

Välispäritolu rahvastiku tervis

Luule Sakkeus^{1,2}, Kati Karelson¹ –

¹Tervise Arengu Instituudi

tervisestatistika osakond,

²Eesti Demograafia Instituut

Võtmesõnad: põlis- ja välispäritolurahvastik, tervelt elatud eluaastad, tervise tõttu oluliselt piiratud oma igapäevategevustes, füüsiline tervis, vaimne tervis, tervisekäitumise mõjurid, tervisesüsteemi mõjurid

Eesti terviseuuring 2006 on üks tähtsamaid allikaid, mis võimaldab välispäritolurahvastiku tervise seonduvat süstemaatiliselt jälgida, vastates Euroopas esile kerkinud vajadusele. Oma rohkem kui 30% välispäritolurahvastiku osakaalu tõttu, mis on Euroopas üks suuremaid, on selle rahvastikurühma käitumise mõju eriti suur Eesti tervisenäitajatele. Välispäritolu rahvastiku suremus, mõõdetuna standarditud suremuskordajaga, ületab rohkem kui 20% võrra põlisrahvastiku vastavat taset. See teisendub ligi 4aastaseks tervelt elatud eluaastate vaheks ning ligi 15%-liseks ülekaaluks põlisrahvastikuga võrreldes nendel, kes on tervise tõttu oma igapäevategevustes oluliselt piiratud. Sellise erinevuse tekkes ei ole olulist tähendust välispäritolu rahvastiku sotsiaal-majanduslikel teguritel, küll aga vaimset tervist mõjutavatel teguritel, alkoholi- ja narkoprobleemidel. Mitmed kaudsed näitajad viitavad immigrantrahvastiku traditsioonilise-

male arstiabi kasutamisele ning väiksemale terviseteadlikkusele, mis eeldab erinevat lähenemist põlis- ja immigrantrahvastikule nii rahvastikurühma terviseteadlikkuse parandamiseks kui ka erinevaid tervisesüsteemimeetmeid.

Arenenud maad on pärast II maailmasõda olnud mitmelaadsete migratsioonilainete objektiks, mille toimel on neis suuremal või väiksemal määral kujunenud eripalgeline välispäritolu rahvastik. Viimane on tihtipeale oma peamistes käitumistavades oluliselt erinev selle maa põlisrahvastikust. Eelnevast tulenevalt tõusevad üha enam tervisepoliitika keskmesse immigrant- ja põlisrahvastiku erinevad tervisenäitajad, mille taga on nähtud nii sotsiaal-demograafilisi, -majanduslikke, tervisekäitumuslikke, kui ka (tervise-) poliitilisi mõjureid (1–3).

Euroopa Liidus on viimastel aastatel see teema samuti tõusnud tähelepanu keskmesse. Euroopa Nõukogu 8. terviseministrite konverentsil 23.11.2007. a vastu võetud Bratislava deklaratsioon tervisest, inimõigustest ja migratsioonist (4) rõhutab vajadust tervisepoliitikas arvestada immigrantide teistlaadi tervisekäitumist ning sellest tulenevalt eripärasid neile tervise teenuste kättesaadavuse igakülgsel tagamisel, samuti vajadust toetada rahvatervise valdkonnas teaduslikku uurimistööd ning seire- ja infosüsteeme, et tagada migrantide tervisele suunatud programmides tõendus põhine alus. Arvestades viimase kümnendi trendi Euroopa maades, kus 1960.–1970. aastatel saabunud sisserännanute järeltulijad ei ole läbi teinud oodatud

integratsiooni ja lähendanud oma käitumistavasisid asukohamaa põlisrahvastikule (5), on jõutud tõdemuseni, et sotsiaal-kultuurilistest eripäradest tulenevad tavad, normid ja väärtused ei kao ka sisserännanute teises ning võib-olla ka kolmandas põlvkonnas (2, 6). Seetõttu on üha enam esile kerkinud vajadus täpsustatud teabe järele immigrantrahvastiku kohta erinevates valdkondades, sh tervisepoliitika kujundamisel.

Eestile on iseloomulik Euroopa üks suuremaid immigrantrahvastiku osakaale (7). Immigrantrahvastik on saanud Eestise erinevate lainetena, kus II maailmasõja järgse viie kümnendi jooksul vaid iga 5. sisserännanu jäi Eestisse pidama ning nii pärineb immigrantrahvastik peaaegu võrdsest igast II maailmasõja järgsest viiest kümnendist (8). Seetõttu on Eesti Euroopas üks esimesi maid, kus on võimalik täpsemalt jälgida ka immigrantrahvastiku teise põlvkonna käitumistavasisid. Kuigi immigrantrahvastik pärineb paljudest endise NSV Liidu erinevatest maadest ning erineva ajaloolise ja sotsiaalkultuurilise taustaga piirkondadest, moodustavad rahvusliku enesemääratluse kaudu üle 90% mitte-estlastest kolm peamist ida-slaavi rahvast: venelased, ukrainlased ja valgevenelased.

Ühe peamise mõjurikomplektina immigrantrahvastiku tervisele tuuakse esile selle rahvastiku madalat sotsiaal-majanduslikku staatust. Tihtipeale muutub immigrantrahvastiku tervise erinevuste hindamisel peaküsimuseks immigrantidega sama kultuuritaustaga arstiabi kättesaadavus kui mõjur. Eesti välispäritolu rahvastiku tervise käsitlemisel on oluline tõdeda, et see osa rahvastikust pärineb oma tervisesüsteemi poolest sarnaste tingimustega geograafilisest ruumist, on suhteliselt sarnase sotsiaal-majandusliku taustaga ning tervishoiusüsteemis on suhteliselt suure osakaaluga esindatud ka immigrantrahvastik. Teatud määral võib immigrantrahvastikule avaldada mõju nende teistsugune kooselustruktuur. Kui on eristatud suuremad struktuurierisused, tuleb seoseid otsida tervisekäitumise erinevustest,

et seletada nende mõju haigestumisele, toimetulekuraskuste tekkele või et prognoosida suremusnäitajaid.

Artikli peamine **eesmärk** on leida need ühised ja eristavad tegurid, mis kahe rahvastikurühma puhul määravad olulise terviseka. Peamisi tervisenäitajaid on vaadatud võrdlevalt nii selle rahvastikurühma keskmise seisukohalt kui ka nende inimeste aspektist, kes on oma igapäevategevustes oluliselt piiratud. Viimane on võetud võrdlusaluseks eelkõige seetõttu, et just see rahvastikuosa määrab, kui kaua kumbki rahvastikurühm elab oma elu tervelt ning kui kaua tuleb elada toimetulekupiirangutega.

Eesti välispäritolu rahvastik on keskmise oodatava eluea kaudu mõõdetuna säilitanud meeste puhul rohkem kui 3aastase ning naiste puhul enam kui 2aastase elueavahe põlisrahvastikuga võrreldes (9). Välispäritolu rahvastiku suremus, mõõdetuna standarditud suremuskordajaga, ületab rohkem kui 20% võrra põlisrahvastiku vastavat taset. Kahe rahvastikurühma suhteliselt suur erinevus makrotasandil sunnib otsima tervise mõjureid individuaaltasandil, mida võimaldavad küsitlusuuringu andmed. Selles artiklis on neid mõjureid vaadeldud lisaks sotsiaal-demograafilistele ka füüsilist ja vaimset terviseseisundit kirjeldavate, tervisekäitumise ja tervisesüsteemi tegurite aspektist.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Analüüsi aluseks on Eesti terviseuuringu 2006 (ETeU 2006) andmed (10), mis võimaldavad jälgida käitumiserisusi ning nende mõju rahvastikurühma tervisenäitajatele. Üldise tervisetrendi esitamisel kahe rahvastikurühma kohta on lähtutud oluliselt oma igapäevategevustes terviseprobleemide tõttu piiratud näitajast, mis on aluseks ka tervelt elatud eluaastate arvutusele. See näitaja on arvutatud Eesti Statistikaameti elutabeli andmetel, kasutades Sullivani meetodit ning ETeU 2006 küsimust terviseprobleemist tulenevate igapäevaelu piirangute kohta (11, vt ka 9).

ETeU 2006 võimaldab käsitleda tervise enesehinnangulist poolt kolme peamise küsimuse¹ alusel, mida on käsitletud rahvastikurühmade tervise taseme hindamiseks.

Välispäritolu rahvastiku defineerimisel lähtume statistilisest kontstruktsioonist, kus välispäritolu rahvastiku hulka kuuluvad rahvusliku enesemääratluse kaudu põlisrahvusest ehk eestlastest erineva määratlusega välissündinud, s.t nii need, kes ise on sündinud väljaspool Eestit, kui ka need, kelle mõlemad vanemad on sündinud väljaspool Eestit (12). Artiklis on immigrantrahvastik ja välispäritolu rahvastik kasutusel sünonüümidenä. Samas tähenduses on kasutatud mitte-eestlaste lõiget tervelt elatud eluaastate võrdluses tulenevalt andmestiku võimalustest.²

Erinevate riskikäitumiste hindamiseks on moodustatud koondtunnuseid. Nii on seksuaalse riskikäitumise tunnuses koondatud teave sellest, kas viimase aasta jooksul on olnud suguhaigusi, kas enesehinnanguliselt on HIV-tõppe nakatumise tõenäosus suur, on kunagi elus maksnud seksuaalteenuse eest või osutanud tasuta seksuaalteenust, on viimasel perioodil olnud juhusuhteid ning nende puhul pole kasutatud kondoomi. Meeste puhul on lisaks kasutatud teavet seksuaalsuhtest omasoolise partneriga.³ Alkoholiprobleemi selgitamise aluseks on olnud küsimused, mis mõõdavad probleemi enesehinnangulist tunnetamist (püüdnud alkoholi tarvitamist vähendada, on juhitud tähelepanu vajadusele vähendada alkoholi tarvitamist, on tundnud süütunnet oma joomisharjumuste pärast, vajab hommikuti ergutuseks alkoholi).⁴ Toitumise riskikäitumise tunnus on moodustatud vastuste alusel, mille puhul ilma toitu maitsmata li-

satakse sageli soola, toidu valmistamiseks ei kasutata peamise rasvaina toiduõli ning kõõgi- või puuvilja tarbitakse vähem kui 5 päeva nädalas.⁵ Liikumisega seotud riskikäitumise puhul on hinnatud, kas inimene on viimase nelja nädala jooksul sooritanud ükskõik milliseid kehalist aktiivsust nõudvaid tegevusi.⁶ Narkoprobleemi olemasolu tunnuse moodustamisel on aluseks võetud küsimus kanepi suitsetamisest kunagi elus, mida on täiendatud vastustega küsimusele teiste narkootiliste ainete elus kunagi proovimise kohta.⁷

Peamise analüüsimeetodina on kasutatud kirjeldavat statistikat vaadelduna kolmes vanuserühmas: noorem iga (15–34 a), vanem tööiga (35–64 a), vanuriiga (65aastased ja vanemad). Kolme vanuserühma eristamise aluseks on muutused tervelt elatud eluaastates põlis- ja immigrantrahvastikus: kuni 35. eluaastani on kahe rahvastikurühma elua vahe suurim, kõikides 4 ja 3,5 eluaasta vahel, keskmises tööeas see vahe väheneb kolmelt eluaastalt ühele ning vanurieas muutub tervelt elatud eluaastate vahe immigrantrahvastiku kasuks. Et keskenduda kahe rahvastikurühma põhimõttelistele erinevustele, on artiklis kasutatud näitajaid mõlema rahvastikuosa kogurahvastiku kohta, eristamata sugusid. Näitajate arutamisel on kasutatud ETeU 2006 kaalutud andmeid.

KAHE RAHVASTIKURÜHMA ENESEHINNANGULINE TERVIS NING SOTSIAAL-MAJANDUSLIKUD TEGURID

Eesti rahvastik on oma tervelt elatud eluaastate näitaja poolest ühelviimasel kohal Euroopa riikide hulgas (11). Mitte-eestlaste tervelt elatud eluaastate arv on sünnihetkel ligi 4 aastat põlisrahvastikust väiksem (vt jn 1),

¹ Kuidas on Teie tervis üldiselt? Kas Teil on mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem? Mil määral on viimased 6 kuud Teie igapäevategevused olnud piiratud seoses pikaajalise haiguse või terviseprobleemiga? (10)

² Mitte-eestlaste rahvastikurühm erineb immigrantrahvastikust põlise vene vähemusrahvuse osa võrra, mida aga ei ole võimalik eristada elutabelite arvutustes, mis on tervelt elatud eluaastate arutamise aluseks.

³ ETeU 2006 naiste ankeedi küsimused jn12, jn15, jn26 ja jn28 ja jn30 ning meeste ankeedi küsimused jm12, jm15, jm29, jm30, jm31 ja jm33 (10).

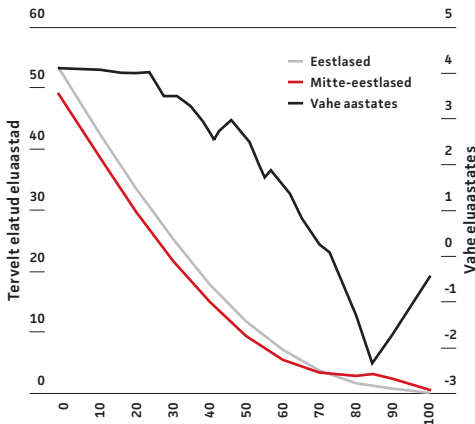
⁴ Küsimused r35 kuni r38 (10).

⁵ Küsimused t05, t07, t08 (10).

⁶ Küsimused t11, t14, t18 (10).

⁷ Küsimused s03, s07, s09 ja s10 (10).

moodustades 48,7 eluaastat. Põlisrahvastiku tervelt elatud eluaastad on 52,8. See tähendab, et need rahvastikurühmad elavad oma keskmisest elueast ligi kolmandiku igapäevategevustes piiratud (9). Vanuse kasvades kahe rahvastikurühma erinevus tervelt elatud eluaastates kahaneb (vt tabel 1). Eluea vahe kahaneb väiksemaks kui 2 aastat alates 54. eluaastast ning langeb alla 1 aasta alates 65. eluaastast. Pärast 75. eluaastat on vahe juba immigrantrahvastiku kasuks. Immigrantrahvastiku vanavanurite suurem tervelt elatud eluaastate arv viitab olulisele selektiivsusele selle rahvastikurühma hulgas.



Joonis 1. Eestlaste ja mitte-eestlaste tervelt elatud eluaastad ning vahe eluaastates vanuseni, 2006

Allikas: autori arvutused, Statistikaameti elutabelid

Tabel 1. Eestlaste ja mitte-eestlaste tervelt elatud eluaastad ning vahe eluaastates vanuseni, 2006

Vanus	Eestlased	Mitte-eestlased	Elueavahe
0	52,8	48,7	4,1
15	38,6	34,5	4,1
25	30,1	26,1	4,1
35	22,1	18,8	3,3
45	15,3	12,3	3,0
55	9,5	7,7	1,8
65	5,4	4,5	1,0
75	2,6	2,8	-0,2
85	1,0	3,3	-2,3

Allikas: autori arvutused, Statistikaameti elutabelid

Tervise enesehinnangu järgi hindab immigrantrahvastik oma tervist kolme küsimuse kokkuvõttes keskmiselt 15% halvemaks kui põlisrahvastik (vt tabel 2). Enesehinnangulise hea tervise osakaal on Eestis väga väike: vaid veidi üle poole põlisrahvastikust ning veidi üle 40% immigrantrahvastikust annab oma tervisele väga hea või hea hinnangu. Earühmade võrdluses on hinnangud erinevad. Kõige väiksem on tervisehinnangu vahe kahe rahvastikurühma vahel väga hea ja hea tervise kohta noorimas vanuserühmas, suurenedes vanurieas rohkem kui 50%-ni. See küsimus sisaldab kõige enam emotsionaalse heaolu komponenti, mistõttu seda küsimust tuleks vaagida tugevas seoses vaimse tervise näitajatega. Earühmiti toob see esile ka seose järgmise tervise-enehinnangulise küsimusega pikaajalise terviseprobleemi olemasolu kohta. Nooremas eas võib esineda küll juba pikaajaline terviseprobleem, kuid sellele vaatamata hinnatakse oma tervist heaks või väga heaks, vanemas eas aga ilma pikaajalise terviseprobleemi või igapäevategevuste piiranguteta on väga hea ja hea tervise osakaal ikkagi väiksem.

Ühe peamise terviseriski rühmana on oluline jälgida neid, kellel on olulised igapäevategevuse piirangud. See rühm vajab tavapäraselt rohkem nii sotsiaalset kui ka meditsiinilist toetust. Põlisrahvastikus moodustab see rühm oma enesehinnangu kohaselt kolmandiku, immigrantrahvastiku puhul ligi kaks viiendikku. Oluliselt igapäevategevustes piiratud rahvastiku jaotus on aluseks sellele, et põlisrahvastikul tuleb 21 aastat ja immigrantrahvastikul ligi 23 aastat elada oma elueast toimetulepiirangutega (9).

Tervise enesehinnang on erinevate uurin-gute andmetel oluliselt mõjutatud rahvastiku sotsiaal-demograafilistest ning -majanduslikest mõjuritest (13). Üheks oluliseks haigestumust ning suremustõenäosust en-

Tabel 2. Põlis- ja immigrantrahvastiku tervise enesehinnangulised seisundid, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Väga hea ja hea tervis	81,3	52,7	17,4	51,8	80,0	42,7	8,4	43,9
Pika-ajaline terviseprobleem	22,1	45,4	76,0	46,6	24,3	50,1	84,4	51,7
Oluliselt igapäeva-tegevustes piiratud	14,1	35,9	65,0	33,3	16,5	42,2	74,7	39,8

nustavaks mõjuriks on olnud rahvastiku haridustase, mis kaudselt hindab nii teadlikkust kui ka toimetulekuvõimalusi (14).

Kõrgharidus suurendab hea tervisega veedetud aega ning vähendab toimetulekupiirangutega veedetud eluiga (15). Rahvastiku majandusliku tegevuse tunnuseks on kasutatud aktiivse majandusrahvastiku tunnust, mis peegeldab inimese toimimist tööturul. See on nii sissetulekuallika kui ka üldise aktiivse seisundi oluline mõõdik. Mitmetes immigrantrahvastiku tervise käsitlustes on olulise tegurina esile toodud ka ametistruktuuri. Olemine kas nn valgekrae-ametite või töölisametite esindaja on tinglikult sissetulekutaseme määraja koos sellega kaasneva arstiabi kättesaadavusega, kuid teatud juhtudel ka oluliseks terviseriskide allikaks (16). Selles analüüsis on kasutatud ametistruktuuri määratlemiseks teavet põhilise ameti kohta eluaegselt, mida vastuse puudumisel on täiendatud kas praeguse või viimase ametikoha teabega.⁸

Sotsiaalse võrgustiku mõõdikuna on kasutatud näitajat kooseluse elamise kohta, olenemata selle registreerimisest (17, 18). Kooselul on eriti tugev mõju meesrahvastiku tervisele ning selektiivsele elulemusele (19). Põlis- ja immigrantrahvastiku erinevat kooselumudelit, kus immigrantrahvastik elab suuremal määral registreeritud abielus ning astub koosellu varasemas eas, aitab ühtsemalt esitada kooselu tunnust.

Tabelis 3 on esitatud demograafilised taustatunnused osakaaludena nii oluliselt igapäevategevustes piiratud kohta kui ka

rahvastikurühma keskmisena. Rahvastikurühmade keskmise võrdlusest ilmneb, et rahvastiku koostisest tulenevad erinevused kahe rühma vahel ei ole eriti suured või tasandavad üksteist. Samas on need erinevused vanuserühmiti erinevad. Immigrantrahvastikku iseloomustab keskmiselt suurem kõrgharidusrahvastiku osakaal, kuid sellele vastupidi on nende hulgas põlisrahvastikust tunduvalt väiksem valgekraede osakaal. Immigrantrahvastiku tuleviku seisukohalt on oluline, et noorimas eärühmas on nii kõrgharitud kui ka valgekraede osakaal oluliselt väiksem kui põlisrahvastikus. Immigrant-rahvastik elab keskmiselt rohkem kooselus, kuid seda mitte vanurieas. Immigrantrahvastik on nooremas eärühmas majanduslikult tunduvalt aktiivsem. Vanemas eärühmas on põlisrahvastik keskmiselt peaaegu poole võrra tööjõuturul aktiivsem.

Terviseprobleemid, mis toovad kaasa olulised igapäevategevuste piirangud, on mõjunud kahele rahvastikurühmale nende näitajate alusel lähendavalt. Näitajad olid valitud selliselt, et kõik need peaksid mõjuma tervisele samasuunaliselt. Samas on nende mõju just vanuserühmiti erinev. Pea kõigi valitud näitajate puhul on nooremas vanuserühmas oluliselt oma igapäevategevustes piiratud hulgas keskmisest rohkem kõrgharitud, aktiivseid majandustegevusi, valgekraesid ning kooselurahvastikku, mistõttu tuleb nende puhul otsida rahvastikukoostisest erinevaid tervisedeterminante. Kui üldiselt oluliste igapäevategevuste piirangutega inimeste hulgas peaks olema vähem kõrgharidusrah-

⁸ ETeU 2006 naiste ankeedi küsimused jn12, jn15, jn26 ja jn28 ja jn30 ning meeste ankeedi küsimused jm12, jm15, jm29, jm30, jm31 ja jm33 (10).

Tabel 3. Põlis- ja immigrantrahvastiku ning tervise tõttu igapäevategevustes oluliselt piiratud demograafilised taustatunnused, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Kõrgharidusrahvastik	25,5	31,3	18,8	26,0	27,1	35,8	28,2	31,9
Aktiivne rahvastik	61,9	63,7	5,9	42,7	64,7	59,8	5,1	40,9
Valgekraed	49,7	50,3	49,8	50,0	45,8	48,1	51,5	49,0
Kooselurahvastik	48,7	69,7	41,7	56,4	58,1	73,0	42,5	60,0
Rahvastikurühma keskmine								
Kõrgharidusrahvastik	25,4	40,4	26,3	32,3	22,3	40,4	31,0	33,6
Aktiivne rahvastik	54,4	85,1	19,8	59,8	56,9	81,4	13,2	58,9
Valgekraed	50,1	59,2	53,0	54,7	39,5	51,0	52,6	47,5
Kooselurahvastik	47,6	72,7	45,9	58,7	51,4	74,9	44,1	61,2

vastikku, siis immigrantrahvastiku puhul on oluliste tervisest tulenevate piirangutega rahvastiku hulgas tervikuna keskmiselt suurem kõrgharitude osakaal. Selline erinevus viitab vajadusele sügavama analüüsi puhul täpsustatult defineerida haridustase haridusaastate alusel. Teatavasti on enamikul immigrantrahvastikust kesk- ja kõrgharidustaseme omandamise haridusaastate arv ühe võrra väiksem. Immigrantrahvastiku puhul torkab teise erandina silma tervisepiirangutega inimeste hulgas suurem valgekraede osakaal. Osaliselt võib nii üks kui ka teine olla mõjutatud eelkõige suuremast naiste osakaalust immigrantrahvastiku hulgas, mida aga siinkohal lähemalt ei käsitle.

Oluline on tõdeda, et rahvastikukoostise eripärast tulenevad tegurid, olgu see mõõdetud kooselus oleva, kõrgharidusega, ametnike ja teenindajate või tööjõuturul aktiivse rahvastiku osakaaluga, ei ole need määravad tegurid, mis immigrantrahvastiku haigestumust soodustavad. Vastupidi ootustele on igapäevaelus tervise tõttu oluliselt piiratud immigrantide hulgas ligi 20% kõrgharidusrahvastiku ülekaal võrreldes põlisrahvastikuga. Vanurieas küünib vastav erinevus 33%-ni. Immigrantrahvastiku igapäevaelus piiratud hulgas on suhteliselt enam selle rahvastikuosa keskmisega võrreldes nn valgekraeametite esindajaid, mis seoses kõrgharidusrahvastikuga on ka eeldatav.

Osaliselt on sellise erineva igapäevaelus piiratud koostisjaotus seletatav sooerinevusega, mida selles analüüsis lähemalt ei jälgita, kuid igal juhul tähendab see, et tegurid, mis on iseloomulikud sellise koostisega tervisenäitajale, erinevad neist, mis on mõjutanud põlisrahvastikku.

PEAMISED FÜÜSILISE JA VAIMSE TERVISE MÕJURID

Vaadeldes lähemalt, millised füüsilise või vaimse tervise seisundid on olulised tegurid igapäevategevuste piirangute tekkeks, kajastame füüsilist seisundit kahe näitajaga (raskused enesehooldel ning majapidamistöodes), vaimset tervist aga depressiooni-episoodi (tundnud ennast masendununa või kaotanud huvi ja võime rõõmu tunda) esinemisega kas elus kunagi või praegu.⁹

Rahvastikus moodustavad terviseprobleemidest tulenevate enesehooldamis- ja majapidamisraskustega inimesed keskmiselt 4–6%, veidi on neid inimesi rohkem põlisrahvastiku hulgas. Oluliselt suurem on kunagi elus depressioonisümptomit kogenute osakaal, mis moodustab ligi kolmandiku. Suurim erinevus rahvastikurühma keskmistes põlisuse järgi avaldub nende hulgas, kes on viimase kahe nädala jooksul kogenud depressioonisümptomit. Immigrantrahvastiku vastav näitaja on 40% suurem põlisrahvastiku keskmisest, olles nooremas vanu-

⁹ Küsimused H01, G01 füüsilise tervise kohta ning D01–D06 vaimse tervise kohta (10).

Tabel 4. Füüsiline ja vaimne tervis põlis- ja immigrantrahvastiku hulgas, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Enesehooldamisraskused	7,3	11,8	31,7	18,2	3,0	7,6	26,9	13,8
Majapidamises toimetulekuraskused	5,7	9,3	18,5	12,1	1,7	6,0	18,8	10,0
Depressioonisümpptom elus	42,8	39,9	38,1	39,7	49,7	40,1	42,2	42,2
Depressioonisümpptom praegu	12,4	12,6	10,3	11,8	12,1	15,7	23,6	18,0
Keskmine rahvastik								
Enesehooldamisraskused	0,6	2,8	9,9	4,3	0,0	2,2	10,2	4,1
Majapidamises toimetulekuraskused	0,2	0,3	2,5	6,3	0,0	0,9	3,9	5,8
Depressioonisümpptom elus	23,8	31,6	33,0	29,0	25,1	28,4	38,5	29,2
Depressioonisümpptom praegu	4,4	6,3	7,6	5,9	6,5	8,4	19,2	9,8

serühmas ligi kolmandiku võrra suurem ja vanemas rühmas 60% suurem. Omapäraselt eristub immigrantrahvastiku keskmises tööeas vanuserühm, kelle puhul elus kogetud depressiooninäitaja on põlisrahvastikust väiksem.

Oluliselt oma igapäevategevustes piiratud puhul kasvab nende hulk, kellel on enesehooldega ja majapidamistöödega raskusi, kusjuures suuremal määral mõjutavad igapäevategevusi enesehooldest tingitud raskused. Põlis- ja immigrantrahvastiku peamine erinevus igapäevaelus toimetulemiseks on selles, et põlisrahvastikus on immigrantrahvastikuga võrreldes nende suurem osakaal, kel on füüsilisest tervisest põhjustatud probleemid, immigrantrahvastikul põlisrahvastikuga võrreldes aga vaimse tervise probleemidega seotud rahvastiku osakaal. Kui põlisrahvastiku puhul depressioonisümpptomiga inimeste osakaal igapäevategevustes piiratud hulgas vanusega kaldub pigem vähenema, siis sedalaadi trendi ei nähtu immigrantrahvastiku puhul ning vanurieas on selles rahvastikuosas viimase kahe nädala jooksul depressiooni kogenute osakaal suurim. Immigrantrahvastiku igapäevaelus

piiratud hulgas kasvab depressiooninäitaja osakaal oluliselt vanuse kasvades. Selline põhimõtteline erinevus viitab kahe rahvastikurühma erinevale haigestumusstruktuurile, mis on jälgitav ka tervisekäitumise tegurite ja arstiabi kasutamise erinevustes.

TERVISEKÄITUMISE MÕJURID

Tervise kujunemisele pikas perspektiivis avaldavad enim mõju iseenda teadlikkusest tulenev tervisekäitumine ühelt poolt ning ennetustegevusele suunatud tervishoiusüsteem teiselt poolt (20). Järgnevalt on vaadeldud tervisekäitumise erinevaid tegureid peamiselt nendest aspektidest, mis on kirjanduses leidnud käsitlemist peamiste riskikäitumistena. Enamikul juhtudel on vastava käitumistava puhul risk haigestuda mingisse haigusesse suurem. Nii on suitsetajate puhul tavapärane seostada seda vereringehaigustesse ja hingamisteedega seotud haigustesse haigestumise suurema tõenäosusega, alkoholiprobleemide puhul on tõenäosem haigestuda seedetrakti haigustesse või psüühikahäirete teke¹⁰ (21, 22). Toitumistavad ja kehaline aktiivsus, samuti kehamassi indeks võivad olla olulisteks teguriteks, et

¹⁰ Metoodika osas kirjeldatud alkoholiprobleemi näitajat on antud käsitluses eelistatud tavapärase objektiivsema alkoholikogustest tuletatud näitaja ees. Lähemat analüüsi vajab see nähtus just immigrantrahvastiku puhul, kelle objektiivsed näitajad on põlisrahvastikust väiksemad. Eeldatavalt võib see olla seotud immigrantrahvastiku psühholoogilise eripäraga, mis otseste vastuste puhul kipub tegelikku olukorda paremas valguses näitama. Seetõttu on eelistatud kaudse näitaja kasutamine. Mingil määral võib samalaadsete põhjuste tõttu olla immigrantrahvastiku narkootiliste ainete kasutamise näitaja väiksem, kuid võib täheldada ka selle probleemiga rühma selektiivset kontsentratsiooni.

prognoosida diabeeti, hüpertooniatõppe, aga ka hingamisteede haigustesse haigestumist (23–25). Eestis on viimastel aastatel suurt kõneainet pakkunud meie HIV-tõppe nakatunute suur osakaal rahvastikus, mille peamiseks riskiteguriks on narkootikumide tarvitamine ja seksuaalne riskikäitumine. Mitu korda Euroopa Liidu arenenud maade vastavat taset ületav suremus vigastustesse, õnnetustesse ja mürgistustesse on Eestis seotud küll mitmete teguritega, kuid olulisel määral mõjutatud rahvastiku alkoholiprobleemist. Samas on kunagi olnud vigastused, õnnetused või mürgistused üheks peamiseks teguriks, mis ei võimalda inimestel oma igapäevategevustes enam ise toime tulla. Eespool nimetatud tegurid on välja valitud, et iseloomustada põlis- ja immigrantrahvastiku tervisekäitumise erisusi (vt tabel 5).

Tervisekäitumise esimeses plokis, mis on seotud suitsetamise, alkoholi tarvitamise ning vigastustega, on immigrantrahvastiku hulgas viiendiku võrra rohkem regulaarseid suitsetajaid, rohkem kui kolmandiku võrra enam alkoholiprobleemiga ning 10% võrra põlisrahvastikust rohkem inimesi, kellel on olnud vigastusi, õnnetusi või mürgistusi. Samas on immigrantrahvastiku hulgas põlisrahvastikust mõnevõrra vähem elus kunagi regulaarselt suitsetanud. Igapäevategevustes piiratute hulgas on nende probleemidega inimeste osakaal üldiselt väiksem, välja arvatud nende osakaal, kellel on elus olnud vigastusi. Mõlema rahvastikuosa piirangutega rühmades on vigastustega inimeste osakaal oluliselt suurem rahvastikurühma keskmisest näitajast, noorimas vanuserühmas on igapäevategevustes piiratud immigrantrahvastikul vigastusi omanute osakaal 70% võrra suurem kui immigrantrahvastikus keskmiselt. Immigrantrahvastikku enam iseloomustanud vigastused ületavad oluliselt oma igapäevategevustes piiratute hulgas kolmandiku võrra põlisrahvastiku vastavat näitajat. Erinevalt oma rahvastikurühma keskmisest kasvab oluliselt igapäevategevustes piiratud põlisrahvastiku hulgas iga vanuserühmaga nende osakaal, kes on

olnud vigastatud, ning kahe rahvastikuosa erinevus selle näitaja osas on väiksem vanurieas. Kõigi teiste halbade harjumuste puhul on suund nimetatud halbade harjumustega inimeste osakaalu vähenemisele vanuseti. Et need riskitegurid on ka ühed peamised suremuse mõjurid, siis ei saa väita, et nooremates vanuserühmades oleks oluliselt kasvanud riskikäitumine. Tervise halvenes, mida mõõdab oluliselt oma igapäevategevustes piiratute näitaja, on suitsetamis- ja alkoholiprobleemidega inimeste osakaal kahes vanemas vanuserühmas vastava rahvastikurühma keskmisest väiksem, mis viitab selle rühma selektiivsele elulemusele.

Peamiselt nooremast vanuserühma puudutav narkoprobleemide ja seksuaalse riskikäitumise esinemine on esimese terviseprobleemi puhul keskmiselt rohkem kui 10% võrra levinud põlisrahvastiku hulgas, samal ajal kui seksuaalne riskikäitumine on ligi viiendiku võrra enam levinud immigrantrahvastiku hulgas. Omaette väärib rõhutamist, et narkootikumidega on vanuses 15–34 kokku puutunud üle veerandi selleaalistest. Nende puhul, kes on terviseprobleemide tõttu oluliselt oma igapäevategevustes piiratud, kasvab immigrantrahvastiku nooremast vanuserühmas narkoprobleemidega inimeste osakaal, ületades põlisrahvastiku vastavat näitajat.

Kehakaaluga seotud probleemide puhul on probleemsete hulka arvestatud kehakaalu indeksi alusel nii ala- ja ülekaalulised kui ka rasvunud, kellest viimased on eraldi esitatud. Kehakaaluprobleemidega koos on käsitletud ka ebatervislikku toitumist ning vähest kehalist aktiivsust. Kehakaaluprobleemide puhul olulisi erinevusi põlis- ja immigrant-rahvastikus ei esine, immigrantrahvastikus esineb vaid veidi vähem kehaliselt väheaktiivseid. Rasvumisprobleem tabab mõlemat rahvastikurühma keskmises tööeas, mil rasvunute osakaal tõuseb vaevalt 10% piirimaile ligi kahe viiendikuni. Oma igapäevategevustes piiratute puhul on kehakaaluga seotud probleemid enam põlisrahvastikule iseloomulikumad kui immigrantrahvastikule.

Tabel 5. Põlis- ja immigrantrahvastiku tervisekäitumise tegurid, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Elus kunagi suitsetanud	47,6	50,1	29,0	42,2	54,4	49,1	23,7	40,8
Regulaarne suitsetaja praegu	33,4	27,0	7,8	21,1	49,8	31,5	8,1	25,7
Alkoholiprobleemiga	18,7	15,6	4,5	12,1	31,2	24,9	12,4	21,3
Elus kunagi vigastusi, mürgitusi, õnnetusi	24,8	30,9	32,0	30,3	37,2	35,6	33,2	35,0
Narkoprobleemiga	25,0	5,3	0,2	6,5	30,2	3,1	0,2	5,8
Seksuaalne riskikäitumine	13,8	4,6	0,2	4,2	20,5	6,8	0,4	6,3
Kehakaaluprobleemiga	38,1	70,1	70,5	65,3	38,9	64,3	68,3	62,2
Rasvunud	15,1	51,0	48,9	43,8	11,9	45,7	46,7	41,0
Toitumise riskikäitumine	13,9	18,3	20,5	18,4	13,6	17,9	16,4	16,8
Kehalise aktiivsuse poolst riskikäitumine	7,6	10,3	8,6	9,3	9,0	8,0	8,8	8,4
Keskmine rahvastik								
Elus kunagi suitsetanud	44,2	52,6	31,6	45,7	46,0	50,9	26,4	44,6
Regulaarne suitsetaja praegu	26,5	27,5	8,4	23,6	36,7	33,3	10,2	30,0
Alkoholiprobleemiga	17,5	15,1	4,3	14,0	25,0	24,6	13,1	22,5
Elus kunagi vigastusi, mürgitusi, õnnetusi	18,1	25,3	30,0	23,6	21,8	27,1	32,0	26,2
Narkoprobleemiga	23,2	4,2	0,2	10,4	21,2	4,3	0,4	9,2
Seksuaalne riskikäitumine	14,7	6,4	0,3	8,0	19,9	8,1	0,6	10,2
Kehakaaluprobleemiga	32,8	60,6	66,9	51,7	36,2	61,1	66,4	53,8
Rasvunud	9,4	37,3	42,9	26,9	9,0	36,4	43,3	27,6
Toitumise riskikäitumine	14,9	15,7	20,4	16,3	13,4	17,4	17,0	16,0
Kehalise aktiivsuse poolst riskikäitumine	6,3	8,0	6,7	7,1	6,6	6,4	7,1	6,6

Ligi kahel kolmandikul igapäevategevuse piirangutega põlisrahvastiku esindajal on kehakaaluprobleemid, immigrantrahvastikul on see näitaja 5% võrra väiksem.

Uuringutulemustest ilmneb, et tunduvalt suuremal määral on eeskätt esimese ploki riskikäitumise teguritest puudutatud immigrantrahvastik: regulaarseid suitsetajaid on nende hulgas ligi viiendiku võrra rohkem ning alkoholiprobleemiga inimesi üle 60% rohkem. Oluliselt oma igapäevategevustes piiratud puhul on nii suitsetajaid kui ka alkoholiprobleemiga inimesi veidi vähem, kuid samas oluliselt rohkem neid, kellel olnud vigastusi, mürgitusi või õnnetusi. See erinevus viitab suitsetamisest ja alkoholitarbimisest tulenevate mõjude pikatoimelisusele ning selektiivselt halbade harjumustest puudutatud rahvastikuosa väiksemale

ellujäämisvõimalusele, samas kui vigastuste tõttu on ellu jäädud, siis on see ka suurema tõenäosusega igapäevategevuste piiranguid tekitav. Immigrantrahvastiku alkoholiprobleemidega inimeste vanuseti suurenev ülekaal põlisrahvastikuga võrreldes võib olla üheks mõjuriks nende suuremale depressioonisümptomite osakaalule ning mõnel määral seletada ka kõrgemat pere- ja eriarsti ning päevaravi külastamise taset (vt allpool). Samuti viitab sellise ülekaalu säilimine igapäevategevustes oluliselt piiratud hulgas alkoholitarbimise erinevatele mustritele põlis- ja immigrantrahvastiku hulgas.¹¹

Narkoprobleemidega rahvastiku ülekaal igapäevategevustes piiratud immigrandide noorimas vanusrühmas võib osaliselt olla seotud ka selles vanuserühmas rohkem tarvitavate retseptiravimitega. Arvestades, et narkootilis-

¹¹Vt märkus 10

te ainetega kokkupuude on olnud riskiteguriks alles viimase paarikümne aasta jooksul, tuleb eeldada selle teguri kasvavat mõju rahvastiku tervisele järgnevatel aastakümnetel.

TERVISEÜSTEEMI MÕJURID

Tervishoiusüsteemi mõjurid on üks osa determinantidest, mis on tugevas seoses rahvastiku tervise taseme näitajatega (26). Kõige enam on arstiabi kättesaadavus seotud tänapäeval ravikindlustuse olemasoluga. Põlisrahvastiku hulgas on keskmiselt 3,1% ja immigrantrahvastiku hulgas 3,6% ravikindlustuseta isikuid (vt tabel 6). Siiski tähendab see 15% erinevust, mis meie sotsiaalsete tagatiste üldisuse juures mõneti üllatavalt säilib kõigis eärühmades, kaasa arvatud va-

nurideas. Tavapäraselt on ravikindlustuseta isikute puhul surve haiglaravi ja erakorralise arstiabi esmajärjekorras kasutamisele, kuna pöörduakse arsti juurde alles siis, kui terviseprobleem on juba ägenenud. Immigrant-rahvastikku iseloomustab 15–20% ulatuses suurem aasta jooksul haiglaravil viibinute ja erakorralise meditsiiniteenuste kasutajate osakaal. Immigrantrahvastikule on iseloomulik ka ligi kaks korda suurem aasta jooksul päevaravil viibinute osakaal, mis nõuab enne selle näitaja analüüsis kasutamist täpsemat hinnangut, kas küsimusest on õigesti aru saadud. Immigrantrahvastiku kaks tööeas vanuserühma on saanud aasta jooksul veidi vähem ükskõik millist arstiabi kui põlisrahvastik, kuid vanurideas on olnud

Tabel 6. Arstiabi kasutamine ja ravikindlustuse olemasolu põlis- ja immigrantrahvastiku hulgas, osakaal rahvastikurühmast protsentides

	Põlisrahvastik				Immigrantrahvastik			
	15–34	35–64	65+	Kokku	15–34	35–64	65+	Kokku
Oluliselt piiratud oma igapäevategevustes								
Aasta jooksul käinud arsti juures/haiglas	95,2	92,6	92,6	93,0	94,6	87,9	91,3	90,1
Haiglas viimasel aastal	8,3	15,8	22,7	17,1	15,7	19,9	23,2	20,5
Päevaravil viimasel aastal	6,5	8,8	6,1	7,5	29,3	25,4	17,1	22,9
Külastanud perearsti viimase kuu jooksul	27,2	36,8	38,8	36,0	24,3	35,6	43,7	36,9
Külastanud eriarsti viimase kuu jooksul	24,0	23,7	23,2	23,5	28,6	24,5	26,5	25,8
Külastanud hambaarsti viimase kuu jooksul	11,8	11,4	7,7	10,1	15,7	13,0	7,2	11,3
Saanud retseptiravimeid viimase kuu jooksul	47,6	70,4	87,5	73,0	52,3	69,1	83,8	72,0
Kiirabi kutsunud või erakorralise meditsiini osakonnas olnud viimase kuu jooksul	4,1	2,2	3,9	3,1	3,7	4,7	3,4	4,1
Ravikindlustuseta	4,0	3,6	0,7	2,6	7,6	4,8	1,8	4,2
Rahvastikurühma keskmine								
Aasta jooksul käinud arsti juures/haiglas	87,5	84,8	87,9	86,4	81,8	80,3	87,7	82,2
Haiglas viimasel aastal	5,8	8,8	17,4	9,3	8,7	10,2	19,1	11,4
Päevaravil viimasel aastal	5,3	5,6	4,8	5,3	16,3	18,6	13,9	16,9
Külastanud perearsti viimase kuu jooksul	17,2	24,5	33,3	23,5	16,3	24,1	38,8	24,3
Külastanud eriarsti viimase kuu jooksul	13,9	15,6	20,0	15,8	13,2	15,4	23,0	16,1
Külastanud hambaarsti viimase kuu jooksul	12,9	12,8	8,8	12,1	11,5	10,6	7,4	10,3
Saanud retseptiravimeid viimase kuu jooksul	26,5	45,9	76,2	44,4	23,2	43,8	74,4	42,8
Kiirabi kutsunud või erakorralise meditsiini osakonnas olnud viimase kuu jooksul	2,1	1,5	2,8	1,9	1,7	2,5	2,5	2,3
Ravikindlustuseta	3,5	3,7	0,9	3,1	4,1	4,3	1,1	3,6

arstiabi kasutamine aasta jooksul, ka perevõi eriarsti külastamine põlisrahvastiku vastavast näitajast sagedam.

Oluliselt igapäevategevustes piiratud hulgas on põlisrahvastikus ravikindlustuseta isikuid keskmisest vähem, kuigi nooremas vanuserühmas keskmisest veidi rohkem, immigrantrahvastiku hulgas on ravikindlustuseta isikute osakaal kõigis vanuserühmades rahvastikurühma keskmisest suurem ning moodustab 4,2%. Terviseprobleemiga inimeste puhul kasvab arstiabi kasutamise osakaal kõigi näitajate osas ning 93% oma igapäevategevustes piiratud põlisrahvastiku esindajaid on aasta jooksul külastanud mingit arsti või viibinud haiglaravil, immigrant-rahvastiku puhul jääb see näitaja 90% juurde. Enam on aasta jooksul arstiabi kasutanud noorem vanuserühm, immigrantrahvastiku keskmises tööeas olev rahvastik on arstiabi kasutanud aasta jooksul kõige vähemal määral. Peaaegu kõigi arstiabi kasutamise näitajate puhul on immigrantrahvastiku igapäevategevustes piiratud kasutanud arstiabi erinevaid võimalusi põlisrahvastikust rohkem. Veidi vähem kasutavad oluliselt igapäevategevustes piiratud immigrantid arsti väljakirjutatud retseptiravimeid, kuid nende hulgas tõuseb esile noorem vanuserühm, kes kasutab ravimeid põlisrahvastikust rohkem. Kas immigrantrahvastiku altim arstiteenuse kasutamine on seotud nende erineva haigestumusstruktuuri või käitumistava erisusega, nõuab sügavamat analüüsi seoses nende haigusstruktuuriga, kuid mõningal määral aitavad nende tervisekäitumise peamised tegurid seda erinevust mõtestada.

KOKKUVÕTE

Immigrantrahvastiku 4 aastat väiksem tervelt elatud eluaastate arv teisendub rohkem kui 15%-liseks ülekaaluks nende hulgas, kel esinevad olulised terviseseisundist tulenevad igapäevategevuse piirangud. Rahvastikurühmade demograafilises koostises olulisi erinevusi, mis võimaldaksid sellist tervisenäitajate vahet seletada, ei esine. Tavapäraselt maandavad haigestumusriski, mis siin-

ses käsitluses on väljendatud oluliselt tervise tõttu oma igapäevategevustes piiratud osakaaluga, kõrgharidus, kooselus olemine või nn valgekraemetite pidamine. Analüüsis ilmneb, et noorima vanuserühma puhul ei ole sotsiaal-demograafilised tegurid olnud tervisepiiranguid ennetavateks mõjuriteks. Immigrantrahvastiku oluliselt tervise tõttu oma igapäevategevustes piiratud noorimas vanuserühmas on rahvastikurühma keskmisest enam esindatud nii kõrgharidusega, majanduslikult aktiivsed, valgekrae-ametite esindajad kui ka kooselus elavad ning see sunnib selle earühma puhul otsima teisi tervisedeterminante.

Oluliseks erinevuseks põlis- ja immigrantrahvastiku haigestumusriskides on põlisrahvastiku puhul need determinandid, mis mõjutavad füüsilise tervisega seonduvaid probleeme, immigrantrahvastikul aga vaimse tervisega seonduvaid probleeme. Seetõttu on põlisrahvastiku igapäevategevustes piiratud hulgas enam levinud kehakaaluga seonduvad probleemid ja elus kunagi suitsetamine, immigrantrahvastiku hulgas aga alkoholiprobleemid, regulaarne suitsetamine, vigastused ning nooremas vanuserühmas narkootiliste ainete tarvitajad. Mitmed kaudsed näitajad viitavad immigrantrahvastiku traditsioonilisemale arstiabi kasutamisele ning väiksemale terviseteadlikkusele. Kokkuvõttes nõuavad eri vanuserühmades esinevad terviseprobleemid ning neid mõjutavad tegurid põlis- ja immigrant-rahvastiku erinevat käsitlust ning nii rahvastikurühma terviseteadlikkuse parandamiseks kui ka tervishoiusüsteemi-poolseks toetuseks mõnevõrra erinevaid meetmeid. Arvestades rahvastikurühmade käitumise erinevusi ning rakendades suunatud sihitteadlikke ennetusmeetmeid, on võimalik oluliselt parandada kogu Eesti rahvastiku tervisenäitajaid.

Artikkel on osaliselt valminud sihtraha 0132703s05 ja Eesti Teadusfondi granti nr 7619 toel.

luule.sakkeus@tai.ee

KIRJANDUS

1. Angel LJ, Buckley CJ, Finch BK. Nativity and self-assessed health among pre-retirement age Hispanics and Non-Hispanic Whites. *International Migration Review* 2001;35(3):785–803.
2. Courbage Y. Migrants in Western Europe: demographic behaviour and socio-economic conditions. *Demografija* 2007;50(5):5–25.
3. Wamala S, Merlo J, Boström G, et al. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:409–15.
4. Euroopa Nõukogu Bratislava deklaratsioon tervisest, inimõigustest ja migratsioonist 23.11.2007 (www) http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/declaration_en.pdf
5. Crul M, Vermeulen H. The second generation in Europe. *International Migration Review* 37;4:965–85.
6. Compton P, Courbage Y. Synthesis Report. In: Haug W, Compton P, Courbage Y, eds. The demographic characteristics of immigrant populations. *Population Studies* 2002;38:553–93.
7. Katus K, Puur A, Sakkeus L. Immigrant population in Estonia. In: Haug W, Compton P, Courbage Y, eds. The demographic characteristics of immigrant populations. *Population Studies* 2002;38:131–92.
8. Sakkeus L. Rahvastiku areng sidusrühmade kaudu. Rmt: A. Purju (toim.). *Sotsiaaltrendid 4*. Tallinn: Eesti Statistikaamet; 2007. lk.10–38.
9. Sakkeus L. Eesti rahvastiku tervise areng. *Eesti Arst* 2009;88(Lisa2):10–23.
10. Oja L, Matsi A, Leinsalu M. Eesti Terviseuuring 2006. *Metodoloogiaülevaade*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2008.
11. Eurostat. Eurostati andmebaas; 2008 (www) http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=0_1036184_0_45572592&_dad=portal&_schema=PORTAL 22.08.2008
12. Haug W. National and immigrant minorities: problems of measurement and definition. *Genus* 2000; LVI(1-2):133–48.
13. Van Oyen H, Bossuyt N, Deboosere P, et al. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 2004;108:3–10.
14. Crimmins Eileen M. Socio-economic differentials in mortality and health at older ages. *Genus* 2005; LXI(1):163–76.
15. Deboosere P, Neels K. Role of education in health transition: evidence from Belgian census. In: XXV European Population Conference; Barcelona, 9–12 July, 2008.
16. Kingston R, Smith J. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic disease. *Am J Public Health* 1997;87:805–10.
17. Anson O. Marital status and women's health revisited: the importance of a proximate adult. *Journal of Marriage and the Family* 1989;51(1):185–94.
18. Lund RP, Due JM, Holstein BE, et al. Cohabitation and marital status as predictor of mortality – an eight year follow-up study. *Soc Sci Med* 2002;55(4):673–9.
19. Martikainen P, Martelin T, Niihtilä E, et al. Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: analyses of changes in marital status distributions, socio-demographic and household composition and cause of death. *Population Studies* 2005;59(1):99–105.
20. Vallin J, Meslé F. Convergences and divergences: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy. A new approach to health transition. *Genus* 2005; LXI(1):83–124.
21. Caselli G. The key phases of the European health transition. *Polish Population Review* 1995;7:107–25.
22. Ramstedt M. Alcohol-related mortality in 15 European countries in the post-war period. *Eur J Popul* 2002;18:307–23.
23. Blair D, Habicht JP, Sims EAH, et al. Evidence for an increased risk of hypertension with centrally located body fat and the effect of race and sex on this risk. *Am J Epidemiol* 1984;109(4):526–40.
24. Cummins RO. Recent changes in salt use and stroke mortality in England and Wales. Any help for salt-hypertension debate? *J Epidemiol Community Health* 1983;37(1):25–8.
25. Folsom AR, Pinesas RJ, Kaye SA, et al. Body fat distribution and self-reported prevalence of hypertension, heart attack and heart disease in older women. *Int J Epidemiol* 1989;18(2):361–7.
26. Velkova A, Wollenswinkel van den Bosch JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):75–84.

SUMMARY

Health development of foreign-origin population in Estonia

The immigrant population of Estonia, accounting for almost 30%, has one of the highest proportions in Europe, which emphasizes the need to understand differences in population health development. The Estonian Health Interview Survey 2006 (EstHIS2006) offers the possibility to investigate the main divergences between native and immigrant populations in the aspects of socio-economic, demographic, health behaviour and utilisation of health care. According to the main structural

indicator of health, healthy life years, the native population is characterised with 52.8 years and the immigrant population with 48.7 years. Regarding this indicator, Estonia demonstrates one of the lowest levels in Europe, which for its population means living with health related limitations in their daily life performance during more than one-third of lifetime. Differences in this indicator diminish with age and among the oldest elderly of the immigrant population the indicator of healthy life years

is higher than among the native population, indicating selective survival among the immigrant population.

In general, the immigrant population does not differ in the main socio-economic and demographic characteristics: on an average immigrant population has a slightly higher proportion of those living together and having better education. On the contrary, the proportion of white-collar occupations through lifetime and economic activities are lower compared to those among the native population. However, those limited in their daily activities do not differ in the same way, while the immigrant population has a much higher proportion persons with higher education, all the other characteristics being quite similar.

The EstHIS data reveal different factors underlying the health condition of the two population groups. The main health situation described by the functional health and mental health indicators reveals that functional health problems are more prevalent among the native population and mental health problems are more prevalent among the immigrant population, in particular, characterised by having a current symptom of depression. This divergence becomes even more evident in the case of those limited in their daily activities. The native

population is characterised by a different set of behavioural factors related to their eating habits and physical activity, which are also manifested by their higher prevalence among obese persons.

The overall utilisation of health care system does not differ among the two populations. On the contrary, although those limited in their daily activities among the immigrant population are more likely to have used emergency care and hospital care; they also show higher utilisation of the services provided by family doctors and specialists. Indirectly, the utilisation patterns of health care of immigrant population might indicate their more traditional usage of the services, partly imposed by the relatively lower proportion of the insured among the group, but also by correspondence to the main determinants of their health behaviour more related to limitations due to their mental health problems, aggravated by alcohol problems, regular smoking and risky sexual behaviour. In conclusion, the data of the survey point out the divergences between the health developments of native and immigrant populations, which need targeted attention on the health policy level in order to address their health determinants with differentiated measures.