

# HIVi mõju majandusele ja tööandjate roll selle ennetamisel

2012



#### Autorid:

**Gerli Paat-Ahi** on Praxise tervisepoliitika programmi analüütik. Tema peamised uuringusuunad on tervishoiu kvaliteet ja kättesaadavus ning tervisesüsteemi efektiivsus. Roll projektis: analüütik

**Riina Sikkut** on Praxise tervisepoliitika programmi analüütik. Tema huvivaldkonnad on tervishoiusüsteemi efektiivsus ja ravimipoliitika. Roll projektis: analüütik.

**Ain Aaviksoo** (MD) on Praxise tervisepoliitika programmi direktor. Tema peamised uuringusuunad on tervishoiusüsteemi toimimine ja e-tervis ning samuti halduspoliitika ja valitsemine. Roll projektis: ekspert.

#### Käesoleva töö valmimise on panuse andnud ka:

Keit Fomotškin, Vootele Veldre ja Heli Laarmann.

**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: Praxis (2012). HIVi mõju majandusele ja tööandjate roll selle ennetamisel. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

## Lühikokkuvõte

Praxis analüüsis HIVi mõju majandusele ja tööandjatele eesmärgiga anda ligikaudne pilt HIViga seotud majanduslikust koormusest Eesti ühiskonnale. Analüüsi käigus sünteesiti mujal maailmas toimivaid HIVi ennetamise praktikaid ning arvatati olemasolevate ja kättesaadavate andmete põhjal HIViga seotud hinnangulised kulud. Analüüsi järelduste põhjal esitati tööandjatele soovitusel, mille arvestamisel on võimalik vähendada uute HIV-nakatunute juhte.

Erinevad HIV positiivsed mõjuvad ettevõtetele erinevalt: varases staadiumis avastatud ja järjepidevalt ravitud HIV-positiivsed tööandjale lisakulu ei tekita, kuid hilise avastamisega või üldse mitteavastamisega juhud tekitavad kulusid.

Eesti tööandjad peaksid HIVi ennetamisel tegema tihedat omavahelist koostööd, julgustama töötajaid ennast haiguse suhtes testima ning töötama ettevõtte tasandil välja strateegia nii HIVi kui teiste haiguste ennetamiseks.

Analüüsiaruanne koosneb neljast peatükist. Esimeses peatükis antakse ülevaade HIVi epidemioloogiast Eestis. Teises peatükis kirjeldatakse HIVi ennetamise meetmeid ning tulemuste hindamist. Kolmas peatükk annab ülevaade HIVi majanduslikust koormusest, mõjust majandusele ja tööandjatele ning häbimärgistamise ja tõrjumise mõjust HIV-positiivsetele. Neljandas peatükis on kokkuvõtte ning olulisemad soovitusel Eesti tööandjatele HIVi ennetamisel.

## Abstract

Praxis analysed the impact of HIV on the economy and for employers in order to present an approximate picture of HIV-related economic burden to society in Estonia. The study synthesised the HIV prevention practices elsewhere in the world and, based on existing and available data provides HIV related cost estimates. Recommendations based on the findings of the report were submitted to employers, which could reduce the number of new HIV cases.

The analysis showed that as the majority of cases affect people of working age, employers do have a major impact on HIV prevention. However, specific estimations about the HIV related costs to employers are currently absent. Yet, it is possible to argue that over the period 2000-2010, HIV related deaths and new cases account for 20 475 years of life lost and with estimated 188 million euros of costs (incl. 64% due to premature mortality).

Employees with HIV may have different impact on firms: early detection and consistently treated HIV does not create considerable additional costs to the employer, but late discovery, or lack of diagnosis could lead firms incur significant losses.

Estonian Employers should make HIV prevention work in close cooperation between them, to encourage workers to test themselves and to work at the enterprise level to test a strategy for preventing both HIV and other diseases.

# Sisukord

<b>Lühikokkuvõte.....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>3</b>
<b>1. HIVi levik Eestis ja Euroopas .....</b>	<b>6</b>
<b>2. HIVi ennetustegevus .....</b>	<b>9</b>
2.1. HIVi ennetamist toetav tervishoiusüsteem .....	9
2.1.1. HIVi ennetustegevused Eestis .....	10
2.1.2. HIVi ennetamisega tegelevad organisatsioonid Eestis .....	10
2.2. Ennetustöö standardid ja nende sisu .....	12
2.3. Ennetustöö tõenduspõhisus .....	14
2.4. Monitooringu süsteem ja regulaarne hindamistegevus .....	15
<b>3. HIVi mõju majandusele ja tööandjatele .....</b>	<b>18</b>
3.1. HIVi põhjustatud majanduslik koormus.....	18
3.2. HIVi mõju tööandjale .....	23
3.3. Häbimärgistamine ja tõrjumine .....	25
3.4. HIVi mõju majanduskeskkonnale.....	28
3.5. Tööandjate roll ja võimalikud meetmed HIVi ennetamiseks.....	30
<b>4. Kokkuvõte ja soovitused edasiseks tegevuseks .....</b>	<b>33</b>
<b>Kasutatud kirjandus.....</b>	<b>35</b>
<b>Lisad .....</b>	<b>37</b>
Lisa 1. HIVi ja AIDSi põhjustatud tervisekaotus soo- ja vanusrühmade lõikes 2000-2010 .....	37
Lisa 2. Ülevaade standarditest horisontaalsel kujul .....	39
Lisa 3. Indikaatorid HIVi programmi hindamiseks .....	40

## Jooniste loetelu

Joonis 1. HIVi levimus täiskasvanud elanike seas valitud Ida-Euroopa riikides .....	6
Joonis 2. Registreeritud HIVi esmahaigestunute ja koguhaigestunute arv Eestis 2000-2011 .....	7
Joonis 3. Registreeritud AIDSi juhud ja surmad 1992-2011 .....	8
Joonis 4. Soovitatud standardid HIViga tegelemiseks.....	13
Joonis 5. Antiretroviirusravimite kulud ja ravi saajate arv 2004-2012.....	20
Joonis 6. HIVi nakatunute ja ARV-ravil olevate inimeste arvu prognoos 2010-2015.....	20
Joonis 7. HIVi mõju tööandjatele, ülevaade.....	24
Joonis 8. Häbimärgistamise, diskrimineerimise ja inimõiguste rikkumise tsükkel .....	25
Joonis 9. HIV/AIDSi häbimärgistamist mõjutavad faktorid .....	26
Joonis 10. Tööhõive protsess .....	27
Joonis 11. töökoha saamise või hoidmisega seotud probleemid HIV-positiivsuse tõttu (%).....	28

## Tabelite loetelu

Tabel 1. HIVi monitoorimiseks ja hindamiseks väljatöötatud indikaatorid .....	16
Tabel 2. HIVi teenuse osutamise seotud tegevused .....	17
Tabel 3. Kulude jaotus riiklikus strateegias .....	19
Tabel 4. HIVi põhjustatud tervisekaotus aastatel 2000-2010 .....	21
Tabel 5. HIVi põhjustatud majanduslik koormus aastal 2010 .....	22
Tabel 6. Varase diagnoosimise ja ravi mõju tööandjale.....	23
Tabel 7. HIVi mõju hindamine erinevatel tasanditel.....	29

## Sissejuhatus

Igal aastal lisandub Eestis umbes 400 uut HIV-positiivset ning neid juhte saaks ennetada. Riiklikul tasandil rakendatakse küll põhjalikke meetmeid HIVi ennetamiseks, kuid suures osas on need suunatud siiski erinevatele riskigruppidele (süstivad narkomaanid, vangid, rasedad jne).

Eestis on HIVi nakatunute osakaal tööealisest elanikkonnast 1,2%, mis on Euroopa keskmisest umbes kümme korda kõrgem. Lisaks on meil hinnanguliselt 4000 inimest, kes oma nakatumisest veel ei tea ning on potentsiaalsed nakkuse edasikandjad. HIVi mõju erinevate juhtude puhul võib majandusele ja tööandjale olla erinev. Õigeaegselt avastatud ning kontrolli all olev HIV-positiivne ei pruugi aastaid tööandjale kulusid tekitada, samas kui diagnoosimata või hilise diagnoosi saanud inimesed on pidevalt haiguslehel ning ettevõttele on see kulukas.

Erinevad uuringud on näidanud, et tööealise elanikkonna riskikäitumist ja hoiakuid on võimalik töökohal väga palju muuta. Seetõttu on oluline ka tööandjatel teadvustada oma mõju ja võimalust muuta töötajate hoiakuid ning käitumist, et seeläbi aidata kaasa HIVi ennetamisele. Paljudel juhtudel tuleb kõigepealt muuta tööandjatel enda hoiakut ja aktsepteerida, et HIVi ennetamine on tööandjate ülesanne samuti ning pikemas perspektiivis võib HIVi mõju ettevõttele osutuda suureks.

2010. aastal valmis Praxisel lühianalüüs (Elmik & Männik, 2010) HIVi epideemia mõjust Eesti majandusele ja tööandjatele. Käesoleva analüüsiga täiendatakse eelmist aruannet ja töö eesmärgiks on analüüsida HIVi majanduslikku mõju ning tööandjate rolli selle ennetamisel. Seetõttu ei ole käesolevas aruandes tähelepanu eraldi pööratud ka Eesti tööturu analüüsile ega teistele varem käsitletud aspektidele ning neid saab lugeda eelmisest aruandest<sup>1</sup>.

Analüüsi käigus sünteesiti mujal maailmas toimivaid HIVi ennetamise praktikaid ning arutati olemasolevate ja kättesaadavate andmete põhjal HIViga seotud hinnangulised kulud. Tööandjate reaalseid kulusid antud analüüsi raames võimalik arvutada ei olnud, kuna need eeldavad andmeid haigekassast ja sotsiaalkindlusametist (töövõimetuslehed, haigushüvitised, püsiva töövõimetusega seotud kulud jne). Analüüsi järelduste põhjal esitati tööandjatele soovitusel, mille arvestamisel on võimalik vähendada uute HIV-nakatunute juhte.

Analüüsiaruanne koosneb neljast peatükist. Esimeses peatükis antakse ülevaade HIVi epidemioloogiast Eestis. Teises peatükis kirjeldatakse erinevaid HIVi ennetamise meetmeid ning tulemuste hindamist. Kolmas peatükk annab ülevaate HIVi majanduslikus koormusest, mõjust majandusele ja tööandjatele ning häbimärgistamise ja tõrjumise mõjust HIV-positiivsetele. Neljandas peatükis on kokkuvõtte ning olulisemad soovitusel Eesti tööandjatele HIVi ennetamisel.

---

<sup>1</sup> Aruanne on kättesaadav <http://terve-eesti.ee/meist/mida-oleme-ara-teinud/majandusanaluus/>

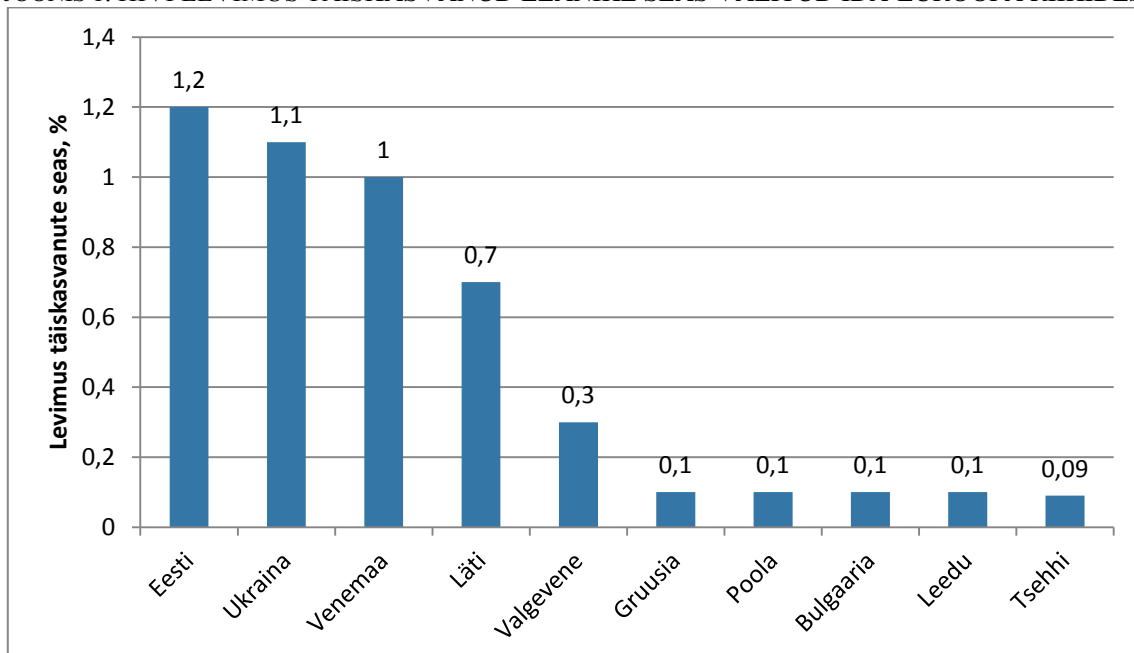
# 1. HIVi levik Eestis ja Euroopas

2012. aasta maikuu seisuga on Eestis HI-viirus diagnoositud 8185 inimesel, sealhulgas AIDS 362 inimesel (Terviseamet, 2012), kuid nakatute koguarvu on hinnatud kuni 12 000le (Lai jt, 2009). Lisaks hinnatakse inimeste hulka, kes oma nakkusest ei tea umbes 4000ni (Terviseinfo, 2011). Uute nakatunute arv on alates 2006. aastast järjest vähenenud, aga nakatumine on endiselt oluliselt kõrgem kui teistes ELi liikmesriikides - Eestis registreeritakse aastas umbes 30 uut juhtu 100 000 elaniku kohta ja ELis keskmiselt vaid 6 (TAI, 2010).

Viimase kahekümne aasta jooksul on järsult kasvanud HIVi juhtude arv ka teistes Ida-Euroopa riikides. Seda seostatakse nii suurte sotsiaalsete ja kultuuriliste kui ka majanduslike muutustega. Samuti on tõusnud sugulisel teel levivatesse haigustesse nakatunute ja süstivate narkomaanide arv. Ida-Euroopas levib HIV just peamiselt süstivate narkomaanide seas nakatunud süstalde jagamise kaudu (AIDSMAP, 2012).

2009. aasta andmete põhjal oli Ida-Euroopas nakatunud heteroseksuaalsel teel 51%, narkootikumide süstimisel 44% ja homoseksuaalsel teel 0,8% HIV-positiivsetest. Vaid 14% nakatunutest olid vanuses 15-24 aastat ning 41% nakatunutest olid naised. Seega 2000. aastate alguse valdavalt süstimise teel noorte meeste nakatumise asemel on oluliseks levikuteeks muutunud heteroseksuaalne vahekord ning üle 25-aastaste ja naiste osakaal nakatunute seas on suurem (AIDSMAP, 2012; AVERT, 2009). Joonisel 1 on toodud valitud riikide lõikes välja 2009. aastal HIVi levimus täiskasvanud elanike seas. Kõige suurem oli see Eestis, kus 1,2% täiskasvanud elanikkonnast oli diagnoositud HIV. Järgnesid Venemaa ja Ukraina vastavalt, kus nakatunute osakaal oli vastavalt 1,1% ja 1% (AVERT, 2009).

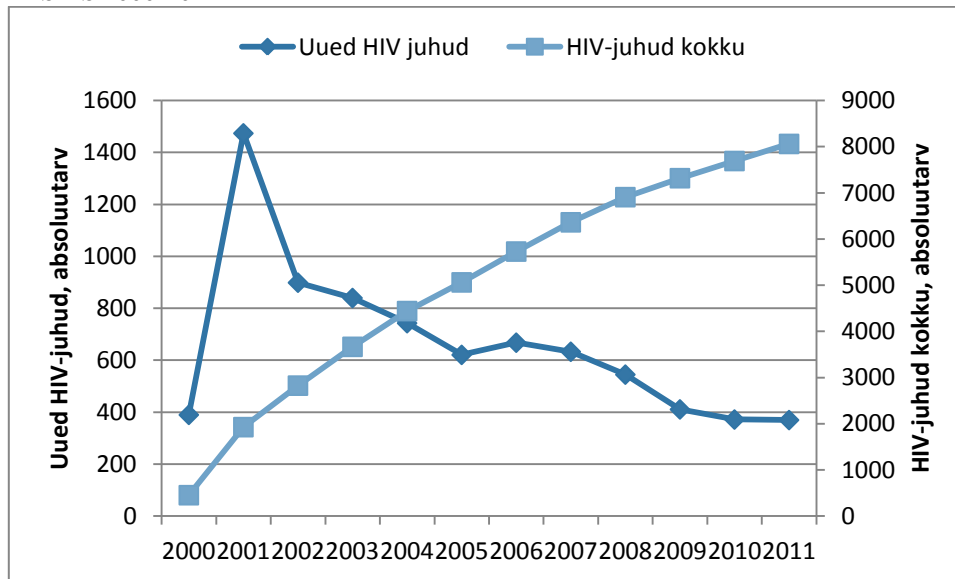
JOONIS 1. HIVI LEVIMUS TÄISKASVANUD ELANIKE SEAS VALITUD IDA-EUROOPA RIIKIDES



Allikas: AVERT 2009

Esimene HI-viiruse kandja registreeriti Eestis 1988. aastal. Aastatel 1988-1999 diagnoositi Terviseameti andmetel kokku 96 nakatunut. 2000. aastal avastati esimesed HIV-nakkuse juhud eeluurimisel viibivate süstivate narkomaanide seas. Kokku registreeriti 2000. aastal 390 uut HIV-nakkuse juhtu (28 juhtu 100 000 elaniku kohta) ning sellega tõusis Eesti epideemiaohuga rahvusvahelise tähelepanu alla. 2001. aastal kasvas nakatunute arv 1474ni, mis on seni jäänud kõige suuremaks aastaseks esmajuhtude arvuks (vt joonis 2). 2012. aasta esimese nelja kuu jooksul (seisuga 04. mai) on Eestis diagnoositud 123 uut HIVi nakatunut.

JOONIS 2. REGISTREERITUD HIVI ESMAHAIGESTUNUTE JA KOGUHAIGESTUNUTE ARV EESTIS 2000-2011

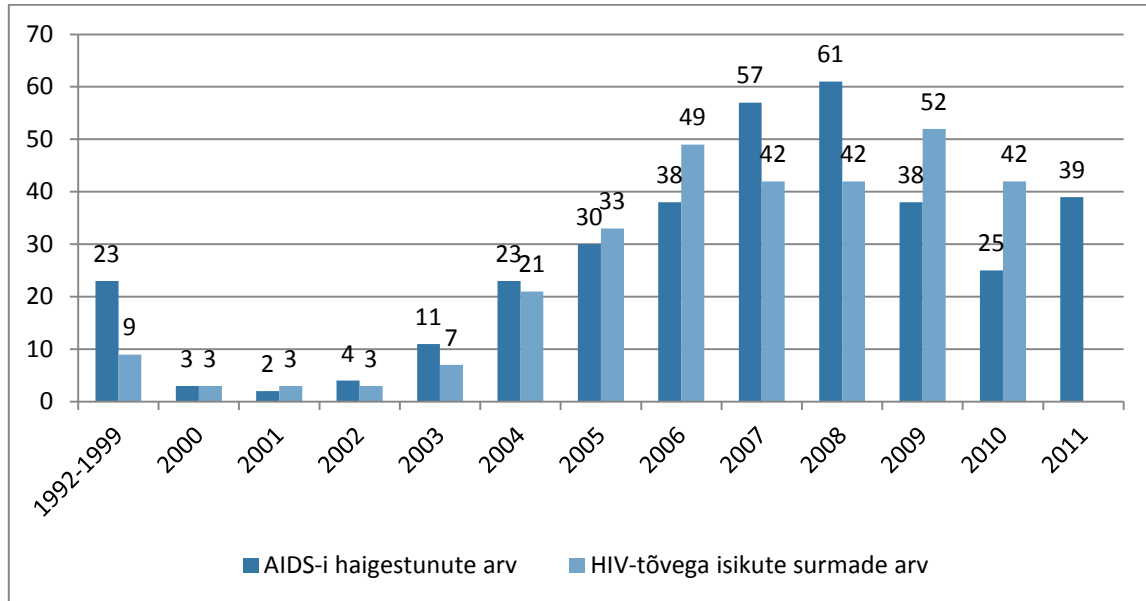


Allikas: Terviseamet 2012

Üle poole HIVi nakatunutest moodustavad 15-24 aastased noored ning kõige rohkem nakatunuid on registreeritud Ida-Virumaal ja Tallinnas (Terviseamet, 2012). Kui enne 2000. aastat nakatuti peamiselt seksuaalsel teel, siis 2000. aastal kerkis peamiseks nakatumise viisiks süstalde ühine kasutamine narkootikumide süstimisel (Rüütel jt, 2011) ning Tallinnas on keskmiselt 55% ja Ida-Virumaal kuni 70% süstivatest narkomaanidest HIVi nakatunud (Sotsiaalministeerium, 2011). Ligi 70% kõigist uutest HIV juhtudest on avastatud meeste seas, kuid naiste osakaal on vähehaaval kasvanud. Samuti on kasvamas enam kui 29-aastaste osakaal uute HIV juhtude seas (Rüütel jt, 2011).

Esmakordselt diagnoositi AIDS Eestis 1992. aastal. 1992-1999 registreeriti kokku 23 AIDSi juhtu. Valdav enamus AIDSi haigestunutest on mehed. 1992-2012 (4. mai seisuga) diagnoositi AIDS 236 mehel ja 49 naisel. Kuni 2003. aastani registreeriti AIDS peamiselt meeste hulgas (44 juhust olid 41 mehed). Alates 2004. aastast on igal aastal AIDS diagnoositud ka vähemalt kümnel naisel ning 2012. aasta nelja kuuga on kaheksast AIDSi diagnoosi saanutest pooled naised (TAI, 2010; Terviseamet, 2012).

JOONIS 3. REGISTREERITUD AIDS JUHUD JA SURMAD 1992-2011



Allikas: TAI, Terviseamet, Statistikaamet

Registreeritud AIDS juhtude arv on alates 2008. aastast vähenenud. AIDSist põhjustatud surmade arv oli kõige suurem 2009. aastal kuid siin tuleb arvestada ka seda, et kõigile AIDSi nakatunud inimestele ei pruukinud AIDS kirja minna peamise surmapõhjuseks ning seega võib see arv olla tunduvalt suurem (Lai jt, 2009).



## 2. HIVi ennetustegevus

Peatükk 2 annab ülevaate Eesti tervishoiusüsteemist HIVi ennetamise ja ravi võtmes, erinevatest ennetusalastest tegevustest ning HIViga tegelevatest organisatsioonidest Eestis. Lisaks on kirjeldatud HIVi ennetustöö standardeid ja hindamist rahvusvahelisel tasandil ning tõenduspõhise ennetustöö põhimõtteid.

### 2.1. HIVi ennetamist toetav tervishoiusüsteem

Alates 2000. aasta algusest on Eesti tervisesüsteemi üheks tõsiseks väljakutseks kõrge HIVi nakatumine ja levimus. Kuigi registreeritud HIVi juhtude arv on 2012. aasta nelja kuu põhjal 8185 (Terviseamet, 2012), võib tegelik nakatunute arv olla palju kõrgem (UNAIDS, 2010).

Riik alustas HIVi-alast ennetustegevust 1990. aastate alguses (Terviseinfo, 2011). Sotsiaalministeerium on välja töötanud praeguseks neli strateegiat ja programmi (Lai jt, 2009):

- 1992 – 1997 - AIDSi profülaktika riiklik programm 1992 – 1997;
- 1997 – 2001 - HIVi ja AIDSi ja teistel sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riiklik arengukava;
- 2002 – 2005 - HIV ja AIDSi ennetamise riikliku programmi aastateks 2002-2006;
- 2006 – 2015 – Eesti riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006-2015.

Eesti riikliku HIVi ja AIDSi strateegia (*edaspidi kasutatakse töös lühivalt riiklik strateegia*) üldeesmärgiks on saavutada HIV-nakkuse levikus püsiv langustendents. Aastaks 2015 peaks uute HIV-nakkuse juhtude arv olema vähenenud 20-ni 100 000 elaniku kohta (2010. aasta vastav näitaja oli 27,8) (TAI, 2010). Samuti püütakse riikliku strateegia tegevuste abil ära hoida HIVi laiem levik üldelanikkonna hulgas (Strateegia, 2005).

Riiki strateegia peamiseks tegevusvaldkondadeks on (Strateegia, 2005; Sotsiaalministeerium, 2011):

- Süstivatele narkomaanidele suunatud nõustamis- ja tervishoiuteenused;
- HIVi ennetamine noorte seas ja üldelanikkonnas;
- Prostitutsiooni kaasatutele suunatud nõustamis- ja tervishoiuteenused
- Kinnipidamisasutustes HIVi ennetamine;
- Emalt lapsele HIV-leviku ennetamine;
- HIVi ennetamine meestega seksivate meeste seas;
- Kutsetöö käigus HIVi ennetamine;
- HIVi testimine ja nõustamine;
- Doonorvere ning ülekantavate doonorelundite ja -kudede ohutuse tagamine;
- HIV-positiivsete ja aidsihaigete elukvaliteedi parandamine;
- Riikliku strateegia tegevuste seire ja hindamine.

Riikliku strateegiaga kinnitati ka strateegia juhtorgan, Vabariigi Valitsuse HIVi ja AIDSi komisjon, mis on väga laiapõhjaline, esindades nii valitsusorganisatsioonide kui ka HIV-valdkonna ekspertide ning HIV-positiivsete inimeste seisukohti. Lisaks viivad riikliku strateegia raames planeeritud tegevusi ellu paljud mittetulundusühingud, tervishoiuasutused, maavalitsused ja kohalikud omavalitused, vanglad ning mitmed teised asutused (Lai jt, 2009).

2011. aastal viidi WHO poolt läbi analüüs, mille eesmärgiks oli muuhulgas hinnata riikliku strateegia tegevusi ja rakendamist. Eelmine sarnane hindamine teostati 2008. aastal ning raportis leiti, et kolme aastaga on tehtud selles valdkonnas märkimisväärseid saavutusi. Riiklik strateegia on muutunud palju sihipärasemaks, prioriteedid on selgemad ning kogu protsessi on kergem hallata võrreldes kolme aasta taguse situatsiooniga. Muuhulgas toodi ka välja see, et kuigi Tervise Arengu Instituudi (*edaspidi TAI*) ja Sotsiaalministeeriumi vaheline koostöö toimib hästi, siis muud institutsioonid, nagu näiteks Haridus- ja Teadusministeerium on protsessi nõrgalt kaasatud. Samas on riikliku strateegia tegevuste raames veel parendamisruumi, näiteks ei ole kõigile HIVi nakatunutele suudetud tagada jätkusuutlikku ravi ning ebaselgeks on jäänud ka HIVi ja AIDSi komisjoni töö. Samuti toodi välja ka see, et väljaspool Tallinnast ja Ida-Virumaad on süstivatele narkomaanidele teenused vähem kättesaadavad ning ka opioid-asendusravi saamine on liiga järgalt reguleeritud ning seega ka kättesaadavus madal (Drew jt, 2008; WHO, 2011).

Eesti praegune tervishoiusüsteem toetab riiklikul tasandil igati HIVi ennetamisega tegelemist. Vaatamata põhjaliku riikliku strateegia olemasolule, lisandub aga igal aastal juurde umbes 400 uut HIVi nakatunud, mis peaksid olema ennetatavad. Riikliku strateegia tegevused on peamiselt suunatud riskirühmadele, kuid järjest enam nakatunuid on ka tööelised elanikud kes ei kuulu ühtegi riskirühma. Seetõttu on oluline tegeleda ka nende teadmiste tõstmisega HIVi ennetamisel ning kõige suuremaks mõjutajaks on siin tööandja.

### 2.1.1. HIVi ennetustegevused Eestis

Riiklikul tasandil toimivate ennetustegevuste eest vastutab TAI ja erinevad ennetustegevused on paika pandud riiklikus strateegias. Järgnevalt on toodud mõned olulisemad sihtrühmad ja neile suunatud tegevused (Strateegia, 2005; Sotsiaalministeerium, 2011):

- **Süstivad narkomaanid** – süstlavahetuspunktid ja opiaatsõltlaste asendusravi;
- **Noored ja üldelanikkond** – HIVi alase info levitamine ja noorte nõustamiskeskused;
- **Seksuaalteenuste osutajad** – nõustamine, diagnoosimine ja vajadusel ravi ning turvaseksi propageerimine;
- **Vangid** – HIV-testimine ja vajadusel ravi. Tugigrupid ja ennetusteemalised loengud;
- **Rasedad** – profülaktiline ravi nii raseduse kui sünnituse ajal (sh ka sündinud lapsele). Tasuta toitesegu võimaldamine;
- **Meestega seksivad mehed** – tasuta kondoomide ja infomaterjalide jagamine gay-orientatsiooniga klubides.

Lisaks tegeletakse riikliku strateegia raames HIVi ennetamisega riskiga kutsetöötajate seas ning doonorivere kasutamises. Iga aastaga avatakse ka üha uusi HIV testimise ja nõustamiskabinette. Riikliku strateegia üheks eesmärgiks on ka HIVi ja AIDSiga elavate inimeste elukvaliteedi parandamine, mille käigus lisaks tervises seisundi jälgimisele, nõustamisele ja ravile tagatakse tasuta antiretroviirusravimid (Strateegia, 2005; Sotsiaalministeerium, 2011).

### 2.1.2. HIVi ennetamisega tegelevad organisatsioonid Eestis

Eestis tegelevad HIVi ennetamisega mitmed organisatsioonid, sh riiklike kõrval mitmeid vabasektori organisatsioonid. Lisaks tegutseb Eestis 2007. aasta novembrist Euroopas ainulaadne ärisektori eestkostekoalitsioon „Ettevõtted HIV vastu“.

## Riiklikud institutsioonid

Riik on tegelenud HIVi vastase võitlusega juba 1990. aastate algusest. Riiklikule strateegiale eelnesid mitmed HIV ennetusega tegelevad programmid. Alates 2006. aastast viiakse HIV valdkonna tegevusi ellu vastavalt riiklikule strateegiale ning selle tegevused toimuvad valdavalt Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi koordineerimisel. Lisaks panustavad oma haldusalas Justiitsministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Kaitseministeerium ning Siseministeerium (AIDSi ennetuskeskus, 2012).

## Mitteriiklikud organisatsioonid

Eestis on HIVi ennetustööga tegelenud mitteriiklike organisatsioone palju, kuid tuleb arvestada, et osa neist tegelevad HIVi ennetamisega vaid mõne projekti raames, kuid pikemalt ennetusega tegelema ei jää, või on nende tegutsemisaeg jäänud lühikeseks. Järgnevalt on toodud mõned HIVi ennetustööga seotud organisatsioonid, mis on teemaga tegelenud aastaid (AIDSi ennetuskeskus, 2012).

*Eesti Assotsiatsioon Anti-AIDS* – esimene MTÜ, mis loodi 1990. aastal. Peamisteks tegevusteks on AIDSi vastase info levitamine, loengute ja seminaride korraldamine ning trükiste avaldamine. Rahastamine peamiselt projektipõhiselt.

*Eesti HIV positiivsete ühendus ESPO* – loodi 1993. aastal ja oli esimene selletaoline Baltikumis. Peamiseks tegevuseks oli igakülgne HIV positiivsete toetamine. Tänu sellele ühendusele finantseeritakse riiklikul tasemel ka HIVi kombineeritud ravi.

*AIDS-i Tugikeskus* – loodi 1994. aastal alternatiiviks riiklikule süsteemile. Peamised tegevused on seotud HIVi ennetustööga erinevate riskirühmide seas.

*MTÜ AIDSi ennetuskeskus* – loodi 2003. aastal ning nende peamiseks tegevuseks on HIVi ja uimastialane ennetustöö, tugirühmad, vabatahtlike koolitamine ja anonüümne ning tasuta HIVi alane nõustamine.

*Terve Eesti SA* – loodi 2006. aastal ja tegemist on sotsiaalse ettevõttega, mille eesmärgiks on koostöös tööandjatega edendada Eesti inimeste tervisekäitumist. Peamisteks tegevusteks on töökohtades HIVi teemaliste kampaaniate ja koolituste läbiviimine ning koalitsiooni „Ettevõtted HIV vastu“ töö koordineerimine (<http://terve-eesti.ee/meist/>).

## Koalitsioon „Ettevõtted HIVi vastu“ ([www.hooli.ee](http://www.hooli.ee))

2007. a. novembris loodi Eestis koalitsioon, mis koondab sotsiaalselt vastutustundlikud Eesti ettevõtted, mis panustavad aktiivselt HIV olukorra parandamisse. Koalitsiooni kuulub hetkel 11 liiget:

- asutajaliikmed: Hill & Knowlton, Nordecon, Swedbank, TNS Emor ja Statoil (tegutses koalitsioonis aastatel 2007-2010)
- hiljem liitunud: Coca-Cola, Johnson & Johnson, Radisson BLU Hotell Tallinn ja TBWA\Guvatrak, DHL (tegutses koalitsioonis 2010-2012), Rimi Eesti Food, Boehringer Ingelheim Eesti filiaal, Meedius.

Koalitsiooni kuuluvad eelkõige ettevõtted, kelle jaoks on töötajate tervis oluline. Selle ajendiks on muidugi ka see, et äritegevus toimuks jätkusuutlikus keskkonnas. Tööandjatel on hea võimalus jõuda HIV infoga vahetult töötajate ja nende lähedasteni. Töökeskond on ka üks mõjusamaid kohti, kus inimeste käitumismustreid ning arusaami kujundada.

Koalitsiooni eripäraks ja eeliseks võrreldes teiste HIV ennetusega tegelevate organisatsioonidega on vahetu kontakt ettevõtete töötajatega. Näiteks on koalitsiooni kuuluvatel äriühingutel võimalus

mõjutada vähemalt 8000 töötajat. Seega viiakse töökohtades koos Terve Eesti Sihtasutusega (koordineerib koalitsiooni tööd) läbi ka HIV teemalisi koolitusi ja kampaaniaid.

Koalitsiooni eesmärgiks on teavitada avalikkust Eesti HIV olukorrast ning levitada nii koalitsiooni kuuluvate ettevõtete töötajate kui ülejäänute inimeste seas teadmisi, mis aitavad neil endid ja oma lähedasi HIViga seotud ohtude eest kaitsta.

Seatud eesmärkide nimel teeb koalitsioon järgmisi tegevusi:

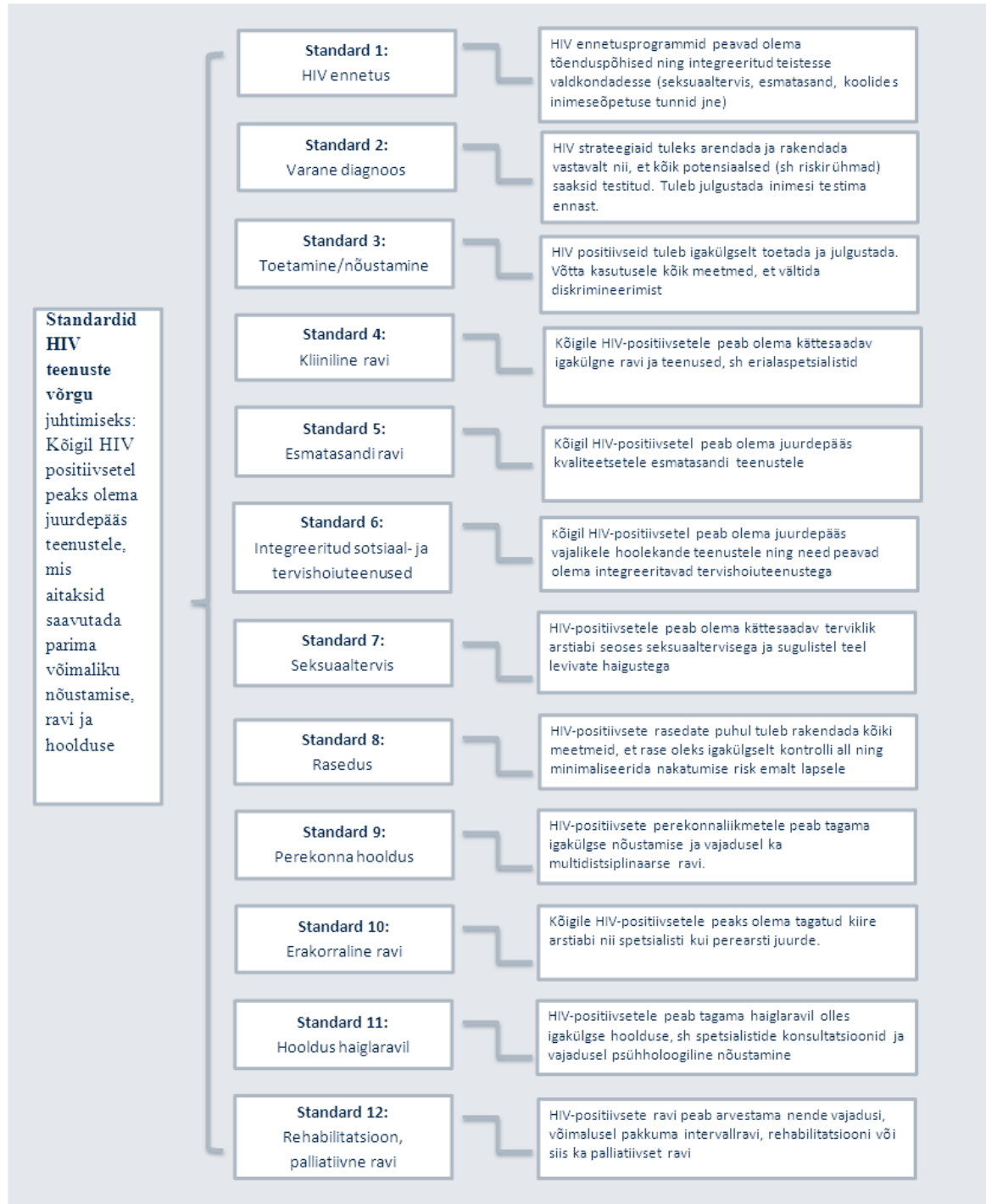
- töötajate koolitamine HIVi teemal;
- ettevõttesiseste kampaaniate korraldamine HIV teadlikkuse tõstmiseks;
- töötajate vabatahtlikkuse toetamine HIV ennetuses;
- töötajatele vabatahtliku ja anonüümse HIV testimise korraldamine;
- partneritele HIV teadlikkust tõstvate ürituste korraldamine;
- avalikkusele suunatud aktsioonide läbiviimine.

## 2.2. Ennetustöö standardid ja nende sisu

NHS (*National Health Service in England*) on välja töötanud 12 standardit, mis peaks aitama kõigil HIViga tegelevatel ühendustel või organisatsioonidel oma tegevusi planeerida. Järgmisel joonisel on toodud ära 12 standardit ja nende lühike selgitus HIVi ennetamiseks (NHS, 2003).

Kolme esimese standardi juures saavad panuse anda ka tööandjad. Kõige enam saavad tööandjad panustada HIVi ennetusele, korraldades selleks erinevaid koolitusi ja teabepäevi. Samuti on tööandjal oluline roll varase diagnoosimise juures julgustades töötajaid ennast testima. Nakatunud töötajatele on oluline ka igakülgne tööandja toetus ja võimalusel ka nõustamine (NHS, 2003).

JOONIS 4. SOOVITATUD STANDARDID HIVIGA TEGELEMISEKS



Allikas: NHS 2003

Eelpool kirjeldatud standardid on toodud loetelu kujul, kuid tervikpildi saamiseks peab oskama neid käsitleda ka omavaheliste seoste kaudu. Vastav joonis on ära toodud Lisas 2.

### 2.3. Ennetustöö tõenduspõhisus

HIV ja AIDSi ennetus- ja ravitöö peab põhinema tänapäevastel sotsiaal- ja arstiteaduse seisukohtadel, mida toetavad teaduslike uurimuste tulemused (Veniegas jt, 2009; Strateegia, 2005). Tõenduspõhise sekkumise eesmärgiks peab olema uute HIV-positiivsete juhtude vähendamine. Üldiselt tähendab tõenduspõhine lähenemine seda, et kõik sekkumised oleksid tõestatud põhjalike uuringutega (AIDSMAP, 2012).

Tõenditel põhineva ennetustöö järele on kasvav nõudlus. Tervise edendamise, psühhoteraapia, nõustamise ja biomeditsiiniga seotud sekkumised peavad olema läbinud samasuguse kontrolli nagu medikamentoosne raviga seotud sekkumised. Ilma tõenduspõhise ennetuse ja sekkumiseta võib patsienti rohkem kahjustada kui aidata (Veniegas jt, 2009; CDC, 2009).

Üheks parimaks näiteks tõenduspõhilise sekkumise juures on kondoomi kasutamine. Erinevate uuringutega on tõestatud, et kondoomi kasutamine vähendab oluliselt HIV nakkuse levikut ja seda eriti homoseksuaalsete meeste seas (Jansen jt, 2011; Research, 2009). Ühelt poolt see ongi kaasa toonud nõudmised paremale ja veenvamale käitumuslikule sekkumisele, teiselt poolt on aga suurenenud tähelepanu ka ravile kui ennetamisele.

Väga oluline on hinnata ka riiklike ennetusprogrammide tõhusust. Ilma hindamata võib tekkida olukord, kus raisatakse erinevatele tegevustele lihtsalt raha, samas kui HIV nakkuse levik hoopis suureneb (CDC, 2009; Hallett jt, 2007).

Tõenduspõhine HIVi ennetamine ja sekkumine peaks arvestama järgmisi aspekte (AIDSMAP, 2012; CDC, 2009):

- Kuidas ja miks peab hindama HIV ja AIDSi ennetustegevuse tulemuslikkust ja mis küsimustega peaks seda tegema
- Kasutama ennetusprogrammi tegemisel tõenduspõhiseid uuringutulemusi
- Kõige aluseks peaks olema HIVi ennetamise filosoofia: kuidas ja miks peaksid inimesed oma käitumist muutma.

CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) koostab korrapäraseid ülevaateid HIVi ja muude seksuaalsel teel levivate haiguste ennetamisega seotud programmide toetamiseks tõenditel põhinevat sekkumist ning aitamaks programmide arendajatel teha toimiv programm. Nad on teinud põhjaliku kirjanduse analüüsi kui ka selle sünteesi, kasutades rangeid kriteeriume nii uuringu ülesehituse, rakendamise kvaliteedi, analüüsi ja tõenduse osas. Viimati uuendas CDC nimekirja sekkumistest 2009. aasta augustis. Selles on ära toodud 41 parima tõendiga sekkumist ja 28 paljutootavat sekkumist. 23 sekkumist on seotud isikutega, 41 rühmadega ja 5 laiema kogukonnaga. Täpsema ülevaate erinevatest sekkumistest saab järgmiselt lehel: [www.cdc.gov/hiv/topics/research/prs/evidence-based-interventions.htm](http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/prs/evidence-based-interventions.htm) (CDC, 2009).

Parimateks tõenduspõhisteks sekkumisteks on nimetatud sekkumised, mis muudavad inimeste käitumist ning on hinnatavad. Positiivset efekti on näidanud näiteks narkootikumide tarbimist ja seksuaalkäitumist muutvad sekkumised. Nende sekkumiste tulemusel on nii HIVi nakatunute kui seksuaalsel teel levivate haiguste vähenemine märgatav. Sarnaseid edukaid sekkumisi peaks propageerima ka tööandjate seas.

Järgnevalt on toodud ühe tõenduspõhise sekkumise näide, mis on hinnatud väga heaks (DCD, 2009).

## Sekkumise kirjeldus

*Sihtrühm:* madala sissetulekuga aktiivsed heteroseksuaalsed naised.

*Eesmärk:* ennetada sugulisel teel levivatesse haigustesse nakatumist ning propageerida turvaseksi harrastamist.

*Lühikirjeldus:* kaasatud jagatakse mitmesse väikesesse rühma (ühes rühmas 5-10 naist) ning sekkumise eesmärgiks on vähendada suguhaigustesse ning HIVi nakatumist. Sekkumine keskendub naiste oskuste ja teadmiste arendamisele, motiveerimaks eelkõige käitumise muutmist. Sekkumine peaks naistel aitama mõista turvaseksi vajadust ning andma põhisõksused näiteks kondoomi õigest kasutamisest, sellel teemal rääkimisest partneriga ja luua elustiilis tasakaal.

*Sekkumise kestus:* 16 nädalat 2 tunnised rühmatööd.

*Sekkumise sätted:* kogukonnapõhine.

*Sekkumise läbiviijad:* erinevate rahvuste psühhoterapeudid.

*Sekkumise viisid:* harjutused, eesmärkide seadmine, grupiarutelud, loengud, trükitud materjalid.

*Hindamised ja tulemused:* sekkumisest said osa 287 erinevast rassist naist, kes olid kõrgendatud HIVi riskiga.

*Valim:* Naised, keskmine vanus 30 aastat.

*Teave sekkumise kohta:* kliinikud, teenuseosutajad ja meediaväljaanded.

*Sihtrühma määramise eeldused:* olid vähemalt 18 aastased ja seksinud eelneva nelja kuu jooksul kõrgendatud riskiga mehe/meestega.

*Sekkumise iseloom:* terviseteadlikkust tõstvate sekkumiste raames tehti 2-tunniseid rühmatööd 16 nädala jooksul. Teemadering hõlmas nii turvaseksi, HIVi nakatumist, rasedust, naistevastast vägivalda, toimetulekut, laste kasvatamist ja suhtlemist turvaseksi teemal partneriga. Neid teemasid arutati loengute ja grupiarutelude raames.

*Tulemused:* enam kui aastase jälgimisperioodi jooksul oli nendel naistel, kes olid saanud sekkumist, palju väiksem tõenäosus haigestuda sugulisel teel levivatesse haigustesse kui neil, kes sekkumist saanud ei olnud.

## 2.4. Monitooringu süsteem ja regulaarne hindamistegevus

Riiklik strateegia käsitleb HIV-epideemia leviku peatamisel ning epideemia mõjude leevendamisel Eesti ühiskonnale järgnevaid tegevusvaldkondi: ennetustegevus erinevate sihtrühmade seas, HIVi testimine ja nõustamine; HIVi ja AIDSiga inimestele suunatud ennetus, ravi ja hoolekanne; seire, monitooring ja hindamine ning inim- ja organisatoorse ressursi arendamine. Igal aastal (alates 2007. aastast) ilmub riikliku strateegia tegevuste kohta aruanne, kus on kirjeldatud strateegilisi eesmärgid ja nende täitmist (Sotsiaalministeerium, 2011).

WHO on regulaarseks HIVi monitoorimiseks ja hindamiseks loonud indikaatorite hindamise süsteemi (WHO, 2004). Monitoorimisega on võimalik hinnata nii ennetustegevuse sisendeid, protsessi, väljundeid, tulemusi kui ka mõju. Järgnevalt on toodud tabel monitooringusüsteemi jaoks oluliste indikaatoritega, mille osas olukorda tuleks hinnata.

TABEL 1. HIVI MONITOOORIMISEKS JA HINDAMISEKS VÄLJATÖÖTATUD INDIKAATORID

INDIKAATORI TÜÜP	VALDKOND	EESMÄRK	NÄIDISINDIKAATOR
SISEND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliitika</li> <li>• Streteegia</li> <li>• Juhendid</li> <li>• Kulud</li> <li>• Infrastruktuur</li> <li>• Koordineerimine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riikliku strateegiad, poliitika ja juhiste olemasolu</li> <li>• Jätkusuutlik koordineerimine</li> <li>• Olemasolev infrastruktuur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliitika ja suunised riiklikul tasandil olemas</li> <li>• Kindel vastutaja olemas</li> <li>• Teenuse pakkujad valitud</li> <li>• Koordineerimise mehhanism koos tehnilise ja operatiivse abiga olemas</li> </ul>
PROTSESS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inimressurs</li> <li>• Koolitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piisavalt koolitatud ja motiveeritud inimesed teenuste arendamiseks ja järelvalveks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inimeste arv, kes on koolitatud vastavalt riiklikele standarditele olemas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ravimid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ravimid on õigeaegselt kättesaadavad</li> <li>• Ravijuhendite olemasolu ja nende kaasajastamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ravimid kõigile kättesaadavad</li> <li>• Ajakohased ravijuhendid olemas ja info teenuste osutajate kohta kättesaadav</li> </ul>
VÄLJUND	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaetus</li> <li>• Teenuste osutamine, tehnoloogiad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekkumine peab ühtlaselt kogu riigis olema kättesaadav</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nõustamiste osakaal suurenenud</li> <li>• Teenuste pakkumise osakaal (sh laborid, meditsiinietajad, nõustajad jne) suurenenud</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teadmised, oskused ja praktika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sihtrühma teadmised sekkumistest</li> <li>• Sihtrühma paranenud teadmised ja hoiakud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenusepakkujate tegevus vastavalt juhistele/suunistele</li> </ul>
TULEMUSED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ravi saanud ja sekkumistega mõjutatud inimesed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enamik sihtrühmast on sekkumisega hõlmatud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekkumist saanud inimeste osakaal suurenenud</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muutunud käitumine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suurenenud kogu rahvastikus teadlike inimeste osakaal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terviseteadlike inimeste osakaal rahvastikus suurenenud</li> </ul>
MÕJU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haigestumus</li> <li>• Suremus</li> <li>• Sotsiaalmajanduslik heaolu</li> <li>• Elukvaliteet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekkumiste tulemusel suurel osal sihtrühmas parem tervis ja heaolu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekkumise järel kliiniliste tulemuste mõõtmine 6 ja 12 kuu järel regulaarne</li> <li>• Haiguse levik regionaalsel ja kohalikul tasandil vähenenud</li> </ul>

Allikas: WHO 2004

Sisendite osas on Eestis olemas HIVi poliitika ja suunised riiklikul tasemel ning on olemas tegevuste eest kindlad vastutajad (TAI ja Sotsiaalministeerium), samuti on riiklik strateegia koordineeritud TAI poolt (WHO, 2011; Sotsiaalministeerium, 2011). Erinevaid teenuseid (eelkõige nõustamist ja testimist) pakuvad erinevad pakkujad MTÜ-dest eralaborini (TESA, 2012; AIDSi ennetuskeskus, 2012).

Eestis on võimalik hinnata küll koolituse läbinud inimeste arvu, kuid koolituse standarditele vastavust otseselt hinnatud ei ole. HIV nakkuse saanutele on tagatud ka ravimite kättesaadavus. Monitoorimise väljunditeks on WHO ära toonud nõustamise ja teenusepakkujate osakaalu. Eestis 2010. aastal nõustamise mahud üldiselt täideti (Sotsiaalministeerium, 2011).



WHO hinnangul on tulemusi võimalik hinnata sekkumist saanud ja terviseteadlike inimeste osakaalu kaudu. Näiteks Eestis HIViga seotud sekkumist saavate inimeste arv tõuseb iga aastaga (Sotsiaalministeerium, 2011). Mõju näitab kõige paremini haiguse levik ning Eestis registreeritakse see igakuiselt Terviseameti poolt (Terviseamet, 2012).

Kuigi tabelis 1 on toodud HIVi hindamisega seotud indikaatorid, peab arvestama et need on soovituslikud ning iga riik lähtub indikaatorite valimisel konkreetsest riigi olukorrast. Samas võib Eesti puhul öelda, et riikliku strateegia indikaatoritest suur osa kattub WHO poolt toodud soovitustega (st olemas indikaatorid nii sisendi, protsessi, väljundi, tulemuste ja mõju jaoks).

Järgnevas tabelis 2 on toodud teenused, mida HIViga seoses on vajalik osutada. Ennetus, ravi, hooldus ja toetava keskkonna kujundamine on kõik olulised komponendid terviklikus teenuseosutamise süsteemis (WHO, 2004). Tööandjad saavad panustada eelkõige ennetusse (kondoomikasutuse propageerimine, nõustamise ja testimise võimaldamine) ja toetava keskkonna loomisesse töökohal. Lisas 3 on toodud näide indikaatoritest teenuseosutamise hindamiseks

TABEL 2. HIVI TEENUSE OSUTAMISEGA SEOTUD TEGEVUSED

ENNETUS	RAVI	HOOLDUS JA TOETUS	TOETAV KESKKOND
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Käitumise muutmine massimeedia teel</li> <li>• Käitumise muutmine teavituskampaaniate teel</li> <li>• Noorte haridus ja ennetamine</li> <li>• <b>Kondoomide propageerimine</b></li> <li>• Ennetusprogrammid riskirühmade seas /sh süstivate narkomaanide ja emalt-lapsele rühmas)</li> <li>• <b>Nõustamine ja testimine</b></li> <li>• Sugulisel teel levivate haiguste diagnoosimine ja ravi</li> <li>• Kokkupuutejärgne profülaktika</li> <li>• Vere nakkusohutus ja universaalsed abinõud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiretroviirusvastane ravi ja järelvalve</li> <li>• Profülaktika ja ravi oportunistlike infektsioonide korral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV haigete laste hooldamine ja toetamine</li> <li>• Perede, kus on HIV haige, toetamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Häbimärgistamine vähendamine</b></li> <li>• Initsiatiivi suurendamine HIViga tegelemisel erinevate huvirühmade hulgas (sh poliitikud)</li> <li>• <b>HIV töökohal poliitika ja programmide väljatöötamine ja arendamine</b></li> </ul>

Allikas: WHO:2004

HIViga seotud teenuseid osutavad mitmed organisatsioonid ja ühendused ning nende omavaheline koostöö on teenuste kaetuse ja kvaliteedi parandamiseks väga oluline. Kuigi Eestis osutavad mitmed organisatsioonid sarnaseid HIViga seotud teenuseid samadele inimrühmadele, on nendevaheline koostöö siiski puudulik ja tegevused ei ole korralikult koordineeritud. Seega peaksid kõik HIV teemaga tegelevad organisatsioonid panustama tihedamale koostööle ning mõned organisatsioonid võiksid näiteks ka ühineda, et oleks võimekust juhtida muuhulgas ka suuri rahvusvahelisi projekte (Koppel jt, 2008). Näiteks toodi 2008.a. HIVi tegevuste välishindamise raportis välja just see, et Eestis on piiratud koostöö süstivatele narkomaanidele teenuste pakujate vahel. Veel suurem koostöö puudub aga ka narkosõltuvusteenuste ja HIV/AIDSi raviteenuste (nt ARV ravi) vahel (Drew jt, 2008).

### 3. HIVi mõju majandusele ja tööandjatele

Peatükis 3 on antud kaudne hinnang kättesaadavate andmete põhjal HIVi põhjustatud majandusliku koormuse kohta, kirjeldatud HIVi mõju tööandjatele (sh häbimärgistamine ja tõrjumine), kirjeldatud HIVi mõju majanduskeskkonnal ning peatüki lõpus on toodud tööandjate roll ning võimalikud meetmed HIVi ennetamiseks.

#### 3.1. HIVi põhjustatud majanduslik koormus

Koos HIVi nakatunute arvu kasvamisega on viimase kümne aasta jooksul märkimisväärselt suurenenud ka HIVi ennetamise ja ravi kulud ning HIVga kaasnev kahju enneaegse suremuse ja elukvaliteedi languse tõttu kaotatud eluaastate näol. Seega põhjustab HIV ühiskonnale märkimisväärse majandusliku koormuse.

HIVI põhjustatud majandusliku koormuse saab jagada järgmisteks kulukomponentideks:

- **otsesed kulud**
  - ennetustegevuse kulud
  - ARV-ravi kulud
  - ülejäänud ravi ja ravimite kulud
  - tööväime vähenemisest tingitud kulud sotsiaalkaitseüsteemile
- **kaudsed kulud**
  - enneaegse suremuse tõttu kaotatud eluaastad
  - elukvaliteedi halvenemine (haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad)
  - tööväime vähenemisest tulenev kahju

#### Ennetustegevuse kulud

HIVI ennetamise eesmärgiks on piirata HIVi levikut ühiskonnas ning see hõlmab nii nakatumise vältimist, HIV-staatus määrämist kui ka nakatunute tervise hoidmist ja kaasuvate haiguste vältimist. Tegeldakse individuaalse lähenemisega, riskirühmidele suunatud tööga, laiemalt ühiskondlikku teadlikkuse ja suhtumise muutmisega ning toetava seadusandliku keskkonna loomisega. Peamised tegevused on suunatud teadlikkuse tõstmisele, hoiakute kujundamisele, kondoomide kättesaadavuse tagamisele ja testimisvõimaluste loomisele. Lisaks toimuvad uimastipoliitika niinimetatud kahjude vähendamise raames süstlavahetus- (puhaste süstalde ja nõelte jagamine, kasutatute hävitamine, nõustamisteenuse pakkumine jne) ja asendusravi programmid (metadoonasendusravi, nõustamine jne). Emalt lapsele nakkuse kandumise ennetamiseks rakendatakse rasedate testimist, nõustamist ning profülaktilist ravi, millega saab HIV-nakkuse ülekandumise tõenäosuse lapsele raseduse, sünnituse või imetamise ajal viia vaid mõne protsendini.

Alates 2006. aastast viiakse HIVi-alast ennetustööd Eestis ellu vastavalt riiklikule strateegiale aastateks 2006–2015. Peamisteks rahastajateks on olnud rahvusvaheline programm *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria* (GF) ning riik Sotsiaalministeeriumi ja tema valitsemisala asutuste kaudu. 2007. aastal lõppes GFi tegevus Eestis. Eesti jätkab tegevusi vastavalt riiklikule strateegiale ning neid rahastatakse riigieelarvest. Lisaks riigieelarvele on aastate jooksul HIVi ennetustegevust toetanud ka mitmed teised organisatsioonid (Avatud Eesti Fond, välisriikide saatkonnad, Family Health International, Euroopa Komisjon, WHO Euroopa regionaalbüroo, Põhjamaade Ministrite Nõukogu, Balti Riikide Koostöökoda, Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra finantsmehhanism jt) (Rüütel jt, 2011).

Riikliku strateegia rakendamise kulud 2010. aastal<sup>2</sup> olid 12,3 miljonit eurot. See hõlmab TAI, Sotsiaalministeeriumi, Haigekassa, Justiitsministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, Siseministeeriumi ning Kaitseministeeriumi ellu viidud tegevuste kulu (Sotsiaalministeerium, 2011). Sealjuures ennetustegevuse kulud moodustasid 3,8 miljonit eurot (vt ka tabel 3).

TABEL 3. KULUDE JAOTUS RIIKLIKUS STRATEEGIAS

Sihtrühm/valdkond	Kulud 2010. aastal (eurodes)
Testimine ja nõustamine	230 235
Noored	1 037 875
Süstivad narkomaanid	1 573 274
Kutsetöös nakatumine	95 009
Vangid	301 848
HIV-positiivsete elukvaliteet	227 666
Muud	289 775
<b>Ennetuskulud kokku</b>	<b>3 755 681</b>

Allikas: Riikliku strateegia 2010. aasta aruanne

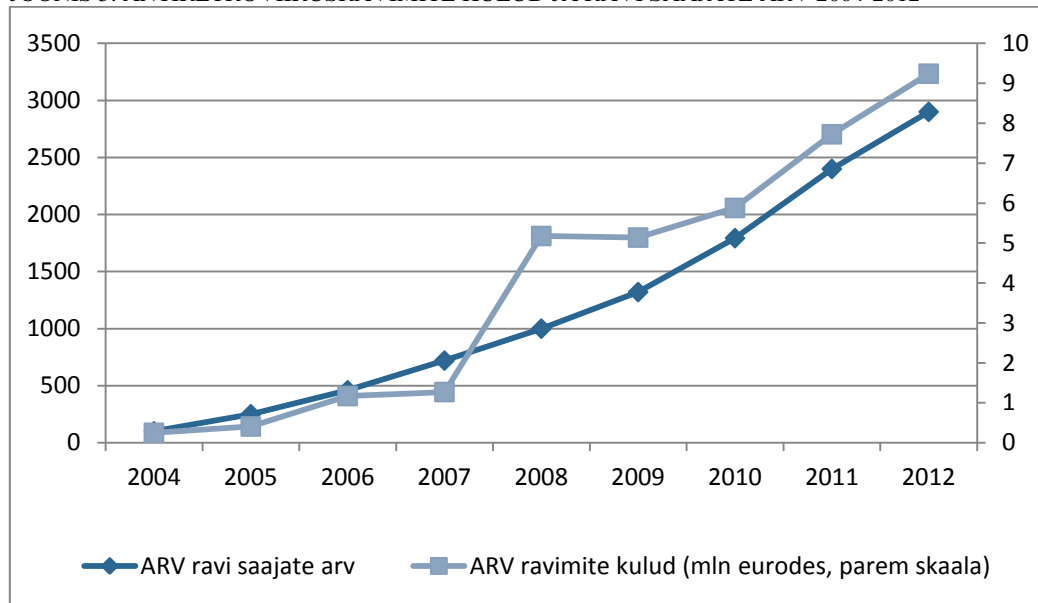
### ARV-ravi kulud

Kombineeritud ARV-ravi aitab viirust kontrolli all hoida ja vähendab nakkuslikust, ennetab oportunistlike infektsioonide teket (nt tuberkuloos, hepatiidid) ja pikendab seeläbi nakatunute eluiga. ARV-ravimid on seega nii nakatunute ravi oluliseks elemendiks kui ka nakkuslikkuse vähendamise kaudu osaks ennetusest. Antiretroviirusravimid hangib ja ostab Sotsiaalministeerium ning Terviseamet jagab need nakkushaiguste osakondadele. Antiretroviirusravigil olevad patsiendid peavad haiglat kord kuus külastama, et saada ARV ravimite ühe kuu varu (Rüütel jt, 2011).

Ravi vajajate hulk on Eestis pidevalt kasvanud ning nakatunute pikem eluiga tähendab, et ravi vajatakse ka pikema ajal jooksul. 2010. aasta lõpu seisuga sai ARV-ravi 1793 inimest ja ARV-ravimite kulu oli 5,9 miljonit eurot (vt joonist 5).

<sup>2</sup> Detailsemalt vaadatakse 2010. aasta kulusid, sest selle aasta kohta on olemas erinevate kuluhinnangute koostamise aluseks olevad andmed ja on võimalik HIVi majandusliku koormuse koondpilti luua. 2011. aasta andmed näiteks sumapõhjuste kohta jne ei olnud töö koostamise ajal veel kättesaadavad.

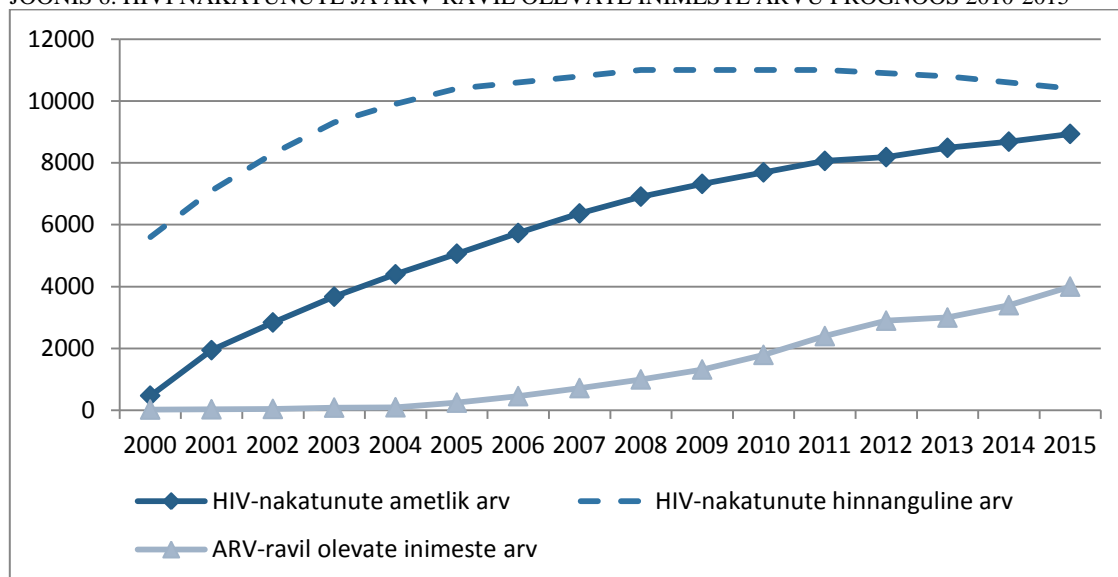
JOONIS 5. ANTIRETROVIIRUSRAVIMITE KULUD JA RAVI SAAJATE ARV 2004-2012



Allikad: 2004-2009 ravi saajad Rüütel jt, 2011, 2004-2010 kulud Sotsiaalministeerium ja TAI 2011, 2011-12 kulu riigieelarvete seletuskirjadest, 2011-12 ravi saajad riikliku strateegia rakendusplaan aastateks 2011 – 2012

Diagnoositud HIV juhtude arv suureneb iga aastaga. ARV-ravi saajate arv kasvab seoses varasematel aastatel HIVi nakatunute ja järjest uute HIVi nakatunute lisandumisega. Taavi Lai poolt läbi viidud uuringus (2009) leiti, et HIV-levimusest ja realselt antiretroviirusravi saajate arvust lähtudes jõuab praegu pakutav ARV-ravi vähem kui 50%-ni seda vajavatest inimestest (Lai jt, 2009).

JOONIS 6. HIVI NAKATUNUTE JA ARV-RAVIL OLEVATE INIMESTE ARVU PROGNOOS 2010-2015



Allikas: Eesti Statistikaamet, Lääne-Tallinna Keskhaigla, TAI, Tervisekaitseinspeksioon; prognoos Lai 2009 andmete põhjal

### Ravi ja ravimite kulud

Lisaks ARV-ravimitele tekivad kulud tervishoiusüsteemile regulaarse nakatunute meditsiinilise jälgimise ja kaasuvate haiguste ravi (tuberkuloos, hepatiit, seedetrakti nakkused, kopsupõletikud jne) tõttu. 2010. aastal HIV-positiivsetele osutatud tervishoiuteenuste kulud moodustasid riikliku

strateegia 2012. aasta aruande põhjal 2,7 miljonit eurot. Lisanduvad kiirabi ja perearstiabi kasutamise seotud kulud, ravimikompensatsioon ning inimese enda kulud käsimüügiravimitele jne. Eeldusel, et HIV-positiivsed moodustavad sama proportsiooni kiirabi ja ülearstiabi kuludest kui koguelanikkonnast ning kulutavad ise tervishoiuteenustele samaväärselt keskmise leibkonnaliikmega, oleks täiendav kulu 1,9 miljonit eurot.

### Enneaegse suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastad

HIVI põhjustatud tervisekaotuse<sup>3</sup> hindamiseks hõlmatakse enneaegse suremuse ja haigestumisega halvenenud elukvaliteedi tõttu kaotatud eluaastad. See on WHO poolt rahvastiku tervisekaotuse hindamiseks 1990. aastate alguses välja töötatud metoodika, millega erinevate haigustega kaasnevat tervisekaotust kvantifitseerida ja võrreldavaks muuta (Lai jt, 2005). Eestis on tervisekaotuse hindamise metoodikat korduvalt kasutatud, sealjuures kogu rahvastiku tervisekaotuse ja erinevate riskitegurite mõju hindamiseks (Lai jt, 2006; Vals jt, 2005; Vals, 2005; Lai jt, 2005).

Tervisekaotuse määramisel kasutatakse ühikuna DALY-t (*disability-adjusted life years*). DALY meetodil liidetakse suremuse tõttu kaotatud eluaastad (YLL - *years of life lost*) ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastad (YLD - *years of life lost due to disability*), mis omakorda leitakse järgnevalt:

YLL = surmade arv x surma tõttu kaotatud eluaastad

YLD = uued haigusjuhud x haiguskaal x haiguse keskmine kestus aastates

Suremuse tõttu kaotatud eluaastate arvutamisel kasutati Statistikaameti andmeid surmapõhjuste ning oodatava eluea kohta soo- ja vanusrühmade lõikes. HIVist põhjustatud YLLi leidmiseks hõlmati surmad perioodil 2000-2010, mille põhjuseks oli inimese immuunpuudulikkus viirustõbi ehk HIV-tõbi ehk AIDS (rahvusvahelise haiguste klassifitseerimise süsteemi ICD-10 koodid B20-B24). Surma tõttu kaotatud eluaastad ehk vahe oodatava eluea ja tegelikult elatud aastate vahel soo- ja vanusrühmiti korrutati igas soo- ja vanusrühmas registreeritud AIDSi-surmade arvuga. Aastaste vanusrühmade oodatava eluea aritmeetilist keskmist kasutati viieaastaste vanusrühmade oodatava eluea lähendina.

Kokku kaotati aastatel 2000-2010 HIV-tõve põhjustatud surmade tagajärjel 11 967 eluaastat (vt ka tabelit 4 ja detailsemaid andmeid lisast 1). Sealjuures moodustas suremus 20-39-aastaste seas üle 80% kaotatud eluaastatest ja ainuüksi vanusrühm 25-29 eluaastat kandis 36% kogu suremuse põhjustatud kaotatud eluaastatest. Mehed moodustasid 75% AIDSi-surmadest ja 70% nende tõttu kaotatud eluaastatest.

TABEL 4. HIVI PÕHJUSTATUD TERVISEKAOTUS AASTATEL 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010
Surmad	3	3	3	7	21	33	49	42	42	51	42	296
YLL (eluaastates)	69	102	134	259	924	1 363	1 958	1 678	1 691	2 103	1 687	11 967
Haigestumine	390	1 474	899	840	743	621	668	633	545	411	372	7 596
YLD (eluaastates)	437	1 651	1 007	941	832	696	748	709	610	460	417	8 508
YLL+YLD	506	1 753	1 141	1 200	1 756	2 058	2 706	2 387	2 301	2 563	2 104	20 475
Kahju (mln eur)	2,3	9,0	6,5	7,7	12,6	17,1	27,0	28,6	28,0	26,5	22,5	188

YLL – enneaegsete surmade tõttu kaotatud eluaastad, YLD – elukvaliteedi languse tõttu kaotatud eluaastad  
Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

<sup>3</sup> Samas tähenduses kasutatakse ka mõistet haiguskoormus (*burden of disease*).

Haigestumise tõttu kaotatud eluaastate leidmisel võeti aluseks Statistikaameti andmebaasis avaldatavad Terviseameti andmed uute registreeritud HIVi juhtude kohta soo- ja vanusrühmade lõikes aastatel 2000-2010. 2003. aastal on Eesti jaoks hinnatud 238 seisundile, sealhulgas HIVi jaoks haiguskaalud ja haiguse keskmine kestus (Vals, 2005) ning neid kasutati ka haigestumise tõttu kaotatud eluaastate hindamiseks. Haiguskaal peegeldab haigusega seotud elukvaliteedi halvenemist (kui 1 väljendab täielikku tervist ja 0 surma, siis HIV haiguskaal 0,84 tähendab, et elukvaliteet on 84% täie tervisega inimese omast ja haiguse põhjustatud kaotus  $1-0,84=0,16$  eluaastat). Uute HIVi nakatunute tõttu kaotati aastatel 2000-2010 8508 eluaastat. Haigestumise tõttu kaotatud eluaastaid oli enim 20-24-aastaste vanusrühmas (ligi 3000 eluaastat ehk 34% kogukaotusest). Samuti langes suurem osa (68%) HIVi haigestumise kahjust meestele.

Aastatel 2000-2010 HIV-iga seotud surmadest ja haigestumisest tingitud summaarne tervisekadu oli 20 475 eluaastat, sellest 14 159 mehed ja 6316 naised. Suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastate põhjal arutati välja ühiskonnale tekitatud kahju, kasutades sisemajanduse koguprodukti (SKP) inimese kohta. Kokku oli HIVi hinnanguline kahju perioodil 2000-2010 188 mln eurot, sealjuures 64% sellest enneaegse suremuse tõttu.

Käesolevas töös ei kasutatud diskonteerimist ja vanuskaalumist. Samuti peab toodud arvude tõlgendamisel arvestama, et tervisekaotus arutati vanuserühmade lõikes aastate 2000-2010 kohta ega kata varasemat perioodi. Siis oli HIVi surma- ja haigusjuhtude arv oluliselt väiksem ja vanusrühmade lõikes ei ole haigestumise andmed kättesaadavad.

### Majanduslik koormus kokku

Eelnevalt esitatud info alusel ennetuse, ARV-ravimite, ravikulude ja kaudsete kulude põhjal on konservatiivne hinnang HIViga kaasnenud majanduslikule koormusele 2010. aastal 44,8 miljonit eurot. Tegemist on konservatiivse hinnanguga, millele tuleks lisada töövõimetus ja töövõime languse tõttu sotsiaalkaitse süsteemile tekitatav koormus.

TABEL 5. HIVI PÕHJUSTATUD MAJANDUSLIK KOORMUS AASTAL 2010

Kulukomponent	Kulud (mln eurot)	Osakaal
<b>Ennetustegevused</b>	3,8	8%
<b>ARV-ravimid</b>	5,9	13%
<b>Tervishoiuteenused ja ravimid</b>	4,6	10%
<b>Enneaegne suremus</b>	18,0	40%
<b>Elukvaliteedi langus</b>	12,6	28%
<b>Kokku</b>	<b>44,8</b>	<b>100%</b>

Allikas: autorite arvutused

Eeldades, et igal aastal lisandub umbes 400 HIVi juhtu, siis võib hinnanguliselt tabel 5 põhjal öelda, et ühe juhu kulud (jättes välja ennetuskulud) on aastas umbes 5330 eurot ning 400 uut nakatunut lisab iga-aastaselt kuludele 2,1 miljonit eurot.

Otsestest kuludest on suurima osakaaluga ARV-ravi kulud. ARV ravi sai 2010. aastal 23% HIV-positiivsetest, kuid Lai jt 2009 töös esitatud prognoosi kohaselt oleks 2010. aasta vajadus olnud kaks korda nii suur (Lai jt, 2009). Tulevikus ARV-ravi vajajate arv ja ilmselt ka ravi kättesaadavus kasvavad ning see avaldab olulist mõju otseste kulude suurusele.

Kaudsetest kuludest oli suurem enneaegse suremuse põhjustatu, mis kogu majanduslikust koormusest moodustas koguni 40%, kuid ka elukvaliteedi langusega kaasnev kahju oli märkimisväärne (28% kogukuludest). Õigeaegne ravi pikendab HIV-positiivsete eluiga, nii et otseste kulude suurenemine ARV-ravi kulude arvel toob loodetavasti kaasa enneaegse suremuse tõttu tekkivate kahjude vähenemise.

### Varase diagnoosimise ja ravi puhul tööandjale keskpikas plaanis kulusid ei lisandu

Majandusliku koormusega kaasnevad kulud ühiskonnale mõjutavad ka tööandjaid, kes maksude kaudu otseste kulude kandmisesse panustavad ja kaudsete kulude kahju ühiskonna liikmetena kannavad. Otsesem mõju tööandjale ilmneb töötajate tervise ja töövõime kaudu. Keskmise palgaga töötaja, kelle töövõime on vähenenud 75%ni, toob tööandjale kahju madalama töövõime tõttu. Kuid seda kahju ei pruugi tekkida, kui HIVi diagnoosimine ja vajadusel raviga alustamine säilitavad töötaja töövõime täielikult. Šveitsi HIV-positiivsete seas läbi viidud uuringus leiti, et ligi 60% HIV-positiivsetest oli 100% töövõimega (Sendi, 2004).

TABEL 6. VARASE DIAGNOOSIMISE JA RAVI MÕJU TÖÖANDJALE

HIV-staatus	Negatiivne	Positiivne	Positiivne	Positiivne
Aeg nakatumisest	-	5 aastat	5 aastat	5 aastat
Diagnoosimine	-	Varakult	Hilja	Ei
Ravi saamine	-	Jah	Jah	Ei
Töövõime	100%	100%	75%	50%
Brutopalk	792	792	792	792
Kahju tööandjale madalamast töövõimest aastas	0	0	2 376	4 752

Allikas: autorite arvutused, Statistikaameti andmed 2010. aasta keskmise brutopalgaga kohta

## 3.2. HIVi mõju tööandjale

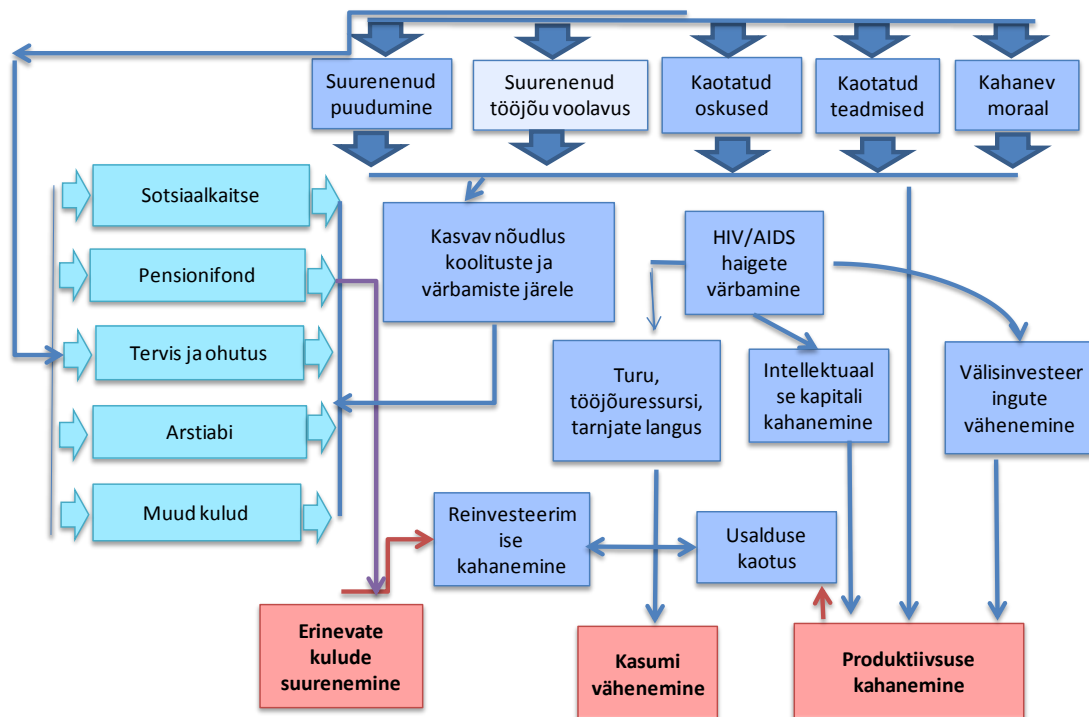
HIVI epideemia mõju tekib suhteliselt aeglaselt. Kui üksikinimesele võib HIV mõju olla drastiline ja isegi surmav, siis laiemalt võtab selle epideemia mõju märkamise kauem aega. Samuti ei ole HIV mõju koheselt märgata majanduses ning koheselt ei tõuse ka tervishoiukulud. Oluline on arvestada ka seda, et mõned muud tegurid (nt narkootikumide ületoot, suitsetamine, vägivald) võivad esialgu varjutada HIVist põhjustatud surmasid. Samas võib Aafrika riikide näitel aga öelda, et kui mõju on selgelt näha, võib juba hilja olla (Matic, 2006).

ILO hinnangul on maailmas HIVi nakatunud vähemalt 26 miljonit tööealist inimest vanuses 15-49 aastat. Lisaks nakatunuid ja nende peret mõjutab see ettevõtteid ja riigi majandust üldiselt. HIViga seoses võetud haiguspäevad võivad põhjustada olulist tootlikkuse langust, jääb saamata oodatud tulu ning samuti kannatavad töötajate oskused ja teadmised. HIVi levik suurendab üleüldist majanduslikku ebakindlust ning ebavõrdsust meeste ning naiste vahel (IOE, 2002; Barnett, 1999).

Küsimus, kas tööandjad peavad osalema võitluses HIVi vastu, on saanud oluliseks kogu maailmas. Tööandjad küsivad väga tihti ka ise, kas HIVil on negatiivne mõju äritegevusele ja tihti on vastuseks jah. HIVi pandeemia on kaugeleulatuv mõju. See ei ole ainult väljakutse rahvatervisele, vaid siia põimuvad ka väga keerukad sotsiaalsed probleemid. Muuhulgas võib pandeemia põhjustada ka majanduslikku katastroofi (tõsi, praegu on see probleem peamiselt Lõuna-Aafrikas, kuid sellest võiksid teised riigid varakult õppida) (IOE, 2002). Samas Eestis tekitab see põhjendamatu kulu, kuna need juhud oleksid välditavad (sarnaselt liiklussurmadele).

Tööandjaid tunnistavad, et HIVil on negatiivne mõju nii ärikeskkonnale (makromajanduslik mõju), kui ka otse ettevõttele (mikromajanduslik mõju) (Barnett, 1999). Järgmisel joonisel on kirjeldatud HIVi mõju tööandjatele. Kõige otsemalt mõjutavad tööandjaid suurenenud haiguse tõttu töölt puudumine, suurenenud tööjõu voolavus, väljaõpetatud töötaja lahkumine ning välja on toodud ka töömoraali langus. Peamisteks kuludeks sotsiaalkaitsekulude suurenemine. Kokkuvõtvalt võib väheneda ettevõtte kasum ning tootlikkus.

JOONIS 7. HIVI MÕJU TÖÖANDJATELE, ÜLEVAADE



Allikas: Kohandatud IOE 2002 järgi Eesti konteksti



### 3.3. Häbimärgistamine ja tõrjumine

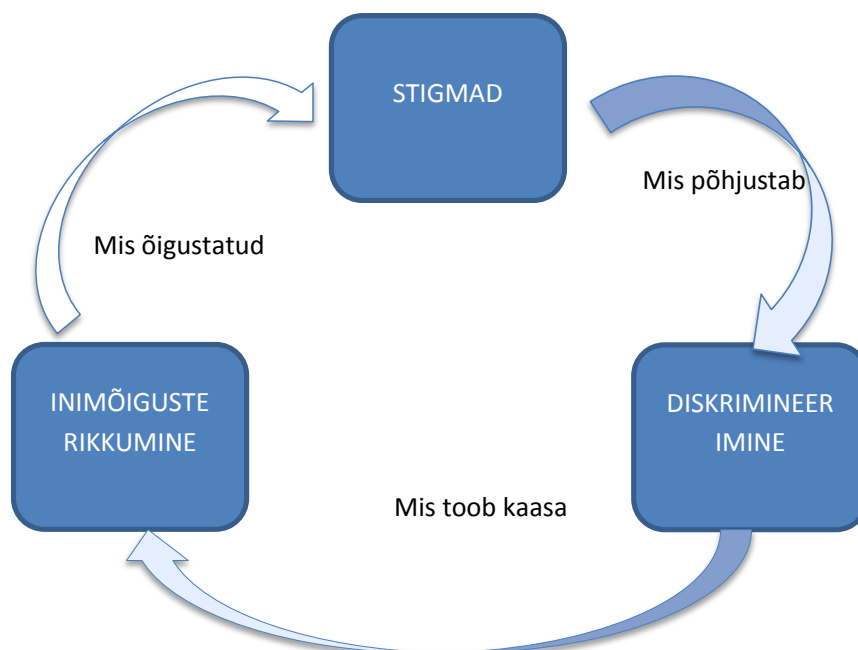
Häbimärgistamine ehk stigma<sup>4</sup> on protsess isiksuse devalveerumisest indiviidi ümbritsevate silmis. Häbimärgistamine võib tekkida väga juhuslikult nagu näiteks nahavärvist, rääkimismaneerist, seksuaalsest orientatsioonist jne (Aggleton jt, 2005; Parker jt, 2002).

Tõrjumine ehk tõrjumine<sup>5</sup> on tihedalt seotud häbimärgistamisega. Tõrjumine on inimeste vahel vahet tegemine, nende isoleerimine või õiguste piiramine, mille tulemusel liigitatakse nad isiklike omapäradega või oletusliku kuulumisega konkreetsesse gruppi (Aggleton jt, 2005; Parker jt, 2002).

HIVI ja AIDSiga seotud häbimärgistamine ja tõrjumine on aluseks negatiivsete hoiakute kujunemisele, ärakasutamisele ja väärkohtlemisele. Häbimärgistamine ja tõrjumine toimuvad mitmel tasandil: perekonna, eakaaslaste ja laiema kogukonna tasandil. Veel täheldatakse halvustav suhtumine nii tervishoiuteenuste ja haridusteenuste osutajate poolt jne. Lisaks kahjustab see tugevalt nakatunu psüühilist ja ka füüsilist tervist (võib loobuda isegi ravist) (AVERT, 2012).

Häbimärgistamine ja tõrjumine on omavahel tugevalt seotud ning soodustavad üksteise toimumist. Tõrjumist loetakse ka inimõiguste rikkumiseks. Oluline on rakendada nii riigi- kui tööandjate poolt erinevaid meetmeid, mis oleksid suunatud HIVi nakatunute (ja üldse teistmoodi inimeste) häbimärgistamise ja tõrjumise vältimisele. Sotsiaalne keskkond, mis soodustab inimõiguste rikkumist, võib omakorda õigustada häbimärgistamist ja tõrjumist (vt joonis 8) (Aggleton jt, 2005).

JOONIS 8. HÄBIMÄRGISTAMISE, DISKRIMINEERIMISE JA INIMÕIGUSTE RIKKUMISE TSÜKKEL



Allikas: Aggleton jt 2005

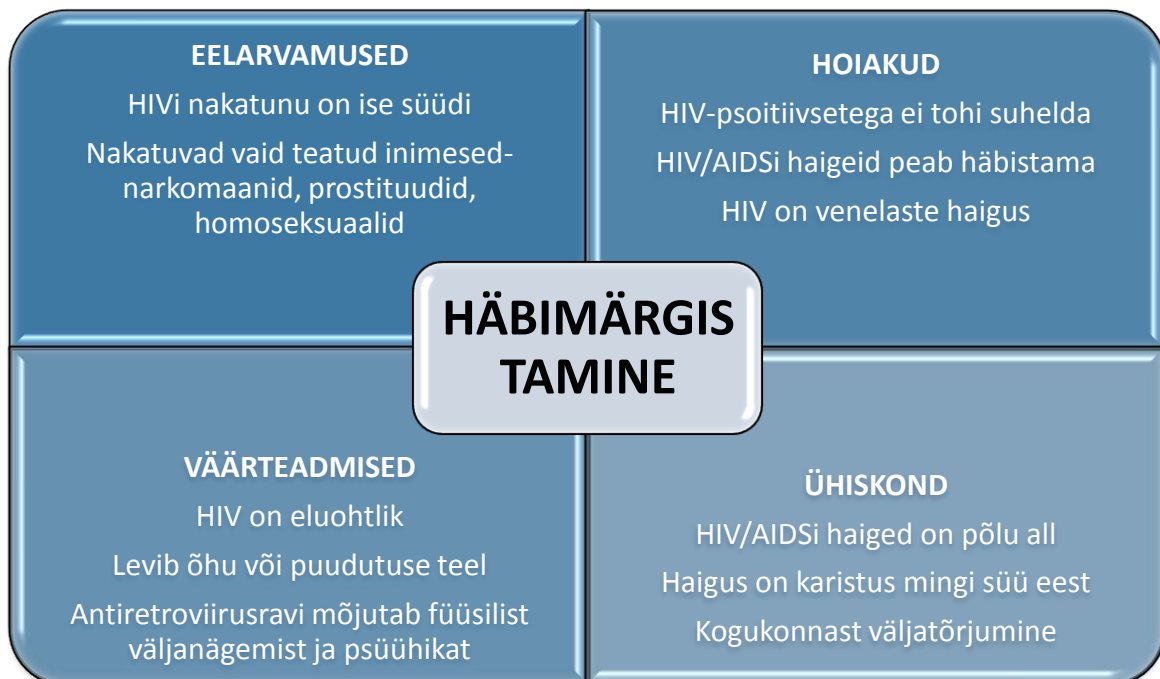
<sup>4</sup> Stigma asemel kasutatakse läbivalt kogu töö vältel mõistet tõrjumine

<sup>5</sup> Diskrimineerimise asemel kasutatakse läbivalt kogu töö vältel mõistet tõrjumine

HIVI ja AIDSiga seotud häbimärgistamist ja tõrjumist esineb kogu maailmas, kuid erinevates riikides ja kogukondades võivad need avalduda erinevalt. HIV/AIDSiga seotud häbimärgistamine ja diskrimineerimine esinevad ka koos muude ühiskonnas mitteaktsepteeritud nähtustega nagu rassism, homofobia, naistevihkamine vms. Tihti on see suunatud sellistele rühmidele, kes on ühiskonnas sotsiaalselt vastuvõetamatud (nt prostituudid, süstivad narkomaanid, homoseksuaalid) (AVERT, 2012; Aggleton jt, 2005).

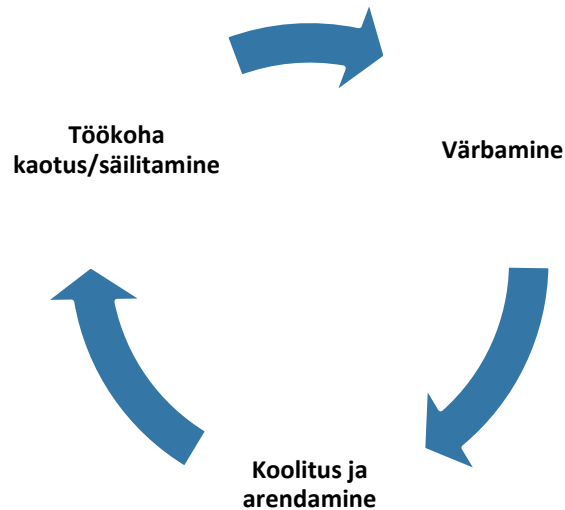
Häbimärgistamise tekkimise üheks oluliseks eelduseks on hirm ja teadmatus. Tihti arvatakse, et HIV on raske eluohtlik haigus ning seetõttu on inimeste reageering sellele tugev. Samuti arvatakse, et HIV on otseselt seotud inimeste käitumisviisidega (narkomaania, prostitutsioon, homoseksuaalsus) ning need on põlu all paljudes ühiskondades. Mõnes ühiskonnas veel leitakse, et inimene on ise süüdi et nakatus ning ta tasub oma haigusega mingi süü eest, mis väärib karistust. Palju müüte levib nakatumise kohta, kardetakse et see levib õhu teel või piisab käepigistusest. Samuti arvatakse et antiretroviroosravi mõjutab inimese füüsilist välimust ja psüühilist olemust (AVERT, 2012; Parker jt, 2002). Järgmisel joonisel on kirjeldatud nelja peamist faktorit, mis on seotud HIV ja AIDSi häbimärgistamisega.

JOONIS 9. HIV/AIDSI HÄBIMÄRGISTAMIST MÕJUTAVAD FAKTORID



Häbimärgistamine ja tõrjumine on suuresti seotud ka töötajate ja tööandjate omavahelise suhtlemisega. Kuigi rahvusvahelist on kokku lepitud, et töötajaid ei tohi mingil põhjusel diskrimineerida, siis see tihti tegelikult ei kehti. Näiteks on joonisel 10 ära toodud tööhõive protsess, mille igas etapis on võimalik diskrimineerida ning takistada töötajal jõudmast järgmisesse etappi. Tööandjal on võimalik töötajat tõrjuda juba värbamisel, kui ei võta HIV-positiivset või arvatavat nakatunut seetõttu tööle. Samuti on tõrjumine võimalik tööhõive järgmises etapis ehk töötaja koolitamisel ja arendamisel. Selles etapis võivad tööandjad keelduda HIV-positiivsete või arvatavate haigete väljaõpetamisest. Tihti toovad tööandjad selle ka üheks põhjenduseks, miks nad töötaja hiljem vallandavad. Kui töötaja on kaks esimest tööhõive protsessi etappi edukalt läbinud, siis üldjuhul nende töökoht säilib kuna ta on juba ettevõtte jaoks produktiivne. Samas see ei välista tõrjumist töökojal (nt ebameeldivamad tööülesanded, tõrjuv kaastöötajate hoiak jne) (Sprague jt, 2011).

## JOONIS 10. TÖÖHÕIVE PROTSESS



Allikas: Sprague jt 2011

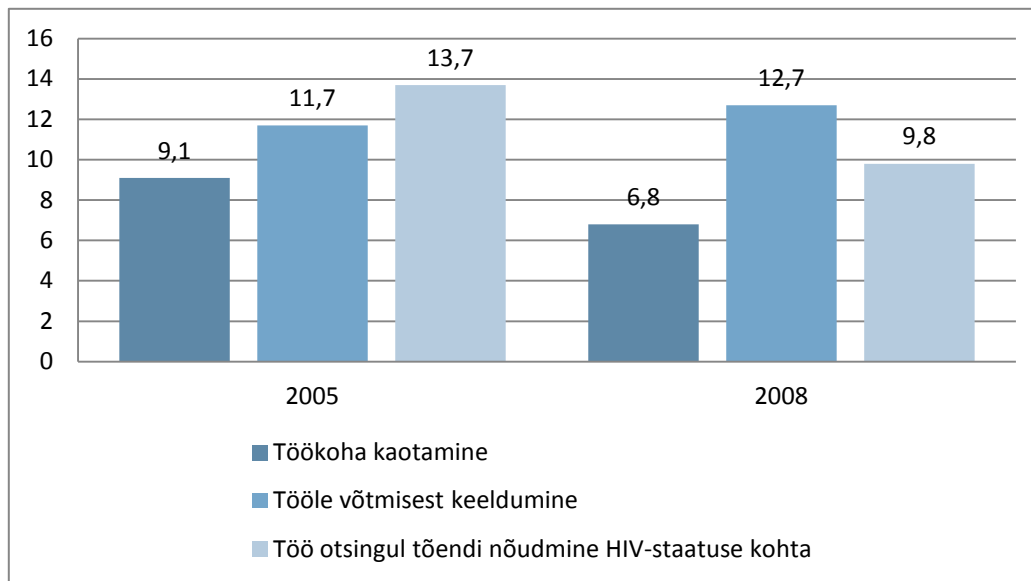
2008. aastal koguti TAI poolt andmeid 449 HIV-i nakatunud inimese kohta, kes külastasid infektsionisti Tallinnas, Narvas või Kohtla-Järvel (Lõhmus, 2009). Esimest korda viidi sarnane küsitlus läbi 2005. aastal, mil andmed saadi 451 HIV-i nakatunu kohta (Rüütel jt, 2006). Nende uurimuste tulemused ei ole üldistatavad kõigile HIV-i nakatunud inimestele Eestis, sest puudutavad vaid neid, kes jõudsid nakkushaiguste arsti juurde. Samas annavad need siiski teatud pildi HIV-positiivsete olukorrast.

HIV-i diagnoosi saanud räägivad oma nakatumisest kõige sagedamini oma pereliikmetele. Umbes 60% on teavitanud oma haigusest vanemaid ning umbes 54% oma elukaaslast/abikaasat. Ülemusele/õpetajale on rääkinud oma nakkusest 1,6% ning töökaaslaste/koolikaaslastele 2,9%. HIV-i tõttu töö- ja või koolikaaslaste poolt tõrjuvat suhtumist koges 2008.a. 3,3% ning 2005.a. 2,2% küsitletutest. Ülemuse ja/või õpetaja poolt koges tõrjuvat suhtumist 2,7% vastanutest (2005.a. 3,0%). 2008. aastal oli suhtlemise töö- ja/või koolikaaslastega ning ülemuse ja/või õpetajaga lõpetanud 6,6% vastanutest, 2005. aastal üle 12% vastanutest (Lõhmus jt, 2009; Rüütel jt, 2006).

2008. aasta uuringust selgus, et 2,9% nakatunutest kogesid olukorda, kus nendega keelduti kasutamast sama tualettruumi, 2,7% nakatunu kõrval istumast ja 2,7% ühes töö- või klassiruumis viibimast (Lõhmus jt, 2009). Võrreldes 2005. aastal läbi viidud küsitlusega, kus 8,7% küsitletutest oli kogunud enda kõrval istumisest, 7,9% sama tualettruumi kasutamisest ja 4,5% ühes töö- või klassiruumis viibimisest keeldumist, on need näitajad oluliselt paranenud (Rüütel jt; 2006).

2008. aasta uuringus vastasid ligi 12% vastajatest, et nende HIV-positiivsuse või arvatava HIV-positiivsuse tõttu on viimase 12 kuu jooksul keeldunud neid tööle võtmast. 13,7% vastajatest väitis, et tööotsingute käigus on neilt nõutud HIV-i nakatumise kohta tõendit. 9,1% küsitletutest arvasid, et on nakatumise tõttu oma töökoha kaotanud. 17% märkisid ka seda, et oli viimase aasta jooksul kogunud tööeluga seotud tõrjumist. 2005. aastaga võrreldes on HIV-positiivsete tõrjumine tööturul Eestis tervikuna veidi vähenenud (vt joonis 11).

JOONIS 11. TÖÖKOHA SAAMISE VÕI HOIDMISEGA SEOTUD PROBLEEMID HIV-POSITIIVSUSE TÖTTU (%)



Allikas: Lõhmus jt, 2009; Rüütel jt, 2006

Lisaks viis TAI 2008. aastal läbi ka Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu, millele vastas kokku 4275 inimest (Tekkel jt, 2009). Muuhulgas küsiti vastajatelt ka seda, kas nad oleksid nõus töötama ühes kollektiivis HIVi nakatunud inimestega. Selle uuringu kohaselt ei olnud üldse nõus HIV-i nakatunud inimestega ühes kollektiivis töötama 9,2% küsitletutest. 2005. ja 2008. aasta infektsionisti küllastavate HIV-positiivsete uuringu järgi oli selliseid inimesi aga oluliselt vähem (vastavalt 4,5% ja 2,7%). Ilmselt on sellise erinevuse põhjuseks erinevad valimid: infektsionisti küllastavate HIV-positiivsete uuringus mängis rolli isiklik kontakt nakatunuga, mis vähendas teadmatust ja hirmu HIV ees.

Häbimärgistamine ja tõrjumine on oluline teema ka tööandjate seisukohast, kuna see mõjutab olulisel määral töökoha vaimset sisekliimat, nakatunute motivatsiooni ja võimalusi tööturul, samuti HIV-positiivsete lähedaste motivatsiooni ja võimalusi tööturul. Seega peaksid tööandjad vastutama selle eest, et töökohal ei tekiks tõrjumist ja häbimärgistamist ning eelkõige peaksid nad ise seda vältima.

### 3.4. HIVi mõju majanduskeskkonnale

HIViga seotud kulud on olulised nii riiklikul kui perekonna tasandil. HIV-nakkus võib perekonna tasandil kaasa tuua suurenenud ravikulud ning jätta tööl käiva inimese töötuks. Kuigi Euroopa tasemel on HIVi majanduslikku mõju veel raske hinnata, võib Aafrika riikide näitel väita, et HIVi levik võib nii majandusele, kogukonnale kui ka perekonnale mõjuda katastroofiliselt. Praegu üheks olulisemaks väljakutseks HIVi ennetamise ja ravi juures ongi see, et nakatuvad peamiselt noored tööealised inimesed ehk kõige produktiivsemad ühiskonna liikmed (USAID, 2011).

Eelkõige võib majanduslikku mõju HIVi tõttu tunda siis, kui toimuvad olulised kõrvalekalded ressursside kasutamisel ja väheneb toodang töötajate haiguse tõttu. Kui inimesed haigestuvad või surevad, jäävad nende oskused ja teadmised kasutamata ning tööandja jaoks läheb ressurss kaotsi. Lisaks peab tööandja leidma ka uued töötajad, kelle väljaõpe nõuab omakorda ressursse (UNSAID, 2000).

Üldiselt saab HIVi mõju hinnata nii makroökonomilisel, sektoraalsel, ettevõtte, leibkonna ja individuaalsel tasandil. Järgmises tabelis ongi kirjeldatud kõiki neid tasandeid ning võimalikke indikaatoreid, millega mõju hinnata (UNSAID, 2000; Burnett & Whiteside, 1999).

TABEL 7. HIVI MÕJU HINDAMINE ERINEVATEL TASANDITEL

TASANDID	DEFINITSIOON	INDIKAATORID
Makroökonomika tasand	Riigi või maakonna majandus on määratletud sisemajanduse või geograafiline kogu tootmisega	SKP vähenemine, mis on seotud HIVist tuleneva majandusliku aktiivsuse vähenemisega SKP muutus sektorites, mis on seotud HIViga Gini-koefitsient või vaesuse tasemed
Sektoraalne tasand	Produktiivne majanduslik jaotus (nt tööstus või pangandus)	HIV tõttu muutunud sektori väljundid HIV tõttu muutunud nõudlus
Tervishoiusektori tasand	Panustatakse ennetusele ja ravile, muutes seeläbi elanikkonna tervemaks ja pikaealisemaks	Suurenenud suremus – haigestumise tõttu kaotatud eluaastad Suurenenud haigestumus – kvaliteetselt elatud eluaastad
Äriühingu, ettevõtte ja valitsusväliste organisatsioonide tasand	Era- või avaliku sektori üksus, mis toodab kaupu või teenuseid müügiks või levitamiseks. Valitsusväline organisatsioon – kolmas sektor	Suurenenud töölt puudumine. Muutunud tootlikkus. Suurenenud ennetähtaegselt pensionile jäämine. Tööjõuga seoses käive suurenenud. Muutunud toodangute või teenuste nõudlus (vähenenud või suurenenud)
Leibkonna tasand	Tarbimine ja/või tootmine toimuvad ühes kohas	Muutused sissetuleku tasemes. Vähenenud kulutused ja tarbimine. Vähenenud teenuste kasutamine
Individuaalne tasand	Üksikisikud	Madal või olematu produktiivsus

Allikas: UNAIDS 2000, kohandatud

### Makroökonomika tasand

1990. aastate alguses viidi läbi mitmeid analüüse, et hinnata HIV/AIDSi mõju makromajandusele ja erinevaid suundumusi. Nende uuringute hüpoteesiks oli see, et HIV/AIDS mõjutab makromajandust eelkõige just produktiivsete inimeste kaotamise tõttu. Üldiselt leiti, et kuigi on võimalik modelleerida HIVi mõju riigi majandusele, on väga raske määratleda ja mõõta makromajanduslikku mõju. Samas oleneb ka palju konkreetsest riigist ja selle võimekusest majandusraskustega toime tulla. Üldiselt on arengumaades seda mõju kergem mõõta kui arenenud riikides, kuna viimastes on keerukamad makromudelid ja AIDSi mõju makronäitajatele on väga raske hinnata (UNAIDS, 2000).

### Sektoraalne tasand

HIVI mõju on valdkonna tasandil rohkem väljendunud ja seega lihtsam ka mõõta kui makromajanduses. Sektor hõlmab tavapäraselt määratletud majandussektoreid nagu tööstus, pangandus või siis tervis, heaolu ja kaitse. Siin all võib vaadata ka allsektoreid nagu põllumajandus, metsandus, primaarsektor.

Sageli saab sellel sektoril tähelepanu rahvatervise valdkond kuna see on esimene mitte mikrotasand, mille mõju on näha haigete ja haiglaravi vajavate inimeste kasvust (UNAIDS, 2000).

### Ettevõtted või institutsioonid

Sellel tasandil on tehtud vähe mõju hindamisi. On tõenäoline, et paljud firmad on seda hinnanud sisemiselt, kuid tulemusi laiemalt avalikustanud ei ole. Eelkõige avaldub sellele sektorile HIVi mõju teadmiste ja oskuste kadumisega. Pikemas perspektiivis mõjutab ettevõtluskeskkonda ka nõudlus kaupade ja teenuste järele (UNAIDS, 2010).

Üldisemalt võib HIVi mõju tööandjale mõõta otseste ja kaudsete kuludega. Kaheks olulisimaks otseseks kuluks loetakse tervisekindlustust ja nakatunud töötaja aastapalka. Kaudseid kulusid on tunduvalt raskem mõõta, peamiselt saab seda kõige paremini hinnata tootlikkuse langusega, mis alati ei pruugi aga olla otseses seoses töötajate haigestumisega (Policy, 2012). Eesti kontekstis saaks otsese kuluna hinnata tööandjate kulu töötajate töövõimetuslehtedele.

### Leibkonna ja kogukonna tasandi mõju

Mõju leibkonna tasandil on väga raske hinnata kuna:

- Leibkonnad ei ole homogeensed
- Raske on saada teavet leibkonnasisesest dünaamikast ja rollide jaotusest
- Leibkonnad võivad tihti oma koosseisult muutuda või liikuda mujale
- Leibkonda on mitme aasta jooksul raske jälgida.

Samas võib mõju hindamine leibkonna tasandil olla väga kasulik, kuna selle taseme mõju annab esimesena tunda ja on suurima mõjuga (UNAIDS, 2010; Burnett & Whiteside, 1999).

## 3.5. Tööandjate roll ja võimalikud meetmed HIVi ennetamiseks

### HIVI ennetamine töökohal: tööandjate roll ja võimalikud sekkumismeetmed

HIV epideemiaga riikides on paljud tööandjad mures, kuidas kaitsta oma töötajaid HIV infektsiooni eest ja kuidas käituda nendega, kes on juba nakatunud. Tööandjate tegevus seoses HIV küsimusega sõltub peamiselt kahest järgnevast tegurist:

- HIV levikust ettevõtetes ning ümbritsevas kogukonnas;
- Teadlikkuse tasemest HIVi ennetamisel ja selle vajalikkusest.

Madala HIV-levimusega riikides, kus on tagatud töötajate heaolu ning tervishoiuteenuste osutamine, ei tunne tööandjad et nad peaksid asutustes kasutusele võtma täiendatud meetmeid. Näiteks arvasid Itaalia tööandjad, et HIViga tegeleb valitsus ning tööandjate sekkumine ei ole vajalik. Samas Põhja-Ameerika ja Austraalia tööandjate küsitlusest selgus, et teemasse suhtutakse tõsiselt ning asjaga tegeletakse (peamiselt ennetus- ja teavitustegevuste kaudu) (UNAIDS, 2000). 2002.a. viidi Eestis, Gruusias, Ungaris, Poolas ja Venemaal äriinimeste ning tervishoiutöötajate seas läbi HIVi teemaline küsitlus, kus küsiti üldisi teadmisi HIVi teadmiste kohta. Üldisi fakte äriinimesed küll teadsid, kuid samas olid nad ka kindlad, et neid see probleem ei puuduta (Goodwin jt, 2003).

## Ettevõtete väljakutsed ja vastutus seoses HIVi küsimustega

Ettevõtetal on tavaliselt neli peamist väljakutset HIViga tegelemise (Burnett & Whiteside, 1999; UNAIDS 2, 2000):

- Teadmiste ja vahendite puudumine, eriti väikestes ja keskmise suurusega ettevõtetes;
- Tundlikkuse küsimus – kuidas tulla toime töötajate hoiakutega HIV küsimuses, sh sooline ebavõrdsus ning seksuaalne orientatsioon;
- Ettevõttele on pandud kohustused (nt aktsionäride poolt) meetmete väljatöötamiseks;
- Kuidas tagada nakatunutele nõustamine, toetus, alternatiivne töökorraldus vms.

## MIKS on tööandjatel oluline HIVi ennetusega tegeleda

UNAIDS töötas 2002. aastal välja tööandjatele HIViga tegelemiseks järgmised juhised, kuna tööandjatel on suur mõju teemaga tegelemiseks, sest:

- töökohal võib mõjutada väga palju inimese sotsiaalseid hoiakuid, väärtusi ning isegi seksuaalset käitumist;
- sihtrühm on väga selgelt määratletud – töötajad;
- olemas on juba mehhanismid, mis tegelevad tervise ja ohutuse küsimustega töökohal;
- ettevõtetal on võimalus tihedaks omavaheliseks koostööks suurendamiseks ennetuse mõju tööandjate ja nende perekondade seas.

ILO on rahvusvahelisel tasandil töötanud välja tegevusjuhised HIViga tegelemiseks. Juhis on sündinud kolmepoolsete arutelude tulemusena – töötajad, tööandjad ja omavalitsused. Juhised on keskendunud sellele, kuidas töökohtadel leevendada HIVi mõju. Sealjuures on saavutatud konsensus delikaatsete küsimuste lahendamiseks nagu näiteks kuidas käituda konfidentsiaalse infoga HIVi nakatunu kohta (UNAIDS, 2000).

## MIDA saaksid ettevõtjad HIVi ennetamisega seoses teha

ILO on välja töötanud juhendeid tööandjatele, mille eesmärgiks on leevendada HIVi mõju tööturule ja ettevõtetele. See sisaldab põhimõtet, et nii ettevõtte, ühenduste kui ka kohalike omavalitsuste tegevused peavad toimuma järgmistes valdkondades:

- Ennetamine ja harimine – tulemuseks käitumise muutumine;
- Mitte tõrjumine ja tööaindate huvide ning õiguste kaitsmine;
- Toetamise ja nõustamise tagamine, sh vabatahtlik testimine ja nõustamine;
- Töötajate omavahelise suhtlemise toetamine sellel teemal ning kogemuste ja teadmiste vahetamine;
- HIVi ühingu arendamine (nagu näiteks koalitsioon HIVi vastu);
- Igakülgse ennetualase teabe pakkumine töökohal.

## KUIDAS peaksid tööandjad HIVi ennetama

Tööandjad peavad HIViga tegelemisel lähtuma järgmistest põhimõtetest (IOE 2002):

- Tööhõives ei tohi olla mingit tõrjumist seoses HIV staatusega (nii reaalse kui arvatavaga);
- Töötajale peab tagama konfidentsiaalse, tervisliku ja ohutu keskkonna;
- Peab tagama soolise võrdõiguslikkuse;
- Võimaldama vabatahtliku HIV- testimise
- Vajadusel võimaldada ennetusprogrammid ning hooldus- ja tugiteenused, sest see on aluseks epideemiaga tegelemisel töökohal.

## HIViga seotud vastutus töökohal

HIVI ennetamise poliitika arendamine ettevõtetes peaks vastama järgmistele eeldustele:

- Vastavus riigi seadusandlusele;
- Nakatunud inimeste tõrjumine;
- Nakatunusse suhtumine teiste töötajate poolt;
- Meditsiini- ja haridusteenuste kättesaadavus;
- Konfidentsiaalsus ja eraelu puutumatus;
- Hüvitised, mida töötajal võimalus saada (nt haiguslehed);
- Integreerimine muude organisatsiooni tavade/praktikatega;
- Ettevõtte tasakaal vajaduste, juhtimise, kaastöötajate ja üksikisiku vahel;
- Ressursid nii ettevõtte siseselt ja väliselt, teabe ja teenuste kättesaadavus (IOE, 2002).



## 4. Kokkuvõte ja soovitused edasiseks tegevuseks

Käesoleva analüüsi eesmärgiks oli anda ülevaade HIVi mõjust majandusele ja tööandjate rollist HIVi ennetamisel. Eestis on praegu kokku diagnoositud enam kui 8000 HIVi nakatunut ning igal aastal lisandub umbes 400 uut juhtu, mida oleks võimalik ennetada. Nakatunud on enamasti tööealised ning seetõttu on ka nende mõju majandusele ja ettevõtetele suurem. Erinevad uurimused on näidanud, et just töökohtadel kõige suurem mõju inimeste riskikäitumise vähendamisel ning seega ka HIVi ennetamisel.

Praegu on Eestis kogu HIVi alane vastutus Sotsiaalministeeriumil ning tegevuste elluviimise eest vastutab TAI. Kuigi Eestis rakendatakse laiapõhjalist ennetusprogrammi erinevatele sihtrühmadele (eelkõige riskirühmadele), siis on sealt välja jäänud aga töötajad. Lisaks tegelevad HIVi alaste tegevustega veel mõned MTÜ-d ja ühingud. Tööandjatel otsest vastutust HIVi teemaga tegelemiseks ei ole, kuid mõned ettevõtted on moodustanud HIVi vastu võitlemiseks koalitsiooni „Ettevõtted HIV vastu“.

Tööandjate ja HIV-positiivsete töötajate omavaheline suhtlemine on mõjutatud ka häbimärgistamisest ja tõrjutusest. Palju sõltub nii ühiskonna suhtumisest kui ka tööandjate suhestumisest HIV-positiivse töötajaga. Erinevad HIVi vastased ennetustegevused on edukad eelkõige sel juhul, kui tööandjatel puuduvad eelarvamused ning nad annavad oma käitumisega eeskujuga ka töötajatele.

Seni puudub hinnang HIVi mõju kohta Eesti tööandjatele. Praegu on võimalik ainult kaudselt öelda, et aastatel 2000-2010 HIV-iga seotud surmadest ja uutest haigestumisest tingitud summaarne tervisekadu oli 20 475 eluaastat ning hinnanguline kahju sel perioodil oli 188 mln eurot (sealjuures 64% sellest enneaegse suremuse tõttu).

Ennetuse, ARV-ravimite, ravikulude ja kaotatud eluaastate tekitatud kahju põhjal on konservatiivne hinnang HIViga kaasnenud majanduslikule koormusele 2010. aastal 44,8 miljonit eurot (umbes sama palju kulus Haigekassal 2011. I poolaastal ravimite kompenseerimisele), sellest 32% otseste ja ülejäänu kaudsete kuludena. Tegemist on konservatiivse hinnanguga, millele tuleks lisada töövõimetus ja töövõime languse tõttu sotsiaalkaitse süsteemile tekitatav koormus. Eeldades, et iga aasta lisandub umbes 400 HIVi juhtu, siis võib hinnanguliselt öelda, et ühe juhu kulud (jättes välja ennetuskulud) on aastas umbes nakatunu kohta 5330 eurot ning 400 uue juhu näol lisandub igal aastal kuludesse 2,1 miljonit eurot.

Varajane HIVi diagnoosimine ja õigeaegne ravi säilitab töötajate töövõime. Kui nakatunud inimene saab varakult oma haigusest teada, käib regulaarses kontrollis ja saab vajalikku ravi, ei oma ta tavaliselt keskmisest töötajast suuremaid kulusid kuna tema haigus on kontrolli all ning töövõime säilib 100%. Teisalt need töötajad, kes oma haigusest ei tea (või on diagnoosi teada saanud väga hilja) aga jäävad järjest haigemaks ning võivad töövõimetus kaotada kuni 50% kuna nad on vastuvõtlikumad igasugustele muudele haigustele ja seetõttu puuduvad ka rohkem töölt. See toob tööandjale kaasa aga potentsiaalse kulu nii raha kui teadmiste/oskuste puudumise tõttu. Seetõttu peaksid tööandjad pöörama suuremat tähelepanu ka varasele haiguse avastamisele.

Lähtuvalt erinevatest rahvusvahelistest praktikatest ja juhenditest saab Eesti tööandjatele seoses HIVi teemaga tuua järgmised soovitused:

- Ettevõtted peaksid tegema tihedamat omavahelist koostööd (HIV ennetusalased koolitused, teavituskampaaniad vms üritused). Sealjuures on oluline, et oleksid kaasatud ka väikese ning keskmise suurusega ettevõtted, kuna selliseid on Eestis just kõige rohkem.

- Ettevõtjad peaksid julgustama töötajaid ennast testima ja selle ka anonüümsel teel neile võimalikuks tegema. TAI poolt on alates 16-eluaastast HIV-testimine ja nõustamine tagatud, kuid inimesed ei tea nende testimiskabinettide olemasolust. Siin võiksid tööandjad aidata kaasa töötajate teavitamisele.
- Ettevõtjad peaksid minimaalselt ettevõtte tasandil välja töötama strateegia üldiste hoiakute ning häbimärgistaminee suunamiseks HIVi teemal. Tööandjad peavad eelkõige ise andma positiivset eeskuju HIV-positiivsetega suheldes ja neid mitte mingil juhul diskrimineerides.

Lisaks eelnevalt toodud soovitudele tuleks põhjalikuma analüüsiga kindlaks teha, kui suur mõju on nii inim- kui ka raharessursi näol HIVi mõju tööandjatele ja ühiskonnale. See eeldab täiendavaid andmeid erinevatest andmebaasidest (Haigekassa, Sotsiaalkindlustusamet).

Kuigi antud analüüs keskendub HIVi ennetamisele, siis ettevõtted ei peaks kontsentreeruma vaid HIV ennetusele, vaid tõsisemalt tegelema oma töötajate elustiili/hoiakute kujundamisega ning pakkuma neile tervislike eluviiside kujundamist toetavaid meetmeid töökohal. Sest kui töötaja väärtustavad enam oma tervist, siis suure tõenäosusega oskab ta ka sellistesse nakkushaigustesse haigestumist vältida ja peab oluliseks regulaarset kontrolli.

## Kasutatud kirjandus

- Aggleton, P., Wood, K., & Malcolm, A. (2005). *HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case studies of successful programmes*. UNAIDS.
- AIDSi ennetuskeskus. (2012). *Ennetuskeskus*. Kasutamise kuupäev: 17. 04 2012. a., allikas [http://www.aids.ee/main\\_est.php?id=2](http://www.aids.ee/main_est.php?id=2)
- AIDSMAP. (2012). *NAMAIDSMAP*. Kasutamise kuupäev: 18. 04 2012. a., allikas What is evidencebased HIV prevention?: <http://www.aidsmap.com/What-is-evidence-based-HIVprevention/page/1768123/>
- AVERT. (2009). *European HIV and AIDS Statistics*. Kasutamise kuupäev: 20. 04 2012. a., allikas Eastern: <http://www.avert.org/hiv-aids-europe.htm>
- AVERT, 2. (2012). *AVERT: an international HIV and AIDS charity, based in the UK, working to avert HIV and AIDS worldwide, through education, treatment and care*. Kasutamise kuupäev: 28. 04 2012. a., allikas HIV & AIDS Stigma and Discrimination: <http://www.avert.org/hiv-aids-stigma.htm>
- Barnett, T. &. (1999). *Guidelines for Preparation and Execution of Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS*. School of Development Studies, University of East Anglia.
- CDC. (2009). *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. Kasutamise kuupäev: 17. 04 2012. a., allikas 2009 Compendium of Evidence-Based HIV Prevention Interventions: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/prs/evidence-based-interventions.htm>
- Department of Statistics Singapore*. (kuupäev puudub). Kasutamise kuupäev: 12. veebruar 2011. a., allikas <http://www.singstat.gov.sg/stats/themes.html>
- Drew, R., Martin, M., Koppel, A., Laukamm-Josten, U., Politi, C., Rotberga, S., et al. (2008). *Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia*. WHO.
- Ecklund, E. H., & Long, E. (2011). Scientists and Spirituality. *Sociology of Religion*, 72(3), 253-274.
- Elmik, L., & Männik, A. (2010). *HIV-epideemia mõju Eesti majandusele ja tööandjatele*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS.
- Goodwin R, K. A. (2003). Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Soc Sci Med*, 56(7):1373-84.
- Hallett, T., White, P., & Garne, G. (2007). Appropriate evaluation of HIV prevention interventions: from experiment to full-scale implementation. *Sex Transm Infect*, 83:55-60.
- IOE. (2002). *Employers' Handbook on HIV/AIDS: A Guide for Action*. International Organisation of Employers.
- Jansen IA, G. R. (2011). Ongoing HIV-1 transmission among men who have sex with men in Amsterdam: a 25-year prospective cohort study. *AIDS*, Feb 20;25(4):493-501.
- Lai T, B. A. (2005). Suremusest ja haigestumusest põhjustatud tervisekadu Eestis. *Eesti Arst*, 84(7).
- Lai T, V. K. (2005). *Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Lai, T. (2006). *Maakondlik haiguskoormus Eestis 2000 - 2003*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Lai, T. R. (2009). *Modelling Estonia's concentrated HIV epidemic: A case study*. World Health Organization.
- Lai, T., Habicht, J., & Rüütel, K. (2009). HIV levik Eestis ja võimalikud tulevikuprognosid aastani 2015. *Eesti Arst*, 88(4):267-273.
- Lõhmus, L. M.-M. (2009). *Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja tõrjumine Eestis*. TAI.
- Matic, S. L. (2006). *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*. World Health Organization.

- NHS. (2003). *Recommended standards for NHS HIV services*. National Association of NHS Providers of AIDS Care and Treatment.
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J., & Brown, L. (2002). *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*. Horizons Program.
- Policy, W. (2012). *The Financial Impact of a Workplace*. Managers KIT.
- Research, S. (2009). Gay Men's Sex Surveys 1997-2008. [www.sigmaresearch.org.uk/gmss/go.php?/final](http://www.sigmaresearch.org.uk/gmss/go.php?/final).
- Rüütel, K. L.-M. (2006). *Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja tõrjumine Eestis*. TAI.
- Rüütel, K. L.-M. (2006). *Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja tõrjumine Eestis*. Tallinn: TAI.
- Rüütel, K. T. (2011). *HIV-epideemia Eestis: strateegilise info analüüs*. WHO, TAI.
- Sendi, P. S. (2004). Productivity Costs and Determinants of Productivity in HIV-Infected Patients. *Clinical Therapeutics*, Vol 26, No 5, pp 791-800.
- Sotsiaalministeerium. (2011). *Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015” täitmisest 2010. aastal*. Sotsiaalministeerium, TAI.
- Sprague, L., Simon, S., & Sprague, C. (2011). Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa. *African Journal of AIDS Research*, 10(supplement): 311–324.
- Strateegia. (2005). *Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006 – 2015*. Tallinn: Sotsiaalministeerium, TAI.
- Strateegia. (2005). *Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006 – 2015*. Tallinn: TAI, Sotsiaalministeerium.
- TAI. (2010). *TAI*. Kasutamise kuupäev: 06. 04 2012. a., allikas Registreeritud esmahaigestumus: <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Haigestumus/databasetree.asp>
- Tekkel, M. V. (2009). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2008*. Tallinn: TAI.
- Terviseamet. (07. 05 2012. a.). *Nakkushaigused*. Kasutamise kuupäev: 2012, allikas 2012. aastal Eestis: <http://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/nakkushaigustesse-haigestumine/hiv-jaaids.aids>.
- Terviseinfo. (30. 06 2011. a.). *Kuidas HIV sind ja sinu lähedasi mõjutab?* Kasutamise kuupäev: 06. 04 2012. a., allikas <http://www.terviseinfo.ee/et/sundmused/details/110>
- TESA. (2012). *Tervre Eesti Sihtasutus*. Kasutamise kuupäev: 28. 04 2012. a., allikas Kus saab teha HIV-testi?: <http://terve-eesti.ee>
- UNAIDS. (2010). *Estonia 2010 - Country progress report*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNSAID, 2. (2000). *Guidelines for Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS*. Geneva Switzerland: UNSAID.
- USAID. (2011). *HIV/AIDS health profile: Europe and Eurasia region*. USAID.
- Vals K, L. T. (2005). Rahvastiku tervisekaotus ehk haiguskoormus: hindamise meetodika. *Eesti Arst*, 84(7).
- Vals, K. (2005). *Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: magistritöö*. Tartu: Tartu Ülikool.
- Veniegas, R., Kao, U., & Rosal, R. (2009). Adapting HIV prevention evidence-based interventions in practice settings: an interview study. *Implementation Science*, 4:76.
- WHO. (2011). *Mid-term evaluation of the Estonian national HIV/AIDS strategy 2006 – 2015 and national drug prevention strategy 2012*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO, 2. (2004). *Monitoring and Evaluation toolkit HIV/AIDS, tuberculosis and malaria*. WHO.

## Lisad

### Lisa 1. HIVi ja AIDSi põhjustatud tervisekaotus soo- ja vanusrühmade lõikes 2000-2010

**Tabel 1.** Aastatel 2000-2010 suremuse ja nakatumise tõttu kaotatud eluaastad vanusrühmades

Vanusrühm	Surmad	YLL	Haigestumine	YLD	YLL+YLD
0-14	2	146	101	113	259
15-19	5	262	1 629	1 824	2 087
20-24	44	2 224	2 604	2 916	5 141
25-29	95	4 308	1 582	1 772	6 080
30-34	46	1 855	725	812	2 667
35-39	39	1 395	352	394	1 790
40-44	25	811	224	251	1 061
45-49	18	496	143	160	656
50-54	13	303	71	80	383
55+	9	166	68	76	243
<b>Vanus teadmata</b>	0	0	97	109	109
<b>Kokku</b>	<b>296</b>	<b>11 967</b>	<b>7 596</b>	<b>8 508</b>	<b>20 475</b>

Allikas: Statistikaamet, autorite arvutused

**Tabel 2.** AIDSi suremuse tõttu kaotatud eluaastad meestel 2000-2010

Vanusrühm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010	Osakaal
0-14	0	0	0	0	0	0	0	0	69	0	0	<b>69</b>	<b>0,8%</b>
15-19	0	0	49	50	0	51	0	51	0	0	0	<b>201</b>	<b>2,4%</b>
20-24	0	0	45	91	227	232	139	185	190	146	50	<b>1 304</b>	<b>15,5%</b>
25-29	0	40	40	41	82	418	629	502	388	619	225	<b>2 983</b>	<b>35,6%</b>
30-34	0	35	0	36	109	75	150	75	154	400	486	<b>1 520</b>	<b>18,1%</b>
35-39	31	0	0	0	64	131	165	99	170	143	289	<b>1 093</b>	<b>13,0%</b>
40-44	0	27	0	0	28	86	115	29	59	125	32	<b>501</b>	<b>6,0%</b>
45-49	24	0	0	24	0	0	49	49	51	82	83	<b>362</b>	<b>4,3%</b>
50-54	0	0	0	0	21	0	42	84	22	47	0	<b>215</b>	<b>2,6%</b>
55+	14	0	0	17	0	0	18	0	37	20	36	<b>142</b>	<b>1,7%</b>
<b>Vanus teadmata</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>Kokku</b>	<b>69</b>	<b>102</b>	<b>134</b>	<b>259</b>	<b>531</b>	<b>992</b>	<b>1 307</b>	<b>1 073</b>	<b>1 140</b>	<b>1 581</b>	<b>1 200</b>	<b>8 388</b>	<b>100,0%</b>

Allikas: autorite arvutused

**Tabel 3.** HIV-i haigestumise tõttu kaotatud eluaastad meestel 2000-2010

Vanusrühm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010	Osakaal
0-14	2	27	3	7	7	7	1	0	4	1	2	62	<b>1,1%</b>
15-19	122	393	196	130	72	68	35	12	11	7	3	1 049	<b>18,2%</b>
20-24	97	531	281	288	230	144	149	123	72	43	34	1 991	<b>34,5%</b>
25-29	40	197	134	130	143	131	146	122	122	90	69	1 325	<b>23,0%</b>
30-34	15	62	45	64	48	39	72	67	65	58	64	598	<b>10,4%</b>
35-39	7	27	22	24	27	19	31	39	27	32	32	288	<b>5,0%</b>

<b>40-44</b>	4	16	18	21	13	8	18	22	19	13	19	172	<b>3,0%</b>
<b>45-49</b>	2	2	3	4	6	10	12	17	16	15	18	105	<b>1,8%</b>
<b>50-54</b>	1	2	1	2	1	3	10	8	6	6	8	48	<b>0,8%</b>
<b>55+</b>	0	0	3	0	4	3	4	3	10	6	6	40	<b>0,7%</b>
<b>Vanus teadmata</b>	58	6	0	9	6	2	2	4	1	2	0	91	<b>1,6%</b>
<b>Kokku</b>	<b>349</b>	<b>1 262</b>	<b>708</b>	<b>679</b>	<b>557</b>	<b>436</b>	<b>480</b>	<b>419</b>	<b>353</b>	<b>272</b>	<b>255</b>	<b>5 770</b>	<b>100,0%</b>

Allikas: autorite arvutused

**Tabel 4. AIDS-i suremuse tõttu kaotatud eluaastad naistel 2000-2010**

Vanusrühm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010	Osakaal
<b>0-14</b>	0	0	0	0	78	0	0	0	0	0	0	<b>78</b>	<b>2,2%</b>
<b>15-19</b>	0	0	0	0	62	0	0	0	0	0	0	<b>62</b>	<b>1,7%</b>
<b>20-24</b>	0	0	0	0	113	114	171	173	232	59	59	<b>920</b>	<b>25,7%</b>
<b>25-29</b>	0	0	0	0	52	104	313	211	53	376	216	<b>1 325</b>	<b>37,0%</b>
<b>30-34</b>	0	0	0	0	47	47	47	48	96	49	0	<b>335</b>	<b>9,3%</b>
<b>35-39</b>	0	0	0	0	42	42	85	0	0	0	133	<b>303</b>	<b>8,5%</b>
<b>40-44</b>	0	0	0	0	0	38	0	77	77	39	79	<b>310</b>	<b>8,7%</b>
<b>45-49</b>	0	0	0	0	0	0	33	67	34	0	0	<b>134</b>	<b>3,8%</b>
<b>50-54</b>	0	0	0	0	0	0	0	29	59	0	0	<b>88</b>	<b>2,5%</b>
<b>55+</b>	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	<b>25</b>	<b>0,7%</b>
<b>Vanus teadmata</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0,0%</b>
<b>Kokku</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>393</b>	<b>370</b>	<b>650</b>	<b>604</b>	<b>551</b>	<b>522</b>	<b>487</b>	<b>3 579</b>	<b>100,0%</b>

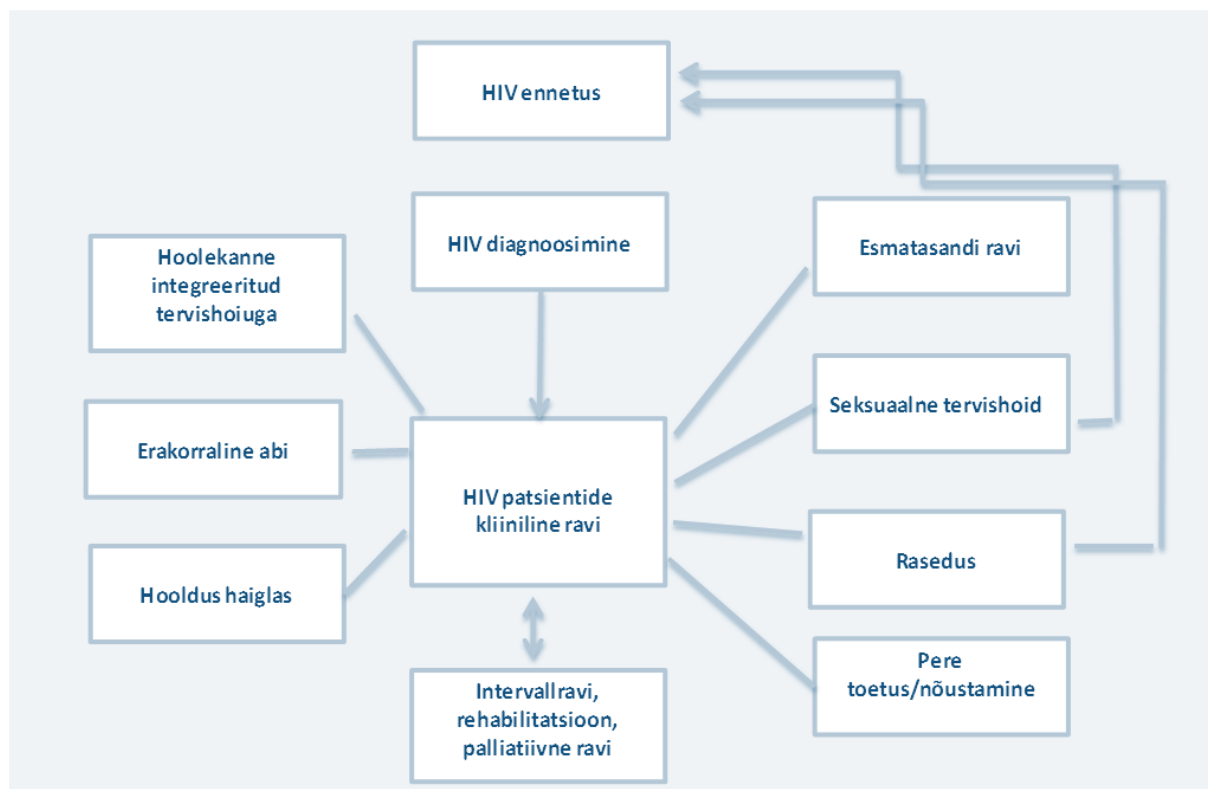
Allikas: autorite arvutused

**Tabel 5. HIV-i haigestumise tõttu kaotatud eluaastad naistel 2000-2010**

Vanusrühm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2000-2010	Osakaal
<b>0-14</b>	0	11	7	4	7	6	4	2	7	2	1	<b>52</b>	<b>1,9%</b>
<b>15-19</b>	52	198	127	100	87	65	55	45	17	21	9	<b>775</b>	<b>28,3%</b>
<b>20-24</b>	27	133	101	95	106	103	92	88	88	49	41	<b>925</b>	<b>33,8%</b>
<b>25-29</b>	3	25	30	34	31	38	59	80	58	47	41	<b>447</b>	<b>16,3%</b>
<b>30-34</b>	4	10	19	8	21	11	22	31	35	28	24	<b>214</b>	<b>7,8%</b>
<b>35-39</b>	1	7	7	9	4	11	15	10	11	15	17	<b>106</b>	<b>3,9%</b>
<b>40-44</b>	0	4	3	7	4	10	4	16	12	7	10	<b>78</b>	<b>2,9%</b>
<b>45-49</b>	0	0	0	1	6	9	8	6	15	6	6	<b>55</b>	<b>2,0%</b>
<b>50-54</b>	0	0	0	0	1	3	3	8	6	6	4	<b>31</b>	<b>1,1%</b>
<b>55+</b>	0	0	6	0	2	2	2	2	6	8	8	<b>36</b>	<b>1,3%</b>
<b>Vanus teadmata</b>	0	0	0	4	4	1	2	2	3	0	0	<b>18</b>	<b>0,7%</b>
<b>Kokku</b>	<b>87</b>	<b>389</b>	<b>299</b>	<b>262</b>	<b>276</b>	<b>260</b>	<b>268</b>	<b>290</b>	<b>258</b>	<b>188</b>	<b>161</b>	<b>2 737</b>	<b>100,0%</b>

Allikas: autorite arvutused

## Lisa 2. Ülevaade standarditest horisontaalsel kujul



Allikas: NHS 2003

### Lisa 3. Indikaatorid HIVi programmi hindamiseks

	<b>VALDSKONNA TEENUSTE OSUTAMINE</b>	<b>SISEND</b>	<b>VÄLJUND</b>
<b>ENNETAMINE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Käitumise muutmine massimeedia ja muude kampaaniate teel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIV teemade produtseerimine meedias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noorte teadmised HIV ennetamisest</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noorte haridus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIVi alane teave koolides</li> <li>Noored on kaasatud HIV ennetamisele suunatud hariduse väljatöötamisel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hilisem seksuaalelu alustamine</li> <li>Seksuaalpartnerite arvu vähenemine</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kondoomi kasutamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kondoomid on hästi kättesaadavad</li> <li>Kondoomide ostmine on mugav</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noored kasutavad uue partneriga alati kondoomi</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmspetsiifilised grupid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sekstöötajatele ja nende klientidele avatud teavitusprogrammid</li> <li>MSM-dele teavitusprogrammid</li> <li>Süstivatele narkomaanidele avatud teavitusprogrammid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Turvaline süstimine</li> <li>Turvaline seksuaalelu</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nõustamine ja testimine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ennetus ja ravi teeninduspunktides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suur osa riskigrupist on läbinud nõustamise</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rasedate nõustamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kõigile rasedatele peab olema tagatud miinimumpakett (nõustamine, testimine ja vajadusel ravi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIV nakatunud rasedad on saanud antiretroviirusravi ja nõustamist, kuidas vältida nakkust emalt lapsele</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugulisel teel levivate haiguste diagnoosimine ja ravi</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sugulisel teel levivate haiguste vähenemine</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nakkusjärgne profülaktika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inimestele teostatakse kohe pärast kokkupuudet profülaktiline ravi</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vere turvaline ja universaalne kasutamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juhendite ja nõuete väljatöötamine ja arendamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vere teel nakkuse saanute hulga vähenemine</li> </ul>
<b>RAVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiretroviirusravi ja monitoorimine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kõigis tervishoiuasutustes kättesaadav ravi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inimesed kauglearenenud HIViga saavad retroviirusvastast kombineeritud ravi</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profülaktika ja ravi oportunistliku infektsiooni korral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igakülgne nõustamise ja meditsiiniteenuste pakkumine</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perede toetamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIVi haigete perede igakülgne nõustamine ja toetamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perede parem haigusega hakkamasaamine</li> </ul>



<b>TOETUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kogukonna toetamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIVi haigete kogukondade igakülgne nõustamine ja toetamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vähenenud häbimärgistamine ja suurem toetus HIVi haige kogukonnas (sh koolis, töökohas jm)</li> </ul>
<b>KESKKOND</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Töökoht</li> <li>• Kodanikuühiskonna tugevdamine</li> <li>• Noortel täiskasvanute toetus kondoomi kasutamiseks</li> <li>• Häbimärgistamine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kõigis suuremates ettevõtetes on HIV ennetamise teemaline ennetusprogramm/strateegia</li> <li>• Rohkem kodanikuühendusi tegeleb HIV teemaga</li> <li>• Täiskasvanud toetavad noorte harimist kondoomi kasutamise teemal vältimaks HIVi</li> <li>• Nakatunute diskrimineerimise vähendamine</li> </ul>	

Allikas: WHO 2004

