

*HIVi/AIDSi ravi ja
hooldus Eestis*

Hindamisaruanne
Juuni 2014



HIVi/AIDSi ravi ja hooldus Eestis

**Hindamisaruanne
Juuni 2014**

Koostajad:

**Dorthe Raben, Stine Finne Jakobsen, Fumiyo Nakagawa,
Nina Friis Møller ja Jens Lundgren WHO HIVi ja viirusliku
hepatiidi koostöökeskusest ning Emilis Subata
WHO kahjude vähendamise koostöökeskusest**

Märksõnad
ANTIRETROVIIRUSRAVIMID
TÕRJE
RAVIMIHINNAD
NARKOMAANID
KÕRGAKTIIVNE ANTIVIIRUSRAVI
HIV-NAKKUS
ENNETAMINE

Trükiste taotlused palume saata Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa
Regionaalbüroo postiaadressil: Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Teise võimalusena palume täita dokumenteerimise, tervise teabe, tsiteerimise või tõlkimise loa taotluse internetis
Regionaalbüroo veebilehel (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Maailma Terviseorganisatsioon 2014

Kõik õigused kaitstud. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo võtab vastu taotlusi oma trükiste osalise või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Trükises kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Maailma Terviseorganisatsiooni seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Punktiirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mis ei pruugi olla täielikult kokku lepitud.

Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Maailma Terviseorganisatsioon toetab või soovib vastavaid tooteid, eelistades neid teistele samalaadsetele toodetele. Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega.

WHO on teinud kõik võimaliku selleks, et kontrollida üle käesolevas väljaandes avaldatud informatsioon. Sellegipoolest avaldatakse see materjal ilma mis tahes otsese või kaudse garantiita. Materjali tõlgendamise ja kasutamise eest vastutab lugeja. WHO ei vastuta mingil juhul trükise kasutamisest tuleneva kahju eest. Autorite, toimetajate või ekspertide seisukohad ei pruugi alati väljendada Maailma Terviseorganisatsiooni otsuseid või ametlikku poliitikat.

Sisukord

1. Kokkuvõte	7
2. Sissejuhatus	9
2.1 Epideemiline olukord riigis: uusimad arengusuunad	9
2.2 Riiklikesse HIVi/AIDSi vastastesse meetmetesse tehtud investeeringud	9
2.3 Üldine tervishoid	10
2.4 Süstivad narkomaanid	10
3. Eesmärgid	11
4. Metoodika	11
5. Tulemused – tugevad küljed ja saavutused	12
5.1 Kõikehõlmav riiklik HIVi/AIDSi strateegia	12
5.2 Ravijuhendid	12
5.3 Testimisjuhendid	13
5.4 Opioidasendusravi ja vabaühenduste tugi	13
6. Tulemused – nõrgad küljed ja probleemid	13
1. prioriteetne valdkond: seire	15
2. prioriteetne valdkond: HIV-testimise optimeerimine	18
3. prioriteetne valdkond: teenuse osutamise kohandamine	22
4. prioriteetne valdkond: ravimite kasutamise optimeerimine ja kulude vähendamine	29
7. Üldised küsimused	31
7.1 Jätkusuutlikkus ja teenuste kättesaadavus	31
7.2 Inimõigused	31
8. Soovitused	32
8.1 Põhisootused	32
8.2 Erisootused	35
9. Viited	37
1. lisa – Diagnoosimata elanikkonna lihtne arvutus	39
2. lisa – Lähtealused	41
3. lisa – Läbivaatajad ja intervjuueeritud	43

Lühendite loetelu

AIDS	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>)
ARV	antiretroviirus(-)
ARV-ravi	antiretroviirusravi
CBT	kognitiiv-käitumisteraapia (<i>cognitive behavioural therapy</i>)
CD4	CD4 diferentseerumise klaster (T-raku pinnaretseptor)
EHK	Eesti Haigekassa
EL	Euroopa Liit
EMCDDA	Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus
EMP	Euroopa Majanduspiirkond
HCV	C-hepatiidi viirus
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (<i>Human immunodeficiency virus</i>)
NAKIS	riiklik nakkushaiguste infosüsteem
NNRTI	mittenukleosiidne pöördtranskriptaasi inhibiitor
NRTI	NRTI nukleosiidne pöörtranskriptaasi inhibiitor
PI/rtv	ritonaviiriga võimendatud proteaasi inhibiitor
SKP	sisemajanduse koguprodukt
SM	Sotsiaalministeerium
TAI	Tervise Arengu Instituut
TB	tuberkuloos
UNAIDS	Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni HIVi/AIDSi Ühendprogramm
UNODC	ÜRO uimastite ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo

WHO

Maailma Terviseorganisatsioon

1. Kokkuvõte

WHO hindamisrühm hindas Eestis 2014. aasta mais HIVi ja AIDSi riikliku strateegia rakendamise edusamme, tugevaid ja nõrku külgi ning koostas strateegilised soovitusel peamiste tulemuste ja mõju parandamiseks. Hindamisrühma peaesmärk oli anda soovitusi, milliseid meetmeid peaks tervisesüsteem võtma seoses uute HIVi juhtude suure arvuga, kuidas korraldada ARV-ravimite hankimist ja ARV-ravi ning tõhustada ennetustööd.

Hindamisrühm leidis, et HIV on Eestis lähiaastatel jätkuv rahvatervise probleem. Seda kinnitasid kõik valdkonnaga seotud sidusrühmad riigis. Epideemia on koondunud peamiselt süstivate narkomaanide hulka, kuid on märke, et see puudutab järjest rohkem kogu elanikkonda. Muret tekitab suundumus, et HIV diagnoositakse sageli hilises staadiumis, suur osa nakatunutest alustab ravi hilja ning paljudel juhtudel ei peeta ravirežiimist kinni või tehakse pikaajalises ravis katkestusi. Kiiresti vajab tähelepanu eriarsti poole pöördumise ja jälgimisel püsivuse probleem, eriti süstivate narkomaanide puhul. Praegune tervisesüsteem ei toimi määral, mis tagaks süstivatele narkomaanidele sobivad ravivõimalused ja toe. HIVi epideemia peatamiseks peaks selle puuduse kõrvaldamine olema prioriteet.

Joonisel 1 (lk 11) esitatud ravikaskaadist ilmneb kaks peamist probleemi raviga seotud kontiinumis: esiteks, diagnoosi saanud inimeste arv on joonisel näidatust märgatavalt suurem; teiseks, eriarsti jälgimisel püsib ainult ligikaudu iga neljas diagnoosi saanu. See tähendab, et enamik nakatunutest – kes võivad hiljem nakkust edasi anda – jääb väljapoole ravi- ja jälgimissüsteemi, mis selgitab ka nakkuse ülekandumise püsivat suhteliselt kõrget taset. Peale selle alustavad diagnoosi saanud inimesed ravi väga hilja ja koormavad haiglasüsteemi, sest neil on juba välja kujunenud eluohtlikud AIDSiga seotud haigused.

Eesti riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 on kõikehõlmav. Aastatega on tehtud suuri edusamme selles püstitatud strateegiliste ja alaeesmärkide saavutamisel. Tervise- ja sotsiaalvaldkonda koordineerib Sotsiaalministeerium, mis on moodustanud kõrgetasemelise mitut sektorit hõlmava nõuandva organi – Vabariigi Valitsuse HIVi ja AIDSi komisjoni, mis arendab ja jälgib HIVi/AIDSi ravi ja jälgimisega seotud riiklikke meetmeid.

Peamised järeldused

Eesti HIVi epideemia on peamiselt koondunud konkreetsetesse riskirühmadesse – eelkõige süstivad narkomaanid, nende seksuaalpartnerid, prostitutsiooni kaasatud isikud ning meestega seksivad mehed. Selliste riskirühmadeni on tavaolukorras raske jõuda ning sotsiaalse ebavõrdsuse ja häbimärgistamise taset arvestades on väga raske koguda nende rühmade kohta andmeid, et mõista epideemia suurust ja iseloomu. Nakatunud rühma suuruse hindamine tagasiarvutusel põhinevate meetodite abil oleks praegu raske, arvestades andmete puudumist immuunseisundi kohta HIVi diagnoosimisel ajal. Nn Londoni 1. meetodit kasutades annab aruanne Eestis elavate diagnoosimata HIV-positiivsete inimeste koguarvuks ligikaudu 5477, mis tähendab, et HIV-positiivsete koguarv Eestis on 13 500, mitte 7200–11 000, nagu leiti UNAIDSi metoodikal põhinenud hinnangus 2012. aasta kohta.

2012. aastal testiti HIVi suhtes üle 58 000 ja 2013. aastal üle 69 000 kliinilise näidustusega või riskirühma kuuluva inimese. Testimise põhjuste kohta detailseid andmeid siiski ei koguta. Hilise diagnoosiga uute HIVi juhtude osatähtsus on tegeliku testimiskorra ja -poliitika tõhususe oluline indikaator. Ligikaudu 30–40% uutest HIVi juhtudest diagnoositakse hilises staadiumis (CD4-rakkude arv alla 350), ehkki andmeid CD4 arvu kohta diagnoosimise ajal ei koguta veel süstemaatiliselt (2). HIV-testimise täpsem suunamine kõige enam ohustatud rühmadele ning kiirtestide senisest sagedasem kasutamine on seega väga soovitatavad.

Kõige enam ohustatud rahvastikurühmades on mitmesuguseid probleeme tervise teenuste kättesaadavusega. Eestis on suurim riskirühm süstivad narkomaanid, kellest osa on kättesaadav nõela- ja süstlavahetuse programmide kaudu ning opioidasendusravi keskustes, kus neile saab pakkuda HIV-testimist ja nõustamist. Tähtis on pakkuda kvaliteetsemat teavet, nõustamist ja suunamisteenuseid, sh teavitamist opioidasendusravist kui toimivast tõenduspõhisest ravist. Kõik opioidasendusravi keskused ja enamik nõela- ja süstlavahetuspunkte pakub sotsiaalnõustamist, kuid suur vajadus on täiendava toe järele, mis aitaks orienteeruda kohalikus sotsiaalsüsteemis, sest tihti on narkootikumide süstivatele inimestel sotsiaalsed probleemid, nad on töötud ega räägi eesti keelt.

Eesti riigihankesüsteem, prognoosimine ja tarnimise korraldus tunduvad hästi toimivat, varude ebapiisavuse kohta teateid ei ole. Tundub, et hangete planeerimist ja ARV-ravimite valimist saab WHO suuniste kohaselt lihtsustada, kasutades väiksemat arvu esmavaliku ravimite variante. Ravil püsimise ja režiimi järgimise parandamiseks tuleks vähendada PI/rtv kasutamist esmavaliku režiimis, lihtsustada ravijuhiseid ja -režiime ning suurendada ühe tabletiga manustatavate fikseeritud annustega ravimkombinatsioonide kasutamist.

Hindamisrühm leidis, et paljud tervishoiuteenuste osutajad ja kliendid suhtuvad üsna negatiivselt süstivatesse narkomaanidesse ja opioidasendusravi tõhususse. Selline suhtumine on üllatav, arvestades tõendeid opioidasendusravi programmide tõhususe kohta ARV-ravi järgimise parandamisel. Sellele olukorrale on vaja kiiresti lahendusi otsida. Olukorra muutmine vajab arstide ja poliitikute koostööd. Riigi teistes piirkondades on väga soovitatav rakendada Lääne-Tallinna keskhaigla kogemust opioidasendusravi programmiga, milles kasutati otseselt kontrollitavat ARV-ravi.

Peamised soovitused

- Tugevdada riigis HIVi epideemia seiret, milles on puudu olulised indikaatorid, ja tagada olemasolevate andmete asjakohane analüüs ja arvessevõtmine poliitilistes otsustes riikliku HIVi programmi prioriteetide kohta.
- Laiendada HIV-testimist, et haarata peamised riskirühmad.
- Tagada, et süstivatele narkomaanidele tervishoiuteenuste osutajad suhtuvad opioidasendusravisse kui selle rühma raviks hädavajalikku vahendisse.
- Riigi teistes piirkondades on väga soovitatav rakendada Lääne-Tallinna keskhaigla kogemust opioidasendusravi programmiga, milles kasutati ARV-ravimite manustamist otsese kontrolli all.
- Luua strateegiad, et vähendada ebapiisavat ja ebajärjekindlat osalemist HIVi jälgimises ja ARV-ravis, sh ühiselt pakutavad terviseprogrammid, integreeritud teenused, sh HIVi kliinikute ning vabaühenduste, tuberkuloosihaiaglate ja

sõltuvusravi üksuste koostöö, ning laiendada hõlmatust kahju vähendamise ja opioidasendusravi programmidega.

- Lihtsustada ja optimeerida ARV-ravi režiime, et saavutada kulutõhus lähenemine HIVi ravile.

2. Sissejuhatus

2.1 Epideemiline olukord riigis: uusimad arengusuunad

Eesti rahvaarv oli 2014. aasta mais ligikaudu 1,3 miljonit. Rahvastiku esmahaigestumus HIVi on 100 000 elaniku kohta 23,5 ja seetõttu on Eesti ELi/EMP viie kõige kõrgema HIViga nakatumise määraga riigi hulgas.

Uusi HIVi juhte oli Eestis kõige rohkem 2001. aastal – 1474; 2013. aastaks oli uute juhtude arv vähenenud 325ni. 2013. aasta lõpuks oli Eestis aastate jooksul kokku registreeritud 8702 HIVi juhtu (2866 meest ja 2836 naist) (17).

Noorte (15–24-aastaste) hulgas avastatud uute HIVi juhtude osatähtsus on vähenenud 78%st 2001. aastal 15%ni 2013. aastal ning uute HIVi juhtude diagnoosimise keskmine vanus on tõusnud (17). Aastatel 2000–2010 diagnoositi peaaegu 70% kõigist uutest HIVi juhtudest meestel, kuid viimastel aastatel on nakatunud naiste osatähtsus suurenenud 40%ni (1). Ülekandeteed käsitlevad andmed on puudulikud, kuid 2012. aasta uuringus leiti, et 35% uutest nakatumistest tulenes süstitavate uimastite kasutamisest, 62% heteroseksuaalsest kontaktist ja 2% juhtudest kandus nakkus üle emalt lapsele (10).

Riigi epideemilises olukorras on olulisi piirkondlikke erinevusi. HIV on kõige levinum pealinnas Tallinnas ja Kirde-Eestis Ida-Virumaal, kus on ka palju süstivaid narkomaane. Nendes piirkondades on 100 000 elaniku kohta vastavalt 46 ja 81 uut HIVi juhtu, ülejäänud Eestis aga 100 000 elaniku kohta 2 (17).

Ligikaudu 30–40% uutest HIVi juhtudest diagnoositakse hilises staadiumis (CD4-rakkude arv alla 350), ehkki CD4 arvu kohta ei koguta diagnoosimise ajal süstemaatiliselt andmeid (2).

2.2 Riiklikesse HIVi/AIDSi vastastesse meetmetesse tehtud investeeringud

Tervise- ja sotsiaalküsimusi, sealhulgas HIVi-vastaseid meetmeid, koordineerib Eestis Sotsiaalministeerium. Alates 2007. aastast rahastatakse neid meetmeid peamiselt valitsuse eelarvest ning kaasrahastajaks on kohalikud omavalitsused (nt nõustamiskeskuste kulud), piiratud ulatuses toimub rahastamine ka rahvusvahelistest allikatest (EL, WHO).

Eesti SKP on 13 172 eurot elaniku kohta ning 3,6% SKPst kulutatakse inimeste tervisele ja sotsiaaltööle (2012).

Sotsiaalministeerium on moodustanud kõrgetasemelise mitut sektorit hõlmava nõuandva organi – Vabariigi Valitsuse HIVi ja AIDSi komisjoni, mis arendab ja jälgib HIVi ja AIDSi raviks

ja haigete hoolduseks võetavaid riiklikke meetmeid. Komisjoni kuuluvad kõigi asjakohaste ministriumide, kohalike omavalitsuse ja maakondade, Riigikogu, Peaministri büroo, nelja temaatilise töörühma, HIVi nakatunute ja Eesti Noorteühenduste Liidu esindajad (1). Komisjon tuleb kokku kaks korda aastas ning komisjoni sekretariaadina tegutseb Sotsiaalministeerium. Komisjonil on neli temaatilist töörühma (ennetus, kahju vähendamine, ravi ja hooldus, seire ja hindamine), milles osalevad HIVi/AIDSi valdkonna valitsus- ja valitsusvälised organisatsioonid ning spetsialistid. Töörühmad vaatavad läbi kehtivaid plaane ning koostavad komisjonile esitamiseks uusi ettepanekuid.

Peale selle on Sotsiaalministeerium moodustanud erikomisjoni, mis kiidab heaks iga-aastased ARV ja TB ravimite hankekavad (kogus, hinnad, ajakava, vajaduste prognoosimine) ning teeb ravimite ostmiseks turu-uuringu. Hankeid reguleerivad õigusaktid ja need viiakse läbi avatud pakkumismenetluse teel. Ravimid, mille hulгимүүjad tarnivad kesklattu, peavad olema registreeritud rohkem kui ühes ELi riigis või eelregistreeritud WHO-s (2).

2.3 Üldine tervishoid

Tervishoidu rahastatakse riikliku kohustusliku tervisekindlustussüsteemi – Eesti Haigekassa kaudu, mis on peamine tervishoiuteenuste ostja. Vanglates koordineerib ja korraldab tervishoidu Justiitsministeerium ning Sotsiaalministeeriumi eelarvest rahastatakse vältimatut arstiabi, millele tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt on õigus kõigil Eesti Vabariigi territooriumil viibivatel isikutel (17). Haigekassa arvele langeb ligikaudu 70% tervisevaldkonna kogueelarvest ning seda rahastatakse peamiselt töandja makstavatest tööjõumaksudest (2).

Haigekassa kindlustusega on kaetud ligikaudu 94% elanikkonnast. Ülejäänud 6% on peamiselt tööealised (20–60-aastased), kes ei ole majanduslikult aktiivsed või on töötud (3). Haigekassa eelarvet kärbiti 2008. aastal majanduskriisi tõttu mõnevõrra, mille tõttu Haigekassa kehtestas tehtavatele maksetele koefitsiendi (2). Konsultatsioonidele ja pikaajalistele teenustele kehtestati mõõdukas omaosalustasu, mis võib tõkestada piiratud vahenditega isikute juurdepääsu piisavatele terviseteenustele.

Võib öelda, et 6% kindlustamata isikute hulgas on palju süstivaid narkomaane, kes ei pruugi kõik olla tööturu jaoks kättesaadavad. HIVi nakatunutele, kelle CD4 rakkude arv on alla 200, makstakse töövõimetuspensionit, kuid seda ei maksta enam siis, kui CD4 rakkude arv ravi tulemusena tõuseb. See asjaolu tõkestab HIVi nakatunute ARV-ravi.

2.4 Süstivad narkomaanid

Praeguste hinnangute kohaselt, mis põhinevad eksperdiarvamusel, on Eestis 9000 süstivat narkomaani, kellest 6000 süstivaid opioide (35).¹ Peamiselt süstitakse opioide (sh fentanüül ja heroiin), kuid üha tavalisem on ka muude uimastite, sh amfetamiinide kaastarbimine (28). Ühes uuringus leiti, et 71% süstivatest narkomaanidest süstib amfetamiine, ehkki mitte tingimata iga päev (12).

¹ Kristi Rüütel, isiklik vestlus, missiooni koosolek 16. mail 2014.

Uuritavate poolt juhitud kaasamise meetodil (RDS) 2010. aastal Narvas ja 2012. aastal Kohtla-Järvel tehtud uuring näitas, et uute süstijate arv on oluliselt vähenenud. Ilmselt on süstivatest narkomaanidest moodustunud rahvastikurühm, kuhu kuuluvad ligikaudu 30-aastased, peamiselt vene keelt kõnelevad ja sotsiaalselt ebasoodsas olukorras mehed, kes on uimasteid süstinud keskmiselt 10 aastat või kauem (12, 15).

Narva süstivatest narkomaanidest oli viimase nelja nädala jooksul 20% jaganud süstlaid või nõelu teistega ja 24% oli jaganud teistega muid vahendeid (filtrid, vatipadjad, segamisinõud). Enamasti põhjendati seda puhta süstla puudumisega süstimise ajal. 15% HIV-positiivsetest oli viimase kuue kuu jooksul oma süstalt teistega jaganud. 89% Narva süstivatest narkomaanidest süstis ravimeid vanglas ja kolmveerand neist jagasid süstimisvahendeid (keskmiselt kasutas samu vahendeid neli inimest) (12). Kohtla-Järve süstivate narkomaanide uuring näitas 62-protsendilist HIVi levimust; 75% olid anti-HCV positiivsed ja 1,5% olid enda sõnul põdenud tuberkuloosi (15).

3. Eesmärgid

Käesoleva HIVi/AIDSi ravi ja hoolduse hindamise eesmärk oli hinnata Eesti riikliku HIVi ja AIDSi strateegia rakendamisel tehtud edusamme, tugevaid ja nõrku külgi ning koostada strateegilised soovitused peamiste tulemuste ja mõju parandamiseks.

Üks konkreetne eesmärk oli teha soovitusi meditsiinisüsteemile selle kohta, kuidas reageerida paljudele uutele nakatumistele, kuidas korraldada ARV-ravimite hankimist ja ARV-ravi ja kuidas täiustada ennetustööd.

4. Metoodika

Hindamine põhines dokumentide läbivaatamisel ning 12.–16. mail 2014 Tallinnas, Narvas ja Kohtla-Järvel toimunud missioonil.

Hõlpsalt leitav teave riigi epideemilise olukorra ning HIVi/AIDSi ravi ja hoolduse kohta on saadud teisestest allikatest, sh ajakirjandusest, Eesti väljaannetest, WHO aruannetest jm.

Eesti missiooni ajal kohtusid WHO eksperdid Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi töötajatega ning Narva Haigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla tervishoiutöötajatega, samuti Haigekassa, Terviseameti, Eesti Perearstide Seltsi ning kodanikuühiskonna organisatsioonide – Eesti HIV-positiivsete Võrgustiku, „Sind ei jäeta üksi” ja „Me aitame sind” esindajatega (terviklik nimekiri vt 3. lisas).

5. Tulemused – tugevad küljed ja saavutused

5.1 Kõikehõlmav riiklik HIVi/AIDSi strateegia

Eesti riiklik HIVi/AIDSi strateegia 2006–2015 on kõikehõlmav ning aastate jooksul on selle strateegiliste eesmärkide ja alaeesmärkide täitmisel tehtud olulisi edusamme.

Tabel 1. Peamised oodatavad tulemused, sihid ja põhisaavutused

Riiklik HIVi/AIDSi strateegia	
2015. aastaks on uute HIVi juhtude arv vähenenud 20ni 100 000 elaniku kohta.	Riigis on oluliselt vähenenud uute HIVi juhtude arv: 55st 2004. aastal 25ni viimastel aastatel.
2015. aastaks on HIVi levimus rasedate hulgas <1%.	Eesmärk peaaegu saavutati 2012. aastal, kui kõnealune näitaja oli 1%.
Uute HIVi juhtude arvu püsiv vähenemine 15–29-aastaste hulgas 200st 100 000 kohta 2004. aastal 100ni 100 000 kohta 2015. aastal.	See eesmärk saavutati 2013. aastal, mil 15–29-aastaste hulgas registreeriti 96 uut HIVi juhtu, kuid pole veel leidnud kinnitust, kas tegemist on püsiva vähenemisega.
HIVI leviku stabiliseerumine süstivate narkomaanide seas 2009. ja 2015. aastaks 2004. aasta hinnangulisel tasemel 62%.	2013. aastal Tallinna süstivate narkomaanide hulgas tehtud küsitlus näitas 58-protsendilist HIVi levimust, mis viitab teatavale vähenemisele.
Opioidagonistidega asendusraviga haaratud opiaate süstivate narkomaanide arv	Võrreldes 2005. aasta võrdlusnäitajaga 400 on see arv 2012. aastaks tõusnud 1157ni, ületades seega 2015. aastaks seatud eesmärki 900.
100% HIV-positiivsetest saab ARV-ravi.	2013. aastal sai ARV-ravi 2691 HIV-positiivset, ravi vajajate arv oli aga hinnanguliselt 4400.

Riiklik HIVi/AIDSi strateegia 2006–2015 asendatakse järg-järgult rahvastiku tervise arengukavaga 2009–2020, mis koondab varem eraldi seisnud valdkondlikud arengukavad ja strateegiad.

Mis puudutab seiret ja andmete kogumist, siis HIV-teste tegevad laborid ja arstid peavad alates 2009. aastast esitama andmeid uute HIVi juhtude kohta nakkushaiguste infosüsteemi NAKIS kaudu (21).

5.2 Ravijuhendid

Järgitakse Euroopa ja WHO juhendeid: täiskasvanute ARV-ravi juhend, nakkuse emalt lapsele ülekandumise ennetamise ning laste ARV-ravi juhend (22), samuti on olemas konkreetsed

riiklikud juhendid, mis käsitlevad teenuseosutaja algatatud testimist ja nõustamist ning perinataalse ülekandumise ennetamist (14,11).

Riik on võtnud kohustuse võimaldada ARV-ravi kõigile seda vajavatele HIV-positiivsetele ning selle eesmärgi saavutamisel on tehtud märkimisväärsed edusamme (2). ARV-ravi pakuvad haiglad ja kliinikud ning 2014. aasta veebruari seisuga sai seda 2691 täiskasvanut ja last.

5.3 Testimisjuhendid

HIV-test on kohustuslik vere- ja organidoonoritele (ja mõnel juhul sõjaväelastele) ning soovitatav rasedatele ja vangidele ning isikutele, kes põevad tuberkuloosi, sugulisel teel levivaid nakkushaigusi või hepatiiti, ning isikutele, kes on süstinud uimasteid või kelle seksuaalkäitumine on riskantne (1). 2013. aastal tehti 150 000 inimesele üle 212 000 HIV-testi (100 000 neist rasedad ja veredoonorid), sealhulgas 4000–5000 vangile (13). Aastatel 2004–2007 testiti igal aastal ligikaudu 100 000 inimest (välja arvatud rasedad ja veredoonorid); see arv vähenes 2008. aastal oluliselt ning praegu tehakse 50 000 testi aastas (1).

Teste teevad tervishoiuasutustes meditsiinitöötajad. Ravikindlustusega isikutele on HIV-test perearsti või eriarsti juures tasuta, kindlustamata isikud ja need, kes soovivad anonüümset testi, võivad kasutada muid tasuta testimise võimalusi (nt nõustamiskeskustes jm) (17). On olemas üleriiklik AIDSi nõustamiskeskuste võrgustik (11 keskust), mis pakub tasuta anonüümseid HIV-teste, samuti B- ja C-hepatiidi nõustamist ja teste (17). Vereproove analüüsitakse 33 laboris ning tulemused teatatakse tavaliselt kolme tööpäeva jooksul.

5.4 Opioidasendusravi ja vabähenduste tugi

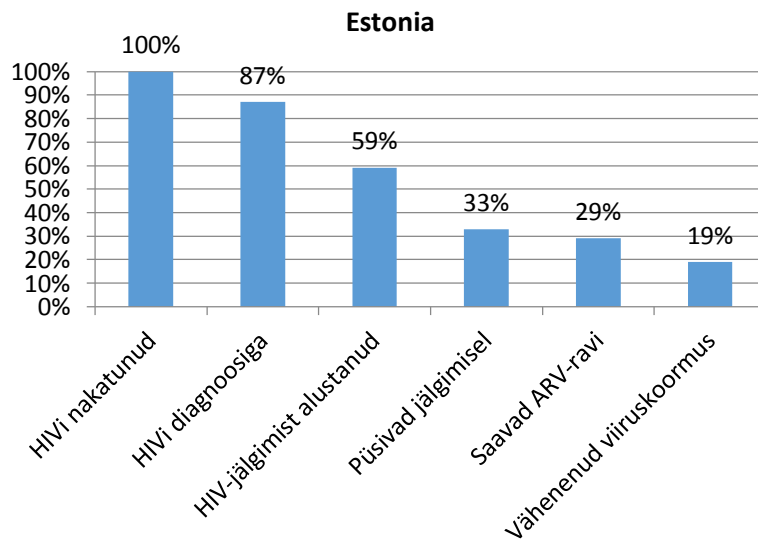
Kodanikuühiskonna organisatsioonid ja vabähendused osutavad eelkõige marginaliseeritud rühmadele, nt süstivatele narkomaanidele ja prostitutsiooni kaasatutele, mitmesuguseid teenuseid ning HIVi testimis- ja nõustamisprogramme ning teevad tööd häbimärgistamise ja diskrimineerimise vähendamiseks ja HIV-positiivsete kaitsmiseks. 2011. aastal kulutati 11% riiklikust HIVi meetmete eelarvest ja 50% kahju vähendamise eelarvest kodanikuühiskonna tegevusele, seda nii otsetoetustena kui ka pakkumismenetluste tulemusena sõlmitud lepingute kaudu, nt nõelte ja süstalde vahetamise programmide rakendamiseks (7). Mitu kodanikuühiskonna organisatsiooni nõustavad ja toetavad HIV-positiivseid ja muid kõige ohustatumaid rühmi. Üks näide on Eesti Seksuaaltervise Liit, mis koordineerib noorte nõustamiskeskusi, kus kuni 24-aastastele pakutakse sugulisel teel levivate nakkuste ja HIV-teste, nõustamist ja ravi tasuta (17). Siiski ei paku prostitutsiooni kaasatutele suunatud või nõelte ja süstalde vahetust korraldavad vabähendused korrapärast HIV-testimist, vaid saavad inimesed anonüümse vabatahtliku nõustamise ja testimise kohtadesse (17).

6. Tulemused – nõrgad küljed ja probleemid

Allpool esitatud jooniselt ilmneb mõningaid probleeme, mis on seotud HIVi/AIDSi ravi ja hooldusega Eestis ning mida käesolevas peatükis käsitletakse samm-sammult. Nagu jooniselt näha, on raviahelas kaks peamist probleemi: esiteks on diagnoosi saanud inimeste arv oluliselt suurem kui joonisel näidatud; teiseks püsib ravil vaid üks neljast diagnoosi saanust.

See tähendab, et enamik nakatunuid – kes võivad nakkust edasi anda – jääb endiselt ravi ja hoolduse süsteemist välja, mis seletab nakkuse ülekandumise püsivat suhteliselt kõrget taset. Peale selle alustavad diagnoosi saanud inimesed ravi väga hilja ja koormavad haiglasüsteemi, sest neil on juba kujunenud eluohtlikud AIDSiga seotud haigused.

Joonis 1: Hinnanguline ravikaskaad Eestis 2013. aastal (13, 1. lisa)



Rii k on võtnud kohustuse võimaldada ARV-ravi kõigile seda vajavatele HIV-positiivsetele. Nagu näha allpool olevast tabelist, on modelleeritud hinnangulise esmase ARV-ravi vajaduse ning seda tegelikult saavate patsientide arvu vaheline erinevus 1000–1500 inimest, kes vajavad ARV-ravi, kuid ei saa seda.

(1).

Aasta	ARV-ravi saavad HIV-positiivsed (1)	Hinnanguline ARV-ravi vajadus (1)	Vahe
2012	2647	4000 +	1400
2013	2691	4400	1700
2014	3600	4500 +	900 +
2015	4000 +	4750	750

Eeldatakse, et ARV-ravi saavate HIV-positiivsete arv lähiaastail suureneb, kuid selle eelduse tegemisel ei ole arvesse võetud suurt diagnoosimata isikute arvu, kellest paljud vajavad samuti ravi juhul, kui nad saavad diagnoosi. Kuni nakatunud jäävad diagnoosimata, ei vähene ARV-ravi saajate ja vajajate vaheline lõhe.

1. prioriteetne valdkond: seire

Eesti HIV-i epideemia on peamiselt koondunud konkreetsetesse riskirühmadesse – eelkõige süstivad narkomaanid, nende seksuaalpartnerid, prostitutsiooni kaasatud isikud ning meestega seksivad mehed. Selliste riskirühmadeni on tavaolukorras raske jõuda ning sotsiaalse ebavõrdsuse ja häbimärgistamise taset arvestades on väga raske koguda nende rühmade kohta andmeid, et mõista epideemia suurust ja iseloomu.

Hindamisrühm jäeldas, et HIV-positiivsete koguarvu on seni hinnatud ainult ühel meetodil: Workbook & Spectrum (välja töötanud UNAIDS). Lühidalt öeldes on Workbook meetod, mille abil hinnatakse HIVi levimust kogu täisealises rahvastikus. See põhineb levimusuuringutest saadud andmetel ja nõuab seetõttu andmeid riskirühmade suuruse kohta (koondunud epideemiaga riskirühmad, samuti madalama epideemiatasemega taustrühm) ja HIVi levimuse kohta neis riskirühmades. Seejärel sisestatakse need hinnangud koos muude rahvastiku- ja epidemioloogiliste andmetega Spectrumisse, et hinnata nakatunute ja ARV-ravi vajajate arvu.

Peamine probleem UNAIDSi meetodil põhinevate hinnangutega Eesti puhul seisneb täpsete andmete puudumises süstivate narkomaanide arvu kohta. Praegustel hinnangutel on selle riskirühma suurus 6000 (28) kuni 9000 (35) inimest; Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse hinnangul aga 10 000 – 30 000. Arvestades, et HIVi levimuse süstivate narkomaanide seas on hinnanguliselt 50–70%, annavad need hinnangud kombineerituna Eesti HIV-positiivsete süstivate narkomaanide arvuks väga suure vahemiku. Eesti hinnangute kohaselt oli süstivaid narkomaane 2005. aastal 15 675, 2008. aastal 11 493 ja 2009. aastal 5362 (28). Uimastite süstimine võis muidugi päriselt väheneda, kuid vähenemine kahe kolmandiku võrra näib ebatõenäoline, isegi kui võtta arvesse süstivate narkomaanide väljarännet ja surma. Ehkki süstivatel narkomaanidel diagnoositud uute HIVi juhtude osatähtsus näib olevat aja jooksul oluliselt vähenenud (2013. aastal 20%ni), langeb süstivate narkomaanide arvele endiselt ebaproportsionaalne osa HIViga nakatumistest. Seetõttu on UNAIDSi meetodi abil täpsete hinnangute andmiseks endiselt esmatähtsad riskirühma suuruse hinnangud.

Nakatunud rühma suuruse hindamine tagasiarvutusel põhinevate meetodite abil oleks praegu raske, arvestades andmete puudumist immuunseisundi kohta HIVi diagnoosimisel ajal. Peale selle, kuna kogunäitaja sisaldas kuni 2009. aastani ka anonüümseid HIVi juhte, on 2013. aasta lõpuks Eestis kokku diagnoositud 8702 HIVi juhu puhul tegemist topeltregistreerimise ohuga (aastatel 2000–2008 diagnoositi ligikaudu 30% uusi juhte anonüümselt (1)). Veel üks probleem on surmapõhjuse ebapiisav kindlakstegemine HIV-positiivsete hulgas. Aastatel 1996–2013 registreeriti 472 AIDSiiga seotud surmajuhtu ning aastatel 2000–2013 oli 1401 otseselt uimastitega seotud surma, mis ligikaudu 50% juhtudel võis olla seotud HIV-positiivsetega.² On ka rühm inimesi, kelle kohta on vähe andmeid; 6% elanikkonnast ei ole hõlmatud Haigekassa kindlustusega ja enamik neist ei tööta ning võib olla suuremas HIViga nakatumise ohus. On võimalik, et need isikud on suures osas põhjus, miks uute HIVi juhtude arv ei vähene, sest nad ei külasta meditsiiniastutusi, ei suuda maksta visiititasusid, nende motivatsioon ja huvi tervishoiu vastu on vähenenud ja nad võivad ka sõltuda invaliidisustoetusest, mida nad saavad vaid väikese CD4 rakkude arvu korral.

ARV-ravimite kasutamise andmed näivad olevat üks kõige konkreetsemaid teabeallikaid, sest kõiki ravimeid hoitakse ja jaotatakse Terviseameti ühtses keskses süsteemis. Mis ulatuses patsiendid ravimeid tegelikult tarbivad, ei ole aga teada. Ligikaudu 11–14% ARV-ravi saanud inimestest jättis möödunud aastal ravi pooleli või ei tulnud kontrolli; peale selle on tõendamata informatsiooni, et osa ARV-ravimeid müüakse mustal turul.

Et teha kindlaks HIVi diagnoosimise määra arengusuundi, st HIVi diagnoosi saamise

² Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna andmed, 22. juuni 2014.

tõenäosust, kui isik on HIV-positiivne, on tähtis saada andmeid HIV-testide kasutuse kohta. HIV-kiirteste kasutatakse peamiselt anonüümsetes nõustamis- ja testimiskabinettides ning teatavates vabaühendustes, mis teevad koostööd tervishoiuorganisatsioonidega (31). Rahvastiku tervise arengukava aruandes esitatud kiirtestimise andmete kohaselt tehti vabatahtliku nõustamise ja testimise keskustes 2013. aastal ligikaudu 7200 kiirtesti ja muudes kohtades veel 7200.³ Riiklik statistika ei kajasta aga nende testide üksikasju. On olemas teatavad andmed HIV-testimise põhjuste kohta (nt vabatahtliku nõustamise ja testimise keskustest (31)), ehkki selle muutuja valikuvõimaluste arvu vähendamine 2009. aastal on mõnevõrra raskendanud nende andmete tõlgendamist. Kuigi tehtud HIV-testide arv on suurem kui enamikus ELi riikides (52 testi 1000 elaniku kohta, kui välja arvata veredoonorid ja rasedad (31)), tähendab asjaolu, et HIV-testi soovitatakse kõigile rasedatele olenemata riskitasemest ning enamikku neist testitakse raseduse jooksul kaks korda, et tehtud testide arv erineb testitud inimeste arvust. Täiendavad rahalised vahendid rohkemate HIV-testide tegemiseks näivad olevat piiratud, ehkki võiks teha kulutõhususe analüüsi, et hinnata täiendavate HIV-testide mõju summaarsele tervisekaole, suremusele ja haigestumusele.

Väga tähtis on jätkata CD4 rakkude arvu registreerimist diagnoosimise ajal ning see tuleb seada seireandmete kvaliteedi täiustamise prioriteediks. Praegu on olemas CD4 rakkude arvu andmed esimesel arsti poole pöördumisel, kuid need piirduvad eriarsti juures arvele võetud isikutega (aastatel 2012–2013 pöördus 92% diagnoositutest eriarsti poole 90 päeva jooksul). Ehkki eriarsti poole pöördumine näib olevat aja jooksul paranenud, oli CD4 rakkude arvu mediaan esimesel arsti poole pöördumisel 2012.–2013. aastal 305 rakku/mm³ ning 27% juhtudel oli CD4 rakkude arv ≤ 200 rakku/mm³. Vaid 39% juhtudel oli CD4 rakkude arv esimesel arsti poole pöördumisel >350 rakku/mm³.

1. lisas on esitatud diagnoosimata elanikkonna lihtne, illustratiivne arvutus nn Londoni 1. meetodi abil. Selle meetodi kohaselt võib Eestis olla diagnoosimata HIV-positiivseid maksimaalselt 5500; sel juhul on HIV-positiivsete koguarv praeguse hinnangulise 9000 – 10 000 asemel 13 500. See hinnang nõuab aga täpsustamist, kui saadakse andmed uute diagnooside CD4 rakkude arvu kohta ainult neil inimestel, kel on HIVi sümptomid.

Kokkuvõtteks näib, et diagnoosimata HIV-positiivsete koguarv on alahinnatud ja võib olla seni arvatust tunduvalt suurem.

Soovitused

- Olemasolevaid andmeid tuleks põhjalikult analüüsida ning soovitatav on seada prioriteediks meetmed, mis tagavad probleemi igakülgse ja laia mõistmise.
- Seireandmete kvaliteedi parandamiseks on tähtis jätkata andmete kogumist CD4 rakkude arvu kohta diagnoosimise ajal ning see tuleks seada prioriteediks. Praegu on olemas andmed CD4 rakkude arvu kohta esimesel arsti poole pöördumisel, kuid ainult eriarsti juures arvele võetud isikute kohta.
- Riiklikku nakkushaiguste infosüsteemi (NAKIS) tuleks laiendada järgmistele andmetele:
 - CD4 diagnoosi ajal

³ Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna andmed, 22. juuni 2014.

- viiruskoormus
- NAKIS sisaldab andmeid ülekandete kohta, kuid andmed ei ole praegu täielikud ning tähtis on koguda selle kohta paremaid andmeid kogu tervisesüsteemis.
- Haigekassa andmebaas sisaldab andmeid HIV-testide arvu ja tegemise koha kohta, kuid andmed testitavate isikute ja testimise põhjuste kohta on puudulikud. Neid andmeid tuleb täiustada.
- Kõikide asjakohaste seireandmete esitamine ning Tervise Arengu Instituudile / Sotsiaalministeeriumile kättesaadavaks tegemine peaks olema kohustuslik.

2. prioriteetne valdkond: HIV-testimise optimeerimine

Riikliku HIV-testimise juhise (2012) kohaselt võivad HIV-teste määrata arstid või muud tervishoiu töötajad ning soovitatavalt tuleb HIVi suhtes testida:

- kõiki rasedaid
- kõiki HIV-positiivsete naiste vastsündinuid
- kõiki isikuid, kes pöörduvad arsti poole sugulisel teel leviva nakkuse kahtlusega
- kõiki isikuid, kes pöörduvad pulmonoloogi poole tuberkuloosi kahtlusega
- kõiki kinnipeetavaid
- kõiki isikuid, kes osalevad rehabilitatsiooniprogrammides ja sõltuvusravis
- doonorverd ja doonorvereprodukte
- kõiki indikaatorhaigusega patsiente
- kõiki riskirühmadesse kuuluvaid patsiente
- Harjumaal ja Ida-Virumaal tuleks testida kõiki 16–49-aastaseid ambulatoorsel ravil olevaid patsiente (14).

2013. aastal testiti Eestis HIVi suhtes ligi 150 000 inimest ja tehti kokku enam kui 212 000 testi (17, 22). Neist ligi 100 000 testi tehti kahes rutiinselt kontrollitavas rühmas: veredoonorid (ligi 64 000 inimest) ja rasedad (ligi 18 500 inimest). Viimaseid testitakse HIVi suhtes raseduse jooksul tavaliselt kaks korda. Neist kõigist aasta jooksul tehtud testidest tehakse 50 000 kliinilise näidustuse või riskikäitumise põhjal. Samas ei ole üksikasjalikult dokumenteeritud testimise põhjuseid või ajendeid, kuigi see on uute juhtude puhul kohustuslik. Puuduliku aruandluse tõttu on Terviseametil vaid piiratult teavet testimise põhjuste kohta. Nii näiteks on 2013. aasta puhul vastavad andmed olemas ainult 240 juhu kohta (vt tabel allpool).

Selle piirangu tõttu on väga raske jälgida epideemilisi ja riskirühmade testimise trende. Puuduliku aruandluse üks selgitus võiks olla see, et inimesed ei pruugi soovida oma nakkuse saamise põhjust avaldada, kuid sellegipoolest võiks testimise põhjuse andmeid järjepidevamalt koguda.

Tabel 2: Testimise põhjused 2013 (n=240, ühel inimesel võib olla mitu põhjust)

Põhjus	Juhtude arv
HIViga nakatumise kahtlus	100
Kokkupuude HIV-nakkusega isikuga (sh ema)	41
Vangid	28
Tööga seotud nakkusoht	0
Sugulisel teel leviva nakkusega isikud	4
B-hepatiidiga isikud	0
C-hepatiidiga isikud	2
Süstivad narkomaanid	24
Homoseksuaalne vahekord	4
Seksuaalvahekord raha või uimastite eest	2
Rasedus, raseduse katkemine või katkestamine	18
Vere- ja organidoonorid	1
Muu	30

Allikas: Eesti nakkushaiguste registri andmed

Testimisel eelistatakse veenivere automatiseeritud või poolautomatiseeritud analüüsi (ELISA test). Kiirteste kasutatakse vähem. 2013. aasta kohta näitavad kokku 7110 kliendiga 11 HIVi nõustamis- ja testimiskabineti andmed, et ELISA testi tehti 71,2%-l juhtudest ning et kiirteste tehti valdavalt Lääne-Tallinna Keskhaiglas, kus on riigi suurim nõustamiskabinet (31). On ka näiteid kiirtestide tegemisest väljaspool kliinikuid ja nõustamiskabinette, et teha HIV-testimine kättesaadavaks elanikkonna kõige rohkem ohustatud rühmadele. Nii näiteks ühendasid 2013. aastal jõud TAI ja Eesti HIV-positiivsete Võrgustik (EHPV), et korraldada kiirtestimist geibaarides ja -klubides (17). Anonüümsete ELISAQ ehk kiirtestide esialgseid (positiivseid) tulemusi Terviseametile ei teatata ning need ei lähe arvesse ka uute HIVi juhtude statistikas (31).

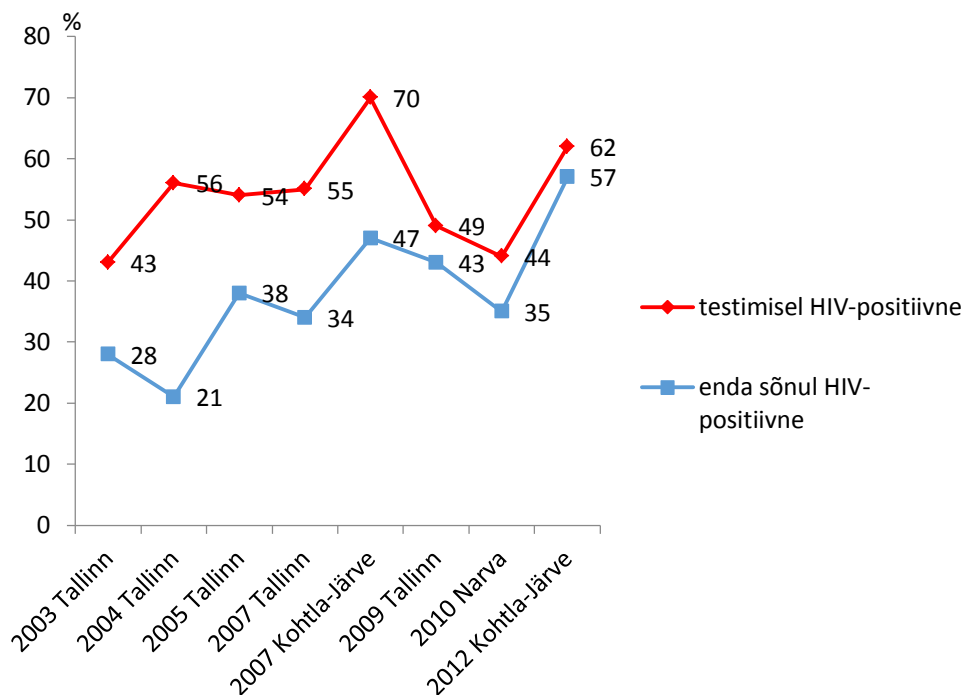
Kasutusel oleva testimiskorra tõhususe üks tähtis näitaja on hilise diagnoosiga uute HIVi juhtude osatähtsus. Ligikaudu 30–40% uutest HIVi juhtudest diagnoositakse hilises staadiumis (CD4-rakkude arv alla 350), ehkki CD4 arvu kohta diagnoosimise ajal ei koguta süstemaatiliselt andmeid (2). Soovitav on HIV-testimist paremini suunata kõige ohustatumatele rühmadele, et avastada HIViga nakatunuid varem.

Eestis on üks suuremaid elanikkonnarühmi, keda ohustab HIViga nakatumine, süstivad

narkomaanid. Nagu öeldud, ei ole selle rühma täpne suurus teada, kuid asjatundjate hinnangul kuulub sellesse 6000 kuni 10 000 – 15 000 inimest. Enamik süstivaid narkomaane on mehed ja nende valdavalt naissoost partnerid on teine kõige rohkem ohustatud elanikkonnarühm, mis võib toimida „sillana”, mille kaudu võib nakkus levida üldelanikkonda (1,33). Süstivaid narkomaane on viimastel aastatel HIVi suhtes rohkem testitud (17). Eesti Uimastiseire Keskuse andmetel testiti HIVi suhtes viimase 12 kuu jooksul kaks kolmandikku nõela- ja süstlavahetuse programmi klientidest, kes on süstinud kolm aastat või kauem (28). Viimastes süstivate narkomaanide seas korraldatud nakkus- ja käitumisuuringutes avastati, et Kohtla-Järvel (valimi suurus 600) oli süstivate narkomaanide seas neid, kes olid end elus vähemalt korra HIVi suhtes testinud, 90% ja Narvas (valimi suurus 350) 72% (15, 12). Samas oli Kohtla-Järvel viimase 12 kuu jooksul end HIVi suhtes testida ja nõustada lasknud ainult 50% süstivatest narkomaanidest.

Suur osa Eesti opiaadisõitlastest on võrreldes teiste riikidega HIV-positiivsed (33). Järgmine joonis kujutab HIVi levimust vastavalt mitmesuguste uuringute andmetele ja vastanute vastustele. Aja jooksul on tegeliku ja uuritavate teadete põhineva levimuse vaheline vahe vähenenud (28).

Joonis 2: HIVi levimus süstivate narkomaanide hulgas



Allikas: REITOXi 2013. aasta aruanne Eesti kohta (28)

Nõela- ja süstlavahetuse programmide toimumiskohtades, mille tegevust korraldavad harilikult vabaühendused, HIV-nõustamist ja -testimist harilikult ei toimu. Vabaühendustele ei ole HIV-testide tegemine lubatud, kuna vereproovide võtmine on seaduse järgi meditsiiniline protseduur. Samas soovib riiklik HIV-testimise juhise nõela- ja süstlavahetuse programmidele julgustada oma kliente end vähemalt kord aastas testima. Nõela- ja süstlavahetuse programmide töötajad suunavad sageli oma kliente passiivselt anonüümsetesse nõustamis- ja testimiskabinettidesse, mis asuvad harilikult

maakonnahaiglate või muude tervishoiuasutuste juures. Süstivate narkomaanide motivatsioonipuudus, geograafiline kaugus ning HIV-nakatunute ja süstivate narkomaanide häbimärgistamine tervishoiuasutustes võivad aga tegelikult piirata iga-aastase HIV-nõustamise ja -testimise kättesaadavust süstivate narkomaanide jaoks. Tallinnas pakkus üks nõela- ja süstlavahetuse programm oma klientidele 5-eurost kinkekaarti, mida sai kasutada anonüümsetes nõustamis- ja testimiskabinettides. Sellegipoolest see projekt ei õnnestunud, kuna süstivate narkomaanide motivatsioon lasta end HIVi suhtes testida ei suurenenud.⁴

Eesti HIV-positiivsete Võrgustik (edaspidi „võrgustik”) pakub paindlikku kogukonnapõhist HIV-nõustamist ja kiirtestimist. Kiirteste rahastab USA heategevusorganisatsioon American AIDS Foundation ja õdede töötasu maksab TAI. HIV-nõustamise ja -testimise korraldamiseks peab vabaühendus olema sõlminud kokkuleppe ametliku tegevusloaga tervishoiuasutusega ning teste tohivad teha ainult ametliku tegevusloaga õed. Kogukonnapõhised testid on suunatud konkreetsetele riskirühmadele, nende hulgas süstivad narkomaanid. Nii saab HIV-nõustamist ja -testimist süstivatele narkomaanidele pakkuda nõela- ja süstlavahetuse programmide ruumides või väliüritustel. Kui kiirtest osutub positiivseks, suunab võrgustik süstiva narkomaani aktiivselt edasi diagnoosi kinnitamiseks anonüümsetesse nõustamis- ja testimiskabinettidesse. Võrgustiku esindajate andmetel tehti 2013. aastal enam kui 10 000 kiirtesti. Ligi 60% anonüümsete kabinetide klientidest olid võrgustiku suunatud.⁵ Riskirühmadele suunatud testimise tõhususe ja kulutõhususe eest räägivad arvud. Narva Linda Kliiniku andmetel tehti 2013. aasta juulist detsembrini kiirtest 1176 inimesele, kellest 113 osutus HIV-positiivseks (35 esimest korda), mis annab HIVi levimuseks 3%. Väljaspool anonüümseid kabinette tehti kiirtest 2013. aastal 7272 inimestele, kellest 69 osutus esimest korda HIV-positiivseks, mis annab HIVi levimuseks 0,9%.⁶

Riiklikus HIV-testimise juhises soovitatakse, et Harjumaal ja Ida-Virumaal tuleb HIV-test teha kõigile 16–49-aastastele ambulatoorsel ravil viibivatele patsientidele. See püüe muuta HIV-testimine tavapäraseks on väga tähtis. Missiooni käigus tuvastati aga, et sellel lähenemisviisil on nii kliendi kui ka teenuseosutaja tasandil mitu tõket. Patsiendid ei tunne end selles olukorras alati hästi ja tervishoiuasutuste töötajatel on selle lähenemisviisi rakendamiseга väljaõppe, toetuse ja rahaliste vahendite puuduse tõttu raskusi.

HIV-testimise laiem kasutamine tervishoiuasutustes

Hea tava näide on Narva haigla, kus HIV-testimise laiema kasutamise soovitusi praegu rakendatakse. Asjaomased töötajad olid haigla uudiskirjas kirjutanud artikleid HIV-testimise tähtsusest, korraldanud koolitusi, osalenud osakonnajuhtide koosolekutel ja regulaarselt analüüsinud pakutud HIV-testide statistikat, mille tulemusi jagati teiste tervishoiutöötajatega. Lisaks oli püütud analüüsida kõigi esimest korda diagnoositud HIV-positiivsete meditsiinilisi andmeid, et selgitada välja võimalikke varasemaid külastusi, mil oleks saanud isikut HIVi suhtes testida. Tulemused esitati vastutavatele töötajatele, kellele tutvustati varasema diagnoosi võimalikke märke.

Testimisprogrammid ja testimine ise peaks olema selgelt seotud patsiendi kliinilise käsitlusega, tagamaks et positiivse testitulemusega isikud ka tegelikkuses eriarsti poole

⁴ Vestlus Kai Zilmeriga Lääne-Tallinna Kesonhaiglas 15. mail 2014.

⁵ Kohtumine Eesti HIV-positiivsete võrgustiku esindajaga 16. mail 2014.

⁶ Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna andmed, 22. juuni 2014

pöörduvad. Selgus, et see ei ole riigis piisavalt tagatud. Nii näiteks tegi ühes projektis kinnitava testi ja sai asjakohast eriarstiabi ainult 30% positiivse testitulemuste saanutest.

Nagu eespool märgitud, pakutakse rasedatele HIV-testi võimalust kaks korda raseduse jooksul. Rasedate hulgas diagnoositi uusi HIVi juhtusid 2008. ja 2009. aastal 41 ning 2010. aastal 30 (1). HIVi üldine levimus rasedate hulgas on enamikus maakondades alla 1%. Erandiks on Kirde-Eesti, kus see on ligi 2% (1). Enamiku rasedate kaks korda testimise mõjusust ja kulutõhusust on vaja põhjalikumalt analüüsida, kuna WHO soovitused seda ei

sisalda, kuid samas paistab, et see võimaldab kulude kokkuhoidu. Arvatavasti oleks asjakohane võrrelda HIVi levimust rasedate hulgas esimese ja teise testi ajal, et hinnata, kas teine test on tõepoolest põhjendatud või mitte. Kui rasedate teine test osutub mittevajalikuks, võiks selle arvelt kokkuhoitavad vahendid suunata süstivate narkomaanide testimise hädavajalikkude laiendamisele. Üldiselt peaks testimisprogrammidel olema selge eesmärk. Küsimus on, kas see peaks olema epideemia seire või võimalikult paljude HIV-positiivsete avastamine? Peale selle tuleks kogutud ja teatatud seireandmeid kasutada sekkumiste strateegilisel planeerimisel.

Soovitused

- Tõhustada andmete kogumist testimispõhjuste kohta, et hinnata riskirühmade osalust ja aja jooksul toimuvaid muutusi
- Laiendada HIV-testimist elanikkonna kõige ohustatumates rühmades, võimaldada ka muudel isikutel kui meditsiinitöötajad pakkuda riskirühmasid vastuvõtvides keskustes HIV-teste, teha rohkem kiirteste.
- Vajalik on testimise tehniline ja rahaline toetamine tervishoiuasutustes (perearstid, haiglate osakonnad, EMOd); testimise kulude katmiseks on vaja koolitusi, tugimaterjale ja rahalisi vahendeid.
- Tugevdada kõigis HIV-testimise kohtades aktiivset suunamist eriarstile.
- Lõpetada raseduse jooksul teistkordse testimise pakkumine, mis ei ole kulutõhus ja mida WHO soovitused ei sisalda.

3. prioriteetne valdkond: teenuse osutamise kohandamine

Nagu eespool kirjeldatud, on valdava enamiku HIV-positiivsete HIVi nakatumine seotud uimastite süstimisega. Ehkki on võetud olulisi kahju vähendamise meetmeid, jääb siiski probleemiks selle kõige ohustatuma elanikkonnarühma jälgimise ja ravi järjepidevus. Hindamisrühm täheldas, et kahju vähendamise programmide ebapiisav ulatus ja madal kvaliteet, integreeritud teenuste puudumine ning usalduse puudumine opioidasendusravi programmide mõju suhtes mõjutavad olulisel määral selle rühma juurdepääsu HIVi jälgimisele ja ARV-ravile ning jälgimise ja ravi pidevust ning seega HIVi epideemia ohjamist riigis.

WHO konsolideeritud juhendites soovitatakse kõige ohustatumate rühmade jaoks järgmist:

Kõige ohustatumad rühmad (sh prostitutsiooni kaasatud, meestega seksivad mehed,

transsoolised inimesed ja süstivad narkomaanid)

Kõige ohustatumatel rühmadel on mitmesuguseid probleeme tervishoiuteenustele juurdepääsuga eri olukordades. Teenuse osutamise viisid, mis aitavad kaasa pikaajalise ravi jätkamisele ja ravirežiimi järgimisele kõige ohustatumates rühmades, jäävad paljudel juhtudel kriitiliseks probleemiks. Kogemused on näidanud, et häid tulemusi annab nn omataoliste sekkumine, mis hõlmab tugevat sotsiaalset tuge, nt väliürituste töörühmad, omataolised õpetajad ning tervishoiutöötajad, kes pakuvad mitut valdkonda hõlmavat, erapooletut ja lugupidavat arstiabi (WHO konsolideeritud juhendid: 178).

Konkreetselt seoses opioidisõltuvuse ravi tähtsusega näitavad paljud kirjandusallikad, et opioidasendusravi suurendab süstivate narkomaanide HIVi ravi järjepidevust.⁷ Üldjoontes on leitud, et ARV-ravi tulemused on opioidasendusravi saavate narkomaanide seas paremad kui seda ravi mittesaavate narkomaanide seas. Opioidasendusraviga seostati mitmes uuringus sõltumatult HIV-1 RNA hulga vähenemist ning ühes uuringus seostati selle raviga ka CD4 rakkude arvu suurenemist. Opioidasendusravi positiivset mõju ARV-ravist kinnipidamisele võib seletada patsiendi sotsiaalse olukorra stabiliseerumisega, korrapärase juurdepääsuga arstiabile ja suunamisele, harjumusega iga päev ravimeid võtta ning parema sotsiaalse toe võrgustikuga.

Eestis süstivate narkomaanide suhtes võetud meetmetega seoses on kirjanduses osutatud, et opioidasendusravi ning nõelte ja süstalde vahetamise teenuseid jälgitakse kvantitatiivselt, kuid teenuste kvaliteedi kohta on andmeid vähe ning on ebaselge, milline asutus vastutab uimastiennetuse ja uimastiravi teenuste kvaliteedi tagamise eest (2). Tuleb märkida, et Tervise Arengu Instituut auditeeris 2013. aastal kõiki metadoon-asendusravi teenuseid, et teha kindlaks teenuste kvaliteet ja selle parandamise võimalused (34).

Nõela- ja süstlavahetuse programmid ning nende sidumine HIVi/TB raviga

Esimene nõela- ja süstlavahetuse programm algas Eestis 1997. aastal ning sellest ajast peale on programmi ulatus suurenenud. 2014. aasta maiks oli pealinna piirkonnas (Tallinn, Maardu), Kesk-Eestis (Tapa, Paide) ja Kirde-Eestis 37 alalist ja mittealalist nõelte ja süstalde vahetamise kohta, mille tegevust korraldas 10 vabaühendust.⁸ Need organisatsioonid saavad pidevat ja piisavat rahastamist Tervise Arengu Instituudist (TAI). 2007. aastal loodi teenuseosutajatele mõeldud töövahendina süstalde vahetuse andmebaas, mis annab TAI-le

⁷ Vt Fiellin *et al.* (2011). Drug treatment outcomes among HIV-infected opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone. *J.Acquir.Immune.Defic.Syndr.*, 56 Suppl 1, S33-S38. Gowing *et al.* (2008) Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD004145. Gowing *et al.* (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD004145. Lloyd-Smith *et al.* (2006). Impact of HAART and injection drug use on life expectancy of two HIV-positive cohorts in British Columbia. *AIDS*, 20, 445–450. Malta *et al.* (2010). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav.*, 14, 731–747. Malta *et al.* (2008).

Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103, 1242–1257. Spire *et al.* (2007). Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *Int.J Drug Policy*, 18, 262–270. Stotts *et al.* (2009). Opioid dependence treatment: options in pharmacotherapy. *Expert.Opin.Pharmacother.*, 10, 1727–1740. Sullivan & Fiellin (2005). Buprenorphine: its role in preventing HIV transmission and improving the care of HIV-infected patients with opioid dependence. *Clin.Infect.Dis.*, 41, 891–896. Maaailma Terviseorganisatsioon (2005). *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* Maaailma Terviseorganisatsioon, Genf, Šveits.

⁸ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

korrapärase seire võimaluse. Peale veebipõhise süsteemi vahetavad teenuseosutajad ja TAI endiselt andmeid ka e-posti teel. Eesmärk on muuta andmebaas 2015. aastaks veebipõhiseks andmekogumissüsteemiks ja võtta kasutusele veebipõhised küsimustikud.⁹

2012. aastal jaotati 2,2 miljonit süstalt 1319 uuele kliendile ja 6643 korduvkliendile (kokku ligikaudu 8000), mis tähendab, et kliendi kohta jaotati 164 süstalt aastas. Kogutud andmed näitavad, et 80% kliente olid mehed, 85% kõnelesid vene keelt ja klientide keskmine vanus oli 28 (vahemik 15–60). Ainetest süstitakse peamiselt fentanüüli, kuid amfetamiinide osa kasvab. Nõela- ja süstlavahetuspunktide külastuste arv on vähenenud 2010. aasta kõrgeimalt, 180 000 külastuse tasemelt 2012. aastaks ligikaudu 150 000 külastuseni ning nende teenuste atraktiivsuse säilitamine sihtrühma jaoks on probleem. Ühest 2012. aastal (TUBIDU projekti raames¹⁰) tehtud uuringust ilmnes, et 78% küsitletud süstivatest narkomaanidest sai steriilseid süstlaid vahetuspunktist ja 13% apteegist. Enamik Eesti apteekide müüb narkomaanidele süstlaid, kuid apteekrid ei ole arstid selle mõiste juriidilises tähenduses ega osuta nõustamisteenuseid. Mõnes piirkonnas täiendavad alalisi vahetuspunkte tänavatöötajate või liikuvate üksuste osutatavad vahetusteenused.

WHO/UNODC/UNAIDSi kriteeriumide kohaselt oli süstalde arv nõela- ja süstlavahetuse programmi ühe kliendi kohta (164) 2012. aastal rahuldav (vähe < 100 > keskmine < 200 > palju).¹¹ Mõned informeerijad teatasid, et nõela- ja süstlavahetuse programmid peaksid lisaks süstalde jaotamise n-ö mehaanilisele suurendamisele, sh süstalde jaotamisele registreerimata narkomaanidele teiseseks vahetuseks, keskenduma ka kvaliteetsema teabe andmisele, nõustamisele ja edasisuunamisele, eriti naissoost narkomaanide puhul. Seda punkti rõhutatakse teatavates uuringutes, mis näitavad, et vaatamata kahju vähendamise teenuste olulisele täiustamisele ei pruugi need oluliselt parandada süstivate narkomaanide riskikäitumist (1). Peale selle on vaja eristrateegiaid nende süstivate narkomaanideni jõudmiseks, kes nõela- ja süstlavahetuse programmides korrapäraselt ei osale.¹²

TAI tegi kindlaks pideva koolituse vajaduse, et suurendada teatavate nõela- ja süstlavahetuse programmide töötajate ning nende välitöötajate pädevust, kes ka ise on kas aktiivsed süstivad narkomaanid või saavad opioidasendusravi. Seetõttu hakkas TAI rahastama nõela- ja süstlavahetuse programmide töötajate pideva koolituse süsteemi, mis koosneb kvartaalsetest erikoolitussessioonidest.¹³ Neid jõupingutusi tuleb jätkata, et parandada teavitamis-, nõustamis- ja edasisuunamisteenuste kvaliteeti, sealhulgas teavet opioidasendusravi kui tõendatult tulemusliku ravi kohta.

⁹ 2013. aasta riiklik raport (2012. aasta andmed) EMCDDA-le REITOXi riiklikult narkoteabekeskuselt. Eesti – uus areng, suundumused ja süvainformatsioon valitud teemadel.

¹⁰ TUBIDU on rahvusvaheline tuberkuloosi ennetamise projekt „Empowering the public health system and civil society to fight the tuberculosis epidemic among vulnerable groups” („Tervishoiusüsteemi ja kodanikuühiskonna ärgitamine võitlema tuberkuloosiepideemiaga haavatavates rühmades”). Projekti kaasrahastab Tervise- ja Tarbijaküsimuste Rakendusamet (EAHC) ning selle tegevused on järgmised: valitud riikide olukorra ja probleemi ulatuse ülevaate koostamine; rahvatervise-, tervishoiu- ja kodanikuühiskonna töötajate suutlikkuse suurendamine ning kvaliteedijuhendite ja mudelite väljatöötamine kogukonnaorganisatsioonidele, kes teevad tööd haavatavate rühmadega, sh süstivate narkomaanidega. Projekt lõpeb 2014. aastal (www.tai.ee/tubidu).

¹¹ Tehniline juhend riikidele eesmärkide seadmiseks süstivate narkomaanide universaalseks juurdepääsuks HIV ennetusele, ravile ja hooldusele, 2012. aasta muudatused. WHO, UNODC, UNAIDS, 2013.

http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html

¹² Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

¹³ Intervision Guidelines. UNODC Project Office for the Baltic States, 2010.

<http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/PharmacologicalTreatment/IntervisionGuidelines/IntervisionGuidelines.pdf>

Süstivad narkomaanid, kellele nõela- ja süstlavahetuspunktis tehtud HIV-test osutub positiivseks, saadetakse nakkushaiguste eriarsti vastuvõtule, kuid üldiselt ei tehta aktiivset järelkontrolli selle kohta, kas nad tegelikult ka vastuvõtule lähevad. Tallinna, Narva ja Kohtla-Järve haiglates on eriarsti vastuvõtu järjekorrad ühest nelja nädalani. Teine tähtis tegur on eriarsti 5 euro suurune visiiditasu, mis võib vähendada süstivate narkomaanide motivatsiooni nakkushaiguste arsti külastada.

Opioidide (fentanüüli) üledooside väga suure arvu tõttu (2012. aastal 170) on TAI alates 2013. aasta septembrist rahastanud opioidide üledoseerimise ennetamise programmi, mille raames nõela- ja süstlavahetuse programmide töötajad jaotavad koostöös tervishoiuasutustega naloksooni ja pakuvad süstivatele narkomaanidele lühiõpet (28). See üledoseerimise ennetamise programm on Balti riikides esimene omataoline. 2014. aasta jaanuariks oli programmi kaasatud neli asutust ning 10% nõela- ja süstlavahetuse programmide klientidest oli naloksooni üledoseerimise ennetamise programmides osalenud.¹⁴ Veel üks tähtis strateegia surmaga lõppevate üledooside vähendamiseks on oluliselt laiendada opioidasendusravi saamist inimeste seas, kes süstivad opioide.

Opioidasendusravi ning selle integreerimine ARV-ravi, tuberkuloosi ja C-hepatiidi raviga

WHO juhendite alusel koostas TAI 2013. aastal opiaatsõltuvuse ravijuhise. TAI auditeeris 2013. aastal kõiki metadoon-asendusravi teenuseid, et teha kindlaks teenuste kvaliteet ja täiustamisvõimalused (34). Audit näitas, et 60–80% opioidasendusravi patsientidest on HIV-positiivsed süstivad narkomaanid. Peale selle on opioidasendusravi patsiendid üldjuhul pikaajalisemad süstijad ning kaasnevus, sh tuberkuloosi kaasnevus on nende puhul sagedasem.¹⁵

Riiklikku narkomaaniaravi andmekogusse kogutakse andmeid 14 ravikeskusest. 2013. aasta aruanne näitab, et 2011. aastal alustas ravi 532 patsienti ja 2012. aastal 546 patsienti (34). Juba ravil olevatest patsientidest 687 said 2012. aasta lõpuks metadoon-asendusravi (2012. aastal kokku 1123 patsienti). Nagu märgitud, ei ole täpne opiaate süstivate narkomaanide arv Eestis teada, kuid ühe eksperdihinnangu kohaselt on see 6000 (28). Seega on opioidasendusravi hõlmavus (ligikaudu 12%) opiaate süstivas populatsioonis WHO/UNODC/UNAIDSi kriteeriumide järgi madal (madal < 20% > keskmine < 40% > suur).¹⁶ Muude allikate hinnangul on süstivaid narkomaane 10 000–15 000; sel juhul sai opioidasendusravi 2010. aastal 5–6% kõigist süstivatest narkomaanidest. Tuleb märkida, et süstivate narkomaanide hulgas on laialt levinud amfetamiini süstimine ning see rühm vajab teistsugust ravi ja rehabilitatsooni, mis on konkreetselt suunatud amfetamiinisõltlastele (12, 34).

TAI eraldas 2013. aastal opioidasendusravi teenusteks 1 037 504 eurot, millest ligikaudu 125 677 eurot kulutati metadoonile ja testikomplektidele¹⁷, mis on tunduvalt vähem kui

¹⁴ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

¹⁵ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

¹⁶ Tehniline juhend riikidele eesmärkide seadmiseks süstivate narkomaanide universaalseks juurdepääsuks HIV ennetusele, ravile ja hooldusele, 2012. aasta muudatused. WHO, UNODC, UNAIDS, 2013.

¹⁷ Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna andmed, 22. juuni 2014

ARV-ravi aastane kulu (11,5 miljonit eurot aastas). Opioidasendusravi rahastamine on siiski aeglaselt, kuid pidevalt suurenenud. TAI sõlmis hiljuti lepingu Narva opioidasendusravi programmiga, et rahuldada naissoost patsientide ja nende laste vajadused. Narvas on 25% süstivatest narkomaanidest naised, mis on kogu riigi süstivate narkomaanide seas suurim naiste osatähtsus. 55%-l Narva süstivatest narkomaanidest on bioloogilised lapsed ja 11% elab lapsega samas leibkonnas (2010). Sellele olukorrale reageerimiseks rahastas TAI täiendava sotsiaaltöötaja ja sotsiaalpedagoogi värbamist, et rahuldada ligikaudu 60 naissoost opioidasendusravi patsiendi (40% kõigist opioidasendusravi patsientidest) ja opioidasendusravi patsientide 80 lapse vajadused. See on hea näide patsiendikesksetest

teenustest ja paindlikust reageerimisest opioidasendusravi patsientide konkreetsetele ja individuaalsetele vajadustele.

Eri opioidasendusravi keskustes oli keskmine päevane metadooniannus 2012. aastal 47–66 mg (28), mis on pisut vähem kui WHO soovitatud keskmine >60 mg. Mitmesugustel põhjustel saavad patsiendid üldiselt väikesi metadooniannuseid (Narvas on keskmine 45–50 mg)¹⁸, muu hulgas eeldatavalt opioidasendusravi kergemaks lõpetamiseks. Missiooni käigus öeldi meile, et mõne opioidasendusravi patsiendi ning nõela- ja süstlavahetuspunktide kliendi arvates on opioidasendusravil negatiivne imago. Valdab väärarusaam, et metadoon on ebaseadusliku uimasti järjekordne asendaja, mis on veel hullem kui fentanüül või heroiin, ning seetõttu eelistasid mõned patsiendid saada vähima annuse lühima võimaliku aja jooksul. Võib-olla opioidasendusravi negatiivse imago tõttu süstivate narkomaanide seas ei olnud 2014. aasta mais Narvas ega Kohtla-Järvel ühtki inimest opioidasendusravi järjekorras. Metadoon-asendusravi teenuste hiljutises kliinilises auditis leiti, et osutatud teenused, nt eritöötajate, laborite ja psühhosotsiaalse töö kasutamine, on ravikeskustes võrreldamatult erinev (34).

Missiooni ajal märkis mitu riiklikku asutust, sh TAI, et ei ole piisavalt psühhiaatreid, kes sooviksid opioidasendusravi programmides töötada (vt ka 34). Uimastisõltuvuse ohje ning uimastisõltuvuse ravi integreerimine HIVi, C-hepatiidi ja tuberkuloosi raviga ei kuulu residentuuriõppega psühhiaatrite diplomioppe järgsesse õppekavasse.¹⁹ Et uimastisõltuvust võivad diagnoosida ja opioidasendusravi määrata üksnes psühhiaatrid, takistab see opioidasendusravi laiemat kasutamist Eestis. Lääne-Tallinna Keskhaiglas lubati nakkushaiguste eriarstidel (psühhiaatrite pikaajalise kättesaadamatuse tõttu) jätkata opioidasendusravi ning muuta metadooni annust vastavalt kliinilistele näidustustele. Missiooni käigus arutati Eesti Perearstide Seltsiga perearstide täiendavat kaasamist opioidasendusravi andmise koostöös psühhiaatritega kui üht võimalust detsentraliseerida ja suurendada juurdepääsu opioidasendusravile, eriti geograafiliselt kaugetes piirkondades. See nõuaks aga erikoolitust ja rahalisi kulutusi.²⁰

Veel üks tegur, mis võõrandab opioidasendusravi tavapärasest meditsiinipraktikast ja takistab selle integreerimist üldisesse tervishoidu, on see, et erinevalt tavalistest meditsiiniandmetest ei sisestata opioidasendusravi patsientide raviandmeid järjepidevalt üldistesse elektroonilistesse meditsiiniandmebaasidesse.²¹ Ühe seletusena ei ole kõigil opioidasendusravi andjatel piisavat IT-tuge, et ühineda üldiste elektrooniliste andmebaasidega, ning nad koguvad patsientide andmeid endiselt eraldi kaustadesse või

¹⁸ Kohtumine vabaihendusega „Me aitame sind”, Narva, 13. mai 2014.

¹⁹ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

²⁰ Kohtumine Perearstide Seltsiga, 16. mai 2014.

²¹ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

jälgimislehtedele (34). Ühtsema aruandluse väljatöötamine ja elektroonilise dokumentatsiooni võimaldamine tuleks seada riigi tasandi prioriteediks. Üks lahendus võiks olla arstide elektrooniline tervise infosüsteem (e-Tervis), mis on odav ja sobib väiksematele teenuseosutajatele, kuid hetkel mitte psühhiaatriatele (34).

Missiooni käigus selgus, et suhtumine opioidasendusravisse on paljude selle ravi pakkujate ja nakkushaiguste eriarstide seas üsna negatiivne. Eriarstid väitsid, et „*süstivad narkomaanid ei kuula meie nõuandeid, nende psühholoogia on moonutatud ja opioidasendusravi ei aita*”.²² Opioidasendusravi kui ravimeetodi tõhusust peetakse piiratuks, eriti abstinentsile suunatud ravikontseptsiooni seisukohalt. Narvas ja Kohtla-Järvel ei kaalunud nakkushaiguste eriarstid ARV-ravi integreerimist opioidasendusravi programmiga, sest nende arvates on opioidasendusravi positiivne mõju patsientide käitumisele väga piiratud. Kõige ebastabiilsematele patsientidele ei kavatsenud anda otsese kontrolli all ühes kohas metadooni ja ARV-ravi.

Nagu osutatud, tõkestavad HIV-ravi kättesaadavust süstivatele narkomaanidele lisaks häbimärgistamisele eriarstide poolt ka järjekorrad nakkushaiguste eriarstide vastuvõtule (üks kuni neli nädalat) ja 5 euro suurune visiiditasu. Nende probleemide lahendamise kiireloomulisust peegeldab asjaolu, et 50% süstivatest narkomaanidest tulevad eriarsti vastuvõtule CD4 rakkude arvuga <200.²³

Opioidasendusravi ja ARV-ravi integreeritud teenus

Lääne-Tallinna Keskhaigla opioidasendusravi programm hõlmab otseselt kontrollitavat ARV-ravi. See mudel on parandanud kõige probleemsemate patsientide ravist kinnipidamist ning Tallinna juhtivad nakkushaiguste spetsialistid hindasid seda kõrgelt. Kahjuks on selles opioidasendusravi kohas praegu järjekorras 10 inimest, kes võetakse ravile üksnes juhul, kui keegi programmist välja langeb.

TAI rahastab opioidasendusravi töötajate kvartaalset koolitust, mis keskendub töötajate abistamisele töökohas raskustega toime tulemisel. TAI märkis aga hindamisrühmale, et sellest ei piisa opioidasendusravi kvaliteedi parandamiseks.²⁴

Ehkki opioidasendusravi programmidesse on kaasatud sotsiaaltöötajad, näib olevat arenguruumi individuaalse, patsiendikeskse lähenemisviisi täiustamisel, sh nt individuaalsete vajaduste hindamisel, konkreetsete raviplaanide koostamisel ja teenuste professionaalsel koordineerimisel. Hindamisrühm järeldas oma kohtumistest Kirde-Eesti nakkushaiguste spetsialistidega, et juhtumikorraldajad ei suuna patsiente aktiivselt HIVi ja C-hepatiidi ravile ega perearsti juurde. Märgiti ka, et opioidasendusravi patsiendid vajavad kohaliku omavalitsuse olemasoleva sotsiaalabisüsteemi kasutamiseks pidevat sotsiaalset tuge, sest enamikul süstivatel narkomaanidel on sotsiaalprobleemid, neil puudub töö ja sotsiaalsed oskused ning paljud ei kõnele eesti keelt.²⁵ Näiteks ei suunata opioidasendusravi patsiente aktiivselt kohaliku omavalitsuse tööhõiveasutusse, mis võiks parandada kutseõppe- ja töövõimalusi ning kus on võimalik saada ka riiklikku ravikindlustust.

²² Isiklik vestlus, kohtumine Kohtla-Järve Haiglas, 14. mai 2014.

²³ Isiklik vestlus, kohtumine Kohtla-Järve Haiglas, 14. mai 2014.

²⁴ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

²⁵ Isiklik vestlus kohtumisel Narva vabaihendusega, 13. mai 2014.

Opioide ja muid uimasteid süstivatel Kirde-Eesti narkomaanidel on võõrutusravile raske pääseda. Riigi ainus statsionaarne raviüksus, kus võõrutatakse mitut uimastit (alkoholi või amfetamiine) tarbivaid opioidasendusravi vajavaid patsiente, asub Tallinnas Wismari Haiglas. Wismari Haigla sai 2012. aastal TAI-lt võõrutusraviks 102 785 eurot. Et patsiendid jätsid võõrutusravi pooleli, kulutati sellest vaid 48 522 eurot (28).

Mis puudutab kaasuvaid infektsioone, siis kõigil Eesti tuberkuloosahaiglaüksustel on võimalik kasutada statsionaarse ja ambulatoorse ravi patsientidel opioidasendusravi (metadooni).²⁶ C-hepatiidi ravi on tasuta riikliku ravikindlustusega patsientidele, seetõttu kasutavad süstivad narkomaanid seda harva. Puuduvad andmed selle kohta, kui sageli opioidasendusravi patsiente C-hepatiidi ravile suunatakse.

Kõik Justiitsministeeriumi haldusalas olevad vanglad pakuvad opioidasendusravi (metadooni) ning seda ravi sai 2014. aasta mais vanglates 56 inimest.²⁷ Opioidasendusravi saajatel on võimalik ravi jätkata nii politsei kinnipidamisasutustes kui ka karistusasutustes, st enne ja pärast kohtuotsust. Karistusasutustes töötavad väikesed uimastisõltuvuse psühhosotsiaalse ravi üksused ning süstiv narkomaan võib alustada opioidasendusravi, kui asutuse psühhiaater selle määrab.

Praegu pakuvad psühhosotsiaalset ravi (rehabilitatsiooni) neli keskust, sealhulgas kaks riigieelarvest rahastatavat psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni keskust meestele ja naistele Viljandi Haiglas ning mõlemast soost topeltdiagnoosiga patsientidele Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, kus peamiselt kasutatakse kognitiiv-käitumisteraapiat (CBT). Riigieelarvest rahastati ka täiskasvanute statsionaarset rehabilitatsioonikeskust Sillamäel (kognitiiv-käitumisteraapia ja eneseabi lähenemisviisid) ja alaealiste keskust LLC Corrigo (28). 2014. aastaks oli voodikohti kokku 47 (naistele 10). Et psühhosotsiaalne rehabilitatsioon kestab 6–12 kuud, oli 2012. aastal selle saajaid suhteliselt vähe ning see ei saanud mõjutada HIVi nakatumiste ohjamist. 2012. aastal võeti nelja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni keskusse kokku 155 patsienti, kellest ligikaudu pool (66) läbis teraapiaprogrammi.

Üks Narvas tehtud uuring näitas, et vaid 22% süstivaid narkomaane, kelle keskmine vanus oli ligikaudu 30, olid kunagi saanud sõltuvusravi. Uuringus järeldati, et see oli seotud süstivate narkomaanide jaoks juurdepääsetavate raviprogrammide vähese valikuga (12).

Kokkuvõtteks on vaja ulatuslikult keskenduda süstivatele narkomaanidele, sest vastasel juhul ohustab Eestit HIVi epideemia eskaleerumine, millega toimetulek on veelgi kallim.

Soovitused

- HIV-positiivsete patsientide ravi peaks jääma nakkushaiguste eriarstide ülesandeks, kuid ravimeid tuleks jaotada patsientide asukohas, kas opioidasendusravi keskustes või muudes kohtades (õppida Lääne-Tallinna Keskhaigla kogemusest).
- Ka metadoon-asendusravi puhul peaks ravi toimuma psühhiaatri järelevalve all, kuid ravimeid võiksid jagada teised süsteemi töötajad.
- On soovitatav, et ARV-ravi ja opioidasendusravi korraldab sama eriarst (või kaks eriarsti tihedas koostöös), et tagada opioidasendusravi annuste asjakohane kohandamine, kui esineb koostoime teatavate ARV-ravimitega.

²⁶ Isiklik vestlus, kohtumine Tervise Arengu Instituudis, 12. mai 2014.

²⁷ Kohtumine Justiitsministeeriumi vanglate osakonna esindajaga, 14. mai 2014.

- Lisaks süstalde jaotamise n-ö mehaanilisele suurendamisele tuleks keskenduda ka teavituse, nõustamise ja edasisuunamise kvaliteedile, eriti naissoost süstivate narkomaanide puhul.
- Lisaks nõelte ja süstalde vahetamisele tuleb kahju vähendamise teenuseid laiendada muu süstimisvarustuse, steriilse vee jms jagamisele.
- Opioidasendusravi programmid peaksid täiustama individuaalset, patsiendikeskset lähenemisviisi, sealhulgas individuaalne vajaduste hindamine, konkreetset raviplaanid ja professionaalsed koordineerimisteenused.
- Amfetamiini tarvitajatele tuleks luua ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused.
- Juhtumikorraldajad peaksid aktiivselt suunama HIVi ja C-hepatiidi ravile ja perearstide juurde ning tööhõiveasutustesse, mis võiks parandada kutseõppe- ja töövõimalusi.
- Hädavajalik on tegeleda negatiivse suhtumisega opioidasendusravisse nii tervishoiutöötajate kui ka klientide seas, kes väljendavad:
 - soovimatust teada saada HIV-seisundit,
 - soovimatust alustada ARV-ravi,
 - soovimatust alustada opioidasendusravi.
- On väga soovitatav, et Lääne-Tallinna Keskhaigla kogemusi opioidasendusravi programmist, milles pakutakse otseselt kontrollitavat ARV-ravi, rakendatakse ka riigi muudes piirkondades.

4. prioriteetne valdkond: ravimite kasutamise optimeerimine ja kulude vähendamine

Praegu pakutakse ARV-ravi Eesti suuremates linnades asuvate haiglate viies nakkuskliinikus ning vanglates kinnipeetavatele. Praeguse seisuga on ARV-ravi pakkumisega näiteks opioidasendusravi keskustes vähe kogemusi ja sellesse suhtutakse mõningase ebakindlusega; samas on Lääne-Tallinna Keskhaiglas sisse seatud hästi toimiv teenus.

Eestis rahastatakse ARV-ravimeid täielikult riigieelarvest ja see on iga aastaga kasvanud. 2013. aastal oli see 12 miljonit eurot. Riigil on olemas avalike hangete ja varude haldamise süsteem, mida juhivad Sotsiaalministeerium ja Terviseamet. Tervikuna näib avalike hangete süsteem toimivat korralikult. Varude puudusest teatatud ei ole. Lisaks võimaldab see süsteem hankida ARV-ravimeid võrreldes regiooni teiste riikidega suhteliselt madala hinnaga. Asjaomaste sidusrühmade hinnangul tuleks süsteemi hoida.

Prognoose teeb, nagu eespool mainitud, Sotsiaalministeeriumi juures moodustatud eksperdikomisjon, mida juhivad nakkushaiguste spetsialistid. Oma hinnangutes lähtub komisjon eelmise aasta tarbimisest. Hindamisrühm ei leidnud märke sellest, et varudest oleks puudus, ei riigil ega nakkusosakondades. Kuid asjaolu, et süsteem tugineb eksperdiarvamustele, mitte kindlaksmääratud prognoosimetoodikale ja töökorrale, muudab ta haavatavaks ja jätkusuutmatuks.

ARV-ravi skeemid

Kasutatavad ARV-ravi skeemid põhinevad HIVi ravivate arstide konsiiliumi otsustel ja Euroopa AIDSi Kliinilise Seltsi (EACS) suunistel, kuigi mõningaste kohalike eelistustega. Näiteks ühetabletilisi fikseeritud annustega kombinatsioonravimeid nagu Atripla kulude tõttu ei pakuta, kuigi WHO suunistes seda esmase ravi puhul soovitatakse.

Eestis eelistatakse rasedate ja viljakate naiste ARV-ravis esmavaliku ravimitena rtv-võimendusega PI'sid ja Combivir'i. Intravenoosetest ravimitest eelistatakse ARV-ravis rtv-võimendusega PI'sid koos Kivexa või Truvadaga ja lisaks kaldutakse madala CD4 arvuga patsientide puhul eelistama PI/rtv-d (mitte NNRTI-del põhinevaid raviskeeme).

Kokkuvõttes kasutatakse praegu ARV-ravi saavate patsientide puhul järgmisi ravimeid (ravimiklasside kaupa): NRTI: enamik saab Kivexa't (Abacavir+Lamivudine) (n=1326), millele järgnevad Trurada (Tenofovir+Emtricitabine) (n=711) ja Combivir (n=588). PI/rtv: Enamik saab LPV/rtv-d (n=841); järgnevad Fosamprenavir (n=344) ja Darunavir (n=283). Atazanavir kirjutatakse välja ainult juhul, kui esineb resistentsus teiste PI-de suhtes (n=43). Muud ARV-ravimid, mida kasutatakse viroloogilise sobimatuse ja resistentsuse korral: Raltegravir (n=79) ja Maraviroc (n=3). 2014. aasta ARV-ravimite hankeplaanis on planeeritavaks ravinaiivsete osatähtsuseks NNRTI grupi ravimite puhul määratud 55% ja PI/rtv grupi ravimite puhul 45%. Soovitav on, et PI grupi ravimite osatähtsus oleks alla 20% ja et ATZ-d kasutataks esmases ravis. Duranaviri või Lopinaviri võib kasutada PI-resistentsusega patsientidel.

Kokkuvõttes viitavad olemasolevad andmed ja kogemused programmidega jätkuvalt sellele, et Efavirensi kasutamine raseduse algusperioodil ei too endaga kaasa sünnianomaaliade arvu suurenemist või muud olulist toksilisust (WHO ARV-ravimite kasutamist HIVi ravis ja ennetamises käsitlevate 2013. aasta koondsuuniste lisajaotis, 7. peatükk – ARV-ravi). Efavirensi kulud on oluliselt langenud. Seda saab kasutada igapäevase fikseeritud doosiga kombinatsioonravimina ja see on jätkuvalt WHO eelistatav ravim täiskasvanute ja laste, aga ka rasedate ja viljakas eas naiste esmases ravis.

Puuduvad tõendid selle kohta, et Efavirensit ei saa kasutada uimasteid süstivatele patsientidel. Seda kasutatakse kogu Euroopas, nagu näitavad suured Euroopa kohortuuringud nagu EuroSIDA (37, 38, 39)

RNA taseme mõõtmine

Investeeringud HIV RNA taseme mõõtmisele on seatud prioriteediks ja Eesti lähtub korrapärase mõõtmise puhul WHO juhistest. Samas ei ole korrapärane HIV RNA taseme mõõtmine soovitatav patsientide puhul, kelle CD4 rakkude arv on suur ja kellel ravi ei ole alustatud. Sellistel juhtudel tuleks keskenduda CD4 rakkude arvu mõõtmisele. HIV RNA taseme jälgimisega seotud kulud saab ilma ravi kvaliteeti ohustamata kokku hoida, kui järgida neid juhiseid.

Viiruse supressioon

Ravi saavate patsientide supressiooni määrad on madalad, mis vajab tähelepanu. See teema muutub äärmiselt tähtsaks, kuna enamik HIV-positiivseid ei saa ikka veel ravi ja arvatavasti on seda rühma edaspidi eriti raske ohjata. Need, kes juba ravi saavad, suudavad selle korrapärasusega oma elus kohaneda, mis võib olla raskem nende jaoks, kes veel ravi ei saa (muidu võiksid nad juba ravil olla).

Kulude vähendamine

ARV-ravimid moodustavad kogu HIVi/AIDSi eelarvest suure osa. Kui järgida WHO suuniseid ning parandada hangete korda ja raviskeeme, avanevad võimalused kulude kokkuhoiduks. On selge, et praeguse SKP ja tervishoidu tehtavate investeeringute taseme juures on raske hoida

sama ravitaset kui teistes ELi riikides.

Soovitused

- Hankeplaani / ARV-ravimite valimist saab vastavalt WHO suunistele lihtsustada, kui vähendada esmavaliku ravimite hulka. PI/rtv osatähtsust esmasest ravist tuleks vähendada (eesmärk 10–20%). See annab suure kokkuhoiu.
- Korrapärane HIV RNA taseme mõõtmine ei ole soovitatav patsientide puhul, kelle CD4 rakkude arv on suur ja kellel ravi ei ole alustatud.
- Efavirenzi määramisel uimastisõltlastele võivad tekkida probleemid seoses resistentsuse tekkimisega NNRTI grupi ravimitele (juhul, kui ravirežiimi ei peeta kinni) ja koostoime tõttu metadooniga. Nende probleemide lahendamiseks on kõige parem keskenduda režiimi järgimise parandamisele (sh ühendatud ravi, otseselt kontrollitav ravi jms) ning ravimite koostoimega seoses võib osutuda vajalikuks metadoonidoosi suurendamine. Samas ei ole tõendeid selle kohta, et Efavirenzit ei saa kasutada süstivatel narkomaanidel.
- Hankesüsteemi saab muuta toimivamaks, kui võtta prognooside koostamisel kasutusele kindlaksmääratud meetodika.

7. Üldised küsimused

7.1 Jätkusuutlikkus ja teenuste kättesaadavus

Missiooni käigus hinnati perearstide kaasamist HIVi vastasesse võitlusesse. Tagamaks HIV-testimise normaliseerimise tervisesüsteemis, leitakse, et esmatasandi arstiabis on oluline rakendada testimissuunised. See peaks olema perearstide osa HIVi puhul, unustamata ka eriarstile suunamist.

Sellega seoses tehti kindlaks mitu takistust, nagu näiteks asjaolu, et nii perearstid kui ka nakkusosakonnad seda muudatust ei toeta, kuna esmatasandi arstipraktistel on vähe rahalisi vahendeid diagnostikavahendite jaoks ja riskirühmad ei usalda perearste, mis seab kahtluse alla, kas HIV-testide juurutamine perearstide juures aitab paremini avastada HIV-positiivseid süstivaid narkomaane.

On selge, et testimissuuniste rakendamiseks esmatasandil on perearstidel vaja koolitusi, vahendeid ja rahalist toetust.

Praegu paistab, et perearstidele ARV-ravimite väljakirjutamise õiguse andmine on hea lahendus ainult juhul, kui seda kontrollivad nakkushaiguste arstid/psühhiaatrid või kui perearstipraktised on teatavates piirkondades inimestele rohkem ligipääsetavad.

Hädasti on vaja muuta nakkushaiguste ja narkoloogia erialad atraktiivsemaks ning lahendada nendel erialadel väljaõppe saanud arstide väljarände probleem. Missiooni käigus tuvastati ka vajadus järelevalve ja koolituse järele.

7.2 Inimõigused

ARV-ravi ja nakkushaiguste ravi on kättesaadav põhimõtteliselt kõigile sõltumata tervisekindlustusest. Nendele 6%-le, kellel kindlustust ei ole, saab määrata töövõimetuspensioni, millega kaasneb ka tervisekindlustus. Seni on aga lähtunud reeglist, et inimene saab selle pensioni ainult juhul, kui ta on väga haige, s.o kui tema CD4 rakkude arv on väga madal. Selle tulemusel on mõni inimene oma ravimite võtmisest loobunud, et säilitada pension, mis võib olla tema ainus sissetulek. Patsiendi töövõimetuspensioni sidumine CD4 rakkude madala arvuga ei aita tagada ravi järjepidevust. Selle mitteproduktiivse variandi asemel tuleks HIV-positiivsed suunata sotsiaaltoetuste võimaluste juurde ja nad tööturule tagasi viia, et nad suudaksid end ja oma lapsi ülal pidada.

8. Soovitused

8.1 Põhisooitused

HIVi epideemia seire jaoks riigis puuduvad olulised indikaatorid ja olemasolevaid andmeid ei analüüsita piisavalt ega arvestata riikliku HIVi strateegia prioriteetidega seotud poliitiliste otsuste tegemisel

Soovitused

- Seireandmete kvaliteedi parandamiseks on tähtis jätkata andmete kogumist CD4 rakkude arvu kohta diagnoosimisel ning see tuleks seada prioriteediks.
- Riiklikusse HIVi registrisse tuleks kanda järgmised andmed:
 - CD4 diagnoosi ajal
 - viiruskoormus
- Rohkem on vaja panustada üksikasjalike andmete kogumisele HIVi testimise põhjuste ning uute HIVi juhtude ülekandeteede kohta.
- Seireandmete esitamine peaks olema kohustuslik. Andmed tuleks teha kättesaadavaks TAI-le/Sotsiaalministeeriumile.
- Meetmed peaksid olema prioriseeritud, tagamaks probleemi põhjalik ja igakülgne mõistmine.
- Kraadiõpe seires ja rahvatervisega seotud sekkumistes osalevatele ekspertidele, et tagada andmete asjakohane analüüsimine.

HIV-testid ei jõua elanikkonna kõige ohustatumate rühmadeni

Soovitused

- Tõhustada andmete kogumist testimispõhjuste kohta, et hinnata kõige rohkem ohustatud riskirühmade osalust ja aja jooksul toimuvaid muutusi
- Laiendada HIV-testimist riskirühmades, võimaldada ka mitte-meditsiinitöötajatel pakkuda riskirühmasid vastuvõtvates keskustes HIV-teste; teha rohkem kiirteste.
- Vajalik on testimise tehniline ja rahaline toetamine tervishoiuasutustes (perearstid, haiglate osakonnad, EMOd); testimise kulude katmiseks on vaja koolitusi, tugimaterjale ja rahalisi vahendeid

- Tugevdada kõigis HIV-testimise kohtades aktiivset suunamist eriarstile.

- Lõpetada raseduse jooksul teistkordse testimise pakkumine, mis ei ole kulutõhus ja mida WHO soovitused ei sisalda.

Ebapiisav arvelevõtmine ning HIVi jälgimise ja ARV-ravi järjepidevus

Soovitused

- Parandada meetmeid, mis aitavad parandada ravile jäämist ja ARV-ravi nõuetest kinni pidamist, nt opioidasendusravi teenuste osutamine otsese kontrolli all.
- Toetada kohest nõustamist ja aktiivset edasisuunamist eriarstile.
- Vähendada häbimärgistamist tervishoius, kasutades suunatud kampaaniaid ja õpet ning tagades juhtide ja juhtivate nakkusarstide empaatilise ja proaktiivse suhtumise.
- Toetada ühendatud ravi ja laiemaid teenuseid koos samaaegse metadooni- ja ARV-raviga (ning hepatiidi- ja tuberkuloosiraviga patsientide puhul, kellel on need kaasuvad haigused).
- Rohkem tähelepanu tuleks pöörata algtingimustele, nt toetada uimasti- ja alkoholisõltuvusega patsiente.

Kahju vähendamise programmide puudus ja madal opioidasendusravi hõive

Soovitused

- Muuta HIV-testimine ja nõustamine nõela- ja süstlavahetuse programmide juures, väliüritustel ja kogukonnapõhiste teenuste abil süstivate narkomaanide jaoks kättesaadavamaks, kasutades rohkem kiirteste ja HIV-positiivsete aktiivset suunamist eriarstile.
- Parandada nõela- ja süstlavahetuse programmide teenuste atraktiivsust ja kvaliteeti, parandades teavitamist, nõustamist ja suunamist opioidasendusravile ning tagades sotsiaalteenuste professionaalsuse ja töötajate koolituse.
- Muuta opioidasendusravi süstivatele narkomaanidele atraktiivsemaks, parandades raviteenuste kvaliteeti. Selleks võib kasutusele võtta näiteks patsiendikeskse lähenemisviisi, mis arvestab iga patsiendi erivajaduste ja -ootustega, töötada välja piisavad raviplaanid, koordineerida sotsiaal- ja meditsiiniteenustega ning integreerimise kutseõppesüsteemiga ja tööhõivebüroode pakutavate töö pakkumise teenustega. Sellega seoses võiks opioidasendusravi patsiente rohkem toetada olemasolevates sotsiaal- ja meditsiiniteenustes orienteerumises, kuid see nõuab oluliselt rohkemate vahendite eraldamist opioidasendusravi jaoks.
- Edendada opioidasendusravi teenuste lõimumist üldisesse tervishoiusüsteemi, arendades häid tavasid ning integreeritud või ühendatud ravi uudseid mudeleid. Seni tehtud jõupingutustega opioidasendusravi integreerimiseks olemasolevate meditsiiniteenustega tuleks jätkata, sh meditsiiniliste andmete jagamine, mitmekesistatud rahastamismudelid tervisekindlustusega opioidasendusravi patsientidele, opioidasendusravi teenuste osutamise detsentraliseerimine perearstipraktistesse ja haiglatesse, eelkõige nakkushaiguste või tuberkuloosiosakondadesse.
- Muuta süstivatele narkomaanidele rohkem kättesaadavaks mitmekesiseid uimastisõltuvuse ravi teenuseid, sh võõrutusravi teenused statsionaarsetes psühhiaatria- või eriosakondades ning statsionaarne ja ambulatoorne psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, mille võiks ühendada HIVi, C-hepatiidi ja tuberkuloosiraviga.

- Tagada, et süstivatele narkomaanidele tervishoiuteenuste osutajad suhtuvad opioidasendusravisse kui selle rühma raviks hädavajalikku vahendisse.
- Riigi teistes piirkondades on väga soovitatav rakendada Lääne-Tallinna keskhaigla kogemust opioidasendusravi programmiga, milles kasutati ARV-ravimite manustamist otsese kontrolli all.

Integreeritud teenuste puudus, sh koostöö HIVi kliinikute ja vabaühenduste, tuberkuloosihaiglate ja narkoloogide vahel

Soovitused

- Prioriteediks tuleks seada ühendatud ravi põhimõte, mille kohaselt osalevad HIVi ja opioidasendusravis kogukonna kliinikud, kus raviteenused on omavahel seotud.
- Vastutus patsientide ravi eest peaks jääma nakkushaiguste eriarstidele, kuid ravimite tegelik jagamine peaks toimuma kohtades, mida patsiendid külastavad regulaarselt, nagu näiteks metadooniravi keskused. Samuti ka metadooni puhul peaksid järelevalvet ravi üle tegema psühhiaatrid, kuid metadooni saavad jagada ka teised ravisüsteemi osalised, kes patsientidega kokku puutuvad.

Lihtsustada ja optimeerida ARV-ravi skeeme

Soovitused

- Hankeplaani / ARV-ravimite valimist saab vastavalt WHO suunistele lihtsustada, kui vähendada esmavaliku ravimite hulka. PI/rtv osatähtsust esmases ravis tuleks vähendada (eesmärk 10–20%). See annab suure kokkuhoiu.
- Korrapärane HIV RNA taseme mõõtmine ei ole soovitatav patsientide puhul, kelle CD4 rakkude arv on suur ja kellel ravi ei ole alustatud.
- Efavirensi määramisel uimastisõltlastele võivad tekkida probleemid seoses resistentsuse tekkimisega NNRTI grupi ravimitele (juhul, kui ravirežiimist ei peeta kinni) ja koostoime tõttu metadooniga. Nende probleemide lahendamiseks on kõige parem keskenduda režiimi järgimise parandamisele (sh ühendatud ravi, otseselt kontrollitav ravi jms) ning ravimite koostoimega seoses võib osutada vajalikuks metadoonidoosi suurendamine. Samas ei ole tõendeid selle kohta, et Efavirensit ei saa kasutada süstivatele narkomaanidel.
- Hankesüsteemi saab muuta toimivamaks, kui võtta prognooside koostamisel kasutusele kindlaksmääratud meetodika.

8.2 Erisoovitused

- Erilist tähelepanu on vaja pöörata sellele, et muuta nakkushaiguste ja uimastisõltuvushäirete psühhiaatria erialad atraktiivsemaks ning lahendada nendel erialadel väljaõppe saanud arstide väljarände probleem. Missiooni käigus tuvastati ka vajadus arstide järelevalve ja koolituse järele.
- Vaadata läbi HIV-positiivsetele töövõimetuspensioni määramise eeskirjad ning teha neile kättesaadavaks muud sotsiaaltoetuste võimalused.

- Süstivate narkomaanide puhul ei tohiks kahju vähendamisel keskenduda ainult süstalde jaotamise n-ö mehaanilisele suurendamisele, sh süstalde jaotamisele registreerimata narkomaanidele teiseseks vahetuseks. Keskenduma peaks ka kvaliteetsema teabe andmisele, nõustamisele ja edasisuunamisele, eriti naissoost narkomaanide puhul, ning strateegiatele, mis aitavad jõuda süstivate narkomaanideni, kes ei osale regulaarselt nõela- ja süstlavahetuse programmides.
- Lisaks nõelte ja süstalde vahetamisele tuleb kahju vähendamise teenuseid laiendada muu süstimisvarustuse, steriilse vee jms jagamisele ja amfetamiinisõltlastele tuleks luua ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused.
- Opioidasendusravi programmid peaksid parandama ja täiustama individuaalset, patsiendikeskset lähenemisviisi, sealhulgas individuaalne vajaduste hindamine, konkreetset raviplaani ja professionaalsed koordineerimisteenused. Juhtumikorraldajad peaksid suunama patsiente aktiivselt HIVi ja C-hepatiidi jälgimisele ja ravile, perearsti juurde ning tööhõivebüroodesse. See võib aidata leida kutseõppe ja tööhõive võimalusi.
- Hädavajalik on tegeleda negatiivse suhtumisega opioidasendusravisse nii tervishoiutöötajate kui ka klientide seas, kes väljendasid:
 - soovimatust alustada ravi,
 - soovimatust teada saada seisundit,
 - soovimatust alustada opioidasendusravi.

9. Viited

1. K Rüütel, A Trummal, M Salekesin & C Pervilhac (2011). *HIV Epidemic in Estonia: Analysis of Strategic Information. Case Study*. WHO Regional Office for Europe.
2. *Mid-term evaluation of the Estonian national HIV/AIDS strategy 2006-2015 and national drug prevention strategy*. Report, December 2011. UNODC & WHO regional office for Europe.
3. T Lai, T Habicht, K Kahur, M Reinap, R Kiivet & E van Ginneken (2013) Estonia: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 15(6), 2013. European Observatory on Health Systems and Policies & WHO.
4. K Rüütel & L Lemsalu (2014). *Prevention of Mother-to-child transmission of HIV in Estonia. Report of a Qualitative Study*. National Institute for Health Development, Tallinn.
5. R Drew (2009). *Mid-Term Evaluation of UNODC Project XEEJ20: HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prisons settings in Estonia, Latvia and Lithuania*.
6. *Estonian national HIV and AIDS Strategy for 2006-2015* (2005). Government of the Republic, Estonia.
7. *Estonia Report NCPI – 2012*. UNAIDS (aidsreportingtool.unaids.org)
8. A Uusküla, L Johnson, M Raag, A Trummal, A Talu & D Des Jarlais (2010). Evaluating Recruitment among Female Sex Workers and Injecting Drug users at risk for HIV Using respondent driven sampling in Estonia. *Journal of Urban Health* 87(2):304-16.
9. K Rüütel, A Uusküla, A Minossenko & HM Loit (2008). Quality of Life of people living with HIV and AIDS in Estonia. *Central European Journal of Public Health* 16(3):111-15.
10. Elo (2014) Report on assignment to visit Estonia and debriefings in Geneva. 28.03.2014
11. Estonian Society of Infectious Diseases (2013). *Prevention of perinatal transmission of HIV infection*. National Guidelines.
12. Lõhmus, Let et al. (2011) *Prevalence of HIV infection, Hepatitis and Risk Behaviour among injecting drug users in Narva, 2010* [survey summary]
13. KT Laisaar, M Raag & A Uusküla (2013). *Engagement in HIV care. The HIV/AIDS treatment cascade in Estonia on regional and country level*. University of Tartu.
14. Working group under Ministry of Social Affairs (2012). *Guidelines for HIV infection screening and management of the initiation of treatment for HIV-positive patients*. Estonia.
15. Vorobjov S, et al. HIV-nakkuse ja teiste infektsioonide ning riskikäitumise levimus Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas [HIV and other infections and related risk behaviours among injecting drug users in Kohtla-Järve: study report 2012]. Tallinn, National Institute for Health Development, 2014.
16. Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas [5. Summary and conclusions. HIV and other infections and related risk. Tallinn. National Institute for Health Development, 2014.
17. HIV patient monitoring [table used for medical monitoring]
18. *HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment and care*. Narrative report for GARPR 2014. National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia, 2014

19. *Guide to conducting programme reviews for the health sector response to HIV/AIDS* (2013) WHO Guidance Series. Geneva:WHO.
20. Stigma index reports – see hiveurope.eu
21. DA Bikmukhametov (nd). *HIV treatment cascade and comprehensive care model in Narva, Estonia*. AHF Europe.
22. *The epidemiological situation of HIV infection and concomitant infections in Estonia 1988-2013*. The National Institute for Health Development and the Health Board, Estonia.
23. *Estonia – 2013. Narrative report and cover sheet*. GARPR Online Reporting Tool.
24. Antiretroviral treatment report, [Table] 2013
25. T Lai, M Rätsep, K Rüütel, A Trummal, K Kahur, S Nielsen, J Lauer, C Politi & J Habicht (2009). *Modelling Estonia's concentrated HIV epidemic. A case study*. WHO Regional Office for Europe.
26. ARV Procurement Plan for 2014 [Table]
27. K Rüütel & N Gluskova (2013). *Overview of Anonymous HIV Counselling and Testing 2012*. Tallinn, Estonia.
28. Field IV Healthy Lifestyle [Table with measures and indicators].
29. *Estonia: New developments, trends and in-depth information on selected issues* (2013). Estonia National report (2012 data) to the EMCDDA by the REITOX National Drug Information Centre. REITOX & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
30. Tuberculosis Yearbook 2012-2011 [Chapter 5. Summary]. Estonian Tuberculosis Registry.
31. Diverse docs.
32. Use of HIV counselling and testing services in 2013
33. Overview of visitors of HIV related health services aimed at women involved in prostitution
34. Clinical audit of methadone substitution therapy, 2012 Estonia [English translation of unpublished audit report]
35. Drug Treatment Database. Report on 2011-2012. Tallinn 2013. National Institute for Health Development/Estonian Drug Monitoring Centre.
36. Meeting Report: Reitox Academy for Baltic countries. Monitoring trends in and responses to drug-related infectious diseases among people, who inject drugs 21-22 November, 2013 Tallinn. Link: http://www.drugsandalcohol.ie/21728/3/Report_Reitox_Academy_Tallinn_21-22_November_2013_final.pdf
37. J Reekie, P Reiss, B Ledergerber et al for the EuroSIDA study group A comparison of the long-term durability of nevirapine, efavirenz and lopinavir in routine clinical practice in Europe: a EuroSIDA study, DOI: 10.1111/j.1468-1293.2010.00877.x, 2010 British HIV Association HIV Medicine (2011), 12, 259–268.
38. Wendy P. Bannistera, Lidia Ruizb, Alessandro Cozzi-Lepria, et al for the EuroSIDA study group, Comparison of genotypic resistance profiles and virological response between patients starting nevirapine and efavirenz in EuroSIDA, AIDS 2008, 22:367–376 271
39. A. Mocroft, A. Horban, N. Clumeck, et al for the EuroSIDA Study Group Comparison of Single and Boosted Protease Inhibitor Versus Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor-Containing cART Regimens in Antiretroviral-Naïve Patients Starting cART After January 1, 2000 *HIV Clin Trials* 2006;7(6):271–284

1. lisa – Diagnoosimata elanikkonna lihtne arvutus

Diagnoosimata elanikkonna väga ligikaudse hinnangu arvutamiseks kasutasime nn Londoni 1. meetodit (Working Group on Estimation of HIV Prevalence in Europe, 2011, AIDS). See esitatakse meetodina, mida saaks tulevikus kasutada andmekogumise suhteliselt väikeste täiustuste korral. Londoni 1. meetodi kasutamiseks Eesti olemasolevate andmetega tuleb kasutada järgmiseid eeldusi:

1. CD4 rakkude arv esimesel arsti poole pöördumisel = CD4 rakkude arv diagnoosimisel
2. Kõik diagnoosid tehti seetõttu, et isikul tekkisid HIViga seotud sümptomid.

1. eeldust kasutades on 315 uuest HIVi juhust, mis diagnoositi 2012. aastal, 85 (27%) diagnoosimise ajal CD4 rakkude arvuga ≤ 200 rakku/mm³. Nüüd eeldame veel järgmist:

3. 85 inimesel, kes pöördusid arsti poole CD4 rakkude arvuga ≤ 200 rakku/mm³, oli CD4 rakkude arv ühtlasega jaotusega (kui oleks olemas andmed täpse CD4 rakkude arvu kohta arsti poole pöördumisel [mis peaks olemas olema?], ei oleks seda eeldust vaja teha).
4. AIDSi esmahaigestumus inimaasta kohta nende puhul, kelle CD4 rakkude arv > 200 mm³ kohta, on 0,045 (suurema CD4 rakkude arvu korral veelgi madalam) (AIDSi määrad muude CD4 rakkude arvu suuruste juures on teada, kuid nende arvesse võtmiseks oleks vaja teada täpset CD4 rakkude arvu jaotust arsti poole pöördumisel).

Seega on diagnoosimata HIViga inimeste hinnanguline arv järgmine:

CD4 rakkude arv rakku/mm ³	AIDSi esmahaigestumus* inimaasta kohta	<i>Ligikaudne arvutus</i>	
		<i>Märgitud diagnooside arv aastas</i>	<i>Diagnoosimata HIViga inimaastate hinnanguline arv</i>
0–19	2,015	10	10/2,015 = 5
20–49	0,721	11	11/0,721 = 15
50–99	0,436	21	21/0,436 = 48
100–149	0,220	21	21/0,220 = 95
150–199	0,108	22	22/0,108 = 203
>200	0,045	230	230/0,045 = 5111

** Meie arvutuses kasutatud AIDSi esmahaigestumus tuletati CASCADE kohordi koostööst (CASCADE collaboration, 2004, AIDS; Porter K, 2011, isiklik vestlus). Suurema CD4 rakkude arvu juures võib AIDSi määr olla isegi madalam, kui CD4 rakkude arv on oluliselt suurem kui 200 rakku/mm³.*

Seetõttu, arvestades paljusid eespool osutatud eeldusi andmete kohta (mis on vajalikud andmete kättesaadavuse tõttu), võib Eestis diagnoosimata HIViga inimeste arv olla 5477 (viimase tulba summa). Seda tulemust tuleks aga tõlgendada ettevaatusega. Tegemist võib olla näitaja ülempiiriga järgmistel põhjustel:

- Suurema CD4 rakkude arvuga kui 200 rakku/mm³ diagnoosimata inimeste hinnangulist arvu tuleb tõlgendada eriti ettevaatlikult, sest AIDSi määrad on suuremate CD4 rakkude arvude vahemikes palju väiksemad ja võivad seetõttu viia mõnevõrra ebastabiilsete hinnanguteni.
- Diagnoosimata elanikkonna suuruse hinnang on näitaja ülempiir eespool osutatud 2. eelduse tõttu. See tähendab, et Londoni 1. meetod lähtub eeldusest, et uued diagnoosid pannakse AIDSi haigestumise tõttu ja seetõttu pöörduakse arsti poole, sest isik on haige ja otsib arstiabi. Seega tuleb meetodi nõuetekohasel kohaldamisel piirduda nende uute diagnoosidega, mille korral on olemas sümptomid.

Andmeid sümptomite kohta HIVi diagnoosimisel ei ole aga missiooni töörühmale teadaolevalt Eestis kogutud. Kui on olemas andmed samaaegsete HIVi/AIDSi diagnooside kohta (AIDSi diagnoos kolme kuu jooksul HIVi diagnoosist), võib diagnoosimata elanikkonna hinnangut täpsustada. Selle meetodi kasutamiseks on vaja vaid lühikese aja jooksul kogutud täpseid andmeid samaaegsete HIVi/AIDSi diagnooside arvu kohta (või eelistatavalt HIVi diagnooside arv HIViga seotud sümptomite või AIDSi olemasolul) ja CD4 rakkude arvu kohta HIVi diagnoosimisel. Seetõttu soovitatakse kõnealune meetod Eesti seireprogrammis taas kasutusele võtta, et anda täiendav hinnang diagnoosimata elanikkonna suurusele, mida saab kasutada sõeluuringute programmides ja sellele järgnevas HIVi jälgimise alustamises.

2. lisa – Lähtealused

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Eesti HIVi/AIDSi strateegia rakendamise hindamine

12.–16. mai 2014

1. Taustteave

Eesti oli 2012. aastal üks viiest kõige kõrgema HIVi nakatumisega määraga ELi/EMP riigist 100 000 elaniku kohta. 2012. aasta lõpuks oli Eesti WHO Euroopa Regionaalbüroole ning Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskusele teatanud kokku 8377 HIVi juhust, 390 AIDSi juhust ja viimaste hulgas 104 surmast. 2012. aastal teatas Eesti 315 uuest HIVi juhust, 36 AIDSi juhust ja 5 surmast AIDSi juhtude hulgas.

2012. aasta uutest diagnoositud nakatumistest, mille kohta on olemas nakatumisviisi andmed (204 ehk 64,76% juhtudest), tulenes 35,2% uimastite süstimisest, 62,2% heteroseksuaalsest kontaktist ja 1,9% nakkuse ülekandumisest emalt lapsele. 2012. aastal teatati ühest HIVi nakatumisest meestega seksivate meeste seas.

Andmeid CD4 rakkude arvu kohta HIVi diagnoosimise ajal ei koguta.

HIVI ravi ja jälgimist osutavad riiklikud asutused ja vabaühendused ning probleeme on ARV-ravile juurdepääsuga kõigi vajajate hulgas, samuti ravimite hankimise ja hinnaga.

Sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler on väljendanud huvi WHO välishindamise vastu ja rõhutanud järgmisi eriti huvipakkuvaid küsimusi:

- ARV-ravimite hankemudel, arvestades kasvavat vajadust selle ravi järele (tsentraliseeritud või mitte jms);
- HIVi ravi ja jälgimise järjepidevus: kuidas lahendada vähene ravist kinnipidamine;
- HIViga ravile tulek ja ARV-ravi õigeaegne alustamine: millised tervishoiusüsteemi tõkked põhjustavad ARV-ravi hilist alustamist;
- sugulisel teel ülekanduvate nakkuste oluline sagenemine ja selle seos HIVi ülekandumisega.

2. Missiooni eesmärgid

WHO missioon aitab teha kindlaks lüngad ja probleemid, mis takistavad raviprogrammi tõhustamist ja laiendamist. Hinnatakse järgmisi HIViga seotud tervishoiuteenuste kaskaadi tehnilisi valdkondi:

- HIV-testimise poliitika ja praktika ning seotus HIVi ravi- ja hooldusteenusega.
- HIViga ravile tulek ja ravil püsimine, sealhulgas üldine HIVi hooldus ning koinfektsioonide ja kaasnevuse ravi, sealhulgas HIV/TB/süstivate narkomaanide teenuste integreerimine, CD4 rakkude arv diagnoosimisel;
- ARV-ravi: vajadus ja katvus, ravi alustamise aeg ja kriteeriumid, režiimid, ravist kinnipidamine, ravimite hankimine ja hinnad;
- antiretroviirusravile reageerimise jälgimine: CD4 ja viiruskoormus, ravi toksilisuse jälgimine.

Lisaks üldistele HIViga seotud tervishoiuteenustele keskendub missioon järgmisele:

- kogutud ja analüüsitud epidemioloogilised andmed, sealhulgas sugulisel teel levivate nakkuste oluline kasv, epidemioloogiliste andmete kasutamine programmi- ja juhtimisotsuste tegemiseks;
- ARV-ravimite hankimine ja tarnimine, sealhulgas hinnad ning hanke- ja tarneviisid.

Hindamisrühm hindab Eesti riikliku HIVi ja AIDSi strateegia rakendamisel tehtud edusamme, tugevaid ja nõrku külgi ning koostab strateegilised soovitusel peamiste tulemuste ja mõju parandamiseks.

3. Osalejad

2 eksperti Taanis Kopenhaagenis asuvast WHO HIVi ja viirusliku hepatiidi koostöökeskusest

1 ARV-ravimite hangete ja tarnete ekspert

1 WHO HIVi seire koostöökeskuse ekspert

1 WHO kahjude vähendamise ja opioidasendusravi koostöökeskuse ekspert

4. Metoodika

Hõlpsalt kättesaadavad andmed saadakse dokumentide läbivaatamise ja analüüsi ettevalmistamise käigus teisestest allikatest (väljaanded, aruanded jms).

Missiooni ajal külastavad WHO eksperdid asjaomaseid asutusi ja vestlevad peamiste teabe andjatega: poliitika kujundajad, tervishoiuteenuste osutajad ja saajad, vabaühendused ning vajaduse korral muud riiklikud ja rahvusvahelised partnerid.

Logistilist tuge osutavad Tallinnas asuv WHO esindus Eestis ja riigi terviseasutused.

5. Missiooni aeg, kestus ja toimumise kohad

Missioon on kavandatud 12.–16. maiks ning külastatakse kaht linna, Tallinna ja Narvat.

6. Väljundid

Missiooni tulemusena koostatakse aruanne, mis käsitleb peamisi tulemusi ning milles tehakse soovitusel HIVi/AIDSi strateegia riiklike meetmete tõhustamiseks; need avaldatakse

WHO Euroopa Regionaalbüroo veebilehel.

3. lisa – Läbivaatajad ja intervjueeritud

Läbivaatamise töörühma liikmed

WHO HIVi ja viirusliku hepatiidi koostöökeskus, Kopenhaagen, Taani:

Jens Lundgren, MD

Dorthe Raben, MSc

Nina Friis-Møller, MD

Fumiyo Nakagawa, UCL, Ühendkuningriik

Emilis Subata, MD, WHO kahjude vähendamise koostöökeskus Vilniuse Ülikoolis

Intervjueeritud

Ivi Normet	terviseala asekanstler	Sotsiaalministeerium	ivi.normet@sm.ee
Anna-Liisa Pääsukene	nõunik, rahvatervise osakond	Sotsiaalministeerium	anna-liisa.paasukene@sm.ee
Martin Kadai	nõunik, rahvatervise osakond	Sotsiaalministeerium	martin.kadai@sm.ee
Sirli Jurjev	finantsnõunik	Sotsiaalministeerium	sirli.jurjev@sm.ee
Heli Paluste	tervishoiuosakonna juhataja	Sotsiaalministeerium	heli.paluste@sm.ee
Gerda Raude	hangete peaspetsialist, Ravimiosakond	Sotsiaalministeerium	gerda.raude@sm.ee
Kristina Köhler	vanemanalüütik, terviseinfo ja analüüsi osakond	Sotsiaalministeerium	kristina.kohler@sm.ee
Aljona Kurbatova	nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna juhataja	Tervise Arengu Instituut	aljona.kurbatova@tai.ee
Piret Viiklepp	tuberkuloosiregistri juhataja	Tervise Arengu Instituut	piret.viiklepp@tai.ee
Kristi Rüütel	nakkushaiguste ja uimastiseire keskuse juhataja	Tervise Arengu Instituut	kristi.ruutel@tai.ee
Annika Veimer	rahvatervise programmide direktor	Tervise Arengu Instituut	annika.veimer@tai.ee

Helvi Tarien	ekspert, nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakond	Tervise Arengu Instituut	helvi.tarien@tai.ee
Iveta Tomera- Vahter	vanemspetsialist, nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakond	Tervise Arengu Instituut	iveta.tomera@tai.ee
Pille Letjuka	peaarst	Narva Haigla	pille.letjuka@narvahaigla.ee
Olev Silland	juhatuse liige	Narva Haigla	haigla@narvahaigla.ee
Jekaterina Voinova	direktor	Linda Kliinik	jekaterina.voinova@ehpv.ee
Aleksandra Barsukova	kogemusnõustaja Narvas	Eesti HIV-positiivsete Võrgustik	aleksandra.barsukova@ehpv.ee
Alexander Chuykov	Euroopa büroo meditsiinidirektor	AIDS Health Care Foundation	Alexander.Chuykov@aidshealth.org
Linda Kliiniku teenuste kasutajad	6 patsienti, HIV- positiivsed	Linda Kliinik	jekaterina.voinova@ehpv.ee
Juta Kogan	nakkushaiguste arst	Linda Kliinik	Juta@lindahiv.eu
Tamara Dmitrieva	nakkushaiguste õde	Linda Kliinik	tamara@lindahiv.eu
Tatjana Magerova	juhataja	MTÜ „Sind ei jäeta üksi”	
Ljudmilla Poklonskaja	sisekliiniku juhataja	Ida-Viru Keskhaigla	ljudmilla.poklonskaja@ivkh.ee
Jelena Šmidt	infektsioonhaiguste vanemarst	Ida-Viru Keskhaigla	
Kristel Ojala	nõunik, vanglate osakond	Justiitsministeerium	kristel.ojala@just.ee
Jana Laanemann	juhataja	MTÜ „Me aitame sind”	jana.laanemann@gmail.com
Pavel Grjaznov	nõelavahetuse välitöötaja	MTÜ „Me aitame sind”	grjaznov.pavel@gmail.com
Ruth Tera	sotsiaaltöötaja	MTÜ „Me aitame sind”	ruthtera@hotmail.ee
Kai Zilmer	nakkuskliiniku	Lääne-Tallinna	kai.zilmer@ltk.ee

	juhataja	Keskhaigla	
Sirje Vaask	kvaliteedi talituse juht	Eesti Haigekassa	sirje.vaask@haigekassa.ee
Triin Habicht	tervishoiuosakonna juhataja	Eesti Haigekassa	triin.habicht@haigekassa.ee
Natalia Kerbo	peaspetsialist, nakkushaiguste seire ja epideemiatõrje osakond	Terviseamet	natalia.kerbo@terviseamet.ee
Jevgenia Epštein	peaspetsialist, nakkushaiguste seire ja epideemiatõrje osakond	Terviseamet	jevgenia.epstein@terviseamet.ee
Kuulo Kutsar	epidemioloogianõunik	Terviseamet	kuulo.kutsar@terviseamet.ee
Marje Oona		Eesti Perearstide Selts	marje.oona@ut.ee
Piret Simmo	nõunik	Sotsiaalministeerium	piret.simmo@sm.ee
Anneli Rätsep	juhatuse liige	Eesti Perearstide Selts	anneli.ratsep@ut.ee
Igor Sobolev	juhatuse esimees	Eesti HIV-positiivsete Võrgustik	igor.sobolev@ehpv.ee
Kaja-Triin Laisaar	teadur, Tervishoiu Instituut	Tartu Ülikool	kaja-triin.laisaar@ut.ee
Mait Raag	teadur, Tervishoiu Instituut	Tartu Ülikool	mait.raag@ut.ee

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan



World Health Organization Regional Office for Europe WHO Country Office, Estonia

Gonsiori 29, 10147 Tallinn, Estonia
Tel.: +372 626 9350. Fax: +372 626 9353. Email: whoest@euro.who.int
Website: www.euro.who.int/Estonia