

POLIITIKAUURINGUTE KESKUS



PRAXIS

CENTER FOR POLICY STUDIES

HIV-epideemia mõju Eesti majandusele ja tööandjatele

Lühianalüüs

Liis Elmik
Agnes Männik
Gerli Paat
Ain Aaviksoo
Mairi Jüriska

Tallinn 2010

Sisukord

Sissejuhatus.....	3
1. HIV/AIDS-i epidemioloogia	4
1.1. HIV/AIDS-i levik	4
1.1.1. HIV/AIDS-i levik maailmas ja Euroopas	4
1.1.2. HIV/AIDS-i levik Eestis	5
1.1.3. Peamised HIV/AIDS-i levikuteed ja riskifaktorid Eestis.....	8
1.2. HIV/AIDS-i ennetamine ja ravi majanduskriisi situatsioonis.....	9
1.3. HIV/AIDS-i tagajärjel kaotatud eluaastad ja nende maksumus	13
1.3.1. HIV/AIDS ja kaasuvad haigused	13
1.3.2. HIV/AIDS-i tõttu kaotatud eluaastad	15
2. HIV/AIDS-i mõju tööandjale	19
2.1. Eesti tööturg.....	20
2.2. HIV-i nakatunute olukord tööturul	21
2.3. Meditsiinipersonali suhtumine HIV/AIDS-i haigetesse	26
3. Kokkuvõtte ja järeldused.....	28
4. Kasutatud kirjandus	30

Sissejuhatus

HIV on inimese immuunpuudulikkuse viirus, mis nakkuse hilises staadiumis põhjustab AIDSi ehk omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi. AIDSi puhul on organismi võime võidelda teiste haigustega langenud ning inimene võib surra erinevate kaasuvate haiguste tagajärjel. Tulemuslikku ravi HIVi vastu siiani veel leitud ei ole.

Eesti on HIV esmajuhtudega Euroopas juba mitmeid aastaid esikohal. Eestis ületab uute HIV juhtude arv miljoni elaniku kohta kümneid kordi enamikke Euroopa Liidu riike. Erinevate HIV/AIDS ennetustegevustega on tegeletud Eestis enam kui 15 aastat. HIV leviku ennetamise ja raviga riiklikul tasandil on peamiselt tegeletud erinevate rahvaterviseprogrammide raames. Näiteks kinnitati esimene AIDSi Profülaktika Riiklik Programm 1992. aastal. 2002. aasta lõpus esitati rahastustaotlus AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaariaga Võitlemise Rahvusvahelisele Programmile (*Global Fund*), mis rahuldati ning HIV leviku ennetamise ja ravi rahastamine suurenes alates 2003. aasta teisest poolest mitmekordselt.

Kuigi HIV/AIDS teemal on läbi viidud mitmeid erinevaid uuringuid, on need peamiselt keskendunud nakatunutele. Seni ei ole keegi põhjalikumalt uurinud HIV/AIDSi nakatunute mõju Eesti majandusele ja tööandjatele. Seetõttu on käesoleva töö eesmärgiks hinnata HIV epideemia mõju Eesti majandusele ja tööandjatele. Töö esimeses peatükis antakse põhjalik ülevaade HIV/AIDS epidemioloogiast, ennetamisest, ravist ning kaotatud eluaastatest ja teises peatükis antakse ülevaade nakatunutest ja nende olukorrast tööturul. Ülevaate andmiseks on kasutatud peamiselt senini Eestis ja välismaal läbiviidud uuringuid ja analüüse, ning kaotatud eluaastate arvutamiseks on autorid kasutanud rahvusvaheliselt tunnustatud meetodikat. Samuti hinnati olemasolevaid andmeid kasutades HIV/AIDSi haigete ravikulusid ja saamata jäänud tulu ühiskonnale. Töö kolmandas osas tehakse peamised järeldused ja tuuakse ka soovitusi, mida oleks vaja edasi teha. Töös viidatakse teiste autorite töödele ja antud valdkonna statistikale.

Käesoleva töö on koostanud Liis Elmik ja Agnes Männik. Analüüsi valmimisele aitasid kaasa veel Mairi Jüriska Terve Eesti Sihtasutusest ning Gerli Paat ja Ain Aaviksoo Poliitikauuringute Keskusest PRAXIS.

Töö tellis Terve Eesti Sihtasutus ja rahastas Kodanikuühiskonna Sihtkapital projekti „Tööandjate hääl kuuldavaks HIV ennetuses“ raames.

1. HIV/AIDS-i epidemioloogia

Analüüsi esimeses peatükis antakse ülevaade HIV/AIDS-i levikust Eestis võrreldes teiste riikidega ning peamistest HIV/AIDS-i levikuteedest ja riskifaktoritest. Samuti analüüsitakse HIV/AIDS-i ennetustegevust ja ravi Eestis. Tuuakse välja senised HIV-nakkusega võitlemise tulemused ja eesmärgid ning hinnatakse eesmärkide saavutamise tõenäosust. Seejärel prognoositakse HIV-i nakatunute arvu ja ravikulusid järgmistel aastatel. Lisaks hinnatakse ka HIV/AIDS-i tõttu kaotatud eluaastaid Eestis, seda nii HIV-positiivsete varasema suremuse kui kroonilisest haigusest tingitud madalama töövõime tõttu.

1.1. HIV/AIDS-i levik

1.1.1. HIV/AIDS-i levik maailmas ja Euroopas

Maailmas oli 2007. aastal UNAIDS'i¹ andmetel HIV-nakkusega inimesi 33,2 miljonit. AIDS-i tagajärjel suri 2007. aastal 2,1 miljonit inimest (UNAIDS 2007). Uusi HI-viirusesse nakatunud inimesi oli 2007. aasta detsembri seisuga kokku 2,7 miljonit, kellest 370 000 olid alla 15-aasta vanused lapsed (WHO², 2007). Naiste osakaal uute HIV-nakatunute hulgas on maailmas stabiilselt 50% (UNAIDS 2008).

Alates 2000. aastast on Euroopas HIV-i nakatumine peaaegu kahekordistunud. 2007. aastal oli sagedaseim nakatumine Eestis (472 uut juhtu miljoni elaniku kohta), Ukrainas (285 uut juhtu miljoni elaniku kohta), Portugalis (217 uut juhtu miljoni elaniku kohta) ja Moldovas (204 uut juhtu miljoni elaniku kohta) (Van de Laar et al. 2008).

Tabelis 1 on toodud esmakordselt HIV-i nakatunud EL-is³ ja EFTA-s⁴. Eesti 2007. aasta näitajad ületavad oluliselt EL/EFTA riikide keskmisi. Eestis oli 2007. aastal HIV-i nakatunute 15-29-aastasi 66,4%, EL/EFTA-s seevastu 28%; naisi oli haigestunute hulgas Eestis 41,1%, EL/EFTA-s aga 31%.

Tabel 1. HIV esmakordsed nakatumised EL/EFTA riikides 2007

HIV juhtude arv	26 279
Miljoni elaniku kohta	64,1
15-29-aastaste osakaal	28%
Naiste osakaal	31%

Märkus: andmed puudusid Itaalia ja Austria kohta. Allikas: van de Laar et al. 2008

¹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

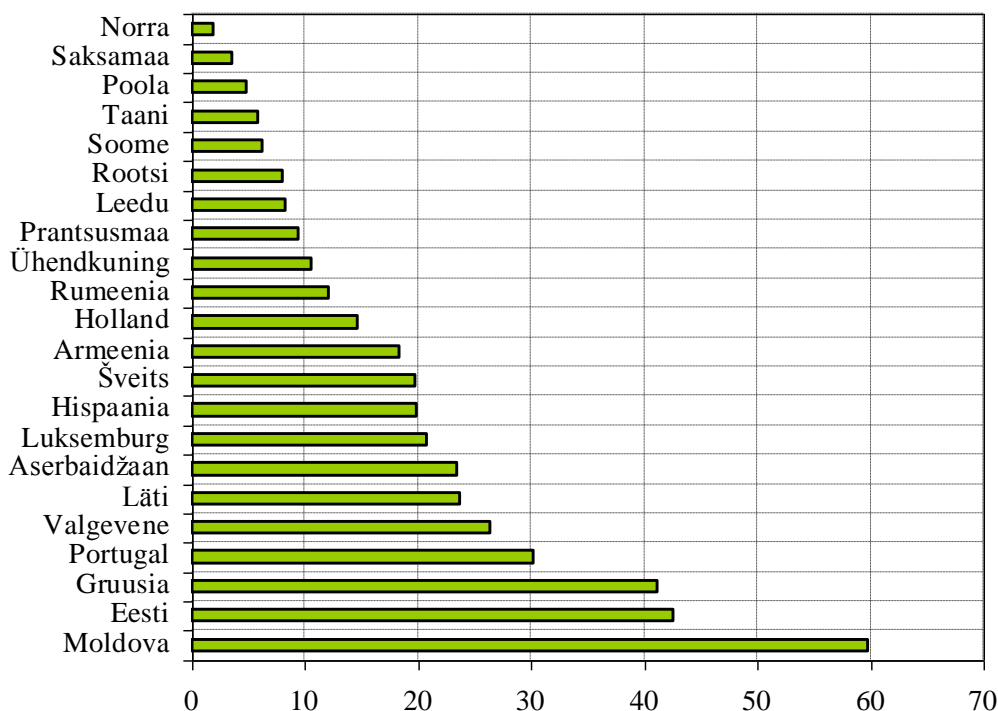
² Maailma Tervishoiu Organisatsioon ehk World Health Organisation

³ Euroopa Liit

⁴ Euroopa Vabakaubanduspiirkond ehk European Free Trade Association

2007. aastal diagnoositi WHO Euroopa regioonis AIDS 5244 korral kokku 48 riigis 53-st, see on 9 juhtu miljoni elaniku kohta⁵. Lääne-Euroopas (3568 juhtu) diagnoositi AIDS-i rohkem kui Ida-Euroopas (1135 juhtu). Kesk-Euroopas oli aga AIDS-i haigestumine veelgi madalam (541 juhtu). Siiski võivad Ida-Euroopa andmed olla alahinnatud ebaõige teavituse tõttu (European Centre for Disease Prevention and Control 2008). 2007. aastal oli Euroopas AIDS-i haigestumine suurim Moldovas, Eestis, Gruusias ja Portugalis (vt joonis 1).

Joonis 1. Diagnoositud AIDS-i haigete arv miljoni elaniku kohta valitud Euroopa riikides 2007



Allikas: European Centre for Disease Prevention and Control. WHO Regional Office for Europe: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2007

1.1.2. HIV/AIDS-i levik Eestis

2009. aasta lõpu seisuga on Eestis kokku diagnoositud 7320 HIV juhtu, sealhulgas AIDS diagnoositi 290 inimesel (Terviseamet 2009). Nagu tabelist 2 näha, oli 2009. aastal enim nakatunuid Ida-Virumaal ja Tallinnas. Väikseim oli nakatunute arv Lääne-Virumaal ja Pärnumaal. 2008. aastal oli kõige enam esmakordseid haigestujaid Tallinnas, järgnesid Ida-Virumaa ja Narva.

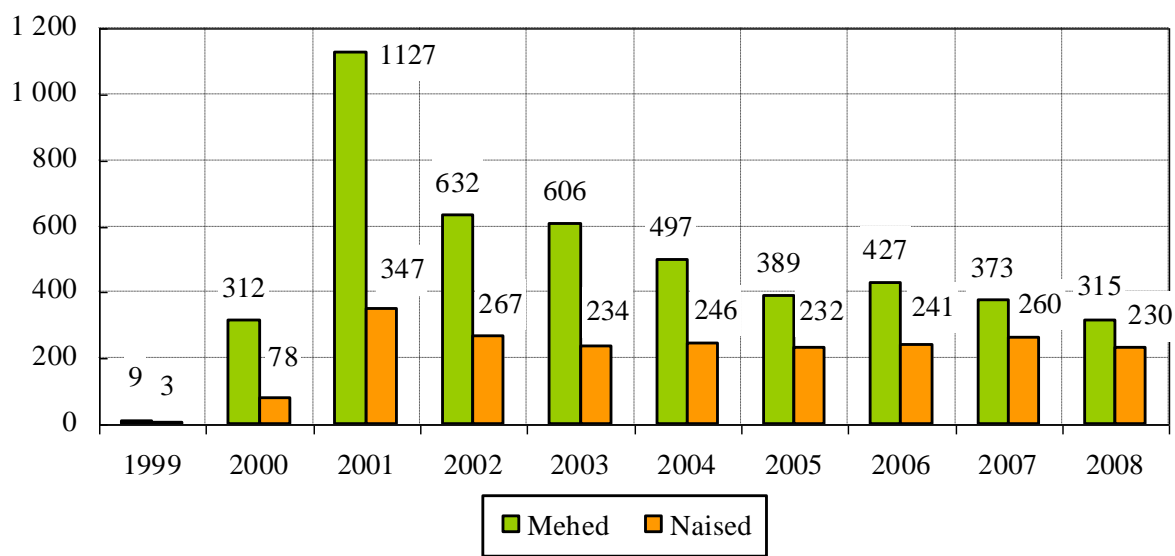
⁵ WHO Euroopa regiooni moodustavad Euroopa ja Kesk-Aasia riigid. Loetelu riikidest: <http://www.who.int/about/regions/euro/en/>

Tabel 2. Uute HIV-juhtude arv maakonniti aastatel 2006-2009.

Maakond	2006	2007	2008	2009
Ida-Virumaa	312	313	283	189
Tallinn	263	240	216	150
Harjumaa	12	15	14	43
Tartumaa	66	40	20	19
Järvamaa	2	-	-	3
Lääne-Virumaa	9	17	10	2
Pärnumaa	3	-	-	2
Valgamaa	-	2	-	1
Viljandimaa	-	2	-	1
Põlvamaa	-	1	-	1
Raplamaa	-	1	2	-
Saaremaa	1	1	-	-
Võrumaa	-	1	-	-
Kokku	668	633	545	411

Allikas: Terviseamet

Joonisel 2 on toodud HIV-i nakatunute arvud aastatel 1999-2008. Nagu näha, kasvas uute nakatumisjuhtumite diagnoosimine hüppeliselt aastatel 2000 ja 2001. 2001. aastal oli esmakordselt nakatunuid 1474. Seejärel on haigestumine mõnevõrra langenud. Nakatumine on hakanud vähenema meeste hulgas, samas naiste hulgas on esmaseid nakatumisi jätkuvalt samapalju – üle 200 juhu aastas. Seetõttu on naiste osakaal suurenenud 20%-lt 2000. aastal 41%-ni 2009. aastal.

Joonis 2. HIV-i esmakordselt nakatunute arv aastatel 1999-2008 soo lõikes

Allikas: Terviseamet

Võrreldes 2001. aastaga (kui registreeriti kõige suurem uute HIV-nakatunute arv) oli 2008. a. lõpuks kõige enam langenud esmajuhtude arv 15-19-aastaste meeste (2001. aastal 374 juhtu, 2008. aastal 10), 15-19-aastaste naiste (2001. aastal 186 juhtu, 2008. aastal 15) ja 20-24-aastaste meeste hulgas (2001. aastal 459 juhtu, 2008. aastal 64). Kõige suurem tõusutrend ilmnis 35-aastaste ja vanemate naiste hulgas (2001. aastal 9 juhtu, 2008. aastal 44) (Tervise Arengu Instituut 2008).

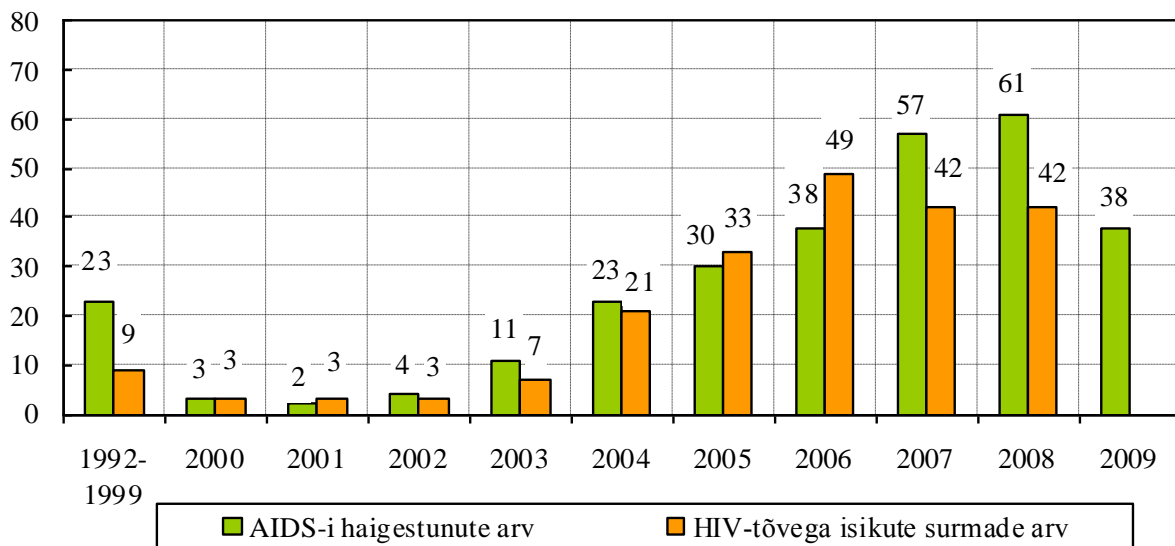
Kõige suurema riskirühma moodustavad 15-24-aastased noored. Aastatel 1988-2008 diagnoositi HIV 15-19-aastaste vanuserühmas 1704 ning 20-24-aastaste hulgas 2418 korral. See moodustas kõikidest 2008. a. lõpu seisuga ametlikult registreeritud HIV-nakkuse kandjatest 60%.

Uute HIV-nakkuse juhtude arv on aastate jooksul kõige selgemalt langenud 15-19-aastaste vanusegrupis. Kui 2001. aastal diagnoositi HIV 560-l 15-19-aastaselt, siis 2008. aastal 25-l. Langustrendiga on uute juhtude arv ka 20-24-aastaste vanuserühmas. 2001. aastal registreeriti HIV nakkuse kandjaid selles vanusegrupis 574, 2008. aastal 143 (Tervise Arengu Instituut 2008).

Alates 2005. aastast on märgata HIV-nakatunute arvu tõusutendentsi vanemate inimeste hulgas. 25-29-aastaste hulgas kasvas uute HIV nakkusjuhtude arv 139-lt 2005. aastal 161-le 2008. aastal. 30-34-aastaste hulgas suurenes uute nakkusjuhtude arv kolme aastaga 44-lt 89-le ning 35-aastaste ja vanemate hulgas 71-lt 113-le (Tervise Arengu Instituut 2008).

Esmakordselt diagnoositi AIDS Eestis 1992. aastal. 1992-1999 registreeriti kokku 23 AIDS-i juhtu. Valdav enamus AIDS-i haigestunutest on mehed. 1992-2007 diagnoositi AIDS 142 mehel ja 49 naisel. Kuni 2003. aastani registreeriti AIDS peamiselt meeste hulgas (44 juhust olid 41 mehed). Alates 2004. aastast on igal aastal AIDS diagnoositud ka vähemalt kümnel naisel (Tervise Arengu Instituut 2008).

Joonis 3. Registreeritud AIDS-i juhud 1992-2009 ja surmad 1992-2008



Allikas: Eesti Statistikaamet, Terviseamet

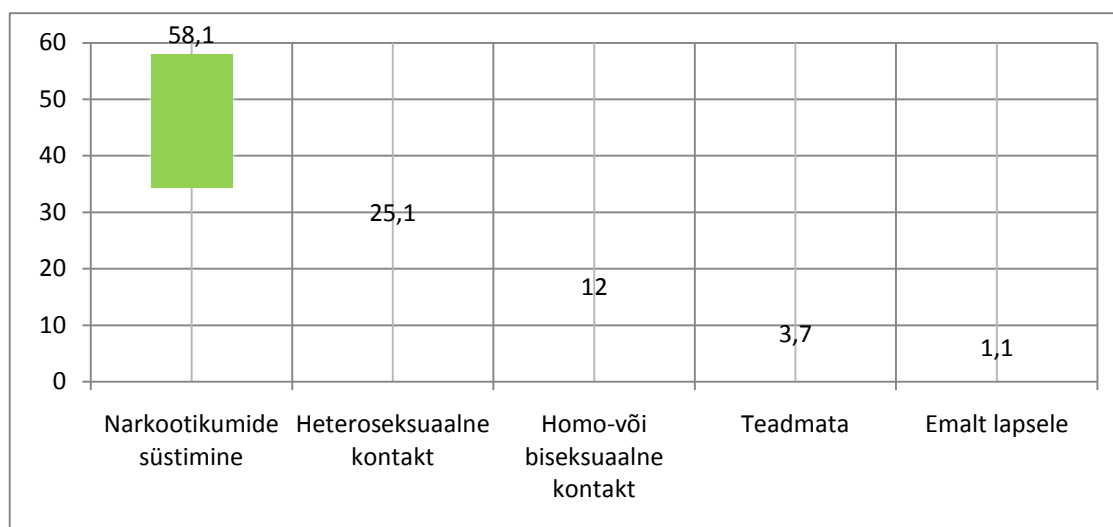
Võrreldes HIV-i nakatunutega on AIDS-i haigestunud mõnevõrra vanemad, suurima grupi moodustavad 25-29-aastased. 1992-2007 diagnoositi AIDS 54-l 25-29-aastaselt (28% kõikidest AIDS-i juhtudest). Sellele vanusrühmale järgnesid 20-24-aastased (36 juhtu ehk 19%) ja 30-34-aastased (30 juhtu ehk 16%). 1992-2002 diagnoositi AIDS valdavalt 30-aastastel ja vanematel (34 juhust 30). Alates 2003. aastast on igal aastal üle poolte AIDS-i juhtudest registreeritud kuni 30-aastaste hulgas. Perioodil 2003-2007 diagnoositi AIDS kokku 157 inimesel, sh alla 30-aastastel 96 juhul (Tervise Arengu Instituut 2008).

1.1.3. Peamised HIV/AIDS-i levikuteed ja riskifaktorid Eestis

Eestis oli aastatel 1988-1999 peamiseks HIV-nakkuse leviku teeks homoseksuaalne tee (Kalikova 2002). 2000. aastast alates on Eestist saanud kontsentreeritud epideemiaga riik, kus on tuvastatud kõrgeim HIV-levimus süstivate narkomaanide (SN) seas Euroopas (EuroHIV 2007). Eestis on süstivaid narkomaane hinnanguliselt 13 800 (Uusküla, Rajaleid *et al.* 2007), kellest valdav osa elab Tallinnas ja Ida-Virumaal. 2005. aasta uuringu andmetel oli Tallinnas SN-ide seas HIV-levimus 48%. 2007. aasta kordusuuringu andmetel oli HIV-i nakatunuid Tallinna SNide hulgas täpselt samas osakaalus kui Kohtla-Järvel (59%) (vt joonis 4). 2007. aastal TAI poolt läbiviidud uuringust selgus, et alla 3-aastase süstimisstaaziga SNide seas HIV-levimus oluliselt madalam kui pikema staaziga inimeste seas (vastavalt 33% ja 58%) (Lõhmus, Rüütel *et al.* 2008).

37% AIDS-i haigestunutest said nakkuse seksuaalsel teel (kokku 73 nakatunut). Heteroseksuaalsel teel nakatus 25% ja homo- või biseksuaalsel teel 12% juhtudest (Tervise Arengu Instituut 2009).

Joonis 4. AIDS-i haigestunute nakatumise viis (%)



Allikas: Tervise Arengu Instituut 2009

Joonis 4 iseloomustab käesolevat (2010. a.) situatsiooni, kuid selline pilt ei ole alati olnud. Näiteks 1992 – 2001 diagnoositi nakatumine seksuaalsel teel kokku vaid 28-l juhul. 28-st juhust 19-l oli tegemist homoseksuaalse kontaktiga. 2002.a. diagnoositi AIDS kahel inimesel, kes olid nakatunud HIVi narkootikumide süstimisel. Sellest ajast alates hakkas vastav arv iga aastaga kiirelt tõusma.

1.2. HIV/AIDS-i ennetamine ja ravi majanduskriisi situatsioonis

Riik alustas HIV-i ja AIDS-i vastast võitlust 1990. aastate alguses. Esimeseks riiklikuks programmiks HIV-vastases võitluses oli AIDS-i profülaktika riiklik programm (1992-1997), millele järgnes HIV-i ja AIDS-i ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riiklik arengukava (1997-2001). Jaanuaris 2002 kinnitas valitsus HIV ja AIDS-i ennetamise riikliku programmi aastateks 2002-2006, millest lähtuvalt viidi ennetustegevusi ellu perioodil 2002-2005. Epideemia muutudes kerkis aga vajadus uue strateegia järgi ning detsembris 2005 kinnitas Vabariigi Valitsus riikliku HIV ja AIDS-i strateegia aastateks 2006-2015 ning selle tegevuskava aastateks 2006-2009 (Tervise Arengu Instituut. Riiklik HIV ja AIDS-i strateegia aastateks 2006-2015).

Strateegia loob laiema raamistiku ja seab põhimõtted, millest tuleks ennetustegevuses lähtuda, kuid strateegia 4-aastase tegevuskavaga kaasnevad täpsemad üheaastased kavad (igal ministeeriumil oma tegevuskava), mille koostamisel lähtutakse epideemia kulust ja ennetustegevuse edukuse indikaatoritest.

2006.–2015. aastate strateegia peamisteks rahastamisallikateks on Sotsiaalministeerium ning The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Tegevused ning nende rahastamine on planeeritud ka Haridus- ja Teadusministeeriumi, Justiitsministeeriumi, Kaitseministeeriumi ja Siseministeeriumi haldusala jaoks (Tervise Arengu Instituut. HIV-nakkuse ja AIDS-i ennetamine Eestis).

Võtmevaldkondadeks HIV-nakkuse leviku pidurdamisel ning generaliseerunud epideemia ennetamisel on töö süstivate narkomaanidega. Neile suunatud teenuste jätkuva alarahastuse tõttu Eestis ei jõuta piisava arvu inimesteni, mistõttu HIV-nakkus levib selles rahvastikurühmas endiselt. Oluline on tagada süstivatele narkomaanidele vajalikud teenused sõltuvusprobleemide lahendamiseks ning tavaellu integreerumiseks. Käesoleval ajal puudub Eestis terviklik narkomaanide rehabilitatsioonisüsteem. Pilotprojektide baasil arendatud keskused ja tegevused ei kata suurenevat vajadust rehabilitatsiooniteenuse järgi. Viimase 2–3 aasta jooksul rajatud rehabilitatsiooniüksustes on töö meetodika alles välja kujunemas ning häid tulemusi takistab saavutamast rehabilitatsiooni lõpetavate narkomaanide resotsialiseerimisele ja ühiskonda integreerimisele suunatud süsteemi, sh. väljumisprogrammide, vähesus. Täielikult puuduvad Eestis statsionaarsed rehabilitatsioonikeskused naistele (Tervise Arengu Instituut. HIV-nakkuse ja AIDS-i ennetamine Eestis).

Samuti on palju süstivaid narkomaane kinnipidamisasutustes. Võõrutus- ja asendusravi võimalused vanglates on aga vähesed, süstlavahetusteenust ei pakuta üldse. Täielikult puuduvad võõrutus- ja asendusravi võimalused ajutistes kinnipidamisasutustes, mistõttu katkeb arestimajja sattunud

asendusravi olevate süstivate uimastikasutajate ravi. HIV-nakkuse leviku edukaks pidurdamiseks peavad kõik kahjude vähendamise teenused olema kättesaadavad ka kinnipidamisasutustes (Tervise Arengu Instituut. HIV-nakkuse ja AIDSi ennetamine Eestis).

Üha rohkem nakatunuid vajab ka muid tervishoiuteenuseid (tuberkuloosi ja teiste kaasuvate infektsioonide ning kasvajate ravi). Lisaprobleemid tõusevad voodikohtade vähesusest haiglates ning palliatiivse- ja hooldusravi võimaluste vähesusest (Tervise Arengu Instituut. HIV-nakkuse ja AIDSi ennetamine Eestis). Mõnikord on probleemiks ka haigekassa kindlustuse puudumine. HIV-positiivsete elukvaliteedi uuringus osalenutest oli haigekassa kindlustus 75%-l (Lõhmus, Murd *et. al* 2009: 30).

WHO ja UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) spetsialistid töid Eesti 2008. aasta hindamisaruandes positiivsena välja eelkõige uute HIV-nakkusjuhtude arvu languse meeste hulgas. Selle tulemuseni on jõutud tänu sellele, et paranenud on tegevuste koordineerimine, suurenenud on rahalised vahendid ja toimub pidev tulemuste jälgimine. Hindamisaruanne märgib, et praeguses riiklikus HIV-i ja AIDS-i strateegias on täiesti õigustatult prioriteediks süstivad narkomaanid, samas tuleks ennetusteenuste, nagu süstlavahetus ja opioid-asendusravi, ulatust suurendada ning muuta teenused kättesaadavaks ka kinnipidamisasutustes. Teine oluline puudus on HIV-nakkuse hiline avastamine. Vajalik on ka HIV-positiivsete süstivate narkomaanide juurdepääsu parandamine meditsiiniteenustele, sh antiretroviirusravile (WHO ja UNODC 2008: 7-8).

WHO ja UNODC arvamusega on kooskõlas Tervise Arengu Instituudi lähiaastate prioriteedid (Kurbatova 2009):

- Süstlavahetusteenuse laiendamine teistesse piirkondadesse väljaspool Tallinna ja Ida-Virumaad. Metadoon-asendusravi senisest süsteemsem arendamine.
- Teenuste senisest tõhusam integreerimine ja nakatunute võimalikult varajane avastamine. HIV-kiirtestimise pakkumine ühe alternatiivina, eeskätt väljasõitudel.
- HIV-iga elavate inimeste toetamine ja nõustamine.
- Meestega seksivatele meestele suunatud HIV ennetustegevuste arendamine.
- Süstemaatilisem ja laiahaardelisem ennetustöö noorte ja täiskasvanute hulgas, sh seksuaaltervise alane haridustöö üldhariduskoolides.

Riikliku HIV ja AIDS-i strateegia üldeesmärk on saavutada püsiv langustendents HIV-nakkuse levikus (Sotsiaalministeerium. HIV ja AIDS). Seejuures on strateegia esimeseks alameesmärgiks aastaks 2015 uute HIV-nakkuse juhtude arvu vähenemine 20-ni 100 000 elaniku kohta (vt tabel 3).

Tabel 3. Uute HIV-nakkuse juhtude arv 100 000 elaniku kohta Eestis

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Uute nakatunute arv	28	108	66	62	55	46	50	47	41	31

Allikas: Eesti Statistikaamet. Terviseamet

Teiseks alameesmärgiks on ära hoida epideemia generaliseerumine, mille üheks indikaatoriks on, et HIV nakatunud rasedate osakaal kõigist rasedatest peab jääma alla 1%. Selles vallas ei ole edasiminekut toimunud. 2004. aastal oli HIV nakatunud rasedate osakaal umbes 0,5%. 2007. aastal oli Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) hinnangul HIV-i nakatunuid rasedate seas endiselt umbes 0,5% (samas Ida-Virumaal 2% ja Tallinnas 0,7%) (Kurbatova 2009).

Aastatel 2007-2009 uute HIV-nakkuse juhtude arv ühe elaniku kohta Eestis vähenes. Autorite hinnangul võib see trend võib aga muutuda, kuna majanduskriis on kaasa toonud riskikäitumise suurenemise. 2009. aastal kasvas vajadus süstlavahetusteenuse järele (vt tabel 4), mis autorite hinnangul võib viidata sellele, et süstijatel on vähem võimalusi süstlaid apteegist osta ja endised narkomaanid on töö kaotamise järel uuesti süstima hakanud.

Tabel 4. Süstlavahetusteenused Eestis 2008-2009.

	2008				2009	
	I kvartal	II kvartal	III kvartal	IV kvartal	I kvartal	II kvartal
Külastuste arv	38 845	40 861	43 331	47 587	43 679	43 617
Jagatud süstalde arv	444 159	478 316	531 672	579 228	582 762	578 321
Sotsiaaltöötaja nõustamiste arv	2 545	3 406	3 242	3 563	3 442	3 875
Meditsiinitöötaja nõustamiste arv	1 276	1 685	1 706	1 846	2 029	2 028

Allikas: Kurbatova 2009

HIV-i ennetamine on tunduvalt odavam kui ravi. Ühe patsiendi aastane antiretroviirusravi (edaspidi ARV-ravi) maksab umbes 60 tuhat krooni (Zilmer 2009). ARV-ravi vähendab HIV-positiivsete isikute nakkusohtlikkust, viies viiruse taseme veres madalale, ning parandab nende elukvaliteeti. ARV-ga ravimine võimaldab hoida kokku kulusid, mis ravi puudumisel kulusid kaasuvate haiguste ravimiseks ning aitab inimesel säilitada töövõime ning jätkata iseenda ja oma perekonnaliikmete ülalpidamist (Tervise Arengu Instituut. Riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006-2015: 8).

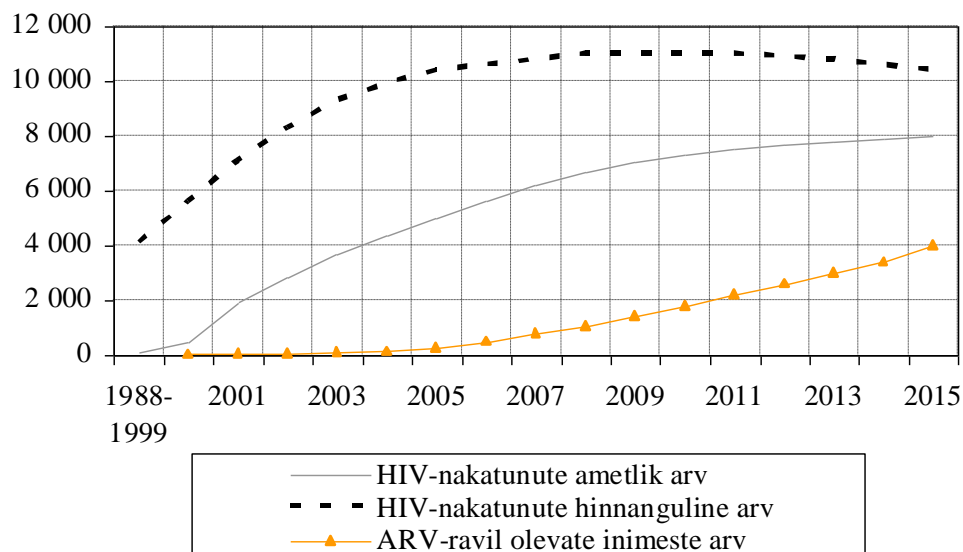
Augustis 2009 sai Lääne-Tallinna Keskhaigla andmetel ARV-ravi 1263 inimest, mis tähendab aastas 75,8 miljoni suurust kulu riigile. Kui sellele lisada vajalike uuringute, arstivisiitide, võimalike haiglapäevade, kaasuvate infektsioonide ravimite ja sotsiaalhooldusega seotud kulud (hinnanguliselt veel 10 tuhat krooni patsiendi kohta aastas), siis saame HIV raviga seotud otsesteks kuludeks kokku 88,4 miljonit krooni aastas. Kui eeldada, et ARV-ravi saavate inimeste arv tõuseb umbes 400 inimese võrra aastas, siis vajavad 2015. aastal 4000 patsienti ravikuludeks riigilt kokku 280 miljonit krooni.

Sotsiaalministeerium hindas WHO/UNAIDS mudelite abil HIV-i nakatunute arvu Eestis praegu ja tulevikus (Lai 2009). Epidemioloogilised uuringud näitavad, et Eestis võiks hetkel olla 11 000–12 000 HIV-i nakatunut ja mõne aasta möödudes võiks nende arv langema hakata. Diagnoositud juhtude arv (HIV-i nakatunute ametlik statistika) oli sellest hinnangust 2009. a. umbes 60%.

Käesoleva töö autorid Liis Elmik ja Agnes Männik uuendasid Sotsiaalministeeriumi poolt tehtud HIV-nakatunute hinnangulise arvu ja ARV-ravil olevate inimeste arvu prognoosi 2010-2015 (Lai 2009) vastavalt uute andmete lisandumisele 2009. aasta kohta. Autorid lisasid senistele arvutustele ka HIV-i nakatunute ametliku arvu prognoosi 2010-2015 (joonisel 4), sh vanusegruppide lõikes (joonisel 5).

Järgmistel aastatel peaks HIV diagnoositud juhtude arv suurenema. ARV-ravi saajate arv kasvab seoses varasematel aastatel HIV-i nakatunute haiguse progresseerumisega ja järjest uute HIV-i nakatunute lisandumisega.

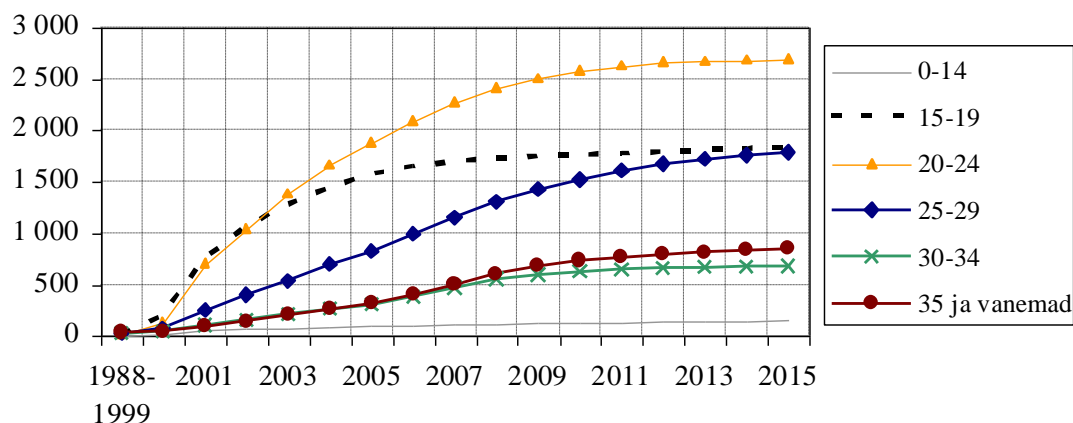
Joonis 4. HIV-i nakatunute ja ARV-ravil olevate inimeste arvu prognoos 2010-2015



Allikas: Eesti Statistikaamet, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; prognoos Lai 2009 andmete põhjal.

Taavi Lai poolt läbi viidud uuringus (2009) leiti, et HIV-levimusest ja realselt antiretroviirusravi saajate arvust lähtudes jõuab praegu pakutav ARV-ravi vähem kui 50%-ni seda vajavatest inimestest. Samuti on viimastel aastatel suurenenud HIV-positiivsete osakaal tuberkuloosihaigete seas ning aastaks 2015 on HIV-epideemia mõjul oodata kuni kahekordset tuberkuloosi esmase haigestumise suurenemist.

Lisaks otsestele HIV-i nakatunute ravikuludele tuleb aga arvestada veel kaudseid kulusid, mis tulenevad kroonilise haiguse mõjust HIV-i nakatunute tööväimele. 2009. aastal moodustasid alla 25-aastased HIV-i nakatunute umbes 60%, kelle kõige viljakam tööelu periood seisab alles ees (joonisel 5). Eesti ühiskonnas levinud hirmude tõttu on HIV-positiivsetel üldse raskem tööd leida (lähemalt 6. peatükis).

Joonis 5. HIV-i nakatunute arvu prognoos 2010-2015 vanusegruppide lõikes

Allikas: Eesti Statistikaamet, Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; autorite prognoos

Kuigi uute HIV-i nakatunute arv näitab langustrendi ja riiklikult seatud peamised eesmärgid HIV-nakkuse leviku tõkestamisel on hetkeseisuga saavutatavad, tuleb järgmistel aastatel arvestada HIV-i nakatunutega seotud otsete ja kaudsete kulude olulist suurenemist. Selle põhjuseks on HIV-i nakatunute AIDS-i haigestumise sagenemine ja järjest uute HIV-i nakatunute lisandumine. Seetõttu on majanduskriisi tingimustes olulised ühiste eesmärkide nimel toimuvate tegevuste tõhusus ja integreeritus.

1.3. HIV/AIDS-i tagajärjel kaotatud eluaastad ja nende maksumus

1.3.1. HIV/AIDS ja kaasuvad haigused

HIV/AIDS-iga kõige sagedamini kaasnevad haigused on tuberkuloos, hepatiidid ja sugulisel teel levivad infektsioonid.

Tuberkuloosi haigestumist soodustab HIV-infektsioon, mis nõrgestab immuunsüsteemi. HIV-positiivsel inimesel on 30 korda suurem tõenäosus haigestuda tuberkuloosi kui HIV-negatiivsel. HIV-i nakatunud võib tuberkuloos kulgeda atüüpiliselt, mille tõttu diagnoosimine hilineb. Samuti on tuberkuloosi ravi HIV-i nakatunutel ja AIDS-i haigetel ravimite kõrvaltoimete tõttu komplitseeritum (Sotsiaalministeerium 2008).

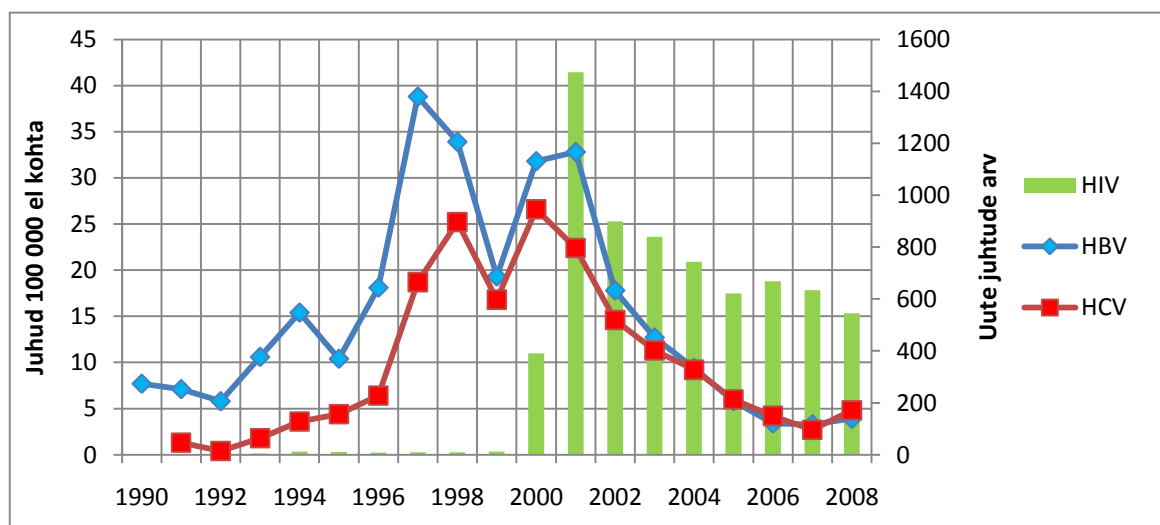
Tuberkuloosiregistri andmetel diagnoositi HIV tuberkuloosihaigel esimest korda 1997. aastal. Aastatel 2003-2007 suurenes HIV-i nakatunud tuberkuloosihaigete arv 13-lt 49-ni, seejärel alanen 2008. aastal 39-ni. Kokku oli 2008. aasta lõpuks HIV registreeritud 222-l tuberkuloosi haigestunud (tabel 5).

Tabel 5. Registreeritud HIV-nakkuse juhud tuberkuloosihaigete hulgas 1997-2008

Aasta	Tuberkuloosi juhtude arv	HIV-nakkuse juhud	
		Arv	Osakaal tuberkuloosijuhtudest, %
1997-1999	1574	2	0,1
2000	782	2	0,3
2001	798	7	0,9
2002	648	17	2,6
2003	570	13	2,3
2004	561	22	3,9
2005	501	33	6,6
2006	433	38	8,8
2007	466	49	10,5
2008	441	39	8,8
Kokku	6774	222	4,5 (keskmise)

Allikas: TAI 2008

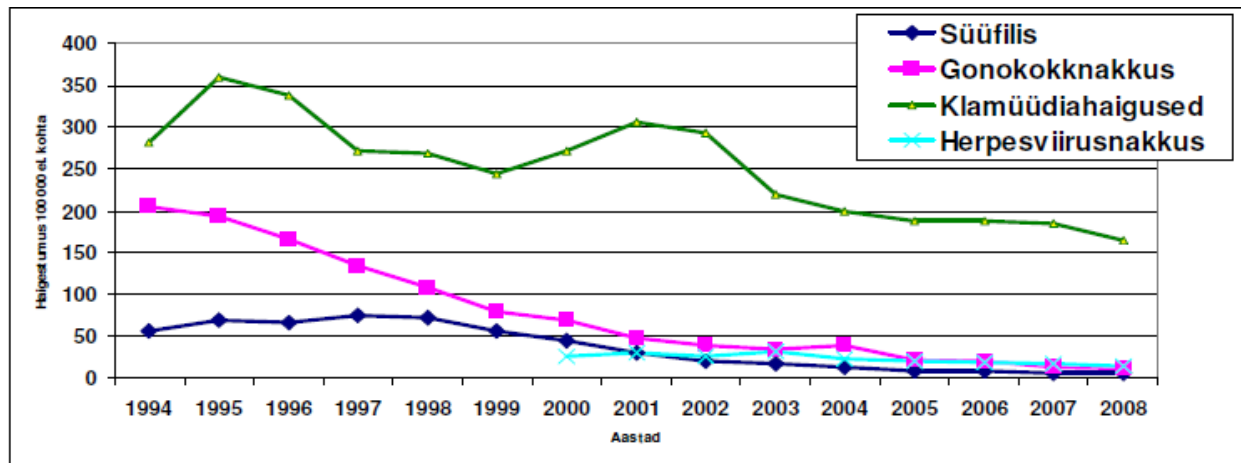
Aastatel 1992–1998 suurenes Eestis B-hepatiidi (HBV) esmajuhtude arv 100 000 elaniku kohta kuuekordselt (vastavalt 5,8 ja 34,1 / 100 000 elaniku kohta) ning C-hepatiidi (HCV) juhtude arv umbes kuuekümnekordselt (vastavalt 0,4 ja 25,3 / 100 000 elaniku kohta). Aastatel 2002-2007 B- ja C-hepatiidi uute juhtude arv tasapisi langes, jõudes 2007. aastaks vastavalt 3,3 ja 2,7-ni 100 000 elaniku kohta. 2008. aastal täheldati uut tõusu mõlema infektsiooni diagnoosimises: 3,9 B-hepatiidi juhtu ja 4,8 C-hepatiidi juhtu 100 000 elaniku kohta (*Sotsiaalministeerium ja TAI 2009*).

Joonis 6. HBV, HCV ja HIV esmajuhud 1990 - 2009


Allikas: Tervise Arengu Instituut 2009; Terviseamet 2009

1990-ndate esimesest poolest alates on peamiste seksuaalsel teel levivate infektsioonide juhtude arv langenud. Kõige suurem langus on toimunud gonorröa puhul. Kui 1993.a. registreeriti 3535 gonorröa juhtu, siis 2007.a. oli ainult 174 juhtu – 14 aasta jooksul langes juhtude arv 95%.

Joonis 7. Sugulisel teel levivatesse nakkushaigustesse haigestumus 1994-2008



Allikas: Terviseamet 2009

Süüfilise juhte (antud ajaperioodil) esines kõige enam 1997.a. mil registreeriti 1099 nakatunut. Järgneva kümne aastaga aga vähenes nakatunute arv 93% võrra (2007.a. oli 76 süüfilisse nakatunut). Klamüüdia juhtude arv aga tõusis perioodil 1992-1995 96%. Kui 1992.a. registreeriti 194 nakatunut, siis kolm aastat hiljem oli see arv 5348. Alates 1995.a. on märgata langustrendi koos väikese tõuslainega aastatel 2000-2002. 2007. aastal diagnoositi klamüüdia 2480 inimesel ehk 54% vähem võrreldes 1995. aastaga.

Gonorröa juhtude arv tõusis 1991-93 35%. Kui 1991. aastal registreeriti 2299 juhtu, siis 1993. aastal 3535 nakkusjuhtu. Järgnevatel aastatel on gonorröasse nakatunute arv igal aastal vähenenud. 2007. aastal diagnoositi gonorröa 174 korral ehk 95% vähem võrreldes 1993. aastaga.

1.3.2. HIV/AIDS-i tõttu kaotatud eluaastad

Rahvastiku tervisekaotuse määramiseks kasutati antud töös DALY meetodikat (*Disability-Adjusted Life Years*), mida kasutas WHO rahvastiku tervisekaotuse hindamiseks ülemaailmses uuringus *Global Burden of Disease*. DALY meetodikat on kasutatud ka varasemates Eestis läbiviidud uuringutes – Sotsiaalministeerium ja Tartu Ülikool 2004, Kaire Vals'i magistritöö rahvatervishoius 2005, Taavi Lai 2006.

Tervisekaotuse määramiseks DALY-meetodil liidetakse kokku suremuse tõttu kaotatud eluaastad - YLL (*years of life lost*) ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad - YLD (*years of life lost due to disability*). Suremusest ja haigestumisest kaotatud eluaastate leidmiseks kasutati järgmisi valemeid (Vals 2005: 18-20):

YLL= surmade arv teatud haiguse tõttu x surma tõttu kaotatud eluaastad

YLD= uued haigusjuhud teatud perioodil x haiguskaal x haiguse keskmine kestus aastates

Antud töös lahutati YLL-i arvutamiseks tegelik surma vanus eeldatavast elueast sünnimomendil, kuna puudusid andmed eeldatava eluea kohta soo ja vanusrühmade lõikes. Arvutustes kasutati Eesti Statistikaameti ja Tervise Arengu Instituudi andmeid haigestumuse, suremuse ja eeldatava eluea kohta. Haiguskaalude andmed saadi 2003. aastal läbiviidud hindamisprotseduuridest, kus määrati Eestile ainuomased näitajad (Vals 2005: 30-32). Käesolevas uuringus ei kasutatud diskonteerimist ja vanuskaalumist. Kaotatud eluaastad arvutati välja vanusegruppide lõikes aastate 2000-2007 kohta.

Suremuse tõttu kaotatud eluaastate arvutamisel võeti aluseks Statistikaameti surmapõhjuste registrist ICD-10 klass B20-B24 – inimese immuunpuudulikkus viirustõbi ehk HIV-tõbi (AIDS). Kokku kaotati aastatel 2000-2007 HIV-tõve tõttu suremise tagajärjel 6125 eluaastat (vt tabel 6). Kõige enam oli sellel ajaperioodil kaotatud eluaastaid 20-29 aastaste seas (3817 aastat).

Tabel 6. AIDS-i suremuse tõttu kaotatud eluaastad (YLL) aastatel 2000-2007

Aasta	0-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60+		Kokku
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	
2000	0	0	0	0	28	0	18	0	0	0	14	0	59
2001	0	0	37	0	32	0	22	0	0	0	0	0	92
2002	48	0	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	128
2003	49	0	169	0	34	0	19	0	9	0	0	0	279
2004	0	138	297	161	160	86	24	0	14	0	0	0	879
2005	45	0	622	213	189	86	74	36	0	21	0	0	1285
2006	0	0	733	474	289	128	139	31	40	0	0	0	1834
2007	50	0	656	374	159	46	64	135	59	26	0	0	1570
Kokku	191	138	2594	1222	889	346	360	202	121	47	14	0	6125

Märkus: M – mehed, N – naised.

Allikas: arvutused

HI-viirusesse haigestumise tõttu kaotati aastatel 2000-2007 7208 eluaastat (vt tabel 7). Kõige enam oli haigestumuse tõttu kaotatud eluaastaid 20-29-aastaste vanusegrupis – kaheksa aasta jooksul kokku 3932 eluaastat.

Tabel 7. HIV-i ja AIDS-i haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad (YLD) aastatel 2000-2007

Aasta	0-19		20-29		30-39		40-49		50-59		Vanus teadmata			Kokku
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	T	
2000	142	59	131	17	22	6	1	0	1	0	55	6	0	440
2001	450	222	694	152	105	21	1	0	0	0	6	0	1	1653
2002	215	140	400	132	87	28	2	0	1	0	6	2	0	1014
2003	139	112	429	127	115	22	3	0	0	0	1	3	0	952
2004	90	116	383	131	97	37	2	1	1	0	3	1	1	865
2005	82	77	279	144	85	49	3	0	1	3	2	1	0	728
2006	35	59	310	159	149	59	6	0	1	1	2	2	0	784
2007	18	46	273	170	171	83	4	0	0	0	4	2	0	773
Kokku	1170	832	2900	1033	833	306	24	1	6	4	80	18	2	7208

Märkus: M – mehed, N – naised.

Allikas: autorite arvutused

HIV-ist ja AIDS-ist tingitud summaarne tervisekadu aastatel 2000-2007 oli 13 334 eluaastat (s.o. tabelis 6 ja 7 toodud eluaastate summa; vt tabel 8).

Tabel 8. HIV-ist ja AIDS-ist tingitud summaarne tervisekadu aastatel 2000-2007

Aasta	0-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60+		vanus teadmata			Kokku
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	T	
2000	142	59	131	17	50	6	19	0	1	0	14	0	55	6	0	499
2001	450	222	732	152	138	21	23	0	0	0	0	0	6	0	1	1745
2002	263	140	480	132	87	28	2	0	1	0	0	0	6	2	0	1142
2003	187	112	598	127	149	22	22	0	9	0	0	0	1	3	0	1231
2004	90	255	680	292	257	123	26	1	15	0	0	0	3	1	1	1744
2005	127	77	900	357	274	136	78	36	1	24	0	0	2	1	0	2013
2006	35	59	1043	633	438	188	145	31	41	1	0	0	2	2	0	2618
2007	68	46	929	545	330	129	69	135	59	26	0	0	4	2	0	2342
Kokku	1361	970	5494	2255	1722	652	384	203	127	51	14	0	80	18	2	13334

Märkus: M – mehed, N – naised

Allikas: autorite arvutused.

Suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud eluaastate põhjal arvutati välja ühiskonnal saamata jäänud tulu. Selleks kasutati sisemajanduse koguprodukti ühe hõivatu kohta. SKP näitaja ühe hõivatu kohta korrutati suremuse või haigestumuse tõttu kaotatud eluaastatega. Kokku oli HIV-tõve kaudne majanduslik kahju Eesti ühiskonnale aastatel 2000.-2007.a kaotatud eluaastate tõttu 3,1 miljardit krooni.

HIV-positiivsete varasem suurem tõi kaasa majandusliku kahju 1,8 miljardit krooni ja kroonilisest haigusest tingitud väiksem tootlikkus 1,3 miljardit krooni (tabelis 9).

Tabel 9. HIV-nakkusest tingitud majanduslik kahju aastatel 2000-2007

	Suremuse tõttu kaotatud eluaastad		Haigestumuse tõttu kaotatud eluaastad		Kokku		
	20-60+ kaotatud eluaastad	Majanduslik kahju (miljonit krooni)	20-59 kaotatud eluaastad	Majanduslik kahju (miljonit krooni)	20-60+ kaotatud eluaastad	Majanduslik kahju (miljonit krooni)	Majandusliku kahju osakaal SKP-s
2000	59	9,9	178	30,0	237	39,9	0,04%
2001	92	17,3	974	184,0	1066	201,3	0,18%
2002	80	16,7	651	135,2	731	151,9	0,12%
2003	230	52,8	697	159,9	927	212,8	0,16%
2004	741	188,6	653	166,2	1394	354,8	0,23%
2005	1240	357,1	566	162,9	1805	520,0	0,30%
2006	1834	587,4	685	219,5	2519	806,9	0,39%
2007	1520	567,1	702	262,0	2222	829,1	0,34%
Kokku	5796	1797,0	5106	1319,7	10902	3116,7	

Allikas: autorite arvutused

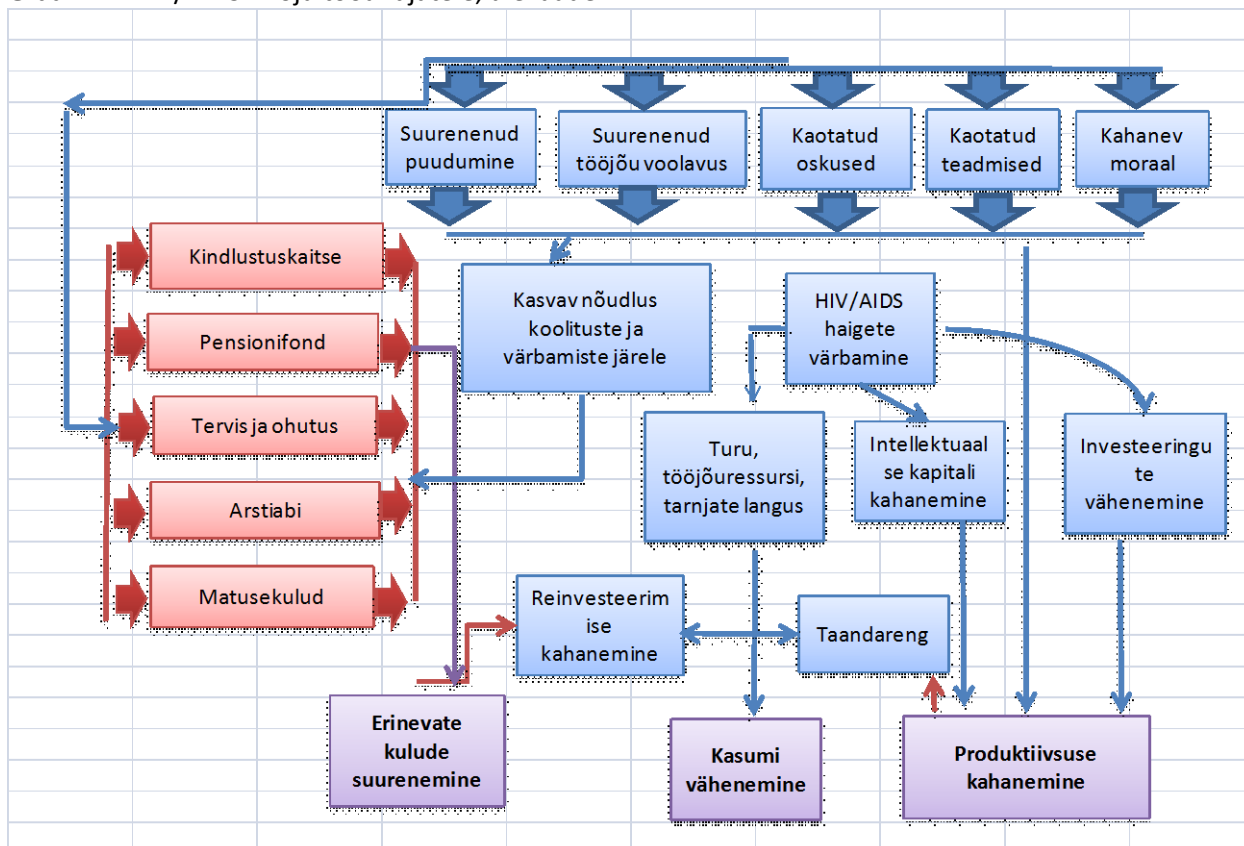
Eelpool toodud tabelite tõlgendamisel peab arvestama ka mitmeid piiranguid. Näiteks ei arvesta meetod mitme haiguse samaaegset esinemist (põdemist) ja püsivaid puudeid. Muuhulgas alahindab selline meetod ka välispõhjuseid. Peab arvestama, et antud meetodi näol on tegemist konservatiivse hinnanguga nii suremuse ja haigestumise tõttu kaotatud eluaastate osas (Kiivet, 2004).

2. HIV/AIDSi mõju tööandjale

Küsimus, kas tööandjad peavad osalema võitluses HIV/AIDSi vastu, on saanud oluliseks kogu maailmas. Tööandjad küsivad väga tihti ka ise, kas HIV/AIDSil on negatiivne mõju äritegevusele ja tihti on vastuseks jah. HIV/AIDSi pandeemial on väga kaugeleulatuv mõju. See ei ole ainult väljakutse rahvatervisele, vaid siia põimuvad ka väga keerukad sotsiaalsed probleemid. Muuhulgas võib pandeemia põhjustada ka majanduslikku katastroofi (tõsi, praegu on see probleem peamiselt Lõuna-Aafrikas).

Üha rohkem tööandjaid tunnistavad, et HIV/AIDSil on negatiivne mõju nii ärikeskkonnale (makromajanduslik mõju), kui ka otse ettevõttele (mikromajanduslik mõju).

Graafik 1. HIV/AIDSi mõju tööandjatele, ülevaade



2002.a. viidi Eestis, Gruusias, Ungaris, Poolas ja Venemaal äriinimeste ning tervishoiutöötajate seas läbi HIV/aidsi teemaline küsitlus, kus küsiti üldisi teadmisi HIV/AIDSi teadmiste kohta. Üldisi fakte äriinimesed küll teadsid, kuid samas olid nad ka kindlad, et neid see probleem ei puuduta (Goodwin et al, 2003).

2.1. Eesti tööturg

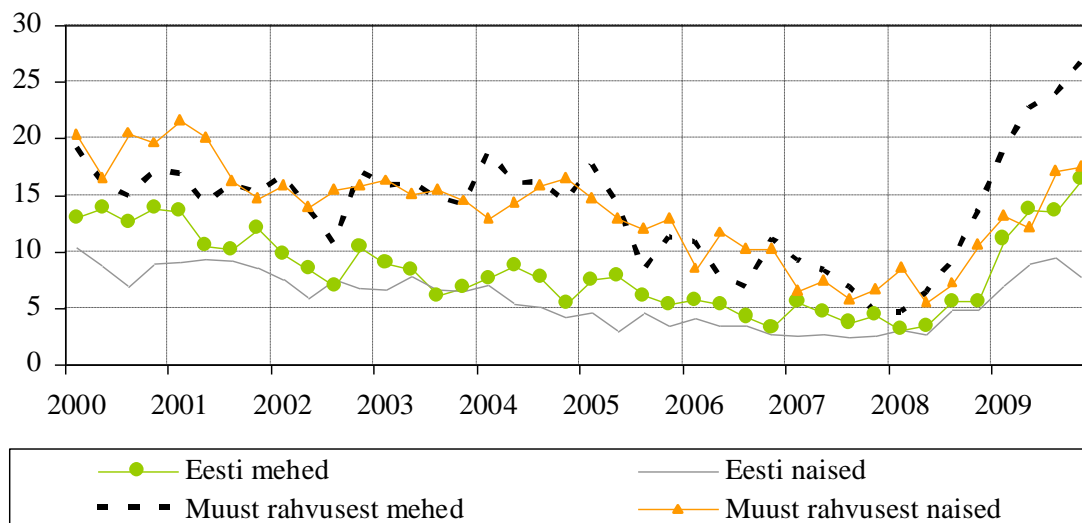
Käesolevas peatükis kirjeldatakse 2009. aasta lõpus Eesti tööturul valitsevat olukorda ja hinnatakse tööpuuduse kasvuga seotud riske HIV-iga võitlemisel. Samuti antakse ülevaade HIV-i nakatunute diskrimineerimisest Eesti tööturul. Võimalusel võrreldakse Eesti andmeid teiste riikidega.

2009. aastal jätkus 2008. aasta teisel poolel alanud töötuse kiire kasv. Statistikaameti andmetel tõusis töötuse määr Eestis 2009. aasta neljandas kvartalis 15,5%ni, see on taasiseseisvumisaja kõrgeim tase. Viimased kolm kvartalit töötute arvu juurdekasv siiski aeglustus, samas kasvas pikaajaline tööpuudus. 2009. aasta viimases kvartalis oli ligi kolmandik töötutest tööta olnud aasta või kauem (Eesti Statistikaamet). 2008. aastal Tervise Arengu Instituudi poolt korraldatud uuringu järgi oli infektsionisti külastavate HIV-positiivsete seas töötuid neljandik (Lõhmus, Murd *et. al* 2009: 67).

Töökohtade kadumine ja pikaajaline töötus on süvendanud töötute ja nende leibkonnaliikmete majandusliku toimetuleku raskusi. 2009. aasta neljandas kvartalis hindas oma toimetulekut rahuldavaks alla poole 15–74-aastastest. Mõningates raskustes olijate osatähtsus kasvas 37%-ni ja suurtes raskustes olijate osatähtsus 16%-ni (Eesti Statistikaamet, 2009).

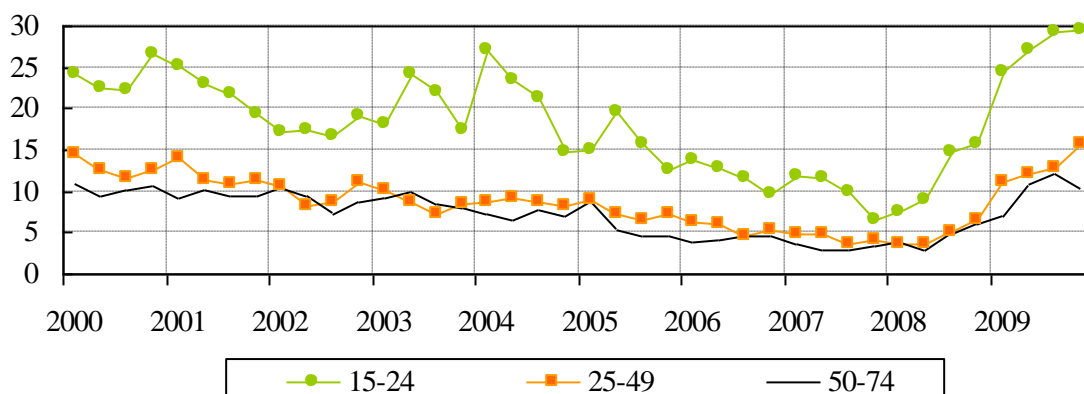
Tööpuudus on suurem meeste, mitte-eestlaste ja noorte hulgas, kus on ka suurem HIV-i nakatunute osakaal. IV kvartalis 2009 tõusis töötute arv 107 000-ni, neist 64% olid mehed. Kõige kõrgem on tööpuudus mitte-eestlastest meeste seas, kellest IV kvartalis otsis endale sobivat tööd 27% (joonisel 8).

Joonis 8. Töötuse määr rahvuse ja soo lõikes 2000-2009 (%)



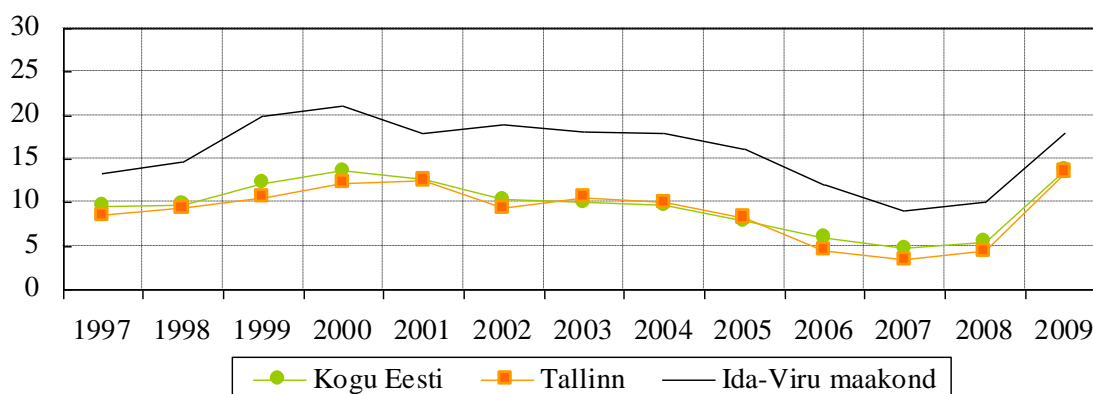
Allikas: Eesti Statistikaamet 2009

Tööpuudus oli 2009. a. neljandas kvartalis kõrgeim 15-24 aastaste seas (Eesti Statistikaamet). Noorte tööpuudus pole 1991. aastast alates kunagi nii kõrge olnud (vt joonis 9). Prognooside kohaselt suureneb see koos üldise tööpuuduse kasvuga 2010. aasta esimesel poolel veelgi.

Joonis 9. Töötuse määr vanusegruppide lõikes 2000-2009 (%)


Allikas: Eesti Statistikaamet 2009

HIV-i nakatunute olukorra muudab keerulisemaks ka tööpuuduse ulatus regiooniti. Ida-Virumaal on tööpuudus Eesti keskmisest oluliselt suurem (joonisel 10).

Joonis 10. Töötuse määr regioonide lõikes 1997-2009 (%)


Allikas: Eesti Statistikaamet 2009

Tööpuuduse tõus võib viia HIV-i nakatunute arvu kasvule, kuna suureneb narkomaania (endised narkomaanid hakkavad töötuks jäädes uuesti süstima) ja prostitutsioon. Raske majanduslik olukord toetas HIV-i kiiret levikut Eestis ka 1990-ndatel aastatel.

2.2. HIV-i nakatunute olukord tööturul

2008. aastal koguti andmeid 449 HIV-i nakatunud inimese kohta, kes külastasid infektsionisti Tallinnas, Narvas või Kohtla-Järvel (Lõhmus, Murd *et. al* 2009: 5). Esimest korda viidi sarnane uuring läbi 2005. aastal, mil andmed saadi 451 HIV-i nakatunu kohta (Rüütel, Loit 2006: 5-7). Kuigi antud uurimuste tulemused ei ole üldistatavad kõigile HIV-i nakatunud inimestele Eestis, sest puudutavad vaid neid, kes jõudsid nakkushaiguste arsti juurde, annavad need siiski teatud pildi HIV-positiivsete olukorrast.

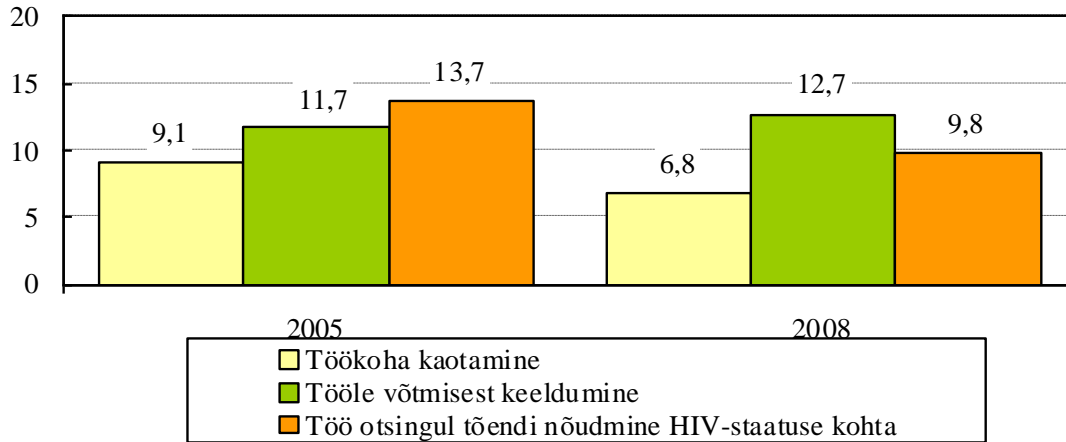
Töö- ja koolikaaslased ning ülemused/õpetajad saavad väga harva teada oma kolleegi või õpilase nakatumisest HIV-i. Töö- või koolikaaslastele rääkis oma nakatumisest HIV-i 2,9% vastanutest, ülemusele/õpetajale 1,6% (2005. aasta uuringu järgi vastavalt 2,0% ja 1,8%; Lõhmus, Murd *et. al* 2009: 23; Rüütel, Loit 2006: 16-17).

Uuritavatel paluti muuhulgas hinnata, milline on lähedaste ja lähikondsete suhtumine nendesse. 2008. aasta uuringu põhjal koges tõrjuvat suhtumist töö- ja/või koolikaaslaste poolt 3,3% vastanutest (2005. a. 2,2%) ning ülemuse ja/või õpetaja poolt 2,7% vastanutest (2005. a. 3,0%). 2008. aastal oli suhtlemise töö- ja/või koolikaaslastega ning ülemuse ja/või õpetajaga lõpetanud 6,6% vastanutest, 2005. aastal üle 12% vastanutest (Lõhmus, Murd *et. al* 2009: 25; Rüütel, Loit 2006: 17-18).

Üheks HIV-i nakatunutesse suhtumise ja kartuse/teadmatusena seotud näitajaks on see, kas nn tavainimene tahab ja julgeb suhelda viirusekandjaga. Uuritavad vastasid küsimusele, kas keegi on keeldunud nendega suhtlemast, kuna teati või kahtlustati, et nad on HIV-i nakatunud. 2008. aasta uuringust selgus, et 2,9% oli kogenud olukorda, kus keelduti nakatunuga sama tualettruumi kasutamast, 2,7% nakatunu kõrval istumast ja 2,7% ühes töö- või klassiruumis viibimast (Lõhmus, Murd *et. al* 2009: 26). Võrreldes 2005. aastal läbi viidud küsitlusega, on enda kõrval istumisest ja sama tualettruumi kasutamisest keeldumiste määr oluliselt vähenenud, kuid ühes töö- või klassiruumis viibimisest keeldumises olulist paranemist ei ole toimunud (Rüütel, Loit 2006: 21).

2008. aasta uuringus leidis üle kümnendiku vastajaid, kes märkisid, et nende HIV-positiivsuse või arvatava HIV-positiivsuse tõttu on viimase 12 kuu jooksul keeldutud neid tööle võtmast. Kümnendik väitis, et tööotsingute käigus on neilt nõutud HIV-i nakatumise kohta tõendit. Pisut väiksem oli nende osakaal, kes arvasid, et on nakatumise tõttu oma töökoha kaotanud. Küsitletutest märkis 17%, et oli viimase aasta jooksul kogenud tööeluga seotud diskrimineerimist. 2005. aastaga võrreldes ei ole HIV-positiivsete diskrimineerimine tööturul Eestis tervikuna oluliselt vähenenud (joonisel 11).

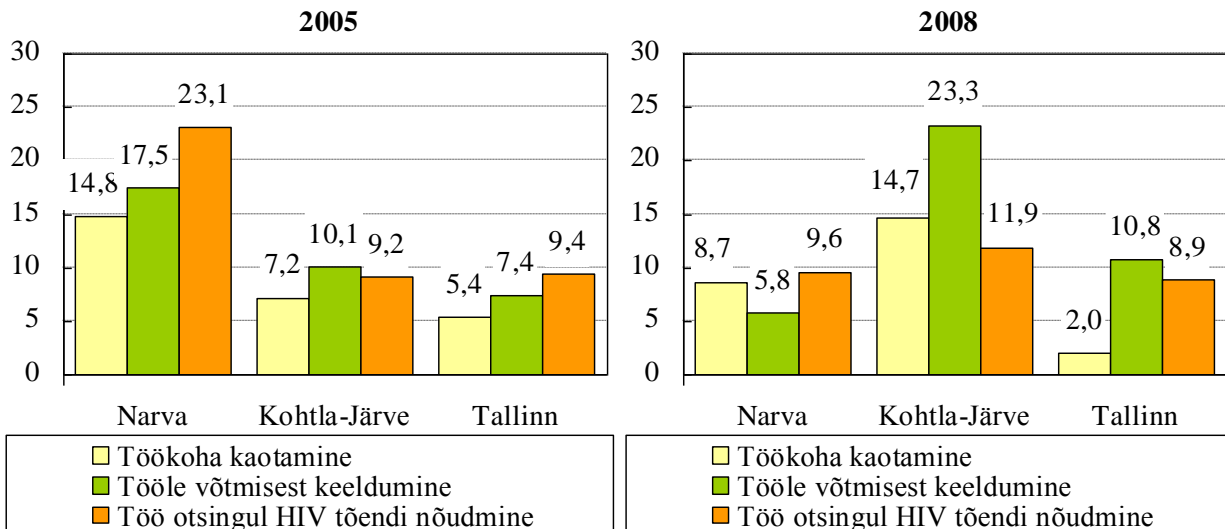
Joonis 11. Vastanute osakaal, kes on kogunud töökoha saamise või hoidmisega seotud probleeme tänu HIV-positiivsusele või arvatavale HIV-positiivsusele (%)



Allikas: Lõhmus, Murd et. al 2009: 27; Rüütel, Loit 2006: 22

Võrreldes Tallinna patsientidega oli 2008. aastal Kohtla-Järvel ja Narvas ligikaudu kümnendiku jagu rohkem neid, kes olid HIV-positiivsuse tõttu kaotanud oma töökoha. Neljandik Kohtla-Järvel infektsionisti külastavatest HIV-i nakatunutest oli kogunud tööle võtmisest keeldumist, Tallinnas ja Narvas oli seda kogunud oluliselt vähem nakatunuid (vt. joonis 12. 2005. aastaga võrreldes oli diskrimineerimine vähenenud Narvas ja suurenenud Kohtla-Järvel.

Joonis 12. Vastanute osakaal, kes on kogunud töökoha saamise või hoidmisega seotud probleeme tänu HIV-positiivsusele või arvatavale HIV-positiivsusele, regioonide lõikes (%)



Allikas: Lõhmus, Murd et. al 2009: 27; Rüütel, Loit 2006: 23

2006. aasta kevadel viidi UNDP⁶ poolt Eestis läbi 17 süvaintervjuud HIV/AIDS-iga elavate inimestega. Eestit ja Kaliningradi võrdleva uuringu üheks eesmärgiks oli läbi individuaalsete süvaintervjuude uurida HIV/AIDS-iga elavate inimeste juurdepääsu haridusele, tööturule ja meditsiiniteenustele. Intervjuude põhjal võib arvata, et seni, kuni diagnoosi hoitakse saladuses, on HIV/AIDS-iga elavatel inimestel võrdne ligipääs tööturule. Samas kartsid intervjuueeritud HIV/AIDS-iga elavad inimesed vallandamist juhul, kui info nende nakkusekandluse kohta peaks avalikuks tulema. Uuritavate seas oli ette tulnud juhtumeid, kus HIV staatuse avalikuks tulemisele järgnes vallandamine ja mitmed tulutud tööotsimiskatsed. Intervjuueeritavate üldine arusaam oli, et tööandja ei ole veel valmis HIV/AIDS-i teemaga kokku puutuma (põhjendamatud hirmud ja infopuudus) (UNDP, 2007).

Eelpool nimetatud Eestit ja Kaliningradi võrdleva uuringu teise osa eesmärk oli kaardistada HIV-positiivsetele avalike teenuste ja töövõimaluste kättesaadavust mõjutavaid suhtumisi ja teadmisi haridustöötajate, meditsiinitöötajate ja tööandjate hulgas. 2006. a. märtsis viidi läbi kolm fookusgruppi Eesti erinevates paikades, kuhu kutsuti keskastme- ja tippjuhte meditsiini- ja haridusasutustest ning tööandjaid. HIV/AIDS-i epideemiat tajuti Eesti erinevates regioonides erinevalt. Kui maakohtades teati HIV-epideemiat peamiselt ainult meedia kaudu ning Tallinnas alles hiljuti narkomaanide hulgast alguse saanud ohuna, siis Narvas nägid avalikud teenistujad HIV/AIDS-i kui igapäevast reaalsust ning nende suhtumine võis olla vähem stigmatiseeriv kui Eestis üldiselt (UNDP 2007).

Fookusgruppide vestlustest selgus, et HIV-i peeti võõrapäraseks haiguseks, mis on alles hiljuti Eestisse jõudnud ning nakatanud süstivaid narkomaane, sekstötajaid ja vähemusrahvusi. Kuid stigma toimis ka vastupidi – HIV-i nakatumise puhul laiendati tihti nakatunule väga tugevalt riskigruppi kuuluvus (süstiv narkomaan, meestega seksiv mees, sekstötaja). Paljude fookusgruppides osalenute kõnes esines märkusi, mis väljendasid süüdistavat suhtumist HIV/AIDS-iga elavatesse inimestesse. HIV/AIDS-iga elavaid inimesi peeti teistsugusteks ja ühiskonnale ohtlikeks. Sellest hoolimata uskusid fookusgruppides osalenud, et HIV/AIDS-iga elavad inimesed peaksid olema Eestis täielikult integreeritud tööturule ja haridusse (UNDP 2007).

Fookusgruppides osalenud tööandjail ei olnud isiklikku kontakti HIV/AIDS-iga nakatunud töötajatega, kuid nad uskusid, et kohtleksid HIV/AIDS-iga elavaid töötajaid samaväärselt kõigi teiste töötajatega. Tööandjad väljendasid ebakindlust, kui neilt küsiti, kuidas võiks HIV/AIDS-iga elavaid inimesi paremini tööjõuturule integreerida. Fookusgruppides osalenud tööandjad arvasid ka, et töötajate HIV-staatuse teadmine aitaks töökohtadel HIV-positiivsetele inimestele ja nende kolleegidele paremaid töötingimusi pakkuda (UNDP 2007).

Inglismaal oli 2005. aasta uuringu kohaselt HIV-alane diskrimineerimine laialt levinud. Positive Futures Partnership viis läbi uuringu töötajate ja tööandjate hulgas, millest selgus, et üle 85% juhtidest arvas, et HIV-positiivseid diskrimineeritakse töö juures. 40% vastanutest arvas, et HIV-positiivsetel ei tohiks lubada kokana töötada ja 24% leidis, et HIV-positiivsed ei tohiks töötada ettekandjatena. 85%

⁶ United Nations Development Programme

küsitletutest tundis, et HIV-positiivsed võiksid töötada koristajana ja 38% mõtles, et nakatanu võiks olla medõde (Reade 2005).

TAI viis 2008. aastal läbi Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu, millele vastas kokku 4275 inimest (Tekkel, Veideman, Rahu 2009). Muuhulgas küsiti, kas vastaja oleks nõus töötama ühes kollektiivis HIV-i nakatunud inimestega. Antud küsimusele vastas 2925 inimest. Tervisekäitumise uuringu järgi ei olnud 2008. aastal üldse nõus HIV-i nakatunud inimestega ühes kollektiivis töötama 9,2% küsitletutest. 2005. ja 2008. aasta infektsionisti küllastavate HIV-positiivsete uuringu järgi oli selliseid inimesi aga oluliselt vähem (vastavalt 4,5% ja 2,7%). Ilmselt on sellise erinevuse põhjuseks erinevad valimid: infektsionisti küllastavate HIV-positiivsete uuringus mängis rolli isiklik kontakt nakatunuga, mis vähendas teadmatust ja hirmu HIV ees.

Tabel 10. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringule vastajate nõustumise jaotus väitega “oleksin nõus töötama ühes kollektiivis HIV-i nakatunud inimestega” soo ja vanuse järgi (%)

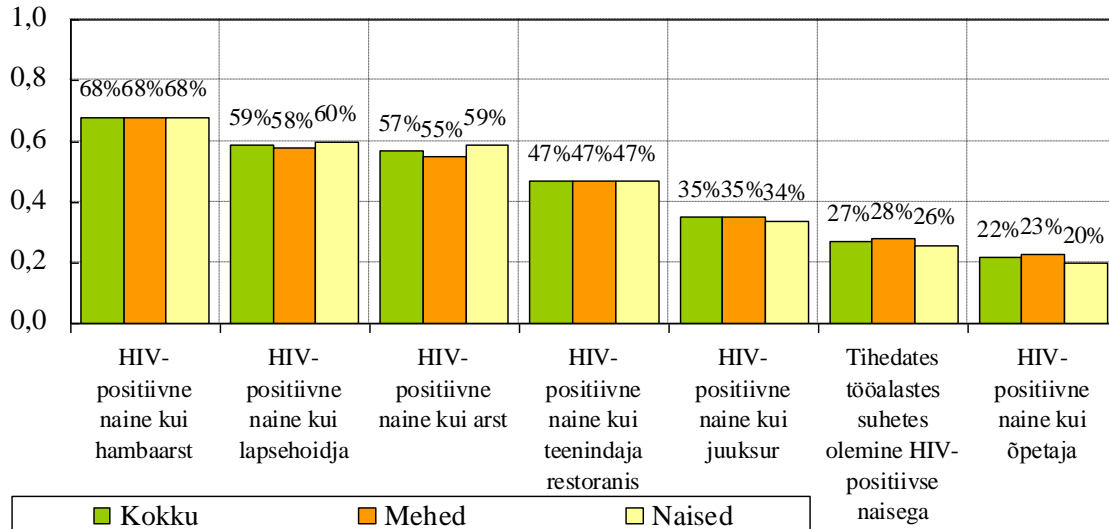
	Mehed						Naised						
	Vanuserühm						Vanuserühm						
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Kokku	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Kokku	
Täiesti nõus	28,2	28,1	19,5	18,2	21,2	22,9	26,6	26,6	24,9	19,5	19,0	23,3	23,1
Pigem nõus	30,2	32,6	36,0	26,8	19,2	29,3	39,6	38,2	33,3	28,9	21,9	32,4	31,1
Pigem ei ole nõus	18,8	19,0	18,4	21,8	20,2	19,7	16,0	19,8	20,2	16,2	21,3	18,6	19,0
Üldse ei ole nõus	11,0	7,9	8,4	12,5	12,3	10,4	7,3	3,8	6,2	12,2	11,3	8,3	9,2
Ei oska öelda	11,8	12,4	17,6	20,7	27,1	17,7	10,6	11,5	15,3	23,1	26,5	17,5	17,6
Kokku (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kokku (arv)	245	242	261	280	203	1231	331	338	321	394	310	1694	2925

Allikas: Tekkel, Veideman, Rahu 2009: 91

2007. aastal küsitles AIDS-i uuringutega tegelev organisatsioon American Foundation for AIDS Research USA-s online ankeedi abil ligi 5000 18-44-aastast meest ja naist erinevatel HIV-iga seotud teemadel. Uuringust selgus, et üle poole vastanutest tunneks ebamugavust, kui neid teenindaks HIV-positiivne arst või lapsehoidja (Blumenthal 2008). HIV-positiivsetega tihedates tööalastes suhetes olemine on USA-s elavatele inimestele siiski oluliselt vastuvõetavam kui Eesti inimestele. USA-s tunneks HIV-positiivse naiskolleegi puhul ebamugavust 27% küsitletutest.

Eestis ei oleks HIV-positiivsetega nõus ühes kollektiivis töötama u. 28% vastanutest ja veel 31% oleksid „pigem nõus“ (mis ilmselt tähendab teatud ebamugavust) (Tekkel, Veideman, Rahu 2009: 91).

Joonis 13. Vastanute osakaal USA-s meeste/naiste lõikes, kes tunneksid ennast täiesti või mõnevõrra ebamugavalt, kui neid teenindaks HIV-positiivne naine



Allikas: Blumenthal 2008

Moldovas viidi 2005. aastal 15-50-aastaste seas läbi uuring, millele vastas 1200 inimest. Tulemused peegeldasid Eesti inimestega võrreldes veelgi suuremat teadmatust ja hirmu HIV-iga seoses (AIDS Foundation East-West 2005):

- 51% vastanutest arvas, et HIV-positiivse inimesega ei ole turvaline koos töötada.
- 74% leidis, et HIV-positiivsed tuleks ühiskonnast isoleerida.
- 64% inimestest tundsid HIV-nakatunute suhtes hirmu ja püüdsid nendega kokkupuuteid vältida. 45% vastanutest tundis HIV-positiivsete suhtes vastikustunnet ja 37% viha.
- 21% arvas, et nad võiksid vabalt HIV-positiivsetega suhelda.

2.3. Meditsiinipersonali suhtumine HIV/AIDS-i haigetesse

2007. aastal avaldatud ÜRO arenguprogrammi uurimisraportist „HIV/AIDS-iga elavate inimeste sotsiaalne kaasatus Eestis ja Kaliningradis“ selgus, et meditsiinitöötajate suhtumine ja teadmised HIV-iga elavate inimeste suhtes on sarnased meditsiinihariduseta inimeste omadega. Uuringus osalenud meditsiinitöötajate ja HIV-iga elavate patsientide sõnul mõjutavad stigmad ja stereotüübid meditsiini-asutustes oluliselt meditsiiniteenuste standardeid. Uuringus toodi näiteid, kus ravist keelduti; seda pakuti viisil, mis ei vastanud HIV-iga elavate inimeste vajadustele, või ei peetud kinni konfidentsiaalsusnõuetest. Ehkki seaduse kohaselt peavad kõik meditsiinitöötajad kasutama universaalseid kaitsevahendeid (kummikindad, ühekordsete nõelte kasutamine), näitas uuring kaitsevahendite ebaühtlast kasutamist (mis suurendas hirmu töösituatsioonis nakatuda) (UNDP 2007).

Võttes aluseks kasvava HIV leviku Eestis ja Kaliningradis, soovitas ÜRO arenguprogrammi uurimisraport, et kõik ülikoolid ja meditsiinikoolid nõuaksid HIV/AIDS-i alaste baasteadmiste läbimist kõigilt meditsiini, õenduse, tervisekaitse ja rahvatervise õppuritelt. Juba praktiseerivatel medikutel peaks olema ligipääs ja töökohapoolne pakutud motivatsioon läbida täiendõppe seminare ja töötube HIV/AIDS-iga seotud teemadel, kaasa arvatud eetikaküsimused, konfidentsiaalsus, käitumisalane nõustamine, stigma vähendamine ja universaalsete kaitsevahendite järjekindel kasutamine (UNDP 2007).

Soomes Tampere Ülikoolis korraldatud uurimuses (Suominen *et al.* 2009) kirjeldati ja võrreldi õendusteaduse üliõpilaste suhtumist HIV/AIDS-i põdevatesse patsientidesse ja homoseksuaalse orientatsiooniga patsientidesse Eestis, Soomes ja Leedus. Uuring viidi läbi 2005. aasta sügisest 2006. aasta kevadeni. Küsitletud (471 tudengit) olid kõik viimase aasta üliõpilased. Üldised tendentsid riikide vahel:

- lastega tudengite suhtumine oli negatiivsem,
- tudengid, kes teadsid mõnda HIV/AIDS-i patsienti või olid osutanud õendusteenust nimetatud patsientidele, näitasid üles positiivsemat suhtumist,
- pikema töökogemusega tudengite suhtumine homoseksuaalsetesse patsientidesse oli negatiivsem.

Eestis küsitletud tudengitest olid ämmaemanda eriala üliõpilased positiivsema hoiakuga HIV/AIDS patsientide suhtes kui meditsiiniõe eriala tudengid. Riikidevaheline võrdlus näitas, et kõige positiivsema suhtumisega olid Soome tudengid, järgnesid Eesti ja Leedu (Suominen *et al.* 2009).

2006. aastal Soomes Turu Ülikooli juures läbiviidud uuringus (Välimäki *et al.* 2008) võrreldi Soome, Eesti ja Leedu õdede valmisolekut hoolitseda HIV/AIDS-i põdevate patsientide eest. Selgus, et Soomes olid küsitletud õdedest 81% valmis hoolitsema HIV/AIDS-i põdevate patsientide eest, samas kui Eestis ja Leedus 54% ja 9%. Soomes ja Leedus keeldus 1% ning Eestis 2% HIV/AIDS-i patsiendiga tegelemast. Eesti õdede valmisolekut teenindada nimetatud patsiente mõjutasid sugu, perekonnaseis ning vanus - meessoost medõed soovisid naissoost õdedest enam vastavate patsientide eest hoolitseda; lahutatud või lehestunud ning nooremad õed soovisid vanematest enam HIV/AIDS patsientide eest hoolt kanda.

2008. aastal Tervise Arengu Instituudi poolt läbi viidud uurimus näitas, et iga viies HIV-positiivne inimene oli viimase aasta jooksul kuulnud meditsiinitöötajalt enda nakatumisega seotud halvustavaid märkusi, 2005. aasta uuringus oli halvustavat suhtumist kogenuid 18%. 7% vastanutest märkis, et neile oli keeldutud arstiabi andmast. 2005. aasta uuringus oli arstiabi andmisest keeldumist kogenuid 12% küsitletutest (Lõhmus, Murd *et al.* 2009: 68-69; Rüütel, Loit 2006: 41).

3. Kokkuvõte ja järeldused

Võrreldes arenenud Euroopa Liidu riikidega on Eestis uute HIV juhtude lisandumine ligi 10 korda suurem. 2009.a lõpuks on Eestis diagnoositud 7320 HIV positiivset. Kui enne 2000.a. oli peamiseks HIV nakkuse leviku teeks homoseksuaalsed suhted, siis viimased kümmekond aastat on peamiseks riskifaktoriks narkootikumide süstimisel süstimistarvikute jagamine. 2007.a. Tervise Arengu Instituudi poolt läbiviidud uuringust leiti, et süstivate narkomaanide seas on HIV levimus 58%. Siiski, ligi pooled viimastel aastatel nakatunud inimestest on HIV saanud seksuaalsel teel. See viitab püsivale riskile, et haigus võib väljuda ka üldelanikkonna hulka.

Kuigi riiklikul tasandil on erinevaid HIV/AIDSi alaseid ennetustegevusi tehtud juba rohkem kui 15 aastat, on Eesti jätkuvalt Euroopas esirinnas uute nakkusjuhtude poolest. Rahvusvahelised organisatsioonid on siiski tunnustanud Eesti suhtelist edu nakkuse hoidmisel peamiselt kitsas riskirühmas, mis on saavutatud erinevate ennetustegevuste rakendamise ning HIV positiivsete järk-järgult kasvanud ennetustegevusse kaasamise abil.

Lisaks HIVile võib nakatunu põdeda ka mõnda muud nakkushaigust (tuberkuloos, HBV, HCV, seksuaalsel teel levivad infektsioonid jne), mistõttu vähenenud töövõime ning suurte ravikulude tõttu on see ühiskonnale väga kulukas. HIVist ja AIDSist tingitud suremuse ja haigestumuse tõttu ühiskonnale tekitatud majanduslik kahju oli 2000-2007 3,1 miljardit krooni. Võib arvata, et see summa iga aastaga tõuseb, kuna iga aastaga vajavad rohkemad nakatunud arstiabi. Selline situatsioon mõjutab nii Eesti majandust kui ka tööandjaid, kuna iga töövõime kaotanud või surnud HIVi nakatunud inimene tähendab ka potentsiaalselt kaotatud töötajat.

Töötute arv on viimase pooleteise aastaga järsult kasvanud. See suurendab ka HIV/AIDSiga seotud riskikäitumist ning seeläbi nakkuse leviku tõenäosust. Vähemalt narkomaania levik on abivajajate arvu põhjal hinnates 2009.a juba suurenenud.

Sõltumata majanduslangusest on Eestis probleemiks HIV positiivsete tööga seotud diskrimineerimine. Mitmetest uuringutest on välja tulnud, et töötaja haigusest teada saades on inimene vallandatud. Lisaks tööandjale võivad nakatanutega keelduda koos töötamast ka kaastöötajad. See näitab, et inimeste teadlikkus HIV/AIDSist on ikka veel väike ja teadlikkuse suurendamiseks on vaja palju ära teha.

Lisaks töövõtjatele ja kaastöötajatele kogevad HIV positiivsed halvustavat suhtumist ka meditsiinipersonali poolt. Eestis on 7-12% nakatunutest kogenud juhtumeid, kus neile on keeldutud isegi arstiabi andmast. Sellised juhtumid aga näitavad, et kui juba meditsiinitöötajad ei tea HIV/AIDSist piisavalt, siis on väga tõsiselt vaja tegeleda teavitamistöö tõhususe parandamisega.

Eestis ja Kaliningradis läbiviidud uuringust selgus, et tööandjate endi hinnangul kohtlevad nad kõiki töötajaid võrdselt. Samas on nende HIV positiivsete osakaal, keda on haiguse pärast vallandatud või ei ole tööle võetud, üsna suur (19,4%).

Käesoleva lühianalüüsi eesmärgiks oli eelkõige hinnata HIV/AIDSi mõju majandusele ja tööandjatele. Analüüsi peatükis 1.3.2. arutati välja ka HIV nakkusest tingitud majanduslik kahju. Sarnastesse arvutustesse tuleb suhtuda kui väga konservatiivsetesse numbritesse, kuna arvutamise meetod ei võimalda arvesse võtta kõiki erinevaid tegureid. Igal juhul võib öelda, et HIV/AIDSi haige ravimine läheb ühiskonnale kalliks maksma. Veelgi olulisem on asjaolu, et kui näiteks südamehaiguste või vähkkasvaja esinemissageduse kasv käib kaasas ühiskonna vananemisega, siis HIV nakkuse esinemine ei ole paratamatu ning seda on võimalik edukalt ennetada.

Kokkuvõtvalt võib analüüsi põhjal tuua välja mõned järeldused ja soovitused:

- HIV nakkuse majanduslik kahju lähematel aastatel kasvab, sest nakkuse levik Eestis on jätkuvalt kõrge vaatamata senise ennetustegevuse edusammudele.
- HIV-nakatunute otsesed ravikulud Eestis tõusevad 2015. aastaks kolm korda. Hetkel ravitakse vaid umbes pooli kõigist ravi vajavatest HIV positiivsetest.
- Riiklik ennetustegevus riskirühmades on jätkuvalt väga oluline. Seepärast tuleks jätkata sama jõuliselt kõikide välja arendatud tegevustega.
- Eestis on hinnanguliselt 4000-5000 inimest, kes ei ole oma nakatumisest teadlikud. See tähendab püsivat riski nakkuse levikuks riskirühmast väljapoole üldelanikkonna hulka. Seni on riski realiseerumist õnnestunud suhteliselt edukalt vältida. Testimisvõimaluste kättesaadavus ja teavitustöö on kriitilise tähtsusega nakkuse leviku edasisel ohjamisel.
- Varase avastamise kõrval on kasvava tähtsusega elanikkonna teadlikkuse tõstmine HIV-positiivsete diskrimineerimise vältimiseks igapäevaelus, tööalaselt ning tervishoiusüsteemis. See aitab muuhulgas kaasa ka HIV-nakkuse varasele avastamisele.
- Tööandjail on võimalik oluliselt panustada HIV nakkuse leviku ning sellega seotud majandusliku kahju vähendamisele tulevikus. Muuhulgas tähendab see eeskätt riskirühmades riikliku ennetus- ja teavitustegevuse põhimõttelist toetamist, aga samuti omapoolset töötajate ja nende pereliikmete teavitamist, et hoida jätkuvalt ära HIV nakkuse levik üldelanikkonna hulka ning vähendada HIV positiivsete diskrimineerimist.
- Täiendavalt oleks otstarbekas välja selgitada, milline on tööandjate tahe ja võimalused aidata kaasa HIV positiivsete paremaks integreerimiseks tööturule.

4. Kasutatud kirjandus

1. AIDS Foundation East-West. Study on Knowledge about HIV and STIs, attitude towards PLWH. 2005. [http://www.ilo.org/public/english/region/eurpro/budapest/download/aids/hiv_aids_discrimination_fact_sheet_eng.pdf].
2. **Blumenthal, S., J.** Women, HIV/AIDS and stigma: results from a national survey. 2008. [<http://www.ohioaidscoalition.org/documents/WomenHIVandStigma.pdf>].
3. Eesti Statistikaameti andmebaas ja pressiteated. [<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/databasetree.asp>].
4. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No. 76.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
6. **Kalikova N.** HIV-nakkuse epideemia Eestis. Epidemioloogiline ülevaade, september 2000 - märts 2002. Tallinn 2002.
7. **Kurbatova, A.** HIV/AIDS ennetustegevus – senised tulemused ja prognoos. Ettekanne 8. oktoobril 2009. [http://www.ut.ee/epi/orb.aw/class=file/action=preview/id=653757/HIV+ennetustegevus_Kurbatova.pdf].
8. **Lai, T.** HIV levik Eestis ja võimalikud prognoosid aastani 2015. Ettekanne 15. mail 2009. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/Uuringud_ja_analuusid/HIV_seminar_15_05_2009.ppt].
9. **Lõhmus, L., Murd, M., Trummal, A., Loit, H-M., Rüütel, K.** Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Tallinn 2009. [http://www.tai.ee/failid/HIV_pos_uurimuse_raport_netti_09.2009.pdf].
10. **Lõhmus L., Rüütel K., Abel-Ollo K. jt.** HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas. Uurimuse raport. Tallinn 2008.
11. Lääne-Tallinna Keskaigla. ARV-ravil olevate inimeste arv.
12. **Reade, Q.** People living with HIV face workplace discrimination. – Personneltoday.com. 09 February 2005. [<http://www.personneltoday.com/articles/2005/02/09/27918/people-living-with-hiv-face-workplace-discrimination.html>].
13. **Rüütel, K., Loit, H-M.** Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Tallinn 2006. [http://www.tai.ee/failid/HIV_pos_uurimuse_raport_20.07.2006.pdf].
14. **Rüütel, K.** Seitse aastat kontsentreeritud HIV-epideemiat Eestis. Kas külluseaastad on läbi? TAI. Ettekanne 26. nov 2008. [<http://tervis.tallinn.ee/est/g43s259>].
15. Sotsiaalministeerium. HIV ja AIDS. [<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervislik-eluviis-ja-haiguste-ennetamine/hivaid.html>].
16. Sotsiaalministeerium. Riiklik tuberkuloositorje strateegia aastateks 2008-2012. 2008. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Riiklik_tuberkuloositorje_strategia_aastateks_2008-2012.pdf].

17. Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut. Aruanne HIVi ja AIDSi epidemioloogilisest olukorrast ning „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015” ja „Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2006–2015 tegevuskava aastateks 2006–2009” täitmisest 2008. aastal. 2009.
18. **Suominen T. et al.** Nursing students` attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scand J Caring Sci*; 2009; 23, pp. 282-289.
19. **Tekkel, M., Veideman, T., Rahu, M.** Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2008. Tallinn, 2009. [<http://www2.tai.ee/TAI/TKU2008.pdf>].
20. Tervise Arengu Instituut. HIV, AIDS ja seotud nakkused arvudes. Seisuga 31. detsember 2007. aasta. [http://www2.tai.ee/uuringud/HIV_AIDS/HIV_AIDS_arvudes_12_06_2008.pdf].
21. Tervise Arengu Instituut. Riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006-2015. [<http://www.tai.ee/?id=3893>].
22. Tervise Arengu Instituut. HIV-nakkuse ja AIDSi ennetamine Eestis. [<http://www.tai.ee/?id=3895>].
23. Terviseamet. 2009. aastal Eestis diagnoositud HIV-positiivsed. [<http://www.tervisekaitse.ee/?page=102>].
24. Terviseamet. HIV-nakatunute statistika. [<http://www.tervisekaitse.ee/?mid=204>].
25. UNAIDS. AIDS epidemic update 2007. [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf].
26. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_en.pdf].
27. UNDP. HIV/AIDS-iga elavate inimeste sotsiaalne kaasatus Eestis ja Kaliningradis: Kokkuvõtte kvalitatiivse uuringu tulemustest. 2007. [http://eusk.tai.ee/failid/Kokkuv_te_UNDP_2007.pdf].
28. **Uusküla A., Rajaleid K., Talu A. jt.** Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. In print: *Addiction Research and Theory* 2007:15:4, pp. 411–424.
29. **Vals K.** Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis. Magistritöö rahvatervishoius. Tartu Ülikool. 2005.
30. **Van de Laar M. J., Likatavicius G., Stengaard A. R., Donoghoe M. C.** HIV/AIDS surveillance in Europe: update 2007. *Euro Surveill.* 2008; 13(50): pii=19066. [<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19066>].
31. **Välimäki M. et al.** Willingness to care for patients with HIV/AIDS. *Nurs Ethics*. 2008; 15, pp. 586-600.
32. WHO ja UNODC. HIV-i ja AIDS-iga võitlemine Eestis. Välishindamise aruanne. 2008. [http://www.unodc.org/documents/baltics/Report_Evaluation_Fighting_HIVAIDS_2008_Estonia_Est.pdf].
33. WHO. Detsember 2007. [http://www.who.int/hiv/data/2008_global_summary_AIDS_ep.png].
34. **Zilmer, K.** HIV infektsiooni ravi tulemuslikkus. Ettekanne 8. oktoobril 2009. [http://www.ut.ee/epi/orb.aw/class=file/action=preview/id=653768/HIV+ravi+tulemuslikkus_Zilmer.pdf].