

UURINGURAPORT

Immigrandid Eestis: HIVi ja kaasuvate infektsioonide olukorra hindamine, et tagada sellele olulisele sihtrühmale vajalikud teenused



Maksym Kasianczuk, Kristi Rüütel, Erika Tšerkašina,
Sagib Kulbayev, Vitaly Djuma

ECOM uuringut „Immigrandid Eestis: HIVi ja kaasuvate infektsioonide olukorra hindamine, et tagada sellele olulisele sihtrühmale vajalikud teenused“ (<https://weepi.org/projects/stage-1/improving-migrant-access-to-hiv-and-co-infections-services-in-estonia>) toetab Lääne- ja Ida-Euroopa HIV, viirushepatiidi ja tuberkuloosi partnerlusalgatus (Western-Eastern European Partnership Initiative on HIV, Viral Hepatitis and TB – WEEPI).

ECOM — Euraasia soo, õiguste ja seksuaalse sättumuse mitmekesisuse koalitsioon (Eurasian Coalition on Gender, Rights and Sexual Diversity) — on Eestis Tallinnas asuv rahvusvaheline mittetulundusühing. Oleme liikmelisusel põhinev organisatsioon, mis on avatud mittetulundusühingutele ja aktivistidele, kes pakuvad Ida-Euroopas ja Kesk-Aasias inimese immuunpuudulikkuse viiruse alast ennetust, ravi, hooldust ja tuge meestega seksivatele meestele ja transseksuaalsetele inimestele. Võrgustikul on hetkel 76 liiget 19 riigist Eestist Tadžikistani.

Autorid tänavad kõiki uuringus osalenud inimesi ja organisatsioone — Integratsiooni Sihtasutust, Eesti Pagulasabi, Eesti HIV-positiivsete Võrgustikku ja Ukraina Organisatsioonide Assotsiatsiooni Eestis.

Soovituslik viide käesolevale publikatsioonile: Kasianczuk M, Rüütel K, Tšerkašina E, Kulbayev S, Djuma V. Immigrandid Eestis: HIVi ja kaasuvate infektsioonide olukorra hindamine, et tagada sellele olulisele sihtrühmale vajalikud teenused. Uuringuraport. Tallinn: Euraasia soo, õiguste ja seksuaalse sättumuse mitmekesisuse koalitsioon, TerviseArengu Instituut; 2021.

ISBN 978-9916-4-0928-2 (pdf)

Sisukord

1.	Sissejuhatus ja taust	6
1.1.	Immigratsioon Eestis	7
1.2.	HIV ja kaasuvate infektsioonide teenuste süsteemi kirjeldus.....	7
2.	Meetodid.....	9
2.1.	Uuringu eesmärk	9
2.2.	Metoodika	9
2.3.	Andmehaldus ja -analüüs.....	10
3.	Tulemused	11
3.1.	Demograafilised andmed	11
3.2.	Tööhõive valdkonnad	11
3.3.	Eestisse tuleku põhjused	13
3.4.	Prostitutsioon ja inimkaubandus	13
3.5.	Mitteametliku toetuse allikad	14
3.6.	Vaba aeg	15
3.7.	HIV ja kaasuvate infektsioonidega seotud riskikäitumine	16
3.8.	Uute tutvuste loomise viisid	17
3.9.	MSM	17
3.10.	Alkohol ja muud psühhoaktiivsed ained	18
3.11.	Soovimatu raseduse vältimine ja kondoomi kasutamine	19
3.12.	HIV-ga seotud tervishoiuteenused	20
3.13.	HIV alase teabe allikad.....	22
3.14.	Olemasolevate HIV ja kaasuvate infektsioonide alaste sotsiaal-, tervishoiu- ja ennetusteenuste puudused ja vajadused immigrandide vaatenurgast	23
4.	Arutelu ja järeldused	29
5.	Kasutatud kirjandus.....	31

Lühendid

ARV	antiretroviirus
ARV-ravi	antiretroviirusravi
ECOM	Euraasia soo, õiguste ja seksuaalse sättumuse mitmekesisuse koalitsioon (Eurasian Coalition on Gender, Rights and Sexual Diversity) (Eesti)
EL	Euroopa Liit
EMP	Euroopa Majanduspiirkond
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (human immunodeficiency virus)
ID	identifikaator
ISA	Integratsiooni Sihtasutus
KKPST	kesk- ja kõrgpalgalised seaduslikud töötajad
LGBT	lesbid, geid, bi- ja transseksuaalid
MPEST	madalapalgalised ebaseaduslikud töötajad
MPST	madalapalgalised seaduslikud töötajad
MSM	meestega seksivad mehed
MTÜ	mittetulundusühing
NSI	narkootikumide süstivad inimesed
PEP	kokkupuutejärgne profülaktika (post-exposure prophylaxis)
PrEP	kokkupuute-eelne profülaktika (pre-exposure prophylaxis)
STLI	seksuaalsel teel levivad infektsioonid
TAI	Tervise Arengu Instituut (Eesti)
TB	tuberkuloos
WEEPI	Lääne- ja Ida-Euroopa HIV, viirushepatiidi ja tuberkuloosi partnerlusalgatus (Western-Eastern European Partnership Initiative on HIV, Viral Hepatitis and TB) (Šveits)
VP	varjupaigataotleja/pagulane
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization)
—	ei kohaldu / puudub

Lühikokkuvõte

Sissejuhatus

Ränne mõjutab nakkushaiguste, sealhulgas HIV, tuberkuloosi (TB) ja viirushepatiitide epidemioloogilist olukorda. Näiteks 2019. aastal registreeriti 44% uutest HIV juhtudest Euroopa Liidus/Euroopa Majanduspiirkonnas immigrandide seas. Immigrandid seisavad ravile pääsemisel ja ravisoostumusel silmitsi erinevate takistustega, sealhulgas vähene enesehinnanguline TB risk, häbimärgistamine ja hirm tervishoiuteenuste osutamisel esineda võiva diskrimineerimise ees. Eeltoodut tuleks teenuste osutamisel arvesse võtta. 2020. aastal rändas Eestisse sisse üle 16 000 inimese. Immigrantide ei ole seni olnud peaaegu mingit rolli Eesti HIV-epideemias ega kaasuvate infektsioonide esinemisel. Uuringu eesmärgiks oli vaadelda HIV ja kaasuvate infektsioonidega seotud riskikäitumist erinevates immigrantide rühmades Eestis, kaardistada nende vajadused ning tuvastada puudujäägid olemasolevates ennetus-, sotsiaal- ja tervishoiuteenustes.

Metoodika

Immigrantide erinevate rühmade seas viidi läbi kakskümmend kaks põhjalikku poolstruktureeritud intervjuud ja lisaks intervjuueeriti kolme immigrantidega töötavat spetsialisti. Keskenduti äsja saabunud immigrantidele (saabunud viimasel kolmel aastal), et uurida, kuidas kohanevad inimesed Eestis rahvatervishoiu kontekstis. Sooviti kaasata erinevaid immigrantide rühmasid, sealhulgas haavatavad rühmad (ebaseaduslikult töötavad inimesed, meestega seksivad mehed, HIV-ga inimesed).

Tulemused

Olulisemate toetusallikatena nimetati teisi immigrante, diasporaa organisatsioone ja pereliikmeid nii Eestis kui välismaal. Seoses juurdepääsuga tervishoiuteenustele ilmnedid mitmed väärarusaamad ja teabe puudumine selle kohta, millised teenused on saadaval ja kellel on neile juurdepääs. Peamine takistus tervishoiuteenustele juurdepääsemisel oli seotud staatusega – vastavaid teenuseid ei saanud kasutada illegaalsed immigrandid ja elamisloata inimesed. Ebaseaduslikud immigrandid kartsid ka tagajärgi ja konfidentsiaalsuse kaotamist arstiabi taotlemisel. Osalejad mainisid tervishoiuteenuste osas ka Eesti tavarahvastikuga sarnaseid probleeme – pikad ootejärjekorrad, kõrged hinnad (eriti hambaravi), mitte abivalmis tervishoiutöötajad. Keele- ja kultuuriprobleeme mainiti mitu korda – isegi Tallinnas oli olnud raske leida inglise või vene keelt kõnelevat arsti ning tervishoiutöötajad ei olnud harjunud teistsuguse kultuuritaustaga inimestega suhtlema. Osalejad mainisid ka raskusi seoses rasestumisvastaste vahendite ja kondoomide kättesaadavusega.

Enamik osalejaid olid HIV-st ja tuberkuloosist teadlikud ning neid oli elu jooksul testitud. Eestis viibimise ajal oli testimine vähene, eriti tuberkuloosi sõeluuringus osalemine. Kõik kolm HIV-ga elavat osalejat said tasuta antiretroviirusravi ja neil polnud süsteemi kohta kaebusi. Suurem osa meestega seksivatest meestest (n = 9) ei olnud HIV kokkupuute-eelsest profülaktikast kuulnud ja vaid vähesed olid seda Eestis kasutanud. Kokkupuute-eelse profülaktikaga seotud süsteemi peeti keeruliseks. Vaktsineerimise kontekstis mainiti kõige sagedamini grippi (andmete kogumise ajal ei olnud COVID-19 vastane vaktsineerimine laialdaselt kättesaadav). Kaks kolmandikku vastanutest ütles, et Eestis ei olnud keegi neile vaktsineerimist pakkunud.

Järeldused

Kokkuvõttes töid äsja Eestisse saabunud immigrandid esile Eesti rahvatervishoiusüsteemi puudujääke, millega ei ole rahul ka kohalikud inimesed. Siiski esines ka staatusega seotud teistsuguseid probleeme. Lähitulevikus tuleks asjakohaselt koolitada erinevate organisatsioonide immigrantidega ja varjupaigataotlejatega töötavaid spetsialiste. Immigrantidele mõeldud teabe- ja haridusprogrammid peaksid olema kultuuriliselt sobivad ja kohandatud nende vajadustele. Häbimärgistamise vähendamine ja inimõiguste jõustamine on inimeste vajaduste rahuldamiseks hädavajalik. Rahvatervishoiu seisukohast on põhilisi tervishoiuteenuseid vaja osutada ka ebaseaduslikele dokumentideta immigrantidele, sealhulgas

tuleb tagada, et nad saaksid nakkushaiguste ravi võimalikult varakult. See on eriti oluline COVID-pandeemia valguses. Immigrandid ise võivad olla HIV-ga seotud teenuseid pakkuvatele organisatsioonidele oluliseks inimressursiks ning nende kaasamine vabatahtlikena aitaks kaasa HIV ja kaasuvate infektsioonide edukamale ennetamisele.

РЕЗЮМЕ

Введение

Миграция влияет на эпидемиологию инфекционных заболеваний, включая ВИЧ, туберкулез (ТБ) и вирусный гепатит. Например, 44% людей, у которых был диагностирован ВИЧ в Европейском союзе / Европейской экономической зоне в 2019 году, были мигрантами. Мигранты сталкиваются с трудностями во время получения медицинской помощи в полном объеме и приверженности к уходу, включая низкий уровень самооценки риска туберкулеза, стигму и страх дискриминации в медицинских учреждениях. Это следует учитывать при предоставлении услуг. В 2020 году в Эстонию иммигрировало более 16000 человек. До сих пор мигранты практически не играли роли в эстонской эпидемии ВИЧ, а также в бремени сопутствующих инфекций. Целью исследования было изучить рискованное поведение, связанное с ВИЧ и сопутствующими инфекциями, среди различных подгрупп мигрантов в Эстонии, а также составить карту их потребностей и выявить пробелы в существующих профилактических, социальных и медицинских услугах.

Методология

Было проведено 22 глубинных полуструктурированных интервью с представителями разных подгрупп мигрантов и 3 интервью со специалистами, работающими с мигрантами. Основное внимание уделялось вновь прибывшим мигрантам (за последние три года) с целью изучения того, как люди адаптируются в Эстонии в контексте общественного здравоохранения. Были выбраны различные группы мигрантов, в том числе уязвимые группы населения (нелегально работающие люди, мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), люди, живущие с ВИЧ).

Результаты

Другие мигранты, неправительственные организации диаспор и члены семей как в Эстонии, так и за рубежом были упомянуты, как наиболее важные источники поддержки. Что касается доступа к медицинским услугам наблюдалось несколько заблуждений и недостаток информации о том, что доступно и кто может получить доступ к услугам. Основное препятствие для доступа к медицинской помощи было связано со статусом - нелегальные иммигранты и люди без вида на жительство. Незаконные мигранты также опасались последствий и потери конфиденциальности в случае обращения за медицинской помощью. Участники также сообщили о проблемах с медицинскими услугами, схожими с проблемами населения Эстонии - длинные очереди, высокие цены (особенно стоматологические услуги), невнимательный медицинский персонал. Языковые и культурные вопросы упоминались несколько раз - даже в Таллинне было трудно найти врача, говорящего по-английски или по-русски, а медицинский персонал не использовался для общения с людьми другого культурного происхождения. Участники также сообщили о трудностях с доступом к средствам контроля рождаемости, а также к презервативам.

Большинство участников знали о ВИЧ и туберкулезе и прошли тестирование при жизни. Тестирование во время их пребывания в Эстонии было ограниченным, особенно скрининг на туберкулез. Все три ВИЧ-положительных участника получали бесплатную АРВ терапию и не жаловались на систему. Большинство мигрантов-МСМ (n = 9) не слышали о доконтактной профилактике ВИЧ, и лишь немногие использовали ее в Эстонии. Систему предэкспозиционной профилактики сочли сложной.

В контексте вакцинации чаще всего упоминался грипп (на момент сбора данных вакцинация против COVID-19 не была широко доступна). Две трети респондентов заявили, что никто в Эстонии никогда не предлагал им вакцинацию.

Заключение

В заключение, вновь прибывшие в Эстонию отметили пробелы в системе здравоохранения Эстонии, которые не устраивают и местных жителей. Но они также столкнулись с уникальными проблемами, связанными с их статусом. В ближайшем будущем необходимо обеспечить обучение и информацию для специалистов, работающих с мигрантами и лицами, ищущими убежища, в различных организациях. Информационные и образовательные программы для мигрантов должны соответствовать их культурным традициям и соответствовать их потребностям. Снижение стигмы и обеспечение прав человека необходимы для удовлетворения потребностей людей. С точки зрения общественного здравоохранения необходимо предоставить базовые медицинские услуги нелегальным мигрантам, не имеющим документов, включая помощь при инфекционных заболеваниях, как можно раньше. Это особенно важно в свете пандемии COVID. Сами мигранты могут служить значительным кадровым ресурсом для организаций, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ, и их участие в качестве волонтеров будет способствовать более успешной профилактике ВИЧ и сопутствующих инфекций.

1. Sissejuhatus ja taust

Ränne on inimkonna ajalugu alati kujundanud. Inimränne on inimeste liikumine ühest paigast teise, eesmärgiga kas ajutiselt või püsivalt uues kohas elama asuda. Seetõttu hõlmab mõiste „migratsioon/ränne“ suurt hulka inimesi, kes on erinevatel vabatahtlikel põhjustel või välisjõudude tõttu ümberasustatud. ÜRO mandaadi alusel ülemaailmsete rändeküsimustega tegelev organisatsioon Rahvusvaheline Migratsiooni-organisatsioon (International Organization for Migration – IOM) toob välja järgmised rändetüübid: tööränne ja raha liikumine, piirkondadevaheline ränne, ebaseaduslik ränne, rändajate ebaseaduslikult üle piiri toimetamine ja inimkaubandus ning riigisisised ja rahvusvahelised ümberasumised (1).

Rändetrendid muutuvad ja teatud ajavahemike tagant esinevad rändelained. Rändetrende võivad mõjutada poliitiline või majanduslik olukord ning kliimamuutus. Käesoleva raporti koostamise ajal toimus Leedus – üks kolmest Balti riigist, kus elab 3 miljonit inimest – immigrandide sissevool Valgevenest. Leedu ametnike hinnangul võib 2020. aastal üritada riiki jõuda rohkem kui 10 000 sisserändajat (2).

Euroopa riigid on nii sisserändajate rühmade allikad kui vastuvõtjad. Väljaränne Ida-Euroopa riikidest Lääne-Euroopasse on olnud kasvav trend, eriti pärast Euroopa Liidu laienemist 2004. ja 2007. aastal, millega hõlmati rohkem Ida-Euroopa liikmesriike. Suurimad sisserändajate allikad Euroopas on Ida-Euroopa riigid nagu Vene Föderatsioon, Ukraina, Poola ja Rumeenia. Euroopa kaks suurimat rändekoridori on rändevood Ukrainast ja Kasahstanist Vene Föderatsiooni. Märkimisväärsed immigrantide vood saavad Venemaa Föderatsiooni ka Usbekistanist, Aserbaidžaanist ja Valgevenest. Kokku on Euroopa esimesest kahekümnest rändekoridorist kaheksa piirkondadevahelised, kulgedes endiste NSVL riikide vahel (3).

Viimase viie aasta üks olulisemaid konflikte, mis põhjustas põgenike arvu märgatava tõusu Euroopa riikides, oli kodusõda Süürias. Nii seisis Euroopa aastatel 2015–2016 silmitsi suurima rändekriisiga pärast Teist Maailmasõda. Sel aastal ületas Vahemere üle miljoni inimese, otsides uut elu Euroopa riikides. Selle rändelaine raames saabus immigrante 2019. aastal ligikaudu 120 000 (4).

Selline ümberasustatud isikute koondumine ja uues kohas viibimisega seonduvate probleemide (nagu vastuvõtivate riikide ebapiisavad jõupingutused integratsiooni soodustamisel, diskrimineerimise ja eelarvamuste levik ning suured tõkked tervishoiuteenustele, hariduse omandamisele ja muude vajaduste täitmisele) pakilisus tõi kaasa pagulaskogukonna mobiliseerumise ja selle esindajate osalemise Euroopa Parlamendi valimistel (3).

Pagulaste ja immigrantide sissevool WHO Euroopa piirkonda alates 2015. aastast on toimunud korduvate lainetena, hõlmates pagulasi ja immigrante mitmekümnest mitmesajani, sageli samaaegselt erinevates piirkondades; sisseränne suureneb suvekuudel märkimisväärselt (5). 2019. aasta 1. jaanuari seisuga elas Euroopa Liidus 21,8 miljonit inimest, kellel ei olnud EL kodakondsust. Eelnimetatud moodustasid 5% kogu elanikkonnast. Samal ajal elas 13,3 miljonit Euroopa Liidu kodanikku mõnes muus liikmesriigis kui nende päritoluriik (4).

Süüria kriisi taustal märkavad inimesed harva „vaikset rännet“ nagu näiteks piiriülene turism, ajutise või alalise töötamise või õppimisega seotud ränne, perekonna taasühinemine jne. Siiski on sellised protsessid pidevad ja mõjutavad sotsiaalset olukorda samavõrd, seda eriti rahvatervishoiu valdkonnas (3).

Muuhulgas mõjutab ränne nakkushaiguste, sealhulgas HIV, tuberkuloosi (TB) ja B-/C-hepatiidi epidemioloogiat. Nii on see ka Euroopa Liidu/Euroopa Majanduspiirkonna (EL/EMP) riikides. Mõningaid immigrantide rühmi loetakse alaimmuniseeritud rühmaks, kellel on oht haigestuda vaktsiinide abil ennetatavatesse haigustesse (6). Immigrandid on peamine HIV-st mõjutatud rahvastikurühm kogu Euroopas. Kuigi enamik immigrante on HIV-negatiivsed, võib väike osa

nende kogukondadest olla HIV suhtes haavatavam, kuna HIV on nende päritoluriikides levinum ning toimub kogukonnasisene seksuaalne levik kogukondades, kus rändejärgne levimus on suurem (7). 44% EL-s/EMP-s 2019. aastal HIV diagnoositutest olid immigrandid, kes olid pärit väljastpoolt riiki, kus neile diagnoos pandi – 18% oli pärit Sahara-taguse Aafrika riikidest, 9% Ladina-Ameerika ja Kariibi mere riikidest, 8% teistest Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest ja 3% teistest Lääne-Euroopa riikidest (8).

Euroopas on selles valdkonnas tuvastatud nii mitmeidki tõkkeid ja puudujääke. Immigrandid seisavad silmitsi takistustega ravile pääsemisel ja ravisoostumusel, sealhulgas vähene enesehinnanguline TB risk, häbimärgistamine ja hirm tervishoiuteenuste osutamisel esineda võiva diskrimineerimise ees – selle kõigega tuleks teenuste osutamisel arvestada. Vere kaudu ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide risk immigrantide seas on seotud poliitiliste ja sotsiaalkultuuriliste teguritega (9). Residendistaatuseta immigrandid võivad tervishoiuteenuseid vältida, kuna kardavad immigratsiooniõiguse rakendamisega seonduvat. Immigrantide teadlikkus infektsioonidest ja nende riskiteguritest võib olla vähesem, mistõttu võib sõeluuringutes osalemise tase olla madalam (6). Kõik eeltoodu suurendab immigrantide haavatavust HIV ja kaasuvate infektsioonide suhtes.

Kesk- ja Ida-Euroopa ning Kesk-Aasia piirkonnas esinevad kõik võimalikud rände põhjused: sõjad (Armeenia/Aserbaidžaan, Gruusia/Venemaa, Moldova, Venemaa/Ukraina), tööränne (Tadžikistan/Venemaa, Tadžikistan/Iraan, Usbekistan/Venemaa, Kõrgõzstan/Kasahstan, Ukraina/Poola, Valgevene/Leedu jne.), süstemaatiliste inimõiguste rikkumiste tõttu rahvusvahelise kaitse otsijad (Valgevene, Venemaa, Usbekistan, Türkmenistan jne.) (10) ning ränne elutähtsa arstiabi saamiseks (näiteks transsooliste inimeste ränne Venemaale, Iraani või Türki soovahetusprotseduuride läbiviimiseks). Lisaks on piirkonnas äärmiselt ebasoodne olukord seoses HIV ja hepatiidi epideemiatega.

1.1. Immigratsioon Eestis

WHO (2018) andmetel moodustasid rahvusvahelised immigrandid kuni 15% Eesti elanikkonnast (5). Aastatel 2011–2014 rändas Eestisse igal aastal 2000–4000 inimest. Alates 2015. aastast on need arvud kasvanud rohkem kui neli korda. 2020. aastal saabus Eestisse üle 16 000 inimese (11). Nii on sisseränne Eestisse aidanud kaasa elanikkonna kasvule viimase kuue aasta jooksul. Suur osa immigrantidest on EL ja Eesti kodanikud; siiski rändas 2020. aastal Eestisse ligi 1400 Venemaa ja 1600 Ukraina kodanikku. Teiste riikide kodanikke oli ligi 2200 (12). Eestis on ebaseaduslike immigrantide töö kasutamine kasvav tendents (13). Üle poole immigrantidest on mehed ja enamik on 20–49-aastased tööealised inimesed.

Immigrantidel ei ole seni olnud peaaegu mingit rolli Eesti HIV-epideemias ega kaasuvate infektsioonide esinemisel. Terviseameti avaldamata andmetel esines aastatel 2015–2019 4% uutest ägeda B-hepatiidi juhtudest, 0,5% uutest ägeda ja kroonilise C-hepatiidi juhtudest ning 1% uutest HIV-juhtudest immigrantide seas. Aastal 2020 märgati uut suundumust – 8% Eestis diagnoositud uutest HIV-juhtudest olid inimesed, kes olid varem saanud HIV diagnoosi mõnes muus riigis. Osa neist olid Eestisse naasvad eestlased, osa immigrandid (12).

Seni ei ole Eestis tehtud ühtegi konkreetset uuringut ega kogutud andmeid immigrantidel esineva HIV ja sellega seonduvate probleemide kohta.

1.2. HIV ja kaasuvate infektsioonide teenuste süsteemi kirjeldus

Toodud lühikirjeldus põhineb peamiselt Eesti Vabariigi riiklikul aruandel UNAIDS-ile (14).

HIV-testimine ja skriining

HIV-testimine on vabatahtlik ja seda võib teha ainult isiku teadlikul nõusolekul (nagu kõigi tervishoiuteenuste puhul). HIV-testi tegema võib saata iga Eesti arst (kas üld- või eriarst), lähtudes kliinilistest näidustustest, riskihinnangust või patsiendi soovist. HIV-testimist

teostatakse ainult tervishoiuasutustes (sh. perearstikeskused ja vanglate tervishoiuteenused). Testimise näidustuse korral viib pere- või eriarst ravikindlustatud patsiendil läbi tasuta HIV-testi. Kindlustamata inimesed saavad kasutada muid tasuta testimisvõimalusi nagu näiteks anonüümsed HIV-testimispunktid üle riigi. Kahjude vähendamise programmide raames pakutakse tasuta ka kodutesti.

HIV-ennetus narkootikumide süstivate inimeste seas

Süstlavahetusprogrammid Eestis käivitati 1997. aastal. Teenuseid pakutakse enamasti Tallinnas ja selle lähiümbruses ning Kirde-Eestis (ühiksa organisatsiooni). Kokku on 14 statsionaarset ja 22 mobiilset kahjude vähendamise punkti. Lisaks pakutakse narkootikumide süstivatele inimestele (NSI) opioidide asendusravi, seda peamiselt pealinnas Tallinnas ja Kirde-Eestis.

Kokkupuute-eelne profülaktika

Kokkupuute-eelne profülaktika (PrEP) on ametlikult kättesaadav alates 2020. aasta algusest. Sellise ravi peab määrama nakkushaiguste arst. Saatekirja ei ole vaja. PrEP ravimid on apteekides saadaval ja hüvitatakse 50% ulatuses, kui isikul on riiklik tervisekindlustus.

HIV-ga elavatele inimestele pakutavad tervishoiuteenused ja sotsiaalne toetus

Patsiendid, kelle HIV-test oli positiivne, suunatakse nakkushaiguste arsti juurde terve jälgimiseks, raviks, nõustamiseks ja kontaktide jälgimiseks. Ametlikku saatekirja ei ole vaja (erinevalt teiste eriarstide vastuvõtust, mille jaoks on vajalik perearsti saatekiri). HIV-ga seotud tervishoiuteenused, sealhulgas antiretroviirusravi (ARV-ravi), on kõikidele patsientidele tasuta. ARV-ravi saavad patsiendid peavad tavaliselt külastama haiglat kord kuus, et saada ühe kuu annus ARV-ravimeid. Patsiendid, kes veel ei saa ARV-ravi, külastavad tavaliselt haiglat üks või kaks korda aastas regulaarseks tervisekontrolliks. Mitmed mittetulundusühingud (MTÜ) pakuvad nõustamist HIV-ga elavatele inimestel ja nende lähedastele (sotsiaalsed, psühholoogilised ja juriidilised küsimused, ravi järgimine, HIV-ennetamine jne.).

HIV-infektsiooni emalt lapsele leviku ennetamine

Kõik rasedad naised Eestis on ravikindlustusega kaetud, kui tervishoiuspetsialistid on raseduse kinnitanud ja nii on neile tagatud tasuta kõik tervishoiuteenused (sh. profülaktiline ARV-ravi naistele ja vastsündinutele). Lisaks saavad HIV-positiivsed naised rinnapiimaasendajat tasuta kuni lapse aastaseks saamiseni.

Seksuaaltervis ja seksuaalsel teel levivate infektsioonidega seotud teenused

Üle riigi on 18 noorte nõustamiskeskust. Nendes keskustes pakutakse kuni 26-aastastele noortele STLI ja HIV-ga seotud nõustamist, diagnostikat ja ravi, samuti nõustatakse turvaseksi ja pereplaneerimise küsimustes. Teenused on kõigile klientidele tasuta.

Üldisel elanikkonnal on juurdepääs STLI-dega seotud teenustele oma perearstide juures (mida ravikindlustus sageli ei kata), günekoloogide (naistel) või uroloogide/androloogide (mehed) juures. Hormonaalseid rasestumisvastaseid preparaate kirjutavad enamasti välja perearstid ja günekoloogid.

Kondoome müüakse kõikjal. Riikliku HIV-ennetusplaani raames jagatakse tasuta kondome mitmetes punktides ja organisatsioonides – noorte nõustamiskeskustes, anonüümsetes HIV-nõustamis- ja testimiskabinettides, kahjude vähendamise keskustest, ambulatoorsetes nakkushaiguste osakondades, erinevatele riskirühmadele mõeldud keskustes jne.

Meestega seksivatele meestele (MSM) on kolm kliinikut, mis pakuvad tasuta STLI-dega seotud nõustamist ja testimist. Enamasti on ka ravi tasuta.

Prostitutsiooni kaasatute nõustamist ja sotsiaalset tuge pakub üks MTÜ Tallinnas ning riigi eri piirkondades on kolm seksuaaltervise kliinikut, mis pakuvad tasuta STLI ja HIV alast nõustamist, testimist ning ravi.

Tuberkuloosi ennetus ja ravi

Tuberkuloosi diagnoosimise ja raviga seotud tervishoiuteenuseid osutatakse tasuta kõigile patsientidele, ka neile, kellel puudub ravikindlustus. Kõigile TB-ga inimestele pakutakse regulaarselt HIV-testimist (nn. opt-out lähenemisviis, pulmonoloogide kutseühingu soovitusel).

Viirusliku hepatiidi ennetus ja ravi

Imikute ja teismeliste vaksineerimine B-hepatiidi vastu on riiklikus vaksineerimiskavas alates 2000. aastate algusest. Varem sündinud inimesed peavad ise vaksineerimiskulud katma, välja arvatud juhul, kui nende ametis peetakse vaksineerimist vajalikuks. B- ja C-hepatiiti diagnoosivad ja ravivad nakkushaiguste spetsialistid või gastroenteroloogid, vajalik on perearsti saatekiri. Riikliku tervisekindlustusega isikutele on teenused tasuta.

2. Meetodid

2.1. Uuringu eesmärk

Uuringu põhieesmärk oli aidata kaasa HIV ja kaasuvate infektsioonide (viirushepatiit, STLI, TB) ennetamisele erinevate immigrantide rühmade seas Eestis. Konkreetsed eesmärgid olid alljärgnevad:

- uurida HIV ja kaasuvate infektsioonidega seotud riskikäitumist erinevates immigrantide rühmades Eestis;
- kaardistada vajadused ja teha kindlaks puudujäägid immigrantidele pakutavates sotsiaal- ja tervishoiuteenustes ning HIV ja kaasuvate infektsioonidega seotud ennetusteenustes;
- pakkuda välja muudatusi olemasolevate teenuste süsteemis, et tuua HIV ja kaasuvate infektsioonide ennetus ja ravi immigrantideni.

Tegemist oli Eestis esimese selleteemalise kvalitatiivse uuringuga, mille raames sooviti leida praktilisi lähenemisviise asjaomase võtmerühma teenustesse kaasamiseks, mistõttu praeguses etapis selgeid hüpoteese püstitatud ei olnud. Peamised intervjuude käigus arutatud teemad olid järgmised:

- sotsiaal- ja tervishoiuteenuste nähtavus ja kättesaadavus Eestisse tulnud inimestele (nii seaduslikud kui ebaseaduslikud töötajad, pagulased, varjupaigataotlejad);
- riskikäitumine ja kontaktid sotsiaalhoolekande teenustega;
- immigrantide (sealhulgas ebaseaduslike immigrantide) vajadused, millistega seonduvalt on võimalik üles ehitada tõhusam süsteem HIV ja kaasuvate infektsioonidega seotud teenuste pakkumiseks.

Keskenduti pigem äsja saabunud immigrantidele (saabunud viimasel kolmel aastal), et uurida, kuidas inimesed Eestis kohanevad.

2.2. Metoodika

Uuringuküsimustele vastamiseks viidi läbi 25 poolstruktureeritud intervjuud erinevate immigrantide alarühmade esindajate ja spetsialistidega. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja osalejad võisid osalemise igal ajal ilma selgitusi andmata katkestada. Iga osaleja andis osalemiseks suulise teadliku nõusoleku. Isikuandmeid ei kogutud. Igale vastajale pakuti uuringus osalemise eest 30-eurost vautšerit. Uuringu kavandi kooskõlastas Tervise Arengu Instituudi inimuuringute Eetikakomitee (otsus number 607, 14.01.2021).

Uuringus osalejad jaotati kahte põhirühma: immigrantid, kes saabusid Eestisse mitte varem kui kolm aastat enne intervjuud (n = 22), ja spetsialistid, kes tegelevad teenuste otsese osutamisega immigrantidele või varjupaigataotlejatele MTÜdes või riigiasutustes (n = 3).

Osalemiskriteeriumid olid järgmised:

1) Immigrant või varjupaigataotlejad/pagulased:

- ei ole Eesti kodanik ega oma välismaalase passi
- tuli Eestisse viimase kolme aasta jooksul (seaduslikult või ebaseaduslikult)
- 18-aastane või vanem
- valdab vene, inglise või eesti keelt

2) Immigrantide või varjupaigataotlejate/pagulastega töötavad inimesed:

- on Eesti kodanik või omab välismaalase passi
- on Eestis elanud seaduslikul alusel vähemalt 10 aastat
- 18-aastane või vanem
- valdab vene, inglise või eesti keelt
- otseselt hõivatud immigrantidele või varjupaigataotlejatele teenuste pakkumisega (MTÜ või riigistuses)

Kuna uuringus keskenduti HIV-le ja kaasuvatele infektsioonidele, sooviti kindlasti kaasata ka inimesi haavatavatest rahvastikurühmadest (näit. HIV-ga elavad inimesed, MSM).

Esimesed immigrantidest osalejad selgitasid välja Ukraina Organisatsioonide Assotsiatsiooni Eestis, Eesti HIV-positiivsete Võrgustik ja Integratsiooni Sihtasutus. Teine osalejate rühm värvati selliste tutvumisrakenduste abil nagu Tinder ja Grindr. Värbamisprotsess tugines ka lumepallimeetodile, st. kõigil vastajatel paluti anda vähemalt ühe sarnase staatusega/sarnases olukorras oleva sõbra või tuttava kontakt. Immigrantide, varjupaigataotlejate või pagulastega töötavad spetsialistid värvati asjaomaste organisatsioonidega otse ühendust võttes.

Intervjuud viis läbi intervjuerija Erika Tšerkašina 2021. aasta jaanuarist maini. COVID-19 pandeemiast ning vastavatest riskidest ja piirangutest tulenevalt viidi kõik intervjuud läbi veebis. Kõik vastajad andsid intervjuude salvestamiseks nõusoleku ja nii salvestatigi kõik intervjuud (ainult heli). Intervjuud viidi läbi kas inglise, vene või eesti keeles. Iga intervjuu lõpus teavitati osalejaid HIV-ist ja tervishoiuteenustest Eestis, sai esitada oma olukorrale spetsiifilisi küsimusi ning anti juhiseid terviseiga seotud probleemide lahendamiseks.

Värbamisel oli mitmeid väljakutseid. Värbamiskriteeriumidele vastavaid osalejaid oli keeruline leida. Näiteks olid paljud immigrantid Eestis elanud üle kolme aasta. Teiseks keeldusid paljud potentsiaalsed vastajad usulistel põhjustel intervjuud andmast (mõned moslemid keeldusid vestlusest seksuaalsust puudutavate küsimuste tõttu). Kolmandaks ei osanud mõned osalemisest huvitatud ei eesti, vene ega inglise keelt. Nii keeldus pärast uuringu tutvustamist osalemast 20 potentsiaalset vastajat.

2.3. Andmehaldus ja -analüüs

Intervjuu helisalvestise põhjal koostasid intervjuerijad sõnasõnalised transkriptsioonid ja kodeerisid need MAXQDA tarkvaraga. Transkriptsioonide täpsust kontrollis uuringu koordinaator. Pärast transkriptsioonide täpsuse ja täielikkuse kontrollimist helisalvestised kustutati. Transkriptsioonid ei sisaldanud isikuandmeid nagu nimed, sünniaeg või -koht, kodune aadress. Muud nimed, aadressid ja linnad, millest intervjuu käigus räägiti lühendati esimese täheni. Näiteks „isik T“ või „linn L“.

Transkriptsioone analüüsiti kvalitatiivselt ning koostati kokkuvõtte peamistest intervjuude käigus tõstatatud teemadest ja probleemidest. Aruandes kasutatakse ka otseseid tsitaate. Otsesed tsitaadid on kaldkirjas, autorite kommentaarid nurksulgudes „[]“. Kui tekstiosa on välja jäetud, on see märgitud kui „/.../“.

Igale viitele järgneb teave osaleja kohta, näit. „Vene Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 4 kuud Eestis, Tallinn“. Nimetatud andmetega näidatakse ära vastaja päritoluriik, vanus, sugu, immigrantide tüüp (lühendid lühendite loetelust), Eestis viibimise kestus ja piirkond, kus isik siin elab ning mõnel juhul ka HIV-staatus.

3. Tulemused

3.1. Demograafilised andmed

Löpliku valimi suurus oli 25 inimest – kolm spetsialisti ja 22 immigranti/pagulast (üksikasjalikud andmed on toodud tabelis 1).

Üks spetsialist oli riigiasutusest Integratsiooni Sihtasutus (ISA) ning kaks pagulastega tegelevatest MTÜ-dest. Spetsialistidel oli immigrantidega seotud töökogemust üle seitsme aasta. Kõigil küsitletud spetsialistidel oli Eesti tervishoiusüsteemiga suhtlemise kogemus, seda enamasti siiski tavakodanikuna.

Immigrandid:

- Kuus immigranti olid pärit Ukrainast, kuus Venemaa Föderatsioonist, kolm Kesk-Aasiast (Tadžikistan ja Kasahstan), kaks Egiptusest, kaks Brasiiliast, kaks Euroopast (Norrast ja Saksamaalt) ning üks Alžeeria.
- Intervjueeritud immigrantide keskmine vanus oli 31.
- Osalejate hulgas oli 15 meest ja seitse naist.
- 13 vastajat intervjueeriti vene keeles ja üheksat inglise keeles.
- Enamik küsitletuid (19 22-st) elas Tallinnas, kolm Kirde-Eestis.
- Immigrandi keskmine Eestis viibimise aeg enne intervjuud oli 20 kuud (veidi üle pooleteise aasta).
- Kõigi küsitletud immigrantide seas oli kaheksa madalapalgalist seaduslikku töötajat (MPST), kaheksa kesk- ja kõrgepalgalist seaduslikku töötajat (KKPST), kolm madalapalgalist ebaseaduslikku töötajat (MPEST) ning kolm varjupaigataotlejat/pagulast (VP).
- Kõigi vastajate seas oli kolm immigranti, kellel oli Eestis diagnoositud HIV vähem kui kolm aastat tagasi.

3.2. Tööhõive valdkonnad

Osalenud immigrandid tegelesid Eestis erinevat tüüpi tegevustega – juhutöödest (koristaja, peakoka assistent jne.) mainekate ja kõrgelt tasustatud IT-töödeni. Loomulikult oli see seotud nii oskuste kui õigusliku seisundiga. Üks vastanutest märkis: „*Välismaal on raske tööd otsida keelt oskamata, igasuguste õigusteta. Nii pidin koristajana töötama. Töötasin seaduslikult umbes aasta.*“ (Ukraina, 30-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Majanduslikud põhjused sunnivad immigrante otsima enam-vähem seaduslikke võimalusi Eestisse jäämiseks, kuigi vähem prestiižsetel ametikohtadel võrreldes töökohtadega, mis olid neil enne kodumaalt lahkumist. „*Pidin otse nendega töötama seoses venekeelsete riikide sektoriga /.../ Aga algusest peale ei läinud asjad väga hästi ja ma ei töötanud ametlikult, sain raha /.../ nad teavad mu olukorda, jätkan mitteametlikult töötamist. Nii et ma ei maksa makse.*“ (Kasahstan, 33-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Võib jääda mulje, et postsovetlikest riikidest pärit immigrantidele, kes inglise keelt ei oska, on madalapalgaline töö ainus võimalus; järgmine näide kirjeldab aga enne kolimist Belgias elanud inglise keelt kõneleva inimese kogemust: „*Olen 28-aastane ja kolisin Tallinnasse alles paar kuud tagasi. Enne seda elasin Belgias umbes viis aastat. Tulin õppima, hetkel töötan. /.../ Nüüd töötan turvamehena poes ja laos.*“ (Venemaa, 28-aastane, mees, MPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Tabel 1. Osalejate taustandmed (tabelis toodud spetsialistide puhul jätsime anonüümsuse tagamiseks välja nende vanuse ja soo)

Nr.	Päritoluriik	Vanus	Sugu	Intervjuu keel	Sotsiaalne staatus	Elukoht Eestis	Mitu kuud Eestis viibinud	HIV staatus
1	Ukraina	46	Naine	vene keel	MPST	Tallinn	6	Neg
2	Ukraina	30	Naine	vene keel	KKPST	Tallinn	18	Neg
3	Ukraina	31	Mees	vene keel	KKPST	Tallinn	1	Neg
4	Ukraina	33	Mees	vene keel	MPST	Tallinn	33	Neg
5	Ukraina	30	Naine	vene keel	MPST	Tallinn	24	Neg
6	Venemaa	28	Mees	vene keel	MPST	Tallinn	4	Neg
7	Venemaa	28	Mees	vene keel	MPST	Narva	30	Neg
8	Venemaa	27	Mees	vene keel	KKPST	Tallinn	25	Neg
9	Venemaa	36	Mees	vene keel	MPST	Narva	30	Pos
10	Venemaa	35	Naine	vene keel	VP	Tallinn	30	Neg
11	Venemaa	35	Mees	vene keel	MPST	Sillamäe	5	Pos
12	Kasahstan	24	Mees	vene keel	MPEST	Tallinn	10	Neg
13	Brasiilia	32	Mees	inglise keel	MPST	Tallinn	6	Neg
14	Norra	27	Mees	inglise keel	KKPST	Tallinn	8	Neg
15	Brasiilia	26	Mees	inglise keel	KKPST	Tallinn	4	Neg
16	Saksamaa	37	Mees	inglise keel	KKPST	Tallinn	30	Neg
17	Kasahstan	33	Naine	vene keel	MPEST	Tallinn	24	Neg
18	Tadžikistan	29	Mees	vene keel	VP	Tallinn	34	Pos
19	Egiptus	33	Naine	inglise keel	VP	Tallinn	24	Neg
20	Alžeeria	30	Naine	inglise keel	KKPST	Tallinn	24	Neg
21	Egiptus	30	Mees	inglise keel	KKPST	Tallinn	34	Neg
22	Ukraina	30	Mees	vene keel	MPST	Tallinn	24	Neg

23	Eesti	—	—	eesti keel	ISA	Tallinn	—	—
24	Eesti	—	—	inglise keel	MTÜ	Tallinn	—	—
25	Eesti	—	—	inglise keel	MTÜ	Tallinn	—	—

3.3. Eestisse tuleku põhjused

Mõnel juhul otsustati kolida **majanduslikel põhjustel**: „Hariduselt olen insener-geodeet. Ukrainas tegin seda tööd 10 aastat, aga siis kukkus palk kokku ja dollaritesse ümber arvutades osutus see 280 USD-ks. Sellise raha eest töötamine jättis halva tunde – nii hakkasin mõtlema, kuidas elatist teenida. Ausa tööga muidugi. Kuigi töötan maasektoris ja seal on võimalusi ebaausalt teenida, ei ole ma selline inimene.“ (Ukraina, 33-aastane, mees, MPST, 33 kuud Eestis, Tallinn).

Lisaks majanduslikele põhjustele nimetasid vastajad ka **perekondlikke asjaolusid** (abikaasa või seksuaalpartneri juurde kolimine, vanematega ühinemine), kolimist **töö** või **õppimisega** seoses, **varjupaiga** taotlemist jne.: „Saabusin umbes kuu aega tagasi /... / Mu tüdruksõber elab Eestis ja ma otsustasin siia kolida, kuna praegu on väga raske kaugsuhet hoida,“ [suletud piiridega]. (Ukraina, 31-aastane, mees, KKPST, 1 kuu Eestis, Tallinn).

„Esimest korda tulin turistina ja plaanin lastega siia jääda /.../ mu endisel abikaasal on Egiptuses poliitilised probleemid ja ta elab Saksamaal, aga praegu me Saksamaale minna ei saa. Nii tulime Eestisse Tallinna lennujaamas. Mul oli Eesti Schengeni viisa, aga lennujaam ei võtnud seda vastu ning tühistas mu viisa ja ka laste viisad /.../ Nii ütlesin lennujaamas politseile, et olen pagulane. Ja meile tehti selline isikutunnistus, et jääda siia kolmeks aastaks. Ja pärast seda vaatab politsei, mida nad minuga tegema peavad.“ (Egiptus, 33-aastane, naine, VP, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Oluline on märkida, et mõned vastanutest mainisid, et politseiametnikud suhtusid elamisloa taotlusi menetledes asjasse eelarvamusega.

3.4. Prostitutsioon ja inimkaubandus

Osalejate endi hulgas ei olnud prostitutsiooni kaasatuid ega inimkaubanduse ohvreid. Küsitletud spetsialistid ei olnud selliste immigrantidega kohtunud või vähemalt ei olnud immigrandid sellest rääkinud, samas on see osaliselt tingitud nõustamise spetsiifikast: „Ma ei tea seda [kas on seksitöoga seotud kliente]. Ma ei usu. Mul ei ole kunagi kellegi suhtes sellist tunnet olnud. Millegipärast arvan, et riigiasutustesse need inimesed sageli ei tule. Integratsiooni Sihtasutus on ikkagi riigiasutus, kuigi meie oleme sihtasutus. Ja Rahvusvaheline maja... Ma ei usu, et ka nad [immigrantidest prostitutsiooni kaasatud] sinna jõuavad. Eesti keele kursusele nad oma töö pärast vaevalt tulevad. Mul on tunne, et nad on täpselt nõ. hallis tsoonis ja nad ei pöörduks kellegi poole abi või nõu saamiseks, kuna nende tegevus on siin ebaseaduslik. Tavaliselt nad abi ei otsinud. /.../ Ma ei tea [kas on inimkaubanduse ohvritest kliente]. /.../ Kord andsin keelenõustamist ühele noorele naisele, kes saabus Ukrainast Eestisse tööle. Ja tema ettevõtte juht oli täpselt [nagu inimene, kes tegeleks inimkaubandusega]... See on väga subjektiivne, kuidas ma selle kohtumise suhtes tundsin. Kõiki tema asju organiseeris see mees, kes oli selle ettevõtte juht. Tõesti oli tunne nagu oleks ta nukk selle mehe käes. Tema käes olid kõik naise dokumendid, tal oli selle naise kohta terve kaust. Meie kohtumine oli veel näost-näkku ja toimus Eesti keele majas. Palusin mehel ukse taga oodata, et saaksin naisega omavahel suhelda. Pakume individuaalset nõustamist; grupinõustamist me tavaliselt ei kasuta. Kõik tundus väga hea, aga mind häiris, et kõik tema asjad olid selle mehe kätes ja ta tahtis isegi tema eest vastata. Mees ütles, et naine tuleb siia keelekursusele ja palus mul selle korraldada. Naisel ei paistnud olevat mingeid oma soove. Samas ei saa ma tõestada ega väita, et midagi taolist

[inimkaubandust] oleks olnud, aga mu häirekellake läks kergelt tööle. Mida ma selle naisega suheldes väga rõhutasin, oli see, et „siin on minu kontaktid, küsimuste korral palun võtke minuga ühendust“. Ma ei saanud mingeid kaebusi esitada, sest see ei olnud meie kohtumise sisu – rääkisime, kuidas eesti keelt õppida, millised on erinevad võimalused. Aga see oli üks ja ainus juhtum. Ma ei tea, kuidas need skeemid siin käivad, ma pole sellega kokku puutunud.“ (Spetsialist, riigiasutus).

Samas märkis teine spetsialist, et osad immigrandid saavad Euroopa Liitu pääsemiseks kasutada inimkaubandusega tegelevate inimestega seotud võimalusi: „Kui soovite seksiga kaubitsemise kohta rohkem teada saada, siis Eestis on MTÜ Eluliin, millel on see konkreetne kõrvaltegevus selliste inimestega töötamiseks. Me tõesti ei tea. Me ei tegele otseselt inimkaubandusega; teame vaid, et mõned meie kliendid kasutasid inimkaubitsejate abi, et Süüriast või Türgist või muust riigist pääseda, kuid mitte seksuaalses kontekstis. Nad maksid tohutult raha koha eest laeval või midagi sellist.“ (Spetsialist, MTÜ).

3.5. Mitteametliku toetuse allikad

Sugulased, kelle poole vastajad said vajadusel abi saamiseks pöörduda, asusid tavaliselt väljaspool Eestit. Erandiks olid need immigrandid, kes kas kolisid riiki koos abikaasa või teiste sugulastega, vahetasid elukohariiki abielu tõttu või tulid seksuaalpartneri juurde. Vaatamata sellele, et osadel vastajatel ei olnud Eestis sugulussidemeid, märkisid nad, et **suhtlevad välismaal asuvate sugulastega**, sealhulgas konsulteerivad haiguste korral: „Ja oma perekonnast on mul minu arvates kõige rohkem kontakti emaga. Kaotasin oma isa viis aastat tagasi, nii et ta elab üksi koos mu venna ja mu kahe õe ja õepojaga. Räägin enamasti oma ema ja õega, aga nad on Brasiilias. Nii et ma olen üksi, füüsiliselt üksi.“ (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

Kui **Eestis on sugulasi või sõpru**, siis nende abi realiseerub mitmel viisil. Esiteks saavad sõbrad ja sugulased aidata sisserändajat esmakordselt Eestisse tulles hädavajaliku teabega, kuidas midagi teha (perearst leida, kus on supermarket, kuidas helkurit kasutada jne.): „Loomulikult võtan kuulda tema nõuandeid, kuidas oma elu Eestis korraldada – ma ei tea siin peaaegu mitte kedagi ja mitte midagi [Ütlesite, et tulite Eestisse oma tüdruksõbrale külla. Kas ta aitab Teil oma tervist puudutavaid otsuseid teha ja sellega seotud probleeme lahendada?]. Olen siin olnud alles kuu aega... Nii et terviseprobleeme pole veel olnud ja nii ei ole me seda üksikasjalikult arutanud. Natuke aega tagasi käis ta end HIV ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide osas testimas ning soovitas mul ka seda teha. Ma keeldusin... Oleme olnud suhtes pikka aega ja pealegi kinnitasid tema analüüsid, et kõik on korras.“ (Ukraina, 31-aastane, mees, KKPST, 1 kuu Eestis, Tallinn).

Teiseks, kui sisserändaja abikaasa on ametlikult tööl, siis nende maksude arvelt saab töötu või mitteametlikult töötav immigrant arstiabi oma perekonna või sõprade vahendusel: „Jah, tal [abikaasal] on see [ravikindlustus] olemas. Ta maksab makse. Saime teada, et kui hiljem tuleb elamisloa kvoot ja ta teeb need dokumendid, siis saame oma lapse siia registreerida. Kuna tal on Haigekassa [riiklik tervisekindlustus], siis on võimalik saada ka meie lapsele arstiabi.“ (Ukraina, 30-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Kolmandaks märkisid vastajad, et neile võivad toeks olla nii teised sisserändajad kui ka kolleegid Eestis: „Eestis saan oma töökaaslastega ühendust võtta ja olen ka tutvunud paari inimesega, aga ma ei saa neile loota, kui mul peaks probleeme olema.“ (Norra, 27-aastane, mees, KKPST, 8 kuud Eestis, Tallinn).

Seoses muude toetusallikatega mainiti lisaks kolleegidele sageli **diasporaa**¹ (Armeenia, Aserbaidžaan, Brasiilia, Gruusia, Ukraina jne.) organisatsioonide või kogukondade abi: „Olen Eestis juba uusi tutvavaid leidnud... Leidsin siit Ukraina organisatsiooni. Need inimesed ei ole kindlasti minu perekond. Lihtsalt toredad sõbrad.“ (Ukraina, 46-aastane, naine, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

¹ Diasporaa on hajutatud populatsioon, kes on pärit eraldi geograafilisest piirkonnast

Mõnedel juhtudel jätkuvad sisserändajate vahel loodud kontaktid ja on toeks ka pärast nende tuttavate Eestist lahkumist: „Mul on tõesti praegu teatud olukord, seega pöördusin oma naabri ja poiss-sõbra poole. Ja ka sõbra poole, kes mul on Soomest. Ta oli minu majas, nii on ta mu vanim kontakt ja lähim siin. Mul on temaga suurem side, kuigi ta on Soomes.“ (Brasiilia, 26-aastane, mees, KKPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Ja lõpuks võivad tuge pakkuda uued tutvused **Eesti kodanike** seas: „Jah, [sõpru Eestis] on. Need on inimesed, kellega ma koos õpin ja töotan. Nad on kõik eestlased ja kuna nad elavad siin, siis aitavad nad mind keeleprobleemide korral ja kui mul on vaja midagi tõlkida.“ (Tadžikistan, 29-aastane, mees, VP, 34 kuud Eestis, Tallinn, HIV-positiivne).

3.6. Vaba aeg

Uuringus osalenud immigrantide hulgas võib eristada kahte rühma. Mõned märkisid, et peavad pühendama oma vaba aja mõnele teisele tööle või tööks vajalikele õpingutele, teised aga ütlesid, et kodukohaga võrreldes karmima tööseadusandluse tõttu on neil rohkem vaba aega.

„Vabal ajal teen lisatööd ja õpetan inglise keelt. Käin jalutamas ja kohvikus. Karantiini ajal ma nii palju kohvikutes ei käi, aga Eestis on ilus loodus: pargid, metsad, meri.“ (Ukraina, 30-aastane, naine, KKPST, 18 kuud Eestis, Tallinn).

„Vaba aega on palju, kuna tööl ei saa ületunde teha. Ma armastan reisida. Vahel on mul kolm vaba päeva järjest, vahel isegi 4–5 päeva järjest, kui vahetusi vahetan. Ja siis lendan minema reisima. Olen käinud Norras, Rootsis, Soomes. Ma armastan mägesid, nii käisin Norra mägedes. Reisin mööda Eestit ringi — sel aastal on see ainuke võimalus. Ma teen muusikat, kirjutan ise muusikat ja mängin kitarri.“ (Ukraina, 33-aastane, mees, MPST, 33 kuud Eestis, Tallinn).

Samas tuleb märkida, et lisisissetuleku vajadust ja vastavalt vähemat vaba aega ei määra nähtavasti see, kas vastaja kuulub kesk- ja kõrgpalgaliste või madalapalgaliste rühma — näiteks kahes toodud näites otsib ja leiab logistikajuhina töötav Ukrainast pärit noor naine lisatööd, samas kui madala sissetulekuga noormees kasutab vaba aega reisimiseks.

Hobide osas oli nimetatute loetelu väga pikk: lugemine, söögitegemine, reisimine, jalutamine, arvutimängude mängimine, Internetis surfamine, muusika, muuseumide ja kinode külastamine jne. Paljudel juhtudel märkisid vastajad, et just pärast kolimist avanes neil võimalus naasta oma vana hobi juurde või tegeleda millegagi, mida juba kodus oldi pikalt soovinud teha.

Harjumused on laiem mõiste kui hobid, kuid kuna definitsiooni järgi on need igale vastajale midagi rutiinset, siis võivad need jääda märkimata. Seetõttu palus intervjuuerija igal osalejal kirjeldada oma käitumist teatud olukordades, mis on uurimiseesmärkide aspektist olulised, näiteks: Mida Te tavaliselt teete, kui ...? — soovite puhata, lõõgastuda; — tunnete end õnnelikuna/õnnetuna, — olete haige; — soovite kohtuda uute inimestega; - soovite leida partnerit või kohtingukaaslast.

Nagu juba mainitud, pidid osad vastanutest töötama palju rohkem kui kodus: „Siin ei pea kaua puhkama. Töotan kaks või kolm nädalat järjest seitse päeva nädalas. Nädalavahetus on eriti suur püha, eksle. Tulin koju, tegin süüa, koristasin ja ongi terve nädalavahetus.“ (Ukraina, 30-aastane, mees, MPST, 24 kuud Eestis, Tallinn) Puhkamise toimub aga tavapärasel viisidel: jalutamine, magamine, lugemine, internetipõhised suhtlusvõrgustikud.

Vastajad mainisid, et olukordades, kus nad tunnevad õnne, on väga levinud soov seda tunnet teistega jagada: „Tavaliselt kui olen õnnelik, kutsun külalised ja kuulame muusikat, joome veini ning sööme ja kokkame midagi. Üritan ikka veel harjuda sellega, et ma ei saa kasutada õueruumi.“ (Brasiilia, 26-aastane, mees, KKPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Mõnel juhul seostati selliseid olukordi käitumisega, mida võiks nimetada ennasthävitavaks. Näiteks järgnev tsitaat viitab harjumusele hallata stressi (olgu siis positiivsest või negatiivsest), süües rohkem maiustusi ja suheldes teiste inimestega: „Ma arvan, et õnnelik ja õnnetu olles teen sama asja — söön šokolaadi. Kui olen õnnelik, siis meeldib mulle uute inimestega kohtuda. Kui

ma ei saa oma sõpradega kohtuda, üritan olla õues, minna baari või midagi. Mulle meeldib pidudel käia, aga neid enam ei toimu." (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

Emotsionaalse languse ja õnnetustunde olukordades püüavad vastajad kas „maailmast eemale pääseda“, vähendada tegevusi ja kontakte miinimumini või stressi hallata. Antud uuringu kontekstis ei hinnatud vastajatel emotsionaalse ebastabiilsuse sümptomite esinemist, kuid arvestades suurema töökoormuse ja mõnel juhul ka illegaalse staatuse sagedast mainimist, võib eeldada, et immigrandid kogevad suurema tõenäosusega stressi ja üritavad seetõttu suurema tõenäosusega stressi kompenseerida toidu, alkoholi või muude psühhoaktiivsete ainete tarbimise, aga ka sotsiaalsete ja/või seksuaalsete kontaktide kaudu. Järgmine jaotis sisaldab teavet selle oletusega seoses.

3.7. HIV ja kaasuvate infektsioonidega seotud riskikäitumine

Püsi- ja juhupartnerid

22-st immigrandist kaheksal olid püsipartner (mees või naine). Viiel juhul oli partneriks alaline elanik või Eesti kodanik (mõned vastajad mainisid, et nende riiki kolimise põhjuseks oli asjaolu, et partner elab siin). Abielu või püsisuhte kestus varieerus mitmest kuust üheksa aastani.

Püsipartnerit kirjeldati sageli ainsa seksuaalpartnerina, isegi kui suhet lahutas nüüd vahemaa: „Olen teist korda abielus. Kohtusime sotsiaalvõrgustikes. Leidsime kiiresti ühise keele ja saime kokku pärast pea kuuajalist suhtlemist. Sel aastal saab täis üheksa aastat kooselu /.../ Järgmine kuu peaks mu naine mulle külla tulema. Ma ei tea, kuidas lendude ja sulgemistega on, praegu on kolimisega väga raske. Möödunud perioodil, kui ma siin töötasin, tulid mu naine ja lapsed minu juurde neli korda. See oli palju lihtsam. Nad ootasid kodus, tegid süüa. Oli, keda kallistada... Soojem kuidagi /.../ Kui oma esimesest naisest lahutasin, elasin umbes aasta üksi. Mul oli suhe, aga see kuidagi polnud see õige. Ja siis ilmus minu naine. Pärast seda on meil ühine leht [Facebookis], kõik on ühine. Eemaldasid teatud tuttavad, et ei oleks ahvatlusi ja armukadedust või muud sellist. Pärast seda on meil kõik korras.“ (Ukraina, 30-aastane, mees, MPST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Oluline on märkida, et kirjeldatud juhul peab vastaja oma Eestis viibimist ajutiseks — naine ja lapsed „tulevad aeg-ajalt külla“, siis lahkuvad taas, nagu ka ukraina noormees ise.

Olukord, kus immigrant ja tema püsipartner viibivad koos välisriigis, on vähem levinud töömigrantide seas, kelle riigis viibimist piirab töö kättesaadavus. Siiski, nagu eelmisest jaotisest näha, on ka teisi juhtumeid, kus vastajad tulid Eestisse, et taasühineda partneriga, kes võib olla kas riigi kodanik või riiki varem saabunu.

Juhupartnerid. Osad vastajatest, kellel ei olnud püsivat romantilist partnerit, märkisid, et neil ei olnud ka juhupartnereid, teised aga kirjeldasid oma suhet kui kontaktide jada erinevate inimestega: „Ei, mul pole püsipartnerit. Siin on mul kohtinguid, inimesi, kellega regulaarselt kohtun ja aega veedan, aga mul pole püsipartnerit.“ (Norra, 27-aastane, mees, KKPST, 8 kuud Eestis, Tallinn).

Mõnedel juhtudel ei olnud püsipartneri olemasolu põhjus teistest tutvustest keeldumisest: „Sõnumineerisime eile ja arutasime, et saame lihtsalt sõbrad olla. Seksimine pole vajalik. Ma ei ole sõpruse vastu, ma võiksin teise suhte luua ja kontakti hoida.“ (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Mõnedel juhtudel (neljal juhul 22-st) kirjeldasid vastajad seksi kui vaba aja veetmise vormi: „Tavaliselt sukeldun oma mineviku mõtetesse [kui tahetakse puhata, lõõgastuda]. Tahaks mõne uue inimesega koos olles puhata, kuidagi lõõgastuda, aga nüüd karantiinimeetmetega pean ise hakkama saama. Näiteks filme vaadates /.../ See on rohkem seotud igasuguste seksuaalfantaasiatega. Sellised mõtted neelavad mind kuidagi elusalt alla... Ma lähen omaette olles hoogu ja miski tõmbab mind selles suunas... Midagi nagu Viiskümmend halli varjundit. See on minu väljakutse — mõtted ja fantaasiad. — Nii et Te mõtlete mingisuguseid seksuaalseid mõtteid? Miks Viiskümmend halli varjundit? — See pole päris nii nagu seal (filmis). Aga mul on

tung midagi sellist otsida. Olen selles mõttes avatum. Ja kui ma olen omaette, hakkab peagi midagi sellist ette kujutama ja satun hoogu. Mõnikord ajavad need mõtted mulle isegi hirmu nahka. Aga selleks, et pärast tööd lõõgastuda, on vaja energiat välja lasta... pehmelt öeldes." (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Mõned kasutavad partneri leidmiseks kohtingurakendusi. „Ma kasutan Grindr'it ja kutsun noori mehi, kes mulle meeldivad ja kui nad on nõus, siis kutsun nad." [Mida teete, kui soovite lõõgastuda?] (Tadžikistan, 29-aastane, mees, VP, 34 kuud Eestis, Tallinnas, HIV-positiivne).

Juhupartnerite olemasolu või puudumine (mõnel juhul lisaks olemasolevale püsipartnerile) ei ole samuti nähtavasti seotud majandusliku staatusega — toodud näidetes oli tegu nii keskmise ja kõrge kui ka madala sissetulekuga noormeestega. Siiski tuleb rõhutada, et suhtlemist (mõnikord realiseerub see seksuaalsete suhetena) näevad vastajad lõõgastumise ja stressi maandamise viisina (näiteks 26-aastane Brasiilia mees mainis seda eelmises jaotises toodud näites).

3.8. Uute tutvuste loomise viisid

Nagu eespool kirjeldatud, on uute tutvuste otsimine (sh. seksi eesmärgil) osaliselt seotud emotsionaalse taustaga. Võõras riigis viibivatel immigrantidel on piiratud võimalused uute suhete loomiseks, kuna nad ei ole mitte ainult suhtlusvõrgustikest välja jäetud, vaid reeglina ei oska ka vastuvõtva riigi keelt: „Noh, Eestis on raske. Minu jaoks oli raske sõpra leida ja eriti koroonaajal. See on peaaegu võimatu. Ma arvan, et veedame aega oma ülikoolisõpradega, mõne sõbraga. Ja see on enam-vähem kõik. Tunnen kedagi töölt, aga mitte eriti hästi." (Kasahstan, 24-aastane, mees, MPEST, 10 kuud Eestis, Tallinn).

Nii on immigrandi, eriti illegaalselt töötava immigrandi sotsiaalsed kontaktid sageli piiratud ja üks väheseid olemasolevaid võimalusi on Internet: „See oleneb olukorrast ja riigist [Mida Te tavaliselt teete, kui soovite uute inimestega tutvuda?]. Kui räägime Eestist ja praegusest hetkest, siis kasutan Interneti. Sest praegu ei käi keegi päriselt kuskil ja mulle ei meeldi baaris või klubides käia, nii et saan inimestega Interneti kaudu tutvavaks." (Ukraina, 30-aastane, naine, KKPST, 18 kuud Eestis, Tallinn).

Lisaks virtuaalsele keskkonnale leitakse uusi, sh. romantilisi tutvusi ööklubides või erapidudel (sellistele pidudele pääsemine on võimalik hästiarenenud isiklike kontaktide võrgustiku olemasolul): „Kui tahan kellegagi lihtsalt rääkida, võin mõnele üritusele minna. Enamasti saan kokku sõpradega, kellega sain tutvavaks Narvas. Saame kokku ja mängime lauamänge. Või võin sõpradele midagi korraldada või ise minna külla sõpradele, keda pole ammu näinud." (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 30 kuud Eestis, Narva).

Vastajate elusituatsioonid on kohati erinevad ja järgmine näide illustreerib olukorda, kus tööoluline olemine on seotud vajaduse puudumisega teha täiendavaid jõupingutusi oma suhtlusvõrgustike laiendamiseks: „Tavaliselt puutun päeva jooksul inimestega palju kokku, nii et ma ei soovi uusi kontakte luua. Mul on 12 alluvat ja kõik tahavad minult midagi. Suhtlemisest minu elus puudust ei ole. Ma ei tee mingeid pingutusi oma sõpruskonna laiendamise nimel." (Ukraina, 33-aastane, mees, MPST, 33 kuud Eestis, Tallinn).

Üldiselt ei kirjeldanud vastajad mingit intensiivset seksuaalelu. Vastupidi, vaba aja puudumine ja sotsiaalsete sidemete piiratus ei soodusta tõenäoliselt uute partnerite otsimist.

3.9. MSM

22-st küsitletud immigrandid mainisid üheksa meest homo- või biseksuaalseid kogemusi. Vähesed neist rääkisid, kuidas nende juhusuhted toimivad: „Ma käin ainult meestega. Olen lahutatud, mul oli 10-aastane suhe. Ma lahutasin eelmisel aastal. Mul ei ole suhet, vaid juhuslikud seksuaalsuhted ja partnerid. Tegelikult saan just praegu kellegagi lähemalt tutvavaks, aga ma ei tea, kuidas see olema hakkab." (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPSTe, 6 kuud Eestis, Tallinn).

Teine grupp MSM-dest tõid välja püsisuhete olemasolu Eestis: „*Mu mees (abikaasa) on Eestis, me elame koos. Muidu pole mul siin lähedasi inimesi. Tegelikult ongi see põhjus, miks ma siin elan. Mul on tuttavaid eesti keele kursustelt. Leidsin tuttavaid nelja kuuga. Aga lähedusest on veel vara rääkida.*” (Vene Föderatsioon, 35-aastane, mees, MPST, 5 kuud Eestis, Sillamäe, HIV-positiivne).

Kahes intervjuus tõid vastajad välja, et seksuaalvähemusse kuulumist seostatakse häbimärgistamisega, mis võib suurendada stressi nii päritoluriigis kui ka riigis, kuhu immigrant saab: „*Eestist rääkides on geikogukond siin endiselt teatud mõttes, sisemiselt, väga represseritud. Ma arvan, et mida rohkem asju sinu ja ravimite vahel seisab, seda lihtsamini inimesed loobuvad.*” (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

„*Kui olin väike, riietusin alati nagu tüdruk. Umbes 5–6-aastaselt enne kooli aga hakkasin end poisina tundma. Aga kui ma 7-aastaselt kooli läksin, nutsin alati oma vanemate ees ja tingisin, et lähen kooli, kui nad ainult ostavad mulle naiste kleidi, mitte nagu kõikide poiste riided. Nad ei ostnud seda mulle ja ma ei käinud koolis, puudusin palju. Ja kui ma läksin, panin pärast koju jõudes naiste kleidi selga — õed panid mind riidesse. Selle minu soovi tappis meie traditsioon, meie kultuur. Elasin külas Afganistani piiri lähedal. Tsiiviliseerimata paigad. Tadžikistanis on selliste soovidega väga raske elada. See tähendab, mul oli selline soov varem, aga see on juba kadunud, kuna 22–23 aastat on möödas.*” (Tadžikistan, 29-aastane, mees, VP, 34 kuud Eestis, Tallinn, HIV-positiivne).

Immigrantidega töötavate spetsialistide seisukohalt on LGBT-inimestega seotud probleemiks vähene suhtlus LGBT-organisatsioonide ja avaliku sektori vahel. Kõik küsitatud eksperdid mainisid Eesti HIV-positiivsete Võrgustikku ja Eesti LGBT võrgustikku², kuid rohkemaid LGBT algatusi ei teatud Eestis olevat.

Samas ei pruugi mitmed probleemid olla seotud immigrantide seksuaalse sättumuse või soolise identiteediga, näiteks ametnike ja poliitikute rassistlikud väljaütlemised, mitte-estlaste vastane ksenofoobia, mis avaldub eriti erineva nahavärviga inimeste suhtes: „*Tundub, et ametiasutused ei ole valmis selle probleemiga ametlikult tegelema. Mul oli EKA-s üksainus juhtum, kus õpetaja ahistas geist tudengit. Ja see oli täielik pretsedent. Paljudes riikides on juba reguleeritud, kuidas sellist asja käsitletakse ja kes seda teeb. Mul ei ole olnud tunnet, et siinsed ametnikud oleks kedagi isiku orientatsiooni tõttu diskrimineerinud, ma pole seda kuulnud. Tean seda omast käest või olen isegi erinevates kollektiivides olles kuulnud, kuidas see on inimeste jaoks võõrastav teema /.../ Olen väga üllatavalt kuulnud, kuidas inimene häbimärgistab isikut, kes näiteks on pärit Aafrikast. Sama kehtib ka seksuaalse sättumuse kohta.*” (Spetsialist, riigiasutus).

3.10. Alkohol ja muud psühhoaktiivsed ained

Enamik vastanutest kas ei tarbinud üldse või tarbisid aeg-ajalt ja eriliste sotsiaalsete olukordade kontekstis: „*Esimesel Euroopa-aastal elasin uues linnas, uute inimestega... Mul oli depressioon. Ja isegi siis ei hakanud ma jooma. Tavaliselt hakkavad inimesed jooma ja suitsetama siis, kui nad on stressis. Minu puhul tipnes asi energijookide tarbimisega. Nii et ma suhtun narkootikumidesse ja alkoholi negatiivselt. Mõnikord ma „patustan“ [joon] pärast pikka päeva või kui olen stressis. Et sukelduda teise maailma, naudingute maailma või midagi sellist.*” (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Ülaltoodud tsitaat kinnitab harjumusi puudutavas jaotises mainitud seost alkoholi ja stressi vahel. Nii võib keskkond, kuhu immigrant satub, aidata kaasa suurenenud alkoholitarbimisele ning mõnel juhul võib alkoholoolsete jookide tarbimise harjumus pärineda juba ajast enne Eestisse kolimist: „*Mulle meeldib alkohol ja ma arvan, et külma ilmaga tunnen, et võin juua rohkem kui tavaliselt. Näiteks Brasiilias joon ma vähem kui siin. Ma arvan, et see on nagu kombinatsioon*

² Eestis ei ole sellist valitsusvälist organisatsiooni nagu Eesti LGBT võrgustik, võimalik, et vastaja pidas silmas Eesti LGBT Ühingut või Eesti HIV-positiivsete võrgustikku.

väga erinevast riigist, minu parameetrite järgi superkülmast ilmast ja pandeemiast. See tekitab tunde, et joon rohkem kui tavaliselt. Ma ei joo nagu iga päev, aga kui joon, siis joon natuke rohkem /.../ Võin tuua näitena viimase korra [kirjeldamaks, mida ja kui palju juuakse]. Kohtingul jõime pool pudelit portveini ja pudeli Eesti kuuma glögi. Üldiselt jõin ma viina või kokteile viina ja veiniga." (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

Teiste psühhoaktiivsete ainete kohta ütlesid vastajad üldiselt, et nad ei tahaks neid isegi proovida. Erandiks on „sotsiaalselt vastuvõetavad“ harjumused (kohv, tubakas või ecstasy). Mõnedel juhtudel on mõnuainete tarbimine võimalik seksuaalse tegevuse kontekstis: „Ma ei kasutanud kunagi mingeid uimasteid, see ei olnud minu jaoks kunagi huvitav. Ma võin võtta mõne joogi, aga ma ei suitseta kunagi. Muid narkootikume ma ka ei kasutanud. Mul oli konservatiivne perekond, kõik oli keelatud. Ja ma jäin selle juurde, arvan, et see on kasulik. Kaalusin poppersite proovimist. Ma arvan, et see ei tekita sõltuvust. Kuid ma arvan, et parem on enda kallal tööd teha, et seksi ajal oleks võimalik lõõgastuda. Ma usun anonüümsusse ja kui ma narkootikume tarvitaksin, siis ütleksin seda. Olen üsna avatud inimene ja ma ei varjaks midagi." (Vene Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 30 kuud Eestis, Narva).

Narkootikumide vältimise põhjustena nimetasid vastajad peamiselt hirmu tagajärgede ees (näiteks sõltuvuse tekkimine), mis mõnedel juhtudel on seotud varasema negatiivse kogemusega: „Ma arvan, et see on midagi sinu enda sees... [miks kardetakse alkoholi või narkootikumide tarbimist] Kui tahad proovida, kardad seda natuke... Näiteks esimest korda proovisin ma alkoholi Eestis, Egiptuses ei olnud ma seda kunagi proovinud; kartsin, mis minuga juhtub, kui proovin" (Egiptus, 33-aastane, naine, VP, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Nii ei maininud küsitletud sisserändajad üldiselt tõsiseid alkoholi- ja narkootikumide sõltuvuse juhtumeid, kuigi tunnistasid alkoholi ja sotsiaalselt vastuvõetavate psühhoaktiivsete ainete rolli lõõgastumise ja stressi leevendamise viisina.

Küsitletud eksperdid väitsid, et kuigi immigrantide seas esineb üksikuid keerulisi alkoholi- või narkosõltuvuse juhtumeid, ei võimalda nende väike arv väita, et see probleem oleks tõsine. Samas on abi osutamise võimalused väga piiratud ja taanduvad peamiselt teistesse programmidesse ümbersuunamisele.

Seoses võimalike muudatustega olemasolevas abisüsteemis märgiti, et praegune varjupaigataotlejate ja pagulastega suhtlemise süsteem võiks olla pingevabam ning abi ise (eriti sõltuvuste puhul) peaks olema kestmam, sh. klientide ühest programmist teise üleviimise süsteem: „Mida ma muidugi muudaksin... Positiivne viis tööd paremini toetada, seda usun mina. Nii et kui toetad sisserändajat terviklikult, siis toetadki teda juba selles, et ta ei tarvitaks narkootikume ega tarbiks liigselt alkoholi. Sest peab olema, vähemalt mina näen asja nii, kui inimesed hakkavad alkoholi või narkootikume kuritarvitama, on tegu sügavama probleemiga. Nad on õnnetud ja püüavad leida väljapääsu. Nii et me peame neile pakkuma olukorrast teise väljapääsu. Neil puudub tegelikult vajalik toetus /.../ Pagulastest rääkides arvan ma, et tugiisikute süsteem on väga hea, aga see peaks kestma kauem, pikemat aega /.../ Näiteks kaks aastat viib projekti läbi üks organisatsioon ja siis järgmisel kahel aastal on teine organisatsioon. Ja kuna organisatsioonid konkureerivad omavahel, siis nad ei anna infot ja tegelikult ei tohigi nad isegi pagulaste infot teisele organisatsioonile anda. Nii et niimoodi on tõesti raske töötada, aga nii see praegu Eestis on." (Spetsialist, MTÜ).

3.11. Soovimatu raseduse vältimine ja kondoomi kasutamine

Mitmed vastajad märkisid, et kondoom on nende jaoks eelkõige rasestumisvastane, mitte HIV ja STLI ennetamise vahend — seega, kui naine kavatseb rasestuda, siis keeldub ta kondoomist. Kirjeldati ka kalendaarse rasestumisvastase meetodi kasutamise juhtumit ja sellega seoses pideva kondoomivajaduse puudumist: „Kui see [seks] toimub [menstruaaltsükli] keskel olevatel päevadel [siis kasutatakse kondoomi]. Iga mõistlik naine teab oma tsükli." (Ukraina, 46-aastane, naine, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

Küsitletud naised kasutasid raseduse vältimiseks lisaks kalendermeetodile ka emakasiseseid vahendeid, katkestatud seksuaalvahekorda ja hormoon tablette. Oluline on märkida, et ühe vastaja sõnul oli hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus Eestis raskendatud – selleks peab olema arsti retsept ning arsti vastuvõtule minna on võimalik vaid seadusliku staatuse ja ravikindlustuse olemasolul: „Ma kasutasin rasestumisvastaseid tablette, see oli Kasahstanis. Tean, et Eestis on selliseid tablette väga raske osta ja selleks on vaja arstilt luba. Ma ei tea meditsiinilisi üksikasju, aga ma arvan, et sellised tabletid ei peaks tingimata olema retseptiravimid. Tean, et pean läbima uuringud ja saama tulemused, mis näitavad, milliseid tablette võib võtta. Mulle näib, et antud olukorras peaks olema mingid järeleandmised, et inimesed ei ostaks esimesi ettejuhtuvaid tablette“ (Kasahstan, 33-aastane, naine, MPST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Muud põhjused aeg-ajalt kondoomi mitte kasutada olid järgmised: seksi tuleb ette nii harva, et vastaja kardab seda võimalust kaotada kondoomi kasutamise vajaduse tõttu, illusioon usaldusest juhukontaktide puhul, oraalseks, noorus ja riskiteadlikkuse puudumine, emotsioonid või alkohol ning kui partner võtab PrEP ravimeid.

Märkida võib ka juhtumit, kui vastaja hakkas kondoomi kasutama pärast HIV-diagnoosi saamist, kuid see praktika ei muutunud süstemaatiliseks: „... sain seksida ilma kondoomita [enne HIV diagnoosi]. Mõned isegi kahtlustasid, et tahan neid nakatada ja ma ütlesin: mul pole seda!“ (Tadžikistan, 29-aastane, mees, VP, 34 kuud Eestis, Tallinn, HIV-positiivne).

Peaaegu kõik märkisid, et kondoomid on poes või apteegis üsna kättesaadavad; samas hinnad paistavad Kesk- ja Ida-Euroopa ning Kesk-Aasia riikidest pärit immigrandidele madalamad kui näiteks Ukrainas, sest kuigi hind on eurodes arvestatuna sama, on Eestis palgad kõrgemad. Mõnel juhul on vastajatel võimalus saada tasuta kondoomi, näit. Narva Linda Kliinikus või SexMaxis. Vaid kolmel juhul kurtsid vastajad kõrgete hindade üle: „Poes müügil, aga kallid! [Kas Eestis on kondoomi lihtne hankida?] ... ma ei tea [kust saada tasuta kondoomi]. Saunas nägin kondoomi ja võtsin paar tükki, et mitte poes kondoomide peale raha raisata. Teine sõber andis paki kuidagi, ma ei tea, kust ta need sai“ (Tadžikistan, 29-aastane, mees, VP, 34 kuud Eestis, Tallinn, HIV-positiivne).

Kahel juhul märkisid geidest vastajad, et nad lõpetasid PrEP ravimite manustamise ajal kondoomi kasutamise: „Tavaliselt kasutan ma kondoomi, kuigi ma ei saa oma partnerit nakatada. Ma kasutan alati, võib olla on paar erandit, näiteks kui partner ütleb, et kasutab PrEP ravimeid, aga ma ütlesin, et 90% ajast kasutan ma kondoomi“ (Norra, 27-aastane, mees, KKPST, 8 kuud Eesti, Tallinn).

Küsitletud MSM-d kasutasid enamikel juhtudel pidevalt kondoomi (mõnikord kombinatsioonis PrEP ravimitega) – üheksast vastajast ainult kolm mainisid olukordi, kus nad on olnud kaitsmata vahekorras, näiteks ei kasutatud kondoomi püsipartneriga või alkoholijoobes olles.

3.12. HIV-ga seotud tervishoiuteenused

HIV-testimine

18 immigrandist vastajat 22-st olid HIV-testi teinud – enamik neist oli testi teinud enne Eestisse saabumist ning vaid kolm märkis, et neid testiti Eestis. Testid tehti X-Baaris (Tallinn) ja Linda Kliinikus (Narva). Kaks neist, kes tegid testi enne Eestisse saabumist, ütlesid, et ei tea, kus Eestis HIV-testi saaks teha. Enamikke küsitletud immigrante oli testitud ebaregulaarselt, vaid kolm mainisid regulaarset testimist. Kaks regulaarset testijat olid MSM-d ja üks oli naine, kes oli töötanud Emiraatides, kus neid testiti iga kahe kuu tagant.

Neli inimest ei olnud kunagi testi teinud: „Tegelikult pole ma HIV-le kunagi tähelepanu pööranud. Ma ei tea sellest suurt midagi. Sellepärast ka, et minu lähikonnas ei ole seda olnud. See on peamine põhjus. Minu kodumaal seda eriti ei esine.“ (Kasahstan, 24-aastane, mees, MPST, 10 kuud Eestis, Tallinn).

Vastajate motivatsioon testi teha oli seotud varasema kaitsmata seksuaalvahekorraga või kavatsusega astuda edaspidi püsipartneriga kaitsmata seksuaalvahekorda: „Tavaliselt käisin

testimas pärast kaitsmata seksi. Esimest korda testisin just Eestisse tulles ja teine kord pärast kaitsmata seksi. Olen testi teinud kaks korda elus. Tean, et neile, kellel on mõni haigus antakse ravimeid ja saab psühholoogilist nõustamist. Ma arvan, et nad teevad head tööd [Linda Kliinik]... Ma arvan, et see on väga lihtne [HIV-testi tegemine Eestis]. Tahaksin, et see oleks üldlevinud, sest paljud inimesed ei saa sellest tasuta võimalusest teada. Sain Linda Kliinikust teada oma sõbralt ja siis läksin sinna. Ma ei näinud Facebookis ega mujal midagi sellist." (Venemaa Föderatsioon, 36-aastane, mees, MPST, 30 kuud Eestis, Narva, HIV-positiivne). Toodud tsitaadis on tähelepanuväärne ka see, et teave testimisvõimaluse kohta jõudis vastajani mitte „ametlike“ kanalite kaudu (kuigi teavet üritati leida), vaid sõprade kaudu.

Mitmel juhul tehti test regulaarsete kontrollide raames. Pea kõik HIV-testi teinud vastajad tegid seda vabatahtlikult, kohustuslikku testimist (mitte Eestis) mainisid vaid kaks vastajat: „Pidin seda tegema Dubais, aga mitte sunniviisiliselt – pead seda tegema, kui tahad Dubais elada. Isegi siin mu tööandja teatud mõttes sunnib mind läbima üldist tervisekontrolli, et neile tööle asuda. Nii et see on sama, ma ei näe mingit erinevust. Kui sa pole töötamiseks piisavalt terve, siis lastakse sind lahti. Dubais ei lasta lahti, nad püüavad HIV levikut ohjeldada sellega, et ei võta selle haigusega inimesi üldse vastu. See on tõesti kurb, aga nii asi on.“ (Alžeeria, 30-naine, naine, KKPST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Kaasuvate infektsioonide testimine

Enamik küsitletud immigrante (13 inimest 22-st) olid **tuberkuloosist** teadlikud ja olid oma päritoluriigis käinud regulaarselt kopsude fluoroskoopilisel uuringul, kuid Eestis viibimise ajal ei olnud nad sellisel uuringul käinud. Vaid kahel juhul mainisid vastajad, et neile on Eestis arstiabi paludes määratud kopsuröntgen. Vastajad märkisid, et Eestis ei nõudnud neilt seda keegi, samas kui Ukrainas, Venemaal, Kasahstanis ja Araabia Ühendemiraatides on TB uuring regulaarse tervisekontrolli kohustuslik osa. Umbes kolmandik küsitletutest ei ole kunagi TB uuringut läbinud, kahel juhul oli uuringu mittetegemise põhjuseks vaksineerimine.

Mis puutub **seksuaalsel teel levivatesse infektsioonidesse**, siis enamik küsitletud immigrantidest ütles, et Eestis viibimise ajal ei ole nad kordagi arvanud, et võiksid olla nakatunud STLI-sse; mõnel juhul märgiti, et neil on ainult üks partner või ei ole üldse seksuaalseid kontakte: „Ei, ma pole seda kunagi kahtlustanud [STLI-sse nakatumist], sest ma ei olnud enne abiellumist kordagi vahekorras.“ (Alžeeria, 30-aastane, naine, KKPST, 24 kuud Eestis, Tallinn). Kolmel juhul märkisid vastajad, et teatud kahtlused olid, kuid need kas ei leidnud arstlikul läbivaatusel kinnitust või olid seotud muude haigustega: „Mul oli kahtlus. Käisin Linda Kliinikus arsti vastuvõtul ja sain saatekirja proktoloogi vastuvõtule. Siis käisin proktoloogi vastuvõtul. Mulle tehti uuringud ja midagi ei leitud. Mingil hetkel olin selle pärast mures.“ (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 30 kuud Eestis, Narva)

Küsitletud immigrantide sõnul ei olnud neil **B- ega C-hepatiiti**. Samas viitasid paljud ka sellele, et neid testiti nii enne Eestisse tulekut kui ka siin ja et nad on vaksineeritud: „Ei [mind ei ole B- ega C-hepatiidi suhtes testitud], sest olen A- ja B-hepatiidi vastu vaksineeritud. Tegelikult vahetult enne Saksamaalt lahkumist. Enne testiti mu verd antikehade või muu taolise osas. Nii et siin ma seda ei teinud.“ (Saksamaa, 37-aastane, mees, KKPST, 30 kuud Eestis, Tallinn). Mõned immigrantid ainult eeldavad, et neid uuriti hepatiidide suhtes seoses arstliku läbivaatuse või vere andmisega ning mitmed vastajad seda tegelikult ei teadnud. Mitu inimest olid ka vaksineeritud ühe viirushepatiidi tüübi vastu.

HIV-ga inimestele mõeldud antiretroviirusravi

Vastajad, kes ei olnud HIV-sse nakatunud ei teadnud ARV-ravi saamise võimalusest reeglina mitte midagi. Ainult üks HIV-negatiivsetest vastajatest teadis, et selline ravi on olemas, kuid ei teadnud, kas see on tasuline või tasuta. Kõik kolm HIV-positiivset said tasuta ARV-ravi.

„Mu sõber ütles, et talle tehti sõrmest HIV-test. Kahtlustasin, et mul on HIV, kuna mu keha oli nõrk ja mul oli väga tugev kõha. Tegin selle testi kodus ja see näitas kahte triipu. Siis sain aru, et mul on HIV. Aga enne testi tegemist käisin arsti juures uuringul, tehti tomograafia ja muud uuringud. Päev hiljem helistati ja öeldi, et analüüsid on positiivsed ja pean kiiresti tulema.“

Alguses ma ei uskunud seda ja pärast arsti juurest lahkumist helistasin sõbrale ja palusin, et ta tooks mulle uue testi. Ka see test kinnitas diagnoosi. Siis läksin arsti juurde, et saada kõik vajalik. Jah, ravi [ARV-ravi?]. Jah [tasuta]." (Tadžikistan, 29-aastane, mees, VP, 34 kuud Eestis, Tallinn).

Kokkupuute-eelne ja kokkupuutejärgne profülaktika

Enamus küsitletud immigrante ei olnud PrEP-ist ja PEP-st midagi kuulnud. Enamik sellest ennetusmeetodist teadnutest seda aga ei kasutanud — osad ei teadnud, kas see Eestis on olemas, teised ei soovinud „endaga eksperimenteerida“ ja kartsid kõrvalmõjusid: „Mõtlesin sellele ka siis, kui see oli ka Saksamaal ravikindlustuse all saadav, mõtlesin selle PrEP olukorra peale ja kuulsin ka, et sellel on kõrvalmõjud, et mõnedel on probleeme, kui neid ravimeid regulaarselt võtta. Ja ma otsustasin selle vastu ja mõtlesin, et eelistan pigem teha teadlikumaid otsuseid seksimise osas kui teha seksiga seotud valikuid täiesti juhuslikult ja tablette neelata.“ (Saksamaa, 37-aastane, mees, KKPST, 30 kuud Eestis, Tallinn).

Lõpuks oli neid, kes arvasid, et PrEP ravi saamine Eestis on liiga keeruline: „Ma pole seda kunagi proovinud [PrEP] ... Jah, jah [tahaksin proovida]. Eestis mitte [ma ei ole proovinud seda saada]. Mu sõber käis arsti juures ja ütles, et selle eest tuleb maksta ja võib-olla on vaja retsepti. Ja siis ma mõtlesin: „Oh issand, kõigepealt arst, siis retsept, siis pean selle ostma.“ Sest Brasiilias on see nii lihtne, lähed keskusesse, siis testitakse sind, siis ütled „ma tahan“ ja siis antakse see sulle. Muidugi tuleb kõigepealt käia psühholoogi juures vestlemas - seal räägitakse kõigest, ravimitest, nagu kogu protsessist. Aga ma arvan, et seda on lihtsam saada. Ma ei tea, võib-olla sellepärast, et olen välismaalane. Aga jah, ma ütleksin, et asi ei näe nii hea välja.“ (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

Küsitletud spetsialistidel oli PrEP-i kohta raske midagi öelda, kuna nad arutavad HIV-ga seotud teemasid oma pagulastest või varjupaigataotlejatest klientidega harva. Nad arvasid, et arvestades varjupaiga-taotlejate üldiselt väikest arvu, ei ole mõtet neile eraldi HIV-teenuste süsteemi rajada: „1997. aastast 2020nda aastani sai Eestis rahvusvahelise kaitse veidi üle 500 inimese, seega väga vähe. See on nii väike arv, et tavaliselt ei ole isegi mõtet neile eraldi teenuseid kavandada, nad peavad ühiskonda sulanduma. Mis tähendab, et kui pagulasel on väga spetsiifiline probleem, siis on ametnikel pigem vabad käed, leidmaks just konkreetsele isikule kohandatud lahendusi.“ (Spetsialist, MTÜ).

3.13. HIV alase teabe allikad

Esiteks usaldavad vastajad HIV-d puudutavat teavet, mille allikaks on meditsiinistruktuurid (kaheksa 22-st), riiklikud või ÜRO-ga seotud valitsustevahelised struktuurid (seitse 22-st) ja ametiaselt HIV-teemadega tegelevad avalik-õiguslikud organisatsioonid (kuus 22-st). Meediakanalitest nimetati usaldusväärsete allikatena järgmisi: ERR (kohalik Eesti televisioon), NTV+, Meduza, Ehho Moskvõ (Venemaa telekanalid, mida jälgisid vastajad Venemaa Föderatsioonist).

3.14. Olemasolevate HIV ja kaasuvate infektsioonide alaste sotsiaal-, tervishoiu- ja ennetusteenuste puudused ja vajadused immigrantide vaatenurgast

Meditsiinilised vajadused ja olemasolevad takistused

22-st küsitletud immigrandist kuuel puudus perearst, mis oli osaliselt tingitud ametliku staatuse puudumisest (puudub elamisluba ja ravikindlustust) ja osaliselt terviseprobleemide puudumisest.

Need, kellel oli perearst, kasutasid arstiabi üldiselt harva ja mõnedel juhtudel (suure sissetulekuga inimeste puhul) eelistasid erakliinikute teenuseid: „Mul on tohutu luksus Saksamaalt saadud erakindlustuse näol ning lisaks on mul ka Haigekassa [Eesti riiklik ravikindlustus]. Nii et mul on mõlemad. Ja mul on perearst, kelle sain huvitaval kombel alles hiljuti ja keda ma ei ole kunagi näinud. Aga nüüd on mul arst. Aga varem, kuna selle maksis kinni mu Saksamaa ravikindlustus, käisin näiteks erakliinikutes ja maksin. Ja Saksamaa ravikindlustus hüvitas selle.“ (Saksamaa, 37-aastane, mees, KKPST, 30 kuud Eestis, Tallinn).

Perearstiabi kasutajad kurtsid, et patsientidele lähenetakse üsnagi formaalselt. „Polnud viga [ingliskeelne perearsti vastuvõtt]. Mulle tundub, et siinsed arstid – võib-olla on asi erinevates kultuurides – kodumaal tundub mulle, et arstid hoolivad rohkem. Siin tundub mulle, et nad järgivad eeskirju ja neid ei huvita üldse. Nad vaevalt kontrollisid sümptomeidki. Kui ma läheksin oma kodumaal arsti juurde, tehtaks mulle röntgen ja uuritaks, mis tegelikult viga on ja võib-olla, ma ei tea, suhtutaks ravisse tõsisemalt. Aga siin lihtsalt antakse nõu ja ongi kõik.“ (Alžeeria, 30-aastane, naine, KKPST, 24 kuud Eestis, Tallinn). Ka mõned teised osalejad mainisid ebameeldivat formaalset suhtumist patsientidesse ja arsti soovimatust probleemi süveneda.

Mõned vastanutest kirjeldasid oma negatiivset kogemust tervishoiusüsteemiga suhtlemisel, kui neil oli vaja kasutada tervishoiuteenuseid: „Usaldan siinseid arste – mitte Narvas, vaid mujal Eestis. ... Algul olid mul arstide vastuvõttud Narvas. Tean oma kõrvaga seotud probleemi hästi ja lisaks on mul bioloogiaharidus, nii et ma saan enam-vähem aru, mis toimub. Kui mulle tehti mingisuguseid etnoteadusel põhinevaid ettekirjutusi või midagi nii, teadsin, et midagi on valesti. Mul soovitati „suvel müts pähe panna, et kõrvale oleks soe“. Kui aga kõrv on pikemat aega soojas, siis hakkab see niiskeks muutuma. Mulle anti palju selliseid soovitusi ja ma mõistsin, et ma ei lähe nende arstide juurde. Kui Tartus arstide juures käisin, siis mulle meeldis. Nad ravisid kõrva päriselt terveks. Nad uurisid seda tükk aega, tegid operatsiooni.“ (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane mees, MPST, 30 kuud Eestis, Narva).

Kui vastajad tunnevad end halvasti, üritavad nad (olenemata sellest, kas neil on perearst või mitte) arsti juurde mitte minna ja ainult tõsised probleemid või eriseisundid (nt. rasedus) sunnivad neid arstiabi otsima: „Guugeldan sümptomeid ja uurin, mida need tähendavad [haigena]. Tavaliselt, kui see näitab mingit tõsist haigust ja siis hakkab mõtlema, mida teha. Ma ei tea... See on keeruline küsimus. ... Hiljuti, kui sain teada, et olen rase, olin õnnelik. Mõne aja pärast algasid probleemid, mul tekkis voolus. Kõigepealt helistasin oma mehele ja ta tuli kohe töölt ära. Siis guugeldasin, mida tegema peaksin ja kirjutas oli, et peaksin kohe haiglasse minema. Mu mees tuli, pani mind riidesse ja viis mind öösel haiglasse. Meid võeti sinna vastu, ma rääkisin sellest juba [talle tehti uuringud ja kinnitati, et kõik on korras]. Kui külmetan, siis avan ema antud ravimikarbi ja võtan rohtu. Mu emal on iga haiguse ravimiseks algoritm. Kuigi ravimid on minu jaoks viimane abinõu - kõigepealt püüan mõista, mis minuga toimub.“ (Ukraina, 30-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Küsitletud mainisid korduvalt, et mitmekuulise järjekorra tõttu on raske arsti juurde pääseda: „Võib-olla just hambaarsti juurde pääsemine, aga praktika näitab, et Eestis on asi halb. Arsti juurde aega kinni panna on keeruline, sest kõik on pikalt hõivatud. Sama ka hambaarsti ja teise spetsialistide puhul. Olen palju kuulnud kolleegidelt, kes on sellega kokku puutunud. Ta ütled, et selg valutab ja läks arsti juurde ja arst ütleb, et aega on alles kahe kuu pärast. Aga selg valutab praegu, mitte hiljem.“ (Ukraina, 30-aastane, mees, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Immigrantidega tegelevate spetsialistide seisukohalt on üks silmatorkavamaid probleeme keelebarjäär nii teenuste osutamise süsteemis kui ka laiemas sotsiaalses kontekstis: kui vene keelt kõneleval inimesel ei ole keeruline leida arsti või vähemalt üldiselt lihttööd (kuigi see oleneb piirkonnast), siis inglise või veel enam mõnd muud keelt kõnelevale inimesele on see ülesanne juba palju keerulisem: „Naistele, kui naised tulevad siia Eestisse, saavad nad ikka laste eest hoolitseda nagu ennegi. Räägin loomulikult pagulaste peredest. Ja neil on ikka oma koht, nad saavad ikka oma rolli jääda. Meeste jaoks aga on see tõesti raske, sest esimese kuue kuu jooksul ei saa nad töötada. Ja kui töötada saab, siis on raske leida sama tööd, mis sul oli näiteks Sүүrias. Keelebarjääri tõttu või inimesed lihtsalt ei usalda sind nii palju, et sulle tööd anda. Või võib ka olla, et töö tuleb teha kohalikus keeles. See on kindlasti stressirohke.“ (Spetsialist, MTÜ).

Immigrantidega töötavad ametiisikud võivad avastada, et ei klient ega asjaomane kogukond ole Eesti tervishoiusüsteemist teadlikud: „Ühel juhul oli mul keelekonsultatsioon Bangladeshist või Indiast pärit inimesega ja siis tuli välja, et tema naine oli just sünnitanud ja haiglas selgus, et tal on vähk ja ta oli sunnitud kohe haiglasse jääma. Ja see mees ei teadnud mitte midagi sotsiaalsüsteemist, lapsest rääkimata – millist toetust on võimalik saada. Tagasisidet ma ei tea, aga andsin talle kogu võimaliku info, rõhutades vajadusel omavalitsuselt saadavat toetust, et ta ei jääks selle vastsündinuga üksi igasuguse ette-valmistuseta. Ja siis oli minu jaoks tegelikult suur üllatus, et ta on siin Eestis elanud juba mõnda aega – arvan, et ta töötas Bolti taksojuhina – naine oli ka tööd teinud, aga mees ei teadnud asjakohasest süsteemist mitte midagi. Ja neid inimesi on palju. Tõenäoliselt ei jõua nad sageli minuni ja vahetavad infot suusõnaliselt, kogukondades.“ (Spetsialist, ISA).

Järgmised tähelepanu vajavad teemad on kultuurilised erinevused ja tervishoiuteenuste osutajate võime läheneda iga patsiendi olukorrale individuaalselt: „Peame aitama tervishoiutöötajatel olla avatumad. Sest esimesel kohtumisel perearstiga hakkad seda valdkonda usaldama. Kui aga see kogemus on negatiivne – arst ei valda sinu keelt või on vihane või ei usu sind, siis on raske hiljem tagasi pöörduda või isegi teise arsti juurde minna, kui eelmiselt abi ei saadud. Kuna tavaliselt aitab perearst selliste „kergemate“ probleemide puhul, aga kui sul on näiteks traumajärgne stress, siis tuleb leida terapeut või psühhiaater.“ (Spetsialist, ISA).

Eksperdid märkisid ka, et Eestis viibimise alguses seisavad varjupaigataotlejad ja pagulased sageli silmitsi probleemidega, mis on tingitud ebatavalisest ja tasakaalustamata toidust, võimaluste puudumisest migratsioonikeskustes tuttavamat toitu valida: „Kui töötasin Harku kinnipidamiskeskuses. See oli esimene punkt, kus nad Eestis elavad. Ja Harkus peavad nad sööma seda, mida neile pakutakse ja see oli muidugi Eesti toit, mis oli nende jaoks väga erinev ja raske seedida. Kõhuga oli neil palju probleeme. Ja seda nad mainisid mulle mitu korda. Kuigi loomulikult saatsin nad arsti juurde ja nad ütlesid, et on arstiga sellest rääkinud, ei saa arst siin toitu muuta. Aga probleeme oli, eriti meestel – nad rääkisid sellest sagedamini. Neil oli probleeme halva hingeõhuga ja nad ütlesid, et see tuleb toidust, see paneb nad end väga halvasti tundma ja nad pole selle toiduga harjunud. Ja asi pole ainult maitstes, vaid selles, et nad pole sellise toiduga harjunud.“ (Spetsialist, 32 MTÜ).

Märkimisväärne probleem on ka kultuurilistest erinevustest tingitud vähene kehaline aktiivsus: „Pagulased kipuvad sööma palju praetud toitu ja nende toit sisaldab palju jahu. Ja nad ei tee eriti trenni. Nii on probleemiks rasvumus. Ka naistel on see probleem. Eestis käivad naised näiteks jõusaalis. Jõusaali saavad nad minna üksi. Rääkides aga näiteks Lähis-Idast pärit pagulasperest, siis nemad tahaksid minna koos naiste rühmana ja seal peaks olema ainult naised, mitte nii naised kui mehed. Ja see muudab füüsiliseks tegevuseks või trenniks sellise koha leidmise keerulisemaks.“ (Spetsialist, MTÜ).

Arstlik läbivaatus

Enamasti läbivad vastajad ennetava tervisekontrolli väljaspool Eestit: „Ma pole seda Eestis kunagi teinud. Ukrainas teen neid regulaarselt. Ema nõudis, et läheksin hambaarsti juurde, teeksin fluorograafia ja läheksin günekoloogi juurde. Aga see oli kodus. Siin me abikaasaga seda

ei tee, sest see on kallis. Üritame kontrollis käia, kui kodus käime" (Ukraina, 30-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Eestis on tervisekontroll seotud eriolukordadega, nagu juhiloa saamine või tööandja nõue: *„Mulle tehti tervisekontroll, kui läksin tööle. Mõõdeti vererõhku, tehti kardiogramm. Mulle öeldi, et võin kosmosesse lennata. Tahaksin verd anda, sest Ukrainas olin doonor. Aga tööga seoses see ei toimi. Ma tean, et nad käivad tehases ringi ja võtavad verd. Aga ma pole kunagi sellisele visiidile sattunud. Ja mul ei ole piisavalt aega, et ise minna"* (Ukraina, 30-aastane, mees, MPST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Arstliku läbivaatuse osas oli küsitletud spetsialistidel raske kindlat vastust anda, kuna see teema kerkib sisserändajatega suheldes esile väga harva.

Vaktsineerimine

Vaktsineerimise kontekstis mainiti kõige sagedamini grippi (andmete kogumise ajal ei olnud COVID-19 vastane vaktsineerimine laialdaselt kättesaadav). Osad vastajad lasid end iseseisvalt vaktsineerida, osad saatekirjaga: *„Ma sain selle gripisüsti – gripivastane vaktsineerimine. Mulle pakuti vaktsineerimist ja vaktsiinisüst tehti detsembris või novembris. Mul on tehtud kõik praegu vajalikud vaktsineerimised. Mul on vastav kollane raamat. Mul on tehtud kõik, välja arvatud COVID-19. ... See oli tööläbivaatuse ajal."* (Norra, 27-aastane, mees, KKPST, 8 kuud Eestis, Tallinn). Kõige sagedamini (15 22-st) aga ütlesid vastajad, et Eestis ei ole keegi neile vaktsineerimist pakkunud.

Mitmed vastajad märkisid nii vajadust vaktsineerimise eest tasuda kui ka arvasid, et need protseduurid on „mittevajalikud“: *„Igal aastal nõuab mu tööandja, et ma gripi vastu vaktsineeriks. Aga kuna olen ukrainlane, saan seda teha ainult omal kulul. Kohalikele elanikele hüvitatakse see töötukassast. Hüvitatakse ka elamisloa omajatele. Aga ma ei tahaks isegi tasuta end vaktsineerida lasta. Et isegi kui mul oleks elamisluba, ei tahaks ma end vaktsineerida, see on kindel. Teeksin seda ainult siis, kui oleksin sunnitud. Aga kui on võimalus keelduda, siis pigem keelduksin. ... Mitte kunagi [Eestis vaktsineerimine]. Ei gripi ega millegi muu vastu. Minu haigused kulgevad kergelt, mul ei kunagi tüsistusi olnud. Ma ei saa aru, miks mul seda vaja on. Mu keha on veel noor ja tugev, ei vaja midagi sellist. Ainult tänu sellele võitleb keha ise. Usun, et mida vähem on kehasse sekkumisi, seda parem."* (Ukraina, 33-aastane, mees, MPST, 33 kuud Eestis, Tallinn).

Küsitletud spetsialistid pidasid vaktsineerimist immigrantidele vähem kättesaadavaks elamisloa puudumise, vaktsineerimise suhtes levinud eelarvamuste ja perearstidega suhtlemise raskuste tõttu: *„Inimestega rääkides puutusin kokku sellega, et üldiselt paljud inimesed – mitte ainult rändajad – ei tea alati, kas nad on teatud haiguse vastu vaktsineeritud. /.../ Enamikel neist pole dokumente, eriti haiguslugusid. Kodumaalt põgenedes ei võeta neid kaasa, selle peale ei mõtle."* (Spetsialist, MTÜ).

Tervishoiuteenuste eest tasumine

Kuigi pagulaste ja varjupaigataotlejatega tegelevad spetsialistid pidasid oma klientide teadlikkust Eesti tervishoiusüsteemist väheseks, olid küsitletud töörändajad olemasoleva süsteemiga üldiselt hästi kursis: eriarsti visiiditasu (va. hambaarst) on kindlustuse olemasolul 5 eurot ja selle puudumisel on hinnad oluliselt kõrgemad: *„Aga et olla Tallinnas kauem kui kolm kuud turistiviisaga registreerisin end oma mehe firma all. Nii olen nüüd koos temaga registreeritud ja töötan mitteametlikult. Selgus nii, et jäin rasedaks. Tõenäoliselt lähen varsti koju. Ma ei saa siin sünnitada, sest ma ei ole Haigekassas [Eesti riiklik ravikindlustus] arvel. Nii et see [Eestis sünnitamine] läheks meile liiga kalliks ja nii ma pean koju minema. Tahaks siin sünnitada, siia tööle ja elama jääda. Võrreldes Ukraina hindadega, on see Eestis palju kallim. Aga kuna see puudutab meie tervist ja meie last, siis pole kahju maksta. Üldiselt on see muidugi natuke kallis. Iga kord maksan vastuvõtu eest 45 eurot, 20 eurot ultraheli eest, 10 eurot analüüside eest ja nii edasi. Ja see on nii iga kuu."* (Ukraina, 30-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn). „Jõukamatest“ riikidest pärit vastajate jaoks tundusid need hinnad aga üsna ahvatlevad: *„Võrreldes sellega, kus ma enne [Belgias] elasin, näen siin palju positiivset."*

Hambaarstiteenused on siin odavamad, ma arvan, et ka muud teenused on odavamad. Mul on hea meel." (Venemaa Föderatsioon, 28-aastane, mees, MPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Võttes arvesse immigrantide üldiselt madalat sissetulekut ja mõnel juhul seadusliku staatuse puudumist, võib öelda, et maksmise vajadus võib olla oluline tervishoiuteenuste kättesaadavust piirav tegur: „*Soovin, et analüüsid oleksid kättesaadavad, sest need on siin väga kallid. Üksikasjaliku analüüsi tegemine vere koostise väljaselgitamiseks on väga kallis. Mulle meeldib, et olemas on perearst ja eriarstile saatekirja saada on üsna lihtne. Küsimus on vaid selles, kas sissereändajatel on perearsti lihtne saada... Minu teada on see äsja Eestisse kolinud inimestel keeruline.*” (Ukraina, 30-aastane, naine, KKPST, 18 kuud Eestis, Tallinn).

Mured tervishoiuteenuste konfidentsiaalsusega seoses

Mõned vastajad märkisid, et nad kardavad tervishoiuteenuste kasutamist, mitte ainult sellepärast, et nad ei suuda selle eest maksta, vaid ka seetõttu, et kardavad sanktsioone: „*Tahaksin ka minna günekoloogi läbivaatusele. Aga oma olukorras üritan mitte ühegi organisatsiooniga ühendust võtta, sest igal juhul olen sunnitud oma andmed andma. Kardan, et politsei hakkab huvi tundma, mis põhjustel ma siin olen ja mida ma teen.*” (Kasahstan, 33-aastane naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Keeldumine tervishoiuteenuste osutamisest

Kuigi mõned vastajad mainisid keeldumist, oli see sageli seotud kas väga pika järjekorra või COVID-epideemiaga seotud olukorraga, kui plaaniline ravi Eestis ära jäi: „*Tegelikult on Eestis probleeme eriarsti vastuvõtule pääsemisega. Kui tahtsin minna nägemiskontrolli oftalmoloogi juurde, ootasin kolm kuud. See on pikk aeg! Ja günekoloogile panin aja kolm kuud ette. Ja kui aeg kätte jõudis, lükati visiit ühe kuu võrra edasi. Siis pakuti mulle konsultatsiooni telefoni teel, keeldusin ja pidin visiidi veel ühe kuu võrra edasi lükkama. Pidin kaua ootama, see on masendav.*” (Ukraina, 30-aastane, naine, KKPST, 18 kuud Eestis, Tallinn).

Samas seostasid mõned vastajad sellist keeldumist kindlustuse puudumisega: „*Tasuta kliiniku otsimise ajal püüdsin pöörduda perearsti poole ja mäletan, et ta ütles mulle, et ma ei ole maksumaksja ja sellepärast ei saanud nad mulle seda teenust pakkuda. Nii oli.*” (Kasahstan, 24-aastane, mees, MPEST, 10 kuud Eestis, Tallinn).

Kaudsed keeldumised olid tingitud ka vastaja keeleoskusest: „*Ükskord üritasin aidata sõpra, kes ei rääkinud eesti keelt ega head inglise keelt ja arst oli väga ebaviisakas, ta karjus ja läks väga emotsionaalseks. Ta ei öelnud „Minge minema“, aga ta oli ebaviisakas ja üritas seda mõista anda. See oli tõesti imelik.*” (Alžeeria, 30-aastane, naine, KKPST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

Elamisluba

Märkimisväärne osa probleemidest oli seotud õigusliku staatusega. Siiski, isegi kui isik viibis Eestis ametlikult seaduslikul alusel (näiteks lühiajalise viisaga), võis probleeme tekkida: „*Mu palk on väike ja ei võimalda elamisluba taotleda – selleks peab palk nüüd olema 1407 eurot – mul on ainult D-kategooria viisa ja kolm viisavaba kuud. Nii et igal aastal lähen ma kolmeks kuuks Ukrainasse. Kui jään haigeks, jään koju ja ravin ennast terveks. Tean, millised tabletid minu puhul toimivad. Eestis ei saa ma antibiootikume ilma arsti retseptita osta, nii et mul on kohalikud sõbrad, kelle kirjutatakse retsepte ja kes annavad ülejäägid ja mittevajaliku mulle.*” (Ukraina, 33-aastane, mees, MPST, 33 kuud Eestis, Tallinn).

Elamisloa puudumine ei mõjuta mitte ainult tervishoiuteenuste kättesaadavust, vaid ka võimalust registreeruda tasuta eesti keele kursustele: „*Tahtsin minna politsei poolt sissereändajatele korraldatavale kursustele, nagu „Tutvustav programm“. Seal toimub eesti keele baasõpe ja antakse teavet igapäevasisituatsioonide kohta. Ma ei saanud seda, sest mul polnud elamisluba ja tulin viisaga. Siis ma veel ei teadnud, et paljud teenused pole kättesaadavad neile, kes elavad siin viisaga ja kellel pole ID-kaarti. Näiteks ei saa te registreeruda ega kasutada transporti tasuta. Ilma selle ID-kaardita soodustusi ei saa. Ja selle programmiga õppida ei saa.*” (Venemaa Föderatsioon, 27-aastane, mees, KKPST, 25 kuud Eestis, Tallinn).

Küsitletud spetsialistid kinnitavad, et elamisluba on peaaegu kõigi teenuste puhul möödapääsmatu ja selle puudumine tähendab, et seaduslikult ei saa kasutada nii mitmeidki avaliku või erasektori teenuseid (sh. tervishoiuteenused): „Kõik soodustused kehtivad elamisloaga inimestele. Aga ma tean, mu kolleegidel Ida-Virumaal ja sellel Tallinna Olgal on palju kliente, kes on näiteks Ukrainast siia tööle tulnud ja kel pole elamisluba, neil on viisa. See tööviisa on problemaatiline. Ma ei ole sellega eriti kokku puutunud ja seepärast ma üksikasju ei tea. Tean, et teatud õigused on ainult juhul, kui töödandja maksab sotsiaalmaksu ja registreerib oma töötajaid.“ (Spetsialist, ISA).

Keelebarjäär

Nii küsitletud immigrantide kui ka spetsialistide hinnangul on üks peamisi takistusi seotud keelega — ühelt poolt on hiljuti riiki saabunud inimestelt raske nõuda eesti keele oskust, teisalt aga ole isegi Tallinnas kõik teenused inglise ja vene keeles kättesaadavad: „Kõige tähtsam on, et nendes valdkondades töötavad inimesed valdaksid keelt. Nad peavad inglise keelt rääkima. See on siin kõige olulisem aspekt ja ka suurim probleem. Kui lähete arsti juurde — ja ta ei oska inglise keelt. Otsisin ise ka mõnda aega inglise keelt kõnelevat perearsti. Nii et, see on esimene asi, mis mulle selle küsimuse peale pähe tuleb. Peale selle pole minu arvates midagi, mida tuleks spetsiaalselt sissereändajate jaoks kohandada. Minu kogemuse põhjal.“ (Egiptus, 30-aastane, mees, KKPST, 34 kuud Eestis, Tallinn).

„Praegu näen ma keelebarjääri. See on üks probleemidest, sest tõlgi kaasamine on kallis. Muidugi on tõlkija mõnedesse projektidesse sisse kirjutatud, aga seda ka mitte suurel määral. Ja kui enam pole tugiisikut, oled omapead. Nii et põhimõtteliselt, mida saab näiteks ära teha on ka tervishoiutöötajate koolitamine, tagamaks, et räägitakse inglise keelt.“ (Spetsialist, MTÜ).

Küsitletud immigrandid töid näiteks veebilehe politsei.ee, kus viisade ja elamislubade rubriigis ei kattu inglise- ja venekeelne teave sisuliselt eestikeelse teabega: „Isegi politsei kodulehel puudub sünkroniseeritud teave erinevates keeltes: eesti keeles oli see veebileht ühel tasemel, vene keeles mitte just eriti ajakohastatud ja inglise keeles hoopis muul tasemel.“ (Vene Föderatsioon, 27-aastane, mees, KKPST, 25 kuud Eestis, Tallinn).

„Sotsiaalsete kohta — ma pole ikka veel väga kursis, kus nad on ja millega nad tegelevad. Näiteks kui sain teada Töötukassaga seotud olukorrast ja infot otsisin, oli selgitus ebaselge. Nii et mul on tunne, et viimasel ajal on Eestis asjad muutunud seoses sotsiaalsete institutsioonidega, eriti välismaalaste jaoks. Ja inimesed ei ole eriti teadlikud, kuidas see toimib, isegi mitte töötajad, ma arvan“ (Brasiilia, 26-aastane a., mees, KKPST, 4 kuud Eestis, Tallinn).

Spetsialistide väljaõpe ja kogemus

HIV-teema ja tervishoiukorraldus laiemalt ei kuulu immigrante, varjupaigataotlejaid ja pagulasi nõustavate spetsialistide erialase väljaõppe hulka. Kui sellised küsimused tekivad, toetuvad spetsialistid ainult koolis omandatud teadmistele: „Kui ma veel koolis käisin, siis oli osa kooliprogrammist [HIV, kaasuvad infektsioonid, illegaalsete uimastite tarvitamine] ... [Pärast seda aega] lugesin erinevaid artikleid ja külastasin erinevaid seksuaaltervise ja muu sellisega seotud veebisaite, aga süstemaatiliselt sain ajakohaseid teadmisi minu arvates viimati kooli ajal ja see oli üsna kaua aega tagasi.“ (Spetsialist, MTÜ).

Ametiisikud läbivad reeglina psühholoogilise väljaõppe ja pärast neid juhendatakse, õpetatakse väärtustama keelelis-kultuurilist mitmekesisust: „Eelmisel kevadel oli meil koolitus ja meid juhendati. See toimus kolm korda. Räägiti inimeste käitumisega hakkamasaamisest. Integratsiooni Sihtasutuses oli nõustamiskeskuse loomisel mitu etappi. Ja nõustajate koolitust on igal juhul olnud veel. Neid korraldatakse vajadusel. Oleme nüüd loonud LINDA nimelise teenuste kaardi. Seda just hakatakse omavalitsustele tutvustama; sisuliselt on tegemist otsinguprogrammiga: paned kirja inimese probleemi ja LINDA annab sulle lingid, kuhu pöörduda.“ (Spetsialist, ISA).

Lisaks spetsialistidele on immigrante, varjupaigataotlejaid ja pagulasi abistavates organisatsioonides tegevad samuti väljaõppe saanud vabatahtlikud: „Alustasin

Pagulasnõukogus vabatahtliku tugiisikuna pärast 2016. aasta rändekriisi /.../ Meie süsteemis juhendatakse tugiisikuid regulaarselt. Tavaliselt toimub juhendamine grupis, aga vajadusel saab ka individuaalset juhendamist. See kehtib tegelikult kõikidele meie töötajatele, kes töötavad selles Pagulasnõukogu tugiteenuste osas. Erinevate probleemide ilmnemisel tehakse erinevaid koolitusi. Näiteks just eile lõpetasime tugiinimeste vaimse tervise esmaabikursuse, sest nägime, et vaimse tervise probleemid lähevad aina suuremaks ja suuremaks. Koroonatõttu, aga ka seetõttu, et aastatel 2015–2016 tuli Eestisse ümberasustamisprogrammide kaudu palju pagulasi ja nüüd näeme, et neil inimestel, kes on mõnda aega Eestis elanud, end sisse seadnud, kellel on nüüd töökohad hakkavad tekkima suuremad probleemid. Läbielatud, turvatunde saavutamiseni nõ. ootele pandust tingitud traumad tipnevad. Nii et üritasime üksteist võimalikult palju toetada." (Spetsialist, MTÜ).

Mis puudutab antud väljaõppe kvaliteeti, siis küsitletud spetsialistid jäid sellega üldiselt rahule, kuigi töid koolitusprogrammis välja teatud puudujäärke: „Olen rahule jäänud, kuid kahtlemata pole see olnud antud valdkonna spetsiifiline. Pigem käsitleti raskestitalutava kliendikäitumisega hakkamasaamist. Õppisime, kuidas kriisiolukorda lahendada ja kuidas sellise inimesega kriisiolukorras käituda. Erinevatel teemadel võiks alati rohkem koolitusi olla. Mis puudutab tervishoiuküsimusi, siis just kohtusime Andrei Petuhhoviga. Tegelikult on palju keerulisi küsimusi, milliste osas meil ei ole väljaõpet. Need on ka nii harvad juhtumid, et üldkoolitust pole alati mõtet korraldada." (Spetsialist, ISA).

Mida on immigrandidel pakkuda HIV-ga seotud küsimustega tegelevatele organisatsioonidele

Küsitletud immigrandid võivad olla oluliseks inimressursiks HIV-ga seonduva osas või muudele organisatsioonidele ning vabatahtlikuna kaasamine tugevdab neis olulisustunnet ja enesekindlust ning aitab kaasa sisserändajate edukamale integreerumisele Eesti ühiskonda. Enam kui pooled (13 22-st) pakkusid välja võimalusi, kuidas nad saaksid HIV-ga seotud tegevustes osaleda, sealhulgas abi asjaomase organisatsiooni lehe käimashoidmisel sotsiaalvõrgustikes, äsja saabunud immigrandide abistamine kohanemisel, abistamine noorsootöös, turvalise ruumi loomine, vabatahtlik abi neile, kes ei räägi eesti keelt, HIV-teabe ettevalmistamine riikidele, kust immigrandid Eestisse tulevad jne. „Ma tean nii mõndagi, mis sõpru aitab. Nii et mis puudutab eestlaste abistamist oma tervise hoidmisel, siis saan soovitada ravimtaimi, puu- ja juurvilju, kombinatsioone. Sööme seda kõike koos, kuid õige lähenemise korral näitab iga toode oma erinevat palet. Kui küsitakse, siis võin nõu anda oma sõpradele või sugulastele, aga ma ei usu, et võiksin nõustada laiemat kogukonda." (Ukraina, 46-aastane, naine, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

„Võib-olla kui ma kellegagi suhtleksin, saaksin oma kogemuse põhjal nõu anda. Aga ma ei usu, et see aitaks midagi muuta, kuna need [tervishoiu]süsteemid on paigas olnud aastaid ja ma ei usu, et midagi muutuks." (Ukraina, 30-aastane, naine, MPEST, 24 kuud Eestis, Tallinn).

„Muidugi võiksin ma midagi teha, kuna ma ei tööta; ainult õpin. Mul on aega; võiksin lihtsalt inimestega vestelda, võib-olla teiste välismaalastega. Neil on sarnane taust, nii et hea meelega teeksin seda. See oleks tõesti lahe. Teabe levitamine ka." (Brasiilia, 32-aastane, mees, MPST, 6 kuud Eestis, Tallinn).

4. Arutelu ja järeldused

Raportis kirjeldatakse 22 sissereändajaga tehtud süvaintervjuu ning kolme Eestis immigrantide ja pagulastega töötavate spetsialistidega läbi viidud intervjuu tulemusi. Tegu on esimese uuringuga Eestis, milles uuritakse lähemalt HIV ja kaasuvate infektsioonide valdkonda selles rahvastikurühmas. Intervjuud viidi läbi 2021. aasta I kvartalis. Käesolevat raportit lugedes tuleb meeles pidada, et tulemusi ei saa üldistada kõikidele immigrantidele Eestis – uuring põhines mugavusvalimil väikese hulga inimeste seas.

Eesmärk oli intervjuerida erinevatesse alarühmadesse kuuluvaid nii seaduslikke kui illegaalseid immigrante. Kokku küsitleti 22 immigranti, kelle keskmine vanus oli 31. Eesmärgiks oli ka küsitleda haavatavaid rahvastikurühmi – HIV-ga elavad inimesi ja MSM-e (kuna viimastel on suurem oht HIV-sse nakatuda). Kolm osalejat olid HIV-sse nakatunud ja üheksa olid MSM-d. Kaks kolmandikku osalejatest olid mehed ja enam kui pooled olid pärit Ukrainast või Venemaalt. Kõik vastajad olid Eestisse rännanud vähem kui kolm aastat tagasi. Viimane näitaja oli eesmärgipärane, et välja selgitada probleemid, millistega puututakse kokku rände ajal ja Eestisse elama asumisel. Kahjuks ei õnnestunud meil värvata kedagi, kes oleks lugenud end inimkaubanduse ohvriks või prostitutsiooni kaasatud isikuks. See võib osaliselt olla tingitud selle teema väga tundlikust ja ebaseaduslikust iseloomust. Samuti ei olnud ükski osalejatest narkootikumide süstinud (veel üks HIV-nakkuse suur riskitegur).

Intervjueritud immigrantidega töötavaid spetsialiste oli kolm, kõigil oli üle seitsme aastane töökogemus.

Uuringu tulemused näitavad, et immigrandid ei käitu kuigi sageli riskeerivalt. Nad ei maininud liigset alkoholi või illegaalsete narkootikumide tarbimist ega juhuslikke seksuaalsuheteid, sarnanedes nii üsnagi Eesti tavarahvastikule.

Olulisemate **mitteametliku toe allikatena** nimetati teisi immigrante, valitsusväliseid diasporaa organisatsioone ja pereliikmeid nii Eestis kui välismaal. Osalejad usaldasid üldiselt **HIV-d puuduvat teavet** tervishoiuasutustelt, riiklikelt või ÜRO-ga seotud valitsustevahelistelt struktuuridelt ning ametlikult HIV-probleemidega tegelevatelt avalik-õiguslikelt organisatsioonidelt. Meediast mainiti usaldusväärsete allikatena ERR-i (kohalik Eesti televisioon) ja teatud Venemaa telekanaleid (Vene Föderatsioonist pärit vastajad).

Seoses tervishoiuteenuste kättesaadavusega ilmnis mitmeid **väärarusaamu ja teabe puudust** selle kohta, mis on kättesaadav ja kes võiks teenustele ligi pääseda. Väärarusaamu ja teabepuudust täheldati ka seoses muude teemadega, sh. soovimatu raseduse vältimine, emadele mõeldud tervishoiuteenuste kättesaadavus, ennetusmeetmete (nt. kondoomid) kättesaadavus. Uuringu vastajad pöördusid reeglina tervishoiusüsteemi poole vajadusel, st. millegi pärast muretsedes või kui arst suunas nad uuringutele. Regulaarsed ennetavad tervisekontrollid ei olnud levinud. Inimesed tundsid puudust ka psühholoogilisest nõustamisest.

Häbimärgistamist mainiti ka paljudes intervjuudes inimestega, kes tundsid, et neid ei koheldud hästi või neile keelduti teenuseid osutamast, kuna nad on immigrandid, keele, kultuurierinevuste või nahavärvi tõttu. Uuringus ei seatud eraldi eesmärki selgitada välja, millised eriprobleemid on MSM-del, kuid kahes intervjuus tõid vastajad välja, et seksuaalvähemusse kuulumine on seotud häbimärgistamisega, mis võib suurendada stressi nii päritoluriigis kui riigis, kuhu immigrant saab.

Peamine takistus tervishoiuteenuste kättesaadavusele oli seotud staatusega – ligi ei pääsenud illegaalsed immigrandid ja elamisloata inimesed. Illegaalsed immigrandid kartsid ka tagajärgi ja konfidentsiaalsuse kaotust, kui nad peaksid oma staatuse tervishoiutöötajatele avaldama.

Osalejad mainisid tervishoiuteenustega seotud probleeme, mille üle kaebab ka Eesti tavarahvastik – pikad järjekorrad, kõrged hinnad (eriti hambaravi), hoolimatud tervishoiutöötajad (15). **Keeleprobleeme** mainiti korduvalt – isegi Tallinnas on olnud raske leida inglise või vene keelt valdavast arsti.

Enamik osalejaid olid HIV-st ja tuberkuloosist teadlikud ning neid olid elu jooksul testitud. **Testimine** Eestis viibimise ajal oli piiratud, eriti vähesed olid läbinud TB sõeluuringud. Ainult uuringus osalenud MSM-d mõistsid regulaarse HIV-testimise vajadust.

Kõik kolm HIV-ga elavat osalejat said tasuta **ARV-ravi** ja neil polnud süsteemi kohta kaebusi. Enamik MSM-e (n = 9) ei olnud **kokkupuute-eelsest profülaktikast** kuulnud ja vaid vähesed olid seda ravi Eestis saanud. Kokkupuute-eelse profülaktika süsteemi peeti keeruliseks.

Vaktsineerimise kontekstis mainiti kõige sagedamini grippi (andmete kogumise ajal ei olnud COVID-19 vastane vaktsineerimine laialdaselt kättesaadav). Kaks kolmandikku vastanutest ütles, et Eestis ei ole keegi neile vaktsineerimist pakkunud.

Enam kui pooled vastanud pakkusid välja võimalusi, kuidas nad saaksid HIV-ga seotud tegevustes osaleda, sealhulgas abi asjaomase organisatsiooni lehe käimashoidmisel sotsiaalvõrgustikes, äsja saabunud immigrandide abistamine kohanemisel, abistamine noorsootöös, turvalise ruumi loomine, vabatahtlik abi neile, kes ei räägi eesti keelt, HIV-teabe ettevalmistamine riikidele, kust immigrandid Eestisse tulevad jne.

Kokkuvõtteks, äsja Eestisse saabunud toovad esile Eesti tervishoiusüsteemi puudujääke, mille üle kurdavad ka kohalikud ning puutuvad kokku oma staatusega seotud spetsiifiliste probleemidega. Lähitulevikus peaks kohalikes omavalitsustes, riiklikes ja valitsusvälistes organisatsioonides, tervishoiu- ja muudes asutustes immigrandide ja varjupaigataotlejatega töötavatele spetsialistidele pakkuma asjakohast koolitust ja teavet. Kõik asutused peaksid olema varustatud ajakohase teabega teenuste kättesaadavuse kohta. Immigrantidele suunatud teabe- ja haridusprogrammid peaksid olema kultuuriliselt sobivad ja nende vajadustele kohandatud.

Häbimärgistamise vähendamine on kriitilise tähtsusega, eriti sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistide seas. Vaja on vähendada kultuuribarjääre ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajate seas valitsevaid eelarvamusi erineva kultuuri- ja keelelise taustaga inimeste suhtes.

Inimõiguste jõustamine on ülioluline. Teoreetiliselt on Eestis viibivatel seaduslikel immigrandidel õigus Eesti kodanikega samal tasemel tervishoiuteenustele. Süsteemi ja teenuseid tuleb kohandada ja rakendada selliselt, et ka immigrandidel oleks reaalne juurdepääs tervishoiule. Psühholoogiliste teenuste kättesaadavuse suurendamine pagulastele ja varjupaigataotlejatele on vajalik näiteks traumajärgse stressihäire kontekstis.

Rahvatervishoiu seisukohast on vaja hakata kavandama põhilisi tervishoiuteenuseid illegaalsetele registreerimata immigrandidele (dokumentideta ja ravikindlustuseta), sealhulgas tuleb tagada, et nad saaksid võimalikult varakult nakkushaiguste ravi. See on eriti oluline COVID-pandeemia valguses. Tsiteerides WHO-d: ei ole rahvatervist ilma pagulaste ja immigrandide terviseta (5).

Immigrandid ise võivad olla HIV-ga seotud teenuseid osutavatele organisatsioonidele oluliseks inimressursiks ning kaasamine vabatahtlikena tugevdaks neis olulisustunnet ja enesekindlust ning aitaks kaasa nakkushaiguste edukamale ennetamisele ja sisserändajate edukamale integreerumisele Eesti ühiskonda

5. Kasutatud kirjandus

1. World Migration Report 2018 [Internet]. 2018
<https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>
2. AP with Euronews. Lithuania takes a tougher line on the migrant influx from Belarus [Internet]
<https://www.euronews.com/2021/08/03/eu-pledges-aid-to-lithuania-as-migrants-pour-in-from-belarus>
3. Zardiashvili, T., Kasianczuk, M. Desk review on LGBT migrants and refugees in CEECA in the context of HIV. Tallinn; 2019
4. Europe's migration crisis [Internet]
<https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/society/20170629ST078631/europe-s-migration-crisis>
5. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. 2018
6. Noori, T., Hargreaves, S., Greenaway, C., van der Werf, M., Driedger, M., Morton, R.L., et al. Strengthening screening for infectious diseases and vaccination among migrants in Europe: What is needed to close the implementation gaps? *Travel Med Infect Dis* [Internet]. 2021 Jan; 39:101715
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1477893920301836>
7. HIV and migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report [Internet]. Stockholm; 2019
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-migrants-Monitoring-implementation-of-the-Dublin-Declaration-on-partnership-to-fight-HIV-AIDS-in-Europe-and-Central-Asia-2018-progress-report.pdf>
8. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. Stockholm; 2019
9. Weine, S.M., Kashuba, A.B. Labor Migration and HIV Risk: A Systematic Review of the Literature. *AIDS Behav* [Internet]. 2012 Aug 6;16(6):1605–21
<http://link.springer.com/10.1007/s10461-012-0183-4>
10. Fedorovych, I., Yoursky, Y. Legislative Analysis related to LGBTQ rights and HIV in 11 CEECA countries [Internet]. Tallinn; 2018
<https://ecom.ngo/library/legal-environment-assessment-2018-en>
11. Statistikaamet. Statistics by theme > Population > Migration [Internet]
<https://www.stat.ee/en/find-statistics/statistics-theme/population/migration>
12. Sisseränne aitas suurendada rahvaarvu [Internet]. 2020 [tsiteeritud 29.12.2020]
<https://www.stat.ee/et/uudised/pressiteade-2020-059>
13. Eesti Rahvusringhääling. Police: Use of unregistered labor in Estonia has grown severalfold [Internet]. 2017
<https://news.err.ee/651309/police-use-of-unregistered-labor-in-estonia-has-grown-severalfold>
14. HIV in Estonia: Situation, prevention, treatment, and care: Narrative report for GARPR 2015. Tallinn; 2015
15. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Aruanne / Kantar Emor, Eesti Haigekassa [Internet]. 2020

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/2021-07/Arstiabi_2020_Q4_KantarEmor.pdf uuringu aruanne