt (nt tunnetatud hoolduskoormus) on nad pigem sarnased ainult leibkonnas hooldajatele.

Kokkuvõttes on oma leibkonnaliikme hooldajaid vähemalt 16-aastaste elanike seas 7% (68 000 – 82 500 inimest) ning väljaspool leibkonda hooldajaid 10% (104 500 – 121 900 inimest). Joonisel 1 on esitatud nii kõigi hooldajate kui kõigi leibkonnas hooldajate ja kõigi väljaspool leibkonda hooldajate osakaalud elanikkonnarühmades.

Joonis 1. Hooldajate osakaal elanikkonnas (%) (*n=5607, kõik vastajad*)



Naiste seas on hooldajate osakaal pisut kõrgem kui meeste seas (vastavalt 17% ja 14%). Vanuserühmade võrdluses on hooldajate osakaal suurim keskmistes vanuserühmades, sealjuures kõrgeim on see vanuserühmas 50–59, kus hooldamisega tegeleb neljandik selles vanuses inimestest. Kuna enamikul juhtudest on hooldatava näol tegu vanemaealise inimesega (vt Ptk 1.3), joonistub selgelt välja seos hoolduskohustuste olemasolu ja (hooldaja) vanuse vahel – suurim on hooldajate osakaal nendes vanuserühmades, kus inimese vanemad on tõenäoliselt jõudnud (hilisesse) pensioniikka, madalaim aga 16–29-aastaste ning 70-aastaste ja eakamate seas.

Eestlastest tegeleb hooldamisega 13% ja muudest rahvustest elanikest 21%, sealjuures on muudest rahvustest elanike seas keskmisest kõrgem nii leibkonnas hooldajate kui väljaspool leibkonda hooldajate osakaal.

Töötavate ja mittetöötavate inimeste võrdluses hooldajate osakaal ei erine – töötavatest inimestest tegeleb hooldamisega 16% (sh 15% täiskoormusega töötajatest ja 17% osalise koormusega töötajatest) ja mittetöötajatest 15%. Sissetulekurühmade võrdluses on hooldajate osakaal keskmisest pisut madalam kõrgeima sissetulekuga rühmas ehk inimeste seas, kelle leibkonna kuine netosissetulek ületab 2300 eurot kuus (13%).

Regioonide võrdluses on hooldajate osakaal elanikkonnas kõrgeim Kirde-Eestis (23%), ülejäänud regioonides jääb vastav osakaal 13–15% juurde. Linna- ja maaelanikkonnas on hooldajate osakaal sarnane (linnas 16% ja maal 14%).

Maakonniti¹³ on hooldajate osakaal suurim Ida-Viru maakonnas (23%). Ka Hiiu maakonnas on hooldajate osakaal küsitluse andmetel sama kõrge (ehk 23%), kuid tulenevalt valimi väiksusest selles maakonnas (49 vastajat) pole Hiiumaa näitaja erinevus koguvalimi keskmisest statistiliselt oluline. Madalaim on hooldajate osakaal Jõgevamaal (7%) (Joonis 2).

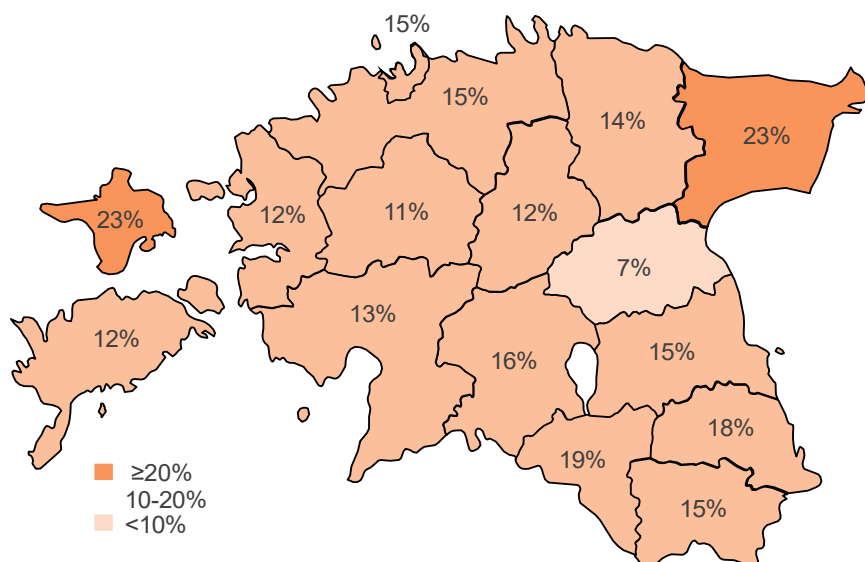
Eristades hooldajate seas leibkonnas hooldajaid¹⁴, on nende osakaal kõrgeim Ida-Viru maakonnas (10%) ning madalaim Jõgeva maakonnas (1%) (Joonis 3). Ka väljaspool leibkonda hooldajate¹⁵ suhtarv on suurim Ida-Virumaal (16%). Hiiumaal oli vastav osakaal samuti üks kõrgemaid (18%), kuid valimi väiksusest tingituna tuleb tulemuste üldistamisel arvestada ca 11% suuruse veapiiriga. Madalaim on väljaspool leibkonda hooldajate osakaal Võru ja Rapla maakondades (5%) (Joonis 4).

¹³ Tallinna on vaadeldud ülejäänud Harju maakonnast eraldi.

¹⁴ Leibkonnas hooldajate hulka arvestatakse siinkohal nii need inimesed, kes hooldavad ainult leibkonnaliiget/liikmeid, kui ka need, kes hooldavad samaaegselt nii leibkonnaliiget/liikmeid kui ka väljaspool leibkonda elavat inimest.

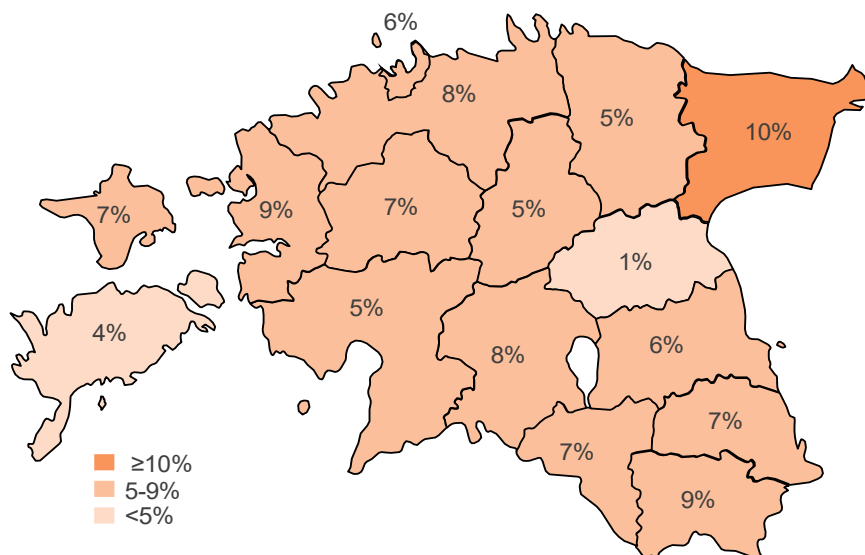
¹⁵ Väljaspool leibkonda hooldajate hulka arvestatakse siinkohal nii need inimesed, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi, kui ka need, kes hooldavad samaaegselt nii väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi kui ka leibkonnaliiget/liikmeid.

Joonis 2. Hooldajate osakaal (kokku) elanikkonnas maakondades ja Tallinnas
(%, n=5607, kõik vastajad)



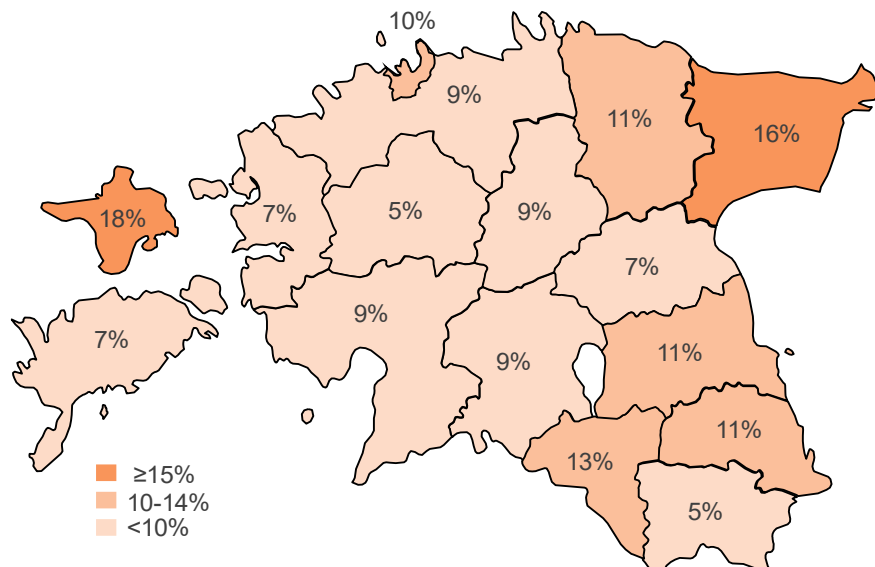
Ida-Viru maakond	23%	Viljandi maakond	16%	Võru maakond	15%	Lääne maakond	12%
Hiiu maakond	23%	Harju maakond	15%	Lääne-Viru maakond	14%	Saare maakond	12%
Valga maakond	19%	Tartu maakond	15%	Pärnu maakond	13%	Rapla maakond	11%
Põlva maakond	18%	Tallinn	15%	Järva maakond	12%	Jõgeva maakond	7%

Joonis 3. Leibkonnas hooldajate osakaal elanikkonnas maakondades ja Tallinnas (%
n=5607, kõik vastajad)



Ida-Viru maakond	10%	Harju maakond	8%	Hiiu maakond	7%	Lääne-Viru maakond	5%
Võru maakond	9%	Põlva maakond	7%	Tallinn	6%	Pärnu maakond	5%
Lääne maakond	9%	Valga maakond	7%	Tartu maakond	6%	Saare maakond	4%
Viljandi maakond	8%	Rapla maakond	7%	Järva maakond	5%	Jõgeva maakond	1%

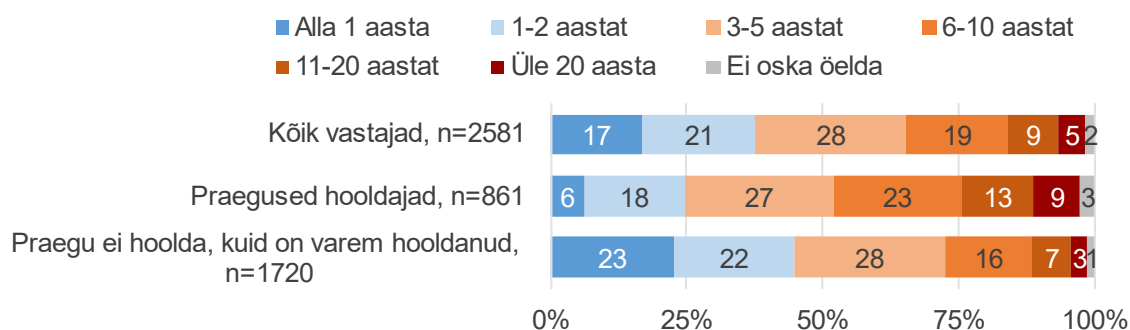
Joonis 4. Väljaspool leibkonda hooldajate osakaal elanikkonnas maakondades ja Tallinnas (% , n=5607, kõik vastajad)



Hiiu maakond	18%	Lääne-Viru maakond	11%	Pärnu maakond	9%	Lääne maakond	7%
Ida-Viru maakond	16%	Põlva maakond	11%	Harju maakond	9%	Jõgeva maakond	7%
Valga maakond	13%	Tallinn	10%	Järva maakond	9%	Võru maakond	5%
Tartu maakond	11%	Viljandi maakond	9%	Saare maakond	7%	Rapla maakond	5%

Inimestest, kes praegu kedagi (oma leibkonnas või väljaspool leibkonda) ei hoolda, omab 34% varasemat hooldamise kogemust. Kokku on elu jooksul kedagi hooldanud 44% elanikest, sealjuures keskmisest sagedamini naised (49%), muudest rahvustest (51%) või 50-aastased ja eakamad inimesed (57%). Hooldamisega kokku puutunud kolmandik on hooldamisega tegelenud üle 5 aasta (sh 45% praegustest ja 26% endistest hooldajatest) (Joonis 5). Leibkonnas hooldajate või suure hoolduskoormusega hooldajate hooldusstaaž on keskmiselt pikem kui neil, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda või kelle hoolduskoormus on väike.

Joonis 5. Hooldusstaaž (kui kaua kokku on elu jooksul kedagi hooldatud või abistatud) (% , n=2581, vastajad, kes kas praegu või varem oma elu jooksul on kedagi abistanud või hooldanud)



1.2. Hooldajate profiil

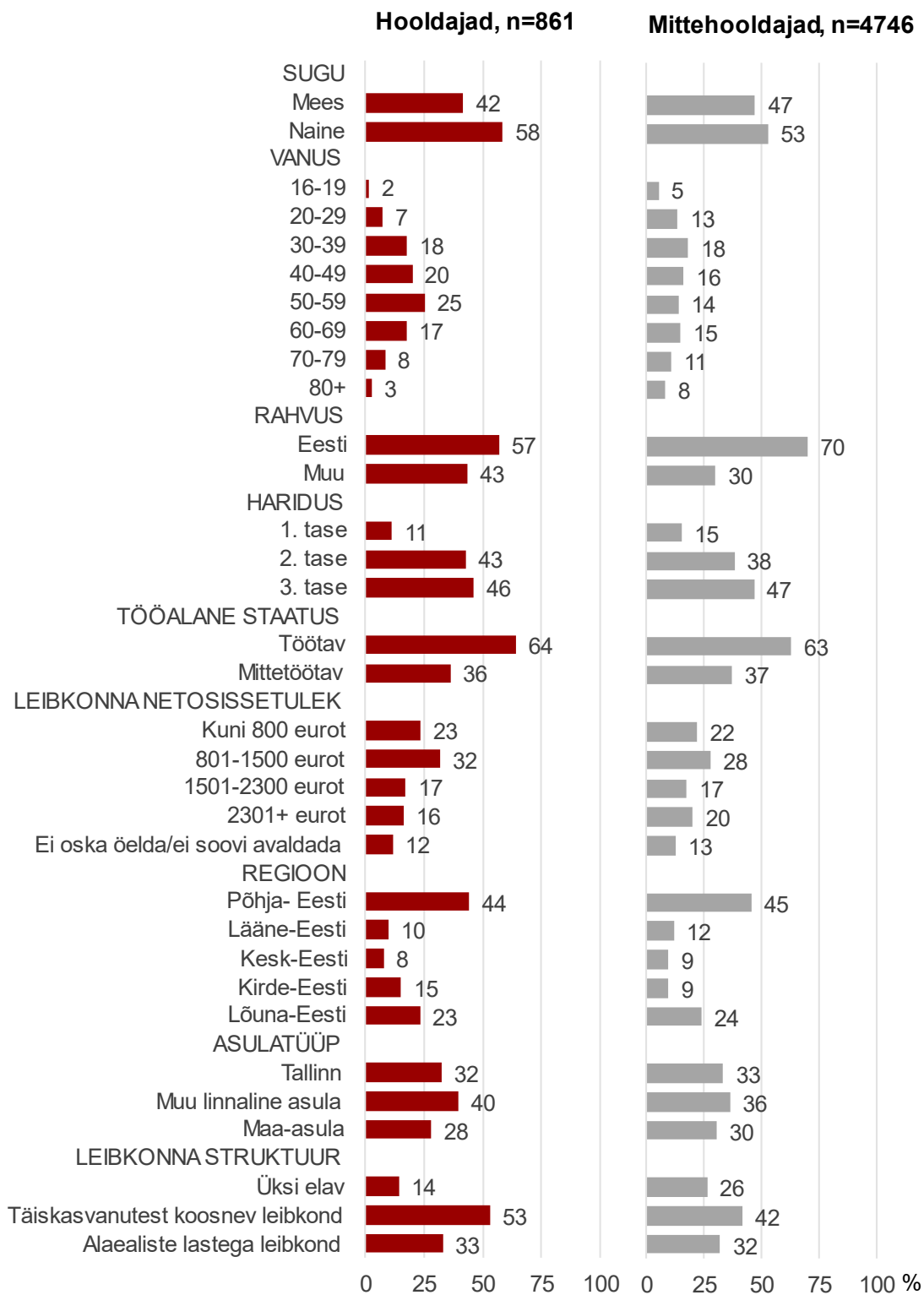
Hooldajate ning mittehooldajate sotsiaal-demograafilised profiilid on erinevad. Kuigi hooldajate ja mittehooldajate keskmine vanus on pea sama (hooldajatel 50 ja mittehooldajatel 49 eluaastat), pole hooldajate ja mittehooldajate vanuseline jagunemine sarnane. Hooldajad koonduvad eelkõige keskmistesse vanuserühmadesse (45% hooldajatest on vanuses 40–59), kuid mittehooldajate seas on erinevad vanuserühmad ühtlasemalt esindatud (selle põhjusi on selgitatud [ptk-s 1.1](#)). Alla 30-aastaseid ning 70-aastaseid ja eakamaid inimesi on hooldajate seas oluliselt vähem kui mittehooldajate seas ([Joonis 6](#)).

Võrreldes mittehooldajatega on hooldajate seas pisut arvukamalt esindatud naised (mittehooldajatest 53% ja hooldajatest 58%), mitte-eestlased (vastavalt 30% ja 43%), 2. taseme haridusega inimesed (38% ja 43%) ning Kirde-Eesti elanikud (9% ja 15%). Kõrgeima sissetulekuga rühma (kus leibkonna kogu sissetulek ületab 2300 eurot kuus) kuuluvaid inimesi on hooldajate seas vähem kui mittehooldajate seas (vastavalt 16% ja 20%). Võrreldes mittehooldajatega on hooldajate seas vähem üksi elavaid inimesi (mis on ootuspärane, arvestades, et sageli on hooldatavaks leibkonnaliige), ning arvukamalt neid, kes elavad mitme täiskasvanuga, kuid ilma lasteta leibkonnas.

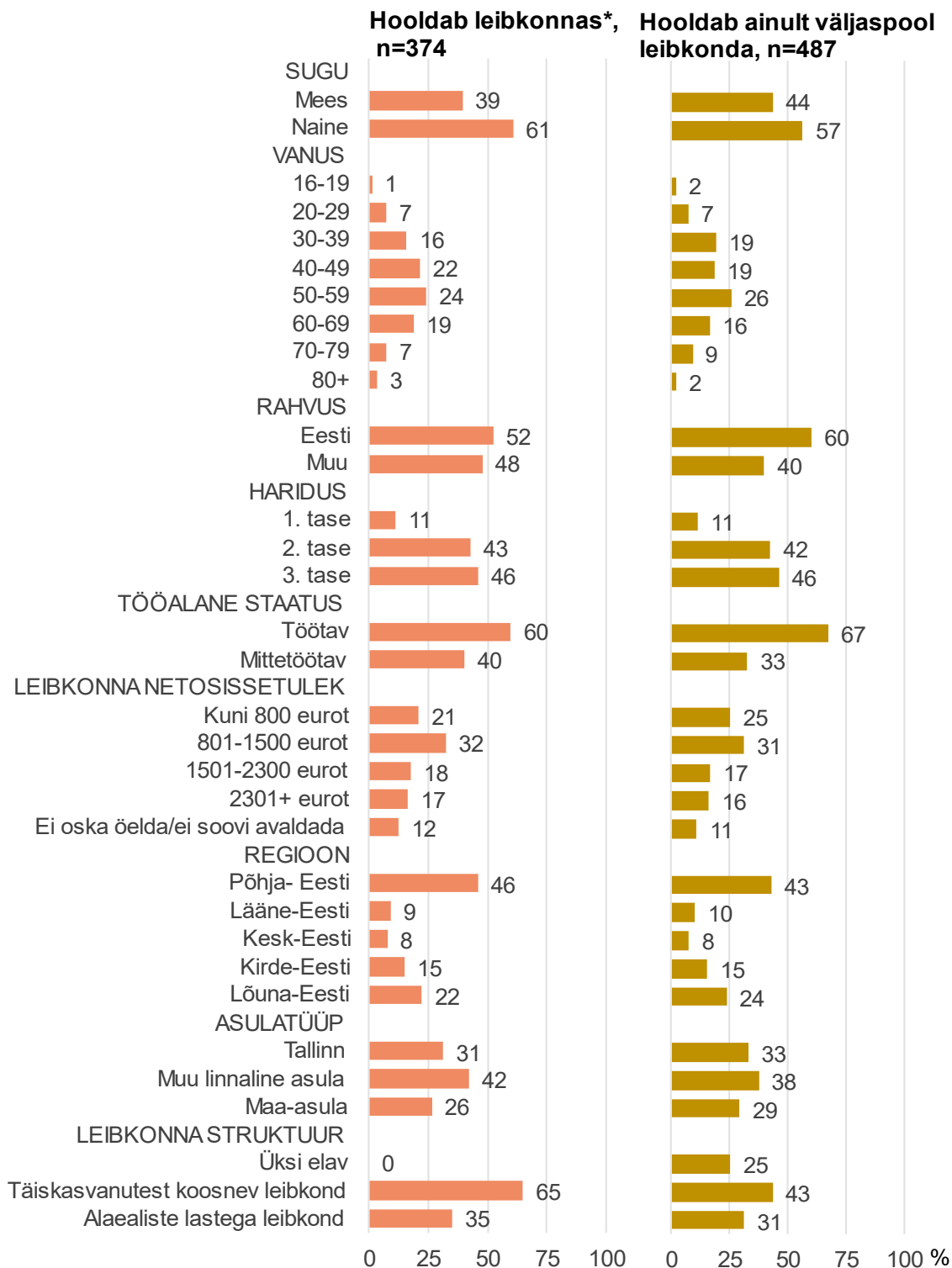
Hooldajate profiil on erinev ka lähtuvalt sellest, kas hooldatavaks on leibkonnaliige või hooldatakse ainult väljaspool leibkonda elavat inimest (st mitte leibkonnaliiget). Leibkonnas¹⁶ ning ainult väljaspool leibkonda hooldavate inimeste profiilid erinevad eelkõige rahvuslike ja tööalase jagunemise poolest – muudest rahvustest inimeste osakaal on leibkonnas hooldajate seas suurem kui väljaspool leibkonda hooldavate inimeste seas (vastavalt 48% ja 40%), töötavate inimeste osakaal on leibkonnas hooldajate seas aga madalam kui väljaspool leibkonda hooldajate seas (vastavalt 60% ja 67%). Leibkonnas hooldajatest 35% kuulub alaealiste lastega leibkonda ning 65% ilma lasteta leibkonda. Neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda, elab neljandik üksi ning ¾ mitme liikmega leibkonnas, sealjuures 31% lastega leibkonnas ([Joonis 7](#)).

¹⁶ Leibkonnas hooldajate hulka on siinkohal loetud ka need inimesed, kes hooldavad samaaegselt nii leibkonnaliiget/liikmeid kui väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi.

Joonis 6. Hooldajate ja mittehooldajate profiilid (%)



Joonis 7. Leibkonnas ja (ainult) väljaspool leibkonda hooldajate profiilid (%)



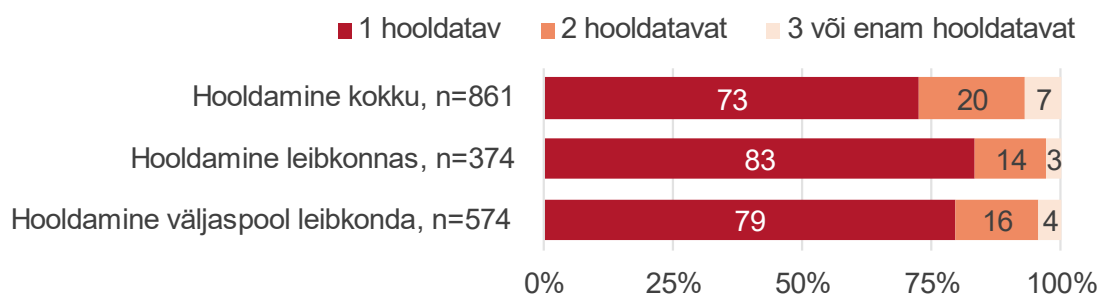
* Leibkonnas hooldajateks loeti siinkohal inimesed, kes hooldavad ainult oma leibkonnaliiget/liikmeid või samaaegselt nii leibkonnaliiget/liikmeid kui väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi.

1.3. Hooldatavad

Küsitluse andmetel hooldab 2% elanikest nii leibkonnaliiget kui väljaspool leibkonda elavat inimest, 5% ainult leibkonnaliiget/liikmeid ning 9% ainult väljaspool leibkonda elavat inimest/inimesi. Hooldajatest 11% hooldab nii oma leibkonnaliiget kui ka väljaspool leibkonda elavat inimest, 33% ainult oma leibkonnaliiget ning 56% ainult väljaspool leibkonda elavat inimest.

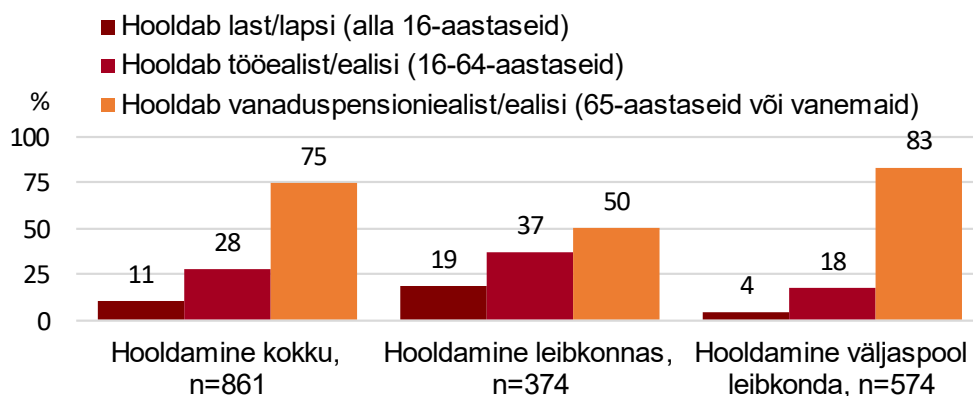
Hooldajatest 73% hooldab ühte, 20% kahte ning 7% kolme või enamat inimest. Leibkonnas hooldamise puhul on hooldatavate arv keskmiselt väiksem kui väljaspool leibkonda hooldamise puhul – kahte või enamat hooldatavat abistab leibkonnas hooldamisel 17% ja väljaspool leibkonda hooldamisel 21% hooldajatest (Joonis 8). Kahe või enama inimese hooldamine on keskmisest levinum mitte-eesti rahvusest hooldajate seas (34%) või juhtudel, kus hooldatavate hulka kuulub alla 65-aastaseid inimesi.

Joonis 8. Hooldatavate arv (%) (n=861, hooldajad)



Hooldajatest 75% hooldab vanaduspensioniealist (65-aastast või eakamat), 28% tööelist (16–64-aastast) ning 11% alla 16-aastast inimest. Väljaspool leibkonda hooldamise puhul on enamasti tegu vanaduspensioniealise inimese hooldamisega (83% juhtudest), kuid leibkonnas hooldamisel on vanaduspensioniealiste hooldatavate osakaal väiksem (50%) (Joonis 9).

Joonis 9. Hooldatavate vanused (%) (n=861, hooldajad)



2. Hooldustegevuste sisu ja maht

Kuna hooldust vajavate inimeste abivajadused on erinevad, on ka hooldustegevuste sisu ning maht erinev. Mõnel juhul piirdub hooldamine hooldatavale toidu ja ravimite koju toomisega, teisel juhul on aga tegu ööpäevaringse järelevalve ja hooldusega, sh meditsiiniliste toimingutega (nt hooldatava süstimine, haavasidemete vahetus vms). Selles peatükis antakse ülevaade sellest, milliste hooldustegevustega hooldajad tegelevad ning kui palju (keskmiselt) erinevatele hooldustegevustele nädalas aega kulub.

2.1. Hooldustegevused ja neile kuluv aeg

Küsitlusankeedis olid hooldamisega seotud peamised tegevused jaotatud 16 kategooriasse. Hooldajail paluti märkida, milliste tegevuste osas nad oma hooldatavaid (nii leibkonnas kui väljaspool leibkonda) abistavad ja hooldavad ning mis on antud hooldustegevusele nädalas keskmiselt kuluv aeg (tundides). Juhul, kui hooldatav elas teises leibkonnas, paluti vastajail märkida ka hooldatava juurde sõitmiseks kuluv aeg (et kaardistada hooldamisega seotud tegevustele kuluv aeg tervikuna).

Kõige levinum abi, mida hooldajad osutavad, seisneb hooldatavale kaupade koju toomises (nt ravimid apteegist, toit jm poest – seda teeb 86% hooldajatest). Enamus hooldajatest pakub hooldatavatele ka (igapäevast) seltsi/suhtlemist (82%), abistab teda kodustes toimingutes (nt teeb hooldatavale süüa, koristab, niidab muru või teeb muid majapidamistöid – 79%) või abistab transpordiga (61%) (Tabel 5).

Ligi pooled hooldajatest abistavad hooldatavat e-teenuste kasutamisel (51%), keeruliste/uute ülesannete lahendamisel (47%) või teiste inimestega suhtlemisel (47%). Veidi vähem kui pooled hooldajatest abistavad hooldatavat enesehooldus- ja hügieenitoimingutes (nt üle keha pesemine, riietumine, toitmine, tualetis käimine, mähkmete vahetamine jms – 43%), vajalike asjade meelespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel (43%), kodust väljas jalgsi ringi liikumisel (42%), psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul (41%) või regulaarsetes tervisetöimingutes (ettenähtud ravimite andmine, hooldatava süstimine, tema haavade puhastamine, haavasidemete vahetamine jms – 40%). Vähem on hooldajaid, kelle hoolduskohustuste hulka kuulub hooldatavale ööpäevaringse järelevalve pakkumine (30%), abi osutamine töötamisel või õppimisel, sh huviharidusega tegelemisel (26%), ühiskonnaelus osalemisel (22%) või muudes tegevustes (6%).

Tabel 5. Hooldustegevustega tegelemine ning neile tegevustele kuluv aeg (% , n=861, hooldajad)

	Hooldajate osakaal, kes osutavad vastavat abi/hooldust nädalas				Vastavat abi osutavate hooldajate osakaal kokku	Tegevusele kuluv aeg (mediaan; tundi nädalas)
	20 või enam tundi	10-19 tundi	5-9 tundi	Kuni 4 tundi		
1. Apteegist ravimite, poest toidu ja muude vajalike kaupade hooldatavale koju toomine	2%	3%	12%	70%	86%	2
2. Hooldatavale seltsi pakkumine, igapäevane suhtlemine, uudiste või mälestuste jagamine ja muu arutamine kas silmast silma, telefoni või veebisuhtluse kaudu	11%	9%	17%	45%	82%	3
3. Igapäevaste koduste toimingute tegemine	8%	13%	15%	42%	79%	4
4. Abistamine transpordiga	1%	2%	4%	53%	61%	1
5. E-teenuste kasutamine	0%	1%	2%	47%	51%	1
6. Abistamine keeruliste või uute ülesannete lahendamisel	0%	1%	4%	42%	47%	1
7. Hooldatava abistamine või tema esindamine teiste inimestega suhtlemisel	0%	2%	2%	42%	47%	1
8. Enesehooldus ja hügieenitoimingud	4%	5%	7%	27%	43%	3
9. Abistamine vajalike asjade meelespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel	1%	2%	3%	37%	43%	1
10. Kodust väljas jalgsi ringi liikumise abistamine, sh majast välja aitamine	1%	3%	6%	32%	42%	2
11. Hooldatava toetamine psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul	2%	3%	7%	29%	41%	2
12. Regulaarsed tervisetoidingud	0%	2%	5%	33%	40%	1
13. Ööpäevaringse järelevalve pakkumine	11%	2%	4%	14%	30%	6
14. Abistamine töötamisel või õppimisel, sh huviharidusega tegelemisel	1%	2%	5%	17%	26%	2
15. Abistamine ühiskonnaelus osalemisel	1%	1%	2%	18%	22%	2
16. Hooldatava abistamine muudes olulistest tegevustes	0%	0%	1%	4%	6%	3
Hooldatava juurde sõitmiseks kuluv aeg	1%	1%	6%	45%	53%	2

Ootuspäraselt on kõige ajamahukamaks tegevuseks hooldatavale (ööpäevaringse) järelevalve osutamine - keskmiselt kulub seda abi osutavatel hooldajatel selleks nädalas 6 tundi (mediaan). Ajamahukuselt järgmine tegevus on hooldatava abistamine igapäevaste koduste toimingute tegemisel (mediaan 4 tundi nädalas). Suhteliselt ajamahukad tegevused on ka hooldatavale seltsi pakkumine/temaga suhtlemine ning abi enesehooldus- ja hügieenitoimingutes (mediaan 3 tundi nädalas) (Tabel 5).

Lähtuvalt sisust saab hooldustegevused liigitada seitsmesse kategooriasse:

1. Isikuhooldus (abi enesehooldus- ja hügieenitoimingutes või regulaarsetes tervisetöimingutes (tabelis 5 tegevused nr. 8 ja 12)) – osutab 52% hooldajatest, sh leibkonnas hooldajatest 72% ning ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 37%;
2. Praktiline abi igapäevategevustes (ravimite ja kaupade hooldatavale koju toimetamine, abi igapäevastes kodustes toimingutes, e-teenuste kasutamisel, keeruliste või uute ülesannete lahendamisel, vajalike asjade meelespidamisel/vajalikele tegevustele keskendumisel (tabelis 5 tegevused nr. 1, 3, 5, 6 ja 9)) – osutab 98% hooldajatest, sh leibkonnas hooldajatest 99% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 98%;
3. Abi liikumisel (abi kodust väljas jalgsi ringi liikumisel või transpordiga (tabelis 5 tegevused nr. 4 ja 10)) – osutab 70% hooldajatest, sh leibkonnas hooldajatest 72% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 69%;
4. Abi ühiskonnaelus osalemisel (sh töötamisel/õppimisel või teiste inimestega suhtlemisel (tabelis 5 tegevused nr. 7, 14 ja 15)) – osutab 58% hooldajatest, sh leibkonnas hooldajatest 73% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 47%;
5. Emotsionaalne tugi (seltsi pakkumine, igapäevane suhtlemine, tugi psühholoogiliste raskustega toimetulekul (tabelis 5 tegevused nr. 2 ja 11)) – osutab 85% hooldajatest, sh leibkonnas hooldajatest 85% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 84%;
6. Ööpäevaringne järelevalve (tabelis 5 tegevus nr. 13) – osutab 30% hooldajatest, sh leibkonnas hooldajatest 46% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 17%;
7. Muud hooldustegevused (tabelis 5 tegevus nr. 16) – osutab 6% hooldajatest.

2.2. Hooldajate liigitus hooldustegevuste sisu alusel

Eelnevas peatükis grupeeriti hooldustegevused nende sisust lähtuvalt (sisult haakuvad tegevused koondati ühte kategooriasse). Järgnevalt uuriti, kuidas liigituvad hooldajad lähtuvalt sellest, milliste hooldustegevustega nad peamiselt tegelevad. Hooldajate

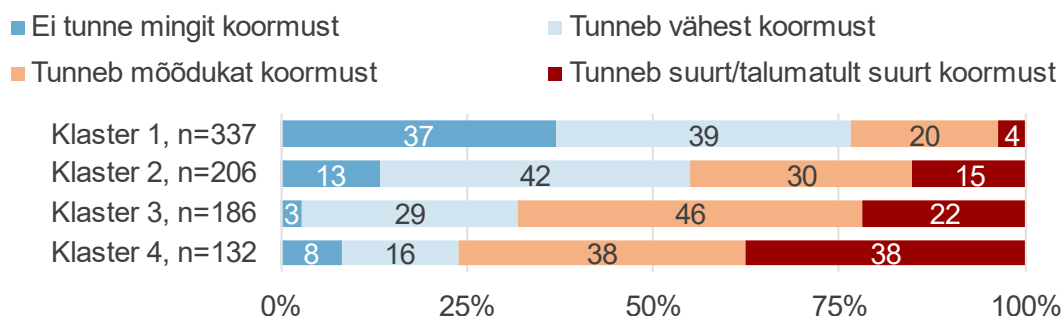
liigitamiseks hooldustegevuste sisust lähtuvalt kasutati klasteranalüüsi.¹⁷ Klasteranalüüsis eristusid järgnevad grupid (vt ka [Lisa 2](#)):

1. Abistab hooldatavat peamiselt kaupade koju toomisega ning pakub seltsi/igapäevast suhtlust – 39% hooldajatest (arvuliselt 60 500 – 71 600 inimest);
2. Abistab hooldatavat lisaks kaupade koju toomisele ja seltsi pakkumisele ka koduste toimingute ja transpordiga, keeruliste või uute ülesannete lahendamisel, e-teenuste kasutamisel ja teistega suhtlemisel – 22% hooldajatest (32 300 – 41 800 inimest);
3. Abistab hooldatavat lisaks kaupade koju toomisele ja seltsi pakkumisele ka enesehooldus- ja hügieenitoimingutes, regulaarsetes tervisetoomingutes ja igapäevastes kodustes toimingutes – 23% hooldajatest (34 200 – 43 800 inimest);
4. Abistab hooldatavat pea kõigis võimalikes tegevustes ning osutab (ööpäevaringset) järelevalvet – 16% hooldajatest (23 600 – 32 100 inimest).

Esimesse kahte klasterisse, kus hooldustegevused ei hõlma hooldatava abistamist tervise- ja hügieenitoimingutes ega ööpäevaringse järelevalve osutamist, liigituvad enamasti need hooldajad, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda elavat inimest – esimesest klasterist moodustavad nad 75% ja teisest klasterist 58%. Kolmandast ja neljandast klasterist moodustavad suurema osa leibkonnas hooldajad – kolmandast klasterist 67% ja neljandast klasterist 62%.

Kõige suurem hoolduskoormus langeb osaks viimasele (neljandale) klasterile, kus hooldustegevuste spekter on kõige laiem. Seda kinnitab ka klasterite võrdlus hoolduskoormusele antud enesehinnangute alusel: kui esimesse klasterisse kuulujatest hindas vaid 4% oma hoolduskoormust suureks või talumatult suureks, siis teise klasterisse kuulujatest pidas oma hoolduskoormust suureks 15%, kolmandas 22% ning neljandas 38% ([Joonis 10](#), hoolduskoormuse üldise jagunemise kohta vt ka [Ptk 3.1](#)).

Joonis 10. Hooldustegevuste klasterite jagunemine tunnetatud hoolduskoormuse alusel (%) (n=861, hooldajad)



¹⁷ Klasteranalüüs viidi läbi k-keskmiste klasterdamise meetodil. Klasterdamise aluseks olid [tabelis 5](#) kirjeldatud hooldustegevused nr. 1-15. Hooldustegevused kaasati klastermudelisse binaarsete tunnustena (0=ei abista/hoolda hooldatavat antud tegevuse osas; 1=abistab/hooldab hooldatavat antud tegevuse osas).

Võrreldes ülejäänud klastritega on neljanda klatri puhul sagedamini tegu alla 65-aastase inimese hooldamisega – 22% neljandasse klattrisse kuulujatest hooldab alla 16-aastast ning 41% 16–64-aastast inimest. Ka hooldatavate arv on selles klattris keskmiselt suurim – 41% neljandasse klattrisse kuulujatest hooldab kahte või enam inimest (ülejäänud klastrites jääb vastav osakaal vahemikku 22–28%).

2.3. Hooldajate liigitus hooldamisele kuluva aja alusel

Hooldajatel paluti ankeeti märkida, kui mitu tundi nädalas (keskmiselt) neil erinevatele hooldustegevustele kulub. Selle põhjal saab hooldamisele kuluvat aega tervikuna hinnata ainult ligikaudselt – kuna erinevatele hooldustegevustele kuluv aeg võib osaliselt kattuda, võib eri hooldustegevustele kuluvate tundide liitmine anda tulemuseks tegelikust suurema näitaja (st hooldamisele kuluv aeg tervikuna võib olla väiksem kui saadud summatunnus). Siiski näitas analüüs, et hooldustegevustele kuluvate tundide liitmisel saadud summatunnus on tugevalt seotud enesehinnangulise hoolduskoormusega, st summatunnuse väärtuste kasvades suureneb ka tunnetatud hoolduskoormus.

Hooldajad liigituvad lähtuvalt hooldamisele kuluvast ajast ligikaudselt järgnevalt: 28%-l kulub nädalas erinevatele hooldustegevustele summaarselt kuni 9 tundi, 23%-l 10–19 tundi, 13%-l 20–29 tundi, 8%-l 30–39 tundi, ning 28%-l 40 tundi või enam. Leibkonnas hooldamisel kulub hooldustegevustele keskmiselt enam aega kui hooldamisel väljaspool leibkonda. Vanaduspensioniealise inimese hooldamisel on sellele kuluv aeg keskmiselt väiksem kui tööealise inimese või lapse hooldamisel.

3. Tunnetatud hoolduskoormus

Kuna hooldamisele kuluv aeg ning tegevuste sisu võib sõltuvalt hooldatava abivajadusest olla väga erinev, tunnetatakse ka hooldamisega seotud koormust erinevalt. Enesehinnanguline hoolduskoormus võib sõltuda ka muudest teguritest (nt kuidas õnnestub hooldamist ühitada muude kohustustega (töötamine, laste eest hoolitsemine) ning milline on hooldaja tervis). Järgnevalt vaatamegi, kuidas hindavad hooldajad oma praegust hoolduskoormust ning kuidas võib nende hinnangul hoolduskoormus järgneva 12 kuu jooksul muutuda.

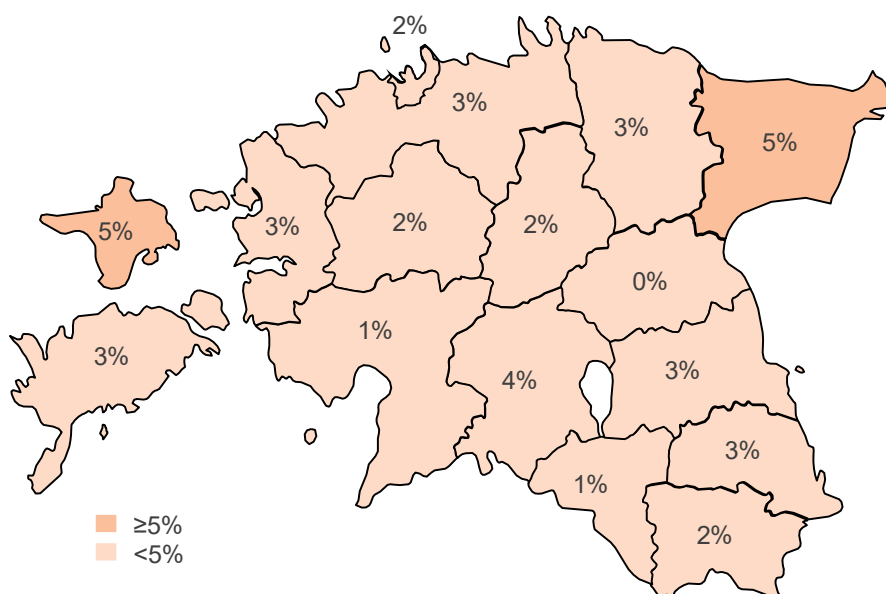
3.1. Enesehinnanguline hoolduskoormus

Käesoleva küsitluse andmetel tunnetab suurt koormust 16% hooldajatest, sealjuures 2% hinnangul on tema hoolduskoormus talumatult suur. Hooldajatest 31% peab oma koormust mõõdukaks, 34% väheseks ning 19% ei tunne hooldamisega seoses mingit koormust

(Joonis 12). Kogu elanikkonnast moodustavad suurt hoolduskoormust tunnetavad inimesed 2,5% (arvuliselt 22 800 – 31 200 inimest). See tulemus on väga sarnane Statistikaameti poolt avaldatud vastavate andmetega.¹⁸

Maakondade võrdluses on suurt hoolduskoormust tunnetavate inimeste osakaal keskmisest kõrgem Ida-Virumaal (5%) ning madalaim Jõgevamaal (0% - samas tuleb arvestada, et Jõgevamaal sattus hooldajaid valimisse vaid 9 inimest) (Joonis 11).

Joonis 11. Suurt/talumatult suurt hoolduskoormust tunnetavate inimeste osakaal elanikkonnas maakondades ja Tallinnas (% , n=5607, kõik vastajad)

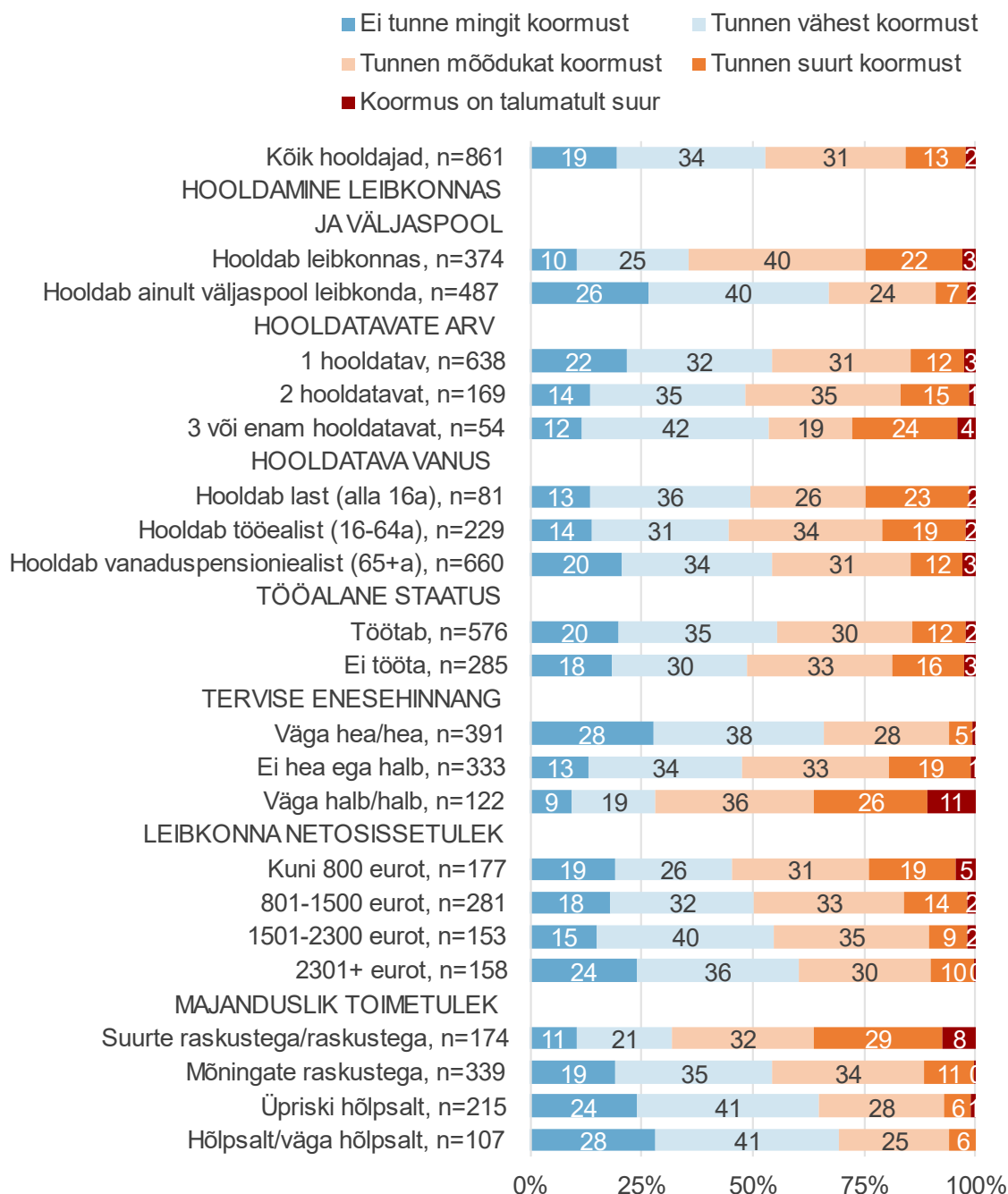


Hiiumaa	5%	Lääne-Viru maakond	3%	Tartu maakond	3%	Järva maakond	2%
Ida-Viru maakond	5%	Põlva maakond	3%	Rapla maakond	2%	Pärnu maakond	1%
Viljandi maakond	4%	Saare maakond	3%	Võru maakond	2%	Valga maakond	1%
Lääne maakond	3%	Harju maakond	3%	Tallinn	2%	Jõgeva maakond	0%

¹⁸ ESA andmetel oli suure hoolduskoormusega inimeste osakaal vähemalt 16-aastaste seas 2021. aastal 2,3%. ESA uuringus mõisteti suure hoolduskoormusena vajadust abistada või hooldada mõnd leibkonnaliiget vähemalt 20 tundi nädalas.

<https://tamm.stat.ee/tulemusvaldkonnad/heaolu/indikaatorid/201>

Joonis 12. Tunnetatud hoolduskoormus (%) (n=861, hooldajad)



Oma leibkonnaliikme hooldajad hindavad oma hoolduskoormust suureks ligi kolm korda sagedamini kui inimesed, kes hooldavad kedagi (ainult) väljaspool leibkonda – leibkonnaliikme hooldajatest hindab oma koormust suureks/talumatult suureks 25% ning väljaspool leibkonda hooldajatest 9%. Hooldatavate arvu suurenedes kasvab ka hoolduskoormus: hooldajatest, kel on kolm või enam hooldatavat, tunnetab 28% oma hoolduskoormust suurena/talumatult suurena, samas kui kahe hooldatavaga hooldajatest

tunnetab suurt koormust 17% ning ühe hooldatavaga hooldajatest 14%. Vanaduspensionistide inimeste hooldajad tunnetavad suurt hoolduskoormust pisut harvemini kui nooremate inimeste hooldajad (vastavalt 14% ja 22%).

Hooldustegevustest seostub suur hoolduskoormus kõige tugevamalt ööpäevaringse järelevalve osutamisega: 30% hooldajatest, kes ööpäevaringset järelevalvet osutavad, hindavad oma hoolduskoormust suureks või talumatult suureks.

Töötavate ning mittetöötavate hooldajate hinnangutes olulisi erinevusi pole. Keskmisest sagedamini tunnetavad oma hoolduskoormust suurena madala sissetuleku või majanduslike toimetulekuraskustega hooldajad.

Tunnetatud hoolduskoormus on seotud hooldaja enda tervisliku seisundiga: hooldajatest, kes hindavad oma tervist halvaks/väga halvaks, peab oma hoolduskoormust suureks 36%, kuid neist, kes hindavad oma tervist heaks/väga heaks, vastavalt 6%. Tunnetatud hoolduskoormusega on seotud ka muud hooldaja tervislikku seisundit kirjeldavad näitajad (puue, töövõimekadu, kroonilise haiguse olemasolu, tervisest tulenevate tegevuspiirangute kogemine), ning suund on ühene: hooldaja enda halvem tervis suurendab tõenäosust, et ta peab ka oma hoolduskoormust suureks või talumatult suureks. Selline tulemus on igati loogiline – olles ise tervise tõttu oma tegevustes piiratud, on keerulisem tulla toime ka teiste inimeste hooldamisega; lisaks võib suur hoolduskoormus pikas perspektiivis ka hooldaja enda tervisele negatiivset mõju avaldada (ka küsitlus näitab, et suure hoolduskoormusega inimesed kogevad keskmisest sagedamini üleväsimust, vt Ptk 6.5).

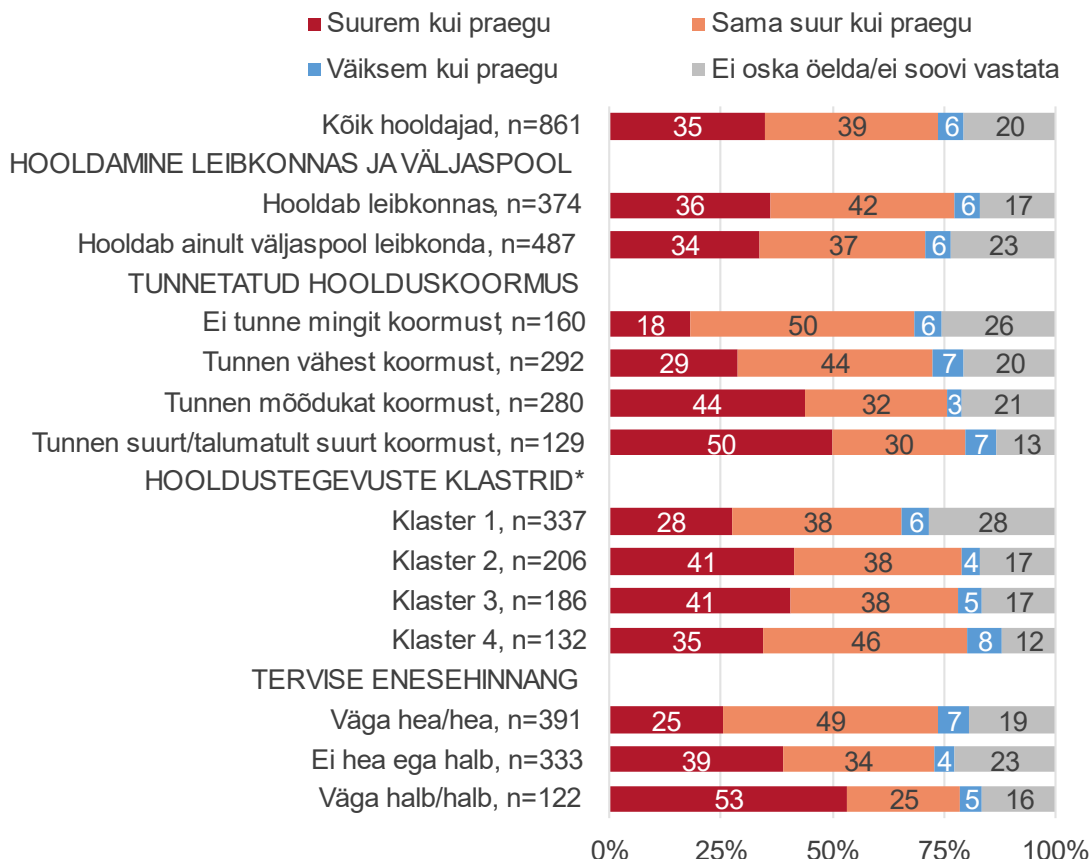
Selleks, et hinnata, milline tunnuste komplekt prognoosib kõige paremini suurt/talumatult suurt hoolduskoormust, viidi läbi regressioonanalüüs. Ilmnes, et suurt hoolduskoormust prognoosis kõige täpsemalt järgnev (vt ka Lisa 2):

- Vaimne kurnatus (depressioonisümptomite ja üleväsimuse kogemine);
- Hooldustegevuste sisu (hooldatav vajab abi paljudes tegevustes, sh isikuhooldust ning ööpäevaringset järelevalvet);
- Majanduslikud toimetulekuraskused;
- Hooldustegevustele kuluv aeg (tundides) on suur;
- Hooldatavaks on leibkonnaliige;
- Hooldaja hindab oma tervist halvaks või väga halvaks.

3.2. Prognoositav hoolduskoormuse muutumine tulevikus

Hooldajatest 39% hinnangul nende hoolduskoormus lähema 12 kuu jooksul ei muutu, 6% hinnangul tõenäoliselt väheneb ja 35% hinnangul suureneb (20% ei osanud oma hoolduskoormuse võimalikku muutumist prognoosida) (Joonis 13).

Joonis 13. Hinnangud hoolduskoormuse muutumisele lähema 12 kuu jooksul (% , n=861, hooldajad)



* Klaster 1: abistab hooldatavat peamiselt kaupade koju toomisega ning pakub seltsi/igapäevast suhtlust; Klaster 2: abistab hooldatavat lisaks kaupade koju toomisele ja seltsi pakkumisele ka koduste toimingute ja transpordiga, keeruliste või uute ülesannete lahendamisel, e-teenuste kasutamisel ja teistega suhtlemisel; Klaster 3: abistab hooldatavat lisaks kaupade koju toomisele ja seltsi pakkumisele ka enesehooldus- ja hügieenitoimingutes, regulaarsetes tervisetöimingutes ja igapäevastes kodustes toimingutes; Klaster 4: abistab hooldatavat pea kõigis võimalikes tegevustes ning osutab (ööpäevaringset) järelevalvet.

Hoolduskoormuse suurenemist peavad keskmisest sagedamini tõenäoliseks need hooldajad, kes hindavad oma praegust koormust mõõdukaks (44% arvab, et tema koormus kasvab) või suureks/talumatult suureks (50%). Hooldajad, kes hindavad oma praegust hoolduskoormust väheseks või puuduvaks, arvavad keskmisest sagedamini, et nende hoolduskoormus tõenäoliselt ei muutu. Leibkonnas ning väljaspool leibkonda hooldajate vahel märkimisväärsed erinevused puuduvad.

Hooldustegevuste klasterite võrdluses peavad oma hoolduskoormuse suurenemist kõige vähem tõenäoliseks 1. klasterisse kuuluvad hooldajad, kelle puhul hooldamine piirdub hooldatavale kaupade koju toomise ning talle seltskonna pakkumisega.

Keskmisest sagedamini peavad oma hoolduskoormuse suurenemist tõenäoliseks hooldajad, kes hindavad oma tervist halvaks või väga halvaks – neist peab 53% tõenäoliseks, et tema hoolduskoormus on 12 kuu pärast praegusest suurem. See viitab, et hooldajad, kelle tervis on halb, lähtusid hoolduskoormuse muutumist hinnates mitte ainult hooldatava abivajaduse (tõenäolisest) muutumisest, vaid ka iseenda (tulevikus tõenäoliselt) vähenevast võimekusest hooldust pakkuda.

4. Hooldamise mõju hooldaja igapäevaelule

Suure hoolduskoormuse tõttu võib kannatada hooldaja tööelu, kuid ka eraelu, kuna vähem jääb aega oma teistele pereliikmetele, sõpradele ja hobidega tegelemiseks ning oma tervise eest hoolitsemiseks. Kaudselt väljendub hooldaja hinnang sellele, kui palju hooldamine tema elu mõjutab, ka enesehinnangulises hoolduskoormuses (vt ka Ptk 3.1). Käesolevas peatükis vaadeldakse hooldamise mõjusid täpsemalt, sh uuritakse, kuidas erineb hooldajate ja mittehooldajate rahulolu eluga ja suhetega lähedastega ning kas hooldajad on enda hinnangul pidanud hoolduskohustuste tõttu oma igapäevaelus millestki loobuma. Käesolevas peatükis puudutatakse põgusalt ka hooldamise mõju tööelule ja õpingutele, kuid täpsemalt on see teema käsitletud peatükis 5.

4.1. Eluga rahulolu

Hinnanguid eluga rahulolule koguti 10-palli skaalal, kus 1 tähistas täielikku rahulolematust ja 10 täielikku rahulolu.

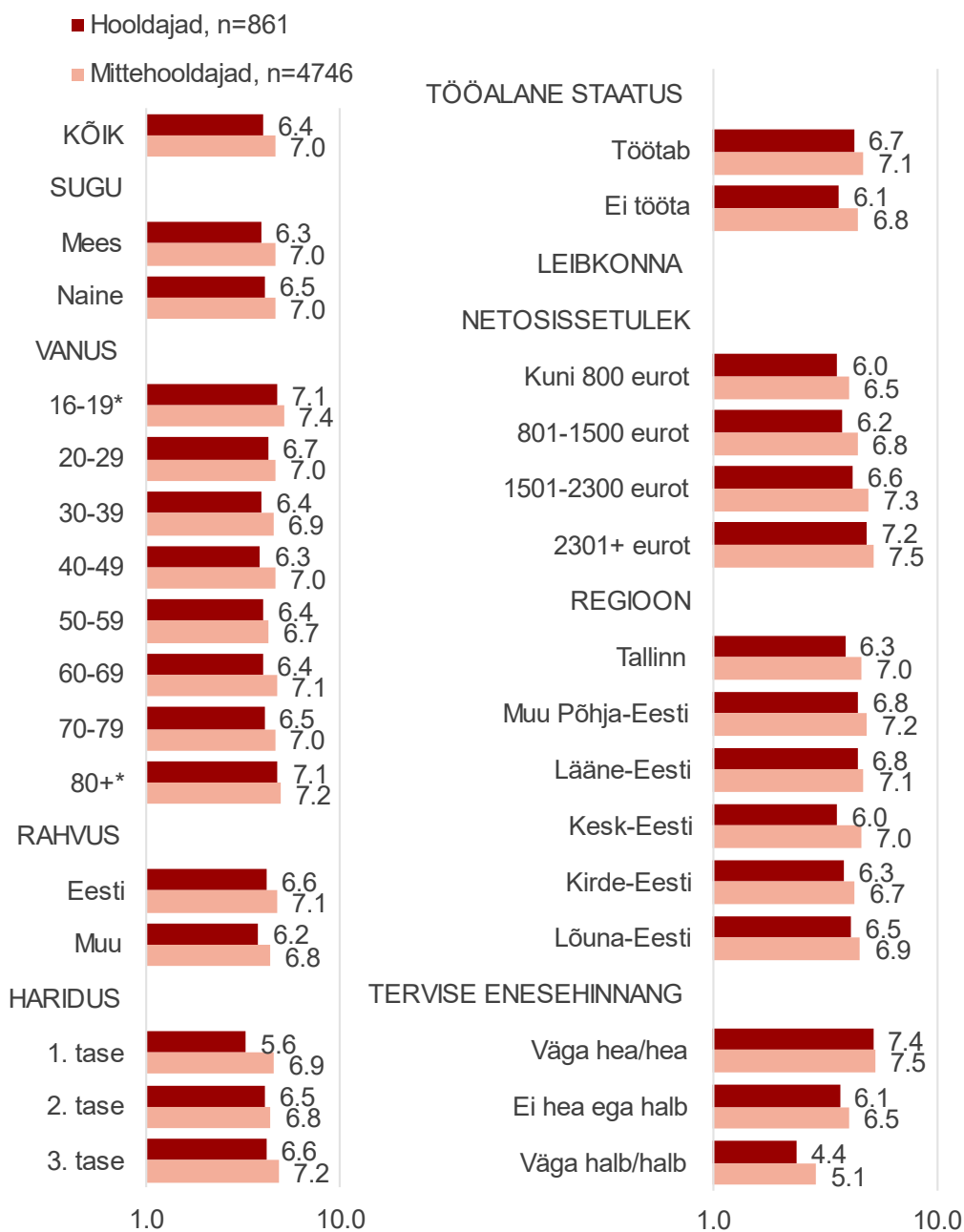
Hooldajad on eluga keskmiselt vähem rahul kui inimesed, kes hooldamisega ei tegele – hooldajate puhul on hinnangute keskmine 6,4 ja mittehooldajate puhul 7,0. Võrreldes mittehooldajatega on hooldajate eluga rahulolu keskmiselt madalam ka erinevate taustgruppide lõikes (Joonis 14). Siiski mõjutavad eluga rahulolu hooldamisest enam inimese tervise enesehinnang, vanus, sissetulekud ja rahvus (vt ka Lisa 2).¹⁹

Nii hooldajate kui mittehooldajate seas suureneb eluga rahulolu sissetulekute kasvades. Mittehooldajatest on eluga keskmiselt kõige vähem rahul 50–59-aastased, kuid hooldajate puhul vanuserühmade vahelised erinevused statistiliselt oluliseks ei osutunud (mis võib osaliselt olla tingitud ka võrreldavate rühmade väiksusest). Kõrgeim on hooldajate eluga rahulolu Põhja-Eestis (v.a Tallinn) ja Lääne-Eestis, madalaim aga Kesk- ja Kirde-Eestis ja Tallinnas. Hoolduskoormuse suurenedes rahulolu eluga väheneb – kõige enam on eluga rahul hooldajad, kes hindavad oma hoolduskoormust väheks (6,9) või puuduvaks (7,1), kõige vähem rahul aga hooldajad, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks või

¹⁹ Mõju hindamiseks kasutati regressioonanalüüsi.

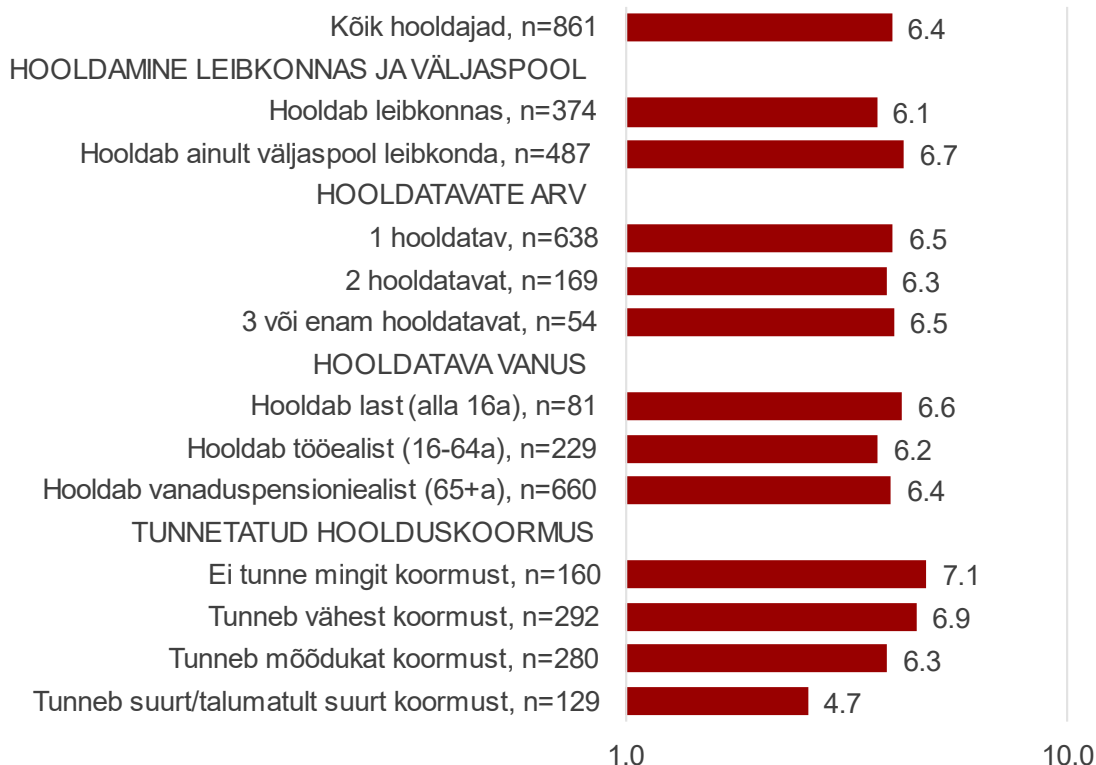
talumatult suureks (4,7). Leibkonnaliikme hooldajad on eluga keskmiselt vähem rahul kui ainult väljaspool leibkonda hooldajad (vastavalt 6,1 ja 6,7). Hooldatavate arv hinnanguid selgesuunaliselt ei mõjuta. Tööealise inimese hooldajad on eluga keskmiselt vähem rahul (6,2) kui vanaduspensioniealise (6,4) või lapseealise (6,6) hooldajad (Joonis 15).

Joonis 14. Hooldajate ja mittehooldajate hinnangud eluga rahulolule taustrühmades
(aritmeetilised keskmised 10-palli skaalal, kus 1=täiesti rahulolematu ja 10=väga rahul, n=5607, kõik vastajad)



* Hooldajate valimis oli valimi suurus antud rühmas väiksem kui 40 vastajat.

Joonis 15. Hooldajate hinnangud eluga rahulolule taustrühmades (aritmeetilised keskmised 10-palli skaalal, kus 1=täiesti rahulolematu ja 10=väga rahul, n=861, hooldajad)



4.2. Hooldamise mõju hooldaja igapäevaelule

Selgitamaks, mil määral hooldajad tunnevad hooldamise mõju oma igapäevaelule, paluti neil hinnata, kas nad on pidanud teiste inimeste abistamise ja hooldamise tõttu oma igapäevaelus millestki loobuma.

54% hooldajatest on enda hinnangul pidanud hoolduskohustuste tõttu oma igapäevaelus millestki loobuma. Et oma leibkonnaliiget hooldavate inimeste koormus on keskmiselt suurem kui neil, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda elavat inimest, on leibkonnaliikme hooldajad ka keskmisest sagedamini pidanud hooldamise tõttu igapäevaelus järeleandmisi tegema (leibkonnas hooldajatest 67% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 44%) (Tabel 6).

Kõige sagedamini on hooldamise tõttu vähendatud huvialade/hobidega tegelemist (27% hooldajatest). Üsna paljud pole hooldamisest tingituna saanud soovitud määral puhata või magada (23%) või reisida (22%) ega veeta soovitud määral aega koos sõprade ja tuttavatega (24%) või teiste pereliikmetega (18%). Märkimisväärne osa hooldajatest on hooldamise tõttu kandnud materiaalset kahju, nt pidanud hooldamise tõttu pere kulutusi vähendama (17% hooldajatest) või loobuma töötamisest (8%, sh mittetöötavatest

hooldajatest 14%); vähem oli neid, kes olid hooldamisest tingituna pidanud müüma midagi väärtuslikku (1%) või kolima odavamale eluasemele (1%). Hooldajatest kümnendik tunneb, et pole hooldamise tõttu saanud piisavalt oma tervise eest hoolitseda (nt arstil käia, piisavalt liikuda või spordiga tegeleda).

Tabel 6. Kas Te olete pidanud teiste inimeste abistamise ja hooldamise tõttu oma igapäevaelus millestki loobuma (kui jah, siis millest)? Leibkonnas ja ainult väljaspool leibkonda hooldavate hooldajate võrdlus (% , n=861, hooldajad)

	Kõik hooldajad, n=861	Leibkonnas hooldajad, n=374	Ainult väljaspool leibkonda hooldajad, n=487
Olen tegelenud soovitud vähem oma huvialade või hobidega	27%	36%	20%
Olen veetnud soovitud vähem aega koos oma sõprade ja tuttavatega	24%	35%	14%
Olen leidnud soovitud vähem aega, et puhata või magada	23%	32%	16%
Pole saanud piisavalt reisida (nii Eestis kui välisriigis)	22%	33%	14%
Olen veetnud soovitud vähem aega koos teiste pereliikmetega	18%	22%	14%
Olen pidanud enda pere kulutusi seetõttu vähendama	17%	19%	15%
Pole saanud piisavalt oma tervise eest hoolitseda (nt arstil käia, piisavalt liikuda/spordiga tegeleda)	10%	15%	6%
Olen pidanud loobuma töötamisest	8%	14%	2%
Olen pidanud kolima hooldatavale lähemale	3%	4%	2%
Olen pidanud midagi väärtuslikku selleks maha müüma	1%	1%	2%
Olen pidanud kolima odavamale eluasemele	1%	2%	1%
Olen pidanud kolima teise kohalikku omavalitsusse, kus hooldatava jaoks vajalikud teenused ja abi on kättesaadavamad	0%	1%	0%
Olen millestki muust pidanud loobuma või teinud midagi muud enda jaoks olulist vähem, kui soovisin	3%	5%	2%
Ei ole pidanud millestki loobuma	41%	27%	53%
Ei oska öelda	4%	6%	3%

Keskmisest sagedamini tunnetasid vajadust hooldamise tõttu igapäevaelus järeleandmisi teha tööealiste inimeste hooldajad (63%). Hooldatavate arvu suurenedes tugevneb ka surve hooldajale oma igapäevaelus järeleandmisi teha, tasuta abi kasutamise võimalus seda survet aga omakorda vähendab.

Hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, märkis 84%, et on pidanud igapäevaelus hooldamisest tingituna järeleandmisi tegema, sealjuures kõige sagedamini tehti järeleandmisi puhkamise/une ning hobidega tegelemise arvelt (Tabel 7).

Tabel 7. Kas Te olete pidanud teiste inimeste abistamise ja hooldamise tõttu oma igapäevaelus millestki loobuma (kui jah, siis millest)? Võrdlus enesehinnangulise (tunnetatud) hoolduskoormuse alusel (% , n=861, hooldajad)

	Ei tunne mingit koormust, n=160	Tunneb vähest koormust, n=292	Tunneb mõõdukat koormust, n=280	Tunneb suurt/ talumatult suurt koormust, n=129
Olen tegelenud soovitus vähem oma huvialade või hobidega	6%	16%	40%	51%
Olen veetnud soovitus vähem aega koos oma sõprade ja tuttavatega	5%	9%	39%	48%
Olen leidnud soovitus vähem aega, et puhata või magada	2%	15%	30%	54%
Pole saanud piisavalt reisida (nii Eestis kui välisriigis)	3%	12%	35%	42%
Olen veetnud soovitus vähem aega koos teiste pereliikmetega	2%	9%	26%	38%
Olen pidanud enda pere kulutusi seetõttu vähendama	4%	10%	20%	38%
Pole saanud piisavalt oma tervise eest hoolitseda (nt arstil käia, piisavalt liikuda/spordiga tegeleda)	0%	3%	11%	34%
Olen pidanud loobuma töötamisest	0%	3%	13%	16%
Olen pidanud kolima hooldatavale lähemale	0%	1%	5%	4%
Olen pidanud midagi väärtuslikku selleks maha müüma	0%	1%	2%	4%
Olen pidanud kolima odavamale eluasemele	0%	0%	3%	2%
Olen pidanud kolima teise kohalikku omavalitsusse, kus hooldatava jaoks vajalikud teenused ja abi on kättesaadavamad	0%	0%	1%	1%
Olen millestki muust pidanud loobuma või teinud midagi muud enda jaoks olulist vähem, kui soovisin	2%	1%	5%	7%
Ei ole pidanud millestki loobuma	81%	55%	16%	12%
Ei oska öelda	5%	5%	4%	4%

Hooldajatele esitati ka selline küsimus: *Kui saaksite vabalt valida, siis mida Te sooviksite oma elukorralduses seoses teiste abistamise-hooldamise kohustusega praegu kõige rohkem muuta?* Vastuseid koguti vabas vormis (vastusevariante ette ei antud). Analüüsi käigus liigitati vastused teemade järgi, ülevaade tulemustest on esitatud tabelis 8.

Pooled küsitletud hooldajatest arvasid, et ei muudaks oma elukorralduses praegu midagi või jätsid vastuse andmata. Hooldajatest 11% märkis, et sooviks saada rohkem aega enese jaoks (nt puhkuseks või tervise parandamiseks) ning 9% tõi välja vajadust rahalise abi/toetuse järele. Soov täiendava abi ja toetuse järele väljendus ka paljudes teistes vastustes – hooldajatest 4% nimetas soovi saada abi riigilt või KOVilt (täpsustamata, kas sooviks abi saada toetuste või teenuste näol), 3% nimetas soovi kasutada hooldatava tarbeks täiendavaid hooldusteenuseid/transpordiabi, 3% soovis hooldatava tarbeks hooldekodukohta või abi selle eest tasumisel, 4% sooviks hoolduskoormust kellegagi jagada ning 1% hoolduskohustusest vabaneda.

Tabel 8. Kui saaksite vabalt valida, siis mida Te sooviksite oma elukorralduses seoses teiste abistamise-hooldamise kohustusega praegu kõige rohkem muuta? (vastuseid koguti vabas vormis) (% , n=861, hooldajad)

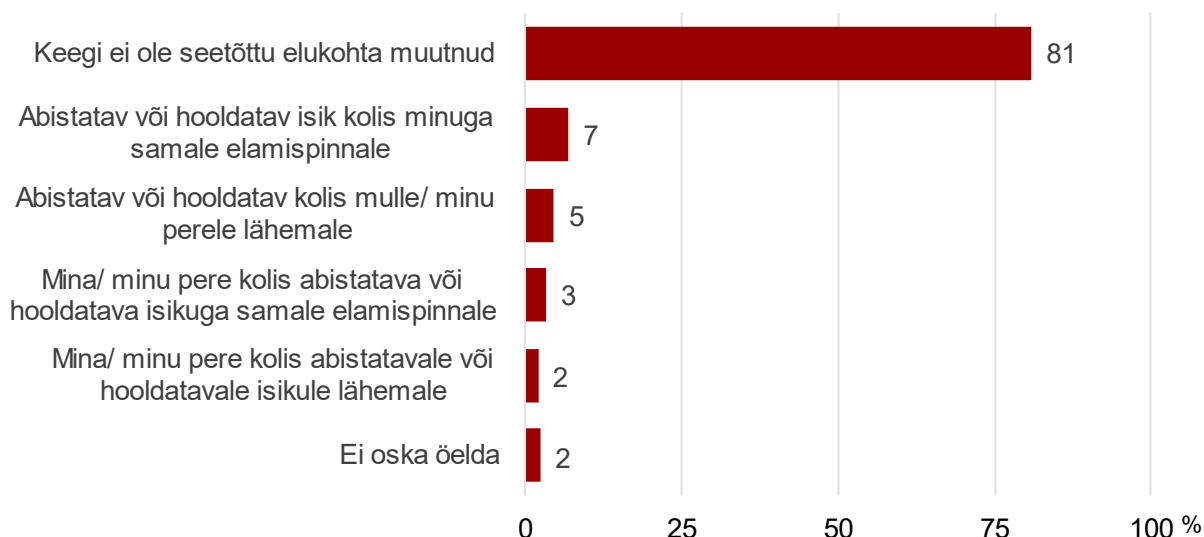
Vastus	Osakaal
Aega enese jaoks, puhkuseks, tervise parandamiseks	11%
Saada rahalist abi, toetust, suuremat hooldajapalka, rohkem raha	9%
Vähendada töökoormust, töötada paindliku tööajaga	5%
Saada abi riigilt või KOV-lt	4%
Jagada koormat kellegagi; et keegi saaks asendada	4%
Elukoht (elada lähemal, kolida kokku, elada eraldi, saada suurem korter, elamistingimused jne)	3%
Hooldekodu, hooldusasutuse vajadus (väiksem tasu, kättesaadavus, tase)	3%
Kasutada hooldusteenuseid, saada abi transpordiga vms.	3%
Saada rohkem aega hooldatavaga olla	3%
Koolitus, nõuanded, psühholoogiline tugi	2%
Hooldatava paranemine, tema suhtumise muutumine	2%
Arstiabi/taastusravi kättesaadavus	1%
Vabaneda hoolduskohustusest	1%
Suhtlusvõimalusi, tegevust hooldatavale	1%
Leida tööd, pääseda tööle	1%
Vähem bürokraatiat	1%
Saada rohkem infot	1%
Muu	3%
Ei muudaks (praegu) midagi	31%
Ei oska öelda	19%

4.3. Hooldamisest tingitud elukohavahetus

Hooldamine võib tingida vajaduse hooldaja või hooldatava elukohavahetuseks, juhul kui üksteisest elatakse kaugel, hooldatav vajab pidevat abi või järelevalvet või talle vajalikud teenused pole tema kodukohas kättesaadavad.

Abistamise/hooldamise tõttu on pidanud elukohta vahetama 5% hooldajatest, sealjuures 3% kolis hooldatavaga samale elamispinnale ning 2% kolis hooldatavale lähemale eraldi elamispinnale. Levinum on olukord, kus hooldusvajaduse tõttu tuleb elukohta vahetada hooldataval: 7% hooldajatest märkis, et hooldatav kolis temaga samale elamispinnale, ja 5%-l juhtudest oli hooldatav kolinud hooldajale lähemale, kuigi eraldi elamispinnale (Joonis 16).

Joonis 16. Kas seoses sellega, et abistate või hooldate kedagi, olete kas Teie või abistatav/hooldatav pidanud muutma elukohta, näiteks kolima elama ühisele elamispinnale või üksteisele lähemale? (% , n=861, hooldajad)



4.4. Hooldamise mõju suhetele lähedastega

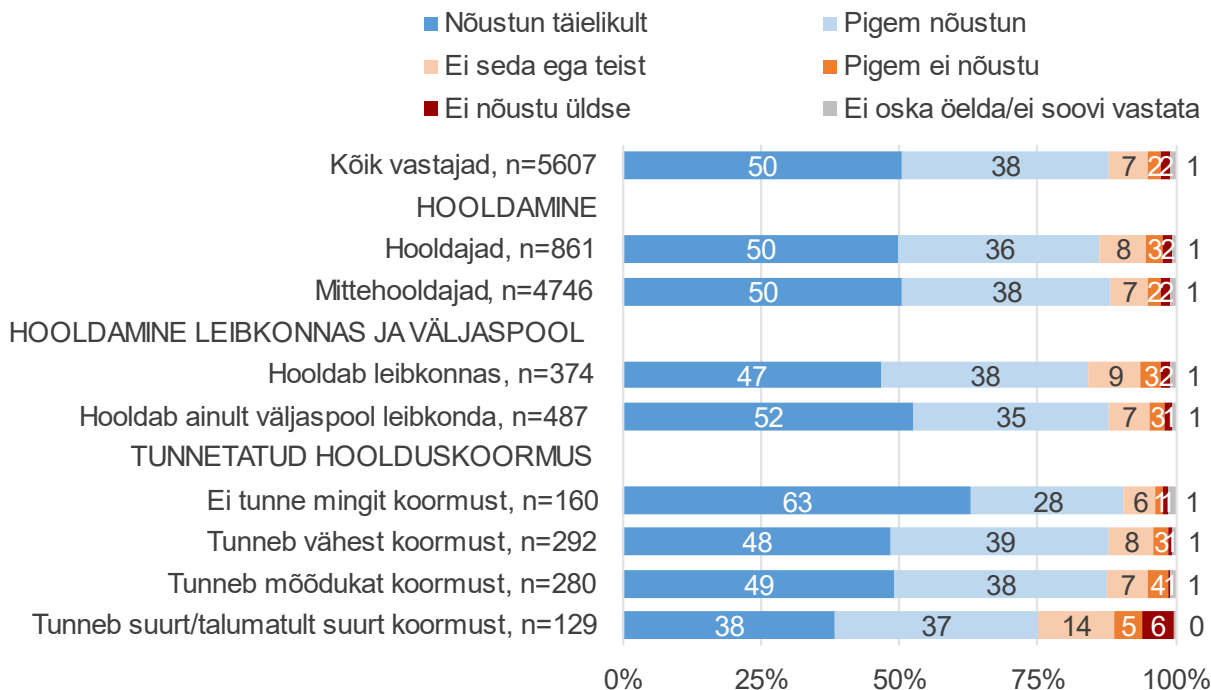
Hinnanguid suhetele lähedastega koguti kõigilt vastajatelt, sh ka neilt, kes hooldamisega ei tegele.

Hinnanguid suhetele lähedastega mõjutab vanus, majanduslik toimetulek ning üldine eluga rahulolu: keskmisest sagedamini peavad oma suhteid lähedastega heaks 70-aastased ja eakamad, majanduslikult hästi toime tulevad või üldiselt eluga rahulolevad inimesed.

Hooldajate ja mittehooldajate hinnangud oma suhetele lähedastega tervikuna ei erine – valdav osa nii hooldajatest (86%) kui mittehooldajatest (88%) peavad oma suhteid lähedastega heaks. Siiski väheneb rahulolu hoolduskoormuse kasvades – hooldajatest, kes

hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, peab oma suhteid lähedastega heaks 75% ja halvaks 11% (Joonis 17).

Joonis 17. Hinnangud väitele: “Mul on head suhted oma lähedaste inimestega” (%) (n=5607, kõik vastajad)



5. Hooldamise mõju hooldaja palgatööle ja õpingutele

Hoolduskohustuste ühitamine töö ja õpingutega võib olla keeruline või suisa võimatu, kui hooldatav vajab palju abi või pidevat järelevalvet. Selgitamaks, mil määral hoolduskohustused hooldajate (palga)tööd või õpinguid mõjutavad, kaardistati uuringus nii vastajate tööalast staatust kui ka töötavate vastajate hinnanguid töö ja pereelu (sh hoolduskohustuste) ühitamise võimalustele. Samuti antakse käesolevas peatükis ülevaade sellest, milline on tööaliste mittetöötavate hooldajate valmidus töötada, ning kui paljud tööalistest hooldajatest sooviksid juhul, kui hooldamine oleks praegusest paremini tasustatud, oma tööaega vähendada või töötamisest loobuda.

5.1. Töehõive ja -koormus ning tööalane staatus

Võttes aluseks kõik küsitletud (sh ka vanaduspensioniealised ehk 65-aastased ja eakamad), oli tööga hõivatute osakaal 63% (hooldajate seas 64% ja mittehooldajate seas 63%).

Töoealistest ehk 16–64-aastastest vastajatest moodustasid tööga hõivatud 76%.²⁰ 16–64-aastaste hooldajate seas on tööhõive määr pisut madalam kui samas vanuses mittehooldajate seas (töoealistest hooldajatest töötab 73% ja mittehooldajatest 77%), sealjuures on hooldajate hõive mittehooldajatega võrreldes oluliselt madalam vanuserühmades 30–39 (hooldajatest töötab 77% ja mittehooldajatest 85%) ning 40–49 (hooldajatest töötab 67% ja mittehooldajatest 84%). Hooldajate ning mittehooldajate vaheline erinevus nendes vanuserühmades tuleneb peamiselt täiskoormusega töötavate inimeste väiksemast osakaalust hooldajate sihtrühmas (Joonis 18).

Meessoost hooldajatest töötab 72% ja naissoost hooldajatest 58%. Vanuserühmade võrdluses on tööhõive kõrgeim 30–39-aastaste (77%) ning 50–59-aastaste hooldajate seas (75%). Mida madalam on hooldaja haridustase, seda madalam on ka tööga hõivatute osakaal: 3. taseme haridusega hooldajatest töötab 69%, 2. taseme haridusega hooldajatest 65% ja 1. taseme haridusega hooldajatest 42%. Regionaalses võrdluses märkimisväärsed erinevused hooldajate tööhõives puuduvad, kuid maal elavate hooldajate seas on hõive pisut madalam kui linnades elavate hooldajate seas (vastavalt 57% ja 67%).

Keskmine nädalas töötatud tundide arv on nii töötavatel hooldajatel kui mittehooldajatel 37 tundi. Hoolduskoormuse kasvades keskmine nädalas töötatud tundide arv väheneb: töötavad hooldajad, kes tunnevad hooldamisega seoses vähe või ei tunne üldse koormust, töötavad nädalas keskmiselt 39 tundi, mõõdukat või suurt koormust tundvad hooldajad aga keskmiselt 35 tundi.

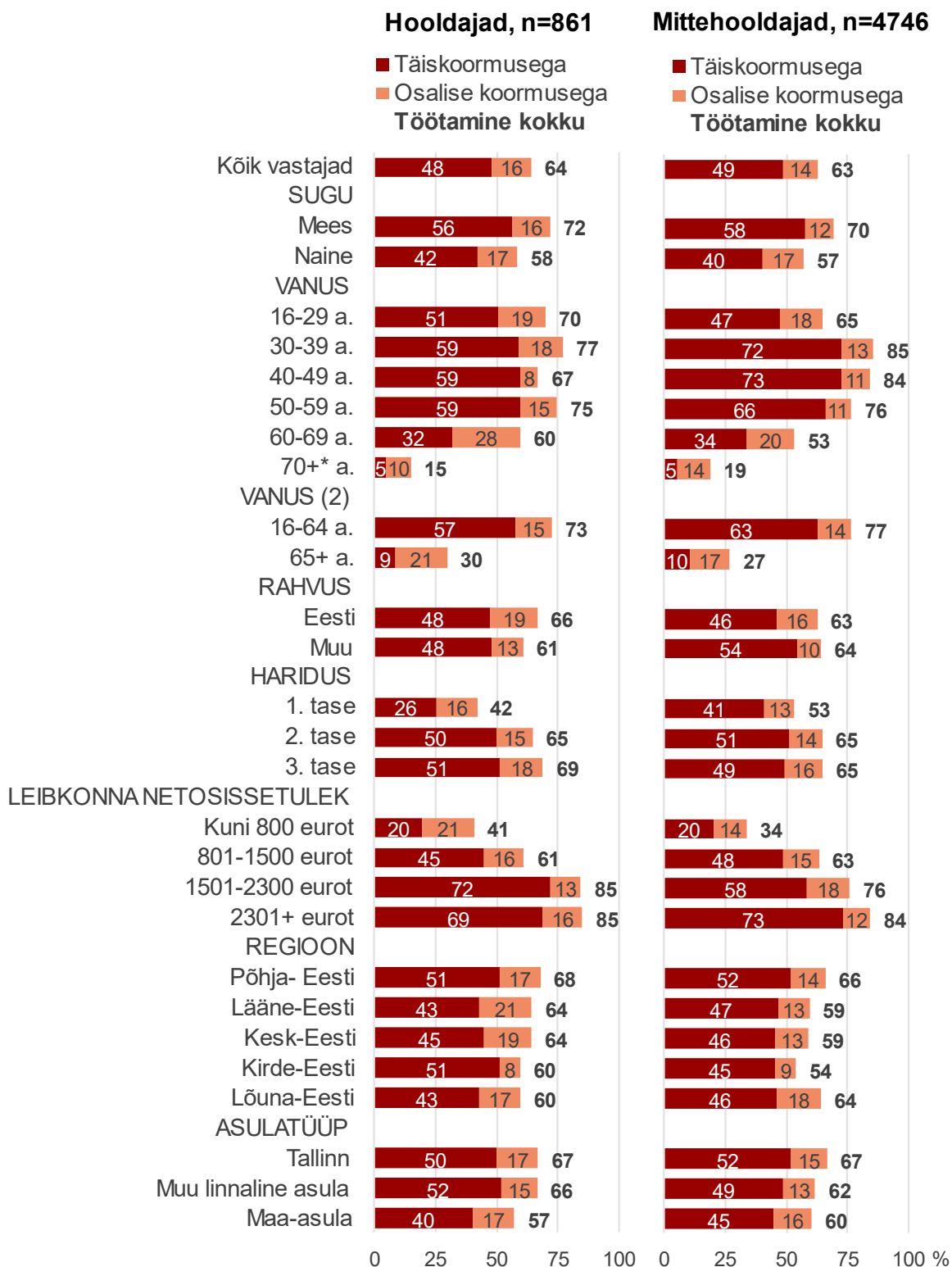
Täiskoormusega (35 või enam tundi nädalas) töötavate inimeste osakaal on nii hooldajate kui mittehooldajate seas sarnane – hooldajatest töötab täiskoormusega 48% ja mittehooldajatest 49%.²¹ Võttes aluseks ainult töoealised (16–64-aastased) inimesed, on täiskoormusega töötamine hooldajate seas siiski pisut vähem levinud kui mittehooldajate seas: täiskoormusega töötab 57% töoealistest hooldajatest ja 63% töoealistest mittehooldajatest.

Leibkonnas hooldajate seas on nii tööhõive tervikuna kui täiskoormusega töötajate osakaal madalam kui nende hooldajate seas, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda. Leibkonnas hooldajatest töötab 60%, sealjuures täiskoormusega 43%; ainult väljaspool leibkonda hooldajatest aga vastavalt 67% ja 52%. Hoolduskoormuse kasvades täiskoormusega töötajate osakaal väheneb, ning sageneb osalise koormusega töötamine. Tööga hõivatute osakaal tervikuna on suure/talumatul suure hoolduskoormusega hooldajate seas sama mis väiksema koormusega hooldajate seas (erinevus jääb statistilise vea piiresse) (Joonis 19).

²⁰ Võrdluseks: ESA andmetel oli 2022. aasta I. kvartalis tööhõive määr 15–64-aastaste seas 75%. (Autori arvutused, andmete allikas: Statistikaameti veebiandmebaas, tabel TT0150: Hõivatud | Näitaja, Sugu, Vanuserühm, Töötaja hõivatus ning Vaatlusperiood ja tabel RV021: RAHVASTIK, 1. JAANUAR | Sugu, Aasta ning Vanuserühm. Andmeid vaadatud 25.07.2022).

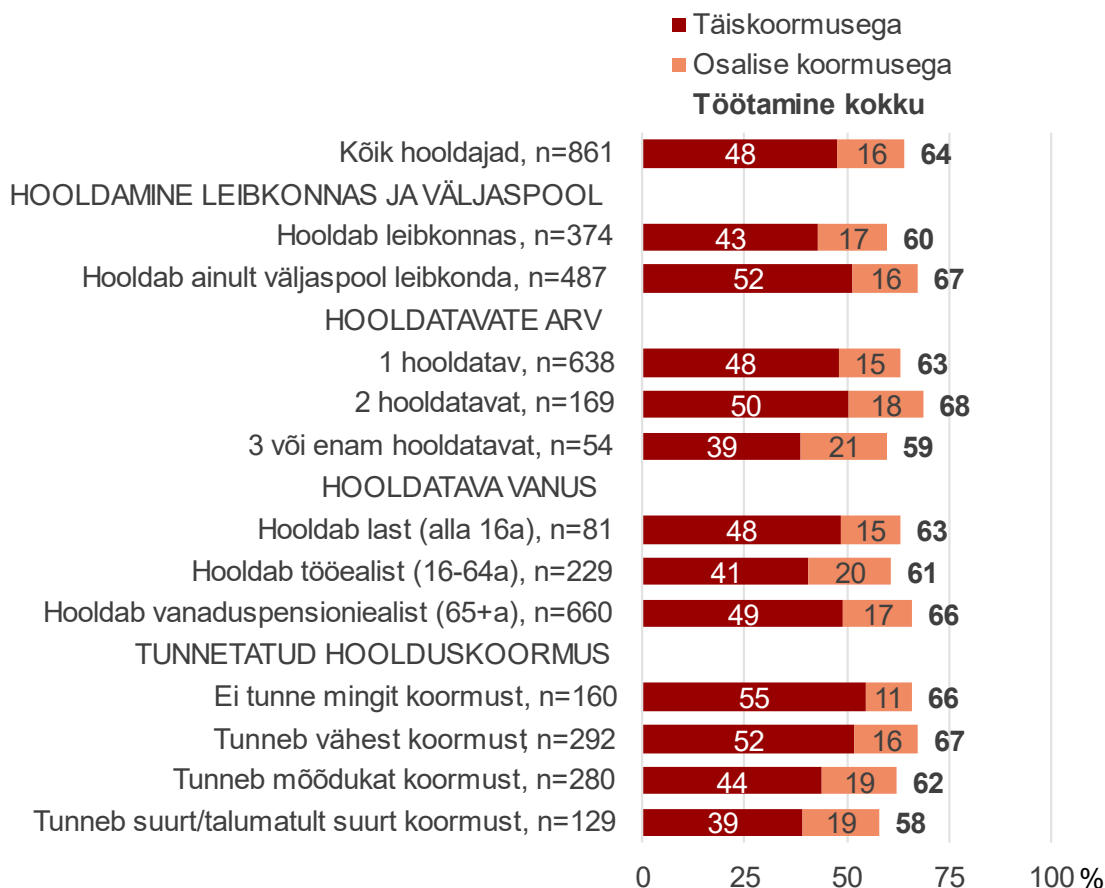
²¹ Töötavatest hooldajatest moodustavad täiskoormusega töötajad 75% ja töötavatest mittehooldajatest 77%.

Joonis 18. Töehõive hooldajate ja mittehooldajate seas (% , n=5607, kõik vastajad)



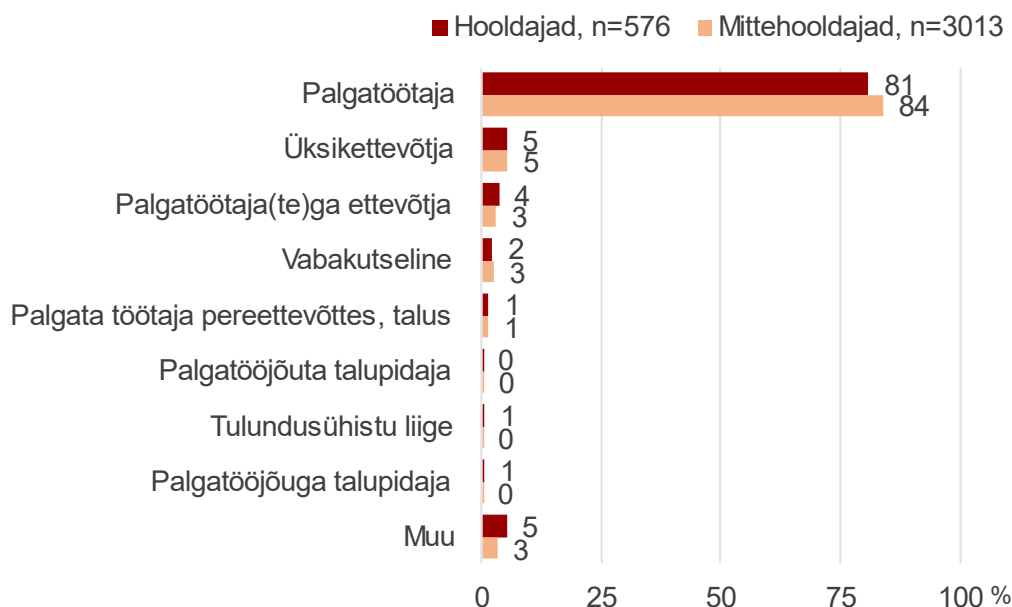
* Hooldajate sihtrühmas on valim antud rühma kohta järelduste tegemiseks liiga väike (alla 40 vastaja)

Joonis 19. Tööhõive hooldajate seas (% , n=861, hooldajad)



Jagunemine töölase staatuse alusel on hooldajate ning mittehooldajate seas küllaltki sarnane – palgatöötajad moodustavad valdava enamuse nii hooldajatest (81%) kui mittehooldajatest (84%). Ettevõtjad (siia pole arvestatud talupidajaid) moodustavad töötavatest mittehooldajatest 8% ning töötavatest hooldajatest 9% ([Joonis 20](#)), samas väheneb ettevõtjate osakaal suurema hoolduskoormusega rühmades.

Joonis 20. Töötavate hooldajate ja mittehooldajate tööalane staatus (%) ($n=3589$, vastajad, kes tegid viimase 7 päeva jooksul vähemalt 1 tunni tasustatud tööd või ajutiselt oma töökohalt puudusid)

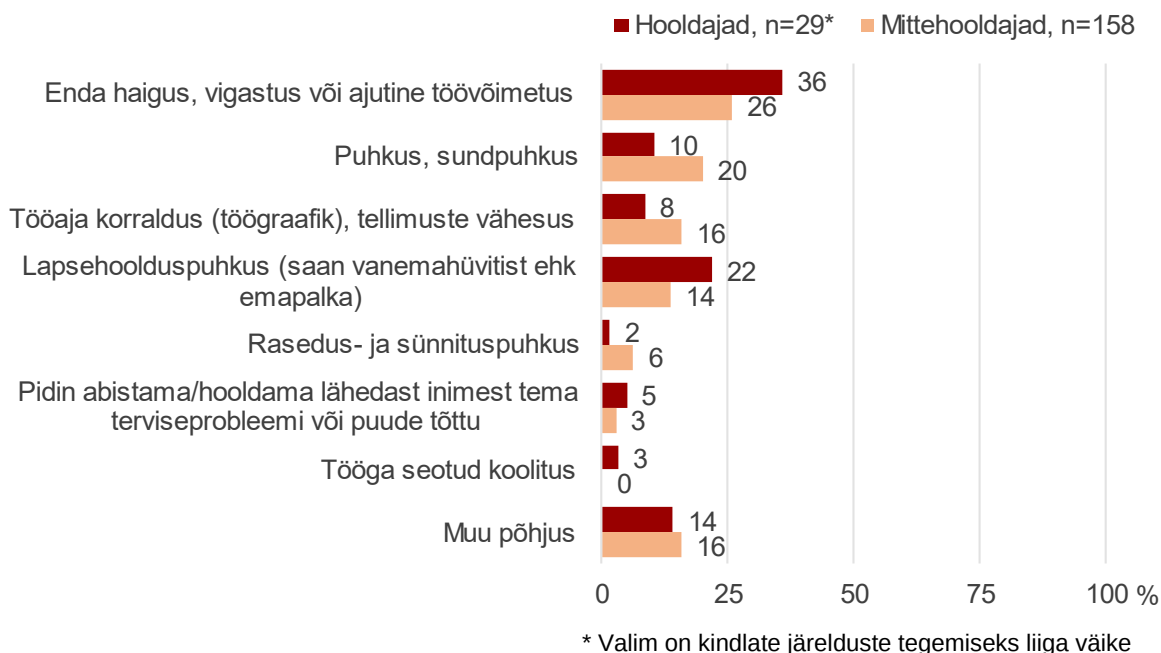


5.2. Ajutine mittetöötamine

Viimase 7 päeva jooksul ajutiselt mitte töötanud inimeste osakaal on töötavate hooldajate ja mittehooldajate seas sarnane (vastavalt 6% ja 5%), ning pole suure hoolduskoormusega hooldajate seas oluliselt kõrgem kui madalama koormusega hooldajate seas.

Põhjustena, miks viimase 7 päeva jooksul ajutiselt ei töötatud, tõid nii hooldajad kui mittehooldajad kõige sagedamini esile enda haigust, vigastust või ajutist töövõimetust. Hoolduskohustuste täitmisega põhjendati ajutist töölt eemalejäämist küllaltki harva (5% hooldajatest, kes ajutiselt ei töötanud) ([Joonis 21](#)). Samas ei tasu selle põhjal teha järeldust, et hooldamine töötamist ei mõjuta – eelnevalt nägime, et 8% hooldajatest (sh mittetöötavatest hooldajatest 14%) on hooldamise tõttu pidanud loobuma töötamisest (vt [Ptk 4.2.](#)) ning järgnevatel peatükkides tuleb juttu sellest, et hooldajad kogevad mittehooldajatest sagedamini perekondlike kohustuste (sh lähedase hooldamise tõttu) raskusi oma tööülesannetele ja õpingutele keskendumisel, samuti tunneb enam kui kolmandik töötavatest/õppivatest hooldajatest, et abistamine/hooldamine on tema tööelu või õpinguid mõjutanud (vt [Ptk 5.4.](#)).

Joonis 21. Peamine põhjus, miks viimase 7 päeva jooksul ajutiselt ei töötatud, hooldajate ja mittehooldajate võrdlus (%) ($n=187$, vastajad, kes viimase 7 päeva jooksul ajutiselt ei töötanud)

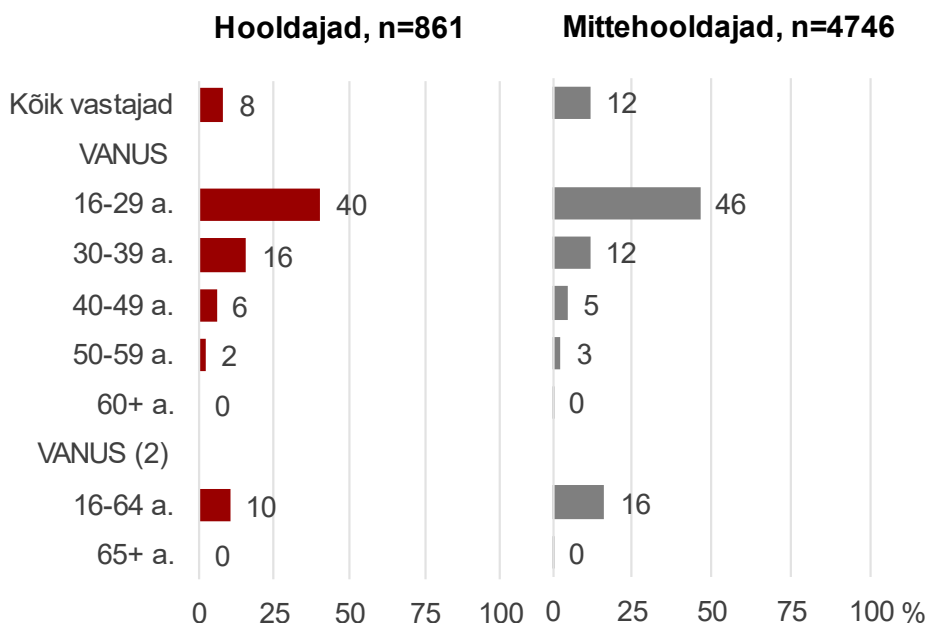


5.3. Õppimine tasemeõppes

Tasemeõppes õpib 8% hooldajatest ning 12% mittehooldajatest, sealjuures tööelistest (16–64-aastastest) hooldajatest 10% ja tööelistest mittehooldajatest 16% (Joonis 22). Õppurite madalam osakaal hooldajate seas on suuresti tingitud erinevustest hooldajate ja mitte-hooldajate vanuselises jagunemises – hooldajate seas on alla 30-aastaste osakaal (ehk vanuserühm, kus õppurite osakaal on suurim) väiksem kui mitte-hooldajate seas.

Lisaks sellele, et hooldajate seas on tasemeõppes osalejate suhtarv väiksem kui mitte-hooldajate seas, on ka nende õppekoormus keskmiselt madalam kui mittehooldajatel: tasemeõppes õppivatel hooldajatel keskmiselt 20 ja mittehooldajatel keskmiselt 25 tundi nädalas.

Joonis 22. Tasemeõppes õppijate osakaal hooldajate ja mittehooldajate seas (%), *n=5607, kõik vastajad*



5.4. Hooldamise mõju tööle ja õpingutele

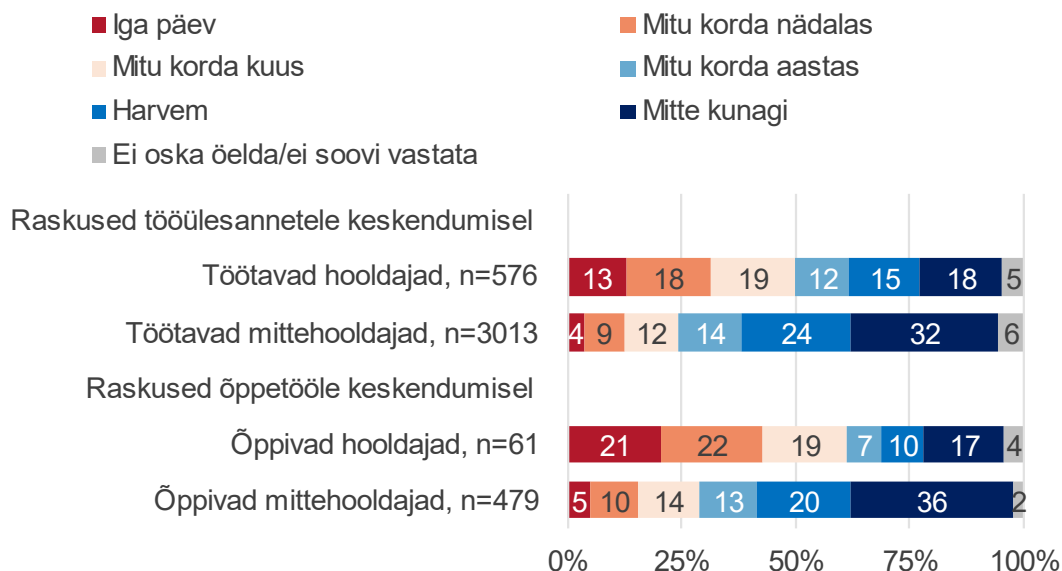
Töötavatelt või õppivatelt vastajatelt küsiti töö/õpingute ja perekondlike kohustuste ühitamise teemal lisaküsimusi. Hooldajatel paluti perekondlike kohustuste all silmas pidada ka lähedaste hooldamist.

Võrreldes mittehooldajatega tunnetavad hooldajad perekondlike kohustuste või lähedase hooldamise tõttu sagedamini raskusi keskendumisel oma tööülesannetele ja õpingutele. Töötavatest mittehooldajatest on eeltoodud põhjustel kogenud raskusi tööülesannetele keskendumisel 62% ja töötavatest hooldajatest 77%, sealjuures iganädalaselt kogeb neid raskusi 12% töötavatest mittehooldajatest ja 31% töötavatest hooldajatest ([Joonis 23](#)).

Leibkonnas hooldajatest, kes töötavad, on perekondlikest kohustustest või hooldamisest tingituna raskusi tööülesannetele keskendumise kogenud 82% ja (ainult) väljaspool leibkonda hooldajatest 76%. Sagedamini kogevad perekondlikel põhjustel või lähedase hooldamise tõttu raskusi keskendumisel tööülesannetele hooldajad, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks – neist on vastavaid raskusi kogenud kõik küsitletud, sh iganädalaselt 80%.

Perekondlike kohustuste või lähedase hooldamise tõttu on õppetööle keskendumisel raskusi kogenud 62% tasemeõppes õppivatest mittehooldajatest ja 78% hooldajatest, sealjuures iganädalaselt 15% mittehooldajatest ja 43% hooldajatest.

Joonis 23. Kui sageli olete kogenud, et Teil on perekondlike kohustuste või lähedase hooldamise tõttu raske oma tööülesannetele/õppetööle keskenduda? Hooldajate ja mittehooldajate võrdlus (% , n=vastajad, kes töötavad (3589) või õpivad (540))



Töötavatele või õppivatele hooldajatele esitati antud teemal ka lisaküsimus, et täpsemalt uurida, kas ning kuidas on hoolduskohustuste täitmine nende tööd või õpinguid mõjutanud. Samuti uuriti, kas hooldaja töökoht/õppeasutus võimaldab talle vajadusel hoolduskohustustega tegelemiseks paindlikku ajakasutust.

Töötavatest/õppivatest hooldajatest 38% hinnangul on abistamine/hooldamine mõjutanud tema tööelu või õpinguid (Tabel 9). Hoolduskoormuse suurenedes kasvab ka hoolduskohustuste tunnetatud mõju tööelule/õpingutele: töötavatest/õppivatest hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, arvab 81%, et hooldamine on tema tööelu või õpinguid mõjutanud. Töötavatest/õppivatest hooldajatest, kes hooldavad oma leibkonnaliiget, tunneb hooldamise negatiivset mõju tööle/õpingutele 54%, töötavatest/õppivatest hooldajatest, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda, tunneb seda mõju aga 26%. Keskmisest sagedamini tunnevad hoolduskohustuste negatiivset mõju tööle/õpingutele need hooldajad, kes hooldavad alla 16-aastast last (74%).

Hooldamise tõttu on töötavatest või õppivatest hooldajatest 13% pidanud vähendama töökoormust ning 1% vähendama õppekoormust, 12% võtma tasustamata vabu päevi, 6% hoolduspuhkust ning 4% hoolduslehe, 6% hakkama tegema kaugtööd, 4% vahetama töökohta, 3% loobuma edutamisest, 4% loobuma õppimisest või täiendkoolitusest, 2% loobuma ajutiselt töötamisest ning 4% tegema midagi muud, et hooldamisega toime tulla. Töötavate/õppivate hooldajate seas, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, on tööelus või õpingutes hooldamise tõttu erinevate järeleandmistega tegemine sagedasem – näiteks on 34% neist pidanud vähendama töökoormust ning 24% võtma tasustamata vabu päevi.

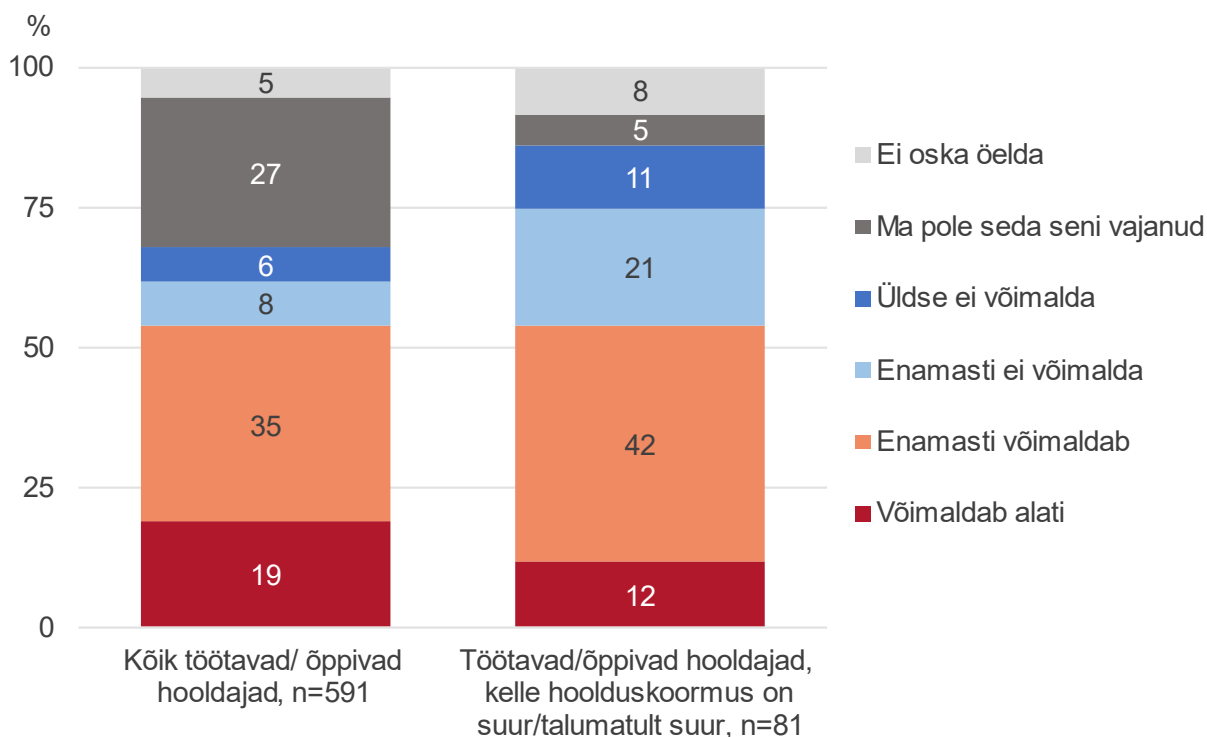
Tabel 9. Mõeldes oma tööelule või õpingutele, kas Te olete pidanud inimeste tõttu, keda Te praegu abistate või hooldate, tegema järgmisi asju? (% , n=591, hooldajad, kes käivad tööl või õpivad tasemeõppes)

	Kõik töötavad/ õppivad hooldajad, n=591	Hooldab leibkonnas, n=241	Hooldab ainult väljaspool leibkonda, n=350
Vähendama töökoormust	13%	20%	8%
Võtma tasustamata vabu päevi	12%	12%	12%
Võtma hoolduspuhkust	6%	11%	2%
Hakkama tegema kaugtööd	6%	9%	3%
Loobuma õppimisest või täiendkoolitusest	4%	7%	2%
Võtma nn hoolduslehe (ajutise töövõimetuslehe)	4%	7%	2%
Vahetama töökohta	4%	6%	3%
Loobuma edutamisest või kõrgemast ja vastutusrikkamast ametikohast	3%	5%	2%
Loobuma ajutiselt töötamisest	2%	4%	1%
Vähendama õppekoormust	1%	2%	1%
Pidanud tegema seoses töö või õpingutega midagi muud, et hooldamisega toime tulla	4%	6%	3%
Abistamine/hooldamine pole minu tööelu või õpinguid mõjutanud	62%	46%	74%

Töötavatest või õppivatest hooldajatest 19% hinnangul võimaldab tema töökoht/õppeasutus talle hoolduskohustustega tegelemiseks vajadusel alati paindlikku ajakasutust, 35% hinnangul võimaldab töökoht/õppeasutus seda enamasti, 8% hinnangul enamasti ei võimalda ja 6% hinnangul ei võimalda üldse. Töötavatest/õppivatest hooldajatest 5% ei osanud antud teemal hinnangut anda ning 27% polnud paindliku ajakasutuse võimaldamist tööandja/õppeasutuse poolt seni vajanud (Joonis 24).

Töötavatest/õppivatest hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, märkis 32%, et nende tööandja/õppeasutus neile paindlikku ajakasutust enamasti/üldse ei võimalda. Samas on suure hoolduskoormusega hooldajate seas vajadus paindliku ajakasutuse järele keskmisest suurem: vaid 5%-l suure hoolduskoormusega hooldajatest polnud seni vastavat vajadust (et tööandja/õppeasutus võimaldaks paindlikku ajakasutust) tekkinud.

Joonis 24. Kas hooldaja töökoht või õppeasutus võimaldab talle vajadusel paindlikku ajakasutust, et ta saaks tegeleda jooksvalt oma hoolduskohustustega (%) (n=591, hooldajad, kes käivad tööl või õpivad tasemeõppes)

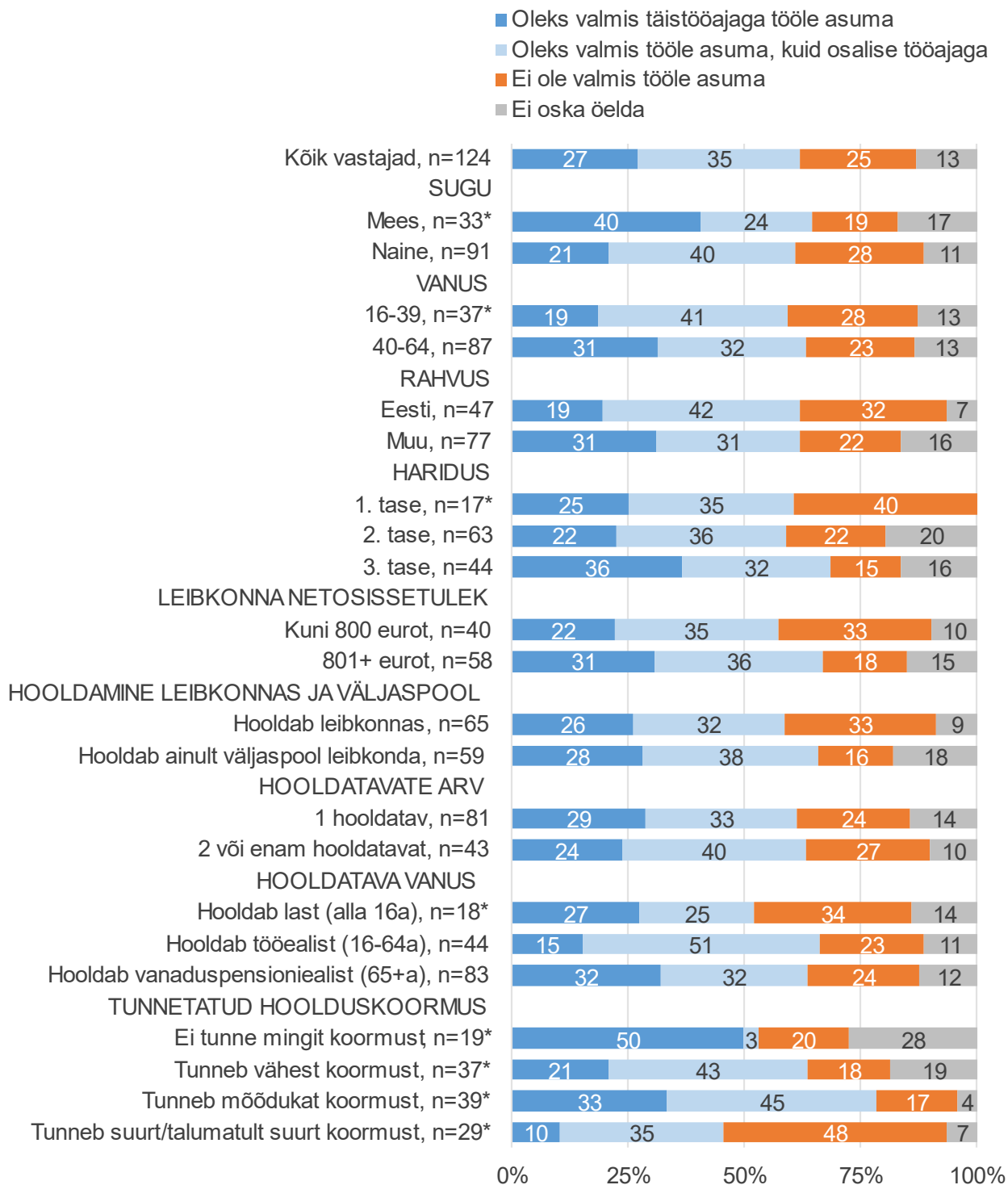


5.5. Mittetöötavate hooldajate valmidus töötada

Tööealistest (16–64-aastastest) hooldajatest, kes ei tööta ega ole pensionil, oleks 62% enda hinnangul valmis sobiva töökohta olemasolul tööle asuma, kui nende poolt hooldatava inimese/inimeste abivajadused oleksid kaetud teiste abistajate poolt või ametlike teenustega, sealjuures 27% oleks valmis töötama täistööajaga ning 35% osalise tööajaga (Joonis 25). Arvuliselt on tööealisi hooldajaid, kes praegu ei tööta, kuid oleksid valmis võimalusel tööle asuma, 18 600–24 600.

Üldine valmidus töötada on mees- ja naisvastajate seas samal tasemel, kuid võrreldes naistega väljendasid mehed sagedamini valmidust asuda tööle täistööajaga. Tulemused viitavad, et juhul, kui hooldatavaks on laps, on hooldajate valmidus tööle asuda keskmiselt madalam kui sel juhul, kui hooldatavaks on tööealine või vanaduspensioniealine inimene, kuid kindlate järelduste tegemiseks on valim liiga väike. Tulemused viitavad ka sellele, et valmidus töötada täistööajaga väheneb hoolduskoormuse suurenedes, kuid taas seab kindlate järelduste tegemisele piirid valimi väiksus.

Joonis 25. Mittetöötavate tööealiste hooldajate valmidus sobiva töökoha olemasolul tööle asuda, kui nende poolt hooldatava inimese/inimeste abivajadused oleksid kaetud teiste abistajate poolt või ametlike teenustega (% , n=124, 16–64-aastased hooldajad, kes ei tööta)



* Antud rühmas oli vastajaid üldistuste tegemiseks liiga vähe

Tööealistest mittetöötavatest hooldajatest 25% arvab, et ei oleks valmis töötama ka siis, kui tema hooldatava abivajadused oleksid teiste hooldajate poolt või ametlike teenustega kaetud, ning 13% ei osanud oma valmidust töötada hinnata. Hooldajatel, kes polnud valmis tööle asuma või ei osanud selles osas seisukohta võtta (valimis 49 vastajat), paluti täpsustada, miks nad ei oleks valmis sobiva töökoha olemasolul tööle asuma.

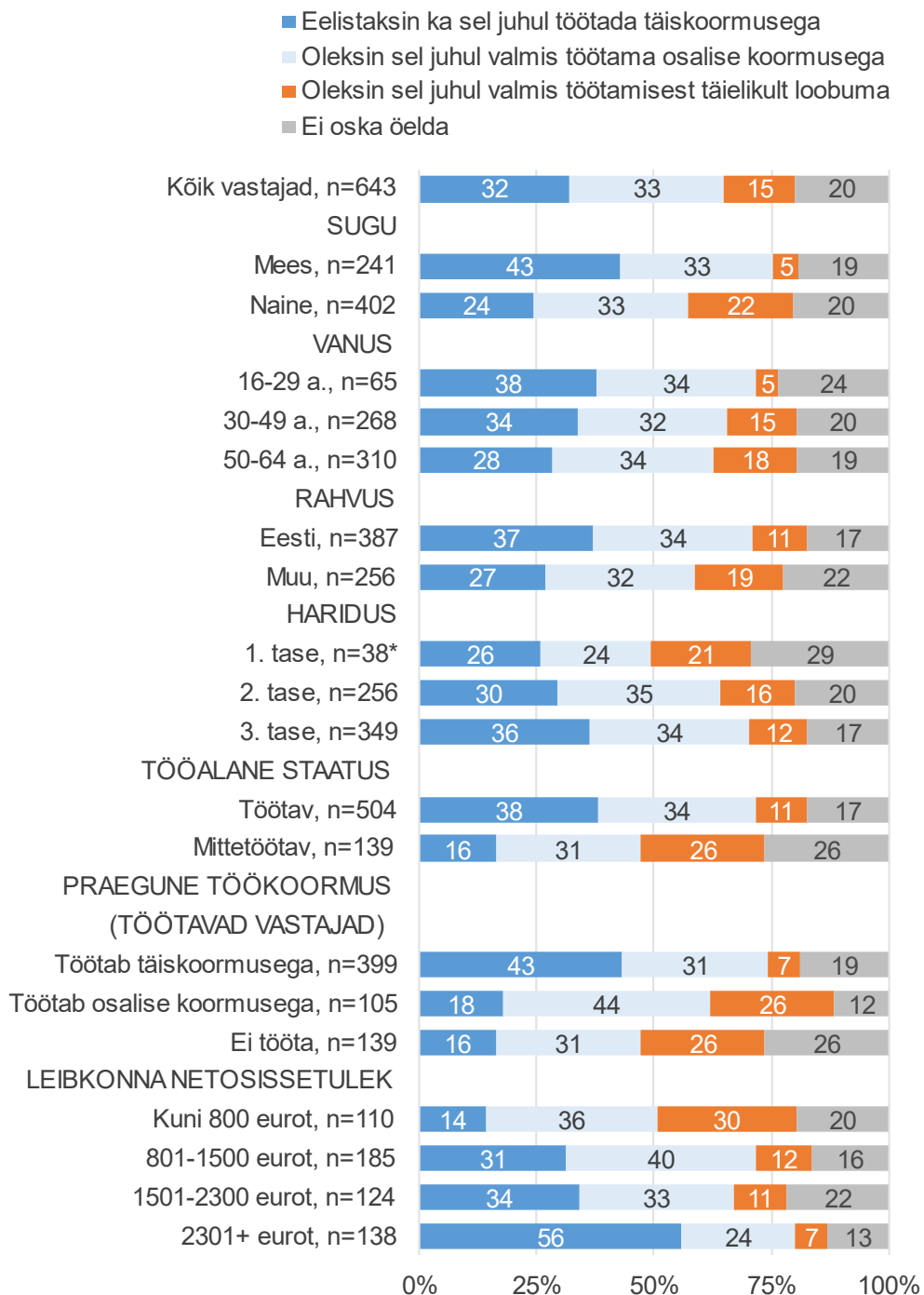
Kõige sagedamini põhjendati soovimatust töötada iseenda haiguse, terviseprobleemi, vähenenud töövõime või puudega (37% vastajatest), kuid küllaltki sageli toodi esile ka vajadust hoolitseda laste eest (21%) või vajadust tegeleda hoolduskohustustega (18%). Isiklikest ja perekondlikest põhjustest harvemini toodi esile kahtlusi huvitava/motiveeriva töö leidmise osas (10%), täiend- või ümberõppe läbimise suutlikkuse osas (9%), tööalaste oskuste vananemist (6%) ning kartust end tööle pakkuda (6%) (Tabel 10).

Tabel 10. Miks Te ei ole valmis sobiva töökoha olemasolul tööle asuma? (% , n=49, 16–64-aastased hooldajad, kes ei tööta ega ole pensionil ning ei ole enda hinnangul valmis sobiva töökoha olemasolul tööle asuma)

Põhjus	Osakaal
Iseenda haiguse, terviseprobleemi, vähenenud töövõime või puude tõttu	37%
Vajaduse tõttu hoolitseda laste eest (tavapärase laste hoidmine jms)	21%
Vajaduse tõttu hoolitseda hooldamist vajavate laste või täiskasvanute eest nende haiguse või puude tõttu	18%
Muud perekondlikud põhjused	12%
Ma ei usu, et leian enda jaoks huvitava ja motiveeriva töö	10%
Leian, et ma ei suuda enam läbida uueks ametiks vajalikku täiend- või ümberõpet	9%
Leian, et minu tööalased oskused on vananenud	6%
Olen kaua töölt eemal olnud ega julge enam end tööle pakkuda või tööle minna	6%
Olen materiaalselt piisavalt kindlustatud ega pea seetõttu töötama	2%
Muud põhjused	16%
Ei oska öelda	12%

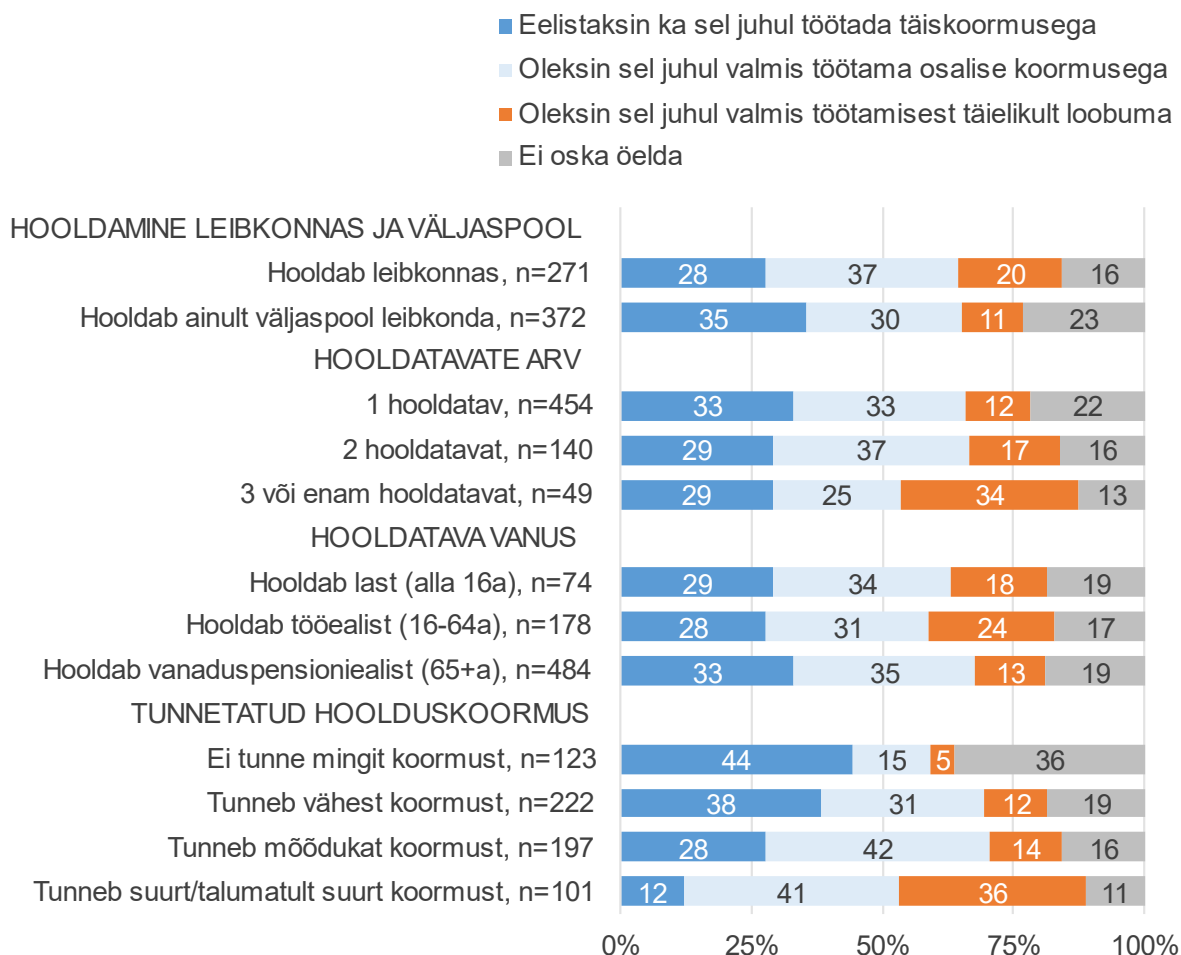
Tööealistelt (16–64-aastastelt) hooldajatelt küsiti ka seda, milline oleks nende valmisolek oma tööaega vähendada või töötamisest üldse loobuda, et tegeleda rohkem hooldamisega, juhul kui teiste inimeste hooldamine oleks tulevikus paremini tasustatud kui täna (nt hooldaja saaks tulevikus selle eest tasu vähemalt töötasu alammäära summas (mis oli 2022. aastal ca 650 eurot kuus)). Tööealistest hooldajatest 32% (arvuliselt 38 500 – 48 400 inimest) eelistaks ka sel juhul töötada täiskoormusega, kuid 33% (arvuliselt 40 000 – 49 900 inimest) oleks sel juhul valmis töötama osalise koormusega ning 15% (arvuliselt 16 800 – 24 400 inimest) töötamisest täielikult loobuma. Hinnangut ei osanud anda 20% küsitletutest (Joonis 26). Hoolduskoormuse suurenedes kasvab ka huvi töökoormuse vähendamise vastu: hooldajatest, kes hindasid oma hoolduskoormust suureks või talumatult suureks, eelistas kõigest 12% töötada täiskoormusega, samas kui 41% soovis töötada osalise koormusega ning 36% töötamisest sootuks loobuda (Joonis 27).

Joonis 26. Tööealiste hooldajate valmidus oma tööaega vähendada või töötamisest üldse loobuda, juhul, kui teiste inimeste hooldamine oleks tulevikus paremini tasustatud kui täna (vähemalt töötasu alammäära summas) (% , n=643, 16–64-aastased hooldajad)



* Antud rühmas oli vastajaid üldistuste tegemiseks liiga vähe

Joonis 27. Tööealiste hooldajate valmidus oma tööaega vähendada või töötamisest üldse loobuda, juhul, kui teiste inimeste hooldamine oleks tulevikus paremini tasustatud kui täna (vähemalt töötasu alammäära summas) (% , n=643, 16–64-aastased hooldajad)



Töötavatest hooldajatest 38% eelistaks (juhul, kui hooldamine oleks paremini tasustatud) töötada täiskoormusega, 34% osalise koormusega ning 11% töötamisest loobuda. Praegu täiskoormusega (nädalas vähemalt 35 tundi) töötavatest hooldajatest 43% eelistaks töötada (jätkuvalt) täiskoormusega, 31% eelistaks pigem osalist koormust ning 7% eelistaks töötamisest loobuda. Osalise koormusega töötavatest hooldajatest eelistaks 44% töötada (jätkuvalt) osalise koormusega, 18% täiskoormusega ning 26% eelistaks töötamisest loobuda. Mittetöötavatest hooldajatest eelistaks töötada 47%, sealjuures 16% täis- ja 31% osalise koormusega.

Võrreldes meessoost hooldajatega on naissoost hooldajate huvi täiskoormusega töötamise vastu madalam (43% meestest ja 24% naistest) ning valmidus töötamisest loobuda suurem (5% meestest ja 22% naistest). Valmidus töötamisest loobuda suureneb hooldajate vanuse kasvades. Võrreldes eesti rahvusest vastajatega eelistavad muudest rahvustest hooldajad harvemini töötada täiskoormusega (eestlastest 37% ja muudest rahvustest 27%) ning

sagedamini töötamisest loobuda (vastavalt 11% ja 19%). Kõrgharidusega hooldajate seas on huvi töötamisest loobuda väiksem kui madalamalt haritute seas.

Leibkonnas hooldajate seas on huvi täiskoormusega töötada pisut madalam kui ainult väljaspool leibkonda hooldajate seas (vastavalt 28% ja 35%). Samuti eelistavad leibkonnas hooldajad võrreldes väljaspool leibkonda hooldajatega sagedamini töötamisest loobuda (vastavalt 20% ja 11%). Huvi töötamisest loobuda on keskmisest pisut kõrgem ka sel juhul, kui hooldatavaks on tööeline inimene (24% tööelise inimese hooldajatest) või kui hooldatavaid on enam kui kaks (34%).

Hooldajatelt, kes väljendasid valmidust (juhul, kui hooldamine oleks paremini tasustatud) töötada osalise koormusega või töötamisest üldse loobuda (valimis 308 vastajat), küsiti ka seda, kas nad oleksid tulevikus valmis leppima väiksema sissetuleku või pensioniga (eelistades töötamise lõpetada või töötada osalise koormusega). Küsitluteest 41% vastas sellele jaatavalt (st oleks valmis leppima väiksema sissetuleku või pensioniga) ning 42% eitavalt, 18%-l puudus kindel seisukoht.

6. Hooldamise mõju hooldaja füüsilisele ja vaimsele tervisele

Hooldamine võib hooldaja jaoks olla nii füüsiliselt kui vaimselt raske ning samuti võib hooldajal nappida aega enda tervise eest hoolitsemiseks, mis võib viia tema tervise halvenemiseni. Käesolevas peatükis antakse ülevaade, kuidas erineb hooldajate ning mittehooldajate tervis, kuidas nad hindavad oma tervisliku seisundi muutumist, ning kui paljud kasutavad tervisest tingituna abivahendeid või vajaksid neid täiendavalt.

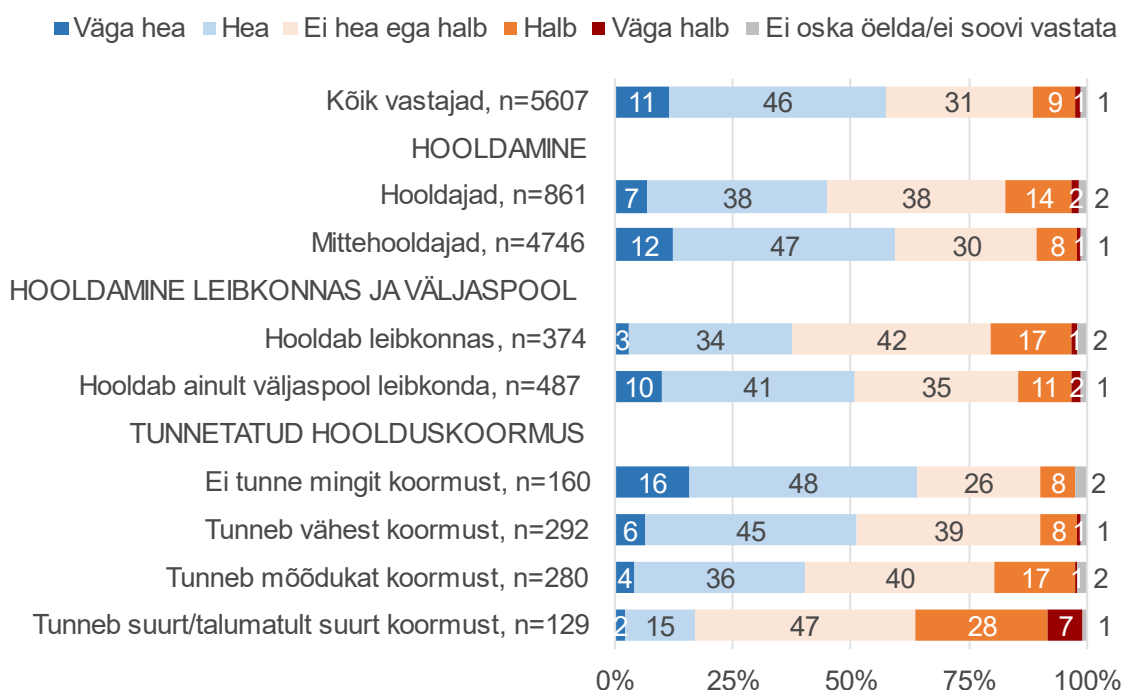
6.1. Tervise enesehinnang

Hooldajad hindavad oma tervist keskmiselt halvemaks kui Eesti elanikud üldiselt: kui Eesti elanikest üldiselt hindab oma tervist väga heaks/heaks 57% ja väga halvaks/halvaks 10%²², siis hooldajatest hindab oma tervist väga heaks/heaks 45% ja väga halvaks/halvaks 15% (mittehooldajatest vastavalt 60% ja 9%) (Joonis 28). Regressioonanalüüs näitas siiski, et kuigi hooldamine on oluline tervise enesehinnangut ennustav tegur, siis sellest enam mõjutavad hinnanguid tervisele vastaja vanus ja majanduslik toimetulek (vt Lisa 2).

²² Võrdluseks: ESA andmetel hindas 2021. aastal oma tervist väga heaks/heaks 58% ja halvaks/väga halvaks 12% elanikest. (ESA veebiandmebaas, tabel TH77: 16-AASTASTE JA VANEMATE TERVIS | Aasta, Sugu, Vanuserühm ning Tervises seisund. Andmeid vaadatud 17.06.2022).

Mida suurem on tunnetatud hoolduskoormus, seda halvemaks hooldajad oma tervist hindavad: hooldajatest, kelle tunnetatud hoolduskoormus on vähene või puuduv, hindab oma tervist väga halvaks/halvaks 8%, mõõdukat koormust tundvatest hooldajatest 18% ning suurt/talumatult suurt koormust tundvatest hooldajatest 35%. Hooldajatest, kelle tunnetatud hoolduskoormus on suur/väga suur, peab oma tervist väga heaks/heaks vaid 17%.

Joonis 28. Milliseks Te hindate oma tervist üldiselt? (% , n=5607, kõik vastajad)

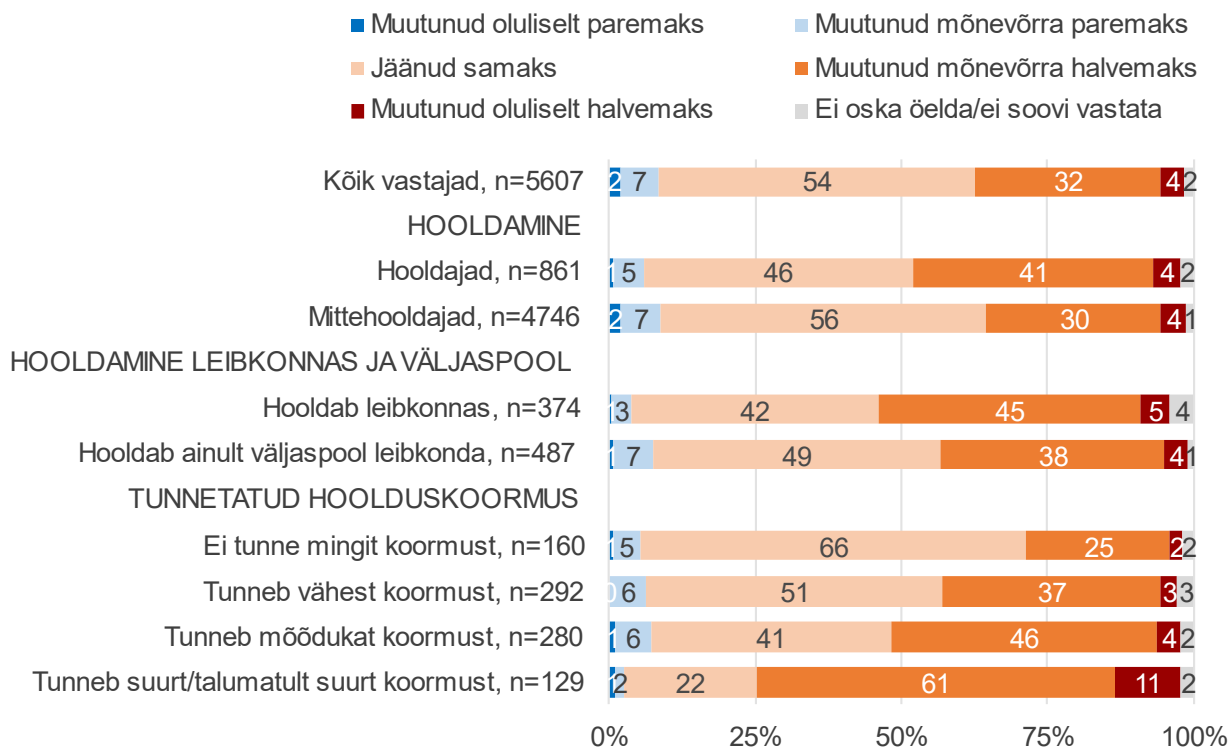


6.2. Muutused tervislikus seisundis

Võrreldes mittehooldajatega tunnevad hooldajad sagedamini oma tervise halvenemist: kui mittehooldajatest hindas 34%, et tema tervis on viimase 12 kuu jooksul muutunud oluliselt/mõnevõrra halvemaks, siis hooldajatest tundis oma tervise halvenemist 46% (Joonis 29). Võrreldes mittehooldajatega on tervise halvenemist tunnetavate inimeste osakaal hooldajate seas suurem kõigis vanuserühmades, sealjuures kõige suurem on hooldajate ja mittehooldajate hinnangute erinevus vanuserühmades 30-39 ja 40-49 – vanuserühmas 30-39 tunnetab oma tervise halvenemist 28% mittehooldajatest ja 42% hooldajatest; vanuserühmas 40-49 vastavalt 27% mittehooldajatest ja 45% hooldajatest. Ka siin on hinnangud seda negatiivsemad, mida suurem on hoolduskoormus: hooldajatest, kelle hoolduskoormus on suur/talumatult suur, tunneb oma tervise halvenemist 73%. Üle 5-

aastase hooldusstaažiga²³ hooldajatest tunnetab tervise halvenemist 51% ning kuni 5-aastase hooldusstaažiga hooldajatest 42%.

Joonis 29. Kas Teie tervis on viimase 12 kuu jooksul varasema ajaga võrreldes... (%), n=5607, kõik vastajad)



6.3. Kroonilised haigused, tegevuspiirangud ja puuded

Võrreldes kogu elanikkonnaga on hooldajate seas pisut kõrgem nii pikaajaliste (krooniliste) haigustega inimeste osakaal (kogu elanikkonnas 50%²⁴ ja hooldajate seas 57%) kui terviseprobleemide tõttu viimase 6 kuu jooksul tegevuspiiranguid kogenute osakaal (kogu elanikkonnas 44%²⁵ ja hooldajate seas 50%). Ka püsiva töövõimetuse või vähenenud

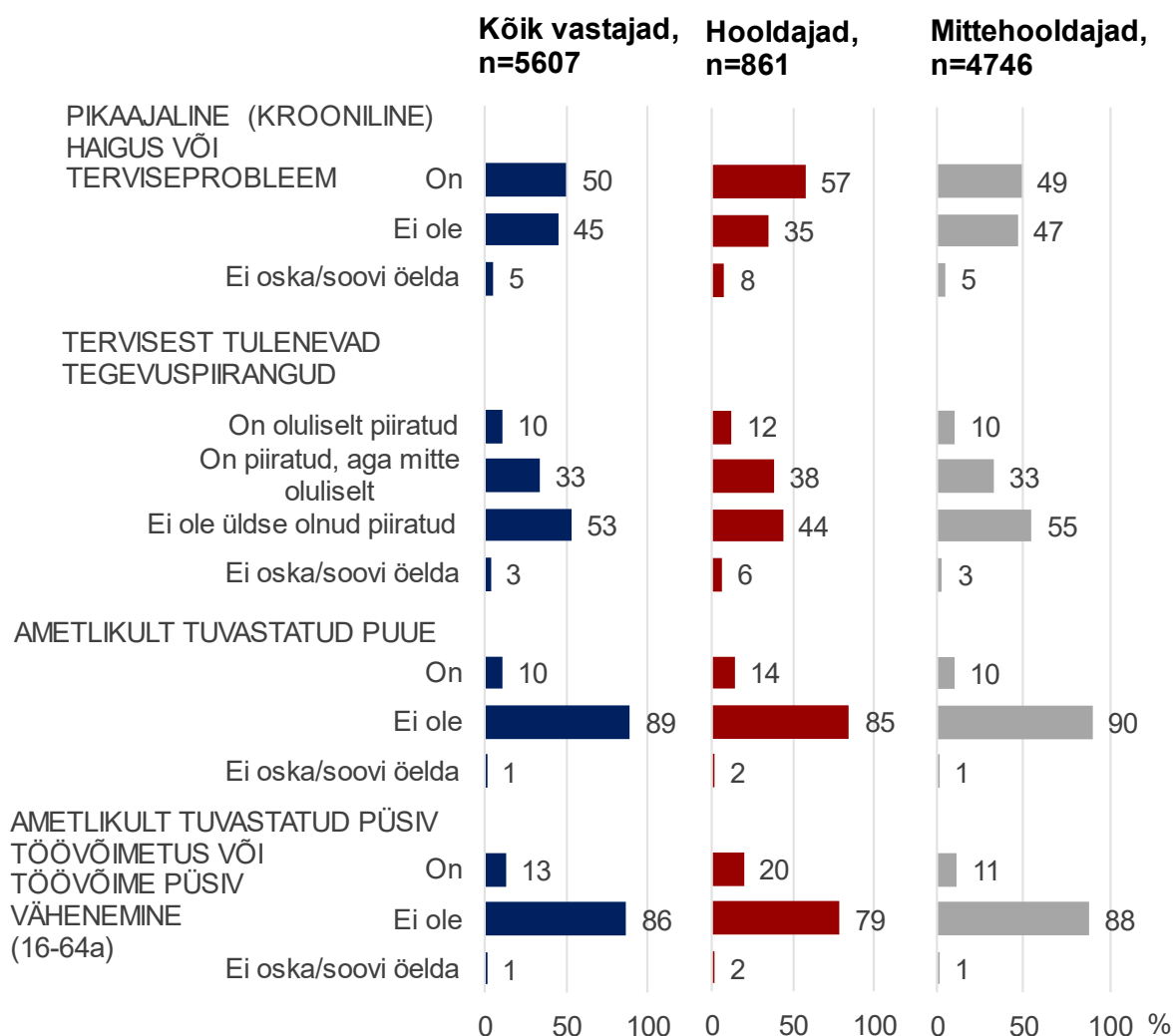
²³ Hooldusstaaži all peetakse silmas seda, kui kaua elu jooksul (kokku) on hooldamisega tegeletud.

²⁴ Võrdluseks: ESA andmetel oli pikaajaliste haigustega inimeste osakaal vähemalt 16-aastaste seas 2021. aastal 47% (ESA veebiandmebaas, tabel TH85: 16-AASTASTE JA VANEMATE PIKAAJALISE HAIGUSE OLEMASOLU | Aasta, Sugu, Vanuserühm ning Haiguse olemasolu. Andmeid vaadatud 17.06.2022).

²⁵ Võrdluseks: ESA andmetel moodustasid tervisest tingitud tegevuspiirangutega inimesed 2021. aastal 33% vähemalt 16-aastastest, sealjuures suurel määral piiratus tunneb end oma igapäevategevustes 11% ja mõningal määral piiratus 22% elanikest (ESA veebiandmebaas, tabel TH89: 16-AASTASTE JA VANEMATE TERVISEST TINGITUD IGAPÄEVATEGEVUSE PIIRATUS | Aasta, Maakond ning Piiratus määr. Andmeid vaadatud 17.06.2022).

töövõimega inimeste osakaal on 16–64-aastaste hooldajate seas keskmisest kõrgem kui samaealiste vastajate seas üldiselt (vastavalt 20% ja 13%)²⁶ (Joonis 30). Terviseprobleemide ja hoolduskoormuse seos ilmneb ka siin: suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest esineb pikaajalisi kroonilisi haigusi/terviseprobleeme 69%-l ja tervisest tulenevaid tegevuspiiranguid 64%-l.

Joonis 30. Krooniliste haigustega, tervisest tulenevate tegevuspiirangutega, puudega või püsiva töövõimetuse/vähenenud töövõimega vastajate osakaal (% , n=5607, kõik vastajad)



²⁶ Võrdluseks: Ametliku statistika järgi moodustavad püsiva töövõimetuse või vähenenud töövõimega inimesed tööealisest rahvastikust 12% (Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusameti poolt avaldatud statistika, autori arvutused).

Ametlikel andmetel moodustasid puudega inimesed vähemalt 16-aastastest elanikest 2022. aasta alguse seisuga 11%²⁷. Käesolevas uuringus oli puudega inimesi vähemalt 16-aastaste vastajate seas 10%. Hooldajate seas on puudega inimeste osakaal elanikkonna keskmisest pisut kõrgem (14%), sealjuures eriti kõrge on puudega inimeste osakaal nende hooldajate seas, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks (30%). Võrreldes kogu elanikkonnaga on hooldajate seas suurem keskmine puudega inimeste osakaal (kogu elanikkonnas 5%, hooldajate seas 10%), kuid raske või sügava puudega inimeste osakaal on kogu elanikkonnas ja hooldajate seas samaväärne. Puudeliikidest esineb nii kogu elanikkonnas kui hooldajate seas kõige arvukamalt liikumispuudeid (kõigist elanikest 5% ja hooldajatest 7%).

Eelnevat kokku võttes – hooldajate tervis on elanikkonna keskmisest halvem. Hooldajate seas esineb kroonilisi haigusi, tervisest tulenevaid tegevuspiiranguid, puudeid ning töövõime vähenemist/töövõimekadu sagedamini kui mittehooldajate seas. Hooldaja tervislik seisund on tugevalt seotud ka tunnetatud hoolduskoormusega, sealjuures hindavad oma hoolduskoormust sagedamini suureks need hooldajad, kes peavad oma tervist halvaks või väga halvaks (neist 36% peab oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks). See viitab, et tunnetatud suur hoolduskoormus pole seotud ainult hoolduskohustuste suure mahuga, vaid ka hooldaja võimekusega hooldust osutada – hooldajad, kelle tervis on halb, tunnevad keskmisest sagedamini, et hooldamine käib neile üle jõu.

6.4. Tervisega seotud abivahendite kasutamine

Tervisega seotud abivahendite kasutamine on hooldajate seas pisut levinum kui mittehooldajate seas – abivahendeid kasutab (enda tarbeks) 67% hooldajatest ja 62% mittehooldajatest. Kõige enam on nii hooldajate kui mittehooldajate seas nägemisabivahendite (59% hooldajatest ja 55% mittehooldajatest) ja hambaproteeside (vastavalt 20% ja 22%) kasutajaid. Vajadus täiendavate abivahendite järele on hooldajate seas samuti suurem kui mittehooldajate seas: hooldajatest tunneb vajadust täiendavate abivahendite järele 32% ning mittehooldajatest 26%. Vajataivateks abivahenditeks on ka siin kõige sagedamini nägemisabivahendid (15% hooldajatest ja 13% mittehooldajatest) ja hambaproteesid (vastavalt 15% ja 11%) (Tabel 11).

²⁷ Allikas: ESA veebiandmebaas, tabel THV23: PUUDEGA INIMESED, 1. JAANUAR | Aasta, Maakond, Vanuserühm ning Sugu, autori arvutused. Andmeid vaadatud 17.06.2022.

Tabel 11. Abivahendite kasutus ja täiendavad vajadused (%) (*n=5607, kõik vastajad*)

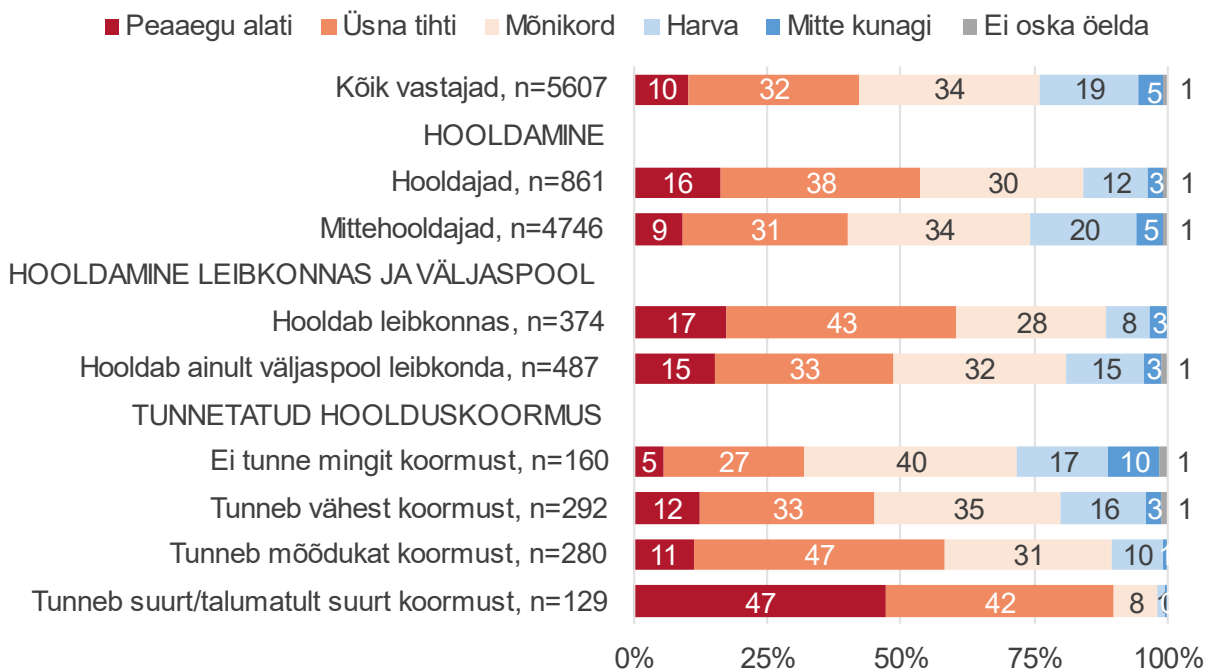
	Kasutab abivahendeid		Vajab täiendavaid abivahendeid	
	Hooldajad, n=861	Mitte-hooldajad, n=4746	Hooldajad, n=861	Mitte-hooldajad, n=4746
Nägemisabivahendid (nt prillid, luup jms)	59%	55%	15%	13%
Hambaproteesid	20%	22%	15%	11%
Liikumisabivahendid (nt kepp, kargud või ratastool jms)	7%	6%	5%	3%
Muud proteesid või ortoosid (nt jäsemete-, silmaproteesid jms)	4%	4%	3%	3%
Kuulmisabivahendid	4%	3%	4%	3%
Pöetus- või hooldusabivahendid (nt sidemed, hügieenimähkmed jms)	3%	3%	1%	1%
Teised abivahendid (nt tegevuspiirangutega inimestele kohandatud seadmed, spetsiaalsed arvutid, tarkvara jms)	2%	1%	2%	1%
Ei kasuta/ei vaja ühtegi abivahendit	33%	38%	68%	74%

6.5. Üleväsimuse ja depressioonisümptomite kogemine

Eraldi teemana käsitleti uuringus ka vaimse tervisega seonduvat, sh seda, kas on kogetud üleväsimust ning depressioonisümptomeid.

Hooldajate seas esineb üleväsimust sagedamini kui mittehooldajate seas – 12 kuu jooksul on peaaegu alati/tihti üleväsimust tundnud 54% hooldajatest ja 40% mittehooldajatest. Üleväsimus suureneb hoolduskoormuse kasvades: hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, on peaaegu alati/tihti üleväsimust tundnud 90%. Leibkonnas hooldajatest on peaaegu alati/tihti üleväsimust tundnud 60% ja neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda, vastavalt 48% (Joonis 31).

Joonis 31. Kui tihti Te olete viimase 12 kuu jooksul tundnud üleväsimust? (% , n=5607, kõik vastajad)

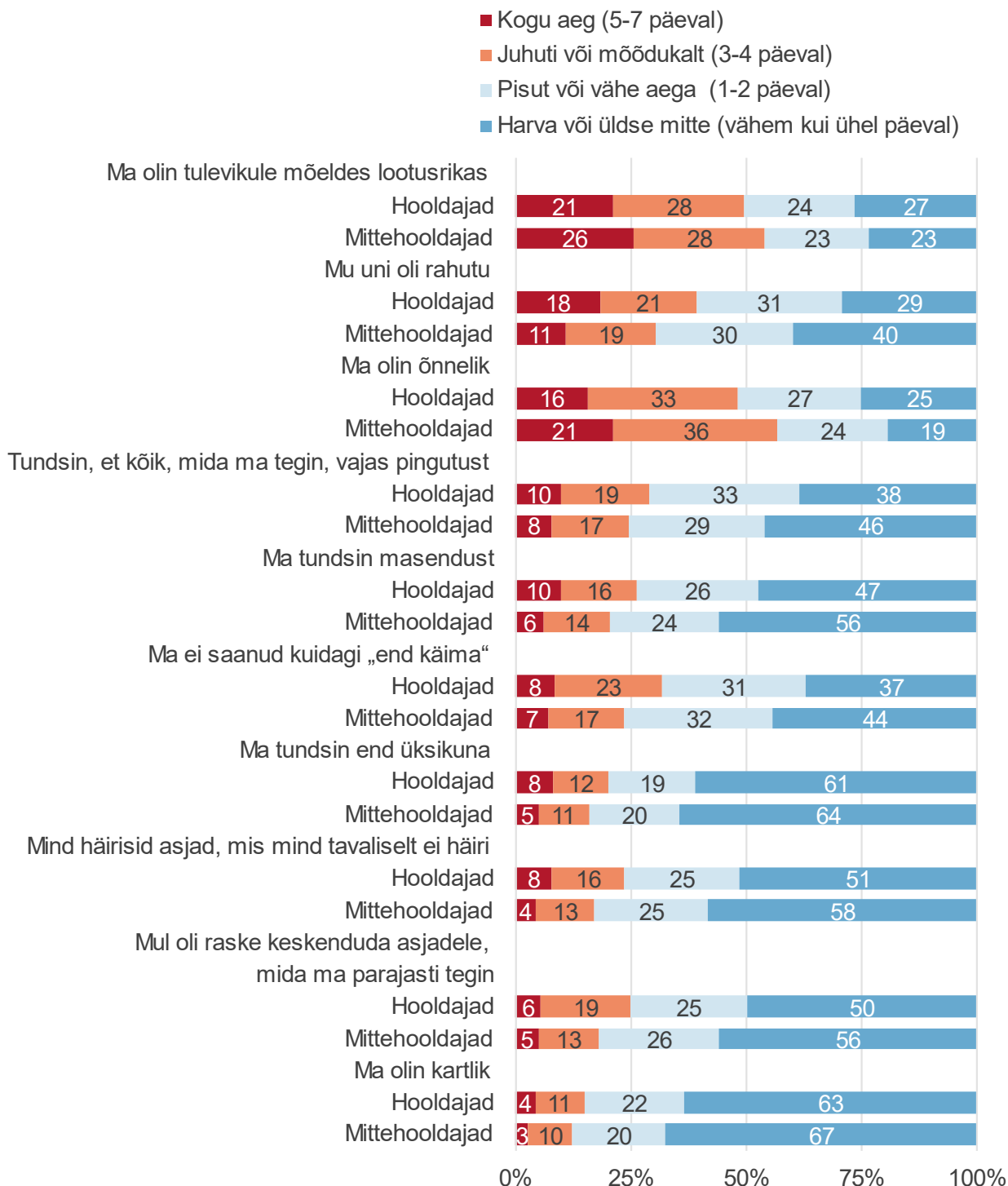


Selgitamaks hooldamise ja depressioonisümptomite kogemise vahelisi seoseid, esitati vastajatele lühendatud depressiooniskaala CESD-10 põhjal hindamiseks lisaks veel kümme vaimse tervise ja emotsionaalse seisundiga seonduvat väidet, mis kirjeldasid erinevaid depressioonisümptomeid (kaheksa negatiivse sisuga ja kaks positiivse sisuga väidet). Antud hinnanguid analüüsiti nii eraldi väidetena kui arvutati välja ka iga vastaja depressioonisümptomite kogemise koondskoor (kui skoor on võrdne või suurem kui 10, võib see osutada kliiniliselt oluliste depressioonisümptomite esinemisele).²⁸

Võrreldes mittehooldajatega esineb hooldajatel sagedamini masendust, uneprobleeme, keskendumisraskusi, kergesti ärritumist (st häirivad asjad, mis tavaliselt ei häiri) ja motivatsioonipuudust (st nad tundsid, et kõik tehtav vajab pingutust ning neil oli raske end n-ö „käima saada“), samuti kogevad nad harvemini õnnetunnet (Joonis 32). Emotsionaalsete probleemide kogemine sageneb hoolduskoormuse kasvades: näiteks suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest 30% kogeb enda hinnangul kogu aeg (5–7 päeval nädalas) masendust ning 39% kogeb sama sageli uneprobleeme.

²⁸ Koondskoori arvutamise aluseks on CESD-10 meetodika, mida on kasutatud näiteks Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringus (Uuringu raport on leitav siit: https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/158107216065_Eesti_kooliõpilaste_tervisekaitumine_2017_2018_uuringu_raport.pdf, depressioonisümptomite kogemise koondskoori arvutamise meetodika on kirjeldatud lk 55–56).

Joonis 32. Hinnangud CESD-10 mõõdiku järgi (%) (n=5607, kõik vastajad (hooldajaid oli valimis 861 ja mittehooldajaid 4746))



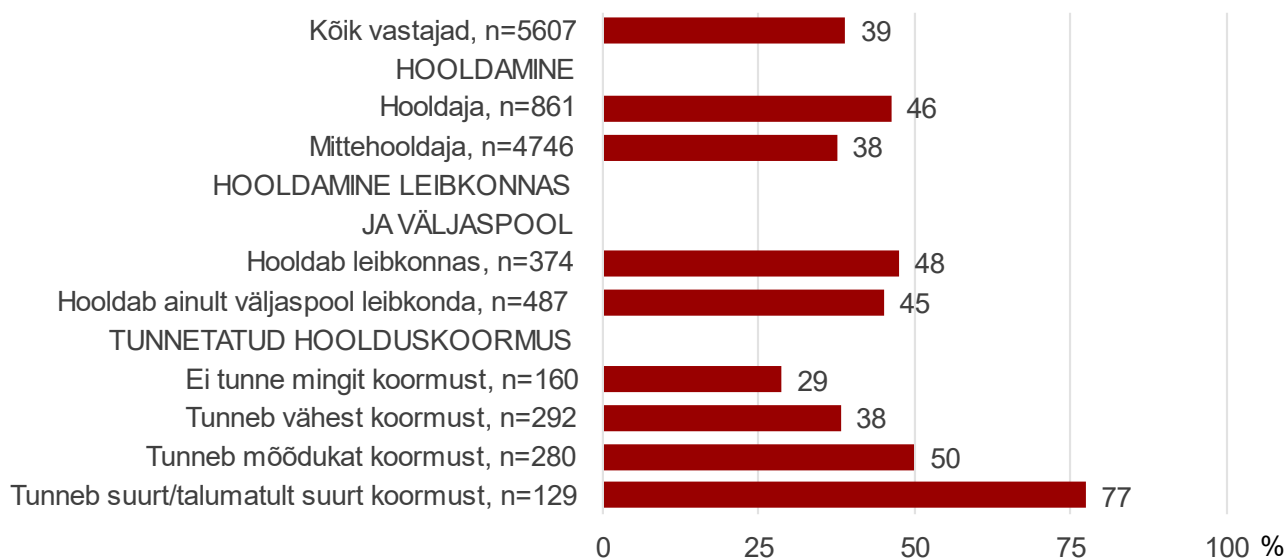
Võttes aluseks CESD-10 mõõdiku 10 väite põhjal arvatatud depressioonisümptomite koondskoori, kogeb depressioonisümptomeid 39% 16a ja vanematest Eesti elanikest

(Joonis 33). Vanuserühmade võrdluses on depressioonisümptomeid kogevate inimeste osakaal kõrgeim 30–39-aastaste (46%) ning 80-aastaste ja eakamate seas (47%), ülejäänud vanuserühmades jääb vastav näitaja 34–39% vahele. Naiste seas on depressioonisümptomite kogemine sagedasem kui meeste seas (naistest 45% ja meestest 32%). Mida madalama sissetulekuga rühmaga on tegu, seda suurem on depressioonisümptomeid kogevate inimeste osakaal. Regionaalses võrdluses on depressioonisümptomeid kogevate inimeste osakaal suurim Kirde-Eestis (45%). Depressioonisümptomite kogemine on tugevalt seotud tervise enesehinnanguga: inimestest, kes peavad oma tervist heaks/väga heaks, kogeb depressioonisümptomeid 26%, neist aga, kes hindavad oma tervist halvaks/väga halvaks, vastavalt 77%.

Hooldajatest kogeb depressioonisümptomeid 46% ja mittehooldajatest 38%. Depressioonisümptomite kogemine suureneb hoolduskoormuse kasvades: hooldajate seas, kes ei tunne hooldamisega seoses mingit koormust, on depressioonisümptomeid kogenute osakaal Eesti keskmisest madalam (29%); nende seas, kes hindavad oma hoolduskoormust väheseks, on see võrdne Eesti keskmisega (38%), ning mõõduka koormuse või suure/talumatult suure koormusega hooldajate seas Eesti keskmisest kõrgem (vastavalt 50% ja 77%).

Regressioonanalüüs näitas, et kõige enam on depressioonisümptomite kogemisega seotud tervise enesehinnang, vanus, sugu, leibkonna rahaline toimetulek ja haridus, kuid ka hoolduskoormus, hoolduskohustuste olemasolu tervikuna ning rahvus (vt Lisa 2). Seega hooldamine suurendab depressioonisümptomite kogemise tõenäosust, kuid ei ole kõige tugevam selle esinemist prognoosiv tegur.

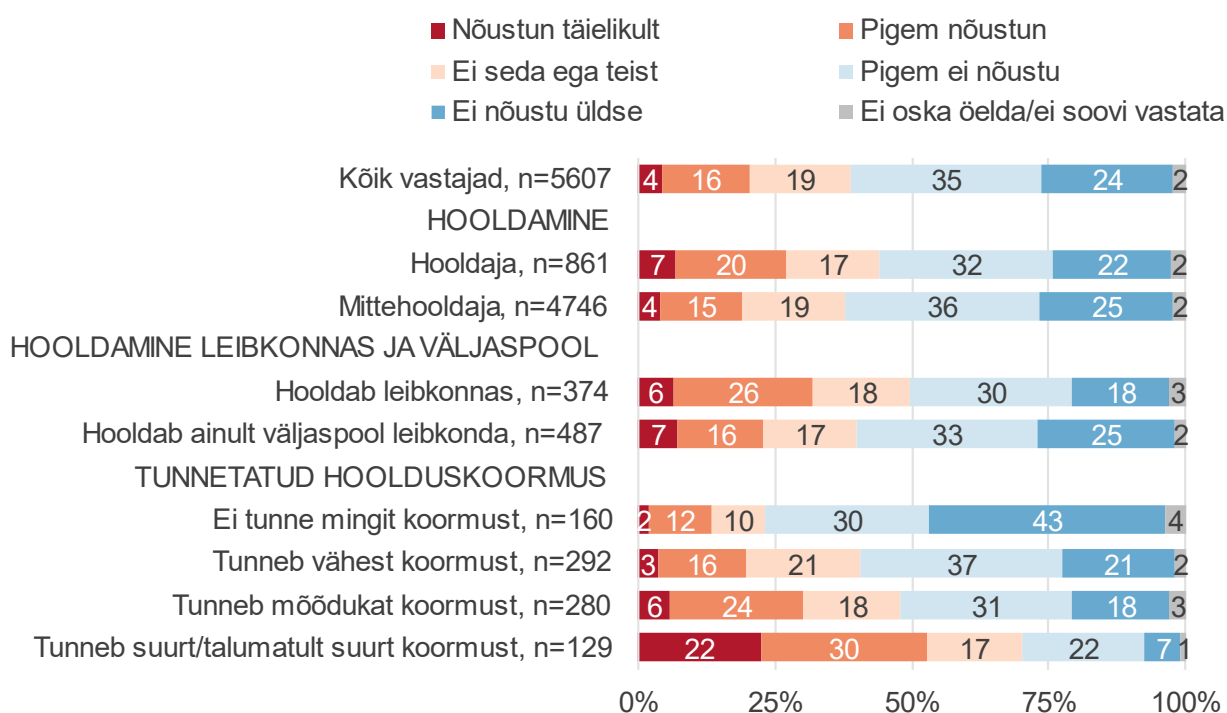
Joonis 33. Depressioonisümptomeid kogevate inimeste osakaal CESD-10 mõõdiku järgi (% , n=5607, kõik vastajad)



Vaimse tervise teemaga seondult paluti vastajail hinnata ka seda, kas nad peavad raskeks tegeleda oma elus esinevate oluliste probleemide lahendamise.

Hooldajatest 27% ning mittehooldajatest 19% tunneb, et neil on raske tegeleda oma elus esinevate oluliste probleemide lahendamise. Leibkonnas hooldajad tunnetavad neid raskusi sagedamini kui ainult väljaspool leibkonda hooldajad (vastavalt 32% ja 23%). Ootuspäraselt sageneb raskuste kogemine hoolduskoormuse kasvades (Joonis 34).

Joonis 34. Nõustumine väitega “Mul on raske tegeleda oma elus esinevate oluliste probleemide lahendamise” (% , n=5607, kõik vastajad)



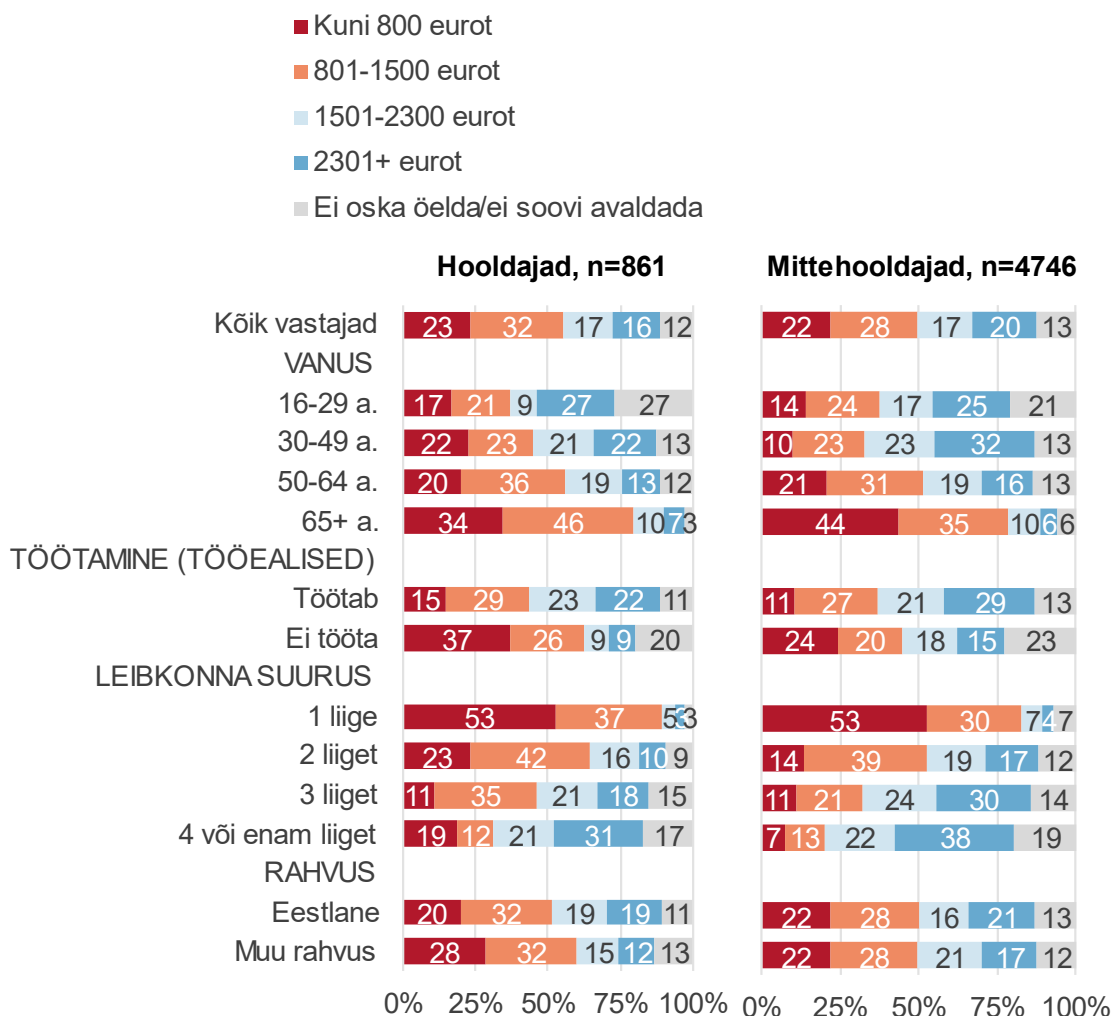
7. Hooldamisega kaasnevad kulud

Lisaks füüsilisele ja emotsionaalsele koormusele võivad hooldajal kaasneda hooldamisega ka materiaalsed kulud. Olukorras, kus hooldatava sissetulekust ei piisa talle vajalike teenuste ja ravimite eest tasumiseks, võivad need kulud jääda hooldaja kanda; samuti võib kannatada hooldaja enda sissetulek, kui hoolduskohustuste tõttu tuleb töökoormust vähendada või töötamisest loobuda. Siinses peatükis antakse ülevaade hooldajate ja mittehooldajate sissetulekutest ning hinnangutest oma majanduslikule toimetulekule, samuti ka sellest, kui paljud hooldajad teevad hooldamisega seoses rahalisi väljaminekuid, ning kui paljud saavad hooldamise eest materiaalset kompensatsiooni (hooldajatoetust või kompensatsiooni hooldatavalt/tema lähedastelt).

7.1. Hooldamise mõju sissetulekutele

Lähtudes leibkonna kogusissetulekust (neto) on hooldajate sissetulekud keskmiselt pisut väiksemad kui mittehooldajatel. Kõrgeima sissetulekuga rühma (kus leibkonna sissetulek ületab 2300 eurot kuus) kuulub 16% hooldajatest ja 20% mittehooldajatest. Siiski pole hooldajate leibkondade sissetulekud mittehooldajatest väiksemad kõigis vanus- ja rahvusrühmades, vaid ainult 30–49-aastaste või muudest rahvustest inimeste seas (st nendes rühmades on hooldajate leibkondade sissetulekud keskmiselt väiksemad kui mittehooldajate leibkondadel). Eestlaste, 16–29-aastaste ja 50–64-aastaste võrdluses märkimisväärsed erinevusi ei ilmne ning 65+ vanuserühmas on hooldajate leibkondade sissetulekud keskmiselt pisut suuremadki kui sama vanadel mittehooldajatel (Joonis 35).

Joonis 35. Leibkonna netosissetulek ühes kuus (%) (*n=5607, kõik vastajad*)



Võttes aluseks ainult tööealised (16–64-aastased) inimesed, on hooldajate leibkondade sissetulekud mittehooldajatega võrreldes keskmiselt väiksemad nii töötavate kui

mittetöötavate inimeste võrdluses, kuid mittetöötavate inimeste puhul on hooldajate ja mittehooldajate leibkondade kogusissetulekute erinevused suuremad. Ühe liikmega leibkondade võrdluses hooldajate ning mittehooldajate sissetulekutes märkimisväärsed erinevused puuduvad, kuid mitme liikmega leibkondade võrdluses on hooldajate leibkondade sissetulekud mittehooldajate leibkondade omadest madalamad.

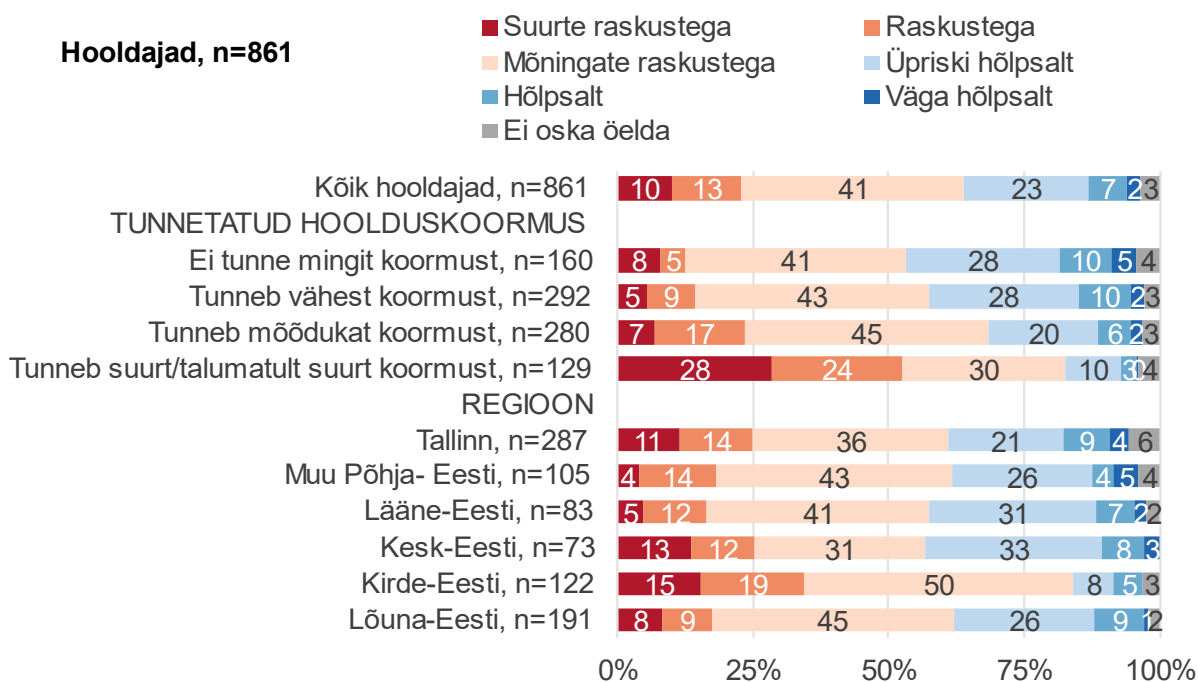
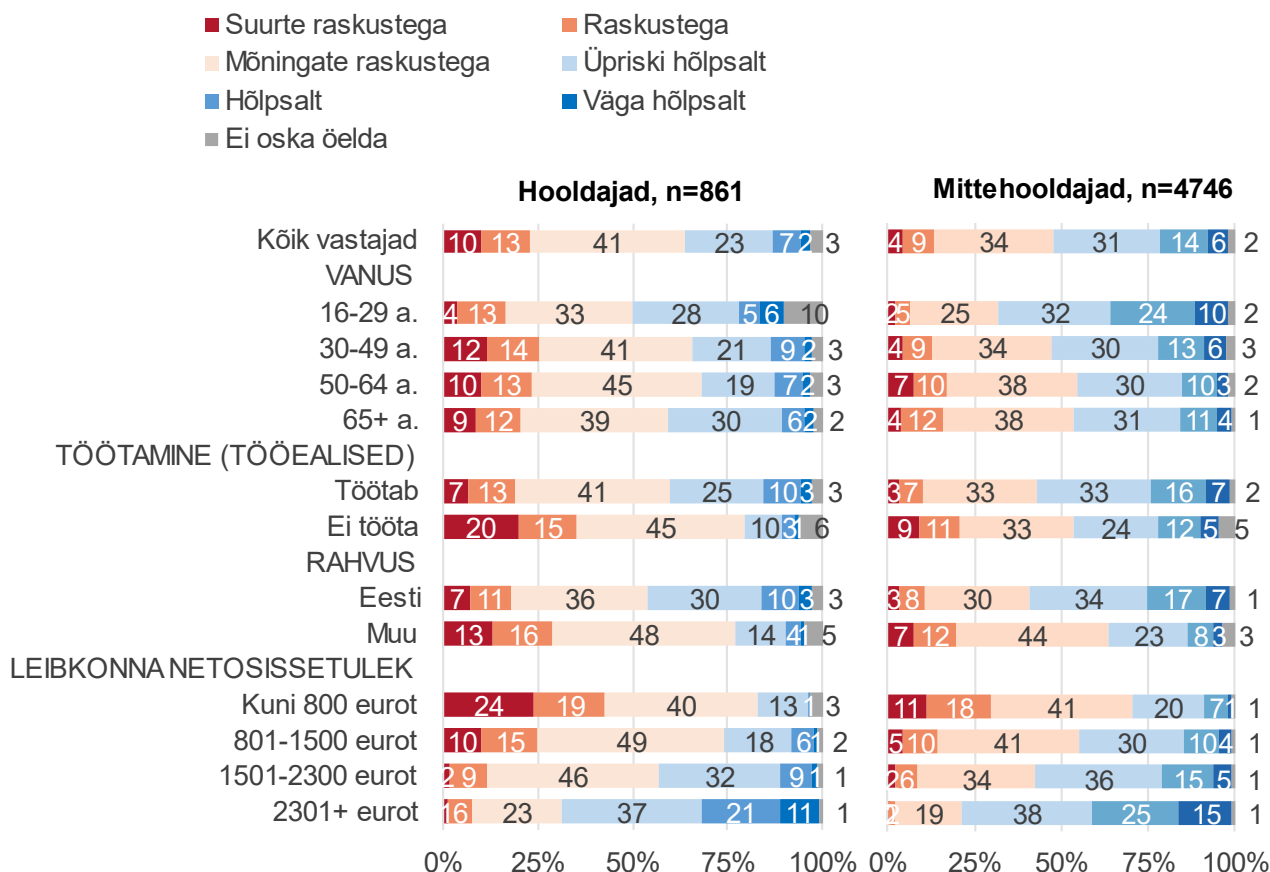
Uuringus ei küsitud vastajate isiklikku netosissetulekut ega sissetulekut leibkonnaliikme kohta. Leibkonna kogusissetulek paluti vastajail märkida numbriliselt ning juhul, kui vastaja sissetulekut täpselt määratleda ei osanud/soovinud, paluti tal oma sissetulek märkida vahemikskaalal. Saadud andmed võimaldavad arvutada sissetuleku leibkonnaliikme kohta ligikaudse väärtusena, mis seab vastavate näitajate üldistamise võimalustele piirid. Võttes aluseks leibkondade netosissetulekud ühe leibkonnaliikme kohta, ilmneb ka siin hooldajate ning mittehooldajate sissetulekute erinevus hooldajate kahjuks. Üle 600-eurose sissetulekuga inimeste osakaal on hooldajate seas oluliselt väiksem kui mittehooldajate seas (vastavalt 36% ja 50%). Leibkonnas hooldavate inimeste sissetulekud on keskmiselt madalamad kui väljaspool leibkonda hooldavatel inimestel, ning alla 65-aastaste inimeste hooldajate sissetulekud on keskmiselt madalamad kui 65-aastaste või eakamate inimeste hooldajatel. Mida suurem on hooldajate enesehinnanguline hoolduskoormus või hooldamisele kuluv aeg, seda madalamad on keskmiselt ka hooldajate sissetulekud.

7.2. Hooldamise mõju majanduslikule toimetulekule

Lisaks leibkonna kogusissetulekule kaardistati uuringus ka vastajate hinnanguid oma leibkonna majanduslikule toimetulekule. Ka siinsed tulemused kinnitavad, et hooldajad kogevad raskusi majanduslikul toimetulekul mittehooldajatest sagedamini: hooldajatest kogeb enda hinnangul majanduslikke toimetulekuraskusi 64%, sealjuures suuri raskusi 10%; mittehooldajatest vastavalt 48% ja 4%. Majanduslike toimetulekuraskuste kogemine sageneb hoolduskoormuse kasvades: suurt/talumatult suurt hoolduskoormust tundvatest hooldajatest kogeb majanduslikke toimetulekuraskusi 83%, sealjuures suuri raskusi 28% (Joonis 36).

Tööealised mittetöötavad hooldajad kogevad majanduslikke toimetulekuraskusi sagedamini kui töötavad hooldajad: 16–64-aastastest mittetöötavatest hooldajatest kogeb toimetulekuraskusi 80%, sealjuures suuri raskusi 20%, samaealistest töötavatest hooldajatest aga vastavalt 60% ja 7%. Erinev on ka eestlastest ja muudest rahvustest hooldajate toimetulek: eesti rahvusest hooldajatest kogeb toimetulekuraskusi 54%, sealjuures suuri 7%, muudest rahvustest hooldajatest aga vastavalt 77% ja 13%. Regioonidest on toimetulekuraskustega inimeste osakaal (nii mittehooldajate kui hooldajate puhul) kõrgeim Kirde-Eestis: selles regioonis elavatest hooldajatest kogeb toimetulekuraskusi 84%, sealjuures suuri raskusi 15%.

Joonis 36. Mõeldes oma leibkonna kogusissetulekule, kuidas Teie leibkond tuleb vajalike kulutuste tegemisel ots otsaga kokku? (% , n=5607, kõik vastajad)



Hooldajate seas esineb majanduslikke toimetulekuraskusi mittehooldajatest sagedamini kõigis vanuserühmades (kõige vähem erineb hooldajate ja mittehooldajate toimetulek vanuserühmas 65+). Erinevused hooldajate ja mittehooldajate toimetulekus ilmnevad ka rahvusrühmade võrdluses – sõltumata rahvusest kogevad hooldajad toimetulekuraskusi mittehooldajatest sagedamini. Ka sissetulekurühmade võrdluses (nii leibkonna kogu netosissetuleku kui ühe leibkonnaliikme kohta arvatud ligikaudse netosissetuleku lõikes) erinevused säilivad, mis viitab sellele, et ka sama sissetulekute taseme puhul on hooldajate toimetulek mittehooldajatega võrreldes probleemsem (hooldatava jaoks tehtavatest kulutustest tingituna).

Suurimad erinevused hooldajate ja mittehooldajate toimetulekus ilmnevad mittetöötavate tööealiste inimeste võrdluses: mittetöötavatest 16–64-aastastest hooldajatest kogeb toimetulekuraskusi 80%, sealjuures suuri raskusi 20%, samaealistest mittetöötavatest mittehooldajatest aga vastavalt 54% ja 9%.

7.3. Hooldamisega seoses tehtavad rahalised kulutused

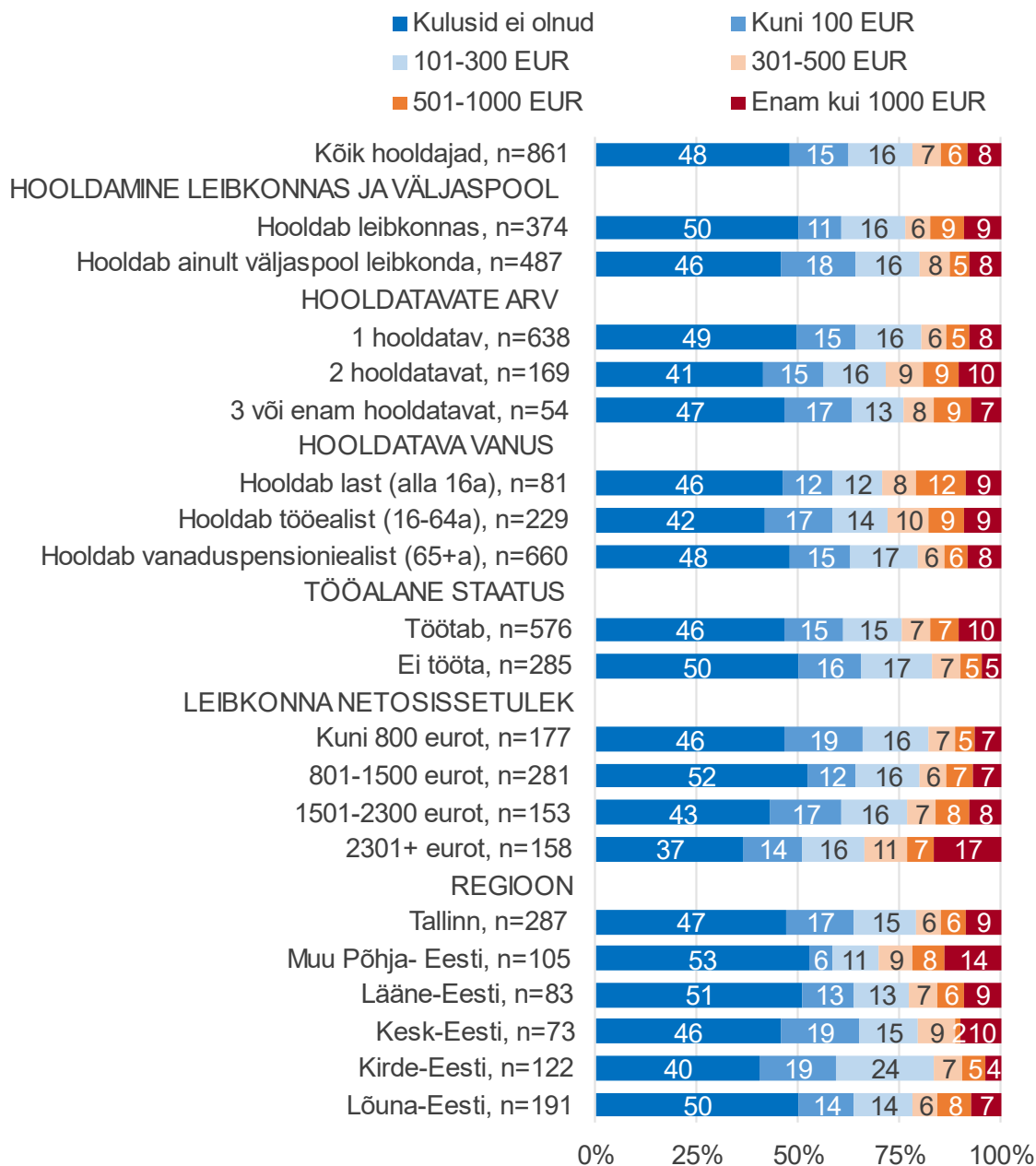
Hooldajatest 52% on viimase 12 kuu jooksul teinud hooldatava abistamise või hooldamisega seoses rahalisi väljaminekuid, nt maksnud tasuliste hooldusteenuste, hooldatava ravimite, transpordi, pesemis- ja hooldusvahendite, abivahendite jms eest (Joonis 37).

Hooldajatest 15% on hooldamisega seoses 12 kuu jooksul kulutanud kuni 100 eurot, 16% 101–300 eurot, 7% 301–500 eurot, 6% 501–1000 eurot ning 8% üle 1000 euro. Keskmine hooldamisega seoses kulutatud summa oli 300 eurot (mediaan – arvestatud on ainult neid hooldajaid, kes tegid hooldamisega seoses rahalisi kulutusi).

Hooldamisega seoses on rahalisi kulutusi teinud 50% leibkonnaliikme hooldajatest ja 54% neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda. Leibkonnas hooldamisel on hooldaja poolt tehtud kulutused keskmiselt pisut suuremad kui hooldamisel väljaspool leibkonda, kuid erinevused pole suured. Vanaduspensioniealise inimese hooldamisel on hooldamisega seotud kulutused keskmiselt pisut väiksemad kui lapseealise või tööealise inimese hooldamisel.

Mida suurem on hooldaja leibkonna sissetulek, seda suuremad on hooldamisega seonduvalt tehtud kulutused: hooldajatest, kelle leibkonna kuine netosissetulek ületab 2300 eurot, on 17% kulutanud hooldatava jaoks aastas enam kui 1000 eurot. Kirde-Eesti hooldajate seas on hooldamisega seoses kulutusi teinud inimeste osakaal suurim, kuid tehtud kulutused keskmiselt kõige väiksemad (mis tõenäoliselt tuleneb sellest, et antud regioonis on sissetulekute tase Eesti keskmisest madalam).

Joonis 37. Hooldaja ja tema leibkonna poolt 12 kuu jooksul tehtud kulutused seoses hooldatava abistamise ja hooldamisega (% , n=861, hooldajad)



7.4. Hooldamise materiaalne kompensatsioon

Lähedaste hooldamine võib (aga ei pruugi) olla hooldaja jaoks tasustatud, seda kas kohaliku omavalitsuse poolt makstava hooldajatoetuse või hooldatava/tema pereliikmete poolt hooldajale makstava tasu, muude materiaalsete hüvede või päranduse näol.

Hooldajatoetus on kohaliku omavalitsuse toetus, mida makstakse omavalitsuse poolt kehtestatud tingimuste ja korra alusel isikule, kes hooldab hooldusvajadusega inimest. Toetuse eesmärgiks on soodustada hooldust vajavate inimeste hooldamist nende enda kodus. Hooldajatoetuse suurus on erinevates omavalitsustes erinev.

Küsitletud hooldajatest saab hooldajatoetust 13% (sealjuures leibkonnaliikme hooldamise eest 8% ja väljaspool leibkonda elava inimese hooldamise eest 6%) ning 10% saab hooldamise eest hooldatavalt või tema lähedastelt materiaalselt kompensatsiooni, sealjuures 7% rahalist tasu, 4% muid materiaalseid hüvesid ning 2%-le hooldajatest oli lubatud kokkulepitud osa hooldatava pärandusest (Tabel 12).

Arvestades kokku nii ametliku hooldajatoetuse saamise kui ka hooldatava/tema lähedaste poolt makstavad tasud/pakutavad hüved, saab hooldamise eest materiaalselt kompensatsiooni 22% hooldajatest, sh 27% leibkonnas hooldajatest ning 17% neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda (sealjuures ilmnevad erinevused leibkonnas ja väljaspool leibkonda hooldajate vahel eelkõige ametliku hooldajatoetuse saajate osas: leibkonnas hooldajatest saab ametlikku toetust 19% ja (ainult) väljaspool leibkonda hooldajatest 9%). Hooldajatest 78% (ehk valdav enamus) hooldamise eest materiaalselt kompensatsiooni ei saa.

Eesti rahvusest hooldajatest saab materiaalselt kompensatsiooni 24% ja muudest rahvustest hooldajatest 19%. Kui ametliku hooldajatoetuse saajate osakaal on rahvusrühmades ühtlane, siis kompensatsiooni saamine hooldatavalt/tema lähedastelt on eesti rahvusest hooldajate seas pisut sagedasem kui muudest rahvustest hooldajate seas.

Töötavatest hooldajatest saab hooldamise eest materiaalselt kompensatsiooni 18% ja mittetöötavatest 29% (sealjuures tööelistest mittetöötavatest hooldajatest saab kompensatsiooni 36%²⁹). Võrreldes töötavate hooldajatega on mittetöötavate hooldajate seas suurem ametliku hooldajatoetuse saajate osakaal (töötavatest hooldajatest 10% ja mittetöötavatest hooldajatest 20%, sh tööelistest mittetöötavatest hooldajatest 25%).

Hoolduskoormuse suurenedes kasvab ka materiaalse kompensatsiooni saajate osakaal: hooldajatest, kes ei tunne hooldamisega seoses mingit koormust, saab kompensatsiooni 12%, vähese koormusega hooldajatest 18%, mõõduka koormusega hooldajatest 26% ja suure/talumatult suure koormusega hooldajatest 34%. Eelkõige suureneb hoolduskoormuse kasvades ametliku hooldajatoetuse saajate osakaal.

²⁹ Neist tööelistest mittetöötavatest hooldajatest, kes hooldamise eest materiaalselt kompensatsiooni ei saa (valimis 97 inimest), moodustasid 32% puude või vähenenud töövõime/töövõimekaoga inimesed, lisaks märkis 6%, et on ennetähtaegsel- või sooduspensionil.

Tabel 12. Hooldamise eest materiaalet kompensatsiooni saavate hooldajate osakaal
(%, n=861, hooldajad)

	Saab hooldaja- toetust	Saab materiaalet kompensatsiooni hooldatavalt või tema lähedastelt	Materiaalne kompensatsioon kokku
Kõik hooldajad, n=861	13%	10%	22%
RAHVUS			
Eesti, n=570	12%	13%	24%
Muu, n=291	15%	7%	19%
REGIOON			
Tallinn, n=287	10%	8%	17%
Muu Põhja- Eesti, n=105	12%	5%	18%
Lääne-Eesti, n=83	13%	20%	30%
Kesk-Eesti, n=73	19%	14%	30%
Kirde-Eesti, n=122	12%	9%	17%
Lõuna-Eesti, n=191	18%	12%	28%
HOOLDAMINE LEIBKONNAS JA VÄLJASPOOL			
Hooldab leibkonnas, n=374	19%	11%	27%
Hooldab ainult väljaspool leibkonda, n=487	9%	10%	17%
HOOLDATAVA VANUS			
Hooldab last (alla 16a), n=81	29%	6%	31%
Hooldab tööelist (16-64a), n=229	19%	11%	26%
Hooldab vanaduspensioniealist (65+a), n=660	11%	12%	21%
TUNNETATUD HOOLDUSKOORMUS			
Ei tunne mingit koormust, n=160	6%	7%	12%
Tunneb vähest koormust, n=292	10%	10%	18%
Tunneb mõõdukat koormust, n=280	15%	13%	26%
Tunneb suurt/talumatult suurt koormust, n=129	25%	10%	34%
TÖÖALANE STAATUS			
Töötav, n=576	10%	10%	18%
Mittetöötav, n=285	20%	12%	29%

8. Abi ja teenuste kasutamine hooldamisel

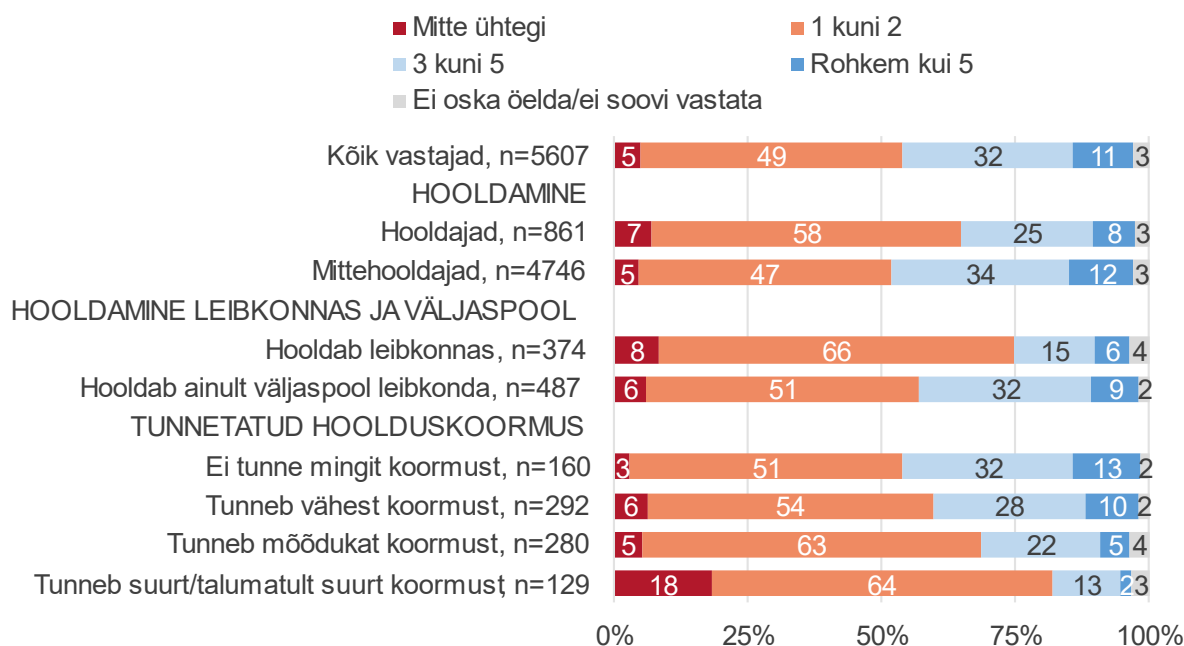
Hoolduskoormust saab kergendada, kasutades tasulisi hooldusteenuseid või kohaliku omavalitsuse poolt korraldatud tasuta teenuseid/abi. Lisaks tasulistele/ametlikele teenustele on hoolduskoormusega toimetulemusel oluline koht hooldaja mitteformaalsel tugivõrgustikul – tema sugulastel, sõpradel, naabritel, tuttavatel jne. Selline võrgustik pakub

hooldajale emotsionaalset tuge ning võib anda võimaluse ka hoolduskohustusi jagada. Käesolevas peatükis antakse ülevaade sellest, kas ning millist abi hooldamisel kasutatakse ning kas tasuta abi oleks hooldajale vajadusel kättesaadav. Eraldi teemana käsitletakse ka hooldamise teemadega tegelevatesse tugigruppidesse kuulumist – antakse ülevaade sellest, kui paljud hooldajad sellistesse gruppidesse kuuluvad või on huvitatud neisse kuulumisest.

8.1. Hooldajate mitteformaalne tugivõrgustik

Selleks, et hinnata, kui suur on inimeste formaalne tugivõrgustik, paluti vastajail hinnata, kui palju neil on lähedasi inimesi, kellega raskete isiklike probleemide ilmnemisel arvestada saaks. Võrgustik, kellelt saada emotsionaalset tuge, on hooldajatel keskmiselt väiksem kui mittehooldajatel: hooldajatest 7%-l ja mittehooldajatest 5%-l pole ühtegi inimest, kellele keerulises olukorras loota; samas hooldajatest 32% ja mittehooldajatest 45% märkis, et nende tutvuskonnas on enam kui kaks inimest, kellega nad saavad raske isikliku probleemi korral arvestada. Leibkonnas hooldajate tugivõrgustik on keskmiselt väiksem kui neil, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda. Mida suurem on hooldaja tunnetatud hoolduskoormus, seda väiksem keskmiselt on tema tugivõrgustik (seda, kas tugivõrgustik on väiksem seetõttu, et hoolduskoormuse tõttu pole võimalik lähisuhetele aega pühendada, või tunnetatakse hoolduskoormust suuremana just tugivõrgustiku puudumise tõttu, on siinkohal raske hinnata) (Joonis 38).

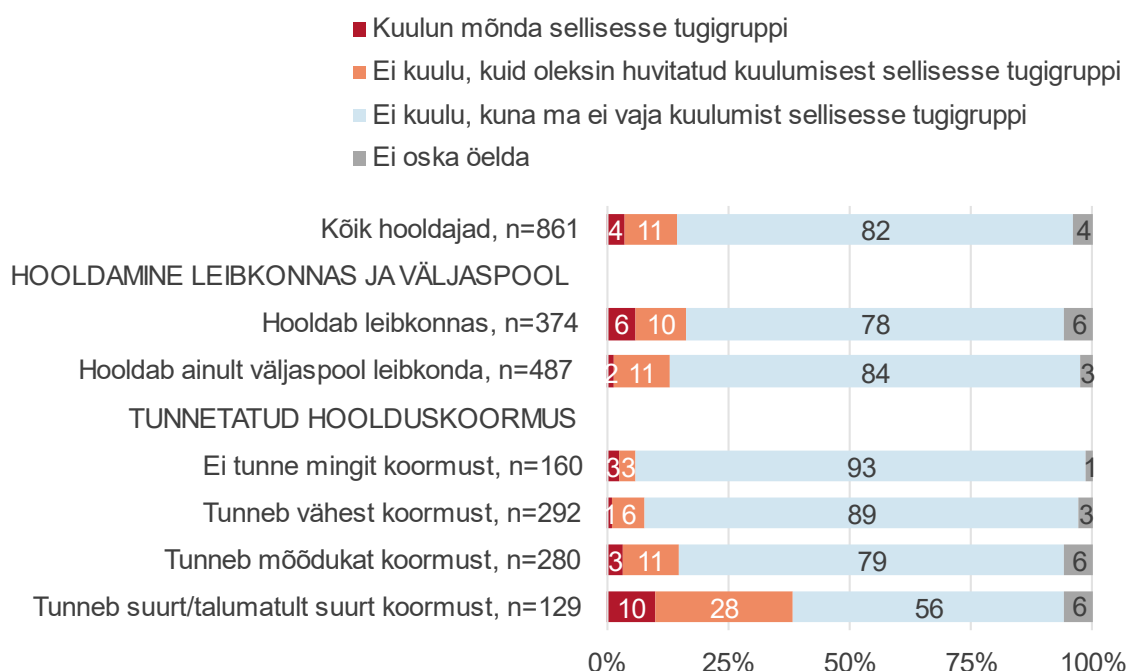
Joonis 38. Kui palju on Teil praegu lähedasi inimesi, kellega Te saate arvestada, kui Teil on mõni raske isiklik probleem? (% , n=5607, kõik vastajad)



8.2. Kuulumine tugigruppidesse

Hooldamise teemadega tegelevatesse tugigruppidesse kuulumine on hooldajate seas vähene. Hooldajatest 4% kuulub mõnda tugigruppi, kus tegeletakse omastehoolduse ja hoolduskoormuse teemadega, näiteks üksteisele nõu andmise, ära kuulamise ja moraalse toetamisega.³⁰ Hooldajatest 92% märkis, et ei kuulu sellistesse tugigruppidesse, kuid 11% oli sellistesse gruppidesse kuulumisest huvitatud (Joonis 39).

Joonis 39. Omastehoolduse ja hoolduskoormuse teemadega tegelevatesse tugigruppidesse kuulumine ning huvi sellistesse gruppidesse kuulumise vastu (% , n=861, hooldajad)



Leibkonnas hooldajate seas on tugigruppidesse kuulumine levinum kui nende hooldajate seas, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda (vastavalt 6% ja 2%). Huvi tugigruppidesse kuulumise vastu on leibkonnas ja väljaspool leibkonda hooldajate seas samal tasemel. Vanaduspensionistide inimeste hooldajate seas on tugigruppidesse kuulumine pisut vähem levinud kui nende hooldajate puhul, kes hooldavad last või tööalist inimest (vastavalt 3% ja 7%), kuid huvi tugigruppidesse kuulumise vastu on kummaski rühmas enam-vähem samal tasemel (vastavalt 11% ja 12%). Suure/väga suure hoolduskoormusega hooldajatest kuulub tugigruppidesse kümnendik ning täiendav 28% on tugigruppi kuulumisest huvitatud. Eestlaste ja muudest rahvustest hooldajate seas on

³⁰ Vastajail paluti arvestada ka nn virtuaalseid tugigruppe kas Facebook'is või muudes internetikeskkondades või tarkvara kaudu (nt Zoom, Skype, Google Meet jt).

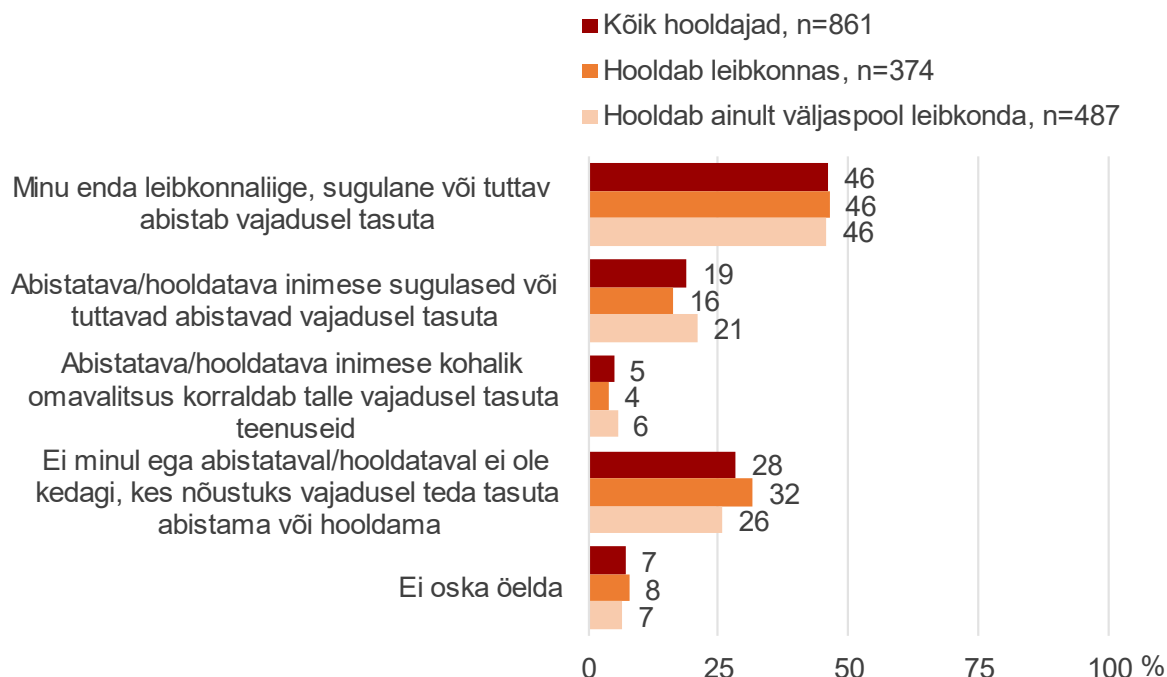
tugigruppidesse kuulumine ning huvi nendesse gruppidesse kuulumise suhtes samal tasemel.

8.3. Tasuta abi kasutamise võimalused

Hooldajatelt küsiti ka seda, kas neil on võimalik jagada oma praegust hoolduskoormust vajadusel kellegagi (ilma tasu maksmata).

Hooldajatest 46%-l on hoolduskoormust võimalik (ilma tasu maksmata) jagada oma leibkonnaliikmete, sugulaste või tuttavatega ning 19%-l abistatava/hooldatava inimese sugulaste või tuttavatega. Tasuta hooldusteenuseid võib osutada ka kohalik omavalitsus: hooldajatest 5% märkis, et saaks seda võimalust vajadusel kasutada. Hooldajatest 28%-l polnud ühtegi inimest, kes oleks valmis teda hoolduskohustuste täitmisel ilma tasu saamata abistama, ning 7% ei osanud öelda, kas keegi oleks valmis teda vajadusel abistama (Joonis 40).

Joonis 40. Kas Teil on võimalik jagada oma praegust hoolduskoormust vajadusel kellegagi, kellele Teie või hooldatav ise ei pea selle eest maksma? (% , n=861, hooldajad)

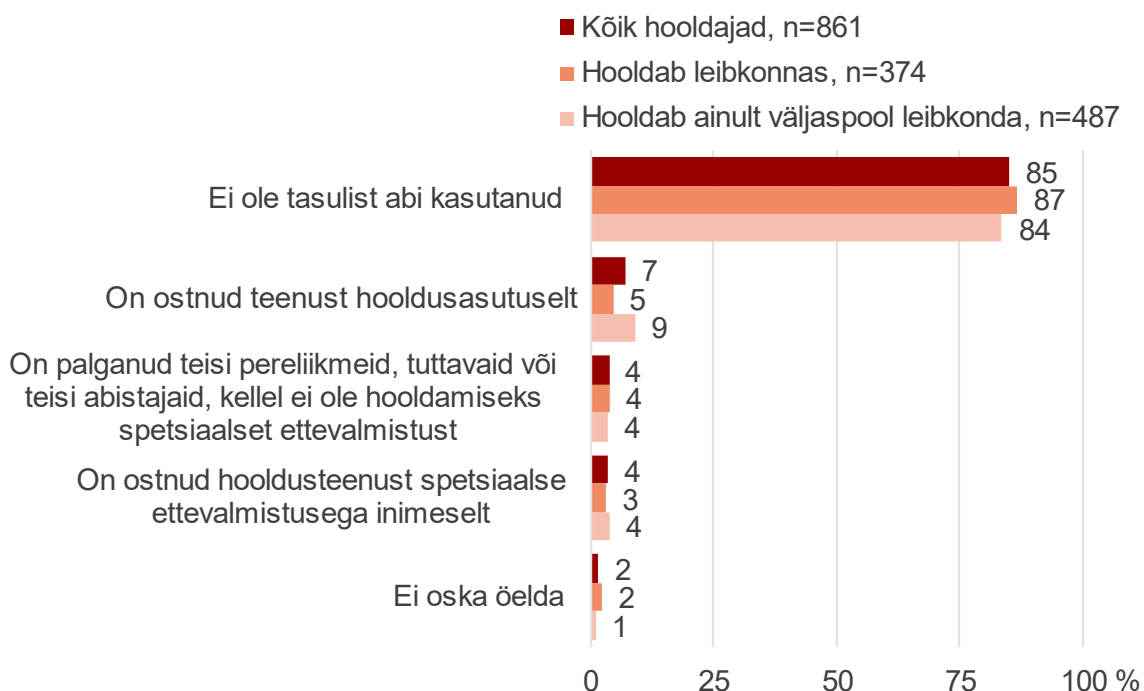


Tasuta abi võimalus puudub 32%-l leibkonnas hooldajatest ning 26%-l neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda. Suur (tunnetatud) hoolduskoormus ja tasuta abi puudumine on omavahel seotud: hooldajatest, kes tunnetavad oma hoolduskoormust suurena/talumatult suurena, hindab 42% tasuta abi saamise võimalust puuduvaks (väiksema hoolduskoormusega rühmades jäi vastav näitaja alla 30%).

8.4. Tasuliste hooldusteenuste/abi kasutamine

Valdav osa (85%) hooldajatest ei ole viimase 12 kuu jooksul oma hooldatava tarbeks tasulisi hooldusteenuseid kasutanud. Tasulisi hooldusteenuseid on kasutanud või hooldamiseks abilisi palganud 14% hooldajatest, sealjuures 7% on otnud teenust hooldusasutuselt, 4% otnud hooldusteenust spetsiaalse ettevalmistusega inimeselt ning 4% palganud teisi pereliikmeid, tuttavaid või teisi abistajaid, kellel ei ole hooldamiseks spetsiaalset ettevalmistust (Joonis 41).

Joonis 41. Tasuliste hooldusteenuste/abi kasutamine (%) (n=861, hooldajad)



Tasulisi teenuseid/abi on kasutanud 11% leibkonnas hooldajatest ja 15% neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda (erinevused ilmnevad hooldusasutuste teenuste kasutamises – leibkonnas hooldajatest on sellist teenust otnud 5% ja väljaspool leibkonda hooldajatest 9%).

Tasulise abi/teenuste kasutamine sageneb hoolduskoormuse suurenedes: hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, on tasulist abi/teenuseid kasutanud 24%, sealjuures 16% otnud teenust hooldusasutuselt, 4% spetsiaalse ettevalmistusega inimeselt ning 6% palganud spetsiaalse ettevalmistuseta abistajaid. Väiksema hoolduskoormusega rühmades jääb tasulise abi/teenuste kasutajate osakaal 8-15% vahele.

Tasulise abi kasutamine on levinum juhul, kui võimalused tasuta abi kasutamiseks puuduvad: hooldajatest, kel pole võimalust tasuta abi kasutada, on tasulist abi/teenuseid ostnud 18%; neist, kel tasuta abi võimalus on, aga vastavalt 12%.

Eesti rahvusest hooldajate seas on tasulise abi kasutamine pisut levinum kui muude rahvuste seas (vastavalt 16% ja 10%). Leibkonna sissetulekute/majandusliku toimetuleku ja tasulise abi kasutamise vahel selgesuunaline seos puudub. Regioonide võrdluses on tasulise abi kasutamine kõige vähem levinud Lõuna-Eesti hooldajate seas (9%).

Hooldajatest, kes on hooldamisel tasulist abi/teenuseid kasutanud, tegi seda 54% regulaarselt ja 51% oli kasutanud ühekordseid teenuseid (5% oli seega kasutanud nii ühekordseid kui regulaarseid teenuseid). Ühekordselt kasutatud teenuste maht viimase 12 kuu jooksul oli keskmiselt 10 tundi (mediaan), regulaarselt kasutatud teenuste maht aga keskmiselt 20 tundi kuus (mediaan).

Vastajail, kes pole hooldamisel tasulist abi/teenuseid kasutanud, paluti täpsustada, miks nad seda teinud pole. Neist 56% pole enda hinnangul sellist abi vajanud. Järgmine levinum põhjus oli rahapuudus: kokku tõi seda probleemi esile 24% vastajatest, sealjuures 21% märkis, et tal endal pole tasulisteks teenusteks piisavalt raha, ning 16% märkis, et hooldataval pole selleks piisavalt raha (Tabel 13). Keskmisest sagedamini tõi rahapuudust põhjusena esile Kirde-Eestis elavad või muudest rahvustest hooldajad.

Üsna sageli toodi põhjuseks ka seda, et hooldatav pole nõus lisaabi või teiste abistajatega (17%). Muid põhjusi, nt teenuste pikki järjekordi, infopuudust ja piinlikkustunnet abi küsida toodi esile harvemini.

Suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest, kes tasulist abi/teenuseid kasutanud pole, märkis vaid 23%, et pole tasulist abi/teenuseid vajanud. Rahapuudust (kas hooldajal või hooldataval) tõi põhjuseks 45%, hooldatava vastumeelsust teiste abistajate suhtes 18% ning infopuudust 16%.

Tabel 13. Põhjused, miks pole kasutatud tasulist abi/teenuseid (%) , n=729, hooldajad, kes pole tasulist abi/teenuseid kasutanud)

	Kõik hooldajad, kes pole tasulist/abi teenuseid kasutanud, n=729	Hooldajad, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, kuid pole tasulist abi/teenuseid kasutanud n=96
Ma ei ole hooldamisel vajanud tasulist abi ega teenuseid	56%	23%
Mul ei ole selleks piisavalt raha	21%	43%
Hooldatav pole nõus lisaabi või teiste abistajatega	17%	18%
Hooldataval inimesel pole selleks piisavalt raha	16%	33%
Ma ei tea, kust lisaabi või teenuseid oleks võimalik saada	9%	16%
Mul endal on piinlik teistelt lisaabi või teenuseid küsida	7%	6%
Mul ei ole olnud aega, et vajalikke tasulisi teenuseid otsida või korraldada	4%	10%
Mul puudub usaldus ametlike teenuste kvaliteedi vastu meie piirkonnas	4%	11%
Koroonaviiruse levik takistab tasuliste teenuste või lisaabi kättesaadavust	4%	14%
Järjekorrad teenusepakujate juures on liiga pikad	3%	4%
Pakutavad teenused/abi ei kata ära hooldatava tegelikku abivajadust	3%	7%
Hooldatavale vajalikke teenuseid ei pakuta meie piirkonnas	1%	5%
Muul põhjusel	0%	1%
Ei oska öelda	7%	10%

9. Abi- ja infovajadused

Kuna hooldajate koormus on erinev, on ka nende vajadused täiendava abi järele erinevad. Käesolevas peatükis antakse ülevaade sellest, milliste hooldustegevuste juures hooldajad kõige sagedamini abi vajavad, milline on huvi tasuliste hooldusteenuste kasutamise vastu tulevikus (nii hooldajate seas kui kogu elanikkonnas), ning millised on hooldajate tunnetatud infovajadused.

9.1. Täiendava abi vajadus

Hooldajatel paluti hinnata, milliste abistavate tegevuste juures nad vajaksid täiendavat abi (arvamust paluti avaldada ka nende tegevuste osas, milles nad hooldatavat praegu ei abista, ning hinnata, kas hooldatav vajaks nende tegevuste juures täiendavat abi). Hooldustegevused olid jagatud samadesse kategooriatesse, mis hooldustegevustega tegelemist puudutavas küsimuses (vt Ptk 2.1.).

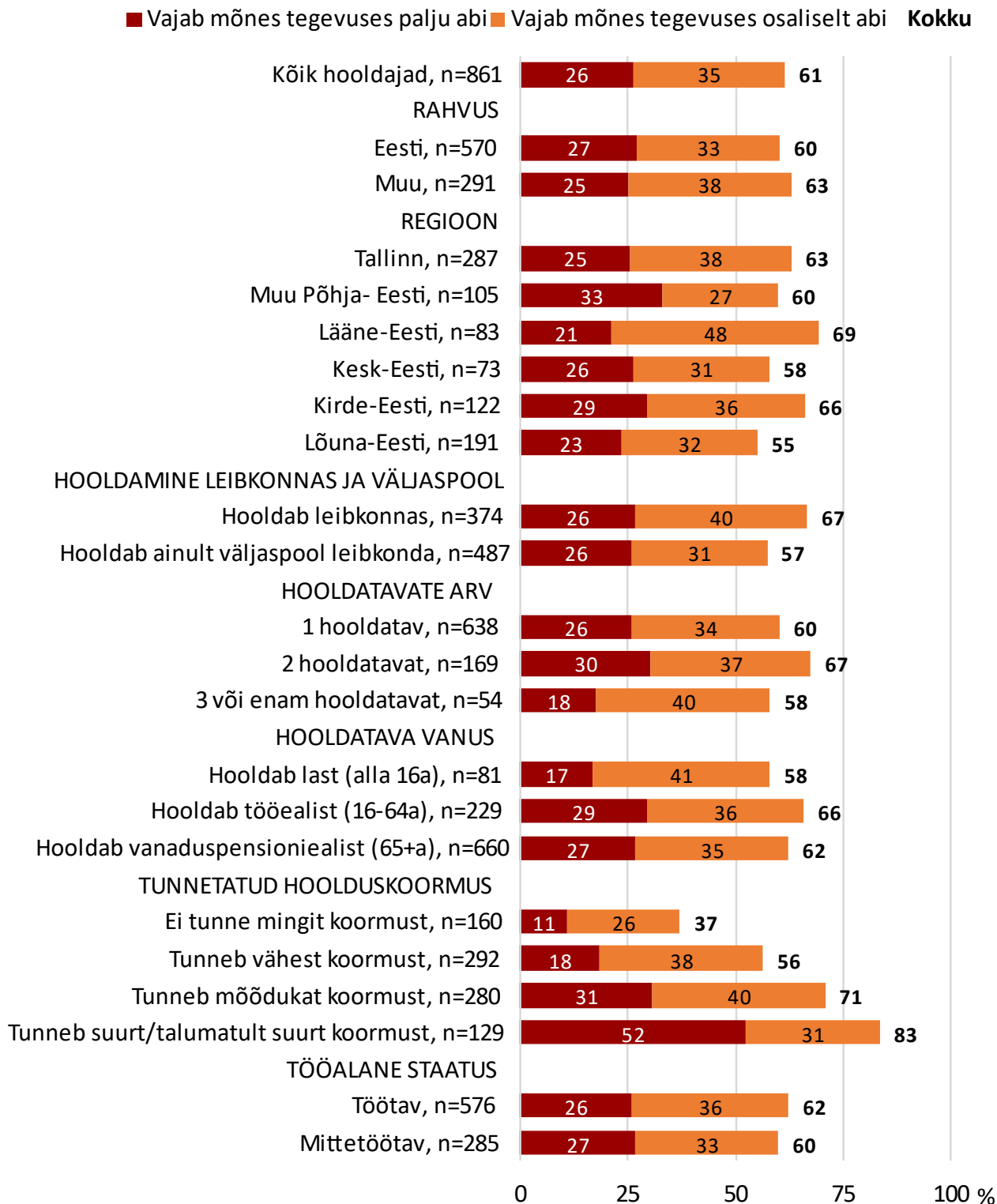
Kõige sagedamini vajavad hooldajad abi hooldatava toetamisel psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul (26% hooldajatest hindas, et hooldatav vajaks selles täiendavat abi), hooldatava abistamisel transpordiga (25%), keeruliste või uute ülesannete lahendamisel (24%), kodust väljas jalgsi ringi liikumisel (23%) või hooldatavale seltsi pakkumisel ja igapäevasel suhtlemisel (22%) (Joonis 42). Need tegevused võib laias laastus jagada kahte kategooriasse: 1) hooldatavaga suhtlemine ja tema psühholoogiline toetamine ning 2) abistamine liikumisel /transpordiga.

Kokkuvõttes märkis 61% hooldajatest, et vajab hooldustegevuste juures abi (või et hooldatav vajaks mõnes tegevuses täiendavat abi), sealjuures 26% märkis vähemalt ühe tegevuse osas, et vajab palju abi, ning 35% vajab mõne tegevuse juures osaliselt abi. Leibkonnas hooldajate seas on täiendavat abi vajavate inimeste osakaal suurem kui nende hooldajate seas, kes hooldavad (ainult) väljaspool leibkonda (vastavalt 67% ja 57%), kuigi mõnes tegevuses palju abi vajavate inimeste osakaal on nendes rühmades samal tasemel (26%). Hooldatavate arv ja vanus täiendava abi vajadust (tervikuna) selgesuunaliselt ei mõjuta ning samuti mitte ka hooldaja rahvus, tööalane staatus ja elukoht. Ootuspäraselt on täiendava abi vajadus tugevalt seotud tunnetatud hoolduskoormusega: hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, tunneb vajadust täiendava abi järele 83%, sealjuures 52% tunneb, et vajab mõne hooldustegevuse juures palju abi (Joonis 43).

Joonis 42. Hooldajate osakaal, kes vajavad erinevate abistavate tegevuste juures täiendavat abi/kelle hooldatav vajaks antud tegevuses täiendavat abi (%) (n=861, hooldajad)



Joonis 43. Hooldajate osakaal, kes vajavad mõne abistava tegevuse juures täiendavat abi/kelle hooldatav vajaks täiendavat abi (%) , n=861, hooldajad)



Lähtuvalt sellest, kas ning mil määral vajatakse erinevate abistavate tegevuste juures abi, saab hooldajad liigitada järgnevasse klastritesse (Joonis 44, vt ka Lisa 2):³¹

1. Ei vaja enamikus tegevustes täiendavat abi või vajab seda vähesel määral – 67% hooldajatest (arvuliselt 108 900 – 119 600 inimest);
2. Vajab täiendavat abi eelkõige hooldatava vaimsel toetamisel (abi psühholoogiliste raskustega toimetulekul ning keeruliste/uute ülesannete lahendamisel) – 14% hooldajatest (arvuliselt 19 200 – 27 000 inimest);
3. Vajab täiendavat abi eelkõige hooldatava abistamisel kodust väljas liikumisel/transportiga ning igapäevaste koduste toimingute tegemisel – 10% hooldajatest (arvuliselt 14 000 – 21 000 inimest);
4. Vajab täiendavat abi pea kõigis tegevustes, kuid mitte peaaesjalikult hooldatava abistamisel hügieeni- ja tervisetoomingutes – 6% hooldajatest (arvuliselt 8 000 – 13 600 inimest);
5. Vajab täiendavat abi kõigis tegevustes, sh palju abi hooldatava abistamisel hügieeni- ja tervisetoomingutes ning talle ööpäevaringse järelevalve osutamisel – 2% hooldajatest (arvuliselt 2 400 – 6 000 inimest).

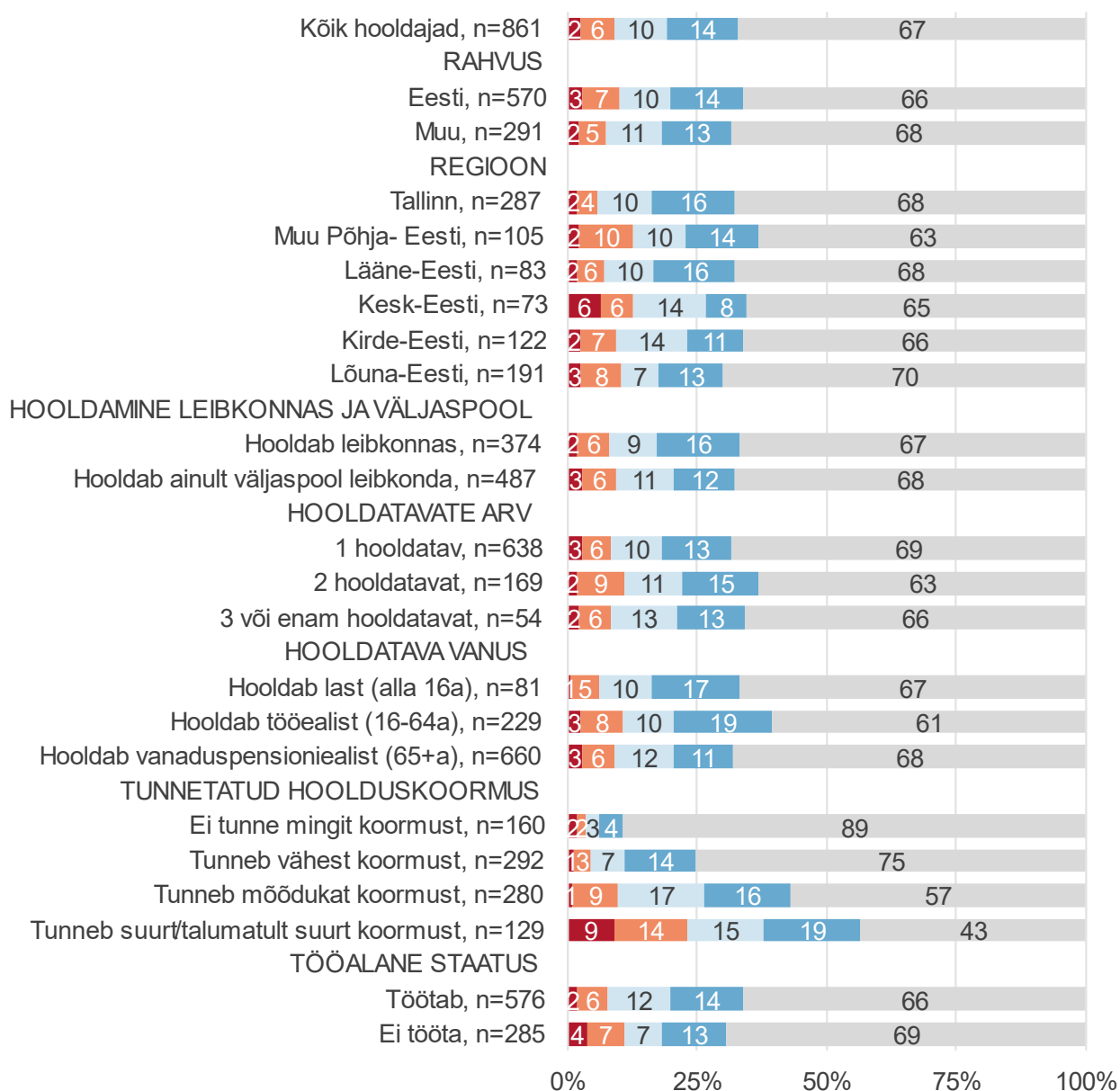
Viiendasse klastrisse (ehk suurima abivajadusega rühma) kuuluvad keskmisest sagedamini 40–49-aastased, üksi elavad, madala sissetulekuga või majanduslike toimetulekuraskustega, oma tervist halvaks hindavad või depressioonisümptomeid kogevad hooldajad.

Hooldajatest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks, liigitub 9% viiendasse klastrisse (st vajab täiendavat abi kõigis tegevustes, sh hooldatava abistamisel hügieeni- ja tervisetoomingutes ning talle ööpäevaringse järelevalve osutamisel), ning 14% neljandasse klastrisse (vajab täiendavat abi pea kõigis tegevustes, kuid mitte peaaesjalikult hooldatava abistamisel hügieeni- ja tervisetoomingutes).

³¹ Klasterite moodustamine viidi läbi k-keskmiste klasterdamise meetodil.

Joonis 44. Hooldajate jagunemine abivajaduse alusel moodustatud rühmadesse (% , n=861, hooldajad)

- Vajab täiendavat abi kõigis tegevustes, sh palju abi hooldatava abistamisel hügieeni- ja tervisetoiimingutes ning talle ööpäevaringse järelevalve osutamisel
- Vajab täiendavat abi pea kõigis tegevustes, kuid mitte peaaesjalikult hooldatava abistamisel hügieeni- ja tervisetoiimingutes
- Vajab täiendavat abi eelkõige hooldatava abistamisel kodust väljas liikumisel/transportiga ning igapäevaste koduste toimingute tegemisel
- Vajab täiendavat abi eelkõige hooldatava vaimsel toetamisel
- Ei vaja enamikus tegevustes täiendavat abi või vajab seda vähesel määral



9.2. Huvi tasuliste hooldusteenuste kasutamise suhtes

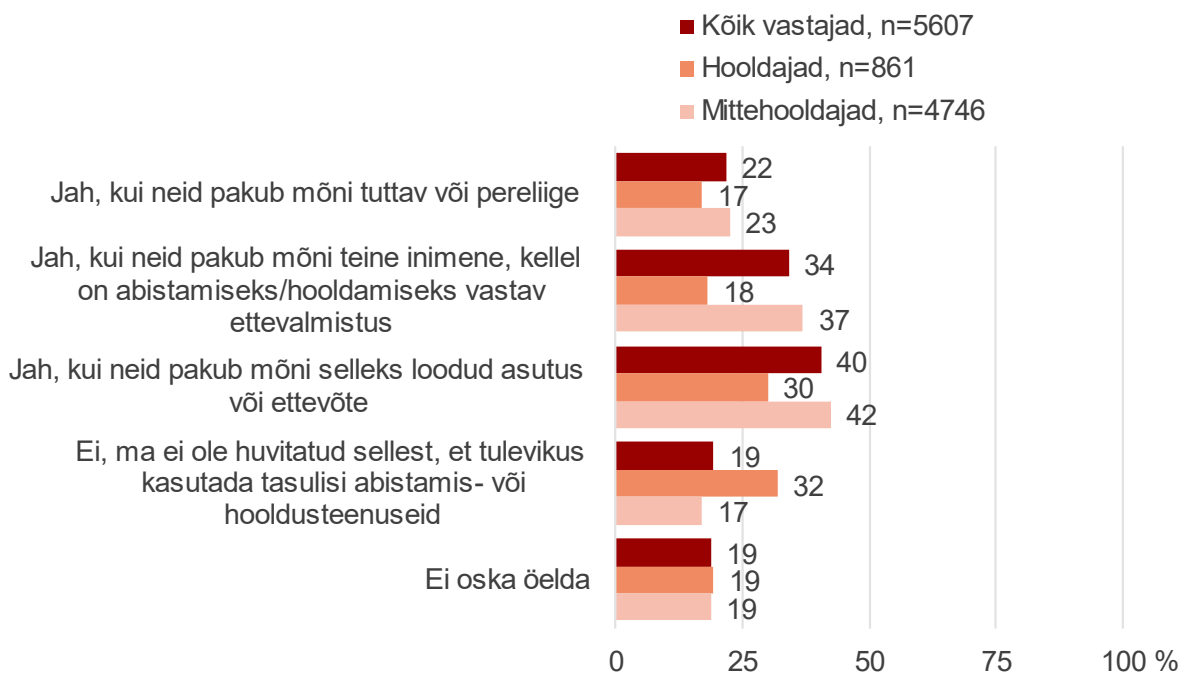
Tasuliste hooldusteenuste kasutamise valmidust mõõtev küsimus esitati kõigile vastajatele, sh ka neile, kes hooldamisega ei tegele. Hooldajatel paluti anda hinnang selle kohta, kas nad tunnevad vajadust tulevikus kasutada oma hooldatava tarbeks teiste inimeste või hooldusasutuste poolt pakutavaid tasulisi abistamis- või hooldusteenuseid (et oma hoolduskoormust vähendada). Mittehooldajatel paluti mõelda ning hinnata, et kui neil peaks tulevikus tekkima vajadus abistada/hooldada mõnda inimest, kas nad siis oleksid huvitatud kasutama selleks teiste inimeste/hooldusasutuste poolt pakutavaid tasulisi abistamis- või hooldusteenuseid.

Elanikest 62% on huvitatud tasuliste hooldusteenuste kasutamisest, et enda (sh tulevikus tekkida võivat) hoolduskoormust vähendada. Hooldajatest on tasuliste hooldusteenuste kasutamisest huvitatud 49% ja mittehooldajatest 64% (Joonis 45). Hooldajate madalam huvi tasuliste teenuste kasutamise vastu tuleneb tõenäoliselt sellest, et neil paluti hinnangut andes mõelda konkreetsele isikule (inimene, keda ta praegu hooldab). Enamik hooldajatest hindas oma hoolduskoormust puuduvaks, väheseks või mõõdukaks ning vaid 35% pidas tõenäoliseks, et nende hoolduskoormus 12 kuu jooksul suureneb, seega võivad hooldajad oma hinnangutes olla optimistlikumad kui mittehooldajad (kes pidid hinnanguid andes mõtlema abstraktsele situatsioonile, mida suurem osa neist veel kogenud polnud). Samas võib tulemusi mõjutada ka see, et konkreetsele hooldatavatele mõeldes tunnetatakse emotsionaalset sidet ning iseenda vastutust rohkem, kui andes hinnanguid abstraktse situatsiooni ning anonüümse hooldatava kohta.

Hooldajate puhul suureneb huvi tasuliste teenuste kasutamise suhtes hoolduskoormuse kasvades: suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest on tasuliste teenuste kasutamisest huvitatud 72%, neist aga, kes hooldamisega seoses mingit koormust ei tunne, vastavalt 31%. Huvi tasulisi teenuseid kasutada on keskmisest kõrgem nende hooldajate seas, kes hindavad oma tervist halvaks/väga halvaks (61%) või tunnevad alati/tihti üleväsimust (55%). Töötavate hooldajate seas on huvi tasuliste hooldusteenuste kasutamise vastu veidi kõrgem kui nende seas, kes ei tööta (vastavalt 52% ja 44%). Võttes aluseks elanikkonda tervikuna, on valmidus tasulisi hooldusteenuseid kasutada seda suurem, mida kõrgema sissetulekurühmaga on tegu – mille põhjuseks võib muuhulgas olla arvamus, et tasulised hooldusteenused on kallid.

Tasuliste teenuste saamisel eelistavad nii hooldajad kui mittehooldajad kõige sagedamini hooldusteenuseid pakkuvat asutust või ettevõtet (hooldajatest eelistab 30% ja mittehooldajatest 42%). Professionaalse ettevalmistusega eraisikut eelistab tasulise teenusepakkujana 18% hooldajatest ja 37% mittehooldajatest ning tuttavat/pereliiget 17% hooldajatest ja 23% mittehooldajatest.

Joonis 45. HOOLDAJAD: Kas Te tunnete vajadust tulevikus kasutada teiste inimeste või hooldusasutuste poolt pakutavaid tasulisi abistamis- või hooldusteenuseid inimese jaoks, keda Te praegu abistate/hooldate, et oma hoolduskoormust vähendada? MITTEHOOLDAJAD: Kui Teil peaks tulevikus tekkima vajadus abistada/hooldada mõnda inimest – kas Te oleksite huvitatud kasutama selleks teiste inimeste/hooldusasutuste poolt pakutavaid tasulisi abistamis- või hooldusteenuseid? (% , n=5607, kõik vastajad)



Vastajatel, kes pole huvitatud sellest, et tulevikus hooldamisel tasulist abi ja hooldusteenuseid kasutada, paluti oma seisukohta põhjendada. Hooldajad põhjendasid soovimatust oma hooldatava tarbeks tasulisi hooldusteenuseid kasutada eelkõige sellega, et nad (tõenäoliselt) ei vaja neid teenuseid (42% vastajatest). Üsna sageli toodi esile ka rahapuudust – kokku 29% hooldajatest, kes tasulist abi/teenuseid kasutada ei soovi, sealjuures 24% märkis, et tal endal (hooldajana) pole nende teenuste jaoks piisavalt raha, ning 19% märkis, et hooldataval pole selleks piisavalt raha (Tabel 14). Vähest huvi tasulisi teenuseid kasutada põhjendasid rahapuudusega keskmisest sagedamini hooldajad, kes hooldavad leibkonnaliiget (38%), ei tööta (37%), kogevad majanduslikke toimetulekuraskusi või kes hindavad oma hoolduskoormust mõõdukaks (42%) või suureks/talumatult suureks (67%).

Mittehooldajate jaoks oli rahapuudus kõige levinumaks argumendiks, miks tasuliste hooldusteenuste kasutamisest huvitatud ei olda: võimalikku rahapuudust tõi esile 44%, sealjuures 43% märkis, et tal endal ei pruugi nende teenuste jaoks olla piisavalt raha, ning 19% märkis, et raha teenuste jaoks ei pruugi piisata hooldataval.

Tabel 14. Põhjused, miks ei tunta vajadust/olda huvitatud tulevikus kasutama tasulisi abistamis- või hooldusteenuseid, et oma võimalikku hoolduskoormust vähendada (MITTEHOOLDAJAD: ...kui see peaks tekkima) (%), n=1993, vastajad, kes ei ole huvitatud tulevikus oma võimaliku hoolduskoormuse vähendamiseks kasutama tasulist abi ja hooldusteenuseid)

	Hooldajad, n=410	Mitte-hooldajad, n=1583
Ma ei vaja hooldamisel (tõenäoliselt) tasulist abi ega teenuseid	42%	21%
Mul pole/ei pruugi olla selleks piisavalt raha	24%	43%
Hooldatav pole/ei pruugi olla nõus lisaabi või teiste abistajatega	20%	10%
Hooldataval inimesel ei ole/pruugi olla selleks piisavalt raha	19%	19%
Ma ei tea, kust neid teenuseid oleks võimalik saada	7%	6%
Mul puudub usaldus ametlike teenuste kvaliteedi vastu meie piirkonnas	5%	7%
Mul endal on piinlik teistelt abi küsida	3%	8%
Pakutavad teenused/abi ei kata/pruugi katta ära hooldatava tegelikku abivajadust	3%	7%
Mul ei ole/ei pruugi olla aega, et vajalikke tasulisi teenuseid otsida või korraldada	3%	4%
Järjekorrad teenusepakujate juures on liiga pikad	2%	2%
Hooldatavale vajalikke teenuseid ei pakuta meie piirkonnas	2%	1%
Koroonaviiruse levik takistab tasuliste teenuste või lisaabi kättesaadavust	1%	1%
Muul põhjusel	2%	5%
Ei oska öelda	16%	26%

9.3. Infovajadused

Hooldajatelt küsiti, millised koolitused ja teave (kui üldse) oleksid nende jaoks kõige olulisemad, et toetada neid senisest enam toimetulekul teiste abistamise ja hooldamisega (vastajaile esitati 7 teemavaldkonda, mida nad said omalt poolt täiendada).

Huvi abistamise/hooldamisega seotud koolituste/teabe saamise vastu väljendas 48% hooldajatest. Huvi erinevate ankeedis esitatud koolitusteemade vastu oli enam-vähem ühtlasel tasemel, st ei eristunud teemat, mille suhtes oleks huvi olnud oluliselt kõrgem kui teiste teemade vastu. Suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajate seas on infovajadused suuremad: neist on koolitustest/teabest huvitatud 70%, sealjuures kõige sagedamini sooviti saada teavet selle kohta, kuidas hooldajana toime tulla iseenda ülekoormuse, stressi, meeleolulanguse, ärevuse või negatiivsete mõtetega (45%

suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest) või teavet abistaja/hooldaja õiguste ja abi saamise võimaluste kohta (42%) (Tabel 15).

Tabel 15. Millised koolitused ja teave on/ oleks Teie jaoks kõige olulisemad, et toetada Teid senisest enam teiste abistamise ja hooldamisega toimetulekul? (% , n=861, hooldajad)

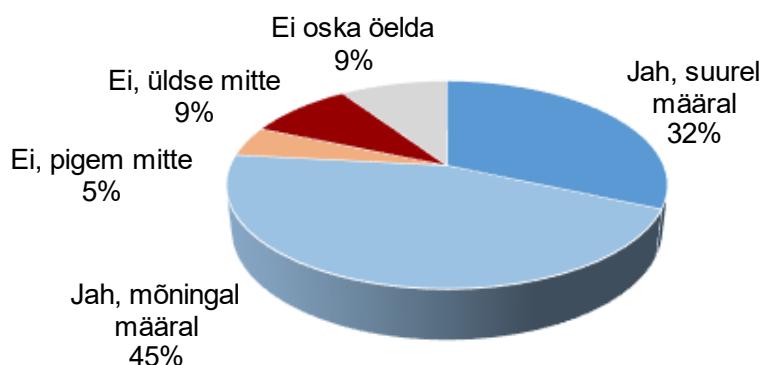
	Kõik hooldajad, n=861	Hooldajad, kelle hoolduskoormus on suur/talumatult suur, n=129
Teadmised või eneseabitehnikad, kuidas hooldajana toime tulla iseenda ülekoormuse, stressi, meeleolulanguse, ärevuse või negatiivsete mõtetega	23%	45%
Teadmised hooldatava õigustest ja abi saamise võimalustest	22%	34%
Teadmised abistaja või hooldaja õigustest ja abi saamise võimalustest	22%	42%
Praktilised teadmised hooldustoimingute teostamiseks	21%	28%
Teadmised ja tehnikad, kuidas toetada hooldatava toimetulekut stressi, ärevuse, meeleolulanguse või negatiivsete mõtetega	21%	31%
Teadmised hooldatava diagnoosi(de) spetsiifikast (sh haiguse progresseerumine, rehabilitatsiooni võimalused, tuleviku väljakutsed jms)	19%	31%
Teadmised hooldatava juriidiliste toimingute teostamisest (nt hooldatava esindamine, varaga seotud toimingud jms)	15%	22%
Muud koolitused või teave	0%	0%
Ma ei tunne praegu vajadust koolituste ega teabe järele seoses teiste abistamise või hooldamisega	42%	19%
Ei oska öelda	10%	10%

Leibkonnas hooldajatest on täiendavast teabest/koolitustest huvitatud 56% ja väljaspool leibkonda hooldajatest 42%. Hooldajate seas, kes hooldavad kas last või tööealist inimest, on tunnetatud infovajadus suurem kui vanaduspensioniealiste inimeste hooldajate seas. Muudest rahvustest hooldajate seas on tunnetatud infovajadus pisut suurem kui eestlaste seas – eestlastest soovis täiendavat infot saada 45% ja muudest rahvustest hooldajatest 51%. Regionaalses võrdluses on tunnetatud infovajadus suurim Kirde-Eestis: 62% selle regiooni hooldajaist on täiendavast teabest/koolitustest huvitatud.

Lähedaste abistajatele või hooldajatele mõeldud koolitustel või kursustel osalenuid on oluliselt vähem kui neid, kes sellistel koolitustel/kursustel osalemise vastu huvi tunnevad – sellistel koolitustel/kursustel on osalenud 9% hooldajatest, sh 10% leibkonnas hooldajatest ja 8% neist, kes hooldavad ainult väljaspool leibkonda. Oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks pidavatest hooldajatest on hooldajatele mõeldud koolitustel/kursustel osalenud 17%. Koolitustel/kursustel osalenutest 77% hindas neid

koolitusi/kursusi enda jaoks kasulikeks, sealjuures 32% hinnangul on nendest koolitustest/kursustest olnud abistamise/hooldamise kergendamiseks abi ja tuge olnud suurel määral. Negatiivse hinnangu andis koolituste/kursuste kasulikkusele neil osalenutest 14% (Joonis 46).

Joonis 46. Hinnangud lähedaste abistajatele või hooldajatele mõeldud koolituste või kursuste kasulikkusele (kas hooldajale on neist teiste abistamise või hooldamise kergendamiseks abi ja tuge olnud) (%), *n=77, hooldajad, kes on osalenud lähedaste abistajatele või hooldajatele mõeldud koolitustel või kursustel*



10. Suure hoolduskoormuse ja abivajadusega riskirühmad

Selgitamaks, kelle puhul hooldajatest on abi osutamine (nende hoolduskoormuse kergendamiseks) kõige pakilisem, eristati suure hoolduskoormuse ja abivajaduse alusel riskirühmad.

10.1. Riskirühmade määratlus

Suure hoolduskoormuse ja abivajadusega riskirühmade määratlemisel võeti aluseks järgnev:

- Hooldustegevustele kuluv aeg (eristati hooldajad, kel kulub erinevatele hooldustegevustele nädalas summaarselt 20 tundi või enam);³²

³² Hooldustegevustele kuluva aja hindamiseks on liidetud erinevatele hooldustegevustele kuluv aeg (kui mitu tundi nädalas erinevatele tegevustele kulub). Et tegevused võisid omavahel (osaliselt) kattuda, võib ka sinne hinnang (20 tundi) olla teatud vastajate puhul üle hinnatud, st tegelik hooldamisele kuluv tundide arv võib olla mõnevõrra väiksem.

- Tunnetatud abivajadus (eristati hooldajad, kes tunnevad, et vajavad mõne tegevuse juures (või hooldatav vajaks) abi);
- Enesehinnanguline hoolduskoormus (eristati hooldajad, kes tunnetavad oma hoolduskoormust suurena või talumatult suurena).

Eristus kolm rühma:

1. *Suure abivajadusega rühm*: täidetud on kõik kolm eeltingimust: hooldustegevustele kulub nädalas summaarselt vähemalt 20 tundi, hooldaja tunneb, et vajab mõne hooldustegevuse juures abi ning tunnetab oma hoolduskoormust suurena/talumatult suurena – 2% elanikest, sh 11% hooldajatest (arvuliselt 95% tõenäosusega 15 700–23 300 inimest). Antud rühma puhul on risk läbipõlemiseks kõige suurem ning vajadus abi järele kõige pakilisem.
2. *Keskmise abivajadusega rühm*: kõik ülejäänud hooldajad, kes tunnevad oma koormust suurena/talumatult suurena (kuid kes ei liigitunud suure abivajadusega riskirühma) ning hooldajad, kes tunnetavad oma hoolduskoormust mõõdukana, kel kulub hooldamisele nädalas vähemalt 20 tundi ning kes tunnevad, et vajavad mõne hooldustegevuse juures abi – 3% elanikest, sh 18% hooldajatest (arvuliselt 95% tõenäosusega 25 900–35 400 inimest). Pikemas perspektiivis võib ka selle rühma puhul esineda risk läbipõlemiseks ja neile abi osutamine on oluline, kuid vähem pakiline kui esimese rühma puhul.
3. *Väheste abivajadusega rühm*: kõik ülejäänud hooldajad, kes tunnevad, et vajavad (või nende hooldatav vajaks) mõne hooldustegevuse juures täiendavat abi – 5% elanikest, sh 35% hooldajatest (arvuliselt 95% tõenäosusega 52 300–65 200 inimest). Antud rühma puhul on läbipõlemise risk madal, kuid täiendav abi ja teenused suurendaksid hooldajate või hooldatavate elukvaliteeti.

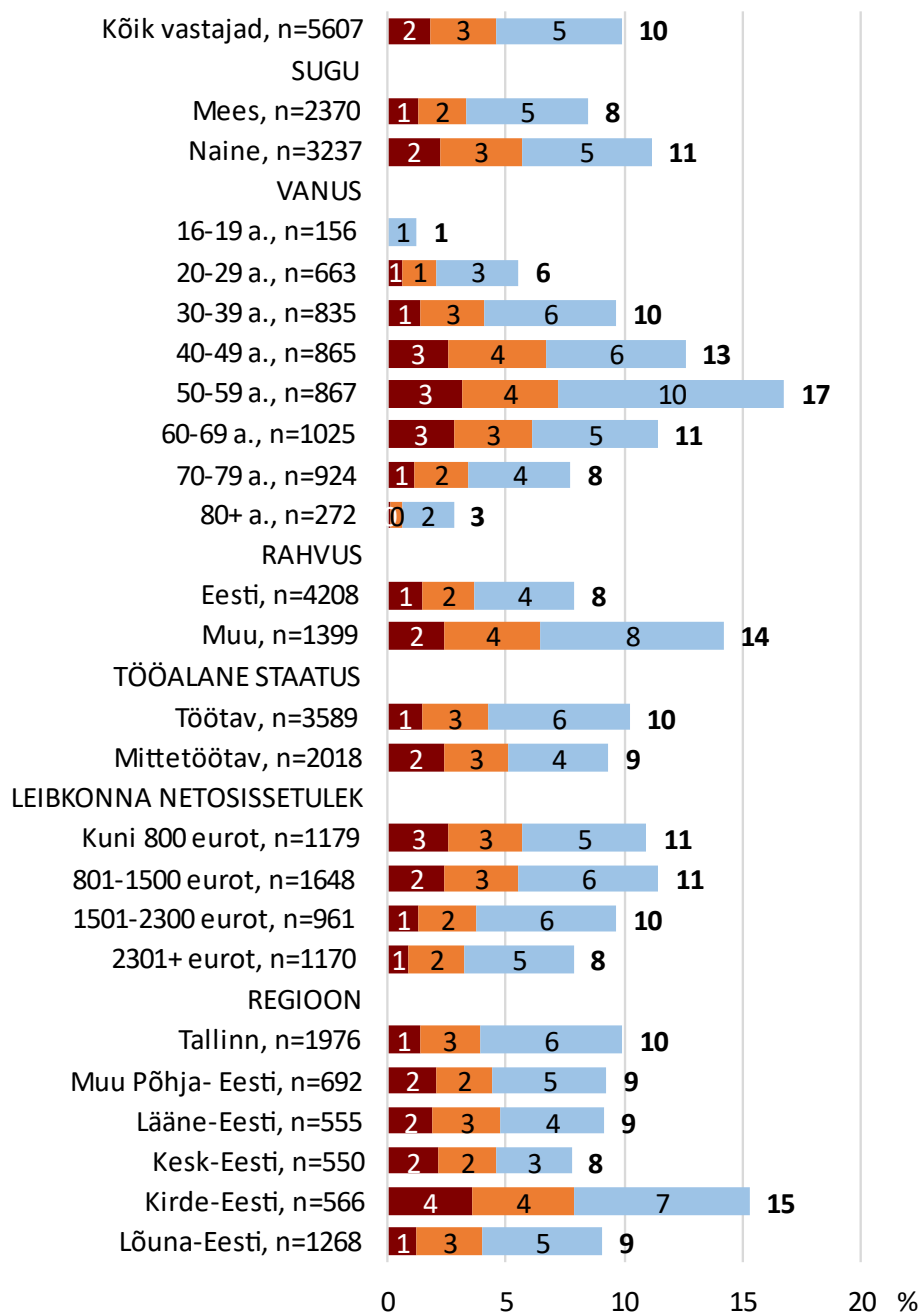
Riskirühmadeks saab neist gruppidest lugeda kahte esimest. Viimase rühma näol on tegu grupiga, kus teenuste osutamine tõstaks hooldajate või nende poolt hooldatavate inimeste elukvaliteeti, kuid teenuste mittesaamine seda tõenäoliselt olulisel määral ei langetaks.

10.2. Riskirühmadesse kuulumine

Kokkuvõttes kuulub eelnevalt kirjeldatud rühmadesse kümnendik Eesti elanikest (st tunnetavad, et vajavad hooldamisel abi või peavad oma hoolduskoormust suureks) ([Joonis 47](#)). Suure või keskmise abivajadusega rühma (kellele abi osutamine on kõige olulisem) kuulub 5% elanikest. Elanikest 5% kuulub väheste abivajadusega rühma, kus teenuste osutamine tõstaks antud rühma kuuluvate hooldajate või nende poolt hooldatavate inimeste elukvaliteeti, kuid teenuste mittesaamine seda tõenäoliselt olulisel määral ei langetaks. Seega tuleks abi osutamisel keskenduda esmajoones suure ning keskmise abivajadusega rühmadele.

Joonis 47. Hoolduskoormuse ja abivajaduse alusel moodustatud riskirühmadesse kuulumine (% , n=5607, kõik vastajad)

■ Suure abivajadusega rühm ■ Keskmise abivajadusega rühm
■ Väheste abivajadusega rühm **Kokku**

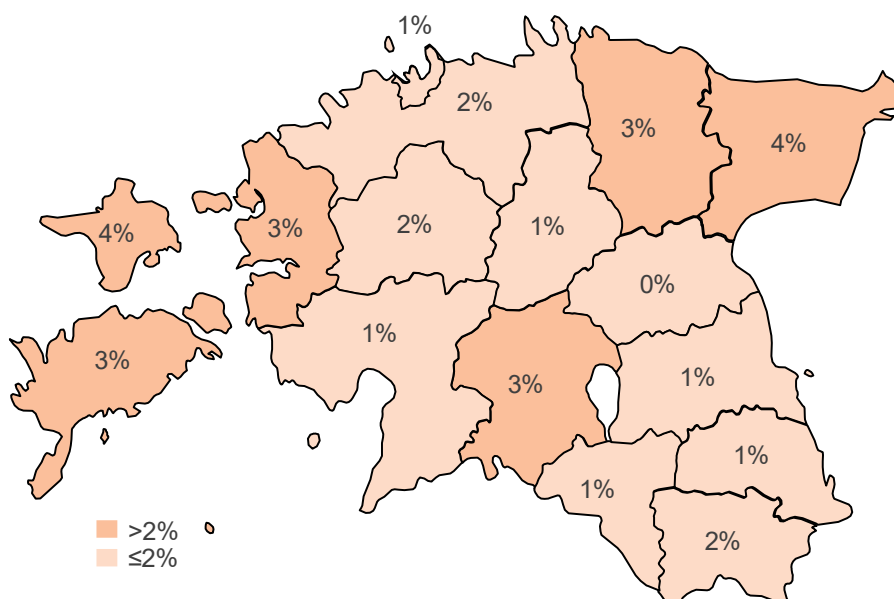


Kuna hooldajate osakaal on suurim keskmistes vanuserühmades, on ka hooldamisega seotud abivajadustest lähtuvasse riskirühmadesse kuulujaid nendes vanuserühmades kõige enam. 40–69-aastastest inimestest kuulub suure abivajadusega riskirühma 3%, keskmise abivajadusega riskirühma kuulujaid on 40–59-aastaste seas 4% ja 60–69-

aastaste seas 3%. Kokkuvõttes kuulub 6-7% nendest vanuserühmadest suure või keskmise abivajadusega rühma. Madalama sissetulekuga inimeste seas on riskirühmadesse (nii suure kui keskmise abivajadusega rühma) kuulumine sagedasem kui kõrgema sissetulekuga inimeste seas.

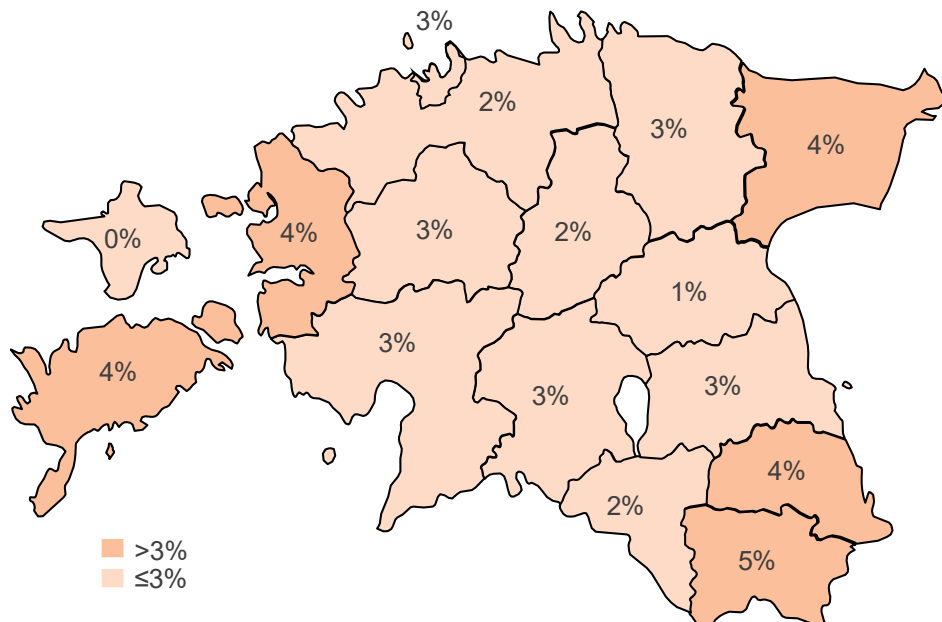
Suure abivajadusega riskirühma kuulub 1% eestlastest ja 2% muudest rahvustest elanikest (erinevus pole statistiliselt oluline). Keskmise abivajadusega riskirühma kuulujate osakaal on muudest rahvustest elanike seas suurem kui eestlaste seas (vastavalt 4% ja 2%). Regioonide võrdluses on riskirühmadesse kuuluvaid inimesi kõige enam Kirde-Eestis, kus 4% elanikest kuulub suure ja 4% keskmise abivajadusega rühma. Ülejäänud regioonides jääb suure abivajadusega rühma kuuluvate inimeste osakaal 1-2% piiresse, ning keskmise abivajadusega rühma kuuluvaid inimesi on 2-3%. Maakondade võrdluses on suure abivajadusega riskirühma kuuluvate inimeste osakaal suurim Ida-Viru maakonnas (4%) ning madalaim Jõgeva (vähem kui 1%) ning Tartu maakonnas (1%) (Joonis 48). Keskmise abivajadusega riskirühma kuuluvate inimeste osakaal on keskmisest madalam Hiiu maakonnas (alla 1%-i) (Joonis 49).

Joonis 48. Suure abivajadusega riskirühma kuuluvate inimeste osakaal maakondades ja Tallinnas (%) (*n=5607, kõik vastajad*)



Hiiu maakond	4%	Lääne-Viru maakond	3%	Harju maakond	2%	Pärnu maakond	1%
Ida-Viru maakond	4%	Saare maakond	3%	Tallinn	1%	Põlva maakond	1%
Lääne maakond	3%	Võru maakond	2%	Järva maakond	1%	Tartu maakond	1%
Viljandi maakond	3%	Rapla maakond	2%	Valga maakond	1%	Jõgeva maakond	0%

Joonis 49. Keskmise abivajadusega riskirühma kuuluvate inimeste osakaal maakondades ja Tallinnas (% , n=5607, kõik vastajad)



Võrumaa	5%	Saaremaa	4%	Pärnumaa	3%	Järvamaa	2%
Ida-Virumaa	4%	Tartumaa	3%	Viljandimaa	3%	Valgamaa	2%
Läänemaa	4%	Lääne-Virumaa	3%	Tallinn	3%	Jõgevamaa	1%
Põlvamaa	4%	Raplamaa	3%	Harjumaa	2%	Hiiumaa	0%

10.3. Riskirühmade profiilid

Riskirühmade profiilid on esitatud [joonistel 50 ja 51](#).

Suure abivajadusega riskirühma iseloomustab järgnev:

- 2/3 antud rühma kuuluvatest inimestest on naised ja 75% vanuses 40–69 a. Muudest rahvustest inimeste osakaal on pisut suurem kui elanikkonnas tervikuna (kogu elanikkonnas 32% ja suure abivajadusega riskirühmas 43%);
- Ligi pooled (49%) antud rühma kuuluvatest inimestest ei tööta ja 85% kogeb majanduslikke toimetulekuraskusi, sh 28% suuri. Mittetöötavate või majanduslikke toimetulekuraskusi kogevate inimeste osakaalud on suure abivajadusega riskirühmas suuremad kui ülejäänud riskirühmades.
- Antud riskirühma kuuluvatest inimestest 43% hindab oma tervist halvaks või väga halvaks, 79%-l on mõni krooniline haigus, 38%-l on tuvastatud puue ning 79% kogeb depressioonisümptomeid.
- Valdava osa (73%) antud rühma kuuluvatest hooldajatest moodustavad leibkonnas hooldajad. Kahte või enamat inimest hooldab 32%. Võrreldes teiste riskirühmadega

on antud rühmas suurem tööealise inimese hooldajate osakaal (43%). Hooldatavat abistatakse paljudes erinevates tegevustes, sh 58% osutab hooldatavale ööpäevaringset järelevalvet, 80% abistab regulaarsetes tervisetöimingutes ja 80% enesehooldus- ja hügieenitöimingutes. Pea kõik sellesse rühma liigituvatest hooldajatest abistavad hooldatavat ka igapäevaste koduste toimingute tegemisel ning pakuvad talle igapäevast seltsi/suhtlust (vt ka Tabel 16).

- Vajadust täiendava abi järele tunnetatakse korraga paljudes erinevates tegevustes, näiteks vajaks 63% enda hinnangul abi hooldatavale seltsi pakkumisel, 63% hooldatava toetamisel psühholoogiliste raskuste toimetulekul, 47% hooldatava transportimisel, 45% hooldatava abistamisel keerukate/uute ülesannete lahendamisel, 45% talle ööpäevaringse järelevalve osutamisel, 42% hooldatava abistamisel igapäevaste koduste toimingute tegemisel, 42% abistamisel kodust väljas jalgsi ringi liikumisel, 40% abistamisel enesehoolduses ja hügieenitöimingutes ja 40% abistamisel ühiskonnaelus osalemisel. Täpsemalt on riskirühmade enesehinnangulised abivajadused esitatud Tabelis 17.

Keskmise abivajadusega riskirühm:

- Ka sellest rühmast moodustavad 2/3 naised, kuid jagunemine erinevate vanuserühmade vahel on ühtlasem kui suure abivajadusega riskirühmas. Keskmise abivajadusega rühma kuuluvatest hooldajatest on 66% vanuses 40–69, 24% on alla 40-aastased ning 10% 70-aastased või eakamad. Muudest rahvustest inimeste osakaal on ka selles rühmas suurem (47%) kui elanikkonnas tervikuna.
- Enamus (64%) antud rühma kuuluvatest inimestest käib tööl. Majanduslikke toimetulekuraskusi esineb vähem kui suure abivajadusega riskirühmas (kus vastav näitaja oli 85%), kuid rohkem kui elanikkonnas üldiselt (kõigist elanikest kogeb majanduslikke toimetulekuraskusi 50% ja keskmise abivajadusega rühma kuuluvatest hooldajatest 70%, sh suuri raskusi 12%).
- Tervise enesehinnangud on antud rühmas positiivsemad kui suure abivajadusega rühmas, kuid siiski tagasihoidlikumad kui kogu elanikkonnas tervikuna. Keskmisest kõrgem on antud rühmas krooniliste haigustega (63%) või depressioonisümptomeid kogevate (59%) inimeste osakaal. Puudega inimeste osakaal on samal tasemel mis elanikkonnas üldiselt.
- Antud rühma kuuluvatest hooldajatest 64% hooldab leibkonnas ja 36% ainult väljaspool leibkonda, 79% hooldab vanaduspensioniealist inimest ning 35% hooldab kahte või enam inimest. Enam kui pooled (53%) siinsetest hooldajatest osutavad hooldatavale ööpäevaringset järelevalvet, 71% abistab hooldatavat enesehooldus- ja hügieenitöimingutes ja 61% regulaarsetes tervisetöimingutes. Siiski on osutatavate hooldustegevuste hulk tervikuna väiksem kui suure abivajadusega riskirühmas.

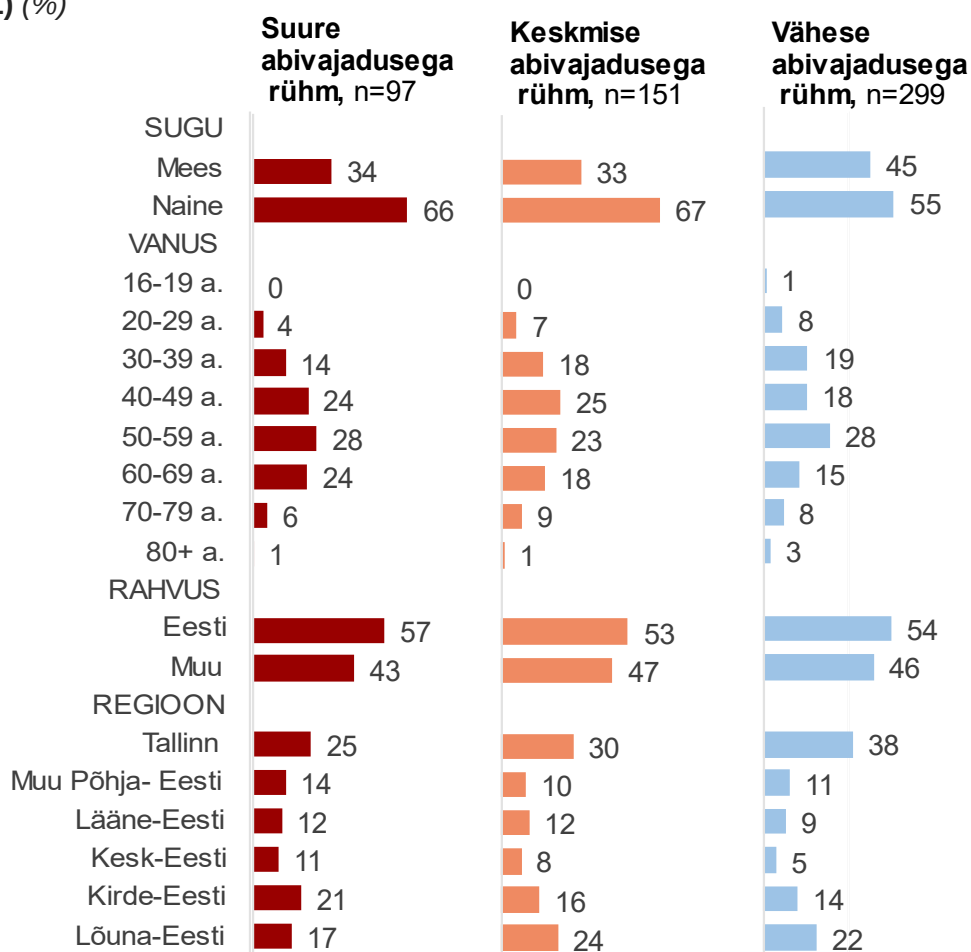
Vähese abivajadusega rühm:

- Antud rühmas on meeste osakaal suurem kui eelnevates rühmades, kuid siiski moodustavad ka sellest rühmast pisut enam kui poole (55%) naised. Vähese

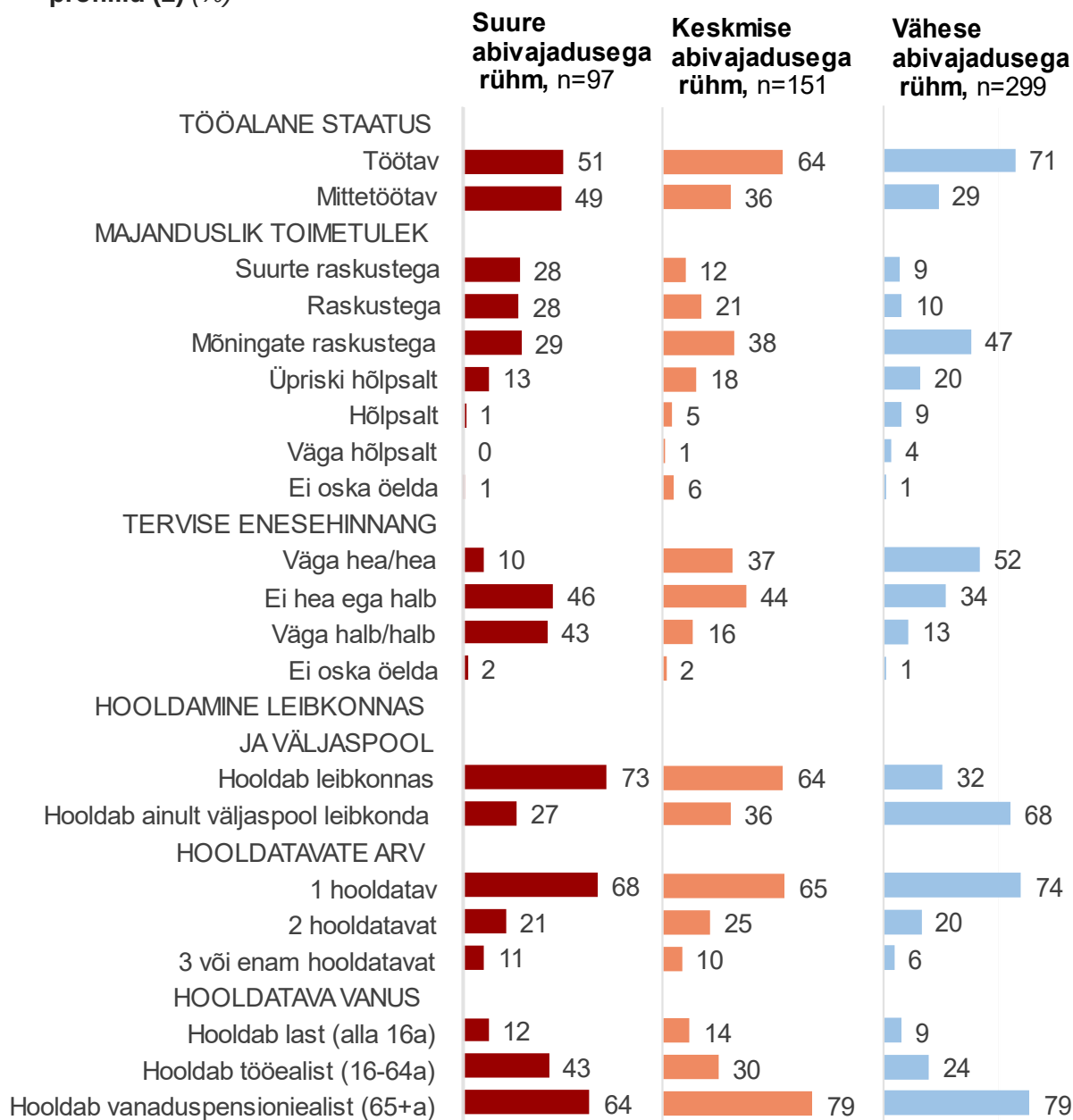
abivajadusega rühma kuuluvatest hooldajatest 28% on alla 40-aastased, 61% 40–69-aastased ja 11% eakamad. Muudest rahvustest inimeste osakaal on ka selles rühmas suurem (46%) kui elanikkonnas tervikuna.

- Valdav osa (71%) antud rühma kuuluvatest inimestest käib tööl. Majanduslikke toimetulekuraskusi kogevate inimeste osakaal (66%) on sarnane keskmise abivajadusega riskirühmale.
- Ligi pooled (52%) vähese abivajadusega rühma kuuluvatest inimestest hindavad oma tervist heaks ja see näitaja on suurem kui ülejäänud riskirühmades. Kroonilise haiguse või puudega inimeste osakaal on antud rühmas samal tasemel, mis kogu elanikkonnas.
- Võrreldes teiste riskirühmadega on antud rühmas suurem ainult väljaspool leibkonda hooldajate osakaal (68%), ühe hooldatavaga hooldajate osakaal (74%) ning vanaduspensioniaalse inimese hooldajate osakaal (79%). Hooldustegevuste hulk on väiksem kui kahes eelnevas riskirühmas.

Joonis 50. Hoolduskoormuse ja abivajaduse alusel moodustatud riskirühmade profiilid (1) (%)



Joonis 51. Hoolduskoormuse ja abivajaduse alusel moodustatud riskirühmade profiilid (2) (%)



Tabel 16. Osutatavad hooldustegevused, riskirühmade võrdlus (*n*=riskirühma kuuluvad vastajad)

	Suure abivajadusega rühm, n=97	Keskmise abivajadusega rühm, n=151	Väheste abivajadusega rühm, n=299
Apteegist ravimite, poest toidu ja muude vajalike kaupade hooldatavale koju toomine	99%	93%	81%
Igapäevaste koduste toimingute tegemine	98%	95%	70%
Hooldatavale seltsi pakkumine, igapäevane suhtlemine, uudiste või mälestuste jagamine ja muu arutamine kas silmast silma, telefoni või veebisuhtluse kaudu	93%	90%	77%
Hooldatava abistamine või tema esindamine teiste inimestega suhtlemisel	82%	64%	36%
Regulaarsed tervisetoomingud	80%	61%	30%
Enesehooldus ja hügieenitoimingud	80%	71%	30%
Abistamine vajalike asjade meespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel	78%	62%	30%
Kodust väljas jalgsi ringi liikumise abistamine, sh majast välja aitamine	70%	57%	33%
Hooldatava toetamine psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul	69%	56%	35%
Abistamine transpordiga	66%	65%	54%
E-teenuste kasutamine	65%	56%	47%
Abistamine keeruliste või uute ülesannete lahendamisel	65%	51%	42%
Õöpäevaringse järelevalve pakkumine	58%	53%	19%
Abistamine töötamisel või õppimisel, sh huviharidusega tegelemisel	47%	39%	17%
Abistamine ühiskonnaelus osalemisel	34%	41%	13%
Hooldatava abistamine muudes olulistes tegevustes	16%	7%	3%

Tabel 17. Enesehinnangulised abivajadused (hooldaja hindab, et vajaks antud tegevuse juures täiendavat abi või arvab, et hooldatav vajaks antud tegevuses täiendavat abi), riskirühmade võrdlus (n =riskirühma kuuluvad vastajad)

	Suure abivajadusega rühm, $n=97$	Keskmise abivajadusega rühm, $n=151$	Vähese abivajadusega rühm, $n=299$
Hooldatavale seltsi pakkumine, igapäevane suhtlemine, uudiste või mälestuste jagamine ja muu arutamine kas silmast silma, telefoni või veebisuhtluse kaudu	63%	29%	28%
Hooldatava toetamine psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul	63%	39%	34%
Abistamine transpordiga	47%	42%	34%
Abistamine keeruliste või uute ülesannete lahendamisel	45%	40%	34%
Ööpäevaringse järelevalve pakkumine	45%	31%	21%
Igapäevaste koduste toimingute tegemine	42%	31%	28%
Kodust väljas jalgsi ringi liikumise abistamine, sh majast välja aitamine	42%	36%	33%
Enesehooldus ja hügieenitoimingud	40%	19%	30%
Abistamine ühiskonnaelus osalemisel	40%	28%	28%
Abistamine töötamisel või õppimisel, sh huviharidusega tegelemisel	33%	19%	19%
Abistamine vajalike asjade meespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel	33%	22%	27%
Hooldatava abistamine või tema esindamine teiste inimestega suhtlemisel	32%	28%	30%
Regulaarsed tervisetöimingud	29%	14%	25%
Apteegist ravimite, poest toidu ja muude vajalike kaupade hooldatavale koju toomine	26%	20%	18%
E-teenuste kasutamine	24%	19%	26%
Hooldatava abistamine muudes olulistes tegevustes	26%	9%	9%

11. Elanike eelistused pikaajalise hoolduse osas ning suhtumine hoolduskindlustuse loomisesse

Käesolevas peatükis antakse ülevaade elanike eelistustest pikaajalise hoolduse osas (kellelt eelistatakse hooldusvajaduse tekkides abi saada), arusaamadest selle kohta, kes peaks hooldusteenuseid finantseerima (kas inimene ise/tema lähedased või riik/KOV) ning suhtumisest täiendava hoolduskindlustuse loomisesse.

11.1. Elanike eelistused pikaajalise hoolduse osas

Inimeste eelistused pikaajalise hoolduse osas on erinevad: on inimesi, kes eelistavad hooldusvajaduse tekkimisel abi saada eelkõige oma lähedastelt, kuid on ka neid, kes pigem kasutaksid professionaalseid teenuseid. Et neist eelistustest ülevaade saada, küsiti vastajatelt, kas hooldusvajaduse tekkimisel eelistavad nad saada abi pigem lähedastelt või kasutada hooldusteenuseid.

Elanike valmidus tulevikus hooldusteenuseid kasutada on küllaltki kõrge: hooldusvajaduse tekkimisel eelistab 68% elanikest saada abi ka teistelt isikutelt ja asutustelt peale oma laste/lähedaste, sealjuures 10% eelistab saada teistelt isikutelt/asutustelt kogu vajamineva abi, 27% enamuse abist ning 31% väiksema osa abist. Elanikest 18% eelistab saada abi ja hooldamist ainult oma lastelt/lähedastelt, 1% eelistab muid võimalusi ning 13% ei osanud hinnangut anda (Joonis 52).

Vanuserühmade võrdluses on huvi hooldusteenuste kasutamise vastu kõrgeim 20–39-aastaste seas (72%). Vanemates vanuserühmades on keskmisest kõrgem nende inimeste osakaal, kes eelistavad saada abi ja hooldust ainult oma lastelt või teistelt lähedastelt (70-aastastest ja eakamatest 25%).³³

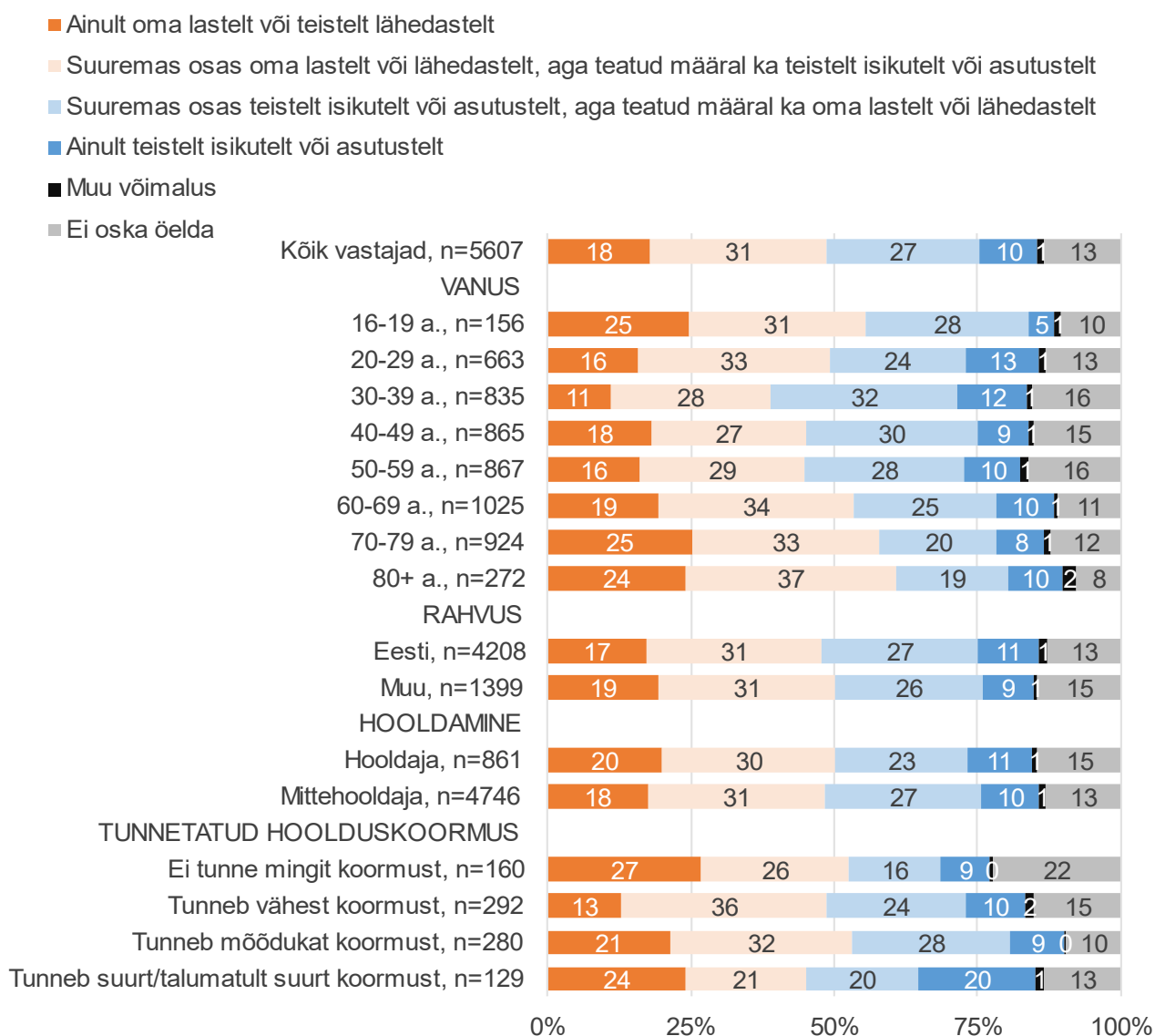
Eestlaste ja muudest rahvustest inimeste eelistused on üldjoontes sarnased. Ka hooldajate eelistused ei erine tervikuna mittehooldajate omadest kuigi märkimisväärselt. Siiski eristuvad nende hooldajate hoiakud, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks – nende seas on keskmisest enam neid, kes oma lähedaste abi ei soovi ning eelistavad saada abi ainult teistelt isikutelt või asutustelt (20%). Et suur hoolduskoormus seondub hooldaja enda halvema tervisliku seisundiga, hindab see rühm oma tulevast hooldusvajadust tõenäoliselt suuremaks kui ülejäänud inimesed. Samas teadvustavad suure hoolduskoormusega inimesed tõenäoliselt ka hooldamisega kaasnevaid võimalikke raskusi ning ei pruugi soovida oma lähedasi koormata. Mõjutada võib ka see, kui praeguste hoolduskohustuste täitmisel tunnetatakse lähedaste tuge kas

³³ Ka 16–19-aastaste seas on vastav osakaal sama kõrge, kuid et valim on väiksem, pole erinevus kogu valimi keskmisest statistiliselt oluline).

ebapiisava või puuduvana (mistõttu ei loodeta lähedaste abile ka selles olukorras, kus ise hooldust vajatakse).

Madala sissetulekuga inimesed eelistavad hooldusteenuseid lähedaste abile harvemini kui kõrgema sissetulekuga inimesed, mis võib viidata sellele, et hooldusteenuste kasutamine välistatakse eos juba sel põhjusel, et neid peetakse kalliks. Keskmisest soosivam on suhtumine hooldusteenuste kasutamisse nende hooldajate seas, kes juba praegu oma hooldatava tarbeks tasulisi teenuseid kasutavad.

Joonis 52. Kui Te ise peaksite iseseisvaks toimetulekuks abi või hooldamist vajama, siis kellelt Te eelistaksite seda saada? (% , n=5607, kõik vastajad)



11.2. Tulevikuks valmistumine

Vastajatelt küsiti ka seda, kuidas on nad mõelnud finantseerida enda abistamist või hooldamist, kui peaksid tulevikus seda vajama (või juba vajavad).

Mõeldes võimalikule hooldusvajaduse tekkimisele tulevikus loodetakse kõige sagedamini iseenda või lähedaste peale. 34% inimestest kogub ka ise sääste (et vajadusel hooldusteenuseid osta), 31% loodab oma laste abile ning 19% oma partneri või teiste sugulaste/sõprade abile. Elanikest 33% on seisukohal, et vajalikud hooldusteenused peab tagama ka riik, ning 22% ootab selle kohustuse täitmist ka kohalikult omavalitsuselt (Joonis 53). Kokkuvõttes märkis 54% küsitletutest, et plaanib hooldusvajaduse tekkimisel oma hooldusteenuseid kas ise finantseerida või loodab selles laste abile (sealjuures ainult iseendale/sugulastele loodab 30%), 39% aga leiab, et hooldusteenuseid peaks rahastama (ka) riik või kohalik omavalitsus, sealjuures ainult riigile/KOV-le (kuid mitte iseendale või oma lähedastele) loodab 15% elanikest. Ligi kolmandik (31%) elanikest pole antud teemale seni mõelnud või peab seda enda jaoks vähe huvipakkuvaks.

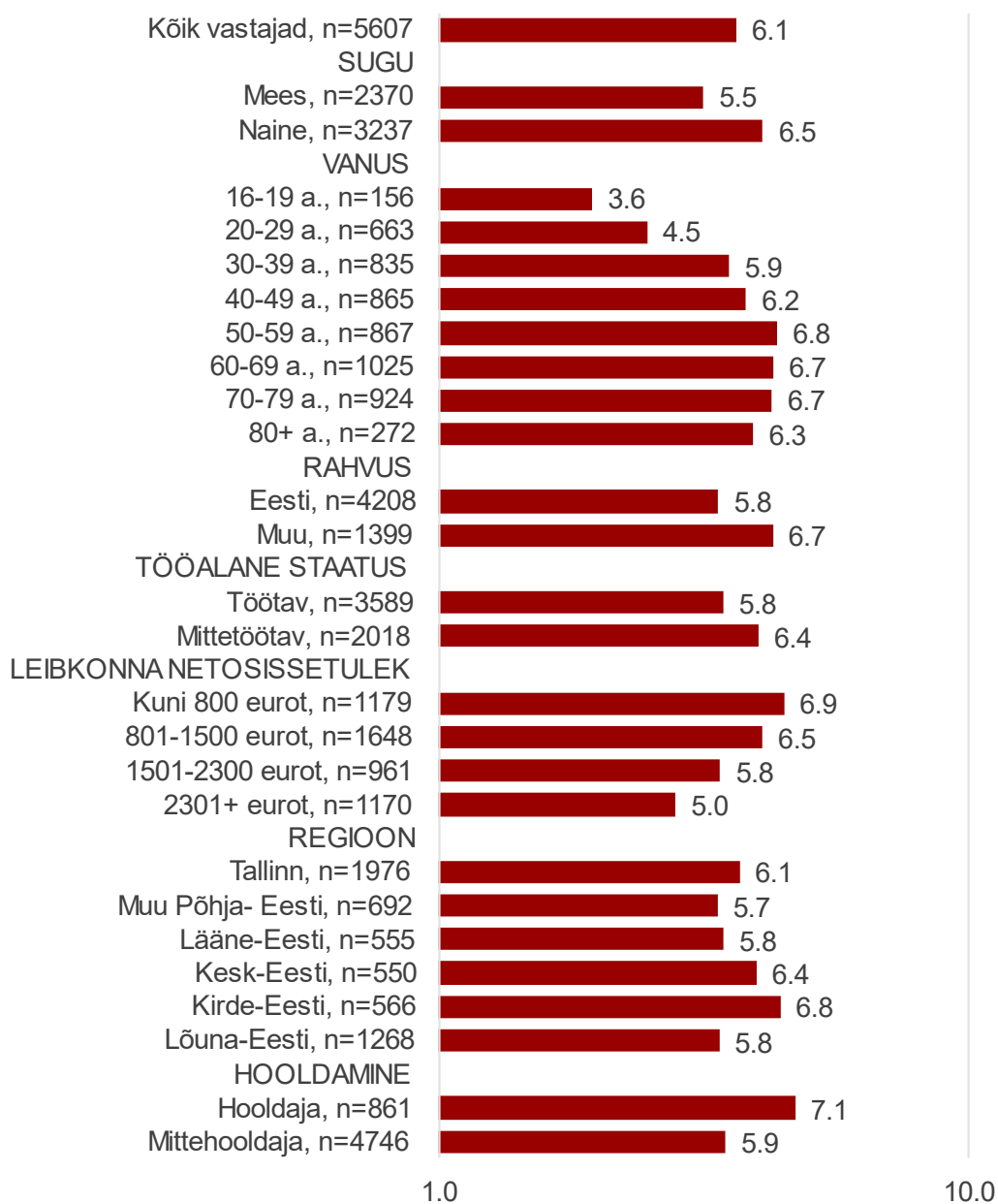
Võrreldes muudest rahvustest inimestega loodavad eestlased oma tulevase hooldusvajaduse finantseerimise osas sagedamini iseenda või oma lähedaste peale (57% eestlastest ja 47% muudest rahvustest elanikest). Inimesi, kes arvavad, et panustama peaks ka riik ja/või KOV, on eestlaste ja muudest rahvustest elanike seas ühepalju (38–39%). Madalama sissetuleku või halvema majandusliku toimetulekuga inimesed loodavad hooldusteenuste finantseerimisel keskmisest sagedamini riigi/KOV-i peale, kõrgema sissetulekuga või majanduslikult paremini toime tulevad inimesed aga keskmisest sagedamini iseenda või oma lähedaste peale.

Joonis 53. Kuidas Te olete mõelnud finantseerida enda abistamist või hooldamist, kui peaksite tulevikus seda vajama (või juba vajate)? (%) , n=5607, kõik vastajad)



Vastajal paluti anda hinnang ka selle kohta, kui mures on nad selle üle, et vanaduspäevil või abivajaduse tekkimisel ei ole nende sissetulek piisav selleks, et ise tasuda erinevate hooldusteenuste eest kas eraisikust abistajale või hooldusteenuseid pakkuvale asutusele. Hinnanguid koguti 10-palli skaalal, kus 1=ei ole üldse mures, ning 10=olen äärmiselt mures. Tulemused (hinnangute aritmeetilised keskväärtused) on toodud joonisel 54.

Joonis 54. Kui mures Te olete, et vanaduspäevil või abivajaduse tekkimisel ei ole Teie sissetulek piisav selleks, et ise tasuda erinevate hooldusteenuste eest kas eraisikust abistajale või hooldusteenuseid pakkuvale asutusele? (hinnangute aritmeetilised keskmised 10-palli skaalal, kus 1=ei ole üldse mures ja 10=olen äärmiselt mures, n=5607, kõik vastajad)



Mure hooldusteenuste eest tasumise võimekuse üle on elanikkonnas mõõdukas – 10-palli skaalal, kus 10 tähistas äärmist muretsemist, oli antud teema hinnangute keskväärts 6,1 palli. Vanuserühmade võrdluses muretsesvad oma võimekuse üle tulevikus hooldusteenuste eest maksta keskmiselt kõige enam 50–79-aastased, keskmiselt kõige vähem aga 16–29-aastased (kelle jaoks see teema nende vanusest tingituna enamasti veel päevakorras pole). Muudest rahvustest, mittetöötavad või madala sissetulekuga inimesed muretsesvad antud teema üle keskmisest enam. Regioonide võrdluses on mure selle üle, kas sissetulekust piisab tulevikus hooldusteenuste eest tasumiseks, kõrgeim Kirde-Eestis. Hooldajad muretsesvad antud teema osas enam kui mittehooldajad, sealjuures kõrgem on mure leibkonnas hooldajate seas. Mure hooldusteenuste eest tasumise võimekuse üle suureneb hoolduskoormuse kasvades.

11.3. Suhtumine hoolduskindlustuse loomisesse

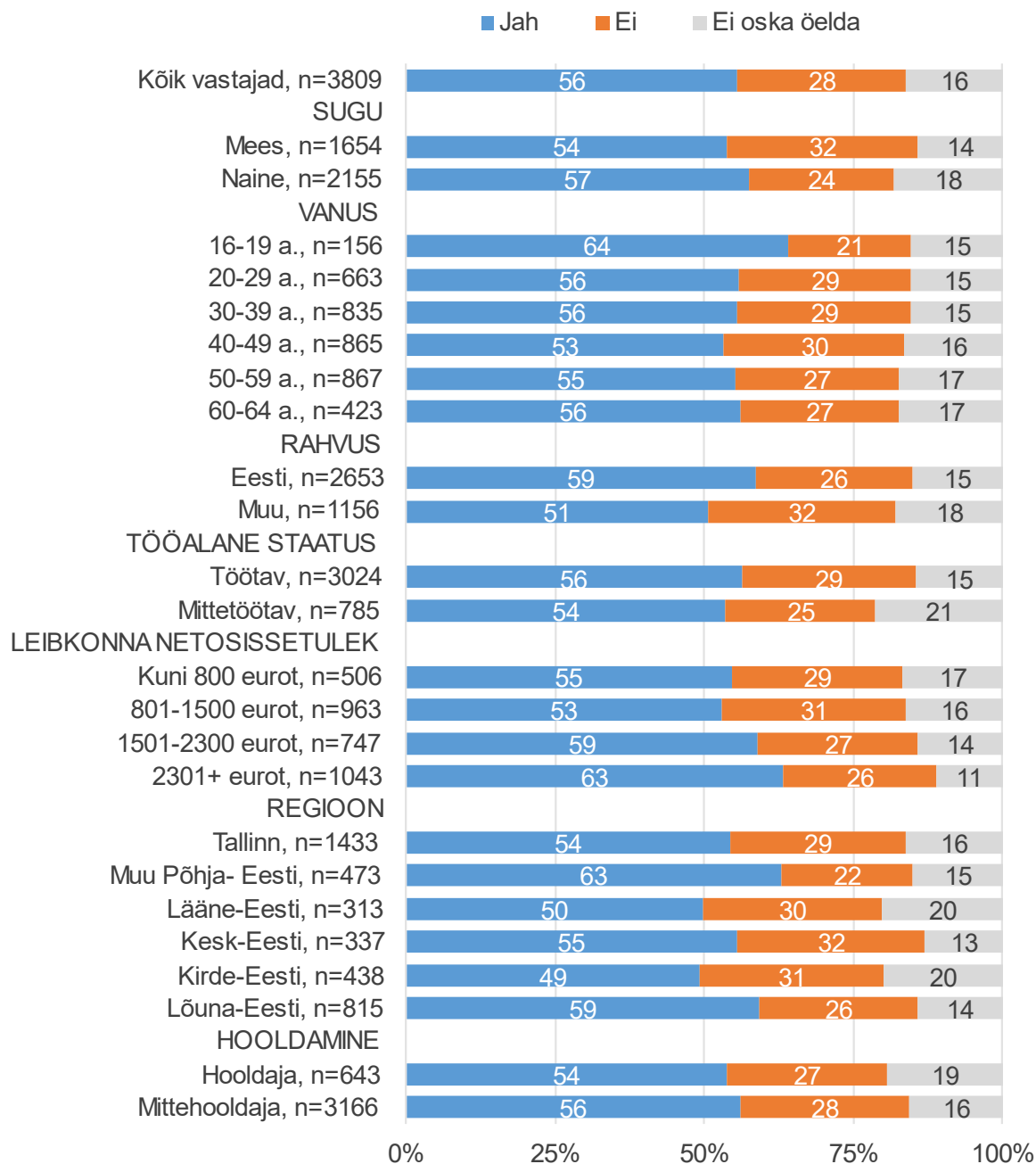
Eestis on kõrge hoolduskoormusega inimeste arv suur. Ühe lahendusena inimeste hoolduskoormuse vähendamisel on Riigikogu ja avalikkus viimastel aastatel arutanud täiendava hoolduskindlustuse loomist, mis sarnaneks praeguse Haigekassa süsteemiga, kus inimene tasub igakuise maksena oma palgast mõne protsendi koos sotsiaalmaksuga ning saab hiljem elu jooksul endale vajalikke, eelkõige kodus iseseisvat toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid tasuta.

Selgitamaks elanike suhtumist täiendava hoolduskindlustuse loomisesse, küsiti tööelistelt (16–64-aastastelt) vastajatelt: *Sõltumata sellest, kas Te praegu töötate: kas Te oleksite nõus igakuiselt maksta oma palgast täiendavalt mõne protsendi nn hoolduskindlustusmaksu, kui teate, et tulevikus oleksid peamised, eelkõige kodus iseseisvaks toimetulekuks vajalikud sotsiaalteenused ja abi Teile tasuta kindlustatud?*

Tööelistest inimestest 56% väljendas valmidust täiendavat hoolduskindlustusmaksu maksta, 28% sellist maksu ei soovi ning 16%-l puudus kindel seisukoht (Joonis 55).

Valmidus täiendavat hoolduskindlustusmaksu maksta on keskmisest kõrgem 16–19-aastaste (64%), eestlaste (59%) või nende inimeste seas, kelle leibkonna kogu netosissetulek ületab 2300 eurot (63%). Vastu on hoolduskindlustusmaksule keskmisest sagedamini mehed (32%) või muudest rahvustest elanikud (32%). Regiooniti on toetus täiendava hoolduskindlustusmaksu kehtestamisele kõrgeim Lõuna-Eestis (59%) ning Põhja-Eestis (v.a Tallinn) (63%).

Joonis 55. Kas Te oleksite nõus igakuiselt maksma oma palgast täiendavalt mõne protsendi nn hoolduskindlustusmaksu, kui teate, et tulevikus oleksid peamised sotsiaalteenused ja abi Teile tasuta kindlustatud? (% , n=3809, 16–64-aastased vastajad)



UURINGU PEAMISTE TULEMUSTE KOKKUVÕTE

Sotsiaalministeeriumi tellimusel viis Turu-uuringute AS 2022. aasta kevadel läbi uuringu, mille raames küsitleti üle Eesti 5607 vähemalt 16-aastast elanikku. Uuringu eesmärgiks oli saada terviklik ülevaade (omaste)hooldajate olukorrast ning abivajadustest. Uuringu läbiviimist kaasrahastas Euroopa Sotsiaalfond.

Hooldajate osakaal ja profiil

Elanike hoolduskoormuse uuringu andmetel tegeleb mõne teise inimese hooldamisega 15% vähemalt 16-aastastest Eesti elanikest (arvuliselt 159 500 – 180 300 inimest), sealjuures oma leibkonnaliiget hooldab 7% (68 000 – 82 500 inimest) ning väljaspool leibkonda elavat inimest hooldab 10% elanikest (104 500 – 121 900 inimest). Hooldajate osakaal on suurim keskmistes vanuserühmades (eriti 50–59-aastaste seas – hooldamisega tegeleb neljandik selles vanuses inimestest). Kirde-Eestis on hooldajate osakaal 23%, ülejäänud regioonides 13–15%.

Hooldajatest 73% hooldab ühte, 20% kahte ning 7% kolme või enam inimest. Hooldajatest 75% hooldab vanaduspensioniealist (65-aastast või eakamat), 28% tööalist (16–64-aastast) ning 11% alla 16-aastast inimest. Leibkonnas hooldamisel on pooltel juhtudel, ning väljaspool leibkonda hooldamisel 83%-l juhtudel hooldatavaks vanaduspensioniealine inimene.

Hooldustegevuste sisu ja maht

Kõige levinum abi, mida hooldajad osutavad, seisneb hooldatavale kaupade koju toomises (nt ravimid apteegist, toit jm poest – seda teeb 86% hooldajatest). Enamus hooldajatest pakub hooldatavatele ka (igapäevast) seltsi/suhtlemist (82%), abistab teda kodustes toimingutes (nt teeb hooldatavale süüa, koristab, niidab muru või teeb muid majapidamistöid – 79%) või abistab transpordiga (61%).

Ligi pooled hooldajatest abistavad hooldatavat e-teenuste kasutamisel (51%), keeruliste/uute ülesannete lahendamisel (47%) või teiste inimestega suhtlemisel (47%). Veidi vähem kui pooled hooldajatest abistavad hooldatavat enesehooldus- ja hügieenitoimingutes (nt üle keha pesemine, riietumine, toitmine, tualetis käimine, mähkmete vahetamine jms – 43%), vajalike asjade meelespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel (43%), kodust väljas jalgsi ringi liikumisel (42%), psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul (41%) või regulaarsetes tervisetöimingutes (ettenähtud ravimite andmine, hooldatava süstimine, tema haavade puhastamine, haavasidemete vahetamine jms – 40%).

Vähem on hooldajaid, kelle hoolduskohustuste hulka kuulub hooldatavale ööpäevaringse järelevalve pakkumine (30%), abi osutamine töötamisel või õppimisel (26%), ühiskonnaelus osalemisel (22%) või muudes tegevustes (6%).

Kõige ajamahukamad hooldustegevused on hooldatavale (ööpäevaringse) järelevalve osutamine, tema abistamine igapäevaste koduste toimingute tegemisel, talle seltsi pakkumine/temaga suhtlemine ning abi enesehooldus- ja hügieenitoimingutes.

Tunnetatud hoolduskoormus

Hooldajatest 16% peab oma hoolduskoormust suureks, sealjuures 2% talumatult suureks. Kogu elanikkonnast moodustavad suurt hoolduskoormust tunnetavad inimesed 2,5% (arvuliselt 22 800 – 31 200 inimest), sealjuures keskmisest kõrgem on suurt hoolduskoormust tunnetavate inimeste osakaal Ida-Virumaal (5%).

Leibkonnaliikme hooldajatest hindab oma koormust suureks/talumatult suureks 25% ning väljaspool leibkonda hooldajatest 9%. Tunnetatud suur hoolduskoormus on seotud nii hooldatavate arvuga (hooldatavate arvu suurenedes kasvab ka tunnetatud koormus), vanusega (suurt koormust tuntakse sagedamini juhul, kui hooldatav on alla 65-aastane) kui ka talle osutatava abi iseloomuga (kõige sagedamini tunnevad suurt koormust hooldajad, kes osutavad oma hooldatavale ööpäevaringset järelevalvet). Oma hoolduskoormust peavad keskmisest sagedamini suureks halva tervise või majanduslike toimetulekuraskustega hooldajad.

Hooldajatest 35% hinnangul nende hoolduskoormus lähema 12 kuu jooksul suureneb. Hoolduskoormuse suurenemist peavad keskmisest sagedamini tõenäoliseks need hooldajad, kes hindavad oma praegust koormust mõõdukaks (44% arvab, et tema koormus kasvab) või suureks/talumatult suureks (50%).

Hooldamise mõju hooldaja igapäevaelule

Hooldajad on eluga keskmiselt vähem rahul kui inimesed, kes hooldamisega ei tegele – 10-palli skaalal, kus 1 tähistas täielikku rahulolematust ja 10 täielikku rahulolu, oli hooldajate hinnangute keskmine 6,4 ja mittehooldajatel 7,0. Oma suhteid lähedastega peavad nii hooldajad kui mittehooldajad valdavalt heaks. Hoolduskoormuse suurenedes rahulolu tundmine elust ning suhetest lähedastega väheneb.

54% hooldajatest on enda hinnangul pidanud hoolduskohustuste tõttu oma igapäevaelus millestki loobuma. Kõige sagedamini on hooldamise tõttu vähendatud huvialade/hobidega tegelemist (27%). Üsna paljud pole hooldamisest tingituna saanud soovitud määral puhata või magada (23%), reisida (22%) ega veeta soovitud määral aega koos sõprade ja tuttavatega (24%) või teiste pereliikmetega (18%). Märkimisväärne osa hooldajatest on hooldamise tõttu kandnud materiaalset kahju, nt pidanud hooldamise tõttu pere kulutusi vähendama (17%) või loobuma töötamisest (8%, sh mittetöötavatest hooldajatest 14%); vähem oli neid, kes olid hooldamisest tingituna pidanud müüma midagi väärtuslikku (1%)

või kolima odavamale eluasemele (1%). Hooldajatest kümnendik tunneb, et pole hooldamise tõttu saanud piisavalt oma tervise eest hoolitseda (nt arstil käia, piisavalt liikuda või spordiga tegeleda).

Hooldamise mõju hooldaja palgatööle ja õpingutele

Tööealiste (16–64-aastaste) hooldajate seas on tööhõive pisut madalam kui samaealiste mittehooldajate seas: tööealistest hooldajatest töötab 73% ja mittehooldajatest 77%. Täiskoormusega töötab 57% tööealistest hooldajatest ja 63% tööealistest mittehooldajatest. Hoolduskoormuse kasvades täiskoormusega töötajate osakaal väheneb, ning suureneb osalise koormusega töötajate osakaal.

Perekondlike kohustuste (sh lähedase hooldamise) tõttu on raskusi tööülesannetele keskendumisel kogenud 77% töötavatest hooldajatest ja 62% mittehooldajatest. Kokkuvõttes tunnetab abistamise/hooldamise (negatiivset) mõju oma tööelule/õpingutele 38% töötavatest/õppivatest hooldajatest, sealjuures 13% on pidanud hooldamise tõttu vähendama töökoormust ning 1% vähendama õppekoormust, 12% võtma tasustamata vabu päevi, 6% hoolduspuhkust ning 4% hoolduslehe, 6% hakkama tegema kaugtööd, 4% vahetama töökohta, 3% loobuma edutamisest, 4% loobuma õppimisest või täiendkoolitusest, 2% loobuma ajutiselt töötamisest ning 4% tegema midagi muud, et hooldamisega toime tulla.

Tööealistest hooldajatest, kes ei tööta ega ole pensionil, oleks 62% enda hinnangul valmis sobiva töökohta olemasolul tööle asumaks, kui nende poolt hooldatava inimese/inimeste abivajadused oleksid kaetud teiste abistajate poolt või ametlike teenustega, sealjuures 27% oleks valmis töötama täistööajaga ning 35% osalise tööajaga. Arvuliselt on tööealisi hooldajaid, kes praegu ei tööta, kuid oleksid valmis võimalusel tööle asumaks, 18 600 – 24 600.

Kui teiste inimeste hooldamine oleks tulevikus paremini tasustatud kui täna (nt hooldaja saaks tulevikus selle eest tasu vähemalt töötasu alammäära summas), oleks 33% tööealistest hooldajatest (arvuliselt 40 000 – 49 900 inimest) valmis töötama osalise koormusega ja 15% (arvuliselt 16 800 – 24 400 inimest) töötamisest täielikult loobuma, et tegeleda rohkem hooldamisega. Neist, kes oleksid valmis töötama osalise koormusega või töötamisest loobuma, oleks 41% valmis tulevikus leppima väiksema sissetuleku või pensioniga (eelistades töötamise lõpetada või töötada osalise koormusega).

Hooldamise mõju hooldaja füüsilisele ja vaimsele tervisele

Hooldajate seas esineb kroonilisi haigusi, tervisest tulenevaid tegevuspiiranguid, puudeid ning töövõime vähenemist/töövõimekadu sagedamini kui mittehooldajate seas. Võrreldes mittehooldajatega hindavad hooldajad oma tervist keskmiselt halvemaks: mittehooldajatest peab oma tervist väga halvaks/halvaks 9% ja hooldajatest 15%, sh suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest 35%. Oma tervise halvenemist (viimase 12 kuu jooksul)

tunnetab 34% mittehooldajatest ja 46% hooldajatest, sh 73% suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest.

12 kuu jooksul on peaaegu alati/tihti üleväsimust tundnud 54% hooldajatest ja 40% mittehooldajatest. Depressioonisümtomeid on kogenud 46% hooldajatest ja 38% mittehooldajatest. Nii üleväsimuse kui depressioonisümtomite kogemine suureneb hoolduskoormuse kasvades. Siiski pole hooldamine tugevaim tervise enesehinnangut ning depressioonisümtomite esinemist prognoosiv tegur – sellest olulisemaks mõjuteguriteks osutusid nt inimese vanus ning majanduslik toimetulek.

Hooldamisega kaasnevad kulud

Lähtudes leibkonna kogusissetulekust (neto) on hooldajate sissetulekud keskmiselt pisut väiksemad kui mittehooldajatel (sissetulekute erinevused ilmnevad 30–49-aastaste või muudest rahvustest inimeste osas). Leibkonnas hooldavate inimeste sissetulekud on keskmiselt madalamad kui väljaspool leibkonda hooldavatel inimestel. Mida suurem on hooldajate enesehinnanguline hoolduskoormus või hooldamisele kuluv aeg, seda madalamad on keskmiselt ka hooldajate sissetulekud.

Hooldajatest kogeb enda hinnangul majanduslikke toimetulekuraskusi 64%, sealjuures suuri raskusi 10%; mittehooldajatest vastavalt 48% ja 4%. Majanduslike toimetulekuraskuste kogemine sageneb hoolduskoormuse kasvades: suurt/talumatult suurt hoolduskoormust tundvatest hooldajatest kogeb majanduslikke toimetulekuraskusi 83%, sealjuures suuri raskusi 28%. Hooldajatest esineb toimetulekuraskusi kõige sagedamini muudest rahvustest või Kirde-Eestis elavatel hooldajatel.

Hooldajatest 52% on viimase 12 kuu jooksul teinud hooldatava abistamise või hooldamisega seoses rahalisi väljaminekuid, nt maksnud tasuliste hooldusteenuste, hooldatava ravimite, transpordi, pesemis- ja hooldusvahendite, abivahendite jms eest. Keskmine 12 kuu jooksul hooldamisega seoses kulutatud summa oli 300 eurot. Vanaduspensioniealise inimese hooldamisel on hooldamisega seotud kulutused keskmiselt pisut väiksemad kui lapsealise või tööealise inimese hooldamisel.

Hooldajatest 78% (ehk valdav enamus) hooldamise eest materiaalsel kompensatsiooni ei saa. Materiaalsel kompensatsiooni saab hooldamise eest 22% hooldajatest, sealjuures 13% hooldajatoetust ning 10% materiaalsel kompensatsiooni hooldatavalt või tema lähedastelt. Leibkonnas hooldajatest saab materiaalsel kompensatsiooni 27% (sealjuures hooldajatoetust 19%) ning ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 17% (sealjuures hooldajatoetust 9%).

Abi ja teenuste kasutamine hooldamisel

Võrgustik, kellelt saada emotsionaalset tuge, on hooldajatel keskmiselt väiksem kui mittehooldajatel, sealjuures 7%-l hooldajatest pole ühtegi inimest, kellele keerulises olukorras loota (mittehooldajate seas on vastav näitaja 5%). Hooldajatest 4% kuulub mõnda

tugigruppi, kus tegeletakse omastehoolduse ja hoolduskoormuse teemadega, ning 11% oli sellistesse gruppidesse kuulumisest huvitatud.

Hooldajatest 64%-l on enda hinnangul võimalik hoolduskoormust kellegagi ilma tasu maksmata jagada, 28%-l see võimalus puudub (keskmisest sagedamini leibkonnas hooldajatel või suure hoolduskoormusega hooldajatel), ning 7% ei osanud öelda, kas keegi oleks valmis teda vajadusel (tasuta) abistama.

Valdav osa (85%) hooldajatest ei ole viimase 12 kuu jooksul oma hooldatava tarbeks tasulisi hooldusteenuseid kasutanud. Tasulisi hooldusteenuseid on kasutanud või hooldamiseks abilisi palganud 14% hooldajatest, sealjuures 7% on ostnud teenust hooldusasutuselt, 4% ostnud hooldusteenust spetsiaalse ettevalmistusega inimeselt ning 4% palganud teisi pereliikmeid, tuttavaid või muid abistajaid, kellel ei ole hooldamiseks spetsiaalset ettevalmistust. Hooldajatest, kes on hooldamisel tasulist abi/teenuseid kasutanud, tegi seda 54% regulaarselt ja 51% oli kasutanud ühekordseid teenuseid (5% oli seega kasutanud nii ühekordseid kui regulaarseid teenuseid). Ühekordselt kasutatud teenuste maht viimase 12 kuu jooksul oli keskmiselt 10 tundi (mediaan), regulaarselt kasutatud teenuste maht aga keskmiselt 20 tundi kuus (mediaan).

Hooldajatest, kes pole hooldamisel tasulist abi/teenuseid kasutanud, pole 56% enda hinnangul sellist abi vajanud, 24% tõi põhjuseks rahapuuduse (keskmisest sagedamini Kirde-Eestis elavad või muudest rahvustest hooldajad) ning 17% selle, et hooldatav pole nõus lisaabi või teiste abistajatega. Muid põhjusi, nt teenuste pikki järjekordi, infopuudust ja piinlikkustunnet abi küsida toodi esile harvemini.

Abi- ja infovajadused

Hooldajatest 61% vajab enda hinnangul hooldustegevuste juures abi (või märkis, et hooldatav vajaks mõne tegevuse juures täiendavat abi), sealjuures 26% hooldajatest tundis, et vajaks mõne hooldustegevuse juures palju abi. Leibkonnas hooldajatest tundis vajadust täiendava abi järele 67% ja ainult väljaspool leibkonda hooldajatest 57%. Kõige sagedamini vajavad hooldajad abi hooldatava toetamisel toimetulekuks psühholoogiliste raskuste ja probleemidega (26% hooldajatest), hooldatava abistamisel transpordiga (25%), keeruliste või uute ülesannete lahendamisel (24%), kodust väljas jalgsi ringi liikumisel (23%) või hooldatavale seltsi pakkumisel ja igapäevasel suhtlemisel (22%). Hooldajatest 18% vajaks abi hooldatavale ööpäevaringse järelevalve osutamisel, 18% enesehooldus- ja hügieenitoimingutes ja 15% regulaarsetes tervisetöimingutes.

Elanikest 62% on huvitatud tasuliste hooldusteenuste kasutamisest, et enda (sh tulevikus tekkida võivat) hoolduskoormust vähendada. Hooldajatest on tasuliste hooldusteenuste kasutamisest huvitatud 49% ja mittehooldajatest 64%. Huvi tasulisi teenuseid kasutada on keskmisest kõrgem nende hooldajate seas, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks/talumatult suureks (72%), oma tervist halvaks/väga halvaks (61%) või kes tunnevad alati/tihti üleväsimust (55%). Tasuliste teenuste saamisel eelistavad nii hooldajad

kui mittehooldajad kõige sagedamini hooldusteenuseid pakkuvat asutust või ettevõtet (hooldajatest eelistab 30% ja mittehooldajatest 42%).

Hooldajatest, kes tasuliste teenuste kasutamisest huvitatud pole, arvab 42%, et (tõenäoliselt) ei vaja neid teenuseid ning 29% tõi põhjuseks rahapuuduse. Rahapuudus oli kõige levinum argument ka mittehooldajate jaoks, kes tasuliste teenuste kasutamisest huvitatud pole.

Lähedaste abistajatele või hooldajatele mõeldud koolitustel või kursustel on osalenud 9% hooldajatest. Huvi abistamise/hooldamisega seotud koolituste/täiendava teabe saamise vastu väljendas 48% hooldajatest. Suure/talumatult suure hoolduskoormusega hooldajatest on koolitustest/teabest huvitatud 70%, sealjuures kõige sagedamini soovitakse saada teavet selle kohta, kuidas hooldajana toime tulla iseenda ülekoormuse, stressi, meeleolulanguse, ärevuse või negatiivsete mõtetega, samuti ka teavet abistaja/hooldaja õiguste ja abi saamise võimaluste kohta. Regionaalses võrdluses on hooldajate tunnetatud infovajadus suurim Kirde-Eestis.

Suure hoolduskoormuse ja abivajadusega riskirühmad

Lähtuvalt hooldustegevustele kuluvast ajast, hooldaja tunnetatud abivajadustest ning enesehinnangulisest hoolduskoormusest saab eristada kolme erineva abivajaduse tasemega hooldajate rühma:

1. Suure abivajadusega rühm: täidetud 3 tingimust – hooldab nädalas vähemalt 20 tundi, tunneb, et vajab hooldamisel abi ja tunnetab oma hoolduskoormust suurena/talumatult suurena – 2% elanikest, sh 11% hooldajatest (15 700 – 23 300 inimest).
2. Keskmise abivajadusega rühm: kõik ülejäänud hooldajad, kes tunnevad oma koormust suurena/talumatult suurena (kuid kes ei liigitunud suure abivajadusega riskirühma) ning hooldajad, kes tunnetavad oma hoolduskoormust mõõdukana, kel kulub hooldamisele nädalas vähemalt 20 tundi ning kes tunnevad, et vajavad mõne hooldustegevuse juures abi – 3% elanikest, sh 18% hooldajatest (25 900 – 35 400 inimest).
3. Väheste abivajadusega rühm: kõik ülejäänud hooldajad, kes tunnevad, et vajavad (või nende hooldatav vajaks) mõne hooldustegevuse juures täiendavat abi – 5% elanikest, sh 35% hooldajatest (52 300 – 65 200 inimest).

Riskirühmadeks saab neist gruppidest lugeda kahte esimest, sealjuures kõige olulisem on abi osutamine esimesele rühmale, kus risk läbipõlemiseks on suurim ning vajadus abi järele kõige pakilisem. Viimase rühma näol on tegu grupiga, kus teenuste osutamine tõstaks hooldajate või nende poolt hooldatavate inimeste elukvaliteeti, kuid teenuste mittaamine seda tõenäoliselt olulisel määral ei langetaks.

Regioonide võrdluses on riskirühmadesse kuuluvaid inimesi kõige enam Kirde-Eestis, kus 4% elanikest kuulub suure ja 4% keskmise abivajadusega rühma. Ülejäänud regioonides

jääb suure abivajadusega rühma kuuluvate inimeste osakaal 1-2% piiresse, ning keskmise abivajadusega rühma kuuluvaid inimesi on 2-3%.

Elanike eelistused pikaajalise hoolduse osas ning suhtumine hoolduskindlustuse loomisesse

Elanike valmidus tulevikus hooldusteenuseid kasutada on küllaltki kõrge: hooldusvajaduse tekkimisel eelistab 68% elanikest saada abi ka teistelt isikutelt ja asutustelt peale oma laste/lähedaste, sealjuures 10% eelistab saada teistelt isikutelt/asutustelt kogu vajamineva abi ning 27% enamuse abist.

Elanikest 54% plaanib hooldusvajaduse tekkimisel tulevikus oma hooldusteenuseid (ka) ise finantseerida või loodab selles laste abile (sealjuures ainult iseendale/sugulastele loodab 30%), 39% aga leiab, et hooldusteenuseid peaks rahastama (ka) riik või kohalik omavalitsus (sealjuures ainult riigile/KOV-le loodab 15% elanikest). Ligi kolmandik (31%) elanikest pole antud teemale seni mõelnud või peab seda enda jaoks vähe huvipakkuvaks.

Mure selle üle, kas ollakse suutelised tulevikus hooldusteenuste eest ise tasuma, on elanikkonnas mõõdukas (10-palli skaalal, kus 10 tähistas äärmist muretsemist, oli antud teema hinnangute keskväärts 6,1 palli). Täiendava hoolduskindlustuse loomisesse (mis tähendab, et palgast tuleks maksta täiendavalt mõni protsent nn hoolduskindlustusmaksu) suhtub positiivselt 56% tööealistest elanikest, 28% sellist maksu ei soovi ning 16%-l puudub kindel seisukoht.

JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Eesti rahvastiku vananemine ning halvenevad tervisenäitajad on tinginud hooldusvajadusega inimeste arvu suurenemise. Valdav osa kõrvalabi vajavatest tegevuspiirangutega inimestest saab abi oma lähedastelt või tuttavatelt ning ametlike teenuste kasutamine on vähem levinud.³⁴ Ka üldlevinud arvamuse kohaselt on pere liikmete eest hoolitsemine loomulik osa peresisesest solidaarsusest. Siiski on Eestis hooldusvajadusega inimeste arvu suurenemise ning ametlike hooldusteenuste vähese kättesaadavuse tõttu jõutud olukorda, kus **omastehooldajate koormus on ebaproportsionaalselt suur**, ning seda nii hoolduse pakkumisel kui hooldusteenuste eest tasumisel.³⁵ Seega on tekkinud tungiv vajadus pikaajalise hoolduse süsteemi reformimiseks.

Elanike hoolduskoormuse uuringu andmetel on suure hoolduskoormusega hooldajate eluga rahulolu, majanduslik toimetulek ning tervis oluliselt halvemad kui elanikel üldiselt. Pikaajalise hoolduse süsteemi reformimine on hädavajalik, et hooldamise tõttu ei kannataks omastehooldajate majanduslik toimetulek, eneseteostus, lähisuhted ega füüsiline ja vaimne tervis (mille halvenemise tulemusena võib hooldajast endast saada hooldatav). Pikas perspektiivis on omastehooldajate koormuse vähendamine kasulik ka riigile, kuna hooldajate tööhõive kasvamisel suureneks maksutulu, nende majandusliku olukorra paranemine vähendaks vajadust (ühikordsete) sotsiaaltoetuste maksmiseks ning nende tervise hoidmine ennetaks tervishoiusüsteemile tulevikus tekkida võivat lisakoormust.

Tulenevalt meetodikate erinevustest on varasemad uuringud hooldajate arvu osas andnud erineva tulemuse. Hooldajate koguarv on väiksem nende uuringute põhjal, kus hooldamine on piiritletud ainult leibkonnas hooldamisega (nt Eesti Sotsiaaluuring, mille andmetel oli Eestis 2016. aastal leibkonnas hooldajaid vähemalt 16-aastaste inimeste seas 6%, arvuliselt ca 65 000) või kus lisaks sellele on valimi vanusepiirid kitsamad ning hooldamisena käsitletakse ainult üle 14-aastaste inimeste hooldamist (nt Eesti Tööjõu-uuring, mille andmetel oli 2010. aastal hoolduskohustus ca 47 000 inimesel vanuses 15–64). Uuringud, kus hooldamise definitsioon on laiem, st arvesse on võetud ka hooldamist väljaspool leibkonda, lapseealiste (puudega) inimeste hooldamist ning hooldamise mõistet on rohkem avatud (toodud näiteid tegevustest, mis hooldamise alla kuuluvad), näitavad ka hooldajate arvu suuremana. Näiteks Euroopa elukvaliteedi uuringu (EQLS 2016) järgi

³⁴ Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuringu (2020) andmetel kasutas 17% vähemalt 16-aastastest elanikest terviseprobleemi või tegevuspiirangu tõttu lähedaste-tuttavate kõrvalabi või ametlikke (hooldus)teenuseid, sealjuures 14% kasutas ainult lähedaste-tuttavate kõrvalabi, 1% ainult ametlikke teenuseid ning 2% nii lähedaste-tuttavate kõrvalabi kui ametlikke teenuseid.

³⁵ Sellele järeldusele jõudis nt hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm oma 2017. aastal avaldatud lõpparuandes.

tegeleb hooldamisega 15% vähemalt 18-aastastest Eesti elanikest³⁶ (arvuliselt ca 160 000 inimest)³⁷. Mõned uuringud (nt ESU 2014, Elanike tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020) näitavad hooldajate koguarvu veelgi suuremana.³⁸

Elanike hoolduskoormuse uuringu tulemused kattuvad üldjoontes EQLS tulemustega: hooldajaid on käesoleva uuringu põhjal vähemalt 16-aastaste elanike seas 15% (arvuliselt 159 500 – 180 300), sealjuures leibkonnas hooldajaid 7% (68 000 – 82 500). Hooldajate koguarvust olulisemgi näitaja on aga suure hoolduskoormusega hooldajate arv. Eesti Statistikaameti andmetel oli suure hoolduskoormusega inimeste osakaal vähemalt 16-aastaste seas 2021. aastal 2,3%.³⁹ Sarnane on tulemus ka elanike hoolduskoormuse uuringus, mille andmetel **tunneb suurt või talumatult suurt hoolduskoormust 2,5% vähemalt 16-aastastest elanikest (ehk 22 800 – 31 200 inimest).**

Uuringu andmetel on hooldajate sissetulekud keskmiselt pisut väiksemad kui mittehooldajatel⁴⁰ ning raskusi majanduslikul toimetulekul kogevad hooldajad mittehooldajatest sagedamini. Töötavatel hooldajatel esineb majanduslikke toimetulekuraskusi vähem kui mittetöötavatel. Hoolduskohustuste ühitamine töötamisega võib samas olla keeruline või suisa võimatu, kui hooldatav vajab palju abi või pidevat järelevalvet. Uuringu andmetel on tööealiste hooldajate seas nii täiskoormusega töötavate inimeste osakaal kui tööga hõivatute osakaal tervikuna pisut madalam kui tööealiste mittehooldajate seas.⁴¹ Hoolduskoormuse kasvades täiskoormusega töötajate osakaal väheneb ning suureneb osalise koormusega töötajate osakaal. Mittetöötavate hooldajate huvi töötada on samas küllaltki kõrge – **tööealistest mittetöötavatest hooldajatest 62% (arvuliselt 18 600 – 24 600 inimest) oleks enda hinnangul valmis sobiva töökoha**

³⁶ Hooldamist puudutav küsimus oli sõnastatud järgnevalt: Kui sageli Te üldiselt olete väljaspool palgatööd hõivatud järgmiste tegevustega: puudega või halva tervisega pereliikmete, naabrite või sõprade eest hoolitsemine. (Allikas: Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality.).

³⁷ Autori arvutused.

³⁸ ESU 2014. aasta andmetel tegeles hooldamisega 32% elanikest, sh intensiivse hooldusega (rohkem kui 11 tundi nädalas) 10%, ehk arvuliselt 110 000 inimest. ESU ankeedis oli vastav küsimus sõnastatud järgnevalt: „Kas kulutate mis tahes põhjustel (pikaajaline füüsilise tervise halvenemine või puue / pikaajaline vaimse tervise halvenemine või puue / kõrge vanusega seotud probleemid) aega pereliikmete, sõprade, naabrite või teiste inimeste eest hoolt kandmisele või nende aitamisele? Ärge arvestage midagi, mida teete palgatöö osana.” Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuringu (2020) andmetel oli hooldajate osakaal 22% (arvuliselt 219 800 – 255 000 inimest) ning toonases uuringus eelnes hooldamist puudutavatele küsimustele pikem hooldusvajadust käsitlev plokk, mis vastaja jaoks hooldamise sisu avas.

³⁹ ESA uuringus mõisteti suure hoolduskoormusena vajadust abistada või hooldada mõnd leibkonnaliiget vähemalt 20 tundi nädalas (Allikas: ESA Tõetamm).

⁴⁰ Lähtudes leibkonna kogu netosissetulekust.

⁴¹ Täiskoormusega töötab 57% tööealistest hooldajatest ja 63% mittehooldajatest, tööga hõivatute osakaal tervikuna on tööealiste hooldajate seas 73% ja mittehooldajate seas 77%.

olemasolul tööle asuma, kui hooldatava abivajadused oleksid teiste abistajate poolt/ametlike teenustega kaetud.⁴²

Töötavatest/õppivatest hooldajatest tunnetab 38% hoolduskohustuste negatiivset mõju oma tööelule/õpingutele (nt 13% on hooldamise tõttu pidanud vähendama töökoormust, 12% võtma tasustamata vabu päevi, 6% hoolduspuhkust, 4% hoolduslehe ning 2% loobuma ajutiselt töötamisest). **Ennetamaks hooldajate tööhõivest välja langemist, tuleks töötamise ja hoolduskohustuste ühitamist täiendavalt soodustada.** Teema olulisust on teadvustatud ka valitsuse tasandil, nt on arutatud hooldajatele sotsiaalmaksu erisuse loomist, et soodustada osajaga töötamist ja kindlustada hooldajale tulevikus suurem pension. Samuti on arutusel olnud hoolduspuhkuse kasutamise laiendamine, sidudes hoolduspuhkuse saamise õiguse lahti hooldatava puude raskusastmest ning hüvitada puhkus töötaja sotsiaalmaksuga maksustatava keskmise tulu alusel (seni lähtuti puhkusepäevade hüvitamisel töötasu alammäärast).⁴³ **Soodustamaks hooldamise ja tööelu ühitamist, tuleks planeeritud sammud (sotsiaalmaksu erisuse loomine osajaga töötavatele hooldajatele, hoolduspuhkuse kasutusvõimaluste laiendamine ning kõrgem tasustamine) ellu viia. Hoolduspuhkust tuleks pikendada – sügava puudega tööelise inimese hooldajale tänasel päeval ettenähtud norm (5 tööpäeva lisapuhkust aastas) pole piisav (võrdluseks: kui Soome alustas 2006. a omastehooldajate süsteemi loomist, oli kohustuslik pakkuda hooldajale vähemalt kolm hooldusvaba päeva kuus).**⁴⁴

KOVilt ametliku hooldaja staatuse saanud inimestel on võimalik saada hooldajatoetust. Hooldajatoetust saavate hooldajate eest maksab riik sotsiaalmaksu (millega on tagatud ravi- ja pensionikindlustus) ning peale hooldamise lõppemist on mittetöötavatel hooldajatel teatud aja vältel võimalik saada töötu abiraha. Samas ei garanteeri mittetöötavale hooldajale hooldajatoetuse saamine tööl käivate inimestega võrdväärset pensioni. **Selleks, et hooldamine ei halvendaks hooldajate toimetulekut pensionieas, oleks vaja hooldajatoetust saavatele mittetöötavatele hooldajatele luua lisagarantii täiendava pensionikindlustuse näol.**

Hoolduse seadmist ja hooldajatoetuse maksmist on KOVid reguleerinud erinevalt. Tänapäeval puudub KOVidel ühtne lähenemine hooldajatoetuse eesmärgi sõnastamisel⁴⁵ ning

⁴² ESA 2020. aasta Tööjõu-uuringu andmetel on hoolduskoormuse tõttu mitteaktiivsete inimeste arv väiksem, kuna sealse uuringus loeti hooldajateks vaid leibkonnaliikme hooldajaid. Toonase uuringu andmetel ei otsinud tööd enam kui 8200 hoolduskoormuse tõttu mitteaktiivset inimest, kellest ligi 3300 oleks siiski tahtnud tööle asuda.

⁴³ Vt ka <https://www.sm.ee/uudised/valitsus-arutas-pikaajalise-hoolduse-susteemi-muudatusi> ja <https://www.koda.ee/et/meie-moju/hetkel-kasil/kas-teist-inimest-hooldava-tootaja-eest-peaks-sotsiaalmaksu-maksma-tootaja>

⁴⁴ Kõre, J., Murakas, R., Tall, K. (2019).

⁴⁵ Puudub ühtne arusaam, kas toetuse eesmärgiks on hooldusega kaasnevate lisakulude kompenseerimine, toetus hooldamise eest, saamata jäänud tulu hüvitamine või midagi muud.

toetuse maksmise (st hoolduse seadmise) tingimused on eri omavalitsustes erinevad (nt ei anna osad KOVid ametliku hooldaja staatust hooldajale, kes elab hooldatavaga koos ning omab tema suhtes ülalpidamiskohustust, või juhtudel, kui hooldaja ise on puudega). Ka hooldajatoetuse määrad on omavalitsustes erinevad: näiteks oli 2020. aasta aprillis omavalitsuste võrdluses suurim hooldajatoetus 260 ja vähim 16 eurot kuus.⁴⁶

Vähendamaks sotsiaalset (ja regionaalset) ebavõrdsust, tuleks hooldajatoetuse määramisel ja maksmisel kõigis omavalitsustes sisse viia ühtsed põhimõtted. Suure hoolduskoormuse puhul (nt sügava puudega inimese hooldamisel) peaks hooldajatoetus olema piisavalt suur, et tagada hooldaja inimväärne toimetulek (2019. aastal soovitati hooldajatoetuse suurendamise rahvaalgatuses tõsta hooldajatoetus linnades vähemalt 200 euronit kuus.⁴⁷ Arvestades elukalliduse kasvu, võiks hooldajatoetus tänaselt päeval olla samas suurusjärgus osalise töövõime toetusega, mis on 2022 aasta 1. aprillist 279,24 eurot kuus).

Vajadus ametlike hooldusteenuste järele ületab nende praegust kasutamist (ja pakkumist) mitmekordselt. Elanike hoolduskoormuse uuringu andmetel tunneb 61% hooldajatest, et vajab hooldustegevuste juures abi, sealjuures 26% vajaks mõne hooldustegevuse juures palju abi. Abi andmisel tuleks esmajoonel keskenduda suure hoolduskoormuse ning abivajadusega riskirühmadele, kus hooldajate füüsilise ja vaimse läbipõlemise risk on suurim. **Hoolduskoormusest ja tunnetatud abivajadusest lähtuvalt liigitub 2% elanikest (15 700 – 23 300 inimest) suure abivajadusega riskirühma ning 3% elanikest (25 900 – 35 400 inimest) keskmise abivajadusega riskirühma.** Riskirühmadesse kuuluvatest hooldajatest suur osa vajab täiendavat abi korraga paljudes hooldustegevuses, sh hooldatavale seltsi ja psühholoogilise toe pakkumisel, abistamisel koduste toimingute tegemisel ja keerulisemate ülesannete lahendamisel ning hooldatava transportimisel.

Hooldusteenuste rahastusest läheb hetkel suurim osa väljaspool kodu osutatavate üldhooldusteenuste rahastusele ning väikesem osa koduteenusele.⁴⁸ Koduteenuse saajaid on ka oluliselt vähem kui üldhooldusteenuse kasutajaid (2019. aastal vastavalt 7200 ja 13 000)⁴⁹, kuigi vajadus kodus elamist toetavate teenuste järele on suur (ning kasvav). Maailmapanga pikaajalise hoolduse uuringu lõpparuandest (2017) nähtus, et koduteenuseid rahastatakse üksnes 15% ulatuses koguvajadusest ning tegelik nõudlus koduteenuste järele on praegusest teenuste kasutamisest seitse korda suurem.⁵⁰ Lisaks sellele, et kodus elamist toetavate teenuste maht (pakkumine) ning pakutavate teenuste valik pole sageli piisav, on olemasolevate teenuste puhul kohati probleemiks nende madal

⁴⁶ Erin, M., Paimre, I. (2020).

⁴⁷ <https://rahvaalgatus.ee/initiatives/fa6dab46-71d4-40d0-9f6d-472ab6e7c49a>

⁴⁸ 2019. aastal olid väljaspool kodu osutatavate üldhooldusteenuste kogukulud umbes 78 miljonit eurot, koduteenuste kulud aga umbes 9 miljonit eurot. Allikas: <https://www.sm.ee/uudised/valitsus-arutas-pikaajalise-hoolduse-susteemi-muudatusi>

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ World Bank Group (2017).

kvaliteet.⁵¹ Selleks, et pidurdada kasvavat vajadust institutsionaalse hoolduse (hooldekodude) järele, on vajalik kodus elamist toetavaid teenuseid arendada (nt suurendada isikuhoolduse komponendi pakkumist) ja suurendada teenuste mahtusid (kasvama peaks nii hooldustöötajate arv kui paranema nende professionaalsus). Eraldi vajab tähelepanu n-ö keerulisemate koduteenuste valdkond (päevahoiuteenus nt dementsusega või mäluhäiretega inimestele).

Uuring näitas ka seda, et keskmisest suurem on hooldajate abivajadus juhul, kui hooldatav on tööeline. Tööeliste hooldatavate abivajadused on eakatest hooldatavatest erinevad ning nad võivad vajada tuge ka töötamisel või õppimisel. See omakorda võib tähendada oluliselt suuremat vajadust kõrvalise abi ja teenuste järele (nt rehabilitatsiooniteenust või tugiisikut). Tööeliste hooldusvajadusega inimeste töötamist tuleks soodustada ning töövõimereformi näol on selleks mitmeid samme juba ka astunud (nt sotsiaalmaksusoodustus vähenenud töövõimega inimeste palkamisel, rehabilitatsioon, kaitstud töö). Murekohaks on omavalitsuste erinev võimekus pakkuda töö otsimist ja tööl käimist toetavaid sotsiaalteenuseid.⁵² Abi saamist pidurdab ka vähene teadlikkus pakutavatest teenustest – **tööeliste hooldusvajadusega (nt puudega või vähenenud/puuduva töövõimega) inimestele ning nende hooldajatele tuleks laiemalt tutvustada sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni, isikliku abistaja ja tugiisiku teenust ning selle taotlemise võimalusi.**

Uuringust selgus, et 45% suure ja 31% keskmise abivajadusega riskirühma kuuluvatest hooldajatest vajavad abi hooldatavale ööpäevaringse järelevalve osutamisel. Ööpäevaringse hoolduse korral on hooldajal keeruline võtta hooldamisest pause ning risk hooldaja läbipõlemiseks on eriti suur. **Ööpäevaringset hooldust osutavate hooldajate koormust aitaks leevendada nt päevakeskuse või päevahoiu teenus, kodune asendushooldus, ööpäevaringne koduteenus või ajutine institutsionaalne hooldus.**

Hooldusteenuste tase ning kättesaadavus on eri omavalitsustes väga erinev, sõltudes iga kohaliku omavalitsuse suutlikkusest ja prioriteetidest eelarve planeerimisel. Sotsiaalteenustele on koostatud küll kvaliteedijuhised, kuid **teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse ühtlustamiseks oleks teenuste sisule vaja seada täpsustatud miinimumnõuded** (sotsiaalministeeriumil on plaanis 2023. aastal koduteenusele ja ööpäevaringsele üldhooldusteenusele need nõuded ka kehtestada).

Regioonidest vajab teravdatud tähelepanu Ida-Virumaa, kus suure hoolduskoormuse ja abivajadusega riskirühmadesse kuuluvate hooldajate osakaal on Eesti lõikes suurim. Ida-Virumaa on maakonnaks, kus eakate osakaal rahvastikus on üks Eesti kõrgemaid ning

⁵¹ Tarum, H., Kupper, K. (2019).

⁵² Riigikontroll (2017).

elanikkonna tervisenäitajad keskmisest halvemad.⁵³ **Analüüsida tuleks kohalike omavalitsuste võimekust hooldusteenuseid korraldada ning vajadusel neid selles täiendavalt toetada (eraldada riigieelarvest sihtotstarbeline summa hooldusteenuste arendamiseks ja mahtude suurendamiseks ning pakkuda KOV ametnikele sel teemal mentorlust ja koolitusi). Tähelepanu tuleks pöörata hooldajate abivajaduste (õigeaegsele) tuvastamisele** (juhendmaterjal hoolduskoormuse määramiseks ja toetusvajaduse hindamiseks on väljatöötamisel ning valmib 2022. aasta lõpuks).

Väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse (ehk hooldekodude) puhul piirab tänasel päeval teenuse kättesaadavust nii kohtade vähesus kui teenuse maksumus. Hooldekodu teenuskoha hind oli 2021. aastal keskmiselt 852 eurot kuus. Hooldekodude kohatasust keskmiselt 80% moodustas omafinantseering, mis on üldjuhul suurem kui keskmine pension (2021. aasta mai seisuga oli teenuse saajate pension keskmiselt 573 eurot kuus, kuid hooldekodu kohatasu omafinantseering oli keskmiselt 679 eurot kuus). **Hooldekodu kohatasu puhul tuleks vähendada teenuse saaja omaosalust, pidades silmas, et omaosalusena makstav summa ei oleks suurem teenuse saaja sissetulekutest.** Probleemi on teadvustatud ka valitsuse tasandil: eesmärgiks on võetud suurendada hooldekodu teenuse rahastamist riigieelarvest ning kehtestada uued rahastamise põhimõtted (rakendada komponendipõhist teenuse eest tasumise rahastusmodelit).⁵⁴ Eesmärgiks on seatud minna uuele rahastusmodelile üle 2023. aasta 1. juulist.

KOV-i korraldatud kodus elamist toetavate teenuste puhul on teenuse saaja omaosalus teenuse rahastamisel väiksem, kuid teenuste piiratud kättesaadavuse tõttu võib olla vajalik osta täiendavalt hooldusteenuseid eraisikult/ettevõttelt. Ka elanike hoolduskoormuse uuringu andmetel on hooldusteenuste maksumus üheks peamistest põhjustest, miks teenuseid ei kasutata: 85% hooldajatest pole viimase 12 kuu jooksul oma hooldatava tarbeks tasulisi hooldusteenuseid kasutanud ning neist, kes tasulisi teenuseid kasutanud pole, põhjendas 24% seda rahapuudusega. Selle olukorra taga võib olla KOV-i poolt pakutavate kodus elamist toetavate teenuste vähene maht ja teenuste mittevastavus hooldatavate tegelikele vajadustele, kuid ka hooldajate vähene teadlikkus KOV-i poolt pakutavatest teenustest ja nende taotlemise võimalustest. **Teave KOV-i poolt korraldatud sotsiaalteenuste kohta (teenuste liigid ja sisukirjeldus, taotlemise tingimused ja teenuse saaja omaosaluse määr) peaks olema esitatud KOV-i veebileheküljel, samuti**

⁵³ Kui Eestis tervikuna on 65-aastaste ja eakamate osakaal elanikkonnas 20% ja 80-aastaste ja eakamate osakaal 6%, siis Ida-Virumaal on vastavad näitajad 26% ja 8% (ESA veebiandmebaas, tabel RV0240: RAHVASTIK 2017. AASTA HALDUSREFORMI JÄRGSELT, 1. JAANUAR | Sugu, Elukoht, Aasta ning Vanus (andmed vaadatud 13.09.2022)). Samuti on Ida-Virumaa elanike tervisenäitajad (enesehinnanguline tervis, tervena elada jäänud aastad, tervisest tulenevate tegevuspiirangute kogemine jne.) ühed Eesti madalaimad.

⁵⁴ Komponendipõhine rahastusmodel tähendab seda, et teenuse tarbija maksab majutuse ja toitlustuse komponentide eest ja kohalikud omavalitsused riigi toel hoolduskomponentide eest.

tuleks vastavat teavet jagada sotsiaaltöötajate kaudu, sh nii hooldusvajadusega inimestele kui nende hooldajatele.

Uuringust ilmnes hooldajate infopuudus: omastehooldajatele mõeldud koolitustel või kursustel osalenuid on vaid 9% hooldajatest, kuid hooldamisega seotud koolitustest või täiendavast teabest huvitub 48%. Eriti terav on infovajadus suure hoolduskoormusega hooldajate seas, kellest on koolitustest/teabest huvitatud 70%, sealjuures kõige sagedamini soovivad suure hoolduskoormusega hooldajad saada teavet sellest, kuidas hooldajana toime tulla iseenda ülekoormuse ja stressiga, samuti ka teavet hooldaja õiguste ja abi saamise võimaluste kohta. Koolitused annavad hooldajatele vajalikke oskusi, tulemaks toime hooldatava puude või keerulise diagnoosiga. Seni on hooldajatele suunatud koolitusi olnud pigem vähe ning need on valdavalt olnud projektipõhised, kuid **vajalik oleks koolitusmahtusid suurendada**. Hooldajatele suunatud toetavate koolituste ja teenuste välja arendamiseks on riik KOVidele avanud võimaluse taotleda lisarahastust Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.⁵⁵ **Koolitusi hooldajatele võiks korraldada ka riik (nt viia suuremates linnades koolituste korraldamiseks läbi riigihange), et oleks võimalik kaasata koolitustesse senisest rohkem inimesi.** Info jagamise hõlbustamiseks on riigil kavas luua ka üleriigiline omastehooldajate veebiplatvorm.

Uuringu andmetel sageneb depressioonisümptomite kogemine hoolduskoormuse kasvades, sealjuures suure hoolduskoormusega hooldajatest kogeb depressioonisümptomeid 77%. **Läbipõlemise ennetamiseks oleks suure hoolduskoormusega hooldajatele vajalik psühholoogiline tugi.** Abi oleks ka oma kogemuste jagamisest teiste sarnanes olukorras olevate inimestega, kuid hooldusteemadega tegelevatesse tugigruppidesse kuulumine on hooldajate seas vähene. Sinna kuulub vaid 4% hooldajatest, kuid 11% oleks sellistesse gruppidesse kuulumisest huvitatud. **Omastehooldajate tugigruppide tegevust tuleks toetada tugigruppide juhtide koolitamise ning gruppide sihtfinantseerimise kaudu (juurde võiks luua ka veebipõhiseid tugigruppe).**

Võrreldes Euroopa Liidu keskmisega on Eestis avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele väikesed: Eestis moodustavad avaliku sektori kulud pikaajalisele hooldusele 0,4 protsenti SKT-st (ehk 2020. aasta SKT suhtes 108 miljonit eurot), samas kui Euroopa Liidu keskmine on 1,7 protsenti SKT-st (ehk 456 miljonit eurot aastas).⁵⁶ **Selleks, et tulla toime suureneva pikaajalise hoolduse vajadusega, tuleb avaliku sektori kulutusi pikaajalise hooldusele suurendada.** Arenguseire keskuse hinnangul on soovitatav pikaajalisele hooldusele tehtavate kulutuste maht 2,2 protsenti SKT-st (ehk praegusest 500 miljonit eurot enam) ning on märgitud, et selline kulutuste tase arvestaks ka kasvava teenuste

⁵⁵ Kaalumisel on olnud ka töötada välja üle-eestiline ühtne koolitusprogramm, võttes aluseks KOVide poolt välja töötatud ja testitud koolitusprogrammid.

⁵⁶ Arenguseire keskus (2021).

vajadusega.⁵⁷ Pikaajalise hoolduse kulude kasvu ühe kattevõimalusena on arutatud võimalust luua ravikindlustuse sarnane **hoolduskindlustuse süsteem**, kuid elanike poolehoid sellele pole tänasel päeval veel kuigi kõrge (tööelistest inimestest toetab seda 56%). **Sellise süsteemi rakendamisele peaks eelnema põhjalikum teavitus ning ühiskondlik diskussioon.**

Kokkuvõtteks: omasteholdajate suur koormus on laialdane ning teravnev probleem Eesti ühiskonnas. Pikaajalise hoolduse süsteem vajab reformimist ning lisaraha, et tulla toime elanikkonna vananemisest tingitud suureneva hooldusvajadusega. Tugisüsteemi loomise vajalikkust omasteholdajatele on teadvustatud ka valitsuse poolt: 13. aprillil 2022 võeti Riigikogus vastu sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seadus, mille eesmärk on aidata kaasa parema hoolekandelise abi pakkumisele. Muuhulgas pööratakse eraldi tähelepanu hooldajate toetamise vajadusele (täpsustatakse KOVi kohustust selgitada välja hooldajate toetusvajadus ja pakkuda neile sobivat tuge). Riiklikul tasemel plaanitakse ka edasisi samme, nt suurendada hooldekoduteenuse rahastamist riigieelarvest, kehtestada hooldekoduteenusele uued rahastamise põhimõtted ning luua täpsemad miinimumstandardid nii hooldekoduteenusele kui koduteenusele. Lisaks nendele sammudele oleks vaja kokku leppida pikaajalises strateegias hooldusteenuste pakkumisel, et luua jätkusuutlik pikaajalise hoolduse süsteem.⁵⁸

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Võimalikke tulevikustrateegiaid on kirjeldatud nt Arenguseire keskuse raportis pikaajalise hoolduse tulevikust (Haljasmeets, K. jt. (2021)).

SUMMARY OF THE MAIN FINDINGS OF THE STUDY

At the request of the Ministry of Social Affairs, Turu-uuringute AS conducted a survey, which aim was to obtain a comprehensive overview of the situation and assistance needs of (family) caregivers. The nationwide study was conducted in spring 2022, 5607 residents aged 16 and over were interviewed. The study was co-financed by the European Social Fund.

Share and profile of caregivers

According to the Population care burden survey, 15% of Estonian residents aged 16 and over (159,500–180,300 people) are caring for another person, while 7% (68,000–82,500 people) care for their household member and 10% (104,500–121,900 people) care for a person living outside their household. The proportion of caregivers is highest in the middle age groups (especially among those aged 50-59 – a quarter of people of this age are engaged in care). In North-East Estonia, the share of caregivers is 23%, in the remaining regions it is 13-15%.

73% of the caregivers care for one person, 20% for two and 7% for three or more persons. 75% of the caregivers care for people of retirement age (65 years of age or older), 28% for people of working age (16-64 years old) and 11% for people under the age of 16. In half of the cases when caregiving takes place in the household, and in 83% of the cases when caregiving takes place outside the household, the person to be cared for is a person of retirement age.

Content and volume of caregiving activities

The most common help that caregivers provide is to bring home goods for the person being cared for (e.g., medicines from a pharmacy, food, etc. from a store – 86% of caregivers do this). The majority of caregivers also provide (daily) companionship/communication to the persons being cared for (82%), assist them with housework (e.g., cooking, cleaning, mowing the lawn or doing other household works for the person being cared for – 79%) or help with transportation (61%).

Nearly half of caregivers assist the person being cared for in using e-services (51%), solving complex/new tasks (47%) or help in communicating with other people (47%). Slightly less than half of the caregivers assist the person being cared for in self-care and hygiene activities (e.g. washing over the body, dressing, feeding, going to the toilet, changing diapers, etc. – 43%), remembering the necessary things or focusing on the necessary activities (43%), moving around on foot outside the home (42%), coping with psychological difficulties and problems (41%) or regular health activities (giving prescribed medications, injecting the person being cared for, cleaning his or her wounds, changing wound dressings, etc. – 40%).

There are fewer caregivers whose caring responsibilities include providing round-the-clock supervision to the person being cared for (30%), providing assistance in working or studying (26%), participating in society (22%), or other activities (6%).

The most time-consuming care activities are providing (round-the-clock) supervision to the person being cared for, assisting him or her in carrying out daily home activities, providing company/communicating with him or her, and assisting in self-care and hygiene activities.

Perceived burden of care

16% of caregivers consider their care burden to be high (including 2%, who consider their care burden to be unbearably high). 2.5% of the entire population feel that their care burden is high (numerically 22,800–31,200 people). The share of people feeling a high care burden is higher than average in Ida-Viru County (North-East Estonia) (5%).

25% of household member caregivers and 9% of caregivers outside the household rate their care burden as high/unbearably high. The perceived high burden of care is related to the number of people being cared for (as the number of persons being cared for increases, the perceived burden also increases), the age of the person being cared for (a high burden is more often felt when the person being cared for is under the age of 65) and the nature of the assistance provided to him or her (most often the high burden is felt by the caregivers who provide round-the-clock supervision to the person being cared for). Caregivers with poor health or economic difficulties consider their care burden to be higher than average.

35% of caregivers estimate that their care burden will increase over the next 12 months. Those caregivers who rate their current care burden to be moderate (44% of them) or high (50% of them), consider it more likely than average, that their care burden will increase.

The impact of care on the daily life of the caregiver

On average, caregivers are less satisfied with life than people who are not engaged in care – on a 10-point scale, where 1 indicated complete dissatisfaction and 10 represented complete satisfaction, the average of caregivers' ratings was 6.4 and that of non-caregivers' was 7.0. Both, caregivers and non-caregivers overwhelmingly consider their relationships with close people to be good. As the burden of care increases, satisfaction with life and relationships with close people decreases.

54% of caregivers estimate that they have had to give up something in their daily lives due to caring responsibilities. Most often, due to caregiving there has been less time for interests/hobbies (27%). Due to caregiving, quite a few have not been able to rest as much as they wanted (23%), travel (22%), or spend as much time as they wanted with friends and acquaintances (24%), or with other family members (18%). A significant proportion of caregivers have suffered material losses as a result of caring, e.g., they have had to reduce family expenses due to caregiving (17%) or give up working (8% of all caregivers and 14% of caregivers, who are currently unemployed). 1% of caregivers had had to sell something valuable or move to cheaper housing due to caregiving. A tenth of caregivers feel that they have not been able to take sufficient care of their health due to caregiving (e.g., to go to the doctor, to exercise enough or to go in for sports).

Impact of caring on a caregiver's paid work and studies

Employment rate is slightly lower among caregivers of working age (16-64 years) than among non-caregivers of the same age: 73% of caregivers of working age and 77% of non-caregivers of working-age are employed. 57% of working-age caregivers and 63% of working age non-caregivers work full-time. As the burden of care increases, the proportion of full-time employees decreases, and the proportion of part-time employees increases.

Due to family responsibilities (including caring for a family member), 77% of working caregivers and 62% of working non-caregivers have experienced difficulties in concentrating on work tasks. Overall, 38% of working/studying caregivers feel a (negative) impact of assistance/caregiving on their working life/studies (e.g., 13% have had to reduce their workload due to caring, 1% had had to reduce the study load, 12% have had to take unpaid days off, 6% had been on caregivers' leave, 4% have taken a certificate for care leave, 6% had started to work remotely, 4% had changed jobs, 3% had given up promotion, 4% had given up study or further training, 2% have had to give up working temporarily due to caregiving and 4% had done something else, to cope with the caregiving).

62% of the caregivers of working age who are not employed or retired would consider themselves ready to take up employment if they had a suitable job and the person(s) they cared for were cared by other helpers or formal services; 27% were ready to work full-time and 35% part-time. In terms of numbers, there are between 18,600 and 24,600 working-age caregivers who are currently not working but would be willing to start working if possible.

If caring for other people were better paid in the future than it is today (e.g., a caregiver would be paid for it in the future at least by the minimum wage), 33% of caregivers of working age (40,000 to 49,900 people in number) would be willing to work part-time and 15% (numerically 16,800 to 24,400 people) would be willing to give up working entirely to focus more on caregiving. 41% of those who would be willing to work part-time or give up working, would be ready to accept a lower income or pension in the future (as the result of quitting work or working part-time).

Impact of care on the physical and mental health of the caregiver

Chronic diseases, health-related activity limitations, disabilities and reduced ability to work/loss of ability to work are more common among caregivers than among non-caregivers. Compared to non-caregivers, caregivers rate their health lower: 9% of non-caregivers and 15% of caregivers (including 35% of caregivers with a high/unbearably high care burden), rate their health to be very bad/bad. The deterioration of their health (in the last 12 months) is felt by 34% of non-caregivers and 46% of caregivers, including 73% of caregivers with a high/unbearably high care burden.

Within 12 months, 54% of caregivers and 40% of non-caregivers have almost always/often felt over-tired. Symptoms of depression have been experienced by 46% of caregivers and 38% of non-caregivers. Experiencing excessive tiredness and depressive symptoms increases as caregiving burden increases. However, caregiving is not the strongest predictor of self-rated health and occurrence of depression symptoms – more important predictors were the person's age and economic coping.

Costs associated with caregiving

Based on the total household income (net), on average, the income of caregivers is slightly lower than that of non-caregivers (income differences occur among people aged 30-49, and among other nationalities). On average, people caring in a household have lower incomes than people caring outside the household. The higher the self-perceived care burden or time spent on care is, the lower the average income of caregivers is.

64% of caregivers and 48% of non-caregivers report that they experience economic difficulties (10% of caregivers and 4% of non-caregivers experience major difficulties). Experiencing economic difficulties increases as the burden of care increases: 83% of caregivers who experience a high/unbearably high care burden experience economic difficulties, among them 28% experiencing great difficulties. Experiencing economic difficulties is most common among caregivers of other nationalities and among the caregivers living in North-East Estonia.

In the last 12 months, 52% of the caregivers have made financial expenditures related to assisting or caring for the person being cared for, e.g., paying for care services, medicines, transport, washing and care products, aids etc. The average amount spent on caring over 12 months was €300. On average, the costs of caring for a person of retirement age are slightly lower than for caring for a child or a person of working age.

78% (so, the vast majority) of caregivers do not receive material compensation for care. 22% of caregivers receive material compensation for care, among them 13% receive caregiver's allowance and 10% receive material compensation from the person being cared for or from his or her relatives. Material compensation is received by 27% of the caregivers who care for the household member receive (among them 19% receive caregiver allowance) and 17% of the caregivers who care for someone outside the household (among them 9% receive caregiver allowance).

Use of assistance and services in caregiving

On average, caregivers have a smaller network from whom to receive emotional support than non-caregivers; 7% of caregivers and 5% of non-caregivers have not a single person to rely on in a difficult situation. 4% of the caregivers belong to a support group that deals with the issues of care and care burden and 11% were interested in belonging to such groups.

64% of the caregivers estimate that they can share the burden of care with someone without paying a fee, 28% do not have this option (more often than average, those who care for the household member or with a high care burden), and 7% could not say whether someone would be willing to help them if necessary (free of charge).

The vast majority (85%) of caregivers have not used paid care services for the person they care for in the last 12 months. 14% of caregivers have used paid care services or hired helpers for care, among them 7% having purchased the service from a care facility, 4% having purchased care services from a specially trained person, and 4% having hired other family members, acquaintances or other helpers who do not have special preparation for care. 54% of the caregivers who have used paid care assistance/services, did it regularly and 51% had used single-use services (5% had thus used both single-use and regular services). The volume of single-use services over the past 12 months averaged 10 hours

(median), while the volume of services used regularly averaged 20 hours per month (median).

56% of the caregivers who have not used paid care/services thought that they do not need such help, 24% cited a lack of money as the reason (caregivers living in North-East Estonia or caregivers of other nationalities more often than average), and 17% said that the person being cared for does not agree with additional assistance or other helpers. Other reasons, such as long queues for services, lack of information and embarrassment to ask for help, were mentioned less frequently.

Assistance and information needs

61% of the caregivers think they need help with care activities (or indicated that the person being cared for would need additional help with some activities); among them 26% of caregivers felt they needed a lot of help with some care activities. 67% of the caregivers caring for a household member and 57% of caregivers caring for someone outside the household felt the need for additional help. Most often, caregivers need help in supporting the person being cared for in coping with psychological difficulties and problems (26% of caregivers), assisting the person being cared for with transportation (25%), solving difficult or new tasks (24%), moving around on foot outside the home (23%), or providing companionship and daily communication to the person being cared for (22%). 18% of the caregivers would need help in providing round-the-clock supervision to the person being cared for, 18% in self-care and hygiene activities and 15% in regular health activities.

62% of the entire population (including 49% of caregivers and 64% of non-caregivers) are interested in using paid care services to reduce their (including the need that may arise in the future) care burden. Interest in using paid services is higher than average among caregivers who rate their care burden as high/unbearably high (72%), who rate their health poor/very bad (61%), or who always/often feel over-tired (55%). When receiving paid services, both, caregivers and non-caregivers most often prefer the institution or company that provides care services (30% of caregivers and 42% of non-caregivers).

42% of caregivers who are not interested in using paid services think that they (probably) do not need these services, and 29% cited a lack of money as the reason. Lack of money was also the most common argument for non-caregivers who are not interested in using paid services.

9% of caregivers have participated in trainings or courses intended for helpers or caregivers of relatives. Interest in assistance/care-related training/additional information was expressed by 48% of caregivers. 70% of caregivers with a high/unbearably high care burden are interested in training/information and most frequently wish to receive information on how to deal with one's own overload, stress, low mood, anxiety or negative thoughts as a caregiver, also to receive the information on the rights of the caregiver and the possibilities to receive help. In regional comparison, the information needs felt by caregivers are the greatest in North-East Estonia.

Risk groups with a high care burden and need for assistance

Based on the time spent on care activities, the caregiver's perceived need for help, and the self-assessed care burden, it is possible to distinguish three groups of caregivers with different levels of need for help:

1. Group with a high need for help: 3 conditions met: care for at least 20 hours a week, feel that they need help with caring and feel their care burden is high/unbearably high – 2% of the entire population; 11% of the caregivers (15,700 – 23,300 people).

2. Group with moderate need for help: all caregivers who feel that their burden is high/unbearably high (but who did not qualify as a risk group with a high need for help) and caregivers who feel that their care burden is moderate, who spend at least 20 hours on care per week and who feel that they need help with some care activities – 3% of the entire population; 18% of the caregivers (25,900 – 35,400 people).

3. Low-need group: all other caregivers who feel they need (or the person they care for would need) additional help with some care activities – 5% of the entire population; 35% of the caregivers (52,300 to 65,200 people).

The first two of these groups can be considered risk groups. Most important is to provide help to the first group, where the risk of burnout is the highest and the need for help is most urgent. The third group is a group where the provision of services would increase the quality of life of caregivers or the people they care for, but not receiving these services would probably not reduce their quality of life significantly.

In comparison of regions, the largest number of people belonging to risk groups is in North-East Estonia, where 4% of the population belongs to a group with a high need for help and 4% belong to a group with the moderate need for help. In the remaining regions, the proportion of people in the group with a high need for help is within 1-2%, and the proportion of people belonging to the group with the moderate need for help is 2-3%.

Residents' preferences in terms of long-term care and attitude towards the creation of care insurance

The readiness of the population to use care services in the future is quite high: if the need for care arises, 68% of residents prefer to receive help from other persons and institutions beside the help from their own children/relatives (10% prefer to receive all the necessary help from other persons/institutions and 27% prefer to receive majority of help from other persons/institutions).

54% of the residents' plan to (co-)finance their care services themselves in the future if the need for care arises, or rely on the help of children in this (including 30%, who would rely only on themselves/relatives); 39% believe that care services should be financed (also) by the state or local government (including 15%, who would rely only on the state/local government). Nearly a third (31%) of residents have not thought about this subject so far or are not much interested in this topic.

Concerns about whether they will be able to pay for care services themselves in the future are moderate among the population (on a 10-point scale, where 10 indicated extreme concern, the average of the estimates was 6.1 points). The creation of additional care insurance (which means that an additional percentage of the so-called maintenance insurance tax should be paid from the salary) is viewed positively by 56% of the working-age population, 28% do not want such tax and 16% do not have a firm position.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The ageing of Estonia's population and deteriorating health indicators have led to the increased number of people in need of care. The vast majority of people with activity limitations who need assistance receive help from their close people or acquaintances; the use of official services is less common.⁵⁹ It is also widely believed that caring for family members is a natural part of solidarity within the family. However, due to the increase in the number of people in need of care in Estonia, and the low availability of official care services, the situation has reached to the point where the **burden on caregivers is disproportionately high**, both in terms of providing care and paying for care services.⁶⁰ Thus, there is an urgent need to reform the long-term care system.

According to the Population Care Burden Survey, satisfaction with life, economic coping and health condition of caregivers with high care burden are significantly worse than that of residents in general. The reforming of long-term care system is unavoidably necessary to prevent the family caregivers' poor economic situation, the lack of self-realization opportunities, the deterioration of close relationships, the deterioration of physical and mental health (due to excessive caregiving burden, the caregiver may become a person to be cared for). In the long term, reducing the burden of caregivers is also beneficial for the state, as the employment of caregivers would increase tax revenues, their improved economic situation would reduce the need for (one-off) social benefits, and their better health condition would prevent the additional burden on the health system in the future.

Due to differences in methodologies, previous studies have given different results regarding the number of caregivers in the society. The total number of caregivers is lower, based on those surveys where the definition of care is limited with caring in the household only (e.g. the Estonian Social Survey, according to which there were 6% of household caregivers among the adult population (at age 16 and over) in Estonia in 2016, (about 65,000 in number); or where, in addition, the age limits of the sample were narrower and only care for people over the age of 14 is considered to be care (e.g. the Estonian Labor Force Survey, according to which the care obligation was on about 47,000 people at age 15-64, in 2010). Studies where the definition of care is broader, (i.e., care outside the household has also been taken into account; care for a person of child (disabled) age has been taken into

⁵⁹ [1] According to the Population Activity Limitations and Care Needs Survey (2020), 17% of residents aged 16 and older use the help of relatives/acquaintances or official (care) services due to their health problem or activity limitation; 14% use the help of close people only, 1% use the official services only and 2% use both, the help of close people and the official services.

⁶⁰ This conclusion was reached, for example, by the Task Force of Reducing the Burden of Care in its final report, published in 2017.

account; the concept of caring is better explained and concrete examples of activities that fall under care are given), show, that the number of caregivers is higher. For example, according to the European Quality of Life Survey (EQLS 2016), 15% of Estonian residents aged 18 and over are engaged in care⁶¹ (about 160,000 people)⁶². Some studies (e.g., ESU - Estonian Social Survey (2014) and the Population Activity Limitations and Care Needs Survey (2020)) show even a higher total number of caregivers.⁶³

The results of the Population Care Burden Survey broadly coincide with those of the EQLS: according to this survey, 15% (159,500– 180,300) of the population aged 16 and over are engaged in caregiving and 7% (68,000 – 82,500) care for a household member. However, a more important indicator than the total number of caregivers is the number of caregivers with a high care burden. According to Estonian Statistics Authority, the proportion of people with a high care burden among those aged 16 and over was 2.3% in 2021⁶⁴. A similar result is found in the Population Care Burden Survey, which shows that **2.5% of residents aged 16 and over (22,800–31,200 people) feel a high or unbearably high care burden.**

According to the study, on average, the incomes of caregivers are slightly lower than those of non-caregivers⁶⁵ and difficulties in economic coping are experienced more often by caregivers than by non-caregivers. Working caregivers are less likely to experience economic difficulties than non-working caregivers. At the same time, combining caring responsibilities with work can be difficult or even impossible if the person being cared for needs a lot of help or constant supervision. According to the survey, the percentage of full-time workers and workers in total, is slightly lower among caregivers of working-age than among non-caregivers of working age.⁶⁶ As the care burden increases, the proportion of full-time workers decreases and the proportion of part-time workers increases. At the same time, the interest of non-working caregivers towards working is quite high – **62% of non-working caregivers of working age (18,600 to 24,600 people) would, in their opinion,**

⁶¹ The question regarding care was worded as follows: In general, how often are you engaged in the following activities outside of paid work: taking care of disabled or poor-health family members, neighbors or friends. (Source: Informal care in Europe. Exploring Formalization, Availability and Quality).

⁶² Author's calculations.

⁶³ According to ESU (Estonian Social Survey) data from 2014, 32% of the population was engaged in caregiving, including intensive care (more than 11 hours per week), or in numbers, 110,000 people. In the ESU questionnaire, the question was worded as follows: "Do you spend time on caring for or helping family members, friends, neighbors, or other people for any reason (long-term deterioration of physical health or disability/long-term mental deterioration or disability/old age-related problems)? Don't count anything you do as part of a paid job." According to the Population Activity Limitations and Care Needs Survey (2020), the proportion of caregivers was 22% in the population (in numbers, 219,800 to 255,000 people). In that survey, care questions were preceded by a longer block of care needs, which opened up the content of care for the respondent.

⁶⁴ In the ESA (Estonian Statistics Authority) study, the need to help or care for a household member for at least 20 hours a week was defined as a high care burden (Source: ESA Tõetamm).

⁶⁵ Based on household total net income.

⁶⁶ 57% of working-age caregivers and 63% of non-caregivers are employed full-time; the overall employment among working-age caregivers is 73% and among non-caregivers 77%.

be ready to start working if they had a suitable job and if the person's needs, they are caring for, were covered by other helpers/official services.⁶⁷

38% of working/studying caregivers feel a negative impact of caring responsibilities on their working life/studies (e.g., 13% have had to reduce their workload due to caring, 12% have had to take unpaid days off, 6% had been on caregivers' leave, 4% have taken a certificate for care leave and 2% have had to give up working temporarily due to caregiving). **In order to prevent caregivers from falling out of employment, the combining of work and care responsibilities should be further encouraged.** The importance of the issue has also been acknowledged at government level, e.g., there has been discussion of creating a social tax exemption for caregivers in order to encourage part-time work and to ensure that caregivers have a higher pension in the future. It has also been discussed to expand the use of care leave, untying the right to receive care leave from the severity of disability of the person being cared for, and compensate the leave on the basis of the employee's average income from which the social tax is paid (until now, the compensation of leave days was based on the minimum wage).⁶⁸ **In order to facilitate the combining of caregiving and working life, the planned steps (creating the exceptions of social tax for part-time caregivers, expanding the possibilities of using caregivers' leave and higher remuneration) should be implemented. Caregivers' leave should be extended** – the current norm for caregivers of working-age people with severe disabilities (5 working days of additional leave per year) is not sufficient (for comparison: when Finland started establishing a system of caregivers in 2006, it was mandatory to offer the caregiver at least three care-free days per month).⁶⁹

People who have received official caregiver status from the local government can receive caregiver's allowance. For those receiving caregiver's allowance, the state pays social tax (which guarantees medical and pension insurance), and after the end of care, non-working caregivers can receive unemployment benefits for a certain period of time. However, the caregiver's allowance for a non-working caregiver does not guarantee her/him a pension equal to that of working people. **In order to ensure that caring does not impair caregivers' coping at retirement age, it would be necessary to create an additional guarantee in the form of supplementary pension insurance for caregivers who are not in employment and receive caregiver's allowance.**

⁶⁷ According to ESA's (Estonian Statistics Authority) Labor Force Survey, (2020), the number of people who are inactive due to the burden of caregiving, is smaller, since only caregivers of a household member were considered caregivers in this study. According to the data of the survey, at that time more than 8,200 inactive people were not looking for work due to the burden of care, of whom nearly 3,300 would still have wanted to start working.

⁶⁸ See also <https://www.sm.ee/uudised/valitsus-arutas-pikaajalise-hoolduse-susteemi-muudatusi> and <https://www.koda.ee/et/meie-moju/hetkel-kasil/kas-teist-inimest-hooldava-tootaja-eest-peaks-sotsiaalmaksu-maksma-tootaja>

⁶⁹ Kõre, J., Murakas, R., Tall, K. (2019).

The arrangement of caregiving and payment of caregiver's allowance have been regulated differently by local governments. Today, local governments do not have an integrated approach to formulating the objective of caregiver's allowance⁷⁰ and the conditions for paying the allowance (i.e. identifying the need of caregiving) vary from one municipality to another (e.g. some local governments do not grant the status of an official caregiver to the caregiver who lives with the person being cared for and has a caregiving obligation towards him or her, or in cases where the caregiver himself or herself is disabled). Caregiver's allowance rates also vary between local governments: for example, in April 2020, comparing the local governments, the highest caregiver's allowance was 260 euros and the lowest was 16 euros per month.⁷¹ **In order to reduce social (and regional) inequalities, integrated principles should be introduced for the granting and payment of caregiver's allowance in all municipalities.** In case of a high care burden (e.g., caring for a severely disabled person), caregiver's allowance should be high enough to ensure a decent coping for the caregiver (in 2019, on the people's initiative, it was recommended to increase caregiver's allowance in cities to at least 200 euros per month).⁷² Considering the increase in the cost of living, the caregiver's allowance could be the same size as the allowance for partial working capacity, which is 279.24 euros per month from April 1, 2022.

The need for formal care services exceeds their current use (and supply) many times. According to the Population Care Burden Survey, 61% of caregivers feel they need help with care activities and 26% need a lot of help with some care activities. When providing assistance, the primary focus should be on risk groups with a high care burden and need for help, where caregivers are at the highest risk of physical and mental burnout. **Based on the burden of care and the perceived need for help, 2% of the population (15,700–23,300 people) are classified as a risk group with a high need for help and 3% of the population (25,900–35,400 people) are classified as a risk group with a moderate need for help.** A large proportion of caregivers belonging to risk groups need additional assistance in many care activities at once, including providing social and psychological support to the person being cared for, assisting with domestic work and solving more complex tasks and transporting the person being cared for.

At the moment, the largest part of the funding for care services goes to financing general care service provided outside the home and a smaller part to home services.⁷³ There are also significantly fewer home service recipients than general care service users (7,200 and 13,000 respectively in 2019⁷⁴, although the need for services to support living at home is

⁷⁰ There is no common understanding of whether the purpose of the allowance is to compensate additional costs associated with care, allowance for care, compensation for lost income or something else.

⁷¹ Erin, M., Paimre, I. (2020).

⁷² <https://rahvaalgatus.ee/initiatives/fa6dab46-71d4-40d0-9f6d-472ab6e7c49a>

⁷³ In 2019, the total cost of general care service provided outside the home was around €78 million; the cost of home services was around €9 million. Source: <https://www.sm.ee/uudised/valitsus-arutas-pikaajalise-hoolduse-susteemi-muudatusi>

⁷⁴ Ibid.

high (and growing). The final report of the World Bank's Long-term Care Survey (2017) showed that home services are funded by only 15% of total needs, and the actual demand for home services is seven times higher than the current use of services.⁷⁵ In addition to the fact that the volume (provision) of services supporting living at home and the range of services offered are often insufficient, the low quality of existing services is sometimes a problem.⁷⁶ **In order to slow down the growing need for institutional care (nursing homes), it is necessary to develop services that support living at home (e.g. to increase the provision of the personal care component) and to increase the volume of services (both the number of care workers and their professionalism should improve). Special attention needs to be paid to the area of so-called more complex home services (for example, day care for people with dementia or memory disorders).**

The study also showed that caregivers need more help than average if the person being cared for is of working age. Working-age people cared for have different needs than elderly people cared for as working-age people may also need support in working or studying. This can mean a significantly greater need for external assistance and services (e.g., a rehabilitation service or a support person). The employment of people of working age with care needs should be encouraged. Several steps have already been taken in the form of the Work Ability Reform (e.g., a social tax discount for hiring people with reduced work capacity, rehabilitation, protected work). Different ability of local governments to provide social services that support job search and employment is a serious concern.⁷⁷ **Lack of awareness of the services offered also slows down getting help – social and occupational rehabilitation, personal assistant and support person service and the possibilities of applying for it should be more widely introduced to working-age people in need of care (e.g., disabled or reduced/lack of working capacity) and their caregivers.**

The survey revealed that 45% of caregivers belonging to the risk group with a high need for help and 31% of the caregivers belonging to the risk group with a moderate need for help, need help in providing round-the-clock supervision to the person being cared for. With round-the-clock care, it is difficult for a caregiver to take breaks from care, and the risk of burnout of the caregiver is particularly high. **For example, a day center or day care service, replacement care at home, round-the-clock home service or temporary institutional care could help relieve the burden of caregivers providing round-the-clock care.**

The level and availability of care services varies greatly between municipalities, depending on the capacity and priorities of each local government in budget planning. Quality guidelines have been drawn up for social services, but in **order to harmonize the quality and availability of services, it would be necessary to set specified minimum requirements for the content of services** (the Ministry of Social Affairs plans to establish

⁷⁵ World Bank Group (2017).

⁷⁶ Tarum, H., Kupper, K. (2019).

⁷⁷ National Audit Office (2017).

these requirements for home services and for general care service provided outside the home in 2023).

Ida-Viru county needs sharp attention. There is the highest share of caregivers belonging to risk groups with a high care burden and need for help. Ida-Viru county is a county where the share of elderly people in the population is one of the highest in Estonia and the health indicators of the population are worse than average.⁷⁸ **The ability of local governments to organize care services should be analyzed, and if necessary, local authorities should be further supported in it (to allocate a targeted amount from the state budget for the development of care services and increase the volumes of care services, provide mentoring and training to local government officials on this subject). Attention should be paid to the (timely) identifying of caregivers' needs for assistance** (guidance material for determining the caring burden and assessing the need for support is being developed and will be ready by the end of 2022).

Both, the lack of places and the high cost of the service limit the availability of general care services provided outside the home (nursing homes). In 2021, the average fee for a place in a nursing home was 852 euros per month. On average, 80% of the nursing home fee had to be covered by self-financing, the cost of which is generally higher than the average pension (as of May 2021, the average pension of the recipients of this service was 573 euros per month, but the nursing home fee self-financing was 679 euros per month on average). **The service recipient's co-payment for the nursing home place should be reduced, the amount paid as co-payment should not be higher than the service recipient's income.** The problem has also been acknowledged at the government level: the aim is to increase the financing of the nursing home service from the state budget and to establish new funding principles (to implement a component-based service payment funding model).⁷⁹ The goal is to move to the new funding model from July 1, 2023.

The services, supporting living at home, organized by the local government, are cheaper for the recipient of the service as the share of his/her co-payment in the financing of the service is lower. But due to the limited availability of these services, it may be necessary to purchase additional care services from a private person/company. According to the Population Care Burden Survey, the cost of care services is also one of the main reasons why services are not used: 85% of caregivers have not used paid care services for the person cared for in the last 12 months, and 24% of those who have not used paid services justified this by lack

⁷⁸ Among the Estonian population, 20% are 65 years old and older, 6% are 80 years old and older. In Ida-Viru county, the corresponding figures are 26% and 8% (Estonian Statistics Agency web database, table RV0240: POPULATION AFTER THE ADMINISTRATIVE REFORM OF 2017, 1 JANUARY | Gender, Place of Residence, Year and Age (data accessed on Sept.13,2022). Also, the health indicators of the residents of Ida-Viru county (self-assessed health condition, healthy years left to live, experiencing health-related activity limitations, etc.) are among the lowest in Estonia.

⁷⁹ The component-based funding model means that the consumer of the service pays for the accommodation and catering components, and the local authorities, with the support of the state, for the caring components.

of money. This situation may be due to the low volume of services provided by local governments to support living at home and the non-compliance of the services with the actual needs of those being cared for, but also due to the lack of awareness among caregivers about the services provided by the municipality and the possibilities of applying for them. **The information about the social services organized by the local government (description of types and content of the services, conditions for applying for the service and the rate of co-financing of the recipient of the service) should be provided on the website of the local government; the information should be shared also via social workers, including to people with care need and to their caregivers.**

The study revealed that caregivers lacked information: only 9% of caregivers have attended trainings or courses for caregivers, but 48% are interested in care-related trainings or additional information. The need for information is particularly acute among caregivers with a high care burden, 70% of them are interested in trainings/information. Caregivers with a high care burden most often wish to receive the information about how to cope with their own overload and stress, as well as the information about the rights of a caregiver and the possibilities to receive help. The trainings provide the caregivers with necessary skills to cope with the disability or complex diagnosis of the person being cared for. So far, trainings for caregivers have been rather limited and have been predominantly project-based, but **it would be necessary to increase the training volumes.** In order to develop supportive trainings and services for caregivers, the state has opened up the possibility for local governments to apply for additional funding from the European Social Fund.⁸⁰ **Training for caregivers could also be organized by the state (e.g., to carry out public procurement for organizing the trainings in larger cities) so that more people could be involved in trainings.** To facilitate the sharing of information, the state also plans to create a nationwide online platform for caregivers.

According to the study, the experience of depression symptoms increases as the burden of care increases, 77% of caregivers with a high care burden experience symptom of depression. **Psychological support would be necessary for caregivers with a high care burden to prevent burnout.** Sharing personal experiences with other people in a similar situation would also help, but too few caregivers belong to caregiving support groups. Only 4% of caregivers belong to such groups; 11% would be interested in joining such groups. **The activities of support groups for caregivers should be supported by training the heads of the support groups and granting the government grants to the groups (the number of online support groups could also be enlarged).**

Compared to the European Union average, public sector's spendings on long-term care are low in Estonia: public sector's costs for long-term care are 0.4 percent of GDP (108 million euros in 2020), while the European Union average is 1.7 percent of GDP (456 million euros

⁸⁰ Also it has been under consideration to develop a nationwide unified training programme, based on training programs developed and tested by local governments.

per year).⁸¹ **In order to cope with the increasing need for long-term care, spendings of public sector on long-term care need to be increased.** The Foresight Center estimates that the recommended amount of long-term care expenditure is 2.2 per cent of GDP (i.e. 500 million euros more than at present) and it has been noted that such a level of spending would also take the growing need for services into account.⁸² The possibility of creating **a care insurance system** similar to health insurance has been discussed as one of the ways to cover the increase in the cost of long-term care, but the support of residents is still not very high on it today (56% of people of working age support it). **The implementation of such a system should be preceded by more thorough information and social discussion.**

To sum up: the heavy burden on caregivers is a widespread and acute problem in Estonian society. The long-term care system needs reform and additional money to cope with the increasing care needs caused by an ageing population. The need to create a support system for caregivers has also been acknowledged by the government: on April 13, 2022, Riigikogu (Estonian Parliament) adopted the act on amendments to the Social Welfare Act, the purpose of which is to contribute the provision of better caring (welfare). Among other things, special attention is paid to the need to support caregivers (the obligations of local governments to find out the support needs of caregivers and provide them with appropriate support are specified). At the national level, it is also planned to increase the funding of the nursing home service from the state budget, establish new funding principles for the nursing home service, and create more precise minimum standards for both, the nursing home service and the home service. In addition to these steps, it would be necessary to agree on a long-term strategy for the provision of care services in order to create a sustainable system of long-term care.⁸³

⁸¹ Estonian Foresight Center (2021).

⁸² Ibid.

⁸³ Possible future strategies are described in Foresight Center's Report on the Future of Long-Term Care (Haljasmets, K. et al. (2021)).

KASUTATUD KIRJANDUS

Arenguseire keskus. (2021). Pikaajalise hoolduse kulud Eestis. Allikas:

<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-kulud-eestis-luhiraport/>

Eesti Kaubandus-Töötuskoda. (28.04.2022). Kas teist inimest hooldava töötaja eest peaks

sotsiaalmaksu maksma töötaja tegeliku palga pealt? Allikas: <https://www.koda.ee/et/meie-moju/hetkel-kasil/kas-teist-inimest-hooldava-tootaja-eest-peaks-sotsiaalmaksu-maksma-tootaja>

Erin, M., Paimre, I. (2020). Hooldus ja omastehooldus. Allikas:

https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Jarelevalve/KOV_noustamisyksus/hooldus_ja_omastehooldus_26.08.2020.pdf

Euroopa Komisjon. (2022.). Eurostati statistika ülevaade. Allikas:

<https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/statistics-by-theme>

Haljasmets, K., Pedjasaar, M., Pall, K., Kaldmaa, K., Tarto, L., Pedjasaar, V., Salu, J. (2021). Pikaajalise hoolduse tulevik. Uuring. Tallinn: Arenguseire Keskus. Allikas:

<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-tulevik/>

Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality. 2018. European Union.

Allikas: <https://op.europa.eu/et/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>

Kõre, J., Murakas, R., Tall, K. (2019). Omastehooldus. Perekonna ja ühiskonna liit? Ajakiri Sotsiaaltöö

2019-4. Allikas: <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltöö/omastehooldus-perekonna-ja-uhiskonna-liit>

Riigikantselei (2017). Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi

tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Hoolduskoormuse vähendamise

rakkerühma lõpparuanne. Allikas: <https://www.riigikantselei.ee/valitsuse-too-planeerimine-ja-korraldamine/rakke-ja-ekspertruhmad>

Riigikontroll. (15.02.2017). Riik on töövõimereformiks valmis osaliselt. Allikas:

<https://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/557GetPage/1/557Year/1/ItemId/950/amid/557/language/et-EE/Default.aspx>

Saks, K. (2019). Hoolduskindlustus. Allikas:

https://www.elvl.ee/documents/21189341/22850325/04_Hoolduskindlustus_Kai_Saks_1202_2019_Grande3.pdf/9ee3a0eb-21ff-4531-add6-77eb459184bf

Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Allikas:

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf

Sotsiaalministeerium. (26.03.2021). Valitsus arutas pikaajalise hoolduse süsteemi muudatusi. Allikas:

<https://www.sm.ee/uudised/valitsus-arutas-pikaajalise-hoolduse-susteemi-muudatusi>

Statistikaamet. (2022). Statistika andmebaas. Allikas: <https://andmed.stat.ee/et/stat>

Statistikaamet (2020). Oodatava eluea kasv on pidurdunud, kuid elame kauem tervemana. Allikas: <https://www.stat.ee/et/uudised/oodatav-eluiga-ja-tervena-elatud-aastad-2020>

Statistikaamet (2022). Tõetamm/heaolu indikaatorid. Allikas: <https://tamm.stat.ee/tulemusvaldkonnad/heaolu/indikaatorid/201>

Tarum, H., Kupper, K. (2019). Pikaajalise hoolduse süsteemi tuleb Eestis muuta. Ajakiri Sotsiaaltöö 2019-4. Allikas: <https://www.tai.ee/et/valjaanded/ajakiri-sotsiaaltöö/sotsiaaltoeoe-2019-4/sotsiaaltoeoe-korraldus-pikaajalise-hoolduse-süsteemi-tuleb-eestis-muuta>

Turu-uuringute AS, Sotsiaalministeerium/ Euroopa Sotsiaalfond. (2020). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020. Allikas: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf

Vabariigi Valitsus. (2018). Faktileht - Riigikantselei ja Rahandusministeeriumi taustamaterjal EESTI 2035 valdkondlikele tööühmadele november-detsember 2018. <https://valitsus.ee/strateegia-eeesti-2035-arengukavad-ja-planeering/strateegia/materjalid#faktilehed-tooruhmad>

World Bank Group (2017). Reducing the Burden of Care in Estonia. Interim Report.