

2004

**räägime inimestest,**  
**RAHVASTIKUST JA ARENGUST EESTIS 1994-2004**  
Kairo konverentsi 10. aastapäeva tähistades  
**mitte numbritest**



ÜRO Rahvastikufond  
Eesti Pereplaneerimise Liit

---

## **Rahvastikust ja arengust Eestis 1994-2004**

*Kairo konverentsi 10. aastapäeva tähistades*

Tallinn 2004

Toimetajad:  
*Kadi Viik*  
*Maria Vessmann*

Keeletoimetaja:  
*Elo Lindsalu*

Küljendaja:  
*Meelis Muuga*

Retsenseerisid:  
*Anu Kasmel, Ene-Margit Tiit*  
*Nelli Kalikova, Helle Karro, Ülle-Marike Papp*

---

Kasutatud lühendid .....	5
<b>Sissejuhatus. Kairo konverents muutis maailma. Kadi Viik</b>	
Inimõiguste mõõde toodi rahvastikudebatti .....	6
Millenniumi arengu eesmärgid .....	6
Kairo tegevuskava eesmärgid .....	7
<b>1. Demograafiline areng. Mare Ainsaar, Raul-Allan Kiivet</b>	
1.1. Rahvastiku struktuuri muutused 1994–2003 .....	9
1.2. Sündimus .....	11
1.2.1. Riigi meetmed sündimuse ja perepoliitika vallas 1994–2004 .....	14
1.3. Perede majanduslik toimetulek .....	15
1.4. Eluiga, haigestumine ja tervis .....	17
1.4.1. Muutused arstiabis ja tervishoius .....	18
1.4.2. Enesehinnang tervisele ja tervena elatud eluaastad .....	18
1.4.3. Haiguskoormus ehk tervisekadu Eestis .....	20
1.5. Rahvastiku paiknemine ja prognoos tulevikuks .....	21
1.5.1. Soovitused rahvastiku valdkonnas .....	22
<b>2. Reproduktiiv- ja seksuaaltervis. Kai Haldre</b>	
2.1. Definiitsioon .....	25
2.2. Reproduktiiv- ja seksuaaltervise teenused .....	27
2.3. Mõned sünnitusabi näitajad .....	28
2.4. Rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus ja kasutamine .....	30
2.5. Raseduse katkestamine .....	31
2.6. Seksuaalelu alustamine .....	34
2.7. Rasestumisvastaste vahendite kasutamine esimese seksuaalvahekorra ajal .....	35
2.8. Teismeliste rasedused .....	35
2.9. Seksuaalsel teel levivad haigused .....	36
2.10. Kokkuvõte ja soovitused .....	38
<b>3. HIV/AIDSi ennetustegevus Eestis 1994–2004. Tiia Pertel, Marika Raukas</b>	
3.1. HIVi ja AIDSiga seotud epidemioloogilise ja käitumusliku seire andmed	
3.1.1. Üldine HIV/AIDSi alane statistika ja võrdlus teiste maadega .....	43
3.1.2. HIV juhtude soolis-vanuseline ja piirkondlik jaotumine .....	44
3.1.3. Eestis levinud HI-viiruse alatüüpidest .....	46
3.1.4. HIV-ülekanded Eestis .....	46
3.1.5. HIVi levik emalt lapsele .....	47
3.1.6. HIV ja tuberkuloos .....	47
3.1.7. Ülevaade peamiste ohurühmade ja tavaelanikkonna riskikäitumisest .....	48

3.2. HIVi ja AIDSi seotud ennetustegevus	
3.2.1. Riiklik tasand .....	49
3.2.2. Kolmas sektor.....	50
3.2.3. Koostöö .....	50
3.2.4. Rahastamine .....	51
3.2.5. Seire ja hindamise süsteemi areng 1994–2003 .....	52
3.3. Peamised tegevusvaldkonnad, põhimeetmed, ülevaade ning hinnang tehtule	
3.3.1. Ennetustegevus noorte hulgas .....	53
3.3.2. Ennetustöö süstivate narkomaanide hulgas.....	55
3.3.3. Ennetustöö prostitutsiooni kaasatute hulgas .....	55
3.3.4. Emalt-lapsele HIVi leviku ennetamine .....	55
3.3.5. Ennetustöö kinnipeetavate hulgas .....	56
3.3.6. Teised ohurühmad .....	56
3.3.7. Vabatahtliku nõustamise ja testimise teenus (VNT) .....	57
3.3.8. Tervishoiu- ja psühhosotsiaalsed teenused HIV-positiivsetele isikutele .....	57
3.3.9. Doonorivere, -kudede ja -elundite nakkusohutuse tagamine .....	58
3.3.10. Stigmatiseeriva suhtumise ja diskrimineerimise vähendamine .....	59
3.3.11. Teavitustöö vaeleusaamade ja -uskumuste vähendamiseks ühiskonnas .....	59
3.4. Kokkuvõtte ja soovitused .....	60

#### **4. Soolise võrdõiguslikkuse edendamine. *Tiina Raitviir, Helve Kase***

4.1. Sissejuhatus ja arengulugu	
4.1.1. Arengud aastail 1989–1993 .....	64
4.1.2. Arengud aastail 1994–1998.....	64
4.1.3. Arengud aastail 1999–2004.....	65
4.2. Õiguslik ja administratiivne areng .....	66
4.3. Naised ja võim.....	67
4.4. Naised ja majandus.....	70
4.5. Töö ja pereelu ühitamine .....	72
4.6. Sugu ja haridus .....	75
4.7. Naistevastane vägivald .....	77
4.7.1. Perevägivald.....	78
4.7.2. Seksuaalne vägivald .....	79
4.7.3. Prostitutsioon.....	79
4.7.4. Naistega kaubitsemine .....	80
4.8. Kokkuvõtte ja soovitused.....	80

## Kasutatud lühendid

---

AEK	AIDSi Ennetuskeskus
AIDS	Omandatud immuunpuudulikkuse sündroom ( <i>acquired immune deficiency syndrome</i> )
EAR	Eesti Abordiregister
EASS	Eesti Akadeemiline Seksuoloogia Selts
EMSR	Eesti Meditsiiniline Sünniregister
ENUT	Eesti Naisuurimus- ja Teabekeskus
EPPL	Eesti Pereplaneerimise Liit
ESA	Eesti Statistikaamet
ETK	Eesti Tervisekasvatuse Keskus
EV	Eesti Vabariik
FHI	<i>Family Health International</i>
GF	<i>The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria</i>
HIV	Inimese immuunpuudulikkuse viirus ( <i>human immunodeficiency virus</i> )
ICPD	ÜRO Rahvusvaheline Rahvastiku- ja Arengukonverents ( <i>International Conference of Population and Development</i> )
ILO	Rahvusvaheline Tööorganisatsioon ( <i>International Labour Organization</i> )
IOM	Rahvusvaheline Migratsiooniorganisatsioon ( <i>International Organization for Migration</i> )
KOV	Kohalik omavalitsus
MDG	Millenniumi Arengueesmärgid ( <i>Millennium Development Goals</i> )
MTÜ	Mittetulundusühing
OEC	Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon ( <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i> )
RASI	TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut
RT	Riigi Teataja
SM	Sotsiaalministeerium
STLH	Sugulisel teel levivad haigused
TAI	Tervise Arengu Instituut
TKI	Tervisekaitseinspeksioon
TPÜ	Tallinna Pedagoogikaülikool
TRF	Summaarne sündimuskordaja ( <i>total fertility rate</i> )
UNAIDS	ÜRO HIV/AIDSi vastu võitlemise programm ( <i>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> )
UNFPA	ÜRO Rahvastikufond ( <i>United Nations Population Fund</i> )
USA	Ameerika Ühendriigid ( <i>The United States of America</i> )
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon ( <i>World Health Organization</i> )
VNT	Vabatahtliku nõustamise ja testimise teenus
ÜRO	Ühinenud Rahvaste Organisatsioon ( <i>The United Nations</i> )
ÜVE	Ühendus Vabariigi Eest

## Sissejuhatus

### Kairo konverents muutis maailma

*Kadi Viik*

Kümme aastat tagasi Kairos toimunud rahvusvaheline rahvastiku ja arengu konverents<sup>1</sup> suutis luua uue visiooni, näidates seoseid rahvastiku, arengu ja indiviidi heaolu vahel. Kairos lähtuti arusaamast, et rahvastiku suurus, juurdekasv ja jaotus on tihedalt seotud majandusliku ning sotsiaalse arenguga – tegevused ühes valdkonnas toetavad otseselt tegevusi teises valdkonnas. Kairo konverents (ja ka varasemad) näitasid, et „rahvastik“ on väga tundlik teema, puudutades nii üksikisiku kõige intiimsemaid otsuseid ja muresid kui ka riikide suveräänset õigust otsustada oma prioriteetide ja arenguvalikute üle.

#### Inimõiguste mõõde toodi rahvastikudebatti

Kairo konverents muutis rahvastikuküsimustele lähenemist põhjalikult, asendades võrdlemisi kitsa demograafilise perspektiivi seksuaal- ja reproduktiivtervise ning õiguste mõistetega. Varem vaadati rahvastikuteemat peamiselt demograafilises kontekstis eesmärgiga reguleerida sündimust ühes või teises suunas. Näidetena võib mainida Hiina ühe-lapse-poliitika, India steriliseerimiskampaania ja Rumeenia äärmusliku pro-nataalse poliitika, kus igakuised günekoloogilised kontrollid olid kohustuslikud kõikidele 20–30-aastastele naistele; rasestumisvastaseid vahendeid ei müüdnud, abordiõigused olid üliirangelt piiratud ning kehtestatud lastetusmaks (EPPL 1998). Kairos aga suunati fookus demograafilistelt eesmärkidelt üksikisiku seksuaalsetele ja reproduktiivsetele õigustele. Lihtsamalt väljendudes tähendab see igale inimesele ja paarile õigust ise otsustada soovitud laste arvu ning sündide ajastuse üle, samuti peab igal inimesel olema juurdepääs vastavale informatsioonile ja reproduktiivtervishoiu teenustele. Kairo tegevuskava lähtus arusaamast, et investeringud inimestesse on võtmeks majanduskasvule, jätkusuutlikule arengule ja rahvastiku suurusele, mis on tasakaalus keskkonna ja olemasolevate loodusressurssidega.

Kairo konverentsil rõhutati ka seda, et soolise võrdõiguslikkuse edendamine, naiste mõjujõu suurendamine ning naistevastase vägivalda kõrvaldamine on rahvastiku- ja arengupoliitika nurgakivideks ning toovad endaga kaasa ka demograafilisi muutusi. Kairo konverents oli üldse esimene rahvusvaheline konverents, kus reproduktiivseid õigusi tunnistati kui inimõigusi.

Kairosse kogunes 11 000 osalejat rohkem kui 180 riigist ja eriarvamused olid silmnähtavad. Konverentsi alguses oli umbes 60% lõppdokumendi tekstidest vaidlustatud (RFSU 2004a). Lõppdokument, Kairo tegevuskava<sup>2</sup> kiideti siiski 179 riigi poolt üksikute reservatsioonidega heaks. Vastavalt Kairos kokku lepitud 20. aastasele tegevuskavale lubasid riigid 2015. aastaks vähendada emade suremust, võidelda HIV/AIDSi vastu ning teha seksuaaltervise teenused üksikisikutele kättesaadavaks. Kairos osales ka erakordselt aktiivselt kolmas sektor, mida varem samalaadsetel üritustel polnud nähtud.

#### Millenniumi arengu eesmärgid

1990. aastate jooksul korraldati rahvastiku arengu teemadel rida rahvusvahelisi konverentse, mis aastal 2000 kulmineerusid tippkohtumisega New Yorgis, kus ÜRO liikmesriikide riigipead ja valitsusjuhid võtsid vastu millenniumi deklaratsiooni ja arengu eesmärgid<sup>3</sup>. Esimene eesmärk selles dokumendis on äärmise vaesuse ja nälja vähendamine poole võrra aastaks 2015. Teised eesmärgid puudutavad soolise võrdõiguslikkuse edendamist, HIV/AIDSi vastast võitlust, emade tervise parandamist ja laste suremuse vähendamist – samad eesmärgid on ka Kairo tegevuskavas olemas. Niisiis on Kairo tegevuskava sihid otseselt seotud millenniumi arengu omadega ning toetavad teineteist (UNFPA 2004a).

<sup>1</sup> International Conference for Population and Development (ICPD)

<sup>2</sup> ICPD Programme of Action

<sup>3</sup> Millennium Summit, Millennium Declaration, Millennium Development Goals (MDG)

# K A I R O K O N V E R E N T S M U U T I S M A A I L M A

## **Kairo tegevuskava eesmärgid**

Kairo tegevuskava eesmärgid jagunevad neljaks omavahel seotud valdkonnaks:

1. Juurdepääsu tagamine üldharidusele;
2. imikute ja laste suremuse vähendamine;
3. emade suremuse vähendamine;
4. juurdepääsu tagamine reproduktiiv- ja seksuaaltervise teenustele, k.a. pereplaneerimisteenustele.

Eesti poolt vaadatuna võib tunduda, et kõik eesmärgid on meil justkui täidetud ja et need võiksid pigem arenguriikidele korda minna. Juurdepääs üldharidusele on Eestis olemas, imikute, laste ja emade suremus on võrdlemisi väike ja juurdepääs tervishoiuteenustele hea. Liiga suureks rahuloluks pole siiski põhjust. Nagu käesolevast aruandest ka lugeda võib, on HIVi levik Eestis üks kiiremaid maailmas (Lazarus 2003), sugulisel teel levivate haiguste esinemine on mitmekordistunud, abortide arv on küll vähenenud, aga põhjanaabritega võrreldes endiselt kõrge, elanikkonna turvaseksialased teadmised ja oskused jätavad soovida, muret põhjustavad prostitutsioon ja inimkaubitsemine, märkimisväärne arv naisi kannatab perevägivalla all, meeste ja naiste võimalused pole sugugi võrdsed ja ka rahvastiku käitumisele iseloomulikud trendid madala sündimuse ning kõrge tervisealase riskikäitumisega ei tööta kõige paremat. Eelöeldu taustal võib välja noppida mõned Kairo tegevuskava eesmärgid, mis ka Eestis lähemat tutvustamist väärisksid.

## **HIV/AIDSi leviku piiramine**

Ülemaailmne aidsiepideemia vajab mitmeid valdkondi hõlmavat lähenemist ning aidsialased riiklikud strateegiad tuleks integreerida rahvastiku- ja arengustrateegiasse. Samuti tuleb piisavalt pöörata tähelepanu epideemia sotsiaal-majanduslikele tagajärgedele, näiteks koormale, mis langeb tervishoiu infrastruktuurile ja leibkonna sissetulekule, selle negatiivsele mõjule tööjõu ja tootlikkuse suhtes, ning vanemateta jäänud laste suurenevale arvule. Kairo tegevuskava kutsub üles maailma riike piirama HIV/AIDSi levikut, kasutades selleks noorte kindlustamist vajaliku informatsiooni, nõustamise ning kondoomide ja ravimite kättesaadavusega. Samuti tuleb lõpetada HIV-staatusest tulenev diskrimineerimine ning tagada HIV-positiivsetele isikutele ja nende lähedastele nende inimõiguste kaitse (RFSU 2004b).

## **Noorte õigused**

Noortel on õigus seksuaal- ja reproduktiivalasele infole, haridusele ja teenustele, et oma tervist kaitsta. Võib-olla tundub see enamikule lugejatest iseenesestmõistetavana, aga nende õiguste tunnistamine oli kümme aastat tagasi väga haruldane. Praktikas tähendab see seda, et tervishoiutöötajad peavad noori kohtlema lugupidavalt ja suutma neile anda piisavalt infot, et nad oskaksid end kaitsta suguhaiguste ja soovimatu rasestumise eest. Riikides, kus noored saavad seksuaalharidust ja omavad head ligipääsu reproduktiivtervishoiu teenustele, on teismeliste seas vähem rasedusi võrreldes riikidega, kus haridusetase ja teenuse kvaliteet on kehvad (RFSU 2004b).

## **Meeste vastutus**

Kairo tegevuskavas lepiti esimest korda suuremas rahvusvahelises kontekstis kokku, et mehed peaksid vastutama oma seksuaalkäitumise ja fertiilsuse eest, samuti oma partnerite ja laste tervise ning heaolu eest. Meeste vastutus hõlmab tegelikult palju enamat. Mõnede meeste püüdlused kontrollida naiste seksuaalsust perevägivalla, vägistamise või naiste ümberlõikamise kaudu, mõjutavad nii naiste seksuaal- ja reproduktiivtervist kui ka nende üldist staatust ühiskonnas. Seetõttu tuleb noori mehi harida nii seksuaal- kui ka võrdõiguslikkuse alal (RFSU 2004b).

### **Naistevastane vägivald**

Kairo tegevuskava näeb ette, et füüsilise ja seksuaalse vägivalda ohvrid vajavad tuge ja abi, ning peavad olema võimelised kurjategija kohtusse andma. Seal märgitakse ka ära, et seksuaalvägivalda ohvritel on kõrgem risk nakatuda HIVi või teistesse sugulisel teel levivatesse haigustesse. Soolise võrdõiguslikkuse edendamine ja naistevastase vägivalda likvideerimine on vajalikud selleks, et naised omaksid ühiskonnas suuremat mõjujõudu (RFSU 2004b).

### **Juurdepääs reproduktiivtervise teenustele**

Inimesed, kes omavad juurdepääsu reproduktiivtervishoiu teenustele, rasestumisvastastele vahenditele ning kvaliteetsele sünnitusabile, omavad kontrolli oma seksuaalsuse üle, saavad otsustada, kas ja millal nad soovivad lapsi saada, kui mitu ja millise partneriga nad seda tahavad, ning saavad sünnitada turvaliselt. Oluline on, et teenused on suunatud ka meestele, noorukitele, vähemusgruppidele ning füüsilise ja seksuaalse vägivalda ohvritele (RFSU 2004b).

### **Kompromiss abortide teemal**

Kõige suuremaid diskussioone ja vastuolusid tekitas Kairos aborti küsimus, ähvardades isegi nurjata tegevuskava vastuvõtmist. Pärast pikendatud debatti jõuti siiski ühise kokkuleppeni. Konverentsil otsustati, et aborti ei tohiks kunagi soovitada ega soodustada pereplaneerimise abinõuna, et tuleks parandada naiste juurdepääsu pereplaneerimise vahenditele ja nii aidata neil abordist hoiduda, ning et naised, kes on sunnitud aborti asjus abi otsima, vajavad inimlikku kohtlemist ja nõustamist. Abordipoliitika jäeti siiski iga riigi enda otsustada ja nendes riikides, kus abort ei ole seadusevastane, peab see olema turvaline (UNFPA 2004b).

Tänavu on jõutud Kairo 20-aastase tegevuskavaga poolele teele. Niisiis on praegu suurepärase võimalus vaadata, mis möödunud kümnendi jooksul tehtud on, ning missugused on väljakutsed järgmise kümne aasta jooksul soovitud eesmärkideni jõudmiseks. Osa riike on kokkulepitust taganenu ja mitmed olulised punktid Kairo tegevuskavas on kriitikatule all. Seega on Kairo 10. aastapäeva tähistamist saatnud nii lootus kui pessimism. On täheldatud, et kümne aasta vanune tegevuskava oli piisavalt radikaalne – aastal 2004 poleks selline lõpptulemus üldse võimalik olnud, sest liiga paljud riigid on vahepeal konservatiivsema suuna võtnud. Sama hinnang on antud ka ÜRO IV ülemaailmsel naiste konverentsil 1995. a Pekingis vastu võetud tegevuskavale. Paljud valitsused on siiski auga täitnud oma Kairos antud lubadusi ja sihikindlalt edasi liikunud eesmärkide suunas, milleks lõppkokkuvõttes on inimeste õiguste eest seismine.

Eestis ei ole Kairo konverentsist palju räägitud, küll on aga elavaid diskussioone olnud erinevatel rahvastikuteemadel. Viimastel aastatel on võib-olla kõige rohkem huvi olnud madala sündimuse, HIV/AIDSi leviku ja soolise ebavõrduse vastu. Käesolev aruanne püüab panustada nendes diskussioonidesse, andes ülevaate rahvastikuvaldkondade arenemisest Eestis viimasel kümnel aastal ning soovitusi selles osas, mida järgmise kümnendi jooksul teha tuleks, et Kairo tegevuskavas toodud sihte saavutada.

---

### **Kirjandus**

*EPPL (1998) = Eesti Pereplaneerimise Liidu Bülletään, nr 3*

*Lazarus, J. V. (2003) Strategies and trends in Europe since ICPD. – Entre Nous, No 57, lk 16–18*

*RFSU (2004a) Breaking Through. A Guide to Sexual and Reproductive Health and Rights. Stockholm*

*RFSU (2004b) Passion for Rights. Ten years of fighting for sexual and reproductive health. Stockholm*

*UNFPA (2004a) Investing in People. National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994–2004. New York. [www.unfpa.org/icpd](http://www.unfpa.org/icpd)*

*UNFPA (2004b) State of World Population 2004. – The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty. New York. [www.unfpa.org/swp/](http://www.unfpa.org/swp/)*

## 1. Demograafiline areng

*Mare Ainsaar  
Raul-Allan Kiivet*

### 1.1. Rahvastiku struktuuri muutused 1994–2003

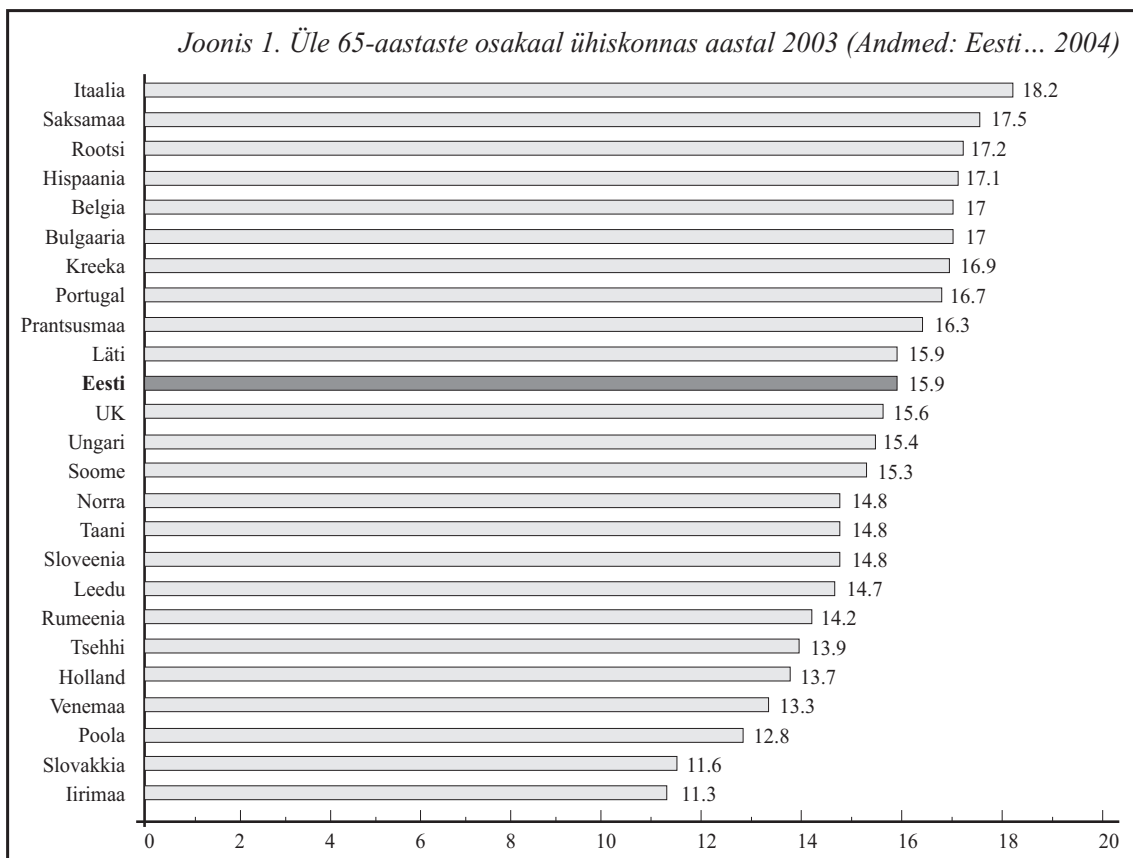
Eesti rahvastik on kümne aasta jooksul (1994–2003) vähenenud ligi 126 000 inimese võrra. Umbes pool sellest inimkaost on põhjustatud loomuliku iibe ja väljarände poolt. Väljarände osa on üldises rände kaos olnud siiski mõnevõrra olulisem. Üldised rändetrendid lubavad ennustada 1990. aastate algusele järgnenud, peamiselt ida suunas toimunud väljarändevõogude vähenemist. Kuna Eesti välisrände andmed on siiski väga lünklikud ning kajastavad eriti halvasti Eestist lahkujate andmeid, pole täpsem välisrände analüüs enne 2010. aasta rahvaloendust võimalik.

*Tabel 1. Loomulik iive Eestis 1994–2003 (Allikas: ESA)*

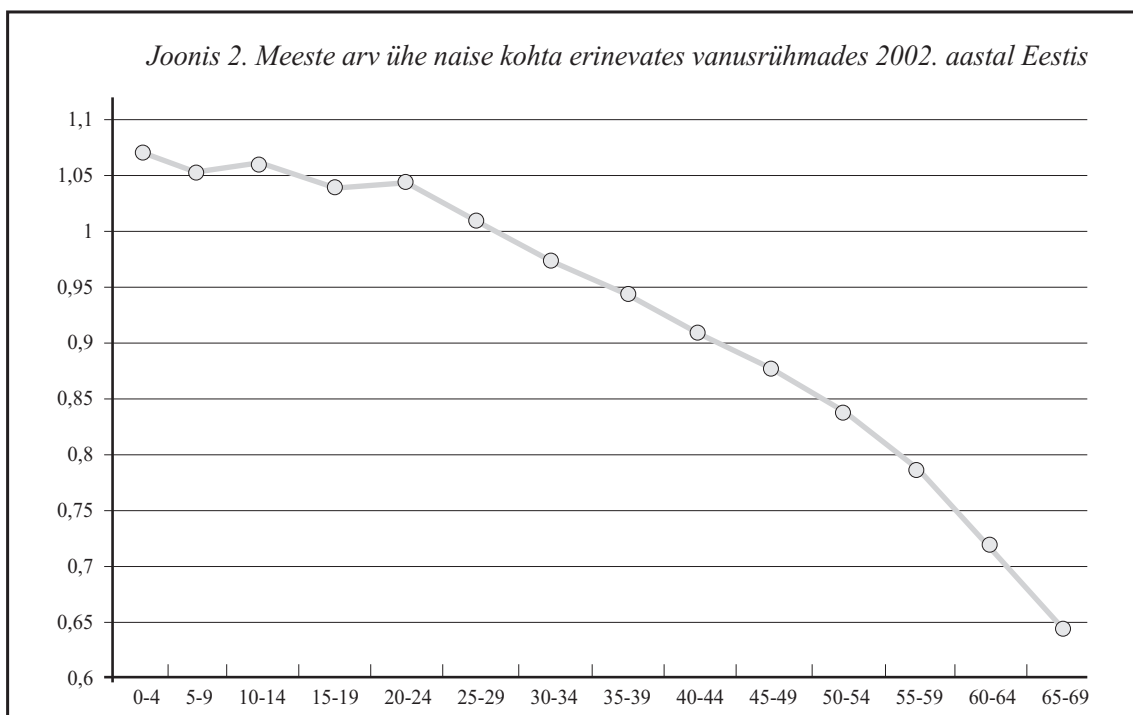
Aasta	Rahvaarv (01.01.)	Elussünnid	Surmad	Loomulik iive
1994	1 476 952	14 176	22 212	-8036
1995	1 448 075	13 509	20 828	-7319
1996	1 425 192	13 242	19 020	-5778
1997	1 405 996	12 577	18 572	-5995
1998	1 393 074	12 167	19 445	-7278
1999	1 379 237	12 425	18 447	-6022
2000	1 372 071	13 067	18 403	-5336
2001	1 366 959	12 632	18 516	-5884
2002	1 361 242	13 001	18 355	-5354
2003	1 356 045	13 133	18 232	-5099

Eesti loomulik iive muutus negatiivseks ehk surmad ületasid sündide arvu alates 1991. aastast. Kõi-ge enam vähenes rahvaarv negatiivse loomuliku iibe tõttu 1994. aastal, seega oli Kairo konverentsi toimumise aasta Eestis omamoodi mustaks aastaks. Hiljem rahvaarvu kahanemine loomuliku iibe tõttu küll vähenes, kuid ka 2003. a sündis üle 5000 lapse Eestis vähem, kui suri inimesi.

Kõige tähelepanuväärsemaks rahvastiku koosseisu muutuseks on kümne aasta jooksul olnud noorte arvu ja osakaalu vähenemine ühiskonnas. 1994. aasta jaanuaris elas Eestis umbes 83 000 kuni 15-aastast noort rohkem ja 27 000 üle 70-aastast inimest vähem kui 2003. aastal. Üle 65-aastaste inimeste osatähtsuse poolest kogu ühiskonnas on Eesti siiski suhteliselt kesksel positsioonil teiste Euroopa riikide seas (joonis 1). Eakate inimeste osatähtsus kogu rahvastikust jääb Eestis samale kohale ka lähitulevikus (World... 2001), kuigi alates 2012. a hakkab eakate osatähtsus kiiremini tõusma.

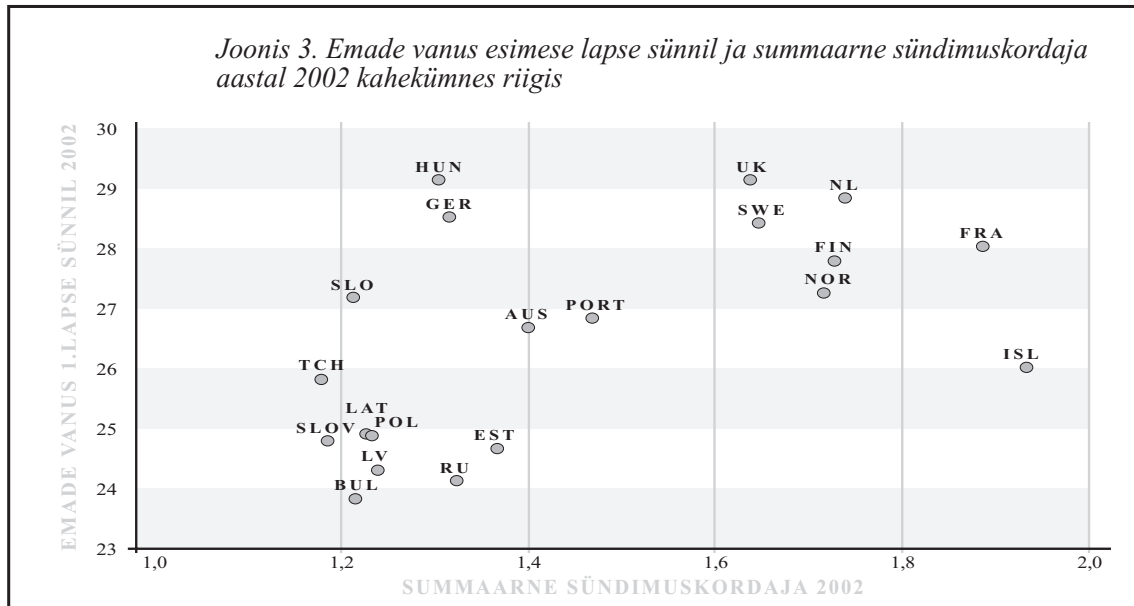


Meeste ja naiste osa ühiskonnas on jäänud viimase kümne aasta jooksul samaks. Keskmiselt elab Eestis 10 naise kohta 8 meest. Erinevas vanuses meeste ja naiste suhe on siiski väga erinev (joonis 2). Kuni 30. eluaastani on mehi rohkem kui naisi, kuid alates 30. eluaastast domineerivad meeste varajase suremuse tõttu ühiskonnas naised.

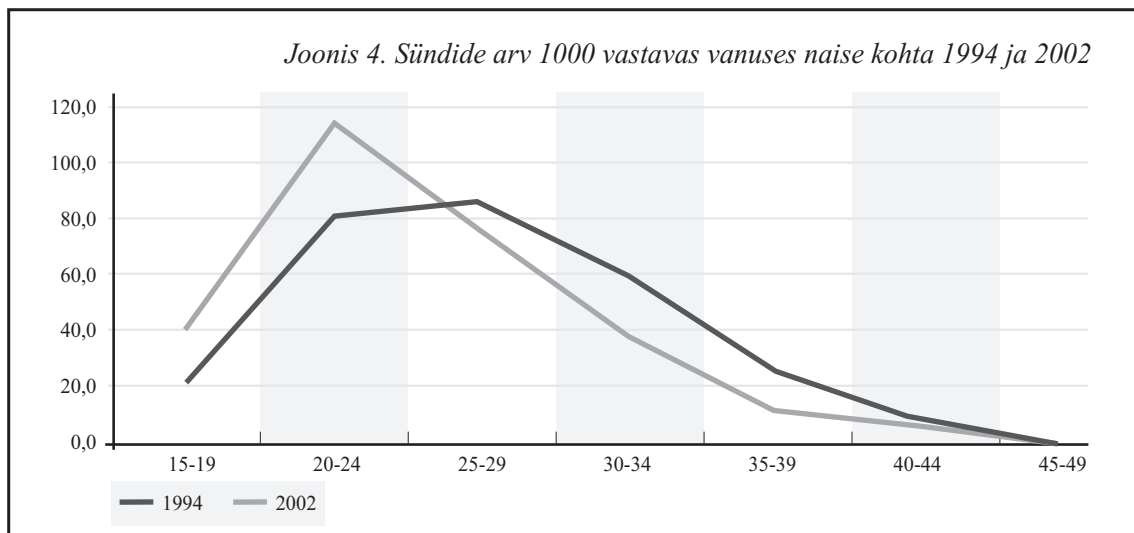


## 1.2. Sündimus

Kõige paremaks sündimuse näitajaks peetakse summaarset sündimuskordajat, mis näitab keskmiselt naise poolt sünnitatud laste arvu viljaka ea lõpuks, juhul kui sündimuskäitumine peaks jääma samaks kui vaadeldaval aastal. 1990. aastate alguses elas Eesti üle ilmselt ühe oma ajaloo kiiremaid sündimuse vähenemisi. Eriti madala sündimusega oli Eesti jaoks 1998. aasta, kui summaarne sündimuskordaja langes alla 1,3 piiri. 2002. aastal oli Eestis vastav näitaja 1,37. Kuigi sündimus on madal, on Eesti sündimuse poolest Euroopa riikide seas suhteliselt kesksel positsioonil (joonis 3). Euroopas on nii Eestist madalama kui kõrgema sündimusega riike mitmeid. Samas on negatiivne iive meile eriti kriitiline just riigi väikese rahvaarvu tõttu.

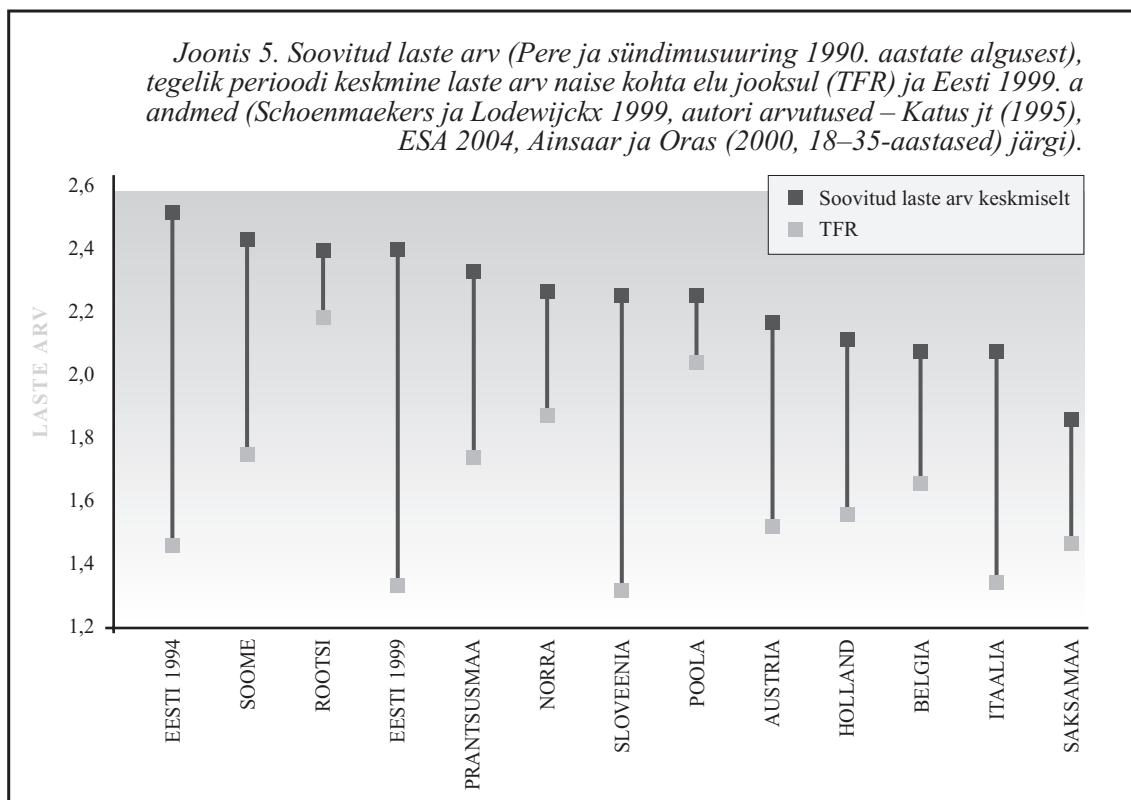


Aastatel 1990–1993 olid Eestis üle pika perioodi kõige nooremad emad. Emade keskmine vanus esimese lapse sünnil oli alla 22,8 aasta. 1994. aastat iseloomustab Eestis juba üldine sündimuse langus ning noorte, kuni 24-aastaste naiste sünnituste vähenemine. Sündimuse vähenemine ning emade vanuse tõus jätkus ka pärast 1994. aastat. 1994–2002 lükkus kõige tõenäolisem sünnitusiga 20.–24. eluaastalt 25.–29. aastale ning suurenes laste sünni tõenäosus üle 30-aastaste emade seas (joonis 4). Keskmine emade vanus tõusis üle kahe aasta ja naiste keskmine vanus esimese lapse sünnil natuke alla kahe aasta. Vaatamata sünnitusea tõusule, olid Eesti emad võrreldes paljude teiste riikide sünnitajatega ka aastal 2002 suhteliselt noored (joonis 3).



Arvuliselt mõjutas üldine sündimuse langus 1990. aastate alguses kõige enam teiste ja esimeste laste sündi. Aastal 1994 sündis umbes 4000 esimest ja teist last vähem kui sündimuse kõrgaegadel 1980. aastate lõpus. Järgnevatel aastatel püsis esimeste, teisena peresse sündinud ning kolmandate ning rohkemate laste osa kõigist sündidest suhteliselt stabiilsel tasemel: umbes pooled vastsündinutest olid oma emale esimeseks lapseks. Teisena perre sündinud lapsed moodustasid 31–33% kõigist sündidest ning kõik järgnevad lapsed 18–19%.

Eesti madala sündimuse põhjusteks võib pidada eelkõige muutunud sündimuskäitumist ehk planeeritud sündide edasi lükkamist vanemasse vanusesse ja majanduslikke tegureid, mis on vähendanud oodatud sündide arvu.



Sündide üldise võimaliku taseme määrab kaasaegsetes ühiskondades soovitud laste arv. Uuringud (Katus jt 1995, Ainsaar ja Oras 2000), on näidanud suhteliselt suurt soovitud laste arvu Eestis ka 1990. aastatel (joonis 5). Kuigi soovitud ja tegelik laste arv ühiskonnas langevad väga harva kokku (Goldstein jt 2003), viitab väga suur vahe tegeliku ning soovitud käitumise vahel sündimust takistavatele teguritele. Eriti suur on see vahe madalaima tegeliku sündimusega riikides. Eestis oli vahe suur nii 1994. kui 1999. aastal. Kõige tõsisemaks sündimuskäitumise muutuse indikaatoriks tuleb aga lugeda soovitud laste arvu vähenemist.

Tabel 2 annab ülevaate peamiste laste sünni edasi lükkamise põhjustest 1990. aastate lõpus. Kõige valdavamaks takistuseks laste sünnil olid 1999. aastal majanduslikud põhjused. Ligi pooled lapsi soovivatest inimestest lükkasid lapse sünni edasi majanduslike probleemide tõttu. Naiste ja meeste seas olid majanduslikud tegurid võrdselt olulised. Üle 1/3 lapse sünni planeerivatest inimestest väitis ennast soovivat enne majanduslikult kindlustada ning 30% nimetas probleeme eluaseme või õpingutega. Teisteks olulisemateks põhjusteks olid partneri puudumine (27%) ja ebakindlus tuleviku suhtes (23%). Kõige olulisemaks erinevuseks lapse sünni edasilükkamisel meeste ja naiste osas olid naiste poolt enam mainitud õpingud ja tunnetatud ebakindlus tuleviku suhtes. Teised põhjused olid sama tugevaks takistuseks nii meestele kui naistele.

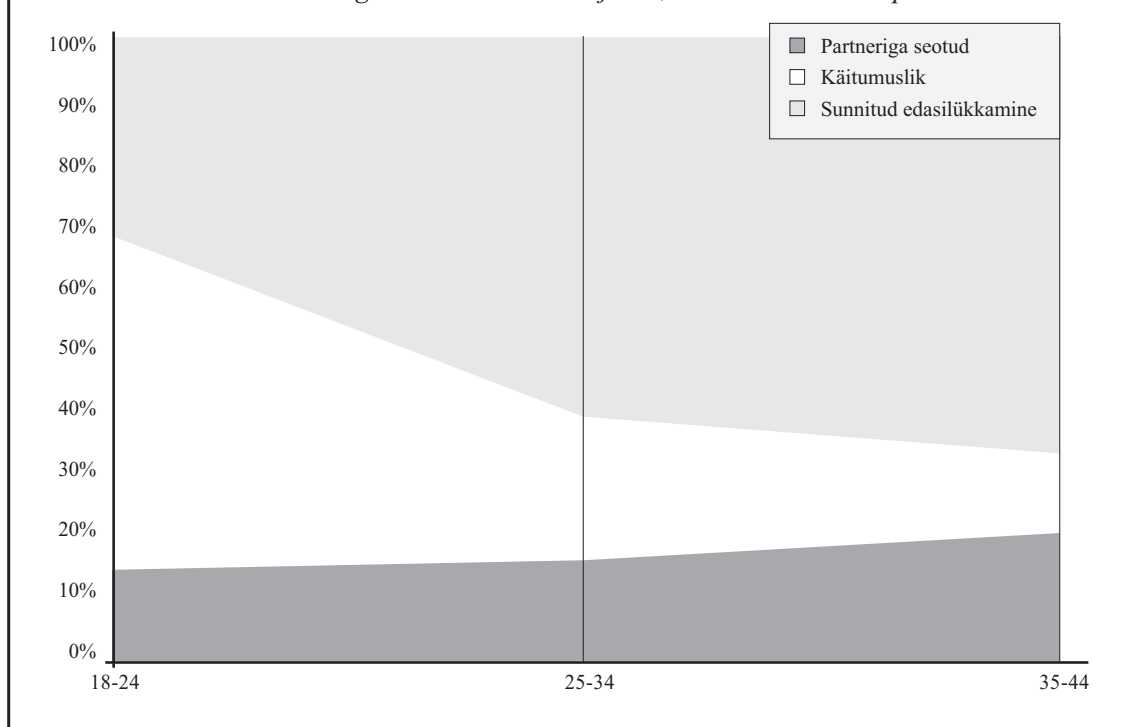
Allikas: Tiit ja Ainsaar 2002

Tabel 2. Käitumuslikud (K), sunnitud (S) ja partneriga seotud (P) laste mitte saamise põhjused 1999. a (% meestest ja naistest, kes muidu sooviksid veel lapsi, kuid kelle jaoks on oluline see põhjus lapse sünni edasi lükkamisel)

Põhjuse tüüp ja põhjuse sõnastus	Naised	Mehed	Kokku
S — Majanduslikud probleemid	45,9	46,5	46,2
K — Soov saavutada enne majanduslik kindlustatus	39,8	39,0	39,4
K — Liiga noor	32,8	38,9	36,0
S — Eluaseme probleemid	30,1	29,3	29,7
K — Õpingud	35,5	23,8	29,3
S — Ebakindlus tuleviku suhtes	27,0	19,7	23,2
K — Takistab karjääri	7,6	2,9	5,1
S — Kartus kaotada töö	7,1	3,2	5,0
S — Raskused laste kasvatamisel	5,3	2,5	3,9
K — Partner on liiga noor	0,3	2,1	1,2
P — Partner puudub	24,6	28,9	26,9
P — Suhted partneriga on halvad või ebakindlad	5,2	2,9	3,9
P — Partner ei soovi praegu lapsi	6,0	4,3	5,1

Sarnastele tulemustele majanduslike tegurite osast laste sünni edasilükkamisel viitavad ka mõned teised 1990. aastate lõpus läbi viidud uuringud (Ainsaar ja Oras 2000). Oluline on siiski rõhutada, et kuigi peamised põhjused laste sünni ära jätmisel või edasi lükkamisel olid seotud majandusliku toimetulekuga, olid noorte seas olulised ka käitumuslikud asjaolud. Majanduslikud tegurid laste sünni mõjutajana suurenesid koos vanusega. Partneriga seotud põhjused soovitud lapse sünni edasi lükkamisel olid võrdselt tähtsad kõigis vanustes inimestele (joonis 6).

Joonis 6. Sunnitud, käitumuslikud ja partneriga seotud põhjused kui lapse sünni edasi lükkamise tegurid nende inimeste jaoks, kes soovisid veel lapsi 1999



### 1.2.1. Riigi meetmed sündimuse ja perepoliitika vallas 1994–2004

Üheks Eesti riigi 1990. aastate perepoliitika eesmärgiks on kahtlemata olnud sündide arvu tõstmine. Kuigi 1999. a hakati enam rõhutama heaolu kui eesmärki, on sündide arvu suurenemise lootus perepoliitilistes debattides ka hiljem üheks enim kasutatud argumendiks, eriti alates 2003. aastast. Ka Eesti inimeste seas on laialt levinud ootus, et lastetoetuste tõus mõjutaks sündimust (Ainsaar 2002). Riiklike peretoetuste eesmärk on kaasa aidata just majandusliku kindlustunde tagamisele. Kuigi peretoetuste mõju üle sündimusele on palju vaieldud, tõestavad mitmed uuringud sündimuse ja peretoetuste (Gauthier ja Hatzius 1997, Hantrais 1999) ja sündimuse ning majandusliku toimetuleku seost (Diprete jt 2003, Bühler 2004).

Potentsiaalsete vanemate mure majandusliku toimetuleku pärast on olnud ka põhjendatud, sest mitmed uuringud näitavad, et lastega pered olid 1990. aastatel kõrvuti töötutega majanduslikult kõige halvemini toimetulevad. Samal ajal tõestasid erinevate sotsiaaltoetuste sihi ja mõju analüüsid (Kuddo jt 2002), et peretoetused olid Eestis kõige tõhusamalt vaesust vähendavad toetused. Kuigi ka pärast toetuse kättesaamist oli risk jääda alla vaesuspiiri kõige suurem lasterikastel ja üksikvanemaga peredel, töötasid toetused samal ajal kõige paremini just nende rühmade kasuks. Samas katsid Eesti peretoetused siiski suhteliselt väikese osa kõigist lastega seotud kulutustest (Tiit ja Käärrik 2000).

1992. aasta peretoetuste seadusega määratud toetuste rahalist suhet Eesti keskmisesse palka võib lugeda perioodi parimaks. Järgnevate aastate jooksul vähendas inflatsioon ja esimeste ning teiste laste ununemine perepoliitikas eelkõige just pere kahele esimesele lapsele mõeldud toetuste tähtsust. Kuigi esimesele ja teisele lapsele määratud riiklike toetuste summad tõusid mitmel aastal, ei suutnud need kompenseerida üldisi muutusi inflatsioonis ning palkade tõusus. Kõige tähelepanuväärsem on üldistest peretoetustest esimese lapse toetuse tõus 2004. aastal. Pärast eelarvevaidlusi ning valitsuskriisi toimunud tõus mõjutas ka kõigi teiste laste heaolu, sh eriti üksikvanemaga ja ka kahe lapsega perede olukorda.

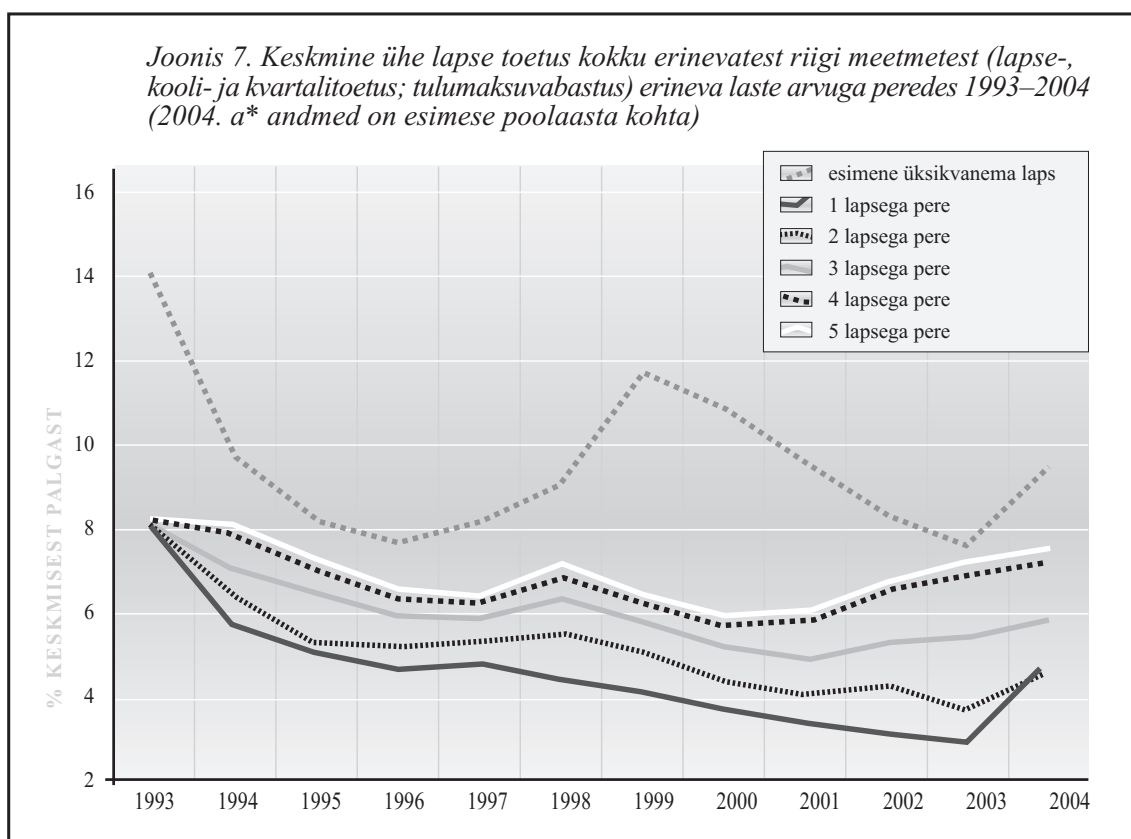
Lasterikastele peredele mõeldud meetmetest on kõige suurema mõjuga olnud tulumaksuvabastus. Tulumaksuvabastus rakendus alates 2001. aastast, kuid selle tegelikke tulemusi ehk esimesi tagasimakseid said lastega pered tunda alles 2002. aastal. Näiteks oli aastatel 2003 ja 2004 perede tegelik keskmine tagasimakse kuu kohta arvestades 230 krooni kuus ühe lapse kohta. Tulumaksuvabastuse probleemsemaks osaks on asjaolu, et mitte kõigil lastega peredel ei jätku piisavalt tulusid, et nautida maksuvabastust. Kuigi iga aastaga tõuseb tulumaksu vabastusest kasu saavate perede osa, toimib see endiselt kõige efektiivsemalt eelkõige kolme ja nelja lapsega perede puhul.

Lapse heaolu sõltub kogu perekonna heolust ja seetõttu vaatleme riiklike toetuste suurust erinevates peredes keskmiselt ühe lapse kohta (joonis 7). Toetus keskmiselt ühe lapse kohta erinevates peretüüpides on säilitanud 1994. a taseme vaid üksikvanemaga peredes. Teistes peredes, sh ka kolme lapsega peredes, lahustab kolmanda lapse suhteliselt kõrge toetuse esimestele ja teistele lastele mõeldud ligi kaks korda väiksem abi.

Rahvusvahelised perepoliitika meetmete mõju võrdlused näitavad, et kui alla kolmeaastaste laste majanduslikul toetamisel (arvestatud on ka lapsehooldustasu) oli Eesti 1990. aastate lõpus Euroopa keskmisel tasemel (Stropnik 2000), siis vanema kui kolmeaastase lapse toetuse tase oli madalamaid Euroopas.

Kõige suuremad perepoliitilised muutused on toimunud lapsehoolduspuhkuse kompenseerimisel. Põhimõtteliselt kehtis aastane lapsehoolduspuhkus Eestis juba alates 1984. aastast (Ainsaar 2000). Alates 1990. a oli võimalik lapsehoolduspuhkust kasutada ka mõnel teisel lapse eest hoolitseval pereliikmel ning alates 1992. a pikendati tasulist lapsehoolduspuhkuse aega kuni lapse kolmeaastaseks

saamiseni. 2000. a nihkus lapsehoolduspuhkuse piir kolme ja enama lapsega peredes kuni noorema lapse esimese klassi lõpetamiseni. Lapsega kodus olevale vanemale mõeldud kompensatsioon jäi kõigil aastatel 8–15% vahemikku keskmisest palgast. Suur muutus toimus väikelapse hoolitsemise eest tasumises 2004. aastal, kui esialgne emapalga koalitsioonilubadus realiseerus vanemahüvitise seadusena. Vanemahüvitist makstakse last kasvatavale vanemale kuni lapse umbes aastaseks saamiseni (225 päeva). Uus vanemahüvitis erineb endisest lapsehooldustasust kolmes olulisel punktis: 1) See on seotud vanema eelmise aasta sotsiaalmaksu suuruse ehk siis palgaga. 2) Vanemahüvitis kompenseerib palju suuremas ulatuses lapsega kodus olemise eest saamata jäänud tasu. Kui lapsehooldustasu suurus oli 2003. a vaid 10% keskmisest palgast, siis keskmine vanemahüvitis moodustas 2004. aasta esimesel poolaastal umbes 60% keskmisest palgast. 3) Lapse kuuel esimesel elukuul saavad vanemahüvitist kasutada vaid emad.



### 1.3. Perede majanduslik toimetulek

Eesti üldised suhtelise vaesuse näitajad on olnud alates 1994. aastast stabiilsed ning sarnased Euroopa Liidu keskmiste näitajatega või isegi mõnevõrra vähenenud (Tuvikene 2002, 2003; Einasto 2002, Liimal ja Frazer 2003, Kutsar jt 2004). Allpool suhtelist vaesuspiiri elavate inimeste osatähtsus oli aastatel 1996–2003 umbes 13–19% (Liimal ja Frazer 2003, Kutsar jt 2004). Siiski on erinevates sotsiaalsetes rühmades olnud erinevaid muutusi. Eestis kasutatavate tarbimiskaalude alusel arvestatult oli 1996–2002 vaesus töötute kõrval kõige suurem laste ja lastega perede, sh eriti üksikvanema ja lasterikaste perede seas (Kutsar ja Trumm 1999, Käärik jt 2001, Kuddo 2002, Tuvikene 2002, Kutsar jt 2004). Rahvusvahelises võrdluses (Kangas 2000) olid Eesti kahe täiskasvanu ning ühe või kahe lapsega pered ühed vaesemad. Üksikvanema ja lasterikaste perede majandusliku olukorra poolest oli Eesti 1990. aastate keskel rahvusvaheliselt suhteliselt mõnevõrra paremas olukorras. Sündimuse seisukohast on oluline märkida ka asjaolu, et vaesus oli kõrge ka kuni 24-aastaste noorte seas (Tuvikene 2002, Liimal ja Frazer 2003).

## D E M O G R A A F I L I N E A R E N G

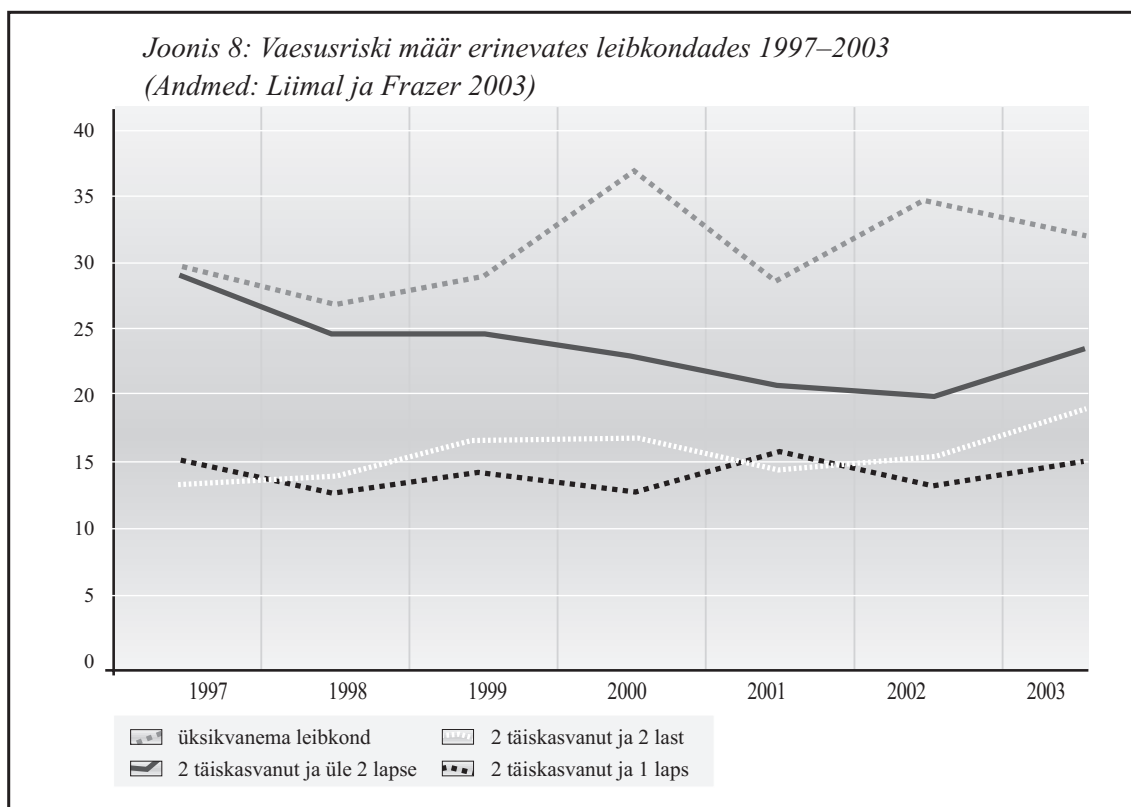
Üheks võimalikuks perede majandusliku heaolu näitajaks on lisaks sissetulekutele ka kulutuste maht ja struktuur. Kulutuste tase sõltub ühelt poolt nii majanduslikest võimalustest, kuid teiselt poolt ka vajadustest. Majanduslike võimaluste erinevuste mõju tarbimisele illustreerib Tiidu (2004) uuring, mis näitas, et kui 2002. aastal kulus vaesemas peres lapse kohta kuus 1300 krooni, siis jõukamas peres oli see ligi kaks korda rohkem ehk 2700 krooni kuus.

Tabel 3. Kulud lastega leibkonnas liikme kohta keskmiselt võrrelduna ilma lasteta, sama täiskasvanute arvuga leibkonnaga (Andmed: ESA).

Aasta	Üks täiskasvanu ja laps(ed)/ 1 täiskasvanu	Kaks täiskasvanut ühe lapsega/ 2 täiskasvanut	Kaks täiskasvanut kahe lapsega/ 2 täiskasvanut	Kaks täiskasvanut 3 või enama lapsega/ 2 täiskasvanut
1996	60,5	89,7	72,5	56,3
1997	65,3	88,1	79,4	66,0
1998	60,5	94,1	72,2	71,3
1999	59,4	87,4	81,4	57,0
2000	72,4	95,5	78,3	60,1
2001	73,0	85,9	76,2	61,9
2002	80,2	100,6	84,8	70,8
2003	75,3	93,3	79,9	57,2

Enamasti kasutatakse leibkonna majanduslike vajaduste hindamisel tarbimiskaalusid, mille järgi iga järgnev leibkonna liige ja lapsed on mõnevõrra väiksemate koguvajadustega kui üksinda elav täiskasvanu. Tabelis 3 on välja toodud lastega perede väljaminekud võrreldes ilma lasteta sarnaste perede kulutustega ilma tarbimiskaalusid kasutamata, sest eeldatakse, et kulud lastega peredes sõltuvad veel suuresti majanduslikest võimalustest. Võrdlus aastatest 1996–2003 näitab suhteliselt

Joonis 8: Vaesusriski määr erinevates leibkondades 1997–2003 (Andmed: Liimal ja Frazer 2003)



stabiilset erineva laste arvuga perede kulutuste taseme püsimist. Kõige vähem mõjutas peresid ühe lapse olemasolu. Kaks last vähendas siiski kulutuste taset juba 20% võrra inimese kohta ja kolme ning enama lapse olemasolu 40%. Kulutuste skaala näitab, et aastatega on lastega perede majanduslikud võimalused enamasti mõnevõrra paranenud, v.a lasterikkad pered. Eriti tähelepanuväärne on üksikvanema perede võimaluste paranemine. Samal ajal näitavad OECD tarbimiskaale arvestavad vaesusnäitajad (joonis 8) vaesuse suurenemist üksikvanemate rühmas, seda eriti pärast 1999. aasta üksikvanema toetuste järsku tõusu. Võimalikuks seletuseks on erinevate üksikvanemate rühmade olemasolu. Samas ajal, kui suhteliselt hästi toime tulevad üksikvanemad tõstavad keskmise kulutuste taseme suureks, on üksi last kasvatavate leibkondade seas palju ka neid, kes jäävad sissetulekutelt alla vaesuspiiri. Suur on ka vaeste rühma kuuluvate lasterikkaste perede osa (25%).

#### 1.4. Eluiga, haigestumine ja tervis

Inimeste keskmine oodatav eluiga Eestis vähenes 1990. aastate keskel ja on seejärel hakanud uuesti pikenema. Naiste oodatav eluiga sünnil oli 2001. a 77 aastat, s.o kõrgem kui kunagi varem. Meeste oodatav eluiga oli aastaks 2002 jõudnud lähedale 1989. aasta tasemele (65,7 a), kuid pole Eestis viimase 40 aasta jooksul pikenenud. Meeste lühikese eluea põhjuseks on varajane suremus traumade, vigastuste, mürgistuste ja südame-veresoonkonnahaiguste tõttu.

Haigestumise, vigastuste ja surmapõhjuse seas on Eestis juhtival kohal südame-veresoonkonnahaigused ja välispõhjused, mis tabavad Eesti elanikke tunduvalt nooremas eas kui Euroopas tavaline. Selle põhjuseks on riskikäitumise ja kahjulike terviseharjumuste suurem levik. Samal ajal on mitmekordselt vähenenud imikusuremus, jõudes lähedale Euroopa keskmisele.

Teiste tervisekäitumist peegeldavate asjaoludena võib välja tuua järgmised faktid (Kasmel jt 1999, 2001; Kiivet ja Harro 2002):

- Sugulisel teel levivate haiguste esinemine on mitmekordistunud ja seda probleemi pole piisavalt teadvustatud, et rakendada õigeid vastumeetmeid. 2000. a lõpus vallandus HIV-epideemia, mille levik Eestis langeb seni kokku narkomaania levikuga. Lähitulevikus muutub HIV ka Eestis peamiselt sugulisel teel levivaks haiguseks.
- Eesti elanike toitumistavad on muutunud tervislikumaks, peamiselt või ja rasva vähenenud kasutamise ning puu- ja köögivilja tarbimise suurenemise näol – osal elanikest majanduslike võimaluste paranemise ja teistel nende piiratuse tõttu.
- Õnnetused, traumad, mürgistused jm riskikäitumine on suurenenud nooremas keskeas ja on selles vanuserühmas peamiseks püsiva töövõimekaotuse, tervishoiukulude suurenemise ja surma põhjuseks.
- Suitsetamine on täiskasvanute seas veidi vähenenud, kuid levib koolinoorte hulgas rohkem kui kunagi varem.
- Alkoholi üldine tarbimine on püsiv või tõusutendentsiga. Alkoholi kuritarvitamine näib suurenevat ja salaviinakaubandusega pole veel tõsiselt võitlema asutud. Väga alarmeeriv on alkoholiga eksperimenteerimise sagenemine laste ja noorukite hulgas.
- Narkootikumide tarbimine hakkas dekaadi lõpuaastatel kiiresti levima ning seda ei ole suudetud pidurdada probleemi alahindamise tõttu.
- Majanduslik ja sotsiaalne ebavõrdsus suureneb sotsiaalsete gruppide vahel ja regionaalselt. Seda näitab muuhulgas oluliselt sagenenud invaliidsuspensionite (alates 2000. a püsiva puude) määramine piirkondades, kus tööhõive on vähenenud.

### 1.4.1. Muutused arstiabis ja tervishoius

Alates taasiseseisvumisest on Eesti tervishoius läbi viidud kaks suurt reformi – solidaarse ravikindlustuse sisseseadmine ja üleminek perearstiabile –, mis toimusid vastavalt aastatel 1992–1994 ja 1997–1999. Järgmisena on kavas kümne aastaga ümber korraldada haiglaravi, kus arstiabi kvaliteedi tagamiseks koondatakse kõrgtehnoloogiline arstiabi reorganiseeritud suurhaiglatesse ning rajatakse hooldus- ja järelravi süsteem, mis annaks elanikele toe tervise taastamisel ja toimetuleku püsivate tervisehäirete korral.

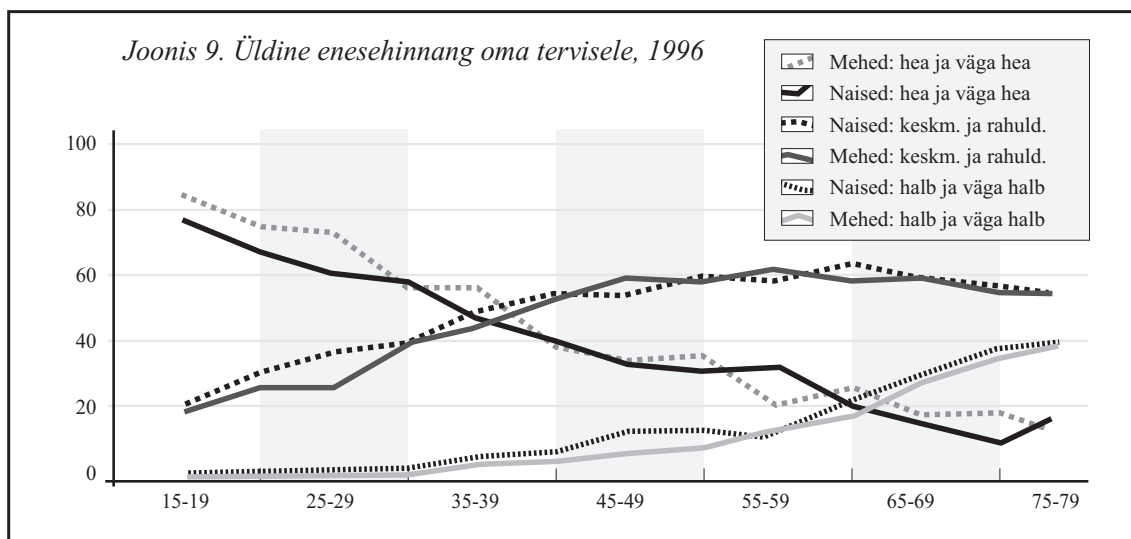
Ravikindlustuse loomine lõi olukorra, kus 93 protsendile Eesti elanikest on arstiabi peamised teenused võrdsetl kättesaadavad ning raviteenuste kasutamise eest tasutakse ühtsete põhimõtete alusel riiklikult tagatud vahenditest. Murettekitavalt suur – 7% – on ravikindlustusega hõlmamatute arv. Üleminek perearstisüsteemile tagab pädeva arstiabi enamlevinud tervisehäidete korral asjata eriarstide vahel käimiseta ning nõustamise ja toe püsivate tervisehäiretega toimetulekuks või nende ennetamiseks.

Kümne aasta jooksul on ravivoodite arv Eesti haiglates vähenenud kaks korda, kuid haiglaravi saab aastas sama palju inimesi (Eesti tervishoiustatistika 1992–1999). See on toimunud haiglaravi kestuse kahekordse lühenemise arvel, mida on omakorda võimaldanud efektiivsemate ja patsienti säästvamate ravimeetodite kasutuselevõtt. Haiglaravi kestuse lühenemine paneb suurema vastutuse ja koormuse esmatasandile ning nõuab senisest tihedamat koostööd perearstide ja eriarstide vahel.

Kaasaegsete vahendite kättesaadavus ja tervishoiutöötajate oskuste areng suurendab võimalusi haigete raviks, kuid ressursside piiratus on tekitamas olukorda, kus haigete elukvaliteeti parandavate raviviiside rakendamisel tekivad paratamatult järjekorrad ning meditsiiniliste teenuste saamisel tuleb üha rohkem arvestada majanduslike võimalustega.

### 1.4.2. Enesehinnang tervisele ja tervena elatud eluaastad

Aastakümneid on harjutud tervishoiu taset hindama selle alusel, kui palju on haiglaid, haiglates voodeid või kui palju käivad elanikud arsti juures. Selline hindamine näitab eeskätt arstiabi kättesaadavust ja kasutamist ning kirjeldab tervishoiusüsteemi ülesehitust. Täiendavalt tuleb osata mõõta muutusi elanike tervises, s.t kui palju on inimesed arstiabi kasutamisest abi saanud, ja võrrelda seda saavutust parima tulemusega, mida võimaldab kaasaegne arstiteadus ja ravikorraldus.



# DEMOGRAAFILINE ARENG

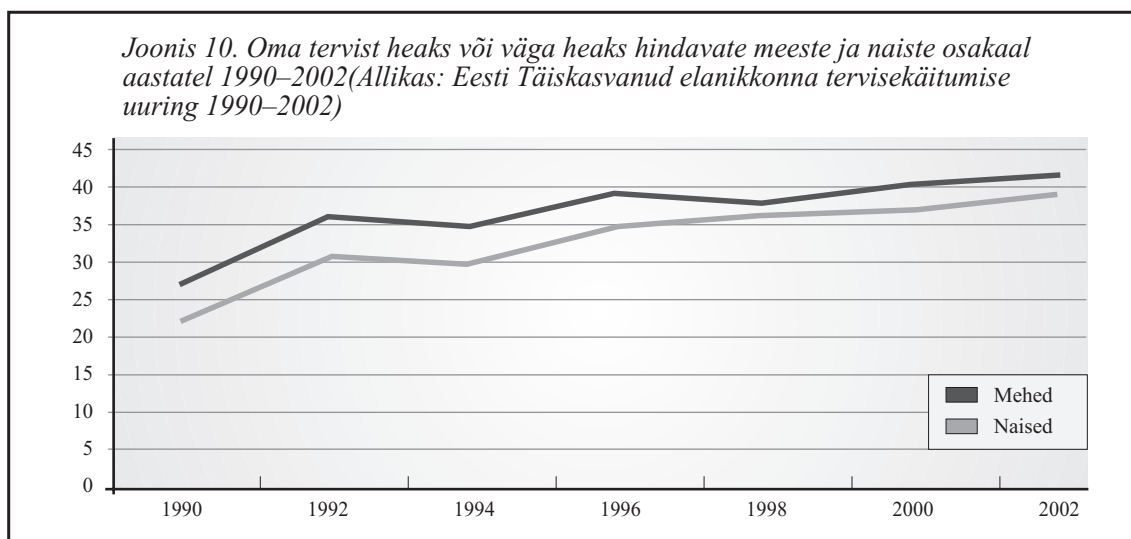
Pikemat eluiga peetakse riigi tervishoiusüsteemi ja rahva tervise üheks peamiseks eesmärgiks. Samavõrra oluline on, et elu saaks elatud võimalikult tervena – suutes omaenda elu nautida ja vältides koormaks olemist teistele. Keskmine tervena elatud eluiga<sup>1</sup> oli Eestis 1999. a WHO (Maailma Terviseorganisatsiooni) esindusliku uuringu alusel 63,1 aastat, mis andis 191 riigi seas koha seitsmendas kümnes (Mathers et al 2001). Selle uuringu aluseks olid riiklik statistika suuremus- ja haigestumispõhjuste kohta ning küsitlused elanike hinnangute kohta oma tervises seisundile.

1996. aastal toimunud „Eesti Terviseuuringu“ käigus tehti 371 küsimusega terviseintervjuu 4711 Eesti elanikuga (Leinsalu jt 1999). Sellest uuringust pärit andmed üldisele enesehinnangule oma tervise kohta ja sellest sõltuva toimetuleku kohta on esitatud joonisel 9.

Võrreldes vastava edetabeli juhtriikidega (Jaapan, Austraalia ja Prantsusmaa), on Eestis tervena elatud eluiga kümme aastat lühem. Tervena elatud eluaastate arv on korrelatsioonis keskmise eeldatava sünnieluea ja rahvuslike tervishoiu kogukulutustega. Keskmise eeldatava eluea suurenedes lisandub tervena elatud eluaastaid rohkem kui haigena või puudega elatud eluaastaid. Järjekordselt leidis ka tõendamist, et riikides mis ei kuulu kõige jõukamate hulka, on riigi majanduslik olukord ja tervishoiukulutused elaniku kohta olulise tähtsusega nii kogu rahvastiku kui erinevate rahvastikurühmade tervise seisukohast.

Märkimist väärib, et Eestis ei ilmnenud soolisi erinevusi enesehinnangus oma tervisele ning vanusest sõltuv hinnangu langus on Eestis suhteliselt järsk – juba alates 40. eluaastast peab ainult 40% naistest ja meestest oma tervist kas heaks või väga heaks. Kas madal hinnang kajastab siinjuures tegelikku tervisehäiret või suurenenud ootusi, pole võimalik kindlaks teha. Kuigi otsene võrdlus teiste maade vastavate uuringutega pole meetoodiliselt korrektne, on ilmne, et enesehinnangu parimad väärtused langevad palju nooremas eas tasemele, mis mujal Euroopas iseloomustab pensioniealisi ja vanemaid.

Eestis on aastatel 1990–2002 läbi viidud täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu andmetel meeste tervise positiivne (hea või väga hea) enesehinnang püsivalt kõrgem kui naistel (joonis 10). Märkimisväärne on tervise positiivse enesehinnangu järjepidev paranemine naistel 23%-lt 1990. aastal 37%-ni aastaks 2002 ja meestel vastavalt 27%-lt 42%-le. Rahvusvahelises võrdluses jääb ka see suurepärase suundumus siiski tagasihoidlikuks, kuna lähimaades Soomes ja Rootsis on see näitaja üle 70%.



<sup>1</sup> healthy life expectancy

### 1.4.3. Haiguskoormus ehk tervisekadu Eestis

Rahva tervise seisundile hinnangu andmiseks kasutatakse kümneid meetodeid ja sadu indikaatoreid. Enamik indikaatoritest põhineb kas suremuse või haigestumise andmetel ja iseseisvalt kasutatuna annavad kas pooliku või moonutatud pildi tegelikust olukorrast. Näiteks surmapõhjuste järjestamine sageduse alusel on vähese tähendusega, sest surm on paratamatu ja igal surmal on mingi põhjus. Rahva tervise aspektist on palju olulisem eristada varast suremust surmadest hilisemas eas. Samavõrra ei kajasta haigestumise sagedusandmed ei haiguse raskust või sellest tingitud elukvaliteedi langust, mis on rahva tervise aspektist samuti tähtis.

Haigustega kohandatud eluaastad<sup>2</sup> ehk “haiguskoormus” väljendab kaotust rahvastiku tervises, kus ühtsesse näitajasse on summeeritud surma tõttu kaotatud eluaastad ning haiguse või puudega elatud eluaastad. Viimasel juhul erineb elukvaliteet tervena elatud elukvaliteedist ja haiguskoormuse kontseptsioonis esitatakse seda ajana, mis on elatud täiuslikust halvema tervisega. Eesti kohta teostati haiguskoormuse analüüs 2002. a suremus- ja haigestumisandmete alusel (Sotsiaalministeerium 2004).

Suremusandmete analüüs kaotatud eluaastate meetodil toob esile suure soolise erinevuse. Samal ajal, kui üle 65-aastaste seas on meeste ja naiste kaotatud aastate koguarv võrdne, kaob enne 65. eluaastat Eesti meeste elust 69 022 eluaastat võrreldes naiste 25 407 eluaastaga ehk 2,7 korda enam.

Seevastu haigustest kaotatud aastaid on Eesti naistel poole enam kui Eesti meestel. Erinevus ilmneb alates teismelise-east ning püsib kuni pensionieani. Naised kaotavad meestest kaks korda enam aastaid kasvajate, liiges-lihashaiguste tõttu ja kuse-suguelundite haiguste tõttu, kokku ligi 20 000 aastat rohkem kui mehed.

Kaotatud eluaastate meetod rõhutab Eesti elanikel n - ö varase suremuse tähendust. Eesti meeste surmadest 13% toimub enne 45. eluaastat, kuid nende arvele jääb 35% meeste kaotatud eluaastatest. Naistest sureb enne 45. eluaastat 3%, kuid see moodustab 19% naiste kaotatud eluaastatest.

Haigustest kaotatud aastate arvestamine esmahaigestumise andmetel toob esile liiges-lihashaiguste ja psüühikahäirete olulisuse ja arvestamine levimusandmetel välispõhjustest ja seedeorganite haigustest tingitud tervisekao. Sellega rõhutatakse mitteletaalsete haiguste tähendust kogu rahvastiku tervisele ja haiguspõhjuste jaotumist soo- ja vanusrühmades.

Kokkuvõttes (tabel 4) jaotuvad antud metoodikat kasutades kaotatud eluaastad Eesti meeste ja naiste vahel sisuliselt võrdselt, kuigi meestel on suur ülekaal suremuse ja naistel haiguste tõttu kaotatud eluaastates.

Tabel 4. Kogukaotus eluaastates ja osakaaludena suremuse ja haigestumise tõttu, arvestatuna kogu Eesti rahvastiku kohta 2002. a

Põhjus	N			%		
	mehed	naised	rahvastik	mehed	naised	rahvastik
Suremus	91 316	50 022	141 338	31%	17%	47%
Haigestumine	67 185	90 190	157 375	22%	30%	53%
Tervisekadu kokku	158 501	140 212	298 713	53%	47%	100%

<sup>2</sup> disability adjusted life years, DALY

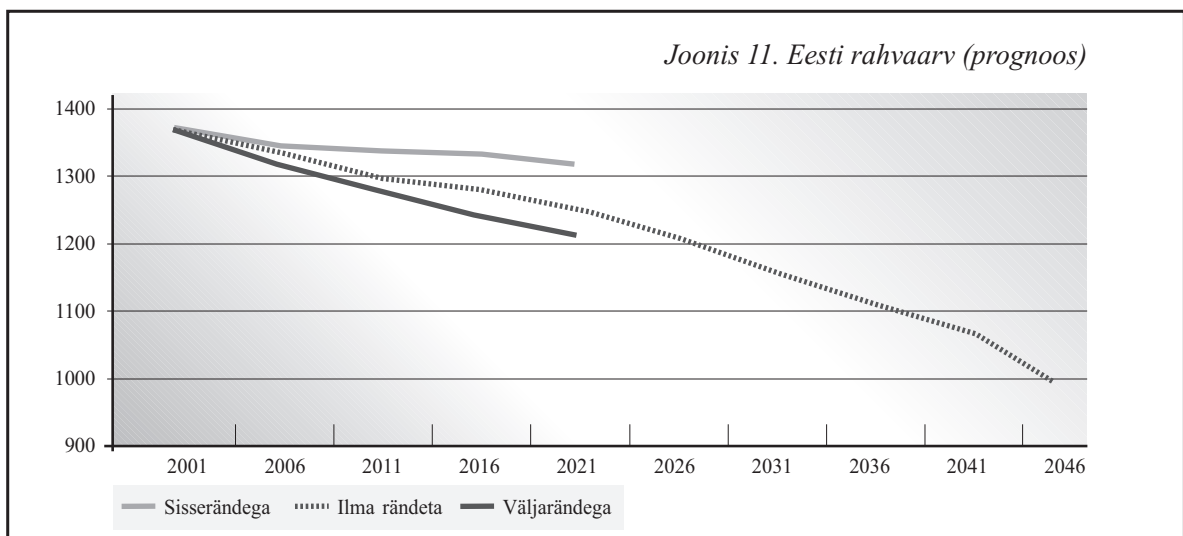
### 1.5. Rahvastiku paiknemine ja prognoos tulevikuks

Enam-vähem usaldusväärse ülevaate rahvastiku paiknemisega seotud muutustest annab ainult kahe rahvaloenduse vahelise perioodi võrdlus 1989–2000. See näitab, et Eestis jätkus ka teistele Euroopa riikidele iseloomulik inimeste liikumine suuremate linnade lähitagamaale (Tammaru jt 2003, Ainsaar 2004). Kuigi maavaldades oli keskmiselt positiivne sisseränne, oli see majanduslikult siiski selekteeriv, ehk kasvasid ainult jõukamad ning väiksema tööpuudusega vallad. Teine oluline tegur on kaugus linnadest. Enamasti kasvasid piirkonnad kuni 60 km kaugusel suurematest linnadest ning paljude kasvavate maaomavalitsuste inimesed säilitasid töökohad linnades (Ainsaar 2004). Üldise väljarände ning negatiivse rändesaldo tulemuseks oli olukord, kus näiteks ajavahemikul 1989–2000 kasvas peamiselt vaid Tallinna, Pärnu ning Tartu, Kunda, Kuressaare, Kärkla linnalähedaste valdade ning Alajõe valla rahvastik (Kivilaid jt 2002). Ülejäänud Eesti territoorium kaotas inimesi. Erinevalt paljudest maailma riikidest, kus sisserände sihtpiirkonnad muutuvad eriti kõrge vaesusriskiga aladeks (Population... 2002), iseloomustab positiivse rändesaldoga alasid Eestis väiksem tööpuudus, suuremad sissetulekud ning elukoha vahetajate kõrgem heaolu kui lähtekohas (Ainsaar 2004).

Eesti rahvastiku arengu prognoos tulevasteks aastakümneteks näeb ette paratamatut rahvaarvu vähenemise loomuliku iibe tõttu ning rahvastiku vananemise (joonis 11). Rahvusvahelistes prognoosides (World... 2001) peetakse Eestit koguni kõige kiiremini väheneva rahvaarvuga riigiks maailmas. Eesti peamiseks probleemiks on viimase kümne aasta madalast sündimusest tingitud väikesearvulised põlvkonnad. Pärast 2015. aastat hakkab demograafilise potentsiaali vähesus otseselt vähendama sündide arvu veelgi. Sellest tingitud rahvastiku kadu ei suudaks kompenseerida isegi sündimuse tõus keskmiselt üle kahe lapse naise kohta. Umbes aastast 2012 hakkab pöördumatult tõusma ka eakate inimeste osatähtsus võrreldes muu rahvastikuga. Demograafiliseks leevenduseks paratamatule rahvastiku vähenemisele oleks immigratsioon. Senised prognoosid välisrände kohta ennustavad lähitulevikus siiski pigem mõnevõrra suuremat väljarännet kui sisserännet (Eamets ja Philips 2003), mis täitumisel halvendab juba olemasolevaid demograafilisi prognoose veelgi.

Suuremateks terviseprobleemideks, mis Eestis tulevikus sagenevad, on (Kiivet ja Harro 2002):

- kõrge riskikäitumine noorte seas, sh narkomaania, alkoholi kuritarvitamise ja suitsetamine levik;
- sugulisel teel levivate haiguste, sh HIV sage esinemine eeskätt nooremates eärühmades;
- allergilised haigused, sh astma laste ja noorte seas;
- psüühikahäired keskeas.



Eluiga pikeneb, vanemaealisi on rohkem ja sellest tingituna:

- pahaloomulised kasvajakas, ateroskleroosi ja diabeedi komplikatsioonid sagenevad;
- dementsust on üha rohkem ja sellest tulenevalt kasvab vajadus hoolduse järele;
- sagedamini esineb nägemis- ja kuulmishäireid;
- suureneb funktsionaalsete toimetuleku häiretega isikute arv.

Sooline ebavõrdsus tervises Eestis püsib. Meeste eluiga ja tervislik seisund küll paranevad osaliselt, kuid on Euroopa kontekstis rekordiliselt madalad. Eluea tõustes sagenevad oluliselt vanemaealiste haigused meeste seas ning suurenevad vajadused vastavate tervishoiuteenuste järele.

Soolise ebavõrdsuse kõrval on suuremaks ohuks sotsiaalse ebavõrdsuse püsimine ja süvenemine, mis paistab suurenevat seoses majandusliku kihistumise põlistumisega. Tervist mõjustava käitumise näitajad on Eestis mõnes osas täiskasvanute seas paranenud, laste seas aga on paranemistendentsi vähem, sageli näitajad hoopis halvenevad. Kuivõrd tervisekasvatuse meetmed on aga olnud isegi enam suunatud lastele kui täiskasvanuile, tuleb tõdeda, et nähtavate muutuste aluseks võib pigem olla olnud sotsiaalmajanduslike tingimuste muutumine kui sihiteadlik ennetustöö.

### 1.5.1. Soovitused rahvastiku valdkonnas

- Toetada jätkuvalt vanemaid lapse kasvatamiseks võimalikult soodsa keskkonna loomisel, sealhulgas:
  - Toetada lapse kasvatamisega seotud kulude kompenseerimist inflatsiooni arvestaval tasemel. Laste heaolu, vaesuse vähendamise ning sündimuse tõstmise seisukohast oleks oluline tõsta lapsetoetuste taset veelgi.
  - Oluliseks määrajaks nii sündimuse kui peresuhete ning perede toimetuleku seisukohast on naistele ja meestele võrdsete võimaluste loomine ühiskonnas.
  - Sündimuse võimaliku suurendamise ning perede täisväärtusliku toimimise seisukohalt tuleks muuta töö ja pereelu ühitamine vanematele võimalikult lihtsaks. Enamasti tähendab see laste päevahoiuga seotud probleemide lahendamist (Ainsaar 2004b, Unt ja Krusell 2004).
  - Laste kasvatamise ning saamise edukus sõltub oskusest olla vanem ja partner. Seega on oluline jätkata hariduse edendamist vanemaks olemise ning partnerlussuhete valdkonnas.
- Kõige olulisemate probleemide määratlemiseks sündimust piiravate tegurite osas jätkata pidevate monitooringute teostamist ning teostada rahvastikupoliitika mõjude analüüse.
- Pideva monitooringu ning analüüsi teostamiseks teha jõupingutusi detailsete rahvastikuandmete tootmisel ning vajalike uuringute õigeaegsel rakendamisel.
- Vaadata vajadusel üle migratsioonipoliitika.
- Eesti tervishoiupoliitika eesmärgiks on saavutada elanike maksimaalne võimalik füüsiline ja vaimne tervis. Riigi ülesanne on seejuures tagada elanikele tingimused, mis aitaksid säilitada tervist ja ravida tervisehädasid. Nende põhitingimuste hulgas on mõistagi arstiabi, kuid palju olulisem on riigil tagada stabiilne majandusareng ja luua normaalsed elu- ja töötingimused e keskkond, kus saab terve olla ja mis väärtustab tervist. Selle keskkonna eesmärgiks on vähendada elanike tervist puudutavaid erinevusi, mis Eestis on lubamatult suured.

**Kirjandus**

Ainsaar, M. (2000) Eesti laste- ja perepoliitika otsingul. – Ainsaar, M. (toim), Laste- ja perepoliitika Eestis ja Euroopas. Tallinn, Rahvastikuministri büroo, lk 153–170

Ainsaar, M. (2002) Eesti perepoliitika eesmärgid, tegelikkus ja tulemused 1993–2001. – Vetik, R. (toim), Eesti inimarengu aruanne 2002. Tallinna Pedagoogikaülikool, Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut, lk 54–62

Ainsaar, M. (2004) *Reasons for move: A study on trends and reasons of internal migration with particular interest in Estonia 1989–2000.* – *Annales Universitatis Turkuensis, ser B 274, Humaniora, Turku University*, lk 222

Ainsaar, K. (2004b) Muutused laste päevahoiu teenuse maksumuses. *Sotsiaaltöö*, nr 3, lk 37–39

Ainsaar, M., ja Oras, K. (2000) Laste arvu mõjutavad tegurid Eestis. – Ainsaar, M. (toim), Laste ja perepoliitika Eestis ja Euroopas. Rahvastikuministri büroo, lk 112–133

Bühler, C. (2004) *Additional work, family agriculture, and the birth of a first and a second child in Russia at the beginning of the 1990s.* – *Population Research and Policy Review* 23 (3) //ipsapp007.kluweronline.com/IPS/content/ext/x/J/5091 (16.07.2004)

Diprete, T. A.; Morgan, P.; Engelhardt, H. ja Pacalova, H. (2003) *Do cross-national differences in the costs of children generate cross-national differences in fertility rates?* – *Population Research and Policy Review*, 22, lk 439–477

Eamets, R.; Philips, K. (2003) Tööjõu vaba liikumine – kes läheb ja miks. – *Sotsiaaltöö*, nr 5, lk 14–16

Eesti Statistika aastaraamat 2004. (2004) Statistikaamet

Eesti tervishoiustatistika 1992–1999. Sotsiaalministeerium, Tallinn, 2000

Einasto, M. (2002) Sissetuleku- ja ilmajäetusvaesus, 1994 ja 1999. – Kutsar, D. (toim), *Elutingimused Eestis viis aastat hiljem. Norbalt II.* Tartu, Tartu Ülikooli Kirjastus, lk 101–122

Goldstein, J.; Lutz, W. ja Testa, M. R. (2003) *The emergence of sub-replacement family size ideals in Europe.* – *Population Research and Policy Review*, 22, lk 479–496

Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad ehk tervisekadu Eestis. Sotsiaalministeerium, Tallinn, 2004

Kangas, O. (2000) Sotsiaalkindlustuse korralduse ja tulemuslikkuse võrdlus väljakujunenud ja üleminekumajandusega riikides. – Ainsaar, M. (toim), *Laste- ja perepoliitika Eestis ja Euroopas.* Tallinn, Rahvastikuministri büroo, lk 9–27

Kasmel, A. jt (1999) *Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring, kevad 1998.* Helsinki, Soome Rahvatervise Instituut

Kasmel A. jt (2001) *Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000.* Tallinn, Eesti Tervisekasvatuse Keskus

Katus, K.; Puur, A. ja Sakkeus, L. (1995) *Eesti pere- ja sündimusuuring. Standardtabelid.* EKDK, Tallinn.

## D E M O G R A A F I L I N E A R E N G

- Kiivet, R. A. ja Harro, J. (toim) (2002) *Eesti rahva tervis 1991–2000*. Tartu
- Kivilaid, M.; Lehto, K.; Maurer, K.; Nurmsaar, R.; Pikner, T.; Ristkok, P.; Servinski, M.; Sõmer, H.-M. ja Tischler, G. (2002) *Eesti Regionaalareng 1995–2000*. Statistikaamet, Siseministeerium
- Kutsar, D. ja Trumm, A. (toim) (1999) *Vaesuse leevendamine Eestis, taust ja sihiseaded*. Tartu, Tartu Ülikooli Kirjastus
- Kutsar, D., Harro, M., Tiit, E.-M. ja Matrov, D. (2004) *Children's Welfare in Estonia from Different Perspectives*. – Jensen, A.-M., Arieh, A. B., Conti, C., Kutsar, D., Phadraig, M. N. ja Nielsen, H. W. (toim) *Children in Ageing Europe, COST A19 Vol 1*, Tartu University Press
- Kuddo, A., Leetmaa, R., Leppik, L., Luuk, M. ja Vörk, A. (2002) *Sotsiaaltoetuste efektiivsus ja mõju tööjõupakkumisele*. Tallinn, Poliitikauuringute Keskus PRAXIS
- Käärik, E., Tiit, E.-M., Vähi, M. ja Valton, A. (2001) *Lastega perede majanduslik toimetulek 1999–2000*. Tartu, Rahvastikuministri büroo
- Leinsalu, M jt (1999) *Eesti Terviseuuring*. Tallinn, EKMI
- Liimal, P. ja Frazer, H. (2003) *Joint Inclusion Memorandum Estonia*. Sotsiaalministeerium
- Mathers, C. D. et al. *Healthy life expectancy in 191 countries in 1999*. – *Lancet* 2001, 357, lk 1685–1691
- Population, Reproductive Health and the Millennium Development Goals (2002)*. UNFPA
- Stropanik, N. (2000) *Lastetoetused ja lastega seotud maksusoodustused mõnedes Euroopa riikides*. – M. Ainsaar (toim), *Laste- ja perepoliitika Eestis ja Euroopas*. Tartu, Rahvastikuministri büroo, lk 46–58
- Tammaru, T., Kulu, H. ja Kask, I. (2003) *Siserände üldsunnad*. – Tammaru, T. & Kulu, H. (toim), *Ränne üleminekuaja Eestis*. Statistikaamet, lk 5–27
- Tiit, E.-M. (2004) *Kui palju maksab Eesti laps?* *Postimees* 30. VI 2004
- Tiit, E.-M. ja Ainsaar, M. (2002) *Kavandatav sündimuskäitumine Eestis*. Kutsar, D. (toim), *Elutingimused Eestis viis aastat hiljem*. *Norbalt II*, Tartu Ülikooli Kirjastus, lk 35–66
- Tiit, E.-M. ja Käärik, E. (2000) *Lastega leibkondade majanduslik toimetulek ja tüpoloogia*. – Ainsaar, M. (toim), *Laste- ja perepoliitika Eestis ja Euroopas*. Rahvastikuministri büroo, lk 81–99
- Tuvikene, M. (2002) *Sissetulekuvaesus*. *Leibkonna elujärg 2001*. Statistikaamet, lk 34–36
- Tuvikene, M. (2003) *Eesti sissetulekuvaesus Euroopa kontekstis*. *Leibkonna elujärg 2002*. Statistikaamet, lk 41–43
- Unt, M. ja Krusell, S. (2004) *Lastehoid Eesti peredes*. Rahvastikuministri büroo
- World Population Prospects (2001) Volume II*, United Nations, New York

## 2. Reproduktiiv- ja seksuaaltervis 1994–2003<sup>1</sup>

*Kai Haldre*

### 2.1. Definiitsioon

*(ÜRO rahvusvahelise rahvastiku- ja arengu konverentsi (Kairo, 1994) tegevusprogrammis p 7.2):*

Reproduktiivtervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse puudumine või nõrkervis valdkonnas, mis puudutab reproduktiivsüsteemi, selle talitlusi ja toimimist. Reproduktiivtervis tähendab seega, et inimesed saavad elada rahuldustpakkuvat ja turvalist seksuaalelu ning on võimelised saama lapsi, seejuures vabalt otsustades, kas, millal ja kui sageli nad seda soovivad. Enesestmõistetav on meeste ja naiste õigus olla informeeritud ning omada juurdepääsu nende enda poolt valitud turvalistele, tõhusatele, kättesaadavatele ja vastuvõetavatele pereplaneerimismeetoditele ning kõigile teistele viljakuse reguleerimise meetoditele, mis ei ole seadusega vastuolus, samuti on enesestmõistetav õigus terviseteenustele, mis tagavad naistele turvalise raseduse ja sünnituse ning kindlustavad paaridele parima võimaluse saada terveid lapsi. Kooskõlas eeltoodud definiitsiooniga, määratletakse reproduktiivset tervishoidu kui meetodite, võtete ja teenuste kooslust, mis toetab reproduktiivtervist ja heaolu probleemide ennetamise ja lahendamise kaudu. Siia kuulub ka seksuaalse tervise edendamine, mille eesmärk ei ole üksnes nõu anda ja abistada laste saamise ja sugulisel teel levivate haigustega seotud küsimustes, vaid muuta elu ja isiklike suhteid sisukamaks ja paremaks (EPPL, 1997).

Toodud definiitsioon võeti vastu 179 riigi valitsusdelegatsiooni poolt 1994. aastal ÜRO rahvusvahelisel rahvastiku- ja arengu konverentsil<sup>2</sup> Kairos, kus osales ka Eesti delegatsioon. Taoline sõnastus oli oluliseks murdepunktiks kogu valdkonna käsitlemisel, tuues esmakordselt sellise kaaluga rahvusvahelise ürituse lõppdokumendis esile seksuaalsuse kui inimeseks olemise ühe olulisema komponendi.

Definiitsioon viitab, et reproduktiivtervis ja seksuaaltervis on üksteisega väga tihedalt seotud ning neid ei saa lahutada inimõiguste kontekstist. Seega kajastuvad siin nii traditsiooniline lähenemine reproduktiivtervisele, mis on seotud ohutu raseduse, sünnituse ja terve lapsega kui ka tänapäevasem käsitlus, mis tunnustab seksuaaltervist kui vältimatut osa isiku psüühilises ja füüsilises heaolus.

Tänaseks on avaldatud ka mõtet, et pigem tuleks reproduktiivtervist käsitleda seksuaaltervise osana, kuna järglaste saamine on vaid üks osa seksuaalsusest (Lottes, Kontula, 2000). Rahvusvaheliselt tunnustatud sotsioloog Evert Ketting leiab, et reproduktiivtervise probleemid on eelkõige “meditsiinilised probleemid, mis on seotud raseduse, laste sünnitamise ja vastsündinuga”, samas aga seksuaaltervise küsimused kätkevad endas “protsessi, mis aitab inimestel ise otsustada oma seksuaalsuse üle ja milline aitab aktsepteerida ja nautida igal indiviidil oma seksuaalset potentsiaali. See haarab eelkõige teadmisi, enesehinnangut, identiteeti, partneriga suhtlemist ning sellega seonduvat, mitte aga diagnostikat, ravi ja meditsiinilist sekkumist” (Ketting, 1996). Seksuaalsete õiguste olemuses ja nende järgimise vajaduses saavutati üksmeel esmakordselt neljandal ülemaailmsel naistekonverentsil Pekingis 1995. aastal<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Järgnevas ülevaates on kasutatud peatükke, mis on kirjutatud Eesti Akadeemilise Seksuoloogiaseltsi raamatu „Seksuaalsus Eestis“ tarbeks.

<sup>2</sup> United Nations International Conference on Population and Development (ICPD), 5.-13. IX 1994

<sup>3</sup> Fourth World Conference on Women, 4.-15. IX 1995.

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Pärast Kairo ja Pekingi konverentse on mitmed maailma juhtivad reproduktiivtervise ja seksuaaltervise edendamiseks tegelevad rahvusvahelised organisatsioonid nagu Maailma Seksuoloogia Assotsiatsioon (WAS),<sup>4</sup> Rahvusvaheline Pereplaneerimise Föderatsioon (IPPF)<sup>5</sup> ja Maailma Terviseorganisatsioon (WHO)<sup>6</sup> oma tegevuses seadnud prioriteedid vastavalt nende foorumite vaimule.

WAS, IPPF ja Rahvusvaheline Naiste Tervise Koalitsioon (IWHC)<sup>7</sup> on ka sõnastanud ja teadvustanud seksuaalseid ja reproduktiivseid õigusi inimõiguste ühe osana. Need õigused tuleks võtta aluseks mistahes reproduktiiv- ja seksuaaltervist edendavas tegevuses.

Parast Kairo ja Pekingi kohtumisi määratles Maailma Terviseorganisatsioon seksuaal- ja reproduktiivtervise ühena oma prioriteetsetest valdkondadest (Lottes, Kontula, 2000) ning seatud eesmärkide ja tegevuskavade hindamiseks valiti 1996. a 15 reproduktiivtervise indikaatorit globaalseks kasutamiseks. 1999. a toimus uus ÜRO algatatud rahvusvaheline kohtumine (ICPD+5), et analüüsida Kairo tegevusprogrammi elluviimise senist kulgu. Ühtlasi toimus ka töö reproduktiivtervise indikaatorite täpsustamiseks, mille tulemusena lisati veel kaks indikaatorit. Seega on hetkel rahvusvaheliselt kokku lepitud 17 reproduktiivtervise indikaatorit, mida kasutatakse kogu maailmas selle valdkonna olukorra ja muutuste hindamiseks. Tulevikus on plaanis lisada näitajad, mis võimaldaksid täpsemalt hinnata viljatuse probleemi, reproduktiiv- ja seksuaaltervise teenuste kvaliteeti, HIV/AIDSiga seonduvat ning vastavaid ennetusprogramme.

Maailma Terviseorganisatsiooni reproduktiivtervise indikaatorid (WHO, 2004):

- Summaarne sündimuskordaja
- Rasestumisvastaste vahendite kasutamine
- Emasuremuskordaja
- Rasedate hõlmatus sünnieelse jälgimisega
- Kvalifitseeritud tervishoiutöötaja juuresolekul toimuvate sünnituste osakaal
- Elementaarse sünnitusabi kättesaadavus
- Spetsialiseeritud sünnitusabi kättesaadavus
- Perinataalne suremus
- Madala sünnikaaluga (alla 2500 grammi) vastsündinute osakaal
- Süüfilise (positiivne seroloogiline analüüs) esinemissagedus rasedate naiste seas
- Aneemia esinemissagedus naistel
- Abordiga seotud pöördumiste osakaal statsionaarses günekoloogilises abis
- Naiste ümberlõikamise esinemissagedus
- Viljatuse esinemissagedus naistel
- Uretriidi esinemissagedus meestel
- HIV esinemissagedus rasedatel naistel
- Teadmised HIV vältimise võimalustest

Suurel osal arenenud Euroopast pole peamiseks probleemiks enam emade ja laste haigestumus ja suremus, illegaalsed abordid või traditsioonilised suguhaigused, vaid hoopis seksuaalprobleemid, mis paljuski tulenevad informatsiooni ja teadmiste puudumisest (nt seksuaalse identiteedi küsimused, suhted partneriga, seksuaalne vägivald ja ärakasutamine jm).

<sup>4</sup> World Association for Sexology

<sup>5</sup> International Planned Parenthood Federation

<sup>6</sup> World Health Organisation

<sup>7</sup> International Women's Health Coalition

Inimeste seksuaalsuse ja seksuaalkäitumise kujundavad nii individuaalsed omadused kui ka neid ümbritsev majanduslik, ajalooline, kultuuriline, hariduslik, seadusandlik jm keskkond. Ka seksuaaltervise määravad samad tegurid. Ilmekaks näiteks Eestist on siin 1990. aastate esimesel poolel ühiskonna polariseerumisega kaasnenud plahvatuslik tõus süüfilisse haigestumuses, mis oli eriti väljendunud Kirde-Eestis ja Narvas – piirkondades, kus olid täheldatavad ka kõrge kriminoogeensus, tööpuudus, ning haigestumus teise „vaesuse haigusesse“, tuberkuloosi, seda peamiselt venekeelse elanikkonna seas, kes oli muutunud marginaliseeritud grupiks (Uusküla, 2001). Hea näide ümbritseva keskkonna mõjust reproduktiivtervisele on ka enam kui kahekordne abortide arvu vähenemine viimase 12 aasta jooksul pärast seda, kui 1990. aastate esimesest poolest muutusid Eestis kättesaadavaks tänapäevased rasestumisvastased vahendid ja levis informatsioon nende kohta.

2000. aastal kinnitas Eesti valitsus ilma eraldi eelarveta „Reproduktiivtervise Riikliku Programmi 2001–2009“, milles lähtuti Kairo definitsioonist ning nimetati ka mõned indikaatorid, mida Eestis jälgida.

Alljärgnevalt on esitatud ülevaade mõnedest reproduktiivtervise näitajatest Eestis, vastavast seadusandlikust taustast ning andmete kogumise ja teenuste korraldusest.

## 2.2. Reproduktiiv- ja seksuaaltervise teenused

Seksuoloogide-seksuaalterapeutide ettevalmistamise süsteem Eestis puudub. Üksikud psühhiaatria ja günekoloogia ettevalmistusega spetsialistid said koolitust 1960.–1980. aastatel endises Nõukogude Liidus, üksikud erineva baasharidusega spetsialistid on saanud hiljem lisakoolitust Põhjamaades, eeskätt Soomes. MTÜ Eesti Akadeemilise Seksuoloogia Seltsi initsiatiivil on alustatud tööd, et seksuoloogide ettevalmistuses ühineda Põhjamaades tunnustatud ühiste tasemekriteeriumidega. Esimesed kliinilised seksuoloogid Eestist said Põhjamaade Kliinilise Seksuoloogia Assotsiatsiooni (NACS)<sup>8</sup> sertifikaadi 2003. aastal. Eesti Pereplaneerimise Liidu koolituskeskus „Amor“ koostöös Eesti Akadeemilise Seksuoloogia Seltsiga alustas sügisel 2004 seksuaalnõustajate koolitusega vastavalt NACS süsteemile.

Reeglina on seksuoloogiline abi Eestis tasuta. Seksuoloogilist abi on osutatud juba mõnikümmend aastat perenõuandlates, nt Arstlikus Perenõuandlas Tallinnas.

2003. aastal Euroopa Liidu PHARE projekti rahastamisel avas ukseid Eesti Pereplaneerimise Liidu Seksuaaltervise Kliinik, kus seksuoloogilises abis on kombineeritud nii seksuaalteraapia kui seksuaalmeditsiini võimalused.

Seksuoloogia ja vastavate teenuste arendamine pole olnud süstemaatiline, ilmselt on see ka põhjuseks, et Eestis puudub kompleksne abisüsteem ja seadusandlus mitmes esmapilgul marginaalsena näivas valdkonnas – näiteks abis transseksuaalsetele inimestele, erivajadustega arvestav seksuoloogiline abi puuetega inimestele, seksuaalkurjategijate teraapia jm. Need teemad puudutavad aga paljusid inimesi.

Traditsiooniliselt on Eestis naise pereplaneerimise alasel nõustatud ja rasedaid jälgitud naistenõuandlates naistearstide poolt. Tervishoiureformi käigus on alates 1990. aastate esimesest poolest toimunud üleminek perearstisüsteemile, mille kohaselt terve raseda jälgimine ning naiste kontratseptsioonialane nõustamine on ka üks perearsti ülesannetest. Kehavälise viljastamisega alustati Eestis Tartu Ülikooli Naistekliinikus 1993. aastal. 1995. a sündis kehavälise viljastamise tulemusena esimene laps. 1995. a avas ukseid teine kliinik Tallinnas. Praeguseks tegeldakse kehavälise viljastamisega kolmes raviasutuses ja kasutusel on enamik maailmas kasutusel olevatest meetoditest.

<sup>8</sup> Nordic Association for Clinical Sexology

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Kunstlikku viljastamist reguleerib “Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus”, mis on vastu võetud juunis 1997. aastal ja täiendatud 2003. aasta alguses. Selle seaduse kohaselt on Eestis võimalik nii seemnerakkude kui munarakkude doonorlus. Kunstlikul teel lubab seadus viljastada kuni 50-aastast naist. Ühe viljastamise jooksul võib naisele üle kanda kuni kolm embrüot. Alates 1999. aastast tasub Eesti Haigekassa kuni 36 (esialgu 35) aasta vanustele naissoost kindlustatutele osa kehavälise viljastamisega seotud kuludest, toetust suurendati alates 2004. aastast.

Kehavälise viljastamise meetodite juurutamisega seoses alustasid tööd ka kaasaegse ettevalmistusega androloogid (meestearstid). Täna on neid Eestis kaks. Loomulikult on meeste reproduktiivtervise küsimused laiemad kui vaid viljatusega seotud probleemid ja tegelik nõudlus vastavate spetsialistide järgi suurem.

Varemalt on meestele reproduktiivtervise, sh seksuaaltervise küsimustes abi osutanud uroloogid, naha- ja suguhaiguste arstid ning psühhiaatrid.

Alates 1992. aastast tegutsevad Eestis noorte nõustamiskeskused ja noorte vastuvõetud seksuaal- ja reproduktiivtervise küsimustes. Need on loodud kohalike entusiastlike inimeste poolt ja töötavad kas iseseisva osatühinguna, naistearsti eravastuvõtu juures või suuremate raviasutuste osana. 2004. aastal tegutseb üle Eesti 16 noorte vastuvõttu. Noortekeskustes pakutakse nii individuaalset nõustamist kui ka seksuaalharidust eelkõige koolilastele. Kuigi teenus on mõeldud nii poistele kui tütarlastele, on seni peamisteks klientideks tüdrukud (Toomet, 2004).

### **2.3. Mõned sünnitusabi näitajad**

Alates 1992. aastast kasutatakse Eestis elusalt ja surnult sündinud lapse määratlemiseks Maailma Terviseorganisatsiooni kriteeriumi. Vastsündinu, kes on sündinud kehahemalaga vähemalt 500 g alates 22. rasedusnädalast ja kellel on vähemalt üks elutunnustest, on elusalt sündinud laps. Surnult sündinuks loetakse elutunnusteta vastsündinu kehahemalaga vähemalt 500 g alates 22. rasedusnädalast (WHO, 1993). Varem oli mõlemal juhul piiriks 28 rasedusnädalat.

Eesti Meditsiiniline Sünniregister (EMSR) loodi 1992. aastal. Registri pidamise eesmärk on sündimuse mõõtmine, perinataalsete näitajate vaatlemine ajalises dünaamikas ning mitmesuguste meditsiiniliste sekkumiste ja poliitiliste otsuste mõju hindamine perinataalsele lõppele Eesti Vabariigis (Karro, 1999). Andmeandjad EMSRile on kõik sünnitusabi osutavad haiglad Eestis. Andmete kogumise alusdokument on sünnikaart, mis täidetakse iga Eesti territooriumil toimunud sünni (nii elusalt kui surnult sündinu) kohta (Tellmann, Karro 2001).

1990. aastatele on olnud iseloomulik sündimuse pidev vähenemine (vt peatükk „Demograafiline areng”) ja sünnitajate vanuse tõus nii esma- kui korduvsünnitajate puhul.

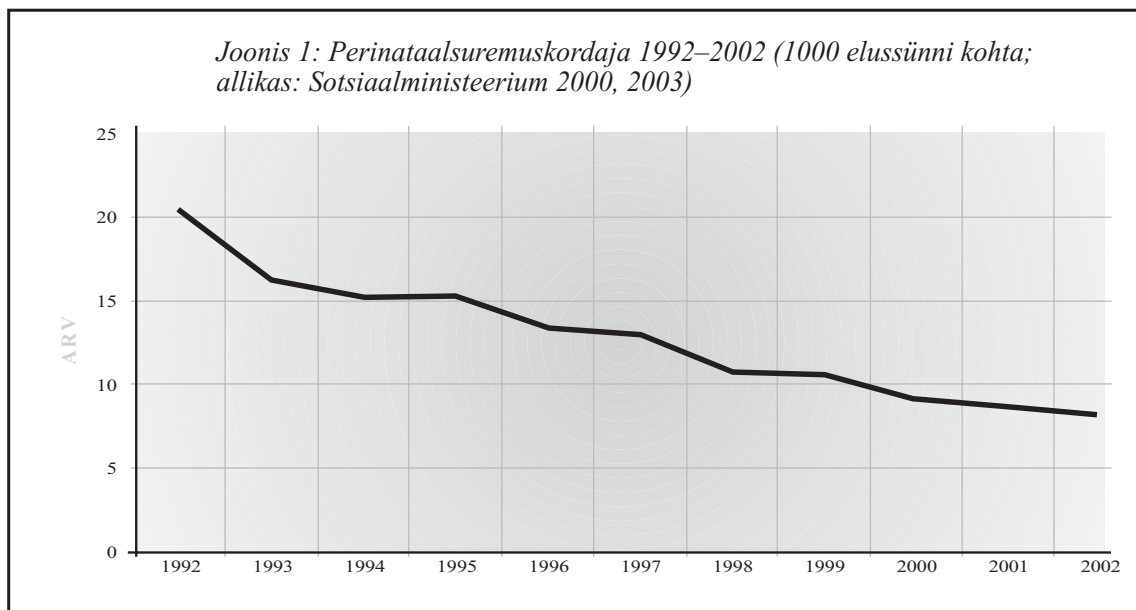
Sünnitusabi suundumusi analüüsid on leitud, et alates 1992. aastast võib sünnitusabis täheldada kaht arengusuunda: ühelt poolt kliendisõbralikkus, perekesksus, avatus, ämmaemanda iseseisva rolli suurenemine; teisalt spetsialistide parem kooolitus ja tänapäevase meditsiinitehnoloogia kasutuselevõtt, tõendus põhise meditsiini rakendamine ning seega paremad võimalused sünnieelseks diagnostikaks, sünnitus- ja neonataalseks abiks (Rohtmets, Karro jt 2003).

Eesti Naistearstide Seltsi koostatud juhendi kohaselt suunatakse kõrge riskiga rasedad ja sünnitajad kolmanda etapi sünnitusabi asutustesse, kus on vastsündinute intensiivravi võimalus (Rohtmets, Karro jt 2003).

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Eesti Naistearstide Seltsi koostatud juhendi kohaselt suunatakse kõrge riskiga rasedad ja sünnitajad kolmanda etapi sünnitusabi asutustesse, kus on vastündinute intensiivravi võimalus (Rohtmets, Karro jt 2003).

Aastail 1992–2002 vähenes perinataalne suremus (surm alates 22. täis-rasedusnädala möödumisest kuni 7. päevani pärast sündi) Eestis märgatavalt (vt joonis 1). Nii oli 1992. aastal perinataalsuremuskordaja 1000 sünni kohta 20,1 ja 2002. aastal 8,1 (Tellmann, Karro jt 2003). Võrdlusena oli Soomes 2001. aastal vastav näitaja 4,7 (Rohtmets, Karro jt 2003).



Perinataalse suremuse vähenemises on oluline roll vastündinute intensiivravi paranemisel ning sünnieelse diagnostika tõhustumisel, mis annab võimaluse eluks sobimatute väärandite või kromosomaalse anomaaliaga loote korral vanema(te) soovil rasedus katkestada (Rohtmets, Karro jt 2003).

Aastail 1992–2002 on suurenenud nende sünnitajate osakaal, kes võtavad ennast rasedusega arvele enne 12. rasedusnädalat – 1992. a moodustasid need naised kõigist arvel olnutest 49,7%, 2002. a 68,7% (Tellmann, Karro jt 2003). Aastal 1992 tehti ultraheli-sõeluuring enne 21. rasedusnädalat 29,6%-le ja 2001. a 86,2%-le sünnitajatest. Looteveeuuringute sagedus geneetiliste haiguste diagnostikaks on kasvanud samal perioodil 0,2%-lt 3,4%-ni. Need näitajad on sarnased Soomega – seal tehti 2001. aastal ultraheli-sõeluuring 87,4%-le ning looteveeuuring 3,2%-le sünnitajatest (Rohtmets, Karro jt 2003).

Tänapäevase täpsema sünnieelse diagnostika rakendamisest johtuvalt toimub rohkem operatiivseid sekkumisi sünnitusel. Võrreldes 1992. aastaga kutsutakse esile poole rohkem sünnitusi ning kolm korda sagedamini lõpeb sünnitus keiserlõike või vaakumekstraktsiooniga. 2001. aastal kasutati 90% sünnitustest loote seisundi jälgimiseks elektroonset monitooringut (Rohtmets, Karro jt 2003).

Aastail 1992–2002 on vähenenud registreeritud abielus olevate sünnitajate (1992. a – 66,3%, 2002. a – 43,5%) ning suurenenud vabaabielus olevate ja vallaliste sünnitajate osakaal. Samal perioodil on peresünnituste osakaal pidevalt kasvanud: 1992. aastal moodustasid peresünnitused 12,6% kõikidest sünnitustest, 2002. a 60,3% (Tellmann, Karro jt 2003).

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodiga seotud surmajuhtumite arv on aastatel 1992–2002 ulatunud nullist kaheksani (tabel 1). Emasuremuskordaja 100 000 elussünni kohta on kõikunud suures ulatuses, kuna sündide arv Eestis on väike ning juba üks surmajuhtum muudab kordajat märgatavalt. Nii oli emasuremuskordaja näiteks 1996. aastal 0, 1994. a 56,4 ja 2002. 7,7 (tabel 1; SM 2003).

*Tabel 1. Emasuremad 1992–2002 (Allikas: Sotsiaalministeerium 2000, 2003)*

Aasta	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Surmade arv	4	5	8	7	0	2	2	2	5	1	1
Suremuskordaja 100 000 elussünni kohta	22,2	32,9	56,4	51,6	0	15,8	16,3	15,9	38,3	7,9	7,7

#### 2.4. Rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus ja kasutamine

Erinevalt varasematest kümnenditest on alates 1990. aastate algusest Eestis kättesaadav enamik tänapäevastest rasestumisvastastest vahenditest. Samal ajal kui raseduse katkestamine muudeti tasuliseks, kehtestati kord, mis võimaldas üliõpilastel, õpilastel ning naistel aasta jooksul pärast sünnitust ja kolme kuu jooksul pärast raseduse katkestamist saada hormonaalseid vahendeid või osta emakasisest vahendit haigekassapoolse 90% soodustusega. Ülejäänud gruppidele soodustused ei laienenud. Alates 2000. a algusest oli võimalik seadusandlust tõlgendada nii, et kõik kindlustatud said võimaluse osta hormonaalseid rasestumisvastaseid vahendeid haigekassa soodustusega ning kolme kuu jooksul pärast aborti ja aasta jooksul pärast sünnitust oli võimalik ravisutustes tasuta saada ja paigaldada emakasisene vahend. Kuni 2000. aasta II pooleni kehtis kord, kus soodusretsepti sai kirjutada vaid kaheks kuuks korraga, mis tingis suure lisakoormuse nii meedikutele kui patsientidele. Praegu kehtiva korra kohaselt saab hormonaalsete meetodite jaoks arstiretsepti korraga kuni pooleks aastaks ning neile kehtib samasugune hinnasoodustus nagu teistelegi soodustusega retseptiravimitele.

Väga progressiivseks võib lugeda Raviameti otsust, mis lubas alates 2003. a septembrist käsimüüki hädaabi- ehk SOS-pillid. Kuna viimase kasutamisel määrab meetodi tõhususe aeg, on selge, et arstilt retsepti hankimise vajaduse kadumine on ainult tervitav.

Paljudes maades on rasestumisvastase meetodina kasutusel nii naiste kui meeste vabatahtlik steriliseerimine. Alates 1998. aasta detsembrist on vastavalt “Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadusele” vabatahtlik steriliseerimine seadustatud ka Eestis, varasemalt vastav regulatsioon puudus. Seadus määratleb tingimused, mille korral on see protseduur võimalik (vanus vähemalt 35 eluaastat ja/või kolme lapse olemasolu jm). Seaduse jõustumisega on steriliseerimiseks küll võimalus antud, aga ilmselt eeskätt kultuurilistel põhjustel on seda võimalust vähe kasutatud.

Rasestumisvastaste vahendite kasutamise kohta Eestis puuduvad täpsed ja süstemaatilised andmed. Sotsiaalministeeriumi tervishoiustatistika kohaselt kasutas fertiilses eas naistest 2002. aastal 19% hormonaalset kontratseptsiooni ja 13% emakasisest spiraali (SM, 2003). Võrreldes 1992. aastaga suurenes hormonaalse kontratseptsiooni kasutajate arv üle nelja korra ja emakasisese vahendi kasutajate arv vähenes – vastavad näitajad 1992. aastal olid 4% ja 21% (SM, 2000). Eesti Meditsiinistatistika Büroo ja Sotsiaalministeeriumi statistika ja analüüsi osakonna andmed

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

rasestumisvastaste vahendite kasutamise kohta kirjeldavad ainult neid naisi, kes naistenõuandlates naistearsti külastavad. Andmete kogumise meetodika pole üheselt mõistetav ning senise korralduse põhjal võib arvata, et mitte kõikehõlmav. Nendest andmetest ei selgu, kas hormonaalse kontratseptsiooni puhul on tegu vaid kombineeritud pillidega või kajastatakse ka teisi hormonaalseid meetodeid (minipillid, depoovahendid, emakasisene süsteem levonorgestreeliga) ning kui järjepidev on vahendi kasutamine. Ka ei näita statistika, kui palju kontratseptsiooni vajajatest eri meetodeid kasutab.

1996. a Eesti Terviseuuringu järgi kasutas viimasel neljal nädalal 20–24- ja 25–29-aastastest seksuaalselt aktiivsetest naistest vastavalt 22% ja 12% kondoomi, 11% ja 7% pille, 21% ja 36% spiraali, 13% ja 16% kalendermeetodit, 5% katkestatud sugühet, 1% muid meetodeid ning 27% ja 24% ei kasutanudki vahendeid. Seksuaalelu ei elanud viimasel neljal nädalal 26% 20–24-aastastest ja 22% 25–29-aastastest naistest (Leinsalu, Grintšak jt 1999).

Eesti Terviseuuringu andmetest võib järeldada, et kõik uuritavad, kes rasestumisvastaseid vahendeid kasutasid, kasutasid samaaegselt vaid üht meetodit. Et vastavas küsimustikus oli võimalik nimetada kaks peamist meetodit, on ilmselt tegu vajakajäämisega andmete esitamises. Nendest andmetest ei selgu ka, kui paljud uuritavatest olid uuringumomendil rasedad, viljatud või soovisid rasedaks jääda. Vähetõhusaid meetodeid oli valinud viiendik seksuaalselt aktiivsetest naistest, samas pole andmeid nende plaanidest raseduse korral.

1994. aasta Pere- ja Sündimusuuringu andmetel kasutas viimasel kuul 20–24- ja 25–29-aastastest seksuaalselt aktiivsetest naistest vastavalt 58% ja 67% mingit rasestumisvastast meetodit, sealhulgas 21% ja 17% kondoomi, 5% pille, 20% ja 34% spiraali, 9% ja 7% katkestatud sugühet, 4% ja 2% muid meetodeid ning 25% ja 19% uuritavatest ei kasutanud vahendeid. Uuringu ajal olid rasedad 8% ja 3%, ning viljatuks luges ennast 1% vastanutest mõlemas vanuserühmas. Seksuaalvahekorras polnud viimasel kuul vastavalt 25% 20–24-aastastest ja 19% 25–29-aastastest (Katus, Puur jt 1995).

Võrdlusena 1994. a Soomes läbi viidud uuringu andmetel kasutas seal seksuaalselt aktiivsetest 20–24- ja 25–29-aastastest naistest vastavalt 60% ja 52% pille, 17% ja 4% kondoomi koos pillide, emakasisese vahendi või depoovahendiga, 13% ja 25% ainult kondoomi, 2% ja 6% emakasisest vahendit. Seksuaalselt aktiivsete naiste seas oli kontratseptsiooni mittevajajaid vastavalt 7% ja 11% (Lottes, Kontula 2000).

On tähelepanuväärne, et Eestis kasutatakse Soome ja Rootsiga võrreldes mitu korda enam rasedusest hoidumiseks nn traditsioonilisi meetodeid – katkestatud sugühet ja rütmimeetodit (Haavio-Mannila, Kontula 2001). Pere- ja Sündimusuuringu andmetel oli 20-24-aastaste põlvkonnas neid meetodeid mõnel eluetapil kasutanud üle poole vastanutest (Katus, Puur jt 1995).

## 2.5. Raseduse katkestamine

Raseduse katkestamine naise soovil on Eestis võimalik alates 1955. aastast vastavalt tollase Nõukogude Liidu seadusandlusele. Kuni 1998. aastani reguleeris Eestis raseduse katkestamist sotsiaalministri määrus. 1998. aasta detsembris võeti vastu “Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus”. Selle järgi on lubatud naise soovil rasedus katkestada kuni 11 rasedusnädalani ja kindlatel näidustustel kuni 21. rasedusnädalani. Raseduse katkestamist reguleeriv seadusandlus Eestis on rahvusvahelises võrdluses üks liberaalsemaid.

Alates 1994. aastast on raseduse katkestamine naistele tasuline v.a katkestamine meditsiinilistel näidustustel või abi raseduse iseenesliku katkemise korral. Kehtiva ravikindlustuse korral tasub haigekassa 2/3 protseduuri maksumusest. Kuni 1995. aasta novembrini sõltus protseduuri maksumus valutustamisest – narkoosi kasutamisel oli protseduur kallim. Alates novembrist 1995 kehtib komplekshind, mis sisaldab ka narkoosi maksumuse.

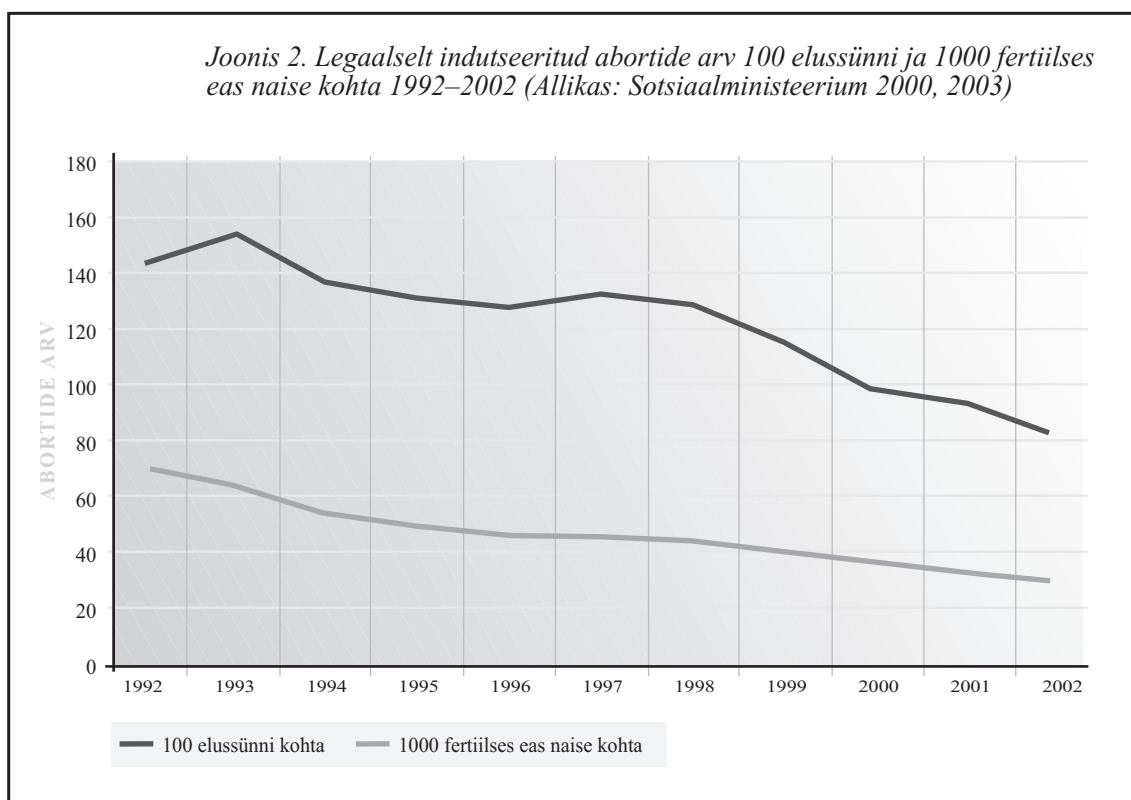
# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Peamiseks meetodiks I trimestri raseduse katkestamisel on kirurgiline meetod. Alates juunist 2003 on Eestis registreeritud *mifepristoon* raseduse medikamentoosseks katkestamiseks. Hetkel veel puudub selle aine kasutamiseks vajalik regulatsioon spetsialistidele ning protseduuri tasustamise kord.

1994. aastal asutati Eesti Abordiregister (EAR), mille eesmärgiks on pidev ja süstemaatiline informatsiooni kogumine Eestis toimunud raseduskatkestuste kohta. Alates 1996. aastast põhineb riigi abordistatistika EARi andmetel. EAR ja Eesti Meditsiinilise Sünniregistri loomine on rahvusvahelises perspektiivis märkimisväärne saavutus eriti võrreldes teiste endiste NL liiduvabariikides toimunud arengutega.

Poliitilisel surve tõttu halvenes 1998. aastal EARi andmebaasi kvaliteet oluliselt, sest vastavalt sotsiaalministri käskkirjale peatati 6. XI 1998 abordikaartide saatmine registrisse. Alates 2. VI 1999 abordikaartide saatmist küll jätkati, kuid kaardile ei lubata enam märkida naise isikukoodi (Tellmann, Karro jt 2001). Abordiregister nimetati ümber Raseduskatkestusandmekoguks.

Kuna nimetatud andmekogus on andmed identifitseerimata, ei ole enam võimalik vaadelda rasedustumisega seotud sündmuste jadasisid ning rakendada nende analüüsimiseks ning mõjude vaheliste seoste leidmiseks riskianalüüsi jm kaasaegseid analüüsi- ja modelleerimismeetodeid (Tiit, Tellmann jt 2001).



R E P R O D U K T I I V - J A  
S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Nii abortide üldarv kui legaalselt indutseeritud abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta on alates taasiseseisvumisest vähenenud enam kui poole võrra (joonis 2 ja tabel 2). Legaalselt indutseeritud abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta (s.o abortiivsuskordaja) oli 1992. a 70 ja 2002. a 32; indutseeritud abortide absoluutarv oli 1992. a 25 803 ja 2002. a 10 839 (Tellmann, Karro jt 2003). Sellele langusele vaatamata jääb abortiivsuskordaja oluliselt kõrgemaks Põhjamaade näitajast (keskmiselt 13 aastal 1999 (Gissler, Eronen 2002), eriti Soome omast (9 aastal 2000) (Gissler, Vuori jt 2002).

1996–2002 oli abortiivsuskordaja kõrgeim Ida-Virumaal ning madalaim Hiiumaal ja Saaremaal (Tellmann, Karro jt 2003).

*Tabel 2. Abordid 1992–2002. (Allikas: Sotsiaalministeerium 2000, 2003)*

Aasta	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Kokku	28 403	25 587	22 450	20 518	19 464	19 157	18 424	17 027	15 340	14 055	13 158
sh. legaalselt indutseeritud abordid,	25 803	23 284	19 784	17 671	16 887	16 615	15 798	14 503	12 745	11 656	10 839
spontaan- ja muud abordid	2600	2303	2666	2847	2577	2542	2626	2524	2595	2399	2319

Tähelepanu väärib kõrge ja peaaegu muutumatuna püsiv kordusabortide sagedus Eestis: 1996.–2002. aasta abordipatsientidest katkestas ligikaudu 68% teise või enama raseduse (Tellmann, Karro jt 2003). Võrdlusena oli Soomes 1997. aastal kordusaborte 30% (Lottes, Kontula 2000). Kordusabortide põhjuseid on ilmselt mitmeid, üks olulisemaid aga abordieelse ja -järgse nõustamise madal tase.

Aasta 2000 tähistas Eestis alates abortide legaliseerimisest ja nende registreerimisest esmakordselt aega, mil rasedust sooviti katkestada harvem kui sünnitada – siis oli 97,6 indutseeritud (naise/paari soovil tehtud) aborti 100 elussünni kohta (joonis 2). See trend liigub jätkuvalt arenenud maadele iseloomulikus suunas – aastal 2002 oli 83,5 indutseeritud aborti 100 elussünni kohta (joonis 2). Võrdlusena – Soomes püsis see näitaja 1990. aastail 15–19 piires, olles 2000. a 19 (Gissler, Ritvanen jt 2002). Rootsis oli 1999. a 35 ja Taanis 25 indutseeritud aborti 100 elussünni kohta (NOMESCO, 2000).

Ida-Virumaa oli 2002. a ainus piirkond, kus indutseeritud aborte oli rohkem kui elussünde – 112 aborti 100 elussünni kohta (1996. aastal oli vastav näitaja 208).

Indutseeritud abortide arvu 100 elussünni kohta ehk abordimäära iseloomustatakse nn Ida-Euroopa ja Lääne-Euroopa mustri järgi. Esimese puhul abordimäär suureneb naise vanusega, peegeldades seda, et abort on kasutusel kui pereplaneerimise meetod. Teisel juhul on abordimäär enamasti U-kujuline – kõrgeim naistel vanuses alla 20 ja üle 35 aasta (Kosunen, 1996). Abordimäär kajastab ühelt poolt raseduste planeerimist, teisalt ka aborditeenuste kättesaadavust.

Abordimäära analüüsides on näha, et Eesti vene keelt kõneleval kogukonnal (peamiselt venelased, ka ukrainlased ja valgevenelased) esineb enam planeerimata ja soovimata rasedusi kui eestlastel.

Ka abortide arv 1000 naise kohta (abortiivsuskordaja) on muulastel suurem kui eestlastel (Tiit, Käärrik jt 2001). Selline rahvustevaheline erinevus on ilmselt seletatav erineva seksuaalkultuurilise taustaga. Ühe 1991. a Eestis läbiviidud uuringu kohaselt oli abort eesti naiste jaoks pigem tagavaraväljapääs ebaõnnestunud kontratseptsiooni kasutamisel, venekeelsetele naistele aga esmaseks pereplaneerimismeetodiks. Võrdluses vene keelt kõnelevate naistega olid eestlased enam kasutanud mõnda meetodit soovimatu, aborti tinginud raseduse vältimiseks (Anderson, Katus jt 1993). Sama kirjeldab ka Vene sotsioloog Anna Temkina: nõukogudeaegset seksuaalkultuuri iseloomustas hoiak, kus kontratseptsioon ei kuulunud tõelise kire ja armastuse juurde. Uurija leiab, et kuigi alates 1990. aastatest on see suhtumine hakanud muutuma, siis on väga raske saavutada kiireid muudatusi ühiskonnas, kus aborditegemine kuulus iseenesestmõistetavana naiseksolemise juurde ja seda ei hinnatud kui probleemi või olukorda, mida on tarvis ja saab vältida (Temkina, 2003). Samasugust hoiakut kohtame veel ka tänases Eestis.

Illegaalseid ehk kriminaalseid aborte on EARi andmetel registreeritud üksikud juhud mõnel aastal.

## 2.6. Seksuaalelu alustamine

Seksuaalelu alustamise aeg Eestis on viimastel kümnenditel noorenenud. 1994. a Pere- ja Sündimusuuringu järgi oli 18. eluaastaks seksuaalelu alustanud 40,2% 20–24-aastastest ja 14,1% 40–45-aastastest naistest. Keskmine seksuaalelu alustamise vanus oli nendes põlvkondades vastavalt 18,4 ja 20,1 aastat (Katus, Puur jt 1995). 1996. a läbi viidud Eesti Terviseuuringu andmetel oli 18. eluaastaks seksuaalelu alustanud 39,9% 20–25-aastastest ja 9,7% 40–45-aastastest naistest (Leinsalu, Grintšak jt 1999).

Inim- ja Intiimsuhete Võrdleva Uuringu andmetel alustasid noorima uuritud vanusrühma (1977–1980 sündinud) naised seksuaalelu keskeltläbi viis aastat varem kui vanima vanusrühma (1927–1931 sündinud) naised (Haavio-Mannila, Kontula, 2001).

Põhikoolide lõpuklasside õpilaste seas (keskmine vanus 15 aastat) korraldatud KISS uuringu andmetel oli 1994. a suguühet kogunud 9,5% ja 1999. a 14,0% eestlastest. Samal ajal ei noorenenud esimese ühte keskmine vanus, poistel see isegi suurenes poole aasta võrra (Papp, Part jt 2001).

20. sajandi jooksul on arenenud riikides täheldatav seksuaalelu alustamine nooremalt. Samuti on noorenenud suguküpsuse saabumine – menarhe ehk esimene menstruatsioon vähenes nelja kuu võrra iga 10 aasta kohta; sajandi alguses olid 17,5 eluaastaks suguküpsuse saavutanud 13% tütarlastest, 1970. aastatel aga 94%. Menarhe noorenemine peatus 1960. aastatel, püsid keskeltläbi 12–13 eluaasta piires (Kosunen 1996).

Suguküpsuse noorenemine selgitab seksuaalelu varasemat alustamist ainult osaliselt. Määravamad on siinjuures sotsiaalsed tegurid, noore isiksuslikud omadused, väärtushinnangud, haridustase ja edasiõppimise plaanid (Kosunen 1996; Kontula, Haavio-Mannila, 1995).

Eestis täheldatav trend on sarnane Soome ja Rootsi omale. Kui vanematele põlvkondadele oli iseloomulik, et mehed alustasid seksuaalelu umbes kaks aastat nooremalt kui naised – Eestis 1927–1931 sündinute põlvkonnas mehed 19,7 aastaselt ja naised 22,3 aastaselt – siis noorimatel põlvkondadel selline sugudevaheline erinevus kaob (Haavio-Mannila, Kontula 2001). On väidetud, et selle erinevuse kadumine seksuaalelu alustamises peegeldab võrdsemate võimaluste olemasolu teisteski eluvaldkondades – hariduses, töös, poliitikas, perekonnas ja vabaaja veetmises (Kontula, Haavio-Mannila 1995).

## 2.7. Rasestumisvastaste vahendite kasutamine esimese seksuaalvahekorra ajal

Peaaegu pooled Eesti tütarlastest alustavad tänapäeval seksuaalelu 18. eluaastaks. On teada, et väga vähestel juhtudel on seksuaalelu alustamine seotud sooviga last muretseda – ühe USA uuringu andmetel soovis seda vaid 1% teismelistest tütarlastest (Strasburger, Brown 1998).

Eesti Terviseuuringu 1996 järgi ei kasutanud esimeses seksuaalvahekorras rasestumisvastaseid vahendeid 65% 20–24-aastastest (Leinsalu, Grintšak jt 1999). Pere- ja Sünnimisuuringu 1995 andmetel ei kasutanud vahendeid 67% 20–24-aastastest (Katus, Puur jt 1995). Umbes pooled neist, kes väitsid, et hoidusid rasedusest esimesel seksuaalvahekorral, olid valinud rasedusest hoidumiseks nn traditsioonilised meetodid (rütmimeetod ja katkestatud suguühe) (Katus, Puur jt 1995).

Eestis 2000. a ja Soomes 1999. a läbi viidud Inim- ja Intiimsuhete Uuringu kohaselt kasutas 18–34-aastaste naiste põlvkonnas rasestumisvastast vahendit esimeses seksuaalvahekorras vastavalt 22% ja 79% (Haavio-Mannila, Kontula 2001). Põhikooli lõpuklassi õpilastest (keskmine vanus 15 aastat; KISS uuring) kasutas esimeses vahekorras rasestumisvastast vahendit – peamiselt kondoomi – veidi üle poole vastanutest. Rasestumisvastaste meetodite kasutamises esimesel suguühitel 1994. a ja 1999. a olulisi muutusi ei olnud (Papp, Part jt 2001). Soome teismeliste seas (15–16-aastased) ei kasutanud 1988. a KISS uuringu andmetel esimeses vahekorras rasestumisvastast vahendit 27% tütarlastest (Kosunen, 1996).

2002.–2003. aastal 14–29-aastaste noorte seas läbi viidud uuringu andmetel kasutasid 14–18-aastastest noortest enam kui pooled (58–59%) kondoomi esimeses seksuaalvahekorras. Üle kaheksateistkümnepaastaste puhul oli aga näha, et mida vanemad olid vastajad, seda vähem oli esimeseksuaalvahekorras kondoomi kasutatud – 25–29-aastastest vaid 23% (Lõhmus, Trummal jt 2003).

## 2.8. Teismeliste rasedused

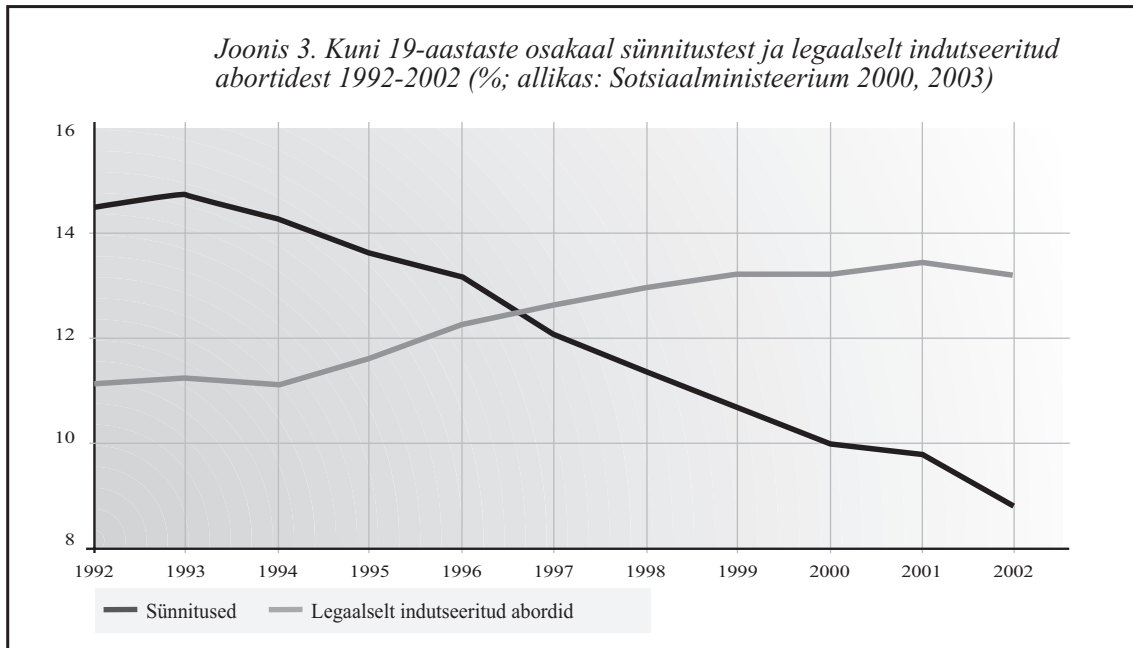
On leitud, et varases nooruses emakssaamine ei ole sotsiaalseks normiks arenenud maades, sh Põhjamaades. Teismeliste sünnitajate arv on pöördvõrdelises seoses ühiskonna rikkuse astmega (v.a USA) (Kosunen 1996). Väikese raseduste arvu selles vanusgrupis tagavad heatasemeline seksuaalharidus, rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus ja hästi ligipääsetavad nõustamisteenused.

Seksuaalelu algus on Eestis võrreldes eelmiste kümnenditega nihkunud varasemasse ikka ning mitmed uuringud viitavad, et seksuaalelu alustanud teismeliste osakaal on viimasel kümnendil suurenenud (Leinsalu, Grintšak jt 1999; Katus, Puur jt 1995; Haavio-Mannila, Kontula 2001).

Aastatel 1992–2001 on Eestis oluliselt vähenenud nii teismeliste abortide kui ka sünnituste arv (Tellmann, Karro jt, 2000, 2001, 2002), seega peab olema toimunud oluline muutus rasestumisvastaste vahendite kasutamises.

Kui kõigis vanusegruppides kokku vähenes sel perioodil elussündide arv 30%, siis 15-19-aastaste hulgas 53%. 1992. a sai emaks 2638 kuni 19-aastast (k.a) noort ja 2001. a 1228. Elussündide arv 1000 15–19-aastase neiu kohta 1992. a oli 50 ja 2001. a 24 (Tellmann, Karro jt 2000, 2001, 2002; Eesti Statistikaamet, 2001; Haldre, Karro jt 2003). Kõigist sünnitajatest Eestis moodustasid 1992. a teismelised ~15% ja 2002. a ~9% (joonis 3). Selline trend on iseloomulik arenenud maadele: näiteks Soomes moodustasid 2000. a alla 20-aastased 3% sünnitajatest (Gissler, Ritvanen jt 2002).

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3



Legaalsete indutseeritud abortide arv on 15–19-aastaste hulgas vähenenud pea poole võrra: 1992. a oli see 2931 ja 2001. a 1581. Abortiivsuskindaja 1000 15–19-aastase neiu kohta oli 1992. a 56 ja 2001. a 30. Üldise abortide arvu vähenemise taustal on kõigist abordipatsientidest teismeliste osakaal suurenenud: 1992. a oli see 11% ja 2002. a ligi 14% (joonis 3). Ka see trend on iseloomulik arenenud maadele: planeerimata rasedusi juhtub enam väga noortel naistel, seetõttu on ka nende osakaal abordipatsientide hulgas suurem.

Abordimäära (legaalsete indutseeritud abortide arv 100 elussünni kohta) analüüs näitab trendi, kus 1990. aastate alguses otsustasid teismelised raseduse korral sagedamini sünnitada kui 2001. aastal. Üle 20-aastased aga, vastupidi, otsustavad tänapäeval sünnitamise kasuks sagedamini kui kümme aastat tagasi.

Teismeliste raseduste analüüs näitab, et nõustamine peab olema kättesaadav juba varases teismeeas ning et noortele sobilikku nõustamisteenust tuleb senisest enam laiendada mitte-eestlaste seas. Kuna nii abordimäär kui abortiivsuskindaja on aastaid olnud suuremad mitte-eestlastel ja Kirde-Eestis, võib siin oletada põlvkondadevahelist erinevust seksuaalkultuuris ja suhtumises rasedumisvastastesse vahenditesse.

## 2.9. Seksuaalsel teel levivad haigused

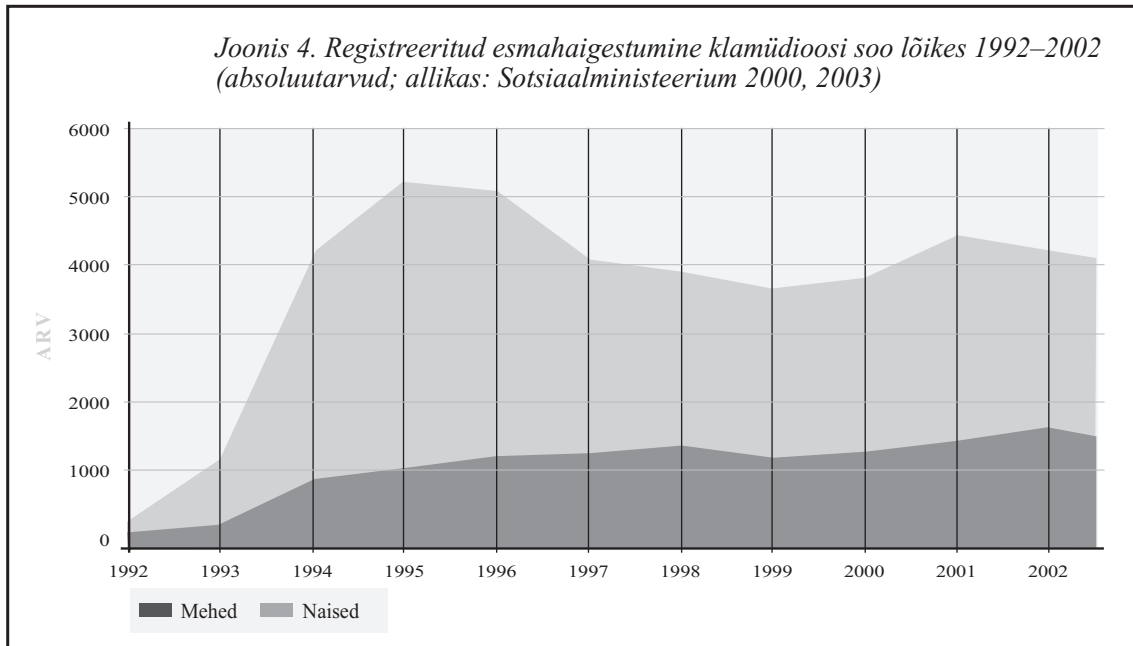
Suguhaiguste esinemine on üks olulisemaid reproduktiivtervise indikaatoreid – nende esinemisel tõuseb oluliselt HIVi nakatumise risk, suguhaigused põhjustavad viljatust, enneaegset sünnitust, raseduse katkemist ja haige vastsündinu sündi.

1990. aastatel täheldati Eestis seksuaalsel teel levivate haiguste järsku tõusu. Haigestumuse kasv kaasnes sotsiaalsete ja majanduslike muudatustega ning sarnane trend on jälgitav kõigis endistes Ida-bloki maades.

Iseloomulik on riskeeriv seksuaalkäitumine ja ebapiisavad teadmised seksuaalsel teel levivate haiguste vältimisest. Nii näiteks uskus ühe Eestis läbiiviidud uuringu (1996–1998) kohaselt 65% küsitletutest, et genitaalide pesemine, 26%, et urineerimine, 35%, et dushi kasutamine pärast seksuaalvahekorda ja 19%, et suukaudsed rasedumisvastased vahendid aitavad vältida suguhaigustesse nakatumist (Uusküla, 2001).

## R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Vastavalt sotsiaalministri määrustele kuuluvad Eestis HIV-infektsioon, süüfilis, gonorröa, trihhomonoos, klamüdioos, suguelundite herpes ja kondüloomid kohustuslikus korras registreerimisele maakondade tervisekaitsetalustes (Uusküla, 2001). Kohustusliku registreerimise kaudu saadud informatsioon ei ole alati täielik ja usaldusväärne. See sõltub suguhaigustega tegelevate raviasutuste olemasolust ja nende töö kvaliteedist, patsientide pöördumisest kontrollile ja ravile ning kontaktsete avastamisest (Uusküla, 2001). Aktiivset kontaktsete hõlmamise süsteemi Eestis pole. Suguhaigused on rohkem või vähem alaregistreeritud (SM, 2000). Suured erinevused naiste ja meeste vahel näiteks trihhomonoosi ja klamüdioosi haigestumuses (vt joonis 4 ja tabel 3) kajastavad pigem diagnostika ja ravi korraldust ning haiguste erinevat avaldumist naistel ja meestel, kui tegelikku olukorda.



Vastavalt nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadusele uuritakse kõiki rasedaid süüfilise, HIVi ja B-hepatiidi suhtes. Eesti Naistearstide Seltsi poolt soovitatud raseda jälgimise juhendi järgi testitakse kõiki rasedaid klamüdioos ja gonorröa osas ([www.ens.ee](http://www.ens.ee)).

Süüfilisse haigestumine tõusis 1990.–1997. aastatel 23 korda suurenedes vastavalt 3,3 haigusjuhult 75,7 haigusjuhule 100 000 inimese kohta (Uusküla, 2001). 1993. aastal diagnoositi mitme aastakümne järel ka esimene kaasasündinud süüfilise juht. Alates 1999. aastast on esmahaigestumus hakanud vähenema, olles 2002. aastal 21,1 100 000 inimese kohta (siin ja edaspidi vt tabel 3, SM, 2003).

Gonorröasse haigestumus on Eestis alati suhteliselt kõrge olnud, 1990. aastate alguses see kahekordistus (Uusküla, 2001; SM, 2000), alates 1994. aastast vastavalt registreeritud juhtude andmetele esmahaigestumus väheneb – 2002. a oli esmahaigestumuskordaja 100 000 inimese kohta 39,6 (SM, 2003), 1993. a 233,1 (SM, 2000).

Klamüdioosi hakati Eestis diagnoosima alles 1990. aastate alguses, esimeste aastate haigestumuse tõus kajastab selle haiguse diagnoosimise alustamist Eestis. Klamüdioosi esmajuhtude diagnoosimine on järjest sagenenud, viimaste kättesaadavate 2001. aasta kohta käivate andmete põhjal on see kõige enam diagnoositud suguhaigus Eestis.

R E P R O D U K T I I V - J A  
S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Kuni 2000. aastani oli Eestis kõige enam diagnoositud suguhaiguseks trihhomonoos (Uusküla, 2001; SM 2000, 2002).

*Tabel 3. Peamiselt sugulisel teel levivate haiguste esinemissagedus 100 000 inimese kohta soo lõikes 1992–2002 (Allikas: Sotsiaalministeerium 2000, 2003)*

Aasta	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<i>KOKKU</i>											
Süüfilis	11,4	22,5	56,8	69,7	66,2	75,7	72,4	55,7	42,9	30,6	21,1
Gonokokknakkus	180,7	233,1	206,0	194,2	165,9	135,0	108,8	79,5	63,3	50,3	39,6
Klamüdioos	12,6	76,0	282,1	360,4	338,3	271,2	270,1	242,9	277,8	314,0	302,8
Trihhomonoos	300,1	344,2	375,1	378,2	399,5	357,4	271,1	254,8	230,7	211,1	192,0
Herpesviirusnakkused	5,8	1,1	6,9	19,2	15,2	29,0	48,5	32,3	34,2	39,7	29,9
AIDS	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3
HIV-nakkus	0,6	0,3	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	28,5	108,1	66,2
<i>MEHED</i>											
Süüfilis	12,0	25,4	63,0	77,6	72,5	84,0	77,8	56,6	42,7	30,7	17,7
Gonokokknakkus	246,3	318,7	276,8	223,4	145,4	135,7	137,3	103,4	83,6	59,0	45,2
Klamüdioos	17,0	29,1	120,3	152,3	167,0	205,8	163,0	177,0	206,9	283,3	216,0
Trihhomonoos	120,2	180,7	162,6	190,2	224,2	206,9	161,9	132,5	129,5	142,4	175,3
Herpesviirusnakkused	6,2	1,6	5,7	12,7	14,6	25,8	33,9	17,9	22,0	26,5	23,0
AIDS	0,1	0,1	0,1	0,6	0,9	0,4	0,6	0,3	0,5	0,3	0,6
HIV-nakkus	1,1	0,4	1,6	1,4	1,0	1,2	1,2	0,9	49,4	179,2	100,9
<i>NAISED</i>											
Süüfilis	10,8	20,0	51,4	62,8	60,6	67,9	67,7	55,0	43,0	30,6	24,0
Gonokokknakkus	123,0	158,0	144,1	168,7	183,7	134,5	84,0	58,6	45,9	42,9	34,8
Klamüdioos	8,6	117,0	423,8	542,2	487,7	328,1	363,3	300,3	338,5	340,2	377,0
Trihhomonoos	458,1	487,6	561,1	542,4	552,3	488,5	366,2	361,2	317,2	269,9	206,3
Herpesviirusnakkused	5,5	0,7	8,0	24,9	15,7	31,8	61,2	44,9	44,7	50,9	35,8
AIDS	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
HIV-nakkus	0,1	0,1	-	-	0,1	0,1	0,1	0,4	10,6	47,2	36,5

Võimalike põhjustena suguhaigustesse haigestumise vähenemises nii Eestis kui teistes iseseisvunud riikides tuuakse ära suguhaiguste puudulikku registreerimist, ühiskonna stabiliseerumist ning asjakohaste ja efektiivsete raviskeemide rakendamist (Uusküla, 2001). Suguhaiguste raviks on välja töötatud standardiseeritud käsitlusprotokollid erinevatele arstiabi osutamise tasanditele. Eestis on suguhaiguste ravis kasutusel etioloogilisel diagnoosil põhinev printsiip, mis on kallis ja töömahukas; samas on leitud, et arvestades olemasolevaid diagnoosimisvõimalusi ja haiguste laialdast levikut, on Eestis põhjendatud ka sündroomaalne ravi (s.o ravi vastavalt haiguspildile, ilma diagnoosi kinnitavate analüüside tegemiseta) (Uusküla, 2001).

## 2.10. Kokkuvõte ja soovitused

Reproduktiivtervisega seonduvat on harjutud pidama vaid naiste valdkonnaks. Võttes arvesse maailmas viimase kümne aasta jooksul toimunud arenguid, oleks ilmselt ka Eestis aeg reproduktiivtervist ja seksuaaltervist käsitleda komplekselt läbi valikuvabaduse ja inimõiguste prisma, pöörates tähelepanu kõigi ühiskonnagruppide erinevatele vajadustele. Kindlasti tuleks harjuda mõttega, et reproduktiivtervise küsimused ei puuduta vaid naisi – inimese seksuaalsus avaldub peaaesjalikult paarisuhtes ja selle võimalik mõju inimese tervisele sõltub mõlema partneri hoiakutest ning käitumisest.

## R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Mis puudutab noorte (teismeliste) tärkavat seksuaalsust ja sellesse suhtumist, siis kõige paremad tervisenäitajad on maades, kus noorte seksuaalsust aktsepteeritakse ja aidatakse neil arukaid valikuid teha. Eesti inimeste seksuaal- ja reproduktiivtervis järgnevatel aastatel, sh soovitude ja tervete laste sündimine, sõltub sellest, millist haridust ja toetust saavad tänased noored. Paljude maade kogemus on näidanud, et laialdane seksuaalharidus koolis ei provotseeri varasemat seksuaalelu algust – hoopis vastupidi – seksuaalelu alustatakse hiljem ning seejuures käitatakse vastutustundlikult ning turvaliselt.

Näiteks on Põhjamaad saavutanud noorte seksuaaltervise ja -õiguste osas kõige silmapaistvamad tulemused maailmas (madalaim teismeliste raseduste arv, seksuaalsel teel levivate haiguste esinemine, rasedustega seotud surmade arv, seksuaalelu algus pole noorenenud viimasel 20 aastal, kontratseptsiooni kasutamine on laialdane) tänu asjalikule ja laialdasele seksuaalharidusele ning heal tasemel noortesõbralikele teenustele ([www.ippfen.org](http://www.ippfen.org)).

Kuigi maailmas on levinud ka teistsugused lähenemised (nt abstinentsi, seksist hoidumist ainsa võimalusena propageerivad programmid ja kalendermeetodit ainsa rasestumisvastase meetodina lubavad liikumised jm), siis Eestis on ilmselt rakendatavad siiski põhimõtted, mis on hästi toimunud Põhjamaades. Seda kinnitab ka lähiminevik, mil Eesti noorte seas on populaarsuse saavutanud noorte nõustamiskeskused.

1998. aastal sõnastati IPPF-i kuuluvate Põhjamaade organisatsioonide poolt ühised printsiibid, milliseid järgides on noorte hea reproduktiivtervis saavutatud:

- noorte seksuaalsust tuleb aktsepteerida;
- noortele tuleb võimaldada heatasemelist seksuaalharidust nii koolis kui väljaspool kooli koos vajalike oskuste õpetamisega;
- noortele peavad olema neile sobivad seksuaal- ja reproduktiivtervise teenused, hästi kättesaadavad tänapäevased rasestumisvastased vahendid;
- noori tuleb kaasata neile mõeldud programmide ja poliitikate väljatöötamisse.

Hollandi sotsioloog Evert Ketting (Ketting, Visser 1994) on välja toonud neli põhitegurit, millest sõltub rasestumisvastaste vahendite piisav kasutamine ja madala abortide taseme saavutamine: inimesed peavad aborti üldreeglina välditavaks, seda käsitletakse kui äärmist tagavaraväljapääsu soovimatu raseduse korral; toimub pidev ja eri infokanalitel põhinev selgitustöö; hoiakuid, kogemusi, teadmisi ja tundeid arvestav haridustöö, mille eelduseks on uuringud inimese seksuaalsusest; reproduktiivtervise teenuste hea kättesaadavus. Nii Hollandi kui Põhjamaade näited kõnelevad sellest, et liberaalse seadusandlusega kaasnevad madal abortide tase ja minimaalsed terviseriskid. Arvestades ajaloolist ja kultuurilist tausta on ilmselge, et ka Eestis on abortide arvu edasise vähenemise saavutamise eelduseks senisest laialdasem rasestumisvastaste vahendite kasutamine, mitte piirangud soovimatu raseduse katkestamiseks.

Kuigi Maailma Terviseorganisatsioon on sõnastanud 17 peamist indikaatorit, mida globaalselt jälgida, on ilmselge, et igas ühiskonnas on omad eriti aktuaalsed valupunktid, millele tuleks tähelepanu pöörata.

Üks võimalik raamistik reproduktiiv- ja seksuaaltervise olukorra hindamiseks on välja pakutud rahvusvaheliselt tunnustatud spetsialistide Ilsa Lottese ja Osmo Kontula poolt. Selles käsitluses on lähtunud ideest, et reproduktiivtervis on seksuaaltervise üks osa, kuna laste saamine on vaid üks seksuaalsuse väljundeid ning paljud seksuaalsusega seotud valdkonnad jääksid teistsuguse käsitluse korral hõlmamata. See raamistik on kantud nii Kairo kui Pekingi vaimust ning haarab endasse ka hilisemalt sõnastatud seksuaalsed õigused kui ühed põhilised inimõigused.

# R E P R O D U K T I I V - J A S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Seksuaaltervise erinevad tahud ja indikaatorid (Lottes, Kontula 2000):

- Planeeritud ja soovitud rasedused:  
Indikaatoriteks rasedustamisvastaste vahendite kasutamine (sh “hädaabi” kontratseptsioon); efektiivsete meetodite kasutamine; pereplaneerimisteenuste ja aborditeenuste kättesaadavus, hind ja kvaliteet; aborti seadusandlus; abortiga seotud suremus ja haigestumus; teismeliste raseduste arv.
- Seksuaalsel teel levivatesse haigustesse (sh HIV/AIDS) nakatumise risk: Indikaatoriteks STLH, sh HIV/AIDSi esinemine, levimus naiste ja meeste seas; STLH diagnostika ja ravi hind, kättesaadavus ja kvaliteet; prostitutsiooni tähendus nende haiguste esinemises.
- Seksuaalvägivalla, seksuaalse ahistamise, vägistamise ja sandistamise esinemine: Indikaatoriteks seksuaalvägivalla esinemine (naiste genitaalide ümberlõikamine); seksuaalvägivallaohvrite abistamise teenuste olemasolu, hind, kättesaadavus ja kvaliteet; seksuaalkurjategijate kohtlemise/ravi süsteemi olemasolu.
- Diskrimineerimine:  
Indikaatoriteks marginaliseeritud gruppidele (naised, mitteheteroseksuaalid, transseksuaalid jt) loodud teenuste olemasolu; seadusandlusesse kirjutatud võrdsed poliitilised, majanduslikud ja sotsiaalsed võimalused kõigile hoolimata soost, rassist, vanusest, rahvusest, klassist, seksuaalsetest eelistustest või religioonist; erivajadustega gruppidele – puuetega inimesed, vanurid, sekstötajad, teismelised – loodud teenuste hind, kättesaadavus ja kvaliteet.
- Seksuaalne rahulolu:  
Indikaatoriteks seksuaalhäirete esinemine; seksuaalse rahulolu määr; orgaaniliste ja psühholoogiliste seksuaalhäirete meditsiinilise ja seksuaalteraapia teenuste kättesaadavus, hind ja kvaliteet; partneri puudumisest tingitud seksuaalse rahulolematuse määr; inimeste haritus ja oskuste tase seksuaalsusega seonduvas; meditsiinipersonali ettevalmistus mõistmaks haiguste ja ravi mõju seksuaalelule; teaduslikel multidistsiplinaarsetel uuringutel põhineva teabe olemasolu.
- Seksuaalharidus ja haritus:  
Indikaatoriteks seksuaalhariduse olemasolu ja tase üldhariduskoolides; haridustöötajate ja meedikute ühtne, mitmekülgne ja heatasemeline seksuaalharidus; täiendkoolituse võimalused tervishoiu- ja haridustöötajatele; meedia kaasatus seksuaaltematika käsitlemisse.
- Reproduktiivtervis:  
Indikaatoriteks perinataalne suremus, imikusuremus, emade suremus ja haigestumus; viljatuse esinemine ja ravi võimalused – teenuste kättesaadavus, hind ja kvaliteet.

Seksuaalsus käib inimesega kaasas läbi elu. Kairos ja Pekingis sõnastatud eesmärgid on ideaal maailm ja romantiline visioon, mille poole püüelda. Parimaid individuaalseid valikuid oma seksuaalsuse osas võidakse teha vaid mõistes ja mõjutades seda eetilist, kultuurilist, majanduslikku, poliitilist, seadusandlikku keskkonda, mille inimesed on ise kujundanud ja mis nende seksuaalset heaolu ning tervist määravad.

Eestis viimase kümne aasta jooksul toimunud positiivsete arengute jätkumise kindlustamiseks peaks toimuma arutelu ja otsustus, millises ulatuses on edaspidine reproduktiiv- ja seksuaaltervise arendamine rajatud üksikutele lühiajalistele (tihti välisabil põhinevatele), entusiastide poolt teostatud projektidele ja milline on selle valdkonna arendamisel riiklik nägemus ja toetus. Seda otsust võiks kajastada näiteks uus, kaasajastatud “Reproduktiivtervise riiklik programm”.

R E P R O D U K T I I V - J A  
S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Edasiste tegevuste arukaks ja paindlikuks kavandamiseks ja läbiviimiseks on vältimatu eeltingimus adekvaatsete andmete olemasolu ja analüüs erinevate reproduktiivtervise näitajate kohta. See eeldab olemasoleva andmete kogumise süsteemi korrastamist ja vastava ühishuve teeniva seadusandluse loomist.

### **Kirjandus**

---

*Anderson, B.; Katus, K.; Puur, A.; Silver, B. (1993) Characteristics of women having abortions in Estonia. – International Population Conference, Vol 1. Montreal: IUSSP*

*Eesti Naistearstide Selts*  
[www.ens.ee](http://www.ens.ee)

*Eesti Statistikaamet*  
<http://gatekeeper.stat.ee:8000/px-web.2001/dialog/statfilere.asp>

*Eesti tervishoiustatistika 1992–1999. (2000) Tallinn, Sotsiaalministeerium*

*Eesti tervishoiustatistika 2000–2001. (2002) Tallinn, Sotsiaalministeerium*

*Eesti tervishoiustatistika 2000–2002. (2003) Tallinn, Sotsiaalministeerium*

*Gissler, M.; Ritvanen, A.; Rasimus, A.; Vuori, E. (2002) Did the recession affect reproductive health? Helsinki, Stakes*  
[www.stakes.fi/dialogi/english02/14.htm](http://www.stakes.fi/dialogi/english02/14.htm)

*Haavio-Mannila, E.; Kontula, O. (2001) Seksin trendit meillä ja naapureissa. Helsinki, Werner Söderström OY*

*Haldre, K.; Karro, H.; Rahu, M. (2003) Reproduktiivtervise näitajad Eesti naistel 1992–2001. Eesti Arst, nr 82 (3), lk 166–171*

*Karro, H. (1999) Reproductive health and pregnancy outcome in Estonia: association with different factors. Tartu*

*Katus, K.; Puur, A.; Sakkeus, L. (1995) Eesti Pere- ja Sünnimisuuring. Standardtabelid. Tallinn, Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus*

*Ketting, E.; Visser, A. P. (1994) Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained. – Patient Educ Couns, No 23, lk 161–71*

*Ketting, E. (1996) Sexual Health is Something Different. Choices, 25, No 2*

*Kontula, O.; Haavio-Mannila, E. (1995) Sexual pleasures. Enhancement of sex life in Finland, 1971–1992. Aldershot: Dartmouth Publishing Company*

*Kosunen, E. (1996) Adolescent reproductive health in Finland: oral contraception, pregnancies and abortions from the 1980s to the 1990s. Academic dissertation. Tampere, University of Tampere*  
[http://www.who.int/reproductive-health/global\\_monitoring/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html)

*Leinsalu, M.; Grintšak, M.; Noorkõiv, R. (1999) Eesti Terviseuuring. Tabelid. Tallinn, EKMI*

R E P R O D U K T I I V - J A  
S E K S U A A L T E R V I S 1 9 9 4 - 2 0 0 3

Lottes, I.; Kontula, O. (2000) *New Views on Sexual health. The Case of Finland. Väestöliitto, The Family Federation of Finland*

Lõhmus, L.; Trummal, A.; Harro, M. (2003) *HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noore hulgas. Uurimusraport. Tallinn, TAI*

*Nordic/Baltic health statistics 1999. (2000) Copenhagen: NOMESCO*  
[www.ippfen.org/attachment/16policy\\_resolutionnordic.pdf](http://www.ippfen.org/attachment/16policy_resolutionnordic.pdf)

Papp, K.; Part, K.; Tõrik, S. (2001) *Noorsoouuring KISS. Tartu*

Rohtmets, A.; Karro, H.; Baburin, A.; Rahu, M. *Eesti sünnitusabi suundumused 1992–2001. Eesti Arst 2003, nr 82, lk 234-238*

*Rahvusvahelise Pereplaneerimise Föderatsiooni seksuaalsete ja reproduktiivsete õiguste harta (1997) Tallinn, Eesti Pereplaneerimise Liit*

Strasburger, V. C.; Brown, R. T. (1998) *Adolescent medicine: a practical guide. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers*

Tellmann, A., Karro, H., Serkina, V. *Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992 – 1999. Eesti Abordiregister 1996–1999. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, 2001*

Tellmann, A.; Karro, H.; Serkina, V. (2003) *Eesti Meditsiiniline Sünniregister 1992–2002. Eesti Abordiregister 1996–2002. Tervise Arengu Instituut*

Temkina, A. (2003) *Fertility, love and sex. Transformations in sexual scripts. – Reproductive health and fertility [working seminar in St. Petersburg, December 4-6, 2003]*

Tiit, E.-M.; Käärrik, E.; Tellmann, A. (2001) *Eesti elanike seksuaal- ja reproduktiivkäitumine. Uurimisprojekti lõpparuanne. Tartu*

Toomet, K. *Noorte reproduktiivtervisealase nõustamise ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamise projekt 2002–2006. (2004) Programmi 2003. a ennetustegevuste kokkuvõte. Eesti Pereplaneerimise Liit*  
[www.amor.ee](http://www.amor.ee)

Uusküla, A. (2001) *Epidemiology of sexually transmitted diseases in Estonia in 1990–2000. Dissertationes medicinae Universitatis Tartuensis. Tartu*

WHO (1993) *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Instruction manual. Geneva, WHO 1993, No 2 (5)*  
[www.stakes.info/files/pdf/tiedonantajapalautteet/2002/Tp20\\_02.pdf](http://www.stakes.info/files/pdf/tiedonantajapalautteet/2002/Tp20_02.pdf)

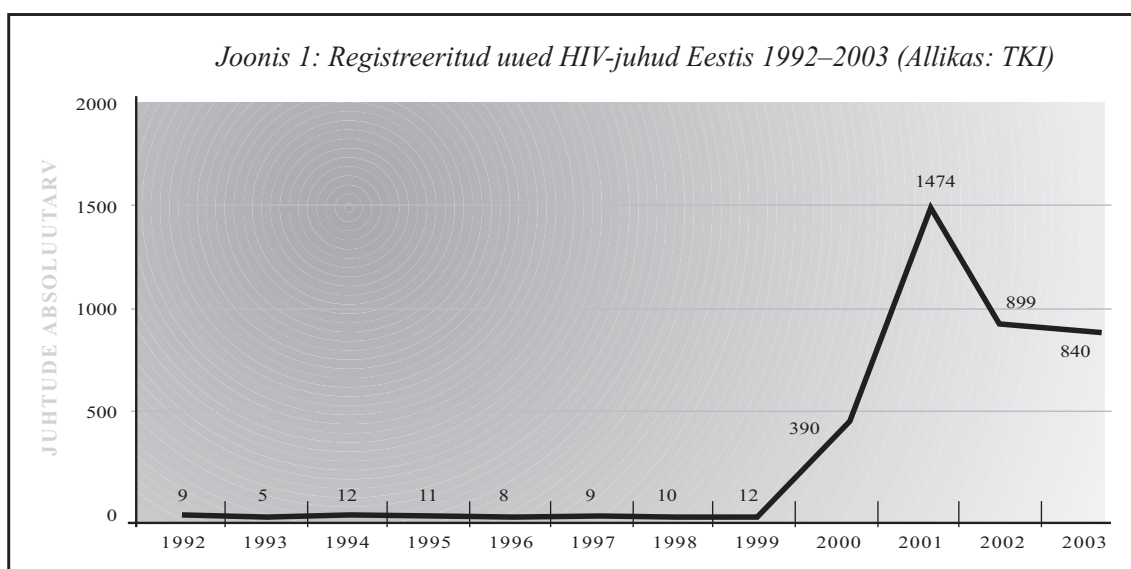
### 3. HIV/AIDSi ennetustegevus Eestis 1994–2004

Tiia Pertel  
Marika Raukas

#### 3.1. HIVi ja AIDSiga seotud epidemioloogilise ja käitumusliku seire andmed

##### 3.1.1. Üldine HIV/AIDSi alane statistika ja võrdlus teiste maadega

Esimene HIV-positiivne juhtum Eestis registreeriti 1988. aastal. 2004. aasta esimese poole seisuga oli Eestis HIV-infektsiooni Referentslabori andmetel registreeritud kokku 4067 HIV-positiivsuse juhtu. Arvatakse, et tegelik HIV-positiivsete arv Eestis võib küündida kuni kaks korda suuremaks kui registreeritud (Kruuda jt 2004, UNAIDS).



Joonisel 1 on toodud aastatel 1992–2003 registreeritud uued HIVi juhud Eestis. 2000. a teisel poolel kasvas järsult uute HIVi juhtude registreerimine süstivate narkomaanide hulgas peamiselt Ida-Virumaal ning see jätkus 2001. aastal. Alates 2002. a on ametlikult registreeritud uute juhtude arv vähenenud.

Tabel 1: Registreeritud uued juhud aastas ja kumulatiivhaigestumus 1 miljoni elaniku kohta HIV-kandluse ja AIDSi juhtude kohta aastatel 1999–2003 (Allikas: TKI)

Aasta	Uute HIVi juhtude arv 1 miljoni elaniku kohta aastas	Kumulatiivne HIVi juhtude arv 1 miljoni elaniku kohta*	Uute AIDSi juhtude arv 1 miljoni elaniku kohta aastas	Kumulatiivne AIDSi juhtude arv 1 miljoni elaniku kohta*
1999	6,5	66	1	-
2000	280	350	2	4
2001	1080	1391	2	5
2002	660	2051	3	8
2003	620	2675**	7	12**

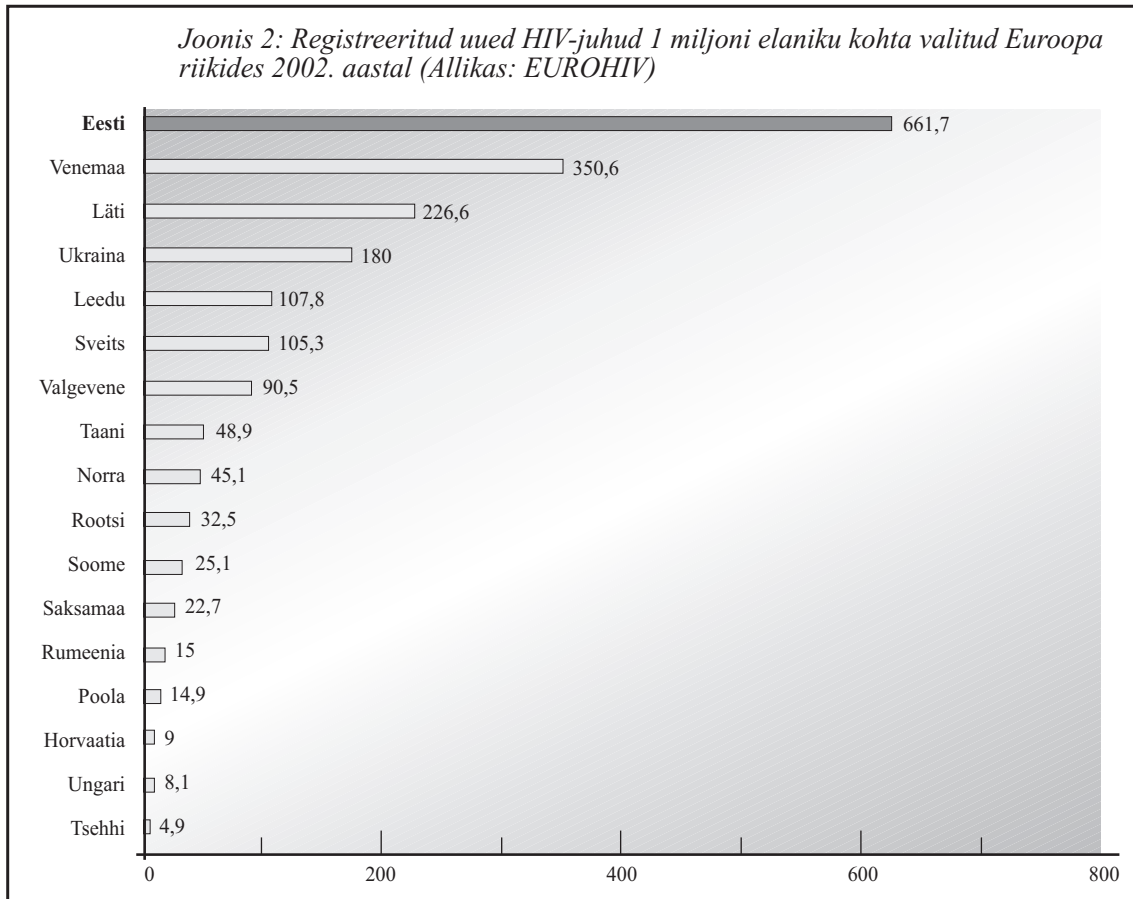
\* Arvutamisel kasutatud aasta keskmisi rahvastiku arvu näitajaid ([www.stat.ee](http://www.stat.ee))

\*\* 2003. aasta keskmise rahvastiku arvu näitajaks võetud 1 353 523

# HIV/AIDSi ENNETUSTEGEVUS EESTIS 1994–2004

Kui 1999. aastal registreeriti Eestis ühe miljoni elaniku kohta 6,5 uut HIVi juhtu, siis 2001. a oli uute HIVi juhtude arv ühe miljoni elaniku kohta tõusnud 1080,5-ni.

Kahel viimasel aastal on HIV-i esmajuhtude arv ühe miljoni elaniku kohta vähenenud 2001. aastaga võrreldes peaaegu poole võrra, kuid see jääb ikka pea kümme korda kõrgemaks Euroopa Liidu riikide keskmisest (vt tabel 1). 2002. aastal oli Euroopa Liidu riikide uute HIV-juhtude arv 1 miljoni elaniku kohta 65,0. Endiste Nõukogude Liidu riikide uute HIV-kandjate arv 1 miljoni elaniku kohta oli antud aastal 222,1, Eesti andmed ületasid antud näitajat peaaegu kolmekordselt (vt joonis 2; EUROHIV).



Esimene AIDS-i juhtum diagnoositi Eestis 1992. a ning kokku on 2004. a esimese poole seisuga diagnoositud 48 AIDS-i juhtu. AIDS-i tõttu on Eestis surnud 21 isikut (HIV Referentslabor).

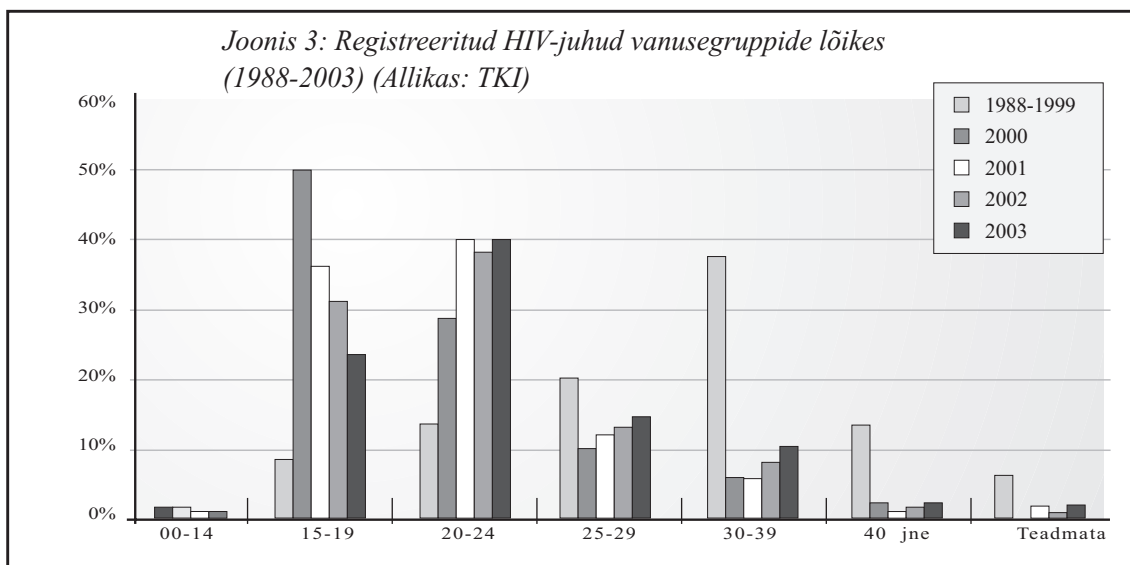
Et HIV-epideemia Eestis on alles algstaadiumis, näitab ühe miljoni elaniku kohta diagnoositud AIDS-i juhtude arvu võrdlus teiste Euroopa riikidega. Kui 1999. aastal diagnoositi Eestis ühe miljoni elaniku kohta üks AIDS-i juhtum, siis 2003. aastaks on see tõusnud seitsmele. Euroopa Liidu keskmine 2002. aastal oli 24,8 AIDS-i diagnoosimise juhtumit ühe miljoni elaniku kohta (vt tabel 1, EUROHIV).

### 3.1.2. HIV juhtude soolis-vanuseline ja piirkondlik jaotumine

Aastatel 1988–1999 kuulusid Eestis nakatunud peamiselt 25–39-aastaste vanusegruppi. Kontsentreeritud epideemia puhkemisega süstivate narkomaanide seas noorenes kontingent järevalt 2000. aastal, mil valdav osa nakatunutest olid 15–19-aastased. Hiljem on aga taas suurenenud

# HIV/AIDSI ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

hakanud 20–24-aastaste ja vanemate vanusegrupi osakaal. Jätkuvalt on ohustatud vanusegrupiks ka 15–19-aastased, ehkki nende osakaal on 2000. aastaga võrreldes 2003. aastaks vähenenud 50 protsendilt 24-le (vt joonis 3).



Tabelis 2 on toodud HIV-positiivsete sooline jaotus aastate lõikes. Näha on meeste ja naiste osakaalu võrdsustumist, mis viitab epideemilise protsessi jõudmisele “küpsesse” faasi, kus meeste ja naiste osakaal üksteisest ei erine.

*Tabel 2: HIV-positiivsete sooline jaotus 1988–2003 (Allikas: HIV Referentslabor)*

Aastad	Naiste arv	Meeste arv	Keskmiselt naiste ja meeste suhe
1988-1999	11	84	1 : 8
2000	78	312	1 : 4
2001	353	1120	1 : 3
2002-2003	505	1234	1 : 2,4

HIV-nakkuse epideemilist levikut ennustas 1997–1998 eelnenud B- ja C-hepatiidi esinemissageduse tõus peamiselt süstivate narkomaanide seas. Nende infektsioonide esinemissageduse tõus algas Narvast ja teistest Ida-Virumaa regioonidest ning levis Tallinna ning Harjumaa suunas. Sama tendents

*Tabel 3: Eestis registreeritud HIV-juhtude piirkondlik jaotus 2000–2003 (Allikas: TKI)*

Piirkond	2000		2001		2002		2003	
	arv	% kõikidest juhtudest	arv	% kõikidest juhtudest	arv	% kõikidest juhtudest	arv	% kõikidest juhtudest
Ida-Virumaa	358	92%	863	58%	476	53%	428	51%
Harjumaa	28	7%	584	40%	399	44%	362	43%
sh Tallinn	25	6%	528	36%	377	42%	323	38%
muu Eesti	4	1%	27	2%	24	3%	50	6%

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

oli märgatav ka HIVi levikul. Kui 2000. a oli kõigist juhtudest 91,8% Ida-Virumaalt ning Tallinn koos Harjumaaga andis 7% juhtudest, siis 2003. aastaks on Ida-Virumaalt tulnud 52,8% ja Tallinnast koos Harjumaaga 39,7% kõigist esmastest HIV-infektsiooni juhtudest. Praeguseks ongi HIVi kiirema levikuga piirkonnaks kujunenud Tallinn ja Harjumaa. Samas on alates 2003. aastast nii Ida-Virumaal kui Tallinnas registreeritud uute nakatumiste osakaal vähenenud, sest suurenemas on mujal Eestis registreeritud HIV-kandjate hulk (vt tabel 3).

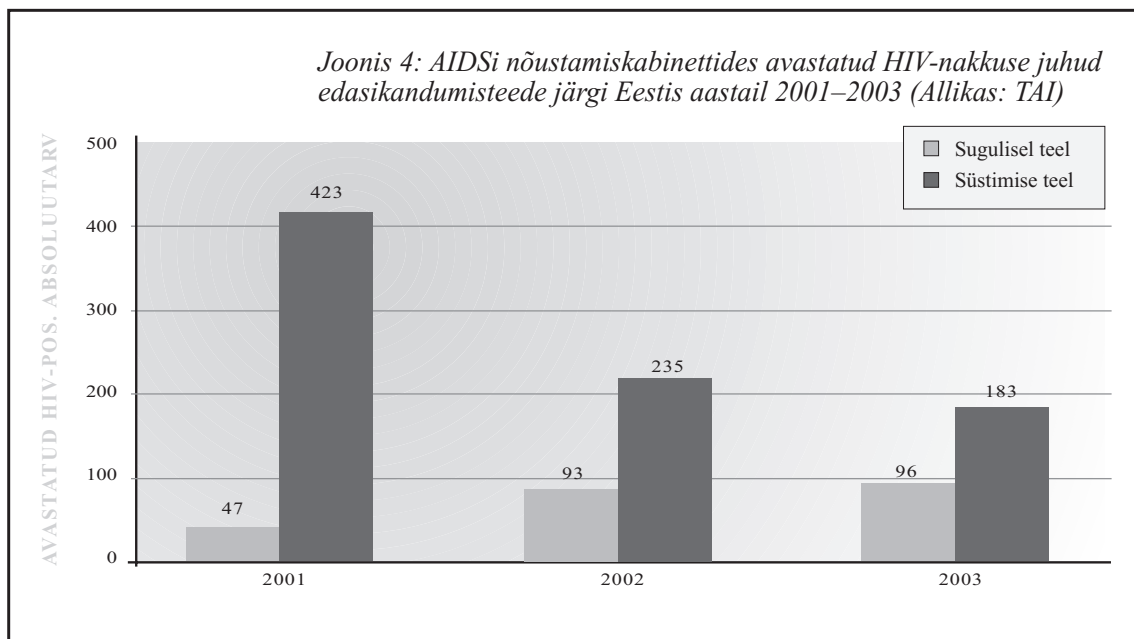
### 3.1.3. Eestis levinud HI-viiruse alatüüpidest

HI-viiruseid on kaks ja neid tähistatakse numbritega HIV 1 ja HIV 2. Praeguse epideemia põhjustajaks on HIV 1, mis on levinud kogu maailmas. HIV 1 jaotatakse kolme gruppi, mida tähistatakse tähtedega M, O ja N. Kõige suurem on M-grupp, kuhu kuulub 9 alatüüpi viiruseid, mida tähistatakse ladina tähestiku tähtedega A-st kuni J-ni, neile lisanduvad rekombinantsete vormid. HIV-infektsiooni Referentslabori andmetel oli G-alatüübi viirus Eestis olemas juba 1991. aastal. Sama kehtib ka teise, varem Eestis harvem esinenud A-alatüübi kohta. Kuni 1999. aastani esines Eestis valdavalt B-alatüüp, alates 2000. aastast on enim levinud G-alatüüp (77%), sellele järgneb sageduselt A ning rekombinantne AG-alatüüp.

Kui A-alatüüp on sarnane Ida-Euroopas ja Soomes süstivate narkomaanide seas levinud viirusega, siis meil levinud G-alatüüp Euroopas analooge ei oma. Sellest saab järeldada, et viirused, mis praeguse epidemioloogilise olukorra Eestis põhjustasid, on Eestisse sisse toodud korduvalt ning polnud agselts kitsalt siseriikliku leviku tulemus (HIV Referentslabor).

### 3.1.4. HIV-ülekandeteed Eestis

HIV-infektsiooni levikus saab eristada kahte perioodi. Esimesel, aeglase leviku perioodil 1988–1999, toimus 78% juhtudest viiruse ülekande sugulisel teel, kusjuures mitte väga suure erinevusega homo/bi ning heteroseksuaalse tee vahel (vastavalt 46% ja 32% juhtudest). Neljal juhul nakatuti narkootikumide süstimise tagajärjel (kõik juhud 1999. a). 6% HIV-positiivsetest avastati doonoriverd analüüsid. Nakkuse levikut nakatunud doonorvere kaudu ei ole teada.



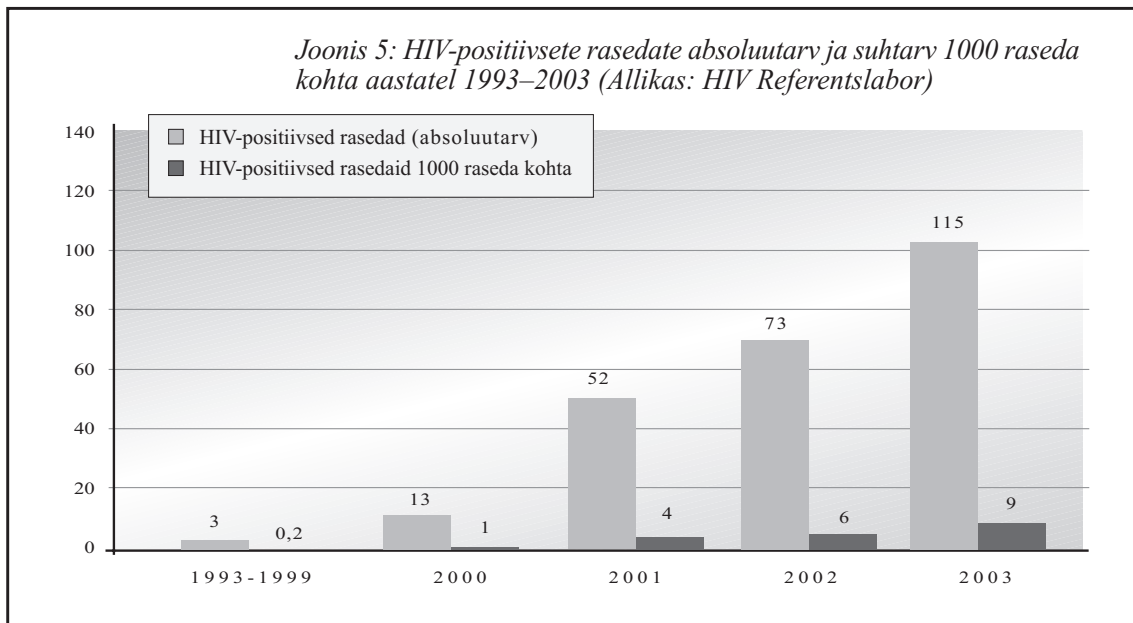
# HIV/AIDSi ENNETUSTEGEVUS EESTIS 1994–2004

Olukord muutus täielikult 2000. a. Järgnenud kolme aasta jooksul oli 91% kõigist juhtudest nakkus saadud narkootikumide süstimise käigus, 7% heteroseksuaalsel teel ja 0,2% emalt lapsele ülekandel. Doonorluse käigus avastati HIV-postiivseid 1,3% uutest juhtudest (HIV Referentslabor).

Kui 2000. a sai HIV-kontsentreeritud epideemia alguse süstivate narkomaanide rühmast, siis alates 2002. a on täheldatav iga-aastane HIVi leviku osakaalu suurenemine seksuaalsel teel. Nii moodustasid AIDSi nõustamiskabinettide andmetel süstimise teel nakkuse saanud 2001. aastal 90%, 2002. aastal 72% ja 2003. aastal 66% avastatud HIV-nakkuse juhtudest (vt joonis 4). Kuigi AIDSi nõustamiskabinettides registreeritakse keskmiselt 30% uutest HIV-juhtudest aastas, võib nende andmete põhjal siiski väita, et nakkus on hakanud süstivatelt narkomaanidelt seksuaalsel teel levima teiste noorte hulka (TAI).

### 3.1.5. HIVi levik emalt lapsele

Esimene HIV-positiivne lapseootel naine avastati Eestis 1993. aastal ning esimene rase viirusekandja sünnitas 1999. aastal (Lõhmus 2003). HIV-positiivsete rasedate hulk on aastate lõikes pidevalt suurenenud nii absoluutarvudes kui ka 1000 raseda kohta (vt joonis 5). 2004. a mai seisuga oli emalt HIV-nakkuse saanud vastsündinuid Eestis 12, neist kaks on praeguseks surnud. Arvestades olemasolevaid küllaltki efektiivseid ennetusmeetmeid vertikaalse ülekande vältimiseks, on nakatunud vastsündinute hulk Eestis suur. Siin võivad põhjuseks olla narkootikumide süstivad rasedad, kes ei pöördu arsti poole ega täida korralikult profülaktilisi meetmeid vältimaks viiruse levikut lapsele.

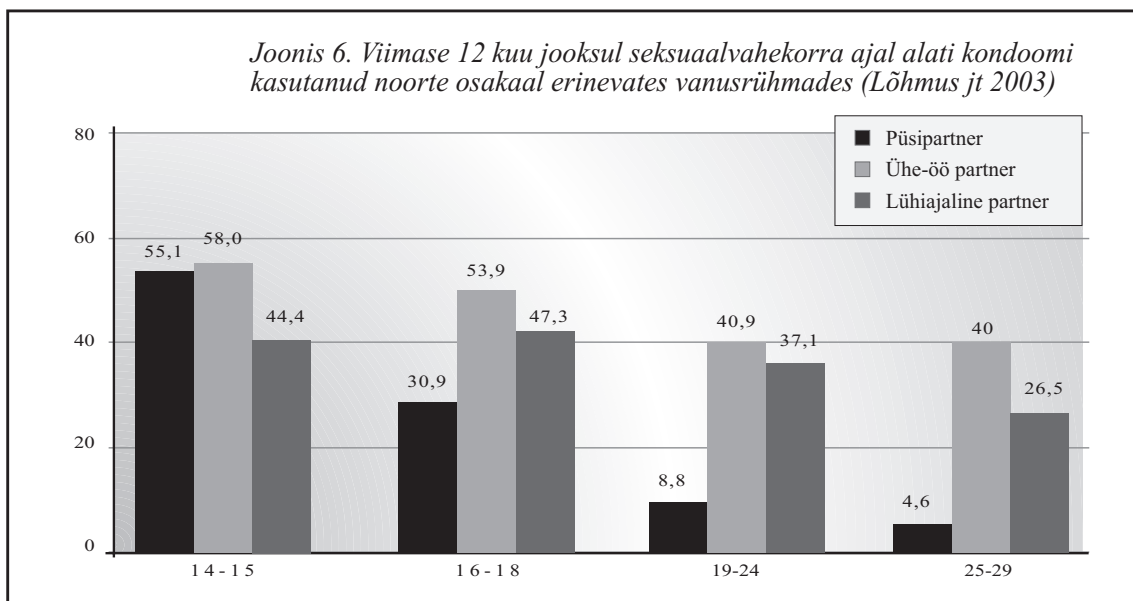


### 3.1.6. HIV ja tuberkuloos

On tõestatud, et üheks ohtlikumaks HIViga kaasuvaks nakkushaiguseks on tuberkuloos. Eestis võimaldatakse kõigil patsientidel, kel on diagnoositud tuberkuloos, teha ka HIV-test. Tuberkuloosiregistri andmetel diagnoositi Eestis HIV tuberkuloosihaiigel esimest korda 1997. a. Aastate jooksul on tuberkuloosi haigestunud registreeritud HIV 44 korral (Tuberkuloosiregister).

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Riskantse käitumise hindamiseks kasutatakse ohurühmades mitmeid erinevaid indikaatoreid. Noorte puhul on üheks neist kondoomi kasutamine esimese seksuaalvahekorra ajal. 1999. a läbi viidud uurimuses osalenud 14–17-aastastest noortest kinnitasid vaid pooled, et nad kasutasid esimese vahekorra ajal kondoomi (Papp jt 1999). 2002. aastaks oli see näitaja mõnevõrra paranenud, kuid siiski kinnitas vaid veidi üle poole (58,3–59,1%) sama vanusegrupi õpilastest kondoomi kasutamist esimese vahekorra ajal (Lõhmus jt 2003). Teise olulise indikaatorina hinnatakse viimase aasta jooksul juhuslikes vahekordades alati kondoomi kasutanud noorte osakaalu. Uurides kondoomikasutamise regulaarsust, selgus 1999. aastal, et umbes kolmandik seksuaalvahekorra kogemusega vastajatest ei olnud seksuaalvahekorras olles kunagi kondoomi kasutanud ning ülejäänud, kes olid kondoomi kasutanud, tegid seda pigem mõnikord kui alati. Viimase vahekorra ajal kasutas kondoomi umbes viiendik (16–22%) noortest (Papp jt 1999). 2002. aastal oli juhuslikes seksuaalvahekordades alati kondoomi kasutavate 14–18-aastaste õpilaste hulk 58%, ning viimase vahekorra puhul ulatus kondoomikasutajate hulk üle 70% (Lõhmus jt 2003). Üldine tendents erinevate uurimuste võrdlemisel näitab, et nooremate vastajate seas on juhusliku partneriga kondoomi kasutajate osakaal suurem kui vanemates vanusgruppides (Papp jt 1999; Lõhmus jt 2003) (joonis 6). Antud näitaja võib viidata sellele, et viimastel aastatel erinevatest allikatest noorteni jõudnud informatsioon kondoomi kasutamise ja turvaseksi kohta on avaldanud positiivset mõju nende seksuaalkäitumisele. Sõltuvusainete tarvitamine soodustab juhuvahekordade toimumist, suurendab seeläbi seksuaalpartnerite hulka ja sugulisel teel levivatesse haigustesse nakatumise riski (Papp jt 1999). Ka Eestis 2002. aastal noorte seas läbi viidud uurimuse tulemused kinnitavad eeltoodut.



Süstivate narkomaanide kohta viidi esimene käitumuslik uuring läbi 1998–1999. a (Kalikova 2000) Süsteemsemalt hakati süstlavahetuspunktidest saadud teabe põhjal käitumuslikke andmeid koguma ja analüüsima alates 2001. aastast. 2003. a andmetel ei olnud viimase kuu jooksul teiste narkomaanidega ühist süstalt kasutanud 61% süstlavahetuspunktide esmaklientidest. Murettekitav oli fakt, et iga neljas narkomaan ei ole seksuaalvahekorras kunagi kondoomi kasutanud. Samas aga väitsid pooled esmaklientidest, et on viimase kuu jooksul alati seksuaalvahekorras kondoomi kasutanud (Lõhmus jt 2004).

**Täiskasvanud elanikkonna** (16–64-aastaste) kohta on kasutada kõige pikema aegreaga HIV/AIDSi temaatikat käsitlevad andmed (Lipand jt 1994; Kasmel jt 2000, 2002). Viimased andmed näitavad, et kuigi üle 90% täiskasvanutest teab, et HIVi on võimalik nakatuda korduvsüstaldega süstimisel

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

ja kondoomita seksuaalvahekorras, siis viimase aasta jooksul toimunud juhuvahekorras on alati kondoomi kasutanud 2000. aastal ainult 19% ja 2002. aastal 25% küsimusele vastajatest. Ilmneb sama tendents, mis noorte puhul, et vanuse suurenedes väheneb kondoomi kasutamise harjumus oluliselt. Mõnevõrra üllatav on fakt, et aastate jooksul on inimeste hinnang enda HIVi nakatumise võimalikkusele kahanenud 41%-lt 34%-le, mis ühest küljest võib olla põhjendatav sellega, et inimesed teavad rohkem HI-viirusest, selle levikuteedest ja oskavad ennast rohkem kaitsta, kuid teisalt on see ka kindel märk, et HIVi kui reaalselt ohtu siiski piisavalt ei teadvustata (Lipand jt 1994; Kasmel jt 2000, 2002).

## 3.2. HIVi ja AIDSiga seotud ennetustegevus

### 3.2.1. Riiklik tasand

Riiklikul tasandil on HIV leviku ennetamise ja raviga tegeletud erinevate rahvatervise programmide kaudu. Tegevuse eest vastutab sotsiaalministeerium. Ajavahemikule langeb kolme erineva programmi elluviimine:

1. AIDSi profülaktika riiklik programm 1992–1996 tegeles peamiselt teavituskampaniate ja massiürituste organiseerimise, infomaterjalide trükkimise ja levitamise ning noorte koolitusega (AEK; ANTI-AIDS).

2. HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riiklik arengukava aastani 2001 kinnitati Vabariigi Valitsuse poolt novembris 1997. Samal aastal alustati programmi põhiselt ennetustööd ka alkoholi ja narkootikumide tarbimise vähendamiseks ühiskonnas ning 1998. aastal algas tuberkuloositõrje programmi elluviimine (TAI). Programmi jooksul algatati koostöös kolmanda sektoriga ennetusprojekte HIV-leviku ohurühmade hulgas.

Kuigi epidemioloogiliste andmete alusel ennustati HIV-leviku suurenemist süstivate narkomaanide hulgas juba 1997. aastal, ei peetud riiklikul tasandil võimalikku ohtu selliseks, et rahastada ennetustegevusi ohurühmade hulgas ning riiklik toetus piirdus HIV-ga seotud diagnostika ja antiretroviirusravimite kulude ning AIDSi Ennetuskeskuse ja anonüümsete kabinetide jooksvate kulude katmisega (TKI AEK 2002). Üheks takistuseks teenuse pakkumisel ohurühmadele oli ka tugev vastuseis erinevatel tasanditel, kuna näiteks süstlavahetusprojekti ja metadooniprogrammi nähti paljude spetsialistide poolt pigem uimastite tarvitamise soodustamisena.

14. veebruaril 2001 kuulutas Sotsiaalministeerium välja HIV kontsentreeritud epideemia süstivate narkomaanide rühmas vastavalt Maailma Terviseorganisatsiooni klassifikatsioonile. Olukord nõudis kiirelt senise programmi ülevaatamist ning 2001. aasta jooksul pandi töörühma poolt kokku ainult HIV/AIDSi ennetamisele pühendatud programm viieks järgneva aastaks (Riigi Teataja 2002).

3. HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002–2006 võttis uuteks arengusuundadeks koostöö arendamise maakondade ja kohalike omavalitsustega, seire- ja hindamissüsteemi väljatöötamise ning teenuste süsteemse arendamise (ETK 2003; TAI 2004a). Paralleelselt riikliku programmi elluviimisega koostati 2002. aastal riigi, MTÜ-de ja tervishoiuasutuste koostöös mahukas projektitaotlus rahvusvahelisele fondile The Global

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (edaspidi GF). Taotlus osutus edukaks ning kuni 2006. aastani on Eestil võimalus saada HIV/AIDSi ennetustegevusele lisaks kuni 10 miljonit dollarit. Toetuse saamise tingimuseks on, et Eesti riik ei vähenda HIV/AIDSi ennetustöö rahastamist ning täidab riikliku HIV/AIDSi programmi ja GFi eesmärke. Oluline on, et GFi projekti võimalusi kasutataks võimalikult efektiivselt teenuste pakkumiseks, et samal ajal siseriiklike vahenditega arendada ja laiendada erinevate teenuste süsteemi ja võrgustikku. GFi eraldatud raha jaotub kuue alaeesmärgi vahel (Sotsiaalministeerium):

- Noorte teadlikkuse tõstmine.
- HIVi nakatunute elukvaliteedi parandamine.
- HIV/AIDSi ennetustöö kinnipeetavate hulgas.
- Prostitutsiooni kaasatute teadlikkuse tõstmine.
- HIV/AIDSi ennetamine süstivate narkomaanide seas.
- Homoseksuaalsete meeste teadlikkuse tõstmine.

1994.–2004. aastatel on HIV/AIDSi ennetustegevust riiklikul tasandil korduvalt reorganiseeritud. Vahetunud on programmi juhtasutused, muutunud HIV-ennetuse, testimise ja raviga seotud asutuste rollid, samuti on korduvalt välja vahetatud kogu meeskond. Viimane ümberkorraldus algas HIVi epideemilise leviku tingimustes. Esiteks leiti, et vastutus- ja otsustustasand vajab tõstmist tagamaks kiiremat reageerimist ohuolukordades. Teiseks oli oluline programmi meeskond suunitleda ümber tegevuste otseselt elluviimisel tegevuste koordineerijateks riiklikul tasandil, et alustada teenuste võrgustiku kujundamist ja arendamist üle vabariigi (Praxis 2002, Donoghoe jt 2002). 2002. a uue programmi algusega sai HIV/AIDSi ennetamise programmi juhtasutuseks Eesti Tervisekasvatuse Keskus ning osaliselt viis ennetustegevust ellu Tervisekaitseinspektsiooni osakond AIDSi Ennetuskeskus. Programmi töö jaotus erinevate asutuste vahel ei õigustanud ennast (Donoghoe jt 2002) ning 2003. aastal, Tervise Arengu Instituudi loomisega, koguti ühtse koordineerimise alla kogu tervise arengu alane teadus- ja arendustöö (s.h riiklikud tervishoiuprogrammid). Ümberkorralduste elluviimine on aga liigselt veninud ning see ei mõju hästi töö järjepidevusele, takistades toimiva meeskonna väljakujunemist ning mõjudes negatiivselt koostööpartnerite usaldusele. Samuti ei ole ümberkorralduste protsessi piisavalt kaasatud inimesi, keda need ümberkorraldused otseselt puudutavad, mis on tekitanud olulist vastasseisu muudatuste elluviimisel (ETK 2003, TAI 2004a).

### 3.2.2. Kolmas sektor (vt lähemalt ptk „Peamised tegevusvaldkonnad“)

Erinevate HIV/AIDS-iga seotud ennetus- ja ravitegevuste algatamisel ja elluviimisel on ülimalt oluline roll olnud eelkõige kolmanda sektori organisatsioonidel. Esimene HIV/AIDSi ennetamise ja teavitustööga tegelev MTÜ Eesti Assotsiatsioon Anti-AIDS loodi Eestis 1990. aastal. Alates 2000. a on antud valdkonnas teenuseid pakkuvate organisatsioonide hulk oluliselt suurenenud. Positiivne on, et tegevustesse on hõlmatud mitmeid üle-Eestilist võrgustikku omavaid organisatsioone. Mitmed ühendused on enda kanda võtnud töö HIV-ohurühmade lõikes ning loodud on organisatsioonid ja tugigrupid ka HIV-positiivsetele inimestele (ETK 2003, TAI 2004a).

### 3.2.3. Koostöö

HIVi madala leviku perioodil osales Eestis HIV/AIDSi ennetustegevuses üsna kitsas ring inimesi ja organisatsioone ning süsteem töötas ja arenes suhteliselt eraldiseisvana muudest valdkonnaga seotud teemadest, nagu näiteks seksuaal- ja reproduktiivtervis, tuberkuloositõrje jm. Epideemia algusperioodil leiti uusi tegijaid, kuid oli raske jõuda probleemsetesse piirkondadesse, kuna paljud kohalikud esindajad leidsid, et nende piirkondades või koolides ei ole ei narkomaania ega HIViga probleeme. Alles viimastel aastatel on ka kõrgemate võimukandjate ning maakondade ja kohalike

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

omavalitsuste esindajate negatiivne suhtumine muutuma hakanud. Siiski teeb muret tõsiasi, et paljude arvates on HIVi levik vaid tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna probleem.

Kuna HIVi levik on järjest enam väljumas ühe kitsa ohurühma piiridest, tuleb senisest enam suurendada valdkondadevahelist koostööd eelkõige spetsialistide välja- ja täiendõppe, kuid ka infovahetuse osas. Näiteks võiks antiretroviirusravi kättesaadavuse laiendamisel kasutada kopsuarstide kogemusi otseselt kontrollitava ravisüsteemi väljaarendamisest Eestis, sest ka nende ravimite puhul on ülimalt oluline pidada ravirežiimi vältimaks multiresistentsete viiruse tüvede tekkimist (Donoghoe jt 2002).

Ministeeriumidest on peale sotsiaalministeeriumi HIV/AIDSi ennetus- ja ravitöösse panustanud justiitsministeerium (vt „Ennetustöö kinnipeetavate hulgas“) ning nimetatud haldusalade vahel on ka hea koostöö. Teiste ministeeriumidega on koostöö pigem passiivne.

2002. aastast alustati HIV/AIDSi ennetustegevuse osas koostööd maakondadega ning enamik neist töötas välja omad viie aasta arengukavad (ETK 2003). Aktiivset tööd HIV/AIDSi ja narkomaania ennetamise osas on alustanud ka mitmed suuremad kohalikud omavalitsused. Näiteks võeti Tallinna Linnavolikogu poolt 2003. a vastu “Uimastite ja HIV/AIDSi leviku ennetamise tegevuskava Tallinnas aastateks 2003–2007” (<http://tallinn.andmevara.ee>). Siiski on kohalike omavalitsuste tasandil HIV/AIDSi temaatika ja probleemide käsitus ka täna veel suhteliselt nõrk ning peamiselt arvatakse, et probleemiga peaks tegelema riik.

2003. a läbi viidud uurimuses leiti, et peamiselt toimib koostöö Eestis heade isiklike suhete baasil. Laiema haarde saavutamiseks oleks vaja välja arendada professionaalsel tasemel töötavad suhted ja struktuur, orienteerumine konkreetsetele isikutele on alati valiv. HIV/AIDSi ennetusprogrammid on siiani välja töötatud suhteliselt kitsa ringi inimeste poolt, tulevikus tuleks valdkonna pikaajaliste tegevuskavade loomisse kaasata võimalikult laiemalt HIV/AIDSi ennetustööga seotud inimesi erinevatelt tasanditelt. Ainult sellisel viisil on võimalik tugevdada professionaalselt töötavat informaalset suhtlusringi, arendada formaalset struktuuri ning integreerida omavahel erinevaid huviseid. Selleks on vajalik ka tugev juhtimine (Voigtländer jt 2004).

### 3.2.4. Rahastamine

Perioodi teisel poolel on valdkonna üks peamisi probleeme pidev alarahastatus, mis algab riiklikul tasandil. Juba epideemia tingimustes kinnitatud riikliku programmi rahastamine ei ole vastanud Vabariigi Valitsuse poolt ette nähtule, näiteks oli 2003. aasta eelarveks planeeritud üle 16 miljoni krooni, kuid kokku eraldati valdkonnale koos lisaeelarvega alla 14 miljoni krooni (Riigi Teataja 2002). Samas on juba praegu oluline hakata eelarveliselt planeerima seda, kuidas pärast GF-i rahastamise lõppu tagada vajalike ennetus- ja tervishoiuteenuste pakkumine sihtrühmadele.

HIV/AIDS on nii riigi tervishoiu kui ka majanduse probleemküsimus. Kuna HIV/AIDS puudutab inimesi eelkõige produktiivses eas, siis nende enneaegne haigestumine ja surm põhjustavad töövõime langust tuues majanduslikku kahju nii riigile kui üksikisikutele (Beck jt 2001). Spetsiifiline ravi ja teised HIV-iga seotud tervishoiuteenused on kallid ja võivad kõrge HIVi levikuga maades oluliselt mõjutada tervishoiusektori rahaliste vahendite jaotumist. AS Lääne-Tallinna Kesonhaigla Merimetsa Nakkuskeskuse andmetel on ainult 25% registreeritud HIVi juhtudest ennast arvele võtnud haiglas ja vähem kui 2% kõigist nakatunuteist saab Eestis spetsiifilist viirusevastast ravi (Mänd 2004). Antiretroviirusravimid ühe inimese kohta aastas maksavad Eestis praegu keskmiselt 100 000 krooni, kuigi läbirääkimised ravimi-firmadega allahindluse saamiseks käivad. Antiretroviirusravimite kulule lisanduvad muude ravimite, haiglapäevade, arstivisiitide, diagnostiliste uuringute ja sotsiaalhooldusega seotud otsesed kulud ning töövõimetusel tulenevad võimalikud kaudsed kulud. Praegu vajab Eestis antiretroviirusravi alla 100 inimese aastas, kuid lähiaastatel on oodata ravi vajavate patsientide

arvu hüppelist kasvu ja seega ravikulude mitmekordistumist (Kruuda jt 2004). Mujal maailmas läbi viidud kulu-uuringud näitavad, et HIV/AIDSiga seotud kulud tõusevad järsult haiguse lõppfaasis (Mänd 2004).

### 3.2.5. Seire ja hindamise süsteemi areng 1994–2003

Seire ja hindamine on olulisteks osadeks efektiivsest HIV/AIDSi ennetustööst. Tegevuse ning vahendite õigeks planeerimiseks on vaja pidevalt värsket informatsiooni eelkõige kolmes valdkonnas:

- HIV-nakatumise tase ja leviku suunad kogu populatsioonis ning erinevates ohurühmades ehk epidemioloogiline seire;
- riskikäitumise jälgimine erinevates ohurühmades (näiteks süstivad narkomaanid, noored jne) ehk käitumuslik seire;
- rakendatud tegevuste tulemuslikkuse hindamine (Praxis 2002).

Kõige pikemalt on Eestis kogutud HIViga seotult epidemioloogilisi andmeid. Vastava seiresüsteemiga kogutakse anonüümselt andmed HIV-positiivsete inimeste ja AIDSi haigete kohta soo, vanuse ja piirkonna lõikes. Lisaks kogutakse andmeid ka võimaliku HIV-nakatumisviisi kohta, kuid need andmed ei ole üheselt tõlgendatavad ning HIV-leviku trendide kohta saab teha ainult üldisi järeldusi. 2003. a töötati välja uus HIVi registreerimise vorm, mis võimaldaks koguda HIVi nakatunud inimeste kohta täpsemaid sotsiaal-demograafilisi ning nakatumisega seotud andmeid. Kahjuks ei ole seda siimaani erinevatel põhjustel rakendatud. Tulevikuperspektiivi silmas pidades on äärmiselt oluline võimalikult kiiresti leida kõikide andmekogumissüsteemi kuuluvate osapoolte jaoks rahuldav lahendus andmete koosseisule, liikumisskeemile ja turvalisusele. Andmete konfidentsiaalsuse tagamiseks tuleks riiklikul tasandil luua andmete kogumise ja edastamise süsteem, et seeläbi tagada andmete organisatsiooniline, füüsiline ja infotehniline turvalisus. Soovitav oleks alustada isikustatud andmete kogumist, et hoida ära topeltandmete registreerimist andmekogusse ning sellega tagada süsteemsem ja kvaliteetsem andmehulk. Täpsem informatsioon on ühest küljest vajalik tulevase ravivajaduse hindamiseks ning teisest küljest aitaks lähitulevikus pakkuda igale HIVi nakatunud inimesele just tema vajadustele vastavaid teenuseid. Enamikule AIDSi nõustamiskabinettide klientidele oleks nõustamisteenus jätkuvalt anonüümne, kuna isikuandmed võetakse seal ainult HIV-positiivseteks osutunutelt nende endi nõusolekul ja arsti poolt (Lõhmus 2002, TAI 2004a).

Peamiste ohurühmade hulgas läbi viidava ennetustöö tulemuslikkust on raske hinnata, kui ei ole teada nende rühmade suurused peamistes ohupiirkondades. Süstivate narkomaanide ja prostitutsiooni kaasatute arvu osas tuginetakse Eestis siiani ekspertide hinnangutele (Donoghoe jt 2002).

Käitumusliku seire arendamisele on kogu maailmas viimasel kümnendil üha rohkem tähelepanu pööratud. Kõige rohkem on Eestis käitumuslikke uurimusi läbi viidud noorte seas. Kahjuks on enamik küsitlusi-uurimusi läbi viidud ühekordselt ning kogutud andmeid ei ole põhjalikumalt analüüsitud (Lõhmus 2002). Kui legaalsete ja illegaalsete uimastite tarvitamist ning tervist mõjutavat üldist riskikäitumist on käsitletud paljudes erinevates uurimustes, siis noorte seksuaalkäitumist puudutavad andmed pärinevad peamiselt vaid kolmest uurimusest (Papp jt 1994, 1999, Lõhmus jt 2003).

Käitumusliku seire süsteemi ülesehitamist alustati 2002. a ning 2004. aastaks on jõutud niikaugemale, et peamiste ohurühmade riskikäitumise kohta on algandmed kas kogutud või kogumisel.

Erinevates sihtrühmades on planeeritud käitumuslike andmete jälgimine erineva ajaperioodi tagant. Üle-Eestilisi uurimusi “Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring” ja “HIV/AIDSi temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas” viiakse ellu iga kahe aasta tagant. Ohurühmades, nagu süstivad narkomaanid, prostitutsiooni kaasatud ja homoseksuaalsed mehed, on kavas andmeid koguda igal aastal (TAI 2004b).

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Teostatud sekkumiste hindamiseks tuleb ühtseks monitooringusüsteemiks ühendada pidevalt kogutavad andmed tegevuste seisu ja kulu-tulususe kohta, spetsiaalselt teostatud hindamisuuringud ning konkreetsetest tegevustest sõltumatuna eksisteeriva seiresüsteemi andmed. Et aruandlust tegevuste elluviimise kohta saaks kasutada tulemuste mõõtmisel, on oluline planeerimisprotsessi käigus konkreetsete eesmärkide püstitamine ja nende saavutamist mõõtvate indikaatorite määratlemine. Viimastel aastatel on antud protsessile hakatud pöörama üha enam tähelepanu ning tegevuskavade kvaliteet on kõikidel tasanditel oluliselt paranenud. Siiski on tegevuste monitooringu ja hindamise valdkonnas veel palju õppimis- ja arenguvõimalusi (TKI AEK 2002, ETK 2003, TAI 2004).

Kõige enam arendamist vajav pool kogu seire ja hindamise süsteemis on inimressurs. Täna on tegevuste loomuliku osana kaasneva monitooringu ja hindamise rakendamisel üheks probleemiks asjaolu, et tihti nähakse aruandluses ja tegevuste hindamises pigem rahastaja huvides teostatavat kontrolli. Tegelikult pakub aga sekkumiste tulemuste hindamine võimalust oma tööd edaspidi paremini planeerida ja pakutavaid teenuseid edasi arendada (Voigtländer jt 2004). Personal erinevatel tasanditel vajaks nii välja- kui ka täiendõpet selles osas, kuidas oma töö tõhusamaks muutmiseks kasutada erinevaid hindamistehnikaid. Valdonna ühtlustamiseks oleks oluline erinevate osapoolte vahel kokku leppida riikliku tasandi seiret ja hindamist puudutava sõnavara kasutamises, andmete kogumise viisides, eri osapooltele tagasiside andmise viisides ja andmete avalikustamises. Määrava tähtsusega on see, et kogutud andmeid ja lisandunud teadmisi eri sihtrühmadest kasutatakse otsustusprotsessis ning tõhusamate sekkumiste kujundamisel.

### 3.3. Peamised tegevusvaldkonnad, põhimeetmed, ülevaade ning hinnang tehtule

#### 3.3.1. Ennetustegevus noorte hulgas

15–24-aastased noored on suurim HIVi nakatumise ohurühm Eestis ning teadaolevalt ei ole Eesti noorte HIV/AIDSi alased teadmised piisavad. Noorte teadmiste hindamiseks kasutatakse rahvusvahelist teadmiste indikaatorit, mis arvutatakse välja viie küsimuse vastuste põhjal (vt tabel 4). 2003. aastal

<i>Tabel 4. Küsimustele HIVi levikuteedest õigesti vastanute % vanusrühmades (Lõhmus jt 2003)</i>				
Küsimus	10-13	14-18	19-29	
1. Kas inimene saab ennast kaitsta HIVi nakatumise eest kasutades kondoomi alati iga seksuaalvahekorra ajal? (jaatav vastus)	52,2	71,7	75,2	
2. Kas inimene saab ennast kaitsta HIVi nakatumise eest olles vahekorras ühe kindla nakatumata partneriga? (jaatav vastus)	34,1	58,9	75,5	
3. Kas inimene võib nakatuda HIVi süstides süstlaga, mida keegi enne teda on kasutanud? (jaatav vastus)	80,5	94,7	97,8	
4. Kas inimene võib nakatuda HIVi sääsehammustuse kaudu? (eitav vastus)	27,9	29,5	37,0	
5. Kas inimene, kes näeb terve välja, võib olla nakatunud HIVi? (jaatav vastus)	50,2	80,8	88,5	
Õige vastus kõigile 5 küsimusele	5,0	12,8	23,1	

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

olid toodud indikaatori põhjal korrektsed teadmised HIV levikuteedest ainult 17,5% 15–24-aastastest noortest. Suurimat mõju indikaatori väärtusele avaldas küsimus sääsehammustuse kaudu HIVi nakatumise võimalikkusest. Seda küsimust arvestamata tõusis teadmiste indikaatori väärtus 30% võrra. Kõige paremad olid noorte teadmised selle kohta, et eelnevalt kasutatud süstlaga süstides võib HIVi nakatuda (Lõhmus jt 2003).

Noorte HIVi-alased teadmised pärinevad erinevatest allikatest (Lõhmus jt 2003), kuid hoolimata sellest, et teema käsitlemine meedias on sagenenud või, et enamus Eestis läbi viidud HIV/AIDSi ennetuskampaaniad on olnud suunatud noortele, on võimatu alahinnata kooli rolli tervistsäästva käitumise kujundajana.

2002. a läbi viidud fookusgrupi uurimusest selgus, et HIV/AIDSi temaatika käsitlemine koolis on juhuslik ja mittesüsteemne, rahulolematust näitasid nii õpetajate kui õpilaste hinnangud. Peamiste probleemidena toodi välja olemasolevate inimeseõpetuse tundide vähesus ja antud temaatikaga tundide puudumist 8.–9. klassis ning gümnaasiumis. Samuti leiti, et tunde viiakse läbi liiga suurearvulistes klassides ning et õpetajate pädevus vajab tõstmist. Rahul ei olnud ka õppematerjalide valikuga (Kull 2002).

Arvestades HIVi laienevat levikut, on hädavajalik inimeseõpetuse tunnis seksuaal- ja reproduktiivtervise ning HIV/AIDSi ennetamise, uimastiennetuse ja sotsiaalsete toimetulekuoskuste teemade käsitlemist suurendada (Donoghoe jt 2002). Inimeseõpetuse õpetajate ebaühtlase ettevalmistuse ja kaadri volavuse tõttu on õppekvaliteedi tagamisel võtmeküsimuseks inimeseõpetuse õpetaja kutsestandardi ja vastavate välja- ja täiendõppe võimaluste loomine (TAI 2004b). Õppematerjalide valik on viimastel aastatel tunduvalt paranenud, kuid väljatöötamist vajab seksuaal- ja reproduktiivtervise ning HIV/AIDSi ennetamise alane õpetajaraamat (ETK 2003, TAI 2004b).

Äärmiselt oluline on HIV/AIDSi ennetustegevus, seksuaalkasvatus, uimastiennetus ja sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetus erikoolides. Siiani on seda tehtud peamiselt kolmanda sektori poolt erinevate projektide raames, kuid vastav tsükkel tuleks lülitada õppeprogrammi iga-aastaselt. Eraldi tähelepanu tuleks pöörata ka koostööle lastekodude ning teiste elu hammasrataste vahele jäänud laste ja noortega tegelevate asutuste ning organisatsioonidega.

Kuna koolihariduses HIV/AIDSi ennetamise ja seksuaalkasvatuse taseme ühtlustamine ja parandamine on pikaajalised protsessid, tuleks noorte õpetamisel jätkuvalt kaasata seksuaalkasvatusega tegelevaid kolmanda sektori organisatsioone. Üheks ülemaailmselt tunnustatud efektiivseks võimaluseks noorte tervist säästva käitumise kujundamisel ja HIV/AIDSi ennetustöös on „noored noortele“ koolitus. Eestis on mitmed organisatsioonid selle meetodikaga aastaid töötanud. Ühtlaselt hea kvaliteedi ja üle-Eestilise hõlmatus tagamiseks tuleks luua koostöös nende organisatsioonidega üleriigiline „noored noortele“ seksuaalkasvatuse võrgustik (Donoghoe jt 2002).

Noortesõbralik seksuaaltervise- ja nõustamisteenus ja mitmed infomaterjalid on ravikindlustatud noortele tasuta kättesaadavad noorte nõustamiskeskustes üle vabariigi ning ka elektroonselt (nt [www.amor.ee](http://www.amor.ee), [www.aids.ee](http://www.aids.ee)). AIDSi nõustamiskabinettides on kõik pakutavad teenused tasuta (vt vabatahtliku nõustamise ja testimise teenus).

### 3.3.2. Ennetustöö süstivate narkomaanide hulgas

Kvaliteetse ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste süsteemita on raske saavutada tulemusi HIV/AIDSi ennetustegevuses selles ohurühmas. HIV/AIDSi epideemia leviku peatamiseks süstivate narkomaanide subpopulatsioonis peab nõustamis- ja süstlavahetusteenusega olema haaratud vähemalt 60% süstivatest narkomaanidest (TAI 2004c).

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Süstivate narkomaanide ohurühmaga alustati tööd üheksakümnendate aastate teisel poolel. Pilootprojektide raames käivitati esimesed süstlavahetuse ja narkomaanide nõustamise punktid Ida-Virumaal ja Tallinnas (Donoghoe jt 2002).

Kuigi HIVi kontsentreeritud epideemia sai alguse Ida-Virumaal 2000. a augustis, suudeti alles 2001. a teisest poolest riiklikult organiseerida rahastus Ida-Virumaa süstlavahetusprogrammile. Algne rahastamine oli väga ebastabiilne ning suudeti programmipõhisele rahastamisele üle viia alles 2002. a teisest poolest. Aasta lõpuks töötas Ida-Virumaal kokku seitse statsionaarset ja kolm mobiilset ning Tallinnas üks statsionaarne ja kaks mobiilset süstlavahetuspunkti (Donoghoe jt 2002, ETK 2003).

2003. a moodustati HIV/AIDSi programmi initsiatiivil nn. süstlavahetuse töörühm, kuhu kaasati kõikide süstlavahetusteenuse pakkujate esindajad ning teised olulised valdkonnaga seotud spetsialistid. Alustati regulaarse täiendkoolitusega kõigile süstlavahetuspunktide töötajatele, loodi uued, spetsiifiliselt süstivatele narkomaanidele suunatud infotrukised ning koostati teenuse kirjelduse projekt “Süstivate narkomaanide nõustamine ja süstalde ning nõelte vahetus”. Kuigi teenuse pakkumist aktsepteeritakse erinevate tasandite poolt tunduvalt rohkem, kui 1997. aastal, on siiski elanikkonna ja kohalike omavalitsuste vastuseisu tõttu kõige raskem ülesanne uutele süstlavahetuspunktidele ruumide leidmine (TAI 2004a).

Seisuga 31. XII 2003 pakkusid Eestis narkomaanide nõustamis- ja süstlavahetusteenust neli MTÜd kokku 18 süstlavahetuspunktis. Viimastel aastatel on süstivate narkomaanide nõustamine ja süstalde vahetuse teenust jõudsalt edasi arendatud, kuid teenus vajab jätkuvalt laiendamist (TAI 2004a).

### 3.3.3. Ennetustöö prostitutsiooni kaasatute hulgas

Prostitutsiooni kaasatutega alustati tööd 1994. aastal MTÜ AIDSi Tugikeskuse poolt. Teenuste pakkumine prostitutsiooni kaasatutele on peamiselt toimunud erinevate välisorganisatsioonide ja -fondide toel. Lisaks nõustamisele ja HIVi ning teiste sugulisel teel levivate haiguste testimisele pakutakse prostitutsiooni kaasatutele tasuta kondoomi ning infomaterjale (Kalikova jt 2000). Teenuse kättesaadavus vajab parandamist.

### 3.3.4. Emalt-lapsele HIVi leviku ennetamine

Kuna naiste osakaal HIV-positiivsete hulgas aasta aastalt suureneb, tuleb järjest enam tähelepanu pöörata emalt lapsele HIVi leviku ennetamisele. Kehtiva “Ravikindlustusseaduse” kohaselt on Eestis ravikindlustusega kaetud kõik rasedad naised alates 12. rasedusnädalast ning lootele HIV-levikut ennetav ravi on HIV-positiivsetele rasedatele tasuta. Probleemiks on HIV-positiivsete rasedate hiline pöördumine arsti vastuvõtule ning hilisem ema ja lapse jälgimine, kuna paljud neist naistest kuuluvad ohurühmade hulka.

Ennetustegevus peaks toimuma kahes suunas: esiteks tuleb vähendada emalt lootele või lapsele HIVi leviku riski raseduse ajal, sünnitusel ja peale sünnitust, teiseks tuleb laiendada HIV-positiivsetele rasedatele ja nende imikutele ligipääsu kvaliteetsetele tervishoiu- ja psühhosotsiaalsetele teenustele. Soovitud tulemuste saavutamisel on võtmeküsimuseks kohalike spetsialistide ettevalmistamine ja koostöövõrgustiku loomine peamistes ohupiirkondades. 2004.–2005. aastal viiakse vastav pilootprojekt välisrahastusel ellu Ida-Virumaal (Ida-Viru Maavalitsus 2003).

### 3.3.5. Ennetustöö kinnipeetavate hulgas

Aastatel 2000–2004 on 20–30% kõigist uutest HIV-juhtudest registreeritud vanglatesse saabuvate kinnipeetute seas (TKI). Ennetus- ja teavitustööd nii vanglapersonali kui ka kinnipeetavate seas alustati 2000. aastal. 2002. a kinnitati justiitsministri määrusega “HIV/AIDSi ennetamise tegevuskava Justiitsministeeriumi valitsemisalale aastateks 2002–2006”. Töö eesmärkideks seati:

# HIV/AIDSi ENNETUSTEGEVUS EESTIS 1994–2004

1) Tõkestada HIV-nakkuse levikut vanglates ja kriminaalhooldusaluste seas ja 2) Tagada HIV-nakkuse saanud isikutele kvaliteetne viirusvastane ravi, kui nad seda vajavad meditsiinilistel näidustustel.

Sihtrühmadeks on vahistatud ja kinnipeetavad, kriminaalhooldusalused, eelpool nimetatute perekonnad ja teised lähedased, vanglate personal, sh haridus- ja tervishoiutöötajad ja kriminaalhooldusametnikud.

Enamikule vanglasse saabujatele pakutakse HIV-testimise võimalust. HIV-positiivsetele rasedatele kinnipeetavatele on tagatud tervishoiuteenused ja ennetusravi vältimaks HIV-nakkuse levikut emalt lapsele. Hetkel ei ole vanglates veel võimalik korraldada süstlavahetust, kuid kõikidele kinnipeetavatele on tasuta kättesaadavad infomaterjalid, kondoomid ja desinfektsioonivahendid (Justiitsministeerium 2002).

2002. a alustati HIV-positiivsete tugirühmade loomist ning alates 2004. aastast toimub GF rahatusel HIV-positiivsete psühhosotsiaalne nõustamine seitsmes Eesti vanglas kaheksast (Convictus).

2004. aastal valmis uurimus “HIV/AIDS-i ja narkomaania temaatikaga seotud teadmised ning arusaamad vanglateenistujate seas”. Sarnast uurimust on plaanis regulaarselt läbi viima hakata ka kinnipeetavate seas.

### 3.3.6. Teised ohurühmad

Esimeseks HIVi leviku ohurühmaks Eestis olid homo- ja biseksuaalsed mehed. Ennetustööd selles grupis on tehtud HIV-leviku algusaastatest, loodud ja levitatud on erinevaid infomaterjale nii paber kandjal kui ka elektrooniliselt (vt nt [www.gay.ee](http://www.gay.ee)) jne. Viimastel aastatel on paranenud eriti tugevate kondoomide kättesaadavus (Gayliit).

Ohurühmaks on ka kutsetöös potentsiaalselt verrega kokkupuutuvad isikud -tervishoiutöötajad, politseinikud jt. Kehtiva seadusandluse kohaselt vastutab tööandja ohutuks tööks vajalike töötingimuste ja vahendite olemasolu eest. Samuti peab tööandja tagama töötajate väljaõppe ja regulaarse täiendõppe. Peamistes regionaalsetes keskustes Eestis on tööandja rahastamisel võimalik rakendada ka ööpäevaringselt kokkupuutejuhtumi järgset HIVi profülaktikat (Eesti Infektsionistide Selts 2003).

Süstivate narkomaanide ja prostitutsiooni kaasatute seksuaalpartnerite ohurühmaga on tegeldud ainult kaudselt, sihtrühmade endi kaudu ning läbi üldise HIV/AIDS alase teavitustöö. Sugulisel teel levivaid haigusi põdevate inimestega tegelevad erinevad spetsialistid, olenevalt tervishoiuasutusest, kus haigus avastati või kus seda ravitakse. Ülevaade sealsest teenuse kvaliteedist puudub, kuid ellu viidava HIVi ennetustöö kvaliteeti saaks kindlasti parandada vastava personali täiendõppega (Donoghoe jt 2002).

### 3.3.7. Vabatahtliku nõustamise ja testimise teenus (VNT)

Esimesed AIDSi anonüümsed kabinetid avati 1987. a Tallinnas ja 1988. a Tartus. Peale HIV/AIDS-i jt sugulisel teel levivate haiguste alase nõustamise pakuti kabinetides HIVi ja süüfilise testimist ja testieelset ja -järgset nõustamist. Üheksakümnendate teises pooles suurenes kabinetide külastajate seas narkomaanide osakaal ning lisandus testimine B- ja C-hepatiidile. Samal perioodil avati anonüümne kabinet ka Ida-Virumaal, Narvas. Lisaks nõustamistele viisid kabinetide töötajad oma piirkonnas läbi HIV/AIDSi ja seksuaalkasvatuse alaseid loenguid peamiselt noortele.

## HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Kontsentreeritud epideemia algusperioodil loodi kabinetid ka Purusse ja Pärnusse. Kuna kabinetide külastajate ja testitavate arv tõusis märkimisväärselt, lõpetati rahalistel põhjustel ohurühmadele B- ja C-hepatiidi testide tegemine.

Varasemalt nõustati testieelselt kõiki kliente kohapeal, kuid testijärgne nõustamine viidi läbi alati kohapeal ainult positiivse HIV või süüfilise testi korral. Ülejäänud juhtudel teatati vastused sageli telefoni teel. 2004. aastast toimub teenuse kvaliteedi huvides nii testieelne kui ka –järgne nõustamine AIDSi nõustamiskabinetides kohapeal. Kuna teenus on üks olulisemaid kliendi sisenemise kohti HIV/AIDSi ennetus- ja raviteenuste süsteemi, siis on määrava tähtsusega, et tema esmamulje oleks positiivne. Eriti tähtis on usalduse võitmine noorte ja ohurühmade osas (TAI 2004a).

Noorte Nõustamiskeskused tegutsevad Eestis alates 1991. a ning pakuvad kuni 25-aastastele noortele tasuta individuaalset nõustamist ja loenguid seksuaaltervisest. Tegevuse eesmärk on soovimatute raseduste ja sugulisel teel levivate haiguste esinemissageduse vähendamine noorte seas. 2002. a käivitus Eesti Haigekassa rahastusel 16 keskust hõlmav projekt „Noorte reproduktiivterviselane nõustamine ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamine 2002–2006“, mille raames pakutakse noortele võimalust end testida sugulisel teel levivatele haigustele (s.h HIV) ning saada nõustamist ja abi seksuaaltervisel alastes küsimustes. Noortesõbraliku nõustamisteenuse kättesaadavust suurendavad keskuste telefonitunnid ja noorte nõustamine internetis (EPPL).

Tulevikuperspektiivi silmas pidades oleks vaja VNT teenuse pakkumist laiendada olemasoleva tervishoiusüsteemi baasil (noorte nõustamiskeskused, naha- ja suguhaiguste kliinikud, antenataalsed kliinikud), et tagada parem teenuse kättesaadavus erinevate piirkondade elanikele. Laienemise eelduseks oleks vabatahtliku nõustamise ja testimise teenuse kirjelduse väljatöötamine ning personali välja- ja täiendõppesüsteemi loomine (TAI 2004b).

2002. a alustas tööd AIDSi Usaldustelefon. Grupp vabatahtlikke läbis vastava väljaõppe ning teenust pakuti kolmel öhtul nädalas, aga kuna puudus hea vabatahtlike motiveerimise süsteem, siis kahanes nende hulk üpris kiiresti. Reklaamitud ajal helistajate hulk oli kokkuvõttes suhteliselt madal ning aasta hiljem jätkati telefoniga tööd ainult anonüümse kabineti vastuvõtuaegadel (ETK 2003). 2004. a laiendas Tallinna Uimastiinfo telefon oma teenust HIV/AIDSi-alase nõustamisega.

### **3.3.8. Tervishoiu- ja psühhosotsiaalsed teenused HIV-positiivsetele isikutele**

Paremaks toimetulekuks ühiskonnas vajavad HIV-positiivsed inimesed nende vajadustest lähtuvaid tervishoiuteenuseid, psühhosotsiaalset ja sotsiaalmajanduslikku toetust ning inimõigustealast ja muud juriidilist abi. Toetust vajavad ka HIV-positiivsete inimeste lähedased. Iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste ning isiku vajadustest lähtuvate teenuste võrgustiku arendamisel on kasutatud juhtumikorralduslikku lähenemisviisi. Nii Eesti sotsiaalsektoris kui mujal maailmas on töös HIV-positiivsetega just see mudel ennast tõestanud kliendikeskse lähenemisviisi tõttu (TAI 2004b).

Esimene HIV-positiivsete tugigrupp loodi Eestis 1993. aastal. Algul oli tegu HIVi ja AIDSiga elavate inimeste eneseabigrupiga, kuid hiljem lisandus tegevusele ka HIV-positiivsete psühhosotsiaalne toetamine, inimõiguste eest võitlemine ning osalemine HIV/AIDSi ennetustöös. Viimastel aastatel on avatud ka päevakeskus, kust lisaks psühhosotsiaalsele toetusele ja infole on HIV-positiivsetel võimalik saada juriidilist abi. Antiretroviirusravi riiklik rahastamine üheksakümnendate lõpus sai suuresti alguse tänu ühenduse ja välisorganisatsioonide survele (ESPO). Eraldi tugigrupid on loodud HIV-positiivsetele narkomaanidele ja naistele (Convictus).

Tugigruppide tööd toetati iga-aastaselt projektipõhiselt ka riiklikest vahenditest, kuid enamalt jaolt on need tegutsenud sponsorabi ja välisfondide toel. Alates 2004. a rahastatakse enamiku tugigruppide tööd GF-i vahenditest. Kahjuks on HIV-positiivsetel juurdepääs selliste tugigruppide juurde üsna väike, kuna grupe on vähe.

2003. a hakati Tallinnas pakkuma HIV-positiivsetele riikliku programmi rahastamisel psühholoogi teenust Tallinna AIDSi nõustamiskabineti juures, kuid selline teenus vajaks oluliselt laiendamist (TAI 2004a).

Pikka aega oli väga suur probleem rahaliste vahendite puudumise tõttu HIV-positiivsetele mittekindlustatud inimestele HIV-nakkuse jälgimisega seotud uuringute teostamine. Osaliselt toetas teenuse pakkumist Tallinnas kohalik omavalitsus. Alates 2003. a teisest poolest sai vastav teenus kättesaadavaks Tallinnas ja 2004. aastast GF-i rahastamisel ka Ida-Virumaal (Donoghoe jt 2002, TAI 2004a).

Praegu on spetsiifilisel viirusevastasel ravil 77 HIV-positiivset patsienti. Kuna põhiline osa praegustest HIV-infitseeritustest Eestis nakatusid 2000. a alates, siis pole praeguseks nende seisund veel selline, mis vajaks ravi. Keskmiselt hakkab patsient viirusevastast ravi vajama 5–6 aastat peale nakatumist. Seega kerkib see probleem teravalt üles lähiaastate jooksul (2005.–2007. a), mil suureneb hüppeliselt ravivajajate hulk. Ravi kriteeriumid on välja töötatud ning kuuluvad ka edaspidi uuendamisele koos ravi põhimõtete muutumisega maailmas (Eesti Infektsionistide Selts 2003). Praegu on HI-viiruse vastane spetsiifiline ravi patsientidele tasuta ning seda on eri aegadel finantseeritud erinevatest allikatest: riigieelarvest, Eesti Haigekassa poolt ning alates 2004. aastast põhisos GF-i. HIV-positiivsete patsientide jälgimine ja vajadusel ravi toimub nakkushaiguste arsti juures.

### **3.3.9. Doonorivere, -kudede ja -elundite nakkusohutuse tagamine**

Esimene HIV-diagnostika labor Eestis avati 1987. aastal ning 1988. a oli välja kujunenud juba terve võrgustik taolisi laboreid üle kogu Eesti. Doonorivere kohustuslikku uurimist HIV-ile alustati 1987. aastal ning kaks aastat hiljem keelati ära kontrollimata vere kasutamine (AEK).

Põhja-Eesti Verekeskuse andmetel diagnoositi aastatel 1989–2000 HIV neljal doonoril. 2001. aastal registreeriti doonorite seas 11, 2002. aastal 27 ja 2003. aastal 10 HIV-nakatunut. Kõige suurem osa HIV-positiivsetest doonoritest on olnud vanuses 18–34, mis langeb kokku HIV-nakkuse riskirühmaga ja peamise doonorite sihtrühmaga (Lõhmus 2004).

Donorivere ohutuse tagamiseks on lisaks ühekordsete vahendite kasutamisele ja vere testimisele oluline ka doonorite valik. Kõik doonorid täidavad enne vere andmist küsimustiku oma tervise ja eluviiside kohta. Doonorselektiooniga tegev personal peab olema läbinud koolituse HIV-i jt ohtlike viirushaiguste ning sugulisel teel levivate haiguste nakatumise teedest, doonorite objektiivse vaatluse põhimõtetest ja HIV-testieelse nõustamise algtõdedest (Donoghoe jt 2002). Vastavasisulisi koolitusi personalile on Eesti Verekeskused korraldanud ise koostöös HIV/AIDS-i valdkonna spetsialistidega (PEV).

### **3.3.10. Stigmatiseeriva suhtumise ja diskrimineerimise vähendamine**

Ülemaailmne kogemus näitab, et just HIV/AIDSiga seotud valearusaamad ja uskumused on üheks suurimaks takistuseks HIV-i leviku ennetustöö, ravi ja tugiteenuste arendamisel ja planeerimisel ning nakkusest tulenevate negatiivsete mõjude vähendamisel. Ühelt poolt seeläbi, et nakkusega seotud stigma ja häbi takistavad avatud ja vaba diskussiooni ühiskonnas nii epideemia põhjustest kui ka võimalikest ühiskonna poolsetest vastustest. Teiselt poolt seeläbi, et HIV-positiivsetel ja

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

nende lähedastelt on ühiskonna poolt mõnes mõttes juba eos ära võetud võimalus oma inimõiguste eest seista ja seda just läbi stigmatiseeriva suhtumise nendes süü ja häbitunnet süvendades (Aggleton et al. 2002).

Antud teemaga on Eestis tegeletud alates 1990. aastate algusest. Tänuväärse töö on teinud esimesed HIV-positiivsed inimesed, kes esinesid meedias, püüdes muuta stereotüüpe nii homoseksuaalsuse, kui ka HIV-nakkuse suhtes.

Kuna HIVi epideemiline levik sai alguse Ida-Virumaalt süstivate narkomaanide sub-populatsioonist ning valdav enamik nakatunuid olid vene keelt kõneleva elanikkonna hulgast, siis sellel ajavahemikul leidis märkimisväärne osa Eesti elanikkonnast, et see probleem neid ei puuduta. Ülimalt levinud oli nn sotsiaalne märgistamine: ohustatud on „vene keelt kõnelevad süstivad narkomaanid”, „prostituudid” jne. Taolised arusaamad raskendavad oluliselt efektiivset ennetustööd.

Riskikontingendiga oma töös igapäevaselt kokku puutuvad töötajad (AIDSi nõustamiskabinetide personal, infektsionistid jne) on aastate jooksul omandanud kogemused ja oskused oma tööks. Sama ei saa kahjuks öelda näiteks enamiku tervishoiu ja sotsiaaltöötajate kohta. Tervishoiuasutuste ja kohalike omavalitsuste töötajad vajaksid enam välja- ja täiendõpet stigmatiseeriva suhtumise vähendamiseks ohurühmadesse ja HIV-positiivsetesse. Enda kaitsmise huvides peaks inimestega igapäevatoos kokku puutuv spetsialist ja ka tavainimene lähtuma pigem sellest põhimõttest, et iga inimene võib olla nakatunud.

Stigmatiseeriva suhtumise ja diskrimineerimise vähendamise osas saavad endiselt väga suure töö ära teha HIV-positiivsed inimesed ise. Äärmiselt oluline on neid kaasata nii ennetustöösse kui ka HIV/AIDSiga seotud otsuste vastuvõtmisse.

### **3.3.11. Teavitustöö valearusaamade ja -uskumuste vähendamiseks ühiskonnas**

HIViga seotult on nii täiskasvanud elanikkonna kui ka noorte seas levinud erinevad väärarusaamad ja -uskumused ning sallimatus HIV-positiivsete vastu. Näiteks on teada, et 14–18-aastastest noortest rohkem kui pooled ei oleks nõus HIV-positiivsega ühes klassis õppima ning 19–29-aastastest Eesti noortest ei paneks 75% oma last HIV-positiivse lapsega samasse lasteaiarühma. Kõige levinumad on valearusaamad, et HIV-i on võimalik nakatuda HIV-positiivsete inimestega ühistest toidunõudest süües ning ühist tualetti kasutades (Lõhmus jt 2003). 1994. a arvas 40% täiskasvanutest, et HIVi on võimalik nakatuda ühiskasutusega esemetest ning 2002. aastaks oli nende osakaal langenud 25%-le. 16–64-aastastest küsitletutest arvasid paljud, et HIVd on võimalik saada doonorvere ülekandel ja raviasutuses süstimisel ning aastate võrdluses (1994–2002) ei ole nendes arusaamades toimunud olulisi muutusi (Lipand jt 1994, Kasmel jt 2000, 2002).

Aastate jooksul on välja töötatud hulgaliselt HIV/AIDSi alaseid infomaterjale nii erialaspetsialistidele, noortele, täiskasvanutele kui ka erinevatele ohurühmadele. Viimastel aastatel on märgatavalt kasvanud HIV/AIDSi alase informatsiooni kajastamine interneti vahendusel (ETK 2003, TAI 2004a) ja meedias üldiselt.

Esimesed HIV/AIDSi ennetuskampaaniad Eestis viidi läbi 1992. ja 1993. aastal ning need olid suunatud elanikkonna üldisele teavitamisele HI-viirusest, selle levikuteedest ja AIDSist. Üldiselt jäid need kampaaniad suhteliselt väikesemahulisteks ja pealinnakeskseteks (ANTI-AIDS). Üheksakümnendate aastate lõpul alustati “STOP AIDS” ürituste sarja läbiviimist erinevates Eesti maakonnakeskustes. Lisaks infomaterjalide jagamisele ja noortele suunatud loengutele pakuti inimestele ka võimalust end kohapeal HIVi suhtes testida (AEK).

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Peamiselt noortele suunatud süsteemsete iga-aastaste HIV/AIDSi ja narkomaania ennetuskampaaniatega alustati 2000. aastal. Enamik kampaaniatest hõlmab erinevaid meediaväljundeid, nagu välimeediapinnad, teleklipid erinevates telekanalites, plakatid koolides, flaierid jm. Lisaks korraldati üritusi ööklubides, koolides, ühistranspordis ja mujal (Future).

Igal aastal toimuvad mais, AIDSi ohvrite mälestuspäeval, ning detsembris, AIDSi vastu võitlemise päeval, erinevad HIV/AIDSi ennetuslikud üritused ja tänavatel vabatahtlike poolt info ja kondoomide jagamine (AEK, TAI 2004a).

Olulist rolli just noorte väärtushinnangute ja hoiakute kujundamisel mängib meedia. HIVi epideemilise leviku algusest on meedia roll HIV/AIDSiga seotud teemade kajastamisel oluliselt suurenenud. Viimastel aastatel on küll paranenud teemade käsitusviis, kuid murettekitav on see, et ülekaalukalt kajastatakse negatiivset informatsiooni (Riigikontroll 2002). Oluliselt suuremat rolli võiks meedia omada HIV/AIDSiga seotud teemade osas diskussiooni edendajana, tolerantsema suhtumise kujundajana ning stigmatiseerivate hoiakute vähendajana. Sellist rolli ei saa meedia kanda üksi ning siin on äärmiselt oluline valdkonna spetsialistide initsiatiiv, toetus ja abi.

Ühiskonnas tolerantsema suhtumise kujundamiseks ja levinud stigmatiseerivate hoiakute vähendamiseks vajaksid HIV-levikuteed laiemat tutvustamist integreeritult erinevate valdkondadega. Üheks selliseks oluliseks valdkonnaks on kindlasti inimõigused. Arvestades HIVi laieneva levikuga vajavad laiemat tutvustamist ka mitmed uued teemad nagu näiteks emalt-lapsele HIVi leviku ennetamine, AIDSi ravi, HIVi nakatumise oht erialatööl jm.

### 3.4. Kokkuvõte ja soovitused

Efektiiitse ennetustegevuse tagamiseks on vaja nii riiklikul kui ka kohalikul tasandil tagada HIV/AIDSi ennetamise ja raviga seotud teenuste ja vahendite ning õige informatsiooni kättesaadavus, samuti tervislikke valikuid soodustav ja turvaline elukeskkond.

Teenuste laiendamise eelduseks on, et riiklikul tasandil on välja töötatud teenuste standardid ning loodud teenuste pakkumiseks vajaliku personali välja- ja täiendõppesüsteem.

Teenuste arendamisel tuleks silmas pidada koostöövõimalusi ja integreeritud lähenemise rakendamist sidusvaldkondadega (seksuaal- ja reproduktiivtervis, uimastiennetus, tuberkuloositõrje jne).

Kohalikul tasandil tuleb parandada teenuste kättesaadavust järgmistele sihtrühmadele:

- ohurühmad – eelkõige narkomaanide nõustamise ja süstlavahetuse ning narkomaania ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse ja prostitutsiooni kaasatute HIV/AIDSi jt STLH-alase
- nõustamisteenuse kättesaadavus peamistes ohupiirkondades;
  - noored, tavaelanikkond – vabatahtliku nõustamise ja HIV-testimise teenuse pakkumise laiendamine noorte nõustamiskeskuste ja olemasoleva tervishoiusüsteemi baasil;
- HIV-positiivsed – emalt-lapsele HIV-leviku ennetamine, psühhosotsiaalne nõustamine, tugigrupid ja eneseabigrupid, HIV-nakkusega seotud tervishoiuteenused (regulaarne jälgimine, kaasuvate infektsioonide ennetamine, kvaliteetne antiretroviirusravi).

HIV/AIDSiga seotud ennetus- ja ravitöös püsivate tulemuste saavutamise eelduseks on stabiilne reaalselt vajadustest lähtuv teenuste ja tegevuste rahastamine. Juba praegu on oluline hakata eelarveliselt planeerima seda, kuidas tagatakse peale GF-i rahastamise lõppu vajalike ennetus- ja tervishoiuteenuste pakkumine sihtrühmadele.

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS 1994–2004

Pikaajaliste tegevuskavade väljatöötamise tuleb kaasata erinevaid HIV/AIDSi ennetustööga otsesemalt ja kaudsemalt seotud inimesi, sellisel viisil on võimalik tugevdada professionaalselt töötavat informaalset suhtlusringi ja formaalset struktuuri ning integreerida omavahel erinevaid huviseid.

Kvaliteetselt kogutud andmed on suureks abiks õigete otsuste tegemisel riiklikul tasandil, selleks oleks vaja arendada nii epidemioloogilise kui ka käitumusliku seire süsteemi ning tehtud töö efektiivsust süstemaatiliselt hinnata.

Hädavajalik oleks inimeseõpetuse aines seksuaal- ja reproduktiivtervise ning HIV/AIDSi ennetamise ja sotsiaalsete toimetulekuoskuste osatähtsuse suurendamine ning kvaliteedi ühtlustamine ja parandamine. Seda aitab tagada inimeseõpetuse õpetaja kutsestandardi väljatöötamine, õpetajate välja- ja täiendõppesüsteemi ühtlustamine ning seksuaal- ja reproduktiivtervise ning HIV/AIDSi ennetamise alase õpetajaraamatu väljatöötamine

Efektiivseks võimaluseks noorte tervistsäästva käitumise kujundamisel ja HIV/AIDSi ennetustöös on nn noored noortele-koolitus. Tagamaks head kvaliteeti ja üle-Eestilist hõlmatust, tuleb luua erinevate teenust pakkuvate organisatsioonide koostöös üleriigiline „Noored noortele“ seksuaalkasvatuse võrgustik.

Kujundamiseks ühiskonnas tolerantsemat suhtumist ja vähendamaks stigmatiseerivaid hoiakuid HIV-temaatikaga seotult, vajaks HIV-problemaatika laiemat tutvustamist integreeritult erinevate valdkondadega (näiteks inimõigused). Meedia roll koostöös valdkonna spetsialistidega võiks siin oluliselt suurem olla. Neis vähestes riikides maailmas, kus on suudetud HIVi levikut piirata, on edu peamiseks võtmeks olnud koostöö ja riiklikult probleemi tõsiduse teadvustamine. Eestis on mõlemas vallas veel palju arenguruumi.

## **Kirjandus**

*Aggleton, P.; Parker, R (2002) UNAIDS World AIDS Campaign 2002–2003. A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination. UNAIDS*

*Beck, E. J.; Miners, A. H; Tolley K. (2001) The Cost of HIV Treatment and Care, A global Review. Pharmacoeconomics no 19 (1), lk 13-39*

*Donoghoe, M.; Khotenashvili, L.; Laukamm-Josten, U.; et al (2002). Report on the Mission to Evaluate Estonia's HIV/AIDS Programme 16–19 December 2002. WHO/EURO STI/HIV/AIDS*

*Eesti Infektsionistide Selts (2003) HIV-infektsiooni diagnostika ja ravi 2003. Lege Artis, Tallinn, 2003*

*Eesti Tervisekasvatuse Keskus (ETK) (2003) HIV/AIDSi ennetamise riikliku programmi aastateks 2002–2006 aruanne 2002. aastal  
www.tai.ee*

*Ida-Viru Maavalitsus (2003). Emalt-lapsele HIV-leviku ennetamine Ida-Viru maakonnas. Käsikirjaline projekt.*

*Justiitsministri 17. juuli 2002. a määrus nr 42 (2002) „HIV/AIDSi ennetamise tegevuskava Justiitsministeeriumi valitsemisala asutustele 2002.–2006. aastaks” kinnitamine. Justiitsministeerium.  
www.just.ee*

*Kalikova, N. (2000) Narkomaania ja lapsed. – Lapsed Eestis, ÜRO, Tallinn*

# HIV/AIDSi ENNETUSTE GEVUS EESTIS

## 1994–2004

- Kalikova, N.; Melesko, L.; Vessin, T.; Kalikov, J. (2000) HIV ja sugulisel teel levivate nakkuste ennetamine prostituutide seas. Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu (STLIEÜ) II konverents. Tallinn, lk 13–14
- Kasmel, A.; Lipand, A.; Markina, A. jt (2000) Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring. Eesti Tervisekasvatuse Keskus
- Kasmel, A.; Lipand, A.; Markina, A. (2002) Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring. Eesti Tervisekasvatuse Keskus
- Kruuda, R.; Jesse, M.; Viik, K. (2004) HIV/AIDSi Ennetustegevuse hindamine 2004. Poliitikauuringute Keskus Praxis
- Kull, M. (2002) . Seksuaalkasvatus ja HIV/AIDSi temaatika käsitlemine koolides: probleemid ja võimalikud lahendused. Eesti Tervisekasvatuse Keskus
- Lipand, A.; Kasmel, A.; Markina, A. jt (1994) Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring. Soome Rahvatervise Instituut
- Lõhmus, L. (2002). Ülevaade olemasolevast seiresüsteemist ning HIV/AIDSi valdkonnaga seotud uurimustest. Eesti Tervisekasvatuse Keskus (avaldamata)
- Lõhmus, L.; Harro, M.; Trummal, A. (2003) HIV/AIDSi temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tervise Arengu Instituut
- Lõhmus, L. (2003) HIV/AIDS-i statistika 1988.–2002. aastatel. Tervise Arengu Instituut (avaldamata)
- Lõhmus, L. (2004) HIV/AIDS-i statistika 2003. aasta. Tervise Arengu Instituut (avaldamata)
- Lõhmus, L.; Trummal, A. (2004) Süstlavahetuspunktide küllastajate riskikäitumine ja teadmised HIV-i levikuteedest. Esma- ning korduvküllastajate võrdlev analüüs (avaldamata)
- Mänd, K. (2004) *The economic burden of HIV/AIDS: A literature review and research plan for the case of Estonia*. Master thesis. Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences Division of Social Medicine
- Papp, K.; Part, K.; Tõrik, S. (1999) KISS Noorsoouuring 1999. Eesti Pereplaneerimise Liit
- Poliitikauuringute Keskus Praxis (2002) HIV/AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riikliku programmi 1997-2001 hindamise aruanne
- Riigikontrolli kontrolliaruanne nr 2–5/02/80 (2002) HIV/AIDS-i ennetamise riiklikuks programmiks eraldatud raha kasutamisel esinevad riskid  
[www.riigikontroll.ee](http://www.riigikontroll.ee)
- Riigi Teataja (2002). Vabariigi Valitsuse 16. jaanuari 2002. a korraldus nr 33-k (2002) Riikliku tervishoiu programmi „HIV/AIDSi ennetamise riiklik programm aastateks 2002–2006“ kinnitamine. Riigi Teataja (VVk RTL 2002, 13, 173)
- Tallinna Linnavolikogu 20. veebruari 2003. a määrus nr 16 (2003). Uimastite ja HIV/AIDSi leviku ennetamise tegevuskava Tallinnas aastateks 2003–2007. Tallinna Õigusaktide Register  
<http://tallinn.andmevara.ee/oa/page.Tavakasutaja?c=1.1.1.1&id=91729>
- Tervise Arengu Instituut (TAI) (2004a) HIV/AIDSi ennetamise programmi 2003. aasta aruanne  
[www.tai.ee](http://www.tai.ee)

# HIV / AIDSi ENNETUSTEGEVUS EESTIS 1994 – 2004

*Tervise Arengu Instituut (2004b) HIV/AIDSi ennetamise riikliku programmi 2004. aasta tegevuskava*  
[www.tai.ee](http://www.tai.ee)

*Tervise Arengu Instituut (2004c) Teenuse kirjeldus: süstivate narkomaanide nõustamine ja süstalde ning nõelte vahetus (avaldamata)*

*Tervisekaitseinspeksiooni AIDSi Ennetuskeskus (TKI AEK) (2002) AIDSi Ennetuskeskuse tegevuskava täitmine 2001. a (avaldamata)*

*Voigtländer, S.; Abel, K. (2004) External evaluation of System-Wide Cooperation and Capacity Building within the Framework of the Estonia HIV/AIDS Prevention System (avaldamata)*

## **Koduleheküljed**

*AEK. MTÜ AIDSi Ennetuskeskus — [www.aids.ee](http://www.aids.ee)*

*EPPL. Eesti Pereplaneerimise Liit — [www.amor.ee](http://www.amor.ee)*

*ESPO. Eesti Positiivsete Ühing ESPO — [www.espo.ee](http://www.espo.ee)*

*Future. MTÜ Future — [www.futures.ee](http://www.futures.ee)*

*Convictus. MTÜ Convictus Eesti — [www.convictus.ee](http://www.convictus.ee)*

*Gayliit. MTÜ Eesti Gayliit — [www.gay.ee](http://www.gay.ee)*

*ANTI-AIDS. MTÜ Eesti Assotsiatsioon ANTI-AIDS — [www.hot.ee/antiaids](http://www.hot.ee/antiaids)*

*Sotsiaalministeerium — [www.sm.ee](http://www.sm.ee)*

*TAI. Tervise Arengu Instituut — [www.tai.ee](http://www.tai.ee)*

*TKI. Tervisekaitseinspeksioon — [www.tervisekaitse.ee](http://www.tervisekaitse.ee)*

*PEV. Põhja-Eesti Verekeskus — [www.verekeskus.ee](http://www.verekeskus.ee)*

*EUROHIV. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS — [www.eurohiv.org](http://www.eurohiv.org)*

*UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS — [www.unaids.org](http://www.unaids.org)*

## **Asutused**

*HIV Referentslabor. AS Lääne-Tallinna Keskaigla Merimetsa Nakkuskeskuse HIV-infektsiooni Referentslabor*

*Tuberkuloosiregister. Eesti Riiklik Tuberkuloosiregister*

## 4. SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

---

*Tiina Raitviir*

*Helve Kase*

### 4.1. Sissejuhatus ja arengulugu

Naiste ja meeste võrdne kohtlemine on üks põhiline inimõigus ning selle printsiibi rakendamise aste näitab riigi heaolu taset nii majanduslikus kui ka sotsiaalses mõttes.

Sooline võrdõiguslikkus ehk naiste ja meeste võrdõiguslikkus toetub inimõiguste põhiprintsiibile, et kõik inimesed, mehed ja naised, on vabad arendama oma võimeid ning tegema valikuid stereotüüpsetest soorollidest ning eelarvamustest seatud piiranguteta. Mõiste sooline võrdõiguslikkus tähistab niisugust ühiskonna seisundit, kus nii naised kui mehed kasutavad võrdselt oma õigusi, jagavad võrdselt kohustusi ja kannavad võrdselt vastutust ning selleks on loodud võrdsed võimalused.

#### 4.1.1. Arengud aastail 1989–1993

Kui 1989. a peetud Eesti naiste konverentsil tõstatati küsimus naiste ja meeste võrdsete õiguste sätestamisest seadusega, s.t sihipärase poliitika ellurakendamisest soolise võrdõiguslikkuse saavutamiseks, kohtas see eelkõige vastuseisu naiste endi poolt. Läänemaailmas 1960. aastatest alanud liikumistest naiste õiguste tagamiseks, samuti inimõiguste käsitlemise arengust oli Eesti poolsada aastat eemal olnud. Eeskujuks võeti eelmise iseseisvusperioodi patriarhaalne ühiskonnamudel, kus mehed on peamised leivateenijad ja naised koduperenaised. Kuni aastani 1993 valitsesid Eesti ühiskonnas, poliitikaringkondades ja meedias eriti konservatiivsed arusaamad soorollidest, naiste ja meeste kohustustest. Suurelt osalt on need elujõulised tänapäevalgi.

Eestisse tungisid ka vastupidised soolise võrdõiguslikkuse tendentsid. Need olid seotud lääneliku õigusloomeprotsessiga – Eesti taasühines pea kõikide rahvusvaheliste inimõigustealaste konventsioonidega. Nt ühinemisel 1992. aastal ÜRO konventsiooniga naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta, ei mõistetud kuigi põhjalikult ja laialdaselt neid juriidiliselt siduvaid sätteid, mida see leping sisaldas. Inimõiguste ja üksikisiku õiguste teema polnud riigisiselt veel aktuaalne, seda seostati pigem vähemusgruppide kodanikuõiguste küsimustega. Sugupoolte võrdsuse põhimõtte olemus ja eesmärk jäid võõraks nii juristidele, ametnikele kui tavainimestele.

#### 4.1.2. Arengud aastail 1994–1998

1994. a osales 100-liikmeline naisdelegatsioon Põhjamaade naiste foorumil. 1995. a osales Eesti riiklik delegatsioon esimest korda ÜRO neljandal naiste maailmakonverentsil Pekingis. Konverentsile esitatava Eesti aruande ettevalmistamise käigus saadi esmakordselt ülevaade sellest, kui suur on nende kriitiliste valdkondade hulk, kus sooline ebavõrdsus probleemina tõstatub (Eesti naised... 1995).

Pekingi maailmakonverentsil vastuvõetud tegevuskava muutus suundaandvaks kõigile ÜRO liikmesriikide valitsustele aastaiks 1995–2000. Pekingi konverentsil võetud otsused said aluseks Eesti prioriteetide määramisel. Konverentsijärgselt otsustati:

- luua ja tugevdada riiklikke struktuure, mis suunaks võrdõiguslikkuse põhimõtte integreerimist kõigisse valdkondadesse;
- analüüsida Eesti seadusandluse vastavust rahvusvaheliste naiste ja meeste võrdse kohtlemise standarditega;

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

- koondada ja teha kättesaadavaks sootundlik statistika;
- parandada naiste olukorda tööturul ja suurendada nende osalust otsuste vastuvõtmisel.

1996. a loodi esimese riikliku struktuurina Eestis soolise võrdõiguslikkuse büroo (alates 2004 võrdõiguslikkuse osakond), mis ÜRO Arenguprogrammi, Euroopa Nõukogu ja Põhjamaade Ministrite Nõukogu toetusel hakkas ellu viima projekte vajalike andmete kogumiseks, õigusaktide analüüsimiseks, naisorganisatsioonide ja elanikkonna teavitamiseks. Aasta varem loodi Tartu Ülikooli sugu-poleuuringute üksus, veidi hiljem Tallinna Pedagoogikaülikooli Naisuuringute Keskus ja 1997. a Eesti Naisuurimus- ja Teabekeskus (ENUT).

Hakkasid kujunema ka püsivamad sidemed Eesti ja teiste riikide, eelkõige Põhjamaade naisorganisatsioonide vahel, loodi Balti- ja Põhjamaade soolise võrdõiguslikkuse töögrupp, kuhu kuulusid valdkonna arendamise eest vastutavad riigiametnikud. See oli suhtumise muutumise periood. Tänu rahvusvahelisele toetusele, seminaridele ja muudele koolitustele tõusis sooline võrdõiguslikkus üha sagedamini inimeste huviorbiiti, kutsudes esile palju vastandlikke arvamusi.

### 4.1.3. Arengud aastail 1999–2004

Aastail 1999–2004 hakati looma nii seaduslikku raamistikku kui teadmuskogumit soolise võrdõiguslikkuse edendamiseks. Seoses Eesti otsusega astuda Euroopa Liitu muutus aktuaalseks Eesti õiguse harmoneerimine Euroopa Liidu õigusega. Kandidaatriigina hakkasid Eesti ametnikud ja valitsusväliste organisatsioonide esindajad osalema Euroopa liikmesriikides ja Euroopa Komisjoni poolt korraldatud seminaridel ja konverentsidel.

Ilmusid esimesed naiste ja meeste olukorda peegeldavad statistikakogumikud (Naised ja mehed... 2001) ning esimesed artiklikogumikud, milles analüüsiti soolise ebavõrdsuse ilminguid (Jagatud õigused... 1999; Teel tasakaalustatud... 2000). Suhteliselt hästi läksid käima akadeemilised naisuuringud – valdkond oli uudne ja huvitav eelkõige erinevate kõrgkoolide õppejõududele ja üliõpilastele. 2000. a asutati regulaarselt ilmuv akadeemiline nais- ja meesuuringute ajakiri Ariadne Lõng.

Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (ILO) toetusel käivitati Valga maakonnas programm „Rohkem ja paremaid töökohti naistele“, mille käigus mitte ainult ei toetatud naisettevõtluse edendamist, vaid koolitati kohalike omavalitsuste töötajaid reageerima soolisele ebavõrdsusele.

2001. a vägivallauuring andis pildi paarisuhtevägivalla levikust Eestis ja näitas, kuidas sellesse suhtuvad ohvrid, juristid, kohtunikud, politsei, sotsiaaltöötajad jt. Naistevastasesse vägivalda suhtuti kui normaalsesse nähtusse ja kiputi süüdistama peamiselt naisi (Vaikijate hääled... 2001). 2003. a viidi läbi esimene monitooring mõõtmaks Eesti ühiskonnas kehtivaid hoiakuid ja eelarvamusi naiste ja meeste suhtes (Petta, Proos 2003).

Eesti Naisuurimus- ja Teabekeskuse (ENUT) ja Tallinna Pedagoogikaülikooli koostöös avati TPÜ sotsioloogia osakonnas 2003/2004 õppeaastal 15-ainepunktiline soouuringute lisaeriala, mida võivad õppida kõikide Eesti kõrgkoolide üliõpilased.

Nimetatud perioodil toimus rida rahvusvahelisi konverentse ja seminare, millest Eesti naisorganisatsioonide esindajad aktiivselt osa võtsid, sh Kolmas Läänemeremaade naiste konverents 2003. a kevadel Tallinnas.

2004. a ühines Eesti Euroopa Liidu soolise võrdõiguslikkuse edendamise raamprogrammiga ja käivitus Phare partnerlusprojekt riigiametnike koolitamiseks soolise aspekti integreerimiseks programmidesse, projektidesse, tegevuskavadesse.

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

Selle perioodi tähtsaimad soolist võrdõiguslikkust edendavad sündmused on soolise võrdõiguslikkuse seaduse (RT I 2004, 27) vastuvõtmine Riigikogus 7. 04. 2004 ja ühinemine Euroopa Liiduga 1. 05. 2004.

### 4.2. Õiguslik ja administratiivne areng

Euroopa Ühenduse asutamislepingus on selgesõnaliselt määratletud kõikide liikmesriikide ühine eesmärk: vähendada soolist ebavõrdsust, edendada võrdõiguslikkust ning arvestada naiste ja meeste erinevat staatust, olukorda, huve ja vajadusi kõigi teiste poliitikate väljatöötamisel ja elluviimisel. Euroopa Liit seab eesmärgiks, et kõik liikmesriigid lähtuksid oma mis tahes tegevuses võrdõiguslikkuse printsiibist. Tööturul naistele ja meestele võrdsete võimaluste tagamine on Euroopa Liidu tööturupoliitika põhisambaid ning kuulub struktuurifondide peamiste sihtide hulka.

Kuigi Eesti Vabariigi põhiseaduses on sõnaselgelt keelatud diskrimineerimine muuhulgas ka soolisel alusel, puudus kuni 2004. aastani soolise diskrimineerimise mõiste juriidiline käsitlus e legaaldefiniitsioon, samuti kohustus soolist võrdõiguslikkust edendada ja ebavõrdsust vähendada. Lõpuks need sätestati soolise võrdõiguslikkuse seaduses (RT I 2004, 27). Vabariigi Valitsuse otsusest selline seadus luua seaduse vastuvõtmiseni Riigikogus (2004) kulus neli aastat. Kogu selle perioodi kestel olid eelnõu ja sellega seotud teemad avalikkuse tähelepanu all. Ootuspäraselt ei pooldanud naiste ja meeste võrdse kohtlemise nõude kehtestamist tööandjad ja parempoolsed erakonnad. Avalikkus aga üritas käsitleda inimõiguste põhiprintsiipi äärmiselt kitsalt – suhetena konkreetsete meeste-naiste vahel. Meedia poolt tõstatati küsimus seaduse vajalikkusest, mis niikuinii midagi ei muutvat.

Kogu seadusloomeprotsess, eriti eelnõu mitmed lugemised Riigikogus andsid tõuke naisorganisatsioonide aktiveerumisele ja koostevõrde ning teadlikkuse tõstmisele.

Õigused on, kuid võimalusi nende rakendamiseks pole piisavalt. Põhiseaduslikud diskrimineerimiskeelud ja võrdsed õigused de jure on hädavajalikud, kuid mitte piisavad vahendid naiste ja meeste võrdsuse tagamisel. Vajalikud eeldused on alles siis loodud, kui naistel lisaks õigustele on reaalsed võimalused ühiskondlikust elust osa võtta. Eestis tähendab see soolise võrdõiguslikkuse seaduse reaalselt elluviimist, riigi haldussuutlikkuse parandamist ja ettenähtud institutsioonide loomist.

Sooliselt neutraalne pole ükski Eesti seadus, eriti aga need, mis tööga seotud. Enamik sündimata või sündinud laste kaitseks mõeldud norme – õigused puhkusele, toitmisvaheaegadele, lapsehoolduspuhkusele jne asetavad noored naised tööturul ebasoodsasse olukorda. Ühiskonnas pole aga veel käivitunud diskussioon vanemate võrdsest vastutusest laste eest hoolitsemisel.

Visalt püsib ettekujutus sellest, et kõik laste ja perega seonduv on naiste vastutada. Iseloomulikuks on näiteks vanemahüvitise seadus (RT I 2003, 82), mis tekitas ühiskonnas palju vaidlusi nii sotsiaalse õigluse kui soorollide üle.

2000. a muudetud Vabariigi Valitsuse seaduse kohaselt on soolise võrdõiguslikkuse edendamine ja sellealase tegevuse koordineerimine Eestis sotsiaalministeeriumi ülesanne. Suurel määral tegeles see ministeerium sellega ka varem. Sotsiaalministeeriumi võrdõiguslikkuse osakond (vt eespool) töötab välja poliitika, strateegiad ja meetmed soolise ebavõrdsuse vähendamiseks ning võrdõiguslikkuse edendamiseks kõigis eluvaldkondades. Osakond hindab Eesti seadusandluse vastavust rahvusvahelistele nõuetele ja lepetele, analüüsib naiste ja meeste staatust ja olukorda ning nõustab erialaspetsialiste. Sotsiaalministeerium töötab välja ka juhendeid ja meetodeid, mis võimaldavad hinnata mõju, mida avaldab üks või teine programm, meede või projekt naistele ja meestele.

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

2003. a moodustati ministeeriumidevaheline soolise võrdõiguslikkuse edendamise komisjon. Käesoleval ajal töötab see komisjon välja riiklikku soolise võrdõiguslikkuse arengukava aastani 2008.

Soolise võrdõiguslikkuse seadus (RT I 2004, 27) näeb ette uute institutsioonide asutamise. Need on soolise võrdõiguslikkuse volinik, sõltumatu ja erapooletu asjatundja, kes jälgib nõuete täitmist, ja soolise võrdõiguslikkuse nõukogu – sotsiaalministeeriumi juures asuv nõuandev kogu. Sotsiaalministeerium nõustab, analüüsib ja avaldab aruandeid nõuete kohta. Vaidluste lahendamine pannakse õiguskantslerile ja kohtule. Seadus paneb vastutuse soolise võrdõiguslikkuse edendamises riigi ja kohaliku omavalitsuse asutustele ning tööandjale. Selle seaduse järgi laieneb sootemaatikaga tegelev asutuste ja organisatsioonide ring märgatavalt.

Eestis on peamised seadusandlikud ja administratiiv-organisatsioonilised võimalused naiste ja meeste võrdõiguslikkuse edendamiseks loodud või loomisel. Raskusi võib tekkida seaduste elluviimisel, ning seda ametnike vähesuse kogemuse tõttu, kuid suurem takistus on ühiskonna ignorantsus või negatiivne suhtumine soolise võrdõiguslikkuse küsimustesse.

### 4.3. Naised ja võim

Sooline võrdõiguslikkus saab alguse juhtimisest poliitikas, ja poliitika algab erakondadest. Kes juhib ja otsustab, selle sõna maksab.

Suur on kontrast erakonna lihtliikmete ja erakonnasiseste juhtide soolises koosseisus. 1. 01. 2002 seisuga oli Riigikogusse pääsenud erakondade liikmeist keskmiselt 48% naisi. Parempoolsemates erakondades oli naisi vähem kui vasakpoolsemates, erakondade noorliikmete seas rohkem kui erakondades keskmiselt. Naiste ja meeste esindatuse proportsioonid ei kajastu aga erakonnasiseses hierarhias – Eesti kõigi erakondade juhatustes oli naisi keskmiselt 16%; kokku 19 erakonnast nelja juhatuses polnud ühtegi naist ja viie juhatuses oli ainult üks naine (4. 3. 2002. a andmed, vt Raitviir 2002). Ka regionaalsete osakondade ja ühenduste juhtidena tegutseb vähe naisi. Eestis pole käesoleval ajal ühtki erakonda, mille liider oleks naine. Kuna naisi on erakondade juhtkondades vähe, siis on selge, et oluliste otsuste tegemisel, sh valimisnimekirjade koostamisel, on naiste kaasaraäkimise võimalused ainuüksi nende vähesuse tõttu piiratud. Mõni partei on siiski kutsunud naisi üles erakonda astuma (nt Eesti Keskerakond, Mõõdukad). Kui mõnest erakonnast on rohkem naisi otsustajate sekka valitud, on see ka järgmiste selle partei naispoliitikute puhul tõenäolisem. Naiste poliitilise karjääri teadlikku ületöötamist erakonna poolt on olnud vähe.

Erakondi, mille programmis oleks sooküsimus üks võtmeküsimusi, ei ole Eestis seni veel esile kerkinud. Mõne erakonna programmis soolise võrdõiguslikkuse vajadust mainitakse. Kuid programm ja erakonna tegevus pole mitte alati kooskõlas: soolise võrdõiguslikkuse vajadust rõhutatakse just neis erakondades, mis oma poliitilises tegevuses panustavad valdavalt meestele (Eestimaa Rahvaliid ja ÜVE – Res Publica), seevastu neis, kus naisi tõepoolest tipp-poliitikasse on aidatud (nt Eesti Keskerakond), sooküsimust programmis ei puudutatagi.

Suhteliselt suurt mõju erakondadele ja nende poliitikale võivad avaldada naisorganisatsioonid ja erakondade naisteühendused. 1990. aastate I poolel kerkis esile Eesti Naisliit, mille kaudu on poliitikasse tulnud mitme erakonna juhtivad naispoliitikud. Erakondade naisteühendused korraldavad koolitusi, andes võimaluse nii enesetäienduseks kui eneseteostuseks, aitavad naistel endas naispoliitiku identiteeti leida, annavad enesekindlust, pakuvad palju uusi kontakte. Mis eriti tähtis – nad võivad soodsal juhul avaldada mõju erakonna juhatusele ja liidriale, sh valimisnimekirjade koostamisel. 2003. a moodustati poliitiliste naisorganisatsioonide katusorganisatsioon Eesti Naiste Koostöökett. Poliitilisi aktsioone võtavad vajadusel ette ka üksikud naisorganisatsioonid ning neid koondav Eesti Naisteühenduste Ümarlaud.

# SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

Kõik Riigikogusse valitud naised kuuluvad Riigikogu Naiste Ühendusse. Eelmise, IX koosseisu ajal oli selles ühistegevust rohkem ning see oli viljakam. Riigikogu naisteühendusel on suur potentsiaal nn naiste asja ajamisel. Üks kesksemaid teemasid on organiseerida naiste pääsu valitavatesse esinduskogudesse, st võimu juurde. Erakondadele saab avaldada survet, et valimisnimekirjade etteotsa pandaks piisavalt palju naisi ja muuta erakonnaseadust selliselt, et valimisnimekirjade koostamisel oleks kohustuslik rakendada sookvoote, samuti toetada valijaliikumist „Naine, vali naist“ jne.

Eesti asub naiste osakaaluga parlamendis (18,8%) maailmas 44. kohal (30. 06. 04 seisuga; Women in Parliaments...). ÜRO IV naiste maailmakongressi (1995, Peking) otsustes soovitati naisi kaasata otsuseid vastu võtvatesse kogudesse, sh parlamenti, vähemalt 30% ulatuses. Saavutada parlamendis (või ükskõik millises juhtivas organis) 30% kuni 1/3 kohti naistele tähendab jõudmist piirini, kust alates naiste hulk on piisavalt suur, et otsuseid mõjutada. Eesti Riigikogu on sellest veel kaugel, ja naiste osakaal pole kahe viimase valimisega oluliselt tõusnud (tabel 1): 1999 – 17,8%, 2003 – 18,8%. Aastatel 1992–2003, mil taasiseseisvunud Eestis on parlamenti valitud, on naiste osakaal siiski kasvanud. Samas on Riigikogusse kandideerivate naiste osakaal kandidaatide seas püsunud suhteliselt väike ega võimalda jõuda tähiseks seatud 30 protsendini (tabel 1; vt ka Raitviir 2003a). Omaette teetähiseks naiste pääsul juhtimise ja otsustamise juurde on Ene Ergma valimine riigikogu esimeheks.

<i>Tabel 1. Naiste kandideerimine ja valituks osutumine Eesti Vabariigi valimistel 1989-2004</i>							
* kohaliku omavalitsuse volikogu.							
Valimised	Aeg	kokku arv	sh naised arv	%	Mandaatide arv kokku	arv	%
N Liidu rahvasaadikud	26.03.1989	107	6	6,0	36	2	5,0
Parlamendivalimised							
Eesti Kongress	24.02–1.3.90	1200	144	12,0	508	51	10,0
Eesti Ülemnõukogu	18.03.1990	392	24	6,1	105	7	7,0
Riigikogu	20.09.1992	627	84	13,4	101	13	12,9
Riigikogu	05.03.1995	1250	219	17,5	101	12	11,9
Riigikogu	07.03.1999	1884	508	27,0	101	18	17,8
Riigikogu	02.03.2003	963	206	21,4	101	19	18,8
Euroopa Parlament	13.06.2004	95	23	24,2	6	2	33,3
Kohaliku omavalitsuse valimised							
Kohalikud nõukogud	10.12.1989	8948	1342	15,0	3513	316	9,0
KOV*	17.10.1993	8971	2535	28,3	3483	834	23,9
KOV*	20.10.1996	11 128	3674	33,0	3453	920	26,6
KOV*	17.10.1999	12 802	4562	35,6	3355	951	28,3
KOV*	20.10.2002	15 181	5727	37,7	3273	923	28,3

*Allikas: Raitviir 1996; Vabariigi Valimiskomisjon (www.e-riik/valimiskomisjon.ee/).*

Kohalike omavalitsuste (KOV) volikogu valimistel on naiskandidaatide ja volikogu liikmeks valitud naiste osakaal märksa kõrgem kui parlamenti pürgijate seas. Kahel viimasel valimisel sattus KOV volikogu liikmeks protsentuaalselt ühepalju (tabel 1). Mis puutub KOV volikogu juhtidesse, siis nende seas on naisi vähe: linnavolikogu esimeeste seas 15,4% ja vallavolikogu esimeeste hulgas 12,4% (andmed seisuga 15. 01. 2003). Siiski on tähelepanuväärne, et pealinna Tallinna linnavolikogu esimees on naine.

Märkima peab naiskandidaatide arvu kiiremat kasvu meeskandidaatide arvuga võrreldes nii parlamendi kui KOV volikogu valimistel. Naised huvituvad poliitikast üha enam, kuid neil on valitud kogudesse pääseda raskem (Raitviir 2003a).

SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE  
EDENDAMINE

*Tabel 2. Naised Eesti Vabariigi valitsuse liikmena 1990-2004*

Valitsus	Aeg	Liikmeid			Naisministrite funktsioon**
		Kokku	sh. naisi	Naiste osakaal, %	
Edgar Savisaar*	03.04.90 – 30.01.92	22	1	4,5	S
Tiit Vähi 1. valitsus*	30.01.92 – 21.10.92	21	1	4,8	S
Mart Laar 1. valitsus	21.10.92 – 08.11.94	14	3	21,4	B; E; S
Andres Tarand	08.11.94 – 17.04.95	15	1	6,7	E
Tiit Vähi 2. valitsus	17.04.95 – 06.11.95	15	2	13,3	E; S
Tiit Vähi 3. valitsus	06.11.95 – 17.03.97	17	2	11,8	S; S
Mart Siimann	17.03.97 – 25.03.99	15	2	13,3	S; S
Mart Laar 2. valitsus	25.03.99 – 28.01.02	15	2	13,3	S; S
Siim Kallas	28.01.02 – 10.04.03	14	5	35,7	B; E/I; S; S;S
Juhan Parts	alates 10.04.03	14	1	7,1	B
	alates 05.04.04	14	2	14,3	B; E
Kokku/keskmine		176	22	12,5	

*Allikad: Toomla 1999, 161-164, 192-193; Vabariigi Valitsus (www.e-riik/valitsus.ee/).*

\* Üleminekuvalitsused. Eesti Vabariigi iseseisvuse taastamine toimus 20.08.92.

\*\* Kasutatakse BEIS-tüpoloogiat, mille kohaselt ministrid jagatakse:

B — funktsiooni e alusfunktsiooni täitjad: välis-, sise-, kaitse- ja justiitsminister, mõnikord ka rahandusminister;

E — funktsiooni ehk majandusega tegelevad ministrid: majandus-, kaubandus-, tööstus- ja põllumajandusminister;

I — funktsiooni ehk infrastruktuuriga tegelevad ministrid: teede-, side-, informatsiooni- ja keskkonnaminister;

S — funktsiooni ehk sotsiaal-kultuurilist funktsiooni täitvad ministrid: sotsiaalminister (või tööturu-tervishoiu-, rahvastiku-, perekonna-, laste ja eakate minister), kultuuri- ja haridusminister.

Eesti valitsuses on naiste osakaal kõikunud, kuid keskmiselt on neid olnud 12,5% (tabel 2). Nii Eesti kui teiste riikide kogemuse kohaselt täidavad naisministrid kõige sagedamini sotsiaal-kultuurilisi funktsioone, olles rakendatud sotsiaal-, rahvastiku-, kultuuri- ja haridusministrina (tabel 2). See näitab valdkonnalist eristatust. Oleks loomulik, kui Eesti valitsuses oleks suurem sooline tasakaal ja naisi valitsusliikmete seas 30–40%. See pole võimatu, sest Siim Kallase valitsuses oli naisi 35,7%. Juhuslik tulemus, kuid paljulubav pretsedent ometi. Võrdluseks olgu märgitud, et uues Euroopa Komisjonis (Euroopa valitsuses) on naisi 32% (august 2004).

Kohalike omavalitsuste juhtimistasandil on naisi veelgi vähem kui riigi tasandil, s.t valitsuses. Linna- ja vallavanemate hulgas on naisi 10,3% ja vallavanemate hulgas 11,9% (seisuga 15. 01. 2003).

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

Eesti naisterohke ametnikkond moodustab laia aluse naiste juhikohtadele tõusuks. Väga palju naisi töötab parlamendi ja valitsuse töö tehnilise korraldamise allüksustes (istungiosakond, infosüsteemide ja asjaajamise osakond, raamatupidamine). Selles väljendub traditsiooniline töötava naise roll: olla mehe abistaja tema tähtsas töös. Naisi on tippametnike ja juhtide seas küll üle kolmandiku, kuid päris tipus töötab naisi vaevalt 1/5. Ametnikukoha täitmine naisterahvaga on Eestis igati loomulik.

Vanade demokraatiatega võrreldes on Eesti eripäraks naiskohtunike, sh kohtute naisesimeeste rohkus. Seda võib pidada postsotsialistlikuks pärandiks. Meestega on täidetud kõik põhiseaduslike ja seaduslikkuse tagamist jälgivate institutsioonide tippjuhi ametikohad, nagu õiguskantsler, peakontrolör, riigi peaprokurör ja riigikohtu esimees, riigisekretär, riigikantselei peadirektor jne.

Eestis pole kogu ajaloo vältel olnud ainsatki naispeaministrit. Seni, kuni juhtivate erakondade liidrite seas pole naisi, pole selleks ka võimalust. Ja lõpuks: siin pole olnud ühtegi naispresidenti. Naispresidendi võimalikkuse üle on korduvalt arutatud ja jõutud järeldusele, et see pole tõenäoline. Viimasel ajal, mil naaberriikides Lätis ja Soomes juba pikemat aega tegutsevad ülipopulaarsed naispresidendid, ei tundugi see mõte eestlastele enam nii võõras.

Kokkuvõtvalt tuleb märkida, et aastatel 1992–2004 on naiste osakaal seadusandliku ja täitevvõimu juures kasvanud. Siiski on neid oma huvide esindamise seisukohalt ebapiisavalt: naisi on Riigikogus alla 20%, KOV volikogudes alla 30% ja Vabariigi Valitsuses alla 15%. Viimastel parlamendi- ja kohaliku omavalitsuse volikogu valimistel kasvas naiste osakaal õige vähe või püsis koguni paigal. Paigaltammumist võib käsitleda indikaatorina, mis näitab eelkõige erakondade hoolimatust soolise võrdõiguslikkuse edendamise suhtes.

#### 4.4. Naised ja majandus

Vastavalt küsitluse andmetele, hindab 83% Eesti naistest ja 76% Eesti meestest meeste sotsiaal-majanduslikku positsiooni ühiskonnas, sõltuvalt sissetulekust ja tööalasest staatusest, kõrgemaks kui naistel (Pettai, Proos 2003). Need arvamused peegeldavad tegelikkust üsna täpselt. Elanikkonnaküsitluse „Eesti 2003“ andmetel väitis 70% meestest – ja seda olenemata elukohast –, et nende keskmine sissetulek on kas oluliselt või mõnevõrra suurem kui abikaasa või elukaaslase oma (Hansson 2004a).

Eesti tööealised mehed ja naised on tööalaselt üsna hõivatud, mehed küll pisut rohkem. Naiste osatähtsus tööjõus on 48%. Eesti naistest on majanduslikult aktiivsed u 52%. Eesti naiste tööhõive on teiste riikidega võrreldes üsna suur ja nende võimalused majanduslikult iseseisvaks eluks olemas. Töötuse erinevus on meestel ja naistel väike, kuid meeste pisut suurem töötus on püsiv.

Üldiselt on Eestis tegemist palgatöötajate ühiskonnaga, kus palk moodustab peamise osa sissetulekust. Naiste töötasu moodustas meeste töötasust 1992. a 80%, 1995. a 73,3%, 2000. a 75,4% (Eesti inimarengu... 2002) ja 2001. a 75,7% (Tunnipalk 2001). Erinevused meeste ja naiste palgas püsivad. Mehed ja naised ei saa võrdse või võrdväärse töö eest võrdset palka. Naiste keskmiselt madalam palk viib ka nende madalamate pensioniteni, niisiis on naistel kogu elukaare vältel madalam sissetulek.

Mehe ja naise palga erinevused kanduvad edasi perekonda/leibkonda. Eesti Statistikaamet peab arvestust leibkondade lõikes. Naisleibkonnapea leibkonnaliikme keskmine palgasissetulek moodus-tas meesleibkonnapea leibkonnaliikme keskmisest palgasissetulekust 1997. a 68,1% ja 2003. a 73,4%, kogusissetulekust aga vastavalt 86,3% ja 88,6% (arvutatud Eesti Statistika aastaraamatu (2004) järgi).

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

Palgavahede põhjused võib jagada kolmeks (Mänd 2003). Esiteks töötavad sageli naised ja mehed erinevates sektorites ja naiste ülekaaluga sektorite elukutsed on madalamalt tasustatud ja ka väärtustatud, näiteks õed, õpetajad ja müüjad. Teiseks on naistel raskem oma töökohal tippu jõuda. Mehi edutatakse kiiremini ja kõrgemale ning seoses sellega ka tasustatakse paremini. Kolmas tegur on puhas diskrimineerimine – naised saavad sageli madalamat palka ka siis, kui muud näitajad on meeskolleegide omadega täiesti võrdsed (nt positsioon, haridus ja kvalifikatsioon). Põhjuseks peale traditsiooni naisele vähem maksta võib siin pidada tööandjate eelarvamusi, mille kohaselt naised üldse – ja väikelastega naised eriti – võivad vähem pühendunud olla, meestel aga lasub kohustus peret ülal pidada jne. Aastal 2004 Eestis läbi viidud uuring näitas, et vaid üks kolmandik meeste ja naiste vahelisest palkade erinevusest on seletatav erinevate tunnustega nagu erinevad ametid, sektorid, haridustase, tööstaaz jne, ülejäänud palgavahe aga ei ole selliste tunnustega põhjendatav (Rõõm ja Kallaste 2004).

Naiste ja meeste ametialases rakendatuses ilmneb selge eristus. Eesti tööjõu-uuringute kohaselt on naiste osakaal seadusandjate, tippametnike ja juhtivtöötajate seas kõikunud 30–40 protsendi vahemikus ja trend on langev, mis on eriti kahetsusväärne. Kindlasti saab sellist olukorda käsitleda naiste alaesindatusena, mille ületamiseks võib ja tulebki rakendada erimeetmeid. Samas on naised selges ülekaalus tippspetsialistide, keskastme spetsialistide ja ametnike seas, kus osakaal on kõikunud 70–90 protsendi vahel. Vähe töötab naisi oskus- ja käsitöölisena, kuid keskmisest rohkem lihttöölisena. Aastail 1991–2000 soolane eristus ametialade lõikes pisut kõikus, kuid peamised disproportsioonid säilisid (Vöormann 2000; vt ka tabel 3).

*Tabel 3. Naiste osakaal töötajaskonnas ja naiste tunnipalk (%) meeste tunnipalgast ametialade järgi*

	15-69aastaste naiste osakaal (%) töötajaskonnas ametialade järgi			Naiste tunnipalk (%) meeste tunnipalgast
	1991*	1995*	2000**	Okt. 2001**
Seadusandjad, tippametnikud ja juhtivtöötajad	39	36	37	83,5
Tippspetsialistid	65	61	70	74,3
Tehnikud ja keskastme spetsialistid	75	71	65	69,6
Ametnikud	90	86	76	74,3
Teenindajad, kaupluse- ja turumüüjad	82	76	75	73,0
Põllu- ja metsamajanduse ning kalanduse oskustöölised	60	48	40	91,6
Oskus- ja käsitöölised	25	20	17	78,0
Seadmete ja masinate operaatorid ning koostajad	14	20	25	84,8
Lihttöölised	63	55	60	71,6
<b>Kokku:</b>				<b>75,7</b>

*Allikad: \*tsit. Vöormann 2000: 50 järgi. \*\*Women and Men.... 2002: 48. \*\*\*Tunnipalk 2001:*

Naiste valdavam töötamine tertsiaarsektoris, s.o teeninduses ja keerukamat laadi töötlevas tööstuses (nt elektroonikatööstus), kõrghariduses ja teaduses, meestööjõu ülekaal primaar- ja sekundaarsektoris, s.o põllumajanduses, metsanduses, hankivas ja töötlevas tööstuses, viitab asjaolule, et naised võtavad juba laialdaselt osa Eesti majandusarengu moderniseerimisest. Tertsiaarsektoris on meeste osakaal küll kasvanud, kuid naiste osakaalu kasv on olnud pisut suurem, mis näitab, et ka selles osas on meeste ja naiste vaheline disproportsioon jäänud samaks või isegi pisut suurenenud (vt tabel 4).

# SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

*Tabel 4. Hõivatud soo ja majandussektori järgi 1995, 2000 ja 2003. a, %*

Majandussektor	1995		2000		2003	
	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed
Primaarsektor	7,7	10,2	4,6	7,2	3,8	6,2
Sekundaarsektor	26,5	34,2	23,9	33,3	22,8	32,5
Tertsiaarsektor	65,7	55,6	71,5	59,5	73,4	61,4

*Allikas: Eesti Statistika... 2004: 202.*

Mehed on ettevõtluses olnud märksa agaramad kui naised. Erinevatel andmetel on naiste hulgas ettevõtjaid 2–5%, meeste seas 8–10%. Soolisele erinevusele ettevõtete rajamises ja juhtimises otsitakse seletust psühholoogiast – meestel on rohkem eneseusku, nad on enesekindlamad ja riskialtimad (Vöörmann 2000). Kuid ei maksa unustada erinevusi ressurssides: meestel on ettevõtte loomiseks ja laiendamiseks rohkem kapitali ja neil on kergem laenu saada. Erinevused tekkisid juba nõukogude korra lagunedes, kui valdavalt meestest koosnevad juhtkonnad ettevõtted privatiseerisid. Uurimus näitas ka, et kui ettevõtte omanike seas on nii naisi kui mehi, siis meeste omandiosa on reeglina suurem või palju suurem (Raitviir 2003b).

Ettevõtluse alal on naistegevjuhte meestegevjuhtidega võrreldes väga vähe. Eesti edukamate ettevõtete loetelus oli neid 2001. a 4–6%, maakondade firmades 5–10%, väikestes firmades u 11% ja mitmesugustes ettevõtlusvaldkonna firmades keskmiselt 14% (Raitviir 2003b). Naisjuhte on palju sagedamini neis firmades, millel on ainult naisomanikud või kus omanike seas on naisi. Enamasti on peamine naisomanik firmajuht ise. Meesomanikega firmades naisjuhte peaaegu ei ole. Analüüsist selgus ka, et ettevõtlusvaldkonnad on sooliselt tugevasti eristatud. Audiitor-, turismi-, koolitus-, rõivatööstus-, toitlustus-, majutus- ja kirjastusfirmade juhtidest pool kuni viiendik on naised, samas pole neid üldse või leidub väga vähe saematerjalitootmis-, ehitus-, ehitusmaterjalitootmis-, sõidukimüügi-, autotranspordi ja ekspedeerimisfirmades. Naistegevjuhiga firmad on väiksemad ja vähem edukamad kui meeste juhitud firmad (Raitviir 2003b). Selgitamaks, miks see nii on, tuleb teha uusi uuringuid.

Tõusev trend soolise võrdõiguslikkuse edendamises on riigi ja kohalike omavalitsuste eelarvete analüüs, kus vaadatakse, kuidas eelarve tulud ja kulud mõjuvad erinevatele sotsiaalsetele gruppidele, sh meestele ja naistele, ning kas need suurendavad või vähendavad nende vahelist majanduslikku ebavõrdsust (Mänd 2003). Näiteks võib kohaliku transpordi kujundamine mõjutada naisi ja mehi erinevalt, sõltuvalt sellest, kas üks grupp kasutab suuremal määral isiklikku või firmaautot ja teine bussi ja rongi; koolilaste spordi arendamisel võidakse rohkem kulutada poiste spordile (jalgpalliväljak, treenerid, varustus), vähem aga tüdrukute omale (aeroobika kooli koridoris). Peale raha, mis eelarvest tuleb, lähevad ressurssidena arvesse ka ruumid ja inimesed.

#### 4.5. Töö ja pereelu ühitamine

Eluväärtuste uurimine on viinud järeldusele, et meeste ja naiste antud hinnangud kutsetööle on võrdselt kõrged ja pole ajavahemikus 1993–2003 oluliselt muutunud (Heinla 2004). Tänapäeva Eesti naisele on kutsetöö sama tähtis kui mehele ja mitte sugugi ainult palga, vaid ka eneseteostuse pärast ja kodurutiinist välja saamiseks. Nende inimeste arv, kes sooviksid töötamise täielikult lõpetada ning koduseks jääda, kui materiaalsed võimalused lubavad, oli 2003. a naiste hulgas 21%, meeste seas isegi pisut rohkem (Hansson, Tillemann, Derman 2004). Naistest töötas sel aastal 82% ja meestest 88% täiskoormusega. Ainult põhikohal töötas naisi 88% ja mehi 85% ning lisaks veel ühel või mitmel töökohal vastavalt 12% ja 15% (samas). Vaadeldud tööalased erinevused meeste ja naiste vahel on väikesed ning seega tuleb naisi käsitleda samasuguste tööinimestena kui mehi. Eesti süveneva tööjõupuuduse tingimustes ei saa naiste töölt koju suunamise mõtet kaaluda isegi mitte teoreetiliselt.

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

Suurim takistus naiste tööteel on nende enda arvates raskused perekonna ja kutsetöö ühendamisel. Alles seejärel tulevad kõik muud karjääri tegemise takistused, mis on peamiselt kinni naise psühholoogias, nagu hirm riski ees ja vajadus meestega võrdse positsiooni saavutamiseks meestest võimekam olla (Pettai, Proos 2003).

Naiste suurest töökoormusest ja raskustest oma aega ja jõudu töö ning kodu vahel jagada annab tunnistust fakt, et viimastel aastatel on kasvanud nende naiste osakaal, kes võimaluse korral eelistaksid töötada osalise tööajaga. 2003. a küsitluse andmeil töötas naistest osalise koormusega 10% omal soovil ja 8% tööandja tahtel (meestest vastavalt 5% ja 6%). Kui võimalik, töötaks naistest täiskohaga edasi 22%, kuid enam kui pooled naistest (57%) eelistaksid töötamist jätkata osalise tööajaga (Hansson, Tillemann, Derman 2004). Enamik naisi ja nende peresid ei saaks seda teoreetilist võimalust rahalistel põhjustel kasutada.

Lahendusi töö ja pereelu võimalikult valutuks ühitamiseks tuleb otsida neljal tasandil – riigi, kohaliku omavalitsuse, organisatsiooni (ettevõtte e töökoha) ja perekonna omal. Riigi tasandi mure on seadusandlus. KOV korraldab laste päevahoolust, nooremas koolieas laste järelvalvet ja huvi ringe, transpordivõrku ja teenindusasutuste lahtioleku aegu. Töökohast sõltub töölepingu vorm, töö- ja puhkeaja korraldus, kas ja millal saab võtta vabu päevi või ajutiselt kodus töötada jne. Perekonnast sõltub kodutööde jaotus ja vastutus laste ning vanade-haigete eest.

Töö ja pereelu ühitamise probleemidele väikeste lastega peredes otsiti valitsuse ja rahvastikuminiistri ülesandel lahendusi eri valdkondades nii naiste ütluste põhjal kui tööandja seisukohti uurides (Hansson 2001). Selgus, et riigilt oodati tulumaksu, korralise puhkuse, töö- ja puhkeaja ning töölepingu seaduse võimalikke muudatusi või soodsamat tõlgendamist, samuti riigi abi laste isadelt alimentide kättesaamisel (Hansson 2001). Viimane on suur mure eriti üksikemadele, kelle majanduslik olukord on teiste peretüüpidega võrreldes halvim. 2003. a küsitluse kohaselt sai rahalist toetust lapse teiselt vanemalt ainult 11% vallalistest ja 40% lahutatud või abikaasast eraldi elavatest üksikemadest (Heinla, Derman 2004). Riigitasandi perepoliitika ning töö ja pereelu ühitamise poliitika seadusandlikuks väljundiks võib pidada nt eelpool mainitud vanemahüvitise seadust. Vanematest üks (algul naine, alates lapse pooleaastaseks saamisest mees või naine) ei pea aasta jooksul üldse tööl käima, saamata palk kompenseeritakse ning pere- ja tööelu ühitamise probleem sel ajal väheneb või laheneb sootuks.

Kohalike omavalitsustelt oodati kaasabi lasteaedade lahtioleku aegade sobivamaks muutmisel ning koolilastele elukohajärgsete laste päevakeskuste, ringide, spordikoolide jms loomist ja jõukohase tasu kehtestamist seal (Hansson 2001). Sel tasandil leiaks teenustepakkujatena rakendust nii (nais)ettevõtjad kui MTÜd.

Tabel 5. Töötavate meeste ja naiste ajakasutuse põhistruktuur (põhitegevusena päevas, %)

	Mehed	Naised
<b>Põhitegevus</b>		
Isiklik tegevus	44,0	43,7
Tasuline töö	23,5	20,0
Õppimine	0,3	0,4
Kodused tööd	10,9	18,1
Vabatahtlik töö	1,3	1,0
Vaba aeg	19,9	16,7
<b>Kokku</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Allikas: Järve 2003, 22.

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

Tööandjalt soovisid naised võimalust mõnda aega kodus töötada, lastetubade loomist ettevõtete juurde hädaolukordade lahendamiseks, kui last tõesti mujale jätta pole, pereürituste korraldamist ja üldse mõistvamat suhtumist (Hansson 2001; Hansson, Heinla 2002). Kas aga naised töö mõistmist leiavad? Kahel kolmandikul juhtudest oli küsitlute ülemuseks tipp- või keskastme juhust mees. 2003. a oli vaid tervishoiu ja sotsiaalhoolekande sfääris töötajate otseseks ülemuseks naisi meestest enam (Hansson, Tillemann, Derman 2004). Seega on ka tööoluline ebavõrdsus tunnetatav.

Perekonna tasandil avaldub sooline ebavõrdsus eriti selgelt. Üldiselt valitseb ettekujutus, et Eesti meeste elu on pingelisem kui naistel, sest kutsetöö on neil pikema kestvusega ja pingelisem. Seetõttu peetakse loomulikuks, et mehel perekonnale ja kodule aega ei jätku. Ajakasutuse uuring (1999–2000) lükkas ettekujutuse mehe suuremast töökoormast ümber. Selgus, et kuigi meeste tasulise töö ajaline koormus ületab reeglina naiste oma, on naiste tasuta koduste tööde panus oluliselt suurem ja tulemusena ka vaba aja hulk väiksem kui meestel kogu elukaare jooksul (Järve 2003). Töölkäivate inimeste keskmise päeva analüüs näitab, et mehed teevad naistega võrreldes tasulist tööd 50 minutit ja naised meestega võrreldes koduseid, s.o. tasuta tööd 1 tund ja 44 minutit rohkem. Selle tulemusena on naistel vaba aega 47 minutit vähem kui meestel (Järve 2003; vt ka tabel 5). Eesti, nagu ka teiste postsotsialistlike riikide naised kulutavad kodutöödele (toiduainete ettevalmistamine ja toiduvalmistamine, koristamine, aiasaaduste kasvatamine) palju aega rahaliste vahendite nappuse tõttu, aga osalt harjumusest või ökoloogilis-tervislikel kaalutlustel.

Kõige vähem vaba aega on töötaval, mehega koos elaval lastega naistel. Üksikemadel on pisut rohkem vaba aega. Lastega naistel on ajajaotuse ebavõrdsus kõige suurem (Järve 2003).

Mehed teevad ametikohal tasulist tööd ja naised kodus tasuta tööd rohkem traditsiooni tõttu, kuid ka põhjusel, et mees, kelle sissetulek on reeglina naise omast suurem (vt eespool), on ka suurema otsustusõigusega. Mehe pikem tööpäev on perekonnale rahaliselt kasulik. Kui aga kutsetööl tunnipalgas vahet poleks, kaoks kutsetöö ja kodutöö senise ebavõrdse jaotuse majanduslik alus.

Peale suuremast sissetulekust tuleneva mehepoolse otsustusõiguse toimivad tööjaotuse alusena Eesti ühiskonnas üldtunnustatud traditsioonilised soorollid. Nende kohaselt teeb naine majapidamistöid (teeb süüa, peseb pesu, koristab) ja hoolitseb väiksemate laste eest; mees remondib maja ja autot ning teeb aias raskemaid töid (vt Hansson, Tillemann, Derman 2004). Eluväärtuste seisukohalt vaadatuna kuuluvad traditsioonilised soorollid modernistlik-materialistlike elu püsiväärtuste kompleksi koos kõva töö ja ainelise kindlustatuse püüdlustega, aga ka agressiivsuse, sallimatuse, naise alavääristamise ja üldise rahulolematusega. Need on ilmselgelt iseloomulikud ka Eestile. Põhjamaades, kus majanduslik turvalisus ja demokraatia on enesestmõistetavad, domineerivad postmodernistlikud eluväärtused nagu sõltumatus, valikuvabadus, sallivus, inimestevaheline solidaarsus, vaba aeg ja sooline võrdõiguslikkus (Järve 2003).

Hoiakud näivad võrdsuse suunas muutuvat kiiremini kui tegelik elu. Tegelik elu erinevused ilmnevad põlvkonniti – nooremate perekondade kodutööde sooline jaotus on rohkem tasakaalus kui keskealiste ja vanemate perekondade oma. Abikaasade (elukaaslaste) omavahelist tööjaotust mõjutavad ka haridus ja elukoht: rohkem haridust saanud ja Tallinnas elavad inimesed kalduvad võrdsema koduse tööjaotuse suunas (Hansson, Tillemann, Derman 2004). Tulevikus inimeste haridustase kasvab ja pealinnale iseloomulik elulaad levib mujalegi. See annab lootust, et vananenud soostereotüüpide taastootmine perekonnas väheneb ja tulevikus õnnestub perekonda ning kutsetööd paremini ja võrdväärsemalt ühendada.

Prioriteetseteks rahvastikupoliitilisteks meetmeteks Eesti riigis on kuulutatud just nimelt töö- ja pereelu ühitamise küsimused: perekesksete väärtuste kujundamine ühiskonnas, perekeskse töökeskkonna loomine (koostöös tööandjaga) ja hooldamist vajavate pereliikmete päevahoiu-

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

võimaluste avardamine, nagu ka väikelaste päevahoiu alternatiivmudelite väljatöötamine (nt lastetoad töökohtades, perepäevahoid, koolituse läbinud lapsehoidjate andmebaas ja lapsehoidmisteenusu turu legaliseerimine jm). Teenuste pakkumise osas kavatakse koostööd teha kohalike omavalitsustega (vt Rahvastikupoliitika meetmed, [www.rahvastikuminister.ee](http://www.rahvastikuminister.ee)).

Perekonna ja tööelu parema ühitamise küsimusi on tähelepanu all hoidnud peamiselt sotsiaalministeerium, kes seisab hea nii töö- kui soolise võrdõiguslikkuse probleematika eest, aga ka rahvastikuministri büroo, kelle mureks on rahvastiku juurdekasv ja muu rahvastikuga seonduv. Kui õnnestub perekonda ja kutsetööd paremini ühitada, siin tõuseb ka inimeste elukvaliteet, paraneb rahulolu ning tekivad eeldused sündimuse tõusuks.

### 4.6. Sugu ja haridus

Paljudes maades saavad tütarlapsed ja naised vähem ning halvemat haridust kui poisid ja mehed. Eesti niisuguste riikide hulka ei kuulu. Soospetsiifiline olukord hariduses on meil hoopis naiste ja tüdrukute kasuks ning poiste ja meeste kahjuks. Naised käivad meil meestega võrreldes kauem koolis ja on haritumad. 6–40-aastaste naiste oodatav keskmine õpiaeg on 2003. a andmeil 16,88 aastat, meestel aga 14,94 aastat (ESA). Ühiskonnas on koguni puhkenud diskussioone poiste koolist väljalangevuse teemal – võib-olla neid diskrimineeritakse koolis?

Eesti rahvastiku kõrgeim omandatud haridustase on soospetsiifiline. Meeste haridustee katkeb varem ja kipub piirduma hariduse madalamate astmetega või omandatud kutseharidusega. Algharidusega (1), põhiharidusega (2), kutseharidusega koos alg- või põhiharidusega (3) ja keskeriharidusega pärast põhiharidust (4) oli Eestis 49% mehi ja 37,3% naisi (Norbalt II 2000). Seega on kirjeldatud haridustasemega mehi 1,3 korda rohkem kui sama haridustasemega naisi. Tänapäeval ja tulevikus võib tähendada otsus haridustee varakult katkestada töötust. Kutsehariduse on koos keskeriharidusega (5) omandanud 10,3% meestest ja 7,4% naistest.

Tüdrukute haridustee kestab kauem ja kaldub üldkeskerihariduse (6) suunas, või siis lisandub keskeriharidusele kesk-eriharidus (7). Selline haridus on 32,3% meestest ja 40,0% naistest, mis tähendab, et sellise haridusega naisi on meestest 1,2 korda rohkem. Üldkeskeriharidus ei anna elukutset ja see on vastava haridusega inimeste, eriti naiste probleem. Sageli tähendab erialase väljaõppeta keskeriharidus madalalt tasustatud kontoritööd ja alluva seisundit.

Kõrgharidusega, sh kutsekõrgharidusega (8) ja akadeemilise kõrgharidusega (9) inimeste osakaal on meestel ja naistel peaaegu võrdne, vastavalt 11,5% ja 11,3% (Norbalt II 2000). Kui jälgida meeste ja naiste koondumist vaadeldud haridusgruppidesse eärühmade järgi ning teha selle põhjal oletusi tulevikutendentside kohta, ilmneb tõsiasi, et soospetsiifilised disproportsioonid hariduses

*Tabel 6. Naiste osakaal õppijate üldarvust 2003. aastal, %*

Haridus	Naiste osakaal
Üldharidus	50,1
sh põhiharidus	47,9
sh keskeriharidus	58,7
Kutseharidus	44,5
Kõrgharidus	61,7
sh magistriõpe	64,8
sh doktoriõpe	52,1

*Allikas: ESA.*

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

kasvavad, mitte ei vähene. Nt kui rahvastikus keskmiselt oli meeste ja naiste rühmades kõrghariduse osakaal võrdne, siis nooremates vanusrühmades ilmneb naiste selge ülekaal (tabel 6).

Tütarlaste ja naiste osatähtsus õppijate üldarvust on tänapäeval soospetsiifiline – mida kõrgem haridusaste, seda rohkem naisi (v.a doktoriõpe, vt tabel 6). Kõrgharidus feminiseerub eriti kiires tempos ning see on märk hariduse inflatsioonist.

Naisõppureid on kõrgharidust omandamas palju, kuid lõpetajate hulgas on naisi veelgi rohkem. Mehed kipuvad õpinguid naistest sagedamini pooleli jätma.

Valdav enamus haridustöötajatest on naised ja pedagoogi ametit õpivad tänapäeval ainult naised. Uuringutega on tõestatud, et mida rohkem naisi on ühel ametialal, seda madalama staatuse ja palkadega see elukutse on. Õpetajad ei ole Eestis hästi tasustatud. Naispedagoogid domineerivad kõikides koolitüüpides: neid oli 2000/2001 õppeaastal keskmiselt 77%, vaid kõrghariduses oli neid alla poole 44% (Women and Men... 2002). Kõrgkoolide akadeemilise personali hulgas on naiste suur ülekaal just madalamatel ametikohtadel (õpetaja, vanemõpetaja, lektor). Kõrgematel ja kraadi eeldavatel ametikohtadel (professor, dotsent) on suures ülekaalus mehed (tabel 7).

*Tabel 7. Töölepinguga akadeemiline personal ametikoha järgi 2003/2004 õ-a alguses, %*

<b>Ametikoht</b>	<b>Naised</b>	<b>Mehed</b>	<b>Ametikoht</b>	<b>Naised</b>	<b>Mehed</b>
Professor	16,3	83,7	Õpetaja	77,6	22,4
Erakorraline Professor	16,1	83,9	Assistent	63,9	36,1
Dotsent	35,6	64,4	Vanemteadur	33,4	66,6
Lektor	55,4	44,6	Teadur	53,4	46,4
Vanemõpetaja	88,8	11,2	Muu	64,5	50,2
			<b>Kokku</b>	<b>49,8</b>	

*Allikas: Haridus 2003/2004, 2004: 229.*

Kõrgharidusega naised on head ühiskonnaliikmed: neil on pisut rohkem lapsi ja nende tööhõive on kõrgem. Nad saavad oma positsiooni ja harituse tõttu enam mõjutada ühiskondlikke protsesse, sh soolise võrdõiguslikkuse edendamist.

Kui jälgida Eesti üliõpilaste ja kõrgkooli lõpetanute jaotust koolitusala järgi, selgub tugev sooline eristus. Naised õpivad õpetajaks, õeks ja arstiks, humanitaar- ja sotsiaalteadusi, teenindust (sh toitlustus ja turism), massiteavet ja dokumenteerimist (ajakirjandus, bibliograafia, arhiivindus jms). Meeste valdkonnad on loodusteadused, informaatika, tehnika, tehnoloogia ja ehitus, transport ja side (Naised ja mehed... 2001).

Vastavalt valdkonnale ja erialale ei jagune mitte ainult üliõpilased, vaid ka õppejõud. Tartu Ülikooli akadeemilisest personalist oli 2003. a lõpus naisi keskmiselt 48,5%, kuid arstiteaduskonnas oli neid 58,2%, filosoofiateaduskonnas, kus õpetatakse ka keeleerialasid, 66,7%, füüsika-keemiateaduskonnas 23,0% ja matemaatikateaduskonnas 32,4% (Tartu Ülikool: www.ut.ee).

Enamik nn meeste erialal kõrgkooli lõpetanuid saab tulevikus oluliselt rohkem palka kui nn naiste koolitusvaldkondade erialadel lõpetanud. Kuigi Eesti elanikud väärtustavad kõrgelt majanduslikku heaolu, pole see suutnud tekitada sisseastujate tunni Tallinna Tehnikaülikooli tehnika- ja Tartu Ülikooli

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

reaalteaduste erialadele. Nähtavasti on suureks takistuseks eestlaste ajalugu ja kultuuritaust, mille tõttu tehnikat ja tööstust ei peeta atraktiivseiks, lisaks erialade sooline kinnistatus ühiskondlikus teadvuses. Viimane määrab ära, mida naisel või mehel sobib õppida või mis erialal töötada. Arusaadav, et naiste ja meeste huvid on erinevad ja see jääb erialavalikut mõjutama ka tulevikus, kuid see ei tohiks olla sooliselt determineeritud. Eesti kutse-, keskeri- ja kõrgkoolide erialaline sooline diferentseeritus kandub edasi töösfääri ja taastoodab soolõhet ka seal.

Kool on suhteliselt konservatiivne institutsioon, mis levitab ja taastoodab soostereotüüpe. Vananenud soostereotüüpe paljundatakse koolis elukutsenõustamise, õppekavade, kooliõpikute ja lihtsalt õpetajate suhtumise ja eeskuju abil. Õppekavades nähakse ette õpetada poistele puu- ja rauatööd ja tüdrukutele kodundust, selle asemel et lasta lastel ise valida. Tartu Ülikoolis valmis 2002. a kooliõpikute uurimisprojekt, mis näitas, et kõikide kooliastmete õpikutes kujutatakse peamiselt traditsioonilisi soorolle (Mikk 2002). Eriti selgesti tuli see välja aabitsates ja lugemikes, aga ka ajaloo- ja kodanikuõpetuse õpikuis. Muidugi peavad õpikud kujutama elu realistlikult, kuid selle kõrval on neil ka laste paremasse ja võrdväärsemasse tulevikku juhtija roll.

Kokkuvõtteks tuleb sedastada koolisüsteemi soolist kallutatust ja hariduse rolli vananenud soostereotüüpide taastootja ja levitajana. Seaduste järgi on meestel ja naistel võrdsed võimalused hariduse omandamiseks ning erinevate alade õppimiseks. Hoolimata õiguslikult võrdsustest võimalustest, säilitab ja taastekitab haridussüsteem meie ühiskonnas soolist ebavõrdsust.

### 4.7. Naistevastane vägivald

Maaailma Terviseorganisatsiooni hinnangul on naistevastane vägivald naiste tervise suurim kahjustaja. Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi poolt 2003. aastal läbiviidud kaks paralleelset uuringut, elanikkonna ja meditsiinitöötajate küsitlus, andsid pildi vägivald tagajärgedest Eesti naiste tervisele. Füüsilised traumad, sealhulgas suguelundite vigastused, suguhaigused, katkenud rasedused on tavapärasel vägivaldaga kaasnevad terviseriskid.

Eesti on negatiivse iibega riik. Madala sündimuse teemadel on palju arutletud ja valitsev koalitsioon on võtnud üheks oma eesmärgiks iibe tõstmise. Samas ei soovita näha naistevastase vägivald ja madala iibe omavahelisi seoseid. Eestis laialdaselt levinud perevägivald on jätkuvalt tabuteemaks, kui arutletakse Eesti pere olukorra ja tuleviku üle. Prostitutsiooni puhul teeb muret pigem Eesti odava eurobordelli maine kui prostitutsiooni tagajärjed noorte naiste vaimsele ja füüsilisele tervisele, kes peaksid olema eesti rahva taastootjad. Prostitutsiooni, mis oma olemuselt on kaubitsemine ühe põhilise inimõiguse ja vabaduse – seksuaalvabadusega, ei loeta Eestis isegi mitte naistevastaseks vägivaldaks. Olukorras, kus naine peab müüma oma inimõigusi, räägitakse „vabast valikust“ ja „teenuste pakkumisest“.

Naistevastase vägivald on Eestis põhjalikumalt tegeletud alles 2000. a alates. Ametlik statistika peegeldab vägivald juhtumeid ebapiisavalt, mõningate vägivald liikide osas puudub aga üldse. Sotsioloogiliste küsitluste kaudu fikseeritud naistevastase vägivald tase ja ohvrite arv annab seetõttu selgema pildi naistevastase vägivald levikust ja juhtumite tõsidusest. Sotsioloogiliste meetodite abil on Eestis enam uuritud perevägivald. Samas on mõnevõrra tahaplaanile jäänud seksuaalvägivald, mida maailmas on viimasel ajal hakatud kutsuma „unustatud vägivaldaks“. Aastatel 2002–2003 viidi Põhjamaade Ministrite Nõukogu initsiatiivil läbi naistega kaubitsemise vastane kampaania, mis aitas Eesti ühiskonnal teadvustada seda äärmiselt varjatud vägivald vormi. Mõningate naistevastase vägivald liikide, nagu näiteks seksuaalne ahistamine tööl, avastamine seisab aga alles ees. Alljärgnevalt lühiülevaade Eestis enam uuritud naistevastase vägivald vormidest.

# SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

## 4.7.1. Perevägivald

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut viis 2001. aastal esmakordselt läbi üle-Eestilise perevägivalda käsitleva uuringu, kus küsitleti kokku 1007 inimest. 2003. a viidi läbi teine, vägivalda ja naiste tervist käsitlev küsitlus (valim 1008 vastajat). Uuringud näitasid, et naistevastane vägivald on Eestis laialdaselt levinud ületades Põhjamaid enam kui kaks korda.

Naised on sagedamini kui mehed isikuvastase vägivalla ohvrid nii vaimse kui ka füüsilise vägivalla osas. Seksuaalne vägivald ohustab valdavalt ainult naisi. 2/3 kõigist naiste vastu suunatud vägivallaaktidest pannakse toime naise kodus ja enamikel juhtudel kas abikaasa või elukaaslase poolt (Pettai ja Proos 2001, Pettai ja Proos 2003). Eestis langeb aastas vägivalla ohvriks umbes 20% naistest (tabel 8). Peaaegu iga teine füüsilise või seksuaalse vägivalla ohvriks langenud naine saab vigastada, igal seitsmendal vigasaanul esineb raskeid, ka eluohtlikke vigastusi ja traumasid. Naised kannatavad koduse vägivalla all üle üheksa korra sagedamini kui mehed. Arsti poole pöördub abi saamiseks kolmandik ohvritest, sotsiaaltöötajalt otsib abi vaid 2–3% koduse vägivalla all kannatavatest naistest. Politseid teavitab ainult 10% vägivalla ohvriks langenud naistest ja kriminaalsüüdistuseni või süüdimõistva otsuseni jõuab kõigest tühine osa – 2–3% vägivallajuhtumitest. Tänu viimastele muudatustele Eesti seadusandluses seoses erasüüdistusaja kaotamisega võib loota, et olukord selles osas on lähiaastatel muutumas. 2004. a on perevägivald (sh ka peres toimepandud naistevastane vägivald) kuulutatud Eesti Politsei prioriteetseks valdkonnaks.

Tabel 8. Eestis läbiviidud naistevastase vägivalla uuringute tulemusi

	2001	2003
Aastas vägivalla ohvriks langenud naiste osakaal (%)	21	20
sh füüsiline vägivald	9	9
sh seksuaalne vägivald	2	4

Allikas: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut.

Eesti seadustes ei tunta mõistet „perevägivald“. Aeg-ajalt tõuseb diskussioon selle üle, kas Eesti vajab eraldi perevägivalda seadust. Karistusseadustikus (jõustus 2002) saab koduse vägivallaga seostada 9. peatüki „Isikuvastased süüteod“ 2. jao „Tervisevastased süüteod“ 1. jaotist „Tervist kahjustavad süüteod“ ja 2. jaotist „Vägivallateod“. Siia alla kuuluvad raske tervisekahjustuse tekitamine, kehaline väärkohtlemine, aga ka ähvardamine, kui on alust karta ähvardamise täideviimist. Vägivalla juhtumid, mille puhul on tegemist kas ühekordse või korduva peksmisega, on kvalifitseeritavad kehalise väärkohtlemisena. Kui tegemist on süstemaatilise peksmisega (nt nädalas 1–2 korda regulaarselt), siis on teod kvalifitseeritavad piinamisega. 1. juulist 2004 kaotati Eestis ära erasüüdistus. Valdav enamus kodusest vägivallast kuulus aga just Karistusseadustiku § 121 „Kehalise väärkohtlemise“ alla, mille põhjal oli vaid kannatanul õigus taotleda kriminaalmenetluse alustamist.

Käesoleval hetkel töötab Eestis – Tartus – ainult üks turvakodu, mis on mõeldud spetsiaalselt naistele-vägivalla ohvritele ja mitte lastele koos emadega. Vaatamata sellele, et erinevad organisatsioonid on püüdnud aastaid rajada samasugust turvakodu ka Tallinna, ei ole see linnavõimude vastuseisu tõttu tänaseni õnnestunud. Samas elavad Tallinnas ja Harju maakonnas ligikaudu pooled kõigist Eesti vägivalla all kannatavatest naistest. Eesti Sotsiaalprogrammide Keskuse initsiatiivil alustas Tallinnas 2003. aasta sügisel tööd esimene vägivalla all kannatavate naiste tugigrupp. Analoogetest tugigruppidest on kavas moodustada üle-Eestiline võrgustik, mis kataks kõik regioonid.

#### 4.7.2. Seksuaalne vägivald

Eestis registreeritakse keskmiselt 84 vägistamisjuhtumit aastas. Neist avastatakse keskmiselt 56 juhtumit aastas. Grupiviisilisi vägistamisi on 10 aasta jooksul avastatud 127, mis teeb keskmiselt 13 juhtumit aastas. Vägistamiste ja seksuaalkuritegude statistikasse tuleb suhtuda äärmise ettevaatlikkusega. Küllalki suures osas ei jõua seksuaalkuriteod üldse politsei registrisse. Eestis läbiviidud uuringute andmetel pöörduvad politsei poole abi saamiseks vaid 10% naistest-vägivalla ohvritest, mis tähendab, et ligikaudu 90% vägistamise ohvritest ei esita juhtunu kohta avaldust (Mets 2003).

Seksuaalkuritegusid käsitletakse Karistusseadustiku 7. jaos “Seksuaalse enesemääramise vastased teod”. EV Karistusseadustik määratleb vägistamist kui inimese tahte vastaselt temaga suguühenduse astumist vägivallaga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimunust aru saama. Vägistamise alusel karistatakse ühe- kuni viieaastase vangistusega. Kui tegemist on raskemate juhtumitega ehk siis vägistamine on toimepandud kaheksateistaastase või noorema isiku suhtes; on aset leidnud grupiviisiline vägistamine, kannatanule on põhjustatud raske tervisekahjustus jne, karistatakse 6–15-aastase vangistusega.

Eestis puuduvad spetsiaalsed seksuaalse vägivalla ohvritele suunatud ohvriabi teenused – kriisitelefoniid, -keskused, aga ka ohvrite tugigrupid.

#### 4.7.3. Prostitutsioon

Eestis valitseb abolitsionistlik prostitutsiooni käsitlus. Prostitutsioonis nähakse naise ellujäämisstrateegiat raskes majanduslikus olukorras ja täiskasvanud inimeste vaba valikut. Seksi müümist loetakse ametiks. Prostitutsiooni vahendamine aga on samastatud inimkaubitsemisega. Lõbumaju käsitletakse orjapidamise asutustena. Kuna bordellid ei ole Eestis lubatud, siis on prostitutsiooniäri peitnud end muude tegevusalade, nagu majutus, toitlustus, striptiis, massaaž, saun jms taha.

Kuna prostitutsioon kuulub Eestis varimajandusharude hulka, siis kõik, mis puudutab nn ettevõtete, teenindajate, klientide arvu ja käivet, tugineb suures osas eksperthinnangutel. Prostituutide suhtarvult 10 000 elaniku kohta kuulub Eesti Euroopa liiderrikkide hulka, ületades Euroopa keskmist ligi kaks korda, seejuures madala tasemega riike nagu Rootsit 7 ning Soomet ja Norrat 3 korda (Pettai jt 2003).

Eesti prostitutsiooniäri peamiseks klientideks on turistid. Ligikaudu poole kogu klientuurist moodustavad Soome turistid. Eesti meestest on lõbumaju külastanud 12%, nendest 3/4 vaid paar korda elu jooksul ja regulaarselt käib seal 3% mehi (Pettai jt 2003).

Prostitutsioonil on Eestis soodne pinnas kõige nõrgemate naiste gruppide seas, kelleks on vaesed, töötud, alaealised, kodakondsuseta vene rahvusest ja narkomaanid. Eelkõige valdavalt venekeelse elanikkonnaga Ida-Virumaa on paikkond, kust vahendajad käivad uusi teenindajaid värbamas.

Möödunud kümnendil on Eestis kaks korda püütud prostitutsiooni legaliseerida. Olukord on muutumas ja 2004. a kevadel puhkes lühikeseks ajaks isegi debatt seksteenuste ostmise kriminaliseerimisest. Paraku ei ole Eesti ühiskond sellise seaduse vastuvõtmiseks valmis, kuna elanikkonna seas valitsevad illusoorseid arusaamad prostitutsiooni positiivsest rollist. Iga teine Eesti elanik suhtub prostitutsiooni soosivalt, meestest 60% ja naistest 42% (Pettai jt 2003).

Eestis on lubatud nii raha eest seksteenuste pakkumine kui seksi ostmine. Seadusandlikult sekkutakse kahe inimese vahelisse ostu-müügi tehingusse vaid juhul, kui tegemist on laps- või sundprostitutsi-

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

ooniga. Alaealiste prostitutsioonile õhutamine on Eestis kuritegu. Karistatav on ka prostitutsiooni-teenuse vahendamine ja prostitutsiooni tarbeks ruumide rentimine.

Puuduvad spetsiaalsed prostituutidele suunatud ohvriabi teenused ja prostituutide rehabilitatsiooni teostavad organisatsioonid. Prostituutide nõustamisega tegeleb MTÜ Aidsi Tugikeskus.

### 4.7.4. Naistega kaubitsemine

Naistega kaubitsemine on kõikjal maailmas ja kahtlemata ka Eestis leviv kuriteoliik, kuid täpseid andmeid naistega kaubitsemise kohta selle tegevuse varjatud ja illegaalse olemuse tõttu ei ole. Valitsusväliste asutuste hinnangul vahendatakse Eestist välismaale prostituutideks 700–800 naist aastas (Pettai ja Kase 2002). Eesti ei ole smugeldajatele ja nende ohvritele mitte ainult lähte-, vaid ka transiidi- ning isegi sihtkohamaa. Eestisse tuuakse tüdrukuid eeskätt vaesematest SRÜ riikidest nagu Venemaa, aga ka Läti ja Leedu (Pettai ja Kase 2002).

Inimkaubandusele saab kohandada EV Karistusseadustiku neid paragrahve, mis käsitlevad orjastamist (vägivalla või pettuse teel inimese asetamine olukorda, kus ta on sunnitud oma tahte vastaselt kellegi teise kasuks töötama või täitma muid kohustusi, samuti inimese sellises olukorras hoidmine) ja samuti prostitutsiooni vahendamist.

Eestis puuduvad inimkaubanduse ohvritele suunatud teenused ja nende rehabilitatsiooni teostavad organisatsioonid. Kuna Eesti on liiga väike riik, ei saa siin kohandada ka mujal maailmas kasutatavaid tunnustajakaitse meetmeid, mida rahvusvahelise organiseeritud kuritegevuse ohvriks langenud naised vajaksid.

Olukorras, kus Eesti ületab perevägivalla osas Põhjamaid enam kui kaks ja prostitutsiooni osas enam kui kolm korda, vajame efektiivseid meetmeid, et naistevastase vägivalla jätkuvat levikut tõkestada. Euroopa Liidu liikmesriigina tuleks põhjalikult tundma õppida teiste riikide eesrindlike kogemusi. Mõned soovitusel on tehtud järgmises osas.

### 4.8. Kokkuvõtte ja soovitused

Ühiskond, milles soolise kihistumise ja tõrjutuse tõttu ei saa naised ja mehed oma potentsiaali võrdselt täielikult rakendada, pole arenemisvõimeline, sotsiaalselt turvaline, konkurentsivõimeline ega jätkusuutlik. Täna Eestis ei saa väita, et naiste ja meeste võrdõiguslikkust peetakse üldtunnustatud üldiseks hüveks ja tuntakse selle edendamise meetmeid. Ühelt poolt on küll teadvustatud palju probleeme – naiste vaesumine, suured palgaerinevused, sotsiaalse turvalisuse puudumine, perevägivald, raskused töö- ja pereelu ühitamisel ning meeste riskialdis tervisekäitumine, teisalt puudub nende integreeritud käsitus.

Sooliselt tasakaalus elukorraldus ei arene välja iseenesest, vaid vajab jätkuvalt riigipoolseid seadusandlikke, parteipoliitilisi ja muid sihipäraseid meetmeid ning naisorganisatsioonide ja MTÜde aktiivsust ja osalust.

Soolise võrdõiguslikkuse edendamises valitseb kas väga aeglane edasiliikumine või lausa seisak. Soolise tasakaalustatuse saavutamise kiirendamiseks Eesti ühiskonnas tuleks:

- kiiresti asutada ja tööle rakendada soolise võrdõiguslikkuse seaduses ette nähtud uued institutsioonid ning suurendada riigi ja kohaliku omavalitsuse asutuste ning tööandjate teadlikkust ning huvi oma soolise võrdõiguslikkuse edendaja ja järelevaataja rolli suhtes;

## SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE EDENDAMINE

- juhtida Riigikogu Naiste Ühenduse tähelepanu nende võimalustele senisest rohkem kaasa aidata soolise võrdõiguslikkuse edendamisele;
- veel kord meelde tuletada tööandjatele, naistele, naisorganisatsioonidele ja ametiühinguorganisatsioonidele, et sama hariduse, kvalifikatsiooni ja kogemusega naised saavad meestega võrreldes veerandi võrra väiksemat palka, ning see on naiste madalama majandusliku ning ühiskondliku staatuse ja alluvusseisundi peapõhjus;
- tutvustada jätkuvalt inimestele nende õigusi ning seadusandlik-organisatsioonilisi võimalusi naiste ja meeste võrdõiguslikkuse saavutamisel;
- koolitada õpetajaid ja massimeedia spetsialiste (ajakirjanikud, reklaamikoostajad) märkamaks soolise ebavõrdsuse ebasoovitavaid ja soolise võrdõiguslikkuse positiivseid ilminguid;
- algatada laialdane ühiskondlik diskussiooni traditsiooniliste soorollide sobivusest tänapäeva.

Ettepanekud naistevastase vägivalla leviku tõkestamiseks:

- Perevägivalla tõkestamiseks tuleks kehtestada lähenemiskeeld, mis eemaldaks kodust vägivaldse osapoole ehk kurjategija. Praegu tuleb ohvril enda või ka laste ohutuse huvides oma kodust lahkuda, et otsida varju turvakodudest või nende puudumisel tuttavate juurest. Perevägivalla osas võiksime eeskujuna võtta Austria perevägivalla seadusest ja Norra ohvriabi võrgustikust.
- Prostitutsiooni vastu võitlemisel on parimaks näiteks Rootsi, kus naisekeha ostmine mehe poolt oma seksuaalvajaduste rahuldamise eesmärgil on kuulutatud naistevastaseks vägivallaks ja tegemist on kriminaalkuriteoga. Eesti naisorganisatsioonidel tuleks toetada naiste õiguste eest võitleva organisatsiooni European Women's Lobby algatust Euroopa Liidus ühtse prostitutsioonipoliitika väljatöötamiseks, mille aluseks on võetud Rootsi mudel (Dublini Naistevastase vägivalla konverents, 2004).
- Jätkuvalt korraldada uuringuid ja koguda informatsiooni ning statistikat, sealhulgas parandades politseistatistikat. Eeskujuks võib tuua Lääne Politseiprefektuuri, kus on käivitunud pilootprojekt perevägivalda puudutava statistika parandamiseks nn vägivalla lehe näol, mis on andnud juba esimesi, väga huvitavaid tulemusi.
- Tõsta politsei suutlikkust kõigi naistevastase vägivalla liikide osas ja läbi vaadata Eesti seadusandlus. Perevägivalla juhtumitel rakendatavad karistused – üldjuhul rahatrahv – on problemaatilised. Rahatrahviga karistatakse ju eelkõige vägivallatseja perekonda, kahandades tublisti pere eelarvet.
- Kujundada ohvrikeskset lähenemist. Eesti ühiskonnas on laialdaselt levinud ohvreid süüdistavast hoiakud ehk nn müüdid naistevastasesest vägivallast. Müütide purustamiseks on vajalik jätkuvalt teha kogu Eesti elanikkonda puudutavat selgitustööd.
- Parandada ametkondadevahelist koostööd, töötades välja koostöömudelid ja kehtestades täpsed juhised eri institutsioonidele. Tänapäeval puudub politseil praktiliselt võimalus kaasata sotsiaaltöötajat ja meedikutel pole kohustust teavitada politseid ka kõige raskematest vägistamisjuhtudest, kui ohver seda ei soovi.
- On vaja luua rehabilitatsioonisüsteem endistele prostituutidele ja inimkaubanduse ohvritele nende sotsiaalseks kaasamiseks ja tööturule toomiseks. See eeldab eri institutsioonide tihedat koostööd.

**Kirjandus**

*Eesti inimarengu aruanne 2002 (2002) Tallinn, TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut, lk 100-108*

*Eesti naised muutuvad ühiskonnas (1995) Eesti rahvusraport! 1995. a ÜRO IV ülemaailmsel naiste konverentsil. Tallinn*

*Eesti Statistika aastaraamat 2004 (2004) Tallinn, Eesti Statistikaamet*

*Hansson, L. (2001) Töö ja pere-elu kokkusobitamise probleemid. – Hansson, L. (toim), Naine, perekond ja töö 2000. Pere-elu ja kutsetöö kokkusobitamise probleemidest väikeste lastega peredes. Tallinn, TPÜ Kirjastus, lk 132-157*

*Hansson, L. (2004) Majanduslik toimetulek. – Hansson, L. (koost), Valikud ja võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993–2003. Tallinn, TPÜ Kirjastus, lk 104-117*

*Hansson, L.; Tillemann, K.; Derman, N.. (2004) Töö. – Hansson, L. (koost), Valikud ja võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993–2003. Tallinn, TPÜ Kirjastus, lk 78-103*

*Hansson, L.; Heinla, E. (2002) Kas töökoht peaks olema peresõbralik? Eesti inimarengu aruanne 2002. Tallinn, TPÜ RASI, lk 63-67*

*Haridus 2003/2004 (2004) Tallinn, Statistikaamet*

*Heinla, E. (2004) Eluväärtused. – Hansson, L. (koost), Valikud ja võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993–2003. Tallinn, TPÜ Kirjastus, lk 11-24*

*Heinla, E.; Derman, N. (2004). Lastega pered. – Hansson, L. (koost), Valikud ja võimalused. Argielu Eestis aastatel 1993–2003. Tallinn, TPÜ Kirjastus, lk 47-62*

*Jagatud õigused ja vastutus: Sooline võrdõiguslikkus Eestis. Järve, M. (koost ja toim). Tallinn, Sotsiaalministeerium, 1999*

*Järve, M. (2003) Ajakasutus läbi sooprisma Eestis ja Euroopas. Ariadne Lõng, nr 1/2, lk 22-38*

*Kase, H (koost) (2001) Vaikijate hääled: raamat soolisest vägivallast. Tallinn, Eesti Avatud Ühiskonna Instituut*

*Mets, K. (2003) Grupiviisilised vägistamised. Lõputöö. Sisekaitseakadeemia (käsikiri)*

*Mikk, J. (toim) (2002) Soorollid õppekirjanduses. Tartu Ülikooli Pedagoogika osakonna väljaanne nr 12. Tartu*

*Mänd, K. (toim) (2003) Erinevad, aga võrdsed. ÜRO Rahvastikufond, Tallinn, Sotsiaalministeerium*

*Naised ja mehed Eestis 2001 (2001) Tallinn, Eesti Statistikaamet*

*Norbalt II (2000) Elutingimuste uuring 1999. aastal. Põhiandmed. Vastutav toim Ü. Marksoo. Tartu, EV Sotsiaalministeerium*

*Pettai, I.; Proos, I. (2001) Pere- ja naistevastane vägivald Eestis. Tallinn, Eesti Avatud Ühiskonna Instituut*

*Pettai, I. (2003) Millist prostitutsioonipoliitikat vajab Eesti? Eesti Ekspress 17. XII 2003*

SOOLISE VÕRDÕIGUSLIKKUSE  
EDENDAMINE

Pettai, I.; Kase, H. (2002) *Prostitutsioon ja naistega kaubitsemine kui lahendamata probleem Eestis*. Tallinn, Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

Pettai, I.; Proos, I. (2003). *Vägivald ja naiste tervis*. Tallinn, Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

Pettai, I.; Proos, I.; Kase, H. (2003) *Prostitutsioon Eestis: Sotsiaalsed riskid ja majanduslik surve*. Tallinn, Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

Raitviir, T. (2002) *Eesti naised poliitilise võimu juures*. *Ariadne Lõng*, nr 1/2, lk 124-148

Raitviir, T. (2003a) *Eesti naised võimu juures 1992–2003*. *Riigikogu Toimetised (RiTo)*, nr 7, lk 96-103

Raitviir, T. (2003b) *Naised firmajuhtidena*. *Ariadne Lõng*, nr 1/2, lk 130-147

Rõõm, T.; Kallaste, E. (2004). *Naised-mehed Eesti tööturul: palgaerinevuste hinnang*. *PRAXIS Poliitikaanalüüs*, nr 8 (ilmumisel)

*Soolise võrdõiguslikkuse seadus*. RTI 2004, 27, 181

*Teel tasakaalustatud ühiskonda: Naised ja mehed Eestis (2000)*. Maimik, P.; Mänd, K. ja Papp, Ü.-M.(toim). ÜRO Arenguprogramm. Tallinn, Sotsiaalministeerium

Toomla, J. (koost) (1999) *Valitud ja valitsenud*. Tallinn, Eesti Rahvusraamatukogu

*Tunnipalk 2001 (2001)* Tallinn, Eesti Statistikaamet

*Vanemahiviitise seadus (RTI 2003, 82, 549)*

Vöörmann, R. (2000) *Mehed ja naised tööturul: palgasuhted*. *Teel tasakaalustatud ühiskonda: naised ja mehed Eestis*. ÜRO Arenguprogramm. Tallinn, Sotsiaalministeerium, lk 46-53

*Women and Men in the Baltic Countries 2002 (2002)*. Vilnius, Statistics Lithuania

### **Käsikirjalised ja internetimaterjalid**

Pettai, I.; Proos, I. (2003) *Indikaatorite süsteem ja monitooring soolisest võrdõiguslikkusest Eestis*. Uurimisraport. Sotsiaalministeerium, Eesti Avatud Ühiskonna Instituut, Tallinn. Käsikiri.

Statistikaamet — [www.stat.ee](http://www.stat.ee)

Rahvastikupoliitika meetmed — [www.rahvastikuminister.ee](http://www.rahvastikuminister.ee)

Tartu Ülikool — [www.ut.ee](http://www.ut.ee)

Vabariigi Valitsus — [www.riik.ee/et/valitsus/](http://www.riik.ee/et/valitsus/)

*Women in Parliaments: World and Regional Averages* — <http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm>