



HIV JA TEISTE NAKKUSTE LEVIMUS NING RISKIKÄITUMINE SÜSTIVATE NARKOMAANIDE HULGAS LÄTIS, LEEDUS JA EESTIS 2007. AASTAL

UURIMUSE RAPORT



Expanding Network for Coordinated
and Comprehensive Actions
on HIV/AIDS Prevention among
IDUs and Bridging Population



2009

**HIV JA TEISTE NAKKUSTE LEVIMUS NING RISKIKÄITUMINE
SÜSTIVATE NARKOMAANIDE HULGAS LÄTIS, LEEDUS JA
EESTIS 2007. AASTAL**

UURIMUSE RAPORT

Seda uurimust rahastati Euroopa Komisjoni projekti «Expanding Network for Comprehensive and Coordinated Action on HIV/AIDS prevention among IDUs and Bridging Population» Nr 2005305 (ENCAP) vahenditest.

Raportis esitatu väljendab autorite isiklike seisukohti ega esinda *Executive Agency for Health and Consumers* (EAHC) seisukohti. Ei EAHC ega ükski inimene, kes esindab EAHCd, ei ole vastutav antud raporti tulemuste kasutamise eest.

Tallinnas, Eestis, kaasrahastati uurimust:

★ Tervise Arengu Instituudi poolt järgmistest vahenditest:

- Ülemaailmne HIV, tuberkuloosi ja malaaria vastase võitluse programm „Riikliku HIVi ennetamise programmi laiendamine Eestis“ aastateks 2003–2007;
- Riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015;
- Riiklik tuberkuloositõrje programm aastateks 2003–2007.

★ Tartu Ülikooli poolt järgmistest vahenditest:

- US CRDF grant ESX0-2722-TA-06;
- NIH/NIDA (USA) grant R01 DA003574-22S1.

Riias, Lätis, kaasrahastasid uurimust:

★ Riiklik Tervishoiuamet (*Public Health Agency*);

★ Läti Nakkushaiguste Keskus (*Infectology Center of Latvia*);

★ Riiklik tuberkuloosi ja kopsuhaiguste amet (*State Agency of Tuberculosis and Lung Diseases*).



LÜHENDID

AIDS	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (<i>ingl k acquired immunodeficiency syndrome</i>)
ARV ravi	antiretroviirusravi
EAHC	ing k: <i>Executive Agency for Health and Consumers</i>
EL	Euroopa Liit
ESPAD	Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide tarvitamise küsitlusuuring (<i>ing k European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>)
HAART	retroviiruste kõrge efektiivsusega ravi (<i>ingl k highly active antiretroviral treatment</i>)
HBV	B-hepatiit
HCV	C-hepatiit
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (<i>ingl k human immunodeficiency virus</i>)
M	mees
MDR-TB	multiravimresistentne tuberkuloos (<i>ingl k multi-drug resistant tuberculosis</i>)
MLK	madala läve keskus
MSM	meestega seksiv mees
MTB	lad k: <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
MTÜ	mittetulundusühing
N	naine
Neg	negatiivne
OKR	otseselt kontrollitav ravi (<i>ingl k directly observed treatment</i>)
Pos	positiivne
RDS	uuritavate poolt uurimusse kaasamine (<i>ingl k respondent driven sampling</i>)
SD	standardhälve (<i>ingl k standard deviation</i>)
SN	süstiv narkomaan
STLI	seksuaalsel teel leviv infektsioon (<i>ingl k sexually transmitted infection</i>)
SVP	süstlavahetuspunkt
TB	tuberkuloos
VNT	vabatahtlik nõustamine ja testimine
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>ingl k World Health Organisation</i>)
XDR TB	eriti ravimresistentne tuberkuloos (<i>ingl k extensively drug resistant tuberculosis</i>)

TÄNUAVALDUSED

Autorid tänavad uurimuses osalejaid koostöö eest, oleme samuti tänulikud oma uurimisrühmale.

Läti uurimisrühm soovib avaldada tänu:

- Jekabpils, Jelgava, Kuldīga, Liepāja, Olaine omavalitsustele ja HIV ennetuskeskustele ning Riia Linnavalitsuse Tervishoiuosakonnale ja MTÜ-le "DIA+LOGS";
- Riiklikule tuberkuloosi ja kopsuhaiguste ametile (*State Agency of Tuberculosis and Lung Diseases*);
- Riiklikule Tervishoiuametile (*Public Health Agency*);
- Läti Nakkuskeskusele (*Infectology Center of Latvia*);
- Riia Stradinsi Ülikooli Rahvatervise ja Epidemioloogia osakonnale (*Riga Stradins University, Department of Public Health and Epidemiology*);
- Riikliku Tervishoiuameti rahvatervise spetsialistile Inga Bulmistrele.

Eesti uurimisrühm soovib avaldada tänu:

- MTÜ Convictus Eestile;
- HIV-nakkuse Referentslaboratooriumile;
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla mükobakterioloogia laborile;
- Tervise Arengu Instituudi viroloogia osakonnale;
- Karne Amale, Ljudmilla Jakobsonile ja Heti Pisarevile (Tervishoiu instituut, Tartu Ülikool) abi eest andmete sisestusel ja analüüsil.

SISUKORD

LÜHENDID	3
TÄNUAVALDUSED	4
SISUKORD	5
SISSEJUHATUS	6
TAUST	7
Üldine teave	7
Nakkushaigused	8
Narkootikumide süstimine	11
Kahjude vähendamise ja narkomaania ravi teenused	12
HIV ja tuberkuloosiga seotud tervishoiuteenused	13
UURIMUSE TAUST JA EESMÄRGID	15
MEETODID	15
UURIMUSSE KAASAMINE	15
UURIMUSE PROTSEDUURID	16
ANDMETE HALDAMINE JA ANALÜÜS	17
TULEMUSED	18
Sotsiodemograafilised andmed	18
Narkootikumide tarbimine	20
Süstimise sagedus ja süstitavad ained	21
Riskikäitumine narkootikumide süstimisel	21
Ennetus-, kahjude vähendamise- ja tervishoiuteenuste kasutamine	23
Kinnipidamisasutustes viibimine	24
Seksuaalkäitumine ja seksuaalne riskikäitumine	24
Prostitutsioon	26
Teadmised HIV nakkusest	26
Nakkushaigused	27
Seroloogiliste uuringute tulemused	29
ARUTELU JA JÄRELDUSED	31
UURIMISRÜHMAD	34
KASUTATUD KIRJANDUS	35
LISA. ANDMED SEEMNETE KOHTA	38

SISSEJUHATUS

Inimese immuunpuudulikkuse viirus (HIV) ning B- ja C-hepatiidi viirused on Euroopas olulised süstivate narkomaanide surma ja haigestumise põhjused, tuues ühiskonnale kaasa suuri kulutusi. 2007. aasta andmed narkootiliste ainete süstimisest tingitud HIVi nakatumise juhtudest viitavad, et kõnealuse grupi nakatumise määrad ELi/EFTA riikides üldiselt langevad, pärast aastatel 2001–2002 toimunud tõusu, mis oli põhjustatud nakkuspuhangust Eestis, Lätis ja Leedus (Wiessing 2008).

Süstivad narkomaanid (SN) on iseäranis suures HI-viirusesse nakatumise riskis, tingituna ebaturvalisest süstitavate narkootikumide kasutamisest ja suuremast sotsiaalsest haavatavusest võrreldes teiste riskigruppidega. Lisaks progresseerub HIV-nakkus pärast kokkupuudet nakatatud süstlaga teistest nakatumisviisidest kiiremini (WHO 2006).

Ülemaailmset tuberkuloosi (TB) probleemi teravdavad HI-viiruse ja AIDSi pandeemiline levik ja ravimiresistentsuse tekkimine. HIV-positiivsel inimesel, kes on nakatunud *M. tuberculosis* bakteriga, on märksa suurem tõenäosus tuberkuloosi haigestuda. Tuberkuloosi seostatakse AIDSi kiirema progresseerumisega ning suremus on kõrgem samaaegselt tuberkuloosi ja HI-viirusesse nakatunud inimeste hulgas. Kuni 40% kõikidest AIDSiga seotud surmajuhudest on seotud tuberkuloosiga (WHO 2006).

Lisaks nakatumisele HI-viirusega on SNidel suurem risk haigestuda tuberkuloosi ning see risk suureneb veelgi samaaegselt HI-viirusesse nakatunud SNide puhul. TB haigestumus on SNide hulgas kõrgem kui üldelanikkonna seas ja mainitud kõrgem haigestumine ei sõltu nende HI-viirusesse nakatumisest (Brassard 2004). HI-viirusest põhjustatud progresseeruva immuunsupressiooniga kaasneb suurenenud vastuvõtlikkus TBle. HI-viirusesse nakatunud SNid on iseäranis vastuvõtlikud TBle, isegi kui TB haigestumine üldelanikkonna hulgas on suhteliselt madal. HI-viirusega seotud TB epideemia progresseerumise ulatus ja määr SNide hulgas sõltub TB nakatumise ja haigestumise ning HI-viiruse levimusest elanikkonna hulgas ja asjaomase elanikkonna tunnusoontest (WHO 2006).

Käesolevas raportis esitatakse läbilõikelise levimuse ja käitumusliku uurimuse tulemused, mis käsitlevad HI-viirust ja teisi nakkusi ning riskikäitumist praeguste süstivate narkomaanide hulgas kolme Balti riigi pealinnades. Raporti esimeses osas antakse põhiteave kolme Balti riigi kohta üldiselt ning üksikasjalikumalt narkootiliste ainete süstimise, HIV ja teiste nakkuste epidemioloogilise olukorra ning tervishoiu ja kahjude vähendamise teenuste kohta. Teises osas keskendutakse eelmainitud uurimuse metoodikale ja tulemustele ning kolmandas osas esitatakse lühike arutelu ja suunised võimalikeks meetmeteks HIV-epideemia ja selle tagajärgedega võitlemisel SNide seas Balti riikides.

TAUST

Üldine teave

Balti riigid on kolm Euroopa Liitu kuuluvat riiki Ida-Euroopas: Eesti, Läti ja Leedu (põhjust lõunasse). Nad asuvad Läänemere kaldal, Vene Föderatsioonist ja Valgevenest läänes. Balti riigid olid endise Nõukogu Liidu osa ning nad taastasid oma poliitilise autonoomia 1991. aastal. Suurim kolmest riigist on Leedu ja väiksem Eesti. Üldine teave riikide ja pealinnade kohta on antud tabelis 1.

Tabel 1. Üldised andmed Balti riikide kohta*

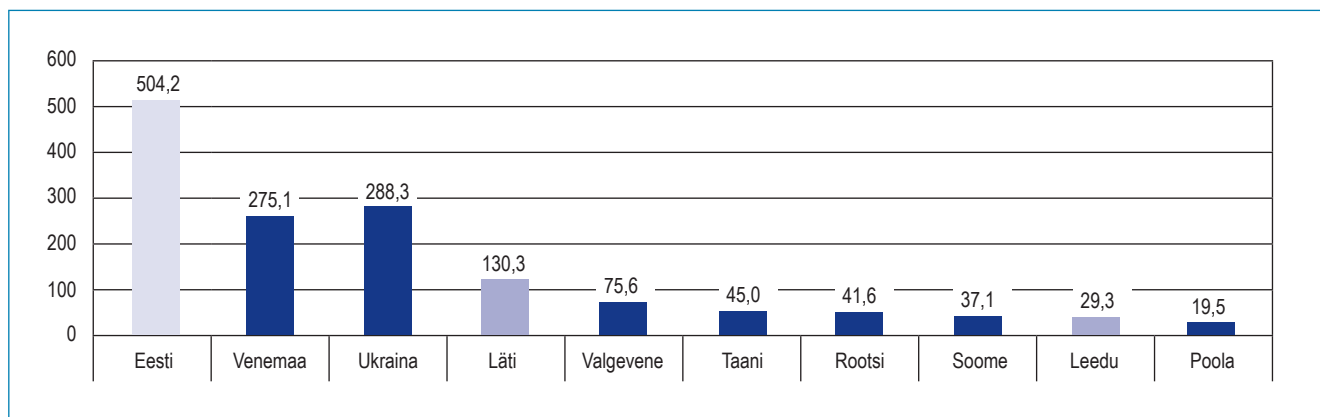
RIIK	EESTI	LÄTI	LEEDU
Rahvastik (2007)	1 340 602	2 270 700	3 369 600
Rahvastiku tihedus (2007)	29/km ²	36/km ²	52/km ²
Etniline jaotus (2007)	eestlased – 69% venelased – 25% muud – 6%	lätlased – 59% venelased – 28% valgevenelased – 4% muud – 9%	leedulased – 84% poolakad – 6% venelased – 5% muud – 5%
Töötuse määr 15–74-aastaste seas (2007)	4,7%	4,6%	5,9%
Gini index (%) (2005)	36	38	36
Sisemajanduse koguprodukt inimese kohta (2005)	\$ 15 478	\$ 13 646	\$ 14 494
Pealinn	Tallinn	Riia	Vilnius
Rahvastik	396 852 (2007)	722 485 (2007)	553 307 (2005)
Töötuse määr inimeste hulgas vanusega 15-74 aastat (2007)	3,4%	3,0%	4,5%
Etniline jaotus	eestlased – 55% venelased – 36% muud – 9% (2007)	lätlased – 42% venelased – 42% muud – 16% (2007)	leedulased – 58% poolakad – 19% venelased – 14% muud – 9% (2001)

*Allikad: Eesti Statistika, Wikipedia (http://en.wikipedia.org/wiki/Baltic_countries)

Nakkushaigused

HIV

HI-viirusesse nakatunute arv on suurim Eestis. 2006. aastal oli uute nakatumisjuhtude arv miljoni elaniku kohta 504 Eestis, 130 Lätis ja 29 Leedus (Joonis 1) (EuroHIV 2007a).



Joonis 1. Uued HIV-juhtumid miljoni elaniku kohta valitud Euroopa riikides 2006. aastal (põhineb EuroHIV 2007a andmetel)

Eesti

Esimene HIVi nakatumise juhtum Eestis diagnoositi 1988. aastal ja 2007. aasta lõpuks oli registreeritud kokku 6 364 HIV-nakkuse juhtu. 2007. aasta lõpuks oli AIDSi ehk HIV-tõbe diagnoositud 191 inimesel ja AIDS surnud inimeste arv oli 170 (Tervisekaitseinspeksioon).

HIV-epideemia algas 2000. aasta lõpus ja 2001. aastal registreeriti 1 474 uut juhtu (1 081 juhtu miljoni elaniku kohta). Tingituna HI-viirusega nakatunud inimeste arvu järsust suurenemisest alates 2000. aasta sügisest kuulutas Sotsiaalministeerium 2001. aasta veebruaris välja kontsentreeritud HIV-epideemia. Viimastel aastatel on uute HIV-i nakatumise juhtude arv Eestis vähenenud (899-ilt juhtult 2002. aastal 633 juhtuni 2007. aastal).

Aastatel 1988–1999 oli homo- ja heteroseksuaalne levik peamine HIVi nakatumise viis. Alates 2000. aastast on HI-viirus levinud peamiselt süstalde ühisel kasutamisel narkootikumide tarvitamisel. Viimastel aastatel on täheldatud mõningast kasvu seksuaalsel teel nakatumises (peamiselt SNidega vahekorras olnud inimeste puhul). AIDSi nõustamiskabinettide andmete kohaselt oli uute HIV-i juhtude seas SNide osakaal 2001. aastal 90%, 2003. aastal 66% ja 2007. aastal 54% (Tervise Arengu Instituut).

Eestis oli alla 25-aastaste inimeste osakaal uute nakatunute seas 2002. aastal 72%, 2004. aastal 61% ja 2007. aastal 38%. Naiste osakaal uute HIV-juhtude seas on kasvanud 20%-lt 2000. aastal 32%-ni 2004. aastal ja 41%-ni 2007. aastal (Tervisekaitseinspeksioon).

Epideemia tuvastati esmakordselt riigi kirdeosas: 2000. aastal avastati 92% esmakordselt diagnoositud HIV-i juhtudest kõnealuse piirkonna elanike seas. Juba järgmisel aastal kasvas uute HIV-juhtude arv samuti pealinnas Tallinnas. 2007. aastal diagnoositi 49% uutest nakatunutest riigi kirdeosa elanike hulgas (200 juhtu 100 000 elaniku kohta), 38% pealinna elanike hulgas (59 juhtu 100 000 elaniku kohta) ja 13% mujal (7 juhtu 100 000 elaniku kohta) (Tervisekaitseinspeksioon, Eesti Statistika).

Läti

Läti kuulub siiamaani kõrge HI-viirusesse nakatumisega ELi riikide hulka. 130 juhuga miljoni elaniku kohta ajavahemikul 2005–2006 on Lätis ELi keskmisest näitajast kaks korda suurem nakatumise määr, ent see jääb madalamaks Eesti, Portugali, Suurbritannia ja Luksemburgi vastavatest näitajatest. HIVi nakatumine jõudis Lätis haripunkti 2001. aastal. Sellest alates on nakatumiste arv vähenenud ja stabiliseerunud ajavahemikul 2005–2007 (UNGASS Country Progress Report 2008).

Ajavahemikul 1987–2007 registreeriti Lätis kokku 3 981 esmast HIV-juhtu (175 juhtu 100 000 elaniku kohta). Eelmainitud nakatunutest on AIDSi haigestunud 565 inimest ning 273 on surnud. Igal aastal registreeritud uute HIV-juhtude arv on viimastel aastatel püsinud stabiilsena (2004 – 323, 2005 – 299, 2006 – 299, 2007 – 350). Peamiseks riskigrupiks on SNid, kes moodustavad 63% kõikidest registreeritud nakatumise juhtudest. 17% juhtude puhul on nakatumise põhjuseks heteroseksuaalne vahekord, 4% puhul homoseksuaalne vahekord ja 0,6% puhul on tegemist olnud emalt lapsele HIV-nakkuse levikuga. 2001. aastast alates on järk-järgult vähenenud nii uute HIV-juhtude arv SNide hulgas kui ka SNide osakaal esmakordselt diagnoositud juhtude seas. 2001. aastal oli SNide osakaal uute juhtude seas 82%, 2003. aastal 59% ja 2007. aastal 40%. Seevastu on järk-järgult suurenenud heteroseksuaalses vahekorras nakatunute arv.

HIV-epideemia puhkemisel aastatel 2000–2001 olid peamisteks nakatunuteks mehed. Viimastel aastatel on viirus hakanud levima rohkem naiste hulgas. 2000. aastal oli naiste osakaal uute juhtude seas vanusgrupis 15–25 eluaastat 29% ja 2006. aastal 41%. Sarnast trendi võib samuti täheldada vanemate kui 25-aastaste inimeste hulgas (2000. aastal moodustasid naised nende seas 18% uutest juhtudest ja 2006. aastal 36%).

HIV-epideemia progresseerumisel Lätis on vanemad inimesed hakanud rohkem nakatuma ja nende osakaal on hakanud suurenema. 2001. aastal tuvastati kuni 58% uutest juhtudest nooremas vanusegrupis (15–24-aastased), aga 2006. aastal moodustas eelmainitud vanusegrupp ainult 26% uutest juhtudest ning ülejäänud juhud tuvastati vanemas vanusegrupis (>25-aastased).

Meestega seksivate meeste (MSM) hulgas on HIV-juhtude absoluutarv väike, kuid samas on nende osakaal uute HIV-juhtude seas suurenemas ja aastatel 2000–2006 on kõnealune näitaja kasvanud 1%-lt enam kui 5%-ni (UNGASS Country Progress Report 2008).

Lätis registreeritakse igal aastal keskmiselt neli emalt lapsele HIV-nakkuse leviku juhtu, mis võrdub 20 juhuga 100 000 vastündinu kohta. Lisaks diagnoositakse igal aastal umbes 30-l rasedal naisel HI-viirus. 31. detsembri 2007. aasta seisuga oli Lätis 25 last, kes olid HIV-nakkuse saanud oma emalt. Kõikidest HIV-juhtudest rasedate naiste seas on 49% saanud seksuaalsel teel ja 26% juhtude puhul on tegemist olnud narkootikumide süstimisega. HIV-nakkuse juhud rasedate naiste hulgas Lätis esinevad peamiselt nende emade seas, kes ei ole saanud piisavalt raseduseaegset arstiabi.

Viiruse levik on Lätis piirkonniti erinev. Pealinnas Riias on suurimad HIVi nakatumise näitajad (360 juhtumit 100 000 elaniku kohta) koos Läti lääneosaga (Ventspilsis 303 juhtumit 100 000 elaniku kohta), sellal kui riigi idapiirkondades – Ludzas, Aluksnes ja Madonas on kõige madalamad nakatumise näitajad (UNGASS Country Progress Report 2008).

Leedu

Aastatel 1989–2007 diagnoositi Leedus kokku 1 306 HIV-nakatanut. AIDSi diagnoosiga inimeste koguarv samal ajavahemikul oli 151 ja AIDSi surnud inimeste arv oli 57.

Esimesed HIVi juhud registreeriti MSMide hulgas 1989. aastal ja 1997. aastani levis HIV peamiselt seksuaalvahekorra kaudu. 1997. aastal jõudis HI-viirus SNideni (Caplinskas 2004). Ka 2003. aastal levis HI-viirus enamjaolt nakatatud süstalde jagamisel narkootikumide süstimisel. Siiski on 2003. aastast alates kasvanud heteroseksuaalse vahekorras HIVi nakatumiste arv (Strujeva 2006).

2007. aastal tuvastati kokku 106 uut HIV-juhtu ja 44% nendest oli nakatunud heteroseksuaalse vahekorra ajal. Kokku on kõikidest HIV-juhtudest 77% diagnoositud SNide hulgas, 11% juhtudest on levinud heteroseksuaalse ja 7% homoseksuaalse vahekorra ajal.

HIV-juhud esinevad peamiselt 25–29-aastaste vanusegrupis (25%) ja 30–34-aastaste vanusegrupis (19%) ning 76% kõikidest juhtudest on tuvastatud 20–39-aastaste inimeste seas. Naiste osakaal esmakordselt diagnoositud juhtude seas on 14%. Pealinn Vilnius ja meresadam Klaipeda jäävad kohtadeks, kus on registreeritud enamus HIV-juhtudest (vastavalt 16% ja 29% uutest juhtudest). Sotsiaalsete näitajate alusel on 67% kõikidest HIVi nakatunud inimestest endised vangid, kellest mõned on kandnud mitu vanglakaristust (Lithuanian AIDS Centre under Ministry of Health 2008).

Tabel 2. HIV-nakkuse olukord kolmes Balti riigis 2007. aasta lõpus

RIIK	EESTI	LÄTI	LEEDU
HIV-juhtude arv kokku (n)	6 364	3 981	1 306
Uute juhtude arv 2007. aastal/määr 100 000 elaniku kohta	633 (47)	350 (15)	106 (3)
Narkootiliste ainete süstimisega seotud nakatumiste hinnanguline osakaal	70%	63%	56%
Naiste osakaal (%)	30%	29%	14%

B- ja C-hepatiit

Eesti

Narkootiliste ainete süstimise dramaatiline kasv 15–29-aastaste inimeste hulgas 1990ndate aastate alguses tõi kaasa nii B- kui ka C-hepatiidi leviku tõusu 1990ndatel aastatel. Ajavahemikul 1992–1998 kasvas märkimisväärselt B-hepatiidi (6/100 000 1992. aastal ja 34/100 000 1998. aastal) ja C-hepatiidi (0,4/100 000 1992. aastal ja 25/100 000 1998. aastal) juhtude arv. 2002. aastast alates on nii B- kui ka C-hepatiidi juhtude arv vähenenud (vastavalt 3,3 ja 2,7 juhtu 100 000 elaniku kohta 2007. aastal). 1996. aastast tänaseni on narkootiliste ainete süstimine kõige sagedasem C-hepatiidi riskifaktor noorte hulgas (moodustades enam kui poole kõikidest uutest C-hepatiidi juhtudest) (Tervisekaitseinspeksioon).

Läti

Aastatel 2000–2001 täheldati Lätis B-hepatiiti nakatumise kiiret kasvu nii üldelanikkonna kui ka SNide hulgas. B-hepatiidi juhtude arv on vähenenud alates 2001. aastast. Sama trendi täheldati ka C-hepatiidi puhul, s.t. kuni 2000. aastani täheldati sellesse nakatumise kasvu, aga sellest alates vähenemist. Sama kehtib ka C-hepatiiti nakatumise kohta SNide seas (Public Health Agency, Latvia). 2005. aastal registreeriti riigis 170 B-hepatiidi juhtu (7,4 100 000 elaniku kohta), neist 8% süstivate narkomaanide puhul. Samal aastal registreeriti 110 C-hepatiiti nakatumise juhtumit (4,8 100 000 elaniku kohta) ja 16% nendest olid SNid (The State Addiction Agency, Latvia 2006).

Leedu

Nakkushaiguste ennetamise ja kontrolli keskuse andmed osutavad langustendentsile ägeda viirusliku B-hepatiidi nakatumise määras 1989. aastast alates. 1988. aastal oli nakatumise määr 41 juhtu 100 000 elaniku kohta ja 2007. aastal 2,5 juhtu 100 000 elaniku kohta. 2001. aastast 2006. aastani vähenesid ägedasse HCV-sse nakatumise määrad kiiremini võrreldes ajavahemikuga 1995–2001. Ajavahemikul 2000–2006 langesid iga-aastased nakatumise määrad 20% võrra ja ajavahemikul 1994–2000 märkimisväärselt vähem – 6% võrra. Viimase 7 aasta jooksul (2001–2007) on samuti täheldatud stabiilset langust uute HCV-juhtude osas. Viimatimainitud näitaja langes 5,4 juhtult 100 000 elaniku kohta (2001) 1,4 juhtuni 100 000 elaniku kohta 2007. aastal. Ajavahemikul 2001–2006 täheldati nakatumise määra keskmist langust 16% võrra, millega võrreldes oli oluliselt madalam ajavahemikul 1995–2001 registreeritud 10% suurune määr (Žagminas 2007). Puuduvad andmed üldise HCV esinemissageduse (kaasaarvatud kroonilise C-hepatiidi juhud) kohta Leedus. Kroonilise C-hepatiidi juhtumeid ei registreerita riiklikus andmebaasis. HCV juhtude hinnanguline arv üldelanikkonna hulgas on 50 000–70 000 või 1,5% kogu elanikkonnast (Merkinaitė 2008).

2007. aastal registreeriti kokku 195 ägeda viirushepatiidi juhtu, kaasaarvatud 84 ägeda B-hepatiidi (43%), 46 C-hepatiidi (24%) ja 23 A-hepatiidi (12%) juhtu. Ägeda B-hepatiidi juhtudest 11 tuvastati SNide hulgas (10 meest ja 1 naine). See moodustab 13% kõikidest B-hepatiidi juhtumitest. 46st ägeda C-hepatiidi juhtudest registreeriti 11 juhtu süstivate narkomaanide hulgas (7 meest ja 4 naist), mis moodustab 24% (Drug Control Department, Lithuania 2008). Süstivate narkomaanide hulgas puudub rutiinne bioloogilise seire süsteem (HCV ja HBV jaoks). Siiski teostatakse perioodiliselt valveseiret, mis võimaldab hinnata hetkeolukorda ja planeerida vastavate riskigruppide puhul kasutatavaid meetmeid. Näiteks 336 vangi (kes on minevikus süstinud narkootikume) testimise tulemusena Alytuse vanglas 2002. aasta kevadel tuvastati 262 HIV-juhtu (78%). Samal aastal uuriti 654 süstivat narkomaani, kes olid Leedu AIDSi Keskuse kahjude vähendamise punkti kliendid, C-hepatiidi suhtes, ja see näitas HCV 81%-lis levimust (Čaplinskienė 2008). 2003. aastal uuriti 103 uimasteid ostvat süstivat narkomaani Vilniuse mustlaslaagris ja 94%-l tuvastati HCV, sellal kui 0,1% testitavatest osutusid HBsAg kandjateks (Čaplinskienė 2004). 123 süstiva narkomaani puhul, keda uuriti Leedu AIDSi keskuse kahjude vähendamise punktis 2004. aastal, tuvastati 97%-l HCV ja 7% uuritute osutusid HBsAg kandjateks (Čaplinskienė 2006). Leedu AIDSi keskuse andmete kohaselt tuvastati anti-HCV antikehad 478-l HIV-nakatanul 599st (80%). Suurim HCV antikehade osakaal (98%) tuvastati HIVi nakatanud süstivate narkomaanide hulgas. 333-l HIVi nakatanud inimesel 417-st (80%) esines tõendus varasemast HBVsse nakatumisest (antiHBcor antikehade olemasolu) (Uzdavinienė 2008).

Tuberkuloos

Eesti

Tuberkuloosi haigestumine hakkas Eestis kasvama 1990ndatel aastatel ja suurenes kiiresti 21-lt juhult 100 000 inimese kohta 1992. aastal 48 juhuni 1998. aastal. 1999. aastast on haigestumine vähenenud, olles 30 juhtu 100 000 inimese kohta 2007. aastal (uute juhtude koguarv oli 408). 2007. aastal oli retsidiivide arv 58 ja seega oli TBsse haigestumise juhtude koguarv 35/100 000. Esinemissagedus oli kõige kõrgem riigi kirdeosas (45/100 000) ja Valgamaal, mis asub Läti piiri ääres (64/100 000). Kopsuvälise TB osakaal oli 2007. aastal 7% (Eesti Tuberkuloosiregister).

Rohkem kui neljandik kõikidest tuberkuloosi haigestumise juhtudest on resistentsed vähemalt ühe ravimi suhtes. 2007. aastal oli multiravimiresistentse tuberkuloosi (MDR-TB) osakaal uutest juhtudest 13% ja kõikidest juhtudest 15%. 2001. aastast alates on esinenud 87 eriti ravimiresistentse tuberkuloosi (XDR-TB) juhtu (nii uute juhtude kui retsidiivide puhul), neist kaheksa 2007. aastal.

Tuberkuloosi ja HIVi nakatanud patsientide arv kasvas dramaatiliselt 1 juhult 1998. aastal 49 juhuni 2007. aastal (kõnealusel ajavahemikul diagnoositi kokku 183 HIV-nakatanud tuberkuloosihaiget). Enamus eelmainitud juhtudest esines 20–29-aastaste inimeste seas; 75% nendest olid mehed. MDR-TB osakaal HIV-nakatanud TB patsientide hulgas oli 2007. aastal 25% (Eesti Tuberkuloosiregister).

Läti

Lätis on samuti tuberkuloosi haigestumus kasvanud koos ravimiresistentse ja MDR-TB kasvuga 1991. aastast alates. 1991. aastal oli TB haigestumise määr 29/100 000, 1998. aastal 74/100 000 ja 2007. aastal 49/100 000. Registreeritud MDR-TB juhtude puhul esineb sarnane tendents: 47 MDR-TB juhtu registreeriti 1994. aastal, 335 juhtu 1997. aastal ja 108 2007. aastal. 2007. aastal oli MDR-TB osakaal uutest juhtudest 7% ja kõikidest juhtudest 10%.

Alates esimese HIV-nakatanud TB-patsiendi registreerimisest 1994 aastal on jätkuvalt kasvanud kaksikdiagnoosi saanud patsientide arv. Ajavahemikul 1994–2007 oli kokku 312 kaksikdiagnoosiga patsienti, nende hulgas 23 inimesel oli kaks TB episoodi. Kopsuvälisesse TBsse haigestunute osakaal on olnud 11% ja MDR-TB osakaal 18% (kõikidest juhtudest) (Database of Latvia Tuberculosis Register).

Ajavahemikul 2000–2007 on registreeritud 90 XDR-TB juhtu (11 nendest 2007. aastal), mis moodustab 6% kõikidest registreeritud MDR-TB juhtudest.

Leedu

1998. aastast on Leedus stabiliseerunud TB haigestumise määr, mis oli ajavahemikul 2005–2006 umbes 70/100 000. 2006. aastal diagnoositi 2 097 uut TB juhtu ja 268 retsidiivi (TB haigestumus oli 70 juhtu 100 000 elaniku kohta).

Sarnaselt Läti ja Eestiga on Leedu puutunud kokku ravimiresistentse TB probleemiga. 2006. aastal oli MDR-TB osakaal ravi-naivsete patsientide hulgas 9%, sellal kui MDR-TB osakaal eelnevalt ravi saanud patsientide hulgas oli 47%.

Esimene aktiivse TB juhtum HIVi nakatunud inimese puhul registreeriti 1992. aastal. Kuni 2007. aasta lõpuni oli samaaegselt TB ja HIVi haigestunute koguarv 64. 21st 2007. aastal diagnoositud HIV-nakatunud TB haigest oli MDR-TB 29%-l (Database of Lithuanian Tuberculosis Register).

Narkootikumide süstimine

Eesti

Ebaseaduslike narkootiliste ainete tarbimine on Eestis viimase 15 aasta jooksul kiiresti kasvanud. Tõusutrendi kinnitavad Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide tarvitamise küsitlusuuringu (ESPAD) raames 1995., 1999., 2003. ja 2007. aastal läbi viidud küsitluste tulemused.

1995. aastal oli 8%-l Eesti 15–16-aastastest kooliõpilastest mõne narkootilise aine tarbimisega seotud kogemusi. 2003. aastal oli vastav näitaja 24% ja 2007. aastal 30%. Narkootikumide süstimine noorte hulgas näitab langustrendi. Narkootikumide süstimise kogemusega 15–16-aastaste noorte osakaal oli 2003. aastal 1,3% ja 2007. aastal 0,5% (ESPAD 1995, 1999, 2003, 2007).

Nende patsientide arv, kes oli saadetud ravile seoses narkootiliste ainete tarbimisest põhjustatud psühhiaatriliste ja käitumishäiretega, suurenes enam kui kolm korda 1990-ndate aastate lõpul (25 juhult 100 000 inimese kohta 1995. aastal 82 juhuni 100 000 inimese kohta 1998. aastal) ning patsientide arv, kes oli saadetud ravile seoses illegaalsete opioidide ja alkoholi kuritarvitamisega, on kasvanud ka viimaste aastate jooksul (Eesti Haigekassa).

Esimesed andmed narkootikumide süstimise sagenemisest ja SNide arvust Eestis põhinevad piirkondlikelt andmetel ja eksperthinnangutel. Nendes kirjeldatakse umbes 10 000–15 000 suurust SNide populatsiooni Eestis (Kalikova 2001). 2005. aastal oli vastavalt riiklikel andmebaasidel põhinevale uuringule SNide arv Eestis 13 801 (8 178 – 34 732), mis vastab 2,4%-lisele (1,4–6,0%) esinemissagedusele täiskasvanud elanikkonna hulgas. Umbes 72% süstivatest narkomaanidest elavad pealinnas Tallinnas ja selle lähiumbruses (Harju maakonnas) ning 18% riigi kirdeosas (Uusküla 2007b).

Vastavalt SNide hulgas läbi viidud mitmesugustele uuringutele on Eestis peamiselt kasutatavateks narkootikumideks amfetamiin, fentanüül/3-metüülfentanüül („valge hiinlane“, „valge pärslane“) ja kodus valmistatud moonivedelik (Tervise Arengu Instituut 2008). Fentanüüli tänavahind Tallinnas kõigub sõltuvalt ostetavast kogusest, olles 115 ja 256 euro vahel grammi kohta (UNODC 2008). Amfetamiini tänavahind Tallinnas kasvas 2008. aastal 13-lt eurolt 26 euroni grammi kohta (personaalne kirjavahetus Põhja Politseiprefektuuriga 2009).

HIV levimus SNide hulgas sõltub valimist ja asukohast. Levimuse määrad jäävad vahemikku 40–90% (Platt 2006, Uusküla 2007a, Wilson 2007). 2005. aastal teostatud läbilõikelise uurimuse põhjal oli HIV-levimus Tallinnas 54% (350 süstiva narkomaani puhul) (Platt 2006). 57 SNi hulgas läbi viidud uurimuse käigus avastati HBV nakkuse seroloogilisi markereid 79%-l ja HCV markereid 83%-l uuritud narkomaanidest (Tefanova 1998). 159st süstlavahetusprogrammis osalenud SNist olid 96% positiivsed HCV antikehade ja 85% HBV-core antikehade suhtes (Uusküla 2007a).

Läti

2007. aastal läbi viidud riiklik elanikkonnaküsitlus (n=4 500) näitab, et 16% inimestest vanuses 15–64 aastat on oma elu jooksul proovinud mõningaid ebaseaduslikke narkootikume. Ebaseaduslike narkootikumide proovimise tase uurimusele eelnenud viimase aasta või viimase kuu jooksul on märkimisväärselt madalam võrreldes eluaegse tarbimisega – vastavalt 6% ja 2%. Võrreldes 2003. aasta elanikkonnaküsitluse tulemustega on narkootikume proovinud elanike osakaal kasvanud 4% (12%-lt 16%-ni). Mehed on naistest kaks korda suurema tõenäosusega proovinud narkootikume. Kõige sagedamini kasutatav narkootikum üldise elanikkonna hulgas on marihuaana või hašiš (12% üldisest elanikkonnast), millele järgnevad ecstasy (5%), amfetamiin (3%), kokaiin (2%) ja erinevad opioidid (3%) (Institute of Sociological Studies 2008).

Vastavalt Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide tarvitamise küsitlusuuringu (ESPAD) 1999. aasta tulemustele oli 22%-l 15–16-aastastest kooliõpilastest olnud kogemusi mõningate ebaseaduslike narkootikumidega, näitaja oli 2007. aastal sama – 22% (ESPAD 2007).

Psühhoaktiivsete ainete tarbimisest tingitud psühhiaatriliste ja käitumishäirete levimus on viimastel aastatel kasvanud, sellal kui haigestumise määrad on vähenenud. 2006. aastal olid vastavad näitajad 2 ja 0,5 juhtu 100 000 elaniku kohta, aga 2007. aastal 2 ja 0,2 100 000 elaniku kohta (Latvian Health Statistics and Medical Technology State Agency 2007, 2008).

2005. aastal registreeriti 174 patsienti (8/100 000 elaniku kohta), kelle põhidiagnoosiks oli narkootiliste või psühhotroopsete ainete kuritarvitamine. Viimastel aastatel on vähenenud narkootikumide ja psühhotroopsete ainete sõltuvuse registreeritud juhtude arv. See ei tähenda siiski seda, et narkootikumide tarbimine oleks samuti vähenemas. Eelmainitud tendentsi on võimalik seletada narkootikumide tarbimises viimastel aastatel toimunud muutustega ja patsientide registreerimist käsitlevate õigusaktide korrigeerimisega (The State Addiction Agency 2005).

Lätis on hinnanguliselt 9 588 süstivat narkomaani. Umbes pooled neist (4 757) elavad Riias (Trapencieris 2007). SNide hinnanguline osakaal täiskasvanud elanikkonna hulgas on 0,5%. Kõige sagedamini kasutatav süstitav narkootikum Lätis on amfetamiin, mille järgnevad heroiin, marihuaana või hašiš, hanka ja efedriin (Trapencieris 2007). 1 gramm amfetamiini maksab umbes 14 eurot ja 1 gramm heroini umbes 178 eurot (Latvian Health Statistics and Medical Technology State Agency 2008).

Leedu

2007. aastal registreeriti Leedus kokku 5 715 inimest, kes tarbisid narkootikume ja psühhotroopseid aineid. Narkootikumide ja psühhotroopsete ainete sõltuvuse sagedus oli 169 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis on 4% kõrgem kui 2006. aastal (163/100 000). Ajavahemikul 1998–2002 täheldatud sõltuvuse sageduse kasvu tendents on vähenenud ajavahemikuks 2002–2007. Sõltuvuse sageduse määr Vilniuses oli 349 juhtu 100 000 elaniku kohta, narkomaanide koguarv Vilniuse maakonnas oli 2 962 ja pealinnas 2 727 (492 juhtu 100 000 elaniku kohta). 2007. aastal oli narkootikumide sõltuvuse esinemissagedus meeste hulgas 294 juhtu 100 000 inimese kohta, naiste hulgas – 60 juhtu 100 000 elaniku kohta, s.t. esinemissagedus meeste hulgas oli 5 korda kõrgem kui naiste hulgas. Süstivate narkomaanide hinnanguline arv oli Leedus 4 300. SNide hinnanguline arv oli Vilniuses 2 200, Klaipėdas 750 (Database of Drug Control Department 2007).

77% kõikidest Leedus diagnoositud HIV-nakkuse juhtudest on esinenud SNide hulgas. Praegu on erinevate uuringute andmete kohaselt HIV-levimuse määr süstivate narkomaanide hulgas väiksem kui 5% (0,2 % kuni 3,7 %). 80% süstivatest narkomaanidest süstib opiaate, 1,5% stimulante (kaasaarvatud kofeiin) ja 11% teisi narkootikume (Database of Lithuanian AIDS Centre 2007).

Viimase 7 aasta jooksul on mõnede narkootikumide, eriti amfetamiini tüüpi stimulantide hinnad märkimisväärselt langenud. Näiteks oli Leedus 2001. aastal ühe amfetamiini tableti hind 7–12 eurot, sellal kui seda oli 2007. aastal võimalik osta 2–4 euro eest. Amfetamiini ja metamfetamiini hindade languse on tinginud nende ebaseaduslik tootmine riigis. Siseministeriumi politseiosakonna andmetel oli 2007. aastal 1 grammi marihuaana hind 8–19 eurot, hašiši hind 4–11 eurot (üks gramm), sama kogus metamfetamiini – 7–12 eurot; 1 ecstasy tablett – 2–7 eurot; üks gramm heroini – 35–56 eurot, üks gramm kokaiini – 40–72 eurot. Üks doos (1 ml) mooniekstrakti maksab 3–4 eurot.

Kahjude vähendamise ja narkomaania ravi teenused

Eesti

Kahjude vähendamise teenuseid (süstlavahetus) hakati Eestis rakendama juba 1997. aastal, kuid programmide läbiviimiseks olid piiratud rahalised ressursid. Tänu ülemaailmsest AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fondist saadud toetusele ja kasvavale riiklikule toetusele on vastavad teenused viimase 4 aasta jooksul väga palju arenenud. Madala läve keskuste (MLK) ja süstlavahetusprogrammide (SVP) arv on kasvanud 13-lt 2002. aastal 32-ni 2007. aastal ja need paiknevad peamiselt pealinnas Tallinnas ja riigi kirdeosas. Neid juhivad mittetulundusühingud, mis saavad toetust riigieelarvest (Riiklik HIV ja AIDSi ennetamise strateegia aastateks 2006–2015) ja kohalikest omavalitsustelt. Tallinnas on üks madala läve keskus ja kaks statsionaarset süstlavahetuspunkti. Peale selle toimub aktiivne väljatöö (Tervise Arengu Instituut).

2007. aastal jagati süstivatele narkomaanidele SVPdes ja MLKdes 1,9 miljonti nõela ja süstalt ning ligi 720 000 kondoomi. 2006. aastal külastas umbes 66–76% kõikidest süstivatest narkomaanidest SVPd vähemalt üks kord kolme kuu jooksul. 2007. aastal oli 60% klientidest külastanud SVPd rohkem kui ühe aasta vältel ja umbes 54% tavaklientidest külastab SVPd vähemalt kord nädalas (Tervise Arengu Instituut).

Metadoonasendusravi on võimalik saada spetsiaalsetes kliinikutes, mis asuvad pealinnas Tallinnas ja riigi kirdeosas. Osalemine riiklikult rahastatavates programmides on klientidele tasuta. 2007. aastal sai riiklikult rahastatavate programmide raames metadoonasendusravi umbes 675 patsienti. 80% neist olid HIVi nakatunud isikud (Tervise Arengu Instituut).

Läti

2007. aasta lõpuks töötas Läti 13 linnas 14 madala läve keskust. Peale nõelte ja süstalde vahetuse jagatakse seal samuti kondoomi, pakutakse nõustamist ja teavet ning vabatahtlikku HIVi nõustamist ja testimist. Üks keskustest saab riiklikku toetust. Ülejäänud 13 MLKd rahastatakse nii riigieelarvest kui ka kohalike omavalitsuste vahenditest.

Riias töötab hetkel 2 MLKd. 2007. aastal oli neis 1 330 klienti (umbes 30% kõigist Riia SNidest). Riias jagati 2007. aastal 78 608 süstalt.

Hetkel on Lätis (Riias) kaks opioidide asendusravi programmi: metadooni programm (1996. aastast alates) ja buprenorfiini programm (2003. aastast alates); kokku teenindati aastatel 2000–2006 684 inimest. 2007. aasta lõpuks oli metadooni programmis 74 klienti (2006. aastal 57 klienti). Mis puutub buprenorfiini programmi 2007. aasta lõpus, siis oli vastav klientide arv 59 (107 klienti 2006. aastal). Klientide koguarv oli 2007. aastal 130. Metadooni programm on tasuta (riiklikult rahastatav). Maksta tuleb ainult esimese arst-narkoloogi (narkootikumide kuritarvitamise spetsialist) konsultatsiooni eest. Buprenorfiini asendusravi programm on 1 aasta pikkune või pikem programm, milles osalemise eest tuleb maksta (Public Health Agency 2008). 2007. aasta lõpuks osutati 12 institutsioonis klientidele statsionaarset ravi (kaasaarvatud 4 eraettevõtet, millest 3 ei saa riiklikku toetust). On olemas neli spetsiaalset statsionaarset sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniga tegelevat institutsiooni, milles on 185 voodikohta. Neljas haiglas on olemas sõltuvusravi osakonnad,

milles on 155 voodikohta. Lisaks on olemas viis institutsiooni 51 voodikohaga. Jaunpiebalga vallas asuvas rehabilitatsioonikeskuses "Dzīves enerģija" ("Eluenergia") tegutseb sotsiaalse rehabilitatsiooni programm sõltuvusprobleemiga lastele ja alaealistele. Võrreldes 2006. aastaga on sõltuvushäirete raviks vajalikke voodikohti hoitud samaväärsel tasemel: 391 kohta (võrreldes 392-ga 2006. aastal, 415-ga 2005. aastal, 419-ga 2004. aastal). Hospitaliseeritud patsientide arv on veidi kasvanud (2% võrra) – 23 374 aastal 2007 (22 898 aastal 2006 ja 19 313 aastal 2005) (Public Health Agency 2008).

Leedu

Hetkel tegutseb 6 Leedu linnas (Alytus, Druskininkai, Kaunas, Klaipeda, Mažeikiai, Vilnius) 9 madala läve keskust. MLKde peamiste teenuste alla kuuluvad süstalde ja nõelte vahetus, kondoomide jagamine, tervishoiualane haridus ja teave, vabatahtlik nõustamine ja testimine, sotsiaalne toetus, SNide nõustamine võimalike uuringute ja ravi osas, soovitusel sõltuvusravi programmide kohta. 2007. aastal koguti kokku/jagati laiali 187 227/271 248 süstalt kogu riigis, neist 93 140/173 440 Vilniuses. Opiatasendusravi on kättesaadav Vilniuse, Kaunase, Klaipeda and Panevežyze sõltuvushäirete keskustes ja 4 vaimse tervise keskuses Vilniuses ja 1 keskuses Druskininkais. On olemas 16 pikaajalise rehabilitatsiooni keskust narkomaanidele ja 4 päevakeskust (3 Kaunases ja 1 Panevežyses). Praegu tegutseb riigis kokku 17 pikaajalise rehabilitatsiooni keskust, milles on kokku 300 kohta. 2007. aastal said 457 inimest sotsiaalse ja psühholoogilise rehabilitatsiooni teenuseid, kaasaarvatud 430 inimest pikaajalise rehabilitatsiooni asutustes (Database of Drug Control Department 2007).

HIV ja tuberkuloosiga seotud tervishoiuteenused

Eesti

Eestis katab enamuse tervishoiuteenuste maksumusest Eesti Haigekassa. Kõigil inimestel, kes omavad ametlikku töökohta, on ka riiklik tervisekindlustus. Lisaks neile on riiklik tervisekindlustus ka kõikidel alla 19-aastastel lastel ja noortel, pensionäridel, rasedatel (alates 12. rasedusnädalast) ja veel mõnesse teise gruppi kuuluvatel inimestel. Umbes 96%-l kogu elanikkonnast on tervisekindlustus (30.09.2007) (Eesti Statistika, Eesti Haigekassa).

HIV-nakkuse uuringuid on Eestis teostatud 1987. aastast alates. HIVi testimine on vabatahtlik ja seda on võimalik teha ainult asjaomase isiku informeeritud nõusolekul. Doonorvere ja siirdatavate elundite uurimine on siiski kohustuslik (vastavalt nakkushaiguste tõrje seadusele). HIV testimist soovitatakse samuti kõikidele rasedatele naistele, seksuaalsel teel levivate infektsioonidega (STI) inimestele ja tuberkuloosi põdevatele patsientidele. Anonüümset vabatahtlikku HIV nõustamist ja testimist on võimalik teha seitsmes suuremas linnas. See on kõikidele klientidele tasuta (kaasaarvatud immigrandid ja väljamaalased ning need, kellel ei ole tervisekindlustust). Anonüümset AIDSi kabinetid pakuvad HIV ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide alast nõustamist ning HIV ja süüfilise uuringuid (Tervise Arengu Instituut). Kokku tehakse Eestis igal aastal umbes 190 000 HIVi testi, neist umbes 3% Anonüümsetes AIDSi kabinetides (HIV-nakkuse Referentslaboratoorium).

HIVi nakatunud inimestele pakuvad spetsiifilisi tervishoiuteenuseid nakkushaiguste spetsialistid, kes võtavad patsiente vastu 5 suuremas linnas. Eelmainitud teenused maksab Eesti Haigekassa kinni neile, kellel on olemas tervisekindlustus; riigieelarvest makstakse teenused kinni kindlustamata inimeste puhul. Samades kohtades pakutakse antiretroviirusravi (ARV ravi) ning see on kõikidele abivajajatele tasuta. 2007. aasta lõpuks sai ARV ravi 772 inimest.

Tuberkuloosi diagnostika ja raviga seotud tervishoiuteenuseid rahastatakse Eesti Haigekassast ja riigieelarvest (riiklik tuberkuloositõrje programm, mida juhib Tervise Arengu Instituut). Otseselt kontrollitava ravi strateegiat (nn OKR) rakendatakse 2000. aastast alates ja sellega hõlmatus on 100%. Eestis on 5 eraldiseisvat tuberkuloosiosakonda 230 voodikohaga, kaasaarvatud 30 voodikohta tahtevastase ravi tarbeks. On olemas üks eraldiseisev osakond vanglate jaoks (40 voodikohta). Igas maakonnas (15) on oma keskhaigla, mis vastutab TB ravi ja mõnede profülaktiliste tegevuste eest (kontaktsete väljaselgitamine) vastavas piirkonnas. Samades osakondades pakutakse TB diagnoosimist ja ravi HIVi nakatunud inimestele. Süstivatele narkomaanidele ei ole olemas spetsiifilisi TB alaseid teenuseid (Tervise Arengu Instituut).

B- ja C-hepatiidi diagnostikat ja ravi pakuvad nakkushaiguste arstid ja teised erialaspetsialistid ning need teenused on tasuta ainult tervisekindlustust omavatele inimestele.

Eesti vanglasüsteemil on oma tervishoiuteenused, mida rahastatakse Justiitsministeeriumi kaudu. Kõik tervishoiuteenused, kaasaarvatud HIVi testimine ja TB diagnostika ja ravi, on kättesaadavad kõikides vanglates ning need on kõikidele vangidele tasuta (Tervise Arengu Instituut).

Läti

Lätis maksab tervishoiuteenused kinni Läti Haigekassa. Et saada tasuta tervishoiuteenuseid, tuleb inimestel end perearsti juures registreerida. Registreerimiseks peab inimesel olema ametlik elukoht (deklareeritud elukoht).

Kõik meditsiinasutused Lätis pakuvad HIVi testimist. Riiklikust tervishoiueelarvest rahastatavate ja toetatavate teenuste alla kuuluvad riiklikku süsteemi kuuluvates laboratooriumites tehtavad HIVi testid (patsientidele tasuta). Teisest küljest ei ole testimisele eelnev ja järgnev nõustamine patsientidele tasuta. Väljaspool riiklikku süsteemi asuvate laboratooriumite ja eralaboratooriumite poolt pakutud teenuste eest on osaliselt võimalik maksta riigieelarve vahenditest. Vastavalt Raviseadusele määratleb ministrite kabinet inimvere

ja selle komponentide saamise, testimise, töötlemise, hoiustamise ja levitamise ohutuse ja kvaliteedi standardid – kogu doonorveri kuulub HIVi testimise alla. Samuti on günekoloogid ja ämmaemandad kohustatud kõikidele naistele esimese 12 rasedusnädala jooksul pakkuma vabatahtlikku testimist ja nõustamist. Profülaktiline ARV ravi on naistele ja vastsündinutele tasuta (Ministrite kabineti määrus nr 611). HIV testimine koos nõustamisega on SNidele tasuta ainult madala lävega keskustes (2 keskust Riias).

Riiklik asutus „Infectology Center of Latvia“ vastutab HIVi nakatunud inimeste hoolduse ja ravi eest ja seega on need teenused tsentraliseeritud. HIV-positiivsed patsiendid võivad saada ARV ravi isegi siis, kui neil ei ole perearsti. Seega ei sõltu ARV ravi saamine perearsti juures registreerumisest. 2007. aasta lõpul said ARV ravi kokku 381 patsienti (2 675st HIV-nakatunust).

Lätis on korraldatud riikliku tuberkuloositõrje programmi juhtimine kvalifitseeritud multidistsiplinaarse personaliga, kehtestades tuberkuloosi kontrolli poliitika. Läti võttis 1996. aastal vastu OKR strateegia ja alustas pärast seda 1998. aastal MDR-TB haldamist 100%-lise OKR kaetusega. Lätis on 26 piirkonda ja viies neist (Riga, Liepaja, Daugavpils, Rezekne, Jekabpils) on olemas piirkondlik tuberkuloosihai gla koos ambulatoorse ravi osakonnaga. Ülejäänud 21 piirkonna puhul on tuberkuloosikabinet osaks üldisest tervishoiusüsteemist. Lätis on kokku 9 tuberkuloosihai gla 945 voodikohaga (kaasaarvatud 80 voodikohta vanglasüsteemi jaoks ja 65 voodikohta psühhiaatriahai gla Stencis, „Ceplisi“ hai gla sundravi jaoks ning alkoholi ja uimastisõltlastele, „Lielberze“ hai gla MDR-TB jaoks). Samades tuberkuloosiosakondades pakutakse TB diagnostikat ja ravi HIVi nakatunud inimestele. Vastavalt riiklikele õigusaktidele on TBga seotud tervishoiuteenused riigi kodanikele ja ELi liikmesriikide kodanikele tasuta. Süstalde ja nõelte vahetamise programmi pilootprojektiga TB patsientidele/süstivatele narkomaanidele alustati 2007. aastal Riias mõlemas OKR kabinetis.

Lätis võimaldatakse tasuta B- ja C-hepatiidi diagnostikat ja ravi ainult nende arstide poolt, kes on lepingulises suhtes Läti Haigekassaga. B-hepatiidi vastane vaksineerimine on 1997. aastast kõikidele lastele tasuta ja 2006. aastast on see tasuta kõikidele 14-aastastele noorukitele, kes ei ole eelnevalt vaksineeritud. Seaduse kohaselt peab tööandja tagama B-hepatiidi vastase vaksineerimise nendele töötajatele, kes puutuvad oma tööülesannete täitmisel või uuringute teostamise ajal pidevalt (vähemalt ükskord kuus) otseselt kokku patsientide või bioloogiliste materjalidega, mis võivad sisaldada B-hepatiidi viirust või mille kaudu võib B-hepatiiti nakatada, või eelmainitud materjalidega saastunud objektidega. SNidel ei ole Lätis korraldatud spetsiaalseid vaksineerimise programme (kabineti määrused).

Läti vanglasüsteemil on oma tervishoiuteenused, mida rahastab Justiitsministeerium (väljaarvatud tuberkuloosi ja HIV ravimid, mis makstakse kinni riigieelarves tervishoiuks ettenähtud vahenditest) (Läti Pereplaneerimise ja Seksuaaltervise Liit „Papardes zieds“ 2008).

Leedu

HIVi testimist on võimalik teostada kõikides Leedu piirkondades. 2007. aastal oli HIVi testimise määr 4 495 juhtu 100 000 elaniku kohta (Database of Lithuanian AIDS Centre 2008). HIVi testimisteenuseid osutavate laboratooriumite arv kasvab stabiilselt iga aastaga. HIVi kinnitavaid teste teostatakse Leedu AIDSi keskuse riiklikus viroloogia laboratooriumis (National Virology Laboratory).

HIVi testimine ja nõustamine on SNidele tasuta MLKdes (testimine ja nõustamine makstakse kinni spetsiaalsetest omavalitsuste ennetusprogrammide vahenditest) ja narkosõltuvuse ravi keskustes erinevates piirkondades (nõustamise ja ravi kulud tasutakse Leedu Haigekassa eelarvest) (Strujeva 2007).

2007. aastast on rasedate naiste meditsiiniline läbivaatus kehtestatud tervishoiuministri määrusega ning selle kohaselt tehakse naistele raseduse jooksul kaks korda HIV-testi – enne 12. rasedusnädalat ja 29.–40. rasedusnädala jooksul. Nõustamise ja testimise teenused makstakse kinni Leedu Haigekassa eelarvest.

HIV/AIDS/seksuaalsel teel levivate infektsioonide epidemioloogilise järelevalve eest vastutav institutsioon on Leedu Tervishoiuministreeriumi alluvuses olev Leedu AIDSi keskus (Lithuanian AIDS centre under the Ministry of Health).

HIVi nakatunud inimeste tervishoiuteenused. HIVi/AIDSi diagnoosiga patsientide ravi maksab kinni Leedu Haigekassa. 1998. aastast on ARV ravi kättesaadav kõikidele abivajajatele. ARV ravi puhul puuduvad välistamise kriteeriumid. Patsientidelt ei nõuta ARV ravimite eest tasumist. 2004. aastal kiitis Leedu Vabariigi Tervishoiuministreerium heaks HIVi diagnoosimise ja ravi hüvitamise meetodika Leedu Haigekassast mitte ainult AIDSi põdevate inimeste puhul, vaid samuti kõrge nakkuse progresseerumise riskiga inimeste puhul. Patsientide Riiklikust Fondist ei maksta täielikult kinni oportunistlike infektsioonide ravi. HIV-nakatunud patsiendid võivad pöörduda oma elukohajärgsesse tervishoiukeskusesse. Samuti on võimalik pöörduda eraarstide poole, aga nende teenused on üsna kallid ning üksnes vähesed patsiendid saavad seda endale lubada.

Tuberkuloosi kontrolli strateegia „Riiklik tuberkuloosi ennetamise ja kontrolli programm aastateks 2007–2010“ on heaks kiidetud ja kinnitatud Leedu Valitsuse poolt 23. mail 2007. aastal. 2007. aastal oli Leedus olemas 9 spetsialiseerunud tuberkuloosi hai gla ja 6 spetsialiseerunud TB polikliinikut. Üldarstid (perearstid), sisearstid või pediaatrid panevad esmase TB diagnoosi ja suunavad patisendi spetsialisti (tuberkuloosiarst, pulmonoloog) konsultatsioonile vastavalt kehtestatud korrale ning korraldavad spetsialistide poolt nende juurde saadetud TB patsientide ravi. Tuberkuloosihai getele pakutakse rutiinset HIV testimist (seda nii esmakordselt diagnoositud TB juhtude, retsidiivide kui ka MDR-TB juhtude puhul). 2005. aastal uuriti HIV-nakkuse suhtes 55% TB patsientidest (Database of Lithuanian AIDS centre, Lithuanian TB register). HIVi hoolduse ja ravi keskusi külastavaid HIV-positiivseid patsiente kontrollitakse TB sümptomite suhtes. Kui patsiendil kahtlustatakse tuberkuloosi, siis suunatakse ta spetsiaalsesse tuberkuloosikliinikusse.

UURIMUSE TAUST JA EESMÄRGID

Uurimuse peamiseks eesmärgiks oli hinnata HIV, HBV, HCV, süüfilise ja tuberkuloosi nakatumise markerite levimust ja sellega seotud riskikäitumist süstivate narkomaanide hulgas Riias (Läti), Vilniuses (Leedu) ja Tallinnas (Eesti).

Alaeesmärgid

- 1) Hinnata HIV, HBV, HCV ja süüfilise nakatumise markerite levimust SNide hulgas.
- 2) Tuvastada HIVi nakatumise riskifaktorid (seksuaalkäitumine, teadlikkus HIV levikust, narkootikumide kasutamise mustrid, sotsiaalmajanduslik olukord jne.).
- 3) Koguda andmeid SNidelt nende kokkupuudete kohta kahjude vähendamise programmide, uimastisõltuvuse ravi- ja rehabilitatsiooni ning muude tervishoiuteenustega ning vangistusega.
- 4) Hinnata *M. tuberculosis* bakteriga (MTB) nakatumise markerite levimust SNide hulgas.

Eetikakomitee heakskiit

Uurimus on saanud heakskiidu järgmistelt inimuuringute eetika komiteedelt:

- 1) Tallinn – Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomitee
- 2) Riia – Riikliku Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Ameti Eetikakomitee
- 3) Vilnius – Leedu Bioetika Komitee

MEETODID

2007. aastal teostati Eesti, Läti ja Leedu pealinnades läbilõikeline anonüümne uurimus aktiivsete süstivate narkomaanide seas, kus kasutati uuritavate poolt uurimusse kaasamise meetodit.

UURIMUSSE KAASAMINE

1. Kaasamiskohad

Osalejate kaasamine, intervjuerimine ja vereproovide võtmine toimus:

- 1) Tallinnas MTÜ Convictus Eesti ruumides (süstlavahetusprogramm);
- 2) Riias Riikliku Tervishoiuameti (Public Health Agency) ja MTÜ DIA+LOGS AIDSi konsultatsioonikabineti ruumides;
- 3) Vilniuses Leedu AIDSi keskuse kahjude vähendamise programmi ruumides.

2. Kaasamise kriteeriumid

Süstivad narkomaanid kaasati uurimusse, kui nad

- 1) rääkisid eesti, läti, leedu või vene keelt;
- 2) olid 18-aastased või vanemad;
- 3) olid viimase kahe kuu jooksul süstinud narkootikume;
- 4) olid võimelised andma informeeritud nõusoleku;
- 5) neid ei olnud kõnealuse uurimuse tarbeks eelnevalt intervjueritud.

Tagamaks, et uuritavad on aktiivsed süstivad narkomaanid, kontrolliti nende nahka süstimisjälgede osas ja/või paluti neil kirjeldada narkootikumide süstimiseks ettevalmistamise protsessi.

3. Kaasamise strateegia

Saavutamaks narkomaanide laiaulatuslikku kaasatust ja vähendamaks rõhuasetust ainult neile narkomaanidele, kes osalevad narkomaania ravi/ennetusprogrammides, kasutati uuritavate poolt uurimusse kaasamise meetodikat (RDS – *respondent driven sampling*). RDS on ahelmeetod, mille abil on võimalik kaasata esinduslikum valim sihtgrupist. Kõnealune meetod on eriti otstarbekas raskesti ligipääsetavate rahvastikurühmade puhul, kui puudub valimi moodustamise alus, sest uuritavate hulk ei ole teada. Eelnevad uurimused on tõestanud RDS-meetodi tõhusust süstivate narkomaanide uurimusse kaasamisel (Heckathorn 1997, 2001, 2002). RDS esimesed uuritavad ehk „seemned“ valiti hoolikalt välja, eesmärgiga kaasata valimisse Riia, Tallinna ja Vilniuse võimalikult erinevad sotsiaaldemograafiliste näitajatega süstivad narkomaanid, kes esindaksid erinevaid süstijate võrgustikke.

Valitud seemnete arv oli:

- 1) Tallinnas 6;
- 2) Riias 8 (4 mõlemas keskuses);
- 3) Vilniuses 6.

Vaata seemnete põhitunnuseid Lisast.

Vältimaks uuritavate korduvat osalemist, rakendati iga vastaja puhul biomeetrilisi mõõtmisi (igapähe puhul randme ümbermõõt ja küünarvarre pikkus küünarnukist keskmise sõrmeni) ja märgiti üles iseloomulikud tunnused (sugu, rahvus, vanus). Superviisor vastutas kõnealuste andmete võrdlemise eest üksikisikute puhul, kontrollides andmeid iga päev, vältimaks võimalikku korduvat osalemist.

4. Uurimuses osalemise boonused

Uurimuses kasutati kaasamise boonuste puhul kaheastmelist süsteemi – esimest boonust osalemise eest ja teist boonust teiste narkomaanide uurimusse kaasamise eest. Igal osalejal oli võimalik kutsuda uuringusse maksimaalselt 3 inimest.

Esimene boonus anti kohe pärast uuringus osalemist ja teine boonus pärast uurimusse kaasatud uue narkomaani osalemist. Teises etapis antavaid boonuseid rakendati kaasamise kuponide abil ja osaleja pidi naasma uuringupaika teiste boonuste järele hiljem.

1) Tallinnas said osalejad osalemise boonuse supermarketi kinkekaardi väärtusega 6,4 EUR (100 EEK) ja kinkekaardi väärtusega 3,2 EUR (50 EEK) ühe uue narkomaani uurimusse kaasamise eest. Seega oli maksimaalne uurimuses osalemise eest saadav tasu 16 EUR (250 EEK).

2) Riias said osalejad osalemise boonusena supermarketi kinkekaardi väärtusega 7 EUR (5 LVL) ja sama väärtusega kinkekaardi ühe uue narkomaani uurimusse kutsumise eest. Seega oli maksimaalne uurimuses osalemise eest saadav tasu 28 EUR (20 LVL). Kui vastaja, kes osutus testimise tulemusena MTB-positiivseks, läks edasistele uuringutele Riiklikku Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Ametisse, sai ta jällegi kinkekaardi väärtusega 7 EUR (5 LVL).

3) Vilniuses said osalejad osalemise stiimulina supermarketi kinkekaardi väärtusega 5,4 EUR (20 LT) ja sama väärtusega kinkekaardi ühe omataolise isiku uuringusse kutsumise eest. Seega oli maksimaalne uurimuses osalemise eest saadav tasu 21,6 EUR (80 LT).

5. Kaasatud osalejate arv

- 1) Tallinnas – 350;
- 2) Riias – 407;
- 3) Vilniuses – 400.

6. Andmete kogumise periood

Andmete kogumine toimus:

- 1) Tallinnas ajavahemikul mai – juuni 2007;
- 2) Riias ajavahemikul september – detsember 2007;
- 3) Vilniuses ajavahemikul oktoober 2007 – jaanuar 2008.

UURIMUSE PROTSEDUURID

1. Käitumuslikud andmed

Intervjueerijad kasutasid käitumuslike andmete kogumiseks struktureeritud küsimustikku. Küsimustik põhineb uuringul WHO, Drug injecting study phase II survey version 2b (rev.2) (Des Jarlais 2006). 12.–13.oktoobril 2006. aastal toimunud kiirhindamise jooksul (Eestis) kogutud teavet kasutati kõnealuse dokumendi kohandamiseks vastavalt kohalikele oludele. Lisaküsimuste jaoks ruumi tegemiseks jäeti välja mõned küsimuste blokid ja lühendati osade küsimuste pikkust, et vältida liiga pikka küsimustikku. Kohandatud küsimustikku katsetati kohalike süstivate narkomaanide hulgas.

Küsimustikus käsitleti järgmisi valdkondi:

- Sobivuskriteeriumid, teave intervjuu ja uurimusse kaasamise kohta (Peatükk A);
- Demograafilised ja sotsiaalmajanduslikud näitajad (Peatükk B);
- Narkootikumide kasutamise ja hiljutise narkootikumide süstimise kogemus (Peatükid D ja F);
- Narkootikumide süstimisega seotud HIV riskikäitumine (Peatükid E ja M);
- Kontaktid politseiga ja teave vangistuse kohta (Peatükk C);
- Seksuaalkäitumine, prostitutsiooni kogemus (Peatükk H);
- Eelnev HIV testimine, HIV staatus (Peatükid K ja L);
- Narkomaaniaravi kogemus (Peatükk C);
- Teadlikkus AIDSist ja käitumise muutmisest (Peatükk J);
- Kokkupuuted HIVi ennetamise ja kahjude vähendamise teenustega (Peatükk M).

Intervjuu kestis umbes 40 minutit ja see viidi läbi vastavalt uuritava soovile kas läti, eesti, leedu ja/või vene keeles.

2. Bioloogilised uuringud

Kõikidelt osalejatelt võeti veenivere analüüsid HIVi, HBVsse, HCVsse, süüfilisse ja tuberkuloosi nakatumise markerite tuvastamiseks.

Laboratooriumites teostatud analüüsde puhul kasutati järgmisi meetodeid:

1) HIV antikehad

- Riias – VIRONOSTIKA HIV Uni-Form II Ag/Ab, BIOMERIEUX ja Genscreen Plus HIV Ag-Ab, BioRad, France; kõik positiivsed juhtumid kinnitati samade testimissüsteemide abil (teine analüüs);
- Tallinnas – VIRONOSTIKA HIV Uniform II Ag/Ab, BioMerieux; positiivsed analüüsid kinnitati INNO LIA HIV I/II Score Westernblot abil;
- Vilniuses – VIRONOSTIKA HIV Uniform II Ag/Ab, BioMerieux; positiivsed analüüsid kinnitati INNO LIA HIV I/II Score Westernblot abil.

2) HBV

a) HBV pinna-antigeen

- Riias – ETI-MAK-4 HBsAg; DiaSorin, ASV-Italy või AxSYM system HBs Ag (V2); ABBOTT, USA;
- Tallinnas - ETI-MAK-4 HBsAg; DiaSorin, ASV-Italy.

b) Anti-HBc antikehad

- Riias – Enzygnost Anti-HBc monoclonal; DADE Behring, Germany või AxSYM system CORE; ABBOTT, USA;
- Tallinnas – ETI-AB-COREK Plus (anti-HBc kore), DiaSorin;
- Vilniuses – Monolisa anti-HBc plus; Bio-Rad, France.

3) HCV

- Riias – MONOLISA anti-HCV PLUS version 2.; BIORAD, France või AxSYM system HCV version 3.0.; ABBOTT, USA;
- Tallinnas – ETI-AB-HCVK-3 (anti-HCV), DiaSorin;
- Vilniuses – Ortho HCV 3.0 ELISA; Ortho Clinical Diagnostics, USA.

4) Süüfilis (RPR)

- Riias – RPR meetod;
- Tallinnas – RPR meetod;
- Vilniuses – RPR meetod.

5) Tuberkuloos. *M. Tuberculosis* bakteriga nakatumise hindamiseks:

- Riias - QuantiFERON-TB Gold, Cellestis Europe;
- Tallinnas - QuantiFERON-TB Gold, Cellestis Europe;
- Vilniuses läbisid kõik osalejad TB IgG testi (Panthozyme MYCO IgG; Omega Diagnostics Ltd, UK). TB IgG positiivsed kontrolliti üle QuantiFERON-TB Gold testiga.

ANDMETE HALDAMINE JA ANALÜÜS

Intervjuerijad täitsid küsimustikud intervjuude ajal ja kontrollisid neid koheselt pärast intervjuud. Superviisorid korjasid täidetud küsimustikud kokku ning kontrollisid ja vaatasid need üle võimalike vigade avastamiseks.

Kõik andmed sisestati kaks korda ja andmekogumeid võrreldi andmete sisestamisel tehtud võimalike vigade avastamiseks ja korrigeerimiseks. Puhastatud andmekogum pandi kõrvale täiendavaks lihtkontrolliks, tagamaks andmete kvaliteeti.

Statistiline analüüs teostati SPSS 14.0 või 16.0 for Windows või STATA 10.0 abil.

TULEMUSED

Sotsiodemograafilised andmed

Sugu ja vanus

Osalejate keskmine vanus Tallinnas (26,5 aastat) oli mõnevõrra madalam kui Riias ja Vilniuses (vastavalt 29,9 ja 30,5 aastat) (tabel 3). Meeste osakaal uurimuses osalejate hulgas oli märkimisväärselt madalam Riias (70%; 95% CI 66–75%) võrreldes Vilniuse (82%; 95% CI 79–86%) ja Tallinnaga (84%; 95% CI 80–88%)(tabel 4).

Tabel 3. Vanuseline jaotus riikide kaupa

Vanusgrupp	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
≤19	26	7,4	27	6,6	9	2,3
20–24	109	31,2	95	23,3	63	15,7
25–29	125	35,7	111	27,3	135	33,7
≥30	90	25,7	174	42,8	193	48,3
keskmine vanus (min ja max)	26,5 (17–54)		29,9 (17–55)		30,5 (18–57)	
mediaanvanus	26,0		28,0		29,0	

Tabel 4. Sooline jaotus riikide kaupa

Sugu	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
mehed	294	84,0	286	70,3	329	82,3
naised	56	16,0	121	29,7	71	17,7

Rahvuskuuluvus

Mitte põlisrahvusesse kuuluvate inimeste osakaal oli kõrgeim Tallinnas (85% osalejatest olid mitte-eestlastest) ja madalaim Vilniuses (57% osalejatest olid mitteleedulastest) (tabel 5). Leedus oli uuringus osalenud muude rahvuste esindajate hulgas kõige rohkem poolakaid (n=75), valgevenelasi (n=7) ja mustlasi (n=6). Tallinnas oli uuringus osalenud muude rahvuste esindajate hulgas kõige rohkem ukrainlasi (n=5) ning Riias ukrainlasi (n=8), valgevenelasi (n=6) ja poolakaid (n=5).

Tabel 5. Rahvuslik jaotus riikide kaupa

Rahvuskuuluvus	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
venelased	286	81,7	217	53,3	130	32,5
eestlased/lätlased/ leedulased	53	15,2	159	39,1	173	43,3
muu	11	3,1	31	7,6	96	24,0

Haridus

Vähem kui 9-aastane haridus registreeriti 35% osalejatest Riias, 36% osalejatest Vilniuses ja 53% osalejatest Tallinnas (tabel 6).

Tabel 6. Osalejate jaotus hariduse (formaalse hariduse kõrgeim tase) ja riikide lõikes

Haridus	TALLINN (n=349)		RIIA (n=394)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
põhiharidus	186	53,3	136	34,5	177	44,3
keskharidus	88	25,2	167	42,4	172	43,0
kutseharidus	67	19,2	75	19,0	43	10,7
kõrgharidus	8	2,3	16	4,1	8	2,0

Sissetulek

24% küsitlenuist Vilniuses, 54% Tallinnas ja 73% Riias oli viimase 4 nädala jooksul peamiseks sissetulekute allikaks olnud nende alaline või ajutine töökoht (tabel 7). Kerjamine tänavatel ja prostitutsioon olid üliharvad küsitlusele vastanute sissetuleku allikad. 5% küsitlenuist Riias, 32% Tallinnas ja 38% Vilniuses oli viimase 4 nädala jooksul peamiseks sissetulekute allikaks olnud murdvargused, röövimine või pisivargused.

Tabel 7. Sissetulek riikide kaupa

	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Elatisallikas						
alaline töökoht	92	26,3	140	34,4	41	10,3
ajutine töökoht	95	27,2	156	38,3	54	13,5
füüsiliselt isikust ettevõtja	-	-	6	1,5	3	0,8
riiklikud toetused	18	5,1	29	7,1	78	19,5
abikaasa, partneri, sugulase või sõbra sissetulek	13	3,7	37	9,1	28	7,0
üliõpilase rahaline toetus/laenud	-	-	1	0,2	1	0,3
kerjamine tänavatel/almuse palumine jne	2	0,6	2	0,5	1	0,3
narkootikumide müümine	2	0,6	-	-	0	-
prostitutsioon	-	-	-	-	13	3,2
varastamine, röövimine või pisivargus	112	32,0	19	4,7	153	38,2
vanemate/vanema sissetulek	12	3,4	14	3,4	27	6,7

Perekonnaseis

Vähemalt pooled kolmes riigis uurimuses osalejatest on vallalised ja ei ole kunagi abielus olnud (tabel 8). 5% osalejatest Tallinnas, 9% osalejatest Vilniuses ja 10% osalejatest Riias olid uurimuse ajal ametlikult abielus (tabel 8).

Tabel 8. Perekonnaseis

	TALLINN (n=347)		RIIA (n=402)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
Perekonnaseis						
ametlikult abielus	16	4,6	39	9,7	34	8,5
vabaabielus	64	18,4	109	27,1	54	13,5
lesestunud	9	2,6	5	1,2	2	0,5
lahus elumine	10	2,9	44	10,9	9	2,3
lahutatud	1	0,3	5	1,2	46	11,5
ei ole kunagi abielus olnud/vallaline	247	71,2	200	49,9	255	63,7

Elukoht

Enamus vastanutest (90% Vilniuses, 91% Tallinnas, 96% Riias) elas kas isiklikus või üüritud majas või korteris ja 0,7%-l Riias, 3%-l Tallinnas ja 6%-l Vilniuses küsitletutest ei olnud elukohta (kindlat aadressi) (tabel 9).

Tabel 9. Peamine elukoht viimase 6 kuu jooksul

Peamine elukoht	TALLINN (n=350)		RIIA (n=406)		VILNIUS (n=390)	
	n	%	n	%	n	%
isiklik maja või korter	52	14,8	134	33,0	63	15,7
üüritud maja, korter või tuba	68	19,4	124	30,6	31	7,7
ühe päeva kaupa üüritav tuba või võõrastemaja	3	0,9	3	0,7	1	0,3
kellegi teise maja või korter	200	57,1	130	32,0	266	66,5
varjupaik, hoolekandetasutus	9	2,6	2	0,5	6	1,5
kindel aadress puudub	9	2,6	3	0,7	22	5,5
kinnipidamisasutus/vangla	2	0,6	4	1,0	1	0,3
muu	7	2,0	6	1,5	-	-

Narkootikumide tarbimine

Narkootikumide tarvitamise alustamine

71% küsitletutest Riias, 68% Tallinnas ja 43% Vilniuses on narkootikume tarvitanud muul viisil kui süstides, enne kui neist said süstivad narkomaanid (tabel 10). Narkootikumidega tarvitamise alustamisel oli osalejate keskmine vanus (enne süstimise alustamist):

- Tallinn – 16,3 aastat (vahemikus 9–40 aastat; mediaanvanus 16,0 aastat);
- Riia – 17,3 aastat (vahemikus 8–36 aastat; mediaanvanus 16,0 aastat);
- Vilnius – 17,4 aastat (vahemikus 12–27 aastat; mediaanvanus 17,0 aastat).

Tabel 10. Ebaseaduslike narkootiliste (mittemeditsiinilistel eesmärkidel) ainete tarbimine muul viisil enne narkootikumide süstimise alustamist, riikide kaupa

	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=388)	
	n	%	n	%	n	%
ebaseaduslike narkootiliste ainete tarbimine muul viisil	238	68,0	290	71,3	166	42,8

Narkootikumide süstimisega alustajate keskmine vanus on toodud tabelis 11.

Tabel 11. Narkootikumide (mittemeditsiinilisel eesmärgil) esmasüstijate vanus, riikide kaupa

	TALLINN	RIIA	VILNIUS
keskmine vanus	18,7	20,2	20
vahemik	10–42	12–40	12–36
mediaanvanus	18,0	19,0	19,0

Tabel 12. Narkootikumide süstimise aeg (aastad), riikide kaupa

Narkootikumide süstimise aeg (aastad)	TALLINN (n=350)		RIIA (n=401)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
<3	38	10,9	67	16,7	18	4,5
3–5	64	18,3	56	13,9	37	9,3
6–10	158	45,1	143	35,7	171	42,8
>10	90	25,7	135	33,7	174	43,5
keskmine aeg (aastad, SD)	7,9 (SD 4,4)		9,7 (SD 7,6)		10,4 (SD 5,0)	

Riias olid naiste seas enam neid, kes olid süstinud lühemat aega (alla 3 aasta) kui meeste seas ($p < 0.006$). Tallinnas ei täheldatud süstimise kestvuses mingeid soolisi erinevusi.

Süstimise sagedus ja süstitavad ained

Mitte kõik ei süsti iga päev.

Keskmine narkootikumide süstimise päevade arv viimase nelja nädala jooksul oli:

- Vilniuses 27,3 päeva (vahemikus 4–30 päeva, mediaan 30 päeva);
- Tallinnas 22,1 päeva (vahemikus 1–28 päeva, mediaan 30 päeva);
- Riias 12,7 päeva (vahemikus 0–31 päeva, mediaan 10 päeva).

Igapäevaste süstijate osakaal viimase 4 nädala arvestuses oli:

- Tallinnas 60,7% (95% CI 55,5–65,9);
- Riias 27,1% (95% CI 22,6–31,6);
- Vilniuses 76,3% (95% CI 70,7–78,9).

Keskmine narkootikumide süstimiste kordade arv viimasel süstimise päeval (mil küsimustikule vastaja süstis narkootilisi aineid) oli:

- Tallinnas 3,2 (vahemikus 1–15; mediaan 3,0);
- Vilniuses 2,1 (vahemikus 1–3; mediaan 2,0);
- Riias 1,8 (vahemikus 0–8; mediaan 2,0).

Tallinnas küsitlitud narkomaanid süstisid peamiselt sünteetilisi opiaate, eriti fentanüüli või 3-metüül-fentanüüli, mida tarbis 72% küsitlenuist (tabel 13). Riias ja Vilniuses fentanüüli süstijaid ei leidunud. Kõige rohkem tarvitati Riias heroini (45% küsitlenuist), millele vahetult järgnes amfetamiini tarbimine (44% küsitlenuist). Peamised Vilniuses süstitud narkootikumid olid moonivedelik (58%) ja heroin (32%).

Tabel 13. Peamised narkootikumid, mida süstiti viimase nelja nädala jooksul, riikide kaupa

Peamine narkootikum	TALLINN (n=344)		RIIA (n=385)		VILNIUS (n=397)	
	n	%	n	%	n	%
heroiin	4	1,2	173	44,9	128	32,2
valge hiinlane (fentanüül) või valge pärslane (3-metüül-fentanüül)	249	72,4	-	-	-	-
amfetamiin	90	26,1	169	43,9	35	8,8
hanka / moonivedelik*	-	-	20	5,2	231	57,8
kokaiin	-	-	1	0,3	-	-
sudafed	1	0,3	-	-	3	0,8
efedriin	-	-	22	5,7	-	-

* saadakse moonivarre mahlast

Alla 20-aastased tallinlased süstisid enam amfetamiini kui 20-aastased ja vanemad ($p < 0,001$). Sama trend iseloomustab ka Lätit: alla 20-aastased süstisid enam amfetamiini kui 20-aastased ja vanemad ($p = 0,02$). Vanemas vanusegrupis tarbitakse seal heroini.

Riias täheldati süstivate narkomaanide seas sugude vahelisi erinevusi – naised tarvitasid enam amfetamiini ($p = 0,03$) ja mehed väitsid end pigem tarvitavat heroini. Tallinnas puudusid süstivate narkootikumide tarbimises soopõhised erinevused. Peamiste süstivate narkootikumide tarbimises puudusid soo- ja eapõhised erinevused ka Leedus.

Riia amfetamiinitarbijate seas oli enam neid, kellel oli lühem süstimiste karjäär (alla 3 aasta) kui heroinitarbijatel. Samuti oli ka Tallinnas amfetamiinitarbijate süstimiste karjäär lühem (enam alla 3 aasta süstinuid) kui fentanüüli tarbijatel ($p < 0,02$).

Riskikäitumine narkootikumide süstimisel

Süstimisvahendite jagamine

31% küsitlenuist Riias, 25% Tallinnas ja 2% Vilniuses vastas, et nad olid viimase nelja nädala jooksul jaganud teistega süstlaid ja/või nõelu (tabel 14).

Tabel 14. Süstalde/nõelte ühine kasutamine viimase nelja nädala jooksul, riikide kaupa

	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
süstlaid/nõelu omavahel jaganud inimeste suhtarv	88	25,1	124	30,5	8	2,0

HIV ning B- ja C-hepatiit kanduvad edasi süstalde ja nõelte kõrval ka muude süstimisvahendite kaudu. Näiteks Tallinna andmetel 21% uuritustest täitis süstlaid eest/tagant; 17% jagas keedunõusid/ühisanumat; 9% jagas omavahel filtreid/vatti ja 24% segamisriistu. Kokkuvõtteks võib öelda, et 42% küsitlenuist jagasid kellegagi vähemalt ühte nimetatud vahendit (tabel 15). Riias jagas vähemalt ühte nimetatud vahendit kellegagi 61% küsitlenuist (tabel 15).

Tabel 15. Süstimisvahendite jagamine viimasel neljal nädalal, riikide kaupa (suhtarv %)

	TALLINN (n=350)	RIIA (n=407)	VILNIUS (n=400)
süstlad/nõelad	25,1	30,5	2,0
süstalde eest/tagant täitmine	21,1	16,0	2,5
keedunõu/ühisanum	17,1	44,7	2,0
filter/vatt	9,4	30,5	2,3
segamisriistad	23,7	39,3	2,5
mingi kombinatsioon eelnimetatutest	58,1	53,8	2,0

Viimase kuue kuu jooksul omavahel süstlaid jaganute suhtarv:

- Riias 45,2% (n=184);
- Tallinnas 35,4% (n=124);
- Vilniuses 5% (n=20).

24% küsitlenuist Riias (92 inimest 384-st), 13% Tallinnas (40 inimest 325-st) ja 6% Vilniuses (23 vastanut 400-st) väitsid olevat kasutanud oma esimesel süstimisel steriilset süstalt/nõela.

Viimase 6 kuu jooksul jagatud süstalde allikad on ära toodud tabelis 16 ja jagamise põhjused tabelis 17. Jagatud süstalde peamiseks allikaks kõigis kolmes linnas oli lähedane sõber ja jagamise peamiseks põhjusteks olid asjaolud, et küsitlenuist endil ei olnud süstlaid või nad valisid hoolikalt, kellega süstlaid jagada.

Tabel 16. Ühiselt kasutatavate süstalde/nõelte päritolu viimase 6 kuu jooksul (nende puhul, kes teatasid ühiste süstalde/nõelte kasutamisest viimase 6 kuu jooksul), riikide kaupa

	TALLINN (n=124)		RIIA (n=184)		VILNIUS (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
ühiste nõelte/süstalde päritolu						
püsiseksuaalpartnerilt	46	37,7	56	30,4	0	0
sugulaselt	8	6,6	17	9,2	5	25,0
lähedaselt sõbralt	78	63,9	103	56,0	15	75,0
diilerilt	8	6,6	15	8,2	13	65,0
inimeselt, keda nad eriti ei tundnud	42	34,4	32	17,4	11	55,0

Tabel 17. Süstalde/nõelte jagamise põhjused (nende puhul, kes teatasid ühiste süstalde/nõelte kasutamisest viimase 6 kuu jooksul), riikide kaupa

	TALLINN (n=123)		RIIA (n=184)		VILNIUS (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
Põhjused						
teiste narkomaanide surve	4	3,3	2	1,1	2	10
pidasin seda ohutuks, sest puhastasin enne nõela/süstla ära	53	43,1	59	32,1	9	45
olen valiv nende suhtes, kellega ühiseid nõelu/süstlaid kasutan	93	75,6	92	50,0	8	40
olin vanglas	25	20,3	20	10,9	2	10
mul ei olnud oma nõelu ega/või süstlaid	107	87,0	134	72,8	7	35
nõelu ja/või süstlaid on raske saada	24	19,5	22	12,0	-	-
nõelad ja/või süstlad on kallid	25	20,3	8	4,3	-	-

Üledoosid

44% küsitluteest Riias, 48% Vilniuses ja 63% Tallinnas teatasid, et nad on narkootikume üle doseerinud. Üledooside hulk on toodud tabelis 18. Tallinna suuremat üledooside arvu võib seostada fentanüüli kasutamisega, mille üleannustamine võib kergemini juhtuda.

Tabel 18. Üledooside arv (nende seas, kellel on üledoose esinenud), riikide kaupa

	TALLINN (n=222)		RIIA (n=174)		VILNIUS (n=190)	
	n	%	n	%	n	%
Üks kord	43	19,4	57	32,8	63	33,2
Kaks korda	42	18,9	45	25,9	69	36,3
3–5 korda	80	36,0	56	32,2	49	25,8
6–10 korda	27	12,2	8	4,6	6	3,2

Ennetus-, kahjude vähendamise- ja tervishoiuteenuste kasutamine

Steriilsete süstalde ja nõelte allikad

Uusi ja steriilseid süstlaid ja nõelu saadi viimase 6 jooksul Tallinnas esmajoones süstlavahetusprogrammi kaudu (42% küsitluteist), Riias (87%) ja Vilniuses (61%) apteekidest (tabel 19).

Tabel 19. Peamine uute nõete ja/või süstalde allikas viimase 6 kuu jooksul, riikide kaupa

Peamine allikas	TALLINN (n=344)		RIIA (n=392)		VILNIUS (n=244)	
	n	%	n	%	n	%
apteek	133	38,7	341	87,0	148	60,7
haigla	-	-	1	0,3	-	-
väljatöötaja	50	14,5	14	3,6	30	12,3
seksuaalpartner	-	-	1	0,3	1	0,4
perekonnaliige (mitte seksuaalpartner)	1	0,3	-	-	-	-
sõbrad	14	4,1	2	0,5	-	-
narkodiiler	1	0,3	-	-	15	6,1
nõelte/süstalde vahetamise programm	145	42,1	33	8,4	50	20,5

Süstlavahetusprogrammid

Küsitluteest 43% Riias, 82% Tallinnas ja 98% Vilniuses väitsid olevat kasutanud süstlavahetusprogrammi teenuseid.

Tallinna näitel need, kes olid narkootilisi aineid süstinud alla 3 aasta, olid kasutanud süstlavahetusprogramme vähem kui need, kelle süstiva narkomaania karjäär oli olnud pikem ($p=0,004$). Samuti need, kelle peamiseks uimastiks oli fentanüül, külastasid süstlavahetusprogrammi sagedamini kui need, kes tarbisid amfetamiini ($p=0,008$). Tulemustest ei selgunud mingeid olulisi soolisi ja vanuselisi erinevusi.

Ka Riia andmed näitasid, et need, kes olid narkootilisi aineid süstinud alla 3 aasta, kasutasid süstlavahetusprogrammi abi vähem kui need, kelle süstiva narkomaani eluperiood oli olnud pikem ($p=0,004$). Peamise narkootikumina heroini tarbivad narkomaanid külastasid süstlavahetusprogrammi sagedamini kui need, kes tarbisid peamise narkootikumina amfetamiini ($p=0,009$). Tulemustest ei selgunud mingeid olulisi soolisi ja vanuselisi erinevusi.

Narkomaaniaravi

39% ($n=136$) küsitluteist Tallinnas, 41% ($n=165$) Riias ja 55% ($n=220$) Vilniuses on vähemalt üks kord elus viibinud narkoravil. Uuringu läbiviimise ajal olid 16% küsitluteist Tallinnas ($n=22$) allutatud mingisugusele narkoravile (% kõigist, kes on kunagi käinud narkoravil). Riias ja Vilniuses olid vastavad näitajad 18% ($n=30$) ja 23% ($n=51$).

Käimasoleva ravi liigitus on esitatud tabelis 20.

Tabel 20. Käimasoleva ravi liik, riikide kaupa (n)

RAVI LIIK	TALLINN (n=22)	RIIA (n=30)	VILNIUS (n=51)
mittemeditiiniline ravi (ambulatoorsete haigete nõustamine/psühhoteraapia)	1	7	5
lühiajaline võõrutusravi (metadoon/buprenorfiin)	10	4	1
pikaajaline võõrutusravi (metadoon/buprenorfiin)	9	11	45
sõltuvusravi, rehabilitatsioon – statsionaarne ravi	-	2	-
eneseabi/tugirühmad	-	1	-

Tervisekindlustus

Riias pakub tervisekindlustust Läti Haigekassa. Et saada tasuta tervishoiuteenuseid, tuleb inimestel end selleks oma perearsti juures registreerida. Registreerimiseks peab inimesel olema ametlik elukoht (deklareeritud elukoht). Meie uurimuse süstivate narkomaanide seast oli end perearsti juures registreerinud 78%, seega omasid nad õigust tasuta tervishoiuteenustele.

Tallinnas katab enamuse tervishoiuteenuste maksumuse Eesti Haigekassa. Kõigil inimestel, kes omavad ametlikku töökohta, on ka tervisekindlustus. Lisaks neile on tervisekindlustus ka alla 19-aastastel lastel, pensionäridel, rasedatel (alates 12. rasedusnädalast) ja veel mõnesse gruppi kuuluvatel inimestel. Tervisekindlustus on ligikaudu 96% riigi elanikkonnast. Meie uurimustöö süstivate narkomaanide valikrühmast omasid riiklikku tervisekindlustust 43% küsitlenuist.

Meie uurimustöö süstivate narkomaanide Vilniuse valimist omasid riiklikku tervisekindlustust 35% küsitlenuist. Leedu tervishoiusüsteemi reguleeriva seaduse kohaselt kuuluvad teistesse ravialuste gruppidesse, kellele riik garanteerib tasuta tervishoiuteenused: tuberkuloosiga haiged ja inimesed, kellel on seksuaalsel teel leviv infektsioon, alkoholi- ja uimastisõltlased ja muude Tervishoiuministeriumi nimekirjas loetletud haiguste kandjad. Leedu Haigekassa seaduses loetletakse need sihtgrupid, kellele laieneb riiklik tervisekindlustus. Nende seas on Tervishoiuministeriumi nimekirjas toodud ühiskonnaohtlike nakkushaiguste kandjad (HIV on nimekirjas esimesel kohal).

Kinnipidamisasutustes viibimine

Vähemalt korra elus kinnipidamisasutusse või vanglasse paigutatud inimeste osakaal kõigist vastanutest oli Vilniuses 71% (n=283), Tallinnas 58% (n=204) ja Riias 45% (n=184). Kinnipidamisasutuses viibinutest teatas Vilniuses küsitlenuist 27%, Riias 44% ja Tallinnas 45% narkootiliste ainete süstimisest vangistuse ajal.

Seksuaalkäitumine ja seksuaalne riskikäitumine

Suur enamuse küsitlenuist olid heteroseksuaalsed (tabel 21). Viimase 6 kuu jooksul olid aktiivset seksuaalelu (vaginaal-, anal- või oraalseks) elanud 73% (n=256) küsitlenuist Tallinnas, Riias 81% (n=331) ja 87% (n=349) Vilniuses. Seksuaalpartnerite arv viimase 12 kuu jooksul on toodud tabelis 22.

Tabel 21. Seksuaalne orientatsioon riikide kaupa

Seksuaalne orientatsioon	TALLINN (n=341)		RIIA (n=381)		VILNIUS (n=392)	
	n	%	n	%	n	%
heteroseksuaalne	333	97,7	353	92,7	389	99,2
homoseksuaalne (geid või lesbid)	3	0,9	2	0,5	3	0,8
biseksuaalne	8	2,4	26	6,8	0	0

Tabel 22. Seksuaalpartnerite arv viimase 12 kuu jooksul, riikide kaupa

Seksuaalpartnerite arv	TALLINN (n=347)		RIIA (n=376)		VILNIUS (n=390)	
	n	%	n	%	n	%
ei ole olnud vahekorras	69	19,9	36	9,6	51	13,1
1 partner	122	35,2	179	47,6	200	51,3
2 või enam partnerit	156	44,9	161	42,8	139	35,6

Püsipartnerid

Tabelites 23–25 on toodud püsipartnerite arv, kondoomi kasutamine vahekorra ajal püsipartneriga ja kinnitatud HIV/hepatiidi viiruse olemasolu püsipartneril.

Tabel 23. Püsipartnerite arv viimase kuue kuu jooksul (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras), riikide kaupa

	TALLINN (n=256)		RIIA (n=286)		VILNIUS (n=189)	
	n	%	n	%	n	%
Püsipartnerite arv						
ei olnud püsipartnerit	84	32,8	4	1,4	0	0
1 partner	142	55,5	215	75,2	173	91,5
2 või enam püsipartnerit	30	11,7	67	23,4	16	8,5

Tabel 24. Kondoomi kasutamise sagedus seksuaalvahekorra ajal püsipartneritega viimase kuue kuu jooksul (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras), riikide kaupa

	TALLINN (n=172)		RIIA (n=282)		VILNIUS (n=189)	
	n	%	n	%	n	%
Kondoomi kasutamise sagedus						
alati	57	33,1	55	19,5	20	10,6
mitte alati	115	66,9	72	25,5	15	7,9
mitte kunagi	-	-	155	55,0	154	81,5

Tabel 25. Püsipartnerid, kellel on HIV või hepatiidi viirus (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras), riikide kaupa

	TALLINN		RIIA		VILNIUS	
	n	%	n	%	n	%
nakatunud HI-viirusega	50(166-st)	30,1	30(269-st)	11,2	11(189-st)	5,8
nakatunud hepatiidi viirusega	46(152-st)	30,3	67(269-st)	24,9	65(189-st)	34,4

Juhupartnerid

Tabelites 26–28 on toodud juhupartnerite arv, kondoomi kasutamine vahekorra ajal juhupartneriga ja juhupartneril kinnitatud HIV/hepatiidi viiruse olemasolu.

Tabel 26. Juhupartnerite arv viimase kuue kuu jooksul (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras), riikide kaupa

	TALLINN (n=252)		RIIA (n=105)		VILNIUS (n=349)	
	n	%	n	%	n	%
Juhupartnerite arv						
ei olnud juhupartnerit	122	48,4	2	1,9	130	37,2
1 partner	29	11,5	22	21,0	39	11,2
2 või enam partnerit	101	40,1	81	77,1	180	51,6

Tabel 27. Kondoomi kasutamise sagedus seksuaalvahekorra ajal juhupartneritega viimase kuue kuu jooksul (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras), riikide kaupa

	TALLINN (n=133)		RIIA (n=103)		VILNIUS (n=219)	
	n	%	n	%	n	%
Kondoomi kasutamise sagedus						
alati	79	59,4	49	47,6	23	10,5
mitte alati	54	40,6	21	20,4	112	51,5
mitte kunagi	-	-	33	32,0	84	38,4

Tabel 28. Juhupartnerid, kellel on HIV või hepatiidiviirus (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras), riikide kaupa

	TALLINN		RIIA		VILNIUS	
	n	%	n	%	n	%
nakatunud HIV viirusega	36 (130-st)	27,7	12 (94-st)	12,8	4 (219-st)	1,8
nakatunud hepatiidiviirusega	29 (125-st)	23,2	19 (94-st)	20,2	142 (219-st)	64,8

Kondoomide päritolu

Riias ja Vilniuses saadi kondoomid põhiliselt apteegist, Tallinnas süstlavahetusprogrammi kaudu (tabel 29).

Tabel 29. Peamine kondoomide hankimise allikas viimase nelja nädala jooksul (nende puhul, kes elasid viimase 4 nädala jooksul aktiivset seksuaalelu), riikide kaupa

	TALLINN (n=206)		RIIA (n=293)		VILNIUS (n=277)	
	n	%	n	%	n	%
Peamine allikas						
ei kasuta kondome	46	22,3	125	42,7	204	73,6
apteegist	37	20,0	97	33,1	8	2,9
poest/kioskist	34	16,5	26	8,9	29	10,5
süstlavahetusprogrammi kaudu	80	38,8	24	8,2	27	9,4
väljatöötajalt	16	7,8	9	3,1	3	1
partner ostis	3	1,5	12	4,1	6	2,2

Rasestumisvastaste vahendite kasutamine püsipartneriga

48% küsitlenuist Riias, 40% Tallinnas ja 58% Vilniuses ütlesid, et vahekorras oma püsipartneriga ei kasutanud nad mingeid kaitsevahendeid (tabel 30). Kõigi kolme riigi puhul oli peamiseks kaitsevahendiks kondoomi kasutamine.

Tabel 30. Kaitsevahendite kasutamine vahekorras oma püsipartneriga (nende seas, kes on viimase 6 kuu jooksul olnud seksuaalvahekorras uu(t)e partneri(te)ga), riikide kaupa

	TALLINN (n=172)		RIIA (n=282)		VILNIUS (n=189)	
	n	%	n	%	n	%
Põhimeetod						
ei ole	69	40,1	134	47,5	110	58,2
kondoomid (meeste või naiste)	78	45,3	122	43,3	35	18,5
hormonaalsed kaitsevahendid	21	12,2	31	11,0	26	13,8
muu	6	3,5	41	14,5	18	9,5

Nõelte ja süstalde jagamine oma seksuaalpartneritega

Kõigist küsitlenuist 2,3% (n=9) Vilniuses, 13% Tallinnas (n=46) ja 18% Riias (n=60) ütlesid, et on viimase 6 kuu jooksul jaganud süstlaid ja/või nõelu oma seksuaalpartneritega.

Prostitutsioon

Küsitlenuist 5% Vilniuses (n=19), 3% Riias (n=13) ja 2% Tallinnas (n=7) väitis, et nad on elu jooksul saanud seksi eest raha, nakrootikume või muud kaupa. Kõigis kolmes riigis väitis eelpooltoodutest üks inimene, et on saanud seksi eest raha või uimasteid viimase nelja nädala jooksul ühe korra; 17 inimest Vilniuses, 2 Riias ja 3 Tallinnas rohkem kui ühe korra.

Teadmised HIV nakkusest

97% küsitlenuist Tallinnas (n=341), 99% Riias (n=401) ja 99,8% Vilniuses (n=399) on midagi kuulnud HIV või AIDSist. Tabelis 31 on ära toodud vastused kolmele kõige sagedamini esitatavale HIV leviku ja ennetamise teemalisele küsimusele.

Tabel 31. HIV ja AIDSi kohta esitatud küsimustele õigeid vastuseid andnud inimeste osakaal (nende seas, kes olid HIV ja AIDSi kuulnud)

	TALLINN (n=341)		RIIA (n=401)		VILNIUS (n=399)	
	n	%	n	%	n	%
Kas inimene võib end ise kaitsta, kasutades kondoomi?	329	96,5	370	92,3	378	94,7
Kas HIVi (AIDSi põhjustav viirus) nakatunud inimene võib olla hea väljanägemisega?	329	96,5	380	94,8	378	94,7
Kas HIV nakkuse võib saada kellegi süstla kasutamisest, kes on seda ise enne kasutanud?	338	99,1	391	97,5	380	95,2
Kõik 3 küsimust vastas õigesti	309	90,6	348	86,8	386	96,7

Tabelis 32 on toodud vastanute poolt nimetatud HIV leviku võimalused, riikide kaupa.

Tabel 32. HIV leviku teed (vastasid need, kes olid midagi kuulnud HIVist ja AIDSi)

NIMETATUD HIV LEVIKU TEED	TALLINN (n=341)		RIIA (n=401)		VILNIUS (n=399)	
	n	%	n	%	n	%
ei oska ühtki levikuviisi nimetada	3	0,9	5	1,2	1	0,3
nõelte ja/või süstalde jagamine	290	85,0	340	84,8	371	92,8
muude süstimise juures kasutatavate vahendite/ narkootikumide lahuse jagamine	183	53,7	299	74,6	183	45,8
seksuaalvahekord	270	79,2	358	89,3	253	63,3
seksuaalvahekord kaitsevahendeid kasutamata	193	56,6	282	70,3	95	23,8
kokkupuude nakatunud verega	115	33,7	298	74,3	225	56,3
vere/veretoodete ülekannet	42	12,3	245	61,1	55	13,5
üsasiseselt, emalt lapsele	42	12,3	208	51,9	62	15,5

HIVi ravi efektiivsusesse uskus 50% küsitlenuist Tallinnas, 46% Vilniuses ja 45% Riias. Nende osakaal, kes uskus, et nad võivad saada ravi, kui nad peaksid kunagi viirusega nakatuma, oli madalam: 35% Tallinnas, 41% Vilniuses ja 30% Riias.

Nakkushaigused

Tabelis 33 on toodud vastajate suhtarv (riikide kaupa), kes teatasid (ise), et neil on kunagi olnud mingi nakkus või seksuaalsel teel saadud infektsioon.

Tabel 33. Nende inimeste osakaal, kellel on kunagi olnud mõni järgnevatest haigustest (riikide kaupa) (%)

NAKKUS/HAIGUS	TALLINN (n=350)	RIIA (n=407)	VILNIUS
tuberkuloos	2,0	8,1	7,5
süüfilis	2,3	3,9	andmed puuduvad
gonorröa	4,9	8,4	andmed puuduvad
genitaalherpes	1,7	3,4	andmed puuduvad
klamüüdia	4,0	4,2	andmed puuduvad
hepatiit	54,1	31,9	andmed puuduvad
HIV	34,6	15,1	6,3

Varasem HIV testimine ja nõustamine

Enamus küsitlenuist kõigist kolmest riigist on kunagi oma elu jooksul läbinud HIV testi (tabel 34). HIV testi läbinutest on üle poole küsitlenuist saanud oma sõnul nii testieelset kui ka testijärgset nõustamist (tabel 34).

Tabel 34. Oma elu jooksul ja viimase 12 kuu jooksul HIV testi teinute suhtarv (kõigist küsitlenuist)

	TALLINN		RIIA		VILNIUS	
	n	%	n	%	n	%
HIV testi kunagi läbinud	297	84,6	292	71,7	379	94,8
HIV testi läbinud viimase 12 kuu jooksul	199	56,9	180	44,2	290	72,5

Tabel 35. Testieelne ja testijärgne nõustamine (nende kohta, kes on teinud HIV testi)

	TALLINN (n=296)		RIIA (n=290)		VILNIUS (n=379)	
	n	%	n	%	n	%
ei	46	15,5	85	29,3	54	14,2
testieelne nõustamine	63	21,3	41	14,1	31	8,2
testijärgne nõustamine	12	4,1	5	1,7	10	2,6
testieelne ja testijärgne nõustamine	175	59,1	159	54,9	284	74,9

Viimase HIV testi tulemused on toodud tabelis 36 (uuritavate eneste teave).

Tabel 36. Viimase HIV testi tulemusel HIV-positiivsete inimeste suhtarv (nende seast, kes olid HIV testi läbinud), riikide kaupa (teatasid ise)

	TALLINN (n=297)		RIIA (n=292)		VILNIUS (n=379)	
	n	%	n	%	n	%
inimesed, kelle viimase HIV testi tulemus oli positiivne	121	40,7	44	15,1	24	6,3

Varasemad B- ja C-hepatiidi uuringud

Paljud küsitlenuist on oma elu jooksul vähemalt korra teinud ka B-hepatiidi (HBV) ja C-hepatiidi (HCV) seroloogilisi uuringuid (tabel 37). Nende osakaal oli eriti kõrge Vilnuses, kus üle 80% küsitlenuist oli teinud nii HBV kui ka HCV testi.

Tabel 37. Oma elu jooksul ja viimase 12 kuu jooksul B- ja C-hepatiidi testi teinute osakaal (kõigist küsitlenuist), riikide kaupa

	TALLINN (n=350)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
HBV test kunagi läbitud	230	65,7	195	47,9	339	84,8
HBV test läbitud viimase 12 kuu jooksul	128	36,6	85	20,9	306	76,7
HCV test	226	64,6	212	52,1	361	90,3
HCV test läbitud viimase 12 kuu jooksul	129	36,9	98	24,0	177	44,4

Tabel 38. Viimase HBV ja HCV testi positiivsete tulemusega inimeste osakaal (nende seast, kes olid HBV ja HCV testi läbinud), riikide kaupa

	TALLINN		RIIA		VILNIUS	
	n	%	n	%	n	%
positiivne HBV testi tulemus	114	49,6	51	26,2	32	9,4
positiivne HCV testi tulemus	121	53,5	114	53,8	288	79,8

B-hepatiidi vastane vaktsineerimine

B-hepatiidi vastu vaktsineeritute osakaal oli Tallinnas 21%, Riias 7% ja Vilniuses 1,5%.

Antiretroviirusravi

Antiretroviirusravi saanute osakaal (nende seast, kelle viimane HIV-test oli olnud positiivne):

- Vilniuses 4% (n=1);
- Tallinnas 13% (n=16);
- Riias 23% (n=10).

Vaata ka tabelit 36, kus on toodud vastajate poolt esitatud andmed nende HIV staatuse kohta.

Seroloogiliste uuringute tulemused

HIV-vastaste antikehade test

HIV-nakatanuid oli teistest linnadest oluliselt rohkem Tallinnas (55%; 95% CI 50–60%) võrreldes Riia (23%; 95% CI 19–27%) ja Vilniusega (8%; 95% CI 5–11%) (tabel 39).

Tabel 39. HIV antikehade testi tulemused riikide kaupa

HIV testi tulemus	TALLINN (n=347)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
positiivne	192	55,3	92	22,6	32	8,0
negatiivne	155	44,7	315	77,4	368	92,0

Riias olid 57% neist, kelle uuringu käigus teostatud HIV-test oli positiivne, teatanud ka oma viimase HIV testi positiivsest tulemusest.

Tallinnas olid 63% neist, kelle uuringu käigus teostatud HIV-test oli positiivne, teatanud ka oma viimase HIV testi positiivsest tulemusest (120 kõigist 192st HIV-positiivsest).

Vilniuses olid 75% neist, kelle uuringu käigus teostatud HIV-test oli positiivne, teatanud ka oma viimase HIV testi positiivsest tulemusest.

HCV antikehade test

HCV antikehi esines kõige vähem Riias (74%; 95% CI 70–79%). Tallinnas oli nende levimus kõige kõrgem – 90% (95% CI 91–96%) ja Vilniuses 95% (95% CI 93–97%).

Tabel 40. HCV antikehade testi tulemused riikide kaupa

HCV testi tulemus	TALLINN (n=347)		RIIA (n=406)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
positiivne	327	93,4	302	74,2	379	94,8
negatiivne	20	5,7	104	25,6	21	5,3

Riias olid 55% neist, kes said uuringu käigus läbiviidud testil HCV positiivse tulemuse, teatanud ka oma viimase HCV testi positiivsest tulemusest.

Tallinnas olid 38% neist, kes said uuringu käigus läbiviidud testil HCV positiivse tulemuse, teatanud ka oma viimase HCV testi positiivsest tulemusest.

Vilniuses olid 76% neist, kes said uuringu käigus läbiviidud testil HCV positiivse tulemuse, teatanud ka oma viimase HCV testi positiivsest tulemusest.

HBV antikehade test

HBV antikehade (HBVcore) levimus oli kõige madalam Riias (56%; 95% CI: 51–61%). Tallinnas oli see 77% (95% CI 72–81%) ning Vilniuses 82% (95% CI: 78–85%).

Tabel 41. HBVcore-antikehade testi tulemused riikide kaupa

HBV antikehade testi tulemused	TALLINN (n=349)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
positiivne	268	76,8	227	55,7	328	82,0
negatiivne	81	23,1	179	44,0	72	18,0

Tabel 42 näitab, kui paljudel juhtudel esines vastajatel HIV, HCV ja HBV infektsioonide markerite kombinatsioone.

Tabel 42. HIV, HCV ja HBV testide tulemused riikide kaupa (kõigi osalejate seas)

	TALLINN (n=349)		RIIA (n=407)		VILNIUS (n=400)	
	n	%	n	%	n	%
HIV neg, HBV neg, HCV neg	17	4,9	85	21,0	16	4,0
HIV pos, HBV pos, HCV pos	164	47,4	63	15,6	27	6,8

Süüfilis

Riias oli 4%-l (n=18) osalejatest süüfilise markerid positiivsed; Tallinnas 9%-l (n=33) ja Vilniuses 7%-l osalejatest (n=28).

Tuberkuloos

7 küsitletut Tallinnast (2%), 30 Vilniusest (8%) ja 33 Riias (8%) teatasid, et on kunagi põdenud tuberkuloosi. Tabelis 43 on toodud interferoon-gamma testi tulemused (latentse tuberkuloosi näitajad).

Tabel 43. Interferoon-gamma testi tulemused riikide kaupa

Interferoon-gamma testi tulemused	TALLINN (n=208)		RIIA (n=387)		VILNIUS (n=102)*	
	n	%	n	%	n	%
positiivne	21	10,1	89	23,0	25	24,5
negatiivne	186	89,4	276	71,3	77	75,5
selgusetu	1	0,5	22	5,7	-	

* Vilniuses teostati kõigile osalejatele TB IgG testi (Panthozyme MYCO IgG; Omega Diagnostics Ltd, UK). TB IgG positiivsed kontrolliti üle QuantiFERON-TB Gold testiga. Tulemused esitatakse ainult TB IgG positiivsete kohta.

Tallinnas oli latentse tuberkuloosi markereid HIV-positiivsete osalejate seas 9%, HIV-negatiivsete seas 12%. Riias oli latentset tuberkuloosi HIV-positiivsete osalejate seas 17%, HIV-negatiivsete seas 23%.

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Alates 1990ndatest on narkootikumide süstimine kõigis Baltimaades tõusnud, mis on põhjustanud ka vere kaudu levivate infektsioonide – HIV, B- ja C-hepatiidi – leviku tõusu.

Käesoleva uurimustöö põhjal võib öelda, et enamuse kolme Balti riigi süstivatest narkomaanidest on üksikud noored mehed. Uurimuses osalejad olid kõige vanemad Leedus (keskmine vanus 30,5 aastat), noorimad Tallinnas (keskmine vanus 26,5). Märkimisväärselt suur osa neist ei ole mitte riigi põlisrahvusest, vaid esindavad muid rahvaid (venelased, poolakad, ukrainlased jne). Paljud süstivad narkomaanid on vähemalt kord oma elus olnud vangis, vähem kui veerandil on kutse- või kõrgem haridus. 24% küsitletuist Vilniuses, 54% Tallinnas ja 73% Riias oli viimase 4 nädala jooksul peamiseks sissetulekute allikaks olnud nende alaline või ajutine töökoht. Kerjamine tänavatel ja prostitutsioon olid üliharvad (esinesid ainult Vilniuses). 5% küsitletuist Riias, 32% Tallinnas ja 38% Vilniuses oli viimase 4 nädala jooksul peamiseks sissetulekute allikaks olnud varastamine, röövimine või pisivargused. Uurimus näitas, et Vilniuse vastajad olid saanud rohkem riiklikku toetust (20%) kui Riia ja Tallinna omad. Siiski väitis Tallinnas ja Riias kaks korda enam küsitletuid kui Vilniuses, et neil on alaline või ajutine sissetulekuallikas olemas.

71% Riia, 68% Tallinna ja 43% Vilniuse uuritavatest on ebaseaduslike narkootilisi aineid tarbinud muul viisil kui süstides, enne kui neist said süstivad narkomaanid. Ebaseaduslike narkootiliste ainete tarbimisega alustati Tallinnas keskmiselt 16,3, Riias 17,3 ja Vilniuses 17,4 aasta vanuselt. See osutab vajadusele parandada ebaseaduslike narkootiliste ainete tarbimise alaseid põhitegureid käsitlevat ennetustööd laste ja alaealiste hulgas kooli-, rühmaõppe- ja teiste programmide kaudu. Lisaks sellele on väga olulisel kohal narkootikume tarvitavatele noortele suunatud programmid, et ennetada narkootikumide süstimise alustamist. Sageli ei jõuta uimasteid kuritarvitavate noorteni koolide kaudu, mistõttu tuleb tegevusse kaasata ka noorte riskigruppidega tegelevad institutsioonid ja organisatsioonid, samuti kogu esmatasandi tervishoid.

Narkootiliste ainete süstimise keskmine periood oli alates 7,9 aastast Tallinnas kuni 10,4 aastani Vilniuses. Põhiliselt süstiti Tallinnas fentanüüli (72%), millele järgnes amfetamiin (26%). Riias süstiti peamiselt heroini (45%), millele järgnes amfetamiini süstimise sagedus pea samas suurusjärgus (44%). Vilniuses süstiti põhiliselt hankat (moonivedelik) – 57% osalejatest, heroini süstis 32% küsitletuist. Amfetamiini süstiti palju vähem Vilniuses (9%). Tallinnas või Riias oli amfetamiinitarbijate sõnusti nende süstimise periood lühem (alla 3 aasta) kui opiaatide tarbijatel.

39% küsitletuist Tallinnas, 41% Riias ja 55% Vilniuses on vähemalt üks kord oma elus viibinud narkomaaniaravil. Arvestades süstivate narkomaanide suurt hulka ja süstimise suhteliselt pikka kestvust, on tarvis parandada narkomaaniaravi kättesaadavust ja kvaliteeti ning rehabilitatsiooni, sealhulgas asendusravi opiaatsõltlastele, kelle puhul see oleks tulemuslik. Programmid peavad arvestama erinevate ainete tarvitajate vajadusi (opiaadid versus stimulandid). Süstlavahetusprogrammid ja madala läve keskused peaksid oma kliente aktiivselt suunama ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammidesse.

44% küsitletuist Riias, 48% Vilniuses ja 63% Tallinnas ütlesid, et nad on kunagi kogenud narkootikumi üledoosi. Kahjude vähendamise programmid peavad pöörama tähelepanu üleannustamise ennetamisele, jagades teavet „ohutuma doseerimise ja süstimisvõtete kohta”.

31% küsitletuist Riias, 25% Tallinnas ja 2% Vilniuses vastas, et nad olid viimase nelja nädala jooksul jaganud teistega süstlaid ja/või nõelu. Lisaks teatasid küllalt paljud vastajad muude süstimisvahendite jagamisest. See, et narkootilise aine ettevalmistamiseks kasutatava varustuse (näiteks vati ja keedunõude) omavaheline jagamine võib olla oluliseks HIV ja HCV levikuteeks, on selgelt tõestatav. Hagan tegi koos oma töörühmaga kindlaks selle, et 54% HCV nakkusjuhtudest nende puhul, kes ei jaganud omavahel süstlaid, olid põhjustatud narkootikumi ettevalmistamise varustuse ühiskasutusest (Hagan 2001). Süstivatele narkomaanidele suunatud HIV ja HCV leviku vähendamise programmid peavad keskenduma nii süstimisvahendite kui ka nõelte ja süstalde omavahelise jagamise vältimisele. Põhitähelepanu tuleb pöörata teabe levitamisele, nõustamisele, igal võimalusel tuleks välja jagada ka puhast süstimisvarustust (niinimetatud „ohutuma süstimise komplektid”). Oluline on arendada välja lühemat aega süstinud narkomaanidele mõeldud programme, kuna nende kokkupuude kahjude vähendamise teenustega on vähem tõenäoline, kuid nad käituvad siiski riskeerivalt nii süstimisel kui ka seksuaalsuhetes.

42% küsitletuist Tallinnas, 40% Vilniuses ja 8% Riias väitsid, et süstlavahetusprogramm on peamine koht, kust saadi puhtaid süstlaid. Väljatõud kui peamist allikat nimetas 15% küsitletuist Tallinnas, 4% Riias ja 0,3% Vilniuses. Tõsiselt tähelepanu tuleb pöörata süstlavahetusteenuse parandamisele, et sellest võiks osa saada suurem hulk süstivaid narkomaane.

Süstalde ostmine apteegist oli laialt levinud. Lisaks praegustele funktsioonidele võiks tulevikus olla sellistes riikides nagu Eesti, kus narkootikumide süstimine ja HIV on väga tõsiseks probleemiks, apteek ka süstalde vahetamise ja narkomaaniaalase nõustamise punktiks. Apteekide kasutamine on arenenud riikide puhul üsna levinud alternatiivne võimalus, mis on jõudnud juba tõestada oma kasulikkust süstlavahetusprogrammide ja madala läve keskustena (Strang 1996, Lurie 1998, Matheson 2002, Thein 2003).

Märkimisväärne hulk küsitletuist olid olnud vangis, neist umbes kolmandik olid süstimist jätkanud ka vangistuse ajal. Varasemad uurimused on näidanud tugevat seost vangistuse ja HI-viirusega nakatumise vahel (Kang 2005, Wood 2005). Leedu elas üle suurema HIV puhangu Alytuse vanglas aastal 2002 (Likatavicius 2003). Ligikaudu 15–20% kõigist uutest HIV juhtudest Eestis diagnoositakse vanglates (HIV-nakkuse Referentslaboratoorium). 2007. aasta lõpuks oli 26% kõigist Lätis registreeritud HIV juhtudest diagnoositud kinnipidamisasutustes (sinna sattumisel).

Kinnipidamisasutus on keskkond, kus vere kaudu levivad infektsioonid võivad levida kiiresti, mistõttu tuleb neis paigus enam tähelepanu pöörata seksumisele, et muuta riskeerivat käitumist, vähendada kahjusid ja pakkuda narkomaaniravi (sealhulgas ravimivaba ravi).

Uurimuse tulemuste põhjal saime andmeid selle kohta, et süstivad narkomaanid elavad aktiivset seksuaalelu, paljudel neist on viimase kuue kuu jooksul olnud mitu seksuaalpartnerit. Levinud on seksuaalne riskikäitumine (ei kasutata kondome, oma seksuaalpartneriga jagatakse süstlaid). Suhetes püsipartneriga kasutatakse rasestumisvastaseid vahendeid vähe. 48% küsitlenuist Riias, 40% Tallinnas ja 58% Vilniuses ütlesid, et vahekorras oma püsipartneriga ei kasutanud nad mingeid rasestumisvastaseid vahendeid. Kõigi kolme puhul oli peamiseks rasestumisvastaseks vahendiks kondoomi kasutamine.

Samuti väitis osa uuritud süstivaid narkomaane (ainult Leedus), et on seksi eest saanud kunagi raha, uimasteid või muud kaupa. Kuna süstivate narkomaanide seksuaalpartnereid käsitletakse kui sidusrühma, kelle kaudu võivad HIV ja teised vere kaudu levivad infektsioonid levida muu, mittesüstiva elanikkonna sekka, tuleb tegeleda seksuaalse riskikäitumise vähendamisega (haridus, teadmiste ja oskuste arendamine, tasuta kondoomide jagamine süstlavahetus-programmide raames).

Meie tulemused näitavad, et isegi nende inimeste puhul, kes on oma HIVi nakatumisest teadlikud, esineb aeg-ajalt ikkagi ka riskikäitumist (nii seksuaalset kui ka narkootikumide süstimisega seotult). See tõestab omakorda, et veel ei ole piisaval määral seksuumi riskikäitumise muutmiseks. Kõik kahjude vähendamise programmid ja madala läve keskused peavad pöörama erilist tähelepanu HIV ja/või muude haigusetekitajatega juba nakatunud inimestele.

Selle uurimuse valimi süstivate narkomaanide seas oli HIV esinemise sagedus suur: 55% Tallinnas, 23% Riias ja 8% Vilniuses. See vastab eelnevatele uurimustöödele: Tallinnas oli 350 vaatlusaluse seas 54%-l HIV (Platt 2006). Lätis oli 2005. aastal HIV esinemissagedus 325 noore süstiva narkomaani seas 22% (Public Health Agency 2005). Vilniuses tehti 2006.a. HIVi nakatamine kindlaks 320-st süstivast narkomaanist 10%-l (Caplinskiene 2008). HIVi kõrge levimus on tuvastatud ka mujal Ida-Euroopas. Vene Föderatsioonis Togliattis (2001) tehti süstivate narkomaanide seas läbiviidud uurimuse käigus kindlaks HIVi esinemine 56%-l uuritute, Sankt-Peterburgis olid (2006) 47% narkomaanidest HIV-positiivsed. Valgevenes, Zlobini linnas, oli 2006. aastal HIV levimus süstivate narkomaanide seas 52% (EuroHIV 2007 b).

Selle uurimuse valimi süstivate narkomaanide seas oli HCV esinemise sagedus veelgi suurem: 93% Tallinnas, 74% Riias ja 95% Vilniuses. HCV on süstivate narkomaanide seas küllaltki tavaline, selle seroloogiline levimus on tavaliselt 60% kuni 80% (Des Jarlais 2001). Ida-Euroopas on täheldatud isegi 92%-list levimust (Naumov 1999). HCV viirusesse nakatatakse sageli just narkootiliste ainete süstimise alustamisel. USAs Baltimore'is läbiviidud uurimus näitas, et HCV nakkuse tase oli juba alla 2-aastase staažiga süstivate narkomaanide seas 60% (Garfein 1998). Ligikaudu 80%-st HCVga nakatunud inimestest saavad kroonilised viirus kandjad ning HCV levib ühiskasutuses olevate süstimisvahendite kaudu. Nakatunud inimestest haigestub väike osa. HCV viirusega nakatumisest tõsise maksahaiguse lõppstaadiumi kujunemiseni kulub arvestuslikult 20 kuni 30 aastat (Des Jarlais 2001).

2% küsitlenuist Tallinnas ja 8% Riias ning Vilniuses avaldasid, et on põdenud tuberkuloosi. M. tuberculosis' spetsiifilise interferoon-gamma levimus oli Tallinnas 10% ja Riias 23%. Tuberkuloosi nakatunud inimestel, kellel ei ole samaaegselt HIV nakkust, on 5–10%-line eluaegne risk tuberkuloosi haigestumiseks; samas neil, kellel on ka HIV, on tuberkuloosi haigestumise oht iga-aastaselt 5–10%.

HCV kõrge esinemissagedus, samuti selle krooniliseks muutumise võimalus osutavad sellele, et tervishoiusüsteem peab arvestama kasvava vajadusega HIV ja hepatiidiravi ja ravijärgse jälgimise järele. Valmis peab olema ka tuberkuloosiepideemia puhkemiseks süstivate narkomaanide seas, eriti HIV viirusega nakatunute seas.

Vähemalt ühe korra HIV testi teinute osakaal ulatub 72%-st Riias kuni 92%-ni Vilniuses. Tallinnas ja Riias oli HCV ja HBV teste teinute hulk isegi sellest tasemest väiksem. Suur testimisega kaetus Vilniuses on kooskõlas suhteliselt suure nõelte/süstalde vahetamise programmi keskuste külastatavusega, kus kõigil osavõtjatel soovitatakse teha ka HIV ja viirushepatiidi testid. Testieelset ja testijärgset nõustamist on saanud alla 75% küsitlenuist. Nendest, kes antud uuringu käigus osutasid HIV-nakatunuks 43% Riias, 38% Tallinnas ja 25% Vilniuses, ei olnud ise oma nakatumisest teadlikud. Tõendusmaterjalidele toetudes võib väita, et enese HIV nakkusest mitteteadlikud inimesed põhjustavad 54% uutest nakkusjuhtudest (Marks 2006). Uurimus näitab, et vabatahtliku nõustamise ja testimise võrgustiku laiendamine, sealhulgas personali koolitus, on ülioluline.

HIV ja teiste vere kaudu ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide nõustamis- ja testimisteenuseid tuleb laiendada; keskused peavad asuma süstivatele narkomaanidele turvalises ja sobivas asukohas. Tuleb välja arendada tugisüsteem testimisest haiguste ravini. Juhtumikorralduse põhimõttest (meditsiinipersonali ja sotsiaaltöötajate koostööst) lähtudes suurendatakse nii registreeritud ja edasiselt jälgitavate süstivate narkomaanide kui ka antiretroviirusravi saavate patsientide arvu.

Mitte kõik küsitlenuist süstivad narkomaanid ei omanud riiklikku tervisekindlustust või midagi samaväärset. See võib olla üks takistus, miks tervishoiuteenused ei ole kättesaadavad ning seda tuleb arvesse võtta tervishoiuteenuste kavandamisel ja pakkumisel. Siiski paistab, et märkimisväärne hulk süstivaid narkomaane ei otsigi abi tervishoiuasutustelt, kuna nad võivad karta, et meditsiinipersonal hakkaks neid kuidagi häbimärgistama.

Ligikaudu pooled patsiendid pidasid HIV ravi tulemuslikuks. Nende küsitletute osakaal, kes uskus ravisse, kui nad peaksid nakatuma, oli umbes üks kolmandik. Ka edaspidi peame uurima ja tegelema tegelike ja kujuteldavate takistustega ravi ja hoolekandeteenuste poole pöördumises.

Olenemata HIV levimuse püsimisest suhteliselt samal tasemel kõigi kolme riigi süstivate narkomaanide hulgas, püsib ka HIV ja teiste vere teel levivate infektsioonide edasise leviku oht süstivate narkomaanide seksuaalpartneritelt ülejäänud elanikkonnale. Ebaseaduslike narkootiliste ainete, eriti aga narkootikumide süstimise ennetamine on üheks olulisemaks võtmeks HIV ja teiste vere kaudu levivate infektsioonide haiguskoormuse vähendamiseks.

Parema tulemuse saavutamine nõuab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsiooni. Kõik ennetus- ja hoolekandeprogrammid peavad arvestama rahvusvaheliste näitajate ja kogemustega, kuid peavad samas olema kohandatud kohalikele oludele ning arvestama narkootiliste ainete tarbimise sotsiaalseid ja kultuurilisi aspekte.

UURIMISRÜHMAD

Riia uurimisrühm

NIMI	ASUTUS	ÜLESANDED
Andris Ferdats	Riiklik Tervishoiuamet (<i>Public Health Agency</i>)	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine
Anda Karnite	Riiklik Tervishoiuamet (<i>Public Health Agency</i>), Riia Stradinsi Ülikool, rahvatervise ja epidemioloogia õppetool (<i>Riga Stradins University, Department of Public Health and Epidemiology</i>)	Uurimuse kavandamine, andmete sisestamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine
Inga Brokere	Riiklik Tervishoiuamet (<i>Public Health Agency</i>)	Uurimuse kavandamine, andmete sisestamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine, uurimuse keskuste supervisioon
Baiba Eglite	Riiklik Tervishoiuamet (<i>Public Health Agency</i>)	Andmete sisestamine
Ieva Tuca	Riiklik Tervishoiuamet (<i>Public Health Agency</i>)	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine, uurimuse keskuste supervisioon
Gunta Kirvelaite	Riiklik tuberkuloosi ja kopsuhaiguste amet (<i>State Agency of Tuberculosis and Lung Diseases</i>)	Tuberkuloosiuurimuse kavandamine
Inga Bulmistre	Riiklik Tervishoiuamet (<i>Public Health Agency</i>)	Uurimuse kavandamine, andmete kogumine, uurimuse keskuste supervisioon

Tallinna uurimisrühm

NIMI	ASUTUS	ÜLESANDED
Anneli Uusküla	Tervishoiu instituut, Tartu Ülikool	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine
Helle-Mai Loit	Tervise Arengu Instituut, krooniliste haiguste osakond	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine
Kristi Rüütel	Tervise Arengu Instituut, nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakond	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine, supervisioon
Ave Talu	Tervise Arengu Instituut, Eesti uimastiseire keskus	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine, supervisioon
Katri Abel-Ollo	Tervise Arengu Instituut, Eesti uimastiseire keskus	Uurimuse kavandamine, tulemuste analüüs ja publitseerimine, supervisioon
Liilia Lõhmus	Tervise Arengu Instituut, seire ja hindamise osakond	Tulemuste analüüs
Kai Kliiman	Tervise Arengu Instituut, riiklik tuberkuloositorje programm	Tuberkuloosiuurimuse kavandamine
Igor Sobolev	MTÜ Convictus Eesti	Uurimuse keskuste supervisioon

Vilniuse uurimisrühm

NIMI	ASUTUS	ÜLESANDED
Saulius Caplinskas	Leedu Tervishoiu- ja sotsiaalministeeriumi AIDSi keskus (<i>Lithuanian AIDS Centre</i>); M. Romerise nimeline Ülikool, Sotsiaalpoliitika teaduskond, dotsent	Projekti koordinaator, uurimuse kavandamine, teadusliku uurimisrühma juhendamine
Irma Caplinskiene	Leedu Tervishoiu- ja sotsiaalministeeriumi AIDSi keskus (<i>Lithuanian AIDS Centre</i>); M. Romerise nimelise Ülikooli epidemioloogiaosakonna juhataja	Uurimuse kavandamine, uurimuse supervisioon, tulemuste analüüs
Vilnele Lipnickiene	Leedu Tervishoiu- ja sotsiaalministeeriumi AIDSi keskuse laboratoorium (<i>Lithuanian AIDS Centre</i>), laboriarst	Laboratoorsete tööde kavandamine, testimise superviseerimine
Janina Kulsiene	Leedu Tervishoiu- ja sotsiaalministeeriumi AIDSi keskuse kahjude vähendamise kabinet (<i>Lithuanian AIDS Centre</i>)	Intervjueerimise juhendaja
Lilija Kochanovskaja	Leedu Tervishoiu- ja sotsiaalministeeriumi AIDSi keskuse kahjude vähendamise kabinet (<i>Lithuanian AIDS Centre</i>)	Andmete kogumine, osalejate suunamine testimisele
Romualdas Gurevicius	Vilniuse Ülikool, dotsent	Uurimuse konsultant

KASUTATUD KIRJANDUS

- Brassard P., et al. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(8):988–993.
- Caplinskas S, Strujeva O., et al. Epidemiology of the human immunodeficiency virus (HIV) in Lithuania: 19 year surveillance result. Poster exhibition: 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 2007. Sydney. Australia. Abstract no. MOPEC013". <http://www.iasociety.org>.
- Caplinskas S. Epidemiology of HIV/AIDS in Lithuania in 1988-2001: review of present situation and prognosis of HIV transmission trends. *Medicina (Kaunas).* 2004;40(2):161–168. <http://medicina.kmu.lt>.
- Caplinskiene I, Caplinskas S., et al. Research on Drug Use and Biological; Markers among the Clients of the Harm Reduction Site at Lithuanian AIDS Centre 2nd open Europe AIDS conference "Europe and HIV/AIDS: new challenges, new opportunities", Vilnius, Sept 16-18, 2004: poster. – ISBN 9986 720 16 8. – Vilnius: abstract book. 2004. – P.59. <http://www.iasociety.org>.
- Caplinskienė I, Caplinskas S, Griškevičius A. Narkotikų vartojimas ir ŽIV infekcija įkalinimo įstaigose. Drug use and HIV in prisons. Bibliogr: 28 pavad. // *Medicina.* 2003, T.39, Nr. 8, p. 797–80. <http://medicina.kmu.lt>.
- Caplinskiene I. Assessment of behavioural and biological indicators in injecting drug users (IDUs). Abstract no. CDC0452. AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference. Canada, Toronto. <http://www.iasociety.org>.
- Caplinskiene I. Comparison of the sociodemographic characteristics and risky behaviour of active HIV(+) and HIV(-) injecting drug users (IDUs). Abstract no. MOPE0610 and poster presentation. AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. <http://www.iasociety.org>.
- Database of Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania, 2007. <http://www.nkd.lt>.
- Database of Latvia Tuberculosis Register. State Agency for Tuberculosis and Lung Diseases, Latvia.
- Database of Lithuanian AIDS Centre under Ministry of Health. <http://www.aids.lt>.
- Database of Lithuanian Tuberculosis Register.
- Des Jarlais D, Schuchat A. Hepatitis C Among Drug Users: Déjà Vu All Over Again? *Am J Pub Health* 2001;91(1):21–22.
- Des Jarlais DC, Perlis TE, Stimson GV, et al. WHO Phase II Drug Injection Collaborative Study Group: Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II. *BMC Public Health* 2006, 6:54.
- Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, et al. Factors Associated With Prevalent Hepatitis C: Differences Among Young Adult Injection Drug Users in Lower and Upper Manhattan, New York City. *Am J Pub Health* 2001;91(1):23–30.
- Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Lithuanian National Report on Drug situation 2006. Annual report, 2007. Available at: www.nkd.lt.
- Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania. Lithuanian National Report on Drug situation 2007. Annual report, 2008. Available at: www.nkd.lt.
- Eesti Haigekassa. <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/>.
- Eesti Statistika. <http://www.stat.ee/rahvastik>.
- Eesti Tuberkuloosiregister.
- ESPAD Report 1995. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
- ESPAD Report 1999. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
- ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
- ESPAD Report 2007. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries
- ESPAD Report 2007. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū. Sabiedrības veselības aģentūra, Rīga, 2008. http://www.sva.lv/files/atkaribas/espada_laspada_2007.pdf.
- EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006. No 75, 2007 (a).
- EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. No 76, 2007 (b).
- Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection

- drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998;18(suppl 1):S11–S19.
- Hagan H, Thiede H, Wdss NS, et al. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C virus. *Am J Public Health* 2001;91:42–46.
- Heckathorn DD, et al. A Methodology for Reducing Respondent Duplication and Impersonation in Samples of Hidden Populations. *Journal of Drug Issues*; 2001.
- Heckathorn DD. Respondent-driven sampling II: valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems* 2002;49(1):11–34.
- Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations". *Social Problems* 1997(2):174–199.
- HIV-nakkuse Referentslaboratoorium. <http://www.ltkh.ee/?id=1069>.
- Institute of Sociological Studies (Socioloģisko pētījumu institūts). Atkarību izraisīto vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū. Pētījuma rezultāti. Rīga, 2008.
- Kalikova N. The HIV epidemic in Estonia. Proceedings of the 3rd Congress of the Estonian Society of Sexually Transmitted Infections (EUSTI) 2001:14–5.
- Kang SY, Deren S, Andia J, et al. HIV Transmission Behaviors in Jail/Prison Among Puerto Rican Drug Injectors in New York and Puerto Rico. *IDS Behav* 2005;18:1–10.
- Latvian Health Statistics and Medical Technology State Agency. Yearbook of Health Care Statistics in Latvia, 2006. Riga, 2007.
- Latvian Health Statistics and Medical Technology State Agency. Yearbook of Health Care Statistics in Latvia, 2007. Riga, 2008.
- Likatavičius G, Caplinskas S, et al. HIV outbreak in prison / 14th international conference on the reduction of drug related harm "Strengthening Partnerships for a Safer Future": final programme and abstract book, Chiangmai, Thailand, Apr 6-10, 2003: abstract P.174.
- Lurie P, Jones TS, Foley J. A sterile syringe for every drug user injection: how many injections take place annually, and how might pharmacists contribute to syringe distribution? *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;18:45–51.
- Lāti Pereplaneerimise ja Seksuaaltervise Liit "Papardes zieds". Literature Review of the project Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups, Riga, 2008. <http://www.unodc.org/unodc/en/baltics/library.html>.
- Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20(10):1447–1450.
- Matheson C, Bond CM, Pitcairn J. Community pharmacy services for drug misusers in Scotland: what difference does 5 years make? *Addiction* 2002;97:1405–1411.
- Merkinaite S., Jeffrey V. Lazarus, Charles Gore. Addressing HCV infection in Europe: reported, estimated and undiagnosed cases. *Centr Eur J Public Health* 2008;16 (3):106–110.
- Naoumov NV. Hepatitis C virus infection in Eastern Europe. *J Hepatol* 1999;31(Suppl. 1):84–87.
- Platt L, Bobrova N, Rhodes T, et al. High HIV prevalence among injecting drug users in Estonia: implications for understanding the risk environment. *AIDS* 2006;16(20):2120–2123.
- Priimägi L, Kremerman I, Tefanova V, Tallo T, Osadtsaja G. Study on hepatitis C and hepatitis B infected intravenous drug users. *Eesti Arst* 1998;6:521–523.
- Public Health Agency. The prevalence and consequences of dependency inducing substances in Latvia. 16th edition, Riga, 2007. http://www.sva.lv/files/atkaribas/addiction_in_lv.16_edition.pdf.
- Reitox National Focal Point. 2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA. Latvia: new development, trends and in-depth information on selected issues. Riga: Public Health Agency 2007.
- Selwyn PA et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1989, 320:545–550.
- Sotsiaalministeerium. <http://www.sm.ee/est/pages/index.html>.
- Strang J, Sheridan J, Barber N. Prescribing injectable and oral methadone to opiate addicts: results from the 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. *BMJ* 1996;313:270–272.

- Strujeva O, Caplinskas S, et al. Trends by transmission category in HIV/AIDS in Lithuania (1988–2005): AIDS 2006 – XVI International AIDS Conference. Canada, Toronto. Abstract no. CDC0006.
- Strujeva O. Reglementation of Volunteer Testing and Counselling Services for IDU's in Lithuania. 2007. <http://www.unodc.org/documents/baltics>.
- Žagminas K., Morkūnas B., Kuprevičienė N., Zagrebnevienė G. Virusiniai hepatitai. Vakcinacijos strategija. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2007, p. 91–97. National Health Board. <http://www.lrs.lt>.
- Tefanova V, Krupskaja L, Kikos G, Tallo T, Priimägi L. Study on hepatitis B and hepatitis C epidemiology in Tallinn. Eesti Arst 1998;6:552–553.
- Tefanova, V., Priimägi, L., Tallo, T., Jaroslavtsev N. "Hepatitis B and C infection among intravenous drug users in prisons and visitors of anonymous consulting rooms in Estonia: prevalence and risk factors". Connections 2003;14:8–9.
- Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/>.
- Tervise Arengu Instituut. Eesti Uimastiseire Keskus. National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point "Estonia". New development, trends and in-depth information on selected issues. Tallinn 2008.
- Tervisekaitseinspeksioon. <http://www.tervisekaitse.ee>.
- The State Addiction Agency (Narkoloģijas valsts aģentūra) (Alkoholisma, narkomānijas un smēķēšanas izplatība un sekas Latvijā. 14. izdevums, Rīga, Latvia 2006.
- Thein HH, Denoe M, van Beek I, et al. Injecting behaviour of injecting drug users at needle and syringe programmes and pharmacies in Australia. Int J Drug Policy 2003;14:425–430.
- Trapencieris M. et al. Narkotiku lietošanas tendences un paradumi Latvijā: narkotiku lietotāju kohortas pētījuma 2007. gada posma rezultātu analīze. Rīga: NVO „Dia+Logs“.
- UNGASS Country Progress Report, Latvia 2008. Reporting period: January 2006 – December 2007. <http://www.unaids.org>.
- UNGASS Country Progress Report, Lithuania 2008. Reporting period: January 2006 – December 2007. <http://www.unaids.org>.
- UNODC. Annual reports Questionnaire Part III. Illicit supply of drugs. Estonia. 2008.
- Uzdavinienė V, et al. Human immunodeficiency virus and tuberculosis coinfection in Lithuania. AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference. Mexico. Abstract no. CDC0083" <http://www.iasociety.org>.
- Uzdavinienė V, et al. Prevalence of viral hepatitis B and C among HIV-infected people in Lithuania. Abstract no. C10978. AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference. Mexico City, Mexico. <http://www.iasociety.org>.
- Uzdavinienė V. et al. Principles of HIV mother-to-child transmission (MTCT) prophylaxis in Lithuania. AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference: Abstract no. CDE0088". <http://www.iasociety.org>.
- Uzdavinienė V., et al. Prevalence of viral hepatitis B and C among HIV-infected people in Lithuania. Print Only: The XIV International AIDS Conference. 2002. Barcelona. Abstract no. C10978. <http://www.iasociety.org>.
- Uzdavinienė V. Accessibility of Antiretroviral Therapy for Injecting Drug Users in Lithuania. 2007. <http://www.unodc.org/documents/baltics>.
- Uusküla A, McNutt LA, Dehovitz J, et al. High prevalence of blood-borne virus infections and high-risk behaviour among injecting drug users in Tallinn, Estonia. Int J STD AIDS 2007;18(1):41–46 (a).
- Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, et al. Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. Addiction Research & Theory 2007;15(4):411–424 (b).
- WHO. Providing comprehensive TB and HIV prevention treatment and care services for injecting drug users. Geneva 2006.
- Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, et al. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. Eurosurveillance 2008;13(50):1–3.
- Wilson TE, Sharma A, Zilmer K, et al. The HIV prevention needs of injection drug users in Estonia. Int J STD AIDS 2007;18(6):389–391.
- Wood E, Li K, Small W, et al. Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. Public Health Rep 2005;120(2):150–156.

LISA. ANDMED SEEMNETE KOHTA

Riia, Läti

	1. SEEME	2. SEEME	3. SEEME	4. SEEME	5. SEEME	6. SEEME	7. SEEME	8. SEEME
Sugu	M	M	M	F	M	M	M	M
Vanus	24	36	30	28	32	29	26	36
Rahvus	venelane	venelane	ukrainlane	venelane	lätlane	lätlane	venelane	tšetšeen
Peamine süstitav narkootikum	heroiin	efedriin	amfetamiin	amfetamiin	amfetamiin	amfetamiin	heroiin	amfetamiin
Olnud seksuaal-vahekorras raha vmt eest	ei	ei	ei	jah	ei	ei	ei	ei
Kinnipidamis-asutustes viibimine	ei	ei	jah	ei	jah	jah	jah	jah
HIV staatus (seemne andmetel)	neg	ei ole testitud	ei tea	neg	neg	pos	neg	neg
Lainete arv	9	7	9	9	2	5	3	13

Tallinn, Eesti

	1. SEEME	2. SEEME	3. SEEME	4. SEEME	5. SEEME
Sugu	N	M	N	M	M
Vanus	24	35	19	23	21
Rahvus	venelane	venelane	venelane	eestlane	eestlane
Peamine süstitav narkootikum	fentanüül	fentanüül	amfetamiin	fentanüül	amfetamiin
Olnud seksuaal-vahekorras raha vmt eest	ei	ei	ei	ei	ei
Kinnipidamis-asutustes viibimine	ei	jah	ei	jah	jah
HIV staatus (seemne andmetel)	pos	neg	pos	neg	neg
Lainete arv	15	16	2	1	4

Vilnius, Leedu

	1. SEEME	2. SEEME	3. SEEME	4. SEEME	5. SEEME	6. SEEME
Sugu	M	M	M	N	N	M
Vanus	30	35	42	18	25	36
Rahvus	venelane	leedulane	leedulane	leedulane	poolakas	leedulane
Peamine süstitav narkootikum	heroiin	heroiin	moon	moon	moon	heroiin
Olnud seksuaal-vahekorras raha vmt eest	ei	ei	ei	ei	jah	ei
Kinnipidamis-asutustes viibimine	jah	ei	jah	ei	ei	jah
HIV staatus (seemne andmetel)	pos	neg	neg	neg	neg	pos
Lainete arv	9	10	6	2	4	5

ISBN 978-9985-9977-2-7

