



HIV-I JA AIDS-IGA VÕITLEMINE EESTIS VÄLISHINDAMISE ARUANNE

Hindamise teostajad:

Roger Drew, Martin Donoghoe, Agris Koppel, Ulrich Laukamm-Josten,
Claudio Politi, Signe Rotberga, Anya Sarang ja Heino Stöver

Originaal avaldatud inglise keeles Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt 2008.a. pealkirjaga:
"Evaluation of Fighting HIV/AIDS in Estonia"
© World Health Organization 2008

Maailma Terviseorganisatsioon on andnud originaali eesti keelde tõlkimise õigused Tervise Arengu Instituudile, kes vastutab täielikult tõlke õigsuse ja vastavuse eest originaalile.
© Tervise Arengu Instituut 2008

Inglise keelsete materjalide saamiseks palun pöörduda WHO Euroopa Regionaalbüroo poole:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Dokumentide, terviseinfo või tsiteerimise ja tõlkimise korral palun küsida nõusolekut WHO/Euroopa veebilehelt:
<http://www.euro.who.int/pubrequest>

Eestikeelse tõlke osaliseks või täielikuks reprodutseerimiseks pöörduda:
Tervise Arengu Instituut
Hiiu 42, 11619 Tallinn, Estonia
Tel: +372 659 3900
Fax: +372 659 3901
E-post: tai@tai.ee

SISUKORD

SISUKORD	3
KASUTATUD LÜHENDID	5
TÄNUAVALDUSED	6
KOKKUVÕTE	7
SISSEJUHATUS	9
MEETODID	9
LEIUD	11
Ülevaade	11
<i>HIV epideemia seis Eestis</i>	11
<i>Rakendatud meetmete tõhusus ja asjakohasus</i>	13
<i>Õppetunnid edaspidiseks</i>	14
Juhtimine, koordineerimine ja suutlikkuse arendamine	15
<i>Koordineerimine ja haldussuutlikkus</i>	15
<i>Global Fund'i programmi kasu</i>	16
<i>MTÜ-d</i>	16
<i>Lüügad ja mittevajalikud meetmed</i>	19
<i>Tugevad ja nõrgad küljed</i>	20
Rahavood ja MTÜ-de tugisüsteemid	22
<i>Süsteemide ja organisatsioonide suutlikkus</i>	22
<i>Hiljutine suutlikkuse areng</i>	22
<i>Struktuurid</i>	23
<i>Lüügad ja mittevajalikud meetmed</i>	24
<i>Tegevuse laiendamine</i>	24
<i>Tugevad ja nõrgad küljed</i>	24
Monitooring, hindamine ja kvaliteedi tagamise süsteemid	26
<i>Süsteemide ja organisatsioonide suutlikkus</i>	26
<i>Trendid suutlikkuse arengus</i>	26
<i>M&H struktuurid</i>	27
<i>Lüügad ja mittevajalikud meetmed</i>	27
<i>Tegevuse laiendamine</i>	29
<i>Tugevad ja nõrgad küljed</i>	29
Tervishoiusüsteemid ja teenused HIV-i ja AIDS-iga elavatele inimestele	31
<i>Süsteemide ja organisatsioonide suutlikkus</i>	31
<i>Lüügad ja mittevajalikud meetmed</i>	33
<i>Haaratus ja takistused kättesaadavusele</i>	33
<i>Tegevuse laiendamine</i>	34
<i>Teenuste kvaliteet</i>	35
<i>Tugevad ja nõrgad küljed</i>	35
Teenused noortele	37
<i>Haaratus</i>	37
<i>Probleemid haaratuse saavutamise</i> ga.....	37
Teenused prostitutsiooni kaasatutele	39
<i>Haaratus</i>	39
<i>Probleemid haaratuse saavutamise</i> ga.....	40

<i>Teenuste kvaliteet</i>	40
Teenused meestega seksivatele meestele	41
<i>Haaratus</i>	41
<i>Probleemid haaratuse saavutamise</i>	41
<i>Teenuste kvaliteet</i>	41
SN-idele suunatud teenused	43
<i>Teenuste kättesaadavus</i>	43
<i>Haaratus teenustega</i>	43
<i>Kättesaadavusega seotud takistused</i>	46
<i>Teenuste kvaliteet</i>	46
Teenused kinnipeetavatele	49
<i>Kinnipidamisasutuste olulisus</i>	49
<i>Teenuste kättesaadavus</i>	49
Teenuste integreeritus	53
<i>Koordineerimismehhanismid</i>	53
<i>Integreeritus teenuse tasemel</i>	53
SOOVITUSED	55

KASUTATUD LÜHENDID

ARV	antiretroviirus
M&H	monitooring ja hindamine
MSM	meestega seksiv mees
MTÜ	mittetulundusühing
NSVP	nõela- ja süstlavahetuse programm
SM	Sotsiaalministeerium
SN	süstiv narkomaan
STLI	seksuaalsel teel leviv infektsioon
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKI	Tervisekaitseinspeksioon
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime, ÜRO Uimasti- ja Kuritegude Keskus
WHO	World Health Organization, Maailma Terviseorganisatsioon

TÄNUAVALDUSED

Töörühm avaldab tänu kõigile, kes hindamise teostamise võimalikuks tegid. Eriti täname Aire Trummalit, Aljona Kurbatovat ja Annika Veimerit Tervise Arengu Instituudist ning Jarno Habichtit Maailma Terviseorganisatsioonist toetuse eest hindamise planeerimisel ja läbiviimisel. Töörühm avaldab palju tänu ka Tiido ja Partnerid Keeleagentuuri tõlkijatele - Vaike Seppelile (eesti-inglise), Nikolai Kanõkinile ja Tatjana Suurkasele (vene-inglise) - ning Jeffery Lazarus'ele ja Bente Drachmann'ile assisteerimise eest antud raporti avaldamisel.

KOKKUVÕTE

Käesolev hindamisaruanne on koostatud pöördelise tähtsusega perioodil Eesti jaoks võitluses HIV-i ja AIDS-iga. Hiljuti lõppes suuremahuline Global Fund'i programm ning on ideaalne aeg tehtud edusammude ülevaatamiseks ja riiklike prioriteetide ümberhindamiseks. Käesolev hindamisraport on valminud Sotsiaalministeeriumi (SM) ja Tervise Arengu Instituudi (TAI) tellimusel ning moodustab osa Eesti valitsuse ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) vahelisest koostöölepingust toetamaks tegevuse parendamist HIV/AIDS-i valdkonnas. Hindamine on teostatud UNODC ja WHO ühise egiidi all. See tugineb WHO varasemale tegevusele Eestis ning panustab UNODC toetusprogrammi Eestis ja teistes Balti riikides.

Alates 2000. aastast on Eesti kogunud ühte tõsisemat HIV epideemiat Euroopas. Praeguseks on see keskendunud eeskätt meessoost venekeelsetele uimastisüstijatele Tallinnas ja Ida-Virumaal. Samas on ka levinud kartus, et epideemia levib üldise elanikkonna hulka. See mure põhineb uskumusel, et nakatunud naiste hulk suureneb järjest ning et epideemia levib üha suuremal määral ka heteroseksuaalsel teel. Sellegipoolest näitab hindamismeeskonnale esitatud tõendusmaterjal, et uute HIV-juhtude arv naiste seas on Eestis jäänud samale tasemele mitme aasta vältel. Naiste proportsioon uute nakkusjuhtude hulgas on suurenenud, kuid selle põhjuseks on pigem uute nakkusjuhtude arvu langus meeste seas kui naiste seas tuvastatud HIV-i nakatumise absoluutmäära tõus.

Hindamismeeskonna poolt pakutakse antud epidemioloogilisele informatsioonile järgmist selgitust: näha on epideemia loomulikku kulgu, mis on peaaesjalikult levinud süstivate narkomaanide hulgas. Nakkust kandvad naised võivad küll olla nakatunud heteroseksuaalsel teel, kuid on tõenäoline, et need on väga valdavalt meessoost süstivate narkomaanide (SN) seksuaalpartnerid. Meeste seas tuvastatud uute nakatumiste arvu vähenemine tõendab, et riiklikud ennetusmeetodid on hakanud mõningast mõju avaldama. Kui neid pingutusi tugevdatakse ja laiendatakse, tundub tõenäoline, et epideemiaga võitlemisel tehakse edusamme ka edaspidi.

Hindamismeeskonnale esitatud tõendusmaterjal näitab, et riikliku tegevuse osade elementide (näiteks nõela- ja süstlavahetuse programmide) katvus on väga hea ning võrreldav teistes Euroopa riikides saavutatud parimate tulemustega.

- Uurimuse andmetele toetudes sai peaaegu kolm neljandikku (73%) SN-idest programmitl küsitlemisele eelnenud nelja nädala jooksul nõelu ja süstlaid süstlavahetusprogrammidest.
- Programmi andmetele tuginedes saab peaaegu pool SN-idest (40–46%) nõelu ja süstlaid süstlavahetusest regulaarselt, st vähemalt kaks korda kvartalis. Keskmiselt saab iga Eesti SN nende programmide kaudu aasta jooksul 117 steriilset nõela ja süstalt.

Lisaks on loodud teenused ka muude olulisemate riskirühmade jaoks (näiteks prostitutsiooni kaasatud ja MSM-id). Teenuste geograafiline ulatus on praegu siiski piiratud, näiteks osa teenuseid on kättesaadavad üksnes Tallinnas.

Riikliku tegevuse ja programmide katvuse osas on ka teisi olulisi vajakajäämisi. Kõige olulisemad neist on järgmised:

- Kuigi opioid-asendusravi saavate SN-ide arv on viimastel aastatel oluliselt kasvanud, jääb üldine teenusega haaratus madalaks ning ravi saavad 4–6% opiaatide süstijatest. Lisaks on teenuste kvaliteet äärmiselt kõikum.
- Hädavajalike teenuste, nagu opioid-asendusravi ning süstlavahetus, osutamine katkeb kui uimastisüstija satub kriminaalsüsteemi, sest vanglates ja arestimajades antud teenused puuduvad.
- HIV-i nakatunud SN-id peavad juurdepääsu meditsiiniteenustele raskeks; kaasa arvatud ARV ravile. Parema kättesaadavuse tagamiseks tuleb neid teenuseid osutada mugaval ajal, sobivas asukohas ning taskukohase hinnaga, kasutades usaldusväärset teenusepakkujat ning kombineerides teenuse teiste teenustega, näiteks opioid-asendusravi sotsiaalse tugiteenusega.

SN-idele suunatud hädavajalike HIV ennetusteenuste (nagu steriilsed süstimistarvikud ja opioid-asendusravi) puudumine Eesti kriminaalõiguse süsteemis teeb muret, sest süstimistarvikute ühiskasutamine on taolises keskkonnas eriti levinud. Kuna paljud SN-id kannavad karistust vanglates ja viibivad arestimajades, on olemas risk, et kõnealuste teenuste puudumine sellises keskkonnas õõnestab nende ühiskonnas kättesaadavaks tegemisest tulenevat kasu.

Global Fund'i abiraha on Eesti riikliku reaktsiooni edukusele HIV/AIDS-i valdkonnas otsustavalt kaasa aidanud – mitte üksnes pakutud teenuste, vaid ka rajatud süsteemide ja tugevdatud organisatsioonide kaudu. Kõige märkimisväärsem areng on Eesti valitsuse otsus jätkata Global Fund'i poolt toetatud tegevuste rahastamist ka edaspidi. See otsus pälvis hindamiseeskonna poolt suure heakskiidu. Protsessi käigus on vältimatu, et kogetakse ka mõningaid probleeme, kui teised ministriumid võtavad üle varem Tervise Arengu Instituudi poolt hallatud vastutuse. Kõige tõsisemad probleemid saavad arvatavasti osaks MTÜ-dele, kes tegelevad noorsoo harimisega. Kuigi Haridus- ja Teadusministeeriumi otsus kaasata HIV-valdkonna teemaline harimine koolide õppekavadesse on täiesti asjakohane, võib olla vajalik ministriumide ja kohalike haridusosakondade poolt rakendada ajutisi meetmeid kuni uue õppekava vastu võtmiseni.

Kokkuvõttes on võimalik väita, et on tehtud märkimisväärseid edusamme pakkumaks efektiivseid ennetusteenuseid kõige enam ohustatud sihtrühmadele, eelkõige SN-idele. Sellegipoolest tuleb tegevust veelgi tõhustada ning fokuseerida, laiendades mitte üksnes nõela- ja süstlavahetuse programme, vaid ka opioid-asendusravi ning parandades SN-ide juurdepääsu ARV ravile. Kõrgendatud vajaduseks on kogukonnas pakutavate teenuste kättesaadavuse tagamine ka vanglates ja arestimajades.

SISSEJUHATUS

Eesti riiklikku tegevust HIV/AIDS-i valdkonnas viiakse ellu riikliku HIV-i ja AIDS-i strateegia 2006–2015 raames. WHO poolt 2005. aastal tehtud hinnangul (WHO, 2007)) kulutas Eesti HIV/AIDS-i ja tuberkuloosiga võitlemiseks 122,4 miljonit krooni¹. Sellest veidi alla 80% tuli riiklikust eelarvest² ja veidi üle 20%³ Global Fund'i abirahast. Abiraha suurus oli nelja aasta jooksul (oktoober 2003 – september 2007) kokku 10,5 miljonit USD⁴. Seoses antud suureulatusliku rahastamise lõppemisega seisab Eesti võitluses HIV-i ja AIDS-iga silmitsi üleminekuperioodiga.

See toob kaasa võimaluse ümber hinnata riiklikku tegevust, mis ongi antud raporti eesmärk. Käesoleva dokumendi kaudu soovitakse anda praktiline panuspanus sellesse, et Eesti arendaks välja kohased vastumeetmed seoses HIV-i ja ADS-i levikuga. Hindamisraport keskendub kahele peamisele valdkonnale:

- struktuurid ja süsteemid;
- teenustega haaratus ja nende kvaliteet.

Käesolev hindamine telliti Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituudi poolt, kes on koordineerinud HIV/AIDS-i ennetamise riiklikku programmi ning olnud ka Global Fund'i abirahade peamine vastuvõtja (*Principal Recipient*). Hindamine moodustab osa Eesti Vabariigi Valitsuse ja Maailma Terviseorganisatsiooni vahel sõlmitud koostöölepingust HIV/AIDS-i vastase tegevuse tõhustamiseks Eestis. Hindamine on teostatud UNODC ja WHO ühise egiidi all. See põhineb WHO varasemal ulatuslikul tööel Eestis (näiteks WHO, 2002; WHO, 2005; WHO, 2007a) ning aitab soodustada UNODC toetusprojekti Eestis ja teistes Balti riikides (UNODC, 2006). Global Fund'i programmi hindamine viidi läbi 2005. aasta detsembris (Drew and Laukamm-Josten, 2006).

MEETODID

Hindamist teostas konsultantide meeskond, mis tegutses UNODC ja WHO ühise egiidi all. Töö viidi läbi kahe riigivisiidi kestel Eestisse, mis toimusid 2007. aasta detsembris ja 2008. aasta jaanuaris. 2008. aasta jaanuaris toimunud visiidi huvikeskmes olid HIV/AIDS-i valdkonda sekkumist puudutavad küsimused SN-ide seas ja vanglateskkonnas. Muid teemasid käsitleti esimese, 2007. aasta detsembris toimunud visiidi ajal.

Hindamise lähteülesanded ja eesmärgid on esitatud Lisas 1.

Kahel Eesti visiidil osalenud meeskonna liikmed olid:

¹ Ligikaudu 9,5 miljonit USD.

² Kogusummas tuli 12% Justiitsministeeriumilt, 38% Eesti Haigekassalt, 29% Sotsiaalministeeriumilt ja 0,7% Haridus- ja Teadusministeeriumilt. Sotsiaalministeeriumi panus hõlmas 17% osas ravimeid ja teenuseid kindlustamata inimestele ning 12% ulatuses programme. Kohalike omavalitsuste eelarvete osatähtsus HIV/AIDS-i ja tuberkuloosiga seotud kulutustest jäi alla 1%.

³ See näitaja võrdleb Global Fund'i poolset rahastamist HIV/AIDS ja tuberkuloosil valdkonna kogurahastamisega. Kuna abiraha oli määratud üksnes HIV/AIDS valdkonnale, moodustaks see HIV/AIDS-i kogurahastamisest (st tuberkuloosile kulunud summasid välja jättes) tunduvalt suurema osa.

⁴ Kõnealuse programmi lühikokkuvõttega tutvumiseks vt Trummal, 2007.

- detsember 2007 – Roger Drew, Agris Koppel, Ulrich Laukamm-Josten ja Claudio Politi;
- jaanuar 2008 - Roger Drew, Martin Donoghoe, Signe Rotberga, Anya Sarang ja Heino Stöver.

Hindamise teostamiseks vajaliku teabe kogumise meetodite hulka kuulusid:

- Võtmedokumentide ülevaatamine. Kõikide üle vaadatud dokumentide loend on esitatud Lisas 3.
- Intervjuud võtmeisikutega (nii üksikisikute kui ka väikeste rühmadega). Kõikide intervjuueeritud inimeste loend on esitatud Lisas 2. Eraldi tuleb rõhutada fookusrühma vestlusi SN-idega, kes kasutavad teenuseid Tallinnas ja Kohtla-Järvel.
- Külastused valitud teenuse osutamise kohtadesse Tallinnas ja Ida-Eestis.

Esimese visiidi ajal toimus kohtumine ka Sotsiaalministeeriumi HIV/AIDS-iga seotud tegevuste siseauditit juhtiva personaliga, et jagada teavet vastavate tegevuste kohta. Antud kaks protsessi olid lähteülesannete ja eesmärkide lõikes üsna erinevad. Käesolev raport on sõltumatu hinnang, mis tähendab, et meeskonna liikmeteks on värvatud sõltumatud eksperdid, kes ei ole seotud organisatsioonidega, mis tegelevad HIV-i ja AIDS-i valdkonna tegevuste elluviimisega Eestis.

Mõlema visiidi lõpus viidi koos Sotsiaalministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi ja WHO personaliga läbi tagasiside sessioon, et kontrollida üle faktid ning läbi arutada esialgsed hindamistulemused. Teise visiidi lõpus toimunud kohtumisel osales ka Justiitsministeeriumi esindaja.

Meeskonna töökeel oli inglise keel. Enamik intervjuudest viidi läbi inglise keeles. Kui see ei olnud võimalik, viidi intervjuud läbi eesti keeles kasutades tõlgi abi, või otse vene keeles töörühma vene keelt valdavate liikmete, Tervise Arengu Instituudi personali või tõlgi abil. Ennetusteenuseid kasutavate SN-idega peetud vestlused viis vene keeles läbi Anya Sarang.

LEIUD

Käesolevas osas esitatakse lühike ülevaade HIV epideemia praegusest seisust Eestis. Sellele järgnevad üksikasjalikud, kohaste pealkirjade alla struktureeritud seksioonid, mille jaotus lähtub hindamise lähteülesanne dokumendist. Alajaotuste alla koonduv materjal on üldplaanis struktureeritud lähtudes lähteülesannete dokumendis tõstatatud küsimustele⁵ (vt Lisa 1).

Ülevaade

HIV epideemia seis Eestis

HIV epideemia ilmnemist on ulatuslikult kirjeldatud juba varem (näiteks Rüütel ja Lõhmus, 2007). Esimene HI-viirusesse nakatumine registreeriti 1988. aastal. 2000. aastal kasvas tuvastatud HIV-i nakatunud inimeste arv järsult ning 2001. aastal mõisteti riigis, et kujunenud on kontsentreeritud epideemia SN-ide populatsioonis. 2001 aastal:

- Praktiliselt kõik (98%) uutest HIV-juhtudest registreeriti kahes Eesti piirkonnas: Tallinnas või Ida-Virumaal.
- Peaaegu kõik (90%) AIDS-i Nõustamiskabinetides⁶ tuvastatud uutest HIV-juhtudest olid vastavalt registreeritud andmete seotud narkootikumide süstimisega.
- Üle kolmveerandi (77%) uutest HIV diagnoosidest pandi meessoost isikutele.
- Peaaegu kõik uued HIV-juhud esinesid mitte-eestlastest elanikkonna hulgas⁷.

Endiselt on Eestis registreeritavate uute HIV-juhtude määr Euroopa kõrgeim (vt Joonis 1; ECDC, 2007b, Jakab, 2007), kuid 2001. aasta tippseisuga võrreldes on nakatunute arv siiski vähenenud ja stabiliseerunud (vt Joonis 2; Rüütel and Lõhmus, 2007). See on kaasa toonud olukorra, kus mõningatel juhtudel kirjeldatakse epideemiat "stabiilsena" (UNAIDS and WHO, 2007a). Tegelikult tähendab see, et uute diagnooside arv ei kasva enam suure kiirusega. See ei tähenda, et nakatumise määr Eestis on tähtsusetu või vastuvõetav.

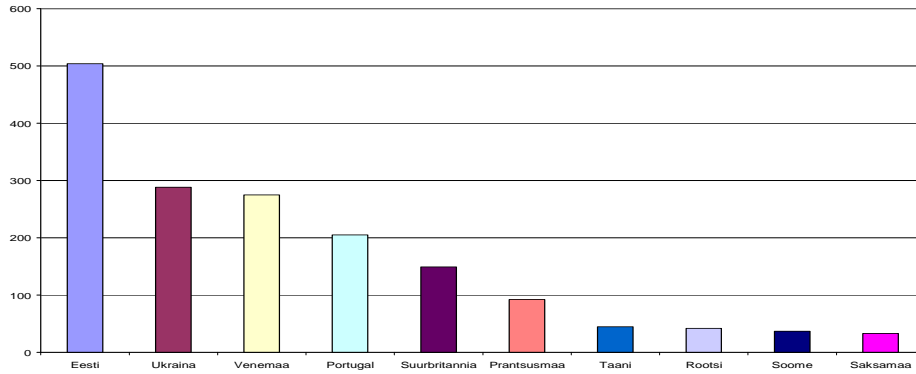
Naiste osakaal esmakordselt diagnoositud HIV-juhtude seas on Eestis ilmutanud stabiilset tõusutendentsi – 2000. aasta 20%-lt 2006. aasta 36%-ni (Jakab, 2007; Rüütel ja Lõhmus, 2007), kuid see seletub üksnes uute HIV-diagnooside arvu vähenemisega meeste seas. Uute HIV-juhtude arv naiste hulgas on aastatel 2002–2006 püsinud suhteliselt muutumatuna (vt Joonis 3).

⁵ Küsimused on pealkirjadena kokku võetud lugemise hõlbustamiseks. Mõnes kohas on aruande struktuuri lihtsustatud, et vältida tarbetuid kordusi.

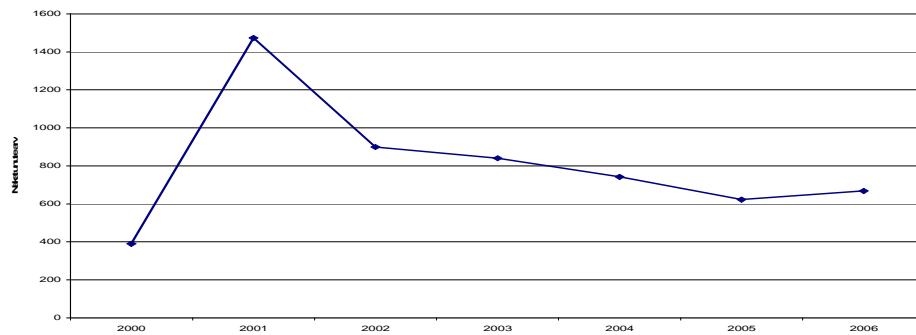
⁶ Teave nakkuse allikate kohta on saadaval nende juhtude kohta, mis on registreeritud AIDS-i Nõustamiskabinetides, kuid mitte muudest allikatest.

⁷ Eriti Vene päritoluga isikute seas. Kuigi 2001. aasta kohta ei ole näitajaid esitatud (Rüütel ja Lõhmus, 2007), on raporteeritud, et mitte-eestlaste osakaal kõikidest uutest HIV-diagnoosidest oli 2006. aastal 86% (ECDC, 2007a, p4).

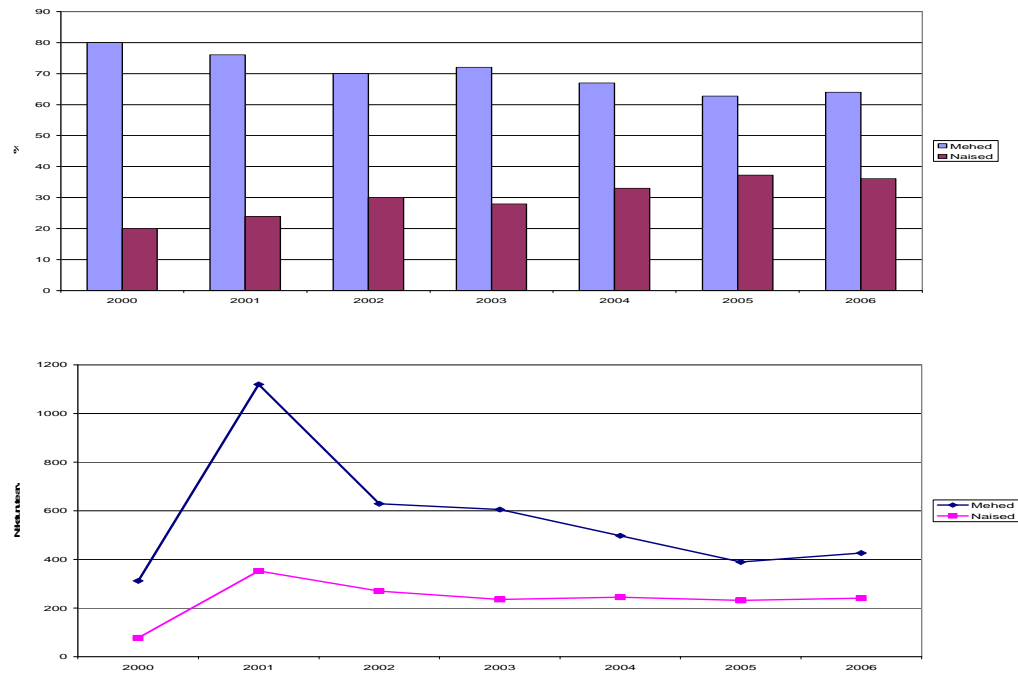
Joonis 1: Uued HIV-juhud miljoni inimese kohta valitud Euroopa riikides: 2006⁸



Joonis 2: Uued HIV-juhud Eestis: 2000-2006



Joonis 3: Uued HIV-juhud Eestis: Mehed ja naised: 2000-2006



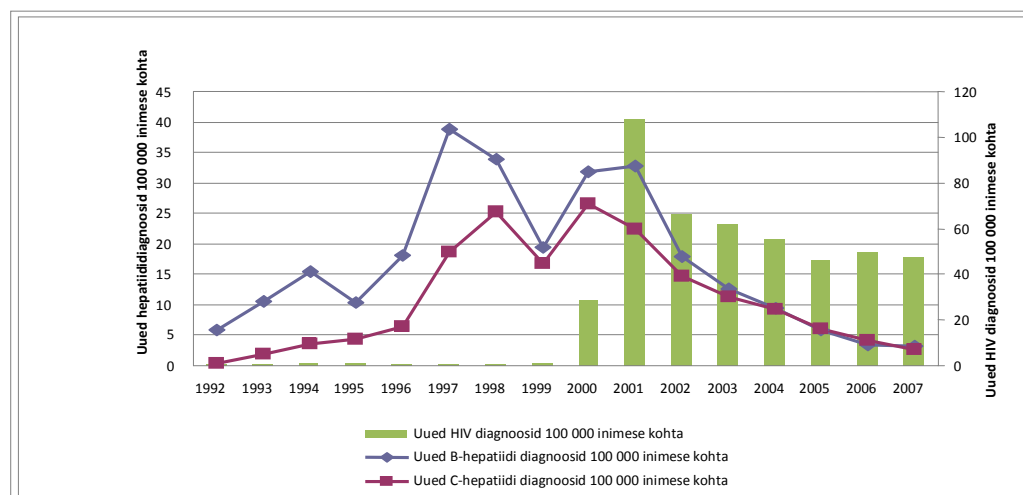
⁸ Näitajate andmeallikad on: Joonis 1 - ECDC, 2007b, Jakob, 2007; Joonis 2 - Rützel ja Lõhmus, 2007; Joonis 3 – andmed esitatud hindamismeeskonnale TAI poolt.

Kuna tõendusmaterjal ei viita vastupidisele⁹, on tõenäoline, et need naised on peaaegu eranditult meessoost SN-ide¹⁰ seksuaalpartnerid. Hetkel ei ole tõendeid epideemia laienemisega üldelanikkonna hulka, mis tähendaks meessoost isikute nakatumise tõusu, kes ei ole süstinud narkootikume ega meestega seksuaalvahekorras olnud. Järelikult seisneb peamine moodus naiste HI-viirusesse nakatumise vältimiseks Eestis "positiivses ennetustöös" meessoost SN-ide grupis ning nende partneritele suunatud tegevustes.

Rakendatud meetmete tõhusus ja asjakohasus

Eeltoodu tõendab, et Eestis rakendatud meetmed on aeglustanud HIV-nakkuse levikut meessoost süstivate narkomaanide seas. Täiendavaid tõendeid pakub selle kohta ka uute B- ja C-hepatiidi juhtude diagnoosimise vähenemine alates 2001. aastast (vt Joonis 4). Hiljutine ECDC riikidepõhine aruanne (ECDC, 2007) tunnustas Eestit selle eest, et kõige suuremates riskirühmades Tallinnas ja Ida-Virumaal on kiiresti käivitatud süstladevahetuse/ kahjude vähendamise programmid¹¹.

Joonis 4: Uued HIV- ja hepatiidi diagnoosid Eestis: 1992-2007



Andmeallikas: Tervisekaitseinspeksioon

Eksisteerib arusaam, et HIV/AIDS-i vastu võitlemine Eestis on keskendunud teenuste osutamisele kõige ohustatumale riskirühmale nagu SN-id. Siiski, 2005. aastal olid

⁹ Hetkel on pooleli meessoost SN-ide naispartnerite seas läbi viidav uurimus, mis võib anda kõnealuse küsimuse kohta täiendavat teavet. Vastavalt edastatud infole näitavad esialgsed tulemused madalat HI-viirusesse nakatumise määra, kuid C-hepatiiti nakatumise määr on kõrge. Kui need tulemused kinnitamisest leiavad, võib ilmned, et meessoost SN-ide naispartnerite seas on narkootikumide süstimine enam levinud, kui nad ise seda kinnitavad.

¹⁰ Arstide seas on levinud arvamus, et see ei ole nii ning nakatub ka naised, kes ei ole narkootikumide süstinud ega SN-idega seksuaalsuhtes olnud. Siiski ilmneb, et niisugune arvamus võib osati põhineda uskumusel, nagu suudaksid tervishoiutöötajad SN-e nende välimuse ja/või nendega vestlemise põhjal tuvastada. Vähemalt üks arst märkis, et osade naiste puhul, kellel ei tundu olevat SN-idega mingit kontakti, on leitud, et nad on mõnel varasemal eluperioodil olnud SN-iga seksuaalkontaktis. Tulenevalt HIV olemusest võis see seksuaalkontakt toimuda juba mitu aastat tagasi.

¹¹ Rohkem infot Eestis rakendatavate meetodite kohta SN-ide seas on esitatud käesoleva aruande sellekohases osas (lk 40).

kulutused spetsiifilistele teenustele hinnanguliselt 13,5 miljonit Eesti krooni. See on 11% HIV/AIDS-i ja tuberkuloosiga seotud hinnangulistest kogukulutustest. Samasugune summa kulutati ka noortele suunatud teenustele. Kõiki SN-idele suunatud teenuseid toetati välisfinantseerimise kaudu, samal ajal kui peaaegu pool noortele suunatud kulutustest pärines Eesti Haigekassast (WHO, 2007a).

Õppetunnid edaspidiseks

Tõendusmaterjal Eestist ja teistest riikidest näitab, et HIV-nakkuse edasiesasikandumist narkootikumide süstimise teel saab kontrollida tõhusate ennetusmeetmetega, nagu näiteks kahjude vähendamine¹². Need meetmed kaitsevad mitte üksnes SN-e, vaid kogu elanikkonda. Selleks, et HIV-nakkuse levikut narkootikumide süstimise kaudu Eestis veelgi vähendada ning viia see Euroopa Liidu teiste piirkondadega samale tasemele, tuleb SN-idele suunatud teenused esmatähtsaks tunnistada ning osutada neid suuremas ulatuses.

Soovitused

1. Hindamismeeskond saab aru vajadusest vältida Eesti elanikkonna seas enesega rahulolu soodustamist seoses nende HIV-i nakatumise riskiga ja/või vähendada häbimärgistamise ning diskrimineerimise levikut suurema riskiga elanikkonna suhtes. Sellegipoolest tuleb hoolega kaaluda seisukohavõttu, et HIV epideemia on Eestis väljumas SN-ide ja nende seksuaalpartnerite hulgast. Hindamismeeskonna arvamusel olemasolev informatsioon seda seisukohta ei toeta. Lisaks sellele on tarvis üksikasjalikumat teavet HIV-nakkuse praeguste levikuteede kohta.
2. Olemasolev teave tõendab, et suurima riskiga elanikkonna gruppidele (eriti SN-d) suunatud ning kahjude vähendamisel põhinevad Eesti HIV-ennetusprogrammid hakkavad mõju avaldama. Täpsemalt, SN-idele suunatud tegevused (kahjude vähendamine), k.a. opioid-asendusravi, pakuvad endiselt parimaid lahendusi jätkuva HIV kriisiga toimetulekuks Eestis. Neid tegevusi tuleks jätkata ja veelgi laiendada.

¹² Kaasa arvatud narkosõltuvuse ravi, näiteks opioid-asendusravi.

Juhtimine, koordineerimine ja suutlikkuse arendamine

Koordineerimine ja haldussuutlikkus

Eesti HIV/AIDS-i vastase võitluse võtmeteguriks on olnud see, et tegevus põhineb kokkulepitud strateegial ja kalkuleeritud maksumusega tegevuskaval (Eesti Vabariigi Valitsus, 2005b-c; 2007). Hiljuti tunnustati see edasipüüdlikuks strateegiaks (ECDC, 2007b). Strateegia moodustab baasi laiahaardeliseks ja tõhusaks vastulöögiks epideemiale. Sellegipoolest oleks vaja luua tugevamaid ühendusi HIV-i ja AIDS-i strateegiate¹³ ning nendega seostuvate teemade (näiteks narkoennetus ja ravi) strateegiate vahel. Kõik osapooled, nii riiklikud kui ka rahvusvahelised, peavad eraldiseisvate projektide arendamise asemel tegema koostööd riikliku HIV/AIDS-i strateegia ja tegevuskava elluviimisel,

Riikliku HIV/AIDS-i valdkonna tegevust koordineerib Vabariigi Valitsuse komisjon (vt Lisa 5), kuid selle tegevused on viimasel ajal olnud mõnevõrra piiratud, kui mitte arvestada aastaaruande vastuvõtmist Sotsiaalministeeriumilt. Osalt on selle põhjuseks riikliku koordineerimismehhanismi (RKM, *Country Coordinating Mechanism*) tegevus, mis mõjutas otseselt nende organisatsioonide ja inimeste tööd, kes said toetust Global Fund'i abirahadest. Praeguseks on antud koordineerimismehhanism laiali saadetud, sest Global Fund'i programm on lõppenud. Valitsuse komisjon on praegu läbimas üleminekuperioodi. Näiteks on komisjonis kaks RKM esindajat ning veel pole selge, mis neist edasi saab. Komisjoni juurde kuuluvad neli ekspertgruppi¹⁴, mis töötasid strateegia väljatöötamise¹⁵ ajal hästi. Komisjoni lähteülesanded ja eesmärgid võivad vajada ülevaatamist, eriti selles osas, millises suhtes on komisjon teiste seotud teemadega, kaasa arvatud rahvatervis ja illegaalsete narkootikumide kasutamise alased küsimused.

Valdkonna juhtiv ministeerium Eestis on Sotsiaalministeerium (SM), mis on aga HIV/AIDS-i vastase võitluse juhtimisel passiivsem, kui mõned intervjueritud võtmeisikud lootsid. See võib kajastuda kõnealuse piiratud suutlikkusena antud valdkonnas, kaasa arvatud teiste ministeeriumite tegevuste koordineerimises ja järelvalves. HIV/AIDS-i alane vastutus SM-is on jagatud rahvatervise ja tervishoiu osakondade vahel. Rahvatervise osakonnas on kõigest kaks antud valdkonna töötajat, kusjuures üks neist ametikohtadest on hiljuti mitu kuud täitmata olnud.

Tervise Arengu Instituut kuulub SM-i haldusalasse. TAI-I on HIV/AIDS-i valdkonna osas märkimisväärne haldussuutlikkus, kuna organisatsioon tegutses Global Fund'i abiraha esmase vastuvõtjana. Instituudi tugevdatud haldussuutlikus tundub olevat peamine tegur ära märgitud paranenud koordineerimises võrreldes varasemaga. Rõhutamist väärrib instituudi personalibaasi laienemine paljudes võtmevaldkondades, s.h. enamate vene rahvuse esindajate töölevõtmine ning töötaja palkamine, kes tegeleb üksnes MSM-ide temaatikaga. Sellegipoolest oleks TAI ja SM-i vastutuspiire võimalik täpsemalt määratleda selgemate kokkulepetega ja kommunikatsiooni abil HIV/AIDS-i valdkonnaga seotud TAI, SM-i ja teiste võtmeorganisatsioonide rollidest.

¹³ Ja neid koordineerivate üksuste.

¹⁴ Tervis ja sotsiaaltoetus; seire ja monitooring; ennetus; kahjude vähendamine. Lisaks olid komisjonil allrühmad erinevate sektorite kaasamiseks, näiteks MTÜ-dele.

¹⁵ Olemasoleva info põhjal on töörühmad sellest ajast alates olnud vähem aktiivsed.

Kuigi formaalselt võib rollijaotus selge olla, tekib juhul, kui SM vastutab poliitika väljatöötamise ning juhtimise eest ning TAI nende elluviimise eest, kattuvaid valdkondi, millega tegelemine tuleks omavahel kokku leppida. Siia kuulub ka praktiline probleem, mis seisneb selles, et TAI nõustab jooksvalt poliitika väljatöötamist ning viib selle tulemusel loodud suunad ise ellu¹⁶.

Global Fund'i programmi rakendamise võtmetunnuseks oli asjaolu, et täiendavat haldussuutlikkust võimaldas fondi kohaliku esindajana (*Local Fund Agent*) tegutsenud audiitorfirma kaasamine. Nende roll erines oluliselt harilikust *ex-post* auditi läbiviimisest. Kuigi doonor- ja valitsusrahastamise põhimõtted erinevad, võiks kasulikult kohandada toetuse saajate eelhindamise ning enne järgmiste summade väljamaksmist aruandluse ülevaatamise printsiipe. Praegu jääb ebaselgeks, kas on kavatsusi nende põhimõtete edaspidiseks kohandamiseks.

Global Fund'i programmi kasu

Eesti suutlikkus koordineerida HIV/AIDS-i vastast võitlust on viimase viie aasta jooksul läbi teinud tohutu arengu, mida eriti mõjutas Global Fund'i toetus. Muutused ei piirdu valitsussektoriga, vaid seda on näha ka MTÜ-de arengus, kes täna näitavad projektide väljatöötamisel ja haldamisel senisest suuremat suutlikkust (vt lk 20).

Global Fund'i toetus oli oluline ka riikliku ja valitsusvälise sektori suutlikkuse arendamise osas seotuna üksteisega konstruktiivse suhtlemisega. Selle hulka kuulus süsteemide rajamine abirahade suunamiseks läbi valitsussektori MTÜ-dele ja mehhanismid dialoogi pidamiseks (näiteks RKM).

Global Fund'i ressurssidega rajatud süsteemid on Eesti riiklikule HIV/AIDS-i vastasele võitlusele positiivselt kaasa aidanud. Nägemaks, kas neid süsteeme suudetakse nüüd, mil rahastamine tuleb riiklikust eelarvest, efektiivselt käigus hoida või asendada, on vaja aega. Konkreetsemalt saab tulevikus näha, kas:

- Vabariigi Valitsuse komisjon suudab olla tõhus koordineerimismehhanism, mis kaasab lisaks valitsusele ka MTÜ-sid.
- Teised ministriumid¹⁷ suudavad TAI-lt tõhusalt üle võtta vastutuse oma sektori eest.

MTÜ-d

Tõhus HIV/AIDS-i vastane võitlus vajab tugevat avalikku sektorit (vt lk 28) ja elujõulisi ning jätkusuutlikke MTÜ-sid. Toetuse suunamine valitsussektorilt MTÜ-dele on osa sellest, kuid lisaks nõuab see tugevamat regulatiivset raamistikku, nagu nõuded MTÜ-dele bilansiaruannete koostamiseks, finantsauditite ja riskianalüüside

¹⁶ Ilmneb, et SM ja TAI vaheliste rollide formaalses määratlemises ning nende rollide praktikasse rakendamise vahel eksisteerib erinevus, mille võtmeks on olnud SM-i personali vähene suutlikkus. Selle tulemusel on poliitika kujundamisega, mis peaks olema SM-i ülesanne, üha suuremal määral seotud TAI.

¹⁷ Eriti Sotsiaalministeerium, Kaitseministeerium, Justiitsministeerium ning Haridus- ja Teadusministeerium.

teostamiseks ning reserve poliitika väljatöötamiseks. Vajadus on süsteemse suutlikkuse arendamise programmi järele, et MTÜ-d saaksid suurendada oma professionaalsust, kaasa arvatud asjakohaste oskuste arendamine nagu organisatsiooni juhtimine, ressursside muretsemine (*public fundraising*) jms.

HIV/AIDS-i valdkonnas on teenusepakkujaid praeguse seisuga veel suhteliselt vähe; eriti mõnel alal, näiteks teenuste osas prostitutsiooni kaasatutele. MTÜ-de võrgustikud on hakanud arenema (näiteks Eesti Mittetulundusühingute ja Sihtasutuste Liit ning Eesti Mittetulundusühenduste Ümarlaud). Need võrgustikud ei ole keskendunud üksnes HIV/AIDS-i temaatikale ning lisaks on Eesti Mittetulundusühenduste Ümarlaud suhteliselt uus organisatsioon. Praegu puudub Eestis HIV/AIDS-i temaatikale suunatud võrgustik, mis esindaks kõiki selles valdkonnas tegutsevaid organisatsioone¹⁸.

Suurimaks arenguks on olnud valitsuse võetud kohustus säilitada HIV/AIDS-i valdkonna rahastamist samal tasemel, nagu see oli Global Fund'i toetuse ajal. Seda toetavad juba olemasolevad või rajatavad struktuurid (vt lk 20). Samas eksisteerib ka teatud tõkkeid, näiteks Eesti seadusandlus, mille kohaselt MTÜ-del ei ole õigust osutada tervishoiuteenuseid. Selle tulemusel on mitmed MTÜ-d rajanud nende teenuste osutamiseks tütarettevõttes.

Teenuseid osutavate MTÜ-de projektijuhtimise alane suutlikkus on märkimisväärselt paranenud, kuigi see erineb MTÜ-de lõikes veel palju. Samas on tekkinud mõned uued teenusepakkujad ja mudelid (näiteks Terve Eesti Sihtasutus), kes on alustanud tööd HIV-alaste koolitusprogrammidega, mida rahastab erasektor.

MTÜ-de edusammud mõningate teiste oskuste väljaarendamisel, mis on tugeva ja elujõulise kolmanda sektori eksisteerimiseks vajalikud, on jäänud kesisemaks. Niisuguste oskuste näited on järgmised:

- *Lepinguläbirääkimised* – seni on MTÜ-d ellu viinud üsna palju doonorite poolt finantseeritud projekte. Tulevikus rahastatakse tegevusi suurema tõenäosusega samamoodi nagu MTÜ-de tegevust teistes EL riikides. Tõenäoliselt hõlmab see skeem ka valitsusega sõlmitud rahastamislepinguid. Nende väljatöötamine ja haldamine nõuab mõnevõrra teistsuguseid oskusi kui doonor-rahastusega projektide puhul, näiteks läbirääkimiste oskust ja teemade haldamine nagu teenuste hinnakujundus, lüngad lepingus ja maksed teenuste tulemustest lähtuvalt.
- *Riskianalüüs ja riskijuhtimine* – mõne riigi regulatiivne keskkond, näiteks Ühendkuningriigis (Charity Commission, 2007), nõuab MTÜ-delt¹⁹ neid mõjutavate olulisemate riskitegurite ülevaatamist ning töötama välja süsteemid nende riskide juhtimiseks. Selline lähenemine oleks väga kasulik ka Eesti MTÜ-dele, aidates määratleda peamisi riske, mis võivad MTÜ-de tegevust ohustada. Näiteks on viimastel aastatel üks suuremaid riske seisnenud selles,

¹⁸ Eestis on olemas Eesti HIV-positiivsete Võrgustik ning "Asjatundjate kogu". Viimane ei ole siiski ametlik organisatsioon, vaid mitteametlik ühendus, kuhu kuuluvad inimesed on ühinenud selleks, et survestada konkreetseid teemasid.

¹⁹ Ühendkuningriigis rakendub regulatiivne raamistik nn heategevusele. Enamik Ühendkuningriigis HIV/AIDS-i temaatikaga tegelevaid MTÜ-sid on registreeritud heategevusorganisatsioonidena.

et MTÜ-d on sõltunud ühest ajaliselt piiratud rahastamisallikast – Global Fund'ist. Selle riski analüüsimise tulemusel võinuksid MTÜ-d oma rahastamisbaasi mitmekesistada näiteks ressursside muretsemisega erinevatest allikatest (*public fundraising*), teenuste “müügiga”²⁰ jne., kuid enamikul juhtudel on seda tehtud väga vähe.

- *Ressursside muretsemine (public fundraising)* – võttes arvesse Eesti paranevat majandusolukorda on tõenäoline, et MTÜ-d suudaksid elanike annetustena koguda järjest rohkem raha nii Eestis kui ka teistes Euroopa riikides. Seni ei ole HIV/AIDS-i valdkonnaga tegelevad MTÜ-d seda võimalust märkimisväärses ulatuses uurinud. Paljud valdkonna võtmefiguurid usuvad, et see ei ole võimalik. Niisugune uskumus takistab aru saamast, et väärtuslikud on ka sel moel kogutud väikesed rahasummad, sest need on oma olemuselt kitsendusteta²¹, ning et ressursside muretsemine on sageli aeglane ja paisuv protsess, milleks on vaja toetusbaasi pidevat hoidmist.
- *Reservide planeerimine ja arendamine* – MTÜ-le kättesaadavaid kitsendusteta ressursse, mida võib kulutada oma äranägemisel, võib pidada MTÜ “reserviks”. Mõnes riigis (näiteks Ühendkuningriigis) nõuab regulatiivne keskkond, et MTÜ-l peab olema olema reservipoliitika. See peaks tagama, et reservid ei ole nii väikesed, et MTÜ elujõulisus satub ohtu, ega ka liiga suured, mis võib kaasa tuua mure, et fonde ei kasutata maksimaalselt ära MTÜ eesmärkide saavutamiseks. Eestis AIDS-i temaatikaga töötavad MTÜ-d informeerisid, et nende reservid on minimaalsed või puuduvad üldse. Mõned juhtfiguurid väidavad, et neil ei lubataks niisuguseid reserve hoida, sest neid võidakse käsitleda “kasumina”. Niisugune lähenemisviis kujutab neile organisatsioonidele suurt riski, sest toimitakse “peost suhu” printsiibil toetudes üksnes projektipõhisele rahastamisele.
- *Ressursside juhtimine ja planeerimine* – kuigi HIV/AIDS-i valdkonnaga tegelevad MTÜ-d on saanud aastate jooksul oma töö eest märkimisväärsed summasid, seahulgas ka Global Fund'ist, ei piisa mõnel ikkagi teenuste osutamiseks vajaminevaid põhilisi ressursse. Näiteks Convictus osutab süstlavahetust kahetoalises ruumis, kus ei ole tualetti. See toob kaasa märkimisväärsed tervise- ja turvariski. Saades aru osadest probleemidest, mis on seotud ruumide hankimisega, peab tunnistama, et need ei erine väljakutsetest, millega seisavad silmitsi samade valdkondadega tegelevad MTÜ-d teistes riikides. MTÜ töö jaoks sobivate ruumide leidmine nõuab teistsuguseid oskusi, kui otseste programmitegevuste käivitamine ja haldamine.
- *Propageerimine (advocacy)* – on olemas teatud propageerimis- ja lobitöö valdkondi, kus MTÜ-d on olnud väga edukad – näiteks finantsressursside

²⁰ Teatud määral on seda juba tehtud: näiteks “müüb” Eesti Seksuaaltervise Liit Eesti Haigekassale Internetipõhist nõustamisteenust ning Terve Eesti Sihtasutus müüb oma seminare erasektori ettevõtetele.

²¹ Spetsiifiliseks eesmärgiks muretsetud finantsid, st projekt on “kitsendatud”. MTÜ üldiseks tööks eraldatud summad märgitakse olevat “kitsendusteta” ning neid võib kasutada mis tahes asjakohasel eesmärgil vastavalt MTÜ juhtkonna otsusele.

kindlustamine riiklikust eelarvest pärast Global Fund'i abirahastuse lõppemist. Neid oskusi tuleks siiski edasi arendada ning süsteemsemaks muuta, tunnistades MTÜ-de kollektiivset jõudu koos tegutsemisel ehk HIV/AIDS-ile suunatud võrgustiku kaudu. Selles valdkonnas on endiselt näha märke sõltuvusest. Näiteks ütlesid mõned intervjuueeritud, et nad ei saa arestimajades mitte toimuva opioid-asendusravi küsimuses midagi ette võtta enne, kui sellele "ülaltpoolt" tähelepanu ei pöörata. Kuigi selles tõdemuses võib sisalduda osake tõtt ning tegutsemispoliitika muutmine nõuab arvatavasti ministeeriumide ühist tegutsemist, kaasates Sotsiaalministeeriumi, Justiits- ja Siseministeeriumi, on MTÜ-del siiski hea positsioon niisuguse tegevuse mõjutamiseks lobitöö ja propageerimise abil.

- *Personalihaldus* – intervjuude käigus anti teada, et tulenevalt rahastamise lühiajalisest ja projektipõhisest olemusest palkavad Eestis AIDS-i teematikat käsitlevad MTÜ-d töötajaid lühiajaliste lepingutega, minimaalsete sotsiaalsete tagatistega või ilma. Kuna osa töötajatest on niisuguste lepingute alusel töötanud juba mitmeid aastaid, on need tõenäoliselt Eesti töölepinguseadusega vastuolus. See tähendab nende MTÜ-de jaoks olulisi mainega seotud riske. Valdonna juhtfiguurid nendivad, et nad ei saa sinna midagi parata, kuni ei hakka saama riiklikku baasrahastamist. Taoline lähenemine jätab tähelepanuta rea muid võimalusi kõnealuse küsimuse lahendamiseks²².

Eesti vajab mittetulundussektori edasist arendamist paranenud projektide planeerimise ja elluviimise baasil. Kuigi seda võib osaliselt saavutada MTÜ-de vahelise konkurentsi abil, on lisaks vajadus tugevama regulatiivse raamistiku järele ning järjekindla programmi järele, mille abil suutlikkust ja oskusi edasi arendada. Üks näide nõrga regulatiivse raamistiku negatiivsetest tagajärgedest MTÜ-dele seostub meditsiiniteenuste osutamisega. Organisatsioon, mis soovib osutada meditsiiniteenuseid, vajab selleks litsentsi, ning mittetulundusühingutele on niisuguse litsentsi omamine seadusega keelatud. Põhjus on, et mittetulundusühenduste regulatiivne raamistik Eestis ei ole kvaliteedistandardite täitmise võimaldamiseks piisavalt tugev. Üks MTÜ-de tava sellega toimetulekuks seisneb meditsiiniteenuseid osutavate erafirmade loomises, mis on segadusttekitav ning suurendab kaasnevaid kulusid.

Lüngad ja mittevajalikud meetmed

SM-I on võimalus aktiivsemalt haarata liidrirolli riikliku HIV/AIDS-i valdkonnas. Lisaks on olemas mõned reformivaldkonnad, mis samuti SM-i poolset juhtimist vajavad. Nende hulka kuuluvad:

- Tõhusa ja kliendikeskse juhtumikorralduse süsteemi juurutamine ning institutsionaliseerimine.

²² Näiteks reservipoliitika olemasolu, mis nõuaks MTÜ-delt organisatsiooni toimimiseks reserveid piisaval tasemel hoidmist teatud perioodi jooksul või organisatsiooni käimatõmbamise ajal. Niisugune poliitika võimaldaks MTÜ-l palgata personali püsilepingute alusel. Seda lähenemisviisi kasutatavad paljudes valdkondades need organisatsioonid, kes sõltuvad lühiajalistest rahastamisallikatest.

- HIV-i ja AIDS-iga elavate inimeste sotsiaalhoolduse propageerimine ning võtme personali (sotsiaaltöötajad, väljatöötajad, kahjude vähendamise teenuste personal) ametialase staatuse tugevdamine.
- HIV-nakkuse levikuteede kohta olulise teabe kogumise ja edastamise kindlustamine.
- Valitsuse komisjoni aktiivne toetamine rakendamaks komisjoni potentsiaali sekkumiste tugevdamisel ning epideemia seisu kohta avalike sõnumite esitamisel Eestis.

Tugevad ja nõrgad küljed

Tabel 1 võtab lühidalt kokku HIV/AIDS-i vastase võitlusega seonduva juhtimis- ja koordineerimisalase ning organisatsioonilise suutlikkuse tugevad ja nõrgad küljed Eestis.

Tabel 1: HIV/AIDS-i valdkonna juhtimine ja koordineerimine Eestis: tugevad ja nõrgad küljed

Tugevused	Nõrkused
Eestil on olemas tugev HIV-i ja AIDS-i strateegia ning rahaliselt kaetud tegevuskava.	Valitsuskomisjoni roll ning ühendus teiste HIV-iga seotud teemadega (näiteks illegaalsete narkootikumide kontrollimine) on piiratud.
Valitsuskomisjoni ekspertgrupid etendasid strateegia väljatöötamisel olulist rolli.	Valitsuskomisjoni sekretariaadi suutlikkus on piiratud.
TAI omandas Global Fund'i abirahade põhivastuvõtjana märkimisväärse haldusalase kogemuse.	SM-I on HIV-i ja AIDS-i valdkonna tööks piiratud tööjõuresurss.
Global Fund'i poolt kasutatud kohaliku fondiagendi mudel edendas olulisi printsiipe, näiteks peamise toetusesaaja ja tema aruannete põhjalikku uurimist.	Peamise tähtsusega ametikohad on olnud märkimisväärse aja jooksul täitmata.
MTÜ-de rahastamise süsteem valitsuse kaudu/poolt on juurutatud.	Teised ministriumid peavad alles arendama oma haldussuutlikkust HIV/AIDS-i valdkonnas.
TAI personali mitmekülgsus on suurenenud.	TAI ja SM-i rollid ei ole väga selgelt paika pandud.
MTÜ-d on arendanud oma projektihalduse alast suutlikkust.	Ministriumid ei ole HIV/AIDS-i vastases võitluses otseselt aruandekohuslased valitsuskomisjoni või SM-i ees.
Esile on kerkinud mõned uued MTÜ-d ja töömudelid, näiteks Terve Eesti Sihtasutus.	Teenuse osutajate hulk on osades valdkondades (nt. prostitutsiooni kaasatutele suunatud teenused) jätkuvalt madal.
Rajatud on süsteemid tegevuse tulemuste haldamiseks ning tekitatud tulemustele orienteeritud pakkumine.	MTÜ-de võrgustikud on suhteliselt uued, nende suutlikkus on madal ning keskendumine HIV/AIDS-i teemale piiratud.
	Eesti seadused keelavad mittetulundusorganisatsioonidel omandada litsentsi meditsiiniteenuste osutamiseks.
	MTÜ-de organisatsiooni juhtimise (sh lepinguläbirääkimiste, ressursside muretsemise, riskijuhtimise, reservide planeerimise ja halduse) alased oskused on piiratud.

Soovitused

3. SM peaks riiklikus HIV/AIDS-i vastases võitluses võtma aktiivsemalt liidrirolli, eriti teatud valdkondades nagu juhtumikorralduse süsteemi juurutamine ning HIV-nakkuse levikuteedelevikuteede kohta info kogumine.
4. SM-i esmane ülesanne peaks olema Vabariigi Valitsuse komisjoni mõju tugevdamine HIV/AIDS-i valdkonnas. See sisaldab nii komisjoni liikmelisuse kui ka rolli ülevaatamist. Võtmefunktsiooniks oleks tagada HIV/AIDS-i küsimustes valitsuse ministrite aruandekohustus ja vastutus seoses oma volitustega antud valdkonnas.
5. SM-i ja TAI vastavad rollid on tarvis selgemini määratleda.
6. Valitsus peaks püüdma luua MTÜ-dele soodsama tegutsemiskeskonna. Lisaks rahastamisele peaks see hõlmama tugevat regulatiivset raamistikku ning meetmeid uute teenusepakkujate esilekerkimise stimuleerimiseks.
7. MTÜ-d ise peavad oma organisatsioonilise arenguga seotud küsimustes haarama senisest suurema initsiatiivi, näiteks rajama HIV/AIDS-i võrgustiku ja töötama välja süsteemse lähenemise koolitusele ning suutlikkuse arendamisele MTÜ-de seas.

Rahavood ja MTÜ-de tugisüsteemid

Süsteemid

Süsteemide ja organisatsioonide suutlikkus

Eesti Vabariigi Valitsuse otsust säilitada HIV/AIDS-i valdkonna rahastamine samal tasemel ka edaspidi nagu see oli Global Fund'ilt hiljuti saadud toetuse ajal, on MTÜ-de poolt laialdaselt tunnustatud kui ajaloolist arengut Eestis. See hõlmab järgmist:

- SM katab kindlustamata patsientide tervishoiuteenuste ja ARV-de kulud.
- Justiitsministeerium toetab HIV valdkonna interventsioone vanglates²³. See hõlmab ka tsentraalselt hangitud ARV ravimite kulu hüvitamist SM-ile.
- Haridus- ja Teadusministeerium rahastab noorsoo hulgas läbi viidavaid ennetustegevusi (vt lk 33).
- Kaitseministeerium rahastab relvajõudude hulgas läbi viidavaid ennetustegevusi.

Lisaks tsentraalsele riiklikule rahastamisele tuleb osa toetussummasid ka kohalike omavalitsuste eelarvetest, kuid praeguseeni on see abi olnud minimaalne. Tõenäoliselt kajastab see asjaolu, et kohalikel omavalitsustel ei ole nende teenusteenuste suhtes seaduses ettenähtud vastutust ning neile kättesaadavad finantsressursid varieeruvad suuresti. Tundub, et kohalike omavalitsuste eelarvete rakendamiseks HIV/AIDS-i vastasesse võitlusesse on lisaruumi, mis võimaldaks antud ressursse kasutada senisest rohkem²⁴. Selgelt on olemas vajadus põhiteenuste senisest suurema rahastamise järele kohalike omavalitsuste eelarvetest. Maakondade ja omavalitsuste rahastamise osakaal jääb äärmiselt nõrgaks. Pole täheldatud ühtki suuremat muutust täiendavate fondide suunamiseks läbi kohalike omavalitsuste, et viia ellu riikliku strateegiat ja tegevusplaane HIV/AIDS-i valdkonnas.

Hiljutine suutlikkuse areng

Nelja aasta pikkune kogemus Global Fund'i abirahaga finantseeritud tegevuste elluviimisel aitas paljudel MTÜ-del oma projektijuhtimise alaseid oskusi edasi arendada.

²³ Täiendava teabe saamiseks nende sekkumiste kohta vt lk 43. Eesti arestimajasid ei halda Justiitsministeerium, vaid Siseministeerium.

²⁴ Eesti on jaotatud 15 maakonnaks. Maakondadel ei ole oma eelarvet, vaid neile määratakse osa riiklikust eelarvest. Eestis on üle 200 omavalitsuse. Nende suurus on väga erinev, alates väikestest maakogukondadest kuni suurte linnadeni nagu Tallinn. Linnadel ja valdadel on oma eelarved ning nad koguvad ise ressursse. Nende eelarvete suurus varieerub samuti palju. Linnade ja valdade rollid tervise- ja haridusvaldkonnas on erinevad. Linnadel ja valdadel on vastutus haridusteenuste pakkumise eest, kuid mitte tervisteenuste pakkumise eest. Koolid tegutsevad riiklike üksustena, haiglad aga sihtasutuste või aktsiaseltsidena

Global Fund'i nõuete tulemusena kujunesid välja oskused eelarvete koostamiseks, lepingute sõlmimiseks, aruannete koostamiseks ning tegevuse monitooringuks ja hindamiseks. Esialgu osutusid need nõuded organisatsioonidele koormavaks, kuid lõpptulemuseks olid paranenud oskused, parem suutlikkus ja täiustunud tööstiil.

Märkimisväärseks arenguks tuleb pidada sedagi, et MTÜ-d tunnetavad, millist kasu eeltoodu neile andis ning kuidas nende endi tööd täiustas. Näiteks tunnustavad nad praegu tõsiasja, et monitooring ja hindamine pole kasulik mitte üksnes rahastaja jaoks, vaid ka eneseanalüüsiks ning teenuste osutamise parandamiseks.

Struktuurid

Eesti HIV/AIDS-i vastases võitluses on võtmeteguriks olnud MTÜ-de poolt valitsusstruktuuridega sõlmitud lepingud, eriti seoses Global Fund'ilt pärit abirahadega. Mõnda seotud üksikasja on lähemalt uuritud allpool.

TAI-I on teenusepakkujatega olnud kaks erinevat lepingutüüpi: riiklikust eelarvest pärit rahastamised ja Global Fund'i abirahad. Nendevahelisi erinevusi on lühidalt käsitletud Tabelis 2.

Tabel 2: Lepingumehhanismide erinevused

	Riiklik eelarve	Global Fund
Ajavahemik	Üks aasta	Kaks aastat
Maksemeetod	Väljamakse tehakse pärast tegevuse lõpuleviimist	Osalised ettemaksed

Peale Global Fund'i poolse finantseerimise lõppemist pikendas TAI ülemineku-perioodil²⁵ oma haldusalas teenusepakkujatega sõlmitud lepinguid²⁶. Lisaks on TAI tutvustanud "koostöölepingute raamistiku" põhimõtet, mille kestus on viis aastat. See sisaldab ettemakse elementi ja skeem võimaldab makseid teostada igakuiselt. Need lepingud on MTÜ-de poolt heaks kiidetud, kuna pakuvad mõningal määral pikaajalist rahastamisalast kindlustunnet, mida nad kogesid Global Fund'i programmi perioodil. Niisugused lepingud peaksid vähendama ka ajalist nihet teenuste osutamise ja väljamakse tegemise vahel. Taolised head tegevustavad peaksid tugevdama edaspidist usaldust ning hoidma alal teenuse osutaja ja ostja vahelisi häid suhteid, kuid see lähenemine vajab tasakaalustamist seoses MTÜ-de vahelise konkurentsi vajadusega, stiimulitega kvaliteedi parandamiseks ning võimalustega uute teenusepakkujate jaoks (vt allpool).

Teenusepakkujatele on väljamakseid tehtud lähtudes kahe erineva meetodi abil hinnatud teenuste väärtustest. Esimene ja kõige laialdasemalt kasutatud meetod, mida Global Fund'i abiraha puhul rakendati, põhines planeeritud eelarvel. Teine põhines teenuse ühiku hinnal. Seda meetodit kasutab Eesti Haigekassa ning seda on kasutatud ka teistes valdkondades, kus teenuse ühiku hind oli kättesaadav ning mõistlikult määratud (näiteks metadoonravi puhul). Teise meetodi rakendusala võiks veelgi laiendada. See peaks pakkuma stiimuleid teenusega haaratuse

²⁵ Oktoober–detsember 2007

²⁶ Näiteks SN-idele, prostitutsiooni kaasatutele ja MSM-idele suunatud ennetusteenused.

suurendamiseks, pakkudes näiteks erinevaid tasusid nii, et vähese piirkonnades on need kõrgemad.

Lüngad ja mittevajalikud meetmed

Lepingud ja väljamaksete teostamise meetodid peaksid sisaldama stiimuleid uute teenusepakkujate ligimeelitamiseks, et soodustada elutervet konkurentsi, laiendada teenuse katvust, tõsta teenuse osutamise kvaliteeti ning suurendada teenuste osutamist konkreetses piirkonnas.

Tegevuse laiendamine

Siin on peamiseks küsimuseks finantside suunamine vastavalt korrektsele arusaamale sellest, kuidas epideemia Eestis levimist jätkab (vt lk 10). Viirus levib endiselt suuremas osas venekeelsete SN-ide ning nende seksuaalpartnerite kaudu. Seetõttu peaks rahastamine olema kasvavalt suunatud just nende elanikkonna rühmadega tegelevatele teenustele.

Tugevad ja nõrgad küljed

Tabel 3 võtab lühidalt kokku Eestis HIV/AIDS-iga tegelevate MTÜ-de rahavoogudega seotud tugevad ja nõrgad küljed.

Tabel 3: Rahavood MTÜ-dele, kes töötavad Eestis HIV/AIDS-i temaatikaga: tugevad ja nõrgad küljed

Tugevused	Nõrkused
<p>Eesti valitsuse kindel pühendumine rahastamiseks teenuseid läbi MTÜ-de.</p> <p>TAI kaudu toimivad süsteemid on hästi ülesüles ehitatud.</p> <p>MTÜ-d on arendanud tugevamaid projektijuhtimise alaseid oskusi.</p> <p>Novaatorlike lähenemisviiside juurutamine, näiteks:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eesti Haigekassa kasutab teenustasu põhimõtet Interneti-nõustamise finantseerimisel; Valitsus rahastab Gei ja Lesbi Infokeskust; Valitsus rahastab tervishoiuteenuseid prostitutsiooni kaasatutele; Terve Eesti Sihtasutus kaasab eraettevõtteid finantseerimaks seminare ja infokampaaniaid töötajatele ja üldelanikkonnale. See lähenemine on uudne, kuna seda rahastavad teenust saavad ettevõtted ise. Tegevus ei sõltu doonoritest või riigipoolsest rahastamisest. 	<p>Teised ministeeriumid (näiteks Haridus- ja Teadusministeerium) ei ole oma rahastamissüsteeme ning MTÜ-dega lepingute sõlmimist veel täiel määral välja arendanud.</p> <p>Ebaselge on, kas kõik ministeeriumid saavad lepinguid sõlmida kauemaks kui üheks aastaks ning kas need saavad sisaldada ettemaksu komponenti.</p> <p>Kohalike omavalitsuste rahaeraldiste madal osakaal tervisteenuste osutamisel.</p> <p>Teenustasudes sisalduvat potentsiaali teenuste osutamise laiendamiseks ei ole täiel määral ära kasutatud.</p> <p>Teemad, mis on määratletud WHO väljaandes 2007a, eriti asjaolu, et rahastamine on killustatud:</p> <ul style="list-style-type: none"> riiklike rahvatervise strateegiate ja programmide vahel; vanglate tervishoiusüsteemi ja ülejäänud tervishoiusüsteemi vahel; teenusepakkujate vahel, kes on lepingulistes suhetes erinevate finantseerijatega.

Soovitused

8. Suuremad kohalikud omavalitsused peaksid kaaluma oma ressursside kasutamist HIV/AIDS-i valdkonna teenuste kaasrahastamiseks, näiteks nagu seda on tehtud Tallinnas.
9. Eesti Valitsus peaks üle vaatama HIV/AIDS-i valdkonna teenustega seotud lepingumehhanismid ning tagama, et need aitaksid kaasa Global Fund'i abirahadega rajatud heade tegevustavade ja kogemuse säilimisele ka edaspidi ning oleks asjakohased seotuna lepingu pikkuse ja üldiste tingimustega, et võimaldada strateegilisi hankeid.
10. SM ja TAI peaksid uurima võimalust, kuidas suuremal määral stiimulina ära kasutada teenustasudel põhinevaid maksemeetodeid HIV/AIDS-i vastase võitluse tõhustamisel.

Monitooring, hindamine ja kvaliteedi tagamise süsteemid

Süsteemide ja organisatsioonide suutlikkus

Eestil on olemas hästi dokumenteeritud süsteem riiklike HIV/AIDS-i valdkonna tegevuste monitooringuks ja hindamiseks (M&H) (Trummal ja Lõhmus, 2006). See sisaldab mitut elementi:

- Passiivne seire – uute HIV-nakkusjuhtude ja AIDS-i diagnooside registreerimine²⁷.
- Aktiivne seire – hõlmab bioloogilisi ja käitumuslikke uurimusi enim haavatavate elanikkonna gruppide seas (TAI, 2007f)²⁸.
- Tegelike tulemuste jälgimine võrdluses planeeritud tulemustega.
- Tegevuste hindamine (näiteks Drew. and Laukamm-Josten, 2006).

Süsteem põhineb erinevate tüüpide/tasandite indikaatoritel. Nende hulka kuuluvad:

- Mõju HIV-nakkuse levikutrendidele (esinemissagedus, levimus) ning HIV/AIDS-iga seotud suremusele.
- Tulemused, näiteks muutused käitumises.
- Protsessid, eelkõige nende inimeste hulk, kelleni teenused on jõudnud.

Trendid suutlikkuse arengus

Antud valdkonna suutlikkus on viimase nelja aasta jooksul tugevasti edasi arenenud. Suuresti on selle põhjuseks Global Fund'i tähelepanu keskendumine sellele valdkonnale ning ressursid, mis Global Fund'i abirahade raames M&H tarvis kasutada on olnud. Nende ressursside hulka on kuulunud ka vastava koolituse võimaldamine. Global Fund tegutseb tulemuspõhise rahastamise põhimõttel ning nõuab abiraha saajatelt kvantitatiivsete eesmärkide püstitamist ning tegevuse tulemuste jälgimist võrdluses nende eesmärkidega. Väljamaksed ning toetuse jätkumine sõltuvad sellest, millisel määral tegevuse tulemused kattuvad püstitatud eesmärkidega.

TAI on kasutanud lepinguid olulise monitooringuvahendina (TAI, 2007e). Lepingu dokumendid hõlmavad oodatud tulemusi, üksikasjalikke teenusekirjeldusi, aruandevormi näidist ning teenuste hindamise meetodi kirjeldust.

²⁷ Eestis langeb see vastutus Tervisekaitseinspeksioonile.

²⁸ Vastutus selle ning nimekirjas sisalduvate ülejäänud punktide eest langeb Tervise Arengu Instituudile.

Nende algatuste tulemusena on teenusepakkujad (näiteks MTÜ-d) märkimisväärselt suurendanud oma suutlikkust teostada nende poolt pakutavate teenuste elluviimise jälgimist.

M&H struktuurid

TAI on hiljuti rajanud uue seire ja hindamise osakonna, mille roll saab olema seotud kõigi rahvatervise valdkondadega²⁹. See on põnev uus areng. Lisaks on TAI-sse üle viidud SM-i tervisestatistika osakond.

Lüngad ja mittevajalikud meetmed

Praeguses riiklikus M&H süsteemis on mitmeid lünki ja mittevajalikke tegevusitegevusi. Nende hulka kuuluvad:

- Selguse puudumine selles, kuidas andmed koordineerivate üksusteni liiguvad. Vastavalt riiklikule HIV-i ja AIDS-i strateegiale (Eesti Vabariigi Valitsus, 2005b) vastutab TAI selle eest, et antud organisatsioonis tegutseks riiklik üksus HIV/AIDS-i valdkonna monitooringu, seire ja hindamisega. Tundub olevat selge, et TAI suudab ka edaspidi teostata nende tegevuste järelvalvet, mida ta ise rahastab. Samas on ebaselge, kuidas tegevuste monitooring hakkab toimuma nende tegevuste puhul, mida TAI enam ei rahasta. Hetkel ei ole selge, kuidas edaspidi andmed teenuseosutajatelt TAI-ni jõuavad ning millised stiimulid eksisteerivad³⁰ niisuguse aruandluse esitamise jaoks, kui rahastamine TAI kaudu ei toimu. Üks võimalus on kasutada ministeeriumite ja teenusepakkujate vahelisi lepinguid, mis määratleksid, et aruanne tuleb esitada nii kohasele ministeeriumile kui ka TAI-le. Selline lahendus võib olla küll lühiajaline ning arvatavasti kahjustab juba rajatud süsteemi kõige vähem, kuid see ei toeta ministeeriumite rolle jätkusuutlikul moel ega tundu olevat praktikasse rakendatud. Pikaajaline eesmärk oleks panna ministeeriumid koostama ja esitama TAI-le nende enda M&H kokkuvõtteid, mis keskenduvad väikesel arvule varem kokku lepitud indikaatoritele. Niisugust olukorda nähakse ette riiklikus strateegias³¹, mille kohaselt ministeeriumid ja maavalitsused esitavad TAI-le aruanded kaks korda aastas ning MTÜ-d üks kord aastas³² (Eesti Vabariigi Valitsus, 2005b).
- Piiratud hulgal ametlikke andmeid HIV-nakkuse levikuteede kohta. Mõningane teave on kättesaadav riiklikust referentslaboratooriumist³³, kuid see ei ole täielik³⁴ ning eraettevõttena on referentslaboratoorium kohustatud

²⁹ Selleks on SM-il olemas riiklikul tasandil strateegia. TAI vastutab aktiivse, uurimustel põhineva seire eest. Vastutus passiivse, juhtumipõhise seire eest lasub Tervisekaitseinspeksioonil.

³⁰ Võimalik stiimul oleks riiklike andmete kättesaadavus HIV valdkonna tegevuste kohta.

³¹ Strateegias jääb siiski puudu detaile selle kohta, kuidas antud süsteemi rakendada ja hallata.

Edastatud info kohaselt sisaldub taoline lähenemisviis TAI 2008. aasta tegevuskavas.

³² Tõtt öelda nõuavad valitsusega sõlmitud lepingud MTÜ-delt sageli tihedamat aruandlust. Näiteks TAI-ga lepingulistest suhetes olevalt MTÜ-lt nõutakse aruannet igakuiselt.

³³ Ametlike allikate kaudu, nagu näiteks Tervisekaitseinspeksioon. Täielikum teave on ära toodud Lääne-Tallinna Keskhaigla koduleheküljel.

³⁴ Nt see kogub informatsiooni pigem testimise põhjuse kui arvatava levikuviisi kohta.

Tervisekaitseinspeksioonile edastama vaid limiteeritud informatsiooni. Sotsiaalministeeriumile on tehtud ettepanek rajada elektrooniline, juhtumipõhine aruandlussüsteem³⁵, kus arstid esitaksid üksikasjaliku info Tervisekaitseinspeksioonile³⁶ sarnaselt teiste nakkushaigustega. Prognooside kohaselt oleks antud teed pidi informatsioon kätte saadav siiski alles peale 2009. aastat. Tundub, et uus süsteem ehitatakse üles nulltasandilt, selle asemel, et tugineda olemasolevale süsteemile riikliku referentslaboratooriumi kaudu.

- Paljude HIV/AIDS-i monitooringu, hindamise ja seirega seotud üksuste olemasolu Eestis. Nende hulka kuuluvad:
 - SM-i tervisestatistika osakond³⁷;
 - uus seire ja hindamise osakond TAI-s;
 - Eesti Uimastiseire Keskus³⁸;
 - Tervisekaitseinspeksioon;
 - Riiklik referentslaboratoorium;
 - uus projekt nimega „*Haiguste seire ja tervise valdkonna monitooringu süsteemi võimestamine Eestis*“. See paikneks Tartu Ülikoolis ning hõlmaks ka Tervise Arengu Instituuti ja Tervisekaitseinspeksiooni.

Intervjuude käigus selgitati, et kõigil üksustel on spetsiifiline vastutusala, kuid näib tõenäoline, et osasid neist funktsioonidest oleks võimalik efektiivselt kombineerida. Seetõttu oleks kasulik tekitada suurem arutelu ning valideerida erinevate üksuste asjakohaseid andmeid.

- Vajadus avalikult kättesaadava ja hõlpsasti loetava Eesti HIV/AIDS-i olukorra kokkuvõtte järele koos riikliku tegevuse põhielementidega.
- Limiteeritud tähelepanu kvaliteedi tagamisel mitmete teenuste osutamise juures. Lühidalt nõuab tõhus kvaliteedi tagamise süsteem järgmisi elemente:
 - Kokku lepitud kvaliteedistandardite kogum – Eestis on tehtud mõningaid edusamme püüdes lisada niisugused standardid lepingutesse. Kasulik oleks, kui neid standardeid rakendatakse üleriiklikult, mitte üksnes lepingupõhiselt.
 - Tegevuse inspekteerimis- või ülevaatesüsteem taoliste standardite suhtes. Selleks vajalike mehhanismide hulka võivad kuuluda uurimused, superviseerivad visiidid jms.
 - Konsultatsioonid klientidega, näiteks küsitluse abil. See võib osutada kasulikuks nii kvaliteedistandardite kehtestamisel kui ka hindamisel, millise ulatuseni neist on kinni peetud.

³⁵ Nimetatud registriks. SM teatab, et süsteem oleks täielikult töökorras 2010. aastaks.

³⁶ Vastavalt uuele teatise vormile.

³⁷ Praegu asub TAI-s.

³⁸ Asub TAI-s.

Tegevuse laiendamine

Kõige olulisemad arengud seire ja järelevalve süsteemis, mida Eesti HIV/AIDS ennetusprogrammil vaja läheks, oleksid järgmised:

- Kindlate mehhanismide sisseseadmine uute HIV-nakkuste määra ning nakatumisviisi tuvastamiseks.
- Riiklikul tasandil kokkulepped, millise meetodiga tagatakse kõige kõrgema sotsiaalse riskiga elanikkonna kaetus ennetusprogrammidega³⁹.

Tugevad ja nõrgad küljed

Tabel 4 võtab lühidalt kokku monitooringu, hindamise ja kvaliteedi tagamisega seotud süsteemide tugevad ja nõrgad küljed.

Tabel 4: Monitooring, hindamise ja kvaliteedi tagamise süsteemid: tugevad ja nõrgad küljed.

Tugevused	Nõrkused
Laiihaardeline seiresüsteem, mis sisaldab nii passiivseid kui aktiivseid elemente.	Selguse puudumine andmete kogunemisest koordineerivasse üksusesse, näiteks ministeeriumitelt ja tegevuste elluviijatelt.
Tugev kvantitatiivne teenuste monitooring, kus võrreldakse tegelikke tulemusi planeeritutega.	Piiratud ametlikud andmed HIV-nakkuse levikuteede kohta.
Tegevuse tulemusi jälgib nii välishindamine kui siseaudit ⁴⁰ .	HIV/AIDS-i monitooringu ja hindamisega on Eestis seotud palju erinevaid tegijaid. Ebaselge on selle põhjendus ning osalejate täpsed rollid.
Global Fund'i abiraha kasutati riiklike HIV/AIDS-iga M&H süsteemide tugevdamiseks.	Vajadus avalikult kättesaadava ja hõlpsasti loetava HIV/AIDS-i olukorra ja vastulööki tutvustava kokkuvõtte järele.
TAI on kasutanud lepinguid M&H tööriistana.	Eestis teostatud uurimuste tulemuste limiteeritud kasutamine.
TAI on rajanud uue seire ja hindamise osakonna seotuna kõigi rahvatervise valdkondadega.	Osade teenuste puhul (nagu ARV ravi ja opioid-asendusravi) puudub kvaliteedi tagamise süsteem.
	Andmete kvaliteedi tagamise süsteem võiks olla tugevam, näiteks anonüümselt pakutavate teenuste kohta ⁴¹ .

³⁹ Seda teemat on üksikasjalikumalt käsitletud osades, mis seostuvad konkreetsete teenuste ja konkreetsete elanikkonna allrühmadega (vt lk 32, 36, 37, 39 ja 41). Neis osades vaadatakse üle rahvusvahelised juhtnöörid selle kohta, kuidas erinevate teenuste katvust mõõta. Samuti on tehtud ettepanek, et kõik osapooled peaksid need juhtnöörid üle vaatama ning otsustama, kuidas nad kavatsesid mõõta nende teenuste katvust konkreetsete sihtrühmade seas.

⁴⁰ Näiteks SM-i siseaudit, mis viidi läbi käesoleva hindamisega samal ajal.

⁴¹ See probleem ei ole omane üksnes Eestile, vaid on olnud üldine teema kõikides Global Fund'i toetatud programmides. Global Fund ja teised agentuurid on hiljuti välja töötanud vahendi andmete kvaliteedi tagamiseks. Sellel on kaks versiooni: üks, mida saavad kasutada organisatsiooni välised audiitorid ja teine, mida saavad kasutada riiklike programmide juhid (Global Fund jt., 2007). See töövahend võib Eestis kasulikuks osutada ka praegu, mil Global Fund'i abirahad on lõppenud.

Soovitused

11. Tuleks teha ülevaade HIV/AIDS-i monitooringus ja hindamises osalevate asutuste kohta Eestis, mis võimaldaks hinnata, kas nii paljud asutused on vajalikud ja annavad tegevustele lisaäärtust. Kaaluda tuleks ka seda, millised on nende üksuste rollid ja kuidas koordineerida nende tegevust ja andmeid.
12. HIV/AIDS-i tegevuste monitooringu valdkonnas on vajalik kokku leppida ja rakendada andmete liikumise süsteem. See peaks katma kõiki kokku lepitud indikaatoreid ning põhinema riiklikus strateegias visandatud süsteemil ja Global Fund'i programmi rakendamisest saadud kogemustel.
13. Tuleb rajada süsteem, mis võimaldab Eestil HIV-nakkuse levikuteid analüüsida ning raporteerida. Plaan rajada selleks uus süsteem, mille kaudu arstid raporteerivad Tervisekaitseinspeksioonile, ei paku ilmselt vajalikke andmeid lähitulevikus. SM peaks kaaluma alternatiivseid lähenemisviise, vähemalt lühiajalises plaanis, nagu mehhanismi rajamine praegu riikliku referentslaboratooriumi poolt kogutavate andmete ametlikuks kasutamiseks.

Tervishoiusüsteemid ja teenused HIV-i ja AIDS-iga elavatele inimestele

Süsteemide ja organisatsioonide suutlikkus

Eesti tervishoiusüsteemi üldine suutlikkus on hästi dokumenteeritud (näiteks Jesse jt., 2004). 1990-ndate aastate jooksul läbis Eesti tervishoiusüsteem rea reforme. Need algasid tähelepanu koondamisega tervishoiu rahastamise kindlustamisele ja jätkusuutlikkusele, tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamisele ning patsientide valiku avardamisele, ning lõppesid tähelepanu koondamisega tervishoiusüsteemi üldise tõhususe parandamisele. Teenuseid rahastatakse kohustusliku sotsiaalkindlustuse maksu osana laekuvast ravikindlustusmaksust Eesti Haigekassa vahendusel. Samas on 5,6% elanikkonnast ravikindlustuseta ning võivad saada üksnes riigi poolt rahastatavaid vältimatu ja erakorralise arstiabi teenuseid. Täiendavaid teenuseid pakutakse eriprogrammide kaudu (näiteks tuberkuloosi ja HIV-i jaoks). Nende programmide raames pakutavad teenused on harilikult kättesaadavad kõigile, olenemata kindlustusest.

Reageerimist HIV-epideemia tagajärgedele on viimasel ajal peetud üheks suuremaks tervishoiusüsteemi ees seisvaks väljakutseks. Mitmed probleemid seostuvad tõsiasjaga, et enamik praeguseni Eestis HIV-nakkuse saanud inimestest on süstivad narkomaanid. Sageli ei ole neil ravikindlustust ning nad vajavad mitmesuguseid teenuseid, näiteks ARV ravi, tuberkuloosi- ja STLI ravi ning opioid-asendusravi, mida pakutakse endiselt isoleeritud moel, erinevate organisatsioonide poolt ja eri kohtades⁴² (vt Tabel 5 ja Tekstikast 1).

Tabel 5: HIV-nakkusega seotud teenuste osutajad Eestis.

Teenus	Osutaja(d)
Esmased testimis- ja nõustamisteenused	MTÜ-d, vanglad, verekeskused, perearstid, ambulatoorsete patsientide eriarstid ja haiglad
Üldised tervishoiuteenused HIV/AIDS-iga elavatele inimestele (ambulatoorsed)	Perearstid, dermatoveneroloogid ja teised eriarstid
HIV/AIDS-iga elavate inimeste seisundi monitooring	Infektsionistid viies Eesti linnas
Tervishoiuteenused HIV/AIDS-iga elavatele inimestele (statsionaarsed)	Neli haiglat, kus on olemas nakkushaiguste osakond
Narkoraviteenused, näiteks opioid-asendusravi	Psühhiaatrid ⁴³
Hooldusravi	Hooldushaiglad ja koduõed
Sotsiaalhooldus ja kogukondlikud teenused	MTÜ-d

⁴² Samas on tõdetud, et mõned neist väljakutsetest ei ole eriomased SN-idele ja/või HIV/AIDS-ile. Näiteks on teada, et samasugused probleemid mõjutavad ka Eesti tervishoiu muid aspekte, näiteks vaimset tervist.

⁴³ Kuigi "narkoloog" elukutset Eestis enam ei ole, koolitati paljud Eestis opioid-asendusravi pakkuvad psühhiaatrid algupäraselt (endise Nõukogude süsteemi ajal) just narkoloogideks. Sellel koolitusel oli teistsugune, enam karistav lähenemine narkoravile, kui nüüdisaegse uimastisõltuvuse ravi korral. Siiski on need psühhiaatrid pärast Eesti iseseisvumist läbinud täiendkoolituse kaasaegses psühhiaatrias.

Tekstikast 1: Takistused tervishoiuteenuste kättesaadavuses: uimastikasutaja vaatenurk

2007. aasta detsembris tekkisid Sergeil¹, umbes 25-aastaselt HIV-positiivsel opiaatide tarvitajal, epileptilised krampid. Ta oli niisuguse uue tervisehäire ilmnemise tõttu äärmiselt hirmunud, sest ei taibanud, mis toimus. Kuna kõik HIV-positiivsed inimesed peavad kõikide üldiste tervisehäirete puhul ravi saama nakkushaiguste haiglas, läks Sergei infektsionisti vastuvõtule. Esmase läbivaatuse ajal öeldi talle, et haigla osutab talle raviteenust üksnes siis, kui ta toob kaasa isikliku epilepsia vastase ravimi. Sergeil tuli pääseda neuroloogi vastuvõtule, milleks tal tuli end ootenimekirja panna. Lisaks pidi ta minema sotsiaalhoolekandesse, et saada kiri, mis tagaks tema ravimiga seotud kulutuste katmise kohaliku omavalitsuse poolt.

Pärast neuroloogi konsultatsiooni antud vajalikke ravimeid siiski otse Sergeile. Talle öeldi, et neuroloog pidi kirjutama soovituskirja Sergei perearstile, et perearst ravimi talle välja kirjutaks. Pärast soovituskirja ärasaatmist läks Sergei oma perearsti juurde, kes neuroloogi poolt soovitatud ravimid välja kirjutas. Pärast ravimi kättesaamist ei saanud ta siiski otse nakkushaiglasse minna. Enne tuli tal uuesti kohtuda sama infektsionistiga, kes pidi ta haiglasse suunama. Kuna infektsionist võtab patsiente vastu ainult kord nädalas, oli Sergeil raskusi tema vastuvõtule pääsemisega. Ajal, kui ta hindamismeeskonnaga vestles, polnud protsess ikka veel lõppenud, ning Sergei ootas, millal ta infektsionisti juurde pääseb ja lõpuks haiglasse saab minna. Ta mõõnis, et kogu protsess oli temalt palju energiat võtnud ning ta pidas kõik vajalikud sammud vastu üksnes seetõttu, et tema seisund oli nii hirmutav.

¹ Nimi on anonüümsuse tagamiseks muudetud.

Lisaks eksisteerib rida valdkondi, kus suutlikkus tundub olevat piiratud. Näiteks:

- Narvas asuv haigla teatas, et ARV ravi osutamiseks töötavad nad personali osas maksimaalsemaksimaalse võimsusega, mille tõttu nad ei ole huvitatud tuvastama rohkem ravi vajavaid inimesi.
- Mõnes haiglas napib tugiteenuseid. Narvas intervjuueeritud arstid teatasid, et haiglal oleks tarvis psühholoogi, kuid haigla juhtkond on psühholoogi kohalemääramisest keeldunud. Sellel otsusel ei tundu olevat ühtki selget põhjendust⁴⁴ ning puudub süsteem, mille alusel selliseid taotlusi esitada.
- HIV-iga elavatele inimestele sotsiaalteenuste osutamise alane suutlikkus on tunduvalt madalam kui tervishoiuteenuste osas. Näiteks informeeriti, et Narvas tegutseb ainult üks sotsiaaltöötaja⁴⁵. Enamik HIV-iga elavatele inimestele suunatud sotsiaalteenuseid pakutakse MTÜ-de poolt, kelle side tervishoiuteenuste osutajatega on nõrk või puudub täiesti. Tervishoiutöötajad kalduvad käsitlema sotsiaalprobleeme kui teemat, mis neisse ei puutu, ning helistavad sotsiaaltöötajatele/MTÜ-dele ainult siis, kui probleem on väga tõsine. Muret konfidentsiaalsuse üle märgitakse tervishoiutöötajate poolt ühe põhjusena, miks MTÜ-sid rohkem ei kaasata.

⁴⁴ Üks võimalik põhjus on, et taolise ametikoha määramist nähakse lisakulutusena. Haigekassal on tegelikult olemas tervishoiuteenus psühholoogi teenuste eest tasumiseks. Seega esindaks niisugune ametikoht ka veel ühte potentsiaalset tuluallikat haiglale.

⁴⁵ Antud näitaja andis hindamismeeskonnale teada Narva haigla personal. See tundub olevat vastuolus ametlike näitajatega, mille kohaselt tegutseb Narvas kaheksa "spetsialisti". Erinevuse põhjus neis näitajates on ebaselge. Üks võimalik selgitus on, et Narva haigla jaoks ongi ette nähtud vaid üks sotsiaaltöötaja.

Lüngad ja mittevajalikud meetmed

Kõige suurem on vajadus teenuste parema integreerituse järele ning seda küsimust on üksikasjalikult käsitletud käesoleva raporti teistes osades (vt lk 46).

Lisaks võimaldaks rohkemate sotsiaaltöötajate ja meditsiiniõdede kaasamine nihutada ülesandeid arstidelt õdedele ning õdedelt sotsiaaltöötajatele. Teatud ulatuses see nii ka on, näiteks ARV ravi saavad patsiendid suhtlevad peale esmavisiite enamasti õega ning arstiga kohtutakse üksnes spetsiifiliste küsimuste arutamiseks. Sellist praktikat võiks rakendada rohkem. Potentsiaalsed tõkked seejuures on muuhulgas Eesti Haigekassa poolt kasutatavad regulatsioonid⁴⁶ ning hinnakujundussüsteem⁴⁷.

SN-id märgivad, et meditsiinipersonali stigmatiseeriva suhtumise ja diskrimineeriva käitumise tõttu suhtuvad nad tervishoiuasutuse külastussekülastusse suure vastumeelsusega. Rohkem võiks kasutada vabatahtlikke, kes SN-e teenuste saamisel saavad – seda eriti noorte süstijate puhul. Teenustel ja teenusepakkujatel tuleb kohaneda klientide vajadusega nii, et neid nähtaks rohkem “kasutajasõbralikena” ja vähem kriitilisi hinnanguid andvatena.

Haaratus ja takistused kättesaadavusele

Aastal 2002, kui Eesti esitas taotluse Global Fund'ile, sai Eestis ARV ravi 44 inimest (CCM, 2002). Global Fund'ile septembris 2007. aastal esitatud aruandest selgub, et see arv on tõusnud 679-ni (TAI, 2003-7). Märkimisväärseks edusammuks oli Global Fund'i ressursside kasutamine nende inimeste tervise jälgimiseks (sh ARV ravi), kellel pole ravikindlustust.

Püstitatud eesmärgid ei ole siiski täies ulatuses täidetud, kuna paljud teenust vajavad inimesed seda praegu ei saa. Enamik neist on aktiivsed süstivad narkomaanid. Lisaks jõuavad need, kes teenust saada tulevad, sageli kohale hilja, mil haigus on juba kaugele arenenud. Näiteks teatas üks haigla, et enam kui kolmandikul patsientidel (38%) kujunes AIDS välja aasta jooksul pärast HIV-positiivsuse tuvastamist. Teise haigla sõnul käis korralisel arstlikul läbivaatusel kõigest 20% HIV-positiivsetest patsientidest. Miks see nii on, selles suhtes üksmeelne seisukoht puudub. Tervishoiutöötajad süüdistavad suurel määral narkomaane endid, et nad oma tervise eest ei hoolitse, samal ajal kui narkomaanid ja nende eestkostjad näevad probleemi teenuste osutamises⁴⁸. Stigma ja diskrimineerimine SN-ide suhtes tundub jätkuvalt olevat põhiline faktor, mis seostub hoolekande ja ravi teenuste ebapiisava

⁴⁶ Mis võivad täpsustada, et pigem peab teatud tegevust teostama teatud kategooria tervishoiutöötaja, kui pädevuse omaja.

⁴⁷ Näiteks ei ole haiglatel hinnakirja meditsiiniõe visiidi eest.

⁴⁸ Mõned neist probleemidest hõlmavad vajalike teenuste pakkumist mitmete pakkujate poolt erinevates asukohtades ning kulutusi, aega ja energiat, mida nende teenuste kättesaamiseks tarvis läheb (vt Tekstikast 1). Potentsiaalsed kliendid tunnevad samuti muret ARV ravi kättesaadavuse jätkusuutlikkuse üle nüüd, kui Global Fund'i toetus on lõppenud ning edaspidi finantseeritakse ravi üksnes riiklikust eelarvest.

kättesaadavuse probleemiga.⁴⁹ Hiljutine aruanne HIV-iga elavate inimeste seas läbi viidud kvalitatiivsest uuringust tõendas, et “*stigma meditsiinikeskkonnas mõjutab hooldusstandardeid, kaasa arvatud juhtudel, kus ravist keelduti, seda osutati hoolimatult või viidi läbi konfidentsiaalsusnõuet järgimata.*” Sama raport paljastas suuremaid probleeme üldistele tervisteenustele juurdepääsu osas, kui spetsiifiliselt HIV-iga elavate inimestega seostuvate teenuste puhul, ning tuvastas meditsiiniõdede ja vastuvõtutöötajate suhtumises tõsisemaid probleeme, kui arstide suhtumises (UNDP, 2007).

Sellegipoolest ei ole ikka veel üksmeelt selle suhtes, kuidas läheneda HIV-iga elavate inimeste hilise tervishoiusüsteemi ilmumise probleemile. Meditsiinipersonal ettepanek on viia kõikide tervishoiuteenuste kasutajate seas läbi teenusepakkuja algatatud testimine, mis põhineb Haiguste Kontrolli Keskuse (CDC) juhtnööridel, eesmärgiga avastada HIV-nakkuse kandjaid varem⁵⁰. Tegelikult tooks see kaasa suurel hulgal negatiivseid testivastuseid ega pruugiks suurendada varaste diagnooside arvu juhul, kui SN-id on oma HIV-i nakatumisest juba teadlikud⁵¹, kuid eelistavad kuni tõsise haigestumiseni raviteenuseid vältida (vt Tekstikast 1). Teine võimalus oleks julgustada varasemat raviteenuste kasutamist vähendades stigmatiseerivat suhtumist ning diskrimineerivat käitumist tervishoiuteenuste osutajate seas. Samaaegselt peaks parandama teenuste konfidentsiaalsust, soodustama sekkumistegevuste omavahelist integreeritust ja ühendatust ning tõhustama väljatöö alast lähenemist, eneseabirühmade tööd jms. Näiteks tihedam side haiglate ja HIV-iga elavate inimeste eneseabirühmade vahel võiks soodustada suuremat usaldust tervishoiuteenuse ja haavatavate kogukondade vahel, mis võib tulemuseks anda olukorra, kus inimesed otsivad tervishoiuteenuseid juba varem.

Lisaks avaldab ARV ravi tõusev hind juba praegu survet Eesti riigieelarvele. See surve suureneb veelgi lähitulevikus, kui ravi hakkab saama rohkem inimesi ning kui ARV ravimite ühikuhinda ei õnnestu vähendada.

Teemasid, mis on seotud ARV ravi teostamisega vanglates ja arestimajades, on käsitletud tagapool (lk 43).

Tegevuse laiendamine

Paremini integreeritud teenuste puudumisel võib teenuste tarbimise määra tõsta juhtumikorralduse süsteem, kuid see tuleb esmalt täielikult välja kujundada. Saadud

⁴⁹ Näiteks teatati ühel intervjuul, et kohaliku infektsionisti negatiivse hoiaku tõttu eelistaksid SN-id pigem sõita mõnda teise linna teenust saama.

⁵⁰ Sellesuunalisi muutusi on juba ilmnenud. Igal aastal HIV-analüüse andvate inimeste arv on tõusnud 84,633-lt (2000. aasta) 119,296-ni (2003), kuid 2004-2006 püsinud stabiilselt 120,000 ringis (Rüütel & Lõhmus 2007). Siis käivitati mitmeid algatusi analüüside andmise suurendamiseks, eriti tervishoiuasutustes. Selle tulemusena on analüüside andmise skeem nihkunud anonüümsetelt kabinettidelt haiglatele või esmatasandi arstidele. 2007. aastal tehtud HIV-analüüside arv tõusis märkimisväärselt 184,075-ni. Eksisteerivad mõningad mured testile eelneva ja järgneva nõustamise adekvaatsuse osas taoliste skeemide korral.

⁵¹ 2005. aasta küsitluse andmetest ilmneb, et rohkem kui 2/3 (68%) SN-idest on eelneva 12 kuu jooksul teinud HIV-testi. See tundub tõendavat, et peamine takistus ei ole juurdepääs HIV-testimisele, vaid see, et analüüsi andnud uimastisüstijad, kes osutuvad HIV-positiivseks, ei kipu meditsiiniteenuseid kasutama enne, kui nad on juba tõsiselt haiged.

informatsioonist nähtub, et süsteemi toimimise osas esinevad suured lahkavused. MTÜ-d, eriti HIV-iga elavate inimeste ühendused, eelistaksid näha omasuguste kaasamisega seotud lähenemisi, kus juhtumikorraldajatenä tegutseksid HIV-iga elavad inimesed. TAI on välja töötanud juhtumikorralduse kontseptsiooni, mis hõlmab üksteisega koostööd tegevaid professionaale, kellest üks tegutseb juhtumikorraldajana.

Teenuste kvaliteet

Sõltumatud teenuste kvaliteedi tagamise skeemid on ebatäielikud või pole veel välja töötatud. Pakutavate teenuste kvaliteedi tõstmiseks tuleb C-hepatiidi esilekerkimist käsitleda tõsise rahvastiku tervist ohustava teemana. Praegu ravitakse C-hepatiiti üksnes siis, kui patsiendil on olemas ravikindlustus. See on problemaatiline, sest enamik C-hepatiidi juhtumeid ilmneb SN-ide seas ning suurem osa SN-idest ei ole ravikindlustusega kaetud (Uusküla jt., kuupäevata).

Lisaks ei ole praegu olemas süsteemi HI-viiruse ravimiresistentsuse ennetamiseks ja monitooringuks. See nõuaks suurema tähelepanu pööramist varastele hoiatavatele märkidele jälgides näiteks järgmisi indikaatoreid:

- Retseptiravimite väljastamise tava, näiteks nende osakaal, kes saavad standardset esmase või teisese liini ravimeid.
- Patsiendid, kes on ravi pooleli jätnud 12 kuud pärast ARV ravi algust.
- Patsiendid, kes saavad 12 kuud pärast ARV ravi algust endiselt esmase liini ravimeid.
- Patsientide osakaal, kes võtavad õigel ajal välja kõik neile kirjutatud ARV ravimid.
- Patsientide osakaal, kes peavad kokkulepitud visiidi aegadest kinni.
- Tablettide arvestus/tabletiravist kinnipidamine.
- Ravimitega varustamise järjepidevus ja ravimi lõppemise vältimine.

WHO soovib moodustada HI-viiruse ravimiresistentsusega tegeleva riikliku komitee või töörühma. See võiks haarata SM-i ametnikke ja eksperte, kes vastutavad HIV-järelevalve, HIV-alase hoolduse ja ravi ning HIV ravimiresistentsust tuvastava laboratooriumi eest. Spetsiifilised tegevuspunktid selle töörühma jaoks on esitatud Lisas 4.

Tugevad ja nõrgad küljed

Tabel 6 võtab lühidalt kokku HIV-iga elavatele inimestele suunatud tervishoiusüsteemide ja teenuste tugevad ja nõrgad küljed.

Tabel 6: Tervishoiusüsteemid ja teenused HIV-iga elavate inimeste jaoks: tugevad ja nõrgad küljed.

Tugevused	Nõrkused
Toimiv riiklik ravikindlustus, mis katab 94-95% elanikkonnast.	Enamikul SN-idest ⁵² ei ole ravikindlustust. Terviseteenused, mida pakuvad paljud

⁵² Kaasa arvatud need, kes kuuluvad venekeelse elanikkonna hulka.

Tugevused	Nõrkused
<p>Üksikuid teenuseid pakutakse ka kindlustamata inimestele, k.a. riiklike programmide kaudu (näiteks tuberkuloosi ja HIV-ga seonduvaid).</p> <p>HIV on tunnustatud tervishoiusüsteemi ees seisvaks suuremahuliseks väljakutseks.</p> <p>ARV ravi saavate inimeste arv on viimase viie aasta jooksul tõusnud 44-lt 679-le.</p>	<p>erinevates kohtades paiknevad teenuseosutajad, on SN-idele raskesti kättesaadavad.</p> <p>SN-ide ja HIV-iga elavate inimeste stigmatiseerimine ning diskrimineerimine on terviseteenuste osutajate seas laialt levinud.</p> <p>Paljud HIV-iga elavad inimesed jõuavad tervishoiuteenusteni hilja.</p> <p>Sotsiaalteenuste kättesaadavus on piiratud ning need ei ole tervishoiuteenustega tulemuslikult integreeritud.</p> <p>Juhtumikorralduse süsteem ei ole veel täielikult välja töötatud.</p> <p>ARV ravimite kõrge maksumus avaldab survet HIV-nakkusega võitlemise eelarvele.</p> <p>C-hepatiidi ravi ei ole ravikindlustuseta inimestele kättesaadav.</p> <p>Ravimiresistentsuse ilmnemise monitooringu süsteem ei ole veel välja töötatud.</p>

Soovitused

14. Suur vajadus on tegeleda stigmatiseerimise ja diskrimineerimisega, mida SN-id ja HIV-iga elavad inimesed kogevad tervishoiuteenuste osutajate poolt. Selle tulemusel tekkiv vastumeelsus tervishoiuteenuste suhtes on peamine põhjus, miks SN-id ja HIV-iga elavad inimesed nii hilja tervishoiusüsteemi poole pöörduvad.
15. Ideaaljuhul peaks tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutama senisest integreeritumal moel, näiteks nii, et SN-id ja HIV-iga elavad inimesed pääseksid teenusele juurde kiiresti ja mugavas asukohas. Juhul, kui seda ei õnnestu saavutada, saaks juhtumikorralduse süsteemi juurutamine parandada juurdepääsu teenustele.
16. Eesti Vabariigi Valitsus peaks uurima võimalusi C-hepatiidi ravi kättesaadavaks muutmiseks ka ravikindlustamata inimestele.
17. SM peaks rajama süsteemi ARV ravimiresistentsuse monitooringuks.

Teenused noortele

Haaratus

Rida HIV-enetusteenuseid pakuti Global Fund'i rahastuse abil, kaasa arvatud täiskasvanute poolt teostatud koolitused ja nn noored-noortele koolitused. Mõlemat tüüpi programmides oli 2007. aasta septembris planeeritud eesmärged ületatud. Täiskasvanute poolt läbi viidud koolitustes osales kokku 88,472 inimest ning noored-noortele suunatud tegevustes 28,071 inimest. Kolmele HIV-i käsitlevale küsimusele õigesti vastanud 15–24 aastaste noorte osakaal tõusis 53%-lt (2003) 82%-le (2007)⁵³, kuid järjepidev kondoomi kasutamine juhupartneritega viimase 12 kuu jooksul muutus vähe⁵⁴: 46%-lt (2003) 50%-le (2007).

Programmi katvuse kohta on nende näitajate puhul raske midagi öelda. Noored on mitmekesine inimrühm Eestis ning noorte risk HI-viirusega nakatuda on äärmiselt varieeruv. Need, kes narkootikumide ei süsti ega ole seksuaalvahekorras inimestega, kes on narkootikumide süstinud, kuuluvad väga madala riskiga rühma. Nende puhul, kes süstivad narkootikumide või on seksuaalsuhtes seda teinud inimesega, on risk tõsine. Neid kahte rühma ei ole teenustega haaratuse arvutamisel kohane omavahel segada. Kuna noored on väga heterogeenne inimrühm, ei ole nende puhul otstarbekas rääkida teenustega haaratusest.

Probleemid haaratuse saavutamiseks

Peamine praegune probleem seostub vastutuse üleminekuga Global Fund'ilt ja TAI-lt Teadus- ja Haridusministeeriumile. Ministeerium jätkab noored-noortele tegevuste toetamist, kuid on otsustatud, et täiskasvanute poolt läbi viidud HIV-alaseid koolitusi koolides ei jätkata ning vajalikud tunnid lisatakse õppekavasse. Niisugune lähenemine on arvatavasti asjakohane võttes arvesse vajadust taolise hariduse järjepidevuse ja süsteemsuse järele. Praegu on olukord siiski problemaatiline, sest uus kõnealust materjali sisaldav õppekava ei ole veel kättesaadav. Võimalik, et läheb tarvis teatud laadi üleminekumeetmeid, kuid nende korraldamine peaks kuuluma Haridus- ja Teadusministeeriumi või maakondade haridusosakondade vastutusalasse. TAI peaks loobuma kiusatusest sellesse valdkonda otseselt sekkuda.

⁵³ Kuna esitatud küsimusi osaliselt muudeti, ei ole need näitajad otseselt võrreldavad.

⁵⁴ Vastavalt raporteeritule ei ole see muutus statistiliselt oluline.

Soovitused

18. Haridus- ja Teadusministeerium peaks uue õppekava sisse viima nii kiiresti kui võimalik ning süstematiseerima HIV/AIDS-i teemalist õpet.
19. Vahepealsel ajal peaks Haridus- ja Teadusministeerium kaaluma lepingute sõlmimist MTÜ-de ja teiste teenuseosutajatega, et jätkata noortele AIDS-i alase hariduse andmist, kuni uus õppekava on efektiivselt toimima pandud. TAI ja SM-i peaksid seda protsessi propageerima, kuid nad ei tohiks asuda teenuseid ise rahastama, kuna see võib edasi lükata Haridus- ja Teadusministeeriumi poolset liidrirolli võtmist antud valdkonnas.

Teenused prostitutsiooni kaasatutele

Haaratus

Üks Global Fund'i abiraha eesmärk oli laiendada prostitutsiooni kaasatutele suunatud HIV-ennetusteenuseid. See toimus suurel määral AIDS-i Tugikeskuse/Elulootuse poolt osutatud teenuste toetamise kaudu. Vabatahtliku nõustamise ja testimise teenust oli 2007. aasta septembri seisuga saanud 1,357 prostitutsiooni kaasatud naist (TAI, 2003-7), mis ületas planeeritud tulemuse. Paraku on selle näitaja põhjal katvust raske hinnata, sest:

- see ei kata kõiki pakutud teenuseid;
- on ebaselge, millist ühisnimetajat tuleks kasutada. Näiteks, kas see peaks olema prostitutsiooni kaasatute arv terves Eestis või üksnes Tallinnas? Kas see peaks olema praegune arv või koguarv selle perioodi kohta, mille jooksul näitajaid nõustamise ja testimise kohta koguti?

Hiljutine uurimus 227 Tallinna prostitutsiooni kaasatud naise seas (Trummal, 2007b) andis seoses programmi poolse haaratusega järgmised tulemused⁵⁵: raporteeritud kondoomikasutamise määr oli kõrge – peaaegu kõik (94%) vastajad märkisid, et kasutasid viimati vahekorra ajal kliendiga kondoomi; üle kolmveerandi (78%) ütlesid, et kasutavad vaginaal- või anaalseksi ajal alati kondoomi; oraalseksi ajal kondoomi kasutajate määr oli väiksem (51%). Enamik prostitutsiooni kaasatud märkis, et ostavad kondoomi kauplusest (58%) või apteegist (47%). Suhteliselt vähe (8%) oli neid, kes oma sõnul olid kondoomi saanud AIDS-i Tugikeskusest.

Sellegipoolest on ebaselge, kui täpne nii kõrge kondoomikasutuse hinnang on, sest üle kolmandiku prostitutsiooni kaasatutest (36%) märkisid, et viimase nelja nädala jooksul on neil ilmnenud STLI sümptomeid. Kõige sagedamini (40%) said vastajad oma sõnul selle vastu abi apteegist. Samas ei öelnud ükski prostitutsiooni kaasatu, et sai STLI ravi Elulootusest⁵⁶ ning ainult 13% prostitutsiooni kaasatutest olid kunagi külastanud AIDS-i Tugikeskust⁵⁷.

Peaaegu kolm neljandikku (71%) prostitutsiooni kaasatutest oli ennast viimase 12 kuu jooksul STLI-de suhtes testinud ja üle poole (57%) oli sama perioodi jooksul testinud HIV-nakkuse suhtes. Neist, keda STLI-de ja HIV-nakkuse tuvastamiseks testiti, andis enamik analüüsi tervishoiusüsteemi kaudu (vastavalt 78% ja 62%). Teised käisid AIDS-i Nõustamiskabinettides (12% ja 22%) või AIDS-i Tugikeskuses (5,5% ja 11%).

Sellest uurimusest ilmneb, et apteegid, tervishoiutöötajad ja AIDS-i Nõustamiskabinetid on märkimisväärsed teenusepakkujad prostitutsiooni kaasatutele. Teenustega haaratus AIDS-i Tugikeskuse kaudu tundub olevat

⁵⁵ See oli juhuvalim, kuna uuritava poolt juhitud kaasamise meetodi (*respondent driven sampling*) rakendamine osutus probleemseks. Järelikult eiei pruugi valim olla esinduslik kõigi Tallinna prostitutsiooni ksaasatute suhtes.

⁵⁶ Samas on võimalik, et mõned prostitutsiooni kaasatud said Elulootusest ravi, kuid paigutasid selle ankeedile vastates mõne teise kategooria alla (nt. dermatoveneroloog).

⁵⁷ Asub Elulootusega ühes kohas.

suhteliselt piiratud⁵⁸. Väljaspool Tallinna asuvaid teenuseid see uurimus ei käsitlenud, kuid tõenäoliselt on need veelgi piiratumad⁵⁹. SN-idele teenuste pakkuja Narvas väljendas vajadust prostitutsiooni kaasatutele suunatud HIV-nakkusega seotud teenuste järele selles linnas.

Probleemid haaratuse saavutamise

Peamine probleem prostitutsiooni kaasatutele suunatud tegevustega seisneb selles, et need on geograafiliselt piiratud. Ideaalne oleks laiendada teenuseid peale Tallinna ka teistesse linnadesse, näiteks Narva, Tartusse ja Pärnusse.

Teenuste kvaliteet

Praegu ei ole nende teenuste jaoks olemas kvaliteedi tagamise süsteemi (vt lk 26), kuigi TAI lisas teenusekirjeldused lepingutesse kõikide teenuste puhul.

Soovitused

20.TAI peaks püüdma sisse seada teenused ka väljaspool Tallinna asuvatele prostitutsiooni kaasatud isikutele.

⁵⁸ Keskus on selle vaidlustanud, kuid nad keelduvad oma teenuseid reklaamimast, kuna kardavad kardavad liiga suurt abivajajate tulva. See näitab, et katvust oleks võimalik oluliselt laiendada.

⁵⁹ Lisaks tähendab näidete olemus, et uurimus ei pruugi esindada kõiki Tallinnas tegutsevaid seksuaaltöötajaid (vt joonealune märkus 55, lk 36).

Teenused meestega seksivatele meestele

Haaratus

Üks Global Fund'i programmi eesmärk oli laiendada HIV-ennetusteenuseid MSM-le. See toimus peamiselt teenuste osutamise toetamise abil MTÜ Teistmoodi⁶⁰ kaudu, kaasa arvatud Gei ja Lesbi Infokeskuse rajamine Tallinnas. Keskusega oli 2007. aasta septembriks külastuste, telefonikõnede ja e-kirjade vormis kontakteerunud kokku 17,770 korda⁶¹.

Hiljutisse MSM-ide uurimusse (Trummal jt., 2007) püüti kaasata kuni 400 osalejat., kuid värvata õnnestus vaid 59. Üks väikest valimit mõjutanud faktoritest oli MSM-ide majanduslik aktiivsus ning sellest tulenev hea juurdepääs tervishoiuteenustele, nagu testimisele STLI-de ja HIV-i suhtes⁶². Uurimuse kaudu saadi mõningaid andmeid seoses programmi haaratusega. Vastajate poolne kondoomi kasutamine esimese seksuaalvahekorra ajal oli madal (20%). Pidev kondoomi kasutamine püsipartneriga oli samuti madal (20%), juhupartnerite osas mainiti kõrgemat kondoomi kasutamise määra (42%). Kondoomi kasutamise tase viimase vahekorra ajal oli kõrgem: 36% püsipartneri ja 84% juhupartneri korral. Veidi alla veerandi vastanutest (23%) said kondome geiklubidest ja saunadest, mida varustab Gei ja Lesbi Infokeskus. Väiksem hulk (12%) oli keskust ise külastanud.

Tundub, et MSM-idel on HIV-ga seotud teenustele (kondoomid, STLI-de ravi ja HIV testimine) mõistlikul tasemel juurdepääs, kuid paljud neist teenustest ei ole spetsiaalselt MSM-idele suunatud. Praegu sellele sihtrühmale väljaspool Tallinna eraldi teenuseid ei pakuta. Gei ja Lesbi Infokeskusel on tugev soov alustada samasuguse teenusega ka Tartus.

Probleemid haaratuse saavutamise

Peamine probleem meestega seksuaalsuhetes olevatele meestele suunatud teenustega seisneb selles, et nende teenuste ulatus on geograafiliselt piiratud ning neid pakub vaid üks teenusepakkuja. Ideaalne oleks hakata Gei ja Lesbi Keskuse teenuseid osutama ka näiteks Tartus.

Teenuste kvaliteet

Praegu ei ole nende teenuste jaoks olemas kvaliteedi tagamise süsteemi (vt lk 26), kuigi TAI lisas teenusekirjeldused lepingutesse kõikide teenuste puhul.

Gei ja Lesbi Infokeskuses külastajate poolt täideti 2006. aasta kevadel kahe kuu jooksul TAI poolt ettevalmistatud tagasisideankeeti. Küsimustele vastas anonüümselt

⁶⁰ Programmi ajal Eesti Gayliit.

⁶¹ See number ei tähistab mitte indiviide vaid kontaktide arvu. See tähendab, et kui üks ja sama inimene saab keskusesse kahel erineval korral, arvestatakse seda kui kahte kontakti.

⁶² See tähendab, et nende teenuste pakkumine pole MSM-idele samasuguseks motivatsiooniks taolises uurimuses osalemiseks, nagu nt SN-ide ja prostitutsiooni kaasatute puhul.

53 inimest ning küsitlus oli suunatud neile, kes kasutavad teenust vähemalt teist korda. Muuhulgas esitati küsimusi selle kohta, kuidas teenusest teada saadi, kuidas on sellega rahule jäädud ning milliseid teenuseid veel vajatakse⁶³.

Esineb mõningat muret seoses sellega, et lepingupõhised kvaliteedistandardid võivad olla liiga normeerivad, piirates tegevuse vaid HIV-ennetuse peale, mitte aga laiematele tegevustele seotuna MSM-ide diskrimineerimise ja stigmaga. Vaadates MSM-ide poolt kogetava stigmatiseerimise ja diskrimineerimise ulatust Eestis, tundub antud teema käsitlemine HIV-temaatikale suunatud rahastuse raames asjakohane.

Soovitused

21. TAI peaks kaaluma Gei ja Lesbi Infokeskuse rajamise toetamist Tartus.

⁶³ Vastajad kiitsid personali sõbralikkust ja pakutud informatsiooni kvaliteeti. Rohkem inimesi sai teavet seksuaalvähemuste õiguste kohta (44%), vaba aja veetmise (34%) ning tutvuste sõlmimise kohta (36%); HIV/AIDS-i temaatika vastu tundis huvi vähem inimesi (26%), nagu ka turvaseksi temaatika vastu (16%). Soovitud täiendavate tegevuste hulka kuulusid filmiõhtud, kohtumised teistes riikides tegutsevate samasuguste organisatsioonidega, seminarid/koolitused/teabeüritused, midagi vaba aja veetmiseks ja midagi lapsevanematele (Lõhmus ja Trummal, 2006b).

SN-idele suunatud teenused

Teenuste kättesaadavus

Eestis pakuvad riik, kohalikud omavalitused ja MTÜ-d SN-idele teenuste valikut, mis keskendub nii HIV-nakkusele kui ka uimastite kasutamisele ning hõlmab ennetust, ravi ja rehabilitatsiooni. Need sisaldavad spetsiaalselt SN-idele mõeldud teenuseid⁶⁴ ning üldiseid teenuseid, millest saavad teiste hulgas kasu ka SN-id⁶⁵. SN-id satuvad regulaarselt kontakti ka teiste riiklike asutustega nagu politsei ja vanglad. Ellu viidavate teenuste varieeruvus⁶⁶ on üldiselt kooskõlas rahvusvaheliste ja Euroopa soovitusetega SN-ide universaalseks juurdepääsuks HIV-nakkuse ennetamisele, ravile ja hooldusele (Donoghoe jt., 2008). Eriline toetus nende teenuste arendamiseks tuli Global Fund'i kaudu. See toetus oli kriitilise tähtsusega nende interventsioonide vastuolulise olemuse tõttu ning rahastamise kindlustamisega seotud raskuste tõttu. Samas on SN-ide spetsiifilistele rühmadele suunatud teenused limiteeritud. Nende rühmade hulka kuuluvad naised, noored süstijad⁶⁷ ja amfetamiini süstijad⁶⁸.

Efektive teenuste osutamine hõlmab teenusepakkujate hästitoimivat koostööd, mida on esinenud näiteks ühise teavitustegevuse näol valitsuselt rahastamise saamiseks, et jätkata Global Fund'i toetusega alustatud tegevusi.

Haaratus teenustega

Hinnanguliselt on Eestis 13,801 SN-i (Uusküla jt., kuupäevata). Tabel 7 esitab olulisemad andmed teenustega haaratuse kohta (vt WHO jt., 2008)) toetudes programmi- ja uurimusandmetele.

⁶⁴ Näiteks nõela- ja süstlavahetus programmid, narkoravi programmid, madala läve keskused jms.

⁶⁵ Näiteks haiglad, varjupaigad jms, lisaks meditsiini- ja sotsiaalteenustele.

⁶⁶ S.h nõela- ja süstlavahetus programmid (NSVP); uimastisõltuvuse ravi, eriti opioid-asendusravi ja juurdepääs ARV ravile.

⁶⁷ Ennetavate sekkumiste olulisust noorsoo seas, kaasa arvatud juhuslikud ja eksperimenteerivad uimastisüstijad ning mittesüstitavate uimastite tarvitajad, on viimasel ajal üha rohkem tunnistanud. Niisuguste teenuste eesmärk on uimastitarvitamise peatamine või süstimise alustamise vältimine.

⁶⁸ Amfetamiini kasutamisel on HIV-nakkusega seotud teenuste suhtes erilised mõjurid. Nendeks on tunduvalt suurem süstimissagedus, suurem seksuaalne aktiivsus, tõhusa narkoravi puudumine ning suurem psüühiliste probleemide kaasesinemine.

Tabel 7: Haaratus SN-idele suunatud teenustega

Näitaja	2002 ⁶⁹		2007 ⁷⁰	
	Arv	% ⁷¹	Arv	%
Nõela- ja süstlavahetuse programmid				
Programmi andmed				
Uute klientide arv	3,000 ⁷²	21	10,902 ⁷³	79 ⁷⁴
SN-ide arv, kelleni on jõutud „regulaarselt“ ⁷⁵	Andmed puuduvad	Andmed puuduvad	5,465-6,329 ⁷⁶	40-46%
Aastas jagatud süstalde arv	183,000	13 ⁷⁷	1,615,604 ⁷⁸	117 ⁷⁷
Uurimuse andmed				
SN-ide protsent, kes on viimase 4 nädala jooksul saanud nõelu/süstlaid süstlavahetusest	-	Andmed puuduvad	-	73 ⁷⁹
Opioid-asendusravi				
Metadoon-asendusravi saavate SN-ide arv	10	<0.1	654 ⁸⁰	4-6 ⁸¹

Üldiselt on nõela- ja süstlavahetuse programmide katvus väga hea^{82,83} ning võrreldav teistes Euroopa riikides saavutatud parimate tulemustega.

⁶⁹ Andmete allikas WHO, 2002.

⁷⁰ Need näitajad on kõige värskemad, esitatud hindamismeeskonnale TAI poolt.

⁷¹ Kõikides tabeli protsendi arvutustes kasutatakse nimetajat 13,801, kui pole öeldud teisiti.

⁷² See näitaja kajastab uusi kliente aastal 2001. Kuna arv on ümardatud, on tõenäoliselt tegemist hinnanguga.

⁷³ Need näitajad kajastavad Global Fund'i programmi perioodi (01.2004-09.2007).

⁷⁴ Antud näitaja ülehindab peaaegu kindlalt haaratust, sest kajastab kliente, kes on üldse kunagi teenuseni jõudnud, ning võrdleb neid fikseeritud ajahetkest võetud ühisnimetajaga (mitte kõikide Eestis elavate inimestega, kes on määratletud ajavahemiku jooksul uimasteid süstinud).

⁷⁵ Praegu ei eksisteeri rahvusvaheliselt jagatud arusaama selle kohta, mida "regulaarne" antud kontekstis tähendab. Peatselt ilmuv WHO/UNODC juhend (WHO jt., 2008) soovib määratleda selleks teenusega kokkupuudet vähemalt kord kuus viimase aasta jooksul.

⁷⁶ See on kalkulatsioon klientide arvu kohta, kes 2006. aasta teise kvartali jooksul külastasid teenust vähemalt kaks korda. Arvutused baseeruvad kliendikaardiga külastajate arvul, kes on teenust saanud vähemalt kaks korda kvartalis (2,476). Samuti on teada, et paljudel NSVP klientidel kliendikaarti ei ole. Kuna aga on teada, kui palju kliente on NSVP-d külastanud kaardiga ja kui palju ilma, on seda arvu teadaolevate andmete põhjal laiendatud. Esindatud vahemik on arvuste käigus saadud 95% usaldusvahemik. Juhul, kui parameetreid muuta võttes arvesse nende hulka, kes on teenust saanud vähemalt üks kord kvartalis, tõuseb arv vahemikku 9,125-10,461, kajastades 66-76%-ilist haaratust.

⁷⁷ Süstalde arv SN-i kohta aastas.

⁷⁸ Need on 2006. aasta näitajad ning viitavad koos nõeltega jaotatud süstaldele. Lisaks jaotati välja 601,269 eraldi nõela.

⁷⁹ 2005.a. andmed

⁸⁰ See näitaja tundub hõlmavat ka osa neist SN-idest, kes saavad metadooni võõrutusravi eesmärgil ning jätab välja osa SN-e (ligikaudu 110), kes saavad opioid-asendusravi teistest allikatest, st neist, mida ei rahasta TAI.

⁸¹ Haaratus on 4,7% juhul, kui nimetajana on kasutatud SN-ide koguarvu 13,801. Juhul, kui nimetaja piirneb nende SN-ide hinnangulise arvuga, kes tarvitavad peamiselt opiaate (11,178), tõuseb haaratus 5,9%-ni. See erinevus on Eesti mastaabis väike, sest enamik SN-e tarvitavad peamiselt opiaate. Siiski pole selge, kas nimetaja peaks sisaldama kõiki opiaatide tarvitajaid, sh ka mittesüstijaid, või üksnes opiaate süstivaid narkomaane. Selge pole seegi, kas nimetaja peaks sisaldama kõiki opiaatide kasutajaid või ainult sõltuvuses olijaid.

⁸² Nagu määratletud Donoghoe jt. poolt, 2008.

⁸³ Esineb mõningaid raskusi riiklikul tasandil SN-idele suunatud HIV-programmidega haaratuse määratlemisel. Näiteks erinevad UNGASS-i deklaratsiooni HIV/AIDS-i valdkonna meetodid ja monitooring (UNAIDS, 2007) neist, mida on soovitatud mõõtmaks edusamme universaalse juurdepääsu saavutamisel (nt. WHO jt., 2008; Donoghoe jt., 2008). UNGASS-i indikaatorid põhinevad uurimuste andmetel ning andmed edusammude hindamiseks universaalse juurdepääsu saavutamisel põhinevad programmi andmetel kättesaadavusest, haaratusest ja teenuste kvaliteedist. Lisaks sellele,

Ühele SN-ile aasta jooksul jaotatud süstalde arv (117) läheneb tasemele (140 aastas), mida on mujal peetud efektiivseks (Donoghoe jt., 2008). See näitaja alahindab SN-idele kättesaadavat süstalde ja nõelte koguarvu, sest ei hõlma apteegist ostetud vahendeid. Lisaks ei võeta arvesse variatsioone erinevate piirkondade kaetuses. Näiteks raporteeris Tallinnas asuv madala läve keskus, et 2007. aastal jaotati 12,823 süstalt vaid umbes 2,200 SN-ile ehk 5,8 süstalt ja nõela iga SN-i kohta aastas⁸⁴. NSVP geograafiline paiknemine on ebaühtlane, kuna enamik teenuseid paiknevad Kirde-Eesti kolmes maakonnas. Seda saab selgitada HIV-i kõrge esinemisega nende maakondade SN-ide seas, kuid tegelikult on vajalikvajalik tagada teenuste kättesaadavus ka teistes Eesti piirkondades.

Eestis on alates 2002. aastast tõusnud opioid-asendusravi saavate SN-ide arv, kuid üldine haaratus siiski madalaks⁸⁵ (4-6%). See jääb oluliselt väiksemaks WHO ja UNODC poolt soovitatud 40%-st ning teistes Euroopa Liidu liikmesriikides saavutatud tasemest. Hindamismeeskonnale edastatud info põhjal on ka teiste narkomaania ravi vormide kättesaadavus piiratud.

HIV-positiivsete SN-ide haaratus ARV raviga seas on madal. Hoolimata sellest, et valdav enamik⁸⁶ kõikidest HIV-nakkusjuhtudest Eestis esineb just SN-ide seas, on intervjueritute sõnul Narvas ARV ravi saajate seas SN-e vaid 30–35%⁸⁷.

Probleem ei seisne SN-de juurdepääsus HIV-testidele, kuna haaratus HIV-testimisega tundub SN-ide seas olevat hea. Näiteks 2005. aasta uurimuse põhjal tegi eelnenud aasta jooksul HIV-testi üle 2/3 SN-idest (68%), kuid tervishoiuteenuseid kasutab neist suhteliselt väike osa⁸⁸.

Süstimisega seotud käitumine SN-ide seas on hakanud muutuma. Näiteks 2002. aastal märkisid küsitletud SN-idest pooled (50%), et nad on süstlaid jaganud. Uuemad andmed näitavad, et nelja viimase nädala jooksul on süstlaid jaganud vaid veidi üle veerandi (29%) SN-idest (Uusküla jt., kuupäevata)⁸⁹.

esineb Eestis probleeme kliendikaardi süsteemiga, mida kasutatakse üksikute indiviidide tuvastamiseks.

⁸⁴ Üheks sellise tulemuse põhjuseks on, et keskus tegutseb seaduslike kitsenduste raames, mis keelavad nõelte ja süstalde jagamist keskuse ruumides. Samas on ka teisi põhjuseid, miks väljaspool organisatsiooni pinda osutatud teenuste puhul ei jagata nii palju süstlaid ja nõelu kui teistes programmides. Puuduvad SN-idest väljatöötajad, nagu on tavaks teiste programmide puhul.

⁸⁵ Vt UNODC, 2007

⁸⁶ Praegu ei eksisteeri Eestis süstitavate narkootikumide kasutamise tagajärjel toimunud HIV-i nakatumiste osakaalu kohta ühtki ametlikku näitajat. Selle tagajärjel on toodud näitaja vastuoluline ning vaidlustatav. Mitteametlikud hinnangud varieeruvad vahemikus 60–85%.

⁸⁷ Taas esineb probleeme, sest puuduvad ametlikud näitajad nende ARV ravi saavate patsientide kohta, kes on praegused ja/või endised SN-id. MTÜ-de poolt esitatud näitajad viitavad sellele, et praeguste või endiste SN-ide osakaal ARV ravi saajate hulgas võib olla koguni 85%.

⁸⁸ Narvas teatati, et vaid 20% HIV-positiivse testitulemuse saanud inimestest saabub terviseseisundi jälgimisele.

⁸⁹ Neid leide tuleb tõlgendada ettevaatlikult, sest erinevused meetodites ja küsimustes võivad tähendada, et andmed ei ole omavahel võrreldavad. Võrreldavust parandaks see, kui pikema ajaperioodi jooksul kasutatakse ühesuguseid meetodeid ja küsimusi.

Kättesaadavusega seotud takistused

Kuigi mõnele teenusele (nt. NSVP) juurdepääsu takistavatest teguritest on suuresti üle saadud, jäävad need teiste teenuste osas (nt. opioid-asendusravi ja ARV ravi) endiselt märkimisväärseks. Osasid neist takistustest on lühidalt vaadeldud allpool:

- SN-idele osaks saav stigmatiseeriv suhtumine ja diskrimineeriv käitumine, sealhulgas tervishoiuteenuste osutajatelt. Üldiselt süüdistavad tervishoiuteenuste osutajad pigem SN-e endid, kui need ei suuda teenuseni (nt ARV ravile) jõuda, selle asemel, et tunnista süsteemist tulenevaid barjääre kättesaadavusele.
- Suurem osa SN-e on halvasti toime tulevad, töötud, vene keelt kõnelevad ja ilma ravikindlustuseta.
- Piiratud koostöö SN-idele teenuste pakkujate vahel. Eriti suurt muret teeb sidemete puudumine narkosõltuvusteenuste (nt opioid-asendusravi) ja HIV/AIDS-i raviteenuste (nt. ARV ravi) vahel.
- Juhtumikorralduse kontseptsioon on välja töötatud, kuid mitte täies mahus rakendatud. Puudub tegelik arusaam sellest, millist kasu võib saada püüdes osutada kõiki SN-idele vajalikke teenuseid ühes ja samas kohas⁹⁰.
- Opioid-asendusravi väga negatiivsena tajumine nii teenusepakkujate kui SN-ide seas⁹¹.
- SN-idele suunatud teenuste osutamisega seonduv personaliarendus ei ole süsteemne, nt puudub riiklik koolitusprogramm narkospetsialistide koolitamiseks Eestis ning mõni amet (nt väljatöötaja) ei ole elukutsena tunnustatud. HIV-i ja narkomaania teenuste valdkonnas töötajate väljaõpet ja töötingimusi on vaja oluliselt parandada, et saavutada teenuste jätkusuutlikkus ja kasv ning kaitsta töötajate õigusi.
- Õiguslik keskkond, kus narkomaane sageli arreteeritakse ja mõistetakse süüdi väikeses koguses illegaalsete narkootikumide omamise eest.
- Politsei roll HIV-nakkuse ja narkoennetuses ning raviteenustes on äärmiselt väike, piirdudes narkoennetuse alaste loengutega koolides ja ARV ravi osutamisega arestimajades.
- Paljud SN-id on kandnud vanglakaristust. Teenuste (nt opioid-asendusravi) mittekättesaadavus vanglates tähendab, et vabaduses algatatud ravi katkestatakse (vt lk 43).

Teenuste kvaliteet

Rahvusvaheline teaduskirjandus narkovaldkonnaga seotud teenuste väljatöötamisest rõhutab üha enam teenuste kvaliteedi alaseid küsimusi (WHO jt., 2008). Kvaliteediaspektide hulka kuuluvad:

- Sekkumiste ulatus, terviklikkus, tõhusus, kasutegur ja turvalisus.
- Kliendi rahulolu teenusega.
- Orienteeritus inimõigustele.

⁹⁰ HIV/AIDS-i ravi ja narkoravi ühise asukoha ja integreerituse vajaduse üle on diskuteerinud paljud autorid (nt. Sylla jt., 2007; WHO, 2007b)

⁹¹ Üheks selle põhjuseks on laialt levinud arusaam, et metadoon on mürgine aine.

- Teenuste osutamise sõbralikkus.
- Kogukonna kaasatus ja võimestamine.

Tuvastatud on mõned olulised SN-idele suunatud programmide kvaliteedi elemendid⁹². SN-idega peetud fookusgruppides selgus mitu teenuste elementi, mida peeti kvaliteetse NSVP puhul eriti oluliseks, k.a. teenuse asumine ligidal, mugavad lahtiolekuajad, lai valik kvaliteetseid nõelu ja süstlaid ning sõbralik personal.

TAI rajas tõhusale kvaliteedi haldus- ja monitooringusüsteemile hea aluse ajal, mil taaldas Global Fund'i programmi (Drew ja Laukamm-Josten, 2006). See toimib läbi teenusekirjelduste süsteemi, mis käivad kaasas lepingutega (TAI, 2007e). Eeldatavasti jätkub samasugune lähenemine ka tulevikus. Märkimisväärne areng nõela- ja süstlavahetusprogrammi teenustes võrreldes viimase hindamisega on võimalik olnud uue hanke- ja tarnesüsteemi kasutuselevõtmise tõttu. See võimaldab teenuseosutajatel saada iga kuu laias valikus erinevate kaubamärkide süstlaid ja nõelu otse hulgimüüjalt. Paraku ei ole taolist arengut veel toimunud seoses kondoomide hankimisega ning teenuseosutajad ei saa pakkuda täielikku vahendite valikut nagu keetjad, filtrid ja vesi süstimiseks.

Hiljutine ülevaade (UNODC, 2007) tuvastas Eestis läbiviidavate opioid-asendusravi programmide põhimõtete ning praktikate kvaliteedis ja taustfilosoofias suuri kõikumisi. Eksisteerib kaks iseloomulikku lähenemisviisi. Esimene neist keskendub opioid-asendusravi abil narkootikumidest hoidumise saavutamisele väikese osa kõrgelt motiveeritud SN-ide seas. Teine näeb ravi pigem kahjude vähendamise meetodina, mis on asjakohane enamike SN-ide puhul. Eestis tundub domineerivat esimene lähenemisviis⁹³. See avaldab negatiivset mõju nii opioid-asendusravi kättesaadavusele kui ka teenuste kvaliteedile.

Mõned tähelepanekud külastatud teenuste kvaliteedi kohta on järgmised:

- Kvaliteedis on suured kõikumised, sh asukoht, teenuste valik ning kasutajasõbralikkuse tase.
- Omasuguste kaasamine teenuste osutamisse ja väljatöötamisse parandab teenuse kvaliteeti ja toob kaasa teenuste suurema tarbimise.
- Teenuseid tajutakse paremana, kui personal suudab SN-idega suhelda nende emakeeles, mis on enamikel juhtudel vene keel.
- Nõue, et programmid täidaksid tagastatud süstalde arvu osas püstitatud eesmärgi, ei ole kooskõlas kaasaegse tõendusmaterjaliga (Bluthenthal jt., 2007).

⁹² Nende hulka kuuluvad teenuste geograafiline lähedus; lahtiolekuajad; ennetusmaterjalide kvaliteet; juurdepääs tervishoiualasele ja muule teabele; programmipersonali suhtumine; juurdepääs teistele teenustele, mis ei piirne süstla vahetamisega; kliendikesksed reeglid ja eeskirjad ning kliendi rahulolu tasandid.

⁹³ Näiteks hõlmab Eesti Psühhiaatri Seltsi poolt 2005. aastal kohaldatud narkoravijuhend terve rea kitsendusi patsientide värbamisele ning kriteeriume ravi katkestamiseks, mis ei ole kooskõlas kaasaegsete praktikate ning WHO/UNODC soovustega. Hindamismeeskonnale selgitati, et hetkel on teoksil uue juhendi väljatöötamine.

Soovitused

22. Eesti Vabariigi Valitsus peaks kokku leppima indikaatorite kogumi osas, mille abil mõõta SN-idele suunatud teenustega haaratust ja kvaliteeti nii riiklikul kui ka kohalikul tasandil.
23. Tuleb teha jõupingutusi, et suurendada SN-idele suunatud teenuste kättesaadavust. Samuti peavad teenused olema kvaliteetsed. Steriilsete süstimistarvikute jagamise jätkamise ja suurendamise kõrval tuleb erilist tähelepanu pöörata opioid-asendusravile ja ARV ravile.
24. SM peaks tegema teenusepakkujatega koostööd, et juurutada riiklikud kvaliteedi tagamise standardid, mis kataksid nõela- ja süstlavahetus programmide elluviimise ja toimimise.

Teenused kinnipeetavatele

Kinnipidamisasutuste olulisus

Kinnipidamisasutused on igas riigis oluline keskkond, kus eksisteerib risk HIV-nakkuse levimiseks⁹⁴. Antud keskkonnast on kõige suurema nakatumise riskiga grupid üle-esindatud, nagu SN-id, ning neil on piiratum juurdepääs ennetusele ja teistele teenustele. Paljudes EL riikides esineb illegaalsete narkootikumide kasutamist vanglates üha rohkem (Shewan jt., 2005). Vanglate juhtkonnad seisavad silmitsi järjest kasvava avaliku survega hoida vanglad narkootikumivabad, millele nad reageerivad peamiselt tõhustatud turvameetmete kasutuselevõtmisega. Sellele vaatamata saavad osad vanglad aru, et illegaalsete narkootikumide tarvitajad on haiged ega kuulu vanglasse (WHO jt., 2004). Mõnes riigis, näiteks Hispaanias, on vanglates hakatud juurutama tõhusaid HIV-ennetusprogramme, mis toimivad kahjude vähendamise põhimõttel.

Vastavalt ametlikule publitseeritud statistikale oli Eestis 2005. aasta lõpus 4,463 vangi – see tähendab 338 vangi iga 100,000 inimese kohta, mis on kõrgeim määr EL-s. See arv kahaneb ning vastavalt edastatud informatsioonile oli Eestis antud hindamise teostamise ajal 3,400 vangi. Eesti vanglates on toimunud ulatuslik investeerimine vanglate infrastruktuuri ning meditsiiniteenuste osutamisse. Lisaks Justiitsministeeriumi haldusalasse kuuluvatele vanglatele on Eestis ka mitu Siseministeeriumi hallatavat arestimaja.

Sarnaselt teiste Euroopa Liidu riikidega, ei ole teave HIV-nakkuse leviku, seksuaalse aktiivsuse ja illegaalse narkootikumide tarvitamise kohta Eesti vanglates laialdaselt kättesaadav. Vastavalt Justiitsministeeriumi 2008. aasta jaanuari seisu andmetele oli Eesti vanglates sel ajal 486 HIV-positiivset inimest. See moodustab 14% kõikidest vangidest. Hiljutine uurimus (Lõhmus ja Trummal, 2006a) näitas järgmist:

- Üle kolmandiku vangidest (34%) teatas, et on kasutanud vanglas viibides narkootikume.
- Neist peaaegu kaks kolmandikku (63%) oli narkootikume süstinud.
- Neist peaaegu pool (45%) on viimase nelja nädala jooksul süstlaid või nõelu teistega jaganud⁹⁵.
- Üks kümnest (10,5%) ütles, et on viimase aasta jooksul omasoolisega seksuaalvahekorras olnud.
- Üle kahe kolmandiku (76%) ütles, et on vanglas andnud HIV-testi.

Teenuste kättesaadavus

Justiitsministeerium andis teada, et meditsiiniiosakonnad on asunud tegevusse laiahaardelise HIV/AIDS-i ennetuse, ravi- ja hooldusteenuste sisseseadmiseks vanglateskeskkondades. Need tegevused on andnud mõningaid positiivseid tulemusi. Näiteks informeeriti hindamismeeskonda, et pidev HIV-alane haridustöö vangide

⁹⁴ Samuti teiste nakkushaiguste levimiseks, näiteks B- ja C-hepatiit.

⁹⁵ Suurem hulk vastanuid märkis, et teistega jagati vett (50%) või anumad (49%).

seas on vähendanud teiste kinnipeetavatega koos elavate HIV-positiivsete vangide poolt kogetavat häbimärgistamist ja diskrimineerimist. Hindamise raames teostatud intervjuude käigus koguti andmeid, mis tõendavad antud väiteid. Vastajad rääkisid, et vaenulik hoiak ja HIV-positiivsete vangide diskrimineerimine on ülalkirjeldatud tegevuste ning muude tegevuste (kaasa arvatud MTÜ-de tegutsemine vanglates) tulemusena vähenenud. HIV-testimist⁹⁶ pakutakse kõigile esmakordsetele karistusalustele ning see on kättesaadav vangistuse eri staadiumites. Vastavalt esitatud informatsioonile on testi tegemine vabatahtlik, konfidentsiaalne ning põhineb informeeritud nõusolekul. Testimis-, diagnostika- ja ravikulud kaetakse Justiitsministeeriumi poolt riiklikust eelarvest. See on osa Justiitsministeeriumi rollist kõikide tervishoiuteenuste ja sotsiaalsete tugiteenuste pakkumisel vanglates (WHO, 2007a).

Tugevused HIV/AIDS-i vastases võitluses Eesti vanglasüsteemis on:

- Suurt hulka vange testitakse HIV-i suhtes, nt 2006.a. esimese poolaasta jooksul testiti 2,671 inimest.
- Vanglates on meditsiiniosakondade ja MTÜ-de kaudu kättesaadavad tasuta kondoomid ja lubrikandid. Kondoomid müüakse ka vanglakauplustes.
- B-hepatiidi vastast vaksineerimist saavad kõik vangid, kes kannavad karistust kauem kui 7 kuud.
- Vangidele ja vanglapersonalile korraldatakse HIV/AIDS-i, teiste nakkushaiguste ja seksuaalkäitumise alaseid koolitusi ning SN-idele suunatud sotsiaalprogramme.
- HIV-iga elavate inimeste ja SN-ide jaoks tegutseb vanglates 21 tugirühma, mille tegevust korraldab Convictus.
- 110 inimest saab ARV ravi.
- Muude tervishoiuteenuste pakkumine, nt tuberkuloositestid.

Eesti riiklik HIV-i ja AIDS-i strateegia (vt lk 13) ütleb selgelt, et kõik HIV-ennetusteenused, mida on rakendatud väljaspool vanglaid, peavad olema sama kättesaadavad ka vanglates. See käib eriti kahjude vähendamise meetmete kohta nagu nõelte ja süstalde vahetuse, opioid-asendusravi ning kondoomide ja lubrikantidega varustamine. Paljud neist tegevustest ei ole siiski vanglates ja muudes kinnipidamisasutustes veel juurutatud. Tundub, et HIV-nakkuse leviku ennetamisel on fookus pigem füüsilise infrastruktuuri parendamisel ning turvameetmete tugevdamisel, et selle kaudu ennetada illegaalsete narkootikumide tarvitamist.

Kondoomid, lubrikandid ja desinfektsioonivahendeid jaotatakse praegu väikestes kogustes ja hoolikalt reguleeritud tingimustes. Siiski informeeriti, et neid tegevustavasid vaadatakse praegu läbi. Näiteks seadsid mõned vastanutest küsimuse alla kondoomide jaotamise vajalikkuse vangidele.

Varasemates uurimustes (Grund, 2005; Drew ja Laukamm-Josten, 2006) on märgitud, et vanglates on jätkuv puudus peamistest tõestatud ennetustegevustest, eriti nõela ja süstla vahetusest ning opioid-asendusravist. Peale nende ülevaadete koostamist on vähe muutunud. Teades, et paljud SN-id veedavad aega vanglates ja

⁹⁶ Kinnitavad testid neile, kellel tuvastati HIV-positiivsus, makstakse kinni riikliku HIV-i ja AIDS-i strateegia alla kuuluvast eelarvest, mida administreerib TAI.

muudes kinnipidamisasutustes, kujutab nende teenuste puudumine antud kontekstis suurt lünka Eesti HIV/AIDS-i vastases võitluses. Praegu peavad asendusravil olevad SN-id Eesti kriminaalõigussüsteemi sattudes selle olulise ravi katkestama. Muud meetmed, nagu desinfitseerimisvahenditega varustamine, nõustamine või narkootikumide kasutamise vähendamise programmid, teiste teenuste puudumist ei korva. Eriti mittesoovitav on jagada vangidele nõelte ja süstalde puhastamiseks valgendit, sest selle turvaline ja tõhus kasutamine nõuab üksikasjalikke instruktsioone.

Teisi vanglates teenuste osutamisega seostuvad probleeme on dokumenteeritud varem (Drew ja Laukamm-Josten, 2006) ja ka selle hindamise teostamise ajal. Nende hulka kuuluvad:

- Personali mõningane negatiivne suhtumine HIV-iga elavatesse inimestesse. Niisuguseid hoiakuid on täheldatud ka osade vangide seas.
- Kondoomid ja lubrikandid ei ole hõlpsasti kättesaadavad.
- Vanglate tervishoiusüsteem ei suuda vange varustada igapäevaselt vajalike ravimitega (nt ARV ravimitega). Vangid saavad oma ravimid kongis, plastkotti pakendatuna ja terveks nädalaks korraga⁹⁷.
- Vanglate tervishoiupersonalil on HIV/AIDS-ist piiratud teadmised⁹⁸.
- Vanglate tervishoiusüsteemis on puudulik arusaam meditsiinieetikast kui arsti-patsiendi vahelise usaldusliku suhte vältimatust eeltingimusest⁹⁹.
- Ladusalt jätkuva teenuse osutamise puudumine nendele vangidele, kes lahkuvad kinnipidamisasutusest või on nn puhkusel. Näiteks on teada antud, et pärast vabanemist jätkab ARV ravi vaid 50% ravi saanud vangidest¹⁰⁰.
- Mõningane mure selle üle, et võib esineda HIV-i nakatunud vange, kes ei saa vajalikku ARV ravi¹⁰¹.

Mõningaid pingutusi on tehtud opioid-asendusravi pakkumiseks kogukondlike programmide poolt arestimajadele (näiteks Narvas), kuid see tegevus peatati Siseministeeriumi poolt. Hiljuti töötati välja kord opioid-asendusravi läbiviimiseks arestimajades, kuid selle rakendamist ei olnud hindamise läbiviimise ajaks alustatud. Justiitsministeerium on arutanud opioid-asendusravi sisseseadmisest neile vangidele, kes said seda vabaduses viibides, kuid seda pole veel käivitatud. Tartu

⁹⁷ Hoolimata sellest, et taolist praktikat märgati ühes vanglas, teatas Justiitsministeerium, et teistes vanglates nii ei tehta ning et selle tava muutmiseks pingutatakse tõsiselt. See hõlmab meditsiiniteenuste struktuuri muutmist ning tegevustavade hoolikamat jälgimist.

⁹⁸ Justiitsministeerium informeeris, et on tehtud ulatuslikke pingutusi kogu vanglapersonali koolitamiseks HIV/AIDS-iga seotud teemade osas, k.a. meditsiinipersonali koolitamine.

⁹⁹ Justiitsministeerium edastas info, et vanglates osutavad tervishoiuteenuseid osavõtlid ja hea väljaõppega töötajad. Samuti teatati, et vangide ja meditsiinipersonali vahel valitseb konfidentsiaalne suhe. Iseäranis on piiratud nende töötajate hulk, kes on teadlikud vangi HIV-positiivsusest ning seda informatsiooni käsitletakse konfidentsiaalsena. Intervjuudest nähtub siiski, et kui mängus on turvalisuse küsimused, s.h. narkootikumide kasutamine, võib selles usaldusväärses suhtes esineda lünki. Justiitsministeerium tunnustab, et selles valdkonnas on teatud väljakutsed, eriti seoses pädeva personali palkamisega. Tehakse pingutusi selle olukorra muutmiseks tõstes personali palka ja parandades vangla meditsiinipersonali teenusepakkumise tingimusi.

¹⁰⁰ Justiitsministeerium informeeris, et ARV ravi saavatele vangidele antakse vabanemisel kaasa kolme päeva ravimid. Neid on teavitatud, kuidas oma ravi jätkata. Vanglates töötavad infektsionistid töötavad ka kogukonnas väljapool vanglasüsteemi.

¹⁰¹ Visiidi ajal raporteeriti, et ARV ravi saab 120 vangi. See moodustab veerandi vangidest, kes teatakse olevat HIV-positiivsed.

Vangla meditsiinipersonal viitas, et nad on valmis ning sooviksid niisugust programmi ellu viima hakata kohe, kui neile selleks volitused antakse.

Soovitused

25. Justiitsministeeriumil ja Siseministeeriumil tuleb astuda tõhusaid samme kriitiliste tervishoiuteenuste (nagu opioid-asendusravi) osutamise jätkumise tagamiseks kinnipidamisasutustes. See võiks hõlmata koostööd kogukonnas teenuseid pakkuvate organisatsioonidega arestimajades ning tutvustades opioid-asendusravi pilootprojektina Tartu Vanglas ja seejärel ka mujal.
26. Edasise tarvis tuleks kaaluda süstlavahetuse pilootprogrammide käivitamist vanglates. See nõuab ettevalmistava programmi koostamist personali koolitamiseks.
27. Pingutada on vaja ka selle nimel, et ARV ravi jõuaks suurema osani HIV-i nakatunud vangidest. See võiks sisaldada ka MTÜ-de rolli laiendamist omasuguste tugiteenuse pakkumisel.
28. Kondoomide kättesaadavust tuleks parandada. Need peaksid olema kättesaadavad anonüümselt ja tasuta.

Teenuste integreeritus

Konkreetsetele teenustele on keskendunud teised käesoleva hindamisraporti osad. See osa vaatab, millises ulatuses on need, kuid eriti HIV-iga elavatele inimestele mõeldud teenused, omavahel integreeritud ja koordineeritud.

Koordineerimismehhanismid

Riiklikul tasandil põhineb tegevus HIV/AIDS-i valdkonnas kokku lepitud multisektorilisel strateegial ning seda koordineerib valitsuskomisjon (vt lk 13). Niisuguse multisektorilise strateegia rakendamine on olnud tõsiseks väljakutseks kõikidele partneritele nõudes kõigilt kaasatud osapooltelt uute tegutsemistavade järgimist. Endiselt eksisteerib valdkondi, mille toimimist saaks parandada – näiteks rollide ja informatsiooni jagamine Sotsiaalministeeriumi vastutusalas, mis on Eestis HIV/AIDS-i vastases võitluses juhtiv ministeerium. Võtmepersonali nappus SM-is, muudatused valitsuses ning piiratud volitused teistelt ministeeriumitelt aruannete nõudmiseks tähendab, et valitsuskomisjoni potentsiaal ei ole täielikult ära kasutatud. SM-i siseselt jaguneb vastutus kahe osakonna, rahvatervise ja tervishoiu, vahel. Piiratud tööjõuressursid on kaasa toonud olukorra, kus nende kahe osakonna omavaheline koordineeritus pole täielikult välja arendatud. Lisaks vastutab kaks SM-i haldusala asutust peamiselt rahvatervisele suunatud teenuste ja nende järelevalve eest. Nendeks on Tervisekaitseinspeksioon (TKI) ja Tervise Arengu Instituut (TAI). TKI vastutab peamiselt rahva tervise seire eest, kaasa arvatud rutiinne statistika HIV-i ja AIDS-i kohta. TAI on ellu viinud riiklikku AIDS-i strateegiat, kaasa arvatud vastutus tegevuste monitooringu ning spetsiaalsete uurimuste läbiviimise eest. Passiivse ja aktiivse seire rollide eristamise lisaväärtus on ebaselge ning on olemas võimalused parandada HIV-iga seotud informatsiooni vooge SM-i allasutuste vahel.

Integreeritus teenuse tasemel

HIV-iga elavate inimeste tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid kirjeldatakse käesoleva raporti teistes osades (vt lk 28). Nende teenuste integreeritusega seotud teemasid on lühidalt käsitletud allpool:

- Paljud esmakordselt HIV-positiivse diagnoosi saanud inimesed ei käi infektsionisti juures arstlikul läbivaatusel. Kõikides asutustes, kus HIV-testimist läbi viiakse, ei ole terviseseisundi monitooringu teostamine praegu võimalik.
- Teenuste eest tasutakse erineval moel – läbi Haigekassa, läbi eraldiseisvate programmide ja kohalike omavalitsuste poolt. Ravikindlustuseta inimestel võib olla vaja hankida enne teenuse saamist tõend, et teenuste eest tasutakse (nt kohaliku omavalitsuse poolt).
- Haiglate suutlikkus pakkuda sotsiaalteenuseid (nt sotsiaaltöötaja kaudu) on piiratud. Kontaktid teiste sotsiaalteenuste pakkujatega (nt MTÜ-dega) on sageli limiteeritud.

- Mõnedel ettevõtetel, kes pakuvad spetsialiseeritud ambulatoorseid meditsiiniteenuseid, on MTÜ-dega tugev side. Neil juhtudel on ühendus meditsiini- ja sotsiaalteenuste vahel tugevam kui haiglate ja MTÜ-de vahel.
- Väga vähe arvestatakse teenuste klientidel/tarbijate seisukohtadega, kui arutletakse selle üle, kuidas teenuseid osutada. Üldiselt süüdistavad teenusepakkujad potentsiaalseid kliente teenuste mittekasutamises, eriti juhul kui tegemist on SN-idega. SN-idele olulisi tegureid, nagu teenuste geograafiline paigutus, lahtiolekuajad, personali hoiakud jms, võetakse teenusepakkujate poolt teenust planeerides harva arvesse.

Soovitused

29. SM ja selle allasutused peaksid parandama tegevuse koordineerimist ja infovahetust regulaarsete koosolekute abil ning võtma kasutusele spetsialistide rotatsiooni süsteemi SM-i, TAI ja TKI vahel.
30. Kliendi seisukohti, eriti SN-ide seisukohti tuleb HIV-iga seotud teenuseid planeerides arvesse võtta senisest märksa enam. See tähendab tõenäoliselt senisest suurem väljatöö vormis pakutavate teenuste hulka, pikemaid lahtioleku aegu ning usaldusväärseid teenusepakkujad.

SOOVITUSED

Ülevaade

1. Hindamismeeskond saab aru vajadusest vältida Eesti elanikkonna seas enesega rahulolu soodustamist seoses nende HIV-i nakatumise riskiga ja/või vähendada häbimärgistamise ning diskrimineerimise levikut suurema riskiga elanikkonna suhtes. Sellegipoolest tuleb hoolega kaaluda seisukohavõttu, et HIV epideemia on Eestis väljumas SN-ide ja nende seksuaalpartnerite hulgast. Hindamismeeskonna arvamusel olemasolev informatsioon seda seisukohta ei toeta. Lisaks sellele on tarvis üksikasjalikumat teavet HIV-nakkuse praeguste levikuteede kohta.
2. Olemasolev teave tõendab, et suurima riskiga elanikkonna gruppidele (eriti SN-d) suunatud ning kahjude vähendamisel põhinevad Eesti HIV-ennetusprogrammid hakkavad mõju avaldama. Täpsemalt, SN-idele suunatud tegevused (kahjude vähendamine), k.a. opioid-asendusravi, pakuvad endiselt parimaid lahendusi jätkuva HIV kriisiga toimetulekuks Eestis. Neid tegevusi tuleks jätkata ja veelgi laiendada.

Juhtimine ja koordineerimine

3. SM peaks riiklikus HIV/AIDS-i vastases võitluses võtma aktiivsemalt liidrirolli, eriti teatud valdkondades nagu juhtumikorralduse süsteemi juurutamine ning HIV-nakkuse levikuteede kohta info kogumine.
4. SM-i esmane ülesanne peaks olema Vabariigi Valitsuse komisjoni mõju tugevdamine HIV/AIDS-i valdkonnas. See sisaldab nii komisjoni liikmelisuse kui ka rolli ülevaatamist. Võtmefunktsiooniks oleks tagada HIV/AIDS-i küsimustes valitsuse ministrite aruandekohustus ja vastutus seoses oma volitustega antud valdkonnas.
5. SM-i ja TAI vastavad rollid on tarvis selgemini määratleda.
6. Valitsus peaks püüdma luua MTÜ-dele soodsama tegutsemiskeskonna. Lisaks rahastamisele peaks see hõlmama tugevat regulatiivset raamistikku ning meetmeid uute teenusepakujate esilekerkimise stimuleerimiseks.
7. MTÜ-d ise peavad oma organisatsioonilise arenguga seotud küsimustes haarama senisest suurema initsiatiivi, näiteks rajama HIV/AIDS-i võrgustiku ja töötama välja süsteemse lähenemise koolitusele ning suutlikkuse arendamisele MTÜ-de seas.

Rahavood

8. Suuremad kohalikud omavalitsused peaksid kaaluma oma ressursside kasutamist HIV/AIDS-i valdkonna teenuste kaasrahastamiseks, näiteks nagu seda on tehtud Tallinnas.

9. Eesti Valitsus peaks üle vaatama HIV/AIDS-i valdkonna teenustega seotud lepingumehhanismid ning tagama, et need aitaksid kaasa Global Fund'i abirahadega rajatud heade tegevustavade ja kogemuse säilimisele ka edaspidi ning oleks asjakohased seotuna lepingu pikkuse ja üldiste tingimustega, et võimaldada strateegilisi hankeid.
10. SM ja TAI peaksid uurima võimalust, kuidas suuremal määral stiimulina ära kasutada teenustasudel põhinevaid maksemeetodeid HIV/AIDS-i vastase võitluse tõhustamisel.

Monitooring ja hindamine

11. Tuleks teha ülevaade HIV/AIDS-i monitooringus ja hindamises osalevate asutuste kohta Eestis, mis võimaldaks hinnata, kas nii paljud asutused on vajalikud ja annavad tegevustele lisaväärtust. Kaaluda tuleks ka seda, millised on nende üksuste rollid ja kuidas koordineerida nende tegevust ja andmeid.
12. HIV/AIDS-i tegevuste monitooringu valdkonnas on vajalik kokku leppida ja rakendada andmete liikumise süsteem. See peaks katma kõiki kokku lepitud indikaatoreid ning põhinema riiklikus strateegias visandatud süsteemil ja Global Fund'i programmi rakendamisest saadud kogemustel.
13. Tuleb rajada süsteem, mis võimaldab Eestil HIV-nakkuse levikuteid analüüsida ning raporteerida. Plaan rajada selleks uus süsteem, mille kaudu arstid raporteerivad Tervisekaitseinspeksioonile, ei paku ilmselt vajalikke andmeid lähitulevikus. SM peaks kaaluma alternatiivseid lähenemisviise, vähemalt lühiajalises plaanis, nagu mehhanismi rajamine praegu riikliku referentslaboratooriumi poolt kogutavate andmete ametlikuks kasutamiseks.

Teenused HIV-iga elavatele inimestele

14. Suur vajadus on tegeleda stigmatiseerimise ja diskrimineerimisega, mida SN-id ja HIV-iga elavad inimesed kogevad tervishoiuteenuste osutajate poolt. Selle tulemusel tekkiv vastumeelsus tervishoiuteenuste suhtes on peamine põhjus, miks SN-id ja HIV-iga elavad inimesed nii hilja tervishoiusüsteemi poole pöörduvad.
15. Ideaaljuhul peaks tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutama senisest integreeritumal moel, näiteks nii, et SN-id ja HIV-iga elavad inimesed pääseksid teenusele juurde kiiresti ja mugavas asukohas. Juhul, kui seda ei õnnestu saavutada, saaks juhtumikorralduse süsteemi juurutamine parandada juurdepääsu teenustele.
16. Eesti Vabariigi Valitsus peaks uurima võimalusi C-hepatiidi ravi kättesaadavaks muutmiseks ka ravikindlustamata inimestele.
17. SM peaks rajama süsteemi ARV ravimiresistentsuse monitooringuks.

Teenused noortele

18. Haridus- ja Teadusministeerium peaks uue õppekava sisse viima nii kiiresti kui võimalik ning süstematiseerima HIV/AIDS-i teemalist õpet.
19. Vahepeelsel ajal peaks Haridus- ja Teadusministeerium kaaluma lepingute sõlmimist MTÜ-de ja teiste teenuseosutajatega, et jätkata noortele AIDS-i alase hariduse andmist, kuni uus õppekava on efektiivselt toimima pandud. TAI ja SM-i peaksid seda protsessi propageerima, kuid nad ei tohiks asuda teenuseid ise rahastama, kuna see võib edasi lükata Haridus- ja Teadusministeeriumi poolset liidrirolli võtmist antud valdkonnas.

Teenused prostitutsiooni kaasatutele

20. TAI peaks püüdma sisse seada teenused ka väljaspool Tallinna asuvatele prostitutsiooni kaasatud isikutele.

Teenused MSM-idele

21. TAI peaks kaaluma Gei ja Lesbi Infokeskuse rajamise toetamist Tartus.

Teenused SN-idele

22. Eesti Vabariigi Valitsus peaks kokku leppima indikaatorite kogumi osas, mille abil mõõta SN-idele suunatud teenustega haaratust ja kvaliteeti nii riiklikul kui ka kohalikul tasandil.
23. Tuleb teha jõupingutusi, et suurendada SN-idele suunatud teenuste kättesaadavust. Samuti peavad teenused olema kvaliteetsed. Steriilsete süstimistarvikute jagamise jätkamise ja suurendamise kõrval tuleb erilist tähelepanu pöörata opioid-asendusravile ja ARV ravile.
24. SM peaks tegema teenusepakkujatega koostööd, et juurutada riiklikud kvaliteedi tagamise standardid, mis kataksid nõela- ja süstlavahetus programmide elluviimise ja toimimise.

Teenused kinnipidamisasutustes

25. Justiitsministeeriumil ja Siseministeeriumil tuleb astuda tõhusaid samme kriitiliste tervishoiuteenuste (nagu opioid-asendusravi) osutamise jätkumise tagamiseks kinnipidamisasutustes. See võiks hõlmata koostööd kogukonnas teenuseid pakkuvate organisatsioonidega arestimajades ning tutvustades opioid-asendusravi pilootprojektina Tartu Vanglas ja seejärel ka mujal.
26. Edasise tarvis tuleks kaaluda süstlavahetuse pilootprogrammide käivitamist vanglates. See nõuab ettevalmistava programmi koostamist personali koolitamiseks.

27. Pingutada on vaja ka selle nimel, et ARV ravi jõuaks suurema osani HIV-i nakatunud vangidest. See võiks sisaldada ka MTÜ-de rolli laiendamist omasuguste tugiteenuse pakkumisel.
28. Kondoomide kättesaadavust tuleks parandada. Need peaksid olema kättesaadavad anonüümselt ja tasuta.

Teenuste integreeritus

29. SM ja selle allasutused peaksid parandama tegevuse koordineerimist ja infovahetust regulaarsete koosolekute abil ning võtma kasutusele spetsialistide rotatsiooni süsteemi SM-i, TAI ja TKI vahel.
30. Kliendi seisukohti, eriti SN-ide seisukohti tuleb HIV-iga seotud teenuseid planeerides arvesse võtta senisest märksa enam. See tähendab tõenäoliselt senisest suurem väljatöö vormis pakutavate teenuste hulka, pikemaid lahtiolekuaegu ning usaldusväärseid teenusepakkujad.

LISASID VT RAPORTI INGLISE KEELSEST VERSIOONIST

LISA 1 – Hindamisülesanded

LISA 2 – Nimekiri intervjueeritud isikutest

LISA 3 – Kasutatud allikad

LISA 4 – Ettepanek HIV ravimiresistentsusega tegeleva tööühma ülesannete kohta

LISA 5 – Vabariigi Valituse komisjoni struktuur ja suhe HIV/AIDS-i valdkonda Eestis



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development