

# Eesti riikliku HIV ja AIDS strateegia 2006-2015 lõpphindamine

Uuringu aruanne



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti  
tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

### Hindamisraporti autorid

**Laura Aaben**

**Gerli Paat-Ahi**

**Ülla-Karin Nurm**

**Kadi Kallavus**

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



### **Poliitikauuringute Keskus Praxis**

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

[www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

[praxis@praxis.ee](mailto:praxis@praxis.ee)

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm Ü., K. (2017) Eesti riikliku HIV ja AIDS strateegia 2006-2015 lõpphindamine. Uuringu aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

# Sisukord

Lühendid ja mõisted .....	4
Uuringu tulemuste lühikokkuvõte .....	5
Uuringu metoodika.....	6
<b>1. Strateegia prioriteetid ja eesmärgid .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Strateegias planeeritud ja ellu viidud tegevused.....</b>	<b>13</b>
2.1. HIV leviku peatamine narkootikume süstivate inimeste seas .....	13
2.2. HIV ennetamine üldelanikkonnas.....	22
2.3. HIV ennetamine prostitutsiooni kaasatute ja meestega seksivate meeste seas.....	29
2.4. HIV ennetamine kinnipeetavate seas .....	34
2.5. Emalt lapsele HIV leviku ennetamine.....	38
2.6. HIV-testimine ja nõustamine .....	41
2.7. HIV ja AIDSiga elavate inimeste elukvaliteet .....	48
<b>3. HIV-strateegia indikaatorid ja nende täitmine .....</b>	<b>56</b>
3.1. Soovitused uuteks indikaatoriteks.....	70
<b>4. Koondhinnang strateegiale ja soovitused edasiseks.....</b>	<b>73</b>
4.1. Eestile antud rahvusvahelised soovitused .....	76
4.2. Tulevikus lahendamist vajavad küsimused.....	80
<b>LISA 1. ECDC soovitused HIV epideemiaga võitlemisel narkootikume süstivate inimeste seas ja nende rakendamine Eestis, 2011.....</b>	<b>81</b>
<b>LISA 2. WHO globaalse HIV/AIDS strateegia 2011-2015 soovitused ja nende rakendamine Eestis .....</b>	<b>83</b>
<b>LISA 3. Analüüsi kaasatud dokumendid .....</b>	<b>85</b>
<b>LISA 4. Ekspertide intervjuude kavad .....</b>	<b>92</b>

## Lühendid ja mõisted

AIDS	Omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (acquired immunodeficiency syndrome)
ARV	Antiretroviirus; ARV-ravi – antiretroviirusravi
ECDC	Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (European Centre for Disease Prevention and Control)
GFP	AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaariaga Võitlemise Rahvusvaheline Programm ehk Globaalfondi programm; GF programm
HBV	B-hepatiidi viirus
HCV	C-hepatiidi viirus
HIV	Inimese immuunpuudulikkuse viirus (human immunodeficiency virus)
MSM	Meestega seksivad mehed
NAKIS	Nakkushaiguste infosüsteem
NSI	Narkootikume süstiv inimene
PK	Prostitutsiooni kaasatu
RTA	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020
SN	Süstiv narkomaan
STLI	Seksuaalsel teel levivad infektsioonid
SVP	Süstlavahetuspunkt
TA	Terviseamet
TAI	Tervise Arengu Instituut
TB, Tbc	Tuberkuloos
UNAIDS	ÜRO HIV/AIDSi vastu võitlemise programm (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
UNODC	ÜRO uimasti- ja kuritegevusamet (United Nations Office on Drugs and Crime)
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organisation)

## Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

Analüüsisides Eesti riikliku HIV ja AIDS strateegia 2006-2015 raames planeeritud ja teostatud tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

- HIV strateegia oli edukas – suuremal või vähemal määral on saavutatud positiivseid muutusi pea kõigis peamistes HIV riskirühmades. HIV uute juhtude arv on vähenenud, HIV levimus riskirühmades on langenud, HIV testimisaktiivsus on tõusnud ja aina enam ravi vajavaid nakatunuid on jõudnud ravile. Kuigi saavutatud on olukorra märkimisväärne paranemine, on HIV levik Eestis jätkuvalt veel väga kõrge.
- HIV strateegia raames käivitati, arendati ja jätkati paljusid olulisi tegevusi, mis on olnud HIV epideemia ohjamisel edukad. Paraku on informatsioon viimase 10 aasta HIV valdkonna tegevuste kohta väga killustunud, ebaühtlase kvaliteediga ja raskesti hoomatav. Seega on tehtud palju ja hästi, kuid informatsiooni selles osas ei ole suudetud süsteemselt tegevuste elluviijatest väljapoole kommu-nikeerida.
- Üldiselt on Eesti HIV valdkonna tegevused kooskõlas rahvusvaheliste soovitustega. Kõige enam puudujääke on riskirühmadele suunatud teenuste osas – teenuste mahud ei ole piisavalt suured ja teenused ei ole veel piisavalt hästi omavahel integreeritud, mistõttu ei ole sihtrühmad piisaval määral teenustega kaetud. Samuti vajab parandamist pakutavate teenuste kvaliteet.
- HIV valdkonna juhtimisalase võimekuse probleemid olid aktuaalsed nii HIV strateegia koostamise ajal kui ka täna. Tänapäevani on probleemiks valdkonna tugeva tsentraalse juhtimise puudumine, strateegi-liselt oluliste tegevuste ebapiisav rahastamine ja vähene koostöö eri osapoolte vahel. HIV strateegia integreerimine RTA-sse ei ole aidanud neid probleeme olulisel määral lahendada.
- Tervishoiusüsteem ei ole tänapäevani võtnud HIV teemat omaks ja see takistab integreeritud ja kvaliteet-sete teenuste väljaarendamist, mis on HIV epideemia ohjamiseks kriitilise tähtsusega.

Peamised **soovitused** HIV valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

- Eestis on paljud HIV-i nakatunud inimesed veel diagnoosimata. Seetõttu soovitame välja arendada kõiki olulisi riskirühmi paremini sihistavad HIV-testimise meetmed, mille abil leida üles enam HIV-nakatunuid.
- Eesti ARV ravi katkestamise määrad on kõrged. Soovitame põhjalikult analüüsida ravi katkestamise põhjuseid ja sellest lähtuvalt töötada välja ravisoostumust parandavad meetmed.
- HIV valdkonna teenuste arendamisel soovitame jätkata jõupingutusi teenuste integreerimisel ehk liikuda teenustemudeli suunas, mis pakub HIV-i nakatunutele erinevaid kahjude vähendamise, sotsiaal- ja tervishoiualaseid teenuseid ühest kohast.
- Koolinoorte kõrval soovitame suunata senisest enam ennetustegevuste fookust täiskasvanute (30-aastaste ja vanemate) turvaseksi käitumise paranemisele.
- Kaardistada HIV valdkonna kõige olulisemad andmelüngad, mis takistavad Eesti vajadustele vastavate sekkumiste planeerimist ja koostada uuendatud seireplaan andmelünkade täitmiseks.
- HIV valdkonna tegevuste planeerimisel seada väiksema hulga prioriteetseid arendussuundasid. Prioriteetsete arendustegevuste kõrval soovitame sõnastada ka olulised baasteenused (või -tegevused), mille tagamine on epideemia ohjamiseks hädavajalik (sh mille rahastamine tuleb säilitada).

## Uuringu meetodika

Uuringu eesmärgiks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Kuivõrd põhjendatud ja realistlikud olid HIV strateegias planeeritud eesmärgid ja millisel määral eesmärgid saavutati?
2. Kuivõrd objektiivsed ja mõõdetavad olid HIV strateegias planeeritud indikaatorid ja kui realistlikud sihttasemed? Millisel määral indikaatorid täideti?
3. Kuivõrd aitasid planeeritud meetmed ja elluviidud tegevused saavutada HIV strateegias püstitatud eesmäärke? Juhul, kui seatud eesmäärke ei saavutatud, siis millised on selle võimalikud põhjused?
4. Kuivõrd on Eesti HIV valdkonna tegevused kooskõlas rahvusvaheliste HIV/aidsi poliitikasoovituste ja strateegiatega?
5. Milliseid muudatused eesmärkides, indikaatorites ja tegevustes on vajalikud, et tulevikus saavutada HIV strateegia eesmärgid?

Uurimusküsimustele vastuste leidmiseks kasutati järgmisi uurimismeetodeid: (a) dokumendianalüüs; (b) statistiline andmeanalüüs; (c) süvaintervjuud ekspertidega; (d) grupiarutelu ekspertidega; (e) ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll.

### *Dokumendianalüüs*

Dokumendianalüüsi peamise osa moodustasid Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia ja Rahvastiku tervise arengukava dokumendid, rakendusplaanid ja iga-aastased tegevuskavad ja aruanded, mis on loetletud lisa 3. Dokumentidele tuginedes koostati ülevaade HIV valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevustest ning analüüsiti nende vastavust HIV-strateegias seatud eesmärkidele ja prioriteetidele. Täiendavad analüüsi kaasatud dokumendid on loetletud samuti lisa 3.

### *Statistiline andmeanalüüs*

Statistilise andmeanalüüsi teostamiseks kasutati Tervise Arengu Instituudi, Terviseameti, Tartu Ülikooli, Haigekassa ja Eesti HIV-positiivsete patsientide andmekogu andmeid. Analüüsi kaasati andmeid, mis võimaldasid hinnata eelkõige indikaatorite saavutustasemeid ja tegevuste tulemuslikkust.

### *Süvaintervjuud ekspertidega*

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku intervjueeritavate nimekiri, kuhu kuulus 5 eksperti, kelle kõigiga viidi läbi individuaalne süvaintervjuu 2016. aasta kevad-suvel. Üks intervjueeritav oli välisekspert, teised Eesti eksperdid. Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Ühe intervjuu kestvuseks oli ligikaudu 1 tund ja intervjuu viidi läbi laiendatud poolstruktureeritud intervjuukava alusel (vt lisa 4). Intervjueeritavatega sõlmiti kokkulepe, et nende nimesid vastavas uuringuraportis ei avalikustata.

### *Grupiarutelu ekspertidega*

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku grupiarutelusse kaasatud ekspertide nimekiri, kuhu kuulus 8 eksperti, kes kõik esindasid erinevaid HIV valdkonnas tegutsevaid organisatsioone. Grupiarutelus ei osalenud eksperte, kellega viidi läbi süvaintervjuud. Ekspertide gruppi moodustades peeti silmas, et osalejatel oleks seos arutletava teemaga ja samuti püüti arvestada, et osalejad oleksid piisavalt homogeenised oma tausta, kuid mitte arvamuste poolest. Samuti valiti osalejateks eksperdid, kes suudavad esitada üldistusel põhinevaid seisukohti ning mitte jääda üksikute näidete tasandile.

Arutelu toimus juunis 2016, kestis kaks tundi ja osalesid 8 asutuse eksperdid. Osalejatega arutleti uuringu esmaste tulemuste üle, sh peamiste HIV valdkonnas toimunud muutuste üle viimase 10 aasta jooksul. Grupiarutelu viidi läbi poolstruktureeritult –ette oli nähtud kindel struktuur arutelu teemade osas, kuid kavas jäeti ruumi ka osalejatele teemapüstitusteks. Kuigi ühelt poolt oli grupiarutelu vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, andis ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete endi prioriteetidest.

### *Ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll*

Uuringuraporti mustandversioon saadeti kirjaliku tagasiside kogumiseks uuringu tellijatele, intervjuueeritud Eesti ekspertidele ja grupiarutelus osalejatele. Erilist tähelepanu paluti tagaside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Vastava tagasiside andsid raportile Riigikantselei, Sotsiaalministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi, Terviseameti ja Tartu Ülikooli esindajad. Saadud tagasisidele tuginedes tehti raportis muudatused ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

### *Uuringu riskid*

Kuna uuring hõlmas mitmeid alamülesandeid ja erinevate meetodite rakendamist ning uuring viidi uuringu mahtu ja keerukust arvestades läbi väga lühikese aja jooksul, siis kaardistati pakkumisel võimalikud uuringu teostamisega seotud riskid ning riskijuhtimise lahendused riskide ennetamiseks või riskide avaldumisel nende lahendamiseks. Kahjuks mõned riskid ka realiseerusid ning kõige suurema mõjuga risk, mis realiseerus, oli kvaliteetsete sisendandmete kättesaadavus. Hanget koostades eeldas pakkuja meeskond, et kõik strateegiatega seotud aruanded on olulise infoga olemas, kuid kahjuks oli see kohati väga puudulik ning lisainfo leidmiseks kulus planeeritust märgatavalt rohkem aega. Näiteks olid strateegia raames teostatud tegevused aruannetes välja toodud kas juhuslikult või siis paljud tegevused tulid hoopis mujalt dokumentatsioonist välja. Samuti ei olnud alati selge mis tegevus millist eesmärki aitab saavutada ja tihti olid need ka aastate lõikes läbisegi.

# 1. Strateegia prioriteedid ja eesmärgid

## *Strateegia väljatöötamine*

Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 on Eesti neljas HIV ja AIDSi valdkonna strateegia. Esimene „AIDSi Profülaktika Riiklik Programm“ kinnitati 1992. aastal ja viidi ellu kuni 1996. aastani. Teine strateegia sai nimeks „HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riikliku arengukava“ ning seda viidi ellu aastatel 1997–2001. Kolmandat programmi „HIV/AIDS ennetamise riiklik programm aastatel 2002–2006“ hakati ellu viima juba kontsentreeritud HIV epideemia tingimustes. Olulist rolli valdkonna strateegilistes arengutes omas ka AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaariaga Võitlemise Rahvusvaheline Programm (ehk Globaalfondi programm), millele Eesti esitas 2002. aastal rahastustaotluse. Taotlus oli edukas ja selle tulemusena suurenes alates 2003. aastast HIV leviku ennetamise ja ravi rahastamine mitmekordselt. Programmi tegevusi viidi ellu neli aastat (2003–2007) ning elluvijate seas oli lisaks riiklikele asutustele ka 26 MTÜd, kelle suutlikkuse parandamine oli Globaalfondi programmi (edaspidi GFP) eraldiseisev eesmärk.

Perioodi 2006–2015 strateegia väljatöötamiseks kutsuti Sotsiaalministeeriumi juhtimisel kokku laiapõhjalised töörühmad, kuhu kuulsid valdkondlikud spetsialistid eri tasanditelt ja sektoritest. Strateegia väljatöötamist nõustasid eksperdid Maailma Terviseorganisatsioonist (WHO) ja ÜRO HIV/AIDSi vastu võitlemise programmist (UNAIDS). Vabariigi Valitsuse (VV) korraldusega nr 771 kinnitati 07.12.2005 „Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ ja selle nelja aastane rakenduskava 2009–2012. Strateegia planeerimiseks ja ellurakendamise koordineerimiseks moodustati Vabariigi Valitsuse HIVi ja AIDSi laiapõhjaline valitsuskomisjon, mida juhtis sotsiaalminister ning mille liikmeteks olid valitsusorganisatsioonide esindajad, HIV-valdkonna eksperdid ning HIV-positiivsete inimeste organisatsioonide esindajad.

Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 oli valdkonnas strateegilise planeerimise aluseks kuni aastani 2012. Alates 2013. aasta jaanuarist on HIVi ennetamise ja kontrolli alased meetmed integreeritud Rahvastiku tervise arengukavva 2009–2020 (edaspidi RTA) ning tegevused kirjeldatud RTA rakendusplaanis aastateks 2013–2016.

## *HIV strateegias seatud prioriteedid ja eesmärgid*

Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2006-2015 koostamise protsessis vaadati tagasi ka eelnevatele riiklikele HIV strateegiatele ja toodi välja olulisemad saavutused:

- Eesti inimeste (eriti noorte) teadlikkus HIV ja AIDSi teemadel on suurenenud, kuid see ei ole avaldanud olulist mõju inimeste väärtushinnangutele, hoiakutele ja tervisekäitumisele;
- Loodud on süstlavahetusteenuse osutamise võrgustik Tallinnas, Ida- ja Lääne-Virumaal ning Järvamaal;
- Loodud on HIV testimis- ja nõustamissüsteem, mis on suures osas riiklikult rahastatud;
- Antiretroviirusravi on kõigile HIV-nakatunud inimestele tasuta kättesaadav;
- Saavutatud on hea koostöö mittetulundusühingute, haiglate (teenuste pakkujad) ja välissaatkondade ning -organisatsioonidega.



Seniste programmide rakendamisel toodi välja järgmised puudused ja väljakutsed:

- Liialt vähe on kaasatud kohalikku tasandit;
- Tegevused on väheintegreeritud teiste ministeeriumite haldusaladesse;
- Valdkonnas puudub tugev tsentraalne juhtimine;
- Valdkonna rahastamine ei ole olnud piisav, mistõttu ei ole saanud vajalikke tegevusi teostada piisavas mahus.

Strateegia koostamise ajal oli narkootikume süstivate inimeste seas kontsentreeritud HIV-epideemia puhkemisest möödas ligi 5 aastat. Uute nakkusjuhtude arv oli küll langustrendis, kuid jätkuvalt väga kõrge (üle 700 uue nakkusjuhu aastas). Seega kasvas nakatunute arv väga kiire tempoga ja nakkuse leviku pidurdamiseks tuli saavutada uute nakkusjuhtude mitmekordne vähenemine. Sellest tulenevalt seati **strateegia üldeesmärgiks HIV leviku püsiva langustendentsi saavutamine – 10 aasta jooksul sooviti saavutada HIV leviku 60%-line vähenemine** (uute nakkusjuhtude arvu vähenemine 55 juhult 20 juhuni 100 000 elaniku kohta). Selle saavutamiseks seati järgmised strateegia prioriteedid:

1. **Narkootikume süstivate inimeste hulgas kahjude vähendamise meetmete rakendamine**, et HIV kontsentreeritud epideemiale narkootikume süstivate inimeste hulgas piiri panna.
2. **Ennetustegevused alla 30-aastaste ohurühma noorte ja nende seksuaalpartnerite seas**, et pidurdada HIV levikut kõige enam ohustatud vanusrühmas ja pidurdada HIV levikut seksuaalsel teel.
3. **HIV-nakatunutele suunatud tervishoiuteenused**, sest teenuseid vajavate nakatunute arv kasvab kiiresti.

Üldeesmärgi saavutamiseks planeeriti 15 strateegilist eesmärki (edaspidi SE), mida võib käsitleda kui peamisi strateegia tegevussuundasid:

1. **Narkootikume süstivate inimeste** hulk on vähenenud ja HIV-nakkuse levik narkootikume süstivate inimeste hulgas on püsiva langustendentsiga
2. Püsivalt on vähenenud uute HIV-juhtude arv **15–29-aastaste noorte** hulgas
3. **PKde** (prostitutsiooni kaasatute) hulgas ei ole HIV-nakkuse levik suurenenud ja sugulisel teel levivate infektsioonide levik on vähenenud
4. **Elanikkonna teadmised** HIV levikuteedest ja oskused hinnata oma nakatumise riski on suurenenud ja **negatiivne suhtumine** HIV/AIDSiga elavate inimeste suhtes on vähenenud
5. **Kinnipidamisasutuste** (sh ajutiste) siseselt ei ole toimunud HIV-nakkuse levikut
6. **Vertikaalsel teel** (emalt lapsele) HIV-nakatamine on vähenenud
7. HIV-nakkuse levik **MSMide** (meestega seksivad mehed) seas ei ole suurenenud
8. **STLI** (seksuaalsel teel levivate haiguste) levik elanikkonna hulgas on vähenenud
9. **Kutsetöö** käigus ei ole toimunud ühtegi HIV-nakatamist
10. **HIV testimise** ja nõustamise teenuse kättesaadavus on suurenenud
11. **Doonorvere** ning ülekantavate doonorelundite ja -kudede ohutus retsiipiendile on tagatud

12. HIV ja AIDSiga inimeste elukvaliteet on paranenud
13. Tõenduspõhistel andmetel põhinev **valdkonna planeerimine** on laienenud
14. HIV ennetuse valdkonnas aktiivselt tegutseva ja **pädeva organisatoorse ja inimressursi hulk** on suurenenud
15. Suurenenud on valdkonna spetsialistide poolt kokku lepitud **teenusekirjelduse alusel toimivate teenuste hulk**

### *Hinnang strateegia tegevussuundade eesmärgipärasusele*

Strateegiadokumendis on defineeritud kolm prioriteetset tegevussuunda, millele tuleb Eestis keskenduda, et saavutada soovitud eesmärk (ehk HIV leviku märkimisväärne pidurdumine). **Prioriteetide valik on uurimismeeskonna hinnangul põhjendatud ja väga hästi valitud**, sest fookusesse on võetud epideemia ohjamise kolm olulist dimensiooni: a) kõige suurema nakkusriskiga sihtrühmas leviku pidurdamine, b) epideemia generaliseerumise ennetamine ehk HIV leviku takistamine kitsast riskirühmast üldelanikkonda ja c) kiiresti kasvavale nakkuskandjate arvule teenustega reageerimine.

Strateegia tegevussuundade seadmisel on võetud märksa laiem vaade HIV valdkonnale, mis hõlmab rohkem meetmeid kui strateegia prioriteetidid – nii on saanud kolmest prioriteetsest suunast 15 strateegilist suunda, mille alla on hõlmatud suur hulk erinevaid meetmeid. Strateegiliste suundade loetelus on kattuvusi GFP tegevussuundadega. GFP tegevuste jätkumine riiklikkus HIV strateegias oli vajalik, et tagada programmist alguse saanud teenuste jätkusuutlikkus ka peale programmi lõppemist. Kuna GFP tegevused jätkusid aastani 2007, olid HIV strateegia tegevused algusaastatel (2006–2007) rahastatud nii GFP-st kui riigieelarvest, alates aastast 2008 võeti strateegia rahastamine üle riigieelarvesse.

Käesolevasse uuringusse kaasatud ekspertide sõnul oli eesmärgiks koostada kõikehõlmav ehk kogu HIV valdkonda terviklikult käsitlev strateegia ning sellest tulenevalt ka 15 strateegilist suunda said valitud. Samuti töid eksperdid välja, et rahvusvahelised organisatsioonid hindasid 2005.–2006. aastal Eesti strateegiat heaks just seetõttu, et tegu oli kõikehõlmava strateegiaga. Kui üldiselt saab selle hinnanguga nõustuda, siis on uurimismeeskond seisukohal, et 15 strateegilise suuna kokku leppimine ja kirja panemine strateegiasse ei toonud kaasa seda, et kõigi nende tegevussuundadega oleks piisaval määral tegeletud ja neile tähelepanu pööratud. HIV-strateegia elluviidud tegevuste analüüsimisel selgus, et mitmed tegevussuunad said väga vähe tähelepanu ja paljud mitme tegevussuuna all planeeritud tegevused jäid teostamata või viidi läbi palju väiksemas mahus. See näitab, et **tegevussuundade kirja panemine strateegiasse üksinda ei too kaasa selle tegevussuuna paremat strateegilist juhtimist, kui seda tegevussuunda ei peeta prioriteetseks** (nt meestega seksivatele meeste suunal ei ole siiani suudetud süsteemseid tegevusi käivitada). Võttes arvesse, et strateegia on eelkõige töövahend poliitikate kujundamiseks, siis peab ta sisaldama juhiseid valikute tegemiseks ning ei ole mõistlik (ega põhjendatud) juhendada lähenemisest, et kõik tegevussuunad on sama olulised. Nii näiteks ei olnud strateegia koostamise ajal Eesti HIV-epideemia kontekstis samavõrd oluline tegeleda narkootikumide süstivate inimestega ja kutsetöö käigus nakatumisriskis inimestega. Seega – kuigi kõik 15 tegevussuunda hõlmasid tegevusi, mis olid kahtlemata mõistlikud ja üldises mõttes vajalikud, siis ei olnud nad kõik samal määral prioriteetsed ehk nende mõju HIV-strateegia eesmärkide saavutamisele oli erinev.

Eelneva nõustusi ka uuringu raames intervjueritud eksperdid:

*„Me ei saa kõike korraga teha. Võtaks nagu lõiguti. Kõige kiiremad asjad enne. Kõike ei saa absoluutselt. Kõik tegevused - ühegi kohta ei saa öelda, et see on täielik jama. No päris nii ei ole. /---/ Aga need tuleks võib-olla uuesti läbi analüüsida, et kust me saaksime need killud, mis praegu hästi-hästi kiired on.“*

*„Kui raha oleks piiramatult, siis võiks ju mida iganes teha. Aga kuna ta ei ole kindlasti, siis tuleb hästi vaadata mis on sellel hetkel kõige kiiremad ja mingist asjast tuleb paratamatult loobuda, ma arvan.“*

*„Ega kõik tegevused, mis praegu on, ega ei saa öelda, et ükski neist oleks täiesti vale tegevus. ega kas nad on sellel hetkel ainuvajalikud, et epideemiaga kiiresti ühele poole tulla.“*

Sama on soovitanud Eestile 2014. aastal ka WHO:

*„Meetmed peaksid olema prioriteeritud, tagamaks probleemi põhjalik ja igakülgne mõistmine.“*

Samuti ei ole ka strateegia juhtimise seisukohast realistlik, et kõigile 15 alavaldkonnale suudetakse võrdset tähelepanu pöörata (sh vajalikke ressursse tagada). Nii võivad tekkida olukorrad, kus strateegiasse pannakse tegevussuunad kirja, kuid nende elluviimiseni ei jõuta. Selle ohu realiseerumist kirjeldas ka uuringu raames intervjueritud ekspert:

*„Ma arvan, et kui me võtame meie vana strateegia, siis seal oli suundi, mis jäid tegemata – mis nagu iseenesest kukkusid ära.“*

Samuti toodi välja, et prioriteetidena käsitletavates valdkondades toimuvad arengud jõulisemalt:

*„Siin ongi huvitav näha, et need valdkonnad, millesse kümme aastat tagasi hakati rohkem investeerima, nagu kahjude vähendamine, need on väga jõuliselt arenenud. Aga need, millele vähem tähelepanu pöörati, nagu perearstide motiveerimine HIV testimise osalema, need on jäänud umbes samale tasemele nagu kümme aastat tagasi.“*

Seega oleks saanud strateegias küll käsitleda kõiki 15 tegevussuunda, kuid kolm prioriteetsemat oleksid võinud selgelt eristuda, saada teistest enam tähelepanu ja väheste ressursside olukorras (nagu näiteks 2009. a majanduskriis) oleks eelarvet kärbitud eelkõige mujalt kui kõige olulisemate suundade meetmetest. Kuigi strateegias ei ole tegevussuundi prioriteetsuse lõikes eristatud, siis strateegia elluviimisel lähtuti sellest, et narkootikume süstivate inimeste kahjude vähendamise tegevused on kõige olulisemad. Seda kinnitasid ka käesoleva uuringu raames intervjueritud eksperdid, kelle sõnul tehti näiteks majanduskriisi tingimustes suuri pingutusi, et selle tegevussuuna meetmete rahastamine igal juhul säiliks. Põhjalikumalt on strateegia tegevussuundade elluviimist ja selle raames tehtud valikuid käsitletud järgmises peatükis 2.

Lisaks tuleb välja tuua ka prioriteetide ja tegevussuundade kaasajastamise dimensioon. Eestis seiratakse jooksvalt HIV epidemioloogilisi trende, eelkõige registreeritud nakatunute soo, vanuse ja piirkonna lõikes (Terviseameti andmetel). Samuti koostatakse Tervise Arengu Instituudi (TAI) ja Terviseameti (TA) koostöös igal aastal ulatuslikumad epidemioloogilised ülevaated, mis annavad põhjalikuma pildi trendidest erinevatest riskirühmades. Kuigi aastate jooksul toimunud muutused on olnud ilmsed (nt riskirühmade vanuselised muutused), ei ole tehtud HIV strateegias selle teadmise põhjal muudatusi.

*„Ütleme, et HIV strateegia miinus on see, et teda ei ole kordagi kaasajastatud seda teksti. Kui ta 2005 sai välja töötatud, vastavalt tolle aja paremale teadmisele, siis seda teksti ennast enam mitte kunagi üle ei vaadatud ja kõik uuendused kajastusid RTA-s.“*

*„Tegelikult me peaksime, nüüd kui me räägime teavitusest näiteks, kui ühest suurest suunast, siis siin me oleme küll jätnud nagu vanema elanikkonna piisav tähelepanuta. Me oleme oma näiteks teavitustegevuse suunanud noortele, aga just see vanuserühm 30+, ta on jäänud katmata. Nii et ma ei julgeks öelda, et me noortega töötama ei peaks, sest et mingit fooni peab hoidma, aga osaliselt võib sealt ressursse suunata vahepeal ümber ikkagi tööle vanema sihtrühmaga, sest et ilmselgelt 30-40+ on praegu see vanuserühm, kus on rohkem juhte kui nooremate seas.“*

### Järeldused

1. HIV strateegiale oli seatud kolm prioriteetset valdkonda, kuid formuleeritud viieteistkümne tegevussuuna seas ei olnud need valitud prioriteeted valdkonnad piisavalt selgelt eslile tõstetud, et oleks võimalik olnud eristada, millised tegevused peavad kindlasti jätkuma piiratud ressursidega oludes.
2. HIV-strateegia elluviidud tegevuste analüüsimisel selgus, et mitmed strateegia tegevussuunad said liiga vähe tähelepanu ja paljud planeeritud tegevused jäid teostamata või viidi läbi palju väiksemas mahus. See näitab, et tegevussuundade kirja panemine strateegiasse üksinda ei too kaasa selle suuna paremat strateegilist juhtimist, kui seda ei peeta prioriteetseks.
3. Kuigi kõik HIV-strateegia 15 tegevussuunda hõlmasid tegevusi, mis olid kahtlemata mõistlikud ja vajalikud, siis ei olnud nad kõik samal määral esmatähtsad ehk nende mõju HIV-strateegia eesmärkide saavutamisele oli erinev.

### Soovitused

1. HIV valdkonnale uute tegevussuundade valikult soovitage seada kuni kolm strateegiliselt esmatähtsat tegevussuunda, ilma milleta ei ole võimalik saavutada HIV epideemia märkimisväärset vähenemist Eestis ja liikuda UNAIDSI globaalsete 90-90-90 eesmärkide poole ning mis peavad ilmtingimata jätkuma ka piiratu ressurside oludes. Omalt poolt oleme sõnastanud soovituslikud prioriteedis käesoleva raporti peatükis 4.2.

## 2. Strateegias planeeritud ja ellu viidud tegevused

Eelnevas peatükis on kirjeldatud strateegia 15 strateegilist eesmärki ning järgnevalt analüüsitakse iga strateegilise eesmärgi raames planeeritud ja ellu viidud meetmeid. Analüüs keskendub eelkõige sellele, kuivõrd olid meetmed eesmärgipärased, ehk omasid potentsiaali aidata kaasa vastava strateegilise eesmärgi saavutamisele. Kuivõrd strateegia eesmärgid (sh indikaatorite soovitud tasemed) saavutati ja millistest asjaoludest tulenevalt, käsitleb analüüsiraporti peatükk 3.

### 2.1. HIV leviku peatamine narkootikumide süstivate inimeste seas

#### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et strateegia koostamise ajal oli Eestis hinnanguliselt 10–15 000 narkootikumi süstivat inimest (edaspidi NSI). Enamik neist olid töötud Ida- ja Põhja-Eesti venekeelsed noored mehed, kellest suuremal osal süstimisstaaži alla 4 aasta. Raha hangitakse peamiselt kuritegelikul viisil, mistõttu on kinnipidamisasutustes narkomaania ja HIV-nakkuse levik kõrge.

Dokumendis kirjeldatakse ka teenuste osutamise olukorda ja tuuakse välja, et narkomaanide nõustamise ja süstlavahetusteenuse pakkumisega alustati Eestis süsteemselt 2001. aastast. Strateegia koostamise ajal oli süstlavahetuspunkte Eestis 21. Metadoon-asendusravi pakkumist alustati Eestis 1998. aastal ja strateegia koostamise ajal pakuti ravi kolmes Eesti linnas (Tallinn, Narva, Jõhvi).

HIV valdkonna NSI-dega seotult on HIV strateegias loetletud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- Narkootikumide süstivate inimeste arvu tuleb vähendada
- Kahjude vähendamise teenuste osutamise mahud ei ole piisavalt suured
- Kahjude vähendamise teenused ei ole kõigile sihtrühmadele piisavalt kergesti ligipääsetavad

#### *Planeeritud meetmed ja nende elluviimine*

Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks võetud HIV strateegia tegevusaruanded ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi uuringuaruande mustandile tehtud kommentaarid.

Strateegiline eesmärk 1: HIV leviku peatamine süstivate narkomaanide seas	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
M1. Uimastite tarvitamise esmase ennetustöö teostamine	HIV strateegia tegevusplaanides ja aruannetes vastavaid tegevusi ei kajastunud, kuna vastavaid tegevusi viidi ellu Narkomaania ennetamise riikliku strateegia raames.
M2. Süstlavahetuspunktide (edaspidi SVP) ja SN nõustamis-teenuse geograafilise kättesaadavuse laiendamine, sh teenuse osutamine madala läve keskustes, SVP-des, apteekides ja väljatöona	SVP-de töö on olnud järjepidev kogu strateegia elluviimise ajal ja jätkunud ka Rahvastiku tervise arengukavas (edaspidi RTA). Perioodil 2007–2008 tegeleti SN-de nõustamis- ja süstlavahetus-teenuse ning profülaktiliste vahendite jagamise laiendamisega apteekidesse. Apteekrite valmisolek teenust osutada oli madal ja vastuseis suur. Alates 2009. aastast arendusest loobuti.
M2. Laiendada nõustamist omasuguste kaudu	Toimus üks koolitus 2008. aastal. <i>Ekspertidelt saadud lisainfo: Kogemusnõustamise koolitusi on toimud rohkem kui üks kord, sealhulgas ka ESF programmi raames. Alates 2011. aastast on kogemusnõustamise teenust pakutud nii individuaalselt kui gruppide. Näitena Convictuse SVP, kus käib iga nädal koos nõustamisgrupp, mis koosneb endistest ja praegustest NSI-dest.</i>
M2. SN ja nende seksuaalpartnerite turvalise seksuaalkäitumise nõustamisteenuse geograafilise kättesaadavuse parandamine	HIV ja STLI testimise teenuse osutamise kohta strateegia elluviimise perioodil ei olnud võimalik saada terviklikku ülevaadet (ehk mis aastatel, millistel linnades ja millises mahus teenust osutati). Lisaks tervishoiuasutustele saab NSI-dele HIV-testi teha AIDSi nõustamiskabinetis, kõikides metadoon-asendusravi keskustest.
M3. Kahjude vähendamise teenuste osutajate kompetentsi suurendamine SN ja nende seksuaalpartneritele tasuta HIV ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide (edaspidi STLI) testimise teenuse osutamiseks ja seeläbi suurendada teenuse geograafilist kättesaadavust	<i>Ekspertidelt saadud lisainfo: Enamikes SVP-des pakutakse HIV testimise võimalust kohapeal koostöös tervishoiu-teenuse osutajaga.</i> Aastatel 2006–2014 on Jõhvis ja Narvas pakutud tasuta ja anonüümset STLI-de diagnostika teenust NSI-dele ja nende seksuaalpartneritele. Tallinnas samalaadset teenust ei pakuta. Perioodil 2009–2011 testiti alla 800 patsiendi, 2012. aastal 951 patsienti. 2014. aastal teenuse riiklik rahastamine lõpetati (rahaliste vahendite puudumise tõttu). 2011. aastal piloteeriti Jõhvis (Euroopa Komisjoni rahastusel) partnerite teavitamise süsteemi, kuid raha puudumisel sellega ei jätkatud. <i>Ekspertidelt saadud lisainfo: Tegeletud on ka teenuseosutajate kompetentside suurendamisega. Regulaarselt korraldatakse intervjuoone, juhtumite arutelusid ja koolitusi. Läbi on viidud asendusravi kliiniline audit ja väljatöötatud uus kliiniline protokoll.</i>
M4. Metadoon-asendusravi teenuse kättesaadavuse parandamine	Teenuse osutamine on olnud järjepidev kogu strateegia elluviimise ajal ja jätkunud ka RTA-s. 2015. aastal alustatakse metadoon-asendusravi ja ARV integreeritud teenuse geograafilist laiendamist (Ida-Viru Keskhaiglas ja Narva Haiglas) Lääne-Tallinna Keskhaigla teenuse eeskujul.

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
<p>M5. Kahjude vähendamise teenuste kirjelduste ja juhendite koostamine (sh eraldi alaealistele ja rasedatele)</p>	<p>2007. aastal töötati välja metadoon-asendusravi juhised alaealistele ja rasedatele. Edasiseks planeeriti rakendamise kooskõlastamine ja kulumudelite väljatöötamine, kuid tegevusi pole aruannetes edaspidi kajastatud.</p> <p><i>Ekspertidelt saadud lisainfo: uusi kulumudeleid ei ole välja töötatud, aga praegune süsteem on toimiv. Võimalusel rakendatakse Haigekassa hinnakirja (nt Tartu Ülikooli Kliinikum) või kui on sobivam, toimub rahastamine eelarvepõhiselt (väiksemad OÜ-d).</i></p> <p>2012. aastal töötati välja uus opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll, milles käsitletakse ka rasedate ja alaealiste ravi ja Tervise Arengu Instituut rakendab seda alates jaanuarist 2013. Protokoll annab juhised tervishoiuasutustele opioidsõltuvuse asendusravi läbiviimiseks (sisaldab ravi kliinilist poolt, psühhosotsiaalset abi ja nõudeid teenusepakkujatele).</p>
<p>M5. Kahjude vähendamise teenuse osutajate koolituskavade koostamine, järjepidev täiendõpe ja supervisioon</p>	<p>Läbi aastate on järjepidevalt korraldatud koolitusi, mille osaluse näitajad on pigem kõrged (kuigi varieeruvad aastate ja koolituste lõikes).</p> <p><i>Ekspertidelt saadud lisainfo: 2014. a viidi läbi kahjude vähendamise töötajate koolitusvajaduste analüüs ning 2015. a töötati sellest lähtuvalt välja kahjude vähendamise õppekava, mida rakendatakse alates 2016. a.</i></p> <p><i>Ekspertidelt saadud lisainfo: intervüüid toimuvad vastavalt plaanidele. Nii kahjude vähendamise kui ka asendusravi teenuseosutajatele korraldatakse 3-4 intervüüi aastas juba mitme aasta vältel.</i></p> <p>2010. aastal plaaniti kahjude vähendamise teenuse spetsialistide pädevusnõuete väljatöötamist, kuid selleni ei jõutud.</p> <p><i>Ekspertidelt saadud lisainfo: Teenusekirjelduses on töötajate, kaasa arvatud spetsialistide pädevusnõuded kirjeldatud (sotsiaaltöötaja ja psühholoogi nõuded vastava erialase eriharidusega). Uues veel valmivas KV teenusejuhendis, on eraldi välja toodud nõuded kogemusnõustajatele. Kahjude vähendamise töötajate kompetentsid on kirjeldatud 2014. a koolitusvajaduste analüüsis.</i></p>

## *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada NSI sihtrühmas HIV leviku stabiliseerumine ehk olukord, kus levimus ei lange ega tõuse (strateegia kohaselt oli 2005. aastal HIV levimus NSI-de seas 62%). Alaeesmärkideks seati NSI-de seas riskikäitumise vähenemine ja asendusravi saavate opiaate süstivate inimeste hulga suurenemine.

HIV strateegias võetud eesmärk saavutada NSI-de seas HIV levimuse stabiliseerumine on saavutatud. Kuigi levimuse määr on stabiliseerunud väga kõrgel tasemel (erinevates linnades vahemikus 51–64%), siis näitavad epidemioloogilised andmed positiivset trendi lühema süstimisstaaziga NSI-de seas – nende HIV levimuse määrad on oluliselt väiksemad (eri linnades vahemikus 8–37%). (*TAI jt 2016*)

Strateegia elluviimise perioodi jooksul on kahjude vähendamise teenuste ulatus märkimisväärselt paranenud. Kui WHO<sup>10</sup> soovitusel võiks süstlavahetuspunkti teenused (SVP) jõuda vähemalt 60% narkootikume süstivate inimesteni (NSI), siis tänaseks on see tase Eestis saavutatud. Kohtla-Järvel oli vastav tase saavutatud juba 2007. aastal ning 2013. aastaks oli näitaja tõusnud 78%-ni; Tallinnas jõuti soovitud tasemeni (66%) aastal 2013; Narvas oli 2014. aastal näitaja 80%. (*Lõhmus jt 2008; Vorobjov 2014a; Vorobjov 2014b; Vorobjov jt 2015; Lõhmus jt 2011*)

HIV strateegia aruannete kohaselt on alates 2010. aastast SVP-de külastuste arv vähenenud, sh korduvkülastajate arv. Võttes aluseks Uusküla jt 2013 uuringu, mille kohaselt on Eestis opioide süstivate narkomaanide arv vähenenud ~14 000-lt (2004. a) ~5500-ni (2009. a) ehk ligi kolm korda, siis võib külastuste arvu vähenemine olla põhjustatud NSI-de arvu vähenemisest.

Strateegia tegevus-plaanides kirjeldati vajadust teenuse pakkumist geograafiliselt laiendada (väljapoole Tallinnast, Narvast, Jõhivist ja Kohtla-Järvelt). Uuringusse kaasatud ekspertide sõnul pakutakse 2015. aasta seisuga teenust Kiviõlis, Tapal, Paldiskis, Tamsalus, Rakveres, Maardus, Vask-Narvas, Narva-Jõesuus, Sillamäel ning alates 2015. aasta augustist tehakse väljatööd ka Pärnus. Üks potentsiaalne lahendus SVP teenuste pakkumise laiendamiseks geograafiliselt, oleks olnud teha seda apteekide kaudu, kuid apteekrite vastuseisust tulenevalt sellest plaanist loobuti. Apteekide potentsiaalile sobivate SVP-dena viitavad nii Tallinnas (2013), Kohtla-Järvel (2012) kui Narvas (2014) läbi viidud NSI uuringud, mille kohaselt 23% Tallinna, 14% Kohtla-Järve ja 13% Narva NSI-dest hankis süstlaid apteegist. Apteekidesse teenuse laiendamist soovitas Eestile 2008. aastal ka UNODC ja 2011. aastal WHO. (*UNODC, 2008; WHO, 2011*) Küll aga peaks apteekidesse süstlavahetusteenuse laiendamise osas otsuse tegemisele eelnema analüüs, mis selgitab välja narkootikume süstivate inimeste olukorra väljapool Harju- ja Ida-Virumaad ning annab selgema ülevaate süstlavahetusteenuse kättesaadavuse geograafilise laienemise vajalikkuse kohta. HIV strateegiat käsitletavates Sotsiaalministeeriumi memodes on kirjeldatud vajadust laiendada kahjude vähendamise teenuseid Lasnamäele, Maardusse ja Pärnusse. Ekspertide sõnul teostatakse seal tänase seisuga väljatööd. Samuti on memodes kirjeldatud võimalust laiendada apteekidesse ka metadoon-asendusravi teenust.

Strateegia aruannete kohaselt ei ole alates 2011. aastast suurenenud jagatud süstalde arv, kuid sarnaselt külastuste arvule, ei pruugi ka selle näitaja kasvu pidurdumine viidata probleemidele. WHO soovitude kohaselt tuleks igale NSI-ile jagada aastas 200 süstalt. (*WHO, 2012*) Kui võtta arvutuste



aluseks 2009. aasta hinnanguline opioide süstivate NSI-de arv (~5500)<sup>1</sup>, siis tähendab see aastas minimaalselt ~1,1 miljoni süstla jagamist. Eestis jagatakse aastas ca 2 miljonit süstalt ehk enam kui 350 süstalt NSI-i kohta. Eestis jagatud süstalde arvu on hinnanud sobivaks ka UNODC, kelle hinnangul on 140 süstalt narkomaani kohta aastas kahjude vähendamise efektiivsuse mõttes optimaalne. (UNODC, 2008). Käesoleva raporti koostamise käigus ilmneb, et Eesti HIV eskeprdid on eriarvamusel milline on hinnanguline NSI-de arv Eestis. Uurimismeeskond on tuginenud ainukesele publitseeritud uuringule (Uusküla 2009). Kui võtta aluseks suurem NSI-de arv, siis jääb Eestis aastas jagatavate süstalde arv optimaalsest madalamaks ning väga hinnanguliselt võib öelda, et vaja oleks jagada 2,5-3 miljonit süstalt aastas. Täpsema hinnangu andmiseks tuleks ära oodata uue NSI-de uuringu andmed, mis autoritele teadaolevalt on Tartu Ülikoolis kavandamisel.

Jõudsalt on paranenud ka narkootikumide süstimisega seotud riskikäitumine – aina vähem on NSI-ide seas neid, kes jagavad teiste NSI-dega süstalt. Näiteks Kohtla-Järvel oli 2005. aastal näitaja 19%, kuid 2007. aastal juba 7% ja 2012. aastal 6%. Näitajad on paranenud ka Tallinnas ja Narvas (vt tabel 1). (Lõhmus jt, 2008; Lõhmus jt, 2011; Vorobjov 2014A; Vorobjov 2014B; Vorobjov jt 2015)

NSI-de seas on paranenud ka HIV-testimise näitajad. Sihtrühmas läbi viidud uuringud näitavad, et alates 2009. aastast on oluliselt kasvanud nende NSI-de osakaal, kes on teadlikud oma HIV-staatusest. Tabelis 1 on näha, et Narvas on teadlikkus paranenud 76% -> 93% (2010 -> 2014), samuti Tallinnas 63% -> 88% (2007 -> 2013) ja Kohtla-Järvel 67% -> 84% (2007 -> 2012). Üldine HIV-testimise aktiivsus on Kohtla-Järvel paranenud 37% -> 50% (2007 -> 2012), Tallinnas püsinud 57% (2007 -> 2013) ja Narvas tõusnud 41% -> 68% (2010 -> 2014). (Lõhmus jt, 2008; Lõhmus jt, 2011; TAI jt 2016; Vorobjov 2014A; Vorobjov 2014B; Vorobjov JT 2015) Kuigi näitajad on paranenud, soovivad WHO ja ECDC Eestil teha enam pingutusi, et kahjude vähendamise teenuste raames toimuks enam sihstatud HIV-testimist. Samuti ei ole WHO hinnangul HIV testimine narkootikume süstivatele inimestele Eestis piisavalt kergesti kättesaadav. (ECDC, 2010; WHO, 2011) Ekspertidelt saadud uuema info järgi pakuvad kõik sõltlastega töötavad keskused (ravi, rehabilitatsioon ja kahjude vähendamine) oma klientidele HIV-testimist kas kohapeal või suunamisega. Mõnes keskuses on kokkulepped haiglatega, kes võtavad HIV-positiivse vastuse korral patsiendi kohe arvele (nt Corrigo). See on tähtis, kuna tegemist kliendiga, kes tihti kaob silmapiirilt.

**Eelnevalt kirjeldatud muutused annavad kinnitust selle kohta, et süstlavahetusteenuste käivitamine ja arendamine on Eestis olnud edukas.** Sellega nõustuvad ka uuringu raames intervjueritud eksperdid:

*„Meil on väga jõuliselt arenenud need meetmed, mis on suunatud just narkootikume süstivatele inimestele. Kümne aasta tagusega võrreldes on väga olulisi edusamme tehtud, mis peegeldub selles, et uute HIV juhtude arv narkootikume süstivate inimeste seas on langenud ja nende teadlikkus on tõusnud. Nad on teadlikud oma HIV staatusest, nad on oluliselt paremini kaetud erinevate teenustega.“*

*„Näiteks süstlavahetus ja nõustamisteenus on tänaseks juba saavutanud taseme, mis vastab rahvusvahelistele soovitudele.“*

---

<sup>1</sup> Tervise Arengu Instituudi eksperthinnangu alusel on Eestis 9 000–10 000 narkootikume regulaarselt süstivat inimest, kelle seas on lisaks opioidide süstijatele ka amfetamiini süstijad.

**TABEL 1. KOKKUVÕTE NARKOOTIKUME SÜSTIVATE INIMESTE UURINGUTE TULEMUSTEST.**  
 ALLIKAD: LÕHMUS JT, 2008; LÕHMUS JT, 2011; VOROBJOV 2014A; VOROBJOV 2014B; VOROBJOV JT 2015

	Tallinn		Kohtla-Järve		Narva	
	2007	2013	2007	2012	2010	2014
Süstalde ja/või nõelte jagamine (viimase nelja nädala jooksul)	35	23	7	6	11	10
Teadlikkus HIV-nakkusest (nende seas, kes osutusid uuringus HIV-positiivseks)	63	88	67	84	76	93
HIV-testimine viimase 12 kuu jooksul	57	-	37	-	41	68
HIV-testimine elu jooksul	85	94	76	91	81	87
Seksuaalvahekorras olnute osakaal*	73	85**	76	81**	94*	96**
Püsipartneriga	49	66	70	77	94*	87
..1 partner	82	-	84	-	82**	-
..2 ja rohkem partnerit	17	-	15	-	18**	-
Kondoomi kasutamine						
..mitte kunagi	48	53	25	60	56***	56
..alati	33	31	58	21	22***	18
Teadlik, et partner						
..on HIV-positiivne	-	35	-	34	-	28
..on olnud NSI	-	73	-	49	-	50
Juhupartneriga	38	24	23	25	43**	27
..1 partner	22	30	49	18	26**	33
..2 ja rohkem partnerit	75	70	51	72	75**	67
Kondoomi kasutamine						
..mitte kunagi	19	20	11	25	31***	29
..alati	59	70	58	58	46***	43
Teadlik, et partner						
..on HIV-positiivne	-	33	-	24	-	20
..on olnud NSI	-	59	-	48	-	44

\*Viimase 6 kuu jooksul

\*\* Viimase 12 kuu jooksul

\*\*\* Viimase 4 nädala jooksul, vaginaalne vahekord

HIV strateegia üheks prioriteediks oli HIV seksuaalsel teel leviku pidurdamine ja riskirühmadest väljapoole levimise ennetamine. NSI-de seas läbi viidud uuringud viitavad (vt tabel 1), et pea kõik NSI-d on seksuaalselt aktiivsed ning enamikel neist on püsipartnerid, kellega enamasti kondoomi ei kasutata.

Ligikaudu pooled NSI-de seksuaalpartneritest ei ole praegused või endised narkootikume süstivad inimesed. HIV-nakatunud NSI-dest ligikaudu 40%-l on olnud aasta jooksul enam kui kaks seksuaalpartnerit ja kondoom jäetakse sageli kasutamata. Kirjeldatud käitumismustrid tõstavad oluliselt HIV seksuaalsel teel leviku tõenäosust ja suurendavad ohtu HIV levikuks väljapoole riskirühmasid. **Seega, kuigi saavutatud on olulisi muutusi HIV-testimises ja paranenud on narkomaanide teadlikkus oma HIV-staatusest, siis ei ole sama positiivseid muutusi näha NSI-de turvaseksi käitumises ja oluliselt ei ole vähenenud risk HIV levikuks narkootikume süstivate inimeste seksuaalpartnerite kaudu.**

Erilise tähelepanuga tuleb suhtuda kokaiini ja amfetamiini-tüüpi stimulantide kasutajatesse, kelle puhul metadoon-asendusravi ei ole efektiivne ning narkootikume mitte-süstivatele inimestele, kelle puhul HIVi seksuaalse ülekande risk on äärmiselt kõrge. (WHO, 2016)

Turvaseksile tähelepanu pööramist rõhutab ka uuringu raames intervjueeritud väliseksperdi, kes hoiatab seejuures ka uute narkootikumide mõjust riskikäitumisele:

*„There is a strong element of sex associated with the drug users. Especially where heroin is a popular drug and new stimulants are becoming the main drug, the new stimulants increase the sex drive tremendously. The new stimulants enhance risk behaviours, they use more needles, sometimes 6 to 10 in a day and so they run out of needles frequently and they have more sex, that is a recipe for disaster if you are not prepared for that”*

Eesti eksperdid toovad välja, et Narva NSI-de seas 2014. aastal läbi viidud uuringu andmetel keskmise süstimise arvu poolest amfetamiini ja fenatnüüli süstijad ei erine. Nii EMCDDA andmetel<sup>2</sup> kui intervjueeritud väliseksperdi sõnul on Euroopas ohtlikult levimas uute sünteetiliste stimulantide (katinoonide) kasutamine, mille toime on lühiajalisem ning mida seetõttu süstitakse sagedamini ning mis suurendavad teatud juhtudel ka seksuaalset tungi. Seetõttu eksisteerib oht, et vajadus süstimistarvikute järele on suurem ning samal ajal esineb veelgi kõrgeenenud oht nakkuse seksuaalsel teel levimiseks. Katinoone hangitakse peamiselt interneti teel, mistõttu on kasutajaskond anonüümsem ja esineb nn. peidus olev tarbijaskond. Analüüsimeeskonna hinnangul oleks vajadus uurida, kas Eestis on samuti täheldatav uute stimulantide suurenenud kasutus võrreldes 2014. aastaga ning kas on suurenenud ka süstimissagedus ja kas on erinevusi seksuaalkäitumises. Siinkohal on oluline mainida, et uute narkootikumide kasutamise trende on veelgi ning ka neid peab jälgima. Metadoon-asendusravi osas on aastate jooksul püüeldud teenuse mahtude suurendamise poole. Kui strateegia algusaastatel oli teenuse osutamise kohti seitse, siis alates 2010. aastast on osutajaid üheksa (Tallinnas, Ida-Virumaal ja Tartus). HIV strateegiat käsitletavates Sotsiaalministeeriumi memodes on kirjeldatud vajadust laiendada metadoon-asendusravi teenust Maardusse, Pärnusse ja Rakverre ning kaasata asendusravi osutamisse ka perearstikeskused ja/või apteegid. Selleni analüüsitava perioodil veel ei jõuta.

Oluline kasv teenuse mahus toimus 2010. aastal, mil klientide arv tõsis 660-lt 1064-ni, kuid järgnevatel aastatel on jäänud teenuse saajate hulk pidama 1000 kanti ning ei ole tõusnud. Võttes aluseks

<sup>2</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cathinones-injection>

Uusküla jt NSI-de hinnangulise arvu (~5500), siis on sihtrühma katvus püsinud alates 2010. aastast ligikaudu 20% juures. WHO soovitude kohaselt peaks katvus olema vähemalt 40%, mistõttu võiks teenust laiendada tulevikus ligikaudu 2000 kliendini aastas. (WHO, 2012) Nii Tervise Arengu Instituudi (TAI) kui WHO hinnangul ei ole tänane teenusega hõlmatus piisav ja teenuse osutamise mahtu tuleb tulevikus suurendada. (TAI, 2013; WHO, 2014)

Teiste riikide parimatele praktikatele tuginedes soovitas 2008. aastal UNODC Eestil võtta **kahjude vähendamise teenuste arendamisel aluseks kliendikeskne lähenemine ja nn one-stop mudel, kus klient saab talle mugavalt kättesaadavas asukohas kõik vajalikud teenused.** (UNODC, 2008) Eeskätt soovitati sellise mudeli kasutamist mitmik-diagnoosiga inimestele nagu HIV-nakatunud süstivad narkomaanid, kellel võib esineda ka tuberkuloos või mõni muu nakkushaigus. UNODC soovitas Eestil metadoon-asendusravi teenusepakkujate juures osutada HIV-nakatunutele ka ARV ravi, kuna Eesti ühe peamise probleemina nähti ARV ja narkomaania ravi teenuste osutamist erinevates kohtades ning teenuseosutajate vähest omavahelist koostööd. Teenuste vähest integreeritust ja teenuste ühte kohta kokku toomist rõhutab oma 2008. ja 2014. aasta hindamisraportites ka WHO, kes soovib Eesti teistel piirkondadel eeskujuks võtta Ida-Viru Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla metadoon-asendusravi programmi, mis on ühildatud ARV raviga. (WHO, 2008) Lisaks rõhutab WHO (nii 2011. a kui 2014. a hindamisraportis) vajadust Eestis parandada metadoon-asendusravi teenuse kvaliteeti ja lõimida teenus üldisesse tervishoiusüsteemi<sup>3</sup>. Selle edukaks rakendamiseks tuleb aga tegeleda nii tervishoiutöötajate kui klientide negatiivse suhtumisega opioid-asendusravisse, mida mainisid ka käesoleva uuringu raames intervjueeritud eksperdid.

*„Tervishoiutöötajate suhtumine sõltlastesse, et tihti see on hästi negatiivne ja ütleme isegi, kui see inimene aru saab, siis see suhtumine võib olla ka tema jaoks barjääriks.“*

Intervjueeritud eksperdid on näiteks toonud Soomes asuva Munkkisaari keskuse (Munkkisaari Service Centre<sup>4</sup>), kus osutatakse multidistsiplinaarset teenust HIV-nakatunud narkootikumide süstivatele inimestele, kes on paljudel juhtudel ka sotsiaalselt tõrjutud. Keskuses osutatakse koostöös infektsionistide ja sotsiaaltöötajatega HIV raviteenust, opioid-asendusravi ning sotsiaalteenuseid.

Teenuse õiguslik regulatsioon on samuti WHO hinnangul aegunud ning soovib metadooni väljajagamise õigust laiendada psühhiaatritelt laiemale spetsialistide ringile. (WHO, 2011)

UNODC 2008. aasta hindamisraport toob Eesti probleemina välja naissoost narkootikumide süstivatele inimestele suunatud teenuste ja programmide puudumise ning soovib need Eestil välja töötada. Sama soovib Eestile 2014. aastal ka WHO. (WHO, 2014) Naiste osakaal uute HIV-nakatunute seas on aasta-aastalt tõusnud — kui kõigist 2001. aasta uutest juhtudest moodustasid naised 20%, siis 2015. aastal 38%. (TAI, 2016) Naiste osakaalu tõus on tingitud sellest, et naiste absoluutarvud on jäänud samaks, kuid meeste absoluutarvud on vähenenud. Analüüsitava perioodi jooksul ei ole naiste-spetsiifilisi programme käivitatud ning nende käivitamise vajadust ei ole analüüsi hõlmatud dokumentides ka adresseeritud. Eesti eksperdid kinnitavad, et naistele suunatud asendusravi programmi ei ole, kuid olemasoleval teenusel saavad olla ka rasedad, näiteks Narvas on hetkel 3 rasedat naist asendusravil. Eraldi naiste rehabilitatsiooniosakond on aga olemas Viljandi Haiglas.

<sup>3</sup> ARV/asendusravi integreeritud teenuse pakkumine Kohtla-Järvel ja Narvas on osa 2017.a plaanidest, milleks eraldati lisaeelarve.

<sup>4</sup> [http://www.hus.fi/en/medical-care/medicalservices/Infectious\\_diseases/munkkisaari\\_service\\_centre/Pages/default.aspx](http://www.hus.fi/en/medical-care/medicalservices/Infectious_diseases/munkkisaari_service_centre/Pages/default.aspx)

WHO soovib oma 2011. aasta hindamisraportis Eestil välja arendada spetsiaalseid kahjude vähendamise programme ja teenuseid lühiajalise süstimise taustaga NSide jaoks (kellel võib olla suurem motivatsioon ravi ja muude teenuste saamiseks), mitme narkootikumi kasutajatele, erinevate ainete kasutajatele (opioidid vs stimulandid) ja neile, kes on juba HIV-nakatunud.

Uuringu raames intervjueritud eksperdid kommenteerivad rahvusvaheliste soovitude ellu viimist järgmiselt:

*„See, mida me teeme, on õige, aga mitte alati piisavas mahus ja samas on veel nagu rida sekkumisi, mis on nüüd tulnud viimastel aastatel soovituslikult juurde, milleni Eesti ei ole veel jõudnud, mis on vajalikud selleks, et epideemia meil ei jõuakski teistesse sihtrühmadesse sama jõuliselt, nagu ta omal ajal jõudis sõltlaste sekka.“*

*„Kuna meie ressursid on piiratud ja ma ei mõtle ainult rahalisi ressursse, vaid ka inimressursse, siis me oleme pidevalt samm-kaks maas sellistest uutest rahvusvahelistest soovitudest“*

**Tulevikku vaadates on oluline laiendada SVP-des pakutavate teenuste ringi, et tegeleda narkootikume süstivate inimeste sihtrühmas jätkuvalt aktuaalsete probleemidega – ARV raviga hõlmatus parandamine, NSI-ide ja nende partnerite HIV/STLI testimine ja nõustamine, tuberkuloosi/hepatiidi diagnoosimine ja ravi. (TAI, 2013) WHO hinnangul tuleks kahjude vähendamise teenuseid muuta Eestis professionaalsemaks (töötajate täiendkoolitused) ja seeläbi ka kvaliteetsemaks. Samuti soovib WHO kasutada NSI-de seas rohkem HIV-kiirtestimist. (WHO, 2014)**

#### Järeldused

4. HIV strateegias kirjeldatud peamised süstiva narkomaaniaga seotud probleemid on tänaseks olulisel määral vähenenud.
5. Süstlavahetusteenuse käivitamine ja arendamine on Eestis olnud edukas - HIV levik on narkootikume süstivate inimeste seas stabiliseerunud ja uute süstijate seas vähenenud.
6. Kui narkootikumide süstimisega seotud riskikäitumine on narkootikume süstivate inimeste seas oluliselt vähenenud, siis NSI-de seksuaalse riskikäitumise näitajates ei ole olulist paranemist.
7. UNODC ja WHO on korduvalt soovitanud Eestil suurendada metadoon-asendusravi teenuse mahtu, parandada oluliselt kvaliteeti ning integreerida teenus ARV ravi ja teiste kahjude vähendamise teenustega, kuid soovitusi on ellu viidud osaliselt ja oodatust aeglasemas tempos. Positiivne eeskugu on LTKH baasil välja arendatud kompleksne teenus, mis hõlmab nii ARV, asendusravi kui juhtumikorralduse teenust, milles sisaldub ka sotsiaalteenuse komponent.
8. UNODC ja WHO on soovitanud Eestis välja töötada narkootikume süstivatele naistele suunatud programmid, kuid soovitusi ei ole seni ellu viidud. Spetsiaalselt NS naistele suunatud tegevused on maailmapraktika näidetel seotud eelkõige stigma vähendamise, vägivalda ennetamise, seksuaaltervise alase nõustamise, varjupaiga ja madala läve teenustega lastega naistele.

### Soovitused

2. Soovitame tulevikus teha pingutusi selle nimel, et kahjude vähendamise teenuste katvust suurendada (vähemalt 40%-ni ehk ligikaudu 2000 kliendini aastas). Vajadust hõlmatuse suurendamise järele on korduvalt rõhutanud nii Tervise Arengu Instituut kui WHO.
3. Soovitame süstlavahetuspunktides pakutavate teenuste valikut laiendada, et parandada sihtrühmas metadoon-asendusravi ja ARV ravi hõlmatust, HIV/STLI testimise ja nõustamise kättesaadavust nii narkootikumide süstivatele inimestele kui nende seksuaalpartneritele ja parandada tuberkuloosi/ hepatiidi diagnoosimist ja ravi. Rahvusvahelised organisatsioonid on korduvalt soovitanud Eestil teenuste pakkumisel aluseks võtta nn „one-stop“ teenuste osutamise mudeli, mis integreerib tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi ning kahjude vähendamise teenused. WHO ja UNODC ei anna detailseid juhiseid, millisel moel teenuseid täpselt integreerida – see jääb riigile endale otsustada. Küll aga rõhutavad nad vajadust pakkuda teenuseid võimalikult inimsõbralikult ja kergesti kättesaadavalt, sh võimalikult mitmeid teenuseid ühest kohast. Eeskujuks soovitavad eksperdid võtta Munkkisaari teenusekeskuse Soomes, kus on saavutatud häid tulemusi kompleksse teenuse osutamisel HIV-nakatud NSI-dele, kes vajavad nii sõltuvusravi kui ka sotsiaalabi teenuseid.
4. Apteekide abil süstlavahetusteenuse geograafilise kättesaadavuse parandamine on võimalus, mida soovitame uuesti proovida. Apteekidesse süstlavahetusteenuse laiendamise osas otsuse tegemisele peaks aga eelnema analüüs, mis selgitab välja süstiva narkomaania olukorra väljapool Harju- ja Ida-Virumaad ning annab selgema ülevaate süstlavahetusteenuse kättesaadavuse geograafilise laienemise vajalikkuse kohta.
5. Soovitame kaaluda tõendus põhiste sekkumisprogrammide väljatöötamist spetsiifilistele sihtrühmadele, kellele senisest suurema tähelepanu pööramist soovitab Eestile WHO (sh narkootikumide süstivad naised, amfetamiini süstivad inimesed ja lühiajalise süstimisstaaziga narkootikumide süstijad).

## 2.2. HIV ennetamine üldelanikkonnas

### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et strateegia koostamise ajal on enamik uutest HIV nakatunutest alla 30-aastased noored (2004. aastal 82%). Olulise riskirühmana mainiti sotsiaalselt haavatavaid, venekeelseid ja riskivalt käituvaid noori, kellele tähelepanu pööramist oluliseks peeti.

Strateegias tuuakse välja, et alates 2002. aastast on teostatud maakondlikku HIV/AIDSi ennetustööd ja alates 2000. aastast on toimunud iga-aastased avalikkusele suunatud ennetuskampaniad. Riiklik õppekava näeb alates 2002. aastast ette, et inimeseõpetuse ainekava raames käsitletakse HIV/AIDSi teemat II kooliastme terviseõpetuses. Valikkursusena saavad koolid võimaldada 4.–6.klassi õpilastele HIV/AIDSi alaste teadmiste õpetust kolme õppetunni ulatuses. Teise valikkursusena saavad koolid teostada ka sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetust.

Üldelanikkonnas HIV ennetusega seotult on HIV strateegias loetletud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- HIV/AIDSi teema käsitlemine koolides on liiga väikeses mahus, juhuslik ja mittesüsteemne.
- Õpetajad vajavad HIV/AIDSi teema käsitlemiseks täiendkoolitust ja paremaid õppematerjale.
- Nii üldelanikkonnas kui spetsialistide seas on levinud eelarvamuslik suhtumine HIV-i, sh HIV-i nakatunutesse.

### Planeeritud meetmed ja nende elluviimine

Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks võetud HIV strateegia tegevusaruanded ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi uuringuaruande mustandile tehtud kommentaarid.

Strateegilised eesmärgid 2 ja 4: HIV ennetamine üldelanikkonnas	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE2, M1. Käsitleda kõikide vanuseastmete koolipõhise tervisekasvatuse raames HIV/AIDS teemasid ja õpetada eluoskusi. Viia läbi ka tervisekasvatuse efektiivsuse perioodiline hindamine. Õpetajakoolituse õppekavadesse HIVga seotud häbimärgistamise ja diskrimineerimise küsimuste integreerimine	<p>Uus inimeseõpetuse ainekava kinnitati 2011. aastal, rakendustähtajaga hiljemalt 2013/14 õppeaasta. Ainekava katab 2.-12.klassi.</p> <p>2007. aastal valmis õpetajaraamat 1.-5. klassi eluoskuste õppeks ja HIV-ennetuse tegevusjuhend koolidele.</p> <p>2008. aastal valmis kooli tervishoiutöötaja nõustamise juhend.</p> <p>Kuni 2013. aastani toimusid seksuaaltervise ja HIV-ennetuse teemalised koolitusi eelkõige inimeseõpetuse õpetajatele, aga ka kooli tervishoiutöötajatele.</p> <p>Tervisekasvatuse efektiivsuse hindamist ei teostatud.</p> <p>Õpetajakoolituse õppekavadesse HIVga seotud häbimärgistamise ja diskrimineerimise teemat ei integreeritud.</p>
SE2, M2. Erinorootöö raames HIV/AIDS ennetustegevuste läbiviimine (sh seksuaaltervis ja eluoskuste õpe) riskivalt käituvate ja haavatavate noorte seas	<p>HIV-ennetustöö (sh vabatahtlik HIV-testimine ja nõustamine) kasvatus eritingimusi vajavate õpilaste koolides oli strateegia algusaastatel projektipõhine, kuid alates 2010. aastast integreeriti igapäevasesse kasvatustöösse.</p>
SE2, M3. Noored-noortele (edaspidi NN) väljatöö võrgustiku arendamine, et jõuda enam koolist väljalangenud noorteni. NN koolituse standardite väljatöötamine, üle-eestilise NN seksuaalkasvatuse võrgustiku loomine	<p>NN tegevused toimusid eelkõige GF programmi raames. Edasi jätkusid tegevused Haridus- ja teadusministeeriumi (HTM) juhtimisel.</p> <p>NN koolitusi koolist väljalangenud noortele ei toimunud.</p>

Tabel jätkub järgmisel leheküljel



Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE <sub>2</sub> , M <sub>4</sub> . Noortele vabatahtlikku seksuaal- ja reproduktiivtervise nõustamise ja HIV-testimise teenuste kättesaadavuse ja juurdepääsu tagamine valdavale osale noortest	Noorte seksuaal- ja reproduktiivtervise nõustamisteenust osutati 18 keskuses ja internetis üle Eesti läbivalt kogu analüüsitava perioodi jooksul (nii ravikindlustatud kui ravikindlustamata kuni 24-aastastele noortele).  Toimusid nõustamiskeskuse töötajate koolitused ja koostati juhend „Internetinõustaja ABC“
SE <sub>2</sub> , M <sub>4</sub> . Propageerida noorte seas kondoomide kasutamist ning tagada sihtrühmale kvaliteetsete kondoomide kättesaadavus. Noortele suunatud HIV/AIDS ennetuse info edastamise kanalite loomine (internetiportaalid, filmid, tele- ja raadiosaated, infotrükised, usaldustelefonid jne), pöörates erilist tähelepanu venekeelsele sihtrühmale	Kogu analüüsitava perioodi vältel viidi läbi erinevaid noortele suunatud teabeüritusi, koolitusi ja projektikonkursse (perioodil 2007-2008 erilise fookusega Narvas), sh läbi maakondlike võrgustike kuni aastani 2008. Alates 2009 maakondlike HIV/AIDS tegevuste rahastamine lõpetati.  Strateegia raames plaaniti rahvatervise seadusega reguleerida terviseteenuste loetelu, millede pakkumise korraldamine on kohalikele omavalitsustele kohustuslik. Peamiselt on nendeks teenusteks HIV ja SN nõustamine, väljatöö, süstalde vahetus ning tugigrupid HIV-nakatunutele. Teenuste rahastamine nähti ette riiklikuna ja kohalik omavalitsuse panusena nähti ruumide olemasolu ja nende ülalpidamise tagamist. Selliseid muudatusi seadusandluses analüüsitava perioodi vältel vastu ei võetud.
SE <sub>4</sub> , M <sub>1</sub> . HIV valdkonna teenuste, vahendite, info ja teadmiste jagamine kohalikul tasandil	ette riiklikuna ja kohalik omavalitsuse panusena nähti ruumide olemasolu ja nende ülalpidamise tagamist. Selliseid muudatusi seadusandluses analüüsitava perioodi vältel vastu ei võetud.
SE <sub>4</sub> , M <sub>2</sub> . Töötada koostöös erialaspetsialistidega välja kommunikatsioonistrateegia ja viia strateegia ellu erinevatel tasanditel (kohalik ja riiklik tasand) ja koostöös erinevate sektoritega (avalik, mittetulundusühingud ning erasektor)	Lisaks toimusid kogu analüüsitava perioodi vältel iga-aastased ajateenijate koolitused, eri sihtrühmadele suunatud infomaterjalide koostamine ja levitamine, HIV.ee portaali töös hoidmine, iga-aastased HIV/AIDS teemalised massimeediakampaaniad.  Kommunikatsioonistrateegiat ei koostatud.

### *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada elanikkonnas HIV ja turvalise seksuaalkäitumise teadmiste, eluuskuste ja hoiakute paranemine ning riskikäitumise vähenemine. Samuti sooviti vähendada negatiivset suhtumist HIV-nakatunutesse.

Uue inimeseõpetuse ainekava kinnitamine, õppematerjalide kaasajastamine ja õpetajate täiendkoolitused on olnud positiivsed edasimineked, kuid **HIV-ennetuse kontekstis ei ole tegevuste elluviimine olnud tulemuslik, sest HIV teemade käsitlemine õppetöös ei ole õpilaste hinnangul paranenud**. Uuringu „HIVI temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas“ 2015. aasta andmed näitavad, et õpilaste hinnangul on koolis seksuaalelu ja narkootikumide tarvitamisega seotud teemadest käsitletud HIVi ja STLIid võrreldes teiste teemadega oluliselt vähem. Kui teiste teemade osas on teema käsitlemise põhjalikkus aastatega suurenenud või püsinud samal tasemel, siis ainsana eristub HIV ja AIDSi teema, mis on kaotanud alates 2007. aastast oma aktuaalsuse. 2015. aastal on võrreldes 2003. aastaga oluliselt vähem neid õpilasi, kes hindavad sellest teemast koolitundides rääkimist põhjalikuks. Kuigi tegu on õpilaste subjektiivse hinnanguga,



võimaldavad need siiski hinnata trendi aastate lõikes. Kuna järeldused põhinevad kooliõpilaste hinnangul, siis tuleb probleemi täpsemaks määratlemiseks – kas probleem eksisteerib või on tegemist õpilaste kasvanud ootustega – teha analüüs täiendavatele allikatele tuginedes.

Noorte seksuaaltervise nõustamiskeskuste tegevused on olnud edukad. Saavutatud on strateegia alaeesmärk ehk tagada noortele ligipääs seksuaaltervisealasele nõustamisele. HIV-strateegia ja RTA aruannete kohaselt on nõustamisteenusele teostatud regulaarselt teenusekasutajate rahulolu uuringut, mis näitavad, et klientide rahulolu teenusega on väga kõrge. Nõustamiskeskuse klientide arv on püsinud läbi aastate ligikaudu 26 000 kandis. Läbi aastate püüti suurendada noormeeste osakaalu külastajate seas (üle 6%) ning 2014. aastaks soovitud määr ka saavutati (7,6%). ECDC hinnangul on keskused suurepäraseks näiteks tervishoiu- ja rahvatervise teenuste integratsioonist. (ECDC, 2010)

Strateegia raames viidi ellu ka noortelt noortele koolitusi, mille raames valmistati iga-aastaselt ette 60–80 noored noortele meetodit valdavat koolitajat, kuid ühtset võrgustikku koolitatud noortest kogu strateegia vältel moodustunud ei ole. (TAI, 2013)

**HIV strateegia nägi ette erilise tähelepanu pööramist venekeelsetele ja sotsiaalselt haavatud noortele, kuid analüüsi hõlmatud dokumentidest ei leidnud kinnitust, et seda oleks tegevuste elluviimisel tehtud.** Nii näiteks ei ole strateegia aruannetes ja tegevuste kokkuvõtetes aastate lõikes välja toodud, kuivõrd on ennetustegevustega jõutud venekeelsete noorteni. Venekeelset sihtrühma on mainitud eelkõige venekeelsete trükiste tootmise ja levitamise kontekstis.

Uuringu „HIVi temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas“ 2015. aasta andmed näitavad, et 19–29-aastaste noorte hulgas on eestlaste teadmised HIV-st kõrgemad kui muust rahvusest noortel – vastavalt 85% ja 76%. Samuti on eestlaste hulgas rohkem neid, kellel on korrektsed teadmised STLI-de vältimise meetoditest. Ka hoiakute osas on erinevused - võrreldes muu rahvuse esindajatega on eestlaste hulgas olulisel määral rohkem HIV-nakatunutesse tolerantselt suhtujaid (koolinoorte vastavad näitajad on 21% ja 40% ning täiskasvanud noorte puhul 32% ja 55%). Ka varasemates uuringutes (Lõhmus 2010, Lõhmus 2005) on olnud teadmised HIV-st muust rahvusest elanike seas madalamad kui eestlaste seas.

Kondoomi kasutamise osas on aastate jooksul toimunud noorte seas positiivsed muutused. Uuringu „HIVi temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas“ 2015. aasta andmed näitavad, et 19–29-aastaste seas oli esimese seksuaalvahekorra ajal kondoomi kasutanuid ligikaudu 70%, mis on ligi kolm korda enam kui 2003. aastal. Piirkondade lõikes eristub Ida-Virumaa, kus on sama näitaja madalam nii Harjumaast kui muust Eestist (vastavalt 58% vs 75% ja 62%). Uuringu kõigi kondoomi puudutavate näitajate puhul on Ida-Virumaa keskmised näitajad madalamad – sealsed noored hindavad madalamalt kondoomi üldiselt ning kondoomide efektiivsust ja kasutatavust.

**Strateegia tegevustega on tõenäoliselt edukamalt jõutud eestikeelsete noorteni, kelle HIV-alased teadmised, hoiakud ja käitumised on paremad venekeelsetest noortest. Samas oli strateegia eesmärgiks jõuda enam venekeelsete noorteni.**

Uute HIV-nakatunute keskmine vanus on strateegia elluviimise ajal stabiilselt kasvanud, nii meeste kui naiste seas. Kui strateegia koostamise ajal olid enamik uutest nakatunutest alla 29-aastased, siis 2010. aastaks oli uute nakatunute keskmine vanus tõusnud 31,6 eluaastani ja tänaseks (2015) tõusnud veelgi ja jõudnud 35,9 eluaastani. (TAI, 2013)

Nii strateegia koostamisel kui ka kogu selle elluviimise perioodi vältel on kõneldud epidemioloogilistest märkidest, mis viitavad HIV seksuaalsel teel leviku tõusule. Alates 2010. aastast kogutakse HIV-nakatunute teavet riikliku nakkushaiguste infosüsteemi (NAKIS) kaudu, mis on aidanud kaasa HIV levikuteede kohta info kogumise paranemisele (kuigi jätkuvalt on kolmandiku uute nakatunute HIV-nakkuse saamise viis määramata, sest see on jäetud vastaval teatisel tervishoiutöötajal märkimata). (TAI, 2013) Ekspertide sõnul on põhjuseks asjaolu, et esmasel visiidil, kui saadetakse teatis, ei ole sageli võimalik nakatumisteed kindlaks teha.

NAKISE kaudu kogutud andmete kohaselt oli narkootiliste ainete tarvitajaid uute juhtude seas 2015. aastal 20% (perioodil 2010–2015 kõikunud vahemikus 17–23%). Heteroseksuaalsel teel nakatunute osakaal on perioodil 2010–2014 kolmekordistunud ning keskmine vanus tõusnud 37 eluaastani. Piirkondlikud andmed näitavad, et Ida-Virumaal on seksuaalsel teel nakatunute osakaal kaks korda kõrgem kui Tallinnas ja Harjumaal. (TAI, 2013)

Anonüümsete HIV nõustamise ja testimise kabinettide külastajate andmete põhjal (perioodil 2001–2015) on võimalik täheldada sama trendi alates 2008.–2009. aastast – järjepidevalt tõuseb nende nakatunute osakaal, kes ei ole narkootikumide süstinud. Kui 2001. aastal oli nende osakaal 10%, siis 2008. aastal 55% ning 2015. aastal juba 76%.

Turvaseksi käitumises näitavad Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu andmed (perioodi 2006–2014 kohta), et 25–44-aastaste seas on juhusuhetes alati kondoomi kasutanute määr jäänud üsna samaks (toimunud on paari-protsendiline tõus) – 2014. aastal on vanusrühmas 25–34 näitaja 40% ja 35–44 -aastaste seas 26%.

**Strateegias planeeritud ja ellu viid tegevustest ei nähtu, et uute nakatunute vanuselise ja levikuteede struktuurilisele muutusele oleks suudetud paindlikult ja süsteemselt reageerida.** Sotsiaalministeeriumi HIV strateegiat käsitlevates 2013. aasta memodes kirjeldatakse seksuaalset kontakti peamist HIV-i nakatumise riskifaktorit ja täheldatud on HIV levikut enam tavaelanikkonna sekka. Memos väljendatakse kartust, et kontsentreeritud epideemiast on saamas generaliseerunud epideemia, kuid lõpliku otsuse tegemiseks peetakse vajalikuks täiendavate analüüside läbiviimist.

*„Kui me räägime teavitusest näiteks, kui ühest suurest suunast, siis siin me oleme küll jätnud nagu vanema elanikkonna piisav tähelepanuta.“*

*„Teate, kui ma räägin oma tuttavate või sõpradega, kui ma neile ütlen, et praegu HIV-infektsioon on hoopis teise näo saanud, et praegu see levib rohkem suguliselt, siis inimesed vaatavad mind suurte silmadega, nad ei tea seda, neil puudub info. Nad ei ole informeeritud.“*

*„Me jätsime tähelepanuta inimesi, kes peavad ennast normaalseteks ja kes kuidagi aru ei saa, et ka nemad võivad saada HIVi. See on osa inimesi, kes narkootikumitega pole seotud, nad peavad HIVi ainult narkomaanide haiguseks, ja nad kuidagi ei usu et ka nemad võivad HIVi saada, ja saavadki. Info puudus, kahjuks.“*

*„Praktikutena näeme, et see [HIV] on ikkagi läinud ka üldelanikkonda, sest täiesti tavalistel inimestel, kellel ei ole üldse mingit seost narkomaaniaga, et siin ilmselt ei saa mitte tunnustada, on läinud – see teeb muret. /---/ Tegelikult sellest peaks rääkima kõvasti, siis inimesed hakkavad ka endaga seostama seda kuidagi. Tulevad testima või mõtlevad rohkem läbi.“*

*„[On olnud arvamusi, et] peaksime ümber suunama sõltlastele suunatud vahendid töösse üldelanikkonnaga, mis oleks vale. See kindlasti ei ole see suund, mille me saaksime ära jätta. Ehk et kõik see töö, mis on suunatud riskirühmadele, peaks nagu jääma.“*

Kõrgemas vanuses täiskasvanuteni on märkimisväärselt keerulisem tervisekasvatustlike interventsioonidega jõuda ning muutuste saavutamine eeldab äärmiselt strateegilist lähenemist – uuringute ja analüüside abil tuleb leida peamised riskirühmad, töötada välja tõhusad lähenemisviisid nende inimeste turvaseksi käitumise muutmiseks ja viia sekkumisi ka süsteemselt ellu saavutamaks tegevuste järjepidevus ja pikaajalisus. Turvaseksi käitumise muutmisel on abi ka ühiskondlikest teavitustegevustest, kuid seda eeldusel, et elanikkonnale suunatud HIV-ennetuse kommunikatsioon on strateegiline, täpselt sihistatud ja järjepidev.

HIV strateegiadokumendis toodi ühe valdkonna probleemina välja nii **üldelanikkonna kui spetsialistide seas levinud eelarvamuslik ja diskrimineeriv suhtumine HIV-nakatunutesse. Paraku ei ole kogu HIV strateegias planeeritud meetmeid ja ellu viidud süsteemseid tegevusi selle probleemi adresseerimiseks.**

2012. aastal läbi viidud Eesti HIV-nakatunute stigmat käsitlev uuring toob välja, et ligi 30% nakatunutest on viimase aasta jooksul kogunud oma HIV-staatuse tõttu solvanguid, kiusamist või ähvardusi ning ligi 12% on kogunud ka ründamisi või sellega ähvardamist<sup>5</sup>. Nakatunust 34% olid viimase aasta jooksul oma HIV-staatuse tõttu kogunud avalike teenuste kasutamisel diskrimineerimist, sh 8% olid kogunud tervishoiuteenuse osutamisest keeldumist ja 34% olid kogunud sundimist läbida teatud meditsiinilised protseduurid (sh HIV-testimine). 2008. aastal HIV-nakatunute seas läbi viidud uuringu vastajatest 17% kinnitasid, et nad on kogunud viimase aasta jooksul tööeluga seotud tõrjumist – 14% kinnitasid, et neilt on töötütingute käigus nõutud HIV-staatuse kohta tõendit ning 12% on keeldunud nende HIV-staatuse tõttu tööle võtmast. (Lõhmus jt, 2009)

Intervjueeritud eksperdid töid diskrimineerimise osas välja järgmist:

*„We tend to think discrimination is over now, but it is not. And you need to look at where it is still happening because this keeps people away, especially stigma and discrimination against drug users, not just HIV. /---/ When there is strong stigma and discrimination, they will stay away from services, they are still vulnerable for infection, they are vulnerable to give infection. So it is a very, very important area that you cannot ignore.“*

*„Paraku on ka, vähem küll ilmselt, aga natukene on ikka ka meedikute hulgas seda stigmat, et selles suhtes päris rahul ei saa olla. /---/ Rohkem ikkagi kipub sedamoodi olema, et: “See on seal nende narkomaanide haigus”, mitte et see võiks igaühte puudutada.“*

Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu andmed (perioodi 2006–2010 kohta) näitavad, et aastate jooksul on veidi vähenenud nende inimeste osakaal, kes lõpetaksid toiduainete ostmise kauplusest, kus müüja on HIV-nakatunud – 2010. aastal on selliseid inimesi 26% (vs 33% aastal 2006). Samas on muutumatuks jäänud nende inimeste osakaal, kes on nõus töötama ühes kollektiivis HIV-nakatunuga – neid on jätkuvalt vaid 28%. Nimetatud andmed näitavad, et HIV-nakatunute seotud stigma vähendamine on jätkuvalt vajalik ning tulevikus tuleks võtta suurema tähelepanu alla. Seda soovitab Eestile ka UNODC oma 2008. aasta hindamisraportis ning WHO oma 2014. aasta

<sup>5</sup> Eesti HIV-positiivsete Võrgustik (2012) *The PLHIV Stigma Index (Eesti raport)*

hindamisraportis, kus on välja toodud eraldi soovitusena vähendada häbimärgistamist tervishoius, kasutades suunatud kampaaniaid ja õpet ning tagades juhtide ja juhtivate nakkusarstide empaatilise ja proaktiivse suhtumise. Diskrimineeriva suhtumise probleemi tõi välja ka Tervise Arengu Instituudi 2014. aastal läbi viidud uuring „HIV-nakkuse emalt-lapsele leviku ennetamine“, milles selgus, et uuringus osalejad pidasid oluliseks probleemiks tervishoiutöötajate halvustavat suhtumist HIVi nakatunutesse.

### Järeldused

9. Uue inimeseõpetuse ainekava kinnitamine, õpetajate täiendkoolitamine ja uute õppematerjalide koostamine ei ole paraku toonud kaasa HIV teemade käsitlemise paranemist koolis – õpilaste hinnangul on alates 2007. aastast HIV ja STLI teemade käsitlemine koolis hoopis vähenenud, mitte tõusnud. Probleemi täpsemaks määratlemiseks on lisaks õpilaste hinnangule vaja teha analüüse täiendavatele allikatele tuginedes.
10. Eestikeelsetel noortel on jätkuvalt HIV ja STLI suhtes paremad teadmised ja hoiakud kui venekeelsetel noortel.
11. Noorte seksuaaltervise nõustamiskeskuste tegevused on olnud edukad – teenus on üle Eesti ligipääsetav, klientide arv ja rahulolu on püsinud aastate jooksul kõrgena.
12. Alates 2008.-2009. aastast on oluliselt tõusnud HIV levik seksuaalsel teel ja inimeste seas, kes ei ole narkootikume süstinud, samuti on tõusnud sel viisil nakatunute keskmine vanus (vanemad kui 30-aastased), kuid strateegia tegevustes ei ole sellele muutusele süsteemselt reageeritud. Samuti ei ole seni põhjalikumalt uuritud elanikkonna seksuaalkäitumist.
13. Kogu HIV strateegias ei ole planeeritud meetmeid ega ellu viidud süsteemseid tegevusi HIV-nakatunutesse negatiivse hoiakute ja diskrimineerimise vähendamiseks üldelanikkonna ja tervishoiutöötajate seas.

### Soovitused

6. Soovitame lisaks koolinoortele suunata senisest enam tegevuste fookust täiskasvanute (30-aastaste ja vanemate) turvaseksi käitumise paranemisele, sest märkimisväärne osa uutest HIV-nakatunutest on nakatunud seksuaalsel teel ja aina vanemas eas. Soovitame arvesse võtta, et tegu on vanusrühmaga, kelleni on ennetus- ja teavitustegevustega keerulisem jõuda kui kooliõpilasteni, mistõttu soovitame Eesti jaoks sobivimate sekkumisprogrammide valikul tugineda vastavasisulistele teaduskirjanduse ülevaadetele.
7. Sihtrühmale suunitletud massikommunikatsiooni tegevuste planeerimiseks soovitame läbi viia elanikkonna seksuaalkäitumise uuringu, millele tuginedes saab koostada pikaajalise kommunikatsioonistrateegia, mis loob eeldused korrektselt sihistatud ja tõhusateks teavitustegevusteks.
8. Koolinoortele suunatud tegevustes soovitame senisest enam pöörata tähelepanu venekeelsetele noortele ja võtta sihiks HIV alastes teadmistes, hoiakutes ja käitumises rahvuslike erisuste vähendamine.
9. Soovitame senisest enam tähelepanu pöörata negatiivse suhtumise vähendamisele nii üldelanikkonnas kui HIV-nakatunute kokku puutuvate spetsialistide seas. Erilist tähelepanu tuleb pöörata hoiakute muutmisele venekeelses elanikkonnas, samuti tervishoiutöötajate seas, kelle seas on negatiivse suhtumise näitajad kõrgemad. Stigma probleemiga tegelemine on oluline, et vähendada võimalikke barjääre HIV-nakatunute elukvaliteedi parandamisel ja HIV-epideemia ohjamiseks vajalike teenuste kasutamisel.

## 2.3. HIV ennetamine prostitutsiooni kaasatute ja meestega seksivate meeste seas

### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et strateegia koostamise ajal on Eestis hinnanguliselt 3000–5000 prostitutsiooni kaasatut, kes tegutsevad peamiselt Tallinnas ja kellest ligi kaudu 20% on narkootikumide tarvitajad. Meestega seksivate meeste hinnanguliseks arvuks peetakse 10 000. Mõlema sihtrühma seas HIV levimuse olukorda ei ole strateegia dokumendis kirjeldatud, kuid välja on toodud, et 2004. aastal kasutas alati kondoomi ligi 80% prostitutsiooni kaasatutest.

Prostitutsiooni kaasatutele suunatud HIV nõustamis- ja testimise teenuseid rahastati alates 2004. aastast GFP kaudu ja sama programmi raames loodi 2004. aastal ka Eesti Gay ja Lesbi Infokeskus.

Prostitutsiooni kaasatute ja meestega seksivate meestega seotult on HIV strateegias loetletud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- Prostitutsiooni kaasatute puhul on vajadus tegutseda kolmel tasandil: 1) ennetada seksitööstusesse sisenemist; 2) kaitsta prostitutsiooni kaasatute tervist ja 3) aidata kaasa seksitööstusest väljumisele.

- Enam tähelepanu tuleb pöörata narkootikume tarvitavatele prostitutsiooni kaasatutele.
- Tugevdada tuleb seksuaalvähemuste organisatsioone.

### Planeeritud meetmed ja nende elluviimine

Strateegilised eesmärgid 3 ja 7: HIV ennetamine prostitutsiooni kaasatute ja meestega seksivate meeste seas	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE3, M1. Võimaldada prostitutsiooni kaasatutele (edaspidi PK) HIV ja STLI diagnostika ja raviteenused.	PK-de vabatahtliku testimis- ja nõustamisteenuste osutamine toimus kogu analüüsitava perioodi vältel, kuid ainult Tallinnas. Lisaks pakuti ka sotsiaal- ja juriidilist nõustamist, turvalise seksuaalkäitumise nõustamist ja jagati turvaseksi vahendeid (eelkõige kondoomide). Alates 2015. a on alustatud nõustamise laiendamisega Jõhvi ja Tartusse, kuid STLI teenust osutatakse jätkuvalt vaid Tallinnas. Ekspertidelt saadud lisainfo kohaselt jagatakse PK-dele vajadusel ka süstimisvahendeid ja nõustatakse, kuidas ohutumalt süstida.
SE3, M1. Võimaldada PK-dele sotsiaal- ja juriidiliste teenuste kättesaadavus.	
SE3, M1. Parandada PK-de turvalise seksuaalkäitumise teadmisi ja oskusi läbi omasuguste koolituse/ nõustamise.	
SE3, M1. Suurendada PK seas kondoomide ja lubrikantide kättesaadavust	Alates 2008. aastast osutas PK-del Jõhvis teenust narkootikumide süstivatele inimestele teenuseid osutav keskus. 2009. aastal teenuse osutamise maht vähenes riigieelarvekärbete tõttu, kuid mahud suudeti tõusule pöörata taas 2010. aastal.
SE3, M1. Edendada uute PK-de HIV-ennetustegevustega hõlmamiseks väljatööt	2007. aastal toimus omasuguste koolitajate koolitus, kuid sihtrühmas koolitust ei järgnenud. Omasuguste nõustajatele planeeritud supervisioone samuti ei toimunud. Uuringu käigus ei õnnestunud leida infot selle kohta, kas ja millises mahus teostati omasuguste nõustamist. Ka väljatöö toimumise kohta ei õnnestunud aruannetest infot saada. Ekspertidelt saadud lisainfo järgi toimub väljatöö regulaarselt Tallinnas ja 1 kord kuus tehakse väljasõite ka Lõuna-Eestisse. Samuti toimub sihtrühma monitooring.  Perioodil 2010–2011 osales Eesti välisprojektis, mille raames katsetati haavatavate sihtrühmadeni (sh prostitutsiooni kaasatuteni) HIV-ennetusteenustega jõudmise mudeleid, kuid raha puudumisel sellega ei jätkatud.
SE3, M2. Võimaldada PK-dega igapäevaselt töötavatele spetsialistidele väljaõpet, järjepidevat täiendõpet ja supervisiooni	PK-dega tegelevate spetsialistide koolitamine toimus vaid aastal 2008, perioodil 2009–2010 jäid planeeritud koolitused ära. PK-dega tegelevate spetsialistide supervisioonid olid planeeritud perioodile 2008–2010, kuid jäid ära. Koolituste ja supervisioonide ära jäämise põhjuseks oli eelarvevahendite vähenemine.
SE3, M2. Viia inimkaubanduse ja prostitutsiooni teema sotsiaaltöötajate, noorsootöötajate, politseinike, tervishoiutöötajate ja õpetajate õppekavasse	Küll aga leiti eelarvevahendeid teiste spetsialistide koolitamiseks perioodil 2007–2009, 2011–2012 ja 2014, mil koolitati paikkonna terviseedenaajad, kooli tervishoiutöötajad, politseiametnikud jms.  Õppekavades planeeritud muudatuste tegemise kohta uuringu käigus infot ei leitud.

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE7, M1. Arendada meestega seksivate meeste (edaspidi MSM) HIV alaseid teadmisi ja oskusi läbi omasuguste koolituse, infomaterjalide kättesaadavuse ning turvalise seksuaalkäitumise edendamise	2007. aastal alustati omasuguste koolitajate koolituse ettevalmistamist, kuid koolitusteni ei jõutud.  Gay ja Lesbi Infokeskuse kaudu toimus infomaterjalide ja vahendite jagamine perioodil 2007–2008, kuid 2009. aastal tegevus katkes ning 2010. aastal jagati materjale märkimisäärelt väiksemas koguses. Aruannete kohaselt peale 2011. aastat tegevused lõppesid.
SE7, M2. Tagada MSM-dele ekstra-tugevate kondoomide ja lubrikantide kättesaadavus ning propageerida nende kasutamist	SE 7 meetmed ei näinud ette MSM-de seas HIV testimise läbiviimist, kuid strateegia raames teostati üksikuid HIV-testimise tegevusi, nt HIV-kiirtestimise aktsioon 2008. aastal, STLI diagnostika võimaldamine 2013. aastal ja internetipõhise testimise piloteerimine 2015. aastal. Aruannetes vastav info puudub, kuid ekspertidelt saadud lisainfo kohaselt need regulaarselt jätkunud.

### *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada olukord, kus prostitutsiooni kaasatute ja meestega seksivate meeste hulgas ei ole HIVi levimus suurenenud ja STLide levik on prostitutsiooni kaasatute seas vähenenud.

Prostitutsiooni kaasatutele vabatahtliku testimis- ja nõustamisteenuste osutamine toimus Tallinnas kogu analüüsitava perioodi vältel. Lisaks pakuti ka sotsiaal- ja juriidilist nõustamist, turvalise seksuaalkäitumise nõustamist, jagati turvaseksi ja süstimisvahendeid ning toimus monitooring. Strateegia tegevusplaanides on läbivalt kirjeldatud vajadust laiendada teenusega suuremas mahus Ida-Virumaale, kuid selleni jõuti alles 2015. aastal.

HIV strateegia prostitutsiooniga seotud meetmete raames olid planeeritud koolitused, millega paraku ei jõutud kõige olulisema (ja planeeritud) sihtrühmani, kelleks oli prostitutsiooni kaasatutele teenuse osutajad. Aruannete kohaselt jäid koolitused ära eelarvevahendite puudumise tõttu, kuid samal perioodil toimusid koolitused teistele spetsialistide, kes ei olnud eesmärgi saavutamiseks relevantset (nt paikkonna spetsialistid, koolitervishoiutöötajad jt). Sellised erisused viitavad eelarvevahendite mitte-eesmärgipärasele kasutamisele.

HIV strateegia nägi ette prostitutsiooni kaasatutega seotult vajalikuks pöörata rohkem tähelepanu neile naistele, kes süstivad narkootikume. Analüüsi hõlmatud dokumentidest ei ilmne, et seda oleks tehtud, kuid ekspertidelt saadud lisainfo kohaselt on PK-del võimalik saada süstlaid, nõelu ja vastavat nõustamist. Näiteks jagab MTÜ Eluliin puhtaid süstlaid nii statsionaaris kui väljatööl. Lisaks on PK-dega tegelevad töötajad läbinud koolituse narkootikumide tarvitajate nõustamiseks seksuaalkäitumise teemal ja ohutuma süstimise teemal.

2011. aastal Tallinna prostitutsiooni kaasatute seas läbi viidud uuringu andmetel on viimase kuu jooksul klientidega vahekorras olles alati kondoomi kasutanuid 98% (2006. aastal oli näitaja 78%). Põhiliselt kasutatakse kondoomi sellepärast, et kardetakse nakatumist HIVi (89%) ja teistesse seksuaalsel teel levivatesse haigustesse (85%). Võrreldes sarnase uuringu 2006. aasta andmetega on turvaseksi näitajad paranenud, sh HIV-testimise näitajad. (Trummal jt, 2006) Kui 2006. aastal oli elu



jooksul vähemalt ühel korral testimas käinud naised valimis 66% ning viimase 12 kuu jooksul käis ennast HIVi suhtes kontrollimas 57%, siis 2015. aastal olid vastavad näitajad 92% ja 63% (võrreldes 2011. aasta tulemustega on näitajad halvenenud). HIV levimus on sihtrühmas 2011. aastal 6% ja 2015. aastal 11% (2006. aastal oli näitaja 8%). Valdav enamus positiivse HIV-testi tulemusega naistest on oma elu jooksul süstinud narkootikume (2015. aastal 77%). (Rüütel, 2016) Seetõttu võib oletada, et nakatumine on seotud just selle tegevusega. (Lõhmus jt, 2011)

Kuigi prostitutsiooni kaasatud naiste turvaseksi näitajad on paranenud ja HIV levimus on püsinud stabiilsena, tuleb WHO hinnangul Eestis oluliselt laiendada sihtrühmale suunatud sekkumisi. (WHO, 2011)

Sarnaselt prostitutsiooni kaasatutele on **meestega seksivatele meestele (MSM) suunatud tegevusi teostatud vaid Tallinnas**. Analüüsi kaasatud dokumentidest ei ole kajastatud andmeid selle kohta, kui suure arvu või määra sihtrühmast tegevustega jõuti. Kuigi strateegia meetmetes ei olnud seda ette nähtud, siis viidi erinevatel aastatel sihtrühmas läbi HIV-testimisi. Testimised toimusid pigem vastavalt võimalustele ja ei olnud süsteemsed. TAI hinnangul on MSMidele mõeldud interventsioonid olnud killustatud ja perioodil 2009–2012 ei ole toimunud mingisuguseid riiklikul tasemel tegevusi. TAI hinnangul peaks minimaalne MSMide interventsioonide komplekt sisaldama turvalist ligipääsu turvaseksi teabele, kondoomidele/libestitele ning HIV/STLI-testimisele ja nõustamisele. Kuna MSMid on väga erinevatest sotsiaalsetest gruppidest, peaks teenuseid pakkuma pigem üldises tervishoiusüsteemis, et tagada juurdepääs võimalikult erinevatele gruppidele. (TAI, 2013) Nimetatud teenuste pakkumise suurendamist soovitab Eestile ka 2011. aastal WHO. Strateegia aruannetes on välja toodud probleemina, et MSM-de osas ei suudetud aastate jooksul saavutada süsteemset koostööd mõne MSM vabaühendusega. HIV strateegiadokumendis sõnastati sihtrühma kodanikeühenduste tugevdamine üheks lahendamist vajavaks probleemiks, kuid selle lahendamiseni ei jõutud.

HIV-levimus MSM-ide seas on hinnanguliselt 2–3%. Kui 2007. aastal on näitaja 1,7%, siis 2008. aastal 2,5% ja 2013. aastal 7%. Levimuse hinnangud põhinevad väikesel valmil (nt 2007. aastal 59 inimest ja 2013. aastal 43 inimest), mistõttu ei saa täie kindlusega väita, et levimuse määra tõus 7%-ni on täpne. (TAI jt, 2016)

Umbes pooled Eesti MSM-idest ei kasuta juhuvahekordade ajal pidevalt kondoomi. (TAI, 2013) MSM-ide interneti-uuringus 2010. aastal (n = 594) ütles 60% MSM-idest, et nad olid HIVi suhtes end testinud, 32% viimase 12 kuu jooksul. 2013. aasta uuringus (n = 265) olid vastavad näitajad 70% ja 37%. (Lõhmus jt, 2010; Rüütel jt, 2014)

**Terviseameti andmete kohaselt on perioodil 2010–2014 heteroseksuaalsel teel nakatunute osakaal kolmekordistunud.** Homoseksuaalsel teel nakatunuid oli kuni aastani 2014 1% ringis, kuid 2015. aastal on näitaja tõusnud juba 7%. Kuna absoluutarvud on väikesed ning puuduvad andmed oletatava või hinnangulise nakatumise aja kohta, ei ole võimalik hinnata, kas tegemist on nakatumise tõusuga MSM-de seas või sihtrühmas testimisaktiivsuse suurenemisega. (TAI jt, 2016) Ohumärgiks hindavad seda TAI ja Terviseamet nii või teisiti arvestades, et Lääne-Euroopas on MSMid täna peamiseks HIVi riskigrupiks ning uute HIVi juhtude arv nende seas pigem kasvab. (TAI, 2013) Sama meelt on ka intervjuueeritavad:

*„Meil on sellised potentsiaalselt plahvatusohtlikud riskirühmad nagu näiteks meestega seksivad mehed, kellele Eesti ei ole piisavalt tähelepanu pööranud, sest et vastavalt*



*olemasolevatele andmetele ei ole nende seas täna veel nii ulatuslikku levikut, aga kuna me oleme Läänelik riik ja kui me vaatame Lääne-Euroopat, siis seal on see peamine sihtrühm.“*

*“The lesson we can tell you know is that all the countries where the epidemic started, have now moved towards the epidemic of men having sex with men, and it is out of control. So, although I understand your need to put a lot of emphasis on prevention amongst drug users, you must put equal if not more amount in your men having sex with men. Because this is the next population you will have very large increases. But it is totally preventable, but we are failing.”*

MSM-dega tegelemiseks on vaja leida uusi innovatiivseid lähenemisviise:

*“MSM-s don't live in bars or in saunas like the old days, they live in apps. Especially in a country like Estonia that is so much interested in IT.”*

WHO ülemaailmne HIV/AIDSi strateegia 2011–2015 rõhutab prostitutsiooni kaasatute, MSM-de ja transseksuaalide teenustele ligipääsu olulisust ning soovib välja töötada strateegiad, et vähendada diskrimineerimist ning parandada terviseteenuste kättesaadavust ja kaetust. (WHO, 2011)

ECDC 2010. aastal aset leidnud Eesti visiidi raportis mainitakse samuti, et Eestis tuleks tugevdada meestega seksivatele meestele pakutavaid teenuseid, sh tugevdada HIV- ja suguhaiguste testimise ja ravi integreerimist. (ECDC, 2010)

#### Järeldused

13. Prostitutsiooni kaasatute seas on turvaseksi näitajad paranenud ja HIV levimus on püsinud stabiilsena.
14. Pea kogu strateegia elluviimise jooksul on prostitutsiooni kaasatutele pakutud neile spetsiifilisi HIV/STLI testimis- ja nõustamisteenuseid vaid Tallinnas, kuigi teadvustatud on vajadust teenuse pakkumist geograafiliselt laiendada. Tegevustes on selleni jõutud alles 2015. aastal.
15. Narkootikume süstivatele prostitutsiooni kaasatutele enam tähelepanu pööramine oli strateegias sõnastatud ühe lahendamist vajava probleemina, kuid süsteemset selle probleemiga strateegia raames ei tegeletud.
16. Riskirühmadega (MSM ja prostitutsiooni kaasatud) tegelevate kodanikeühenduste tugevdamine oli strateegias sõnastatud ühe lahendamist vajava probleemina, kuid selle lahendamiseni ei jõutud.
17. Meestega seksivate meeste seas ei ole Eestis teostatud süsteemset HIV ennetustööd.
18. Andmed viitavad võimalusele, et HIV levimus meestega seksivate meeste seas on tõusnud, kuid vastavate uuringute väikese valimi tõttu ei saa sellest kindlaid järeldusi teha.

**Soovitused**

10. Soovitame prostitutsiooni kaasatutele suunatud teenuste geograafilise laiendamise vajaduse hindamiseks viia läbi analüüsi, mis annab põhjalikuma ülevaate Eesti prostitutsiooni kaasatute geograafilisest jaotusest ja sellest, kuivõrd on need piirkonnad sihtrühmale vajalike teenustega kaetud ja milliste teenuste järele on eri piirkondades vajadus.
11. MSM sihtrühmani jõudmiseks tuleb välja töötada Eesti MSM sihtrühma eripärasid ja vajadusi arvestavad sekkumisprogrammid ja tagada nende järjepidav elluviimine (sh rahastamine). WHO soovitustele tuginedes soovitame kaaluda tervishoiusüsteemi-põhiseid sekkumisi, sest MSM-id on väga erinevatest sotsiaalsetest gruppidest.

## 2.4. HIV ennetamine kinnipeetavate seas

### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et 2004. aastal on 12–13% Eesti vanglates kinnipeetavatest HIV-nakatud, enamik neist on 15–24-aastased mehed. Korrektsed teadmised HIV levikuteedest on 47%-l kinnipeetavatest (2004). Strateegia koostamise ajal süstlavahetust ja asendusravi vanglates ei toimu, vanglate meditsiinosakondades on kättesaadavad kondoomid.

Kinnipeetavatega seotult on HIV strateegias loetletud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- Teenuste osutamine nii narkomaanidele kui HIV-nakatudutele tuleb muuta süsteemi osaks
- Arestimajas ja vanglas tuleb võimaldada vabaduses alustatud asendusravi jätkamine
- Alustada tuleb kõigi kinnipeetavate HIV-testimisega

### *Planeeritud meetmed ja nende elluviimine*

Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks võetud HIV strateegia tegevusaruanded ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi uuringuaruande mustandile tehtud kommentaarid.

Strateegiline eesmärk 5: HIV ennetamine kinnipeetavate seas	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE5, M1. Tagada SN kinnipeetavatele kahjude vähendamise teenuste (sh HIV ja STLI testimise) kättesaadavust ja vähendada vanglates uimastite nõudlust	<p>Kõigil analüüsitava perioodi aastatel on läbivalt tegeletud metadoon-asendusravi teenuse osutamise tagamisega arestimajades ja vanglates. Vanglates jõuti teenuse osutamiseni 2008. aastal ja iga aastaga tõsis teenust saanud isikute arv, jõudes 2011. aastaks 217-ni ja järgnevatel aastatel ligikaudu 170-ni. Arestimajades jõuti teenuse osutamiseni 2010. aastal ja iga aastaga tõsis teenust saanud isikute arv, jõudes 2014. aastaks 429-ni. 2015. aastast on arestimajades aga teenuse osutamine lõpetatud.</p> <p>Kogu analüüsitava perioodi vältel teostati B-viirushepatiidi vastane vaksineerimine kõigile riskirühma kuuluvatele kinnipeetavatele. Perioodil 2007–2008 teostati seda vaid neile, kelle karistusaeg on pikem kui 7 kuud ja alates 2009. aastast vaksineeritakse kõik, kes kuuluvad riskirühma ja keda pole varasemalt vaksineeritud.</p> <p>Kogu analüüsitava perioodi vältel on teostatud HIV-testimist kõigile vanglasse saabujatele, seejärel ühe aasta möödumisel esimesest testimisest ja meditsiiniliste näidustuste korral. Testist loobujate määr on püsunud alla 1% ja enamus keelduvad kordustestist.</p> <p>STLI-testimise tegevuste kohta ei õnnestunud uuringu raames infot leida.</p>
SE5, M2. Tagada kinnipidamis-asutuses kondoomide, lubrikantide, desinfektsioonivahendite jm vajalike ühekordsete vahendite kättesaadavus	Strateegia aruannetes kirjeldati kondoomide tasuta jagamist perioodil 2007–2011 (iga aastaga vähenes jagatud kondoomide arv). Alates 2012. aastast ei ole tegevusi enam kirjeldatud ja ekspertidelt saadud lisainfo järgi siis lõpetatigi valglates kondoomide jagamine. Lubrikantide jagamine lõpetati 2008. aastal.
SE5, M2. Tagada kõigile kinnipidamis-asutuse töötajatele ohutu töökeskkond	Perioodil 2007–2011 tagati töötajatele desinfektsioonivahendite ja muude ühekordsed kaitsevahendite kättesaadavus, samuti teostati B-viirushepatiidi vastast vaksineerimist vanglaametnikele ja kriminaalhooldajatele. Analüüsi kaasatud dokumentidest ei leidunud infot selle kohta, kas peale 2011. aastast tegevused jätkusid.
SE5, M3. Kinnipeetavatele HIV leviku ennetamise koolitused, infomaterjalid ja vestlused individuaal- või rühmatöö vormis	Kinnipeetavatele HIV-teemaliste vestluste toimumise ja vanglatöötajatele vägivalda vältimise, kinnipeetavate õiguste jms teemalisi koolituste toimumise kohta analüüsitavates materjalides kinnitust ei olnud.
SE5, M3. Kinnipidamisasutuste töötajatele HIV leviku vältimise koolitused	HIV-teemalisi koolitusi vanglapersonalile ja kriminaalhooldajatele planeeriti kogu analüüsitava perioodi vältel, kuid reaalset teostati vaid väikestes sihtrühmades ja üksikutel aastatel. Supervisiooni teostati vaid 2013. aastal.
SE5, M3. Kinnipidamisasutuste töötajatele koolitused vanglasiseses vägivalda kasutamise vältimise ja kinnipeetavate õiguste, eneseväärikuse ja heaolu austamise teemal	

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE5, M4. Tagada HIV-nakatunud kinnipeetavatele tervishoiu-, psühholoogilise ja sotsiaalnõustamise ning juriidilise ja hoolekandeteenuste kättesaadavus	<p>Antiretroviirusravi (edaspidi ARV-ravi) ja teisi vajalikke tervishoiuteenuseid võimaldati HIV-nakatunud kinnipeetavatele kogu analüüsitava perioodi vältel.</p> <p>Nakatunutele sotsiaal- ja juriidilise nõustamise ning hoolekandeteenuste osutamise osas analüüsi kaasatud dokumentides infot ei leidunud.</p> <p>Nakatunutele psühholoogilise toe pakkumiseks loodud tugirühmad alustasid oma tegevust juba 2002. aastal ning 2008. aastal võttis Justiitsministeerium rahastamise üle. Sellega muutus tugirühmade rahastamine projektipõhiselt teenusepõhiseks.</p>

### *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada olukord, kus kinnipidamisasutuste siseselt ei ole toimunud HIV levikut, süüdimõistetute teadmised HIV levikuteedest on paranenud ning tervishoiu- ja sotsiaalteenustega haaratud kinnipeetavate hulk on suurenenud.

Kõigil süüdimõistetutel ja kinnipeetavatel on pärast vanglasse saabumist võimalus HIV-testimiseks ja nõustamiseks, mis aitab HIV-nakkuse levikut kinnipidamisasutustes seirata ja kontrolli all hoida. Ekspertidelt saadud lisainfo järgi toimus HIV-testimine vanglates ka enne strateegia elluviimise perioodi. Testimist teostatakse vanglasse saabumisel, ühe aasta möödumisel viimasest testimisest ning meditsiinilise näidustuse korral ka sagedamini. Testidest keeldujaid on olnud vähe. Lisaks on tagatud B-hepatiidi vastu vaktsineerimine kõigile riskirühma kuuluvatele kinnipeetavatele.

Sõltlaste osakaal on kinnipidamisasutuste populatsioonist ligikaudu 25–30% ning neist ligikaudu poole moodustavad opioid-sõltlased. (TAI, 2013) Seetõttu on kinnipidamisasutustel oluline roll ka metadoon-asendusravi teenuse kättesaadavuse tagamisel – eelkõige vabaduses alustatud ravi mittekatkemisel. Vanglates jõuti metadoon-asendusravi teenuse osutamiseni 2008. aastal, arestimajades 2010. aastal. WHO tunnustab seda kui head näidet erinevate ministeeriumite koostööst. (WHO, 2011)

Nii vanglates kui arestimajades on aastate jooksul teenuse mahud suurenenud. **Metadoon-asendusravi teenusega katvus vanglates oli 2012. aastal hinnanguliselt 12%** (aluseks võetud dokumentides esitatud opioidsõltlaste arvud ja teenuse osutamise mahud). Sama hinnangut ei saa anda arestimajade kohta, sest analüüsivatest dokumentidest ei olnud esitatud infot teenuse kasutajate potentsiaalse sihtrühma suuruse kohta. Uurimismeeskonnal ei õnnestunud leida dokumente, mis oleks andnud hinnanguid saavutatud tasemele või sätestanud soovituslikud sihid, mistõttu on keeruline anda saavutatud mahule hinnangut. Küll aga tuuakse analüüsivates dokumentides välja, et arestimajad on Eesti narkomaania kahjude vähendamise süsteemi nõrgaks lülks – metadoon-asendusravi teenuse käivitamine on olnud vaevaline ja alates 2015. aastast teenuse osutamine katkestati. Arestimajadel on aga oluline roll riskirühmas asendusravi järjepidevuse tagamisel, sest kui vabaduses alustatud metadoon-asendusravi arestimajas katkeb, siis seda enam vanglas enamasti ei jätkata. Nimetatud probleemile juhib tähelepanu oma 2008. aasta hindamisraportis ka UNODC ja käesoleva uuringu raames rõhutab seda ka intervjueritud välisekspert:

*“Money should be diverted into treatment of HIV-infected drug users especially in prisons, because at some point or another, an injecting drug users will get arrested for some reason and this is an excellent way of starting the treatment”*

HIV-i nakatunud kinnipeetavate osakaal ei ole strateegia elluviimise perioodi jooksul olulisel määral muutunud – kõigil aastatel on näitaja kõikunud vahemikus 13-16%. (TAI, 2013) Valdavalt on HIVi nakatumine toimunud väljaspool vanglat ja kinnipidamisasutustesiseselt on aastate jooksul nakatunud 8 inimest, viimati 2007. ja 2012. aastal. (TAI, 2013) Kõigile HIV-nakatunutele on kinnipidamisasutustes tagatud neile vajalikud tervishoiuteenuseid, sh ARV-ravi. ARV-ravi saajate osakaal on iga aastaga aina kasvanud ja jõudnud 7%-lt 79%-ni (2006 -> 2015). See viitab, et **ravi kättesaadavus HIV-nakatunutele on kinnipidamisasutustes järjepidevalt paranenud ja saavutanud väga hea katvuse**. Probleemiks on ravi järjepidevuse tagamine pärast vabanemist, ligi pooled kinnipeetavad katkestavad ARV-ravi pärast vabanemist. (WHO, 2011) Hilisemate aastate kohta ei õnnestunud uuringu raames vastavaid hinnanguid leida. Kui HIV strateegia nägi ette juhtumikorraldusliku süsteemi loomist järjepideva tagamist kinnipidamisasutustes ja sellest väljas asuvate HIViga seotud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamiseks. Sellist süsteemi ei ole siiani loodud. (TAI, 2013) Käesoleva uuringu raames intervjueritud välisekspert rõhutab järgmist:

*„In the prison, it should be always offered hepatitis, HIV, syphilis and gonorrhoea testing and treatment. If you do the screening you must give them the treatment. Otherwise it is pointless.”*

HIV-nakatunutele pakutakse tugiteenuseid kõigis vanglates, kuid nende mahtu ja katvust ei ole võimalik hinnata, sest puuduvad selleks vajalikud andmed – andmed on küll tugirühmade kohtumiste arvude kohta, kuid mitte tugirühmadesse kaasatud HIV-nakatunute arvu/määra kohta.

Strateegia elluviimise perioodil on iga aastaga jagatud kondoomide arv vähenenud ja kondoomide jagatakse mitu korda vähem kui tegevuskavas planeeritud. Kondoomide kättesaadavus on aastate jooksul vanglates halvenenud, sest kui varasemalt olid kondoomid kättesaadavad pikaajalise kohtumise ruumides ja vangla tervishoiuosakonnas, siis alates 2012. aastast on need kättesaadavad vaid pikaajalise kohtumise ruumides. Selle põhjusena on toodud vanglate meditsiiniosakondadelt saadud info, et vanglates on nõudlus kondoomide järele vähenenud. (TAI, 2013)

HIV nakatunutel esineb sagedasti ka C-hepatiit, mis on ka üks HIV indikaatorhaigustest ning mille peamine oletatav levikutee on süstitavate narkootiliste ainete kasutamine. Intervjueritavad hoiatavad tõsiselt C-hepatiidi leviku eest vanglates ja rõhutavad selle ravimise olulisust.

*“We are still seeing a major problem with prisons, especially in a country which has the largest proportion of infection and injecting drug users, I can imagine that the hepatitis-C is extremely high as well. So you need to link up prisons as well with the treatments for these people. Hepatitis-C is curable. The problem is that if you don't follow up they will re-infect.*

*“You have to have a really good follow up for hepatitis-C. It needs to have political comment but if you manage to persuade your government that this is worth investing in, that is half way to solve the problem.”*

### Järeldused

19. Kogu strateegia rakendusperioodi vältel on Eesti vanglates jätkunud kõigi kinnipeetavate HIV-testimine.
20. Oluliseks edasiminekuks oli vanglates ja arestimajades metadoon-asendusravi teenuse osutamise alustamine 2008. ja 2010. aastal.
21. Arestimajad on Eesti narkomaania kahjude vähendamise süsteemi üheks oluliseks nõrgaks lüliks, sest kui vabaduses alustatud metadoon-asendusravi arestimajas katkeb, siis seda vanglas enamasti ei jätkata. 2015. aastal teenuse osutamine arestimajades katkestati.
22. ARV kättesaadavus HIV-nakatunutele on kinnipidamisasutustes järjepidevalt paranenud ja saavutanud hea katvuse.
23. Ligi pooled vanglast vabanenud HIV-nakatunud katkestavad ARV-ravi.
24. Vanglates pakutakse HIV-nakatunutele tugiteenuseid, kuid teadmata on nende katvus.
25. Lisaks HIV-le on kinnipeetavate seas probleemiks kõrge C-hepatiidi levimus.

### Soovitused

12. Soovitame läbi viia analüüsi vanglast vabanenud HIV-nakatunute ravi soostumuse hindamiseks ja ravi katkestamise põhjuste kohta, kuna viimased andmed on 2011. aastast ja pole tänases olukorras enam adekvaatsed. Analüüsi tulemustele tuginedes soovitame välja töötada ja ellu viia interventsioonid ARV-ravi järjepidevuse tagamiseks vanglast vabanetule.
13. Soovitame teha pingutusi selle nimel, et arestimajades jätkuks metadoon-asendusravi teenuse osutamine ja võimalikult kõrge katvuse määraga. Kuna käesoleva analüüsi raamistik ei võimaldanud analüüsida täpseid põhjuseid, miks teenuse osutamise katkestati, ei ole võimalik anda ka täpsemaid soovitusi.

## 2.5. Emalt lapsele HIV leviku ennetamine

### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et strateegia koostamise ajal on kõigist Eesti rasedatest ligikaudu 0,5% HIV-nakatunud ning HIV-nakatunud emadele sündinud laste seas on HIV levimus 4,8% (2004). Strateegia koostamise ajal on Eestis kõik rasedad naised on alates 12. rasedusnädalast ravikindlustatud ja kõigile naistele tehakse raseduse arvele võtmisel HIV-test.

Emalt lapsele levikuga seotult on HIV strateegias loetletud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- Enam tähelepanu tuleb pöörata süstivatest narkomaanidest rasedatele, kes jõuavad ravisüsteemi liiga hilja ja ei seetõttu hilineb ka profülaktiline (HIV-levikut emalt lapsele ennetav) ravi
- HIV-nakatanud rasedateni teenustega õigel ajal jõudmiseks tuleb rakendada juhtumikorralduslikku lähenemist

### Planeeritud meetmete elluviimine

Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks võetud HIV strateegia tegevusaruanded ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi uuringuaruande mustandile tehtud kommentaarid.

Strateegiline eesmärk 6: Emalt lapsele HIV leviku ennetamine	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE6, M1. Viia läbi esmast ennetustööd (jagada teadmisi inimeste õigustest ja võimalustest pereplaneerimisel ning emalt lapsele nakkuse leviku vältimise alal) ohurühmade naiste ja nende partnerite hulgas.	Analüüsi kaasatud dokumentidest ilmneb, et teavitustöö ja nõustamistegevused toimusid süstlavahetuspunktides ning madala läve keskustes (neid tegevusi on kirjeldatud strateegilise eesmärgi 1 meetmete all), kuid paraku ei ole dokumentidest võimalik leida infot selle kohta, kuivõrd jõuti teenustega rasedateni, sh kuivõrd osutati narkootikume süstivate inimeste seas pereplaneerimise nõustamise teenust.
SE6, M1. Arendada ohurühmadele suunatud teenuseid (sh madala läve keskused vms) ja erinevate asutuste vahelist koostööd, et ohurühmade naistele oleksid võimalikult varakult tagatud tervishoiuteenused.	
SE6, M2. Tagada läbi juhtumikorralduse profülaktiline viirusevastane ravi, imiku toiduseguga toitmine, psühholoogiline ja toitumisalane nõustamine ja sotsiaalprobleemidega tegelemine.	Kogu analüüsitava perioodi vältel on HIV-nakatanud rasedatele pakutud juhtumikorraldusteenust, tagatud ARV profülaktiline ravi (nii raseduse kui sünnituse ajal ning ka sündinud lapsele) ja jagatud imiku toitesegusid. Toitesegusid jagati kuni 2009. aastani kuni lapse 18. elukuuni ning alates 2009. aastast 12. elukuuni, et püsida eelarves ja tagada imikusegud kõigile HIV-nakatanud emadele.
SE6, M3. Tagada erinevate spetsialistide välja- ja täiendõpe vanemalt lapsele HIV-leviku ennetamise ning ohurühmade HIVga seotud diskrimineerimise ja häbimärgistamise vältimiseks.	Perioodile 2007–2011 olid planeeritud koolitused tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna töötajate, kes tegelevad HIV-positiivsete rasedatega, kuid eelarvekärbete tõttu toimusid vaid 2007. aastal.  Perioodile 2008–2011 olid planeeritud supervisioonid tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna töötajatele, kes tegelevad HIV-positiivsete rasedatega, kuid eelarvekärbete tõttu jäid need toimumata.
SE6, M3. Eelnimetatud teemad lülitada tervishoiutöötajate, sotsiaaltöötajate ja tulevaste õpetajate õppekavadesse.	Teemade õppekavadesse lülitamise kohta analüüsi hõlmatud dokumentides kinnitust ei leidunud.
SE6, M3. Välja töötada HIV-testimise ja nõustamise juhendid tervishoiutöötajatele, kes tegelevad reproduktiivtervise alase nõustamisega ning raseduse jälgimisega.	HIV-testimise ja nõustamise juhendid tervishoiutöötajatele valmisid 2008. aastal. Ekspertidelt saadud lisainfo järgi valmis 2016. aasta alguses juhend „HIV infektsiooni perinataalse ülekande profülaktika“.

## *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada olukord, kus kõigile HIV-nakatud rasedatele ja nende lastele on tagatud HIV leviku profülaktika ning HIV levik emalt lapsele on Eestis vähenenud.

Planeeritud meetmete eesmärgiks oli saavutada olukord, kus kõigile HIV-nakatud rasedatele ja nende lastele on tagatud HIV leviku profülaktika ning HIV levik emalt lapsele on Eestis vähenenud. Esimene eesmärk saavutati selles osas, et nii ARV-ravi kui toitesegude kättesaadavus on tagatud kõigile ravisüsteemi jõudnud emadele ja lastele. Uuringumeeskonnale teadaolevalt ei ole Eestis kogutud andmeid selle kohta, kui paljud HIV-nakatud emad ja lapsed ravisüsteemi jõuavad. Sotsiaalministeeriumi HIV strateegiat käsitlevate koosolekute memodest leiab viiteid probleemile, et paljud HIV-nakatud rasedad ei külasta arsti, olenemata meeldetuletustest ja kutsetest. Kuna teada ei ole täpsemat infot, siis ei ole võimalik hinnata, kuivõrd on profülaktika tagatud kõigile.

Rakendatud on juhtumikorraldussüsteem HIV-positiivsete rasedate ja alla 1,5 a. laste ja nende HIV-positiivsete emade terviseseisundi ja ravi järjepidevuse jälgimiseks, ning sotsiaalnõustamise ja psühhosotsiaalse toetuse osutamiseks neile, kes seda vajavad. Juhtumikorraldus on käesoleval hetkel rahastatud programmpõhiselt TAI eelarve kaudu. Uurimismeeskonna hinnangul on juhtumikorraldus osa HIV-positiivsele osutavast tervishoiuteenusest ning peaks sisalduma haigekassa teenuste loetelus. Rasedate seas levimus on püsinud strateegia elluviimise perioodil alla eesmärgiks võetud 1% (välja arvatud aastal 2012, kui näitaja oli 1,1%). Vertikaalsel teel leviku osas võeti eesmärgiks jääda alla 2% ning ka see eesmärk saavutati.

Tervise Arengu Instituut viis 2014. aastal läbi uuringu „HIV-nakkuse emalt-lapsele leviku ennetamine“, mille raames viidi 20 HIVi nakatud naisega Tallinnas läbi süvaintervjuud, et uurida nende kogemusi tervishoiuteenustega enne ja pärast sünnitust. Uuringust selgus, et üldjoontes olid uuringus osalejad teenustega rahul. Väga tänuväärseks peeti tasuta rinnapiimaasendaja jagamist. Peamiste kitsaskohtadena nähti visiiditasu, ARV-ravi pakkumist vaid ühes asukohas ja pikki järjekordi günekoloogi vastuvõtule. Enim tunti puudust nii rasedusaegsest kui -järgsest tasuta psühholoogilisest abist ja rõhutati venekeelse info vähesust. Oluliseks probleemiks kõigi tervishoiuteenuste puhul peeti tervishoiutöötajate halvustavat suhtumist HIVi nakatunutesse. Osade intervjuueeritavate hinnangul oli aga suhtumine ja teadlikkus aastate jooksul paranenud.

Eestis teostatakse kõigile tervishoiusüsteemi jõudnud rasedatele kahel korral HIV-test. WHO soovib nii oma 2011. kui 2014. aasta hindamisraportis Eestil rasedaid testida vaid ühel korral (raseduse arvele võtmisel), sest teistkordne testimine ei ole kulutõhus ja sellest loobumine võimaldaks leida täiendavaid rahalisi vahendeid teiste sihtrühmade testimiseks. (WHO, 2014) Analüüsitud dokumentidest ei õnnestunud leida kinnitust sellele, et soovitatud muudatus oleks Eestis teostatud. Ekspertidelt saadud lisainfo kohaselt otsustas Ravijuhendite nõukoda 2016. aasta alguses, et võtab töösse ravijuhendi „HIV-positiivsete isikute varajane avastamine, ravi ja edasine käsitlus“ koostamise. Ka küsimus HIV-testimisest raseduse ajal leiab seal käsitlust.

Aastatel 2000–2007 olid uued HIVi juhud rasedate naiste seas suures osas alla 24 aasta vanused ning märkimisväärne osakaal neist oli süstinud narkootikumide või kuulus mõnda teise riskirühma (nt NSide seksuaalpartnerid). (TAI jt, 2012) Sellest lähtuvalt on narkootikumide süstivad naised oluline sihtgrupp vertikaalsel teel HIV leviku ennetamiseks, kuid nagu peatükis 2.1 on kirjeldatud, siis ei ole sellele



sihtrühmale strateegia elluviimisel tähelepanu pööratud. Samuti ei ole kogutud andmeid selle kohta, kui paljude rasedateni on süstlavahetusteenuse kaudu jõutud. (TAI jt, 2012)

#### Järeldused

26. HIV-strateegia vertikaalsel teel leviku ennetamise eesmärgid saavutati – HIV-nakatud rasedate osakaal on püsunud alla 1% ja vertikaalsel teel leviku määr alla 2%.
27. Vertikaalsel teel leviku ennetamiseks on oluliseks sihtrühmaks narkootikume süstivad naised, kuid strateegia elluviimisel on see sihtrühm jäänud süsteemse tähelepanuta.
28. WHO on Eestil soovitanud loobuda rasedate teistkordsest HIV-testimisest, kuid seni ei ole sellest Eestis loobutud.

#### Soovitused

14. Soovitame kaaluda spetsiaalsete reproduktiivtervise interventsioonide väljatöötamist narkootikume süstivatele naistele. HIVi nakatud rasedatest märkimisväärne osa on süstinud narkootikume või kuulub mõnda teise riskirühma (nt NSI-de seksuaalpartnerid). Sellest lähtuvalt on narkootikume süstivad naised oluline sihtgrupp vertikaalsel teel HIV leviku ennetamiseks, kuid nagu peatükis 2.1 on kirjeldatud, siis ei ole sellele sihtrühmale strateegia elluviimisel süsteemselt tähelepanu pööratud.
15. Soovitame kaaluda rasedate teistkordsest HIV-testimisest loobumist), sest teistkordne testimine ei ole kulutõhus, mistõttu sellest loobumine võimaldaks leida täiendavaid rahalisi vahendeid teiste sihtrühmade testimiseks.

## 2.6. HIV-testimine ja nõustamine

### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et strateegia koostamise ajal on Eestis hinnanguliselt 10 000 HIV-nakatud inimest, kellest hinnanguliselt 15–50% ei ole oma nakatumisest teadlikud. Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu andmetel ei pidanud 2006. aastal ligi 90% elanikest vajalikuks ennast HIV osas testida ning 54% arvas, et HIV-nakatumise võimalus oli neil välistatud.

Kõige levinumaks HIV-testimise kohaks olid strateegia koostamise ajal anonüümsed AIDSi nõustamiskabinetid, kus registreeritakse ligikaudu kolmandik uutest HIV-nakatumistest. Ekspertidelt saadud lisainfo järgi ei olnud see siiski nii, sest anonüümsetes nõustamiskabinettides testitute hulk moodustas siiski vaid mõne protsendi aasta jooksul testitutest. 2006. aastal oli Eestis kuus aidsi nõustamiskabinetti viies linnas (Tallinnas, Kohtla-Järvel, Narvas, Tartus ja Pärnus). Kuni 24-aastased noored said HIV-testi teha ka noorte nõustamiskeskustes üle Eesti. Strateegiadokumendis mainitakse,

et HIV-testi on võimalik teha ka pere- ja eriarsti juures ning alates 1987. aastast testitakse HIV suhtes ka doonorverd.

HIV-testimisega seotult on strateegias sõnastatud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- Vabatahtliku testimise ja nõustamise teenuse osutamine riskirühmadele tuleb integreerida olemasolevasse kahjude vähendamise teenuste süsteemi.
- HIV testimise- ja nõustamisteenuse laienemisega peab kaasnema juurdepääs integreeritud HIV ennetus-, ravi ja hoolekandeteenustele.
- Suurendada tuleb valmisolekut HIV ja tuberkuloosi kaksikepideemiaks, sest HIV-nakatunud on tuberkuloosile väga vastuvõtlikud.

### Planeeritud meetmed ja nende elluviimine

Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks võetud HIV strateegia tegevusaruanded ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi uuringuaruande mustandile tehtud kommentaarid.

Strateegilised eesmärgid 10 ja 11: HIV-testimine ja nõustamine	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE10, M1. Välja töötada nõustamise ja HIV-testimise juhised, milles on eraldi välja toodud juhised kindlate sihtrühmade hulgas läbi viidavate sõeluuringute jaoks	Aastatel 2007–2008 ja 2011–2012 kaasajastati tervishoiu-töötajatele HIV-testi eelseks ja järgseks nõustamise juhendit, kuid aruannetes on täpsustamata, milliste sihtrühmade lõikes. Ekspertidelt saadud lisainfo kohaselt kaasajastati 2007-2008 anonüümsete kabinetide juhised ja 2011.aastal koostati juhise kogu tervishoiule. Tegevusjuhise rakendamine oli planeeritud perioodile 2009–2010, kuid see ei ole edukalt käivitunud. Juhise rakendamise hindamine on planeeritud teostada 2016. aastal.
SE10, M2. Laiendada kvaliteetse HIV-testimise ja nõustamise teenuse pakkumist tervishoiuasutuste ning ohurühmadele teenuseid pakkuvate asutuste juures	Ohurühmade testimise tegevused on kirjeldatud vastavate sihtrühmade strateegia meetmete all.  Perioodil 2014–2015 alustati perearstikeskustes HIV-testimise ettevalmistamist, mille tarvis koostati vastav juhend 2012. aastal.  2015. aastaks pakkus testimist üksteist anonüümset kabinetti kümnes linnas (Tallinnas, Tartus, Narvas, Kohtla-Järvel, Pärnus ja Tartus, lisaks Paines, Rakveres, Tamsalus, Tapal, Võrus).  Ebaregulaarselt teostati strateegia teavitustöö meetmete raames ka HIV-kiirtestimise avalikke üritusi jms.
SE10, M2. Pakkuda järjepidevalt koolitust tervishoiu- ja sotsiaaltöötajatele ning psühholoogidele kvaliteetse testieelse ja –järgse nõustamise teenuse pakkumiseks	Toimusid tervishoiutöötajate koolitused ja infopäevad erinevates piirkondades, osalusaktiivsus oli kõrge.

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE10, M2. Vähendada teenuse osutajate teadlikkuse tõstmise kaudu (eriti tervishoiuasutustes) HIV-ga seotud negatiivseid hoiakuid ja diskrimineerivat käitumist	Diskrimineerimise ja negatiivsete hoiakute teemaliste koolituste toimumise kohta ei leidunud analüüsitavates dokumentides kinnitust.
SE10, M3. Tagada järjepidevalt võimalikult klientide vajadustest lähtuvalt (lahtiolekuajad) kvaliteetse testimise ja nõustamise teenuse pakkumine olemasolevates keskustes ja kabinettides	Lahtiolekuaegade osas tehtud muudatuste kohta ei õnnestunud leida uuringusse kaasatud dokumentidest kinnitust. Ekspertidelt saadud lisainfo järgi on igal aastal kabinettide lahtiolekuaegu muudetud ja parandatud, et tagada klientidele parem kättesaadavus. Arvestatud on ka teenust pakkuva tervishoiuasutuse lahtiolekuaegade kohta.
SE10, M3. Juurutada regulaarselt meetmeid erinevate HIV-testimise ja nõustamise teenuste kvaliteedikontrolliks	Perioodil 2007–2008 viidi ellu HIV-kiirtestimise hindamise uuring, peale mida alustati kiirtestimisega alates 2008. aastast. Teisi kvaliteedikontrolli tegevusi ei ole uuringusse kaasatud dokumentides kirjeldatud.
SE11, M1. Tõsta doonorite HIV teadlikkust	Perioodil 2008–2009 töötati välja infomaterjalid, mida doonoritele jagati.
SE11, M2. Doonorvere ning ülekantavate doonorelundite ja -kudede ohutuse tagamine retsiipiendile	Teostatud kogu analüüsitava perioodi vältel.

### *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada olukord, kus kõigile soovijatele on tagatud kvaliteetne testimise ja nõustamise teenus ning tänu sellele on HIV testimise ja nõustamise teenuse kättesaadavus suurenenud. Samuti sooviti tagada doonorvere ja ülekantavate doonorelundite ja -kudede ohutus retsiipientidele.

Strateegiadokumendis on välja toodud ühe prioriteedina vabatahtliku HIV-testimise ja nõustamise integreerimine olemasolevasse kahjude vähendamise teenuste süsteemi. Kuigi narkootikume süstivate inimeste seas läbi viidud uuringud näitavad, et alates 2009. aastast on oluliselt kasvanud nende narkootikume süstivate inimeste osakaal, kes on teadlikud oma HIV-staatusest, siis ei ole peamiseks HIV-testi tegemise kohaks kahjude vähendamise teenuse osutajad. Seda takistab kehtiv seadusandlus, mis piirab HIV-testimise pakkumist madala läve keskustes ja süstlavahetuspunktides ja analüüsi kaasatud dokumentidest ei leidnud kinnitust, et seadusandlust oleks selles osas muudetud. (WHO, 2011) Seega ei ole soovitud eesmärki saavutatud. Samas tasub kaaluda, kas sellise eesmärgi seadmine on vajalik, sest sihtrühmas on HIV-testimise näitajad paranenud ka ilma selleta. Narvas on narkootikume süstivate inimeste seas teadlikkus oma HIV-diagnoosist paranenud 76% -> 93% (2010 -> 2014), samuti Tallinnas 63% -> 88% (2007 -> 2013) ja Kohtla-Järvel 67% -> 84% (2007 -> 2012). Üldine HIV-testimise aktiivsus on Kohtla-Järvel paranenud 37% -> 50% (2007 -> 2012), Tallinnas püsunud 57% (2007 -> 2013) ja Narvas tõusnud 41% -> 68% (2010 -> 2014). (Lõhmus jt, 2008; Lõhmus jt, 2011; TAI jt 2016; Vorobjov 2014A; Vorobjov 2014B; Vorobjov JT 2015)

Teistes riskirühmades on HIV-testimise näitajad paranenud nii prostitutsiooni kaasatute, meestega seksivate meeste kui kinnipeetavate seas (vt peatükid 2.3 ja 2.4), kuigi prostitutsiooni kaasatute näitajates on 2015. aasta andmetes näha mõningast langustrendi.

Üldine HIV-testimise tase elanikkonnas on aastatega tõusnud ja 2015. aastal uuriti HIV-nakkuse suhtes ligi 159 000 inimest ehk 12% elanikkonnast. Näitaja on viimase 15 aasta jooksul kahekordistunud. Ka Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu on viimase aasta jooksul end HIV suhtes testinud 13% vastajatest. Eesti HIV-testimise juhis soovitab Ida-Virumaal ja Tallinnas testida kõiki 16–49-aastaseid – viimase aasta jooksul oli HIV-testi teinud 22%, Ida-Virumaa ja 21% Tallinna vastajatest.

Noorte (14–29-aastaste) seas on teadlikkus erinevatest HIV-testi tegemise võimalustest oluliselt paranenud ja suurenenud on ka HIV-testi teinud noorte hulk: 19–24-aastastest on ennast elu jooksul HIV suhtes testinud 39% (sh viimase aasta jooksul 19%) ning 25–29-aastastest 59% (sh viimase aasta jooksul 22%). HIV-testi teinud noori on kõige rohkem Ida-Virumaal: 14–18-aastastest 20% (Harjumaal 5%) ja 19–29-aastastest 61% (Harjumaal 48%).

*“It is extremely rare for a European general population to be at risk, it is usually very specific people who are at risk. So I would first need to identify those through a behaviour survey and then make sure that every opportunity to screen them is taken.”*

Kuigi HIV-testimise näitajad on kõigis elanikkonnarühmades paranenud, on oluliseks probleemiks HIV hiline diagnoosimine – märkimisväärne osa nakatunutest diagnoositakse juba väljakujunenud immuunpuudulikkuse staadiumis. (TAI, 2013)

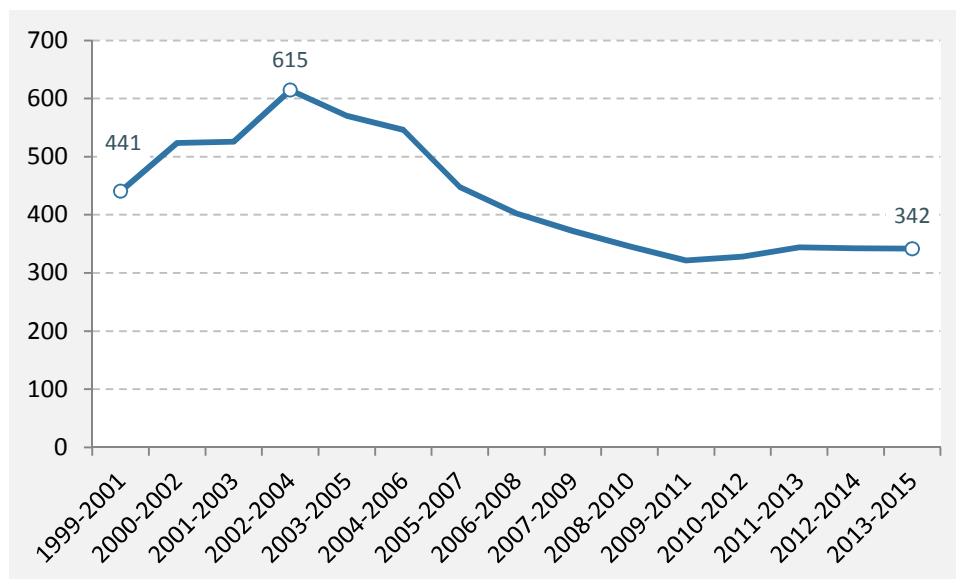
*„Me näeme juhtumeid, kus inimene on käinud ka mitu tervishoiuasutust läbi, tal on riskikäitumise näidustus, tal on kliiniline näidustus ja mitte keegi pole selle peale tulnud, et HIV-testi teha ja siis on full blown AIDS nagu öeldakse.“*

*„Vaatame sellest vaatevinklist, et epideemiat saab peatada ainult siis, kui sa leiad kõik juhud üles ja nakatumise ahela ära katkestad. Ja üles leidmine on testimine ja katkestamine on nende ravile panek.“*

*„Kui tahame, et uusi juhte tuleks vähem, siis eesmärk peab olema kõik maksimaalselt üles leida, ravile panna kohe ja hoida need, kes on ravi peal, maksimaalselt supresseeritud viirusega“*

*“The earlier the ART starts, the better the long-term outcome. But also from a public health point of view treatment as prevention has proven without any doubt to be the most effective of all the prevention strategies, beating even condoms. So when you combine with condoms you have almost, almost full protection.”*

Seega tuleks tulevikus teha pingutusi HIV varasemaks avastamiseks. (WHO, 2011) Eesti HIV-positiivsete patsientide andmekogu andmed näitavad, et aastate jooksul on eriarsti juures arvele võetud patsientide seas HIV-diagnoosimise hetkel CD4-rakkude keskmine väärtus langenud, mis kinnitab hilise diagnoosimise sagenemist (joonis 1).



**JOONIS 1.** CD4-RAKKUDE KESKMINE VÄÄRTUS HIV-DIAGNOOSIMISE HETKEL, 1999–2015 (KOLME AASTA LIBISEV KESKMINE). ALLIKAS: EESTI HIV-POSITIIVSETE PATSIENTIDE ANDMEKOOGU

Samuti on probleemiks HIV-testimise ja ravile suunamise juhendi vähene rakendamine tervishoiusüsteemis. (TAI, 2013) Selle üheks põhjuseks võib olla asjaolu, et enamik pere- ja erialaarste ning õdesid ei ole antud HIV-testimise ja nõustamise osutamise koolitusel kunagi osalenud ning HIV-testi tegemine ei sisaldu perearstide tulemustasusüsteemis. (TAI, 2013) Intervjueeritav eksperdid rõhutavad:

*„Peame ennekõike töötama nagu sellega, et erinevatel tasemetel spetsialistid ja tervishoiu teenuste korraldajad võtaksid omaks, et see on ka osa nagu nende vastutusest.“*

*“The healthcare workers tend to think that if a patient wants treatment, he comes to my clinic, if he doesn't, he stays away. That is the general attitude. It is the wrong attitude for HIV, and it is definitely the wrong attitude for injecting drug people. /---/ In some cases, like TB or HIV, have to go out for the patient - not only for the sake of the patient but for the society. And the injecting drug users as well, you have to go out to reach them, you cannot just wait for them to come to the clinic or to the methadone centre”*

*„Tervisesüsteem tervikuna ja tervishoiu teenuse osutajad ei ole siiski võtnud HIV teemat omaks, ehk et seda eristatakse. Teiste diagnooside puhul ei teki seda tunnet, et riik peaks rahastama eraldi ja mingite skeemide kohaselt, aga HIV puhul seda on.“*

*„Täna meil siiski näiteks perearsti tase ei testi piisavalt. Ent HIV test peaks olema täiesti tavaline osa tervishoiuteenusest, mida tervishoiutöötajad aktiivselt pakuvad oma patsientidele“*

*„Kuna HIV kiirtesti täna eraldi ei ole Haigekassa hinnakirjas, siis kes ja kuidas selle eest maksab ja kes neid ostab ja ühesõnaga hästi palju tehnilisi küsimusi“*

Aastate jooksul on kasvanud HIV-kiirtestide kasutamine - AIDSi nõustamiskabinettides on umbes pooled testidest kiirtestid. Pop-up testimistelkide aktsioonid avalikus ruumis on olnud heaks

mooduseks kiirtestide propageerimisel, kuid ECDC hinnangul ei ole see nakatunute leidmiseks kulutõhus lähenemine. Selle asemel võiks kiirteste enam kasutada riskirühmade testimisel ja positiivse tulemuse korral koheselt ravile suunamisel. (ECDC, 2010) Testimiselt otse ravile suunamine aitab lahendada ka probleemi, et paljud positiivse testitulemuse saanud inimesed ei jõua edaspidi tervishoiusüsteemi ja õigel ajal ravile. Selleks tuleb aga parandada HIV-testiga kaasneva nõustamise kvaliteet ja luua süsteemid, mis võimaldavad HIV-nakkuse varakult avastada ning õigeaegselt alustada ARV-ravi. (TAI, 2013) Vastavalt HIV-testimise juhendile<sup>6</sup> tuleb Harjumaal ja Ida-Virumaal HIV-test teha kõigile 16–49-aastastele patsientidele, kes on sattunud statsionaari ning ambulatoorsel esmakülastusel ja edaspidi vastavalt indikaatorhaigustele Intervjueeritud ekspertide hinnangul on siin veel tublisti arenguruumi.

*„See, kes saab positiivse testi, et see ka kindlasti tagaks selle, et see inimene jõuab ravi juurde. Et nad kindlasti sõna otseses mõttes käekõrval toodaks, et nad kaotsi ei läheks.“*

*„Sest et kui riskirühmadele suunatud meetmetega ja HIV testimisega me püüame inimesed kinni nii-öelda ja siis on oluline, et kui nad on käes, et siis nad kohe saaksid ka ravi. Ja see eeldab, et meie tervishoiu süsteemi võimekus peab kasvama lähiaastatel.“*

Et HIV-testimisest saaks osa igapäevasest esmatasandi tervishoiuteenusest, selleks alustati perioodil 2014–2015 perearstikeskustes HIV-testimise ettevalmistamist ja varasematel aastatel on käivitunud ka HIV-testimine erakorralise meditsiini osakondades (EMO), ehkki intervjueeritud ekspertide sõnul teostatakse testimist EMO-des siiski vaid vähesel määral

*“What other countries have found very successful, like the United States, they have decided which age group is important and everyone in that age group who end up in a hospital casualty department is screened automatically. So again this is an opt-out. That is as close to population screening as you could, but it is targeted population, it is not everyone who goes to the casualty.”*

Tõstmaks esmatasandi teadlikkust HIV-nakkusest ning leidmaks võimalikult palju nakatunuid, kes oma nakkusest teadlikud ei ole, on Eesti Perearstide Seltsi eestvedamisel valminud juhend „HIV masstestimise juhend perearstikeskustele Ida-Virumaal ja Harjumaal“. Juhend põhineb 2012. aastal väljatöötatud HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise juhendile. 2015. aastal viidi Järveotsa Perearstikeskuses vastavalt masstestimise juhisele läbi HIV-testimise pilootuuring, mille käigus testiti üle 600 patsiendi. Pilootprojekti käigus ei tuvastatud ühtegi HIV-positiivset juhtumit. Koostöös Ida-Virumaa perearstidega on 2016. aastal plaanis läbi viia HIV-testimise pilootprojekt, mille käigus testitakse kõiki projektis osalevate perearstinimistute 16–59-aastaseid patsiente. Tänapäevaks on perearstid näidanud valmisolekut alustada HIV testimist suuremas ulatuses ning testida indikaatorhaigustega ning riskirühma kuuluvaid patsiente. MTÜ Eesti Perearstide selts on esitanud Eesti Haigekassale taotluse HIV kiirtesti ning HIV nõustamise masstestimise korral lisamiseks tervishoiu teenuste loetelusse. Praegu on Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus vaid HIV antigeeni ja/või antikehade määramine veeniverest (kood 66719).

Kasutamata ressurss on HIV testimise rakendamine töötervishoiu tervisekontrollide süsteemis. Skoobi laiendamiseks võiks seda võimalust kaaluda kuna töötervishoidu külastavad inimesed, kes muidu

<sup>6</sup> <http://ravijuhend.ee/juhendid/tegevusjuhendid/63/HIV-nakkuse-testimise-ja-HIV-positiivsete-isikute-ravile-suunamise-tegevusjuhend>

perearsti juurde ei pruugi sattuda. Vastavalt töötervishoiu ja tööohutuse seasusele tuleb uus töötaja saata tervisekontrolli ühe kuu jooksul peale töölevõtmist ning perioodilist tervisekontrolli korraldada vähemalt üks kord kolme aasta jooksul. Töötervishoius on võimalik samuti suunatult testida tuvastades eelnevalt inimese riskirühma kuuluvuse või HIV indikaatorhaiguste esinemise. Kui töötaja tervisekontrolli viiakse üldiselt läbi tööandja kulul, siis HIV testi maksumus peaks olema hüvitatud teenuseosutajale vastavalt haigekassa hinnakirjale.

Seksuaalsel teel leviku suurenemise kontekstis võiks Eestis välja töötada ka kontaktsete väljaselgitamise ja partnerite teavitamise süsteemid, mis võimaldavad sihistatumalt ja kulutõhusamalt leida üles oma diagnoosi mitte-teadvad HIV-nakatunud.

*„Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus ütleb nii, et arst kes diagnoosib nakkuse, on kohustatud tema kontaktseid teavitama nakkusest ja kontaktseid ka uurima. Meil puudub see vahelüli, kes tegeleb kontaktsetega. Aga see, et neid üles otsida, kui ikka patsient seda ise ei tee – no sellist jõudu ei ole Eestis ühelgi erialal, kes nakkusega kokku puutub.“*

#### Järeldused

29. Enamikes riskirühmades ja üldelanikkonnas on HIV-testimise määrad paranenud.
30. Probleemiks on HIV hilises staadiumis diagnoosimine.
31. HIV-testimise ja ravile suunamise juhised valmis 2012. aastal, kuid ei ole siiani tervishoiusüsteemis edukalt rakendunud. 2016.aastal on positiivseks muutuseks, et perearstid on näidanud valmisolekut rakendada HIV testimine oma igapäevatöösse.
32. Paljud positiivse HIV-testi tulemuse saanud inimesed ei jõua edaspidi tervishoiusüsteemi.
33. Seni kasutamata ressursid HIV-nakkuse tuvastamiseks on töötervishoiu süsteem.

### Soovitused

16. Soovitame jätkata tööd perearstide- ja õdede teadlikkuse ja võimekuse tõstmisega HIV-nakkuse varaseks avastamiseks, sh teha pingutusi selle nimel, et HIV-testimise ja ravile suunamise juhised leiaks perearstipraktistes igapäevast rakendamist. Vastavate tegevuste planeerimiseks soovitame jälgida HIV-testimise ja ravile suunamise juhendi täitmist perearstipraktistes. Soovitavalt peaks perearstipraktistes leidma aset ka riskirühmade tuvastamine ning nende nõustamine HIV ennetuse osas.
17. Soovitame edendada HIV-nakkuse suunatud testimist tuvastatud riskikäitumisega inimestel tervishoiu süsteemis ning ka eriarstide vastuvõttudel (naistearstid, meestearstid, nahaarstid jne). HIV testi ja nõustamise maksumus peaks olema kompenseeritud tervishoiuteenuse osutajale haigekassa hinnakirja alusel.
18. Soovitame kiirtestimisi viia läbi pigem kitsamates riskirühmades (narkootikumide süstivad inimesed, prostitutsiooni kaasatud, meestega seksivad mehed) kui üldelanikkonnas, et kasutada testimisressursse sihistatumalt.
19. Soovitame vastavalt WHO juhisteid välja arendada ja ellu rakendada nn „*test-and-treat*“ teenusemudelid, mis suunavad kohaselt peale HIV-testi positiivseks osutumist edasi tervishoiusüsteemi. Selline lähenemine on vajalik, sest paljud positiivse HIV-testi tulemuse saanud inimesed ei jõua edaspidi tervishoiusüsteemi. Selline lähenemine on ka vajalik ennetuse seisukohalt.
20. Soovitame kaaluda võimalust Eestis välja arendada ja ellu rakendada HIV-nakatunud kontaktsete väljaselgitamise ja seksuaalpartnerite teavitamise süsteemid, mis võimaldavad sihistatumalt ja kulutõhusamalt leida üles oma diagnoosi mitte-teadvad HIV-nakatunud.

## 2.7. HIV ja AIDSi elavate inimeste elukvaliteet

### *Olukorra kirjeldus*

Strateegia dokumendis tuuakse välja, et strateegia koostamise ajal sai Eestis antiretroviirusravi (ARV-ravi) ligikaudu 100 inimest. Infektsionisti teenus oli kättesaadav 5 linnas (Tallinnas, Kohtla-Järvel, Narvas, Tartus ja Pärnus), ARV-ravi pakkusid 4 haiglat (Lääne-Tallinna Keskhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Ida-Viru Keskhaigla ja Narva Haigla) ja ravi oli kõigile nakatunutele tasuta. Ravikindlustamata HIV-nakatunute tervishoiuteenuseid rahastas perioodil 2003–2007 GF programm. 2003. aastal oli välja töötatud ka HIV-infektsiooni diagnostika ja ravi juhised. Esimesed HIV-nakatunute tugirühmad loodi Eestis 1993. aastal ja strateegia koostamise ajal oli tugirühmade tegevustesse hõlmatud ligikaudu 400 nakatunut, mis moodustas ligikaudu 10% kõigist nakatunust Eestis. Nakatunute elukvaliteediga seotult on strateegias sõnastatud järgmised lahendamist vajavad probleemid:

- Ravikindlustuseta HIV-nakatunutele ei ole tervishoiuteenused kättesaadavad, mistõttu ei pöördu nad peale diagnoosi teada saamist arsti juurde ja see raskendab õigeaegse ARV-ravi rakendamist



- ravile jõutakse liiga hilja. Õigeaegse ravi hilinemise korral vajab nakatunu aga rohkem ja kallimaid tervishoiuteenuseid.
- Eestis puudub ülevaade tegelikust HIV-ga seotud tervishoiuteenuse vajajate arvust.
- Kaksik- (HIV + tuberkuloos) ja kolmikdiagnooside (HIV + Tuberkuloos + C-hepatiit) ennetamise ja ravi tegevusi tuleb laiendada.
- Vähendada tuleb ravi katkestamisi.

### Planeeritud meetmete elluviimine

Elluviidud tegevuste kirjeldamisel on aluseks võetud HIV strateegia tegevusaruanded ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi uuringuaruande mustandile tehtud kommentaarid.

Strateegiline eesmärk 12: HIV ja AIDSiga elavate inimeste elukvaliteet	
Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE12, M1. Rakendada HIV ja AIDSiga inimeste vajadustest lähtuvalt juhtumikorralduslikul ja võrgustikutööl põhinevat ennetus-, tervishoiu- ja hoolekandeteenuste süsteemi	Kogu analüüsitava perioodi vältel on HIV-nakatunutele rakendatud juhtumikorraldustööd. Juhtumikorralduse meeskond koosneb meditsiiniõest, sotsiaaltöötajast ja psühholoogist.
SE12, M1. Võimaldada HIV ja AIDSiga inimestele psühholoogilise, sotsiaalnõustamise ja hoole-kande teenuste kättesaadavus ja inimõiguste kaitse	Kuni 2011. aastani korraldati juhtumikorralduse põhimõtete koolitusi, kuid edasiste aastate kohta analüüsitavates dokumentides info puudub.
SE12, M1. Laiendada ning arendada HIV-nakatunutele suunatud teenuste võrku (toitumisalane, psühholoogiline, juriidiline nõustamine, HIV testimine ja nõustamine, koduhooldus, palliatiivne ravi jne)	Alates 2010. aastast alustati HIV-nakatunutele ESF programmi raames pakkuma psühholoogilist ja sotsiaalnõustamist.  Muude meetmes kirjeldatud HIV-nakatunutele suunatud teenuste lisandumise kohta analüüsi haaratud dokumentidest kinnitust ei leia.
SE12, M2. Tagada kõigile HIV-nakatunutele tervises seisundi jälgimise, vajadusel ARV ja HIV-infektsiooniga seonduvate haiguste ravi kättesaadavus ja kvaliteet (sh vajadusel ravimiresistentsuse testimine)	Kogu analüüsitava perioodi vältel toimus nimetatud teenuste osutamine.  2011. aastal loodi HIV ravikonsiilium, mille eesmärgiks on HIV leviku ja ravimiresistentsuse kujunemise vältimine, ühtse kvaliteediga ravi tagamine ning raviskeemidest ja ravijuhistest tulenevate põhimõtete tagamine kõigis ARV-ravimeid väljastavates ravikeskustes.
SE12, M2. Töötada välja mitmeaastane kogu Eestit hõlmav ARV ja HIV-infektsiooniga seonduvate haiguste ravi vajaduse plaan ja korraldada kvaliteetse HIV/AIDSiga seotud ravimite muude vahendite hankimine soodsaima hinnaga	Vajaduste plaani koostamise kohta analüüsi haaratud dokumentidest kinnitust ei leidnud. Dokumentides mainiti  ARV-ravimite hankimist ja toodi välja hankimisele kulunud summad, kuid ravimite kvaliteedi ja soodsaima hinna aspekti ei käsitletud.

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Planeeritud meede	Ellu viidud tegevused
SE12, M2. Konfidentsiaalne HIV/AIDS raviregistri loomine	Meede lisandus HIV strateegiasse 2008. aastal. Eesti HIV-positiivsete patsientide andmekogu (E-HIV) loodi 2009.aastal Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi poolt. Andmekogu esindajate sõnul on Sotsiaalministeerium andmekogu tegevust ajavahemikul 2011 - 2015 rahaliselt toetanud 5,3 % ulatuses andmekogu kogukuludest. 2016 aastal algas andmekogu riiklikustamise protsess. 2016. aasta seisuga on andmekogus infektsionisti külastanud umbes 6000 patsiendist 4686 isiku andmed. Andmed on sisestatud patsientide informeeritud nõusoleku alusel.
SE12, M3. Töötada välja tegevusjuhendid HIV ja tuberkuloosiga seotud sõeluuringuteks ja ravijuhendid HIV-nakatanud tuberkuloosiga patsientide käsitlemiseks	<p>Strateegia aruannetes on 2007. aastal mainitud, et ravijuhendite uuendamiseks puudub vajadus ja järgnevatel aastatel ravijuhendit ei koostata. Perioodil 2014–2015 töötati välja kolmikdiagnoosiga (HIV, tuberkuloos, sõltuvus) patsientide terviseseisundi jälgimise ja ravi kontseptsioon ja asuti teenuse osutamist ette valmistama.</p> <p>2007. aastal valmis juhendmaterjal „Tuberkuloositõrje ja HIV-ennetusprogrammide koostöö“.</p> <p>Perioodil 2007–2008 piloteeriti MTÜ Convictuses HIV ja tuberkuloosi tugiisiku teenuse kasutusvõimalusi, kuid analüüsi kaasatud dokumentides ei ole kirjeldatud piloteerimise tulemusi ja jätkutegevusi.</p> <p>Analüüsi hõlmatud dokumentide kohaselt on alates 2013. aastast teostatud riskirühmades (sh HIV-nakatanud) regulaarset tuberkuloosi skriiningut.</p>
SE12, M3. Koolitada HIV-nakatanuid omasugustele nõustamis- ja tugiteenuste pakkumiseks.	Tugiisikutele/kogemusnõustajatele planeeritud koolitused toimusid 2007.–2009. ja 2011. aastal ning supervisioonid 2008. ja 2011. aastal.
SE12, M3. Soodustada HIV-nakatanutele suunatud tugi- ja eneseabigruppide loomist.	<p>Nakatanute ja nende lähedaste nõustamised toimusid alates 2010. aastast, kuid nõustatute arv langes iga aastaga.</p> <p>Tugirühmade tegevused toimusid perioodil 2007–2011 ja selle perioodi jooksul kasvas gruppide liikmete arv 280-lt ligi 400-ni. Alates 2012. aastast tegevuste jätkumise kohta analüüsitavates dokumentides info puudub.</p>
SE12, M4. HIV-nakatanutele teenuseid osutavate spetsialistide (tervishoiutöötajad, sotsiaaltöötajad, psühholoogid, toitumisspetsialistid jne) HIV-spetsiifilisi koolitused, täiendõpe ja supervisioon	<p>Spetsialistidele planeeritud koolitused toimusid ebaregulaarselt ja mitmetel aastatel jäid koolitused ära. Supervisioon toimus vaid aastal 2007, perioodile 2008–2011 planeeritud supervisioonid jäid ära.</p> <p>ESF vahenditest plaaniti luua spetsialistidele suhtlemiseks internetifoorum, kuid analüüsi kaasatud dokumentidest ei ilmne, kas foorum loodi.</p>
SE12, M4. Integreerida HIV teema tulevaste tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate õppekavadesse	Analüüsi kaasatud dokumentides ei leia kinnitust, et õppekavadesse HIV-teema integreerimine oleks toimunud.

## *Hinnang planeeritud ja ellu viidud meetmete eesmärgipärasusele ja tulemuslikkusele*

Eelnevalt loetletud meetmete elluviimisega sooviti saavutada olukord, kus psühholoogilise ja sotsiaalnõustamise ning tervishoiu- ja hoolekandeteenustega hõlmatud HIV-nakatunute osakaal on suurenenud ja seeläbi on HIV-nakatunute elukvaliteet paranenud.

ARV-ravi saajate arv on kogu strateegia elluviimise aja jooksul kasvanud. Kui 2004. aastal oli ravil 100 nakatunut, siis 2015. aastal 3494 inimest, igal aastal on lisandunud mitusada uut patsienti. Samas on ravi saajate arvud olnud läbivalt väiksemad kui strateegia rakendusplaanides planeeritud. Täpset raviga hõlmatuse määra ei ole võimalik arvutada, kuna puudub täpne ülevaade, kui palju HIV-nakatunuid Eestis täna elab. Tinglikult saab aluseks võtta HIV esmashaigestumise näitajad, mille kohaselt on Eestis HIV diagnoositud ligikaudu 9000 inimesel, mille kohaselt on **ARV hõlmatuse määr ligikaudu 30% ja tõusnud iga aastaga.**

Tervise Arengu Instituudi hinnangul võib ravisaajate madala hõlmatuse määra põhjustada mitu tegurit: HIV hiline diagnoosimine, peale diagnoosimist ei pöördata kohe infektsionisti poole, nakatunud ei soovi ravi alustada või katkestavad ravi. Samuti võib ravi alustamist takistada suhteliselt kõrge tervishoiuteenustele saamise lävi – osadel nakatunutel (eelkõige narkootikume süstivatel inimestel) puudub ravikindlustus, kõigile ei ole taskukohane maksta visiititasusid ning tervishoiusüsteemis orienteerumine on nende jaoks keeruline. Narkootikume süstivate inimeste seas ei ole paljudel ka piisavalt usaldust tervishoiutöötajate suhtes ja vastupidi. Kõik need tegurid aga vähendavad inimese motivatsiooni ravile pöördumiseks ja raviga jätkamiseks, mistõttu on nakatunute infektsionisti külastamise näitajad murettekitavad – liialt palju on patsiente, kelle arsti visiitide vahele võib jääda isegi mitmeid aastaid. (TAI, 2013)

2013. aastal HIV nakatunute seas läbi viidud uuringust selgus, et ligi pooled uuritustest on infektsionisti vastuvõtule jõudnud ühe kuu jooksul peale HIV-diagnoosi saamist, kuid **keskmiselt jõuab patsient esimesele vastuvõtule 16,3 kuud pärast**, sh narkootikumide süstimise teel nakatunutel võtab arstini jõudmine üle kahe korra rohkem aega (21 kuud) kui seksuaalse teel viiruse saanud patsientidel (10 kuud). (Lõhmus jt 2014) Tegemist on 2012. aasta andmetega ja hilisemate aastate kohta andmed puuduvad. Analüüsi kaasatud ekspertide sõnul on viimastel aastatel olukord paranenud ja 2012. aasta andmed ei kirjelda tänast olukorda adekvaatselt.

Narkootikume süstivate inimeste ravisoostumust aitaks tõsta parem ligipääs metadoon-asendusravile, kuid kuna selle teenuse võimalused ei ole piisavad, mõjutab see ka ARV-ravi soostumust ja soodustab ravi katkestamist. (WHO, 2011) **Olukorra parandamiseks tuleks välja arendada nn one-stop teenuseosutamise mudelil teenuseid, kus riskirühmadele pakutakse kõiki vajalikke teenuseid ühes kohas.** Seda soovitab Eestile ka ECDC, kelle hinnangul on uute teenuse arendamine alguses küll väga kulukas, kuid pikemas perspektiivis on see ühiskonnale soodsam, sest tagab narkootikume süstivate inimeste õieaegse ja eduka ravi. (ECDC, 2010; TAI, 2013) WHO hinnangul saab eeskujuks võtta Lääne-Tallinna Keskhaigla Nakkuskeskuse, kus pakutakse HIViga seotud tervishoiuteenuseid ja opioidasendusravi, ning patsiente nõustavad Eesti HIV-Positiivsete Võrgustiku vabatahtlikud (et toetada ravi alustajaid ja parandada ravisoostumust) ja Ida-Viru Keskhaigla, kus TB ja HIViga seotud tervishoiuteenuseid ja opioidasendusravi pakutakse samas osakonnas. (WHO, 2011) Riigi teistes piirkondades soovitatakse rakendada Lääne-Tallinna keskhaigla kogemust opioid-asendusravi programmiga, milles kasutati ARV-ravimite manustamist otsese kontrolli all. (WHO, 2014)

*“The main issue is with the drug users, is not the question of just finding them, it is the question of finding them and in the same time (in the same room) start treatment and ask where can I find you the next week to give you the next load of pills. If you wait them to come to your clinic, it is a waste of time.”*

*„Nüüd on esimest aastat Lääne-Tallinna Keskhaiglas ka kogemusnõustaja ja see kohe nagu muudab pilti, kui sa ei tegele ainult kliinilise tööga, vaid nagu tegeled inimese probleemidega tervikuna, pakud talle mingeid lahendusi, et siis oluliselt tõuseb ka HIV ravi tulemuslikkus.“*

*„HIV ravil olevate inimeste hulk on kasvanud aastatega, aga on inimesi, kes ei tule selle raviga toime. Ja neile on vaja sellist nagu psühho-sotsiaalset tuge, et siin nagu puhtalt arstitööst ei piisa, selleks, et neid ravil käima motiveerida.“*

*„Kui inimesed mõistaks lõpuni, mida see ravi endast kujutab, tähendab, millised tõesti võivad olla kõrvaltoimed ja nii edasi, siis me suudaksime võib-olla mõne ravi katkestused ära hoida.“*

*„Selleks, et [HIV-nakatunu] HIV ravi soostumus oleks võimalikult hea, peaksime me tegelema ka tema sõltuvuse raviga. Täna tervishoiuasutused ei näe, et see on nii-öelda tavatervishoiuteenus – sellele on omistatud mingi täiesti eristaatus. See, et suured tervishoiu teenuse osutajad saaks aru, et see on osa igapäevatööst, et seda suhtumist veel napib.“*

*„Eestis on ju tervishoiuteenuste osutamine on ju äri sisuliselt. Meil ei ole võimalik riigi poolt anda korraldus ja öelda, et sina teed nüüd nii palju. See ongi selline pikk läbirääkimiste protsess ja paraku on olnud nende kokkulepete saavutamise tõesti aeganõudev“*

*„Meie tervishoiutöötajatel ei ole alati aega ja oskusi nagu seletada põhjalikumalt-laiemalt, et mida HIV ravi ja elu HIV-iga endast kujutab, et see on see, et kus peaksid tulema sotsiaaltöötajad-psühholoogid-kogemusnõustajad ka appi, et seda tervishoiutöötajate puudust ja ajaressursipuudust leevendada.“*

**Kuigi aastate jooksul on ARV-ravi saajate arv oluliselt kasvanud, on aina tõsisemaks probleemiks kujunenud ravi katkestamine.** Eesti HIV-positiivsete patsientide andmekogu andmete kohaselt on kõige levinumaks ravi katkestamise põhjuseks (25% juhtudest) asjaolu, et patsiendiga kaob kontakt. 12% katkestasid ravi ravimite kõrvaltoimete tõttu ja 9% juhtudest katkes ravi patsiendi surma tõttu. **WHO soovib Eestil nakatunute ravi tõhusamaks jälgimiseks ja teenustele suunamiseks kaasata enam esmastasandi tervishoidu (eelkõige perearste) ning tagada, et kõik nakatunud saaksid neile vajalikke tervishoiuteenuseid, olenemata ravikindlustuse olemasolust.** Samuti soovib WHO kaaluda HIVi nakatunute vabastamist infektsionisti vastuvõtu visiiditasust. (WHO, 2011)

*„HIV-positiivsete hulgas on väga hinnanguliselt kuni 30% kindlustamata inimesi ja kindlustamata inimestele ei ole kõik teenused nii kättesaadavad kui kindlustatutele. Toome näiteks C-hepatiidi, mille ravi on väga kallis, aga hea ravi on väga efektiivne tänapäeval, siis seda ju kindlustamatutele ei saa. See on nakkav haigus ja ta levib edasi. Selle pärast oleks ta vaja välja ravida. Aga ei saa, sest nad on kindlustamata.“*

Sotsiaalministeeriumi HIV strateegiat käsitlevates memodes ja Tervise Arengu Instituudi HIV olukorra raportites on välja toodud **vajadus riiklikul tasemel kiiresti muuta töövõimetus hüvitiste maksmise korda** ehk edaspidi mitte pidada HIV-d diagnoosiks, mis vähendab inimese töövõimet. HIV nakatunuid ravivad infektsionistid on täheldanud patsientide seas ARV-ravist keeldumist või katkestamist, et tervisenäitajad ei paraneks ja säiliks õigus saada töövõimetus hüvitist. (TAI, 2013) Ekspertide sõnul on töövõime reformi elluviimisega see samm ette võetud.

*„Meil on väga kõrge HIV ravi katkestamise määr, mis on suuresti seotud sellega, et meil on väga palju HIV-positiivseid sõltlasi, kelle elustiil erineb oluliselt mittesõltlase omast, kelle jaoks on vaja väga palju selliseid toetavaid-suunavaid meetmeid ja vot siin me ei ole kaugeltki kõike veel rakendanud“*

ARV-ravi kvaliteeti Eestis hindab WHO 2011. aastal heaks, kuigi probleemina tuuakse välja nõrka ravi tulemuste, katkestamise põhjuste, nakatunute kliiniliste andmete ja ravimiresistentsuse monitoorimise süsteemi. (WHO, 2011) Tänapäevaks on **olukord paranenud, kuna käivitunud on Eesti HIV-positiivsete patsientide andmekogu** töö, mis kõiki eelnevalt mainitud näitajaid monitoorib ja võimaldab analüüsida. Ravi kvaliteedi parandamise osas on **oluliseks edasiarenguks ka HIV ravikonsiiliumi käivitamine** 2011. aastal. Konsiiliumi töö eesmärgiks on HIV-infektsiooni leviku ja viiruse resistentsuse kujunemise vältimine, ühtse kvaliteediga ravi tagamine ning ratsionaalse ja kokkulepitud raviskeemidest tulenevate põhimõtete tagamine kõigis antiretroviirus ravimeid väljastavates ravikeskustes. (TAI, 2013) Samas puudub Eestis uuendatud ravijuhend, olemasolev pärineb 2003. aastast.

Eraldiseisva teemana tuleb välja veel tuua kaksikdiagnoosiga (HIV ja tuberkuloos) inimeste ravi. WHO hinnangul on Eestis üldiselt HIV/TB ravi küll heal tasemel, kuid probleemiks on hiline avastamine – suur osakaal tuberkuloosi (TB) nakatumisi HIV-nakatunute (sh narkootikumide süstivate inimeste) seas liiga hilja, mistõttu Eestis jätkuvalt inimesed surevad tuberkuloosi. (WHO, 2011)

*„HIV ravi tuleb ikkagi rohkem integreerida teiste teenustega, nii kus on põhjendatud sõltuvusraviga, kus on põhjendatud tuberkuloosiraviga.“*

Lisaks ARV-ravile oli HIV strateegias seatud eesmärgiks psühholoogilise ja sotsiaalnoustamise ning teiste tervishoiu- ja hoolekandeteenustega hõlmatus suurendamine HIV-nakatunute seas. 2012. aastaks olid Eestis kolmes suuremas nakkushaiguste ambulatoorses osakonnas (Tallinnas, Narvas ja Kohtla-Järvel) loodud õdedest, sotsiaaltöötajatest ja psühholoogidest koosnevad meeskonnad, mis keskendusid HIViga inimeste probleemide lahendamisele nii tervisealase kui sotsiaalnoustamise teel. (TAI, 2013)

**Eesti HIVi nakatunute uuringu käigus kogutud andmed näitavad, et tegemist on keeruka sihtrühmaga, kelle elus on palju muidki probleeme kui HIV – kõrge tubaka- ja alkoholarvitamise tase, levinud on vaimse tervise probleemid ning enamiku majanduslik toimetuleks on väga keeruline. Kuigi Eestis pakutakse nakatunutele mitmeid psühhosotsiaalseid ja tervishoiuteenuseid, siis nende kasutamise tase on sihtrühmas madal – alla 20% Eesti HIV-nakatunutest on viimase aasta jooksul kasutanud erinevaid psühhosotsiaalseid ja tervishoiuteenuseid kasutanud. Kõige suuremat puudust tuntakse ARV-raviga seotud nõustamise (41%) ning psühholoogilise nõustamise järele (37%). Kui kõrvutada teenuse vajaduse ja kasutamise andmed, siis selle alusel on suurim puudujääk seotud**

psühhoteeraapiaga (65% teenuse vajajatest ei ole teenust kasutanud) ja sotsiaalnõustamisega (49% teenuse vajajatest ei ole teenust kasutanud). (Lõhmus jt, 2014)

**Paljud nakatunud ei ole neile pakutavatest teenustest ja nende sisust teadlikud ning vajavad individuaalselt motiveerimist nende kasutamiseks.** (Lõhmus jt, 2014) Teenustele ligipääsu parandamiseks tuleks oluliselt enam rakendada juhtumipõhist lähenemist, mis võimaldab individuaalselt läheneda igale nakatunule ja aidata tal leida talle vajalikud teenused. (WHO, 2011)

Tabelis 2 on antud ülevaade peamistest HIV-nakatunute elukvaliteedi näitajatest, mida on võimalik aastate lõikes võrrelda. Tabelist nähtub, et perioodil 2005-2013 on enamus elukvaliteedi näitajatest paranenud.

**TABEL 2. VALIK HIV-NAKATUNUTE ELUKVALITEEDI UURINGUTE TULEMUSI, 2005-2013.**  
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

	2005	2008	2013
<b>Hinnang üldisele elukvaliteedile viimase kahe nädala jooksul (kaalumata andmed)</b>	2,9	2,9	3,1
<b>Elukvaliteedi alavaldkonna profiilide keskmised väärtused (kaalumata andmed)</b>			
Füüsiline tervis <sup>7</sup>	10,9	13,3	13,9
Psühholoogiline tervis <sup>8</sup>	11,8	13,5	12,4
Sõltumatus <sup>9</sup>	11,9	14,4	12,5
Sotsiaalsed suhted <sup>10</sup>	11,9	14,2	13,2
Keskkond <sup>11</sup>	12,5	12,8	13,1
Isiklikud veendumused <sup>12</sup>	11,4	12,8	14,1
<b>Osalemine HIV-positiivsete tugirühma töös</b>			
Ei ole kunagi käinud	82%	87%	87%

<sup>7</sup> Käsitleb füüsilise valu tundmist, energiat ja elujõulisust, probleeme unega ja HIV-nakkusega seotud vaevusi

<sup>8</sup> Käsitleb positiivsete ja negatiivsete tunnete kogemist, enesehinnangut ja keskendumisvõimet

<sup>9</sup> Käsitleb inimese võimet ringi liikuda, igapäevatoimetusi teha, sõltumist ravimitest ja raviprotseduuridest ning töövõimet

<sup>10</sup> Käsitleb rahulolu isiklike suhetega ja teiste inimeste toetusega, rahulolu seksuaaleluga ning sotsiaalset kaasatust

<sup>11</sup> Käsitleb ümbritseva keskkonna turvalisust ja tervislikkust, rahulolu elamistingimustega, tervishoiuteenuste kättesaadavust, finantsilisi võimalusi, vajaliku info saamise ning vaba aja veetmise võimalusi

<sup>12</sup> Käsitleb isiklike tõekspidamisi, andeksandmist ja süütunnet oma nakatumise pärast, muret tuleviku ning surma pärast

### Järeldused

34. ARV raviga hõlmatus määr on aastate jooksul jõudsalt kasvanud, kuid peab veelgi tõusma, et saavutada rahvusvaheliste soovitudele vastav tase.
35. HIV-nakatunud jõuavad ravisüsteemi liiga hilja – hiline on nii diagnoosimine kui ka diagnoosile järgnev esmane arstiviit.
36. Kuigi aastate jooksul on ARV-ravi saajate arv oluliselt kasvanud, on aina tõsisemaks probleemiks kujunenud ravi katkestamine.
37. HIV ravikonsiiliumi ja Eesti HIV-positiivsete patsientide andmekogu käivitamine on oluline edasiminekuks, sest sellega on paranenud eeldused HIV ravi kvaliteedi arenguks Eestis. Edaspidi tuleb jätkata tööd selle nimel, et andmekogu saaks riiklikuks registriks, mis hõlmab kõiki HIV nakatunuid.
38. Eestis puudub uuendatud HIV ravijuhend.
39. HIV-nakatunute elukvaliteedi uuringute kohaselt on aastate lõikes nakatunute elukvaliteet veidi paranenud.
40. Vaid väike osa Eesti HIV-nakatunutest jõuab neile suunatud nõustamisteenusteni.

### Soovitused

21. Soovitame HIV raviga hõlmatus määratõstmiseks teostada põhjalik analüüs ravile jõudmise ja ravil püsimise barjääride osas. Analüüsi tulemustele tuginedes soovitame planeerida rahvusvaheliste soovitudele tuginevad interventsioonid olukorra parandamiseks. Käesoleva analüüsi tulemustele tuginedes soovitame riskirühmades HIV ravisõustumuse parandamisel kasutusele võtta nn „one-stop“ teenuseosutamise mudelil põhinevad teenused, kus riskirühmadele pakutakse kõiki vajalikke teenuseid ühes kohas (vt pt 2.1). Samuti soovitame suurendada nn „test-and-treat“ teenuste mahtu, et aidata kaasa nakatunute paremaks jõudmiseks tervishoiusüsteemi ja perearstide valmisolekut ja võimekust HIV-nakatunud patsientide käsitlemiseks (vt pt 2.6).
22. Soovitame analüüsida HIV-nakatunute madala nõustamisteenuste kasutamiskõigsuse põhjuseid ja peamisi barjääre teenuste kasutamisel (eelkõige psühholoogilise toe teenuste osas). Analüüsi tulemustele tuginedes soovitame planeerida vastavad meetmed olukorra parandamiseks, et HIV-nakatunute elukvaliteeti parandada.
23. Soovitame jätkata pingutamist selle nimel, et E-HIV andmekogust saaks riiklik register. Riikliku registri puudumise tõttu pole andmete kogumisse hõlmatud kõik HIV-nakatunud ja seetõttu on andmete kogumine osaline, mis mõjutab ka andmete põhjal tehtavat analüüsi, järeldusi, modelleerimist ja prognoose.

### 3. HIV-strateegia indikaatorid ja nende täitmine

Järgnevalt on antud ülevaade HIV-strateegia indikaatoritest, sh lisatud **kokkuvõtlik tabel kõigist HIV strateegia indikaatoritest (tabel 3)**. Tabelist nähtub iga strateegias seatud indikaatori baas- ja sihtase (juhul, kui need on määratud), indikaatori saavutatud tase (juhul, kui andmed selle kohta on kättesaadavad).

Lisaks on tabelis esitatud info selle kohta, mil määral on indikaatori sihttase saavutatud (sh millisest aastast ja millisest andmeallikast andmed pärinevad) ja Praxise hinnang indikaatori sihttaseme realistlikkuse osas. Realistlikkuse hindamisel lähtusime ekspertide hinnangutest, eelnevate aastate trendidest, erinevate uuringute tulemustest ja rahvusvahelistest soovitustest.

Sihttaseme realistlikkuse hindamisel on aluseks võetud viimase 10 aasta indikaatori trendid ja eeldus, et trend jätkub samal suunal (nt kui trend liigub vähenemise suunas, aga sihiks on võetud tõusutrendi saavutamine, siis on ei ole sihttasest hinnatud realistlikuks). Eesmärgi saavutamisele on sageli antud hinnang „Raske hinnata“, kuna strateegias on jäetud sihttase määramata ehk eesmärk seadmata. Sihttaseme puudumise korral ei ole võimalik hinnata ka sihttaseme realistlikkust, mistõttu on sellisel juhul antud hinnang „Ei saa hinnata“.

Tabelis on indikaatori number märgistatud ühega kolmest värvist. Roheline värv markeerib indikaatorid, mille sihttase saavutati, punane värv indikaatoreid, mille sihttase jäi saavutamata ja halli värviga on eristatud indikaatorid, mille saavutamist ei ole võimalik hinnata.

Lehekülgedel 65-70 on tabelis esitatud informatsiooni täiendatud, sh antud vajadusel ülevaade täiendavatest andmetes.

Kokkuvõtvalt saab öelda, **HIV-strateegia indikaatorite seiramine ei ole olnud süsteemne ja läbipaistev**. Sellele viitab asjaolu, et paljudele indikaatoritele on andmete puudumise tõttu jäänud seadmata baastasemed ja sihttasemed ning strateegia dokumentatsioonist ei ole võimalik leida informatsiooni selle kohta, kust konkreetsete indikaatorite andmed pärinevad. Sellest tulenevalt on mitmete indikaatorite saavutustasemete hindamisel aluseks HIV-strateegia aruannetest pärinevad andmed, mille puhul ei ole käesoleva uuringu piiratud ajaressursi tingimustes võimalik kontrollida nende paikapidavust muude allikate põhjal kui avalikult kättesaadavad uuringute andmed. Paraku ei leia kõigi indikaatorite kohta uuringute avalikest raportitest kõiki vajalikke andmeid.

Probleemiks on ka asjaolu, et kuigi strateegias on küsitlusuuringu andmetel põhinev indikaator sõnastatud ühel viisil, siis ei ole küsitlusuuringu küsimustik ja/või uuringu raport alati koostatud selliselt, et vastava indikaatori andmed oleksid uuringust kättesaadavad.

Strateegilise planeerimise seisukohast on probleemiks ka indikaatorite baas- ja sihttasemete puudumine, mis tekitab küsimuse selle kohta, millele tuginedes ja kuivõrd teadmispõhiselt HIV-strateegia tegevusi planeeriti. Samuti ei ole üheselt selge, miks on indikaatori baastaseme olemasolu korral jäetud seadmata indikaatori sihttase.

Eelnevast tulenevalt soovime kindlasti tulevikus kokku leppida uued indikaatorite loetelu, mille osas on detailsemad Praxise soovitused esitatud peatükis 3.1. Indikaatorite valikul soovime lähtuda sellest, et kõigi indikaatorite oleksid kättesaadavad või võimalikult väikese lisaressursiga kogutavad.



TABEL 3. HIV-STRATEEGIA INDIKAATORITE BAAS-, SIHT- JA SAAVUTATUD TASEMED NING HINNANG INDIKAATORILE. ALLIKAS: AUTORITE KOOSTATUD

Indikaator	Baastase	Sihttase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Andmeallikas	
<b>Üldeesmärk: HIV-nakkuse püsiv langustendents</b>							
1	Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000 elaniku kohta	55	20	20,5 (2015)	Saavutatud	Realistlik*	TAI tervisestatistika andmebaas
2	HIV-nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest	0,3	<1%	0,7 (2015)	Saavutatud	Realistlik*	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2015
<b>Strateegiline eesmärk 1: Süstivate narkomaanide (NSI) hulk on vähenenud ja HIV-nakkuse levik süstivate narkomaanide hulgas on püsiva langustendentsiga</b>							
3	NSI arv	13 886	Seadmata	5632 <sup>13</sup> (2009)	Saavutatud	Ei saa hinnata	Uusküla et. al. 2007; Uusküla et. al. 2013
4	HIV-nakkuse esinemissagedus (levimus) NSI hulgas	62%	Püsib stabiilsena	48-62% (2012-2014)	Saavutatud	Realistlik*	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000-2015
5	NSI %, kes viimase kuu jooksul ei ole teistega kordagi süstlaid jaganud	71%	85%	77-94% (2012-2014)	Saavutatud	Realistlik**	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000-2015
6	NSI %, kes kasutasid kondoomi iga seksuaalvahekorra ajal viimase kuu aja jooksul	38%	60%	21-50% (2012-2014)	Ei ole saavutatud	Realistlik***	HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas (2012); HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Tallinna süstivate narkomaanide seas (2013); HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring Narva süstivate narkomaanide seas (2014)

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

<sup>13</sup> Tervise Arengu Instituudi eksperthinnangu alusel on Eestis 9 000–10 000 narkootikume regulaarselt süstivat inimest, kelle seas on lisaks opioidide süstijatele ka amfetamiini süstijad.

Indikaator	Baastase	Sihttase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Andmeallikas	
7	Opioidagonistidega asendusraviga haaratud NSI-de arv	400	900	919 (2014)	Saavutatud	Realistlik**	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2015
8	Opioidagonistidega võõrutus- ja asendus-ravi saavate alla 18-aastaste NSI-de %	0%	15%	2,8% (2014)	Ei ole saavutatud	Raske hinnata	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2015
<b>Strateegiline eesmärk 2: Püsivalt on vähenenud uute HIV-juhtude arv 15–29-aastaste noorte hulgas</b>							
9	Uute HIV juhtude arv 100 000 15-29- aastase noore kohta	200	100	14 (2015)	Saavutatud	Ei ole realistlik***	TAI tervisestatistika andmebaas
10	HIV-levimus ajateenijate hulgas	Seadmata	Seadmata	0	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Rüütel et al 2013
11	HIV-levimus 15-29 aastaste rasedate hulgas	Seadmata	<1%	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
12	15-29-aastaste noorte %, kes on viimase 12 kuu jooksul seksuaalvahekorras juhusliku partneriga kasutanud alati kondoomi	44%	84%	~54% (vanus 16-29, 2015)	Ei ole saavutatud	Ei ole realistlik***	HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas, 2015
13	15-29-aastaste noorte %, kes ei ole seksuaaleluga alustanud enne 15. eluaastat	83%	90%	~94% (vanus 16-29, 2015)	Saavutatud	Realistlik***	HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas, 2015
14	10-29-aastaste noorte %, kes omavad korrektseid teadmisi HIVi levikuteedest	45%	85%	~65% (vanus 16-29, 2015)	Ei ole saavutatud	Realistlik***	HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas, 2015
15	15-29-aastaste noorte %, kelle hoiakud kondoomi kasutamise suhtes on positiivsed	Seadmata	Seadmata	71% (2012)	Raske hinnata	Ei saa hinnata	HIV strateegia aruanded
16	15-29-aastaste noorte %, kellel on viimase 6 kuu jooksul jäänud kondoomi kasutamata, sest seda ei olnud võimalik hankida	34%	15%	~28% (vanus 16-18, 2010)	Ei ole saavutatud	Ei ole realistlik***	HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas, 2010

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Indikaator	Baastase	Sihttase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Andmeallikas	
17	Koolide %, kus toimub õppekaval põhinev eluuskuste õpetamine maksimaalsel tasemel kõikides kooliastmetes	Seadmata	Seadmata	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 3: Prostitutsiooni kaasatute hulgas ei ole HIV-nakkuse levik suurenenud ja sugulisel teel levivate infektsioonide levik on vähenenud</b>							
18	Sugulisel teel levivate infektsioonide levimus prostitutsiooni kaasatute hulgas	Määramata	Seadmata	7,6% (2015)	Raske hinnata	Ei saa hinnata	Autorite arvutused uuringu „Prostitutsiooni kaasatud naistele suunatud HIV-ga seotud tervishoiuteenuste külastajate ülevaate“ põhjal
19	HIV-nakkuse levimus prostitutsiooni kaasatute hulgas	8%	Seadmata	8,8% (2015)	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Autorite arvutused uuringu „Prostitutsiooni kaasatud naistele suunatud HIV-ga seotud tervishoiuteenuste külastajate ülevaate“ põhjal
20	Prostitutsiooni kaasatute %, kes viimase kuu jooksul kasutasid seksuaalvahekorras kliendiga alati kondoomi	77%	90%	83-98% (2011, 2013)	Saavutatud	Realistlik***	Prostitutsiooni kaasatud naistele suunatud HIV-ga seotud tervishoiuteenuste külastajate ülevaade, 2011, 2013
21	Prostitutsiooni kaasatute %, kellel on korrektsed teadmised HIVi levikuteedest	45%	85%	96% (2012)	Saavutatud	Realistlik***	HIV strateegia aruanded
22	Prostitutsiooni kaasatute %, kellel ei ole viimase kuu jooksul kliendi nõudmisel jäänud kondoom kasutamata	84%	Seadmata	Teadmata	Raske hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 4: Elanikkonna teadmised HIV levikuteedest ja oskused hinnata oma nakatumise riski on suurenenud ja negatiivne suhtumine HIV ja AIDSiga elavate inimeste suhtes on vähenenud</b>							
23	16-64-aastaste inimeste %, kellel on korrektsed teadmised HIV levikuteedest	91%	95%	74% (2010)	Ei ole saavutatud	Realistlik***	HIV strateegia aruanded
24	16-64-aastaste inimeste %, kellel ei ole negatiivseid suhtumisi HIV ja AIDSiga inimeste suhtes	28%	65%	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Indikaator	Baastase	Sihttase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Andmeallikas	
25	Suurte ettevõtete ja institutsioonide %, kus rakendatakse HIV ja AIDSga seotud ennetusprogramme	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 5: Kinnipidamisasutuste (sh ajutiste) siseselt ei ole toimunud HIV-nakkuse levikut</b>							
26	Eeluuritavate ja süüdimõistetute %, kes korduvtestimisel on jäänud HIV-negatiivseks	Määramata	100%	99% (2009)	Saavutatud	Realistlik**	HIV strateegia aruanded
27	Süüdimõistetute %, kellel on korrektsed teadmised HIV levikuteedest	47%	67%	73% (2011)	Saavutatud	Realistlik**	HIV strateegia aruanded
28	Eeluuritavate ja süüdimõistetute %, kellele on vanglasse sisenedes tehtud HIV test	80%	85%	97% (2012)	Saavutatud	Realistlik**	HIV strateegia aruanded
<b>Strateegiline eesmärk 6: Vertikaalsel teel HIV-nakatamine on vähenenud</b>							
29	Vertikaalsel teel nakatunud laste % kõigist HIV-nakatunud rasedatele sündinud lastest	9%	<2%	0 (2015)	Ületatud	Realistlik*	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2015
30	HIV-positiivsete rasedate %, kes on saanud raseduse ajal HIV leviku profülaktikat	Määramata	100%	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub
31	HIV-positiivsetele emadele sündinud laste %, kes on saanud HIV profülaktikat	Määramata	100%	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 7: HIV-nakkuse levik MSMide hulgas ei ole suurenenud.</b>							
32	HIV-levimus MSMide hulgas	Määramata	Seadmata	2-7% (2012-2015)	Raske hinnata	Raske hinnata	Meestega seksivatele meestele suunatud internetipõhine seksuaalsel teel levivate infektsioonide testimise teenus, HIV strateegia aruanded

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Indikaator	Baastase	Sihhtase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihhtaseme realistlikkus	Andmeallikas	
33	MSMide %, kes on viimase 6 kuu jooksul anaalses vahekorras juhusliku meespartneriga kasutanud alati kondoomi	35%	Kasv 5%	49% (2010)	Saavutatud	Realistlik***	HIV strateegia aruanded
34	MSMide %, kes omavad korrektseid teadmisi HIV levikuteedest	53%	90%	80% (2010)	Peaaegu saavutatud	Realistlik***	HIV strateegia aruanded
35	MSMide %, kelle hoiakud kondoomi kasutamise suhtes anaalvahekorra ajal on positiivsed	87%	Kasv 5%	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 8: STLI levik elanikkonna hulgas on vähenenud</b>							
36	Peamiste STLI juhtude arv 100 000 inimese kohta: süüfilis, gonorröa, klamüüdia	Süüfilis: 14 Gonorröa: 38 Klamüüdia: 199	S: 10 G: 30 K: 150	S: 2 G: 9 K: 102 (2015)	Saavutatud	Realistlik*	TAI tervisestatistika andmebaas
37	16-49-aastaste elanike %, kes on viimase 12 kuu jooksul STLI kahtlusega pöördunud testimisele	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
38	STLI-testimiskohtade %, kus testimisega kaasneb standarditele vastav nõustamine ja vajadusel ravi	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 9: Kutsetöö käigus ei ole ühtegi nakatumist</b>							
39	Kutsetöö käigus HIV-nakkuse saanute arv	0	0	0 (2014)	Saavutatud	Realistlik**	HIV strateegia aruanded
40	Kutsetöös ohustatud töötajate %, kellele on asjakohased kaitsevahendid kättesaadavad	Määramata	95%	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Indikaator	Baastase	Sihttase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihttaseme realistlikkus	Andmeallikas	
<b>Strateegiline eesmärk 10: HIV testimise ja nõustamise teenuse kättesaadavus on suurenenud</b>							
41	16-49-aastaste elanike %, kes on viimase 12 kuu jooksul soovinud teha ja teinud HIV test	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
42	HIV-nõustamiskohtade %, kus testimisega kaasneb standarditele vastav nõustamine	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 11: Doonorvere ning ülekantavate doonorelundite ja kudede ohutus retsiptendile on tagatud</b>							
43	Retsipientide %, kes ei ole doonorvere ja kudede saanud HIVd	100%	100%	100% (2014)	Saavutatud	Realistlik*	HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2015
<b>Strateegiline eesmärk 12: HIV ja AIDSiga inimeste elukvaliteet on paranenud</b>							
44	Uute AIDSi diagnooside arv aastas	27	Alla 200	19 (2015)	Saavutatud	Alahinnatud*	TAI tervisestatistika andmebaas
45	HIV-positiivsete isikute surmade arv ja neist AIDSi tõttu surnud inimeste arv aastas	31	Alla 50	44 (2015)	Saavutatud	Realistlik*	TAI tervisestatistika andmebaas
46	HIV ja AIDSiga inimeste %, kes hindavad oma elukvaliteeti keskmiseks või üle selle	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
47	Infektsionistile pöörduvate HIViga inimeste esmakülastuste % kõikidest viimase 12 kuu jooksul diagnoositud esmasjuhtudest	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
48	Regulaarsel (min 1x aastas) spetsiifilisel tervishoiualasel jälgimisel käivate HIV ja AIDSiga inimeste % registreeritud kumulatiivsetest juhtudest	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub

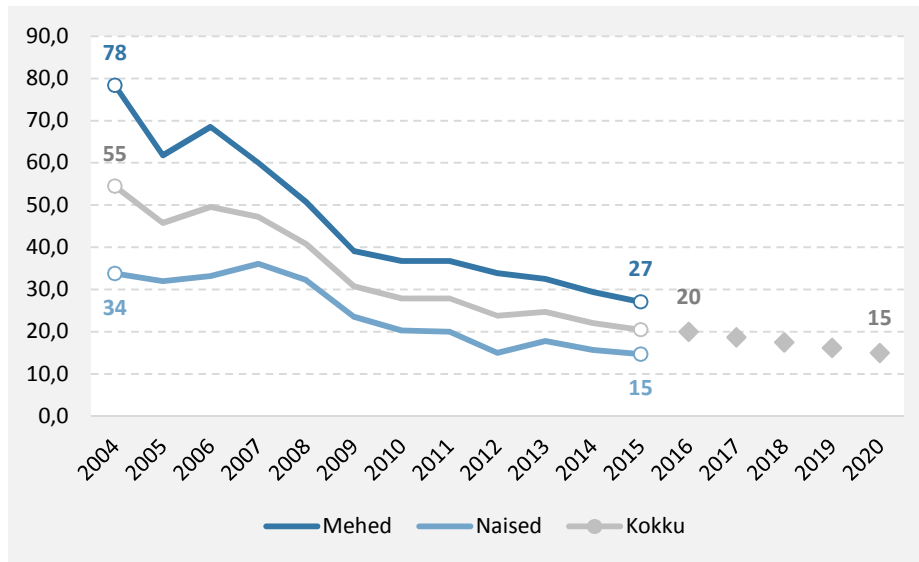
Tabel jätkub järgmisel leheküljel

Indikaator	Baastase	Sihhtase	Saavutatud tase	Eesmärgi saavutamine	Sihhtaseme realistlikkus	Andmeallikas	
49	Regulaarsel (min 1x aastas) spetsiifilisel tervishoiualasel jälgimisel käivate ravikindlustamata HIV ja AIDSiga inimeste % registreeritud ravikindlustamata kumulatiivsetest juhtudest	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
50	Tervishoiualasel jälgimisel olevate HIVi ja AIDSiga inimeste arv/osakaal, kes vajavad ja saavad antiretroviirusravi	100%	100%	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
51	Tervishoiualasel jälgimisel olevate AIDSiga inimeste arv/osakaal, kes vajavad ja saavad kaasuvate infektsioonide ennetust ja ravi	Määramata	100%	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
52	HIVi ja AIDSiga inimeste %, kes on soovinud saada ja saanud psühholoogilist, sotsiaal-nõustamist ja hoolekande teenuseid	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 13: Tõendus põhistel andmetel põhinev valdkonna planeerimine on laienenud</b>							
53	Riiklikus tegevuskavas püstitatud eesmärkide hulk, püstitatud eesmärkide hulk, mis põhinevad uurimuste ja analüüside andmetel.	Määramata	90%	Teadmata	Raske hinnata	Raske hinnata	Andmeallikas puudub
<b>Strateegiline eesmärk 14: HIV ennetuse valdkonnas aktiivselt tegutseva ja pädeva organisatoorse ja inimressursi hulk on suurenenud</b>							
<b>Strateegiline eesmärk 15: Suurenenud on valdkonna spetsialistide poolt kokku lepitud teenusekirjelduse alusel toimivate teenuste hulk</b>							
54	HIV ennetustegevuse valdkonnas aktiivselt töötavate ja päevate organisatsioonide ning inimeste arv	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub
55	Teenuste arv, millele on valdkonna spetsialistide poolt kokku lepitud teenusekirjeldus	Määramata	Seadmata	Teadmata	Ei saa hinnata	Ei saa hinnata	Andmeallikas puudub

\*vastavalt epidemioloogilistele trendidele ja sellest tulenevatele soovitudele; \*\*vastavalt ekspertide hinnangutele; \*\*\*vastavalt rahvusvahelistele soovitudele

### *HIV-strateegia üldine eesmärk: HIV-nakkuse leviku püsiv langustrend*

Strateegia üldeesmärgiks on HIV-nakkuse püsiv langustendents. Selle indikaatoriteks on HIV-nakkuste uute juhtude arv 100 000 elaniku kohta ning nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest. Uute HIV juhtude indikaatoril on määratud nii baastase (55 juhtu 100 000 elaniku kohta), kui ka sihttase (20 juhtu 100 000 elaniku kohta). Antud indikaatori hindamiseks on andmed olemas ja nende põhjal on **uute HIV juhtude arv langenud 54-lt juhult 2004. aastal 20,5-le juhule 2015. aastal ehk eesmärk on täidetud** (vt joonis 2).



JOONIS 2. UUTE HIV JUHTUDE ARV 100 000 INIMESE KOHTA, 2004-2015. ALLIKAS: TERVISEAMET

Teiseks eesmärgiks on nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest, mille baastasemeks on seatud 0,3% ja sihttasemeks <1%. Kui 2007. aastal oli kõigist rasedatest HIV-positiivseid 0,5%, siis 2015. aastal oli see tõusnud 0,7%-ni, mis jääb strateegias seatud piiridesse. **Kuna alates 2008. aastast ei koguta HIVi nakatunud rasedate andmeid, siis ei ole võimalik indikaatori tänaseks saavutatud sihttasemeid hinnata.**

### *Strateegiline eesmärk 1: Süstivate narkomaanide hulk on vähenenud ja HIV-nakkuse levik süstivate narkomaanide hulgas on püsiva langustrendiga*

Eestis on siiani läbi viidud kaks narkootikume süstivate inimeste (NSI) rahvastikurühma suuruse hindamise uuringut, mille kohaselt on **15–44 aastaste narkootikume süstivate inimeste arv langenud 13 886-lt inimeselt 2004. aastal 5362 inimeseni 2009. aastal** (Uusküla jt 2013)<sup>14</sup>. Langusel võib olla erinevaid põhjuseid, sh lisandub varasemast vähem uusi NSI-sid ning suurem NSI-de seas on kõrge. Samuti peab arvestama sellega, et aastate jooksul on muutunud põhimõtted, mille alusel Eesti ametkonnad (politsei, raviasutused) koguvad uuringu algallikaks olevaid andmeid, mis võib mõjutada andmete kvaliteeti. (TAI, 2013) **Kuna NSI-de arvu indikaatoril on sihttase jäetud määramata, siis ei**

<sup>14</sup> Tervise Arengu Instituudi eksperthinnangu alusel on Eestis 9 000–10 000 narkootikume regulaarselt süstivat inimest, kelle seas on lisaks opioidide süstijatele ka amfetamiini süstijad.



saa hinnata, kas langus on olnud eesmärgipärane ehk vähenenud piisavalt, et saaks eesmärgi lugeda täidetuks.

NSI-de HIV-nakkuse levimuse baastasemeks on 62% ning eesmärgiks on seatud näitaja stabiilsena püsimine. Indikaatori hindamiseks on regulaarselt toimunud eri piirkondades (Narva, Tallinn, Kohtla-Järve) läbilõikelised uuringuid, mille tulemuste põhjal saab öelda, et **HIV-nakkuse levimus narkootikumide süstivate inimeste hulgas on pigem langustrendis ja langustrendis on ka süstalde jagamise näitajad** (vt pt 2.1). Mõlema näitaja paranemine viitab positiivsete muutustele Eesti NSI-de „süstimiskultuuris“. **Paraku ei ole sama positiivsed trendid NSI-de turvaseksi näitajates**, sh kondoomi kasutamise osas, mille osas ei ole soovitud sihttasemeid saavutatud (sihttasemeks on seatud 60%, kuid saavutatud tase jääb vahemikku 21-50%).

**Metadoon-asendusravi osas oli sai strateegias seatud sihttase ületatud juba 2012. aastal (1157 isikut) ja viimase kolme aasta jooksul on näitaja veidi langenud, kuid mitte alla sihttaseme (919 isikut).** Strateegias on seatud indikaator ka alla 18-aastaste asendusravi saajate osakaalu kohta kõigist asendusravi saavatest narkomaanidest, kuid vastavalt ravijuhistele ei pakuta alla 18-aastastele metadoon-asendusravi, mistõttu ei ole indikaator asjakohane.

### *Strateegiline eesmärk 2: Püsivalt on vähenenud uute HIV-juhtude arv 15–29-aastaste noorte hulgas*

HIV strateegia teise strateegilise eesmärgi esimese indikaatori (uute HIVi juhtude arv 100 000 15–29-aastase noore kohta) baastaseme määramisel on suure tõenäosusega tehtud viga, sest baastasemeks on strateegias märgitud 200, kuigi tegelik näitaja oli 95. Sihttasemeks oli seatud 100 ehk tase, mis oli tegelikult juba strateegia alguses saavutatud. 2015. aastaks on näitaja vähenenud märkimisväärselt ehk 14-ni. Sellest saab järeldada, et **HIV-strateegia rakendusperioodil on mitmekordselt vähenenud HIV levik 15-29-aastaste seas.**

Ajateenijate HIV levimuse indikaatoril jäeti määramata nii indikaatori baas- kui sihttase. **Ainuke sellekohane uuring viidi läbi 2013. aastal ja uuringu käigus ei diagnoositud ühelgi ajateenijal HIV-nakkust** (Rüütel jt 2013). Uuringu autorid järeldasid, et edaspidi võiks tõhustada ajateenijatele suunatud haridus- ja ennetusprogramme ning nende kõikne testimine ei ole asjakohane. Sellest tulenevalt võiks tulevikus selle indikaatori kasutamisest loobuda.

**HIVi levimuse kohta 15–29-aastaste rasedate seas andmed puuduvad**, kuna vastavaid andmeid Eestis ei koguta ja sellest tulenevalt ei ole võimalik anda hinnangut sihttaseme (<1%) saavutamisele.

Noorte HIV-alaste teadmiste ja seksuaalkäitumise seiramiseks oli seatud mitu indikaatorit, mille andmete allikaks on suure tõenäosusega uuring „HIVi temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas“ (andmed on kogutud 2005., 2007., 2010. ja 2015. aastal). Paraku aga ei ole uuringuraportitest võimalik vastavaid andmeid leida. Eelkõige seetõttu, et uuringus ei ole käsitletud kõiki indikaatorite näitajaid või juhul kui on, siis ei ole esitatud 15-29-aastaste koondnäitajat. Sellest tulenevalt on sihttasemete saavutamise hindamisel töö autorid teinud raportis sisalduva info põhjal tinglikud arvutused, mis annavad ülevaate indikaatori suurusjärgust, kuid ei ole täpsed. Nende andmete kohaselt saab teha järgmised tinglikud järeldused (võttes arvesse, et baastaseme ja saavutatud tasemete arvutamisel ei pruugi olla kasutatud sama loogikat):

- **Juhusliku partneriga seksuaalvahekorra olukorras on alati kondoomi kasutanud ~54% noortest** vanuses 16-29 (sihiks seatud 84%-i ei saavutatud, kuid saavutati baastasemest 23%-line paranemine)
- **Seksuaalelu edasilükkamise siht saavutati ehk ~94% noortest vanuses 16-29 on alustanud seksuaalelu peale 15. eluaastat** (sihiks seatud 90% ületati)
- **Korrektset teadmised HIV levikuteedest on ~65%-l noortest** vanuses 16-29 (sihiks seatud 85% ei saavutatud, kuid saavutati baastasemest ligi 45%-line paranemine)

Viimane tegevussuuna indikaator on seotud koolide osakaaluga, kus toimub õppekaval põhinev eluoskuste õpetamine maksimaalsel tasemel kõikides kooliastmetes. Kuna nimetatud indikaatorile ei ole määratud baastaset ega ka sihttaset, ning puudub teadmine võimalikust hindamismetoodikast, siis ei ole võimalik indikaatori saavutamist kuidagi hinnata.

### *Strateegiline eesmärk 3: Prostitutsiooni kaasatute hulgas ei ole HIV-nakkuse levik suurenenud ja sugulisel teel levivate infektsioonide (STLI) levik on vähenenud*

STLI levimuse indikaatori osas on strateegias jäänud baas- ja sihttase määramata, kuid 2011. aastal prostitutsiooni kaasatute seas läbi viidud uuringust selgus, et **HBV ja süüfilise levimus on sihtrühmas ligikaudu 1%. Kuna tegu on vaid ühe aasta andmetega ja trendi ei saa hinnata, siis ei saa ka selle indikaatori eesmärgi täitmise kohta hinnanguid anda.**

Prostitutsiooni kaasatute HIV-nakkuse levimuse osas on baastasemeks 2006. aasta näitaja 8% ja sihttase on jäetud määramata (ilmselt seetõttu, et teada oli vaid ühe aasta tulemused ja trendi oli keeruline hinnata). Eelnevalt mainitud uuringust selgus, et **HIV-nakkuse levimus prostitutsiooni kaasatute seas on 2011. aastal 6% ja 2015. aasta andmete kohaselt 8,8%.**

**Prostitutsiooni kaasatute HIV-teadlikkuse ja kondoomi kasutamise osas on saavutatud oluline näitajate paranemine, samuti on paranenud HIV-testimise näitajad** (kuigi 2015. aasta näitajad on võrreldes 2011. aasta tulemustega veidi halvenenud) (vt pt 2.3).

### *Strateegiline eesmärk 4: Elanikkonna teadmised HIV levikuteedest ja oskused hinnata oma nakatumise riski on suurenenud ja negatiivne suhtumine HIV ja AIDSiga elavate inimeste suhtes on vähenenud*

Korrektsete levikuteede küsimused on esitatud 2004. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus küsimustikud, kuid uuringu raportis ei ole esitatud andmeid küsimustele antud vastuste kohta. Järgnevate aastate uuringu küsimustikes ei ole sama küsimust enam kasutatud. Aastatel 2006–2010 saab levikuteede teadmiste kohta aimu kolme küsimuse järgi: 1) Kas HIV-i nakatumise riski on võimalik vähendada kasutades iga seksuaalvahekorra ajal kondoomi? 2) Kas inimene võib nakatuda HIV-i, kui ta süstib süstlaga, mida keegi enne teda on kasutanud? 3) Kas HIV-i nakatumise riski on võimalik vähendada olles seksuaalvahekorras vaid ühe nakatumata ja Teile truu partneriga? Viimase küsimuse kohta ei ole ühegi aasta raportis esitatud tulemusi. Uuringu 2014. Aasta küsimustikust on vastav küsimus kadunud.

Tinglikult saab uuringu tulemustele tuginedes tuletada arvutuslikult, et 2006. aastal olid korrektsed teadmised ligikaudu ~83%-l ja 2010. aastal ligikaudu ~86%-l. Samas on HIV-strateegia aruannetes esitatud info, et näitaja väärtus on 2010. aastal hoopis 74%. **Seega ei ole üheseid ja usaldusväärsetel allikatel tuginevaid järeldusi elanike HIV-alase teadlikkuse kohta võimalik teha.**

HIV-nakatunutesse negatiivsete suhtumiste kohta on Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringus aastatel 2006–2010 kasutatud nelja väidet: 1) oleksin nõus töötama ühes kollektiivis inimestega, kes on nakatunud HIV-i, 2) HIV-i nakatunud inimestega võib ka ise nakatuda HIV-i süües samadest toidunõudest, 3) kasutades HIV-i nakatunud inimesega ühist tualetti (WC) võib ka ise nakatuda HIV-i 4) lõpetaksin toiduainete ostmise kauplusest, kus müüja on nakatunud HIV-i. 2004. aastal oli uuringus esitatud kaks väidet: 1) olen nõus töötama HIV-nakatunud inimesega samas kollektiivis, 2) olen nõus, et minu laps/lapselaps käib ühes lasteaiarühmas/klassis. 2014. aasta uuringus ei olnud ühtegi vastavateemalist küsimust. **Kuna üheselt ei ole võimalik mõista, millistel alustel on indikaatori baastase arvutatud, siis on väga keeruline arvutada sihttaseme saavutamise määra.** Küll aga saab perioodi 2006-2010 andmetest näha, et inimeste osakaal, kes ei ole nõus HIV-nakkuskandjaga koos töötama vähenenud ~13%-lt ~10%-ni ning HIV-nakatunud poemüüja korral ei loobuks poe küllastamisest 30% vastanutest 2010. aastal (vs 25% vastanutest 2006. aastal).

### *Strateegiline eesmärk 5: Kinnipidamisasutuste (sh ajutiste) siseselt ei ole toimunud HIV-nakkuse levikut*

Kinnipeetavate HIV-testimise indikaatori (eeluuritavate ja süüdimõistetute %, kes korduvtestimisel on jäänud HIV-negatiivseks) puhul on baastase jäänud määramata ja sihttasemeks on seatud 100%. **Testimise andmed näitavad, et kui 2004. aastal oli näitaja 97%, siis 2009. aastaks tõusis 99%-ni.** Paraku ei ole hilisemate aastate kohta andmed kättesaadavad. Teiseks testimisega seotud indikaatoriks oli „Eeluuritavate ja süüdimõistetute %, kellele on vanglasse sisenedes tehtud HIV test“, mille osas sooviti saavutada näitaja paremine 80%-lt 85%-ni. Viimaste andmete kohaselt 2012. aastast oli saavutatud 97%.

kinnipeetavate HIV-alaste teadmiste indikaatori (süüdimõistetute %, kellel on korrektsed teadmised HIV levikuteedest) osas oli baastasemeks määratud 47% ning sihttasemeks 67%. Viimane teadaolev info saavutatud taseme kohta on pärit 2011. aastast ja pärineb HIV-strateegia aruandest - 73%. **Seega on kõik HIV-strateegias seatud kinnipeetavate sihtasemed 2012.aasta seisuga saavutatud.**

### *Strateegiline eesmärk 6: Vertikaalsel teel HIV-nakatumine on vähenenud*

Emalt lapsele HIV-leviku osas võeti sihiks saavutada näitaja languse saavutamine ja püsima jäämine alla 2%-i. Kuigi alates 2008. aastast ei koguta üleriigiliselt HIVi nakatunud rasedate andmeid, siis on TAI koostatud HIV-nakkuse epidemioloogilise ülevaate kohaselt **2015. aastal näitaja 0 ehk ei toimunud ühtegi nakkusjuhtu. Eelnevatel aastatel on näitaja jäänud 0,5% piiresse.**

Seatud on ka kaks HIV profülaktika indikaatorit (rasedate ja laste osakaal), millele on jäänud seadmata baastasemed ja sihiks on seatud 100%-line katvus. **Paraku ei ole võimalik saavutustaset hinnata, sest alates 2008. aastast üleriigiliselt HIVi nakatunud rasedatega seotud andmeid ei koguta.**

### *Strateegiline eesmärk 7: HIV-nakkuse levik MSMide hulgas ei ole suurenenud.*

MSM-ide seas HIV leviku hindamise teeb problemaatiliseks asjaolu, et leviku hinnangud on antud väga väikese valimi põhjal (nt 2007. aastal 59 inimest ja 2013. aastal 43 inimest). Kui 2007. aastal hindasid uuringu tulemused levimuseks 1,7% ja 2008. aastal 2,5%, siis 2013. aastal juba 7% (TAI jt, 2016). **Kuigi näitaja tõus on märkimisväärne, siis ei saa väikese väikse valmi tõttu täie kindlusega väita, et levimuse määr on täpne.**

**HIVI levikuteedega seotud teadmiste osas on MSM-de seas toimunud 2010. aasta andmete kohaselt olukorra märkimisväärne paranemine** - näitaja on tõusnud 53%-lt 80%-ni. Ka **kondoomi kasutamise näitajad on paranenud** - pea pooled MSMidest kasutavad juhusliku seksuaalvahekorra ajal kondoomi. Kondoomiga seotud hoiakute osas (mis on eesmärgi kolmas indikaator) on seatud küll baastase, kuid andmeid indikaatori saavutustaseme kohta ei õnnestunud leida.

### *Strateegiline eesmärk 8: STLI levik elanikkonna hulgas on vähenenud*

Strateegias on indikaatorite baas- ja sihttasemed seatud kolmele STLI esmashaigestumuse kordajale - süüfilis, gonorröa ja klamüüdia. **Nimetatud STLI-de esmashaigestumuse trend on viimase 10 aasta jooksul olnud võrdlemisi suures langustrendis ja tänaseks on saavutatud olukorra märkimisväärne paranemine**, sh mitmekordselt on ületatud strateegias seatud sihid.

STLI nõustamise ja testimise teenuse kättesaadavuse osas seatud indikaatoritele on jäänud seadmata nii baas- kui sihttase ja ka saavutatud tasemete hindamiseks puuduvad andmed. **Strateegiline eesmärk 9:** Kutsetöö käigus ei ole ühtegi nakatumist

HIV-strateegias võeti eesmärgiks säilitada olukord, kus **kutsetöö käigus ei ole keegi HIV-i nakatunud. HIV-strateegia aruannete kohaselt on see eesmärk ka saavutatud.** Teise indikaatorina käsitleti kutsetöös HIV-ist ohustatud töötajatele asjakohaste kaitsevahendite kättesaadavuse tagamist. Baastase jäeti määramata, sihttase seati 95%-ni, kuid andmeid nimetatud indikaatori kohta ei koguta.

### *Strateegiline eesmärk 10: HIV testimise ja nõustamise teenuse kättesaadavus on suurenenud*

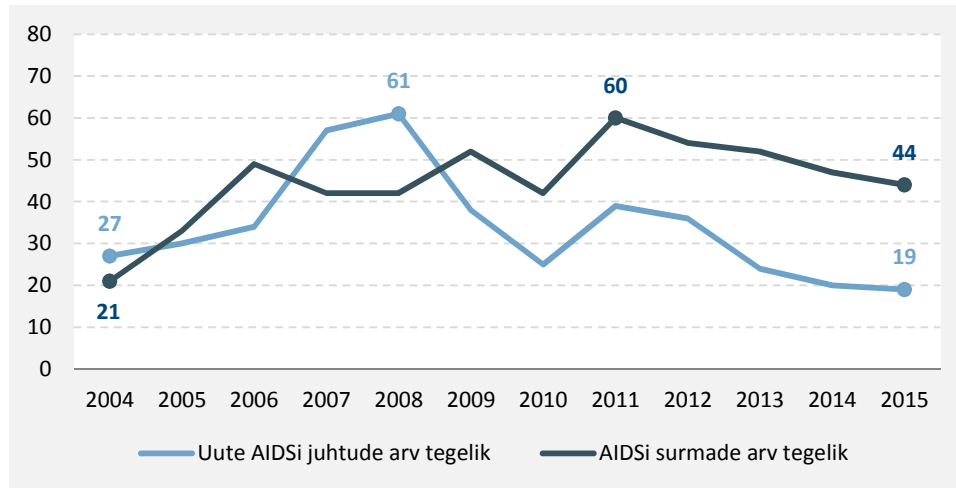
### *Strateegiline eesmärk 11: Doonorvere ning ülekantavate doonorelundite ja kudede ohutus retsiipiendile on tagatud*

HIV-testimise osas on indikaatoriks seatud 16-49 aastaste elanike osakaal, kes on viimase 12 kuu jooksul soovinud teha ja teinud HIV testi. Nii baastase kui sihttase on indikaatoril määramata, mistõttu ei ole indikaatori täitmist võimalik hinnata. Samuti ei ole määratud baas- ja sihttaset teisele testimise indikaatorile („HIV-nõustamiskohtade %, kus testimisega kaasneb standarditele vastav nõustamine“), mille saavutamist samuti ei ole võimalik hinnata. **Doonorvere ohutuse osas on sihiks võetud 100% ohutus, mis on ka saavutatud.**

### *Strateegiline eesmärk 12: HIV ja AIDSiga inimeste elukvaliteet on paranenud*

**Uute AIDSi diagnooside osas on saavutatud olukorra paranemine.** Kui HIV-strateegias prognoositi tulevikus oluliselt suuremat AIDSi diagnooside arvu (sihiks oli võetud näitaja jäämine alla 200), siis tegelikkuses on näitaja jäänud oluliselt madalamale tasemele (19) ja ei ole viimase 10 aasta jooksul tõusnud kõrgemale kui 61 (2008. aastal). AIDSi surmajuhtude osas on näitaja samuti püsunud

võrdlemisi stabiilsena ning enamikel aastatel jäänud alla seatud sihttaseme (ehk 50). **Kõrgeim oli näitaja 2011.aastal, kui oli 60 surmajuhtu, peale seda on nii aidi diagnooside kui surmade arv järjepidevalt langenud** (joonis 3).



**JOONIS 3.** UUTE AIDSI DIAGNOOSIDE JA AIDSI SURMAJUHTUDE ARV.  
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

HIV-nakatunute elukvaliteedi ja tervishoiuteenuste kasutamisega seotud indikaatorite osas (kokku 7 indikaatorit) olid HIV-strateegias seadmata nii baas- kui sihttasemed (välja arvatud tervishoiualasel jälgimisel olevate nakatunute osakaal) ja täpsustamata andmeallikad, mistõttu ei ole võimalik anda hinnanguid indikaatorite saavutustasemetete kohta.

**Strateegiline eesmärk 13:** *Tõenduspõhistel andmetel põhinev valdkonna planeerimine on laienenud*

**Strateegiline eesmärk 14:** *HIV ennetuse valdkonnas aktiivselt tegutseva ja pädeva organisatoorse ja inimressursi hulk on suurenenud*

**Strateegiline eesmärk 15:** *Suurenenud on valdkonna spetsialistide poolt kokku lepitud teenusekirjelduse alusel toimivate teenuste hulk*

Kõigile eesmärkidele seatud indikaatoritele (kokku kolm indikaatorit) jäeti märkimata baastasemed ja pea kõigile (va ühele) sihttasemed. Ka andmeallikaid ei ole märgitud, mistõttu ei ole võimalik saavutatud tasemeid hinnata.

### 3.1. Soovitused uuteks indikaatoriteks

Eelnevale analüüsile ja rahvusvahelistele soovitustele tuginevalt on järgnevalt loetletud indikaatorid, mida võiks tulevikus Rahvastiku tervise arengukava HIV valdkonnas kasutada. Indikaatorite soovitamisel on aluseks võetud käesoleva analüüsi tulemused (sh arvestatud sellega, milliseid andmeid juba Eestis regulaarselt kogutakse ja milliste täiendavate andmete kogumine ei ole liialt ressursimahukas) ning järgmised rahvusvaheliste soovituste allikad:

- WHO (2009 ja 2011) „*A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS*“
- WHO, UNAIDS (2014) „*Guidelines for HIV mortality measurement*“
- WHO (2014) „*Global Guidance On Criteria And Processes For Validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis*“
- WHO (2015) „*Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*“
- WHO (2015) „*Consolidated guidelines on HIV testing services*“
- WHO (2016) „*Consolidated guidelines on hiv prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*“
- WHO (2016) „*Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region*“
- WHO (2016) „*Global health sector strategy on HIV, 2016-2021*“

Järgnev indikaatorite loend sõnastab indikaatorid pigem üldsõnaliselt, eesmärgiga anda edasi sõnum selle kohta, mida indikaator peaks mõõtma ja millistes sihtrühmades. Ka rahvusvahelistes soovitustes on erinevaid indikaatoreid käsitletud erineva detailsuse astmega. Indikaatorite kasutuselevõtul tuleb indikaatorid ümber sõnastada täpsemaks (nt indikaator nr 7 sõnastada „Enda sõnul HIV-negatiivsete süstivate narkomaanide %, kes on viimase aasta jooksul teinud HIV testi“ või indikaator nr 22 sõnastada „Opioidsõltuvuse asendusravil olevate opiaate süstivate narkomaanide osakaal, kes on järjepidevalt olnud ravil viimase 12 kuu jooksul“). Indikaatorite valiku teostamisel ja sõnastuse täpsustamisel on abiks eelnevalt loetletud WHO materjalid, sest kõigi indikaatorite kohta on juures põhjendused, andmekogumise juhised jm vajalik informatsioon, mida abiks võtta riikliku HIV/AIDS seireplani koostamisel.

Oluline on markeerida, et WHO juhised hõlmavad märkimisväärset laiapõhisemat indikaatorite valikut (sh peamiste riskirühmade teenuste kvaliteedi, kättesaadavuse ja kasutatavuse osas), kuid järgneva loetelu koostamisel on püütud hõlmata nõ võtmeindikaatorid, mis annavad infot kõige olulisemate sihtrühmade ja teenuste kohta. Samuti ei eelda järgnev loetelu indikaatoreid, mille seiramine eeldaks täiesti uute ja ressursimahukate andmekogumiste käivitamist. Pigem on vaja olemasolevaid andmekogumisi veidi muuta, nt lisada küsitlusankeeti mõni uus küsimus või süstematiseerida teenuste osutamise administratiivandmeid teisiti kui seni.

**TABEL 4. LOETELU SOOVITUSLIKEST INDIKAATORITEST. ALLIKAD: WHO SOOVITUSED PERIOODIST 2009-2016, AUTORITE KOOSTATUD**

<b>HIV levimuse indikaatorid</b>	
1	HIV esmashaigestumuskordaja (vanusrühmade ja levikuteede lõikes)
2	HIV levimus narkootikume süstivate inimeste hulgas
3	HIV levimus meestega seksivate meeste hulgas
4	HIV levimus prostitutsiooni kaasatute hulgas
5	HIV levimus rasedate hulgas
6	HIV levimus emalt lapsele
<b>HIV testimise indikaatorid</b>	
7	NSI-de %, kes on viimase aasta jooksul teinud HIV testi
8	Meestega seksivate meeste %, kes on viimase aasta jooksul teinud HIV testi
9	Prostitutsiooni kaasatute %, kes on viimase aasta jooksul teinud HIV testi
10	16-64-aastaste elanike %, kes on viimase aasta jooksul teinud HIV testi
<b>Narkomaania kahjude vähendamise indikaatorid</b>	
11	NSI arv
12	NSI %, kellel on korrektsed teadmised HIV nakkusest
13	NSI %, kes viimase kuu jooksul ei ole teistega kordagi süstlaid jaganud
14	NSI %, kes viimase süstimise ajal kasutasid süstlavahetusprogrammide teenuseid
15	Süstlavahetusprogrammides jagatud süstaldele, nõelte ja kondoomide arv
16	NSI %, kes viimase 6 kuu jooksul kasutanud turvaseksi nõustamise teenuseid (sh turvaseksi vahendeid)
17	NSI %, kes kasutasid kondoomi iga seksuaalvahekorra ajal viimase kuu aja jooksul
18	NSI %, kellel on B-, C-hepatiit ja/või tuberkuloos
19	Osakaal kahjude vähendamise teenustest, mis on saanud osaks tervishoiu/ sotsiaalhoolekande teenustest
20	Osakaal kahjude vähendamise teenustest, millele on koostatud riiklik teenusekirjeldus
21	Süstlavahetusprogrammide hõlmatus NSI seas
22	Metadoon-asendusravi hõlmatus NSI seas
23	Metadoon-asendusravi hõlmatus arestimajades
24	Metadoon-asendusravi hõlmatus vanglates
<b>Meestega seksivate meeste (MSM) indikaatorid</b>	
25	MSM %, kes on viimase 6 kuu jooksul anaalses vahekorras juhusliku meespartneriga kasutanud alati kondoomi
<b>Prostitutsiooni kaasatute (PK) indikaatorid</b>	
26	PK %, kes viimase kuu jooksul kasutasid seksuaalvahekorras kliendiga alati kondoomi
27	Sugulisel teel levivate infektsioonide levimus PK hulgas
28	PK %, kellel on korrektsed teadmised HIVi levikuteedest
<b>Üldelanikkonna indikaatorid</b>	
29	16-44-aastaste %, kes omavad korrektseid teadmisi HIV levikuteedest
30	16-44-aastaste %, kes on viimase aasta jooksul seksuaalvahekorras juhusliku partneriga kasutanud alati kondoomi
31	16-44-aastaste %, kelle hoiakud kondoomi kasutamise suhtes on positiivsed
32	15-24-aastaste %, kes on esimese seksuaalvahekorra ajal kasutanud kondoomi
33	Levinumate STLI-de esmashaigestumuskordaja vanusrühmas 16-44

<b>ARV ravi ja AIDSi indikaatorid</b>	
34	Tervishoiualasel jälgimisel olevate HIV nakatunute %
35	ARV ravil olevate HIV nakatunute %
36	HIV ravi katkestajate osakaal 12, 24, 36 ja 60 kuud peale ARV-ravi algust
37	HIV-nakatunute %, kelle viiruskoormus on ARV ravi tulemusena normaliseerunud
38	Uute AIDSi diagnooside arv aastas
39	AIDSi surmade arv aastas
40	HIV-nakatunud rasedate %, kes on saanud raseduse ajal HIV leviku profülaktikat
41	HIV-nakatunud rasedatele sündinud laste %, kes on saanud HIV profülaktikat
42	Osakaal HIV-nakatunutele suunatud teenustest, mis on saanud osaks tervishoiu/ sotsiaalhoolekande teenustest
43	Osakaal HIV-nakatunutele suunatud teenustest, millele on koostatud riiklik teenusekirjeldus
<b>HIV-nakatunute elukvaliteedi indikaatorid</b>	
44	HIV nakatunute %, kes hindavad oma elukvaliteeti keskmiseks või üle selle
45	HIV nakatunute %, kes on soovi korral saanud psühholoogilist nõustamist
46	16-64-aastaste inimeste osakaal, kellel ei ole negatiivseid suhtumisi HIV-nakatunute suhtes
47	Tervishoiutöötajate osakaal, kellel ei ole negatiivseid suhtumisi HIV-nakatunute suhtes
48	HIViga seotud diskrimineerivate seaduste, määruste ning eeskirjade arv, mis takistavad efektiivset võitlust HIV vastu



## 4. Koondhinnang strateegiale ja soovitused edasiseks

HIV strateegia dokumendis võeti eesmärgiks saavutada positiivsed tulemused kolmes prioriteetses valdkonnas, milleks olid 1) panna piir HIV kontsentreeritud epideemiale narkootikume süstivate inimeste hulgas; 2) pidurdada HIV levikut seksuaalsel teel (eelkõige alla 30-aastaste noorte seas); 3) parandada HIV-nakatunutele suunatud tervishoiuteenuste kättesaadavust.

**Eelneva analüüsi kohaselt saab öelda, et suuremal või vähemal määral on kõik strateegia prioriteetsed eesmärgid saavutatud.** HIV levimus narkootikume süstivate inimeste seas on vähenenud ja stabiilne ning HIV ravi saajate arv on kümnendiga tublisti kasvanud. **Kõige vähem edu on saavutatud seksuaalsel teel leviku pidurdamisel ning seda tulenevalt asjaolust, et strateegia elluviimise ajal on epidemioloogiline olukord muutunud ning tegevustega ei suudetud sellele piisavalt reageerida.** Kui strateegia koostamise ajal oli põhjendatud suunata ennetustegevusi eelkõige noortele, siis aastate jooksul kasvas vajadus suunata noortele lisaks ka fookus 30-aastastele ja vanematele. Samas ei saa kõrvale jätta positiivseid tulemusi noorte seas, kelle tervisekäitumine on oluliselt paranenud ja seeläbi nakatumisoht vähenenud.

*„HIV strateegia miinus on see, et teda ei ole kordagi kaasajastatud seda teksti. Kui ta 2005 sai välja töötatud, vastavalt tolle aja paremale teadmisele, siis seda teksti ennast enam mitte kunagi üle ei vaadatud ja kõik uuendused kajastusid RTA-s“*

**Strateegia elluviimisele seati 15 alaeesmärki, mis ei olnud uurimismeeskonna hinnangul Eesti HIV epideemia ja olemasolevate ressursside kontekstis kõige parem valik.** Seda seetõttu, et ressursse oleks pidanud suunama eelkõige sellistele meetmetele, mille teostamine on strateegia peamise eesmärgi saavutamiseks kõige olulisema tähtsusega, mitte killustama suure hulga vähem oluliste tegevuste vahel (vt peatükk 1). Analüüsi raames intervjueeritud eksperdid tõid välja probleemina strateegia tegevuste liigse killustatuse, mis raskendas fokuseerimist konkreetsete probleemide lahendamisele. Seega **kuigi enamuse alaeesmärkide osas saavutati olukorra paranemine, on riskirühmades mitmete epideemiat ohjavate teenustega hõlmatus liiga madal ja allpool rahvusvahelisi soovitusi.**

*“Tegevused, mida me täna ellu viime on kõik sellised, mida võiks WHO ja teiste suurte rahvusvaheliste asutuste klassifikatsioonide kohaselt öelda, et need on õiged asjad. Samas ütleme see, mida me teeme, ei ole olnud piisavas mahus. Ilmselgelt me teeme õiget asja, aga kuna see maht on ebapiisav, siis ta ei avalda nii palju mõju, kui tal oleks potentsiaali avaldada epideemia käigule.“*

*“Et tegelikult, ega ei saa olla rahul selle pärast, et epideemia ei ole raugenud niisuguse kiirusega nagu me kõik oleksime tahtnud. Siis ei saa olla kogu strateegia päris õige“*

*„Täna siiski ei saa rääkida, et meil kõik need tegevused valdkonnas oleksid hästi koordineeritud. Mingid asutused toimivad koostöös väga hästi, et aga tervikuna, kui me võtame kõik valdkonnad ennetusest ja ravini välja, siis natukene seda killustatust veel on.“*

*„Põhihäda on see, et tegevusi toimub siin ja seal ja kolmandas kohas, aga nad on killustatud ja kokku ei saada. Üks peab vastutaja olema – kes toob need kokku regulaarselt vastavalt vajadusele ja vaatab mis on ära tehtud, mis tegevused, mis on nende mõõdikud olnud, kas*

*need on efektiivsed või mitte ja tegema kiiresti korrekture, et mis siis on peamised ja kõige kiiremad praegu.”*

Strateegia elluviimist iseloomustavad aruanded ja teised dokumendid illustreerivad nõ iseeneslike prioriteetide tekkimist ehk kuigi strateegia koostamisel ei otsustatud üheselt, millised tegevused või sihtrühmad on teistest tähtsamad, siis strateegia elluviimisel neid valikuid siiski tehti. Sellisel viisil prioriteetide kujundamisel tekib oht, et tähelepanuta võivad jääda teemad või sihtrühmad, mis on strateegia eesmärkide saavutamise seisukohast olulised. Nii näiteks on juhtunud meestega seksivate meeste sihtrühma puhul, kes jäid strateegia elluviimisel tahaplaanile ja kelle seas võib täheldada HIV levimuse kasvu.

**Soovitame edaspidi seada HIV alavaldkondadele prioriteedid ehk loobuda kõigi sihtrühmade ja valdkondade käsitlemisest võrdsest olulisena.** Selle soovitusel andmisel võtame arvesse ka asjaolu, et HIV valdkonna ees seisvad probleemid on kompleksed ja nende lahendamine eeldab mitmetelt osapooltelt suuri jõupingutusi ja ressursse. Leiame, et **paremaid tulemusi on võimalik saavutada siis, kui need jõupingutused ja ressursid on fookuseeritud väiksema hulga probleemide lahendamisele.** Vastasel juhul võetakse plaani tegevused, mille teostamine ei ole süsteemile jõukohane ja nii on ka soovitud tulemuste saavutamine vähem tõenäoline.

Seda soovitates ei ole silmas peetud, et mõni sihtrühm täiesti kõrvale jäetakse, vaid seda, et kokku on lepitud prioriteedid ehk millised sihtrühmad vajavad kõige enam arendusressursse (sh uute teenuste käivitamist või olemasolevate jõulist edasiarendamist või laiendamist). **On selge, et kõigile sihtrühmadele tuleb tagada nn baasteenused (nt doonorvere kontroll, rinnapiimaasendajad HIV-nakatanud emadele jms), kuid arendustegevuste osas tuleb seada prioriteedid – kõike korraga arendada ei ole realistlik ega mõistlik.** Seda töid välja ka uuringu raames intervjueritud eksperdid.

*„Ega kõik tegevused mis praegu on, ega ei saa öelda, et ükski neist oleks täiesti vale tegevus. Aga kas nad on sellel hetkel ainuvajalikud, et epideemiaga kiiresti ühele poole tulla.“*

*„Tuleme kõik ühe laua taha ja arutame, mis tegevused on vaja teha ja mida uurida on vaja. Et kohati tundub, et võib-olla uuringud mis tehakse, riskikäitumise uuringud; ühes grupis, teises grupis; ühel aastal, järgmisel aasta – jälle ja jälle. Ja neid on siis, need WHO või UNAIDS või soovitused või vajadused. Kõik võib olla, aga kui on raha vähe, siis tuleks ainult olulisele keskenduda, et mis siis on need tegevused, mis asja muudavad? Vaat siin oleks jõulisemat juhtimist vaja.“*

*„Kasvõi see (rahvusvaheline soovitus), et ravi kohe kõikidele. Me ei ole veel täna majanduslikult nii kaugel, kuigi see on ka meie eesmärk nüüd juba, aga me ei ole veel majanduslikult nii kaugel ja me ei ole ka korralduslikult nii kaugel, et me nagu suudaksime kõikidele HIV positiivsetele koheselt pakkuda ravi.“*

*“Meie jaoks praegu üks väga oluline põhimõte ongi kuidas tagada kõikide nende teenuste ja tegevuste jätkusuutlik areng. Ehk et integreerida nad olemasolevatesse süsteemidesse ja nagu püsistruktuuridesse.“*

*„(Prioriteedid võiksid olla näiteks et) testida õigeid sihtrühmi, positiivsed kõik võimalikult üles leida, nad kohe ravile panna ja teha maksimum pingutusi, et nad püsiks ravi juures ja viiruskoormus oleks alla määratava /---/ ja raskele riskirühmale omad ekstra teenused. Siis see nakkusahel peaks katkema.“*

Tegevuste planeerimisel tuleb arvesse võtta ka valdkonna administratiivset ja juhtimisalast võimekust. Tervise Arengu Instituudi (TAI) 2013. aastal koostatud HIV-strateegia elluviimise ülevaade (perioodid 2009-2012) toob välja, et **HIV strateegial on puudunud tugev tsentraalne juhtimine, strateegia tegevused ei ole olnud piisavalt rahastatud ja koostöö eri osapoolte vahel on olnud vähene.** TAI hinnangul on aastatega kahanenud Sotsiaalministeeriumi juhtiv roll strateegia elluviimisel, eri osapoolte koostöö vahendamisel ja tegevuste hindamisel. Erinevate ministeeriumide haldusaladesse kuuluvate valdkondade vähese koostöö tõttu on viibinud mitmete oluliste meetmete rakendamine, mille edukaks teostamiseks on vajalik poliitiline toetus ja ministeeriumi(de) tasandi juhtimine (näiteks metadoon-asendusravi teenuse osutamise laiendamine, sotsiaal- tervishoiu- ja kahjude vähendamise teenuseid integreeriva juhtumikorraldussüsteemi arendamine, üldhariduskoolides kvaliteetse laiapõhjalise seksuaalhariduse pakkumine jmt).

*„Praegu käiakse küll ka koos ja arutatakse ja mitut korda räägime, et testida on vaja ja keegi ei vaidle vastu, aga pool aastat on jälle läinud ja mitte midagi ei ole tehtud, et see laieneks.“*

Nimetatud probleemid olid aktuaalsed juba strateegia koostamise ajal (2004-2005.aastal) ning **need on välja toodud ka strateegia dokumendis kui eelmiste strateegiate elluviimisel ilmnenud puudujäägid** (sh HIV tegevused on väheintegreeritud teiste ministeeriumite haldusaladesse, valdkonnas puudub tugev tsentraalne juhtimine, valdkonna rahastamine ei ole olnud piisav). **Strateegiadokumendis on nimetatud nende probleemide lahendamist kui olulist eeldust strateegia edukaks rakendamiseks. Paraku on need probleemid aktuaalsed tänaseni.** Nii näiteks on välisrahastus-programmid aidanud oluliselt kaasa Eestis toimunud arengutele ja olnud seetõttu äärmiselt väärtuslikud, kuid teisalt on tekitanud mitmete teenustega olukorra, kus välisraha lõppemisega teenuse pakkumine väheneb või hoopis katkeb. See on olnud intervjueritud ekspertide sõnul oluliseks õppetunniks, millest tulevikus osatakse nüüd paremini hoiduda.

*„Eesti on olnud väga avatud mõtlemisega, et me võtame vastu ka välisraha, aga me enam ei tee seda viga, et me paneme teenused sõltuma välisrahastusest. /---/ Kasutame välisrahastust tõesti kampaaniateks, koolitusteks ehk nagu tegevusteks, mis on ka vajalikud, aga mis ei ole nii kriitilised juhul, kui see raha ära kaob.“*

**HIV strateegia integreerimisel Rahvastiku tervise arengukavva (RTA) olid omad plussid ja miinused.** Ühelt poolt aitas see kaasa paremale horisontaalsele eelarveplaneerimisele (võimalus eri valdkondade eelarveressursse paindlikumalt ümber paigutada), teisalt muutus tegevuste planeerimine palju üldisemaks ja vähem detailsemaks, mistõttu ei olnud enam nii head ülevaadet kõigis valdkonnas toimuvatest arengutest. Samuti vähenes HIV teema prioriteetsus ja HIV-st sai nõ üks teema paljudest teistest rahvatervise teemadest.

*“Kümme aastat tagasi /---/ meil olid eraldi strateegiad ja kuigi näiteks HIV, tuberkuloosi ja narkomaania ennetamise strateegiate puhul oli tegemist kattuvate valdkondadega, siis see planeerimine käis nii-öelda eraldi. Ja ka eelarve planeerimine ning sellised jooksivad muudatused olid küll teoorias võimalikud, aga praktikas väga keerulised. Et täna on kogu see pool riigi planeerimises muutunud oluliselt paindlikumaks. Ehk et kui me näeme jooksvalt aasta sees, et meie reaalne vajadus HIV testimise järele on kõrgem ja vajab nagu lisavahendeid ja samas näiteks tuberkuloosi ravi vajadus on objektiivselt madalam kui on planeeritud – seal on võimalik teha muudatusi, suunata vahendeid ümber. Kümme aastat tagasi selle saavutamiseks sa pidid ootama kuid ja kuid, taotlema erinevaid muudatusi ja selleks ajaks sa võisid juba selle kriitilise hetke maha magada. Aga praegu on selliseid võimalusi oluliselt rohkem.“*

*„HIV strateegia, kui me võtame seda dokumenti, siis algusaastatel kindlasti oli tal oluliselt suurem roll. Rahvastiku tervise arengukava tulekuga ja kogu selle planeerimisprotsessi muutusega HIV strateegia roll aastatega ikkagi vähenes“*

**Rahvastiku tervise arengukava integreerimisega muutus ka HIV valdkonna tegevuste juhtimine.** Kui varasemalt toimusid regulaarsed töörühmade kohtumised (mida uuringu raames intervjueritud eksperdid pidasid väga olulisteks), siis RTA-sse integreerimisega muutusid kohtumised harvemaks ja lõpuks katkesid. Pildilt kadus ka strateegia juhtorgan, Vabariigi Valitsuse HIV ja AIDSi komisjon.

*“Kui esimestel aastatel väga aktiivselt töötasid ka töörühmad. Olid loodud just selleks, et täpsustada tegevusi, määratleda vajadusi ja töid kokku erinevaid inimesi valdkondadest, siis kuskil poole peal nad vajusid ära, sest et kogu sellise planeerimise-aruandluse töö võttis üle Rahvastiku tervise arengukava pool. Kolm viimast aastat strateegia elust ühtegi töörühma tegelikult ei toimunud, mis tegelikult peegeldab seda, et kogu otsusprotsess käis juba hoopis teisi teid pidi.“*

Ühe **olulise HIV-strateegia puudusena töid intervjueritavad välja strateegia indikaatorid** ning sellele leidis kinnitust ka käesolev analüüs (vt pt 3):

*„Väga paljud eesmärgid ja indikaatorid said pandud kirja lähtuvalt teoreetilistest kaalutustest hindamata seda, kas Eestis realselt on näiteks võimalik mõõta neid indikaatoreid või mitte. Ja nagu omal ajal meie vanale narkostrategiale, nii ka HIV strateegiale võib nagu selles mõttes saatuslikuks saada see, et need indikaatorid ei onudki juba algusest peale mõõdetavad. Eesmärgid ja tegevussuunad võisid olla õiged aga need indikaatorid, mis said nagu valitud selle mõõtmiseks, need lihtsalt ei olnud mõõdetavad.“*

**Vaatamata kõigile eelnevalt kirjeldatud väljakutsetele tuleb siiski Eestit tehtud vaadata ka laiemas kontekstis ning aduda, kuivõrd paremaks on HIV valdkonna olukord Eestis viimase 15 aasta jooksul muutunud.** Oluline on neid positiivseid muutusi märgata ja tunnustada.

*„Eesti on täna suureks eeskujuks teistele Ida-Euroopa riikidele, et ta on suutnud peale välisrahastust tagada kümne aasta vältel juba peaaegu riigipoolse toetuse kõikidele tegevustele. /---/ Jah, me võime rääkida sellest, et seda raha ei ole piisavalt, aga põhimõttelised mehhanismid on paigas ja riik rahastab teenuseid, siis me ise nagu seda ei näe mitte mingisuguse saavutusena.“*

## 4.1. Eestile antud rahvusvahelised soovitused

Läbi analüüsiraporti on jooksvalt toodud välja ka Eesti tegevuste vastavus rahvusvahelistele soovitustele, sh Eestile teostatud rahvusvaheliste organisatsioonide hindamise tulemusi. **Üldiselt on Eesti tegevused kooskõlas rahvusvaheliste soovitustega, kuid kõige enam puudujääke on teenuste soovituslike mahtude ja katvuse, samuti teenuste kvaliteedi ja integreerituse osas** (vt lisad 1 ja 2). Kuna aga HIV valdkonna tegevuste strateegiline planeerimine jäi peale RTA-sse integreerimist tahaplaanile, siis ei ole strateegilisi tegevussuundi vastavalt rahvusvahelistele soovitustele kaasajastatud. Analüüsi käigus teostatud ekspertintervjuudest ja läbitöötatud dokumentidest ilmneb, et **valdkonnas tegutsevad spetsialistid on teadlikud rahvusvahelistest normidest ja Eestile tehtud vastavatest soovitustest ning jõudumööda võetakse neid ka tegevuste planeerimisel ja elluviimisel arvesse.**

Kõige uuemad ja kaasaegsemad soovitusel HIV valdkonna tegevusteks on valminud WHO-l 2016. aasta septembris, kui valmis dokument „Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region“. WHO uue HIV-tegevuskava raamistiku alustalad on universaalne tervisteenustega kaetus, HIV teenuse järjepidevus, rahvatervise lähenemisviisi edendamine ning edu saavutamise eelduseks kogu valitsussektori pühendumus ja sektoritevaheline koostöö. Tegevuskava täpsemad soovitusel ja nende olukord Eestis on esitatud tabelis 5.

**TABEL 5. WHO HIV TEGEVUSKAVA (2016) SOOVITUSED JA HINNANG SOOVITUSTE RAKENDAMISELE EESTIS**

WHO soovitusel	Olukord Eestis
<b>EPIDEEMIA PEATAMINE</b>	
2030. aastaks mitte ühtegi uut nakatumist, AIDSist põhjustatud surma ning HIV-ga seonduvat diskrimineerimist	<b>Saavutatav.</b> Eelduseks on valitsuse pühendumus eesmärgi saavutamisele ja piisav ressursidega kaetus.  Eelduseks on ambitsioonikate verstepostide seadmine (2020. aastaks), et 2030. aasta eesmärgid oleksid täidetavad
Lõpetada Euroopa piirkonnas HIV ja AIDSi epideemia kui rahvatervise oht, et kindlustada tervena elatud eluaastad ja edendada heaolu kõigi vanusegruppide seas.	
<b>ENNETUS</b>	
Vähendada 75% võrra võtmepopulatsioonide hulgas uusi nakatumisi	<b>Saavutatav.</b> Narkootikume süstivate inimeste seas on aastate lõikes uute juhtude osakaal järjest vähenenud (eriti uute narkomaanide seas) ja HIV levimus stabiliseerunud, mis viitab Eesti võimekusele positiivseid tulemusi saavutada. Samuti on aastatega vähenenud sihtrühma suurus, mis võimaldab sama mahu teenustega rohkemateni jõuda.  Eesmärgi saavutamiseks tuleb tulevikus rohkem tähelepanu pöörata narkootikume süstivate inimeste turvaseksi käitumisele ja HIV levikule nende seksuaalpartnerite seas. Samuti meestega seksivate meestele.
Vähendada emalt lapsele kanduvate nakatumiste arvu rinnaga mittetoitvate emade seas vähem kui 2%’le ja rinnaga toitvate emade seas vähem kui 5%’le	<b>Saavutatud.</b> Eestis on saavutatud püsivalt madal vertikaalne levik (0,5% kõigist uutest juhtudest vahemikus 1988–2015).
Vähendada kongentiaalse süüfilise ja HIV-sse nakatunud laste arvu vähem kui 50-le 100 000 sünni kohta	<b>Saavutatud.</b> Kaasasündinud süüfilise juhtude arv on Eestis madal (9 juhtu vahemikus 2000-2010, mitte ühtegi juhtu alates 2011). Kaasasündinud HIV juhtude arv on madal (8 juhtu vahemikus 2012-2014, mitte ühtegi juhtu 2015)

*Tabel jätkub järgmisel leheküljel*

TESTIMINE JA RAVI	
90% HIV-nakatunutest teavad oma staatust	<b>Saavutatav.</b> Testitute arv ja osakaal elanikkonnas on aasta-aastalt tõusnud, mis viitab Eesti võimekusele saavutada testimise olukorra paranemist. Ressursside mõistlikuks kasutamiseks tuleb tulevikus rohkem tähelepanu suunitletud testimisele kõige tõenäolisemate riskirühmade seas, sh leida üles rohkem seksuaalsel teel nakatunuid.
90% HIV-nakatunutest diagnoosi saanud inimestest saavad ravi	<b>Raske saavutada.</b> Saavutamine nõuab väga suurt pühendumust, eesmärgile fokuseeritust ja suuremaid ressursse HIV-nakatunutele integreeritud teenuste osutamiseks. Suure tõenäosusega eeldab see mitmetest teistest tegevustest loobumist, et piisavalt ressursse jaguks selle eesmärgi saavutamiseks.  Esmaselt tuleb teostada põhjalik ravisoostumuse analüüs, et mõista ravi katkestamise põhjustest ning seejärel arendada sihtrühma vajadusi arvestavad, rahvusvahelistele soovitudele tuginevad ja piisavate ressurssidega kaetud ravisoostumuse parandamise sekkumised.
90% ravil viibivatest HIV-positiivsetest patsientidest on viiruskoormus alla tuvastamise piiri	<b>Saavutatav.</b> Saavutamine sõltub eelkõige eelmise indikaatori saavutamisest ehk mida vähem suudetakse ära hoida ravi katkestamisi, seda enam on saavutatav kvaliteetne ravi ja viiruskoormuse langus.
SURMAD	
Vähendada AIDSi seotud surmade arv alla 30 000	<b>Saavutatud.</b> Kuigi Eestis on probleemiks HIV nakkuse hiline diagnoosimine, siis on AIDSi surmade arv püsinud madalal.
Vähendada tuberkuloosist tingitud surmade arvu HIV-nakatunute seas 75% võrra	<b>Saavutatav.</b> Kui tuberkuloosi haigestumus ja suremus on Eestis pideva langus tendentsiga, siis HIV-nakatunute osakaal testitud TB haigete seas on Eestis aastate lõikes tõusnud (0,25%-lt aastal 2000 11,2%-ni aastal 2015). C-hepatiidi levimus narkootikumide süstivate inimeste seas on Eestis viimastel aastatel püsinud stabiilsena. HIV strateegias ei olnud seatud strateegilisi eesmärke ja meetmeid mitmikdiagnooside käsitlemiseks.
Vähendada B- ja C-hepatiidist põhjustatud surmasid HIV-nakatunute seas	Eesmärgi saavutamiseks tuleb tõhustada tuleks HIV nakatunute kaasuvate haiguste seiret, et oleks võimalik analüüsida trendi ja arendada vastavaid sekkumisi.

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

## DISKRIMINEERIMINE

Kaotada lõplikult HIV-ga seotud diskrimineerimine

**Raske saavutada.** Eestis on HIV-ga seotud palju eelarvamusi nii üldelanikkonnas kui erinevate teenuseosutajate seas ning märkimisväärset paranemist ei ole aja jooksul toimunud. Samas ei ole selle paranemise nimel teostatud ka süsteemseid, laiapõhjalisi ja pikaajalisi tegevusi. Eesmärgi saavutamine nõuab väga suurt pühendumust, eesmärgile fokuseeritust ja suuremaid ressursse.

Tabelis nimetatud ambitsioonikate eesmärkide saavutamiseks on WHO tegevusplaanis seatud järgmised strateegilised suunad, mis peaksid olema HIV tegevuste planeerimisel prioriteediks:

1. **Strateegilise informatsiooni olemasolu HIV epideemia kohta.** Selleks, et oleks võimalik fokuseeritult tegutseda, peab oma riigi epideemiat hästi tundma – kes nakatuvad ja kuidas; millised on teenuste vajadused; millised on tegevuste tulemused jne. Strateegiline informatsioon on oluline ka selleks, et vajadusel hinnata olukorda ümber ja teha tegevustes muudatusi. Epidemioloogilised trendid ning kohalikud ja riiklikud andmed peaksid olema alused riikliku HIV strateegia uuendamisel.
2. **Mõjusad ja eesmärgipärased sekkumised.** Teenuste ja teiste sekkumiste pakkumisel peab keskne küsimus olema selles, kuidas meie tegevused aitavad saavutada eesmärgiks seatud muutusi. Mõjusad peavad olema nii testimise, kahjude vähendamise, ravisoostumuse kui ka esmase ennetuse tegevused.
3. **Kõigile vajajatele kättesaadavad teenused.** Teenuste arendamisel tuleb fookusesse võtta sihtrühma vajadustest ja võimalustest lähtumine, et kõigil teenuse vajajatel oleksid võimalikult võrdsed võimalused saada teenust, sh kvaliteetset teenust.
4. **Süsteemi efektiivsuse suurendamine.** Riigid peaksid otsima võimalusi HIV epideemiaga kaasnevate kulude vähendamiseks, samal ajal kindlustades inimestele taskukohase ligipääsu teenustele. Efektiivsuse suurendamisel tuleks keskenduda terviseteenuste pakkumisele, paremini integreeritud teenustele, programmi juhtimise arendamisele ning tervise valdkonnas töötava inimressursi paremale organiseerimisele.
5. **Innovaatilised lähenemised HIV vastu võitlemisel.** Otsida tuleks uusi ja innovaatilisi võimalusi, mis aitaksid kiiremini ja kulutõhusamalt saavutada soovitud muutusi. Riikidel tuleks kaardistada probleemsed teemas, mille osas innovatsiooni kõige enam vajatakse ja julgustada eri osapooli uusi lahendusi välja pakkuma.



## 4.2. Tulevikus lahendamist vajavad küsimused

- **Eestis on tehtud palju erinevaid HIV alaseid tegevusi ja olukord on paranenud, kuid kahjuks ei ole saavutatud optimaalset tulemust** – jätkuvalt on HIV levimuse tase Eestis väga kõrge. Tulevikus tuleb fookus seda HIV esmasjuhtude olulisele vähenemisele, mitte vaid olukorra stabiliseerimisele. Seada tuleb prioriteetsed valdkonnad ja eesmärgid, kuna HIV valdkonnas lahendamist vajavad probleemid on sedavõrd kompleksed ja suuri ressursse nõudvad, et kõigi sihtrühmade ja valdkondade jaoks ei jagu. Hoiduda tuleb olukorrast, kus igas valdkonnas tehakse natuke ja saavutatakse sellega natuke paranenud olukord, kuid mitte olulist muutust epideemia raugemises.
- **HIV valdkonna tegevused ei ole olnud hästi koordineeritud**, kuigi koordineerituse taseme ja eri asutuste koostöö parandamine oli HIV strateegia üheks eesmärgiks. Tulevikus tuleb HIV valdkonna tegevuste juhtimiseks leida selline juhtimismudel, mis on suunatud eri asutuste koostöö tugevdamisele.
- **Tervisesüsteem ei ole tänaseni võtnud HIV teemat omaks** - liialt suurel osal tervishoiuteenuste osutajatest puudub huvi ja motivatsioon HIV riskirühmadele tervishoiuteenuste osutamiseks. See takistab integreeritud ja kvaliteetsete teenuste väljaarendamist, mis on HIV epideemia ohjamiseks kriitilise tähtsusega. Tegu on valdkonna kõige suurema väljakutsega, mis peaks tulevikus saam üheks kõige prioriteetsemaks teemaks, millele lahendused leida.
- **Liialt palju on olulisi andmelünki, mis takistavad HIV epideemia ohjamiseks vajalike sekkumiste planeerimist.** Vaja on andmeid, mis võimaldavad hinnata vajadust erinevate teenuste järele, realselt pakutavate teenuste mahte ja kvaliteeti ning tulemusi. Näiteks praegused epidemioloogilised andmed viitavad seksuaalsel teel leviku suurenemisele, kuid puudulike andmete tõttu ei ole võimaik hinnata, millisel määral on tegu narkootikumide süstivate inimeste seksuaalpartneritega. Kõiki HIV strateegia elluviimiseks vajalikke andmeid tuleb koguda riiklikult kokku lepitud HIV seire- ja hindamissüsteemi alusel, mida rahastatakse riigieelarvest. Oluliseks arenguhüppeks oleks E-HIV andmekogu riiklikustamine.
- **Liialt paljud HIV-nakatunud on veel diagnoosimata.** Välja tuleb töötada kõiki olulisi riskirühmi paremini sihistavad HIV-testimise meetmed, mille abil leida üles enam HIV-nakatunud.
- **ARV ravi katkestamise määrad on liiga kõrged.** Selles valdkonnas on veel meetmed täiesti välja töötamata ja ravi valdkond vajab edaspidi oluliselt rohkem süsteemset lähenemist.
- **Nakatunutele pakutavad teenused ei ole piisavalt kergesti kättesaadavad.** Liikuda tuleb integreeritud teenuste mudeli suunas, mis võimaldab võimalikult paljusid teenuseid kätte saada ühest kohast.



## LISA 1. ECDC soovitusel HIV epideemiaga võitlemisel narkootikumide süstivate inimeste seas ja nende rakendamine Eestis, 2011

ECDC soovitus	Soovituse täpsustused	Soovituse rakendamine Eestis
Legaalne juurdepääs puhastele süstimistarvikutele (ka steriilsete nõelte piisavale varule ja tasuta süstaldele) ning narkootikumide ettevalmistusvahenditele	*Idealis tasuta ja organiseeritud jaotusviisil *Tagastamine on soovituslik, kuid mitte kohustuslik	Rakendatud
A- ja B-hepatiidi, teetanuse- ja gripivastane vaktsineerimine ning eelkõige HIV-positiivsetele inimestele pneumokoki vaktsiin	*Vaktsineerimisteenuste pakkumine statsionaarsetes keskustes või mobiilsete teenuste käigus (süstlavahetus)	Ei ole rakendatud
Opioidasendusravi ja sõltuvusravi muud tõhusad vormid	*Tõhusaim, kui psühhosotsiaalset ravi kombineerida opioidasendusraviga	Osaliselt rakendatud
	*Raviteenused ning personali koolitus hästi organiseeritud ja kvaliteetne	Osaliselt rakendatud
	*Infektsioonidega seotud teenuste pakkumine (nõustamine, testimine, vaktsineerimine jm)	Osaliselt rakendatud
	*Pakkumine haiglates, spetsiaalsetes kogukondades, apteekides	Osaliselt rakendatud
Regulaarne vabatahtliku ning konfidentsiaalse testimise pakkumine ning ravile suunamine	*HIV testimine	Rakendatud
	*HCV, TB testimine	Osaliselt rakendatud
	*TB sõeluuringud	Ei ole rakendatud
	*Tervisekontroll 1-2 korda aastas HIV riskigrupi kuuluvatele inimestele	Ei ole rakendatud
HIVi, HBV või HCV-ga nakatanute viirusvastane ravi vastavalt kliinilisele näidustustele, TB-vastane või profülaktiline ravi	*ARV pakkumine	Rakendatud
	*Patsientide regulaarne tervisealane jälgimine	Rakendatud
Ohutuma süstimiskäitumise, seksuaaltervise ning haiguste ennetamise, tõrje ning ravi edendamine	*Kombineerimine teiste ennetusmeetoditega	Osaliselt rakendatud
	*Sõnumid sootundlikud, kultuurikonteksti kuuluvad, erikeelsed ning kohandatud sõnavaraga	Osaliselt rakendatud
	*Visuaalsed, interaktiivsed õppevahendid	

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

ECDC soovitus	Soovituse täpsustused	Soovituse rakendamine Eestis
Teenuste pakkumine vastavalt tarvitajate vajadustele ja kohalikele tingimustele. Teenuste osutamine välitingimustes ja sõltuvusravi pakkuvates statsionaarsetes keskustes, kahjude vähendamist, nõustamist, testimist ja suunamist teiste üldiste ja erialatervishoiuteenuste juurde.	*Sotsiaalsete baasteenuste (toit, pesemisvõimalus jm) pakkumine	Osaliselt rakendatud
	*Sihtrühma kaasamine pakkumise loomisel ja mooduste valimisel	Osaliselt rakendatud

Allikas: ECDC and EMCCDA Guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, 2011

## LISA 2. WHO globaalse HIV/AIDS strateegia 2011-2015 soovitused ja nende rakendamine Eestis

WHO soovitus	Soovituse täpsustused	Soovituse rakendamine Eestis
<b>Ennetada HIV levikut</b>	Meeste ning naiste kondoomide kättesaadavus	Rakendatud
	Varajane ARV-ravi	Osaliselt rakendatud
	Käitumispõhised nõustamised	Osaliselt rakendatud
	Kokkupuutejärgne profülaktika	Osaliselt rakendatud
	Kvaliteetsed testimised	Rakendatud
	Ranged ettevaatusabinõud tervishoiuasutustes	Rakendatud
<b>Elimineerida uued nakatumised laste seas</b>	Riiklike ennetus- ning raviprotokollide kasutuselevõtt, et vältida emalt-lapsele HIV levikut	Rakendatud
	HIV testimine tervishoiuteenuse osutaja juures, nõustamine, korduvtestimine, sünnituseelsete paaride nõustamine	Osaliselt rakendatud
	ARV- ravi rasedatele HIV nakatunud naistele	Rakendatud
<b>Kiirelt laiendada ligipääsu HIV testimisele ja nõustamisele, ravile (nii lapsed, noored kui täiskasvanud); vähendada teistesse viirustesse nakatumise ohtu</b>	Vabatahtlik konfidentsiaalne testimine	Rakendatud
	Riiklike raviprotokollide uuendamine (vanalt ravilt uuele üleminek)	Osaliselt rakendatud
	Lihtsaim, vastuvõetavaim ning robustseim ravimikuur	Osaliselt rakendatud
	Profülaktika, diagnooside ning ravi rakendamine levinuimatele nakkustele ning haigustele (kopsupõletik, tuberkuloos, jt)	Osaliselt rakendatud
	HIV haigetele lisateenuste pakkumine, et säilitada hea tervis	Osaliselt rakendatud
<b>Prostitutsiooni kaasatute, meeste, kes on vahekorras teiste meestega, ning transseksuaalide ligipääs teenustele</b>	Strateegiad, et vähendada diskrimineerimist ning parandada ligipääsu terviseteenustele	Ei ole rakendatud
<b>Luuva HIV ennetavaid pakette võtme-sihtgruppidele</b>	Koostöö teiste organisatsioonidega	Osaliselt rakendatud

Tabel jätkub järgmisel leheküljel

WHO soovitus	Soovituse täpsustused	Soovituse rakendamine Eestis
<b>Tugevdada lülisid HIV programmide ning teiste tervist puudutavate teemade vahel</b>	HIV/tuberkuloosi ühendamise mehhanismid	Osaliselt rakendatud
	HIV/lapseootusel ema/imiku ning laste terviseteenuste ühendamine	Rakendatud
	Ligipääs seksuaalterviseteenustele, et vältida soovimatut rasedust, HIV'd	Osaliselt rakendatud
	Tuberkuloosi, süüfilise sõeluuringud ja ravi	Osaliselt rakendatud
<b>Tugevdada HIV, mittenakkuslike ning krooniliste haiguste haldamist</b>	Mittentakkushaiguste programmide peaksid käsitlema HIV-ga seotud komplikatsioone (suuõõne tervis, toitumine, vaimne tervis ning pikaajalise ARV ravi kõrvaltoimed)	Ei ole rakendatud
	HIV ning vähiprogrammide lõimumine	Ei ole rakendatud
<b>Tugevdada inimressurssi tervishoiuteenustes</b>	Koolitus- ning värbamistrateegiad	Osaliselt rakendatud
<b>Soopõhine terviseinfo kogumine</b>	Võrdne kohtlemine meeste ja naiste vahel	Osaliselt rakendatud

## LISA 3. Analüüsi kaasatud dokumendid

### Sotsiaalministeeriumi töödokumendid:

1. Sotsiaalministeerium (2005) „Riiklik HIV ja AIDSi strateegia 2006-2015“
2. Sotsiaalministeerium (2007) „Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2007. aasta tegevuskava aruanne“
3. Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut (2007) „„Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ ja „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia tegevuskava aastateks 2006–2009“ täitmisest 2007. aastal““
4. Sotsiaalministeerium (2008) „Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2008. aasta tegevuskava aruanne“
5. Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut (2008) „„Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ ja „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia tegevuskava aastateks 2006–2009“ täitmisest 2008. aastal““
6. Sotsiaalministeerium (2009) „Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2009. aasta tegevuskava aruanne“
7. Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut (2009) „„Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ ja „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia tegevuskava aastateks 2006–2009“ täitmisest 2008. aastal““
8. Sotsiaalministeerium (2010) „Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2010. aasta tegevuskava aruanne“
9. Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut (2010) „Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ täitmisest 2010. aastal“
10. Sotsiaalministeerium (2011) „Riikliku HIV ja AIDSi strateegia 2011. aasta tegevuskava aruanne“
11. Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut (2011) Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ täitmisest 2011. aastal
12. Sotsiaalministeerium (2012) „Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015“ täitmisest 2012. Aastal“
13. Sotsiaalministeerium (2013) „Riikliku HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015. 2009.–2012. aasta tegevuste hindamine“
14. Sotsiaalministeerium (2013) „ARV ravi korraldus Narvas ja Ida-Virumaal“
15. Sotsiaalministeerium (2013) „HIV-positiivsete ravi Eestis“
16. Sotsiaalministeerium (2013) „HIV riskifaktorite teemaline kohtumine“
17. Sotsiaalministeerium (2013) „HIV-teenused ja HIV-testimise laiendamine“
18. Sotsiaalministeerium (2013) „Kondoomide kättesaadavus vanglates“
19. Sotsiaalministeerium (2014) „Töövõimetuse määramine HIV ja TB puhul“
20. Sotsiaalministeerium (2014) „Töövõime kaotuse protsendi määramine HIV-positiivsetel“
21. Sotsiaalministeerium (2013a) „HIV'i JA AIDS'i valitsuskomisjoni koosoleku protokoll“
22. Sotsiaalministeerium (2013b) „HIVi JA AIDSi VV komisjoni koosoleku protokoll“
23. Sotsiaalministeerium (2014) „HIV/AIDS 2013. aasta ülevaade ja edasised tegevused“
24. Sotsiaalministeerium (2014) „HIV/AIDS kohtumise memo, 21.04.14“
25. Sotsiaalministeerium (2014) „HIV/AIDS epidemioloogiline olukord, ravikorraldus ja teenused Narvas“

26. Sotsiaalministeerium (2014) „HIV ja narko teenuste laiendamise vajadused ning prioriteetid 2017. aasta“
27. Sotsiaalministeerium (2014a) „HIVi ja AIDSi valitsuskomisjoni kohtumise memo“
28. Sotsiaalministeerium (2014b) „HIVi ja AIDSi valitsuskomisjoni koosoleku kokkuvõte“
29. Sotsiaalministeerium (2014c) „HIV'i JA AIDS'i valitsuskomisjoni koosoleku protokoll“
30. Sotsiaalministeerium (2014) „Kuidas parandada HIV/AIDS ravi ja teenuste korraldust – WHO soovitused Eestile“
31. Sotsiaalministeerium (2014) „HIV/AIDS ja narkomaania tegevused RTA 2014 tegevuskavas“
32. Sotsiaalministeerium (2014) „Teenused rahvatervise kaitseks RTS-s“
33. Sotsiaalministeerium (2015) „HIV tööühma kohtumise memo, 13.01.16“
34. Sotsiaalministeerium (2015) „HIV/AIDS tööühma kohtumise kokkuvõte, 22.10.15“
35. Sotsiaalministeerium (2015) „HIVi ja AIDSi valitsuskomisjoni kohtumine“
36. Sotsiaalministeerium (2015) „Vajalikud tegevused Eesti HIV olukorra parandamiseks“
37. Sotsiaalministeerium (2015) „Sotsiaalministeeriumi tegevused 2015+“
38. Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut (2016) „Ettepanekud olulisemateks arendustegevusteks HIV valdkonnas“
39. Sotsiaalministeerium (2016) „HIV tööühma kokkuvõte, 19.02.16“
40. Sotsiaalministeerium (2016) „HIV tööühma kohtumine“
41. Sotsiaalministeerium (2016) „Indikaatorid töökoosolek“
42. Sotsiaalministeerium (2016) „HIV/AIDS valdkonna tegevused Sotsiaalministeeriumis“
43. Sotsiaalministeerium (teadmata) „HIV meede RTA 2017-2020 rakendusplaanis. Partnerite ettepanekud“
44. Sotsiaalministeerium (teadmata) „ARV konsiiliumi arutelu“
45. Sotsiaalministeerium (2008) „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“
46. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“
47. Sotsiaalministeerium (aasta teadmata) „RTA rakendusplaani aastateks 2009-2012“
48. Sotsiaalministeerium (2009) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta tegevusaruande analüütiline kokkuvõte“
49. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta aruanne“
50. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
51. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA 2011. aasta tegevuskava“
52. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA 2011. aasta tegevuskava tabel“
53. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA aastate 2009-2010 tulemusaruanne“
54. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta aruanne“
55. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
56. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta aruanne“

57. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
58. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA 2012. aasta tegevuskava“
59. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA 2012. aasta tegevuskava tabel“
60. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA rakendusplaan aastateks 2013-2016“
61. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA I perioodi 2009-2012 tulemusaruanne“
62. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA 2013. aasta tegevuskava“
63. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA 2013. aasta tegevuskava tabel“
64. Sotsiaalministeerium (2013) „Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta aruanne“
65. Sotsiaalministeerium (2013) „Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
66. Sotsiaalministeerium (2014) „RTA 2014. aasta tegevuskava“
67. Sotsiaalministeerium (2014) „RTA 2014. aasta tegevuskava tabel“
68. Sotsiaalministeerium (2014) „Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta aruanne“
69. Sotsiaalministeerium (2014) „Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
70. Sotsiaalministeerium (2015) „Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta aruanne“
71. Sotsiaalministeerium (2015) „Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
72. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA aastate 2013-2014 tulemusaruanne“
73. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA 2015. aasta tegevuskava“
74. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA 2015. aasta tegevuskava tabel“
75. Sotsiaalministeerium (2016) „Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta aruanne“
76. Sotsiaalministeerium (2016) „Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
77. Sotsiaalministeerium (2016) „RTA 2016. aasta tegevuskava“
78. Sotsiaalministeerium (2016) „RTA 2016. aasta tegevuskava tabel“
79. Sotsiaalministeerium (2016) töödokument „Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 indikaatorid“
80. Sotsiaalministeerium (aasta teadmata) „RTA täiendatud rakendusplaan aastateks 2013-2016“
81. Sotsiaalministeerium (2008) „Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll“
82. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll“
83. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvatervise strateegiliste arengukavade järelevalve nõukogu koosoleku protokoll“

Uuringute raportid (kronoloogilises järjekorras):

84. Uusküla, A. jt (2005) The prevalence of injecting drug use in Estonia, 2004 (study report)

85. Rüütel, K. jt (2006) Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Uurimuse kokkuvõte.
86. Trummal, A. jt (2006) HIV-nakkuse levimus ning riskikäitumine prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas Tallinnas
87. Lõhmus, L. jt (2006) HIV/AIDS- iga seotud teadmised ja käitumine gay- internetilehekülgi külastavate MSM- ide seas
88. Lõhmus, L. jt (2006) HIV/AIDS-i ennetustegevus Eestis 2004. ja 2005. aastal
89. Trummal, A. jt (2007) Süstlavahetusteenuse külastajate HIV/AIDS- iga seotud riskikäitumine ja teadmised. Esma- ja korduvklientide võrdlev andlõus, 2006
90. Trummal, A. jt (2007) Prostitutsiooni kaasatud meditsiiniteenuste külastajate HIV/AIDS-iga seotud riskikäitumine ja teadmised. Esma- ja korduvklientide võrdlev andlõus, 2006
91. Trummal, A. jt (2007) HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas
92. Tekkel, M. jt (2007) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2006
93. ECDC (2007) Country visit for HIV and STI Estonia, report
94. UNODC (2008) HIV/AIDS interventions for injecting drug users in Estonia: evaluation and recommendations
95. WHO (2008) Evaluation of fighting HIV/AIDS in Estonia
96. Lõhmus, L. jt (2008) HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel
97. Lõhmus, L. jt (2008) HIV-valdkonna tegevus Eestis 2006. ja 2007. aastal
98. Lõhmus, L. (2008) Prostitutsiooni kaasatud teinud meditsiiniteenuste külastajate HIV-iga seotud riskikäitumine ja teadmised
99. Trummal, A. jt (2008) Süstlavahetusteenuse külastajate HIV- iga seotud riskikäitumine ja teadmised
100. Tervise Arengu Instituut jt (2008) HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel
101. WHO (2008) Evaluation of fighting HIV/AIDS in Estonia
102. Murd, M. (2008) Süstivate narkomaanide ja nende seksuaalpartnerite seksuaalsel teel levivate infektsioonide diagnostika ja raviteenuse külastajate riskikäitumine (2006-2007)
103. Lõhmus, L. jt (2008) HIV-iga seotud teadmised ja käitumine gay-internetilehekülgi külastavate MSM-ide seas, 2007
104. Lõhmus, L. jt (2008) HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikooli tervishoiu instituut
105. Lõhmus, L. jt (2009) Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis
106. Murd, M. jt (2009) Süstlavahetusteenuse külastajate HIV- iga seotud riskikäitumine ja teadmised
107. Tekkel, M. jt (2009) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2008
108. Murd, M. jt (2009) AIDS-i nõustamiskabinettide klientide andmed. 2008. a raport
109. UNODC (2009) Mid-term evaluation of UNODC project XEEJ20, HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prisons settings in Estonia, Latvia and Lithuania



110. ECDC (2010) Country mission Estonia: HIV, sexually transmitted infections and hepatitis B and C.
111. ECDC (2010) Joint ECDC/WHO-EURO TB Country Visit, Estonia, report
112. Murd, M. jt (2010) HIV ja seotud nakkused arvudes 2009. aasta seisuga
113. Trummal, A. jt (2011) HIV-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas
114. Tekkel, M. jt (2011) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2010
115. Murd, M. jt (2011) AIDS-i nõustamiskabinettide klientide andmed. 2010. a raport
116. Murd, M. jt (2011) Süstlavahetusteenuse külastajate HIV- iga seotud riskikäitumine ja teadmised
117. Glušškova, N. jt (2011) Süstivate narkomaanide ja nende seksuaalpartnerite STLI diagnostika ja raviteenuse külastajate riskikäitumine, 2011
118. Glušškova, N. jt (2011) AIDS-i nõustamiskabinettide klientide andmed. 2011. a raport
119. Lõhmus, L. jt (2011) HIV-nakkuse, hepatiidi ning riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Narvas. Tervise Arengu Instituut
120. WHO (2011) Mid-term evaluation of the Estonian national HIV/AIDS strategy 2006–2015 and national drug prevention strategy 2012
121. Lõhmus, L. jt (2012) Üle-euroopalise meestega seksivate meeste uuringu Eesti andmete kokkuvõte, 2010
122. Glušškova, N. (2012) Süstivate narkomaanide ja nende seksuaalpartnerite STLI diagnostika ja raviteenuse külastajate riskikäitumine, 2012
123. Lõhmus, L. (2012) HIV-nakkuse, teiste infektsioonide ning riskikäitumise levimus prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas Tallinnas
124. Eesti HIV-positiivsete Võrgustik (2012) The PLHIV Stigma Index (Eesti raport)
125. WHO (2012) WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users
126. Uusküla, A. jt (2013). A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005–2009. *International Journal of Drug Policy*, 24 (4), 312–318
127. Rüütel, K. (2013) Anonüümse HIV nõustamise ja testimise teenuse ülevaade. 2012. aasta
128. Glušškova, N. (2013) Prostitutsiooni kaasatutele suunatud tervishoiuteenuste külastajate HIV-ga seotud riskikäitumine (2012. a ülevaade)
129. Tekkel, M. jt (2013) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2012
130. Rüütel, K. jt (2013) Seksuaalsel teel levivate infektsioonide levimus ning nendega seotud teadmised, hoiakud, käitumine ja ettekujutused Eesti ajateenijate hulgas. Uuringu raport
131. Rüütel, K. (2014) Meeste tervise heaks: seire ja tervisedendus internetis. 2013. aasta meestega seksivate meeste Internetiuuringu kokkuvõte.
132. Rüütel, K. (2014) HIV-nakkuse emalt-lapsele leviku ennetamine. Kvalitatiivse uuringu raport
133. Rüütel, K. jt (2014) Prostitutsiooni kaasatud naistele suunatud HIV-ga seotud tervishoiuteenuste külastajate ülevaade (2013. aasta)
134. Tervise Arengu Instituut, Terviseamet (2014) HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 1988–2013
135. WHO (2014) HIV/AIDSi ravi ja hooldus Eestis
136. Tervise Arengu Instituut (2014) HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment and care. Narrative report for GARPR 2014

137. Tervise Arengu Instituut (2014) Raport narkoolukorrast Eestis 2014. aastal (2013. a andmete põhjal)
138. Lemsalu, L. jt (2014) HIV nõustamise ja testimise teenuse kasutamine 2013. aastal
139. Lõhmus, L. jt (2014) Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunud inimeste tervis. 2013. aasta terviseuuringu raport
140. Vorobjov, S. (2014) HIV levimuse ja riskikäitumise uuring Tallinna süstivate narkomaanide seas, 2013. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikooli tervishoiu instituut
141. Vorobjov, S. (2014) HIV levimuse ja riskikäitumise uuring Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas, 2012. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikooli tervishoiu instituut
142. Vorobjov, S. jt (2015) HIV levimuse ja riskikäitumise uuring Narva süstivate narkomaanide seas, 2014. Tervise Arengu Instituut
143. Rüütel, K. jt (2014) Süstivatele narkomaanidele ja nende seksuaalpartneritele suunatud seksuaaltervisealase teenuse külastajate ülevaade (2013. aasta)
144. Rüütel, K. jt (2015) Süstivatele narkomaanidele ja nende seksuaalpartneritele suunatud seksuaaltervisealase teenuse külastajate ülevaade (2014. aasta)
145. Lemsalu, L. jt (2015) HIV nõustamise ja testimise teenuse kasutamine 2014. aastal
146. Rüütel, K. jt (2015) Meestega seksivatele meestele suunatud internetipõhine HIV ja STI testimise sekkumine
147. Rüütel, K. (2015) Meestega seksivate meeste internetipõhine seksuaalsel teel levivate infektsioonide testimise teenus. Pilootprojekti tulemused
148. Tervise Arengu Instituut (2015) HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment and care. Narrative report for GARPR 2015
149. Tekkel, M. jt (2015) Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2014
150. Tervise Arengu Instituut (2016) HIVi temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Uuringuraport 2015
151. Tervise Arengu Instituut, Terviseamet (2016) HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2015
152. Tervise Arengu Instituut jt (2012) HIV epideemia Eestis: strateegilise info analüüs
153. WHO (2014) HIV/AIDSi ravi ja hooldus Eestis, hindamisaruanne
154. Rüütel, K. (2016) Prostitutsiooni kaasatud naistele suunatud HIV-ga seotud tervishoiuteenuste külastajate ülevaade (2014. ja 2015. a)

#### Rahvusvahelised juhised (kronoloogilises järjekorras)

155. WHO (2009) A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS
156. ECDC (2010) HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union
157. ECDC (2011) ECDC and EMCDDA Guidance: Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs
158. WHO (2011) A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS
159. WHO (2011) WHO Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015
160. UNAIDS (2011) UNAIDS 2011–2015 Strategy

161. WHO (2012) European Action Plan for HIV 2012-2015
162. WHO, UNAIDS (2014) Guidelines for HIV mortality measurement
163. WHO (2014) Global Guidance On Criteria And Processes For Validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis
164. WHO (2015) Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations
165. WHO (2015) Consolidated guidelines on HIV testing services
166. WHO (2016) Consolidated guidelines on hiv prevention, diagnosis, treatment and care for key populations
167. WHO (2016) Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region
168. WHO (2016) Global health sector strategy on HIV, 2016-2021

Muud dokumendid:

169. Opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll (2013)
170. HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhised. Eesti Arst 2013; 92(1):51–55
171. Eesti Infektsioonhaiguste Selts (2016) HIV infektsiooni perinataalse ülekande profülaktika
172. Ravijuhendite Nõukoda (2016) koosoleku protokoll nr 3

## LISA 4. Ekspertide intervjuude kavad

### Eesti eksperdi intervjuu kava:

1. Millised on olulisemad edasimineked ja positiivsed arengud Eesti HIV/aids valdkonnas viimase 10 aasta jooksul?
2. Millised on olulisemad tagasimineked ja suurimad väljakutsed Eesti HIV/aids valdkonnas viimase 10 aasta jooksul?
3. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
4. Milline on olnud HIV-strateegia roll Eesti HIV/aids valdkonna arengutes?
5. Kuivõrd teeme õigeid asju, et uute HIV-nakatunute arv oluliselt väheneks ja epideemia Eestis peatuks?
6. Millised on HIV/aids valdkonna tegevussuunad, millest võiksime Eestis loobuda ja valida uue tegevussuuna?
7. Millised HIV/aids valdkonna teemad vajaksid senisest enam tähelepanu? / Mida võiks veel teha lisaks olemasolevatele tegevustele?
8. Kuidas saavutada HIV/aids tegevuste/tegevussuundade integreeritus teiste seotud teemadega nagu narkomaania, tuberkuloos, hepatiit ja seksuaaltervis?
9. Millised HIV/aids valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
10. Millised on kõige olulisemad takistused, mis tuleb Eestis ületada, et need eesmärgid saavutada?
11. Millistest põhimõtetest peaks Eestis lähtuma HIV/aids tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?
12. Milliseid HIV/aids valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

### Väliseksperti intervjuu kava:

1. Millised sekkumised on teistes Euroopa riikides olnud edukad:
  - a. HIV (hetero)seksuaalsel teel leviku pidurdamisel?
  - b. ARV ravi katkestamise ennetamisel?
  - c. mitmikdiagnoosiga HIV-nakatunute ravis?
  - d. tervishoiusüsteemis stigma vähendamisel?
2. Millised on peamised tegurid teistes Euroopa riikides, mis toetavad HIV/aids poliitikate elluviimise edukust?
3. Millistest põhimõtetest lähtutakse teistes Euroopa riikides HIV/aids riiklike tegevussuundade ja konkreetsete tegevuste planeerimisel?
4. Kuivõrd ja kuidas on teistes Euroopa riikides saavutatud HIV/aids riiklike poliitikate koostamisel ennetuse ja ravi tegevuste omavaheline integreeritus ja tasakaal?

5. Millised on kõige olulisemad teiste Euroopa riikide õppetunnid, millega Eesti peaks oma poliitika kujundamisel arvestama?
6. Millised HIV/aids valdkonna trendid Euroopas on sellised, millega Eesti peaks oma poliitika kujundamisel arvestama?

