

Tartu Ülikool
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

**VÄLISPÄRITOLU RAHVASTIKU VAIMSE TERVISE
PROBLEEMID JA KATMATA TERVISHOIUTEENUSTE
VAJADUSED**

Magistritöö rahvatervishoius

Lembe Kullamaa

**Juhendaja: Rainer Reile, PhD, Tervise Arengu Instituut,
epidemioloogia ja biostatistika osakond, teadur**

Tartu 2021

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditSiini ja rahvatervishoiu instituudis ning Tervise Arengu Instituudi epidemioloogia ja biostatistika osakonnas.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 18.05.2021 lubada väitekirja terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Mare Ainsaar, PhD, Tartu Ülikool, ühiskonnateaduste instituut, sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika kaasprofessor

Kaitsmine: 02.06.2021

Magistritöö põhineb Eurostati andmetel: Euroopa Terviseuuring (EHIS) II laine (2013–2015). Vastutus kõigi andmete põhjal tehtud järelduste eest lasub täielikult autoril.

Sisukord

Kasutatud lühendid	5
Lühikokkuvõte	6
1. Sissejuhatus.....	7
2. Kirjanduse ülevaade.....	8
2.1 Ränne ja tervis.....	8
2.1.1 Migrantide terviseprofiile selgitavad teoreetilised käsitlused	8
2.1.2 Rändega seotud tervisemõjurid.....	10
2.1.3 Rände mõju vaimsele tervisele	12
2.2 Tervishoiuteenuste kasutamine	14
2.2.1 Katmata tervishoiuteenuste vajadused	18
2.2.2 Tervishoiuteenuste kättesaadavuse barjäärid	19
3. Eesmärgid	23
4. Materjal ja metoodika	24
4.1 Andmestik	24
4.1.1 Sõltuvad tunnused.....	24
4.1.2 Kirjeldavad tunnused	26
4.1.3 Eetilised aspektid	28
4.2 Andmeanalüüs.....	29
5. Tulemused.....	31
5.1 Uuritavate kirjeldus.....	31
5.2 Katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus	35
5.3 Depressiivsuse levimus	39
5.4 Välispäritolu isikute depressiivsuse esinemist selgitavad tegurid	41
5.5 Katmata tervishoiuteenuste vajaduste ja depressiivsuse levimus välispäritolu rahvastikus Euroopa piirkondades	44
6. Arutelu	48

6.1 Katmata tervishoiuteenuste vajaduste ja depressiivsuse esinemine välispäritolu rahvastikus ja põliselanike seas	48
6.2 Depressiivsuse esinemist selgitavad tegurid välispäritolu rahvastiku seas	50
6.3 Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste esinemine Euroopa piirkondades.....	51
6.4 Töö tugevused ja nõrkused	52
7. Järeldused	54
8. Kasutatud kirjandus	56
Summary	61
Tänuavaldus	63
<i>Curriculum vitae</i>	64
Lisa 1. Rändega seotud terminid	65
Lisa 2. PHQ-8 küsimustik	68
Lisa 3. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste sõltuvus rändestaatusest..	69
Lisa 4. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste esinemine Euroopa piirkondades.	70

Kasutatud lühendid

CI – usaldusvahemik (ingl *confidence interval*)

EHIS – Euroopa Terviseuuring (European Health Interview Survey)

EL – Euroopa Liit

EMP – Euroopa Majanduspiirkond

IOM – Rahvusvaheline Migratsiooniorganisatsioon (International Organization for Migration)

OR – šansside suhe (ingl *odds ratio*)

PHQ-8 – kaheksa küsimusega lühiküsitlus, millega hinnatakse patsiendi depressiivsust (Patient Health Questionnaire)

PRR – levimusmäärade suhe (ingl *prevalence rate ratio*)

PTSD – posttraumaatiline stressihäire (ingl *post-traumatic stress disorder*)

RR – suhteline risk (ingl *relative risk*)

UNHCR – Ühendatud Rahvaste Organisatsiooni Pagulaste Ülemvoliniku Amet (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees)

WHO – Maaailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization)

Lühikokkuvõte

Töö eesmärk oli uurida katmata tervishoiuteenuste vajadusi ja depressiivsuse esinemist Euroopa riikides elavate välispäritolu isikute hulgas.

Töö põhineb Euroopa Terviseuuringu II laine andmetel, mis koguti aastatel 2013–2015. Lõppanalüüsi kaasati Euroopa Liidu ja Euroopa Majanduspiirkonna 25 riigi täiskasvanud alates 20. eluaastast, kokku 250 636 inimest. Neist 91,0% olid põliselanikud ja 9,0% välispäritolu isikud. Tunnuste kirjeldamiseks kasutati sagedustabeleid ja seoste kontrollimiseks Pearsoni hii-ruut-testi. Statistiliselt oluliseks erinevuseks peeti p -väärtust, mis on $< 0,05$. Depressiivsust ning katmata tervishoiuteenuste vajadusi mõjutavate demograafiliste, sotsiaal-majanduslike ja sotsiaal-psühholoogiliste tunnuste seoste hindamiseks arvutati levimusmäärade suhted, kasutades Poissoni regressiooni. Levimusmäärade suhted esitati koos 95% usaldusvahemikega.

Katmata tervishoiuteenuste vajadusi esines rohkem välispäritolu rahvastikus (7,1%, 95% CI 6,8–7,5) kui põliselanikel (5,3%, 95% CI 5,2–5,4). Kõige enam katmata tervishoiuteenuste vajadusi oli põhjustatud maksumusest, seejärel transpordiprobleemidest või vahemaast ning pikkadest ravijärjekordadest. Nii põliselanike kui ka välispäritolu isikute seas oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõrgem naistel, põhi-, kutse- või keskharidusega inimestel, töötutel ja väikse sotsiaal-psühholoogilise tugivõrgustikuga inimestel olenemata rändestaatusest. Sissetuleku kahanedes kasvas katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kogu rahvastikus.

Depressiivsust esines rohkem välispäritolu isikutel (23,3%, 95% CI 22,8–23,9) kui põliselanikel (20,6%, 95% CI 20,5–20,8). Depressiivsuse esinemist välispäritolu rahvastiku seas selgitasid järgmised tegurid: sugu, vanus, haridustase, kooselustaatus, sissetulek, tööhoive, tervise enesehinnang, lähedaste inimeste arv, naabritelt abi saamine, teiste inimeste huvi näitamine ning järjekordade ja maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadused. Naistel, madala sissetulekuga inimestel, tööturul mitteaktiivsetel ja väikese sotsiaal-psühholoogilise tugivõrgustikuga inimestel oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem. Samuti oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem halva tervise enesehinnanguga isikute seas ning inimestel, kel esines järjekordade ja maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi.

Euroopa piirkondade lõikes läbi viidud analüüsis oli depressiivsuse levimusmäärade suhe statistiliselt oluline ainult Kesk- ja Ida-Euroopas, kus välispäritolu rahvastikus oli see madalam (PRR 0,92, 95% CI 0,85–0,99) kui põliselanike seas. Katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe oli Kesk- ja Ida-Euroopa välispäritolu rahvastikus 1,17 (95% CI 1,03–1,34) ning Lääne-Euroopas 1,25 (95% CI 1,12–1,39) võrreldes põliselanikega.

1. Sissejuhatus

Ränne on olnud aegade jooksul püsiv nähtus. See on eksisteerinud juba ammu enne hiljutisi Lähis-Ida kriise, mis on toonud rände avalikkuse huvi alla. Samuti on inimeste vaba liikumist peetud üheks Euroopa Liidu (EL) alustalaks pärast seda, kui 1992. aastal loodi Euroopa Liidu ehk Maastrichti lepinguga (1) alus EL-i kodanike õigusele liikuda ja elada vabalt EL-i liikmesriikide territooriumil (2). Lissaboni lepinguga lisati EL-i üldsätetesse kodanike vabaduste, turvalisuse ja õigustega seotud klauslid (2, 3). Eurostati andmetel sisenes 2019. aastal EL-i 2,7 miljonit sisserändajat kolmandatest riikidest. 2020. aasta 1. jaanuari seisuga olid EL-is elavast 447,3 miljonist inimesest 23 miljonit (5,1%) kolmandate riikide kodanikud. (4)

Euroopa Liidus on tervishoiuteenuste kättesaadavus välispäritolu isikutele suuresti sõltuv liikmesriigi poliitikast. Paljud EL-i riigid piiravad rändajate õigusi tervishoiuteenustele, uskudes, et see pärsib edasist sisserännet. Õigus tervishoiuteenuste kättesaadavusele sõltub olulisel määral sisserändaja õiguslikust seisundist (nt varjupaigataotlejad, legaalsed või haavatavas olukorras olevad migrandid, pikaajalised elanikud jne) (5, 6). Varasemalt on uuritud katmata tervishoiuteenuste vajadusi (7–9) ning vaimse tervise probleemide esinemist välispäritolu populatsioonis (10,11) eraldi teemadena. Samuti on depressiooni sõltuvust katmata tervishoiuvajadustest uuritud vaid vanemaealises populatsioonis (12), kuid teadaolevat pole seda seost uuritud migrantide seas.

Magistritöö eesmärgiks on uurida katmata tervishoiuteenuste vajadusi ja depressiivsuse esinemist Euroopa riikides elavate välispäritolu isikute hulgas. Töös kirjeldatakse rändega seotud terviseprofiile ja -mõjureid, välispäritolu isikute tervishoiuteenuste kasutamist ja nende kättesaadavust ning vaimse tervise probleemide esinemist. Töös analüüsitakse vaimse tervise probleemide levimust depressiivsuse näitel, samuti katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimust. Uurimus on rahvatervishoiu seisukohast vajalik, sest vaimse tervise probleemide ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste seost on välispäritolu rahvastiku seas vähe uuritud. Siinne töö võib tuua esile tervishoiuteenuste korraldamise potentsiaalsed kitsaskohad ja kirjeldada nende mõjusid tervisele.

2. Kirjanduse ülevaade

Ränne ehk migratsioon on defineeritud kui „inimeste või inimeste rühma liikumine ühelt alalt teisele, üle riigipiiride või riigi sees, vabatahtlikult või sunniviisiliselt“ (13). Migrant on üldmõiste, mida pole rahvusvahelistes õigusaktides ühtselt defineeritud. Migrandi all mõistetakse üldjuhul inimest, kes vahetab alaliselt või teatavaks ajavahemikuks oma elukohta, tavaliselt elukohariiki. See termin hõlmab juriidiliselt selgelt määratletud kategooriaid (näiteks välispäritolu töötajad; inimesed, kelle konkreetset liikumisviisi on õiguslikult määratletud, nt pagulased, inimkaubanduse ohvrid), kuid ka neid, kelle staatus või liikumisviis pole rahvusvahelises õiguses konkreetselt määratletud (näiteks välistudengid). (14)

Rahvusvahelisel tasandil eristatakse migrante riigis viibimise seaduslikkuse alusel. Ebaseaduslikult riigis viibiv isik ehk ebaregulaarses olukorras olev migrant (ingl *migrant in an irregular situation*) on inimene, kes liigub või on liikunud üle rahvusvahelise piiri ja kellel ei ole õigust riiki siseneda ega seal viibida selle riigi seaduste ja rahvusvaheliste lepingute alusel, mille osaline see riik on (13–15). Legaalne migrant (ingl *migrant in a regular situation*) on inimene, kes liigub või on liikunud üle rahvusvahelise piiri ja kellel on selle riigi seaduste ja rahvusvaheliste lepingute alusel, mille osaline see riik on, luba riiki siseneda või seal viibida. (13–15) Täpsemad rändega seotud terminite definitsioonid ja kirjeldused on toodud lisas 1.

Töö teoreetilises osas kasutatakse rändestaatusega seotud termineid (nt migrant, sisserändaja, pagulane jne) lähtuvalt algallikatest, et anda täpsemalt edasi olemasolevaid teooriaid ja varem avaldatud teadustöid. Töö empiirilises osas kasutatakse läbivalt terminit „välispäritolu isik“, lähtudes töö metoodikast ja eetilistest aspektidest (peatükk 4). Terminit „välispäritolu isik“ kasutatakse üldmõistena, mis hõlmab endas kõiki isikuid olenemata legaalsest staatusest (st migrant, ebaregulaarses olukorras migrant, pagulane, legaalne migrant jt).

2.1 Ränne ja tervis

2.1.1 Migrantide terviseprofiile selgitavad teoreetilised käsitlused

Ränne on kõrge stressitasemega protsess. See võib ületada sisserändajate kohanemisvõimet ning viia füüsilise ja vaimse tervise languseni. Teaduskirjanduse põhjal on migrantide tervislik seisund sisserände ajal vähemalt esialgu parem kui vastuvõtva riigi mitterändajate rahvastikul (16–18). Seda nähtust nimetatakse terve migrandi efektiks (ingl *healthy migrant*

effect). Migrantide tervisliku seisundi eelis väheneb aja jooksul ja see muutub 5–10 aastat pärast sisserännet põliselanike omaga võrdseks või halvemaks. (17, 19–21)

Terve migrandi efekti seletatakse peamiselt nelja teguriga: immigratsiooni valik (ingl *in-migration selection*), emigratsiooni valik (ingl *out-migration selection*), kultuurilised mõjud ja registrite vead (16, 19). Immigratsiooni valik viitab sellele, et sihtriiki sisserändavate inimeste terviseseisund ei kajasta nende päritolumaa elanike keskmist terviseseisundit, vaid on sellest parem (17, 21–23).

Emigratsiooni valiku (ingl ka *salmon bias hypothesis*) järgi pöörduvad sihtriigis elavad halvema tervisega migrandid suurema tõenäosusega lähteriiki tagasi (19, 20). Üks naasmise põhjusi võib olla näiteks soov saada perekonnalt suuremat toetust või soov surra oma sünnikohas. Samuti võib naasmist mõjutada töö: sageli töötavad migrandid füüsiliselt nõudlikel töökohtadel. Terviseprobleemidega migrandid on vähem võimelised saavutama nõutud kõrget tootlikkust, mis võib viia töötasu vähenemiseni ja elatustaseme languseni. (23)

Kultuuriliste mõjude alla kuuluvad elustiiliga seotud tegurid, näiteks toitumine, alkoholi ja narkootikumide tarbimine (17, 21). Migrantidel võib päritoluriigis valitsevate kultuurinormide tõttu olla parem tervisekäitumine, nt suitsetatakse ja tarbitakse vähem alkoholi ning toitutakse tervislikumalt kui seda teevad sihtriigi elanikud. Kultuurilised mõjud on kõige olulisemad hiljutiste sisserändajate seas, kes peavad kõige tõenäolisemalt kinni oma päritoluriigi normidest ja tavadest. Arvestades akultuuratsiooni (lisa 1), peaksid kultuurilised mõjud aja jooksul seda rohkem nõrgenema, mida pikem on rände kestus ja sihtriigis elamise aeg. See tähendab, et migrantide tervisekäitumine muutub aja möödudes põliselanikkonna omaga sarnasemaks. (21)

Migrantide paremat terviseseisundit saab osaliselt selgitada ka registriandmete ebatäielikkusega. Selle üheks näiteks on eakad migrandid, kes võivad ilma registreid teavitamata jäädavalt oma kodumaale naasta, kuid jäävad endiselt registritesse (17, 19–21).

Migrandi staatus võib mõjutada tervist ebasoodsalt sihtriiki saabumisest alates. Vaesus, diskrimineerimine tööturul, reisi- ja elamistingimused sihtriigis võivad mõjutada tervishoiuteenuste kättesaadavust, mis omakorda võib viia tervise halvenemiseni (16). Samuti on sotsiaalsel tõrjutusel ja marginaliseerimisel kahjulik mõju eriti teise põlvkonna sisserändajate tervisele (16). Seda nimetatakse kurnatud migrandi efektiks (ingl *exhausted migrant effect*): migrandi tervis halveneb ehk muutub põliselanikkonna keskmine tervisega samasuguseks ning kaob terve migrandi efekti mõju. Tegu on assimilatsiooniprotsessiga, mis mõjutab negatiivselt eriti teise põlvkonna migrantide tervist. (16)

Rändele eelnevate ebasoodsate tingimustega kokkupuude võib pärast rännet põhjustada halvenenud tervises seisundit, eriti juhtudel, kui ebasoodsad tingimused jäävad alles. Tõenäoliselt tasakaalustab rände valikuprotsess selle kumulatiivset mõju, st kehvema tervisega inimesed otsustavad mitte rännata. (24) Samamoodi võib terve migrandi efektile kaasa aidata parem sotsiaal-majanduslik olukord päritoluriigis (18). Migrantide enesevalik (ingl *migrant self-selection*; kõige tervematel ja jõukamatel on tõenäoliselt rohkem rahalisi võimalusi ning nad on piisavalt terved, et rännata), institutsiooniline valik (ingl *institutional selection*; eelistatakse kõrgelt kvalifitseeritud sisserändajaid) ja vastuvõtva riigi tervisekontroll suurendavad terve migrandi efekti mõju ning põliselanike ja migrantide vahel tervisega seotud ebavõrdsust (22).

2.1.2 Rändega seotud tervisemõjurid

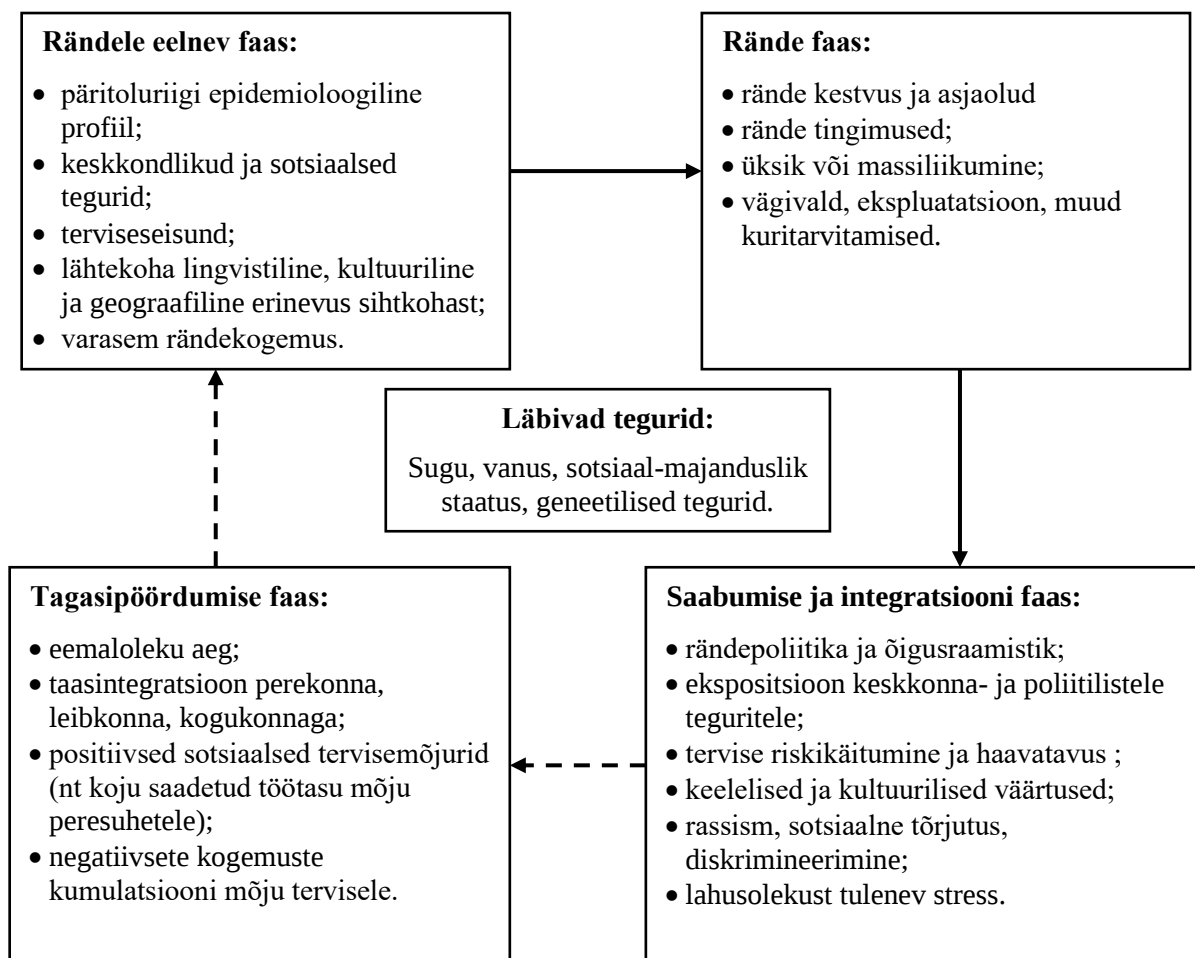
Migrandid on terviseprobleemide suhtes haavatavamad ja see on sageli põhjustatud rändejärgsetest stressoritest (nt sotsiaalse tugivõrgustiku kaotuse tõttu tekkinud isolatsioon). Terviseprobleeme võivad süvendada ebakindel õiguslik ja sotsiaal-majanduslik olukord (nt dokumentide puudumine, diskrimineerimine, töötus, kehvad elutingimused ja madal sissetulek), keelelised ja kultuurilised muutused ja üksindus. (10, 25, 26) Need tegurid võivad omakorda põhjustada tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja sotsiaalse kaasatuse halvenemist (25). Peale selle on sotsiaal-majanduslik staatus ja sugu töötingimuste ning tervisliku seisundi aluseks olevad tegurid, mis võivad avaldada mõju või muuta rände tüübi ja tervisliku seisundi vahelisi seoseid (24).

Migrantide tervisemõjurid on muu hulgas seotud rändetee eri etappidega: rändele eelnev faas, rände faas, saabumine ja integratsioon ning tagasipöördumine. (27, 28) Rändetsükkel ja migrantide tervist mõjutavad tegurid kogu rände vältel on kirjeldatud joonisel 1.

Individuaalsed tervisemõjurid mõjutavad kogu rändeprotsessi jooksul migrandi tervist. Individuaalsed tervisemõjurid on näiteks vanus, sugu, geneetiline eelsoodumus haiguste tekkeks ning rände kontekstis epidemioloogiline profiil ja haigustele eksponeeritus. (27)

Rändele eelneva faasi ajal mõjutavad migrandi tervist peale varem mainitu ka traumade ja inimõiguste rikkumise kogemine (nt elu sõja- või konfliktitsoonis) ning sihtkoha kultuuriline, keeleline ja geograafiline lähedus. Samuti on tervisemõjur ja rände mõjutaja tervishoiuteenuste kättesaadavus ja taskukohasus sihtkohas. Rände faasi jooksul on põhilised mõjurid selle kestvus, tingimused (nt ilmastikutingimused, transpordivahendid, vägivalda ja ekspluateerimise kogemine või kinnipidamine). (27, 28)

Saabumise ja integratsiooni faasis on olulised tervisemõjurid muu hulgas riigi poliitika, keeleline ja kultuuriline barjäär, rassism ja diskrimineerimine (27, 28). Diskrimineerimine, vaesus, nõuetele mittevastavad elu- ja töötingimused ning tervishoiuteenustele juurdepääsu tõkked võivad põhjustada tervise halvenemist. Teaduskirjanduses on välja toodud, et migrandid on haavatavad teatud nakkushaiguste, töötervishoiu ohtude, vigastuste, halva vaimse tervise (nt skisofreenia, ärevus ja depressioon) ja rasedusega seotud komplikatsioonide suhtes. Samuti on suurem oht ülekaalulisusest ja ebapiisavast füüsilisest aktiivsusest tingitud mittenakkuslike haiguste tekkeks. (6, 16, 29)



Joonis 1. Migrantide tervisemõjurid rändetsükli jooksul. Allikad: Gushulak jt (27), IOM (28); autori kohandus

Rände kui protsessi kontekstis on peamised struktuursed tervisemõjurid näiteks õiguslik raamistik ja ühiskondlik suhtumine migrantidesse, tavaliselt poliitiliselt vahendatud ehk nad on mõjutatud riiklikust poliitikast. Migrantidel on halvema tervise risk suurem kui põliselanikel, kuid tõrjuva (ingl *exclusionist*) poliitikaga riikides on need erinevused palju suuremad kui assimilatsioonimeelsetes ja mitmekultuurilistes riikides. (30) Samamoodi on põliselanike ja

migrantide tervisega seotud ebavõrdsus mitmekultuurilistes ja assimilatsioonimeelsetes riikides kõige väiksem ning tõrjuva poliitikaga riikides kõige suurem. Suuremal või vähemal määral mõjutavad seda sotsiaal-majandusliku olukorra ja elutingimuste erinevused. (30) Seega võib öelda, et riigi poliitika mõjutab migrantide tervislikku seisundit.

Päritoluriiki naasmisel mõjutavad migrantide tervist perekonnaga ja kogukonnaga taasintegratsiooni edukus, mida omakorda mõjutab kodumaalt eemaloleku aeg ehk rände kestus. Peresisesed konfliktid ja harmoonia on omakorda seotud paljude teiste teguritega, nt majandusliku olukorraga ja leibkonnas otsustamisõiguse ümberkujundamisega (n-ö perepea rolli muutumine. (27)

Mõni migrantide rühm, näiteks võõrtöötajad, naasevad majapidamistesse, mis on saanud tänu koju saadetud töötasule rändest kasu. See omakorda on suurendanud sotsiaalseid tervisemõjureid, mis mõjutavad soodsalt nende tervist. Kuid teatud inimrühmad on haavatavamad, nt ebaregulaarses olukorras olevad migrandid, pagulased, smugeldamise või inimkaubanduse ohvrid. Nad on rände jooksul läbi elatud halbade kogemuste kuhjumise tõttu haavatavamad: see avaldab mõju nende füüsilisele ja vaimsele heaolule. (27)

2.1.3 Rände mõju vaimsele tervisele

Depressiooni ja ärevuse levimust sisserändajate ja etniliste vähemuste hulgas on uuritud palju. Epidemioloogilised uuringud ei ole ühtselt näidanud sisserändajate ja etniliste vähemuste seas depressiooni või ärevuse suuremat määra võrreldes üldrahvastikuga. Bas-Sarmiento jt (31) tehtud narratiivses kirjanduse süstemaatilises ülevaates tuuakse esile, et 61,9% uuringuid viitasid depressiooni suuremale levimusele sisserändajate seas võrreldes põliselanikega. 23,8% uuringutes jõuti vastupidisele järeldusele ja 14,3%-s analüüsitud uuringutes leiti, et sisserändajate ja põliselanike vahel pole depressiooni ja ärevuse levimuses olulisi erinevusi (31). Foo jt (32) leidsid oma süstemaatilises ülevaates depressiooni koondlevimuseks 15,6%, kuid nende analüüs hõlmas ainult regulaarseid migrante ning pagulased, lapsed ja asüülitaotlejad jäid kõrvale. Kõige suurem oli depressiooni levimus noorimas vanuserühmas (25–34-aastased) ja kõige väiksem vanimas vanusegrupis (vanemad kui 45 aastat) (32). Ameerika Ühendriikides ja inglise keelt rääkivates riikides korraldatud uuringutes oli migrantide seas väiksem depressiooni levimus kui mujal maailmas (32). Kuigi migrantidel oli depressiooni haigestumise šansside suhe võrreldes põliselanikega väiksem ($OR = 0,9$), ei olnud erinevus statistiliselt oluline (32).

Nii Bas-Sarmiento jt (31) kui ka Foo jt (32) süstemaatilised ülevaated põhinesid rahvastikupõhistel läbilõikelistel- või longituudsetel uuringutel, kuid tervishoiuteenuste

kasutamise erinevuste, tajutud vajaduste ning kultuurilise ja rahalise kättesaadavuse takistuste tõttu ei pruugi saada rahvastikupõhiste uuringute tulemusi otseselt üle kanda. Tarricone jt (33) on oma süstemaatilises ülevaates toonud esile, et kui hinnata depressiooni ja ärevuse levimust etniliste vähemuste ja migrantide populatsioonis esmatasandi arstiabi kontekstis, võib see aidata probleemi tegelikku ulatust paremini tuvastada. Samas uurimuses leiti, et depressiooni suhteline risk (RR) on migrantide seas 1,21 ($p < 0,012$) ja ärevuse suhteline risk 1,01 ($p = 0,971$) võrreldes põliselanikega (33). Mindlis jt (34) leidsid, et esimese põlvkonna migrantide seas oli meeleoluhäirete RR 1,25 (95% CI 1,11–1,41), kuid teise põlvkonna migrantide seas oli see 1,16 (95% CI 0,96–1,40). Meessoost migrantidel oli kõrgem meeleoluhäirete suhteline risk kui meessoost põliselanikel ($RR = 1,3$, $p < 0,05$), kuid naiste seas erinevust ei täheldatud. (34)

Migrantide seas olid depressiooni riskitegurid stressirohked elusündmused, mis olid enamasti seotud rahalise kaotuse, füüsilise puude, lähedaste perekondlike sidemete puudumise, perekonna vähese integratsiooniga või füüsilise vägivalla kogemisega (33).

Migrandid puutuvad enne rännet, selle ajal ja pärast seda sageli kokku stressirohkete ja mõnikord traumaatiliste olukordadega, mis on sageli vaimse tervise probleemide riskiteguriteks. Nad võivad puutuda kokku rassilise diskrimineerimise, vägivalla, õiguskaitseorganite poolse kuritarvitamise, sundasumisele saatmise ja sunniviisilise lahusolekuga oma perekonnast. (10) Bustamante jt on näidanud, et trauma tõsidusel on mõju ka pärast rändejärgsete tegurite kontrollimist (10). Rändejärgsed kogemused, nagu näiteks akulturatsioon, varjupaiga taotlemise protsessi ümbritsev bürokraatia ja halvad elutingimused, võivad samuti vaimsele tervisele negatiivselt mõjuda. (23, 33) Kõik see võib põhjustada tõsisemaid vaimse tervise probleeme nagu posttraumaatiline stressihäire (PTSD), depressioon ja psühhhoos (10, 36, 37).

Mitmed demograafilised ja sotsiaal-majanduslikud tegurid võivad rände kontekstis vaimset tervist mõjutada. Vanemate migrantide haavatavus vaimse tervise probleemide suhtes on suurem kui noorematel (v.a sõja- ja piinamise ohvrid). (10) Eakad migrandid ei pruugi olla võimelised uue kultuuriga kohanema, mis põhjustab akulturatiivset stressi ja see omakorda võib viia vaimse tervise probleemide tekkimiseni (10). Majandusraskused, töötus, eluasemeprobleemid ja diskrimineerimise kogemine suurendasid negatiivsete vaimse tervise tulemite riski (10, 26, 35, 38).

Sotsiaal-psühholoogilised tegurid mõjutavad samuti migrantide vaimset tervist. Näiteks puudulik sotsiaalne võrgustik, üksildus, vähene sotsiaalne osalus ja vähene usaldus teiste vastu on kehva vaimse tervise lisariskitegurid (10, 35, 38). Sotsiaalsel toel on tugev kasulik mõju akulturatsioonile ja ümberasumisele: mida rohkem on sotsiaalset tuge, seda parem on vaimse

tervise tulem (35, 39). Sotsiaalsel tuge mõjutab suuresti keeleoskus. Chen jt (40) on näidanud, et kui migrantidel on piisav keeleoskus, et kohalike elanikega suhelda, nad tunnevad end asukohariigi kogukonna osana ning neil on sõpru eri usu- või etnilistes kogukondades, siis on tõsiste vaimse tervise probleemide tõenäosus väiksem.

Kohanemisel on akulturatsiooni osatähtsus suur ja see mõjutab migrantide tervist. Selle eri tulemite (integratsioon, assimilatsioon, segregatsioon, marginalisatsioon) mõju vahendab kerksus (ingl *resilience*). Kerksus on rände kontekstis pidev tulemuslik kohanemine stressorite ja ülesannetega, mis tulevad uues keskkonnas ette. Suurem kerksus, eriti noorte migrantide seas, soodustab kultuurilise kohanemise ja integratsiooni käigus vaimset tervist. (41)

Kerksus pole siiski ainus eduka akulturatsiooniga seotud tegur. Sotsiaalsel toel on positiivne seos akulturatsiooniga ning negatiivne seos depressiooni ja PTSD sümptomitega (39). Sarnaselt on Lecerof jt (38) osutanud, et sotsiaalse osaluse ning saabunud migrantide ja vastuvõtva riigi ühiskonna vahel usalduse suurendamine võib soodustada kerksust kehva vaimset tervist põhjustavate tegurite suhtes. Suurem kerksus võib põhjustada enesehinnangu paranemist, madalamat depressiooni ja ärevuse taset (41). Wu jt (41) on püstitanud hüpoteesi, mille kohaselt võib kerksus olla tegur või tulemus, mis vahendab noorte migrantide vaimset tervist ja akulturatsiooni. Migrantide vaimse tervist võib mõjutada ka akulturatsiooni tüüp. Assimilatsioon võib integratsiooniga võrreldes viia madalama kerksuse tasemeni ja seetõttu ennustada halvemat vaimset tervist (41).

Akultuuratsioonist tulenevad konfliktid võivad põhjustada vaimse tervise probleeme isegi inimestel, kes on sihtriigis pikka aega elanud, ja võivad põhjustada vajadust otsida psühholoogilist või psühhiaatrilist abi. Kultuurilised ja keelelised barjäärid võivad siiski pärssida kohaste vaimse tervise teenuste pakkumist. (10)

Sihtriigid saavad ümberasustamise poliitika ja akultuuratsiooni tõhususe parandamise kaudu mõjutada migrantide, eriti pagulaste tervist. Tõendus põhised tervishoiu-, sotsiaal- ja tööhõivekavad võivad ennetada või vähendada vaimse tervise häireid suure riskiga rühmades (s.o sõjapõgenike seas). (26)

2.2 Tervishoiuteenuste kasutamine

Õigus tervisele on üks inimõigusest ja õigus tervishoiuteenustele juurdepääsule on erineval määral kaasatud ka rahvusvahelistesse ja Euroopa õigusaktidesse (6). IOM on defineerinud migrandi-sõbraliku tervishoiusüsteemi terminit kui süsteemi, mis kaasab teadlikult ja süstemaatiliselt migrantide vajadusi tervishoiu rahastamisse, poliitikasse, kavandamisse,

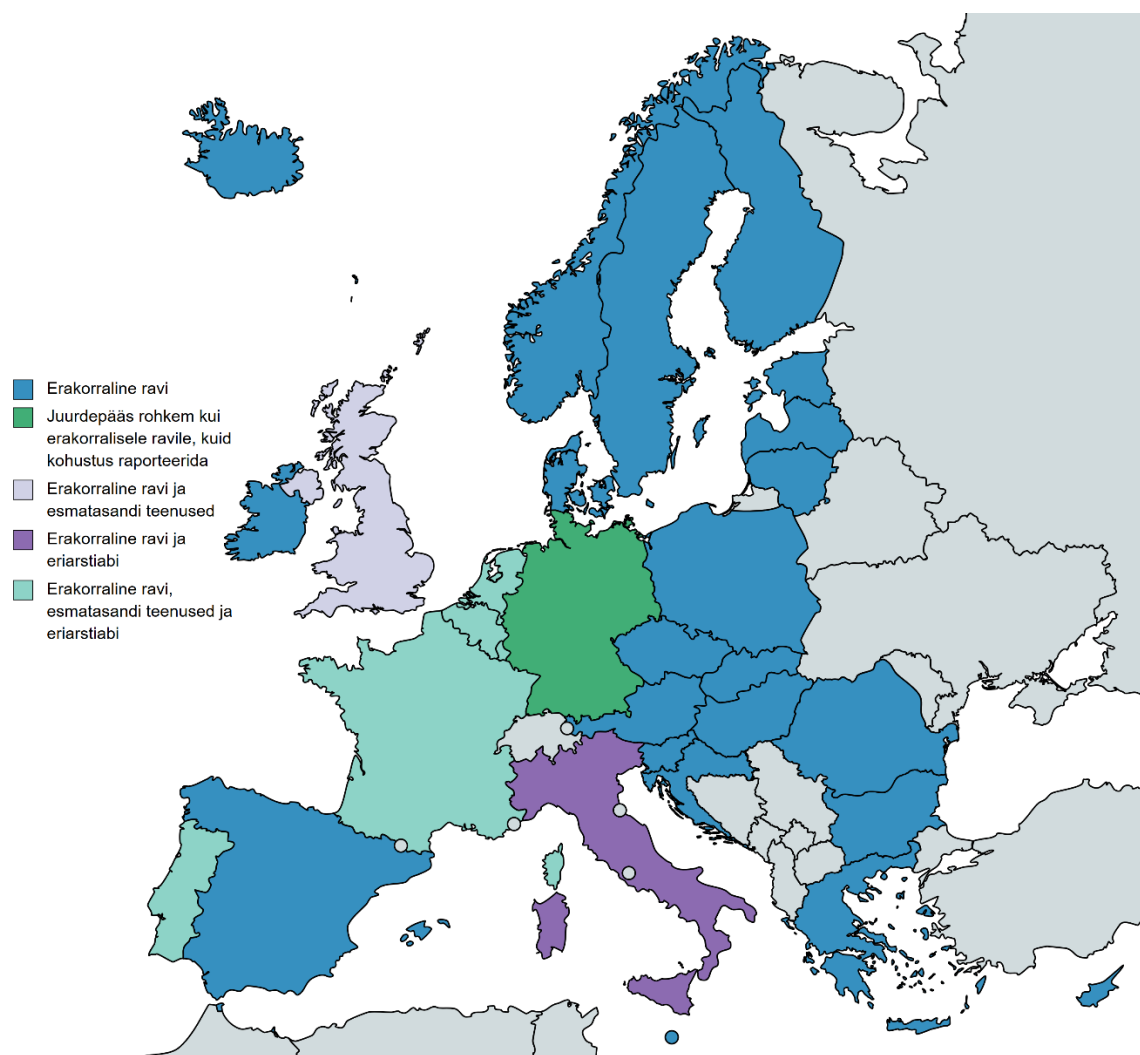
rakendamisse ja hindamisse, sealhulgas võttes arvesse migrantide epidemioloogilisi kirjeldusi, asjakohaseid kultuurilisi, keelelisi ja sotsiaal-majanduslikke tegureid ning nende mõju migrantide tervisele (14).

Tegelikkuses seisavad migrandid tervishoiuteenustele juurdepääsul silmitsi mitmesuguste takistustega alates keelebarjäärist, diskrimineerimisest, asukohast ja informatsioonist kuni süsteemsemate tõketeni, nagu õigus saada tervishoiuteenust (5, 6, 18). Euroopa Liidu riikide kodanikel on ajutiselt välismaal viibides õigus saada erakorralist ravi EL-i ja EMP riikides nende kodanikega võrdsel tingimustel (30, 31). Planeeritud tervishoiuteenuseid on võimalik teistes EL-i või EMP riikides koduriigi ravikindlustuse alusel ja hüvitamisel saada, lähtudes direktiivist 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (32). Sellest hoolimata piiravad paljud EL-i riigid EL-i välistest riikidest pärit migrantide õigust tervishoiuteenustele, uskudes, et see pärsib edasist sisserännet, kuigi erinevused riikide vahel on suured ja õigused sõltuvad sisserändaja õiguslikust seisundist (nt varjupaigataotlejad, legaalsed või ebaregulaarses olukorras olevad migrandid, pagulased, pikaajalised elanikud jne) (5, 6). Lõuna-Euroopa riigid, nagu Itaalia ja Portugal, annavad sisserändajatele peale erakorralise abi juriidiliselt õiguse esmatasandi ravile ja eriarstiabile. Nendes riikides on viimase kahe aastakümne jooksul toimunud suurem sisseränne kui Kesk- ja Põhja-Euroopa jõukamatesse riikidesse, kus on pikem rände ajalugu (nt Saksamaa ja Rootsi) ning kus migrantidele pakutakse ainult vältimatut abi. (5, 6) 2010. aastal oli ebaregulaarses olukorras olevatele migrantidele erakorraline ravi tegelikkuses kättesaamatu üheksas EL-i liikmesriigis (6) (joonis 2). Juurdepääs esmatasandi abile ja eriarstiabi osutavatele tervishoiuteenustele oli kättesaadav ainult neljas EL-i liikmesriigis (Madalmaad, Prantsusmaa, Belgia ja Portugal; 42).

Migrantide tervise uurijad on pööranud vähe tähelepanu nende mitmekesisusele, sealhulgas rände tüüpele ja kestusele, soole ja ametikohaga seotud kogemustele. On tõendeid selle kohta, et õigusliku seisundi, eluasemele juurdepääsu, sotsiaalsüsteemide ja sotsiaalse integratsiooni muutused rände käigus mõjutavad terviseseisundi muutusi. (43) Migrandid võivad kasutada tervishoiuteenuseid teisiti kui põliselanikud: nende arusaamad tervisest või veendumused selle kohta võivad erineda ning nad võivad väljendada tervist taotlevat käitumist erinevalt (44).

Migrantide tervishoiuteenuste kasutamine üldiselt varieerub ja sõltub eri teguritest. Winters jt (5) on oma süstemaatilises ülevaates leidnud, et ebaregulaarses olukorras olevad migrandid kasutavad legalsete migrantidega võrreldes vähem tervishoiuteenuseid. Nad kasutavad vähem esmatasandi tervishoiuteenuseid ja nad võtavad perearstidega vähem ühendust (5). Seevastu on viiteid sellele, et migrantide hulgas on perearstiteenuse kasutamine suurem kui põliselanike seas, kuid see võib tuleneda madalama haridustaseme ja sotsiaal-majandusliku seisundi tõttu

piiratud eriarstiabi kättesaadavusest (45). Kuigi see võib tõsi olla, on nt Graetz jt (45) kirjeldanud oma süstemaatilises ülevaates ka vastupidist: pole selge, kas migrandid kasutavad haiglaravi ning eriarstiabi otse ja seega mööduvad n-ö väravavahi rollis olevatest perearstidest, kuna nt omavad negatiivseid kogemusi oma päritoluriigist, või eelistavad perearstiabi.



Joonis 2. Tervishoiuteenuste kättesaadavus ebaregulaarses olukorras olevatele migrantidele Euroopa Liidus, Islandil ja Norras¹. Allikad: Euroopa Liidu Põhiõiguste Organisatsioon (42), Ingelby jt (46), Rechel jt (6); autori kohandus

¹ Bulgaarias, Lätis, Norras, Poolas ja Tšehhis tuleb migrantidel erakorraline ravi *de facto* täies ulatuses ise hüvitada.

Muidugi võib migrantide väiksem vajadus perearstiteenuste järele olla tingitud terve migrandi efektist, kuid on tõestatud, et organisatsioonilised ja kultuurilised tegurid ning vähene tervisealane kirjaoskus (ingl *health literacy*) takistavad seda mõnes riigis (45). Näiteks lähevad ebaregulaarses olukorras olevad migrandid pigem tasuta ambulatoorsesse kliinikusse kui lasevad end kanda perearsti nimistusse. Kodutud ebaregulaarses olukorras olevad migrandid käivad ambulatoorsete kliinikute esmastel ja korduvatel tasuta vastuvõttudel arvukamalt

võrreldes kodutute registreeritud migrantidega. Sellest tulenevalt võib seda pidada tähtsaks tervishoiuteenustele ligipääsemise võimaluseks marginaliseeritud inimeste ja migrantide jaoks, kes tõenäoliselt ei saa tervishoiuteenuseid kindlaks kujunenud tavapärastest allikatest. (5) Samuti võivad migrandid kasutada rohkem ambulatoorseid teenuseid, sest neil on varasem kogemus olemas (45). Esmatasandi tervishoiuteenused võivad nende päritoluriigis olla kehvema kvaliteediga, tervishoiusüsteem võib olla korraldatud erinevalt, nt eriarstiabile pääseb otse (45). Mõnes sihtriigis võivad perearstid olla n-ö väravavahi rollis: patsiendil on vaja perearsti saatekirja, et pääseda eriarsti vastuvõtule, vastasel juhul peab maksma lisatasu. Sisuliselt võivad erinevused tervishoiu korralduses põhjustada migrantide erinevat tervishoiuteenuste kasutamist. (45, 47)

Seevastu on Winters jt (5) oma süstemaatilises ülevaates välja toonud, et ebaregulaarses olukorras olevad migrandid viibivad haiglates ja kasutavad erakorralise meditsiini teenuseid kauem ning sagedamini kui põliselanikud. Peale selle on migrantide kaasatus sõeluuringutesse märgatavalt väiksem võrreldes põliselanikega (5). Selle puhul võivad tähtsaks osutuda takistused perearsti nimistusse registreerimisel (5). Samuti võib migrantide poolset tervishoiuteenuste kasutamist mõjutada hirm väljasaatmise ees (5, 48). Näitena võib tuua ka ebapiisava sünnituseelse jälgimise ebaregulaarses olukorras olevatel migrantidel, kus sünnituseelsele jälgimisele tullakse alles kolmandal trimestril ning ravi kvaliteet ja kogus on piiratud või ebapiisav võrreldes legaalsest migrantidest rasedatega (5).

Migrantide erakorralise meditsiini teenuse kõrgem kasutamismäär võib tuleneda sellest, et osa Euroopa riike tagab tasuta ligipääsu ainult erakorralise meditsiini teenustele (v.a kindlad haigused, nt nakkushaigused ja sünnitusabi) ja seega on ainult need madala sissetulekuga migrantidele taskukohased (5, 45). Näiteks Prantsusmaa, Itaalia ja Madalamaad tagavad ebaregulaarses olukorras olevatele migrantidele ligipääsu tervishoiuteenustele püsielanikega samadel tingimustel (5, 6). Belgia ja Saksamaa tagavad ligipääsu piiratud tervishoiuteenustele ning Sloveenia ainult erakorralisele meditsiinile (5, 6).

Migrantide tervishoiuteenuste kasutamise ja nende õiguste vahel neid teenuseid kasutada on suur lõhe. Näiteks ebaregulaarses olukorras olevad migrandid ei pruugi arstiabi otsida mitmesuguste takistuste tõttu, nagu hirm, vähene teadlikkus oma õigustest, sotsiaal-majanduslikud põhjused, vähene tervisega seotud kirjaoskus, asukohariigi tervishoiusüsteemiga mitte tuttav olemine. (5, 45, 48) See viitab ametliku poliitika ja selle rakendamise lahknevusele. Selle põhjuseks võivad olla ametliku juurdepääsu ja õigusaktide vastuolud, erinevused õigustes tervishoiuteenuseid kasutada, tervishoiuteenuste põhiterminite

erinev tõlgendus või tervishoiuteenuse osutajate teadmatus ravi osutamise õiguslikest nõuetest (5).

2.2.1 Katmata tervishoiuteenuste vajadused

Katmata tervishoiuteenuste vajadused (ingl *unmet health care needs*) on defineeritud kui „erinevus määratletud terviseprobleemide lahendamiseks vajalikuks peetavate teenuste ja tegelikult saadud teenuste vahel“ (43). Katmata tervishoiuteenuste vajaduste termin võib hõlmata kättesaadavust (nt pikad ootejärjekorrad, ebapiisav teenuste pakkumine), ligipääsetavust (nt hind, keel) ja vastuvõetavust (nt hoiakud, eelistused) (43). Seetõttu hõlmab see termin ka subjektiivseid aspekte, mitte ainult takistusi tervishoiuteenuste kättesaadavusel (43). See tõstatab probleemi, kuidas hinnata katmata tervishoiuteenuste vajadust, milleks tavapäraselt kasutatakse subjektiivseid enesehinnangulisi mõõdikuid. Peale selle peab inimene kõigepealt aru saama, et tal on terviseprobleem ja tajuma seda probleemina, et ilmneks katmata meditsiiniline vajadus. Vähesed tervisealase kirjaoskusega inimesed võivad küsitlustes tunnustada madalaid katmata tervishoiuteenuste vajadusi, mis ei vasta nende tegelikule ravimata terviseprobleemide arvule. (47) Näiteks kodututel naistel on katmata tervishoiuteenuste vajaduste esinemissagedus väiksem kui stabiilse eluasemega naistel. See viitab sellele, et kodutud naised tajuvad väiksemaid vajadusi ja neil on väiksemad ootused tervishoiusüsteemile. (49)

Xu jt (50) leidsid 2016. aastal läbi viidud uuringus, et Ameerika Ühendriikides koges 11% kõigist ravikindlustatud inimestest katmata tervishoiuteenuste vajadusi, kuid ravikindlustuseta inimeste seas oli see üle kolme korra suurem (40%). Migrantide rahvastikus esines maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi Lähis-Ida, Aafrika ja Kesk-Ameerika päritolu inimeste seas vastavalt 16%, 16% ja 15% (8). Peamiseks katmata tervishoiuteenuste vajaduste põhjuseks oli maksumus (8). Ridde jt (51) leidsid, et Kanadas Montrealis elavatest migrantidest tunnistas 69% katmata tervishoiuteenuste vajadust. Peamised takistused olid teenuse maksumus (81%), hirm, et küsitakse kõrgemat hinda (73%), ja hirm, et konsultatsioon avaldab rändestaatusele halba mõju (22%) (51). Kõige suurem katmata tervishoiuteenuste levimus oli võõrtöötajate (73%) ja välistudengite (73%) rühmades (51). EL-i riikide kõigist täiskasvanud elanikest on keskmiselt 27% kogenud katmata tervishoiuteenuse vajadusi (52). Põhjused jaotuvad järgmiselt: pikad ootejärjekorrad (19%), maksumus (15%) ning transpordiprobleemid ja kaugus (4%) (52).

Fjaer jt (53) leidsid, et kolmandikku katmata tervishoiuteenuste vajadusi tuleneb pikkadest ravijärjekordadest ja visiitide kättesaadavusest. Naised ja noored teatavad rohkem katmata

tervishoiuteenuste vajadustest (53). Peale selle on Euroopas teenuse maksumus (ingl *financial burden*) tähtis tegur, miks tekivad katmata tervishoiuteenuste vajadused (53). Teenuste maksumusega on seotud ka elanikkona väike arstide suhtarv ja suur patsientide omaosalus (ingl *out-of-pocket payments*) (53). Naisi ja üksikvanemaga leibkondi peetakse riskirühmadeks, sest nad loobuvad ravist suurema tõenäosusega, et rahaliselt kokku hoida. Samal ajal ei teavita nad rahalistest raskustest ega pruugi seetõttu anda teada, kui neil on katmata tervishoiuteenuste vajadusi. (47)

Rände pikkust, varasemat vägivalla kogemist ja traumad on samuti seostatud katmata tervishoiuteenuste vajadustega. Migrantidel, kelle rände kestus on alla viie aasta, on katmata tervishoiuteenuste vajaduse tõenäosus suurenenud kolm korda võrreldes põliselanikega. Pikaajaliste migrantide (üle viie aasta) puhul on leitud, et neil on kaks korda suurema tõenäosusega katmata tervishoiuteenuste vajadused võrreldes üldrahvastikuga. Muutus on tõenäoliselt seotud sotsiaalsete ja struktuuriliste tervisemõjuritega ning seda saab seletada halva sotsiaal-majandusliku olukorra, ebakindla juriidilise seisundi, kehvade töö- ja elutingimuste ning sotsiaalsete võrgustike kaotuse kombinatsiooniga. (43)

2.2.2 Tervishoiuteenuste kättesaadavuse barjäärid

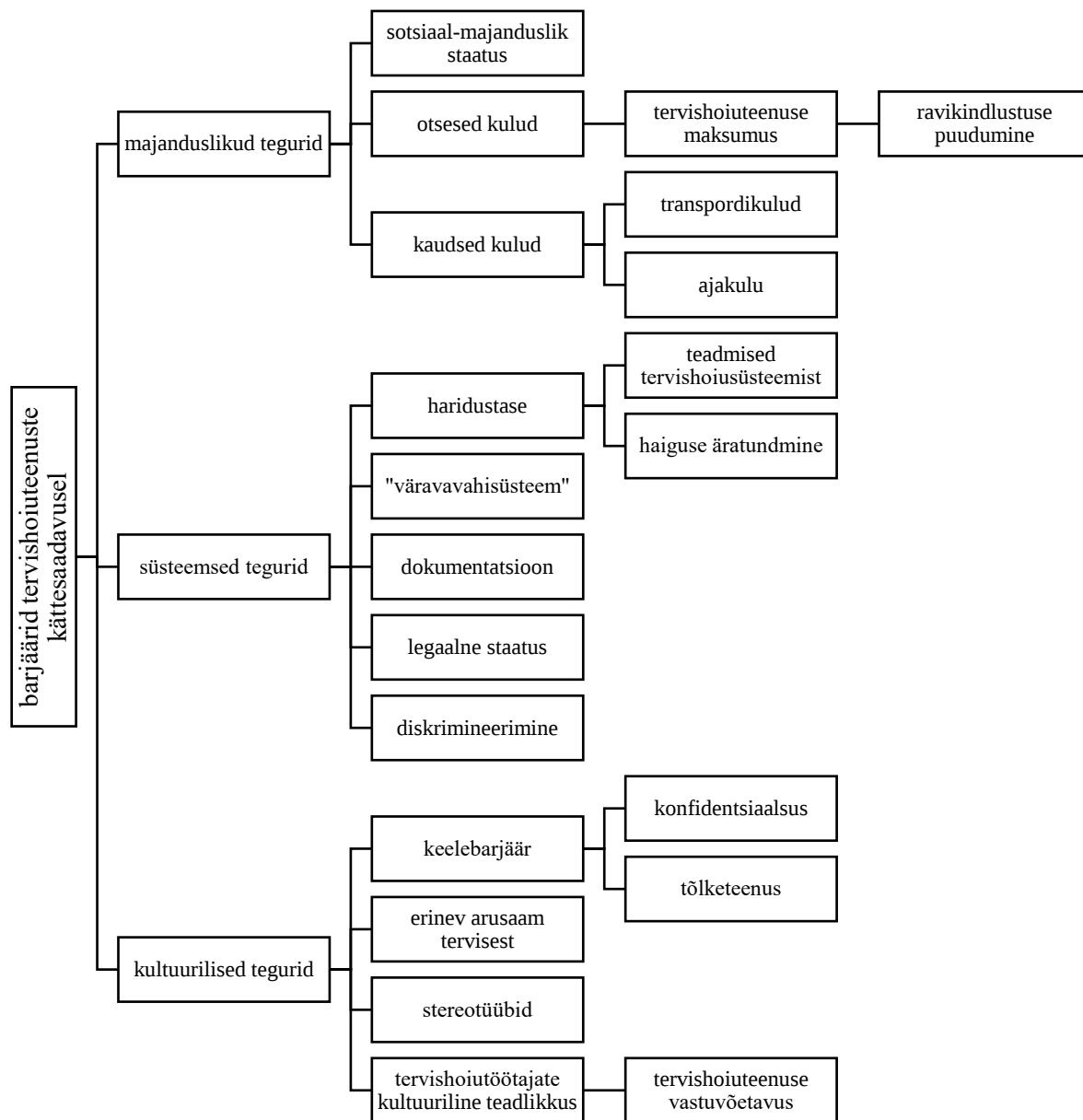
Migrandid seisavad tervishoiuteenustele juurdepääsemisel silmitsi mitmesuguste takistustega. Nagu juba varem mainitud, võivad barjäärid, nagu hirm väljasaatmise ees, ravikindlustuse puudumine, isolatsioon, mõjutada migrantide tervishoiuteenuste kasutamist (5, 43). Üldiselt võib tervishoiuteenuste kättesaadavuse takistused jagada järgmiselt: majandus-, süsteemsed ja kultuurilised tegurid (joonis 3).

Majandustegurid

Rändega ja tervisega seotud ebavõrdsus mõjutab vähekindlustatud migrante (24). Vaesus mõjutab suuremal määral naisi ja on kooskõlas sotsiaal-majandusliku olukorraga (24). Vähekindlustatud leibkonnad on esimesed, kes loobuvad tervishoiuteenustest (47). Kuid ka madalamasse keskklassi kuuluvate leibkondade seas on suurenenud raskused tervishoiuteenuste kättesaamisel (47). Tervishoiuteenuste kasutamist takistavad tegurid ei tulene ainult tervishoiuteenuse pakkujale makstavatest otsestest tasudest, vaid ka kaudsetest kuludest, näiteks transpordile kulutatud raha või ravimite omaosalus, samuti alternatiivsed kulud, nt töövälise aja kasutamine. (47)

Geograafiline juurdepääsetavus ja ühistranspordi kättesaadavus on olulised tegurid, mis mõjutavad otsust arstiabi otsida, eriti madalaima sissetulekuga inimeste jaoks (44, 47).

Maapiirkondades võivad ühistranspordi puudumine ja pikk sõiduaeg takistada tervishoiuteenuste kasutamist (47). Linnapiirkondades on transpordi kättesaadavus kaudsete kulude oluline osa (47). Kaudsetel kuludel on suur mõju inimese otsusele tervishoiuteenuseid kasutada (47).



Joonis 3. Migrantidele tervishoiuteenuste kättesaadavust takistavad tegurid. Autori poolt koostatud kirjanduse ülevaatel põhinev joonis

Süsteemsed tegurid

Üks peamisi takistusi tuleneb inimeste haridusest. Madalam haridustase võib tähendada väheseid teadmisi, et haigusnähte ära tunda. Piisavad teadmised on tervishoiuspetsialisti poole pöördumise eelduseks või tervishoiusüsteemi käsitleva teabe saamiseks ning sellest tulenevalt ravi alustamiseks. Madalama haridustasemega inimesed ei pruugi alati haigust ära tunda ega

teadvustada võimalikke terviseriske. (43, 45, 47) Peale selle võivad piisavad teadmised tervishoiusüsteemide kohta võimaldada inimesele ravile juurdepääsu ilma rahalise koormuse suurenemiseta (nt n-ö väravavahisüsteemist teadmine) (47). Migrandid, kellel pole piisavalt teadmisi riigi tervishoiusüsteemist, võivad bürokraatia ja uue keskkonna tõttu kergesti segadusse sattuda (44). Nad ei pruugi soovida oma mugavustsoonist lahkuda ja võivad seetõttu meditsiiniteenuseid vältida (44).

Raskused tervishoiuteenuste kättesaamisel võivad hõlmata dokumentide vormistamist, arstivisiitide ühildamist töögraafikuga, kohalike omavalitsuste ja riiklike asutuste külastusi ning võimetust tervishoiuteenuste eest maksta (45). Teine takistus, mida on kirjeldatud seoses migrantide juurdepääsuga tervishoiuteenustele, on sõltuvus, näiteks rahaline või emotsionaalne sõltuvus partnerist (43). See võib põhjustada füüsilise ja vaimse tervise halvenemist ning raskusi tervishoiuteenustele juurdepääsemisel (43). Samuti on võtmetähtsusega migrandi õiguslik staatus, millest on täpsemalt kirjutatud eespool (peatükk 2.2).

Kultuurilised tegurid

Migrantide ligipääsu tervishoiuteenustele võivad takistada ka keele- ja kultuurierinevused. Kohaliku keele mitterääkimine võib muuta teabe tervishoiusüsteemi kohta kättesaamatuks. (43, 44, 47, 48) Tõlkide puudus võib takistada migrante, kui nad oma terviseprobleeme meditsiinitöötajale edastavad (45). Peale selle võivad takistused tervishoiutöötajatega suhtlemisel põhjustada konfidentsiaalsusküsimusi, frustratsiooni, diskrimineerimise ja lugupidamatuse tunnet ning viia isegi valede meditsiiniliste otsusteni (43, 44, 47, 48). Pereliikmete kasutamine tõlkidena on vaieldav, kuna puudub konfidentsiaalsus, tõlke kvaliteet võib olla kaheldav, või võivad esineda tundlike teemade arutamisega seotud probleemid nt vaimne koormus lastel, kui nad peavad oma vanematele tõsisemaid terviseprobleeme tõlkima (54).

Kultuurilised takistused võivad põhjustada eri arusaamasid tervisest (43). Tajud võivad tegelikult tervisest erineda seetõttu, et tervise ja heaolu määratlus, tervise ootused ja kognitiivsed protsessid on erinevad. Need peegeldavad kultuuri- ja soonormide, teadmiste ja teabe erinevusi ning muid inimeste arusaamu kujundavaid tegureid. (55)

Varem on esile toodud, et tervishoiutöötajad ei pea kultuuriliste erinevustega kohanemist enda töö osaks, vaid peavad seda patsiendi vastutuseks (18). Sellest tulenevad takistused migrantide tervishoiuteenuste kasutamisele on näiteks kultuurilise ja keelelise tundlikkuse puudumine, teenuste kaasavus ning tervishoiutöötajate hoiakud (48, 56, 57), mis võivad põhjustada migrantidest patsientide diskrimineerimist ja vähendada tervishoiuteenuste rahalist kättesaadavust (47, 56, 57).

Eeldused kultuuriliste või etniliste vähemuste esindajate terviseriskide ja käitumise kohta tulenevad liiga sageli arusaamatustest, stereotüüpidest või rassismist. Näiteks arvatakse, et migrandid kannavad rohkem haigusi, naised on rohkem viljakad ja migrandid on koorem (tervise)süsteemidele. (5, 54) Tervishoiuteenuste vastuvõetavus migrantide jaoks sõltub tervishoiutöötajate võimest ja valmisolekust osutada kultuuriteadlikku teenust, mis hõlmab kultuurilist mõistmist ja omaenda kultuuri tõlgendamist, et vältida visiitidel paternalistlikku suhtumist (54, 57). Struktuuriline pädevus on vajalik teadlikkuse tõstmiseks, et vältida tervishoiutöötajate kultuurilisi stereotüüpe ja tagada parim võimalik tervishoiuteenuse kvaliteet (6, 54). Näiteks võiks olla rändega seotud tervisemõjurite mõistmine kohustuslik meditsiinihariduse osa (6, 54). Peale selle pole tervishoiuteenuste pakkujatel sageli infot migrantide õiguste kohta (5, 47). Seetõttu on öeldud, et migrantide tervishoiuteenuste kasutamise takistuste vähendamiseks on keele- ja kultuuriõskused võtmetähtsusega (44).

3. Eesmärgid

Kirjanduse ülevaatest selgus, et rändeprotsess avaldab mõju füüsilisele tervisele ning võib tekitada vaimse tervise probleeme, nagu posttraumaatiline stressihäire ja depressioon. Samuti esineb välispäritolu isikutel tervishoiuteenuste kasutamisel takistusi, mis tulenevad majandus-, kultuurilistest ja süsteemsetest teguritest ning võivad Euroopas piirkonniti erineda.

Töö eesmärk on uurida katmata tervishoiuteenuste vajadusi ja depressiivsuse esinemist Euroopa riikides elavate välispäritolu isikute hulgas.

Töö eesmärgist lähtuvalt sõnastati järgmised uurimisküsimused:

1. Kas ja kuidas erinevad depressiivsuse esinemine ja katmata tervishoiuteenuste vajadus Euroopa riikide põliselanike ning välispäritolu isikute vahel?
2. Millised demograafilised, sotsiaal-majanduslikud, sotsiaal-psühholoogilised ning katmata tervishoiuteenuste vajadusega seotud tegurid selgitavad depressiivsuse esinemist välispäritolu rahvastikul?
3. Millisel määral erinevad depressiivsuse esinemine ja katmata tervishoiuteenuste vajadused välispäritolu isikute seas Euroopas piirkonniti?

4. Materjal ja metoodika

4.1 Andmestik

Euroopa Terviseuuring (European Health Interview Survey; EHIS) on rahvusvaheline, Euroopa riikides korraldatav küsitlusuuring (58). Ühetaolist metoodikat kasutavat läbilõikelist uuringut tehakse osalevates riikides iga viie aasta järel. Esimene laine toimus aastatel 2006–2009 vastastikulise kokkuleppe alusel (59), kuid alates 2008. aastast on see EL-i liikmesriikidele kohustuslik (60). EHIS-e II laine korraldati aastatel 2013–2015 kõigis EL-i liikmesriikides, Islandil ja Norras (59). Uuringud põhinevad rahvastikupõhistel esinduslikel juhuvalimitel, mille üldkogumisse kuuluvad vähemalt 15-aastased tavaleibkonnas elavad inimesed (59, 61). EHIS koosneb neljast moodulist, mis käsitlevad tervislikku seisundit, tervishoiuteenuste kasutamist, tervist mõjutavaid tegureid ja sotsiaal-majanduslikke näitajaid (59, 61).

EHIS II laine koondandmestik hõlmab 309 923 isikut 30 riigist. Magistritöö analüüsist jäeti kõrvale Bulgaaria (puudub andmestikust), Rumeenia (andmestikus on kaks välispäritolu inimest), Hispaania, Belgia ning Madalmaad (puudub vaimse tervise moodul). Analüüsi kaasati 20. aastaste ja vanemate vastanute andmed. Vanusevahemiku kitsendus oli vajalik vähendamaks sotsiaal-majanduslike indikaatorite (nt haridustase ja sissetulek) ebatäpset klassifitseerimist noorematel vastajatel. Töös kasutatud analüütiline valim hõlmas kokku 240 292 isikut 25 riigist.

4.1.1 Sõltuvad tunnused

Analüüsis kasutatakse lähtuvalt uurimisküsimusest kahte sõltuvat tunnust: katmata tervishoiuteenuste vajadused ja depressiivsus.

Katmata tervishoiuteenuste vajadused

Katmata tervishoiuteenuste vajaduste hindamiseks on EHIS-e teises moodulis kuus küsimust, mille võimalikud vastusevariandid on „jah“, „ei“ ning „ei olnud vajadust“. Küsimused hindavad ligipääsu tervishoiuteenustele, sh ootejärjekordi, transpordi olemasolu ja finantsilisi kaalutlusi, ning on sõnastatud järgmiselt:

- a) Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud meditsiiniabi pika ravijärjekorra tõttu?
- b) Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud meditsiiniabi pika vahemaa või transpordiprobleemide tõttu?

- c) Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud enesele lubada tervishoiuteenuseid või ravi raha puudusel?
- d) Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud enesele lubada hambaravi raha puudusel?
- e) Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud enesele osta retseptiravimeid raha puudusel?
- f) Kas viimase 12 kuu jooksul on olnud olukorda, kui Te ei saanud enesele lubada meditsiiniabi või ravi seoses vaimse tervisega raha puudusel? (59, 60)

Töös kasutatakse katmata tervishoiuteenuste vajaduste hindamiseks küsimusi ootejärjekordade, transpordiprobleemide ja raha puuduse kohta (küsimused a–c), sest need on uuringu eesmärkide täitmiseks kõige asjakohasemad. Küsimus f, mis on küll teemaga seotud, jäi analüüsist välja, sest selle kodeerimine on osades riikides ebatäielik ja seetõttu pole võimalik andmeid võrrelda.

Analüüsi tarbeks on küsimused a ja b ümber kodeeritud binaarseteks tunnusteks „järjekord“ ja „kaugus“ ning küsimus c on kodeeritud binaarseks indekstunnuseks „maksumus“. Nende tunnuste alusel on kodeeritud binaarne sõltuv tunnus „katmata tervishoiuteenuste vajadused“, järgides põhimõtet, kui vähemalt üks küsimustest on positiivse vastusega, siis on tunnus positiivne. See tähendab, kui kõik vastused on negatiivsed, ainult siis on tunnus negatiivne ehk puuduvad katmata tervishoiuteenuste vajadused.

Depressiivsus

EHIS-e vaimse tervise moodulis kasutatakse vaimse tervise hindamiseks 8-punktilist depressiooni sõeluuringu küsitlust (PHQ-8). PHQ-8 koosneb kaheksast neljapunktilisel Likerti-skaalal olevast küsimusest (lisa 2). (61) See on vahend vaimse tervise probleemidega kaasnevate sümptomite levimuse ja raskuse hindamiseks ning seda kasutatakse muu hulgas depressiooni esialgseks diagnoosimiseks. PHQ-8 pärineb patsientide tervise lühiküsimustiku PHQ-9 depressioonimoodulist (Brief Patient Health Questionnaire, Depression Module; PHQ-9) ja põhineb vaimsete häirete diagnostika ja statistika käsiraamatu neljanda väljaande („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition“; DSM-IV) depressiooni hindamise kriteeriumitel. (63) Seda peetakse hea tundlikkuse ja spetsiifilisusega vahendiks depressiivsete häirete tuvastamisel ning see on valideeritud meetod depressiooni avastamiseks ja jälgimiseks (64). Iga küsimuse punktisummad summeeritakse, et saada üldskoor vahemikus 0 kuni 24 punkti. Depressiivsuse sümptomeid hinnatakse viies raskusastmes: 0 kuni 4 punkti – puuduvad olulised depressiivsuse sümptomid, 5 kuni 9 punkti – kerge depressiivsuse sümptomid, 10 kuni 14 punkti – mõõduka depressiivsuse sümptomid,

15 kuni 19 punkti – mõõdukalt tõsise depressiivsuse sümptomid, 20 kuni 24 punkti – tõsise depressiivsuse sümptomid. (63–65)

Kuna olemasolevate andmete põhjal pole võimalik kindlalt öelda, kas on olemas kõik depressiooni diagnoosimiseks vajalikud kriteeriumid, siis kasutatakse töös terminit „depressiivsus“.

Siinses töös summeeritakse depressiivsuse hindamiseks PHQ-8 testi skoorid ja moodustatakse järgmiste kriteeriumite alusel binaarne tunnus, mille kohaselt

- 0–4 punkti saanutel puuduvad depressiivsust näitavad sümptomid,
- 5–24 punkti saanutel esinevad depressiivsuse sümptomid.

4.1.2 Kirjeldavad tunnused

Demograafilised tunnused

Demograafiliste tunnustena on analüüsi kaasatud sugu, vanuserühm, rändestaatus ja piirkond. Töös kasutatakse binaarset soo tunnust (mees, naine). Vanus on jaotatud 15-aastase vahemikuga rühmadeks, v.a kõige vanem vanuserühm: kõige noorem vanusrühm on 20–34-aastased ja kõige vanem üle 65-aastased. Kuigi algandmestikus kuuluvad kõige nooremasse vanuserühma alates 15-aastased, siis analüüsi kaasati vastanud alates 20. eluaastast, et välistada sotsiaal-majanduslike näitajate valeklassifikatsiooni.

EHIS-e küsimustikus hinnatakse rändestaatus kahe küsimusega: sünnikoht ja kodakondsus. Sünnikoha võimalikud variandid on põliselanik, sündinud teises EL-i liikmesriigis ja sündinud EL-i mittekuulavas riigis. Kodakondsuse valikuvariandid on raporteeriva riigi kodanik, pole raporteeriva riigi kodanik, kuid on EL-i liikmesriigi kodanik, pole raporteeriva riigi kodanik ega EL- liikmesriigi kodanik. (61) Siinses töös loodi rändestaatuse defineerimiseks uus binaarne tunnus, mille alusel on

- põliselanik raporteeriva riigi kodanik ja seal sündinud inimene,
- välispäritolu isik teise EL-i liikmesriigi või kolmanda riigi kodanik või neis sündinud isik.

EHIS-e II laine korraldamise aeg kattub Euroopa rändekriisiga (66, 67), mis annab küsitluse tulemustele lisadimensiooni just sellest kõige rohkem mõjutatud riikide alusel. Analüüsi kaasatakse kriisist kõige enam mõjutatud riigid ja kõige suurema välispopulatsiooni osakaaluga riigid. Siinses töös kasutatakse EL-i ja EMP riikide grupeerimist EuroVoc alusel vastavalt nende geograafilisele asukohale, et tagada regressioonmudeli piisav kirjeldusvõimsus.

EuroVoc on Euroopa Liidu mitmekeelne eri valdkondade termineid hõlmav tesaurus (68). EuroVoci järgi on EL-i riikide jaotus piirkonniti järgmine:

- Kesk- ja Ida-Euroopa: Bulgaaria, Eesti, Horvaatia, Läti, Leedu, Poola, Rumeenia, Slovakkia, Sloveenia, Tšehhi, Ungari;
- Põhja-Euroopa: Island, Norra, Rootsi, Soome, Taani;
- Lõuna-Euroopa: Hispaania, Itaalia, Kreeka, Küpros, Malta, Portugal;
- Lääne-Euroopa: Austria, Belgia, Iirimaa, Luksemburg, Madalmaad, Prantsusmaa, Saksamaa, Ühendkuningriik. (68)

Sotsiaal-majanduslikku seisundit kirjeldavad tunnused

Sotsiaal-majandusliku seisundi kirjeldamiseks kasutatakse analüüsis leibkonna suurust ning vastaja sissetulekut, haridustaset ja tööhõive staatust.

Leibkonna suurus on jaotatud kolmeks: 1 inimene, 2–3 inimest, rohkem kui 4 inimest. Kuna algandmestikus on leibkonna suurused kodeeritud erinevalt, siis oli selline jaotus vajalik, et oleks võimalik riike omavahel võrrelda.

Vastanute sissetulek on jaotatud kvintilideks. Tegu on riigispetsiifilise jaotusega, kus leibkonna kogu kuu netosissetulek on jagatud leibkonna ekvivalendi suurusega, ning kogu riigis küsitletud elanikkond on jaotatud viide rühma, mida esindab võrdselt 20% vastanuid (61).

Haridustase on andmestikus määratletud ISCED–2011 (International Standard Classification of Education) alusel kõrgeim lõpetatud haridus. Siinses uuringus on see kodeeritud kolmeks variandiks, et oleks võimalik riike omavahel võrrelda: põhi- või madalam haridus, kesk- või kutseharidus ja kõrgharidus. Kutsehariduse all on mõeldud keskkharidusejärgset, kuid mitte kolmanda taseme või sellega võrdsustatud haridust.

Tööhõive on tertsiaarne tunnus, mis põhineb vastanu öeldul. See on analüüsi tarbeks kodeeritud järgmiselt: töötav, töötu ja mitteaktiivne. Töötava all on mõeldud inimest, kes teeb tööd, sealhulgas palgata tööd pereettevõttes, õpipoisiõppes või tasustatud praktilal jne. Mitteaktiivse alla kuuluvad (üli)õpilased, mittetasustatud praktikandid, pensionärid, sh eelpensionil või oma äritegevusest tagasi tõmbunud inimesed, töövõimetuspensionärid jt tervislikel põhjustel mittetöötavad inimesed, ajateenijad, asendusteenistujad, kodused või muud mitteaktiivsed inimesed.

Sotsiaal-psühholoogilist seisundit kirjeldavad tunnused

Kirjanduse ülevaatest selgus, et vaimse tervise probleemide tekkes on kaitsvaks teguriks sotsiaalse võrgustiku olemasolu. EHIS-e küsimustiku alusel on võimalik hinnata sotsiaalse toe

olemasolu küsimusega „Kui palju on Teil selliseid lähedasi inimesi, kelle toetusele saate loota tõsiste isiklike probleemide korral?“, mille võimalikud vastusevariandid on „Mitte ühtegi“, „1 või 2“, „3 kuni 5“ ja „6 või rohkem“. Samuti on sotsiaalse toetuse hindamisel kasutatud tertsaarseid tunnuseid „Kuivõrd näitavad teised üles huvi ja osavõtlikkust Teie tegevuste suhtes?“ ja „Kui lihtne on Teil vajaduse korral saada praktilist abi naabritelt?“. Neist esimese küsimuse võimalikud variandid on kodeeritud kui „mõningal määral“, „pole kindel“, „üldse mitte“ ning teise küsimuse vastusevariandid on „lihtne“, „võimalik“, „keeruline“.

Kooselu kirjeldamiseks kasutatakse andmestikus olevat binaarset *de facto* abielustaatust, mis on defineeritud kui elab / ei ela konsensuslikus abielus. Kuna selle küsimuse eesmärk on antud kontekstis aidata hinnata sotsiaal-psühholoogilist tugivõrgustikku, siis eelistati seda tunnust seadusjärgsele perekonnaseisule. See annab tegelikule seisundile lähemal oleva ülevaate ja hõlmab kõiki vastanuid, sh vabaabielus inimesi.

Samuti kaasatakse analüüsi tervise enesehinnangut puudutav küsimus, mis on ankeedis sõnastatud järgmiselt: „Milliseks hindate oma tervist üldiselt?“ (59, 60). Analüüsi tarbeks on see kodeeritud ümber kolmeks tunnuseks: hea, keskmine ja halb.

Katmata tervishoiuteenuste vajadused

EHIS hõlmab kuut küsimust, mis hindavad katmata tervishoiuteenuste vajadusi. Nende põhjal moodustatud binaarne tunnus on kasutusel sõltuva tunnusena, kuid lähtuvalt uurimisküsimustest on vajalik seda uurida ka kirjeldava tunnusena. Lähtuvalt kirjanduse ülevaatest on nii ravijärjekorrad, kaugus, transport kui ka maksumus takistuseks välispäritolu isikute ligipääsul tervishoiuteenustele. Seetõttu on siin asjakohane kaasata analüüsi need kolm katmata tervishoiuteenuste vajadusi hindavat tunnust, et kirjeldada nende osa depressiivsuse esinemises välispäritolu isikute seas. Täpsem tunnuste kirjeldus on peatükis 4.1.1.

4.1.3 Eetilised aspektid

Tegemist on eetiliselt tundliku teemaga, sest käsitletakse inimeste terviseandmeid. Andmestiku analüüsimisel ja hoiustamisel lähtutakse kehtivast seadusandlusest ning Eurostati kehtestatud nõuetest. Analüüs ja tulemused põhinevad koondandmetel ning esitatakse protsentide ja levimusmäärade suhetena. Statistilised üksused esitatakse vastavalt Eurostati publitseerimisjuhiste, silmas pidades, et indiviidid poleks tuvastatavad. Alla 20 vastajaga sagedused esitatakse kui „vähem kui 20 vaatlust“, sagedused vahemikus 20 kuni 49 kui „20 kuni 49 vaatlust“ pöörates tähelepanu sellele, et need ei ole välja loetavad publikatsioonis olevast muust teabest st veergude või ridade kogusummast.

Välispäritolu isikud moodustavad sageli sotsiaalselt tõrjutud kogukonna, mistõttu tuleb tulemuste analüüsimisel ja tõlgendamisel olla eriti tähelepanelik, et ei tekiks valejäreltusi ega seeläbi marginaliseerituse ja diskrimineerimise suurenemist.

4.2 Andmeanalüüs

Andmestikku kirjeldati kasutades sagedustabelit, kus esitati absoluutne ja suhteline sagedus, vastavalt n ja %. Kirjeldavate tunnuste seose hindamiseks rände staatusega kasutati Pearsoni hii-ruut testi. Statistiliselt oluline erinevus on p -väärtus, mis on $< 0,05$.

Selleks, et analüüsida depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimust ning seoseid sotsiaal-majanduslike ja sotsiaal-psühholoogiliste teguritega, arvutati kohandamata levimusmäärade suhted (ingl *prevalence rate ratio*). Levimusmäärade suhe (PRR) on tavaliselt defineeritud kui levimus eksponeeritud populatsioonis jagatuna levimusega eksponeerimata inimeste seas. Šansside suhe (OR) on (haigus)seisundi omamise šansid eksponeeritud inimeste seas jagatud (haigus)seisundi omamise šanssidega mitteeksponeeritud populatsioonis. (69) Ristlõikelistes ja longituudsetes uuringutes, kui sõltuv muutuja on dihhotoomne, leitakse kirjeldavas analüüsis tavaliselt levimus, mistõttu on PRR lihtsamini mõistetav ja selgitatavam kui OR . Peale selle mõjutab meetodika valikut ka see, et OR on madala levimuse korral hea PRR -i hindaja, kuid on teada, et OR hindab PRR -i üle, kui levimus on mõõdukas või kõrge ($PRR > 10\%$). (69–71) Kuigi on võimalus arvutada PRR kui on OR ette antud ja saada õiged punkthinnangud, võib tekkida probleem korrektsete usaldusintervallide hindamisel. Seda eriti, kui mudeleid on kohandatud paljudele muutujatele. (69) Seetõttu on soovitatud läbilõikeliste uuringute analüüsimisel kasutada analüüsimeetodeid, millega on võimalik PRR otse arvutada, nt kasutades log-binomiaalset mudelit. Juhtudel, kus mudeli parameetrite hinnangud ei konvergeeru, soovitatakse kasutada Poissoni regressiooni robustse hinnangufunktsiooniga (ingl *robust variance estimator*). (69–71) Siinses töös katsetati esialgu log-binomiaalseid mudeleid, kuid need ei konvergeerunud, mistõttu valiti analüüsimeetodiks Poissoni regressioon robustse hinnangufunktsiooniga.

Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste PRR ning seosed sotsiaal-majanduslike ja sotsiaal-psühholoogiliste teguritega leiti kasutades Poissoni regressiooni ning rühmitati vastavalt rändestaatusele. Levimusmäärade suhted esitati töös läbivalt koos 95% usaldusvahemikega (CI). Depressiivsuse esinemist mõjutavate tegurite selgitamiseks välispäritolu rahvastikus leiti kohandatud levimusmäärade suhted (PRR) kasutades Poissoni regressiooni. Depressiivsuse levimuse selgitamiseks välispäritolu rahvastikus piirkonniti arvutati PRR . Kohandatud mudelitesse kaasati ainult vastajad, kellel kohta olid andmestikus

olemas vaatlused kõigi mudelis sisalduvate muutujate lõikes. Mudelite hindamiseks kasutati tõenäosussuhete testi (ingl *likelihood-ratio test*, *LR*) ja Waldi testi. Andmete analüüsimiseks kasutati statistikatarkvara STATA/SE 14.2 (StataCorp, Texas, USA).

5. Tulemused

5.1 Uuritavate kirjeldus

Lõppanalüüsi kaasati kokku 250 636 inimest, neist 228 040 (91,0%) olid põliselanikud ja 22 596 (9,0%) välispäritolu isikud. Kuna küsitluses ei olnud kohustuslik vastata kõigile küsimustele, siis esineb erinevusi kaasatud vaatluste arvu ning tunnuste vaatluste arvu osas. Demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tunnuste jaotumist rändestaatuse alusel on kirjeldatud tabelis 1. Kõigil vaadeldud tunnustel oli rändestaatusega statistiliselt oluline seos ($p < 0,05$).

Nii välispäritolu kui põliselanike seas oli rohkem naissoost vastajaid vastavalt 57,1% ja 54,4%. Välispäritolu isikute seast oli kõige enam vastanud vanuserühmas 35–49 a (32,7%) ning kõige vähem 65-aastaste ja vanemate seas (20,5%). Põliselanike seast oli kõige enam vastanud 65-aastaste ja vanemate seas (28,1%) ning kõige vähem noorimas vanuserühmas (18,9%). Vastanute haridustase oli olenemata rändestaatusest sarnane: kõige enam vastanud oli kesk- või kutseharidusega, kuid välispäritolu isikute seas oli suurem kõrgharitute osakaal (32,9%) ning põliselanike hulgas põhiharidusega inimeste osakaal (31,4%).

Lääne-Euroopa piirkonna vastanutest olid 11,1% välispäritolu ning 88,9% põliselanikud. Lõuna-Euroopas oli see vastavalt 8,8% ja 91,2% ning Põhja-Euroopas 10,3% ning 89,7%. Kesk- ja Ida-Euroopa riikide vastanutest olid 6,1% välispäritolu isikud ning 93,9% põliselanikud. Välispäritolu isikud jagunesid põhiosas järgmiselt: neist 43,3% olid Lääne-Euroopas ja 23,6% Lõuna-Euroopas (vt tabel 1). Mujal piirkondades oli neid vähem. Kõige enam põliselanikest vastanud oli Lääne-Euroopa (34,3%) või Kesk- ja Ida-Euroopa (29,4%) riikidest. Nii välispäritolu kui põliselanikest seast ei elanud enamust vastanutest kooselus. Põliselanike seas oli see osakaal kõrgem (64,6%). Välispäritolu ja põliselanike leibkondade suurused olid sarnased. Vastanute leibkonnas oli kõige enam 2–3 inimest (vastavalt 49,7% ja 53,7%) või 4 ja rohkem inimest (vastavalt 31,7% ja 27,8%).

Põliselanike seas oli sissetulek jagunenud kvintiilide vahel ühtlaselt. Eristub ainult I kvintiil, kus oli kõige vähem (19,1%) vastanud. Välispäritolu isikute seas oli sissetuleku jaotus ebaühtlasem: kõige enam vastanutest kuulus sissetuleku alusel I kvintiili (26,2%) ja II kvintiili (21,1%). Kõige jõukamasse ehk V kvintiili kuulus 17% välispäritolu vastanutest. Vastanute tööhõive jaotus oli mõlemas rändestaatuse grupis sarnane, kuid esines erinevusi osakaaludes. Välispäritolu isikutest olid 50,1% töötavad, 9,0% töötud ning 41,0% mitteaktiivsed ehk tudengid, vanaduspensionärid jm. Põliselanikest olid 47,6% töötavad, 5,8% töötud ning 46,5% mitteaktiivsed. See on oodatav, kuna kirjanduse ülevaatest selgus, et oluliseks rände põhjuseks

on töötamine või õppimine. Samuti oli põliselanike seas suur eakate vastanute arv, mis on vastavuses mitteaktiivsete inimeste osakaaluga tööturul. Antud kontekstis võivad neist suurem osa olla vanaduspensionärid või puute tõttu mitteaktiivsed inimesed.

Tabel 1. Töös kasutatavate demograafiliste ja sotsiaal-majanduslike tunnuste sagedus (*n*) ja protsent vastavalt rände staatusele ning Pearsoni hii-ruut testi *p*-väärtus. Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Välispäritolu (<i>n</i> = 22 596)		Põliselanik (<i>n</i> = 228 040)		<i>p</i> -väärtus
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sugu	mees	9695	42,9	104 040	45,6	< 0,001
	naine	12 901	57,1	124 000	54,4	
Vanuserühm	65+	4455	20,5	60 733	28,1	< 0,001
	50–64	5514	25,3	60 535	28,1	
	35–49	7113	32,7	53 794	24,9	
	20–34	4678	21,5	40 760	18,9	
Haridustase	kõrgharidus	7247	32,9	56 218	24,8	< 0,001
	kesk-/kutseharidus	8613	39,0	99 392	43,8	
	põhiharidus	6203	28,1	71 124	31,4	
Piirkond	Lääne-Euroopa	9779	43,3	78 249	34,3	< 0,001
	Lõuna-Euroopa	5330	23,6	55 438	24,3	
	Põhja-Euroopa	3136	13,9	27 282	12,0	
	Kesk- ja Ida-Euroopa	4351	19,3	67 071	29,4	
Kooselu	ei ela kooselus	13 715	61,5	146 231	64,6	< 0,001
	elab kooselus	8592	38,5	80 289	35,4	
Sissetulek	V kvintil	3589	17,0	42 823	19,9	< 0,001
	IV kvintil	3585	16,9	43 909	20,4	
	III kvintil	3983	18,8	44 147	20,5	
	II kvintil	4465	21,1	43 432	20,1	
	I kvintil	5547	26,2	41 096	19,1	
Leibkonna suurus	4+ inimest	7144	31,7	63 310	27,8	< 0,001
	2–3 inimest	11 204	49,7	122 360	53,7	
	1 inimene	4187	18,6	42 144	18,5	
Tööhõive	töötav	11 128	50,1	108 060	47,6	< 0,001
	töötu	1996	9,0	13 191	5,8	
	mitteaktiivne	9100	41,0	105 567	46,5	

Tervise enesehinnang (tabel 2) oli välispäritolu rahvastikus kõrgem: 67,3% neist pidas oma tervist heaks ja 23,7% keskmiseks. Põliselanikest pidas oma tervist heaks 66,0% ja keskmiseks 25,0% vastanuid.

Põliselanike sotsiaalne tugivõrgustik oli suurem välispäritolu isikute omast. Nende seast ütles 30,7% vastanutest, et saavad loota ühele kuni kahele inimesele, 44,3% kolmele kuni viiele inimesele ning 23,0% kuuele või enamale inimesele, kui neil peaks olema isiklike asjade tõttu abi vaja. Ainult 2,0% vastanutest polnud ühtegi inimest, kelle toetusele loota. Välispäritolu isikutest vastas 35,1%, et saavad loota ühele kuni kahele inimesele, 40,0% kolmele kuni viiele inimesele ning 20,3% kuuele või enamale inimesele abi vajaduse korral. Välispäritolu isikute hulgas oli ka arvestatav hulk inimesi, kel pole mitte ühelegi inimesele loota (4,5%).

Samuti peegeldab sotsiaalse tugivõrgustiku suurust vajaduse korral naabritelt abi saamine ning palju teised inimesed näitavad vastanute tegevuste vastu huvi. Välispäritolu isikute seas olid need tunnused, sarnaselt lähedaste inimeste arvule väiksemad kui põliselanike seas: 19,6% vastas, et vajaduse korral on keeruline naabritelt abi saada, kuid peaaegu pooled pidasid seda lihtsaks (49,4%). Natuke vähem kui kümnendik välispäritolu vastanutest leidis, et inimesed ei näita üldse huvi nende tegevuste vastu (9,4%), kuid valdav enamus neist (76,0%) arvas, et inimesed näitavad mõningal määral huvi. Põliselanikest vastas 14,5%, et vajaduse korral on naabritelt keeruline abi saada, kuid seevastu 56,7% pidas seda lihtsaks. Enamus põliselanikest (79,7%) ütles, et teised inimesed tunnevad mõningal määral nende tegevuse vastu huvi. Vaid 6,1% ütles, et mitte keegi ei tunne huvi.

Tabel 2. Töös kasutatavate sotsiaal-psühholoogiliste tunnuste sagedus (*n*) ja protsent vastavalt rände staatusele ning Pearsoni hii-ruut testi *p*-väärtus. Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Välispäritolu (<i>n</i> = 22 596)		Põliselanik (<i>n</i> = 228 040)		<i>p</i> -väärtus
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Depressiivsuse esinemine (PHQ-8)	ei	16 180	76,7	172 039	79,4	< 0,001
	jah	4925	23,3	44 736	20,6	
Tervise enesehinnang	hea	14 782	67,3	146 449	66,0	< 0,001
	keskmine	5196	23,7	55417	25,0	
	halb	1980	9,0	20 211	9,1	
Lähedased inimesed, kellele loota	6+ inimest	4002	20,4	45 642	23,0	< 0,001
	3–5 inimest	7867	40,0	88 019	44,3	
	1–2 inimest	6898	35,1	61 069	30,7	
	mitte ühtegi	884	4,5	3972	2,0	
Palju teised inimesed huvi üles näitavad	mõningal määral	14 845	76,0	157 904	79,7	< 0,001
	pole kindel	2850	14,6	28 287	14,3	
	mitte üldse	1828	9,4	11 990	6,0	
Vajaduse korral naabritelt abi saamine	lihtne	9600	49,4	111 161	56,7	< 0,001
	võimalik	6028	31,0	56 339	28,6	
	keeruline	3813	19,6	28 401	14,5	
Katmata tervishoiuteenuste vajadused	ei	16 594	92,9	176 867	94,7	< 0,001
	jah	1274	7,1	9845	5,3	
Katmata tervishoiuteenuste vajadused: järjekorrad	ei	17 527	97,3	183 096	96,61	< 0,001
	jah	493	2,7	4481	2,4	
Katmata tervishoiuteenuste vajadused: transport ja kaugus	ei	20193	96,1	208 395	97,0	< 0,001
	jah	820	3,9	7319	3,4	
Katmata tervishoiuteenuste vajadused: maksumus	ei	19,546	92,6	204 315	94,6	< 0,001
	jah	1561	7,4	11 705	5,4	

5.2 Katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus

Katmata tervishoiuteenuste vajadust oli kogenud väike osa kõigist vastanutest (tabel 2): 7,1% (95% CI 6,8–7,5) välispäritolu isikutest ning 5,3% (95% CI 5,2–5,4) põliselanikest. Katmata tervishoiuteenuste vajaduste üks põhjuseid oli maksumuse tõttu tervishoiuteenustest ilmajäämine. See põhjus puudutas 7,4% (95% CI 7,1–7,8) välispäritolu rahvastikust ning 5,4% (95% CI 5,3–5,5) põliselanikest. Transpordi puudumise ja kauguse tõttu katmata ravivajadusi esines 3,9% (95% CI 3,6–4,2) välispäritolu ja 3,4% (95% CI 3,3–3,5) põliselanikest. Pikkade järjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi kogenud inimeste osakaal oli madal, vastavalt 2,7% (95% CI 2,5–3,0) välispäritolu isikutel ning 2,4% (95% CI 2,3–2,5) põliselanikel. Mudelid katmata tervishoiuteenuste vajaduste seosest rändestaatusega on lisas 3.

Katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe on naiste seas kõrgem kui meeste seas nii välispäritolu isikute ($PRR = 1,35$, 95% CI 1,21–1,52) kui põliselanike lõikes ($PRR = 1,44$, 95% CI 1,38–1,50) (tabel 3). Välispäritolu isikute seas oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõikides vanusgruppides statistiliselt mitteoluline. Põliselanikest inimeste seas oli noorimas vanuserühmas katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe madalam ($PRR = 0,71$, 95% CI 0,67–0,76) võrreldes kõige vanema vanusgrupiga. Katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe tõusis vanuse kasvades. 35–49-aastaste seas oli $PRR 0,78$ (95% CI 0,74–0,83), kuid 50–64-aastaste seas muutus statistiliselt mitteoluliseks ($PRR = 0,97$, 95% CI 0,93–1,02).

Põhiharidusega välispäritolu isikute seas oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe peaaegu poolteist korda kõrgem ($PRR = 1,48$, 95% CI 1,28–1,72) ning põliselanike seas üle kahe korra kõrgem ($PRR = 2,29$, 95% CI 2,16–2,42) kui kõrgharidusega inimestel. Kesk- või kutseharidusega välispäritolu isikutel ($PRR = 1,34$, 95% CI 1,16–1,54) ning põliselanikel ($PRR = 1,49$, 95% CI 1,40–1,58) olid samuti katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõrgem kui kõrgharidute seas.

Kooselus elavate välispäritolu isikute seas oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõrgem ($PRR = 1,09$, 95% CI 0,97–1,22) võrreldes kooselus mitteolevate inimestega, kuid statistiliselt mitteoluline. Sarnaselt oli 1-liikmelises leibkonnas levimusmäärade suhe suurem ($PRR = 1,36$, 95% CI 1,17–1,58) võrreldes neljainimeselise või suurema leibkonnaga. 2–3-inimeselise leibkonna lõikes polnud tunnus statistiliselt oluline. Kooselus olevate põliselanike seas oli katmata tervishoiuteenuste levimusmäärade suhe madalam ($PRR = 0,90$, 95% CI 0,86–0,94) võrreldes kooselus mitteolevate inimestega. Sarnaselt välispäritolu isikutega oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe

kõrgem väiksemas leibkonnas. 1-liikmelises leibkonnas oli levimusmäärade suhe poolteist korda kõrgem ($PRR = 1,53$, 95% CI 1,45–1,62) kui nelja ja enamaliikmelises leibkonnas.

Nii välispäritolu kui põliselanike seas tõusis katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe sissetuleku vähenedes (tabel 3). Mõlemas rühmas oli selle levimusmäärade suhe kõige väiksema sissetulekuga kvintiilis umbes kolm korda kõrgem kui kõige suurema sissetulekuga kvintiilis. I kvintiilis olevatel välispäritolu isikutel oli katmata tervishoiuteenuste PRR 2,79 (95% CI 2,27–3,43) ning III kvintiilis olevatel inimestel poolteist korda kõrgem ($PRR = 1,53$, 95% CI 1,21–1,93) levimusmäärade suhe võrreldes kõige suurema sissetulekuga ehk V kvintiilis olevate inimestega. I kvintiilis olevatel põliselanikel oli katmata tervishoiuteenuste PRR 3,25 (95% CI 3,02–3,49) ning II kvintiilis olevatel inimestel kõrgem ($PRR = 1,79$, 95% CI 1,66–1,93) kui V kvintiilis.

Töötute ja mitteaktiivsete seas oli nii põliselanike kui välispäritolu isikute seas katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõrgem võrreldes töötavate inimestega (tabel 3). Välispäritolu töötutel oli levimusmäärade suhe üle kahe korra kõrgem ($PRR = 2,22$, 95% CI 1,87–2,65) ning mitteaktiivsete seas oli levimusmäärade suhe üle pooleteise korra kõrgem ($PRR = 1,72$, 95% CI 1,52–1,94) võrreldes töötavate inimestega. Töötutel põliselanike seas oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe üle kahe ja poole korra kõrgem ($PRR = 2,60$, 95% CI 2,43–2,79) ning mitteaktiivsetel üle pooleteise korra kõrgem ($PRR = 1,73$, 95% CI 1,65–1,80) võrreldes töötavate inimestega.

Tabel 3. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste kohandamata levimusemäärade suhted (PRR) ja usaldusvahemikud (95% CI) välispäritolu isikute ja põliselanike seas sõltuvalt demograafilistest, sotsiaalmajanduslikest ja sotsiaalpsühholoogilistest teguritest.* Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Katmata tervishoiuteenuste vajadused		Depressiivsus	
		Välispäritolu	Põliselanikud	Välispäritolu	Põliselanikud
		PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)
Sugu	mees	1	1	1	1
	naine	1,35 (1,21–1,52)	1,44 (1,38–1,50)	1,44 (1,36–1,53)	1,52 (1,49–1,55)
Vanuserühm	65+	1	1	1	1
	50–64	1,05 (0,90–1,23)	0,97 (0,93–1,02)	0,88 (0,81–0,95)	0,86 (0,84–0,88)
	35–49	0,88 (0,75–1,03)	0,78 (0,74–0,83)	0,78 (0,72–0,85)	0,72 (0,71–0,74)
	20–34	0,86 (0,73–1,03)	0,71 (0,67–0,76)	0,82 (0,75–0,90)	0,71 (0,69–0,74)
Haridustase	kõrgharidus	1	1	1	1
	kesk-/kutseharidus	1,34 (1,16–1,54)	1,49 (1,40–1,58)	1,09 (1,02–1,17)	1,17 (1,14–1,20)
	põhiharidus	1,48 (1,28–1,72)	2,29 (2,16–2,42)	1,34 (1,25–1,44)	1,64 (1,60–1,68)
Kooselu	ei ela kooselus	1	1	1	1
	elab kooselus	1,09 (0,97–1,22)	0,90 (0,86–0,94)	0,88 (0,83–0,94)	0,76 (0,75–0,78)
Sissetulek	V kvintiil	1	1	1	1
	IV kvintiil	1,29 (1,01–1,65)	1,33 (1,23–1,45)	1,13 (1,01–1,27)	1,20 (1,16–1,24)
	III kvintiil	1,53 (1,21–1,93)	1,79 (1,66–1,93)	1,37 (1,23–1,53)	1,44 (1,39–1,49)
	II kvintiil	2,18 (1,76–2,71)	2,32 (2,15–2,50)	1,59 (1,43–1,76)	1,67 (1,62–1,73)
	I kvintiil	2,79 (2,27–3,43)	3,25 (3,02–3,49)	1,89 (1,72–2,09)	1,94 (1,88–2,01)
Leibkonna suurus	4+ inimest	1	1	1	1
	2–3 inimest	1,02 (0,89–1,16)	1,07 (1,02–1,12)	1,11 (1,04–1,19)	1,25 (1,22–1,28)
	1 inimene	1,36 (1,17–1,58)	1,53 (1,45–1,62)	1,37 (1,26–1,48)	1,77 (1,72–1,81)

* Statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas.

(jätkub järgmisel leheküljel)

Tabel 3 (jätk). Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste kohandamata levimusemäärade suhted (*PRR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) välispäritolu isikute ja põliselanike seas sõltuvalt demograafilistest, sotsiaalmajanduslikest ja sotsiaalpsühholoogilistest teguritest.* Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Katmata tervishoiuteenuste vajadused		Depressiivsus	
		Välispäritolu	Põliselanikud	Välispäritolu	Põliselanikud
		PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)
Tööhõive	töötav	1	1	1	1
	töotu	2,22 (1,87–2,65)	2,60 (2,43–2,79)	1,43 (1,30–1,58)	1,50 (1,44–1,56)
	mitteaktiivne	1,72 (1,52–1,94)	1,73 (1,65–1,80)	1,49 (1,40–1,58)	1,55 (1,52–1,58)
Tervise enesehinnang	hea	1	1	1	1
	keskmine	2,33 (2,05–2,64)	2,62 (2,51–2,75)	2,39 (2,24–2,55)	2,76 (2,70–2,82)
	halb	4,17 (3,61–4,82)	5,39 (5,13–5,68)	4,59 (4,28–4,93)	5,64 (5,51–5,78)
Lähedased inimesed, kellele loota	6+ inimest	1	1	1	1
	3–5 inimest	1,16 (0,96–1,41)	1,28 (1,20–1,37)	1,20 (1,10–1,31)	1,17 (1,13–1,20)
	1–2 inimest	2,31 (1,92–2,77)	2,25 (2,11–2,39)	1,65 (1,51–1,80)	1,58 (1,54–1,62)
	mitte ühtegi	3,19 (2,46–4,13)	4,31 (4,87–4,80)	2,21 (1,94–2,52)	2,34 (2,21–2,48)
Palju teised inimesed huvi üles näitavad	mõningal määral	1	1	1	1
	pole kindel	1,49 (1,28–1,75)	1,42 (1,34–1,51)	1,57 (1,46–1,69)	1,45 (1,41–1,49)
	mitte üldse	1,75 (1,47–2,09)	2,20 (2,05–2,35)	2,02 (1,86–2,19)	2,03 (1,97–2,10)
Vajaduse korral naabritelt abi saamine	lihtne	1	1	1	1
	võimalik	1,43 (1,24–1,65)	1,43 (1,36–1,51)	1,41 (1,32–1,51)	1,37 (1,34–1,40)
	keeruline	2,11 (1,83–2,44)	2,45 (2,33–2,59)	1,83 (1,70–1,96)	1,91 (1,86–1,96)

* Statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas.

Mida halvem on tervise enesehinnang, seda suurem on katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe. Halva tervise enesehinnanguga põliselanike seas oli levimusmäärade suhe üle viie korra ($PRR = 5,39$, 95% CI 5,13–5,68) ning keskmise tervise enesehinnanguga inimestel ligi kolm korda ($PRR = 2,62$, 95% CI 2,51–2,75) kõrgem kui hea tervise enesehinnanguga inimestel. Välispäritolu isikute seas esines sama trend, kuigi levimusmäärade suhe oli madalam. Halva tervise enesehinnanguga inimeste seas oli PRR 4,17 (95% CI 3,61–4,82) ning keskmise tervise enesehinnanguga inimestel PRR 2,33 (95% CI 2,05–2,64).

Tulemustest selgus, et sotsiaal-psühholoogiline tugivõrgustik mõjutab samuti katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhet. Väiksema tugivõrgustiku korral on levimusmäärade suhe kõrgem nii välispäritolu kui põliselanike seas, kuigi PRR oli põliselanike rühmas kõrgem (tabel 3). Põliselanike seas, kellel polnud mitte ühtegi lähedast inimest, kellele abivajaduse korral loota, oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe neli ja pool korda kõrgem ($PRR = 4,31$, 95% CI 4,87–4,80) võrreldes inimestega, kellel oli kuus või rohkem lähedast. Samuti oli põliselanikel, kes tajusid, et teised inimesed ei näita nende vastu mitte üldse huvi, levimusmäärade suhe üle kahe korra kõrgem ($PRR = 2,20$, 95% CI 2,05–2,35) võrreldes nendega, kelle vastu näidatakse mõningal määral huvi. Inimestel, kellel on keeruline vajaduse korral naabritelt abi saada, oli levimusmäärade suhe ligi kaks ja pool korda kõrgem ($PRR = 2,45$, 95% CI 2,33–2,59) kui neil, kellel on lihtne naabritelt abi saada.

Välispäritolu isikutel kellel polnud mitte ühtegi lähedast inimest, kellele abivajaduse korral loota, oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kolm korda kõrgem ($PRR = 3,19$, 95% CI 2,46–4,13) võrreldes inimestega, kellel oli kuus või rohkem lähedast. Tulemus polnud 3–5 lähedase inimesega grupis statistiliselt oluline. Inimestel, kes tajusid, et teised inimesed ei näita nende vastu üldse huvi, levimusmäärade suhe üle pooleteise korra kõrgem ($PRR = 1,75$, 95% CI 1,47–2,09) võrreldes nendega, kelle vastu näidatakse mõningal määral huvi. Välispäritolu isikute seas, kellel on keeruline vajaduse korral naabritelt abi saada, oli levimusmäärade suhe üle kahe korra kõrgem ($PRR = 2,11$, 95% CI 1,83–2,44) kui neil, kellel on lihtne naabritelt abi saada.

5.3 Depressiivsuse levimus

Depressiivsuse esinemine oli mõnevõrra kõrgem välispäritolu isikute (23,3%, 95% CI 22,8–23,9) kui põliselanike (20,6%, 95% CI 20,5–20,8) seas. Mudelid depressiivsuse seosest rändestaatusega on leitavad lisas 3.

Võrreldes meestega oli naiste seas depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem nii põliselanike ($PRR = 1,52$, 95% CI 1,49–1,55) kui välispäritolu isikute ($PRR = 1,44$, 95% CI 1,36–1,53) lõikes (tabel 3). Välispäritolu isikute seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõige madalam 35–49-aastaste vanuserühmas: see oli 1,3 korda madalam ($PRR = 0,78$, 95% CI 0,72–0,85) võrreldes 65-aastaste ja vanemate inimestega. Põliselanikel oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõige madalam noorimas vanuserühmas ($PRR = 0,71$, 95% CI 0,69–0,74) võrreldes kõige vanema vanusgrupiga. Samal ajal oli peale vanuse koostel kaitsev tegur: kooselus olevate välispäritolu isikute ($PRR = 0,88$, 95% CI 0,83–0,94) ja põliselanike ($PRR = 0,76$, 95% CI 0,75–0,78) seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe madalam võrreldes kooselus mitteolevate inimestega.

Madalama haridustasemega inimeste seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem võrreldes kõrgharitud inimestega olenemata rändestaatusest. Põhiharidusega välispäritolu isikute seas oli depressiivsuse PRR 1,34 (95% CI 1,25–1,44) ning põliselanike seas oli PRR 1,64 (95% CI 1,60–1,68) võrreldes kõrgharitudetega.

Sarnaselt katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusega oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem madalama sissetulekuga inimeste seas, seda nii põlis- kui ka välispäritolu elanikkonnas. Nii välispäritolu ($PRR = 1,89$, 95% CI 1,72–2,09) kui põliselanike ($PRR = 1,94$, 95% CI 1,88–2,01) seas oli I kvintiili kuuluvate inimeste depressiivsuse levimusmäärade suhe peaaegu kaks korda kõrgem võrreldes V kvintiiliga. Tulemustest on näha, et olenemata rändestaatusest, depressiivsuse levimusmäärade suhe kahaneb sissetuleku kasvades (tabel 3). Sarnaselt oli mõlemas rühmas depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem tööturul mittehõivatute seas võrreldes töötavate inimestega, kuigi osakaal oli mõnevõrra suurem mitteaktiivsete kui töötute hulgas. Mitteaktiivsete põliselanike seas oli depressiivsuse PRR 1,55 (95% CI 1,52–1,58) ja töötute seas 1,50 (95% CI 1,44–1,56) võrreldes töötavate inimestega. Seevastu mitteaktiivsete välispäritolu isikute seas oli depressiivsuse PRR 1,49 (95% CI 1,40–1,58) ning töötute seas 1,43 (95% CI 1,30–1,58). Peale selle suurenes depressiivsuse levimusmäärade suhe leibkonna suuruse kahanedes. 1-liikmelistes põliselanike leibkondades oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem ($PRR = 1,77$, 95% CI 1,72–1,81) kui sama suurtes välispäritolu isikute leibkondades ($PRR = 1,37$, 95% CI 1,26–1,48), kui võrdluseks olid vastava rändestaatuse lõikes kuue- ja enamaliikmelised leibkonnad.

Halva tervise enesehinnanguga inimeste seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem kui hea tervise enesehinnanguga inimestel mõlemas ränderühmas, kuigi põliselanike lõikes oli see kõrgem. Halva tervise enesehinnanguga põliselanikel oli depressiivsuse levimusmäärade suhe üle viie ja poole korra kõrgem ($PRR = 5,64$, 95% CI 5,51–5,78) ning

keskmise tervise enesehinnanguga inimestel ligi kolm korda kõrgem ($PRR = 2,76$, 95% CI 2,70–2,82) kui vastanutel, kes hindasid oma tervist heaks. Sarnaselt oli halva tervise enesehinnanguga välispäritolu isikute seas depressiivsuse levimusmäärade suhe neli ja pool korda kõrgem ($PRR = 4,59$, 95% CI 4,28–4,93) ning keskmise tervise enesehinnanguga üle kahe korra kõrgem ($PRR = 2,39$, 95% CI 2,24–2,55), kui võrrelda välispäritolu isikutega, kelle tervise enesehinnang oli hea (tabel 3).

Inimeste seas, kellel polnud ühtegi lähedast, kellele vajaduse korda loota, oli üle kahe korra kõrgem depressiivsuse levimusmäärade suhe, kui neil, kellel on kuus või rohkem lähedast. Välispäritolu isikute depressiivsuse PRR oli 2,21 (95% CI 1,93–2,52) ning põliselanike $PRR = 2,34$ (95% CI 2,21–2,48). Välispäritolu isikute seas, kes tajusid, et teised inimesed ei näita nende vastu üldse huvi välja, oli depressiivsuse levimusmäärade suhe üle kaks kõrgem ($PRR = 2,02$, 95% CI 1,86–2,19) võrreldes nendega, kelle vastu näidatakse mõningal määral huvi (tabel 3). Põliselanike seas oli levimusmäärade suhe kaks korda kõrgem ($PRR = 2,03$, 95% CI 1,97–2,10) võrdluskategooriast. Välispäritolu isikute seas, kellel on keeruline vajaduse korral naabritelt abi saada, oli depressiivsuse PRR 1,83 (95% CI 1,70–1,96) võrreldes inimestega, kellel on lihtne naabritelt abi saada. Sama tunnuse lõikes oli põliselanike seas depressiivsuse PRR 1,91 (95% CI 1,86–1,96). Seega võib öelda, et sarnaselt katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusega on väiksema sotsiaal-psühholoogilise tugivõrgustikuga inimeste seas depressiivsuse levimus kõrgem.

Välispäritolu elanikkonna seas olid kõik kolm katmata tervishoiuteenustega seotud tunnust depressiivsuse levimusega seotud (tabel 4). Järjekordade või liiga pika ooteaja tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi tunnistanud välispäritolu isikute seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe üle kahe ja poole korra kõrgem ($PRR = 2,60$, 95% CI 2,28–2,97) võrreldes katmata vajadusi mitteomavate välispäritolu isikutega. Transpordiprobleemide või liiga pika vahemaa tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi kogenud välispäritolu isikute seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe üle kaks korda kõrgem ($PRR = 2,07$, 95% CI 1,86–2,31) võrreldes katmata vajadusi mitteomavate välispäritolu isikutega. Tervishoiuteenuseid suure maksumuse tõttu mittesaanud välispäritolu isikute seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe samuti üle kahe korda kõrgem ($PRR = 2,07$, 95% CI 1,90–2,25) võrreldes katmata vajadusi mitteomavate välispäritolu isikutega.

5.4 Välispäritolu isikute depressiivsuse esinemist selgitavad tegurid

Kohandamata analüüsis olid kõik uuritavad tunnused, sh katmata tervishoiuteenuste vajadusi kirjeldavad muutujad, välispäritolu elanikkonna seas statistiliselt olulisel määral

depressiivsusega seotud (tabel 3). Kõigile tunnustele kohandatud mudelis muutusid leibkonna suurus (tabel 4) ning transpordi ja distantsti tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadused (tabel 5) statistiliselt mitteoluliseks. Samuti muutus kesk- või kutsehariduse omamine kaitsvaks teguriks ($PRR = 0,90$, 95% CI 0,83–0,97), kuigi kohandamata analüüsis oli selle mõju depressiivsuse levimusele vastupidine. Põhiharidus, mis kohandamata mudelis mõjutas välispäritolu isikute rühmas depressiivsuse levimust rohkem kui teised haridustasemed, muutus statistiliselt mitteoluliseks.

Lisaks muutus kohandatud mudelis vanuse mõju. Kui kohandamata analüüsis oli vanus kaitsvaks teguriks (tabel 3), siis kohandatud mudelis oli selle mõju vastupidine (tabel 4). 20–34-aastaste välispäritolu inimeste seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe ligi kaks korda kõrgem ($PRR = 1,97$, 95% CI 1,74–2,23) ning 35–49-aastaste seas üle pooleteise korra kõrgem ($PRR = 1,57$, 95% CI 1,39–1,76) kui kõige vanemas vanusgrupis. Võrreldes meestega on välispäritolu naiste seas depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem ($PRR = 1,28$, 95% CI 1,20–1,38), kuid kohandatud analüüsis on see võrreldes kohandamata mudeliga vähenenud. Kooselus elavate isikutel esines vähem depressiivsust ning see jäi kohandatud analüüsis kaitsvaks teguriks ($PRR = 0,87$, 95% CI 0,80–0,94).

Depressiivsuse levimusmäärade suhe oli statistiliselt oluline vaid I ja II kvintiili kuuluvate isikute seas. I kvintiilis oli PRR 1,24 (95% CI 1,10–1,40) ning II kvintiilis oli PRR 1,17 (95% CI 1,04–1,32). Tööhõive lõikes jäi kohandatud analüüsis depressiooni levimusmäärade suhe statistiliselt oluliseks ainult mitteaktiivsete hulgas ($PRR = 1,11$, 95% CI 1,02–1,21).

Depressiivsust esines kõige enam halva tervise enesehinnanguga inimestel ($PRR = 4,10$, 95% CI 3,71–4,54) ning keskmise hinnanguga inimestel ($PRR = 2,32$, 95% CI 2,14–2,52) võrreldes hea tervise enesehinnanguga inimestel. Peale selle on kohandatud mudelist endiselt näha, et sotsiaal-psühholoogilise tugivõrgustiku puudumine suurendab depressiivsuse levimust. Inimestel, kellel pole ühtegi lähedast ($PRR = 1,19$, 95% CI 1,01–1,41) või on 1–2 inimest, kellele vajaduse korral loota ($PRR = 1,16$, 95% CI 1,04–1,28), oli depressiivsuse kohandatud levimusmäärade suhe kõrgem, kui neil, kellel on kuus või rohkem lähedast. Samuti oli inimeste seas, kes tajusid, et teised inimesed ei näita nende vastu üldse huvi välja, depressiivsuse kohandatud levimusmäärade suhe poolteist korda kõrgem ($PRR = 1,51$, 95% CI 1,37–1,67) ning inimestel, kes polnud kindlad palju nende vastu huvi näidatakse, 1,3 korda kõrgem ($PRR = 1,33$, 95% CI 1,21–1,45) võrreldes nendega, kelle vastu näidatakse mõningal määral huvi üles (tabel 4). Isikutel, kellel on keeruline vajaduse korral naabritelt abi saada, oli depressiivsuse PRR 1,23 (95% CI 1,13–1,34) võrreldes inimestega, kellel on lihtne naabritelt

abi saada. Vastanutel, kelle sõnul on neil vajaduse korral naabritelt võimalik abi saada, oli depressiivsuse *PRR* 1,21 (95% *CI* 1,12–1,31).

Tabel 4. Depressiivsuse kohandatud levimismäärade suhted (*PRR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) välispäritolu rahvastikus sõltuvalt demograafilistest, sotsiaalmajanduslikest ja sotsiaal-psühholoogilistest teguritest.* Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		PRR (95% CI)
Sugu	mees	1
	naine	1,28 (1,20–1,38)
Vanuserühm	65+	1
	50–64	1,27 (1,14–1,42)
	35–49	1,57 (1,39–1,76)
	20–34	1,97 (1,74–2,23)
Haridustase	kõrgharidus	1
	kesk-/kutseharidus	0,90 (0,83–0,97)
	põhiharidus	0,99 (0,90–1,08)
Kooselu	ei ela kooselus	1
	elab kooselus	0,87 (0,80–0,94)
Sissetulek	V kvintil	1
	IV kvintil	1,04 (0,92–1,18)
	III kvintil	1,12 (0,99–1,27)
	II kvintil	1,17 (1,04–1,32)
	I kvintil	1,24 (1,10–1,40)
Leibkonna suurus	4+ inimest	1
	2–3 inimest	1,02 (0,94–1,11)
	1 inimene	1,06 (0,95–1,18)
Tööhõive	töötav	1
	töötu	1,07 (0,95–1,20)
	mitteaktiivne	1,11 (1,01–1,21)
Tervise enesehinnang	hea	1
	keskmine	2,32 (2,14–2,52)
	halb	4,10 (3,71–4,54)
Lähedased inimesed, kellele loota	6+ inimest	1
	3–5 inimest	1,10 (0,99–1,22)
	1–2 inimest	1,16 (1,05–1,28)
	mitte ühtegi	1,19 (1,01–1,41)
Palju teised inimesed huvi üles näitavad	mõningal määral	1
	pole kindel	1,33 (1,21–1,45)
	mitte üldse	1,51 (1,37–1,67)
Vajaduse korral naabritelt abi saamine	lihtne	1
	võimalik	1,21 (1,12–1,31)
	keeruline	1,23 (1,13–1,34)

* kohandatud demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele, sotsiaal-psühholoogilistele ja katmata tervishoiuteenuste vajadusi kirjeldavatele tunnustele. Statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas

Depressiivsust esines enam ($PRR = 1,34$, 95% CI 1,23–1,45) pika järjekorra või ooteaja tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi kogenute seas võrreldes nendega, kel katmata

tervishoiuteenuste vajadusi ei esinenud. Mudelis 3 oli depressiivsuse esinemine madalam kui demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele kohandatud mudelis (mudel 2) ning kohandamata mudelis (mudel 1) (tabel 5).

Tabel 5. Depressiivsuse levimismäärade suhted (*PRR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sõltuvalt katmata tervishoiuteenuste vajadustest välispäritolu rahvastikus.* Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c
		PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)
Katmata tervishoiuteenuste vajadused: järjekorrad	ei	1	1	1
	jah	2,60 (2,28–2,97)	1,71 (1,58–1,85)	1,34 (1,23–1,45)
Katmata tervishoiuteenuste vajadused: transport ja kaugus	ei	1	1	1
	jah	2,07 (1,86–2,31)	1,21 (1,07–1,38)	1,15 (1,00–1,33)
Katmata tervishoiuteenuste vajadused: maksumus	ei	1	1	1
	jah	2,07 (1,90–2,25)	1,48 (1,34–1,63)	1,14 (1,03–1,27)

^a kohandamata

^b kohandatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele

^c kohandatud demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele ja sotsiaal-psühholoogilistele tunnustele

*statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas

Samuti oli maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi kirjeldanud isikute seas depressiivsuse levimismäärade suhe kõrgem ($PRR = 1,14$, 95% *CI* 1,03–1,27) võrreldes katmata vajadusi mitte kogunud inimestega. Katmata tervishoiuteenuste vajaduste mõju mudelis 3 vähenes võrreldes mudelitega 1 ja 2 (tabel 5). Mudelis 1 oli kõigi kolme tunnuste lõikes katmata vajadusi kogunud välispäritolu isikute depressiivsuse levimus kaks korda kõrgem võrreldes katmata vajadusi mitte kogunud isikutega. Järjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi kogunud isikute seas oli depressiivsuse levimusmäär üle kahe ja poole korra kõrgem ($PRR = 2,60$, 95% *CI* 2,28–2,97), kuid mudelit demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele kohandades (mudel 2), see langes ($PRR = 1,71$, 95% *CI* 1,58–1,85).

5.5 Katmata tervishoiuteenuste vajaduste ja depressiivsuse levimus välispäritolu rahvastikus Euroopa piirkondades

Depressiivsust esines Lõuna-Euroopa välispäritolu rahvastikus ($PRR = 0,45$, 95% *CI* 0,42–0,49) ning Kesk- ja Ida-Euroopas vähem ($PRR = 0,80$, 95% *CI* 0,74–0,86) võrreldes Lääne-Euroopaga (lisa 4).

Kohandamata mudelis (mudel 1) oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimismäärade suhe välispäritolu rahvastikus üle pooleteise korra kõrgem kui põliselanikel (tabel 6). Lääne-

Euroopas oli *PRR* 1,61 (95% *CI* 1,46–1,77), Põhja-Euroopas *PRR* 1,51 (95% *CI* 1,26–1,81) ning Kesk- ja Ida-Euroopas *PRR* 1,61 (95% *CI* 1,43–1,82). Lõuna-Euroopas polnud tunnus statistiliselt oluline.

Mudeli kohandamisel muutusid levimusmäärade suhted madalamaks. Kui kohandamata mudelis oli kõige kõrgem katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe Kesk- ja Ida-Euroopa piirkonnas, siis demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele kohandatud mudelis (mudel 2) oli levimusmäärade suhe kõige kõrgem Lääne-Euroopas. Lääne-Euroopa välispäritolu isikute seas oli mudelis 2 katmata tervishoiuteenuste levimusmäärade suhe natuke alla pooleteise korra kõrgem (*PRR* = 1,41, 95% *CI* 1,27–1,57) kui põliselanike seas. Kesk- ja Ida-Euroopa välispäritolu rahvastikus oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste *PRR* = 1,36 (95% *CI* 1,19–1,54) võrreldes põliselanikega.

Katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe vähenes kui mudelit kohandati kõigile tunnustele (mudel 3). Kesk- ja Ida-Euroopa välispäritolu rahvastikus oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste *PRR* 1,17 (95% *CI* 1,03–1,34) ning Lääne-Euroopas oli *PRR* 1,25 (95% *CI* 1,12–1,39) võrreldes põliselanikega (tabel 6).

Põhja-Euroopa välispäritolu isikute seas oli demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele kohandatud mudelis katmata tervishoiuteenuste vajaduste *PRR* 1,28 (95% *CI* 1,03–1,57) ning kõigile tunnustele kohandatud mudelis muutus see statistiliselt mitteoluliseks (*PRR* = 1,13, 95% *CI* 0,90–1,41).

Tabel 6. Katmata tervishoiuteenuste vajaduste ja depressiivsuse levimismäärade suhted (*PRR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) välispäritolu rahvastikus Euroopa piirkondades.* Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Piirkond	Rändestaatus	Katmata tervishoiuteenuste vajadused			Depressiivsus		
		Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c	Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c
		PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)
Lääne-Euroopa	põliselanik	1	1	1	1	1	1
	välispäritolu	1,61 (1,46–1,77)	1,41 (1,27–1,57)	1,25 (1,12–1,39)	1,21 (1,16–1,26)	1,14 (1,09–1,19)	1,04 (0,99–1,08)
Lõuna-Euroopa	põliselanik	1	1	1	1	1	1
	välispäritolu	1,01 (0,90–1,13)	1,00 (0,89–1,13)	0,95 (0,81–1,11)	0,65 (0,60–0,70)	0,82 (0,75–0,89)	0,94 (0,85–1,04)
Põhja-Euroopa	põliselanik	1	1	1	1	1	1
	välispäritolu	1,51 (1,26–1,81)	1,28 (1,03–1,57)	1,13 (0,90–1,41)	1,28 (1,19–1,38)	1,12 (1,02–1,22)	1,05 (0,96–1,14)
Kesk- ja Ida-Euroopa	põliselanik	1	1	1	1	1	1
	välispäritolu	1,62 (1,43–1,82)	1,36 (1,19–1,54)	1,17 (1,03–1,34)	1,27 (1,19–1,36)	1,03 (0,95–1,11)	0,92 (0,85–0,99)

*Statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas

^a kohandamata

^b kohandatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele

^c kohandatud demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele ja sotsiaal-psühholoogilistele tunnustele

Depressiivsus oli kohandamata mudelis (tabel 6) kõikides Euroopa piirkondades statistiliselt oluline. Kui võrrelda põliselanikega oli välispäritolu rahvastikus depressiivsuse levimusmäärade suhe kõige kõrgem Põhja-Euroopas ($PRR = 1,28$, 95% CI 1,19–1,38), seejärel Kesk- ja Ida-Euroopas ($PRR = 1,27$, 95% CI 1,19–1,36) ning Lääne-Euroopas ($PRR = 1,21$, 95% CI 1,16–1,26). Lõuna-Euroopas oli välispäritolu isikute seas depressiivsuse levimusmäärade suhe 1,5 korda madalam ($PRR = 0,65$, 95% CI 0,60–0,70) kui põliselanikel.

Kui mudelit kohandati demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele (mudel 2), muutus depressiivsuse levimusmäärade suhe Lõuna-Euroopa välispäritolu elanike seas 1,2 korda madalamaks ($PRR = 0,82$, 95% CI 0,75–0,89) võrreldes põliselanikega. Mudelis 2 langes levimusmäärade suhe Lääne-Euroopa ($PRR = 0,65$, 95% CI 0,60–0,70) ning Põhja-Euroopa ($PRR = 0,65$, 95% CI 0,60–0,70) kihtides. Kesk- ja Ida-Euroopa kihis muutus tunnus statistiliselt mitteoluliseks.

Demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele ja -psühholoogilistele tunnustele kohandatud mudelis oli tunnus oluline vaid Kesk- ja Ida-Euroopas: välispäritolu rahvastikus oli depressiivsuse levimusmäärade suhe 1,1 korda madalam ($PRR = 0,92$, 95% CI 0,85–0,99) võrreldes põliselanikega.

6. Arutelu

Töö eesmärk oli uurida katmata tervishoiuteenuste vajadusi ja depressiivsuse esinemist Euroopa riikides elavate välispäritolu isikute hulgas. Magistritöö põhineb aastatel 2013–2015 läbi viidud Euroopa Terviseuuringu II laine andmetel. Vastanutest olid 91,0% põliselanikud ning 9,0% välispäritolu isikud.

6.1 Katmata tervishoiuteenuste vajaduste ja depressiivsuse esinemine välispäritolu rahvastikus ja põliselanike seas

Töö tulemustest selgus, et katmata tervishoiuteenuste vajadusi oli kogenud väike osa kõigist vastanutest. Sellest hoolimata esines välispäritolu rahvastikus põliselanikkonnast suuremal määral katmata tervishoiuteenuste vajadusi (vastavalt 7,1% ja 5,3%). Depressiivsuse esinemine oli samuti mõnevõrra kõrgem välispäritolu isikute kui põliselanike seas (vastavalt 23,3% ja 20,6%).

Põliselanike kui välispäritolu isikute seas olid võrreldes meestega naiste seas kõrgemad nii katmata tervishoiuteenuste vajaduste kui depressiivsuse levimismäärade suhted. Samuti tõusis vanuse kasvades depressiivsuse levimismäärade suhe olenemata rändestaatusest. Üks põhjusi võib olla terve migrandi efekt, mistõttu on välispäritolu rahvastikul parem vaimne tervis ning samuti väiksem vajadus tervishoiuteenuste järele seda just rände alguses (16, 17, 19). Sellele viitab ka välispäritolu rahvastiku kõrgem tervise enesehinnang võrreldes põliselanikega. Kahjuks ei saa nende andmete põhjal selle kohta kindlaid järeldusi teha, sest puuduvad andmed rände pikkuse ja iseloomu kohta.

Kõige enam esines katmata tervishoiuteenuste vajadusi maksumuse tõttu ja seda just välispäritolu rahvastiku seas. Samuti oli levimismäärade suhe kõrgeim väikseima sissetulekuga inimeste seas, olenemata rändestaatusest. Saadud tulemustes oli katmata tervishoiuteenuste levimus madalam, kui selgus EHIS-e sama laine andmete alusel koostatud OECD analüüsist (52), kus 27% ravivajadusega täiskasvanutest tunnistas et ei saanud pika ooteaja, vahemaa või kulude tõttu ravi piisavalt kiiresti või üldse mitte. 15%-l täiskasvanutest olid katmata tervishoiuteenuste vajadused maksumuse tõttu, 19%-l ravijärjekordade tõttu ning 4% kauguse või transpordiprobleemide tõttu (52).

Samuti oli USA (8) ja Kanada (51) migrantide seas katmata tervishoiuteenuste vajaduste osakaal kõrgem võrreldes magistritöö analüüsi tulemustega (vastavalt 16% ja 69%), kuid siinkohal esineb samuti erinevusi meetodika, riikide tervishoiupoliitika, ravikindlustussüsteemide ja uuringusse kaasatud populatsioonide vahel.

Üks põhjuseid, miks siinses töös kirjeldatud katmata tervishoiuteenuste vajaduste määr on tegelikkusest madalam, võib tuleneda küsimustiku ülesehitusest. Katmata vajadusi hinnatakse kolme mõõtme abil (pikk ooteaeg/järjekorrad, maksumus, transpordiprobleemid/kaugus). Ent see ei hõlma endas teenuse vastuvõetavust ega kultuurilisi takistusi. Need on aga rände kontekstis tähtsad näitajad, mis mõjutavad tervishoiuteenuste kasutust. Samuti on tervise termin ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste hinnang suhteline ning selle kvantitatiivsel hindamisel esineb probleeme (43). Tervise definitsioon võib suurel määral sõltuda inimese haridusest, kultuurilisest taustast ja tervisega seotud kirjaoskusest (41, 43, 45, 53). Ometi on halva või keskmise tervise enesehinnanguga välispäritolu isikute ja põliselanike seas katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus kordades suurem hea tervise enesehinnanguga inimestest.

Veel leidis analüüsis taaskord kinnitust seos katmata tervishoiuteenuste vajaduste ja madala sissetuleku vahel, mida on ka rõhutanud nt Fjaer jt (53), ning naiste seas olev suurem katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus (24, 47). Pealse selle on madalama haridustasemega inimestel suurem katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus, mida on samuti varasemates uuringutes esile toodud (43, 45, 47). Töötute ja mitteaktiivsete populatsioonis olev kõrgem katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus oli oodatav, arvestades enamlevinud katmata vajaduste põhjust, milleks oli maksumus.

Analüüsist selgus, et sotsiaalne tugivõrgustik mõjutab samuti nii depressiivsust kui katmata tervishoiuteenuste vajaduste olemasolu: väikese tugivõrgustikuga inimestel on suurem katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimus ja depressiivsus olenemata päritolust ja rändestaatusest. Näiteks transpordi puudumisel ei pruugi olla kedagi, kes viiks arstivisiidile, mis võib olla katmata tervishoiuteenuste vajaduste põhjuseks just eakate populatsioonis. Samuti võidakse sattuda arsti juurde näiteks hiljem või tõsisemate terviseprobleemiga, sest pole inimesi, kes muret tunneksid ja aitaksid terviseprobleemiga tegeleda. Kui puuduvad lähedased inimesed, kes aitaksid lastehoiuga, võib naistel, eriti üksikemadel, puududa võimalus tervishoiuteenuseid kasutada. Välispäritolu isikutel, kellel oli vähe sotsiaalseid sidemeid ning kogukonna tuge, oli kõrgem depressiivsuse tase. Sarnaselt oli kooselus elamine kaitsvaks teguriks. See on samuti oodatav tulemus, kuna kirjanduse ülevaatest selgus, et puudulik sotsiaalne võrgustik ja tugi, üksildus sotsiaalne tugi on vaimse tervise probleemide riskiteguriteks (10, 35, 38, 39).

Nii nagu teiste teguritega, on ka sotsiaal-psühholoogilist tuge kirjeldavates tunnustes välispäritolu isikute seas levimus väiksem kui põliselanikel. Ränne toimub sageli ilma perekonnata, mistõttu peavad paljud välispäritolu isikud leidma endale rände sihtriigis uue kogukonna. Kasutatud andmete põhjal pole võimalik öelda, kas rännati koos perekonnaga, integreeruti sihtriigi enamuseelanikkonnaga, sulanduti uue elukoha sama etnilise taustaga

kogukonnaga või tehti kõike eelmainitut. Seetõttu on keeruline tuua esile kindlaid põhjuseid. Sellest hoolimata võib terve migrandi efekt avaldada koosmõju ehk välispäritolu isikud on tervemad ja neil on väiksemad tervishoiuteenuste vajadused, olenemata tugivõrgustiku olemasolust. Kahjuks pole kasutatud andmete põhjal võimalik seda kontrollida.

6.2 Depressiivsuse esinemist selgitavad tegurid välispäritolu rahvastiku seas

Välispäritolu rahvastikus selgitasid depressiivsuse esinemist järgmised tegurid: sugu, vanus, haridustase, kooselustaatus, sissetulek, tööhõive, tervise enesehinnang, lähedaste inimeste arv, naabritelt abi saamine, teiste inimeste huvi näitamine ning järjekordade ja maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadused.

Välispäritolu naiste seas oli depressiivsuse levimus kõrgem ka kohandatud analüüsis. See võib tuleneda teadaolevatest depressiivsuse riskiteguritest välispäritolu isikute seas: stressirohked elusündmused, lähedaste perekondlike sidemete puudumine, või füüsilise vägivalla kogemine (33). Depressiivsuse levimust mõjutas kohandatud analüüsis jätkuvalt vanus: vanuse kasvades depressiivsuse levimus vähenes. Sarnase tulemuseni jõudsid ka Foo jt (32), kuid nende tulemused polnud statistiliselt olulised.

Vanus oli kohandamata analüüsis kaitsvaks teguriks (kõige nooremates vanuserühmades oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kuni 1,3 korda madalam kui kõige vanemas), kuid kohandatud mudelis muutus see vastupidiseks. Sarnaselt muutus ka kesk-/kutseharidus: kohandamata analüüsis oli tegemist riskiteguriga, mis kohandatud mudelis muutus kaitsvaks teguriks.

Depressiivsuse esinemist selgitas ka sissetulek. Depressiivsuse levimus oli madalama sissetulekuga gruppides kõrgem kui suurema sissetulekuga inimeste seas. Sarnase tulemuseni jõudsid ka Arias-de la Torre jt (72), kes uurisid depressiooni levimust Hispaania migrantide seas. Kuigi kohandamata mudelis oli mitteaktiivsete ja töötute inimeste seas depressiivsuse levimus kõrge, siis kohandatud mudelis see vähenes ning töötute lõikes muutus statistiliselt mitteoluliseks.

Depressiivsust mõjutas suurel määral tervise enesehinnang: halva tervise enesehinnanguga inimeste seas oli depressiivsuse levimusmäärade suhe kaks korda kõrgem kui keskmise tervise enesehinnanguga inimestel. Samuti erines levimusmäärade suhe hea ning keskmise hinnangu vahel üle kahe korra. See on oodatav tulemus, kuna depressiivsus on negatiivne tervislik seisund ning mõjutab inimeste heaolu ja tervise enesehinnangut negatiivselt.

Depressiivsuse esinemist selgitasid ka teised sotsiaal-psühholoogilised tunnused, neist kõige enam tunnus „palju inimesed huvi üles näitavad“. Mida vähem inimene tunneb, et teised tema vastu huvi üles näitavad või inimesed häda korral aitavad, seda suurem on depressiivsuse levimusmäärade suhe. See tulemus on samuti kooskõlas teaduskirjandusega. Olemasolev sotsiaalne tugivõrgustik on oluliseks kaitseteguriks vaimse tervise probleemide sh depressiivsuse vastu (10, 33, 36, 37). Sotsiaalne tugivõrgustik kahaneb rände tõttu, mistõttu on oluline akulturatsioon, et sihtkohas tekiks uus tugi ja kogukond.

Peale selle mõjutasid katmata tervishoiuteenuste vajadused depressiivsuse esinemist. Üllataval kombel mõjutas just pikkade ravijärjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadused kõige rohkem depressiivsuse levimust. Küsitluses olid ainult 2,7% välispäritolu isikutest vastanud, et on kogenud pikkade järjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi. Ometi välispäritolu isikute seas, kes olid kogenud pikkade järjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi, oli kõrgem depressiivsuse levimusmäärade suhe võrreldes katmata tervishoiuteenuste vajadusi mittekenud isikutega. Depressiivsuse levimusmäärade suhted olid kohandamata mudelis kõige kõrgemad järjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajaduste tunnuse lõikes, kuid mudelite kohandamisel levimusmäärade suhted langesid.

Kõige enam kogetud (7,4%) katmata tervishoiuteenuste vajaduste põhjuseks oli maksumus. See suurendas depressiivsuse levimusmäärade suhet, kuid mitte nii suurel määral kui järjekordade tõttu katmata tervishoiuteenuste vajaduste tunnus. Samuti esines kõrge depressiivsuse levimusmäärade suhe kauguse ja transpordi tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadusi kirjeldava tunnuse lõikes. Kohandatud mudelites vähenesid tunduvalt levimusmäärade suhted kõigi tunnuste lõikes ning transpordi ja distantsti tõttu katmata vajadused muutusid depressiivsuse selgitamisel statistiliselt mitteoluliseks.

6.3 Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste esinemine Euroopa piirkondades

Lääne-Euroopa välispäritolu rahvastikus oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõige kõrgem: 1,4 korda kõrgem võrreldes põliselanikega. Kesk- ja Ida-Euroopas oli välispäritolu rahvastiku katmata tervishoiuteenuste levimusmäärade suhe 1,2 korda kõrgem võrreldes põliselanikega. Kohandamata analüüsis olid levimusmäärade suhted kõrgemad ning mudelite kohandamisel need langesid. Põhja-Euroopa välispäritolu rahvastikus oli kohandamata analüüsis levimusmäärade suhe üle pooleteise korra kõrgem kui põliselanike seas, kuid muutus kõigile tunnustele kohandamisel statistiliselt mitteoluliseks. Lõuna-Euroopas oli see läbivalt statistiliselt mitteoluline.

Piirkondade vahel katmata tervishoiuteenuste vajaduste erinevuseid põhjustavad tegurid vajavad edasist uurimist, kuna Kesk- ja Ida-Euroopa riikides on välispäritolu isikutel esmapilgul ühesugune ligipääs tervishoiuteenustele, kuigi Lääne-Euroopas on pilt heterogeensem ja ligipääs peaks olema lihtsam (joonis 2). Tõenäoliselt esineb erinevusi välispäritolu isikutele antavas legaalses staatuses ning läbi selle ka tervishoiuteenuste kasutusvõimalused. Lisaks võivad mõjutada ka kultuurilised tegurid nagu tõlkide olemasolu ning tervishoiutöötajate kultuuriteadlikkus. Kohandamata mudelis oli depressiivsus kõige kõrgem Põhja-Euroopa ning Kesk- ja Ida-Euroopa välispäritolu rahvastikus võrreldes põliselanikega. Lõuna-Euroopas oli välispäritolu isikute depressiivsus hoopis madalam kui põliselanike seas. Kõigile teguritele kohandatud mudelis oli depressiivsus statistiliselt oluline ainult Kesk- ja Ida-Euroopa piirkonnas, kus see oli välispäritolu rahvastikus 1,1 korda madalam kui põliselanike seas.

Üheks põhjuseks võib olla terve migrandi efekt, kuna välispäritolu isikute seas on depressiivsuse tase madalam. Samuti võib erinevus tuleneda põliselanike ja välispäritolu isikute erinevast vaimse tervise mõtestamisest. Kahjuks pole antud andmete pealt võimalik täpseid põhjuseid öelda ning see vajab edasist uurimist. Samuti oleks huvipakkuv uurida akulturatsiooni mõju Euroopa piirkondade kontekstis ja selle mõju depressiivsusele.

6.4 Töö tugevused ja nõrkused

Töö tugevuseks on üleeuroopaliste andmete kasutamine. Üleeuroopaline reguleeriv raamistik, tunnuste määratlused, kontseptuaalsed juhised ja küsimustiku tõlkeprotokollid tagavad statistika võrreldavuse riikide vahel. Valdav enamus EHIS-es osalevaid riike teatas, et on ette antud suunised hoolikalt järginud: kvaliteediraporti järgi saavutati riikides küsitluse II lainega saadud andmete ja näitajate üldine hea võrreldavus. (73) Samuti on tugevuseks töö uudsus. EHIS-e II laine andmeid on vähe avaldatud. Peale selle on tugevuseks, et tegemist on suuremahulise individuaalandmete analüüsiga. Samuti pole sel teemal palju võrdlusmaterjali ning teadaolevalt pole selle teema nii suuremahuliseks uurimiseks EHIS-e andmeid varem kasutatud.

Töö üheks piiranguks on vastanute erinev jaotus piirkonniti ja riigiti: üle kahe viiendiku välispäritolu vastanutest on Lääne-Euroopa riikidest. Samuti oli nt Rumeenias ainult kaks välispäritolu vastanut. Seetõttu pole võimalik ühtseid järeldusi teha. Analüüsis ei eristatud rändestaatuse osas EL riikidest või väljastpoolt EL-i pärit isikuid, mistõttu ei ole siinkohal võimalik eraldi välja tuua Euroopa Liidu sisest ja kolmandatest riikidest tulevat rännet. Seega ei saa antud kontekstis eristada EL-i ja EMP tervishoiupoliitika (nt direktiiv 2011/24/EL, (74)

mõjudega välispäritolu isikutele. Peale selle on tõenäoline, et küsitlusse pole kaasatud marginaliseeritud grupid ja raskesti kättesaadavad inimesed, nt pagulased. Riiklike terviseuuringute valimid on rahvastikupõhised, kuid esineb erinevusi valimi koostamise meetodikates (73). Riigiti kasutati erinevaid valimi koostamise meetodikaid: rahvaloenduse andmed (viis riiki), rahvastikuregistrid (15 riiki), eluruumide või ehitisregistrid (viis riiki) või muud statistilised allikad (seitse riiki) (73). Kõik riigid kasutasid tõenäosusvalimit, kusjuures üle poole neist kasutasid mitmeastmelist valimi koostamist ja 14 riiki kasutas üheastmelist valimi koostamist (73). Seetõttu võib eeldada, et andmestikus esineb valikunihe (ingl *selection bias*), mistõttu tulemused on alahinnatud.

Samuti tehti igas riigis andmete valideerimine, kalibreerimine, mittevastamise korrigeerimine jne, et minimeerida kõigi võimalike valimi- ja mõõtmisvigade mõju. Üheks potentsiaalseks mõõtmisvigade allikaks on *proxy*-intervjuude kasutamine (inimese eest vastab keegi teine, nt leibkonnaliige), mis ei olnud lubatud 12 riigis (sh Eestis) (73). 18 riigis oli lubatud kasutada *proxy*-intervjuusid, kuid need piirdusid juhistes täpsustatud küsimustega (välja arvatud neljas riigis, kus see oli lubatud kogu küsitluse lõikes). (73) Enamik riike kasutas näost näkku intervjuusid kas ainsa andmekogumisviisina või koos teise meetodiga (nt telefoniintervjuu või veebiküsimustikud). Osa riike kasutasid ainult telefoni-, posti- või veebiküsimustikke. Peale selle pakkusid seitse riiki vastajatele tänutäheks kingitusi, et julgustada neid uuringus osalema. Kingituste kasutamine võib samuti põhjustada valikunihet ja mõjutada seeläbi tulemuste täpsust. (73) Mõned riigid integreerisid EHIS-e küsimustiku riiklikku terviseuuringu küsimustikuga ehk lisasid küsimusi. Pikemad küsimustikud võivad suurendada vastamata jätmise määra vastajate väsimuse tõttu või võivad mõjutada tulemuste võrreldavust (73). Küsimustele mittevastamise osas registreeriti teatud tunnuste lõikes vastamata jätmise määr üle 10% enam kui üheksas riigis. Sageli oli probleem küsimustes, mis puudutasid leibkonna igakuist netosissetulekut ja vaimse tervise muutujaid, kuna vastajate jaoks oli nendele küsimustele vastamine keeruline või nad pidasid küsimust tundlikuks (73).

Samuti polnud olulised rände sihtriigid, nagu Itaalia, Hispaania, Belgia ja Madalmaad analüüsi kaasatud. Seetõttu on oluline arv välispäritolu isikuid kõrvale jäänud. Kasutatud andmete põhjal pole võimalik kindaks teha vastanute etnilist ega rände tausta, mistõttu polnud võimalik analüüsida akulturatsiooni mõju depressiivsusele ja katmata tervishoiuteenuste vajadustele. Kirjanduse ülevaatest selgunud info põhjal mõjutas akulturatsioon märkimisväärselt välispäritolu isikute tervishoiuteenuste kasutust ja depressiivsust. See küsimus vajaks edasist uurimist ning on Eesti ja EL-i kontekstis teadaolevalt vähesel määral käsitletud teema.

7. Järeldused

Kas ja kuidas erinevad depressiivsuse esinemine ja katmata tervishoiuteenuste vajadus Euroopa riikide põliselanike ning välispäritolu isikute vahel?

- Katmata tervishoiuteenuste vajadusi esines välispäritolu rahvastikus rohkem kui põliselanikel.
- Depressiivsust esines välispäritolu isikute seas mõnevõrra rohkem kui põliselanikel, vastavalt 23% ja 21%
- Nii põliselanike kui ka välispäritolu rahvastiku seas oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhe kõrgem naistel ning põhi- ja kutse- või keskharidusega inimestel. Samuti oli katmata tervishoiuteenuste levimusmäärade suhe kõrgem töötute seas ja väikse sotsiaal-psühholoogilise tugivõrgustikuga inimestel, olenemata rändestaatusest.
- Katmata tervishoiuteenuste vajadus seostus sissetulekuga, olles suurem madala sissetuleku korral.
- Halb tervise enesehinnang suurendas suurel määral katmata tervishoiuteenuste vajadusi ja depressiivsust.

Millised demograafilised, sotsiaal-majanduslikud, sotsiaal-psühholoogilised ning katmata tervishoiuteenuste vajadusega seotud tegurid selgitavad depressiivsuse esinemist välispäritolu rahvastikul?

- Välispäritolu rahvastiku seas selgitasid depressiivsuse esinemist järgmised tegurid: sugu, vanus, haridustase, kooselustaatus, sissetulek, tööhõive, tervise enesehinnang, lähedaste inimeste arv, naabritelt abi saamine, teiste inimeste huvi näitamine ning järjekordade ja maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadused.
- Välispäritolu rahvastiku seas oli naistel, madala sissetulekuga inimestel, tööturul mitteaktiivsetel ja väikese sotsiaal-psühholoogilise tugivõrgustikuga inimestel depressiivsuse levimusmäärade suhe kõrgem.
- Väike sotsiaal-psühholoogiline tugivõrgustik suurendas depressiivsuse levimusmäärade suhet.
- Halva tervise enesehinnanguga välispäritolu isikutel on depressiivsuse levimusmäärade suhe märkimisväärselt kõrgem kui hea tervise enesehinnanguga inimestel.
- Järjekordade ja maksumuse tõttu katmata tervishoiuteenuste vajadused suurendasid depressiivsuse levimusmäärade suhet.

Millisel määral erinevad depressiivsuse esinemine ja katmata tervishoiuteenuste vajadused välispäritolu isikute seas Euroopas piirkonniti?

- Depressiivsuse levimus piirkondade võrdluses oli statistiliselt oluline ainult Kesk- ja Ida-Euroopas. Kesk- ja Ida-Euroopa välispäritolu rahvastikus oli depressiivsuse levimusmäärade suhe madalam kui põliselanike seas.
- Lääne-Euroopa ning Kesk- ja Ida-Euroopa riikides oli katmata tervishoiuteenuste vajaduste esinemine välispäritolu rahvastikus kõrgem kui põliselanike seas.

8. Kasutatud kirjandus

1. Treaty on European Union. OJEC 1992; 1–112.
2. Marzocchi O. Free movement of persons. Fact Sheets on the European Union - 2020. Brussels: European Parliament; 2020. (https://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU_4.1.3.pdf)
3. Teatis nr 2007/C 306/01 Lissaboni leping, millega muudetakse Euroopa Liidu lepingut ja Euroopa Ühenduse asutamislepingut sõlmitud Lissabonis 13. detsembril 2007. OJEC 2007;50(C. 306).
4. Eurostat. Migration and migrant population statistics. Statistics Explained. Luxembourg: Eurostat; 2021 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics#Migration_flows:_Immigration_to_the_EU_from_non-member_countries_was_2.7_million_in_2019) [vaadatud 06.04.2021].
5. Winters M, Rechel B, de Jong L, et al. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. BMC Health Serv Res 2018;18:30.
6. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013;381:1235–45.
7. Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. Eur J Heal Econ 2015;(7):781–96.
8. Choi S. Experiencing unmet medical needs or delayed care because of cost: foreign-born adults in the U.S. by region of birth. Int J Heal Serv 2016;46:693–711.
9. Kim HY, Kim JY, Park HY, et al. Health service utilization, unmet healthcare needs, and the potential of telemedicine services among Korean expatriates 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. Global Health 2018;14.
10. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, et al. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review. Revista Brasileira de Psiquiatria 2018;40:220–5.
11. Cummings S, Sull L, Davis C, et al. Correlates of depression among older kurdish refugees. Soc Work 2011;56:159–68.
12. Stein J, Liegert P, Dorow M, et al. Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey. J Affect Disord 2019;245:998–1006.
13. Eesti Ajakirjanike Liit. Pagulased ja Eesti meedia. Juhendmaterjal ajakirjanikele. Rahvusvahelise Migratsiooniorganisatsiooni (IOM) Eesti esindus; 2012.
14. International Organization for Migration. International migration law. Glossary on migration. Geneva: International Organization for Migration; 2019.
15. United Nations General Assembly. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families. 1990;45/158.
16. Guidi CF, Petretto A. Health care and migration: what data can tell us of the hard-to-measure impact of migrants on the European health systems. In: Dobrescu P, ed. Development in Turbulent Times. Springer International Publishing; 2019. p. 153–70.
17. Helgesson M, Johansson B, Nordquist T, et al. Healthy migrant effect in the Swedish context: A register-based, longitudinal cohort study. BMJ Open 2019;9.
18. Ledoux C, Pilot E, Diaz E, et al. Migrants' access to healthcare services within the European Union: A content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. Global Health 2018;14.
19. Moullan Y, Jusot F. Why is the “healthy immigrant effect” different between European

- countries? *Eur J Public Health* 2014;24:80–6.
20. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The “healthy migrant effect” - Not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol* 2000;29:191–2.
 21. Guillot M, Khlai M, Elo I, et al. Understanding age variations in the migrant mortality advantage: An international comparative perspective. *PLoS One* 2018;13:1–17.
 22. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, et al. The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries. *J Int Migr Integr* 2015;16:317–32.
 23. Lu Y, Qin L. Healthy migrant and salmon bias hypotheses: A study of health and internal migration in China. *Soc Sci Med* 2014;102:41–8.
 24. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med* 2010;71:1610–9.
 25. La Parra-Casado D, Stornes P, Solheim EF. Self-rated health and wellbeing among the workingage immigrant population in Western Europe: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27:40–6.
 26. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2015;15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26510473/>
 27. Gushulak BD, Weekers J, Macpherson DW. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emergin Heal Threat* 2009;2:e10.
 28. International Organization for Migration. World migration report 2020. Geneva: International Organization for Migration; 2019. (https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf)
 29. Labree LJW, Van De Mheen H, Rutten FFH, et al. Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. *Obes Rev* 2011;12:e535-47.
 30. Malmusi D. Immigrants’ health and health inequality by type of integration policies in European countries. *Eur J Public Health*. 2015;25(2):293–9.
 31. Bas-Sarmiento P, Saucedo-Moreno MJ, Fernández-Gutiérrez M, et al. Mental health in immigrants versus native population: a systematic review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs* 2017;31:111–21.
 32. Foo SQ, Tam WW, Ho CS, et al. Prevalence of depression among migrants: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15.
 33. Tarricone I, Stivanello E, Poggi F, et al. Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2012;195:91–106.
 34. Mindlis I, Boffetta P. Mood disorders in first- and second-generation immigrants: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210:182–9.
 35. Ismayilova L, Lee HN, Shaw S, et al. Mental health and migration: depression, alcohol abuse, and access to health care among migrants in Central Asia. *J Immigr Minor Heal* 2014;16:1138–48.
 36. Andersson LMC, Hjern A, Ascher H. Undocumented adult migrants in Sweden: mental health and associated factors. *BMC Public Health* 2018;18.
 37. Von Werthern M, Robjant K, Chui Z, et al. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2018;18.
 38. Lecerof SS, Stafström M, Westerling R, et al. Does social capital protect mental health among migrants in Sweden? *Health Promot Int* 2016;31:644–52.

39. LeMaster JW, Broadbridge CL, Lumley MA, et al. Acculturation and post-migration psychological symptoms among iraqi refugees: A path analysis. *Am J Orthopsychiatry* 2018;88:38–47.
40. Chen W, Ling L, Renzaho AMN. Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open* 2017;7.
41. Wu Q, Ge T, Emond A, et al. Acculturation, resilience, and the mental health of migrant youth: a cross-country comparative study. *Public Health* 2018;162:63–70.
42. European Union Agency for Fundamental Rights. Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights; 2011.
43. Sou J, Goldenberg SM, Duff P, et al. Recent im/migration to Canada linked to unmet health needs among sex workers in Vancouver, Canada: findings of a longitudinal study. *Health Care Women Int* 2017;38:492–506.
44. Mor Z, Raveh Y, Lurie I, et al. Medical condition and care of undocumented migrants in ambulatory clinics in Tel Aviv, Israel: Assessing unmet needs. *BMC Health Serv Res* 2017;17.
45. Graetz V, Rechel B, Groot W, et al. Utilization of health care services by migrants in Europe - A systematic literature review. *Br Med Bull* 2017;121:5–18.
46. Ingelby D, Petrova-Benedict R. Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus others for their valuable contributions. Brussels; 2016. (<http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).
47. Israel S. How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *Int J Equity Health* 2016;15:41.
48. Nkulu Kalengayi FK, Hurtig AK, Nordstrand A, et al. Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC Health Serv Res* 2016;16.
49. Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R, et al. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PLoS One* 2017;12.
50. Xu F, Wheaton AG, Liu Y, et al. Higher prevalence of health-risk factors among US adults with unmet health care needs due to cost, 2016. *J Public Heal Manag Pract* 2021;27:E19–27.
51. Ridde V, Aho J, Ndao EM, et al. Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Glob Public Health* 2020;15:1603–16.
52. OECD. Focus on unmet needs for health care: comparing approaches and results from international surveys. 2020 (<https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf>).
53. Fjaer EL, Stornes P, Borisova L V, et al. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27:82–9.
54. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move Executive summary The Lancet Commissions. *Lancet* 2018;392:2606–54.
55. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, et al. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 369–86.
56. Lebano A, Hamed S, Bradby H, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health* 2020;20.
57. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, et al. Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res* 2019;54:1374–88.

58. Komisjoni määrus 141/2013/EL, 19. veebruar 2013, millega rakendatakse seoses Euroopa terviseuuringul põhineva statistikaga Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrust (EÜ) nr 1338/2008 rahvatervist ning töötervishoidu ja tööohutust käsitleva ühenduse statistika kohta. OJEC 2013;51(L. 47/20):20–48.
59. Eurostat. European Health Interview Survey. (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>) [vaadatud 29.05.2020].
60. Määrus 1338/2008/EÜ, 16. detsember 2008, rahvatervist ning töötervishoidu ja tööohutust käsitleva ühenduse statistika kohta. OJEC 2008;51(L. 354):70–81.
61. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. 2013 edition. Luxembourg: Eurostat; 2013.
62. Tervise Arengu Instituut, Eesti Statistikaamet. Eesti terviseuuring 2014. Ankeet. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2014.
63. Kroenke K, Spitzer TW, Spitzer RL, et al. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 2009;114:163–73.
64. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:345–59.
65. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–13.
66. UNHCR. Global trends. Forced displacement in 2015. Geneva: UNHCR; 2016.
67. European Migration Network. Annual Report on Migration and Asylum 2019. European Commission; 2020. (https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/00_eu_arm2019_synthesis_report_final_en_0.pdf)
68. Publications Office of the European Union. Europe - EU Vocabularies. (<http://eurovoc.europa.eu/100277>) [vaadatud 19.05.2020].
69. Espelt A, Mari-Dell’Olmo M, Penelo E, et al. Applied prevalence ratio estimation with different regression models: An example from a cross-national study on substance use research. *Adicciones* 2017;29:37–54.
70. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:1–13.
71. Mcclintock S, Qiang Ma Z, Rieger RH. Incorrect inference in prevalence trend analysis due to misuse of the odds ratio. *Ann Epidemiol* 2016;26:136–40.
72. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Martín V, et al. Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015. *J Affect Disord* 2018;239:203–7.
73. Santourian A, Kitromilidou S. Quality report of the second wave of the European Health Interview survey 2018 edition. Luxembourg: Eurostat; 2018.
74. Direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. OJEC 2011;54(L. 88/45):165–85.
75. Välismaalaste seadus, 01.04.2021. RT I 2010, 3, 4.
76. Pagulasseisundi konventsioon. 09.07.1997. RT II, 6,26.
77. Välismaalasele rahvusvahelise kaitse andmise seadus. 17.06.2020. RT I 2006 2, 3.
78. Carling J. What is the meaning of “migrants”? (<https://meaningofmigrants.org/>) [vaadatud 08.02.2021]
79. UNHCR. UNHCR viewpoint: “Refugee” or “migrant” – Which is right? UNHCR;2016.

(<https://www.unhcr.org/en-us/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>) [vaadatud 08.02.2021].

80. Kalev L. Poliitika ja valitsemise sõnastik. (<https://sonaveeb.ee/ds/pol>) [vaadatud 17.04 2021].
81. Lo Y. The Impact of the Acculturation Process on Asian American Youth's Psychological Well-Being. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2010;23:84–91.
82. Kuznetsova A, Tammiste B. Inimkaubanduse definitsiooni ja kuriteokoosseisu analüüs. Tallinn: Justiitsministeerium; 2009.
83. General Assembly. Protocol against the Smuggling of Migrants by Land, Sea and Air, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime (not in force). United Nations 2000;55/25.
84. Rahvusvahelise organiseeritud kuritegevuse vastu võitlemise Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni konventsiooni täiendav naiste ja lastega kaubitsemise ning muu inimkaubanduse ärahoidmise ja selle kuriteo eest karistamise protokoll, 11.06.2004. RT II 2004, 7, 23.
85. Kippar M. Inimkaubanduse õiguslik regulatsioon Eestis - selle vastavus Euroopa Liidu ja rahvusvahelisele õigusele [magistritöö]. Tallinn: Tartu Ülikool; 2018. (http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/61201/kippar_ma_2018.pdf)
86. United Nations Office on Drugs and Crime. An Introduction to Human Trafficking: Vulnerability, Impact and Action. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2008.

Mental health problems and unmet health care needs in foreign-born population

Lembe Kullamaa

Summary

The aim of the thesis was to investigate unmet health care needs and depressiveness among foreign-born population living in European countries.

The work is based on the data of European Health Interview Survey's II wave, which took place between 2013 and 2015. The final analysis included adults from twenty-five countries of the European Union and the European Economic Area from the age of 20, a total of 250,636 individuals. 91.0% of the respondents were native-born and 9.0% were foreign-born. Frequency tables and Pearson's chi-square test were used to describe the variables and relationships. A p-value of <0.05 was considered statistically significant. To assess the relationship between depressiveness and demographic, socioeconomic, and psychosocial characteristics affecting unmet health care needs, prevalence rate ratios were calculated using Poisson regression. Prevalence rate ratios were presented with 95% confidence intervals.

Unmet health care needs were higher among foreign-born population (7.1% 95% *CI* 6.8–7.5) than in the native population (5.3% 95% *CI* 5.2–5.4). Most of unmet health care needs were due to cost, followed by transport problems and distance, and long waiting lists. The prevalence of unmet health care needs was higher among women and persons with primary education, vocational or secondary education both among native population and foreign-born. Prevalence was also higher for the unemployed and people with a small psychosocial support network, regardless of migration status. The prevalence of unmet health care needs increased across the population as income declined.

Depressiveness was more common among foreign-born population (23.3% 95% *CI* 22.8–23.9) than in native-born population (20.6% 95% *CI* 20.5–20.8). The prevalence of depressiveness among the foreign-born population was explained by the following variables: sex, age, level of education, cohabitation status, income, employment, self-rated health, number of loved ones, help from neighbours, interest from others, and unmet health care needs due to waiting list(s) and cost. Women, people with low-income, people inactive in the labour market, and people with small psychosocial support networks had higher prevalence of depressiveness. In addition, a small psychosocial support network, poor self-rated health, and unmet health care needs due to waiting list(s) and cost increased the prevalence of depressiveness.

The prevalence of depressiveness was statistically significant only in Central and Eastern Europe, where the prevalence rate ratio in the foreign-born population was lower (PRR 0.92 95% CI 0.85–0.99) than among the native population. In the foreign-born population in Central and Eastern Europe, the prevalence rate ratio for unmet health care needs was 1.17 (95% CI 1.03–1.34) and in Western Europe the prevalence rate ratio was 1.25 (95% CI 1.12–1.39) compared to native population.

Tänuavaldus

Ma soovin väga tänada oma juhendajat Rainer Reilet. Ilma tema konstruktiivse kriitika ja juhendamiseta poleks seda tööd sündinud.

Eriline tänu kuulub Anna Edelale, kelle maagilised keeleteoimetamisoskused aitasid selle töö teoreetilise osa arusaadavasse eesti keelde panna.

Samuti soovin tänada oma kolleege Tervise Arengu Instituudist, et mul oli võimalik oma magistritööd seal teha.

Tänan ka Ülle Kullamaad rändeterminoloogia osas aitamise eest.

Veel soovin tänada oma pereliikmeid ja lähedasi, et nad jaksasid mu virisemist kuulata ning kõiki kohviubade ja teeleteede kasvatajaid, kelle tänuväärne töö aitas mul magistriõpet läbida.

Curriculum vitae

Üldandmed

Ees- ja perekonnanimi: Lembe Kullamaa

Sünniaeg: 10.02.1996

E-post: lembe.kullamaa@eesti.ee

Hariduskäik

2019–...	Tartu Ülikool, magistriõpe, rahvatervishoid
2016–2019	Tartu Ülikool, bakalaureuseõpe, infoühiskond ja sotsiaalne heaolu (sotsioloogia; kõrvaleriala bioloogia ja elustiku kaitse)
2015–2016	Tartu Ülikool, bakalaureuseõpe, bioloogia (lõpetamata)
2012–2015	Hugo Treffneri Gümnaasium, keskharidus

Keelteoskus

eesti keel	emakeel
inglise keel	C2 (Cambridge English Qualifications)
prantsuse keel	A1 (DELF Scolaire)
saksa keel	A1
eesti viipekeel	A1

Töökogemus

2019–...	Tervise Arengu Instituut, epidemioloogia ja biostatistika osakond, analüütik
2018–2019	Poliitikauuringute keskus Praxis, tervishoiupoliitika valdkonna nooremanalüütik

Teadus- ja arendustegevus

2019–2020	Ravijuhendi „Põletikulise liigeshaigusega patsiendi käsitlemine esmatasandil“ töörühma liige
2017–2018	Projekti „Models of Child Health Appraised“ (MOCHA) välise nõuandekogu liige

Publikatsioonid:

Michelson A, Kullamaa L, Osila L, et al. Compliance of Postgraduate Medical Education with WFME International Standards: Comparative Analysis of Estonia, Latvia and Lithuania. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2018.

Muu teaduslik organisatsiooniline ja erialane tegevus

2016–2019	Sotsioloogiaüliõpilaste Liidu (SÜLEM) juhatuse liige
-----------	--

Kuupäev: 18.05.2021

Lisa 1. Rändega seotud terminid

Regulaarseks migratsiooniks (ingl *regular migration*) peetakse rännet, mis toimub päritolu-, transiidi- ja sihtriigi seaduste alusel (14). **Ebaregulaarne migratsioon** (ingl *irregular migration*) on ränne, mille käigus toimub liikumine väljaspool seadusi, määrusi või rahvusvahelisi lepinguid, mis reguleerivad päritolu-, transiidi- või sihtriiki sisenemist või sealt lahkumist (14). Ehkki ebaregulaarse rände terminil pole üldtunnustatud määratlust, kasutatakse seda terminit inimeste kirjeldamiseks, kes liiguvad väljaspool tavapäraseid rändekanaleid. Asjaolu, et nad rändavad ebaseaduslikult, ei vabasta riike kohustusest kaitsta nende õigusi ja tagada inimväärne kohtlemine. Migrandid, kellel ei pruugi olla muud võimalust kui kasutada ebaseaduslikke rändeviise, võivad olla ka pagulased, inimkaubanduse ohvrid või saatjata alaealised. (14)

Rände liikumisteede kirjeldamiseks kasutatakse termineid **päritoluriik** (rände alguspunkt), **sihtriik** (riik, kuhu plaanitakse rände lõpptulemusena elama asuda) ning **transiidiriik** (riik, mida läbitakse sihtriiki jõudmiseks) (13, 14). **Migratsioonitsükel** on termin, mida kasutatakse rändeetappide kirjeldamiseks: see hõlmab lahkumist päritoluriigist, mõnel juhul transiidiriigi läbimist, sisserännet sihtriiki ja tagasipöördumist päritoluriiki (13, 14).

Haavatavas olukorras olev migrant (ingl *migrant in a vulnerable situation*) on inimene, kelle õigused pole täiel määral kaitstud ning kel on suurem väärkohtlemise oht, nt lapsed, naised ja puuetega inimesed. (13–15) Haavatavus tähistab siinkohal piiratud võimalusi kahju vältida, sellega toime tulla ja kahjust taastuda. See on inimese, leibkonna, kogukonna ning struktuuriliste omaduste ja tingimuste koostoime tulemus. (14)

Emigrant ehk väljarändaja on inimene, kes läheb kodumaalt teise riiki elama. **Immigrant** ehk sisserändaja on inimene, kes on kodumaalt lahkunud oma vabal tahtel, et minna teise riiki tööle, õppima vm. (13) Eesti kontekstis kasutatakse immigrandi tähistamiseks ka terminit välismaalane, kes on välismaalaste seaduse § 3 alusel isik, kes pole Eesti Vabariigi kodanik (75).

Põgenik on inimene, kes on erakorralise sündmuse tõttu (nt katastroof, sõjaline konflikt) pidanud oma kodumaalt lahkuma (13). **Pagulane** on inimene, kes on pidanud oma kodumaalt lahkuma rassi, religiooni, ühiskondliku positsiooni, rahvuse või poliitilise meelsuse tõttu ning on saanud teiselt riigilt kaitse Genfi pagulasseisundi konventsiooni alusel (13, 76).

Eristatakse ka **lisakaitse saajat**: inimene, kes ei liigitu pagulaseks, kuid kelle puhul on alust arvata, et päritoluriiki tagasi- või väljasaatmisel võib ta sattuda tõsisesse ohtu (surmanuhtluse kohaldamise, piinamise või inimväärlikust alandava kohtlemise ja sõjalise konflikti tõttu ohtu

sattumine, (13, 77). Samuti esineb erandina **ajutise kaitse saaja** staatus: inimene, kes ei vasta pagulasseisundi konventsioonis sätestatud kriteeriumitele, kuid kelle riiki lubamine on inimlikel kaalutlustel põhjendatud (13, 77).

Termini „migrant“ sisulisel defineerimisel kasutatakse üldiselt kahte lähenemisviisi. **Kaasav lähenemisviis** peab terminit „migrant“ katusteterminiks, mis hõlmab kõiki rändelisi liikumisi. (14) **Jäänuklikus** (ingl *residualist*) vaates nähakse migrante kui inimesi, kes on lahkunud oma tavapärasest elukohast muul põhjusel kui sõja eest põgenemise või tagakiusamise eest. Selle vaate kohaselt on migrandid mitmekesine jäänukkategooria inimesi, keda ühendab mittepagulase omadus. (14, 78) Mõlemad lähenemisviisid on kasutusel. Näiteks Rahvusvaheline Migratsiooniorganisatsioon (IOM) lähtub oma töös kaasavast lähenemisviisist (14) ja Ühendatud Rahvaste Organisatsiooni Pagulaste Ülemvoliniku Amet (UNHCR) kasutab jäänuklikku lähenemisviisi (79). Selles magistritöös lähtutakse termini „migrant“ kaasavast lähenemisviisist.

Rändega seostub ka akulturatsioon. **Akukuratsioon** on „protsess, mille käigus sisserändajad ning laiemalt teisest rahvusest inimesed võtavad omaks elukohariigi kultuuri (käitumislaadi, väärtused, sümbolid jmt) ja sulanduvad sellesse“ (80). Akukuratsioonil võib olla neli võimalikku tulemit: integratsioon, assimilatsioon, separatsioon ja marginalisatsioon (41).

Integratsioon ehk lõimumine on vastastikune kahesuunaline protsess migrandi ja ühiskonna vahel, kus ta elab. Selle käigus lõimitakse migrant vastuvõtva kogukonna sotsiaalsesse, majanduslikku, kultuurilisse ja poliitilisse ellu ning see hõlmab migrantide ja kogukondade jaoks ühiseid kohustusi ja muid seotud termineid, nagu sotsiaalne kaasatus ja sotsiaalne ühtekuuluvus. Migrant säilitab päritolukultuuri ja võtab omaks ka vastuvõtva riigi kultuuri. (14, 41)

Assimilatsioon, mille käigus saab migrant enamuskultuuri osaks, toetab vastuvõtva riigi kultuuri, kuid päritolukultuuri säilitamist see ei soodusta (41). Riigivalitsemise sõnastik kasutab järgmist definitsiooni: „Immigrantide ja etniliste rühmade sulandumine enamusrahvusesse, mille käigus nad loobuvad oma kultuurist, keelest ja identiteedist ja saavad enamusrahvuse liikmeteks“ (80).

Separatsiooni korral hoiab migrant päritolukultuurist kindlalt ja ning samal ajal keeldub vastuvõtva kultuuri omaksvõtmisest (41). Alternatiivselt kasutatakse ka terminit „segregatsioon“ (80).

Marginalisatsioon tähendab migrandi nii päritolu- kui ka peremeeskultuurist lahus hoidmist ja tema võõrandumist (41).

Mainitud neljast suundumusest peetakse integratsiooni akulturatsiooni kõige kohanemisvõimelisemaks viisiks ja seda on seostatud heade vaimse tervise näitajatega, samal ajal kui marginaliseerumist seostatakse pigem kehvamate vaimse tervise näitajatega (41, 81).

Taasintegratsioon on seotud migrandi naasmisega tema päritoluriiki. See on protsess, mille käigus taastab inimene majandus-, sotsiaalsed ja sotsiaal-psühholoogilisi suhted, mis on vajalikud elu, toimetuleku ja väärikuse säilitamiseks ning kodanikuellu kaasamiseks. (14)

Majanduslik taasintegratsioon on protsess, mille käigus naaseb inimene uuesti oma päritoluriigi majandusellu ja suudab end ülal pidada (14).

Sotsiaalne taasintegratsioon hõlmab tagasipöördunud rändaja juurdepääsu oma päritoluriigi avalikele teenustele, sealhulgas juurdepääsu tervishoiule, haridusele, eluasemele, õigusemõistmisele ja sotsiaalkaitsele (14).

Sotsiaal-psühholoogiline taasintegratsioon on päritoluriiki naasnud inimese isiklikesse tugivõrgustikesse (sõbrad, sugulased, naabrid) ja kodanikuühiskonna struktuuridesse (ühendused, eneseabirühmad ja muud organisatsioonid) uuesti kaasamine. See hõlmab ka taasühinemist päritoluriigi ühiskonna väärtuste, harjumuste, eluviisi, keele, moraalsete põhimõtete, ideoloogia ja traditsioonidega. (14)

Samuti on rände kontekstis oluline vahet teha inimkaubanduse ja smugeldamise terminitel. Need ei ole samatähenduslikud. (82)

Inimsmugeldamine on n-ö kuritegu riigi vastu, sest selle käigus transporditakse inimesi ebaseaduslikult üle riigipiiri. Ühendatud Rahvaste Organisatsioon kasutab järgmist definitsiooni: inimsmugeldamine on teenus, millega saadakse inimese ebaseaduslikust sisenemisest riiki (mille kodanik või alaline elanik see inimene ei ole), otsest või kaudset rahalist kasu. Seda definitsiooni on kasutatud ÜRO migrantide salakaubaveo vastases protokollis, mis ei ole jõustunud. (83)

Inimkaubandus on n-ö kuritegu inimese vastu. See on organiseeritud protsess, mis on Palermo protokolli (84) järgi defineeritud kui „isiku ekspluateerimiseks tema värbamist, vedamist, üleandmist, majutamist või vastuvõtmist, inimröövi toimepanemise või muul viisil jõu kasutamise või sellega ähvardamise, petmise, võimu kuritarvitamise või isiku abitu seisundi ärakasutamise või teist isikut kontrolliva isiku nõusoleku saavutamiseks makse tegemise või vastuvõtmise või muu hüvise pakkumise või vastuvõtmise või muu kuritarvituse teel“ (84). Kui smugeldamisest saadav kasu on ühekordne, siis inimkaubandusest saadav kasu võib olla ka püsiv sissetulekuallikas (82, 85, 86).

Lisa 2. PHQ-8 küsimustik

Küsimustiku (63) tõlge on võetud Eesti Terviseuuringu ankeedist (62), mis on vastav EHIS-e Eesti osa

Kui tihti on teil viimase 2 nädala jooksul esinenud järgmisi probleeme:	Skoor			
	Üldse mitte	Mõnel päeval	Rohkem kui pooltel päevadel	Peaaegu iga päev
a) tundsite, et miski ei huvita Teid ega paku Teile rõõmu	0	1	2	3
b) tundsite rusetuse, masenduse või lootusetuse tunnet	0	1	2	3
c) teil olid uinumisraskused, katkendlik uni või liigne unevajadus	0	1	2	3
d) tundsite väsimust või energiapuudust	0	1	2	3
e) teil oli vähene söögiisu või kaldusite liigsöömisele	0	1	2	3
f) tundsite, et olete väärtusetu, läbikukkunud või et olete iseenda või perekonna lootusi petnud	0	1	2	3
g) teil olid keskendumisraskused, näiteks ajalehe lugemisel või televiisori vaatamisel	0	1	2	3
h) liikusite või rääkisite nii aeglaselt, et teised seda märkasid. Või vastupidi – olite nii püsima või rahutu, et liikusite tunduvalt rohkem kui tavaliselt	0	1	2	3

Inimene valib iga väite puhul vastuse, mis on kõige lähemal tema tegelikkusele. Lõppskoori saamiseks tuleb vastused summeerida kujul

$$PHQ8 = \sum_{i=1}^8 f_i(isik) \text{ ehk } PHQ8 = a + b + c + \dots + h,$$

kus a...h on väited, millele küsimustikku täitev inimene annab skoori, ning PHQ8 on lõppskoor, mille alusel hinnatakse depressiivsuse sümptomeid ja nende tõsidust (63–65).

Lisa 3. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste sõltuvus rändestaatusest

Tabel L1. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhted (*PRR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) sõltuvalt rändestaatusest. Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Katmata tervishoiuteenuste vajadused			Depressiivsus		
		Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c	Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c
		PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)
Rändestaatus	põliselanik	1	1	1	1	1	1
	välispäritolu	1,35 (1,28–1,43)	1,28 (1,20–1,36)	1,19 (1,11–1,27)	1,13 (1,10–1,16)	1,09 (1,05–1,12)	1,07 (1,03–1,11)

* Statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas

^a kohandamata

^b kohandatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele

^c kohandatud demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele ja sotsiaal-psühholoogilistele tunnustele

Lisa 4. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste esinemine Euroopa piirkondades.

Tabel L2. Depressiivsuse ja katmata tervishoiuteenuste vajaduste levimusmäärade suhted (*PRR*) ja usaldusvahemikud (95% *CI*) välispäritolu isikute seas Euroopa piirkondades. Euroopa Terviseuuring, II laine (2013–2015)

Tunnus		Katmata tervishoiuteenuste vajadused			Depressiivsus		
		Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c	Mudel 1 ^a	Mudel 2 ^b	Mudel 3 ^c
		PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)	PRR (95% CI)
Piirkond	Lääne-Euroopa	1	1	1	1	1	1
	Lõuna-Euroopa	1,03 (0,90–1,19)	1,12 (0,96–1,31)	1,13 (0,94–1,37)	0,45 (0,42–0,49)	0,41 (0,38–0,45)	0,67 (0,65–0,70)
	Põhja-Euroopa	0,74 (0,62–0,90)	0,79 (0,64–0,98)	0,74 (0,59–0,93)	0,99 (0,92–1,07)	1,01 (0,92–1,10)	0,87 (0,84–0,90)
	Kesk- ja Ida-Euroopa	1,28 (1,11–1,48)	1,32 (1,13–1,56)	0,99 (0,94–1,18)	0,80 (0,74–0,86)	0,75 (0,69–0,82)	0,57 (0,56–0,59)

* Statistiliselt olulised tunnused ($p < 0,05$) on paksus kirjas.

^a kohandamata

^b kohandatud demograafilistele ja sotsiaal-majanduslikele tunnustele

^c kohandatud demograafilistele, sotsiaal-majanduslikele ja sotsiaal-psühholoogilistele tunnustele

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Lembe Kullamaa

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Välispäritolu rahvastiku vaimse tervise probleemid ja katmata tervishoiuteenuste vajadused”, mille juhendaja on Rainer Reile, PhD, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Lembe Kullamaa
18.05.2021