

HIV/AIDSI ENNETUSTEGEVUSE HINDAMINE 2004

**Ruta Kruuda
Maris Jesse
Kadi Viik**

Poliitikauuringute Keskus PRAXIS
Tallinn 2004

Kokkuvõte: olulisemad leiud ja soovitused

Euroopa murelaps. Juuniks 2004 on Eestis registreeritud 4031 HIV positiivset. Oleme Euroopas kindlal juhtpositsioonil viiruse kõige kiirema leviku poolest, mistõttu Eestit teadvustatakse rahvusvaheliselt üha rohkem riigina, mille võimekus aidsiepideemiaga võitlemisel jääb alla isegi Venemaale ja Ukrainale. Suurt rahvusvahelist muret HIV/AIDSi-epideemia leviku pärast Eestis näitab fakt, et tänavu rahastab suurimate epideemiate rahastamiseks loodud iseseisev rahvusvaheline fond Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis ennetustööd Eestis 35,8 miljoni krooni suuruses summas. Eesti riikliku ennetusprogrammi rahastatakse meie riigieelarvest algselt kavandatud 18 miljoni krooni asemel ainult summas 11,8 miljonit krooni.

Ennetussüsteem alarahastatud. Tunnustavalt tuleb tõdeda, et Eestis on vähemalt eesmärkide tasandil kaetud kõik maailmas levinud ja oma tulemuslikkust tõestanud meetodikad: kahju vähendamine süstivate narkomaanide seas; vabatahtliku nõustamise kättesaadavus; riskikäitumise vähendamine. Kahjuks selgus uuringust, et tegelik rahaeraldus riiklikule HIV/AIDSi ennetusprogrammile on viimase paari aasta jooksul olnud oluliselt väiksem kui eelarves planeeritud ning kriitiliste tegevuste rahastamine toimub välisabi kaudu. Prioriteetide seadmine on viimaste aastatega paremaks muutunud, näiteks olid 2002. aasta prioriteediks süstivad narkomaanid ja suurem osa võimalikust rahast suunati sinna. Hädavajalik on planeerida ja eraldada riiklikule HIV/AIDSi ennetusprogrammile eesmärkide saavutamiseks piisavaid vahendeid ning planeerida programmi eelarved nii, et need peegeldavad strateegilisi valikuid.

Valitsuselt oodatakse liidrirolli. Kahjuks selgus uuringust, et kõigil osalistel on erinev arusaam sellest, kes vastutab HIV/AIDSi ennetuse eest. Seda probleemi tajutakse ainult Sotsiaalministeeriumi tasemel oleva probleemina, kuigi tõhus ennetustöö eeldab ka näiteks Haridus-, Justiits-, Sise- ja Kaitseministeeriumi poolseid tegevusi. Kõik Eesti viimased valitsused ja Riigikogu koosseisud on tajunud probleemi tähtsust, kuid paraku on HIV/AIDSi ennetustööga tegelemine olnud ebajärjekindel ning seetõttu ka väheefektiivne. Seoses valitsuse vahetusega katkes 2002. aasta lõpul eurointegratsioonisüsteemi eeskujul käivitatud HIV/AIDSi-teemaline aruandlus Vabariigi Valitsusele. Soovitame taas alustada kvartaalse või poolaastase aruandlusega Vabariigi Valitsusele HIV/AIDSi ennetustegevuse ning narkomaania ennetusstrateegia elluviimisest. Samuti tuleb riigi poolt näidata selget liidrirolli omavalitsuste ja teiste osapoolte suhtes, et motiveerida neid tegutsema HIV-ist ja narkomaaniast tingitud kahju ennetamisel.

Tervishoiusüsteemi valmisolek küsitav. Eesti seisab lähiaastatel silmitsi olukorraga, kus ravi võivad vajada ligikaudu pooled hetkel diagnoositud HIV-positiivsetest. Sel juhul on iga-aastane rahavajadus kuni 210 miljonit krooni, kasvades koos ravi vajavate inimeste arvuga. Arvestades prognoositavat antiretroviirusravi vajavate haigete osakaalu tõusu ning ka aidsihaigete arvu tõusu, saab lähiaastatel võtmeküsimuseks meie tervishoiusüsteemi suutlikkus pakkuda ravi kõikidele abivajavatele aidsihaigetele. Eestis on olemas ravijuhised HIV-nakkuse diagnostika ja ravi alal, kuid ravijuhiste olemasolu ei taga veel nende rakendamist arstide igapäevapraktikas. Seepärast soovitame tõhustada koostööd ülikoolide ja täiendkoolituskeskustega, et HIV/AIDSi valdkonnas välja töötada baas- ja täienduskoolitusprogrammid perearstidele, nõustajatele, sotsiaaltöötajatele.

Sisukord Lühikokkuvõte Akronüümid 1. Sissejuhatus 2. Ülevaade HIV/AIDSi levikust, ennetus-organisatsiooni ülesehitusest ja rahastamisest 2.1. HIV levik Eestis 2.2. HIV-ravi ja selle ligikaudne kuluprognosis lähiaastatel 2.3 HIV/AIDSi ennetustegevuse organisatsioon ja selle ülesehitus 3. Ennetustöö tulemuslikkuse eeldused 4. Ennetustöö sisuline planeerimine ja tõendus põhinevus 4.1 Eesti tegevuste üldine vastavus tõendus põhisele praktikale 4.2. Võtmetegevuste analüüs 4.2.1 Kahju vähendamine süstivate narkomaanide seas 4.2.2 Vabatahtliku nõustamise ja testimise kättesaadavus, standardiseeritus ja rahvusvahelistele soovitudele vastavus 4.2.3 Teavitustöö ja riskikäitumise vähendamine koolinoorte ja ülejäänud elanikkonna hulgas 5. Ennetustegevuse organisatsioonilise ülesehituse efektiivsus 5.1 Ühtse eesmärgistatud ennetusstrateegia olemasolu 5.2 Keskne juhtimine ja koordineerimine koos otsustusõigusega ressursside üle ja tunnetatud vastutusega 5.3 Ennetustegevuse koordineeritus erinevate rahastamisallikate ja teiste riiklike programmide vahel, koostööd mõjutavad faktorid 5.4 Maakondade ja kohalike omavalitsuste haaratus ennetustegevusse 5.5 Koostöö ja tegevuste koordineeritus otsest ennetustööd tegevate organisatsioonide vahel 6. HIV/AIDSi ennetustegevuste edasine jätkusuutlikkus 6.1 Kriitiliste tegevuste püsirahastamine 6.2 Institutsioonipõhise rahastamismehhanismi loomine 6.3 Inimressurss ja selle planeerimine 6.4 Tervishoiusüsteemi ettevalmistus AIDS-i ravikorralduseks 7. Monitooringu süsteem ja regulaarne hindamistegevus 8. Kokkuvõte	
---	--

Akronüümid

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	Antiretroviirusravi
GF	Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis
HIV	Human Immunodeficiency Virus
OI	Oportunistlikud infektsioonid
SH	Suguhaigused
SN	Süstivad narkomaanid
TBC	Tuberkuloos
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
VNT	Vabatahtlik nõustamine ja testimine

1. Sissejuhatus

Käesoleva uuringu eesmärk on analüüsida viimaste aastate HIV/AIDSi ennetustegevust Eestis ja hinnata, kas rakendatud riiklikud meetmed ja otsused on loonud parimad eeldused efektiivsemaks ja tulemuslikumaks ennetustegevuseks ja HIV/AIDSi epideemia leviku pidurdamiseks.

Keskendusime oma analüüsis aastatel 2001-2002 Riigikontrolli, SA PRAXIS ja Maailma Terviseorganisatsiooni HIV-missiooni poolt läbiviidud hindamisraportitele^{1,2,3} ning seal välja toodud peamistele kitsaskohtadele ennetustegevuses ning võrdlesime tehtud tähelepanekuid olukorraga 2004. aasta aprillis-mais. Uuringu käigus intervjuerisime Sotsiaalministeeriumi, Riigikogu, maavalitsuste, kohalike omavalitsuste, Tervise Arengu Instituudi, mittetulundusühingute ja välisdoonorite esindajaid, viies kokku läbi 19 intervjuud. Uurimisrühma liikmed koordineerisid ka Maailmapanga HIV/AIDS missiooni käesoleva aasta märtsis, mille käigus külastati AIDSi Ennetuskeskust, Tervise Arengu Instituuti, Süstlavahetuspunkti Erika tn.5 ja Tallinna vanglat.

Uuringus keskendusime kolmele suuremale põhiblokile:

- **HIV/AIDS ennetustegevuse sisuline planeerimine ja tõenduspõhisus**, et hinnata kas kehtiv HIV/AIDS ennetamise riiklik programm aastatel 2002-2006 vastab kaasaegsele tõenduspõhisele parimale praktikale tuginedes Maailmapanga ja ÜRO AIDSi programmi (UNAIDS) soovituslikule metoodikale ja maailmas levinud ja tulemuslikkust tõestanud praktikatele;
- **HIV/AIDS ennetustegevuse organisatsioonilise ülesehituse efektiivsus**, et hinnata kas ja kuidas on viimaste aastate organisatsioonilised muutused mõjutanud HIV/AIDSi ennetustegevuse juhtimise efektiivsust;
- **HIV/AIDS ennetustegevuse edasine jätkusuutlikkus Eestis**, et hinnata kas HIV/AIDSi ennetusele suunatud tegevus riigis on jätkusuutlik.

Käsitleme kõiki nimetatud teemasid põhjalikumalt eraldi peatükkides, tehes omapoolseid soovitusi olukorra positiivseks mõjutamiseks.

Töö valmis Riigikogu majandus-ja sotsiaalinfo osakonna tellimusel.

Täname kõiki intervjueerituid avatuse eest ja kõiki inimesi, kes uuringu läbiviimisele igakülselt kaasa aitasid. Omalt poolt loodame, et uuring aitab kaasa edasisele HIV/AIDSi ennetustöö tulemuslikkusele ning teadvustab paremini Eesti HIV/AIDSi epideemia olemust ning tõsidust erinevate tasandite otsusetegijate seas.

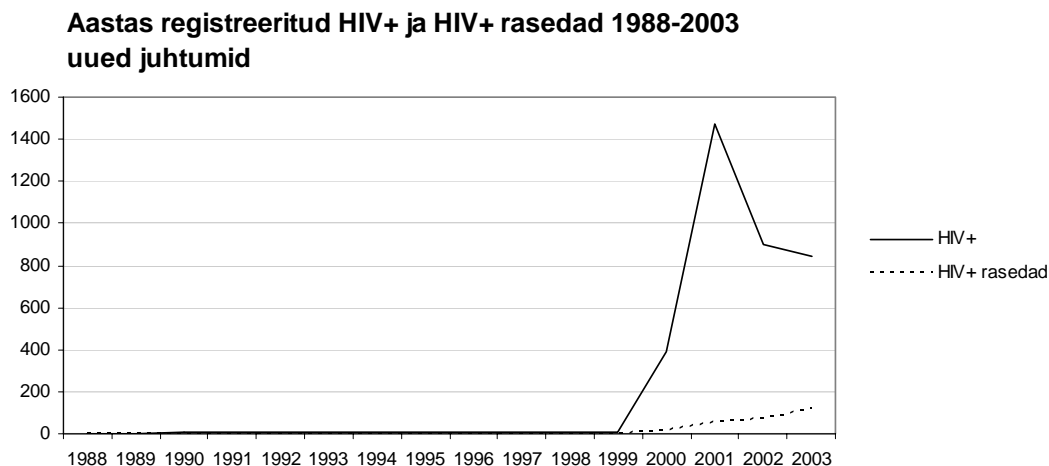
2. Ülevaade HIV/AIDSi levikust, ennetusorganisatsiooni ülesehitusest ja rahastamisest

2.1. HIV levik Eestis

HIV nakkus hakkas Eestis levima 1980-ndate aastate lõpus. Esimese kümne aasta jooksul diagnoositi keskmiselt 8 nakatumise juhtumit aastas. 2000 aasta suvel kasvas diagnoositute arv järsult ja veebruaris 2001. aastal kuulutas Sotsiaalministeerium välja HIV/AIDSi kontsentreeritud epideemia. 4. juuni 2004 seisuga oli Eestis aastate jooksul kokku registreeritud HI-viirus juba 4 031 isikul ja AIDS 49 inimesel.⁴

Kui HIV-epideemia alguses levis viirus peamiselt süstivate narkomaanide seas Ida-Virumaal ja Tallinnas, suureneb praegu järjest juhtumite arv kus nakatumine on toimunud seksuaalsel teel. Suureneb ka emalt-lapsele nakatumise risk (Joonis 1). Lääne-Tallinna Keskhaigla Merimetsa nakkuskeskuse andmetel registreeriti 2000. aastal kokku 13 HIV positiivset rasedat ning aastal 2003 oli see arv juba 119. Umbes pooled neist naistest otsustasid sünnitada. Ainuüksi käesoleva aasta jooksul on diagnoositud juba 5 HIV-positiivset alla 2-aastast last.

Joonis 1:



Allikas: www.tervisekaitse.ee ja Merimetsa Nakkuskeskus.

Ekspertide hinnangul võib tegelik HIV-positiivsete arv olla kuni kaks korda kõrgem kui registreeritud juhtumite arv. Tänapäevaks on HI-viirus levinud kõikidesse maakondadesse. Suurima riskigrupi, süstivate narkomaanide, täpne arv pole teada. Tuginedes rahvusvahelisele kogemusele ja kohalike ekspertide hinnangutele ulatub see arv 10 000-15 000 inimeseni.

Rahvusvahelised eksperdid prognoosivad Ida- ja Kesk-Euroopas laiaulatuslikku seksuaalsel teel levivat HIV epideemiat, mille kiirus ja maht sõltub peamiselt niinimetatud *bridge population*'i suurusest, ehk siis selle grupi suurusest, mis ühendab riskirühmasid tavapopulatsiooniga.⁵

Rahvusvahelises võrdluses paistab Eesti silma kõige kiirema leviku poolest oma kontinendil (tabel 1). HIV levimus Eestis on saanud ka palju negatiivset rahvusvahelist tähelepanu. Nii näiteks nimetab UNDP oma aprillis 2004. ilmunud aruandes HI-viiruse

levimuse kasvutrendi Eestis koos Ukraina ja Venemaaga maailma suurimaks.⁶ Probleemi tõsidust on korduvalt tõstatanud ka Eestis resideerivad välisdiplomaadid, Eesti välissaatkondade diplomaadid ja suuremad rahvusvahelised uudistekanalid.

Tabel 1 Esmaselt diagnoositud HIV-nakkus valitud maades							
Arv miljoni elaniku kohta aastas							
Aasta/riik	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taani	51,3	51,8	40,1	48,1	48,7	59,8	53,5
Soome	13,5	13,8	15,5	27,5	28,2	24,7	25,1
Rootsi	25,3	27,1	28,1	23,8	27,4	30,6	32,4
Valgevene	99,0	63,5	54,0	40,2	51,7	57,0	90,5
EESTI	5,5	6,2	7,0	8,5	279,9	1070,7	660,7
Läti	12,9	10,1	66,1	99,4	192,5	335,4	226,6
Leedu	3,2	8,4	14,0	17,8	192,5	335,4	226,6
Venemaa*	10,3	29,6	27,6	136,4	406,6	610,1	351,5
Ukraina*	105,4	175,2	169,9	116,5	125,3	142,5	180,0

* Sisaldab kõiki HIV-positiivsete emade sünnitatud seroposiitivseid lapsi

Allikas: EuroHIV – HIV/AIDS Surveillance in

Europe

Poolaastaaruanne/Mid-year report 2003, No. 69 lk

16-17

2.2. HIV-ravi ja selle ligikaudne kuluprognosis lähiaastatel

HIV nakkusel puudub ravi, mis vabastaks inimese organismi viirusest. Ravistrateegiad põhinevad antiretroviirusravil, oportunistlike infektsioonide profülaktikal ja nende ravil.⁷ Antiretroviirusravi (ARV-ravi) vähendab viiruse kahjustavat toimet inimese immuunsüsteemile, pikendades nii nakatunute oodatavat eluiga ning lükates edasi oportunistlike haiguste teket. Ilma antiretroviirusravita tekivad AIDSi tunnused keskmisel patsiendil 8-10 aasta jooksul, väikesel osal patsientidest on haigusekulgundult kiirem või aeglasem.⁸ Haiguse kulgu mõjutavad ka muud eluviisid, näiteks aktiivne narkootikumide tarbimine kiirendab AIDSi väljakujunemist.

2004. aasta maikuu sai Eestis ARV-ravi 77 inimest. Ühe patsiendi ARV-ravi kulud aastas on ligikaudu 100 000 krooni, millele lisanduvad vajalike diagnostiliste uuringute, arstivisiitide, võimalike haiglapäevade, oportunistlike infektsioonide ravimite ning sotsiaalhooldusega seotud otsesed kulud. Lisaks sellele arvestatakse ka kaudseid kulusid mis tulenevad töövõimetusel.⁹ ARV-ravi rahastatakse praegu kombineeritult mitmest allikast – osaliselt Haigekassast, osaliselt Global Fund programmist, osaliselt riigieelarvest. Käesoleval ajal on ravi kättesaadav kõikidele inimestele, kes seda vajavad vastavalt kliinilistele näidustustele. Samas on oluline silmas pidada, et ligikaudu 60% HIV-positiivsetest ei oma ravikindlustust ning ei pruugi teada olemasolevatest ravivõimalustest ja oma õigustest tervishoiuteenuste kasutamisel. Selletõttu võib nende kokkupuude tervishoiusüsteemiga olla juhuslik või pöörduvad nad arsti juurde juba haiguse terminaal- e. lõppfaasis.

Arvestades haiguse kulgu ja tuginedes eksperthinnangutele kasvab ravivajadusega patsientide arv juba aastatel 2006-2007 järsult. Selleks ajaks jõuab epideemia esimestel aastatel nakkuse saanud inimeste haigusekulgund järgmisesse faasi ja ravi võivad vajada ligikaudu pooled tänastest 4000-st HIV-positiivsena diagnoositud inimestest.

Eeldusel, et aastal 2007 vajavad ravi umbes pooled täna diagnoositud HIV-positiivsed, ulatuvad arvestuslikud ARV-ravi kulud minimaalselt 200 miljoni kroonini aastas. Antud prognoos ei võta arvesse muid kulusid nagu raviks vajalik diagnostika, haiglapäevad, arstivisiidid, töövõimetus jne. Haigekassa andmetel olid 2003. aastal ühe kindlustatud HIV-positiivse isiku keskmised ravikulud 5 900 krooni (sisaldab teenuseid ja ravimeid, kuid mitte ARV-ravimeid). Seega võib prognoosida, et tegelikud kulud HIV-ravile võivad juba 3 aasta pärast ületada 210 miljonit krooni aastas. Tegemist on pideva väljaminekuga, mis pigem kasvab kui kahaneb, kuna ravi vajavaid HIV-positiivseid lisandub pidevalt juurde. Ravirežiimi ei saa ka ajutiselt katkestada, kuna katkestamine tekitab probleeme resistentsusega. Mujal maailmas läbi viidud kulu-uuringud näitavad, et HIV/AIDSiga seotud ravikulud kasvavad hüppeliselt haiguse terminaalfaasis.¹⁰

Seni pole Eestis täpseid kuluprognoose ja kulu-efektiivsusanalüüse läbi viidud. Käesoleva aasta septembris valmib Maailmapanga poolt tellitud ja California ülikooli teadlaste grupi poolt läbi viidav uuring, milles esmakordselt prognoositakse HIV-epideemia mõjusid Balti regioonis, sealhulgas ka mõju Eesti majandusarengule ning rahvastikukasvule.

2.3. HIV/AIDSi ennetustegevuse organisatsioon ja selle ülesehitus

Eestis on HIV/AIDSi ennetustegevuse eest vastutavaks seni olnud Sotsiaalministeerium. Kuigi riik on HIV/AIDSi ennetustegevust rahastanud 1992. aastast, võttis ennetustegevus konkreetse programmi vormi 1997. aastal, mil Vabariigi Valitsus kinnitas Sotsiaalministeeriumi esitatud HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riikliku arengukava aastateks 1997-2001. Praegu on HIV/AIDSi ennetustegevuse aluseks Valitsuse poolt 16. jaanuaril 2002. aastal kinnitatud HIV/AIDSi ennetamise riikliku programmi aastateks 2002-2006.

1997-2002. aastal juhtis riiklikku programmi ning viis ennetustegevust läbi Tervisekaitseinspeksiooni koosseisus olev AIDS-i Ennetuskeskus. HIV-epideemia puhkemise järgselt alustas Sotsiaalministeerium 2001. aastast oma HIV-ennetuse alase kompetentsi suurendamist, planeerides 2002. aastaks eraldi HIV-ennetuse üksuse loomist Sotsiaalministeeriumis. 2002. aastast anti programmi juhtimise ülesanne üle Sotsiaalministeeriumi hallatavale riigiasutusele Eesti Tervisekasvatuse Keskus. 2003. aastal moodustas Sotsiaalministeerium Eesti Tervisekasvatuse Keskuse, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ja Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuse ühendamise läbi Tervise Arengu Instituudi, mille arenduskeskus vastutab kõigi seniste riiklike ennetusprogrammide, sealhulgas ka HIV/AIDSi ning narkomaania ja alkoholismi ennetustegevuse planeerimise ja elluviimise eest. Tervise Arengu Instituut on ka peavastutajaks Global Fund'i programmist rahastatavate ennetustegevuste eesmärgipärase planeerimise ja elluviimise eest.

HIV/AIDSi ennetustegevuste peamised rahastusallikad on riiklik programm ja Global Fund (vt. tabel 2). Ära tuleb märkida, et riikliku programmi tegelikud rahaeraldused on oluliselt väiksemad olnud kui programmis ette nähtud. Global Fund'i esimene rahaeraldus kestab kuni 2005. aastani ja edukate tulemuste korral pikendatakse toetust kuni 2007. aastani. Välisdoonorite abi selles valdkonnas on seoses Euroopa Liitu astumisega kadumas ja suurem osa doonoreid plaanib oma toetuse lõppemist käesoleva aasta jooksul.

Tabel 2 HIV/AIDS rahastamine Eestis, Eesti kroonides* ^{11,12,13}							
Rahastamis- allikas	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Riiklik programm, põhieelarvest**	8 850 000	11 850 000	11 850 000	–	–	–	
Riiklik programm, lisaelarvest	2 700 000	2 000 000	–	–	–	–	
Riiklik programm, planeeritud***	8 850 000	16 150 000	18 000 000	20 000 000	20 000 000	–	
Global Fund'i eraldus	–	554 879	35 796 644	14 464 866 1 112 682**			
USD	–	42 683	2 753 588	**			
Global Fund'i taotlus					82 485 624		
USD					6 345 048		
KOKKU	11 550 000	14 404 879	47 646 644	34 464 866	102 485 624*****		

* Global Fund'i toetus ümber arvestatud eesti kroonidesse hetkel kehtiva valuutakursiga 1 USD=13,0 EEK

** Riikliku programmi tegelik rahaeraldus, 2005 – 2008 andmed puuduvad.

*** Algselt kavandatud toetus Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud programmidokumendis.

**** Global Fundi toetus jookseb okt 2003 – okt 2005 ja võib pikeneda kuni okt. 2007, seepärast võib 2005 aasta toetus suuremaks kujuneda.

***** Kahe aasta peale kokku, riiklik toetus alates 2007. aastast pole arvestuses sees ja 2005-2006 summad on hüpoteetilised, nii nagu programmis kirjas.

3. Ennetustöö tulemuslikkuse eeldused

Ennetustöö tulemuslikkuse aluseks on põhimõte “teha õigeid asju ja teha neid õieti”, ehk tõenduspõhine tegevuste planeerimine ning nende efektiivne ja vajalikus mahus elluviimine.

HIV/AIDSi ennetuse alal on olemas rahvusvaheline kogemus ja konsensus sellest, millised ennetusmeetodid on tõhusaimad HIV/AIDSi leviku pidurdamisel vastavalt võimalikule riskigrupile ning epideemia staadiumile (lisa 3). Seda kogemust kasutati Eesti ennetustegevuste sisulisel analüüsil.

Piiratud ressursside ja rakendussuutlikkuse juures on äärmiselt oluline valida õiged tegevused õigetes proportsioonides. Sobiv tasakaal ennetustöö, ravi, hoolduse ning leevenduse vahel peaks tuginema järgmistele asjaoludele:¹⁴

- HIV/AIDSi spetsiifiline epidemioloogia, arvestades aktuaalseid riskigruppe ja epideemia faasi;
- Tegevuste kulu-efektiivsus;
- Olemasolevate (avalike) ressursside maht;
- Suutlikkus/võimekus tegevusi ellu viia;
- Mil määral tegevus on avalik hüve (*public good*).

Eesti on veel kontsentreeritud epideemia staadiumis (üle 5%-line HIV levimus riskigruppides, kuid alla 1%-levimus elanikkonnas). Seetõttu peab rõhuasetuse suunama peamistele riskigruppidele, kuid samas võtma tarvitusele meetmed, mis ennetaksid epideemia levikut kogu elanikkonnas.

Efektiivne HIV/AIDSi ennetustegevus on mitmesektoriline ja mitmetasandiline, hõlmates erinevaid riigi- ja kohalike omavalitsuse asutusi avalikust sektorist ning organisatsioone äri- ja mittetulundussektorist. Erinevates sektorites töötavate ja käsuliinepidi mitteseotud organisatsioonide võrgustiku kaudu ennetustegevuse planeerimiseks ja juhtimiseks on vajalik, et ennetustegevusel on olemas:¹⁵

- Ühtne e. kõiki vajalikke tegevusi hõlmav, kirjalik, eesmärgistatud strateegia
- Keskne juhtimine koos otsusõigusega ressursside üle ja tunnetatud vastutusega
- Sisuline juht (*leadership*), keda tunnustatakse ja teatakse ning kellel on mõju avalike ressursside jaotusprotsessis.
- Monitooringusüsteem
- Regulaarne hindamistegevus

Täiendavalt on vajalik ennetustöös osalevate organisatsioonide:

- Juhtkondade ja töötajatepoolne tunnustamine, et tegemist on olulise ja kõiki puudutava tõsiste tagajärgedega probleemiga
- Teadlikkus riigi ennetusstrateegia üldistest eesmärkidest ja tegevuskavast,
- Teadlikkus oma rollist ennetustöö tervikpildis ning oma organisatsiooni pika- ja lühiajalistest eesmärkidest ja tegevustest

4. Ennetustöö sisuline planeerimine ja tõenduspõhisus

4.1. Eesti tegevuste üldine vastavus tõenduspõhisele praktikale

Maailmapank ja ÜRO AIDSi programm (UNAIDS) on välja töötanud maatriksi maailmas levinud ja oma tulemuslikkust tõestanud soovituslike metoodikatega (vt lisa 3).¹⁴ Praktiliselt kõik sealolevad komponendid on Eesti HIV/AIDSi ennetuse tegevuskavades kaetud, vähemalt programmi eesmärkide tasandil.^{11,13,16}

Ebaselge on siiski, kuivõrd riikliku programmi eelarves planeeritud summad aitavad neid tegevusi vajalikul ja piisaval määral ellu viia, et võetud eesmärged saavutada. Intervjuudest selgus, et tegelik rahaeraldus riiklikule programmile on viimase paari aasta jooksul oluliselt väiksem olnud kui programmi eelarves planeeritud. Eraldatud rahast on märkimisväärne osa läinud ARV-ravimite ja HIV-testimise jaoks (ca 5 miljonit ja 2 miljonit krooni). Programmi rahadest kaetakse ka kõik administratiivsed kulud, k.a. programmi meeskonna ülalpidamine. Seega on muude ennetustegevuste raha realselt olnud vaid üks kümnendik sellest, mis programmi sisse kirjutatud. Viimase kahe aasta sügisel on ennetustöö jaoks lisaeelarvest eraldatud täiendavalt ca 2 miljonit krooni, kuid hiline rahalaekumine tähendab mitmekordset tegevuste ümberplaneerimist ning ressursside ebaühtlast jagunemist aasta lõikes. Näiteks on lisaeelarve toetus viinud kiirustamiseni projektikonkursside korraldamisel, mis omakorda seab ohtu kvaliteedi tagamise. Global Fund toetab mõnda väga konkreetset tegevust ja ei saagi riikliku programmi kuidagi asendada (vt lisa 3). Riikliku programmi pidev alarahastamine tähendab, et tegelikkuses programmi dokument pigem kirjeldab positiivset visiooni kui realselt saavutatavaid eesmärgi.

Alarahastamine tähendab ka killustatuse ohtu ning riski, et mitte ühtegi tegevust ei tehta piisavas mahus. Piiratud ressursside juures tuleb teha strateegilisi valikuid. Lõpptulemus võib parem olla kui teha kriitilisi tegevusi vajalikus mahus, selle asemel, et kõike teha liiga väikses mahus. Üheks näiteks on riiklikus programmis planeeritud summad kampaaniateks, kus riiklikuks kampaaniaks on ette nähtud 500 000 krooni ja maakondadele 700 000 krooni. Kumbki summa pole piisavalt suur, et midagi olulist teha ja ehk oleks tulemusrikkam valida ühe või teise tegevuse vahel. Seega jätab riikliku programmi planeerimine kohati mulje, et üritatakse teha kõike, samas planeerimata selle jaoks piisavalt ressursse või arvestamata planeeritust väiksemana saadud ressursi. Intervjuudele tuginedes on prioriteetide sättimine viimaste aastatega paremaks muutunud ja valikuid tehakse selgemalt kui varem. Raha püütakse valdkonnapõhiselt suunata, näiteks olid 2002. aasta prioriteediks süstivad narkomaanid ja suurem osa võimalikest finantsidest suunati sinna.

Kulu-efektiivsusuuringuid pole ennetustegevuste ega ravirežiimide kohta läbi viidud ja valikud ei tugine seetõttu nende tulemustele. Kuna kulud ja kulustruktuurid erinevad suurel määral erinevate riikide ja isegi erinevate patsiendigruppide vahel, peavad kuluanalüüsid põhinema kohalikel andmetel¹⁷ ja mujal maailmas kulu-efektiivsust tõestanud interventsioonid e.ravi-ja ennetusmeetodid ei pruugi Eesti kontekstis efektiivseks osutuda. Põhilised takistused kulu-efektiivsusuuringute läbiviimiseks on inimressursi puudus ja adekvaatsete andmete puudulikkus. TAI's on alates 2004. aastast tööle võetud üks tervishoiuökonomik, kuid see ei ole piisav, et vajadusi katta. Oleks vaja analüütikute mahtu suurendada ja nende kompetentsi tõsta.

Nagu aruande 3. osas välja toodud, on oluline valida õiged tegevused õigetes proportsioonides. Eesti epideemia kulgu vaadates ei ole alati kõik tegevused õigel ajal õiges mahus toimunud, ja seda mitte ainult rahalise ressursi puudumise tõttu. Poliitiline vastuseis põhjustas Eestis laiaulatuslike süstlavahetusprogrammide rakendamise edasilükkumist. Vastuseisu on olnud ka kohalikes omavalitsustes mõne tegevuse alustamise suhtes nende territooriumil (näiteks 2003. a probleemid Tartus AIDSi nõustamiskabineti avamisel, narkomaanide ravi ja rehabilitatsioonikeskuste loomise osas mõnes kohas jne.) Siinkohas muutub ülioluliseks riikliku programmi roll selgelt ja konkreetselt selgitada programmis seatud prioriteete ning põhjenda oma valikuid, samuti Valitsuse avalik poliitiline tugi HIV-leviku ennetustegevustele.

Soovitused:

- Eraldada riiklikule programmile eesmärkide saavutamiseks piisavalt vahendeid.
- Planeerida programmi eelarved nii, et need peegeldavad strateegilisi valikuid ja toetavad efektiivsete tegevuste elluviimist piisavas mahus.
- Analüüsida erinevate ennetustegevuste ja ravivariantide kulu-efektiivsust ja arvestada tulemusi tulevaste tegevuste kavandamisel ja prioriteetide sättemisel. See eeldab vastava kompetentsi olemasolu piisavas mahus ja rahalisi ressursse.
- Riigi poolt üles näidata selget liidrirolli kohalike omavalitsuste ja teiste oluliste osapoolte suhtes, et sisestada usku ja usaldust HIV-st ja narkomaaniast tingitud kahju ennetamise tõenduspõhistesse tegevustesse ja motiveerida tegutsemist.

4.2. Võtmetegevuste analüüs

Arvestades epideemiaga haaratud riskigruppe Eestis, on olulisima tähtsusega järgmised tegevused: süstivate narkomaanide kahjuennetus, seal hulgas süstlavahetusprogrammid ja asendusravi, vabatahtlik nõustamine ja testimine (VNT) ning teadlikkuse tõstmine ja tervist säästva käitumise kujundamine koolinoorte ja kogu elanikkonna hulgas. Allpool järgneb hinnang olukorrale neis võtmetegevustes.

4.2.1. Kahju vähendamine süstivate narkomaanide seas

Kõige kriitilisema sihtrühmana tõi WHO raport välja süstivad narkomaanid (SN).³ Põhilised ennetustegevused SN-ide seas on süstlavahetus ja metadoonravi. Süstlavahetusprogrammi eesmärk on suurendada narkomaanide seas steriilsete nõelte ja süstalde individuaalset kasutamist, vähendades nakkuse edasiandmise riski. Metadoon on sünteetiline heroiinist nõrgema toime ja pikema toimeajaga narkootiline aine, mis on kasutusel narkomaania asendus- ja võõrutusravis. Selleks, et efektiivselt HI-viiruse levikut vähendada süstivate narkomaanide seas, tuleks süstlavahetusprogrammidega katta vähemalt 60% ja metadoonraviga 30% sellest riskigrupist.

Metadoonravi on oluline mitmest aspektist. Esiteks on metadoonravi hea HIV-ennetustegevus, kuna iga asendusdoos tähendab ühte ärajäänud süstimist ja potentsiaalse nakatumise riski vähenemist. Võõrutus- ja asendusravi on oluline ka HIV-positiivsetele süstivatele narkomaanidele, kes peaksid ARV-ravi alustama, kuna ravirežiim on väga

nõudlik ja ravile allumine aktiivsetel süstijatel halvem kui teistel gruppidel. Narkootikumide tarbimine on seotud ebastabiilse eluviisiga, nõrga sotsiaalse toega, meditsiinasutuste mitteusaldamisega, hädaabi teenuste ülekasutamisega, depressiooni ja teiste vaimse tervise probleemidega ning arstivisiitide eiramisega.¹⁸ Kõik need faktorid raskendavad efektiivset ravi. Niisiis tuleks narkomaaniaprobleemiga tegeleda enne ravi alustamist. Võõrutusravile lisaks tuleb pakkuda pikaajast sotsiaalset rehabilitatsiooni.

Täna on raske hinnata interventsioonidega kaetud sihtrühma suurus, kuna ei ole täpselt teada süstivate narkomaanide arv. Madalaimad hinnangud pakuvad SNide arvaks Eestis 10 000-12 000 inimest.

Lisaks sihtrühma puudulikule kaardistamisele on süstlavahetusprogrammide tulemuslikkuse mõõtmine mõne intervjueeritava sõnul raskendatud asjaolust, et alati ei eristata esmas- ja korduvkülastajaid (kavandatud üle-eestiline kliendikaardisüsteem pole veel täies mahus rakendunud). Süstlavahetusprogrammide peamine rahastaja on Global Fund, riiklik programm näeb käesoleval aastal ette vaid süstlavahetuspunktide töötajate ja nõustajate koolitust. Positiivne on, et süstlavahetusteenust on laiendatud ja teenuse kvaliteet paranenud, valminud ja heaks kiidetud on „Süstivate narkomaanide nõustamise ja süstlavahetuse” teenuse kirjeldus. Samuti on tegevused väljunud juhusliku finantseerimise alt (varem rahastati projektipõhiselt Hasartmängumaksu nõukogu poolt). Samas on kätte jõudnud hetk, kus tuleb planeerida pidev rahastamine nendele tegevustele ka siis, kui Global Fund’i toetus lõppeb. Narkomaania ennetamise riikliku strateegia tegevuskava aastateks 2004-2008 näeb ette väiksemaid summasid süstlavahetuse jaoks (300 000 krooni aastas 2005-2008), mida võib võrrelda Global Fund’i 3,7 miljoni krooniga ainult 2004. aastal.^{11,19} Ei ole alust arvata, et süstivate narkomaanide arv Eestis lähiaastatel niivõrd palju langeks.

Positiivseks pidasid intervjueeritavad head koostööd Uimastiseirekeskuse, HIV/AIDSi programmi ja narkoprogrammi vahel, mis loob eeldused heaks koordineerituseks. Ka maakonnatasandil on narko- ja HIV-tegevused hästi koordineeritud.

Metadoonravi suurim rahastaja on samuti Global Fund, mille toetusel saab hetkel võõrutus- ja asendusravi 130 SNI, mis moodustab umbes 1% kogu riskirühmast. Nii väikese mahu puhul on ülimalt oluline läbi mõelda mis prioriteetide järgi ravijärjekorda reguleerida, näiteks esmajärjekorras ravida rasedaid SNe ja SNe, kes vajavad ARV-ravi alustamist.

Soovitused:

- Jätkata seiresüsteemi ülesehitamist ning Sotsiaalministeeriumil koostöös TKI-i ja TAI-ga teha kõik endast olenev Nakkushaiguste registri võimalikult kiireks rakendamiseks, et oleks võimalik adekvaatselt Eestis hinnata HIV-levikutrende ja selle alusel planeerida ennetusmeetmeid ja tulevasi tervishoiu jm HIV-ga seotud kulusid.
- Praegu planeerida pidev ja püsiv rahastamine kahjude vähendamiseks seotud tegevusteks pärast Global Fund’i toetuse lõppu.
- Metadoonraviga haarata rohkem patsiente ja vajaduse korral reguleerida järjekorda selgete prioriteetide alusel.
- Luua rohkem pikaajast sotsiaalset rehabilitatsiooni võimalusi.

4.2.2. Vabatahtliku nõustamise ja testimise (VNT) kättesaadavus, standardiseeritus ja rahvusvahelistele soovitudele vastavus.

Vabatahtlik nõustamine ja testimine on praktiliselt ainuke üksikisiku tasandil pakutav HIV-ennetusteenus, mis saab isikut mõjutada tema riskidest lähtuvalt. Eriti oluline on VNT-teenuse puhul nõustamise osa, mis tuleks läbi viia enne ja pärast testimist ning sõltumata inimese HIV-staatusest. Varem välja toodud kriitika kohaselt oli VNT ebapiisavas mahus kättesaadav, ebahütlase kvaliteediga ja ei järgitud alati rahvusvahelist praktikat testi tulemuse teatamisel.³ Negatiivsetest tulemustest teatati telefoni teel ja positiivse tulemuse korral kutsuti patsient kohale, kuigi soovitatav on kõigi testinute ühelaadne kohtlemine ning positiivsest vastusest teavitamine alles peale kinnitava kordustesti tulemuse saamist.

Tänaseks võib AIDSi nõustamiskabinettide arvu piisavaks pidada, aga laiendada tuleks VNT teenuste pakkumist muude olemasolevate tervishoiuasutuste juures. Hästi töötavad Eesti Pereplaneerimise Liidu poolt koordineeritud 16 noorte nõustamiskeskust erinevates linnades. Mitmed intervjuueeritavad pidasid VNT teenuste taset ja kvaliteeti ebahütlaseks või lausa nõrgaks. Et ühtlustada VNT kvaliteeti, töötati TAI poolt rahastatud AIDSi nõustamiskabinettidele välja testimiseelne ja –järgne ankeet. Ankeet tahetakse kasutusele võtta ka vanglates ja noorte nõustamiskeskustes, ülejäänud riiki pole plaanis katta. Samamoodi on loodud alused VNT juhiste väljatöötamiseks.

Inimressurssi on arendatud läbi 2003. a. toimunud ja WHO poolt toetatud VNT koolitajate koolituse. Teenust pakkuva personali koolituse maht on siiski selgelt ebapiisav. Täna antakse AIDSi nõustamiskeskustes testimise tulemus kätte kohale tulles. Teadaolevalt on siiski VNT kvaliteet ja praktika ebahütlane ning endiselt esineb ka telefoni teel tulemuse teatamist. Rasedate sõeluuringutel ei rakendata sageli testimiseelset ja –järgset nõustamist. Ühest küljest pole standardne nõustamine selles sihtrühmas põhjendatud, teisest küljest tuleks võimaluse korral alati kaardistada inimese riske ja sellest lähtuvalt nõustada, niisiis jääb lihtsalt üks võimalus populatsioonini välja jõuda kasutamata.

Käesolevalt registreeritakse Eestis kõiki HIV-juhte anonüümselt ning andmed kogutakse ainult kliendi soo, vanuse ja elukoha kohta. Et ennetus- ja raviteenuseid oleks võimalik adekvaatselt planeerida, vajaksime täpsemaid andmeid HIV-levikuteede ja sihtrühmade kohta, mida praegune registreerimissüsteem aga ei võimalda. Samuti ei võimalda süsteem välistada ühe HIV-juhu mitmekordset registreerimist. Tänaseks on TAI välja töötanud uue HIV-teatise vormi, mis sisaldab isikustatud andmeid ja mida seetõttu veel ei rakendata. Samas on praegust olukorda arvestades suur vajadus korrastada seiresüsteemi, mille kvaliteedile isikustatud andmete registreerimine oluliselt kaasa aitaks.

Soovitused:

- Laiendada VNT teenuse pakkumist olemasolevate tervishoiuasutuste juures.
- Välja töötada VNT juhised, kus olemas eraldi juhtnöörid rutiinsete sõeluuringute jaoks (rasedad, doonorid).

- Rakendada paremat järelvalvet ja kvaliteedikontrolli pakutava vabatahtliku nõustamise ja testimise teenuste üle.
- Välja töötada koolitussüsteem VNT teenust pakkuva personali pidevaks koolitamiseks.
- Kasutusele võtta TAI poolt välja töötatud teatise vorm, alternatiivselt parandada registrisüsteemi muul moel.

4.2.3. Teavitustöö ja riskikäitumise vähendamine koolinoorte ja ülejäänud elanikkonna hulgas

Teadlikkuse tõstmine ja tervist säästva käitumise kujundamine noorte ja kogu elanikkonna hulgas on muutunud väga oluliseks olukorras, kus üha rohkem nakatumisi toimub seksuaalsel teel. Tervise Arengu Instituudil on olemas hea ülevaade noorte (vanuses 10-29 a.) praegusest teadlikkusest ja riskikäitumisest, mis annab aluse heaks teavitustöö planeerimiseks vastavalt sihtrühma vajadustele.²⁰

Terviseõpetus, seal hulgas seksuaalkasvatus, kuulub inimeseõpetuse ainesse. Terviseõpetus koolides on jätkuvalt ebaühtlane ja ebapiisav. HIV/AIDSi temaatika käsitlemine on juhuslik ja ebapiisav, ning rahulolematud on nii õpilased kui ka õpetajad.²¹ Tervisekasvatuse ja seksuaalhariduse maht, ajastus ja kvaliteet sõltub paljusi konkreetsest õpetajast ja koolide juhtkonna suhtumisest. Gümnaasiumi tasemel on seksuaalkasvatus (perekonnaõpetus) valikaine ja paljud õpilased saavad seda viimast korda seitsmendas klassis. Sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus inimeseõpetuse osana tuleks teha kohustuslikuks läbi aastate, et vältida praegust olukorda kus õpilased saavad seda mõnel üksikul korral oma haridustee käigus või halvemal juhul üldse mitte. Haridusministeerium ja Tartu Ülikool on alustanud õppekava ümbertegemist. TAI juures on moodustatud selleteemaline töögrupp eesmärgiga terviseõpetuse ja seksuaalhariduse mahtu kasvatada. Protsess on siiski aeglane ja uus õppekava ei rakendu tõenäoliselt lähiaastatel. Tervisekasvatusõpetajatel puuduvad kutsestandardid, koolitus selles valdkonnas on ebapiisav ja ka koolitust saanud õpetajad on hiljem tunnistanud, et ei tunne ennast mugavalt antud teemat õpetades. Intervjuudes kritiseeriti ka õpetajate ebapiisavaid esinemisoskusi, mis selliste teemade puhul eriti olulised on. Samuti juhiti tähelepanu atraktiivsete õppematerjalide puudumisele. On juhtumeid, kus kooli juhtkonna negatiivne suhtumine raskendab õpetajatel kavandatud tundide läbiviimist. Veel on probleemiks asjaolu, et koolitundides valdavalt kasutatavad õppevormid annavad õpilastele küll teadmised, aga käitumist muudavad vähe. Samas täidavad need teoreetilised teadmised oma kohta, nii et kooliharidus ei tohiks seksuaalkasvatust üldse kahe silma vahele jätta.

Üks tõestatud efektiivne ja maailmas levinud metoodika noortes tervistsäästva käitumise kujundamiseks on niinimetatud *peer education*, ehk siis omasuguste koolitamine. Metoodikat saab tulemuslikult kasutada nii riskirühmades (näiteks süstivate narkomaanide seas) kui ka koolinoorte seas („noored noortele“ seksuaalkasvatus). Metoodika erineb formaalsest kooliharidusest eelkõige läbi selle, et ta annab väga kiireid tulemusi (vastukaaluks õppekavade muutmise protsessi aeglusele), tagab püsivad muutumised käitumises ja hoiakutes, on informaalne ja võimaldab individuaalset lähenemist, ning on noori väärtustav ja kaasav lähenemisviis, mis toetab aktiivset ühiskonnas osalemist.²² „Noored noortele“ seksuaalkasvatust peetakse kiireimaks ja efektiivseimaks vahendiks Eesti noorte tervistsäästva käitumise kujundamisel ja

HIV/AIDS ennetustöös. Eestis pakuvad praegu „noored noortele“ koolitust mitu organisatsiooni, näiteks Eesti Punane Rist, Arstiüliõpilaste selts, MTÜ Living for Tomorrow, Eesti Pereplaneerimise Liit ja Sihtasutus Anti Liew ja Hingehoidus. Suurim rahastamise allikas on täna Global Fund, varem on ka Haigekassa ja erinevad välisdoonorid rahastanud üksikuid projekte. Probleemiks on vähene tugi riigi poolt ja projektipõhine rahastamine, mis paneb MTÜd omavahel pigem konkureerima kui head koostööd tegema. Riigi poolt oleks vaja selget tuge metoodika suhtes, eriti läbi organisatsioonide võrgustiku koordineerimise, rahastamise ning pikaajaliste riiklike tellimuste.

Täiskasvanud elanikkonna teavitustöö on olnud senini tagaplaanil ning teadlikkust HIV-riskidest ja levikuteedest ning riskikäitumisest ei ole teadaolevalt samasuguse põhjalikkusega uuritud. Samas oleks uuring vajalik laiema elanikkonna teavituse vajaduse ja -ulatuse hindamiseks ning teavituskanalite valikuks.

Soovitused:

- Kiirendada õppekava ümbertegemise protsessi.
- Tagada, et uues õppekavas oleks sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus ja seksuaalkasvatus adekvaatses mahus käsitletud.
- Välja töötada inimeseõpetuse õpetaja kutsestandardid.
- Koolitada ja pidevalt täiendkoolitada õpetajaid nii seksuaalharidusega seotud teemades kui ka esinemisõppes.
- Välja töötada ja kasutusele võtta atraktiivsed õppematerjalid.
- Positiivsete hoiakute kujundamine koolides (kooli juhtkonna tasemel).
- Toetada rahaliselt „Noored noortele“ võrgustikku, et koolitusvorm muutuks jätkusuutlikuks ja Eestit katvaks (TAI/riikliku programmi alt).
- Viia läbi uuring Eesti täiskasvanud elanikkonna HIV/AIDSi teadlikkuse ja riskikäitumise hindamiseks, analoogiliselt 2003. aastal läbi viidud noorteuuringuga.

5. Ennetustegevuse organisatsioonilise ülesehituse efektiivsus

5.1. Ühtse eesmärgistatud ennetusstrateegia olemasolu

Eesti HIV/AIDSi ennetustegevus on muutunud oluliselt konkreetsemaks võrreldes 2001. ja 2002. aastaga. Tegevustel on konkreetsed mõõdetavad eesmärgid ja kõik olulised valdkonnad on tegevustega kaetud.

Siiski ei saa öelda, et praegu eksisteeriks ühtset ennetuskava või strateegiat, kust oleks võimalik saada sarnaselt lisa 3-s kasutatud tabelile ülevaadet kogu ennetustegevusest, koos ülevaatega vastutajatest, täitjatest ja tegelikust rahastamise mahust. Tervise Arengu Instituudil ei olnud mais 2004 veel esitada läbi TAI läbiviidava ennetustegevuse ühtset tegevusplaani aastaks 2004, vaid riikliku programmi ning Global Fund'i poolt rahastatavaid tegevusi planeeriti eraldiseisvates dokumentides. Küsimusele, kas teate Eesti 2004. aasta HIV/AIDS ennetustegevuse üldisi eesmärke või kas saab öelda, et Eestis on olemas üldine HIV/AIDSi ennetuse tegevuskava, vastasid kõik intervjuueeritavad, sealhulgas Tervise Arengu Instituudi töötajad, eitavalt. Tähelepanu väärib Sotsiaalministeeriumi roll HIV/AIDSi ennetustegevuse ühtsel koordineerimisel, kus on välja kujunenud erinev aruandlusprotseduur riigieelarvest rahastatavatel tegevustel ning GF tegevustel. Kui GF annab aru igakuiselt koosolekul, mida juhib sotsiaalminister, siis riikliku programmi järelevalve toimub kord kvartalis komisjoni poolt, mida juhib abiminister. Seega ei ole Sotsiaalministeeriumi juhtkonnal ning sotsiaalministril jooksvat tervikpilti planeeritud HIV/AIDSi ennetustegevustest ning nende elluviimise käigust.

Nii Sotsiaalministeerium kui Tervise Arengu Instituut kinnitasid, et tervikpilt ennetustegevusest tahetakse kirjeldada planeeritavas HIV/AIDS ennetusstrateegias, mille koostamist Sotsiaalministeerium on juba alustanud. Samas võtab strateegia väljatöötamine ilmselgelt aega, mistõttu ülevaatlikkuse ning parema sisemise ja välimise kommunikatsiooni huvides oleks vajalik koondada senised tegevused juba praegu ühtsesse tegevuskavva vastavalt riskigruppidele ja tegevustele, tuues samas dokumendis ära kõigi tegevuste eelarved ning rahastamise allikad. Selline praeguste tegevuste koondamise teel saadud dokument võib olla heaks aluseks ka strateegia koostamisel.

Soovitused:

- Tervise Arengu Instituudil koondada teadaolevad HIV/AIDS ennetustegevused ühtsesse dokumenti ning planeerida ja jälgida ennetustegevust ühtselt.
- Sotsiaalministril käsitleda iga-kuiselt kogu HIV/AIDSi ennetustemaatikat, mitte ainult GF aruandlust.

5.2. Keskne juhtimine ja koordinatsioon koos otsusõigusega ressursside üle ja tunnetatud vastutusega

Nagu aruandes eelnevalt kirjeldatud, on HIV/AIDS programmi juhtimisstruktuur 1997. aastast mitmeid kordi muutunud. WHO missioon juhtis oma viimases raportis tähelepanu killustunud koostööle ja puudulikule koordineerimise erinevate asutuste vahel, mille loogiliseks tagajärjeks oli sisulise üldvastutaja puudumine HIV/AIDSi ennetusprogrammis.

Sotsiaalministeerium koondas 2003. aasta mais riiklike ennetusprogrammide juhtimise Tervise Arengu Instituudi alla eesmärgiga parandada koordineerimist ja luua programmidele ühtne juhtimine ja selge vastutus. Põhimõttelisel tasemel toetasid kõik intervjuueeritud seda sammu, pidades erinevate tegevuste koordineerimisvõimalusi läbi TAI paremaks võrreldes varasema olukorraga. Samuti on TAI tekkega, eriti GF tõttu, mis on vaid teenuseostja, selginenud programmi juhtasutuse roll eelkõige tegevuste planeerija ja rahastajana.

Samas on siiski alles jäänud rida juba varasemalt märgitud probleeme.

Jätakuvalt ei ole määratletud või välja kujunenud sisulise juhi ja üldvastutaja rollid HIV/AIDSi ennetustegevuses. Põhimõtteliselt eksisteerib nõuandva organina HIV/AIDSi ennetustegevuse koordineerimiseks *Country Coordinating Mechanism* (CCM), mis kutsuti Sotsiaalministeeriumi initsiatiivil kokku GF'le rahataotluse ettevalmistamise ajal, ning mis hõlmab laiahaardeliselt erinevaid HIV-ennetuse valdkonnas tegutsevaid organisatsioone. Hetkel on CCM'i rolli, ülesannete ja koosseisu osas veel toimumas arutelu.

Küsimusele, kes vastutab Eestis HIV/AIDSi ennetustegevuse eest, vastasid kõik intervjuueeritavad erinevalt – nimetati nii sotsiaalministrit, sotsiaalministeeriumi abiministrit, asekanclerit, sotsiaalministeeriumi tervikuna, Tervise Arengu Instituudi direktorit ja TAI Arenduskeskuse juhatajat. TAI juhtkond tunnetab, et Sotsiaalministeerium on delegeerinud peavastutuse ennetustegevuse eest neile, kuid tunnistab samas, et Sotsiaalministeeriumi allasutusena puudub TAI-l piisav positsioon intersektoraalse koostöö mõjutamiseks ja elluviimiseks.

Tulemuslik HIV-ennetus eeldab ka teiste ametkondade, nagu näiteks Haridusministeeriumi, Siseministeeriumi, Justiitsministeeriumi ja ka Kaitseministeeriumi poolseid tegevusi. TAI koostöö nende valitsusasutustega toimub eelkõige spetsialistide tasemel, kellel puudub mõju ministeeriumisiseste prioriteetide otsustamisel tööplaani tegemises ja eelarveprotsessis. Näitena olulises ennetustegevuse lõigus HIV-ennetusele (ja ka näiteks tuberkuloosi ravile) teiste prioriteetide eelistamist võib tuua Justiitsministeeriumi, millele alluvad Eesti vanglad. Tervishoid vanglates, k.a. HIV-ennetustegevused on olnud aastaid allpool vajalikku taset ning olulisi tegevusi on rahastatud projektipõhiselt riigieelarvevälistest rahastamisallikatest nagu Avatud Eesti Fond, Hasartmängumaksu Nõukogu, jt allikad. Tervise Arengu Instituudi loomine neid probleeme ei saa lahendada, kuivõrd TAI-l kui Sotsiaalministeeriumi hallataval asutusel puudub mõju teiste valitsusasutuste töö planeerimisele ja ressursijaotusele.

2002. aastal nähti valitsusasutuste vahelise koostöö parandamiseks lahendust kahe tegevuse kaudu. Peaministri tasemel tunnistati probleemi, et Sotsiaalministeeriumil üksinda ei ole piisavat mõju tagamaks teiste ametkondade poolt vajalike ülesannete täitmist, ning seati sisse kvartaalne aruandlusmehhanism Vabariigi Valitsusele, toetudes oma efektiivsust tõestanud analoogilisele koordineerimismehhanismile eurointegratsioonis. Aruande esitamine Vabariigi Valitsusele katkes peale 2003. aasta Riigikogu valimisi.

Teisalt plaanis Sotsiaalministeerium oma kompetentsi suurendamist HIV/AIDSi ennetustegevuse valdkonnas, et toetada paremini riikliku programmi planeerimist ja koostööd teiste ametkondadega ministeeriumite juhtkondade tasemel. HIV/AIDSi ennetusüksuse juhile oli kavandatud nn. riigipoolse vastutaja ja kõneisiku roll. Samale ajale sattus ministeeriumi tippjuhtkonna vahetumine, ning uus juhtkond algatas

struktuurireformi, milles varasemate plaanidega ei arvestatud. Praeguses Sotsiaalministeeriumi struktuuris on HIV/AIDSi ja narkomaania ennetustöö rahvatervise osakonna allüksuse ühe ametikoha ülesanne. Ministeeriumi struktuurireformiga kaasnes ka inimeste vahetumine, ning 2004. aasta juunis oli nimetatud ametikoht veel täitmata.

Sotsiaalministeerium loodab, et ebamäärasus vastutuses ja ülesannete jaotuses ametkondade vahel laheneb koos ettevalmistatava HIV/AIDS ennetusstrateegiaga, mille kinnitab Vabariigi Valitsus ja mis kava kohaselt sätestab kõigi ametkondade tegevused HIV/AIDS ennetuse alal koos vajaliku ressursiproгноosiga. Analoogilise strateegia „Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012“ kinnitas Vabariigi Valitsus oma otsusega 22. aprillil 2004. a.

Kahjuks ei anna kinnitatud narkostrateegia analüüs kindlust, et erinevad ametkonnad seal toodud ülesandeid tõesti vajalikes mahtudes ellu viima asuvad. Strateegias ei nimetata, milline asutus kogu strateegia elluviimise ja selle jälgimise käigu eest vastutab, puudub kontrollmehhanism tagamaks, et ametkonnad oma eelarve kujundamise protsessis eraldavad narkostrateegias nimetatud tegevustele prognoosikohase vajaliku ressursi. Valitsuse otsus kohustab Sotsiaalministeeriumi andma kord aastas Valitsusele aru strateegia elluviimise käigust, mis on liialt harv aasta sees tekkinud probleemide avastamiseks ja lahendamiseks, kui mõni ametkond ei ole omi kohustusi piisavas mahu täitnud. Sotsiaalministeeriumi töötaja oli seisukohal, et iga organisatsioon vastutab ise oma ülesannete täitmise eest. Paraku kinnitab varasem kogemus HIV/AIDS ja alkoholi ja narkomaania ennetusprogrammi elluviimisel, et ilma keskse koordinatsiooni ja regulaarse aruandluseta ressursside üle otsusõigust omavale tasemele ei pruugi ametkonnad üksikute oma ülesandeid täita, vaid võivad oma eelarvekuluseid planeerides eelistada muid otsesemalt ainult omasse kuuluvaid ülesandeid.

Soovitused:

- Alustada kvartaalse või poolaastase aruandlusega Vabariigi Valitsusele HIV/AIDSi ennetustegevuse elluviimise käigust ning narkomaania ennetuse strateegia elluviimise käigust.
- Rahandusministeeriumil ja peaministril jälgida eelarvekoostamise protsessis, et erinevate ametkondade ülesanded narkostrateegias on vajalikul määral ressurssiga kaetud ja vajadusel sekkuda ametkonna prioriteetide seadmisel.
- Sotsiaalministeeriumil kiirustada HIV/AIDSi ennetusstrateegia dokumendi väljatöötamisega, milles on kirjeldatud ka elluviimise jälgimismehhanism Vabariigi Valitsuse tasemel.
- Strateegia alusel koostada iga-aastaselt ühtne HIV/AIDS ennetamise tegevuskava, koos detailse tegevuspõhise eelarve ja tulemusindikaatoritega.

5.3. Ennetustegevuse koordineeritus erinevate rahastamisallikate ja teiste riiklike programmide vahel, koostööd mõjutavad faktorid

Peamised ennetustegevuse rahastamisallikad 2004. aastal ning lähiaastatel on riigieelarve ning Global Fund'i programm, mida mõlemad planeerib ja administreerib Tervise Arengu Instituut. Seega on loodud eeldus kõrvaldamaks varasemates hindamistes äramärgitud nõrka erinevate programmide vahelist koostööd ja infovahetust.

Intervjueritud inimesed kinnitasid, et TAI loomisega on loodud paremad organisatsioonilised eeldused koordineeritud tegevuste planeerimiseks. Samas, nagu ka varasemates peatükkides kirjeldatud, kõlas kõigist intervjuudest läbi tõdemus, et ühtset planeerimist ja tulemuste hindamist TAI sees hetkel siiski ei toimu. Regulaarset informatsiooni- ja kogemuse vahetust ei toimu ka riikliku programmi ja GF programmi eest vastutavate inimeste vahel. Intervjueritud inimesed nii TAI-st väljaspool kui TAI-s pidasid kõik oluliseks suuremat koostööd TAI-s HIV-ennetuse erinevate lõikudega tegelevate inimeste vahel. Vajalikul määral koostöö puudumise põhjusena nimetasid intervjueritud eelkõige inimestevahelisi suhteid, GF programmi otseallumist TAI direktorile, mitte TAI Arenduskeskuse juhatajale ning emotsionaalselt pingestatud töökeskkonda.

Peab tõdema, et TAI-s ei ole potentsiaal sünergia loomisel HIV/AIDSi ennetustöö planeerimisel ja elluviimisel täiel määral rakendunud ning peamiseks pidurdavaks teguriks ei ole mitte niivõrd organisatsiooniline struktuur, vaid sisekliima. GF programmi otseallumine TAI direktorile ei peaks takistama sisulist koostööd TAI sees. Lahenduseks ei ole ka osade inimeste töölt lahkumine, kuivõrd HIV/AIDS riikliku programmi juhtimisel on olnud juba liialt suur töötajate vahetumine. Inimestevahelisi pingeid peab suutma lahendada TAI ja eriti Arenduskeskuse juhtkond oskusliku juhtimisega läbi tööle ning eesmärgile suunatuse.

Soovitused:

- TAI-s viia sisse ühtne TAI poolt läbiviidavate HIV-ennetuse tegevuste planeerimine, jälgimine ja regulaarne infovahetus.
- TAI-l kaasata professionaalseid juhtimiskonsultante sisekliimast tingitud koostööprobleemide leevendamiseks ja lahendamiseks.

5.4. Maakondade ja kohalike omavalitsuste haaratus ennetustegevusse

Varasematel aastatel on riigi tasand ennetustöös toetunud peamiselt maavalitsuste juures töötavatele tervishoiu ja tervisedendusega tegelevatele spetsialistidele. Üksikute eranditega on enamik kohalikest omavalitsustest HIV/AIDSi ennetust näinud eelkõige riigi probleemina otsimata oma võimalikku rolli selles. Eelpool kirjeldasime ka näiteid, kus kohalik tasand on aktiivselt pakutud ülesannetest hoidunud. Suurimaks erandiks on siinjuures Tallinna linn, mis on narkomaania ja HIV/AIDSi ennetustööd aktiivselt planeerinud ja rahastanud.

Intervjuudest selgus, et viimase aasta jooksul on riigi tasandi side maakondadega nõrgenenud. TAI sisemise struktuuri kujunemise käigus on varasemate Eesti Tervisekasvatuse Keskuse töötajate ülesanded ümber jaotunud, mõned inimesed vahetunud ja uusi juurde tulnud. Maakonnaspetsialistidel puudub teave, kelle poole millises küsimuses pöörduda. Tervise Arengu Instituudi töötajate intervjuudest selgus ebakindlus maakondade rolli osas ning toimuvad arutelud selle üle, kas TAI esmaseks kontaktiks peaks olema maakonnatasand või hoopis kohalikud omavalitsused.

Põhimõtteliselt tuleb toetada kohalike omavalitsuste suuremat kaasatust ennetustegevusse, sest erinevalt maavalitsustest on neil oma tulubaas ja võimalus tegevusi planeerida ja rahastada. Samal aja on oluline säilitada ja tugevdada hästitöötavaid kontakte maavalitsuste spetsialistide kui olemasolevate ja kogemustega inimestega.

Soovitused:

- Tervise Arengu Instituudil (koos Sotsiaalministeeriumiga) seada sisse regulaarne infovahetuse mehhanism maakonna tasandi tervisedenduse eest vastutavate spetsialistidega.
- TAI-s määratleda konkreetne kontaktinimene maakonna spetsialistide jaoks, kelle kaudu koostööd ja TAI infopäringuid maakondadest korraldada.

5.5. Koostöö ja tegevuste koordineeritus otsest ennetustööd tegevate organisatsioonide vahel

Ennetustöö organisatsioonilises struktuuris on võrreldes 2002. aastaga eraldunud ennetustegevuse planeerija ja rahastaja roll (Sotsiaalministeerium ja TAI, kaasa arvatud GF programm) ning elluvijatena TAI lepingupartnerid, mis sageli on MTÜ-d. Global Fund'i suuremahuline rahaeraldus HIV/AIDSi ennetustööks on viimase aastaga oluliselt tõstnud ennetustööde mahtu ning juurde toonud uusi organisatsioone ja inimesi.

Samas väljendati erinevates intervjuudes kahtlust, kas juurdetulnud inimeste ja MTÜ-de töö on piisavalt kvaliteetne arvestades varasema kogemuse puudumist HIV/AIDSi spetsiifilistes probleemides. Kogemuse vahetamise ja edasiandmise takistusena nähti MTÜ-de vahelist konkurentsi riigihangetel GF programmi raames ja edaspidi ka Eesti Haigekassa rahastatavas tervisedenduse töös. Pikemalt on sama probleemistikku käsitletud uurimistöös *External Evaluation of System-Wide Cooperation and Capacity Building with the Framework of the Estonian HIV/AIDS Prevention System*.²³

Ennetustöö kvaliteedi tagamise jaoks on MTÜ-de koostöö ja kogemuste vahetamine hädavajalikud ning juhtiva rolli peab siin võtma TAI kui peamine MTÜ-de riigipoolne lepingupartner ning üldine ennetustöö planeerija ja koordineerija.

Konkurentsitunnet MTÜ-de vahel vähendaks nende kindlus oluliste tegevuste pikaajalises püsirahastamises (näiteks noorte koolitus, anonüümne nõustamis- ja testimisteenus, süstlavahetus), samuti riigipoolne rahaline toetus püsikulude katmisel.

Soovitused:

- TAI-l kaaluda süsteemi loomist MTÜ-de vahelise kogemuse ja informatsiooni vahetamiseks.

6. HIV/AIDSi ennetustegevuse edasine jätkusuutlikkus

Nagu sissejuhatuses kirjeldatud, puudub HIV/AIDSil tänapäeval ravi, mis vabastaks nakatunud inimese nakkusest. Nakatumise edasise leviku piiramiseks peab ennetustöö olema pidev ja tõhus ning ennetustegevuse meetodid kohandatud epideemia muutuvale olemusele ning riskigrupi iseärasustele.

Tulevikuperspektiivi arvestades on oluline hinnata, kas meie tänane ennetustegevus kohandab ennast paremini tekkivatele vajadustele kui seda teeb haigus. 4031 registreeritud HIV-positiivset 2004. a. juunis on Eestis jaoks suur probleem, kuid pidev ennetustöö, efektiivse ravi kättesaadavus ja ressursside olemasolu lubab meil täna veel toime tulla epideemia ja selle tagajärgedega.

Jätkusuutlikkuse aspektist on oluline hinnata, kuidas on kavandatud rahastada kriitilise tähtsusega tegevusi peale Global Fund'i rahastamise lõppu, kas meil on ulatuslike ennetus-, ravi-, sotsiaal- ja rehabilitatsiooniprogrammide rakendamiseks olemas piisav koolitatud inimressurss, milline on kolmanda sektori suutlikkus pakkuda kõrge kvaliteetseid teenuseid ning kuidas seda toetavad riiklikud ja rahvusvahelised rahastamismehhanismid.

Erinevate ekspertide hinnangul jõuab epideemia esimestel aastatel nakkuse saanud inimeste haigusekulg järgmisse faasi hinnanguliselt 2006-2007 aastal, mil ligikaudu pooled tänastest HIV-positiivsetest võivad hakata vajama ravi. Selletõttu on oluline hinnata ka tervishoiusüsteemi tänast valmisolekut reageerida suurenenud ravivajadustele lähiaastatel.

6.1. Kriitiliste tegevuste püsirahastamine

Mitmed raportid on viidanud probleemile, kus epideemia arengu kriitilises faasis (näiteks 2002. aastaks planeeritud ulatuslik süstlavahetusprogramm) pidid mitmed MTÜd taotlema ressursse projektipõhiselt Hasartmängumaksu Nõukogult. Sotsiaalministeerium vastutava asutusena püüdis omakorda leida täiendavat rahalist toetust erinevatest rahvusvahelistest allikatest.^{1,2,3} Sisuliselt oli tegemist olukorraga, kus oli prognoositav epideemia plahvatuslik levimine süstivate narkomaanide seas, teati tõenduspõhiseid sekkumisi kahju vähendamiseks, kuid kriitilised tegevused ei saanud rahastamist riiklikest vahenditest ja valitsuse piisavat toetust. Tänapäevaks on Global Fund'i toetusel süstlavahetusteenust laiendatud ning tegevused on väljunud juhusliku finantseerimise alt. Oluline on tagada kriitiliste tegevuste rahastamine ka peale Global Fund'i toetuse lõppemist ning planeerida selleks vastavad ressursid.

Tegevuskavad on väheefektiivsed, kui puuduvad ressursid nende elluviimiseks, tegevusi rahastatakse ebapiisavas mahu ning puudub selge ja toimiv juhtimis- ja koordineerimismehhanism raamdokumentides võetud kohustuste täitmise jälgimiseks. Tegemist on üldise probleemiga riiklike programmide rahastamisel, kus valitsus kiidab põhimõtteliselt heaks programmilise tegevuskava, kuid ei eralda selle elluviimiseks riigieelarvest vajalikke vahendeid.

Vaatamata suurenenud rahastamisele, tuleb senisest suuremat tähelepanu suunata koostöö koordineerimisele erinevate ametkondade ja riiklike ennetusstrateegiate vahel (vt. lisaks 2.3.). Nii tegevusekavadele kui intervjuudele tuginedes võime väita, et erinevatele osapooltele pole üheselt arusaadav, millised on need halduskorralduslikud

rahastamisvõimalused, mis lubaksid kiiresti reageerida epideemia vormi muutumisele tulevikus.

Soovitused:

- Epideemia tingimustes tugevdada tsentraalset juhtimist ning kindlustada tegevuste piisav rahastamine riigieelarvelistest vahenditest ka peale Global Fund'i rahastamise lõppemist.
- Töötada välja rahastamise mehhanismid, mis lubaksid paindlikult ja ajakohaselt reageerida epideemia muutustele.

6.2. Institutsioonipõhise rahastamismehhanismi loomine

Kõikides raportites toodud soovitused keskendusid rahastamismehhanismide väljatöötamisele, mis toetaksid institutsioonipõhist rahastamist projektipõhise asemel, tagamaks pikaajalist planeerimist ja kvaliteetse teenuse pakkumist jätkusuutlikust koolitatud ja motiveeritud spetsialistidega organisatsioonis.^{1,2,3} Projektipõhine rahastamine võib tekitada ebakindlust mõlemas pooles. Tellija ei saa organisatsiooni järjepidevuses kindel olla, täideviija ei saa oma tegevust ja tegevuse mahtusid kaugemale ette planeerida kui projektitsükkel lubab.

Tänapäevani toimub MTÜde rahastamine projektipõhiselt. Global Fund sõlmib lepinguid vastavalt lepingus kehtestatud nõuetele ja projektide rahastamise aluseks on riigihankekonkursid. Ühest küljest kindlustab see lepingute sõlmimise organisatsioonidega, kes suudavad täita rahvusvahelistest lepingutest tulenevaid finants- ja raamatupidamisnõudeid, teisest küljest loob selline süsteem suuremad eelised suurtele organisatsioonidele. Kolmanda sektori ebaühtlast suutlikkust hallata ja taotleda vahendeid läbi riigihankekonkursside ja rahvusvahelise doonorabi mainisid muuhulgas mitmed intervjuueeritavad.

Samas tuleb siiski arvestada AIDSi ennetustegevuse eripäraga, kus on tähtis roll täita väikestel organisatsioonidel, kes saavad paindlikumalt reageerida väliskeskkonnast tulenevatele muutustele ja raskesti kättesaadava sihtgrupi vajadustele. Riigi ja kolmanda sektori koostöö üks rõhuasetusi peaks olema kasvatada mittetulundussektori jätkusuutlikkust investeerides inimressurssi ja organisatsioonide arendamisse.

Soovitused:

- Töötada välja institutsionaalse rahastamise põhimõtted, mis tagaksid olulistele valdkonnas tegutsevatele MTÜ-dele pikaajalised riiklikud tellimused või põhikulude katmise riigi poolt (nn *core financing*).
- Tõhustada riigi ja kolmanda sektori koostööd pakkudes mittetulundusühendustele regulaarseid koolitusi projektijuhtimise, finantsraamatupidamise, organisatsiooni juhtimise, kommunikatsioonioskuste jne osas.

6.3. Inimressurss ja selle planeerimine

Inimressursi süsteemne planeerimine on võti, mis tagab programmide efektiivse planeerimise, juhtimise, koordineerimise, ellurakendamise ja hindamise. Epideemia

tingimustes muutub ressursivajaduste hindamine ja planeerimine ülimalt oluliseks. Tähtsad pole mitte ainult kvantitatiivsed näitajad, vaid ka selge arusaamine millised oskused millises ulatuses on vajalikud, et reageerida kiirelt muutuva keskkonna vajadustele.^{24,25}

Oma töös jõudsim järeltulele, et Eestis puudub täna keskne ülevaade HIV/AIDSi ennetustegevusega seotud inimestest ja organisatsioonidest. Ühest küljest viitab see lühijätkaja pikaajalise strateegia puudumisele ehk me ei tea kui palju ja milliste oskustega inimesi me vajame selleks, et kindlustada ulatusliku ennetuskava elluviimine täna ja 10 aasta perspektiivis. Teisest küljest viitab see võimalikule pakutavate teenuste ebaühtlasele kvaliteedile.

Suur inimressursi puudus HIV/AIDSi ennetustegevuses (vt. ka 1.3) käib samas käikades suure kaadri voolavusega. Ühest küljest on seda mõjutanud pidevad ümberkorraldused nii HIV/AIDSi ennetustegevuse organisatoorses struktuuris, kui ulatuslikud struktuuri- ja kaadrimuudatused Sotsiaalministeeriumis ja tema haldusalas.

Kuna inimesi on vähe, siis iseloomustab sektoris töötavaid inimesi väga suur töökoormus, madalad palgad ja läbipõlemissündroom. Lisaks põhitegevusele ennetustegevuses peavad spetsialistid täiendavalt tegelema täiendavate rahastamisallikate leidmisega omamata selleks aega, vahendeid, teadmisi.

Arvestades sagedasi ning põhjalikke ümberkorraldusi on oluline tagada institutsionaalse mälu säilimine olemasolevates organisatsioonides investeerides seal töötavatesse inimestesse ja nende oskustesse: organisatsiooni juhtimine, sotsiaalne turundus, läbirääkimisoskused, meeskonnatöö jne. Eesti ei saa enam endale lubada põhjalikke ümberkorraldusi ja suurt kaadri voolavust HIV/AIDSi ennetustegevuse koordineerimisel ja korraldamisel.

Soovitused:

- Luua keskne ülevaade inimestest ja organisatsioonidest, kes aktiivselt tegelevad HIV/AIDSiga seotud projektides ja kaardistada inimressursi vajadus lühijätkaja pikaajalises perspektiivis.
- Kaaluda võimalust, et luua nn *Knowledge Management System in the Baltic Region*, mis võimaldaks saada suurem ülevaade regioonis pakutavast ekspertist ja kogemusest ja kasutada juba olemasolevat ressursi ja kogemusi.²⁴
- Arendada koostööd kõikide haakuvate programmide ja tegevusekavadega vältimaks dubleerimisi ning tagada olemasolevate ressursside optimaalne kasutus.
- Koolitusvajaduse regulaarne planeerimine HIV/AIDSi valdkonnas.

6.4 Tervishoiusüsteemi ettevalmistus HIV-positiivsete inimeste ja aidsihaigete ravikorralduseks

Arvestades epideemia kulgu ja prognoositavat ARV-ravi vajavate haigete osakaalu tõusu aastatel 2006-2007, ning ka aidsihaigete arvu tõusu, saab võtmeküsimuseks lähiaastatel meie tervishoiusüsteemi valmisolek ja suutlikkus pakkuda ravi kõikidele abivajavatele aidsihaigetele.

Lisaks prognoositavale aidsihaigete kasvule, tuleb senisest suuremat tähelepanu pöörata nakkuse ülekandumisele emalt-lapsele. HIV-positiivsete rasedate arv on kasvanud 1 juhtumist 1993. aastal 119ni 2003. aastal, mis on signaaliks, et haigus hakkab väljuma süstivate narkomaanide riskigrupist. Merimetsa haigla andmetel on alates 1993. aastast Eestis registreeritud kokku 229 HIV-positiivset rasedat, kellest sünnitanud on 126. HIV-positiivseid lapsi on registreeritud 13, üks laps on surnud.

Täna on Eestis olemas ravijuhised HIV infektsiooni diagnostika ja ravi osas. Ravijuhiste olemasolu aga *per se* ei taga veel nende rakendamist arstide igapäevapraktikas. Oluline on hinnata arstide ja meditsiinitöötajate teadlikkust, mida eeldab HIV-positiivse inimese tavahaiguste ravi ning aidsihaige ravi ja diskrimineerimisvaba kohtlemine. Samuti planeerida vajadusel täiendavaid koolitusi ja ressursse ühtlase juhtumikorralduse ning ravikvaliteedi tagamiseks.

Soovitused:

- Analüüsida tervishoiutöötajate valmisolekut ja teadlikkust töötamisel HIV-positiivsete ja aidsihaigetega, sh stigmatasest tervishoiutöötajate hulgas.
- Läbi viia kuluproгноosi- ja kuluefektiivsuse analüüs.
- Tõhustada koostööd ülikoolide ja täiendkoolituskeskustega, et välja töötada baas-ja täienduskoolitusprogrammid perearstidele, nõustajatele, sotsiaaltöötajatele HIV/AIDSi valdkonnas.

7. Monitooringusüsteem ja regulaarne hindamistegevus

Olukorra pidev monitooring ja tegevuste regulaarne hindamine on oluline eeltingimus loodetud tulemuste saavutamiseks ning eeldus efektiivseks planeerimiseks ja ressursikasutuseks.

2002. aastal hindas WHO missioon Eesti HIV/AIDSi seire- ja hindamissüsteemi täiesti puudulikuks.³ Puudub ülevaade oluliste riskirühmade suurusest ja ulatusest. Erinevates raportites antud eksperthinnangud süstivate narkomaanide ja prostitutsiooniga tegelevate inimeste arvu ja HIV-positiivsete tegeliku arvu kohta erinevad kuni kaks korda.

Praeguseks on Tervise Arengu Instituut regulaarse seire-ja monitooringutegevuse käivitunud ning eksisteerib uuringute läbiviimise kava, mida järgitakse. Nagu varasemates osades kirjeldatud, kasutatakse tegevuskavades mõõdetavaid eesmärke, mis võimaldavad hilisemat tulemuste hindamist. Andmekvaliteedi ja andmete kasutatavuse parandamiseks on TAI välja töötanud uue HIV-i teatise vormi, ning anonüümse nõustamise testimiseelse ja –järgse vormi.

Seiretegevuse kvaliteedi parandamist takistab käimasolev vaidlus ja Siseministeeriumi ametkondade vastuseis isikuliste andmete kasutamise lubamiseks uuel HIV-teatisel ja narkoravi registri loomisel. Samas on HIV-epideemia edasist levikut ja uute riskigruppide teket võimatu prognoosida omamata kvaliteetseid andmeid levikuteede muutumise kohta.

Isikuliste raviregistrite loomist nakkushaiguste ravis on argumenteeritud võimalustega registriandmestiku kaudu kindlustada ravi jätkuvus, ravikatkestuste esinemise miniseerimine ning ka võimaldada ravi tulemuslikkuse hindamist. Nende väidete

paikapidavust tõestavad Eesti positiivsed kogemused tuberkuloositõrje programmi juhtimisel, kus 1990-ndate keskel kõrgpunktis olnud epideemia saadi kontrolli alla tänu tsentraalselt koordineeritud riiklike meetmete (sh tsentraalse raviregistri loomine) rakendamisele. Tsentraalne registreerimine loob võimalused kindlustada ennetav ravikuur ja õigeaegsed testimised HIV-positiivsetel naistel sündinud lastele. Narkomaania ravis on registrid kasutusel mitmes Euroopa riigis narkomaanide asendus- ja võõrutusravi juhtimisel, lisaks sellele võimaldaks register saada tõepärasemat ülevaadet narkomaania ulatusest ja kasvu-või kahanemistendentsist.

Soovitused:

- Parlamendi HIV-ennetustegevuse erakorralisel komisjonil koostöös Sotsiaalkomisjoniga kutsuda kokku ümarlaud asjaosaliste spetsialistide osalusel, et analüüsida isikuandmete kogumise ja kasutamise vajaduse põhjendusi HIV-epideemia leviku tõkestamisel.
- TAI-l koostada tuberkuloosiregistri näitel isikuandmete kogumise ja kasutamise vajaduse põhjendus HIV-epideemia leviku tõkestamisel.

8. Kokkuvõte

Käesoleva uuringu eesmärk oli analüüsida HIV/AIDSi ennetustegevust riigis ning hinnata, kuidas on erinevates rahvusvahelistes ja riiklikes hindamisraportites viidatud probleemid leidnud kajastust tänastes riiklikes tegevuskavades ja kriitilised tegevused rahastatud.

Oma töös keskendusime kolmele peamisele põhiteemale: HIV/AIDS ennetustegevuse sisuline planeerimine ja tõenduspõhisus, HIV/AIDS ennetustegevuse organisatsioonilise ülesehituse efektiivsus, HIV/AIDS ennetustegevuse edasine jätkusuutlikkus Eestis. Analüüsi tulemusel jõudsimme järeldusele, et kõik kavandatud tegevused on tõenduspõhised ja toetuvad rahvusvahelisele kogemusele.

Samas tuleb puudusena esile tuua, et kavandatud tegevused ei ole koondatud üldisesse raamistikku ühtse strateegia ja tegevuskavana, vaid planeeritakse eraldiseisvalt vastavalt erinevatele rahastamisallikatele. Suurimad puudused ongi ennetustöö organisatsioonilistes aspektides, kus tänaseni puudub poliitiline liidriroll, Sotsiaalministeerium ja tema allasutused on pidevates struktuurimuudatustes ja kolmanda sektori haldussuutlikkus on madal.

Ennetustegevuste jätkusuutlikkuse tagamiseks peale Global Fund'i rahaeralduse lõppu konkreetseid kavasid veel ei ole. Samuti tekkis kahtlusi tervishoiusüsteemi ettevalmistatuses ja valmiduses aidsihaigete raviga tegeleda.

Lisa 1. Intervjuude loetelu

Ain Aaviksoo	Endine Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja kohusetäitja, 17/04/2004
Sirle Blumberg	AIDSi ennetuskeskuse juhatuse liige 01/06/2004
Maarike Harro	Tervise Arengu Instituudi direktor, 05/05/2004
Nelli Kalikova	Riigikogu liige, endine HIV/AIDSi programmijuht 28/04/2004
Kersti Kaljulaid	Endine peaministri majandusnõunik, 1/04/2004
Siim Kallas	Riigikogu liige, endine peaminister, 07/04/2004
Eiki Nestor	Riigikogu liige, endine sotsiaalminister, 28/04/04
Heli Pallo	Global Fund, programmijuht 03/05/04
Tiia Pertel	Endine HIV/AIDSi programmijuht Tervise Arengu Instituudis, 28/04/04
Katrin Saluvere	Sotsiaalministeeriumi asekanstler
Maria Seeblum	Eesti Pereplaneerimise Liidu tegevdirektor 27/05/2004
Anneli Taal	Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja, 28/05/2004
Ave Talu	Tervise Arengu Instituudi Uimastiseirekeskuse juhataja, 11/06/04
Kristina Tauts	Tervise Arengu Instituudi arenduskeskuse juhataja, 06/05/2004
Joseph deThomas	USA Suursaadik Eestis, 04/06/2004
Vilma Tikerpuu	Hiiu Maavalitsuse tervishoiuspetsialist, 23/04/2004
Aire Trummal	Tervise Arengu Instituudi analüütik, 05/05/2004
Inna Tur	Tallinna Sotsiaal-ja Tervishoiuameti peaspetsialist, 28/05/2004
Kai Zilmer	Merimetsa Nakkuskeskuse juhataja 08/06/2004

Lisa 2. Kasutatud materjalid

- ¹ Riigikontrolli kontrollauranne nr.2-5/02/80, Tallinn 2002.
- ² HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riikliku programmide 1997-2001 hindamine, PRAXIS 2002.
- ³ WHO. Report of a WHO/EURO Mission to Estonia 16-19 December 2002 to evaluate Estonia's HIV/AIDS programme (December 2002).
- ⁴ www.tervisekaitse.ee
- ⁵ Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. Lancet 2003; 361:1035-44.
- ⁶ UNDP. Reversing the epidemic: facts and policy options. Bratislava 2004.
- ⁷ Beck EJ, Miners AH and Tolley, K. The Cost of HIV Treatment and Care, A global Review. Pharmacoeconomics 2001;19(1):13-39.
- ⁸ UNAIDS Questions & Answers, November 2003 Q&AII: Basic facts about the HIV/AIDS epidemic and its impact. www.unaids.org
- ⁹ Kobelt G. Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation. Second Edition. London 2002. Office of Health Economics.
- ¹⁰ Mänd, K: The economic burden of HIV/AIDS: A literature review and research plan for the case of Estonia. Master thesis, Karolinska Institutet. Stockholm 2004.
- ¹¹ Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Program Grant Agreement: Scaling up the response to HIV in Estonia. 1 Oct 2003 – 1 Oct 2005.
- ¹² Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Proposal: A National Partnership to Increase the Scale of Estonia's Response to a Concentrated and Rapidly Developing HIV/AIDS Epidemic. Geneva, July 2002.
- ¹³ HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002-2006.
- ¹⁴ HIV/AIDS at a glance. October 2003. World Bank.
- ¹⁵ Draft annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway for 2004. EMCDDA. Lissabon. (*Adapteeritud.*)
- ¹⁶ HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm. Tegevuskavad 2003 ja 2004. TAI.
- ¹⁷ Moore RD. Healthcare Economics in HIV. Current Infectious Diseases Reports 2000;2:371-375.
- ¹⁸ Lucas GM, Gebo KA, Chaisson RE, Moore RD. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. AIDS 2002;16:767-774.
- ¹⁹ Narkomaania ennetamise riikliku strateegia eesmärgistatud tegevuskava 2004 - 2008. www.sm.ee
- ²⁰ Lõhmus L, Trummal A, Harro M: "Uuringuraport - HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas"; Tallinn 2003.
- ²¹ Kull, M. Seksuaalkasvatus ja HIV/AIDSi temaatika käsitlemine koolides: probleemid ja võimalikud lahendused. Eesti Tervisekasvatuse Keskus 2003.

-
- ²² www.youthpeer.org
- ²³ Volgtländer S., Abel K. External Evaluation of System-Wide Cooperation and Capacity Building with the Framework of the Estonian HIV/AIDS Prevention System. Tallinn 2004 (avaldamata).
- ²⁴ Lamprey PR, Zeitz P, Larivee C. (ed).2001. Strategies for an Expanded and Comprehensive Response (ECR) to a National HIV/AIDS Epidemic. A Handbook for Designing and Implementing HIV/AIDS Programs. Family Health International.
- ²⁵ www.fhi.org/en/HIVAIDS/FactSheets/index.htm

Lisa 3. HIV/AIDS sekkumiste e.ennetus- ja ravitegevuste klassifikatsioon¹⁴

	Riiklik programm	GF	Püsi-rahastus
1. ENNETUSTEGEVUSED			
1.1. Käitumise muutmise motiveerimine			
1.1.1. Käitumise muutmise motiveerimine üksikinimese (n. omasuguste koolitus kõrgriski rühmades) ja ühiskonna tasandil (info-kampaaniad sotsiaalsete normide ja suhtumiste muutmiseks).	X	X	
1.1.2. Spetsiifilistele ühiskonnagruppidele suunatud sõnumite väljatöötamine – riskirühmad, noored, mehed, naised.	X	X	
1.1.3. HIV/AIDSiga seotud stigma muutmine	X		
1.1.4. HIV-positiivsete ja nende lähedaste kaasamine informatsioonikampaaniasse	X	X	
1.1.5. HIV/AIDS programmi ja teenuste tutvustamine	X		
1.2. Kondoomide kättesaadavuse, kvaliteedi ja kasutamise vastuvõetavuse suurendamine			
1.2.1. Kindlusta kvaliteetsete kondoomide olemasolu ja jaotusvõrk	X		
1.2.2. Kondoomide jaotamine erinevaid jaotuskanaleid pidi (sihtrühm, letimüük)	X	X	
1.2.3. Kondoomide sotsiaalne marketing vastuvõetavuse suurendamiseks	X	X	
1.2.4. Kondoomide kvaliteedi kontroll			(X)
1.3. Kõikehõlmava suguhaiguste (SH) ravi süsteemi loomine			
1.3.1. SH juhtumi ravijuhise loomine			X
1.3.2. SH ravimite soodustamine			X
1.3.3. SH ravi alustamine esimesest kokkupuutekohast tervishoiusüsteemiga			X
1.3.4. SH ravisüsteemi sidestus HIV/AIDS süsteemi nõustamise ja teiste teenustega	X		
1.3.5. Inimeste koolitus SH ennetusest, sümptomide äratundmisest ja ravivajadusest	X	X	
1.4. Vabatahtliku nõustamise ja testimisvõimaluste (VNT)pakkumine			

1.4.1. Kergelt kättesaadava anonüümse VNT süsteemi (testieelne ja –järgne nõustamine ning testimine) loomine/tugevdamine kõigile vajajatele	X		
1.4.2. VNT teenuste olemasolu teavitamine	X		
1.4.3. Kindlusta VNT teenuste kasutamisel rahalise barjääri puudumine, eriti riskirühmadele	X	X	
1.4.4. Sidesta VNT teiste HIV/AIDS ja SH teenustega	X		
1.5. Kindlusta doonorvere ohutus			
1.5.1. Tasulise doonorluse ja kõrge riskiga gruppide doonorluse välistamine ning tuginemine vabatahtlike madala riskiga doonoritele			X
1.5.2. Ebavajalikest vereülekannetest hoidumine			X
1.5.3. Kogu doonorvere skriinimine antikehade ja muude infektsioonitekitajate suhtes			X
1.6. Enneta nakkuse ülekanne emalt lapsele (MTCT)			
1.6.1. Sünnituseelse VNT nõustamise pakkumine			X
1.6.2. HIV+ rasedatele lühiajalise ravikuuri võimaldamine			X
1.6.3. Imetamise-alane nõustamine			X
1.6.4. Tõhusta pereplaneerimisteenuseid ja lisa neisse HIV ennetuse tegevusi	X		
1.7. Kahju minimeerimine süstivate narkomaanide (IDU) seas			
1.7.1. Steriilsete süstalde ja kondoomide kättesaadavuse parandamine	X	X	
1.7.2. Turvalise süstimise ja turvalise seksuaalelu propageerimine	X	X	
1.7.3. Nõustamise ja narkomaania ravivõimaluste pakkumine	X	X	
2. RAVI- HOOLDUS- JA LEEVENDUSTEGEVUSED			
2.1. Oportunistlike infektsioonide (OI) ja palliatiivse ravi pakkumine			
2.1.1. HIV/AIDS ravi- ja hoolduse strateegia väljatöötamine	X		
2.1.2. Kliiniliste ravijuhiste väljatöötamine sagedasemate OI raviks, s.h. TBC raviks	X		
2.1.3. Piisavate ravivõimaluste kindlustamine (ravimite tagavara kindlustamine)	X	X	X

2.1.4. Tervishoiusüsteemi võime tugevdamine HIV+ patsientidega tegelemiseks (tavaliste OI-de diagnostika ja ravi vahendid ning ravipersonali koolitus adekvaatsel tasemel)	X		
2.1.5. Seoste loomine HIV/AIDS, TBC ja SH programmide vahel	X		
2.2. Kodu - (või kogukonna-) ravivõimaluste pakkumine täiendavalt haiglaravile			
2.2.1. Koolituse pakkumine MTÜ-dele jms HIV+ raviks ja toetamiseks	-		
2.3. Sotsiaalse kaitstuse tagamine AIDS-iga väikese sissetulekuga leibkondadele			
2.3.1. Rahaline toetus leibkondadele ja orbudele			X
2.4. Nõustamisteenuse pakkumine HIV+-tele inimestele ja nende perekondadele	X	X	