

TARTU ÜLIKOOL
ÕIGUSTEADUSKOND
Avaliku õiguse instituut

Ainvar Rahe

**NARKOMAANIA ASENDUSRAVI JÄTKAMINE POLITSEI
KINNIPIDAMISKOHAS**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: MA, lektor, Anna Markina

TALLINN
2010

Olen koostanud bakalaureusetöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, olulised seisukohad, kirjandusallikad ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

_____ (töö autori allkiri ja kuupäev)

Töö vastab bakalaureusetööle esitatud nõuetele

_____ (juhendaja allkiri ja kuupäev)

Kaitmisele lubatud _____ (kuupäev)

Kaitsemiskomisjoni esimees _____ (allkiri)

Sisukord

Sissejuhatus	5
1. Narkomaania olemus.....	9
1.1 Ajalooline vaade.....	9
1.2 Kuritarvitamine	10
1.3 Sõltuvus.....	11
1.4 Narkomaania Eestis.....	12
1.5 Narkomaaniaravi andmekogu	13
1.6 Politsei hinnang narkomaanide arvule	14
1.7 Narkomaania ennetamine.....	14
1.8 Narkosurmad	15
2. Narkoravi.....	17
2.1 Kahjude vähendamine.....	19
2.2 Abstinents.....	20
2.3 Farmakoloogiline ravi	20
2.4 Asendusravi.....	21
2.5 Detoksifikatsioon	24
2.6 Mittefarmakoloogiline ravi	25
3. Õiguslik olukord	26
3.1 ÜRO õigusaktid.....	27
3.2 Euroopa Liidu õigusaktid.....	28
3.3 Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee	30
3.4 Euroopa Inimõiguste kohus.....	31
3.5 Riigikohtu seisukoht tervishoiuteenuse tagamise osas	32
3.6 Õiguskantsleri arvamus kinnipidamistingimuste ja põhiõiguste vastavuse kohta	32
3.7 Kinnipidamiskohas tervishoiuteenust reguleerivad Eesti õigusaktid.....	33
4. Ravi kinnipidamiskohas	38
4.1 Narkotarbijate osakaal süütegudes.....	38
4.3 Olukord politsei kinnipidamiskohtades.....	41
4.4 Kinnipeetute küsitlus.....	42
4.5 Olukord vanglates	46

4.6 Narkoravi alternatiivkaristusena	48
Kokkuvõte	51
Summary	54
Kasutatud materjalide loetelu.....	58
Kasutatud kirjandus:.....	58
Kasutatud normatiivmaterjalid:.....	58
Kasutatud elektroonilised allikad.....	61
Kasutatud kohtulahendid.....	65
Avaldamata allikad.....	65
Lisad	66
Lisa 1 - Tabelid	66
Lisa 2 - Metadoonravi leping	77
Lisa 3 – Kasutatud küsimustik	78

Sissejuhatus

Termin narkootikum tähendab enamikule inimestest oopiumi ja kanepitooteid. Mõnuainete sotsiaalne staatus ja väärtustamine erineb nii kultuuriti kui ka ajaliselt. Uimastite sotsiaalset asendit mõjutab asjaolu, mil määral nende kasutamine leiab, kui palju neid ühiskonnas toodetakse, kuivõrd nende kasutamine on juurdunud sotsiaalsesse ellu ning milline on ühiskonna sotsiaalne struktuur¹.

Viimase kahekümne aasta jooksul on narkootikumide tarvitamine märgatavalt suurenenud ja koos sellega kasvanud ka narkosõltlaste arv, kes politsei poolt vahistatud: enamus kinnipeetutest on haavatavad inividid, nende sõltuvusainete kuritarvitamise probleemi on nüüdseks hakatud oluliseks pidama ja see on nii kohaliku kui ka riikliku tähelepanu all. Oluline on täpselt hinnata aine kuritarvitamisega seotud surmajuhtumeid, sh sõltuvuse ulatust ja tõsidust ja vajadust meditsiinilise sekkumise järele, sest mõlemad, nii joove kui ka võõrutamine võivad kaasa tuua kinni peetud isiku sattumise meditsiinilistesse, psühhiaatrilistesse või isegi seaduslikesse raskustesse².

Reeglina puutuvad tervishoiutöötajad antud küsimusega rohkem kokku ja neil on ka vastutus tegeleda narkootikumide tarvitamisest uimastisõltlasele tekitatud erinevate kahjudega, samas politsei on vastutav kuritegevuse ja sellega avalikkuse jaoks seonduvate teemade eest. Politsei tegevus võib mõjutada tervisekahjusid nagu üledoos, vere teel edasikanduvate haiguste levik, narkootikumide tarvitamise alustamise iga. Sarnaselt võivad tervishoiusektori tegevused mõjutada kuritegevust ja ühiskonna heaolu. Näiteks narkoraviprogrammid võivad mõjutada kuritegelikku aktiivsust narkootikumide tarvitajate seas.

Vaatamata ebaseadusliku uimastitööstuse laienemisele ja sellega võitlemise edusammudele õigusekaitsesüsteemis, siiski autori andmetel puuduvad Eestis uurimused teemal, mis puudutab politseijõudude reaktsiooni probleemile ja narko- ja alkoholisõltlaste ravi kinnipidamise ajal. Erinevate institutsioonide (tervishoiusüsteem, kohtud, politsei, justiitsüsteem) ühtsete ja koostööl põhinevate tegevuse osas narkosõltlastega (sõltuvuse ja kahjude vähendamiseks) on veel pikk tee käia. Üldiselt ei näe need institutsioonid enda positsiooni nõ laiemas pildis, keskendutakse enda kitsa lõiguga tegelemisele (tõkestada kuritegevust, kinni pidada isikuid, läbi viia kohtumenetlust jms) ja ei mõelda süsteemselt.

¹ M.Salaspuro, K. Kiiänmaa, K.Seppä. Päihdelääkätiede. Gumerrus Kirjapaino OY, Jyväskylä 1998. lk 22.

²Teenused politsei poolt kinnipeetud probleemsetele narko- ja alkoholisõltlastele: Valikuline Euroopa Liidu liikmesriikide võrdlev uurimus, Birmingham City University, /november 2007/ Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www0.bcu.ac.uk/crq/Executive_Summary_Estonia_FV.rtf, lk 3, 12.02.2010.

Politsei seisab silmitsi vastuoluga olukorras, kus alkoholi³ ja tubaka⁴ tarvitamine on lubatud (vaatamata nende poolt põhjustatavale kahjule), samas kui teised sõltuvust tekitavad ained asetsevad seaduslike väärtuste skaala teises otsas.⁵ Narko- ja alkoholisõltlastest kinnipeetute kohtlemisel ei tehta vahet võrreldes teistega, pigem kõiki vahistatuid koheldakse kui kurjategijaid. Informatsiooni pakkumist narko- või alkoholiraviteenuste kohta või nende poole suunamist peetakse üldiselt aktsepteeritud, kuid üldjuhul mitte politsei ülesandeks. Samuti sellised algatused nagu süstlavahetus ja asendusravi ei ole politseinike seas üldjuhul aktsepteeritud.

Kriminaalõigussüsteem panustab suuresti narko- ja alkoholisõltlaste igapäevaellu: alates politsei tegevusest tänaval, kohtupraktikast, politseikambrite, arestimajade ning vanglate tingimustest. Suuremat tähelepanu tuleks pöörata politseipraktikale narkosõltlastele uimastialaste teenuste, kahju vähendamise ja arstiabi pakkumises. Politseil on samuti roll nakkushaiguste leviku vähendamisel ning kahju vähendamisel süstivate narkomaanide hulgas ning narkosõltlaste suunamisel sekkumisravidele. Kahjuks vanglad, arestimajad ja ka teised kinnipidamisasutused, olenemata kõrgetest turvanõuetest, ei piira narkosõltlaste ligipääsu narkootikumidele. Pigem on need asutused kohad, kus kättesaadavate vahenditega jätkatakse narkootikumide tarvitamist.

Narko- ja alkoholisõltlastest kinnipeetute peamiseks vajaduseks on abi saamine võõrutamise ajal ja metadooni ravi jätkamine⁶. Käesoleval ajal Eestis politsei kinnipidamiskohtades kinnipeetutele kättesaadav abi võõrutamise ajal on enamikel juhtudel piiratud rahustite ja valuvaigistitega. Politsei kinnipidamiskohtades realselt võimaldatav meditsiiniline abi ei ole ühtlane politseiametnike poolt, kes vastutavad kinnipeetavate hooldamise eest ning kel on ebapiisav koolitus narkootikumide, alkoholi ja vaimuhaiguste osas. On selge vajadus politseinike koolitamiseks tervishoiu küsimustes, kuna ilma selleta on suurem võimalus, et nad ei oska hinnata seda, kas vahistatu on narkojoobes või on alkohol varjanud mingit haigust⁷.

Klaus Röhrli sõnade kohaselt⁸ on menetlus selline ühiskonnas aset leidev otsustuse kujundamise ja konsensuse saavutamise protsess, mis:

1. on suunatud ühiskonna nappide ressursside jagamisele;

³ Alkoholiseadus. 19.12.2001.- RT I 2002, 3, 7; RT I 2009, 62, 405

⁴ Tubakaseadus. 04.05.2005.- RT I 2005, 29, 210; RT I 2009, 62, 405

⁵ Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus. 11.06.1997.- RT I 1997, 52, 834 - RT I 2010, 7, 31.

⁶ Teenused politsei poolt kinnipeetud probleemsetele narko- ja alkoholisõltlastele. *op.cit.* lk 11.

⁷ M.Salaspuro jt *op.cit.* lk 21.

⁸ E. Kergandberg. jt Kohtumenetlus, Tallinn, Juura 2008, lk 36.

2. mille tulemus on ühiskonna teatud sotsiaalsete mehhanismide toimel selle liikmetele siduv.

Narkosõltlaste ravi jätkamine, samuti ka politseiametnike koolitus, nõuab raha. Käesoleval ajal kujunenud riigi negatiivses majanduslikus olukorras (võrreldes 2009. aasta⁹ ja 2010. aasta riigieelarvet¹⁰) on eriti oluline jälgida tehtavate kulutuste otstarbekust (kaaluda poolt- ja vastuargumente). Piiratud ressursside tingimustes on oluline jälgida milliseid logistilisi muudatusi ja innovatsioone oleks võimalik rakendada, et saavutada optimaalne ressursside kasutamine, juhtimine ja infovahetus, mis tagaks funktsioonide tõrgeteta töö ja teenuse kõrge kvaliteedi. Menetlusökonoomia põhimõttest tulenevalt tuleb menetluses olev ülesanne lahendada õigesti, mõistliku aja jooksul ja võimalikult väikeste kuludega (teostada need toimingud efektiivsemalt, riigi jaoks väiksemate kuludega, kuid mitte kaotada teenuse kvaliteedis).

Käesoleva bakalaureusetöö uurimisesemeks on politsei kinnipidamiskohtades pakutava tervishoiuteenuse seni puuduv osa – asendusravi. Meditsiinilise abi puudulik osutamine politsei kinnipidamiskohtades on piiratud seoses vajalike konsultatsiooniruumide, varustuse ja ressursside puudumisega. Probleemiasetuse tõttu keskendub käesolev bakalaureusetöö ravi jätkamise vajaduste ja võimaluste väljaselgitamisele ning õigusliku raamistiku täpsustamisele.

Allikatena on käesolevas bakalaureusetöös kasutatud nii Eesti kui välismaiste autorite meditsiinalaseid ja õigusteaduslikke töid ning artikleid, samuti Riigikohtu lahendeid ja rahvusvaheliste organisatsioonide õigusakte ning kirjalikke nõudeid. Kehtivate õigusaktide puhul lähtutakse üldjuhul redaktsioonist seisuga 01.02.2010.

Bakalaureusetöö põhitekst koosneb sissejuhatausest, neljast peatükist, kokkuvõttest ja inglisekeelsest resümeeist. Töö lõpus esitatakse lisadena teemaga seonduvate statistiliste andmete tabelid, kasutatud kirjanduse, normatiivmaterjalide, kohtupraktika ja muude materjalide loetelud.

Töö esimese peatükis käsitletakse narkomaania olemust, narkootikumi kuritarvitamist ja sõltuvuse tekkimist. Samuti narkomaania levikut Eestis, räägitakse ennetamisest ning narkosurmadest.

Teises peatükis käsitletakse erinevaid narkomaania ravimeetodeid ning lähemalt tutvutakse metadoonraviga.

Kolmas peatükk annab ülevaate tervishoiuteenuse õiguslikust raamistikust ning võrreldakse Eestis kehtivaid tervishoiuteenuse osutamist reguleerivaid õigusakte saamaks vastust

⁹ 2009. aasta riigieelarve seadus. 10.12.2008. - RTI, 31.12.2008, 60, 332.

¹⁰ 2010. aasta riigieelarve seadus. 09.12.2009. - RTI, 30.12.2009, 67, 459.

küsimusele, kuidas politsei kinnipidamiskohtadel on juriidiliselt korrektselt võimalik osutada tervishoiuteenust.

Neljandas peatükis antakse ülevaade narkomaanide osakaalust süütegude toimepanemisel ning olukorrast kinnipidamiskohtades. Esitatakse kokkuvõtte politsei arestimajades läbi viidud kinnipeetute küsitlusest. Peatüki lõpus on vanglate hetkeolukorra kirjeldus ning arutlus, kas on võimalik kasutada narkoravi alternatiivkaristusena.

1. Narkomaania olemus

Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse¹¹ (edaspidi *NPALS*) § 1g 2 p 6 kohaselt on narkomaania psüühiline või füüsiline sõltuvus, mis on tekkinud narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel. *NPALS* § 2 p 7 mõistab narkomaani kui isikut, kellel narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel esineb psüühiline või füüsiline sõltuvus nendest ainetest.

Uimasti on kesknärvisüsteemi mõjutav aine, mis kutsub esile joobe või joobesarnase seisundi. Narkootilised ained mõjutavad inimese meeleeundeid ning muudavad olulisi psüühilisi funktsioone, näiteks ärkvelolekut, valutundlikkust, reaktsiooni kiirust, lähimälu ja tähelepanu.¹²

Narkomaania kõige laiemas tähenduses kui enesestimulatsiooni fenomen on paratamatu, inimhingele iseloomulik. Kes on kogenud ülimat naudingut – ekstaasi – see igatseb seda kogeda üha uuesti ning on selle nimel valmis kannatama igasugu piinu. Narkomaania kitsamas tähenduses kui psüühiline ja füüsiline sõltuvus on samuti paratamatu. Enamasti tõkestab nautlemist psüühiline, somaatiline või sotsiaalne vastusurve. Narkootikumide kasutajaks ei saada mitte niivõrd teatud aineid kasutades, vaid tarvitades neid mitteaktsepteeritud viisil (näiteks joobe saavutamiseks, mõnutunde esilekutsumiseks)¹³.

Arusaam narkomaaniast kujuneb sageli meedia poolt pakutava pildi kaudu. Selle kaudu antud informatsioon moonutab infot seetõttu, et juhuslikud kasutajad või kasutamist kontrollivad isiku satuvad narkojoobes avalikkuse ette harva.

1.1 Ajalooline vaade

Oopiumimooni ehk unimagunat on kasvatatud tuhandeid aastaid, sama kaua on oopiumi kasutatud ka ravimina ja joovet tekitava ainenä¹⁴. Uimastavaid taimi kasutati religioossetes rituaalides (näit šamaanid taotlesid nende abil ebamaiseid nägemusi ja ühendust jumalaga). Juba 4000 a eKr kasutasid sumerid oopiumit valude leevendamiseks. Sealt levis oopiumi kasutamine

¹¹ Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus. 11.06.1997.- RT I 1997, 52, 834 - RT I 2010, 7, 31.

¹² O.V.Oiseth. Narkootikumid ning doping- ja muud tervistkahjustavad ained. Rootsi Politseiamet. Rootsi Carnegie Instituut. Rootsi Narkopolitseinike Ühing. Eesti Politseiamet. Tallinn, 1999. lk 2.

¹³ M.Salaspuro jt .*op.cit.* lk 67.

¹⁴ *op.cit.* lk 9.

Egiptusesse ja Pärsiasse ning roomlaste kaudu Alpideni. See sisaldas sõdalastesse julgust ja leevendas haavavalusid.¹⁵

Vähesel määral oli oopiumi suitsetamine Euroopas levinud juba 19. sajandil. Üheksateistkümnenda sajandi teisel ja kahekümnenda sajandi esimesel poolel täheldati mõningates Euroopa riikides ning USAs opioididest sõltuvuse sündroomi. Kõige sagedamini oli opioidsõltuvuse päritolu iatrogenne, st. oopiumipreparaate meditsiinilistel eesmärkidel väljakirjutamisel ei olnud piisavalt ettevaatlik. Reeglina määrati patsientidele oopiumipreparaate valuvaigistamise eesmärgil.¹⁶ Märgates opioidide sellist toimet, muutus 20. sajandi alguses enamuses riikides narkootiliste ainete raviotstarbeline väljakirjutamine rangemaks.

Eelmise sajandi seitsmekümnendatel aastatel toimus USAs ja Euroopa riikides intensiivne migratsioon nõrgemalt arenenud rajoonidest linnadesse. Heroiini turuleilmumisega sai selle kasutamine paljude linnade vaesterajoonides ja -kvartalites tavaliseks nähtuseks. USAs kujunesid narkootiliste ainete kasutajateks sageli etniliste vähemuste esindajad - hispaania keelt kõnelevad või mustanahalised ameeriklased.¹⁷ Ka Eestis valitseb olukord, kus süstivate narkomaanide hulgas on ülekaalukalt esindatud vähemusrahvus (vt p 1.5). Euroopas on opioidnarkootikumide kasutamine kujunenud viimastel aastakümnetel tõsiseks sotsiaalseks ja meditsiinilises probleemiks, millega sageli kaasneb viletsus ja tööpuudus¹⁸.

1.2 Kuritarvitamine

Aine kuritarvitamine on tarvitamise viis, mis kahjustab inimese tervist. Kahjustus võib olla nii füüsiline kui psüühiline. Siinkohal on obligatoorne tarvitaja enese poolt tekitatud füüsiline või psüühiline kahjustus. Ainuüksi fakt, et konkreetse aine tarvitamise viis on teiste inimeste või kultuuri poolt taunitav või on toonud endaga kaasa ühiskondlikult negatiivseid tagajärgi, nagu arest või abielulahutus, ei ole kuritarvitamise tõestus¹⁹.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, edaspidi *EMCDDA*) kasutab mõistet "probleemne uimastitarvitamine", mille puhul peetakse silmas "uimastite süstimist või pikaajalist/korrapärast heroini, kokaiini ja/või amfetamiini-tüüpi uimastite tarvitamist", kusjuures üldise kokkuleppe

¹⁵ *op.cit.* lk 22.

¹⁶ E. Subata. Sõltuvus opioididest. Vilniuse Ülikooli psühhiaatrikliinik.1997. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.tugikeskus.ee/moodul.php?moodul=CMS&Komponent=Lehed&id=114&sm_id=275, lk 7, 27.02.2010.

¹⁷ *op.cit.* lk 8.

¹⁸ *op.cit.* lk 8.

¹⁹ M. Harro, K. Rüütel. HIV-Nakkuse ja AIDS-i olemus ja ennetamine. Tartu, Tartu Ülikooli kirjastus, 2004, lk 175.

kohaselt hõlmab definitsioon lisaks herooinile ka muude opiaatide tarbimist. Sel viisil uimastite tarvitajaid käsitletakse "probleemsete uimastitarvitajatena", kelle puhul on valdavalt tegu süstivate narkomaanidega.²⁰ Definitsioonide aluseks on uimastitarvitajate käitumisharjumused ning need ei sisalda mingeid arvulisi näitajaid.

Tugevatoimeliste opiaatide nagu puhta morfiini ja heroini sünteesimine ning süstalde ja kanüülide ehk õõnesnõelte kasutuselevõtmine aitas kaasa opiaatide tarvitamise levikule selles maailma osas, kus meie elame. 1960. aastate keskpaigast alates on heroini kuritarvitamine kujunenud väga raskeks sotsiaalseks ja meditsiiniliseks probleemiks enamikus lääneriikides.²¹

1.3 Sõltuvus

Narkootikumide kuritarvitamisega seotud raskemaid probleeme on sõltuvuse kujunemine. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni määratluse järgi on sõltlane inimene, kes "tunneb sündi võtta ainet, et kogeda selle mõju psüühikale"²². Uimastist sõltuv inimene kaotab mõistusliku kontrolli oma tegevuse üle, sõltuvus omakorda on aga meelemürgi kuritarvitamise jätkamise mootor. Sõltuvus võib muutuda väga tugevaks, sundides inimest jätkama aine kasutamist isegi siis, kui see põhjustab suuri kahjusid, raskeid kõrvalekaldeid ja haigusi või lausa ähvardab ta elu.

Sõltuvust võib defineerida ka kui somaatiliste (füüsiliste), käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleksi, mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab inimese käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on tung (sageli tugev, vastupandamatu) psühhoaktiivset ainet (mis võib, aga ei pruugi olla arsti poolt ordineeritud), alkoholi või tubakat tarvitada.²³ Opioididel on teistest keemilistest ainetest suurem kalduvus organismi füüsilise sõltuvuse tekitamiseks ja selle orjastamiseks.

Organismil on omadus kohaneda, see tähendab võime kaitsta end mürgitamisreaktsiooni eest, kui narkootikumi või muud uimastit manustatakse korduvalt. Kuigi aine kogus jääb samaks, väheneb aine mõju. Narkootilise aine kasutaja aga arvab, et ta kannatab rohkem, ning seetõttu peab varasema mõju saamiseks annust suurendama.²⁴

²⁰ Euroopa Narkootikumide ja narkomaania Seirekeskus. Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2006. aasta aruanne (2006). Lissabon. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/et/page001-et.html>, 13.03.2010.

²¹ O.V.Oiseth. *op.cit.* lk 9.

²² *op.cit.* lk 49.

²³ M.Harro, K.Rüütel. *op.cit.* lk 175.

²⁴ O.V.Oiseth. *op.cit.* lk 5.

Opioidid tekitavad tugeva heaolutunde, mida peetakse opioidide väärkasutamise tähtsamaks põhjuseks²⁵. Opioidisõltuvuse ravi kestab kaua ja see on keeruline. Võib juhtuda, et tagasipöördumisel aine tarvitamise juurde pärast kainusperioodi kujunevad sõltuvussündroomi nähud kiiremini kui mittesõltuvatel isikutel. Aine tarvitamisvajaduse subjektiivne teadvustamine ilmneb eelkõige püüdlustega lõpetada või kontrollida aine tarvitamist. See diagnostiline tähelepanek välistab näiteks kirurgilised patsiendid, kellele on valu vaigistamiseks ordineeritud opiaate ning kellel võivad avalduda opiaatide võõrutusnähud, kuid kellel sellele vaatamata ei teki tungi aine tarvitamist jätkata.

Uimastisõltuvus on progresseeruv ning tihti fataalne haigus, mida on võimalik ravida. Sõltuvust iseloomustab nõrgendatud kontroll uimastavate ainete tarvitamise kestuse, koguse ja tarvitamise viisi üle, tähelepanu keskendamine muudelt eluvaldkondadelt narkootikumide hankimisele ja tarvitamisele, narkootikumide tarvitamine vaatamata nende negatiivsele mõjule organismi funktsioonidele ning mõtlemisprotsessi häirele. Nagu teisedki kroonilised haigused võib see olla progresseeruv, tagasilangev ja fataalne. Uimastisõltuvuse probleemi efektiivne käsitlemisviis on ravi võimaldamine narkosõltlastele, mis loob võimaluse narkootikumidest loobumiseks ning stabiilse ja kauaaegse remissiooni saavutamiseks, luues sellega omakorda eeldused järgnevas täielikuks sotsiaalseks reintegratsiooniks²⁶.

1.4 Narkomaania Eestis

Eestis on narkootikumide kuritarvitamisega seonduv problemaatika suhteliselt uus nähtus, kasvades 20 sajandi lõpuaastail Eesti ühiskonnas kiiret lahendust vajavaks probleemiks. 1990-ndate aastate jooksul, eriti antud kümnendi teisel poolel, hakkas laialdaselt levima soosiv suhtumine nii narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tarbimisse kui ka nende ainete käitlemisse, seades ohtu nii inimeste tervise kui turvalise elukeskkonna. Arvestades rahvusvahelist kogemust, on uimastisõltuvuse ennetamine ja ravi ühiskonnale oluliselt odavamad kui elamine koos uimastisõltuvuses ühiskonna liikmetega²⁷.

²⁵ M.Salaspuro jt .*op.cit.* lk 136.

²⁶ Justiitsministeerium. Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://eusk.tai.ee/failid/strateegia2.doc>, lk 13, 25.02.2010.

²⁷ *op.cit.* lk 13.

1.5 Narkomaaniaravi andmekogu

Vabariigi Valituse määruse²⁸ alusel on loodud andmekogu, mille asutamise ja pidamise eesmärgiks on narkomaaniaravile pöördunud isikute andmete töötlemine, mis on vajalik narkomaania esinemise analüüsimiseks ja sellealaste tervishoiuteenuste korraldamiseks. Andmekogusse esitatakse andmed iga narkomaaniaravile pöördumise juhu kohta. Andmekogu vastutav töötleja on Sotsiaalministeerium ja volitatud töötleja on Tervise Arengu Instituut.

Kokku oli 2008 aasta jooksul andmekogusse sisestatud andmed 530 isiku ravilviibimise fakti kohta. Neid, kelle kohta oli registris vaid üks ravi alustamise teatis, oli 303, ravi 2008. aastal alustanud ning ka lõpetanud patsiente oli 149, ravi enam kui korra alustanud ning ka lõpetanud patsiente oli 53 ning korduvalt erinevate raviarstide või sama arsti juures, kuid erineval ajal ravi alustanud ja 31. detsembriks 2008 on registris ravi lõpetamisteatiseta 25 isikut.²⁹ Nagu ülaltoodust nähtub, on selliseid patsiente, kes aasta jooksul on korduvalt ravi alustanud, suhteliselt palju.

Narkomaaniaravile pöördunutest 2008. aastal 77% olid meesterahvad; 70% olid noored vanuses 20-29. Ravile pöördunutest 97% oli diagnoositud opioidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired. Valdavale enamusele oli peamiseks ravimiks määratud metadoon (76%). Enne ravile pöördumist tarvitas 56% patsiente peamise narkootikumina fentanüüli analooge (fentanüül ja 3-metüülfentanüül) ning 24% heroini. Pooled ravialustest olid sõltuvusainetega esmakordselt tutvust teinud vanuses 13-16 eluaastat. Valdav enamus ravile pöördunutest tarvitab narkootikum süstides, 50% neist olid süstimiskarjääriga alustanud 15-18 aastaselts ning 10% süstijatest oli alustanud veelgi nooremana. Vene rahvusesse kuuluvaks peab end 83%, eestlasteks 12% patsiente. Töötuid oli 42% ravialustest, samapalju omasid püsivat töökohta, 49% patsientidest olid põhiharidusega, kuid viisteist üle 20-aastast ravile pöördunut ei omanud põhiharidustki. Peamiseks ravi lõpetamise põhjuseks oli patsiendipoolne ravi katkestamine ja ravile enam mitteilmumine.³⁰

²⁸ Narkomaaniaravi andmekogu asutamine ja andmekogu pidamise põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 21. novembri 2006. a määrus nr 239.- RTI, 30.11.2006, 52, 391.

²⁹ Eesti Uimastiseire Keskus. Narkomaaniaravi andmekogu 2008. aasta aruanne, Tallinn, 2009, Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://eusk.tai.ee/failid/Narkoravi_andmekogu_tabeliraamat2008.pdf, lk 6, 25.02.2010.

³⁰ *op.cit.* lk 7-8.

1.6 Politsei hinnang narkomaanide arvule

Põhja prefektuuri narkokuritegude talituse hinnangul on Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) poolt pakutav narkomaanide arv (13801³¹) tegelikkusest väiksem „Meie arvates on Tallinnas üle 15 000, lisaks Ida-Virumaa, kus spetsialistid pakuvad vähemalt 10 000 narkomaani. Seega kokku 25 000. Kui palju on nn ühekordseid ja püüaäpävatartvitajad sinna juurde, seda ei oska keegi hinnata. Me eksiks väga palju selle arvu ütlemlisega. Võttes aluseks TAI näite süstiva narkomaani osas, et süstitakse põhiliselt amfetamiini ja fentanüüli, siis juba ainult üksi nende 13 801 narkomaaniga oleks narkoturu käive 1,5 miljardit. Tõenäoliselt on see arv oluliselt suurem ja need ei ole kõige populaarsemad narkootilised ained. Kanep ja ecstasy on veel populaarsemad. Seega võib sinna juurde liita veel miljardid.“³²

1.7 Narkomaania ennetamine

Ennetamine on tegevus, millega üritatakse vältida haiguste ja muude probleemide tekkimist. Sõltuvusainete puhul mõistetakse ennetamise all tegevust, millega püütakse vältida või vähendada nende kasutamist ja eriti liigtarbimisest tulenevaid probleeme.³³ Ennetamise esmane sihtgrupp on isikud, kes ei ole veel tarvitanud mõnuaineid või tarvitavad sellisel moel, et sõltuvus ning sellega kaasnevad probleemid ei ole veel tekkinud.

Narkomaania ennetamine hõlmab kõiki probleeme, mis on seotud narkootikumide tarvitamisega: tervisehäired, sotsiaalprobleemid, kuritegevus, koolist väljalangemine, töövõime kaotus³⁴. Esmase preventsiiooni ülesandeks on eelnimetatud probleemide ärahoidmine. Ennetamise ja ravi tarvis on vaja tõhusaid narkoloogia- ja muid sotsiaal- ning terviseteenuseid³⁵.

Eestis on puudus asjakohastest asutustest ja kvalifitseeritud spetsialistidest, kes riiklikus tegevuskavas sisalduvaid tegevusi edukalt ellu viiksid. Samuti on probleeme kodanikuorganisatsioonide rahastamisega. Reageerides kasvavale epideemiale rohkemate ja uuemate, muudes valdkondades kogemusi omavate kodanikuorganisatsioonide loomisega, tekivad pinged olemasolevate valitsuse ja kodanikuorganisatsioonide partnerite hulgas kuna

³¹ A. Uusküla. Süstivad narkomaanid Eestis: HIV ja riskikäitumise levimus. Süstiva narkomaania levimus. Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut, Convictus Eesti, MTÜ „Me aitame Sind”, Imperial College, London (UK), 2004, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.just.ee/20496>, 26.02.2010.

³² A. Borodin, R. Kasemäe, M. Klein. Narkosüüteod ja nende mõju kuritegevusele Eestis 2006-2008. Tallinn, Politseiamet 2009. lk 95 (Käsikiri Politsei- ja Piirivalveametis).

³³ M.Salaspuro jt .*op.cit.* lk 48.

³⁴ Justiitsministeerium (viide 25), lk 9.

³⁵ M.Salaspuro jt .*op.cit.* lk 72.

eelarve seejuures aga ei kasva. Kõik kodanikuorganisatsioonid soovivad rohkem osaleda poliitikate väljatöötamise ja strateegia rakendamise kavandusetappidesse³⁶.

1.8 Narkosurmad

Narkosurm on lühend narkootiliste ja psühhotroopsete ainete mürgistusse (üledoosi) suremise statistikast. EMCDDA määratleb uimastitest põhjustatud surmana need surmajuhtumid, mis on otseselt põhjustatud (üleannustamisena) ühe või mitme narkootikumi tarbimisest, millest vähemalt üks on ebaseaduslik uimasti³⁷.

Opiatide tarvitamise suurim oht on see, et aine üledoosimise korral saabub surm. Opiaadid pärsivad hingamist, üledoosierimise tagajärjel hingamine seiskub³⁸. Morfiini või heroini üledoseerimise oht on kõige suurem, sest narkomaan ei saa annust enam kuidagi vähendada, kui ta tunneb, et mõju on liiga tugev. Oluline riskitegur on ka see, et tavaliselt narkomaan ei tea, kui kange lahuse ta on ostnud, ning vaevalt on talle ka teada just selle päeva taluvus. Heroiinitarvitajate suremus on kümme kuni viisteist korda suurem kui samas eas tavaelanike suremus³⁹.

Lisatud tabelist (lisa 1, tabel 1) ilmneb väga kurb tõsiasi – narkosurmade arv on tõusuteel. Objektiivselt küljest näitab üledoosidesse surnute tippaastate statistika küllaltki selgelt uute ja kangete (sünteetiliste) opiaatide turule tulekut.⁴⁰ Uus ja senisest kangem aine nõuab veidi uutmoodi doseerimist ja surmav üledoos on kerge tulema. Kui arvestada, et viimase kolme aasta jooksul on keskmiselt lisandunud umbes 1 500 uut narkosüütegijat aasta kohta, siis viimastel aastatel sureb ligikaudu iga uue 100 narkosüütegija kohta umbes 6 neist üledoosi tõttu (see trend on kasvav)⁴¹. Kahjuks hetkel puudub info, mis on põhjustanud 2009 a narkosurmade kasvu.

Viimastel aastatel näitavad narkoüledoosi tõttu surnute arvud pidevat tõusu. Käesolevaks ajaks on juba kujunenud olukord, kus narkoüledoosi surnute arv ületab liiklussurmasid või tulekahjudes hukkunuid.

³⁶ Eesti Vabariigi valitsuse, Läti Vabariigi valitsuse, Leedu Vabariigi valitsuse ning ÜRO kuritegevuse ja narkomaania vastu võitlemise keskuse vaheline projektidokument. RTII, 28.02.2007, 4, 13.

³⁷ Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. Uimastiprobleemide olukord Euroopas. 2009 aastaaruanne. Arvutivõrgus. Kättesaadav:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_ET_EMCCDDA_AR2009_ET.pdf . lk 84, 26.02.2010.

³⁸ O.V.Oiseth. *op.cit.* lk 20.

³⁹ *op.cit.* lk 22.

⁴⁰ A. Borodin jt. *op.cit.* lk 95-97.

⁴¹ *op.cit.* lk 93.

Tallinna kiirabi statistika annab hea ülevaate probleemist kuna lähtudes EKEI statistikast leiab ka enamus surmavaid üledoose aset just Tallinnas (2006 – 81%, 2007 – 67%, 2008 – 79%). Tallinna Kiirabi ravijuhi andmeil on keskmise väljakutse maksumuseks Tallinna linnas umbes 1 300 krooni. Tegelik maksumus sõltub rakendatavate protseduuride kogusest, mahust ja kasutatud ravimite hinnast. Üks opioidi üledoosi patsient saab antidooti 1-2 ampulli. Antidoodi hind on sõltuvalt ravimimüüjast 8-80 krooni ampull. Tallinnas kulus narkomaanide turgutamiseks 2008. aastal ligi 1,7 miljonit krooni. See pole siiski täpne summa, pigem suurusjärk, kuna kõik üledoosid pole opiaatidest tingitud, vastumürk saadakse erineva hinnaga ja vastumürgi doosid varieerivad.⁴²

Aastatel 1990–2006 teatasid ELi liikmesriigid, Horvaatia, Norra ja Türgi 6500-st kuni 8500-st uimastitest põhjustatud surmajuhtumist aastas, mis teeb kokku üle 135 000 surmajuhtumi selle aja jooksul. Enamiku Euroopa Liidus registreeritud uimastitest põhjustatud surmade puhul on tegemist opioididega, peamiselt heroini või selle metaboliididega.⁴³

Alkoholi- ja narkootikumijoobega seotud vigastussurmade tõttu hukuvad sagedamini just noored ning töövõimelised inimesed, mistõttu nii investeringud inimestesse kui ka tulu tehtavast tööst jäävad ühiskonnal tagasi saamata ning sellevõrra ühiskond vaesub.

⁴² *op.cit.* lk 88.

⁴³ Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (viide 36), lk 84.

2. Narkoravi

Uimastisõltuvuse ravi on erinevatele sihtrühmadele suunatud ning erinevate ravi eesmärkidega teenuste koordineeritud võrgustik. Sõltuvuse ravi on kompleksne ja eeldab nii farmakoloogiliste kui ka mittefarmakoloogiliste raviviiside kompleksset kasutust. Sõltuvalt eesmärgist kasutatakse farmakoterapiat kas võõrutusravina (asendusravimi või muude ravimpreparaatide abil) või asendusravina / toetava säilitusravina (kasutusel on asendusravim)⁴⁴.

Terviklik raviprotsess sisaldab järgnevaid etappe:

1. esmase kontakti loomine, motiveerimine raviks – perearst, haiglad, esmase informatsiooni keskused (madala lävega nõustamiskeskused, süstlavahetuspunktid jne);
2. detoksifikatsioon (võõrutusnähtude ravi) – (eri)haiglad, spetsialiseeritud uimastisõltuvuse ravikeskused;
3. sõltuvusravi, rehabilitatsioon – professionaalsed ravikeskused (kasutusel on nii meditsiinilised, kui ka sotsiaalsed ja psühhoterapeutilised meetodid), sotsiaalse rehabilitatsiooni keskused.
4. järelravi, rehabilitatsioon – päevakeskused, kus tegutsevad väljumisprogrammid ning toimub endiste uimastisõltuvusega isikute reintegreerimine tööturule.⁴⁵

Eestis kasutusel olevad asendusravi korralduse aluseks on võetud Soome kogemused⁴⁶.

Opiaatsõltuvuse ravi on ravikokkuleppe alusel toimuv ravi opiaatsõltuvusest vabanemiseks või sõltlase vaevuste leevendamiseks ja ühiskonna kahjude vähendamiseks. Opiaatsõltuvuse raviks ei loeta vaevuste leevendamist opiaatsõltlase kehalise haiguse ajal olukorras, kus võõrutusnähud halvendavad tema kliinilist olukorda või raskendavad põhihaiguse ravi.⁴⁷

Erinevate välisekspertide arvamuse kohaselt on Eestis narkomaaniaravi (asendus- ja võõrutusravi) kättesaadavus süstivatele narkomaanidele ebapiisav. 2007. a oli Global Fundi (edaspidi *GF*) ja HIVi/AIDSi ennetamise strateegia rahastamisel kuues ravikeskuses metadoonasendusravi puhul kokku 1030 klienti, kellest 357 katkestas ravi. Peale riikliku rahastamise rahastas 2007. aastal kohalikest omavalitsustest ka Tallinna linn 104 täiskasvanud

⁴⁴ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. Opiaatsõltuvuse ravijuhis. 2006. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=31, lk 7, 25.02.2010.

⁴⁵ Justiitsministeerium (viide 25), lk. 13.

⁴⁶ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 10.

⁴⁷ *op.cit.* lk 4.

kliendi metadoonasendusravi.⁴⁸ Keskmiselt kulus ühe opiaatsõltlase asendusraviks 2007. a 346 eurot (lisa 1, tabel 2). Ravile pöördunutest 2007. aastal katkestas ravi keskmiselt 35%.

Seega, arvestades varasemalt antud hinnangut narkomaanide arvu kohta on erinevatel sihtgruppidel juurdepääs sobivale raviteenusele äärmiselt piiratud. Võib öelda, et tegelikkuses narkomaaniaravi (võõrutus- ja asendusravi) ei ole kättesaadav ka vanglates ega arestimajades ning piiratud ravikohtade tõttu ei ole tagatud juurdepääs narkomaaniaravile ka kriminaalhoolduse all olevate narkosõltlaste puhul.

Enamus inimesi, kellele on määratud metadooniravi, tarvitavad aeg-ajalt teisi aineid, kõige sagedamini alkoholi, kanepit, benzodiazepiine, barbituraate. Juhul, kui selline tarvitamine ei kujuta endast ohtu ravile, ei ole mõtet ähvardada ravi katkestamisega. Kui narkootiliste ainete tarvitamine rikub raviplaani, tuleb proovida raviplaani korrigeerida, enne kui ravi lõplikult lõpetada. Tähtis on, et raviasutused ise tunnetaksid, milline on ravi (teenuste) eesmärk.⁴⁹ Tuleb rõhutada, et parimate ravitulemuste saamiseks asendusravis on tähtis ravi järjepidevus, ravi juurde kuuluvad tugiteenused ja adekvaatsed ravimikogused⁵⁰. Tähtis on see, et kogu meditsiiniline personal saaks katkestamise kriteeriumidest ühtmoodi aru ja rakendaks neid ausalt ja ilma diskrimineerimiseta. Patsienti tuleks eelnevalt hoiatada nii suuliselt kui kirjalikult ravi katkestamise võimaluse eest. Samal ajal on ravis osalejal ka kohustus mitte kasutada narkootilisi ja psühhotroopseid aineid ning osaleda vajadusel uimastitarbimise kontrollis (uriini analüüsid). Positiivse analüüsi korral on keskusel õigus kliendi ravi katkestada ja kliendil kohustus ravikoht vabastada (lisa 2)⁵¹.

Uriiniproovi tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada proovimaterjali, kasutatud meetodikat ning võimalikke analüüsile mõjuvaid faktoreid. Kui proovis sisaldub uuritavat ainet või selle metaboliite sellises kontsentratsioonis, mida on võimalik antud meetodiga avastada, saadakse vastus positiivne. See aga ei tähenda, et analüüsi tegemise hetkel on patsient aine mõju all. Isik võis seda tarvitada ka eelnevatel päevadel, kuid aine metaboliidid püsivad uriinis päevi (lisa 1, tabel 3).⁵²

⁴⁸ REITOXi riikliku narkoteabekeskuse 2008. a raport (2007. a andmed) EMCDDAle. Eesti - uus areng, suundumused ja süvainformatsioon valitud teemadel. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://eusk.tai.ee/failid/Raport_2008_eebikeelne_EESTI.pdf, lk 29, 25.02.2010.

⁴⁹ E. Subata. *op.cit.* lk 33.

⁵⁰ Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services. Methadone maintenance treatment, CDC IDU/HIV prevention (2002). Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.cdc.gov/IDU/facts/MethadoneFin.pdf>, 28.02.2010.

⁵¹ OÜ Tervisekeskuse Elulootus. Metadoonravi lepingu näidis. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.tugikeskus.ee/moodul.php?moodul=CMS&Komponent=Lehed&id=114&sm_id=275, 27.02.2010.

⁵² K. Lauri. *Lege Artis*. Labor. Lisaväljaanne 2005. Arvutivõrgus. Kättesaadav:

Samas on ka patsiente, kelle puhul uimastist loobumine ei ole realistlik. See ei tähenda, et ravi ei oleks mõttekas. Sõltuvus on käsitletav kroonilise haigusena, mille puhul ka seisundi osaline paranemine ja remissioonide pikenemine on oluliseks kergenduseks nii patsiendile, tema lähedastele kui laiemalt kogu ühiskonnale⁵³.

Täpset arvulist ülevaadet nendest raviasutustest ja psühhiaatritest, kes narkomaaniaravi praegu osutavad, pole võimalik esitada. 2007. aastal oli TAI-l sõlmitud ravilepingud kuue teenusepakujaga⁵⁴. Samuti ei ole võimalik eristada spetsiifilisi ambulatoorseid ja statsionaarseid narkomaaniaravi keskuseid. Siiski võib välja tuua, et enamik sõltuvusraviga tegelevaid tervishoiuasutusi osutab vaid ambulatoorset ravi (TAI finantseeringuga raviasutustest viis pakuvad vaid ambulatoorset ravi ja üks nii ambulatoorset kui ka statsionaarset narkomaaniaravi⁵⁵). Nagu eespool kirjeldatud, rahastatakse Eestis narkomaaniaravi mitmetest allikatest. 2007. aastal kasutati selleks GFi ja HIVi/AIDSi ennetamise strateegia ning kohalike omavalitsuste rahalisi vahendeid. Samuti võis klient ravile pöörduda endapoolsel rahastamisel. Eesti Haigekassa finantseeringuga teenuste nimekirja narkomaaniaravi ei kuulu⁵⁶.

Järgnevalt on kokkuvõtlikult esitatud erinevad narkosõltuvuse ravivõimalused. Välja on toodud nii farmakoloogilised (ravimitega) kui mittefarmakoloogilised (ravimiteta) ravi variandid.

2.1 Kahjude vähendamine

Kahjude vähendamine on aktiivne tegevus piiramaks ja langetamaks kahju, mis tekib narkootikumide tarvitamisega ühiskonnale ja tarvitajale: isiku- ja varavastased kuriteod, agressiivne käitumine, vägivald, nakkushaiguste leviku soodustamine, töövõime kaotus, üledoseerimine ja otsesed tervistkahjustavad toimed, suitsiidid ja surmad, isiksuse lagunemine, negatiivne mõju uimastitarvitaja pereliikmete elukvaliteedile, emotsionaalsele seisundile.⁵⁷ Kahjuliku mõju vähendamise strateegia võib olla efektiivne ainult sel juhul, kui on saavutatud kokkulepe õiguskaitseorganitega, et need ei takista narkootikume kasutavatel isikutel meditsiinilise abi saamist.

<http://www.legeartis.ee/index.php?sisu=artiklid&mid=32&lang=est>, lk 44-46, 03.03.2010.

⁵³ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 7.

⁵⁴ Centers for Disease Control and Prevention. *op.cit.*

⁵⁵ *op.cit.*

⁵⁶ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 19. veebruari 2009. a määrus nr 42 19.02.2009.- RT I 2009, 16, 99-RT I 2009, 51, 352

⁵⁷ Justiitsministeerium. (viide 25), lk 23.

Kahjude vähendamiseks on kasutusel toetav säilitusravi. See on opiaadisõltlase ravi, milles kasutatakse asendusravimeid, mis kestab kauem kui üks kuu ning mille põhieesmärk on kahjude vähendamine ja patsiendi elukvaliteedi parandamine. Toetav säilitusravi ei sea eesmärgiks sõltuvusest vabanemist ega patsiendi töövõimelisuse taastamist.⁵⁸

Seega võib öelda, et kahjude vähendamine on tegevus, mille eesmärgiks on tervise edendamine, terviseprobleemide ennetamine ning langetada uimastitarvitamise ja sõltuvuskäitumise tagajärgi tervisele ja ühiskonnale ilma ilmtingimata abstinentsi saavutamiset.

2.2 Abstinents

Abstinents (võõrdumisreaktsioon, karskus) on seisund, mis tekib tugeva vastumõjuna narkootikumi tarvitamisest hoidumisele. Enamasti vajab inimene sel juhul arstiabi, vahel võib võõrutusreaktsioon olla ka eluohtlik. Abstinents algab tavaliselt siis, kui ei saada kätte oma keskmist doosi. See võib alata 6 tunni möödudes, kui kasutatakse moonitõmmist (või heroini) või ööpäeva möödudes, kui tarvitatakse metadooni. Abstinentsi sümptomid jaotatakse somaatilisteks ja psüühilisteks.⁵⁹

Somaatilised sümptomid: Umbes 12 tundi peale viimase doosi manustamist algab füüsiline ebamugavustunne, mis väljendub pisaravooluses, nohus, higistamises ja haigutamises. Ca 12-14 tunni pärast algab ja 2.-3. päeval kulmineerub rahutu uni. Samal ajal tekivad ka teised sümptomid - pupillid laienevad, söögiisu kaob, seljavalu ja värinad. Need sümptomid lähevad üle unetuseks, vahetpidamatuks haigutamiseks, gripilaadseteks sümptomiteks (seedeelundite funktsioonide häired, külmavärinad ja kuumalained, lihasekrampid). Somaatilise abstinentsi ilmingud kakkavad kaduma ja nõrgenevad märgatavalt abstinentsi viiendal päeval. Ägeda abstinentsi sümptomid kaovad heroini tarvitamise järel täielikult 7-10 päeva pärast. Psühholoogilised sümptomid ei ole vähem tähtsad. Põhilised nende hulgas on tugev soov tarvitada opioide, närvilisus, ärrituvus.⁶⁰

2.3 Farmakoloogiline ravi

Asendusravimiga (farmakoloogiline) võõrutusravi on maksimaalselt kuu aega kestev opiaadisõltlase sõltuvusest vabanemiseks tehtav ravi, milles kasutatakse asendusravimeid⁶¹.

⁵⁸ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 4.

⁵⁹ E. Subata. *op.cit.* lk 14.

⁶⁰ *op.cit.* lk 15.

⁶¹ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 4.

Asendusravim on opiaatagonistliku toimega preparaat - metadoon, buprenorfiin või sama toimega kombineeritud toimeaineid (buprenorfiin + naloksoon) sisaldav ravimpreparaat, kui see on kasutusel opiaadisõltlase võõrutus-, asendus- või toetavas säilitusravis. Siia ei kuulu buprenorfiini või metadooni sisaldavate ravimpreparaatide kasutamine täiendava ravina opiaadisõltlase kehalise haiguse ajal olukorras, kus võõrutusnähud halvendavad tema kliinilist olukorda või raskendavad ravi ega metadooni kasutamine valuvaigistina onkoloogiliste haiguste ravis.⁶²

Metadooni võõrutusravi kasutatakse juhul, kui opiaatsõltlane on motiveeritud loobuma narkootikumide tarbimisest. Järk-järgult vähendades metadooni annust 1-2 kuuga inimene vabaneb füüsilisest sõltuvusest.⁶³

2.4 Asendusravi

Asendusravi - opiaatidest sõltuvuses oleva isiku raviprotsess Eesti Vabariigis registreeritud opiaate sisaldavate ravimitega isiku sotsiaalse toimetulekuvõime taastamiseks. Teisiti sõnastatuna on asendusravi opiaadisõltlase sõltuvusest vabanemiseks tehtav ravi koos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga, milles kasutatakse asendusravimeid ja mis kestab kauem kui üks kuu⁶⁴.

Asendusravi kasutatakse juhul, kui on tegemist kauaaegse, aastaid kestnud opiaatsõltuvusega. Asendusravi käigus illegaalne narkootikum asendatakse metadooniga (metadoon on samuti narkootiline aine), kuid erinevalt illegaalsetest narkootikumidest on ta meditsiiniline preparaat, mida saab täpselt doseerida, manustada suu kaudu ja mille uimastav mõju ravidoodsides praktiliselt puudub. Asendusravi puhul sõltuvus metadoonist tekib, kuid samas taandub sõltuvus illegaalsetest narkootikumidest, mis tervislikust ja sotsiaalsest aspektist on märksa vähem kahjulik.⁶⁵

Metadoon (metadoonhüdrokloriid) on sünteetiline preparaat (sünteesitud 1940. aastail), mis vähendab efektiivselt võõrutuse vaevusi, tungivat vajadust illegaalse narkootikumi järele. Metadoon on morfiiniga võrreldav aine, mis tekitab eufooriat, valutundetust ja sõltuvust⁶⁶. Metadooni kasutatakse nii tablettidena kui suukaudse lahuseks ning metadooniravil olles paraneb sõltlase füüsiline tervis, taastuvad perekondlikud ja töösuhted.

⁶² *op.cit.* lk 4.

⁶³ AIDS-i Tugikeskus.

http://www.tugikeskus.ee/moodul.php?moodul=CMS&Komponent=Lehed&id=114&sm_id=275, 25.02.2010

⁶⁴ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrie selts. *op.cit.* lk 4.

⁶⁵ AIDS-i Tugikeskus (viide 62).

⁶⁶ M.Salaspuro jt. *op.cit.* lk 439.

Kaasaegne ettekujutus asendusravist metadooni abil kujunes USAs eelmise sajandi seitsmendal aastakümnel. 1965. aastal soovitasid kaks Ameerika teadlast, V. Dole ja M. Nyswander, pärast arvukaid teaduslikke uuringuid, mille eesmärk oli leida efektiivne vahend herooinisõltuvuse raviks, metadooni kui kõige efektiivsemat tollal teadaolevat vahendit. Autorid tegid kindlaks, et metadoon vähendab või kõrvaldab väga efektiivselt soovi tarvitada heroini.⁶⁷

Metadoonasendusravi oli esimene laialdaselt kasutusele võetud opioidasendusravi vorm herooinisõltuvuse raviks ning see on ka jäänud kõige põhjalikumalt uuritud raviviisiks niisuguse sõltuvuse puhul⁶⁸. Tänapäeval saab ülemaailmselt asendusravi juba üle miljoni inimese. Euroopas on asendusravi hakanud laialdaselt levima viimase 10 aasta jooksul. Metadoon on mugav ka seetõttu, et piisab sellest, kui manustada metadooni 1 kord päevas⁶⁹ (metadoon segatakse veega ning patsient joob segu valve all ära⁷⁰). Kinnipidamisasutuses on ohuks metadooni tablettide üleandmine ühelt kinnipeetult teisele. Seetõttu on soovitatav arestimajades väljastada metadooni vedelikuna, milline tuleb koheselt ära tarbida meediku juuresolekul. Sõltuvalt indiviidist, kestab metadooni mõju 24-36 tundi⁷¹. Metadoon blokeerib heroini narkootilise efekti ning vähendab võõrutussümptomeid, samal ajal vähendades sõltuvust⁷². Veel mõni aeg tagasi puudus arstide vahel üksmeel ravidoosi suuruse osas. Selle tulemusena üks kliinik kasutab 25mg suurust doosi, teine samal ajal määrab igapäevaseks koguseks 60mg⁷³.

Metadooni annustamine opiaatsõltuvuse ravis on tänapäeval individuaalne. Keskmised annused on tavaliselt vahemikus 60 -120 mg päevas, kuid erandlikud ei ole ka päevased annused 200 mg ja rohkem. Ravi alustatakse annusega 10 ... 20 mg päevas, annust suurendatakse 10 ... 20 mg kaupa, jälgides ärajäämanähtude puudumist ja mürgistusnähtude võimalikku ilmnemist. Asendusravi ja toetavas säilitusravis hoitakse annus eeltoodud kriteeriumitest lähtuvalt stabiilsena. Võõrutusravis alustatakse annuse järk-järgulist langetamist.⁷⁴

Metadoon erineb teistest opioididest selle poolest, et metadooni toime on pikaajalisem. See võimaldab säilitada metadooni pidevat kontsentratsiooni veres ka siis, kui seda manustatakse 1 kord

⁶⁷ E.Subata. *op.cit.* lk 26.

⁶⁸ A.Ahven. Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina. Justiitsministeerium, Tallinn 2007.lk 31, (käsikiri Justiitsministeeriumi vanglate osakonnas).

⁶⁹ E.Subata. *op.cit.* lk 26.

⁷⁰ O.V.Oiseth. *op.cit.* lk 17.

⁷¹ L.Moller et al, Health in prisons. World Health Organization 2007. lk 116.

⁷² P.Zickler. High-Dose Methadone Improves Treatment Outcomes.

http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html, 13.03.2010.

⁷³ E.C.Strain et al. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Annals of Internal Medicine* 119:23-27, 1993. <http://www.annals.org/content/119/1/23.full>, 27.02.2010

⁷⁴ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatri teelts. *op.cit.* lk 12.

päevas. Organism harjub selle uue aine ja doosiga suhteliselt kiiresti. Kui narkootikumi kontsentratsioon veres on allapoole taluvustaset ja üle sõltuvustaseme, ei tunne patsient ei eufooriat ega ka abstinentsi sümptomeid.⁷⁵ See tähendab, et saades doosi metadooni, on patsient normaalses seisukorras ja võib teha tööd, teha sporti jne. Metadooni doosi suurendamisel tõuseb taluvustase veel kiiremini, seepärast kaotab narkootikumide süstimine igasuguse mõtte - see ei kutsu enam eufooriat esile. Metadooni doosi tõstmisel 80 ja enama milligrammini päevas tõuseb taluvustase nii kõrgele, et opioidid ei ole praktiliselt suutelised enam oodatud eufooriat esile kutsuma.⁷⁶ See metadooni omadus on positiivne, kuna võimaldab tunduvalt vähendada opioidisüstide arvu, ühtlasi väheneb sellega ka AIDSi, hepatiidi ja teiste vere kaudu edasiantavate viirushaiguste edasiandmise oht. Ka väheneb kuritegelikul teel narkootikumide hankimise oht, st. kuritegelik käitumine.

Metadoonravi puhul esineb kaks diametraalselt erinevat müüti. Osa sõltlasi arvab ja loodab, et metadoon on imerohi, mis ravib inimese terveks ja sõltlane ise ei pea midagi tegema ega pingutama. Nad pettuvad kiiresti ravis ja loobuvad edasisest võitlusest sõltuvusega. Teised leiavad, et metadooniravi on inimeste narkotiseerimine ja uue sõltuvuse tekitamine. Õigus ei ole ei esimestel ega teistel. Narkomaania on elukestev haigus ja parim, mida on võimalik saavutada on olukord, kus sõltlane ei tarvita narkootikume⁷⁷.

Metadoonivastaste argumendid peavad paika ainult illegaalse metadooni tarvitamisel. Mahukaid metadooniprogramme ellu viies tuleb ette nn kadusid, sest ainet müüakse ebaseaduslikult neile, kes programmis ei osale. Ebaseaduslikult muretsetud metadooni sõltlased tarvitavad ebaregulaarselt korrapäratutes annustes, kiiresti tekitades endale metadooni sõltuvuse.⁷⁸

Metadooniravi saavad patsiendid võivad jätkata narkootikumi süstimist järgmistel põhjustel:

- narkootikumi toime meeldib neile rohkem kui metadooni oma;
- neile ei meeldi normidele alluda;
- neil on abstinentsi sümptomid;
- nad usuvad, et mõnikord harva narkootikumi süstida ei tee midagi halba.

⁷⁵ E.Subata. *op.cit.* lk 29.

⁷⁶ *op.cit.* lk.30

⁷⁷ AIDS-i Tugikeskus (viide 62).

⁷⁸ O.V.Oiseth. *op.cit.* lk 18.

Metadooniravi ei saa kindlasti pidada kõigile opioidsõltuvusega inimestele sobivaks ravimeetodiks. Alati on selliseid patsiente, kes, lülitunud metadooniprogrammi, püüavad hankida võimalikult rohkem metadooni, annavad valeandmeid, ei suuda ravi eesmärgi saavutada. Ravi tuleb kindlasti katkestada, kui:

- see toob rohkem kahju kui kasu - muutusteks ei ole vähimatki võimalust;
- arsti kontakt patsiendiga on selgelt rikutud - näiteks patsiendi agressioon personali suhtes;
- kokkuleppe rikkumine kordub pidevalt, näiteks pidev mittekohtulek.⁷⁹

Ravi katkestamine on tõsine samm. See tähendab, et inimene pöördub ilmselt tagasi kuritegeliku käitumise juurde.

Problemaatiline on metadoon asendusravi maine nende süstivate narkomaanide hulgas, kes ei ole asendusravi teenusega hõlmatud. Hinnanguliselt pooled klientidest mainisid, et nende süstivad sõbrad ei tule narkoravile, kuna ei usu sellesse ja peavad seda tervisele kahjulikuks. Enam mainitud põhjus on uue, „raskema” sõltuvuse tekitamise kartus (levinud on arusaam, et metadoon on heroiinist kahjulikum).⁸⁰

2.5 Detoksifikatsioon

Detoksifikatsiooniks nimetatakse uimastite ja nende metaboliitide ohutut eemaldamist sõltuva isiku organismist meditsiiniliste vahenditega. Detoksifikatsiooni võib läbi viia nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt.⁸¹

Ambulatoorne detoksifikatsioon sobib raviks haiguse algstaadiumis. Ambulatoorse detoksifikatsiooni hädavajalik tingimus on patsiendi kõrge motiveeritus, pereliikmete ja sõprade toetus. Metadooniga on võimalik viia läbi kiire (kuni 1 kuu) või aeglane (kuni 6 kuud) detoksifikatsioon. Protseduuri läbiviimisel metadooni või muu ravimi abil on äärmiselt tähtis kooskõlastada patsiendiga detoksifikatsiooni tempo.⁸² Statsionaarse detoksifikatsiooni puhul on tähtis luua võimaluse korral meeldiv õhkkond. See võib saada määravaks suhtumise kujunemisel ravisse ja tõstab rehabilitatsiooni efektiivsust. Paljudel juhtudel püüavad

⁷⁹ E.Subata. *op.cit.* lk 37.

⁸⁰ United Nations Office on Drugs and Crime. Eesti metadooniasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringu aruanne. UNODC 2008 Arvutivõrgus. Kättesaadav:

http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/PharmacologicalTreatment/Metadoon_Eesti_keeelne.pdf,

lk 28, 25.02.2010

⁸¹ E.Subata. *op.cit.* lk 17.

⁸² *op.cit.* lk 17.

opioidsõltuvusega inimesed enne arsti poole pöördumist iseseisvalt detoksifikatsiooni läbi teha kas üksi või sõprade abiga. Nimetatud eesmärgil kasutatakse käepäraseid vahendeid, erinevaid medikamente, põhiliselt unerohu ja rahusteid.

2.6 Mittefarmakoloogiline ravi

Mittefarmakoloogilised (ravimiteta ravi) raviviisid opiaatsõltuvuse ravis on erinevad psühholoogilised sekkumised ja psühhoteraapiad, mille eesmärgiks on aidata patsiendil muuta mõtte- ja eluviisi nii, et ta suudaks loobuda uimastite kasutamisest⁸³. Mittefarmakoloogilist ravi võib kasutada nii iseseisva lähenemisena patsiendi probleemidele kui ka kombinatsioonis farmakoteraapiaga. Metadoonravi kombineerituna koos mittefarmakoloogiliste raviviisidega on korduvalt tõestanud oma efektiivsust⁸⁴.

Asendusravis on mittefarmakoloogilistel raviviisidel oluline roll, enamasti koos sotsiaalterapeutiliste sekkumistega. Mittefarmakoloogilised raviviisid eeldavad ravi pakkujalt vastavat väljaõpet; jälgida tuleb ka muid ravikvaliteedi tagamise nõudeid (ravi läbi viimise koht, sagedus jm. tingimused, järelevalve olemasolu jms). Ometi on ravi korralduse seisukohalt selliste raviviiside rida eeliseid: puudub vajadus neid siduda rangelt raviasutusega, teenuse pakkujate väljaõpe on lühem ja odavam kui farmakoloogilise ravi puhul jne.⁸⁵

Paljudes riikides on farmakoloogiline ravi vähem reguleeritud kui metadooniravi, kuna seda ei vaadelda tervishoiusüsteemi osana. Niisugust ravi pakuvad sageli mittetulundusühingud, keda riik rahaliselt toetab. Ravi erinevate vormide (nt detoksifikatsioon, ravi- või rehabilitatsioonikommunid) efektiivsuse kohta on märksa vähem andmeid kui metadooniravist, kuna niisuguse ravi tulemuslikkuse hindamisele pole paljudes riikides pikka aega tähelepanu pööratud⁸⁶.

Mittefarmakoloogilise narkomaaniaravi kohta Eestis andmed puuduvad⁸⁷. Enamikes narkomaaniaravi keskustes pakutakse psühho-, grupi-, pere- ja eneseabiteraapiat, kuid kas neid teenuseid pakutakse iseseisvate ravivormidena või asendusravi osana, pole olemasoleva informatsiooni põhjal võimalik öelda.

⁸³ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 14.

⁸⁴ Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second edition. American Psychiatric Association. 2006.

<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=142937&searchStr=methadone#142937>

⁸⁵ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 14.

⁸⁶ A. Ahven (viide 67), lk 31.

⁸⁷ REITOXi riikliku narkoteabekeskuse 2008. a raport. *op.cit.* lk 31.

3. Õiguslik olukord

Eesti Vabariigi põhiseaduse⁸⁸ (edaspidi *PS*) § 28 kehtestab igäühe õiguse tervise kaitsele. Tervis on oluline väärtus, ilma milleta ei ole võimalik enamiku teiste põhiõiguste kasutamine. Abi liigid, ulatuse ning saamise tingimused ja korra sätestab seadus. Nii nagu muudki põhiõigused rajanevad sotsiaalsed põhiõigused inimväärikuse põhimõttel. Kui isikul endal puuduvad vahendid raviks ning kui tal puudub võimalus vahendeid hankida, ei tohi teda abita jätta⁸⁹.

Põhiseadusega konstitueeritud riigil pole aga üheski valdkonnas õigust meelevaldsusele ning kogu avalik võim peab alati järgima põhiseadust. Seega tulenevad põhiseadusest esiteks riigi ülesanded, aga teiseks ka nõuded, millele peab riigi tegevus ülesannete täitmisel vastama.⁹⁰ PS § 10 ütleb, et põhiseaduse 2. peatükis loetletud õigused, vabadused ja kohustused ei välista muid õigusi, vabadusi ja kohustusi, mis tulenevad põhiseaduse mõttest või on sellega kooskõlas ja vastavad inimväärikuse ning sotsiaalse ja demokraatliku õigusriigi põhimõtetele.

Tulenevalt PS § 11 tohib õigusi ja vabadusi piirata ainult kooskõlas põhiseadusega. Need piirangud peavad olema demokraatlikus ühiskonnas vajalikud ega tohi moonutada piiratatavate õiguste ja vabaduste olemust. Formaalses plaanis tähendab põhiseadusega kooskõla seda, et iga põhiõiguse riive peab vastama kõigile pädevus-, menetlus- ja vormieeskirjadele. Kui riivet õigustavad põhjused jäävad kaalumisel riivatud põhiõigusele alla, on avaliku võimu abinõu põhiseadusega vastuolus ja seega keelatud⁹¹.

PS § 13 lg 1 lause 1 sätestab üldnormina, et igäühel on õigus riigi ja seaduse kaitsele ning PS § 14 järgi on õiguste ja vabaduste tagamine seadusandliku, täidesaatva ja kohtuvõimu ning kohalike omavalitsuste kohustus. Neist ja mitmetest põhiseaduse põhiõigusi sätestavatest normidest tuleneb seega riigi kaitsekohustus, mis muuhulgas kohustab riiki teatud juhtudel võtma tarvitusele positiivseid abinõusid isiku õiguste kaitseks.⁹²

⁸⁸ Eesti Vabariigi põhiseadus. Rahvahääletusel vastu võetud 28.06.1992.- RT 1992, 26, 349-RT I 2007, 33, 210.

⁸⁹ E.-J Truuväli jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus: kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura, 2002, § 28, komm 9.2.3.

⁹⁰ K. Jaanimägi. Politsei sisemise rahu tagajana, *Juridica* nr 7, 2004, lk 452-460.

⁹¹ Riigikohtu põhiseaduslikkuse järelevalve kohtukolleegiumi lahend 06. märts. 2002 nr 3-4-1-1-02 p.15.

⁹² Õiguskantsleri kontrollkäik Lääne Politseiprefektuuri Pärnu, Rapla ja Kuressaare arestimajja. Juuli 2008.

Arvutivõrgus. Kättesaadav:

http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/Kontrollk_ik_L_ne_Politseiprefektuuri_P_mu_Rapla_Kur_essaare_arestimajja.pdf, 05.03.2010.

3.1 ÜRO õigusaktid

Inimõiguste ülddeklaratsioon sätestab, et kedagi ei tohi piinata ega julmalt, ebainimlikult või alandavalt kohelda või karistada. Kõik inimesed on seaduse ees võrdsed ja neil on igasuguse diskrimineerimiseta õigus seaduse võrdsele kaitsele. Iga inimest tuleb võrdselt kaitsta ükskõik missuguse diskrimineerimise eest, mis on vastuolus käesoleva deklaratsiooniga, ja sellisele diskrimineerimisele õhutamise eest.⁹³ ÜRO kinnipeetavate kohtlemise miinimumõuded⁹⁴ rõhutavad, et igas kinnipidamisasutuses peaks olema vähemalt üks tervishoiutöötaja, kellel on ka minimaalne psühhiaatriline ettevalmistus. Tervishoiuteenust tuleb korraldada tihedas koostöös tavaliste tervishoiuasutustega.

Sama korraldatakse ka ÜRO inimõiguste ülemkomissari juhendmaterjalides kinnipeetute kohtlemiseks⁹⁵. ÜRO poolt on kinnitatud ka tervishoiutöötajate, eriti raviarstide tegevuses olulised meditsiinieetika põhimõtted, mis kaitsevad kinnipeetavaid ja vahialuseid piinamise ning muu julma, ebainimliku ja inimväärlikust alandava kohtlemise ja karistamise eest⁹⁶.

ÜRO võttis 10.12.1984 vastu piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärlikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni (Eesti ühines konventsiooniga 26.09.1991⁹⁷). Seda dokumenti nimetatakse lihtsamalt ÜRO piinamisvastaseks konventsiooniks. Konventsioonil on fakultatiivne protokoll⁹⁸, mille inglisekeelsest nimetusest tuleneb lühend OPCAT (Optional Protocol to the United Nations Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment⁹⁹). Eesti ratifitseeris eelnimetatud protokoll 18.0.2006. aastal¹⁰⁰. Protokoll näeb väärkohtlemise ennetamiseks ette kinnipidamiskohti korrapäraselt külastavate asutuste kahetasandilise süsteemi – esiteks rahvusvaheliselt piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärlikust alandava kohtlemise ja karistamise ennetamise

⁹³ Inimõiguste ülddeklaratsioon. Vastu võetud ÜRO Peaassamblee poolt 10. detsembril 1948.

⁹⁴ Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Geneva 1955. Arvutivõrgus.

Kättesaadav: <http://www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm#wp1018619>, p.22, 04.03.2010.

⁹⁵ Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www2.ohchr.org/english/law/basicprinciples.htm>, 04.03.2010

⁹⁶ Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www2.ohchr.org/english/law/medicalethics.htm>, 04.03.2010 .

⁹⁷ Eesti Vabariigi ühinemisest rahvusvaheliste lepingutega, mille depositaariks on ÜRO peasekretär. Eesti Vabariigi Ülemnõukogu otsus. 26.09.1991.- RT, 30.10.1991, 35, 428

⁹⁸ Piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärlikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni fakultatiivne protokoll. 18.12.2002. RTII, 17.11.2006, 24, 63

⁹⁹ What is the OPCAT? Association for the prevention of torture. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.apr.ch/content/view/33/58/lang.en/>, 04.03.2010.

¹⁰⁰ Piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärlikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni fakultatiivse protokoll ratifitseerimise seadus. 18.10.2006.- RTII, 17.11.2006, 24, 63

alamkomitee moodustamise ning teiseks osalisriigi poolt vähemalt ühe külastusi tegeva riigisisese institutsiooni loomise, nimetamise või tagamise.

Eelnevalt nimetatud rahvusvahelist alamkomiteed tähistatakse lühendiga SPT (United Nations Subcommittee on Prevention of Torture). Alamkomitee koosneb 10 liikmest ning peamine ülesanne on külastada osalisriikide kinnipidamiskohti ja anda soovitusi, mis on vajalikud ennetusasutuse töö tõhustamiseks ning vabaduse kaotanud isikute õiguste paremaks kaitseks. OPCATi osalisriikide koguarv on tänaseks tõusnud 49-ni ning seetõttu on SPT kontrollvisiitide sagedus võrdlemisi väike. Praktika näitab, et SPT suudab külastada ainult 2-3 riiki aastas.¹⁰¹

3.2 Euroopa Liidu õigusaktid

Euroopa Põhiseaduse lepingu art I-2 sätestab, et liit rajaneb sellistel väärtustel nagu inimväärikuse austamine, vabadus, demokraatia, võrdsus, õigusriik ja inimõiguste, kaasa arvatud vähemuste hulka kuuluvate isikute õiguste austamine¹⁰².

Euroopa Nõukogu üks tähelepanuväärsemaid saavutusi on 1950. aastal vastu võetud ja 1953. aastal jõustunud Euroopa inimõiguste konventsioon (Eesti ühines konventsiooniga 13.03.1996¹⁰³). See määrab kindlaks üksikisiku võõrandamatud õigused ja vabadused ning kohustab riike tagama need õigused ja vabadused kõigile oma jurisdiktsiooni all olevatele isikutele. Konventsioon sätestab ka õiguse elule, kaitse piinamise ja ebainimliku kohtlemise vastu.

Euroopa liidu põhiõiguste harta art 35 sätestab, et igapähele on õigus ennetavale tervishoiule ning ravile siseriiklike õigusaktide ja tavadege ettenähtud tingimustel. Kõigi liidu poliitika ja meetmete määratlemisel ja rakendamisel tagatakse inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse.¹⁰⁴

Euroopas on loodud narkoalaste õigusaktide andmebaas¹⁰⁵ (European Legal Database on Drugs, lühend ELDD) on EMCDDA elektrooniline andmebaas, mis sisaldab teavet uimastitega

¹⁰¹ J. Konsa. Õiguskantsler kui väärkohtlemise ennetusasutus. Avaldatud politsei siseveebis sept. 2009, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=283>, 25.03.2010.

¹⁰² Euroopa põhiseaduse lepingu ratifitseerimise seadus. 09.05.2006.- RTII, 16.06.2006, 13, 35

¹⁰³ Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (täiendatud protokollidega nr. 2, 3, 5 ja 8)

ning selle lisaprotokollide nr. 1, 4, 7, 9, 10 ja 11 ratifitseerimise seadus. 13.03.1996.- RTII, 01.04.1996, 11/12, 34

¹⁰⁴ Euroopa Liidu Põhiõiguste harta (2007/2218(ACI). Arvutivõrgus. Kättesaadav:

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2007-0445&language=ET#title2>, 25.03.2010.

¹⁰⁵ European Legal Database on Drugs. Arvutivõrgus. Kättesaadav:

<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>, 03.03.2010.

seotud Euroopa õigusaktide kohta ELi liikmesriikides ja Norras. Euroopa narkoalaste õigusaktide andmebaas pakub algvormingus õigustekste, kõikide riikide uimastiseaduste profiile ja üksikasjalikke aruandeid eriteemade kohta.

Euroopa vanglareeglistik¹⁰⁶ sätestab, et vanglaasutused peavad kaitsma nende hoole all olevate vangide tervist ning kinnipeetutel peab olema juurdepääs riigis osutatavatele tervishoiuteenustele olenemata nende õiguslikust olukorrast. Kinnipeetutel peavad kinnipidamisaja vältel olema kättesaadavad väljaspool vanglat kasutatavad ravimid, kirurgilised ja psühhiaatrilised teenused Samuti rõhutatakse personali tervishoiualaste teadmiste olulisust. Eraldi rõhutatakse, et kinnipidamisasutuses töötav tervishoiutöötaja peab pöörama tähelepanu ning tegelema narkootikumide, ravimite või alkoholi kasutamisest tulenevate taanduvate nähtudega. Kuigi soovitusliku iseloomuga "Euroopa Vanglareeglistiku" normid ei ole küll õiguslikult siduvad, kuid neid tuleks käsitada eesmärkide ja põhimõtetenähtudega, mille täitmise poole püüelda ja millest võimaluse korral juhinduda Eesti õigusaktide tõlgendamisel ja rakendamisel¹⁰⁷.

Teine oluline tervishoidu reguleeriv dokument on EL ministrite Komitee soovitus tervishoiu eetilistest ja korralduslikest tahkudest vanglates¹⁰⁸. Selles samuti rõhutatakse, et vanglate tervishoiupoliitika peaks olema integreeritud ja ühildatud riikliku tervishoiupoliitikaga. Vangla tervishoiuteenistus peaks osutama üldmeditsiinilist, psühhiaatrilist ja hambaravi ning läbi viima hügieeni- ja ennetava meditsiini programme tingimustes, mis on võrreldavad laiale üldsusele kättesaadavate tingimustega. Eraldi rõhutatakse asjaolu, et tuleb arendada alkoholi- ja uimastiprobleemidega vangide ravi, arvestades eriti narkosõitlastele pakutavaid teenuseid, mida on soovitanud narkootikumide kuritarvitamise ja narkootikumide ebaseadusliku levitamise vastu võitlemise koostöögrupp („Pompidou Grupp“).

Seega Euroopa Liidu kinnipidamisasutuste tegevust reguleerivad dokumendid rõhutavad eriti meditsiini- ja vanglapersonalile piisava koolituse vajalikkust ning koostööd tõhustamist vanglaväliste nõustamiskeskustega, et kindlustada taastusabi kinnipeetute ühiskonda tagasipöördumisel.

¹⁰⁶ Euroopa Vanglareeglistik. Ministrite komitee soovitus liikmesriikidele rec(2006)2. Vastu võetud ministrite komitee 11. jaanuaril 2006 ministrite asetäitjate 952. kohtumisel. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=367&setlang=est#5>, 04.03.2010.

¹⁰⁷ Riigikohtu halduskolleegiumi 31.03.2010 lahend nr 3-3-1-6-10 p.11

¹⁰⁸ Tervishoiu eetilistest ja korralduslikest tahkudest vanglates. Ministrite komitees soovitus liikmesriikidele r(98)7 vastu võetud Ministrite Komitees 8. aprillil 1998 ministrite asetäitjate 627. koosolekul. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=358&setlang=est>, 04.03.2010.

3.3 Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee

Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee (edaspidi CPT) asutati Euroopa Nõukogu 1987. aasta samanimelise konventsiooniga, millega Eesti ühines 1996 aastal¹⁰⁹. CPT on üks osa Euroopa Nõukogu inimõiguste kaitse süsteemist, moodustades proaktiivse kohtuvälise mehhanismi kõrvuti Euroopa Inimõiguste Kohtu reaktiivse kohtusüsteemiga Oma põhiolemuselt preventiivset ülesannet täidab CPT perioodiliste ja *ad hoc*-külastuste kaudu. Perioodilisi külastusi korraldatakse kõigisse konventsiooniga liitunud riikidesse regulaarsetel alustel. *Ad hoc*-külastusi korraldab komitee nimetatud riikidesse juhul, kui ta peab neid vajalikuks.¹¹⁰

CPT raportites on alati rõhutatud, et politsei poolt kinni peetud isikutele peab olema tagatud õigus arstiabile (kaasaarvatud nende omal soovil) alates nende vabaduse võtmise hetkest (säte peaks hõlmama ka võimalust, et vahistatud isiku meditsiinilised uuringud tema omal soovil viiakse läbi tema enda kulul)¹¹¹. Ebarahuldav tervishoid võib viia situatsioonideni, mis kuuluvad ebainimliku ja alandava kohtlemise mõiste alla¹¹². Ühtlasi on tervishoiuteenustel kinnipidamisasutustes tähtis osa väärkohtlemise ilmingute vastu võitlemisel (iseäranis politsei arestimajades). Peale selle mõjutavad konkreetsed tervishoiuteenused positiivselt kinnipidamiskoha üldist elukvaliteeti.

Samuti juhib CPT tähelepanu asjaolule, et tuleb tagada politsei arestimajadesse paigutatud isikutele viivitamata põhjalik arstlik ülevaatus ja et neil oleks kogu arestimajas viibimise jooksul võimalik pääseda tervishoiutöötajate juurde (nõudmise korral samuti omavalitud arsti juurde). Lisaks tuleb astuda samme meditsiiniliste andmete konfidentsiaalsuse tagamiseks kõigis politsei arestimajades.¹¹³

CPT rõhutab, et vangla tervishoiutalitus peaks tagama kinnipeetavate ravi ja põetuse, kuid ka dieetid, füsioteraapia, taastusravi muud eriteenused, olema tingimustelt võrreldav vanglavälise meditsiiniabiga¹¹⁴.

¹⁰⁹ Piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsiooni ja selle protokollide nr 1 ja 2 ratifitseerimise seadus.21.10.1996 RTII, 05.11.1996, 36/37, 132.

¹¹⁰ CPT standardid. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.cpt.coe.int/estonian.htm> lk 5, 22.03.2010.

¹¹¹ CPT raport Eesti külastuse kohta 2003. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.cpt.coe.int/documents/est/2005-06-inf-est.pdf>, 02.02.2010.

¹¹² CPT standardid. *op.cit.* lk 27.

¹¹³ CPT raport Eesti külastuse kohta 2007. (käesoleva töö autori valduses).

¹¹⁴ CPT standardid. *op.cit.* lk 27-29.

Kinnipeetute tervise seisukohalt on oluline, et sõltuvusprobleemidega kinnipeetud saaksid vajadusel koheselt meditsiinilist abi¹¹⁵.

Kinnipeetute seisukorda tuleb regulaarselt visuaalselt kontrollida¹¹⁶. See tähendab, et politsei kohustus kinnipeetute eest hoolitseda hõlmab ka vastutust kinnipeetute ohutuse ja füüsilise puutumatus tagamise eest. On samuti enesestmõistetav, et kinnipidamistsoonide nõuetekohane jälgimine on politsei hoolitsuskohustuse lahutamatu osa. See tähendab, et kinnipeetute kambrite vahetus läheduses peab pidevalt viibima politseinik.

United Nations Office on Drugs and Crime¹¹⁷ (edaspidi *UNODC*) on avaldanud soovi viia läbi politsei kinnipidamisasutustes narkoalast asendusravi, mille kulud tasutakse UNODC fondidest¹¹⁸. Selle eesmärgiks on ravida narkosõltuvuses isikuid alates kinnipidamisasutusse sattumisest, mil narkosõltlastel tekivad võõrutusnähud. Võttes arvesse asjaolu, et paljud süütegude toimepanijad on narkosõltuvusega isikud, kellel puuduvad võimalused (ravi maksumus) ning ka motivatsioon asuda narkoravile, siis on nimetatud tegevus kahtlemata igati positiivne.

3.4 Euroopa Inimõiguste kohus

Euroopa Inimõiguste kohus (edaspidi *EIOK*) on korduvalt rõhutanud ebainimliku või alandava kohtlemise keeldu. See seisneb ka vanglavõimudel kohustuse rikkumises tagada kinnipeetavatele vajalik meditsiiniabi. Näiteks võõrutusnähtudega heroiinisõltlasele vanglavõimude poolt pakutud arstiabi ebapiisavuses¹¹⁹.

Lühidalt võib öelda, et *EIOK* praktika kohaselt koheldakse kinnipeetavat inimväarikust alandavalt siis, kui põhjustatud kannatused ja alandus ületavad sellise taseme, mida seostatakse tavaliselt seadusliku ravi või karistusega.¹²⁰ Seejuures ei oma tähtsust ametivõimude tegevuse eesmärk, s.t asjaolu, et ametivõimudel ei ole olnud eesmärki isikut alandavalt kohelda.

¹¹⁵ CPT raport Rootsi külastuse kohta 2009. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.cpt.coe.int/documents/swe/2009-34-inf-eng.htm#_ftnref23, 25.03.2010.

¹¹⁶ CPT raport Eesti külastuse kohta 2003. *op.cit.*

¹¹⁷ United Nations Office on Drugs and Crime. Prison settings. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/prison-settings.html>, 02.02.2010.

¹¹⁸ R. Drew. Mid-term evaluation of unodc project xeej20 HIV/AIDS prevention and care among injecting Drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.unodc.org/documents/balticstates//projectreports/report-mid-term-evaluation_xeej20.pdf, lk 35, 28.03.2010.

¹¹⁹ Euroopa Inimõiguste Kohtu 29.04.2003 otsus asjas nr 50390/99, *McGLINCHEY ja teised vs Ühendkuningriik*

¹²⁰ Euroopa Inimõiguste Kohtu 08.11.2005 otsus asjas *Alver vs. Eesti Vabariik*; 18.11.2008 otsus asjas *Savenkovas v. Leedu*; 30.06.2008 otsus asjas *Gäfgen vs. Saksamaa*; 28.07.1999 otsus asjas *Selmouni vs. Prantsusmaa*

3.5 Riigikohtu seisukoht tervishoiuteenuse tagamise osas

Riigikohus on öelnud, et inimväärikus on kõigi isiku põhiõiguste alus ning põhiõiguste ja vabaduste kaitse eesmärk. Inimväärika kohtlemise nõue laieneb ka kinnipeetavatele. Kuigi kuriteo toimepannud isik peab kandma karistust ning sellega seoses kohaldatakse tema suhtes seaduse alusel põhiõiguste ja -vabaduste piiranguid, ei anna see õigustust sekkuda isiku põhiõigustesse enam, kui see tuleneb otse seadusest.¹²¹

Kuigi on mõistetav, et kinnipidamise ja vangistuse tingimused sõltuvad muu hulgas ka riigi majanduslikest võimalustest, siiski õigusvaidlustes saab majanduslikke võimalusi arvestada kaalumiseruumi olemasolul. Majanduslike faktoritega ei saa õiguslikult põhjendada seaduses imperatiivselt sätestatud normide järgimata jätmist. Isiku õiguste rikkumise ulatuse ja võimaliku kahjunõude hindamisel on tähtis silmas pidada ka seda, et kinnipidamisasutuse mittenõuetekohased tingimused võivad eraldi võetuna olla mõjult mõõdukad, kuid kogumis kahjustada isiku õigusi ja vabadusi olulisel määral.¹²² Seega on Riigikohus korduvalt rõhutanud, et isikute õiguste piiramine peab olema kooskõlas seadustega.

3.6 Õiguskantsleri arvamus kinnipidamistingimuste ja põhiõiguste vastavuse kohta

Õiguskantsleri kui riigi ennetusasutuse ülesanded (alates 18.02.2007) on piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni fakultatiivse protokolliga art 19 kohaselt järgmised:

- korrapäraselt kontrollida kinnipidamiskohtades vabaduse kaotanud isikute kohtlemist, et vajaduse korral tõhustada nende kaitset piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise vastu;
- esitada asjaomastele ametiasutustele soovitusi, mille eesmärk on parandada vabaduse kaotanud isikute kohtlemist ja kinnipidamistingimusi ning ennetada piinamist ning muud julma, ebainimlikku või inimväärikust alandavat kohtlemist ja karistamist, arvestades ÜRO asjakohaseid norme;
- teha õigusaktide ja nende eelnõude kohta ettepanekuid ja tähelepanekuid.

¹²¹ Riigikohtu halduskolleegiumi 22.03.2006 lahend nr 3-3-1-2-06 p.10

¹²² Riigikohtu halduskolleegiumi 12.09.2009 lahend nr 3-3-1-24-09. p.9

Õiguskantsler teeb regulaarselt kinnipidamiskohtadesse kontrollkäike. Kontrollkäik on meede, tuvastamaks puudujääke nii praktikas kui ka kehtivates õigusaktides.¹²³ Meditsiiniteenuste rahastamine peab olema korraldatud viisil, mis tagab nii kinni peetutele kui ka töötajatele õigusaktidest tuleneva meditsiinilise abi ettenähtud ulatuses ja määral¹²⁴.

Õiguskantsler on juhtinud tähelepanu asjaolule, et kinnipidamiskohtades kinni peetud isikute inimväärkuse austamise nõue tuleneb eelkõige Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni artiklist 3 ja Eesti Vabariigi põhiseaduse (PS) §-st 18.

Kinnipidamistingimuste hindamisel tuleb ennekõike arvesse võtta asjaolude koostõju, nt kambrite sisustus, hügieenilisus ja isiku kinnipidamiskohta paigutamise kestus. Olulised võivad olla ka kinni peetud isiku sugu, vanus ja tervislik seisund. Seejuures ei oma tähtsust ametivõimude tegevuse eesmärk, s.t asjaolu, et ametivõimudel ei ole olnud eesmärki isikut alandavalt kohelda. Eesmärgi puudumine ei välista riigipoolset Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni art 3 rikkumist.¹²⁵

Õiguskantsler on leidnud, et PS §-s 16 sätestatud põhiõigus võib saada ohustatud, kui arestimaja ei taga piisavat järelevalvet kinni peetavate isikute üle ning operatiivset reageerimist võimalikule ohule. PS § 16 rikkumise vältimiseks peab riik kindlustama kinni peetud isiku elu kaitse kinnipidamiskohas.¹²⁶

Tulenevalt ülaltoodust on õiguskantsler juhtinud korduvalt tähelepanu riigi kohustusele tagada sellised kinnipidamistingimused, mis garanteeriks kinni peetud isiku tervise ja heaolu säilimise.

3.7 Kinnipidamiskohas tervishoiuteenust reguleerivad Eesti õigusaktid

NPALS-is sätestatakse narkootiliste- ja psühhotroopsete ainete käitlemise kord ja nimekirjade moodustamise põhimõtted, samuti narkomaania leviku tõkestamine ning narkomaania ravi ning alates 2005. aastast ka lähteainete käitlemise ja arvestuse kord. Seaduses on loetletud, kes teostavad riiklikku järelevalvet ning samuti on sätestatud ka vastutus narkootiliste või psühhotroopsete ainete ebaseadusliku käitlemise eest. NPALS sätestab, et narkomaaniat ravitakse isiku vaba tahte alusel psühhiaatrilise abi seaduses ettenähtud korras.

¹²³ Õiguskantsleri ülesanded. Arutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=282>, 04.03.2010

¹²⁴ Õiguskantsleri kontrollkäik Pärnu Arestimajja 22.05.2007. Arutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=284>, lk 3, 04.03.2010.

¹²⁵ Õiguskantsleri kontrollkäik Jõgeva arestimajja. Detsember 2008. Arutivõrgus. Kättesaadav: http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/03_Kontrollk_ik_L_una_Politseiprefektuuri_J_geva_aresti_majja_detsember_2009.pdf 04.03.2010, lk 2, 05.03.2010.

¹²⁶ *op.cit.* lk 4

Sotsiaalministri määrusega kehtestati narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad¹²⁷. Määrus reguleerib narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemist, aruandluse pidamist ning kehtestatakse narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad I–IV (metadoon kuulub II nimekirja, milliseid müüakse ainult retsepti alusel).

Vabariigi Valitsuse määrusega sätestatakse, et ravimite ja abivahendite soetamist rahastatakse riigieelarvest vangla või prefektuuri kaudu¹²⁸. Siin kohal võib kerkida küsimus, et nimetatud määruse volitusnorm ja sisu ei ole omavahel kooskõlas. Määruses olevad tervishoiuteenuste loetelud on pigem statsionaarseid tervishoiuteenuseid puudutavad ega mahu olemasoleva volitusnormi piiresse.

TTKS § 2 sätestab, et tervishoiuteenuseks on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. Arvestades eeltoodud sõnastust ning tegevuse sisu on metadooni asendusravi teenuse osutamine kahtlemata tervishoiuteenuse osutamine.

Tulenevalt eelmainitust sätestab seadus *expressis verbis*, et tervishoiuteenuse osutamiseks on vajalik tervishoiutöötaja olemasolu ja tema tegevus. Tervishoiutöötajana mõistetakse Terviseametis¹²⁹ registreeritud arsti, hambaarsti, õde ja ämmaemandat (TTKS § 3 lg 1). Tervishoiuteenuse osutaja on tervishoiutöötaja või tervishoiuteenuseid osutav juriidiline isik (TTKS § 4).

TTKS § 20 kohaselt on eriarstiabi ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Sotsiaalministri määrusega kehtestatud eriarstiabi erialade loetelu¹³⁰ § 3 p 12 sätestab, et psühhiaatria kuulub eriarstiabi teenuste hulka.

¹²⁷ Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad. Sotsiaalministri 18.05.2005 määrus nr 73.- RTL 2005, 57, 807-RTL 2009, 89, 1308.

¹²⁸ Vangistusseaduse alusel osutatavate tervishoiuteenuste ning nende osutamiseks vajalike ravimite ja meditsiiniliste abivahendite soetamise riigieelarvest rahastamise maht, tingimused ja kord. Vabariigi Valitsuse 19.12.2003. a määrus nr 330.-RT I 2003, 84, 573.. RT I 2009, 65, 448

¹²⁹ Terviseameti põhimäärus. Sotsiaalministri 06.11.2009. a määrus nr 82.- RTL, 12.11.2009, 84, 1235.

¹³⁰ Eriarstiabi erialade loetelu.. Sotsiaalministri 28.11.2001. a määrus nr 110.- RTL 2001, 130, 1880-RTL 2009, 64, 950.

Psühhiaatrilise abi seaduse¹³¹ alusel annavad psühhiaatrilist abi sellekohase tegevusloaga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid. Opiatasendusravi teenusele Eestis eraldi litsentsi pole ja see kuulub psühhiaatrilise raviteenuse alla. Tulenevalt eeltoodust tegelevad sõltuvushäirete raviga Eestis psühhiaatria tegevusluba omavad tervishoiuteenuse osutajad. Sellist tegevusluba võivad omada nii osaühingud, keskhaiqlad/maakonnahaiqlad kui ka erasektorisse kuuluvad psühhiaatria tegevusluba omavad tervishoiuteenuse osutajad (erahaiglad/FIEd).

Lisaks sätestab TTKS § 21, et haiglavälist eriarstiabi võib osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, füüsilisest isikust ettevõtja või sihtasutus, kusjuures haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile esitatavad nõuded kehtestab sotsiaalminister. Tulenevalt TTKS § 40 on eriarstiabi ja iseseisvalt õendusabi osutamiseks vajalik tegevusloa omamine.

TTKS § 2¹ sätestab, et seadust kohaldatakse tervishoiuteenuste osutamise korraldusele vanglates koos vangistusseadusest tulenevate erisustega. See tähendab, et vanglates osutatavale tervishoiuteenusele kehtivad turvalisuse kaalutlusel VangS sätteid. Arestimajade osas ei ole erisusi sätestatud. Seega, kuna tervishoiuteenuste osutamisele vangistusseadus erisusi eelvangistuse ja aresti osas ei too, siis kuuluvad arestimajades rakendamisele vangistuse täideviimise sätteid. Kindlustunnet sellele väitele lisab VangS § 93 lg 6, mille kohaselt vahistatu tervishoiu korraldamisel ja rahastamisel lähtutakse VangS §-dest 49 ja 49¹ ning nende alusel kehtestatud õigusaktidest. Vahistatu, kes vajab ravi, mille andmiseks puudub vanglas või arestimajas võimalus, suunab arst ravile asjakohase eriarstiabi osutaja juurde.

Analoogne nõue on kirjas ka arestimaja sisekorraeeskirjas, mille § 29 sätestatu kohaselt tuleb isiku haigestumise korral, kui ei ole võimalik osutada ravi arestimajas, saata kinnipeetu arsti saatekirja alusel valve all ravile asjakohase eriarstiabi osutaja juurde tervishoiuasutusse või vanglasse. Tegelikult arestimajas osutatavate tervishoiuteenuste osutamiseks ei ole vaja arsti, vaid piisab õe pädevusest. Isiku arestimajas viibimine on lühiajaline ja tervishoiuteenuste osutamine peab olema tagatud vältimatu abi tasemel. Arestimajas osutatavad tervishoiuteenused (näiteks haavade sidumine, traumade esmaabi, vererõhu ja pulsisageduse ning temperatuuri mõõtmine, ravimite manustamine arsti määratud raviskeemi järgi, veresuhkru määramine glükomeetriga, esmase tervisekontrolli tegemine) on ambulatoorsed teenused. Kui isik vajab eriarstiabi, hospitaliseerimist või uuringuid, siis tuleb ta vajaduse korral suunata asjakohase

¹³¹ Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997.- RT I 1997, 16, 260- RT I 2009, 49, 331.

teenuse osutaja juurde. Näiteks vanglasüsteemis on olemas hästi varustatud haigla, kus on võimalik osutada kõrgetasemelist meditsiinilist abi.

Praegu on arestimajadel võimalus osta tervishoiuteenust lepingu alusel sisse. Lepingul alusel teenuse ostmine kas haiglalt või perearstilt on mõttekas ka seetõttu, et nii on võimalik tagada tervishoiutöötaja pädevuse säilimise ja teenuse kõrgema kvaliteedi, kuna tervishoiutöötaja on lisaks osalisele tööle arestimajas tegev ka oma põhitöökohas tervishoiuteenuse osutaja juures. Suuremates arestimajades (50 ja enam kinnipidamiskohta), kus soovitakse pidevat tervishoiutöötaja kohalolekut, võiks kaaluda vangla haigla tervishoiutöötajate rakendamist. Sel juhul oleks tervishoiutöötaja vangla meditsiiniosakonna töötaja, kelle töökoht asub arestimajas, ning arestimaja ei peaks omama tervishoiuteenuse osutamiseks tegevusluba. Selline variant eeldab Siseministeriumi ja Justiitsministeriumi vahelist kokkulepet.

Seega kokkuvõtvalt võib öelda, et tervishoiuteenust tuleb arestimajas korraldada TTKS sätete alusel, ning asendusravi teenust pakkuvat tervishoiutöötaja osutama vastavalt TTKS eriarstiabi osutamise regulatsioonile (eriarstiabi osutamisel peab tingimata osalema arst). Eriarstiabi, mida arestimajas osutama peab, on oma vormilt haiglaväline ja teenuse osutamiseks on vajalik tegevusluba. Tegevusluba antakse seotuna konkreetse tegevuskoha (arestimaja) asukohaga. Antud juhul ei ole sätestatud juriidilise isiku vormi – teenuse osutajaks võib olla FIE, äriühing, sihtasutus, prefektuur, vms. Tervishoiutöötajad (arstid ja õed) peavad olema registreeritud Tervishoiuametis. Tervishoiuteenuse osutamiseks peavad olema nõuetele vastavad ruumid, sisseseade ja aparatuur. Tervishoiuteenuse nõuetele vastavuse (varustus, töötajate arv, jms) otsustab tegevusloa väljaandja – Terviseamet. Tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa registreeritakse Tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riikliku registris¹³². Registri vastutav töötleja on Terviseamet, kelle veebilehel¹³³ on register elektrooniliselt kättesaadav. Käesoleval ajal ei ole nimetatud registrisse kantud ühtegi politseiasutust. Seega puudub politseiasutustel õigus osutada iseseisvalt tervishoiuteenust.

Sellega seoses kerkib küsimus – milline on lahendus? Tuleb arvestada, et isiku arestimajas viibimine on üldjuhul lühiajaline ja tervishoiuteenuste osutamine peab olema tagatud vältimatu abi tasemel. Kui isik vajab eriarstiabi, hospitaliseerimist või uuringuid, siis vajaduse korral suunatakse ta asjakohase teenuse osutaja juurde. Tuleb arvestada, et tervishoiuteenuse osutamise loa taotlemiseks on nõutav TTKS § 40 kohaselt mitmete eeltingimuste täitmine: kvalifitseeritud

¹³² Tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riikliku registri põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 9. 10 2008. a määrus nr 149.- RT I 2008, 44, 250-RT I 2010, 12, 69.

¹³³ Tervishoiuamet. Registrid. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://w2.terviseamet.ee/mveeb/>, 01.04.2010.

personali olemasolu; tuleb esitada meditsiinitehnoloogia osa projekt, milles on andmed ruumide, sisseseade ja aparatuuri kohta; andmed andmekaitse järelevalve asutuses delikaatsete isikuandmete töötlemise registreerimise kohta; andmed tervise infosüsteemiga andmevahetuseks esitatavatele nõuetele vastamise kohta ning loomulikult tervishoiuteenuste loetelu, mille osutamiseks tegevusluba taotletakse. Kui arvestada, et hetkel praktiliselt kõigis politsei arestimajades puudub tervishoiutöötaja, rääkimata vastavatest ruumidest koos aparatuuriga, siis on tegevusloa saamiseks vajalike kriteeriumide täitmine materiaalses mõttes äärmisel kulukas. Samal ajal politseil on küll kohustus osutada isikule vajalikku ravi, kuid tulenevalt seadusest puudub politseil õigus seda ise teha (palgata vastava kvalifikatsiooniga inimesi ravi osutama), vaid teenus tuleb sisse osta. Siinkohal kerkib üles järgmine probleem: lähtudes TTKS § 42 lg 1 p 2 peab tervishoiuteenuse osutaja tegevusloal olema märgitud teenuse osutamise koht. Kuna teenuse osutamise lepingud sõlmitakse üldjuhul pikaajalised, siis peaks arestimajadele tervishoiuteenust pakkuv tervishoiuteenuse osutaja märkima oma tegevusloale ka arestimaja aadressi. See omakorda eeldab vastavalt menetlust Terviseametis.

Autori arvates väärib kaalumist arestimajade üleandmise idee Siseministeeriumi haldusest Justiitsministeeriumi haldusalasse. Sellest tulenevalt samas hoonetekompleksis olevaid asutusi tuleb erinevate ministeeriumide poolt täielikult varustada nii tehniliste vahenditega kui ka personaliga. Vanglad on arhitektuuriliselt ja töökorralduslikult loodud isikute pikemaajaliseks ja erineva ohtlikkuse astmega isikute kinni pidamiseks. Arestimajad on vastupidiselt vanglatele, spetsialiseerunud isikute lühiajaliseks kinni pidamiseks ja ehitustehniliselt pigem vähemohtlike isikute jaoks.

Arestimajade üleandmine võimaldab olemasolevaid ressursse tõhusamalt kasutada ja tagada kinnipeetavatele inimväärased tingimused (sealhulgas praegusel ajal oleva kitsaskoha arestimajade poolt pakutava tervishoiuteenuse osas) ning parandab Eesti kui õigusriigi mainet. Selle kasuks räägib asjaolu, et 2008. a aprillis avatud Ida Politseiprefektuuri Jõhvi arestimaja asub Viru Vanglaga samas hoonetekompleksis¹³⁴. Planeeritav Põhja Prefektuuri uus arestimaja (eeldatav valmimisaeg 2012, kuid seoses ehitusloa vaidlustamisega AS VOPAK E.O.S. poolt¹³⁵ lükkub valmimine tõenäoliselt edasi) rajatakse samasse hoonetekompleksi Tallinna Vanglaga¹³⁶. Eelnimetatud arestimajade asukoht samas hoonetekompleksis vanglaga kulutab liigselt ressursi nii hoonete halduse, kui ka personali osas.

¹³⁴ Viru vangla. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.vangla.ee/viru>, 03.02.2010.

¹³⁵ Uue Tallinna Vangla kronoloogia. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.vangla.ee/47542>, 01.04.2010.

¹³⁶ Tallinna Vangla. Arvutivõrgus. Kättesaadav <http://www.vangla.ee/tallinn>, 03.02.2010.

4. Ravi kinnipidamiskohas

4.1 Narkotarbijate osakaal süütegudes

Narkomaania probleemidega tegelemine ei ole üksnes kriminaalpolitsei, vaid ka korrakaitsepolitsei probleem. Nimelt moodustavad narkosõitlased väga suure osa isikuist, kes panevad toime varavastaseid kuritegusid ning avaliku korra rikkumisi. Oluline on korrakaitsepolitseile piisava väljaõppe ja varustuse võimaldamine, et tõhusamalt tuvastada avaliku korra tagamise käigus narkojoobes isikuid.

Kuna HIV levib Balti riikides peamiselt süstivate narkomaanide hulgas ja kinnipidamisasutustes nakatunud vahendite kasutamise teel, tuleb poliitikaarenduse sekkumistegevustega (normatiivtöö ja propageerimine) keskenduda nendele kahele valdkonnale. Suutlikkuse tõstmine peab olema suunatud spetsialistidele, kes otseselt töötavad süstivate narkomaanidega ja kinnipeetavatega¹³⁷. Lõppkokkuvõttes sõltub teenuste kvaliteet ja tõhusus spetsialistide ekspertteadmistest ja arvust, kes on kaasatud teenuste kavandamisse, korraldamisse, juhtimisse ja osutamisse süstivate narkomaanide hulgas ja kinnipidamisasutustes.

Narkootikumide tarvitamisega seonduvad süüteod võib jagada kolme põhi gruppi:

- 1) narkootiliste ainete tarvitamisega või väikeses koguses omamisega seotud väärted (narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seaduse (edaspidi *NPALS*) § 15¹);
- 2) narkootiliste ainete vahendamise seotud kuriteod (nn narkokuriteod, mille all tavaliselt mõeldakse karistusseadustiku¹³⁸ (edaspidi *KaRS*) §§ 183–190);
- 3) peamiselt sõitlaste poolt toime pandud kuriteod narkootiliste ainete ostmiseks (valdavalt on tegu vargustega).¹³⁹

Levinumatest kuritegudest on narkosüüteo toimepannute osakaalud suured eelkõige varguste (43% avastatutest) ja röövimiste (36%) osas. Arvestades nende kuritegude madalat avastamismäära, võib proportsioonide põhjal eeldada, et 2006. – 2009. avastamata varguste hulgas on umbes 20 000 ning avastamata röövide hulgas umbes 450 narkosüütegijate poolt toime pandud kuritegu. Veel on kuritegude osas narkosüütegijatel suur osa arvutikelmuste (40%) ning väljapressimiste puhul (33%).¹⁴⁰

¹³⁷ Eesti Vabariigi valitsuse ... (viide 35).

¹³⁸ Karistusseadustik¹.06.06.2001.- RT I 2001, 61, 364- RT I 2010, 8, 34.

¹³⁹ A.Ahven (viide 67), lk 13.

¹⁴⁰ A. Borodin jt. *op.cit.* lk 78-79.

Muutuste aeg riigi ja majanduse arengus 1990-ndatel (seda ka sotsiaalsetes valdkondades), sellega kaasnev kuritegevuse ja töötuse kasv, samuti narkootiliste ainete kättesaadavus lihtsustumine löid soodsa pinnase narkomaania kasvuks (tabel 4)¹⁴¹.

Tabel 4. Narkosüütegusid toimepannute arvud aastail 2006-2008

	Narkosüü- tegusid kokku	toimepanijaid kokku	väärtegusid toime pannud isikuid	kuritegusid toime pannud isikuid	esmakordseid toimepanijaid kokku	esmakordsete osakaal toimepanijatest
2006	5785	3192	2819	619	1505	47%
2007	7411	3487	3056	690	1491	43%
2008	7492	3669	3154	757	1543	42%

Allikas: A. Borodin jt. *op.cit.* lk 66

Siinkohal juhib autor tähelepanu asjaolule, et narkootikumide tarvitamise või enda tarbeks omamise eest vastutusele võetud isikuid ei saa automaatselt käsitleda narkomaanidena (sõltlastena), viimast saab öelda vaid arstliku diagnoosi alusel.

Narkosüütegusid (s.t nii väär- kui kuriteod kogumis) toime pannud isikutest 87% olid mehed ning 13% naised. Kõigist süütegusid toime pannud isikutest oli vene keelt emakeelena rääkivad isikuid 58%, kes panid toime 66% süütegudest ning 74% narkosüütegudest. Eesti keelt emakeelena rääkivaid isikuid oli süütegusid toimepannute hulgas 39%, kes panid kokku toime 32% süütegudest ning 22% narkosüütegudest.¹⁴² Süstivate narkomaanide kuuluvust põhiliselt venekeelsesse kogukonda kinnitavad ka teised allikad¹⁴³. Vaadeldes korduvust, on vene keelt emakeelena rääkivate narkorikkujate kohta keskmiselt 21,5 süütegu, nendest 5,7 narkosüütegu. Eesti keelt emakeelena rääkivate rikkujate puhul on samad näitajad 15,5 süütegu isiku kohta, neist 2,6 narkosüütegu.¹⁴⁴ Seega näitab statistika, et vene keelt emakeelena rääkivate isikute kohta tuleb keskmiselt üle kahe korra rohkem narkokuritegusid kui eesti keelt emakeelena rääkivate kohta, samuti tuleb nende kohta muid süütegusid peaaegu poolteist korda rohkem kui eesti keelt emakeelena rääkivate kohta. Võrdluseks, 2000. – 2004. aastal oli eesti keelt emakeelena rääkivate isikute osakaal 36,6% ning vene keelt emakeelena rääkivate isikute osakaal 56,9%¹⁴⁵.

¹⁴¹ *op.cit.* lk 66.

¹⁴² *op.cit.* lk 97.

¹⁴³ M. Harro. *op.cit.* lk. 106.

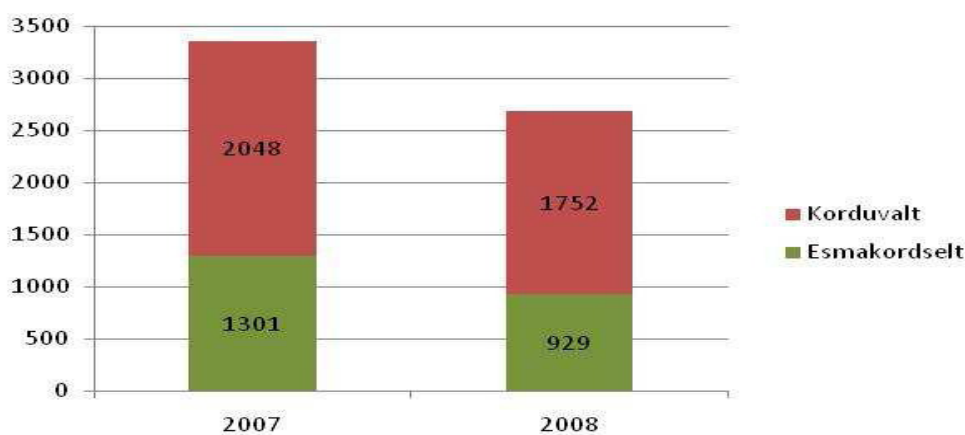
¹⁴⁴ A. Borodin jt. *op.cit.* lk 97.

¹⁴⁵ *op.cit.* lk 76.

Eraldi on uuritud varasemalt narkosüüteo toime pannud isikute osakaalu avastatud kuritegude hulgas (tabel 5). Antud osakaalud kirjeldavad vaid 2006. – 2008. aastal narkosüüteo toimepannute osakaale, kuid tuleb arvestada, et osa süütegusid võib olla pandud toime ka narkosüütegijate poolt, kes on varasemal ajal narkorikkumise toime pannud, kuid mitte 2006. – 2008. aastal.¹⁴⁶ Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina annab lisaks sõltuvusest võõrutamisele või selle kontrolli alla saamisele kasu ka retsidiivsuse vähenemise kaudu¹⁴⁷.

Korduvkuritegevus on väga suureks probleemiks, näiteks üle 60% Eesti kinnipeetavatest ja kriminaalhooldusalustest on korduvkurjategijad, umbes sama palju on korduvkurjategijaid ka vahistatute hulgas (joonis 1).

Joonis. 1 Korduvkurjategijate arv võrrelduna esmakordselt kinnipeetutega



Igal aastal vabaneb vanglatest üle 2000-2500 inimese, nendest ca 15% sattub sinna juba aasta jooksul tagasi.¹⁴⁸ Korduvkuritegevust mõjutavad lisaks isiksuslikele ja demograafilistele teguritele ka sõltuvusainete kasutamine, kinnipeetavate vabanemisjärgne toimetulek – seda eelkõige esimesel vabanemisjärgsel aastal. Kuigi uuringute tegemisel esineb metoodilisi erisusi, siis üldistatult võib öelda, et 3-4 aasta jooksul peale vabanemist paneb uue kuriteo toime 47% USA, 57% Saksamaa ja 63% Eesti kurjategijatest¹⁴⁹.

Narkootikumid mõjutavad kuritegevust mitmeti. Enim avaldub see narkootikumide muretsemisega kaudselt seotud süütegude puhul, see tähendab, et need pannakse toime narkootikumide muretsemiseks vajaliku raha saamiseks: poevargused, sissemurdmised, vargused

¹⁴⁶ *op.cit.* lk 77.

¹⁴⁷ Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018 eelnõu seletuskiri. Riigikogu. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=887073&u=20100302140444, lk 12, 02.03.2010

¹⁴⁸ *op.cit.* lk 12.

¹⁴⁹ A. Ahven, J. Salla, S. Vahtrus. Retsidiivsus Eestis. Justiitsministeerium, Tallinn 2010, lk 17.

sõidukitest. Näiteks pannakse Tallinnas hinnanguliselt kuni 2/3 kõigist sõidukitesse sisseмурdmistest toime uimastisõitlaste poolt¹⁵⁰.

4.3 Olukord politsei kinnipidamiskohtades

Vangistusseadus¹⁵¹ (edaspidi *VangS*) sätestab, et arestimaja on kinnipidamiskoht politseiasutuse koosseisus, mis korraldab eelvangistuse ja aresti täideviimist ning kus hoitakse vahistatuid ja arestialuseid ööpäevaringselt lukustatud kambrites, kus on võimalik nende pidev visuaalne või elektrooniline jälgimine. Lisaks täpsustab arestimaja töökorraldust ja kinnipidamistingimusi siseministri poolt kinnitatud arestimaja sisekorraeeskiri (edaspidi *sisekorraeeskiri*)¹⁵². Seega arestimajas kinnipidamist reguleerib esmase õigusliku alusena *VangS*, mis sätestab nii aresti kui ka eelvangistuse täideviimise korra¹⁵³.

Kinnipidamisasutustes on võõrutus- ja asendusravi võimalused piiratud (sisuliselt puuduvad), mille tõttu katkeb arestimajja sattunud asendusravil olevate süstivate uimastikasutajate ravi. Arestimajades metadoon asendusravi puudumine tingib psühhiaatrite hinnangul narkomaanidest õigusrikkujate seas kartust ägeda võõrutussündroomi ees, mille tõttu püütakse karistuse kandmisest veelgi aktiivsemalt kõrvale hoiduda¹⁵⁴.

VangS § 14 kohustab isiku vastuvõtmisel vanglasse teostama arsti poolt tervisekontrolli. Tervishoidu vanglas korraldatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse¹⁵⁵ (edaspidi *TTKS*) alusel. Sama nõue on sätestatud sisekorraeeskirja § 7, mis määrab hügieeni ja tervisekontrolli reeglid isiku vastuvõtmisel arestimajja. Tervishoiutöötaja peab teostama arestimajja vastuvõetava kinnipeetu tervisekontrolli ja küsitlema kinnipeetut tema terviseseisundi kohta. Kinnipeetut, kes põeb nakkus-, vaimu- või muud haigust, mis võib ohustada teda ennast, teise kinnipeetu või arestimaja ametniku tervist, arestimajja vastu ei võeta. Tervishoiutöötaja kohustus on suunata ravivajaja haiglasse või vanglasse ning vajadusel kutsuda kinnipeetule kiirabi.

Paraku esmase kontrolli läbiviimisel on vangla ja arestimaja vahel suur erisus: kuna arestimaja on ajutine kinnipidamisasutus, siis sealsed tervishoiuteenused on esmased nn

¹⁵⁰ Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2010 eelnõu seletuskiri. Allikas: Riigikogu. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://web.riigikogu.ee/ems/saros-bin/mgetdoc?login=proof&password=&op=ems&system=ems&server=ragne11&itemid=030970004>, 03.03.2010.

¹⁵¹ Vangistusseadus. 14.06.2000.- RT I 2000, 58, 376-RT I 2009, 62, 405.

¹⁵² Arestimaja sisekorraeeskiri 08.01.2009.- RTL 2008, 6, 66- RTL 2009, 95, 1408.

¹⁵³ C. Sootla. Justiits- ja Siseministeeriumi ning nende allasutuste koostöö arestimaja ületäituvuse vältimiseks Põhja Politseiprefektuuri näitel. Sisekaitseakadeemia lõputöö 2007, lk 17.

¹⁵⁴ A. Ahven (viide 67), lk 22.

¹⁵⁵ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 09.05.2001.- RT I 2001, 50, 284- RT I 2009, 67, 461.

esmaabilaadsed. Sellised, mis ei luba juba tekkinud kergematel haigustel edasi areneda ja raskemate ning parandamatute haiguste korral tagab inimväärse suhtumise ning raviskeemi järgi kinnipeetu ravimise. Seni tagatakse arestimajas kinnipeetute õigusi optimeeritud ulatuses: ei teostata HIV ja teiste nakkushaiguste nõustamist-testimist jne.

Kahjuks on hetkeseis selline, et põhiline meditsiinalane teenus arestimajades ongi kiirabi kutsumine. Kuid ei ole mõistlik eeldada, et arestimajad saavad pidevalt kinnipeetuid vangla haiglasse (arvestades vanglate maksimaalset täituvust¹⁵⁶, on ka vangla haigla täituvus suur), samuti kinnipeetute pidev toimetamine arestimajadest avalikesse meditsiinasutustesse on seotud kuludega ning oluliste turvariskidega. Seetõttu on otstarbekas osta sisse kvalifitseeritud teenust.

4.4 Kinnipeetute küsitlus

Ülevaate saamiseks arestimajades viibivatest narkomaanidest ning asendusravi reaalsest vajadusest, toimus Politsei- ja Piirivalveameti loal¹⁵⁷ 2010 märtsi alguses kinnipeetute anonüümne küsitlus. Kasutati Connections¹⁵⁸ küsitlust, mida kohandati vastavalt arestimajade võimalustele (lisa 3).

Küsitlused viidi läbi Põhja Prefektuuri arestimajas, Ida Prefektuuri Jõhvi arestikambris, Lääne Prefektuuri Pärnu arestikambris ning Lõuna Prefektuuri Tartu, Viljandi ja Valga arestikambrites. Kokku küsitleti 40 kinnipeetut, seega igast regioonist 10 isikut. Küsitletud isikute arv moodustab keskmiselt 10% Eesti arestimajades viibivate kinnipeetute koguarvust.

Esmalt küsiti, kas isik on endine või praegune uimastitarbija. Küsimusele vastas 36 kinnipeetut. Eriti üllatavad olid Jõhvist saadud vastused, kus ainult 20% vastajaist tunnistas end uimastitarbijaks. Samal ajal enamus tunnistas, et on varasemalt tarvitanud narkootikume. Tõenäoliselt on siinkohal üheks vastamist mõjutavaks faktoriks keele probleem (ankeet oli eestikeelne). Teine võimalik vastuseid mõjutav asjaolu on see, millisest hetkest alates inimene ennast ise sõitlaseks peab (lisa, 1, tabel 6).

Järgnevalt vastajate sooline kuuluvus. Antud küsimusest arusaamisega probleeme ei olnud (kõik küsitletud vastasid). Seekord olid vastajate hulgas ülekaalus mehed (vastas ainult üks

¹⁵⁶ Vangide ja kriminaalhooldusaluste arv. Justiitsministeerium. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.vangla.ee/41291>, 01.03.2010.

¹⁵⁷ Politsei- ja Piirivalveameti 02.03.2010 vastuskiri nr 1.3-13/8558 küsitluse läbiviimise taotlusele. (käesoleva töö autori valduses).

¹⁵⁸ Connections. Uuring vangida vajadustest neljas riigis. Viivad läbi Bremeni Ülikool ja Tartu Ülikool. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.connectionsproject.eu>, 05.02.2010.

naine). Valim ei kajasta naiste osakaalu arestimajas viibijate hulgas, mis on alla 40 % (lisa 1, tabel 7). Naiste vastuste vähesuse tõttu ei vaadata eraldi vastuseid soo lõikes.

Vanuselisel oli noorim vastaja 19 ning vanim 54. Ka sellele küsimusele jättis vastamata üks kinnipeetu. Noorim kinnipeetu oli Põhja Prefektuuri arestimajas ning vanim Lääne Prefektuuris. Vastanuist 17,9% olid 23 aastased, seega on tegu suhteliselt noorte kinnipeetutega (lisa 1, tabel 8).

Vastajate emakeelena domineeris eesti keel 59%. Siinkohal tuleb arvestada asjaoluga, et küsitlus toimus kogu Eestis, seega eesti keele osakaalu tõstsid Lõuna (vastanutest 77,8%) ja Lääne regioon (vastanutest 100%). Jõhvis nimetas vene keelt emakeeleks koguni 90% vastanutest (lisa 1, tabel 9).

Haridustase näitab, et 37,5% vastanuist on põhiharidusega ning 12,5% puudus ka põhiharidus (lisa 1, tabel 10). Sarnase tulemuse andis ka vanglas toimunud uuring, mille kohaselt ligi 60% kinnipeetutest on põhi- või algharidusega¹⁵⁹.

Perekonnaseisu poolest on ülekaalus registreerimata kooselu, seda nimetasid 47,5% vastanuid. Sellele järgneb 37,5% vallalisi. Kõige rohkem on vallalisi Põhja regioonis ning vähim on neid Jõhvis (lisa 1, tabel 11). Küsimusele laste olemasolu kohta vastasid 37 kinnipeetut. Lapsed puuduvad 54,1% vastanuist, üks Lõuna regioonis vastanu väitis olevat 11 last ning teine vastanuist 41 last (lisa 1, tabel 12).

Küsimustikule vastajate menetluslik staatus jagunes järgnevalt: 45,9% vahistatud ja 51,4% arestialused. Vastanutest oli vahistatud oli enim Lõuna regioonis 77,8% ning arestialuseid Läänes 80% (lisa 1, tabel 13).

Vastamise ajaks oli kinnipidamise pikkus järgmine: 47,4% vastanuist oli viibinud arestimajas vähem kui 1 kuu ning üle 3 kuu oli arestimajas asunud 28,9% vastanuid. Lühim arestimajas viibimise aeg oli Pärnus (alla 1 kuu 88,9% vastanuist) ja pikim viibimise aeg Jõhvis (üle 3 kuu oli arestimajas viibinud 55,6% vastanuist, lisa 1, tabel 14). Lisaks küsiti, kui kaua on viimase 10. aasta jooksul isik viibinud kinnipidamisasutuses. Vastuseks oli võrdselt kaks äärmust 28,9% vastanuid oli neid, kes vähem kui 3 kuud ning sama palju oli viibinud kinnipidamisasutuses rohkem kui 5 aastat. Ka siin oli väiksem tulemus Pärnus (alla 3 kuu 50% vastanuist) ning suurim number Põhja arestimajas (üle 5 aasta 40% vastanuist, lisa 1, tabel 15). Kõige rohkem kordi oli viimase 10a jooksul oma sõnul 25 korda kinnipidamisasutuses viibinud

¹⁵⁹ A. Ahven jt (viide 148), lk 17.

Jõhvi arestimajas olnud kinnipeetu (lisa 1, tabel 16). See tulemus võib olla täiesti tõepärane, kui arvestada lisaks kriminaalkorras karistatusele hulka ka väärtegude korras kinnipidamised.

Oma füüsilist tervis hinnati üldiselt heaks (lisa 1, tabel 17). Heaks nimetas oma tervist 41% vastanuist ning rahuldavaks 33,3% (väärrib märkimist, et Jõhvi kinnipeetutest tervelt 88% hindas oma tervist heaks). Psühholoogilise seisundi osas oli suhteliselt sarnane tulemus (rahuldavaks hindas 37,5% ning heaks nimetas olukorda 27,5%).

Viirustega nakatumise uuring näitas, et HIV positiivseid oli 15% isikuist, nendest Põhja arestimajas 83%, antud küsimusele ei osanud vastata 12,5% isikuist. C-hepatiiti nakatunuid oli kokku 17,5% ning nendest 86% Põhja arestimajas, sellele küsimusele ei osanud vastata 7,5% isikut. Nakatunuid B-hepatiiti oli 12,5, kahjuks jällegi nendest 80% Põhja arestimajas. Positiivse asjaoluna võib esile tuua, et tuberkuloosi nakatunuid ei olnud. Ühtegi nakatumist kinnitavat vastust ei esitatud Lääne ja Lõuna Prefektuuridest (lisa 1, tabel 18). Asjaolu, et nakatumise küsimusele vastust mitteteadnute arv oli küllaltki suur, on murettekitav. See tähendab, et kinnipeetud ei ole teadlikud oma tervislikust seisundist ning võivad olla (seda ise teadmata) ohuallikaks kaaskodanikele.

Vastustest nähtub, et arestimajades võimaldatakse juba praegu asendusravi või lühiajalist detoksifikatsiooni (lisa 1, tabel 19). Lõuna Prefektuurist antud küsimusele ei vastatud. Tegelikult on tegemist erandolukordadega ning põhiliselt ilmselt küsimuse väärilt tõlgendamisega. Ravi all on siinkohal vastajad tõlgendanud olukorda, kus neile antakse valuvaigisteid vms. Põhiliselt on tegu lühiajalise detoksifikatsiooniga (Põhja arestimajas 80% vastanuist).

Tabelis 20 (lisa 1) on kajastatud vastused küsimusele millised teenused on arestimajas kättesaadavad või peaksid olema kättesaadavad. Kättesaadavatena nimetas vastanuist 40% detoksifikatsioon koos ravimite/tablettidega (siinkohal ilmselt peeti silmas esmaste võõrutusnähtude leevendamist, seda nimetasid võrdselt 66,7% nii Põhja arestimajas kui Jõhvis viibinud kinnipeetutest), 30,8% nimetas järgmisena detoksifikatsioon ilma ravimite/tablettideta (seda mainis 60% Põhja arestimajas vastanuist, kuid samal ajal ainult 16,7% Jõhvi arestimajas vastanuist) ning kolmandaks 22,2% Anonüümsed Alkohoolikud või – Narkomaanid (seda mainis 37,5 Jõhvi vastanuist). Samal ajal vajalike, kuid hetkel puuduvate teenustena sooviti 92,3 vastanute poolt metadooni. Teisel kohal oli 89,5% arestimaja poolt narkomaanidele pakutavad sotsiaalprogrammi ning kolmandaks 88,2% võõrutussündroomi ravi. Siinkohal peab märkima, et kuigi paljudel juhtudel märgiti vajalikuks kõik pakutud variandid (eriti Lääne ja Lõuna regioonis), siis Põhja arestimaja ja Jõhvi arestimaja vastajad rõhutasid psühholoogilise abi vajalikkust (olgu see siis eneseabi, sotsiaalprogramm vms). Muude ettepanekute lahtrisse tehti

vastamisel küll märge, kuid lahti neid ei kirjutatud, seega ei ole võimalik kommenteerida, mida muude variantidena sooviti öelda.

Saamaks ülevaadet kinnipeetus tervisest on oluline arestimajja tulekul küsida muuhulgas ka kinnipeetu võimalikku narkosõltuvust. Tegelikuses küsiti seda 35,1% kinnipeetute käest (Põhja arestimajas 80% vastanute käest, kuid Jõhvi ainult 22,2% juhtudest). On mõisteta, et võib-olla seda ei küsita eranditult kõigi kinnipeetute käes vähese narkolevi probleemiga kohtades, kuid arvestades regiooni eripära on selline küsitlus oluline Põhja arestimajas ning Jõhvi arestimajas (lisa 1, tabel 21).

Kui mingil põhjusel arestimaja personal ei kontrolli arestimajja tulekul kinnipeetu narkosõltuvust, siis üheks võimaluseks õigeaegselt abi saada on ise sellest teatada. Tabelist 22 (lisa 1) nähtub, et küsimustikule vastanud kasutasid sellist võimalust ainult 25% juhtudel (Põhjas regioonis 55,6% juhtudest ja Jõhvis 33,3%).

Arestimajades pakutavale tervise- ja sotsiaalhoolduse kvaliteedile anti järgmine hinnang: tervisehooldust pidas üsna heaks 47,5% vastanuist (seejuures Lääne Prefektuuri Pärnu arestimajas koguni 70%), väga halvaks nimetas olukorda 30% Lõuna Prefektuuri arestimajades vastanuist. Sotsiaalhoolduse suhtes oldi kriitilisemad: olukorda nimetas väga halvaks 39,5% vastanuist, seejuures Lõuna regioonis 60% vastanuist. Samal ajal väga heaks nimetas pakutava teenuse kvaliteeti 20% Jõhvi arestimajas vastanutest (lisa 1, tabel 23).

Järgnevalt küsiti väljaspool arestimaja kasutatud narkosõltuvuse ravi teenuste kohta (lisa 1, tabel 24). Kahjuks Lääne regiooni andmeid ei saa võtta usaldusväärsetena, kuna (nagu varasemalt mainitud) vastates esimesele küsimusele tunnistas ainult 1 isik, et on uimastitarbija. Kuid antud küsimusele vastuseid lugedes jääb mulje, et kõik on narkosõltlased. Siinkohal võib olla ka tegu mitte pahatahtlikkusega vaid ka küsimusest arusaamisega. Põhja ja Ida regioonis olid enamkasutatavad teenused detoksifikatsioon (Põhjas 66,7%, Idas 100%) ning metadoon (Põhjas 60% ja Idas 86%).

Küsimusele milliseid aineid kasutatakse, laekus erinevaid vastuseid, seega kasutatavate ainete spekter on lai. Enam kasutatavad on amfetamiin (16 vastanut), kanep (15 vastanut) ja ecstasy (13 vastanut). Vastanute hulgas on heroini tarvitajaid enim Põhja regioonis ning kanep on laiemalt levinud Ida regioonis. Siinkohal on Ida regiooni puhul ilmselt tegu asjaolude kokkusattumusega (vastasid kanepit tarvitavad isikud), tegelikult Ida-Eestis on küllaltki levinud ka narkootikumide süstimine¹⁶⁰. Muude kasutatavate ainetena nimetati GHB-d ja seeni (lisa 1, tabel

¹⁶⁰ A. Borodin jt. *op.cit.* lk 13.

25). Vastajate arvates on arestimajas narkootikumide hankimine on 39,4% vastajate arvates väga raske. Lihtsaks nimetas hankimist Põhjas arestimajas 37,5% ning Jõhvi 33,3% vastanutest (lisa 1, tabel 26).

Arestimajas süstimisel kasutab süstalt 1 kord 5,6% vastajaid ning 2-3 korda samuti 5,6% vastajaid. Tervelt 86,1% väitis, et arestimajas nad ei süsti (lisa 1, tabel 27). Jõhvi arestimajas vastanutest 29% märkis, et jagab oma süstalt igapäevaselt teiste kinnipeetutega, kuid üldiselt vastas 89,7%, et nad ei jaga oma vahendeid teistega (lisa 1, tabel 28). Ka vabaduses viibides väidetavalt 78,6% vastanutest ei jaga oma süstalt vms teise isikutega (lisa 1, tabel 29).

Kinnipeetavate vahelist füüsilise vägivalla olemasolu kohta ei osanud vastata 61,5% vastanuist (Lõuna Prefektuuri vastuste *ei tea* osakaal oli koguni 88,9%). Põhja arestimaja kinnipeetutest 40% vastas, et füüsilist vägivalda esineb. Psühholoogilise vägivalla esinemist kinnitas 32,5% vastanuid sealhulgas Jõhvis koguni 50% vastanuid ning 52,5% ei osanud vastata. Vägistamise kohta ei osanud vastata 71,8%, kuid võrdselt 10% Põhja arestimaja ning Pärnu arestimaja vastanuid väitis selle toimumist. Samal ajal vastas eitavalt sellele küsimusele 40% Põhja arestimaja ja 30% Pärnu arestimajas vastanuist (lisa 1, tabel 30).

Eelmise küsimusega seondult uuriti kinnipeetute üldist seksuaalset aktiivsust arestimajas. Tulemused on analoogilised eelnevate vastustega, võrdselt 5% vastanuist väitis, et esineb nii vabatahtlikke kinnipeetute vahelisi seksuaalsuhteid kui vägistamist ning 95% ei osanud sellele küsimusele vastata (lisa 1, tabel 31).

Eelpool uuriti, kas kinnipeetud vahetavad narkootikumi tarvitamise vahendeid. Järgnevalt küsiti kas kinnipeetud jagavad omavahel isikliku hügieeni tarbeid. Vastustest selgub, et žiletti ei jaga teistega 75% vastanuist (Põhja arestimajast vastanuist tervelt 50% on jaganud oma žiletti teiste kinnipeetutega, Pärnu arestimajas vastas 90%, et ei jaga žiletti kellegagi). Hambaharja jagamise suhtes vastas 92,3%, et see on ainult nende kasutuses, erandina on Jõhvis vastanutest oma hambaharja jaganud teistega 30% (lisa 1, tabel 32).

Viimasena küsiti, mille all arestimajas viibides kõige rohkem kannatatakse (lisa 1, tabel 33). Eeskätt kannatatakse igavuse (70 %, Pärnus vastanuist koguni 90%) ja partnerist lahusoleku all (67,5%). Kolmas suur näitaja on perekonna/sõprade toe puudumine (57,5%, Põhja arestimajas koguni 80%).

4.5 Olukord vanglates

VangS kohaselt on vangla Justiitsministeeriumi valitsemisalas olev valitsusasutus, mille ülesandeks on vangistuse ja eelvangistuse täideviimine seaduses sätestatud korras.

Narkootikumide laialdast levikut vanglates on soodustanud 1990-ndate keskpaigast tekkinud narkokultuur Eestis ja sellega kaasnev organiseeritud kuritegevus¹⁶¹. Narkootikumide levikut vanglas saab piirata pädevate ametnike ning nende narkoalase koolitamise teel. Narkootikumide leviku tõkestamiseks on vajalik luua ja käivitada erinevaid ametkondi puudutav ühtne uimastipreventsiooni süsteem.

Eesti vanglates on hinnanguliselt kuni pool kinnipeetavaist narkootikumide tarvitajad, paljud neist sõltlased. Paraku on vanglates narkomaaniaravi pakkumise võimalused piiratud ning suur osa vabanevatest narkomaanidest satub varsti taas vanglasse eeskätt oma uimastisõltuvuse tõttu. Samas suurusjärgus on narkootikumide tarvitajate osakaal ka teiste Euroopa riikide vanglates. Välisriikide kogemused on näidanud, et ravile suunatud narkomaanidest kurjategijate retsidiivsus on raviprogrammi läbimise järel märgatavalt vähenenud.¹⁶² Autori andmetel Eestis analoogilised uuringud puuduvad ning pole ka andmeid raviprogrammi läbinute hilisema retsidiivsuse kohta.

Justiitsministeeriumi uuringu tulemustele tuginedes võib öelda, et Eestis ei ole praegu võimalik rakendada vangistuse alternatiivina narkomaaniaravi. Praegune asendusravi ei sobi aga alternatiivkaristuseks, kuna sellega ei kaasne piisav psühhosotsiaalne nõustamine ja sotsiaalne rehabilitatsioon (vajalike statsionaarsete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste arv on piiratud).¹⁶³ Narkoloog Jaanus Mumma peab võõrutusravi alternatiivkaristusena kasutamist heaks mõtteks, kuid tõdeb samuti, et narkomaanidele pole see kindlasti kergem tee. „Neid kukub kogu aeg välja ravilt. Meil käib kusagil 80 inimest pidevalt metadoonil ja kuus kukub neist ligikaudu viis protsenti välja. Kas kaovad ära või rikuvad režiimi.” sõnas Mumma.¹⁶⁴

Ravi edukaks läbiviimiseks on vanglates narkovaba osakond See on isoleeritud vangistusüksus, kus viibivate kinnipeetavatega viiakse läbi erinevaid kompleksseid teraapilisi programme. Osakonda üleviimine toimub kinnipeetava vabatahtliku sooviavalduse ja sellele tugineva kahepoolse (kinnipeetav-vangla administratsioon) lepingu alusel, millega kinnipeetav kohustub hoiduma uimastite tarvitamisest ja nõustub vabatahtlikult andma kontrollimiseks uriiniproove esimesel nõudmisel. Hetkel on kõigis Eesti vanglates olemas narkovabad osakonnad (osakonnas asuvate ravil olevate kinnipeetute suhtlemine teiste kinnipeetutega on minimaalne).

¹⁶¹ Justiitsministeerium (viide 25), lk 26.

¹⁶² A.Ahven (viide 67), lk 3.

¹⁶³ REITOXi riikliku narkoteabekeskuse 2008. a raport. *op.cit.* lk 11.

¹⁶⁴ Eesti Päevaleht. Narkomaan vangla asemel ravile, 14.12.2009, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/484754>, 25.02.2010

Justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika arengukava aastani 2012 on seadnud eesmärgiks uimastiennetuse ja –rehabilitatsiooni meetmete rakendamise, mille kohaselt spetsialiseerub Tartu Vangla uimastisõltlastest õigusrikkujatele, kellele tagatakse võõrutusravi ja asendusravi¹⁶⁵. Seetõttu saadetakse enamikel juhtudel ravi soovivad/vajavad narkomaanid Tartu Vanglasse.

Teised vanglad tegelevad tavaliselt mittefarmakoloogilise raviga. Kinnipeetute ravile asumiseks on olemas motivatsioonipakett, mis võib sisaldada paremaid eluruume, võimalust töötada, nn tavakinnipeetutest suuremat spordisaali kasutusõigust ning eduka ravi korral ka vangla soovitud tingimisi vabastamise kohta. Ravile pääsemiseks tuleb esitada motiveeritud avaldus, mille vaatab läbi vastav komisjon, kes otsustab kandidaadi sobivuse (ravi vajalikkus, isiku varasem käitumine jne).

4.6 Narkoravi alternatiivkaristusena

Eesti kinnipidamisasutuses peaksid viibima kõige ohtlikumad kurjategijad, seetõttu tuleb soodustada alternatiivkaristuste kasutamist (ühiskondlik kasulik töö, sõltuvusravi, leppimine jne). Riiklik poliitika järgmisel seisukohal: metadoonasendusravi oleks Eesti oludes tänu oma suhtelisele odavusele kõige kergemini laiendatav ravivorm, mis teiste riikide kogemusi arvestades peaks sõltuvust kontrolli all hoides vähendama ka kuritegevust ning selle kaudu kaasa aitama vangide arvu vähenemisele¹⁶⁶.

Arvestades narkomaanide poolt toime pandud kuritegude liigilist struktuuri (vt ka 4.1), on potentsiaalseteks ravialusteks esmajoones varavastaseid kuritegusid (valdavalt vargused) toime pannud isikud. Põhimõtteliselt ei saa välistada ka röövimiste eest süüdi mõistetud narkomaanide ravile suunamist, kuna tegu võib olla just sõltuvuse tõttu toime pandud kuritegudega, samas tuleb arvestada niisuguste isikute võimaliku vägivaldsusega. Narkokuritegude eest kinni peetavatest süüdimõistetutest on ligikaudu 90% karistatud narkootikumide suures ulatuses vahendamise eest, seega ei tule neist enamiku puhul vangistuse asemel ravile saatmine ilmselt kõne alla, samal ajal muud liiki kuritegude toimepanijate seas on narkomaanide osakaal suhteliselt väike¹⁶⁷.

Nagu ka varasemalt mainitud, isiklik soov ja vaba tahe on peamised kriteeriumid narkomaaniaravis ning sund ei toeta ravi tulemuslikkust. Tõenäoliselt osa kurjategijaid on raviks

¹⁶⁵ Välisministeerium. Eesti aruanded RV organisatsioonidele konventsioonide täitmise kohta. Eesti Vabariigi kolmas perioodiline aruanne, mis on esitatud ÜRO kodaniku ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti artikli 40 alusel selle pakti kohaldamise kohta. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://web-static.vm.ee/static/failid/106/CCPR_Kolmas_perioodiline_aruanne%20_est_.pdf, 25.03.2010.

¹⁶⁶ Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018 eelnõu seletuskiri. *op.cit.* lk 2.

¹⁶⁷ A.Ahven (viide 67), lk 27.

motiveeritud pigem sanktsiooni tõttu kui soovist ravi saada ja usust selle vajalikkusesse. Võrreldes vabatahtlikult ravile minejatega usuvad sundravi saajad väiksema tõenäosusega ravisse, on selleks vähem motiveeritud ja vähem valmis selles aktiivselt osalema.

Seega on ravi edukam kui:

- sõltlased on raviks motiveeritud, nendega tegeletakse aktiivselt ja intensiivselt ning soovitatakse ravile minekut;
- õiguskaitseametnike ja ravipakkujate vahel on tihe koostöö ning on olemas vajalik järelhooldus;
- on olemas efektiivne ravialuste järelevalve ning ravinõuete rikkumistele reageeritakse kiiresti;
- ravi kohandatakse kliendi vajadustega.

Iirimaa uuringud on näidanud, et otseselt narkootikumide tarvitamise tõttu kuriteo toime pannud isikute puhul on retsidiivsuse vähendamisel ravi efektiivsem kui vangistus. Iiri uurijate arvates võis ajavahemikus 1995–1999 aset leidnud 29%-lise kuritegevuse vähenemise üks põhjusi olla metadoon asendusravi paranenud kättesaadavus Dublini piirkonnas.¹⁶⁸ Ka teised autorid on jõudnud tulemuseni, et oma narkootikumide tarvitamist kontrollida suutvad õigusrikkujad rikuvad taas seadusi väiksema tõenäosusega kui need, kes oma sõltuvust kontrollida ei suuda¹⁶⁹.

Paljud uuringud kinnitavad, et narkomaaniaravi on tulemuslikum ja tasuvam kui narkomaanide vangistuses hoidmine. Samas on jätkuvalt nappus teaduslike uuringutega saadud tõenditest, mis võimaldaks täpselt öelda "mis, kuidas, millal ja kelle suhtes töötab".¹⁷⁰

Inglismaa ja Walesi *Home Office*'i uurimuses selgitati 69 valdavalt USA ja Suurbritannia teadusallika põhjal narkomaaniaravi tulemuslikkust narkootikumide tarvitajate retsidiivsuse vähendamisel. Uurimuse järeldused on valdavalt positiivsed:

- kriminaalse käitumise vähenemine oli ravi saanud gruppides 41% tõenäolisem, võrreldes ravi mitte saanud võrdlusgruppidega. Valdavas enamikus vaadeldud uuringutest leiti, et raviprogramm oli kuritegevuse vähendamisel olnud efektiivne vähemalt ühe näitaja osas

¹⁶⁸ *op.cit.* lk 34.

¹⁶⁹ M. Gossop et al. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake. The National Treatment Outcome Research Study. National Addiction Centre. London. 2001. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf>, 23.03.2010.

¹⁷⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Alternatives to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU (2005). Selected issue 2. EMCDDA. Lisbon. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://issues05.emcdda.europa.eu/en/page014-en.html>, 15.02.2010.

- Metadooni programmide puhul andis kuritegevuse vähendamisel paremaid tulemusi suurte dooside kasutamine, võrreldes väikeste doosidega; pidev metadooni ravi, võrreldes katkestatud raviga.¹⁷¹

Seega tasuks kaaluda kaaluda narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina - välisriikide uuringutes on jõutud kindlale järeldusele, et narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina õigustab end, andes lisaks sõltuvusest võõrutamisele või selle kontrolli alla saamisele olulist kasu ka retsidiivsuse vähenemise kaudu¹⁷².

Paraku Eestis hetkel võimalust narkomaaniaravi kohaldamiseks kriminaalkaristuse asemel (teist liiki mõjutusvahendina) pole. Süüdimõistetule on võimalik panna kohustus alluda ettenähtud ravile vaid tema enda initsiatiivil ning mõistetud vanglakaristusest tingimisi vabastamise korral koos allutamiseiga käitumiskontrollile (KarS § 74) või vangistusest tingimisi ennetähtaegse vabastamise korral (KarS § 76). Käitumiskontrollile allutatud süüdimõistetule võib panna kohustuseks mitte tarvitada narkootikume ja alkoholi ning süüdimõistetule eelneva nõusoleku korral ka kohustuse alluda ettenähtud ravile (§ 75 lg 2 p 2 ja 5). Ravikohustust ei saa määrata rahalise karistuse korral; vangistusega karistatakse üldjuhul aga vaid varem kriminaalkorras karistatud või raske kuriteo toime pannud isikuid.

Narkosõltlase kinnipidamine vanglas on ka oluliselt kallim sama kestusega narkomaaniaravist: Eestis on ambulatoorse võõrutus- või asendusravi hind kuus 3500 kr; samal ajal maksab kinnipidamine arestimajas kuus 8800 kr ning kinnipidamine vanglas kuus 14 257 kr. Statsionaarse ravi hind oleks küll kallim võrreldes ambulatoorse raviga ning on võrreldav vanglakaristuse maksumusega, ent võrreldes vanglakaristusega kindlasti tulemuslikum.¹⁷³

¹⁷¹ K. Holloway, T. Bennett, D. Farrington. The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: a systematic review. Home Office Online Report 26/05. London. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2605.pdf> 02.03.2010, lk 61, 23.02.2010.

¹⁷² A.Ahven (viide 67), lk 4.

¹⁷³ Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018 eelnõu seletuskiri. *op.cit.* lk 29.

Kokkuvõte

Viimase kahekümne aasta jooksul on narkootikumide tarvitamine märgatavalt suurenenud ja koos sellega kasvanud ka narkosõitlaste arv, kes on võetud politsei poolt vahi alla. Politsei tegevus võib mõjutada tervisekahjusid nagu üledoos, vere teel edasikanduvate haiguste levik, narkootikumide tarvitamise alustamise iga. Paljud politseinikud näevad oma peamist rolli narkootikumidega seotud kahjude vähendamises, rõhutades narkootikumide pakkumise vähendamise tähtsust ning väites, et vähendades narkootikumide pakkumist väheneb nende kättesaadavus ja koos sellega ka narkootikumide tarvitajate arv. Alkoholi- ja narkootikumijooobega seotud vigastussurmade tõttu hukuvad sagedamini just noored ning töövõimelised inimesed, mistõttu nii investeeringud inimestesse kui ka tulu tehtavast tööst jäävad ühiskonnal tagasi saamata ning sellevõrra ühiskond vaesub.

Kuid ka tervishoiusektori tegevused mõjutavad kuritegevust ja ühiskonna heaolu. Näiteks narkoraviprogrammid võivad mõjutada kuritegelikku aktiivsust narkootikumide tarvitajate seas. Nagu käesolevas töös leitud, tuleb suuremat tähelepanu tuleks pöörata politseipraktikale narkosõitlastele uimastialaste teenuste, kahju vähendamise ja arstiabi pakkumises. Kahjuliku mõju vähendamise strateegia võib olla efektiivne ainult sel juhul, kui on saavutatud kokkulepe õiguskaitseorganitega, et need ei takista narkootikumide kasutataval isikul meditsiinilise abi saamist. Uimastisõltuvuse ravi on erinevatele sihtrühmadele suunatud ning erinevate ravi eesmärkidega teenuste koordineeritud võrgustik. Sõltuvuse ravi on kompleksne ja eeldab nii farmakoloogiliste kui ka mittefarmakoloogiliste raviviiside kompleksset kasutust.

Narkomaania probleemidega tegelemine ei ole üksnes kriminaalpolitsei, vaid ka korrakaitsepolitsei probleem. Nagu p 4.1 käsitletud, moodustavad narkosõitlased väga suure osa isikuist, kes panevad toime varavastaseid kuritegusid ning avaliku korra rikkumisi. Seega on oluline korrakaitsepolitseile piisava väljaõppe ja varustuse võimaldamine, et tõhusamalt tuvastada avaliku korra tagamise käigus narkojoobes isikuid.

Ülevaate saamiseks arestimajades viibivatest narkomaanidest ning asendusravi reaalsest vajadusest, toimus 2010. aasta märtsi alguses kinnipeetute anonüümne küsitlus. Kuigi küsimustele antud vastuste tõepärasus võis mõningal määral kannatada keeleprobleemi tõttu (küsitlus oli eesti keeles, kuid Ida regioonis vastanuid 90% nimetas emakeeleks vene keele), siis kinnipeetute arvates on vajalik kinnipidamisasutuses raviprogrammide pakkumine/jätkamine.

Siinkohal mängib olulist rolli ravi vabatahtlikkus. Võrreldes vabatahtlikult ravile minejatega usuvad sundravi saajad väiksema tõenäosusega ravisse, on selleks vähem motiveeritud ja vähem valmis selles aktiivselt osalema, seetõttu kannatavad ka tulemused. Kuid asendusravi jätkamise korral on eelduseks fakt, et isik sai ravi juba vabaduses viibides, seega asus ta ravile (üldjuhul) vabatahtlikult ning motivatsioon sõltuvusest vabanemiseks on olemas. Paraku politsei kinnipidamisasutustes on võõrutus- ja asendusravi võimalused piiratud (sisuliselt puuduvad), mille tõttu katkeb arestimajja sattunud asendusravil olevate süstivate uimastikasutajate ravi. Arestimajades metadoon asendusravi puudumine võib põhjustada narkomaanidest õigusrikkujate seas kartust ägeda võõrutussündroomi ees, mille tõttu püütakse karistuse kandmisest veelgi aktiivsemalt kõrvale hoiduda. Samuti puudub käesoleval ajal arestimajal info kui paljudele kinnipeetutele on asendusravi määratud, sest tegu on konfidentsiaalse teabega. Seega on vajalik alustada vajalike tegevustega arestimajades asendusravi jätkamiseks.

Eelnevalt on jõutud järeldusele, et politsei kinnipidamiskohad peaksid tegelema asendusravi jätkamisega. Kuid igal tegevusel peab olema õiguslik alus. Rahvusvahelised organisatsioonid on korduvalt rõhutanud, et kinnipidamisasutused peavad kaitsma nende hoole all olevate kinnipeetute tervist ning kinnipeetutel peavad kinnipidamisaja vältel olema kättesaadavad väljaspool kinnipidamisasutust kasutatavad ravimid ja meditsiinilised teenused. Tervishoiutöötajad peavad pöörama tähelepanu ning tegelema narkootikumide, ravimite või alkoholi kasutamisest tulenevate taanduvate nähtudega.

Psühhiaatrilise abi seaduse alusel annavad psühhiaatrilist abi sellekohase tegevusloaga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid. Opiatasendusravi teenusele Eestis eraldi litsentsi pole ja see kuulub psühhiaatrilise raviteenuse alla. Tulenevalt eeltoodust tegelevad sõltuvushäirete raviga Eestis psühhiaatria tegevusluba omavad tervishoiuteenuse osutajad.

TTKS § 2 kohaselt on tervishoiuteenus tervishoiutöötaja tegevus haiguse ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. Metadooni asendusravi teenuse osutamine on eeltoodud arvestades sõnastust ning tegevuse sisu kahtlemata tervishoiuteenuse osutamine.

TTKS § 2¹ sätestab, et seadust kohaldatakse tervishoiuteenuste osutamise korraldusele vanglates koos vangistusseadusest tulenevate erisustega. Seega, kuna tervishoiuteenuste osutamisele vangistusseadus erisusi eelvangistuse ja aresti osas ei too, siis kuuluvad arestimajades rakendamisele vangistuse täideviimise sätteid. Seega kokkuvõtvalt võib öelda, et

tervishoidu tuleb arestimajas korraldada TTKS sätete alusel, ning asendusravi teenust osutades peab tervishoiutöötaja osutama vastavalt TTKS eriarstiabi osutamise regulatsioonile.

Tulenevalt eeltoodust võib öelda, et kuigi rahvusvahelised õigusaktid ning inimõiguste järgimist teostavad organisatsioonid korduvalt rõhutavad kinnipeetutele kvaliteetse tervishoiuteenuse tagamise olulisust ning asendusravi teenuse pakkumiseks on vajalik tegevusloa omamine, siis käesoleval ajal politsei arestimajadel puudub TTKS § 40 sätestatud tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa.

Sellega seoses kerkib küsimus – milline on lahendus? Tervishoiuteenuse osutamise loa taotlemiseks on nõutav TTKS § 40 kohaselt mitmete eeltingimuste täitmine. Kui arvestada, et hetkel praktiliselt kõigis politsei arestimajades puudub tervishoiutöötaja, rääkimata vastavatest ruumidest koos aparatuuriga, siis on tegevusloa saamiseks vajalike kriteeriumide täitmine materiaalses mõttes äärmisel kulukas. Teenuse sisse ostmisel kerkib üles järgmine probleem – lähtudes TTKS § 42 lg 1 p 2 peab tervishoiuteenuse osutaja tegevusloal olema märgitud teenuse osutamise koht. Kuna teenuse osutamise lepingud sõlmitakse üldjuhul pikaajalised, siis peaks arestimajadele tervishoiuteenust pakkuv tervishoiuteenuse osutaja märkima oma tegevusloale ka arestimaja aadressi. See omakorda eeldab vastavat menetlust Terviseametis.

Autori arvates väärrib kaalumist arestimajade üleandmise idee Siseministeeriumi haldusest Justiitsministeeriumi haldusalasse. Sellest tulenevalt samas hoonetekompleksis olevaid asutusi tuleb erinevate ministeeriumide poolt täielikult varustada nii tehniliste vahenditega kui ka personaliga. Vanglad on arhitektuuriliselt ja töökorralduslikult loodud isikute pikemaajaliseks ja erineva ohtlikkuse astmega isikute kinni pidamiseks. Arestimajad on vastupidiselt vanglatele, spetsialiseerunud isikute lühiajaliseks kinni pidamiseks ja ehitustehniliselt pigem vähemohlike isikute jaoks. Arestimajade üleandmine võimaldab olemasolevaid ressursse tõhusamalt kasutada ja tagada kinnipeetavatele inimväärsed tingimused (sealhulgas praegusel ajal oleva kitsaskoha arestimajade poolt pakutava tervishoiuteenuse osas) ning parandab Eesti kui õigusriigi mainet.

Kokkuvõtteks puudub hetkel Eestis riigi poolt korraldatud sõltuvusravile orienteeritud asendusravi süsteem, mis vastaks kontrollitavatele kvaliteedinõuetele¹⁷⁴. On selge, et väljapääsuks saab olla vaid riigipoolse regulatsiooni tugevdamine koos finantseerimise arvestatava paranemisega. Muude riikide praktika on näidanud, et on olemas erinevaid võimalusi asendusravi korraldamiseks.

¹⁷⁴ Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. *op.cit.* lk 4.

Summary

Bachelor`s degree: continuation of substitution and maintenance treatment for drug addiction in the penitentiary.

The theme of the current paper is continuation of substitution and maintenance treatment for drug addiction in the penitentiary.

The translated summary has been written in the English language. The exercised font is “Times new Roman”, the size of a letter is 12 and the space between the rows is 1,5. There are 83 pages in the whole paper. The original variant of the research is in the Estonian language. The references have been taken from Estonian, the foreign literature and the legal acts of the Republic of Estonia.

During the recent twenty years the drug abuse has remarkably increased and this context the number of addicts who have been detained, as well. The police activity may have an effect on human`s health like overdose, spread of diseases transmitted by blood, variation of age when a person has started consuming drugs. Deaths of young and employment-able people caused by injuries due to drunk-driving and driving under the influence of drugs, have grown. Therefore, the investments and the predicted profit from the work shall not be reimbursed to the society and the society is becoming poorer.

However, the activities performed in the health care sector can affect the level of criminality and the social welfare. E.g. the drug detoxication treatment programmes shall influence criminal activeness among the drug abusers. We can conclude on the bases of the current paper and the experiences gained from the other countries, much more attention should be paid to police work covering the services for the drug addicts category, diminishing damages and providing the medical aid. The strategy majored on diminishing damages can be productive only if the law enforcement authorities shall conclude the agreement they do not disturb the drug addicts to receive the medical aid. Drug addiction detoxication treatment is directed to various target groups and is like a network compiled of mixed treatment intents. Dependence treatment is a complex procedure and assumes the use of pharmacological and non-pharmacological therapy integrated application.

In 2010 at the beginning of March, the anonymous questionnaire was conducted among the detainees in order to receive the overview about the drug addicts and the real need for the substitution and maintenance treatment. Thus, to some extent, the quality and fairness of the

replies were influenced by the fact that the questionnaire language was the Estonian. Accordingly, the language might cause difficulty for the people from the east region of country who declared the Russian for the mother tongue. Still, in the opinion of detainees it is necessary to continue the treatment programmes in the penitentiary. Especially important is voluntary aspect in the process of detoxication treatment. The reason why the voluntary treatment is more efficient is that people attending the treatment are believing deeper in the results than mandatory being cured who are less motivated and prepared to participate and therefore the result are not so good. Unfortunately, the possibilities for the detoxication and substitution and maintenance treatment in the police detention houses are restricted (in real life, non at all). Having regard to this situation, the substitution and maintenance therapy for injecting drug addicts shall stop if a person happens to be placed in the detention house. There is no methadone maintenance treatment available in the detention houses and this may bring about the fear to experience the acute withdrawal symptoms when the law breakers being drug addicts do not receive any methadone and therefore, are actively attempting not to serve punishment.

The international organisations have often stressed that the detention houses have been provided with the duty to protect the health of detainees. The detainees should have the access to the health services guaranteed in the state in spite of their juridical status at the moment. During the detention period, a detainee must have the possibility to consume the medical services and receive the medicaments that he was used to take outside the detention house.

Pursuant to the Mental Health Act the licensed medical establishments, doctors and other specialists shall provide psychiatric care. In Estonia there is not special activity licence issued for substitution and maintenance treatment in opiate dependence service and we consider it to be the service of psychiatric care.

Referring to cited above, in Estonia the health establishments which have been provided with the psychiatric activity licences may perform the therapy of dependent disturbances.

Pursuant to § 2 of the Health Service Organisation Act, the health care service is prescribed as the health care professionals' activity to treat diseases, reduce the malaise of person, prevent the deterioration of person state of health or development of the diseases and restore person state of health. Considering the specification of the activities and wording mentioned above, provision of methadone maintenance treatment can be regarded as the provision of health care service. Pursuant to § 3 (1) of the Health Service Organisation Act, health care professionals are doctors, dentists, nurses and midwives if they are registered with the

Health Care Board. Pursuant to § 4 of the Health Service Organisation Act, provider of health care services are health care professionals or legal persons providing health services.

Upon application of § 2¹ of the Health Service Organisation Act providing the health care services in prison, the specifications prescribed by the Imprisonment Act shall be taken into consideration. On the ground, the Health Service Organisation Act does not prescribe the specifications having regard to the detention houses, therefore the relevant provisions defined by the Imprisonment Act shall be exercised.

To sum up, the health care must be provided in detention houses in compliance with the Health Service Organisation Act and health care professionals providing substitution and maintenance treatment service shall consider the specialised medical unit regulation of the Health Service Organisation Act.

Although the international legal acts and the organisations which implement supervision compliance with human rights have repeatedly drawn attention to the importance to secure high quality health care service for detainees. Also, it is essential to possess the activity licence in order to provide substitution and maintenance treatment service but at the current moment the police detention house does not have the activity licence for provision of health care service prescribed by § 40 of the Health Service Organisation Act.

And now, we may raise the question- what could be the solution? One aspect that we should consider is that a detainee is staying in the detention house for a short term and the health care provision must be guaranteed at the level of first aid. In case a person really needs specialised medical help, to be sent to hospital or medical examinations, then the patient shall be directed to the relevant health care service provider. At the same time, the police are in charge to provide the necessary help, but in accordance with the law, the police have not been provided with the right to perform it (to hire a person with the relevant qualification to provide the certain medical treatment) and the police must buy in the relevant service outside the organisation.

The author of the paper has an opinion that the idea, to transfer the detention houses under the administrative scope of the Ministry of Interior to the scope of the Ministry of Justice, is worth to examine. Having regard as noted before, all the institutions that are located in the same complex of the buildings must be supplied with technical means and personnel, also fully equipped by different ministries. Prison has been constructed with the aims to provide the architecture and performance conditions for detention of people within long terms and with different danger rate. Contrary, detention house is technically designed to keep less dangerous persons for short terms. If detention houses are transferred under the Ministry of Justice, the

available resources shall be used much more efficiently and the detainees shall be provided with conditions much more worthy of a human being. In the big picture, the image of the Republic of Estonia as a state based on the rule of law shall improve.

It is advisable to contemplate drug addiction detoxication treatment as for the other option instead of imprisonment on the reason the foreign researchers have firmly concluded that it is justified to substitute imprisonment by the alternative of drug addiction detoxication treatment. In addition, considerable decrease of recidivistic conduct could be expected due to the detoxication treatment as a whole or because of the control over all detoxication process has been gained.

Unfortunately, today it is impossible to substitute criminal punishment by drug addiction detoxication treatment (the other type of influential tool) in Estonia. At the moment it is possible to impose the obligation to be a subject of the prescribed treatment on the patient own initiative or on release on parole (§ 76 of Penal Code), also in case of probation and subjection of offender to supervision of conduct (§ 74 of Penal Code).

It is more expensive to keep drug addicts in prison in the comparison of drug addiction detoxication treatment but the results are successful.

To summarize the situation in Estonia then there is missing organisation of therapy of dependent disturbances available orientated to the system providing the substitution and maintenance treatment that shall meet the controlled requirements of quality. The solution could be stronger regulation by the state and improvement of more practical financing.

Kasutatud materjalide loetelu

Kasutatud kirjandus:

1. Ahven, Andri; Salla, Jako; Vahtrus, Siim. Retsidiivsus Eestis. Justiitsministeerium, Tallinn 2010.
2. Harro, Maarike; Rüütel, Kristi. HIV-Nakkuse ja AIDS-i olemus ja ennetamine. Tartu, Tartu Ülikooli kirjastus, 2004.
3. Jaanimägi, Katri, 2004. Politsei sisemise rahu tagajana. - Juridica, 7, 452-460.
4. Kergandberg, Eerik., Kangur, Andreas., Lind, Sten., Saaremäel-Stoilov, Katrin., Saaremets, Virgo. Kohtumenetlus, Tallinn, Juura 2008.
5. Moller, Lars; Stöver, Heino; Jürgens, Ralf; Gatherer, Alex; Nikogosian, Haik. Health in prisons. World Health Organization 2007.
6. Oiseth, Ole Vidar. Narkootikumid ning doping- ja muud tervistkahjustavad ained. Rootsi Politseiamet. Rootsi Carnegie Instituut. Rootsi Narkopolitseinike Ühing. Eesti Politseiamet. Tallinn, 1999.
7. Salaspuro, Mikko., Kiianmaa, Kalervo., Seppä, Kaija., Päihdelääketiede. Gumerrus Kirjapaino OY. Jyväskylä 1998.
8. Strain, E.C.; Stitzer, M.L.; Liebson, I.A.; and Bigelow, G.E. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. Annals of Internal Medicine 119:23-27, 1993. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.annals.org/content/119/1/23.full>, 27.02.2010.
9. Sootla, Christel. Justiits- ja Siseministeeriumi ning nende allasutuste koostöö arestimaja ületäituvuse vältimiseks Põhja Politseiprefektuuri näitel. Sisekaitseakadeemia lõputöö 2007.
10. Truuväli, E.-J., jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus: kommenteeritud väljaanne. Tallinn, Juura, 2002.

Kasutatud normatiivmaterjalid:

1. Alkoholiseadus. 19.12.2001.- RT I 2002, 3, 7-RT I 2009, 62, 405
2. Arestimaja sisekorraeeskiri - siseministri 8. jaanuari 2008. a määrus nr 3, RTL, 22.01.2008, 6, 66.

3. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse 19. veebruari 2009. a määrus nr 42. 19.02.2009.- RT I 2009, 16, 99-RT I 2009, 51, 352.
4. Eesti Vabariigi põhiseadus. Rahvahääletusel vastu võetud 28.06.1992.- RT 1992, 26, 349-RT I 2007, 33, 210.
5. Eesti Vabariigi valitsuse, Läti Vabariigi valitsuse, Leedu Vabariigi valitsuse ning ÜRO kuritegevuse ja narkomaania vastu võitlemise keskuse vaheline projektidokument. RTII, 28.02.2007, 4, 13.
6. Eesti Vabariigi ühinemisest rahvusvaheliste lepingutega, mille depositaariks on ÜRO peasekretär. Eesti Vabariigi Ülemnõukogu otsus. 26.09.1991.- RT, 30.10.1991, 35, 428.
7. Eriarstiabi erialade loetelu. Sotsiaalministri 28.11.2001. a määrus nr 110.- RTL 2001, 130, 1880-RTL 2009, 64, 950.
8. Euroopa Liidu Põhiõiguste harta (2007/2218(ACI). Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2007-0445&language=ET#title2>, 25.03.2010.
9. Euroopa põhiseaduse lepingu ratifitseerimise seadus. 09.05.2006.- RTII, 16.06.2006, 13, 35.
10. Inimõiguste ülddeklaratsioon. Vastu võetud ÜRO Peaassamblee poolt 10. detsembril 1948.
11. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (täiendatud protokollidega nr. 2, 3, 5 ja 8) ning selle lisaprotokollide nr. 1, 4, 7, 9, 10 ja 11 ratifitseerimise seadus. 13.03.1996.- RTII, 01.04.1996, 11/12, 34.
12. Karistusseadustik¹.06.06.2001.- RT I 2001, 61, 364- RT I 2010, 8, 34.
13. Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2010 eelnõu seletuskiri. Riigikogu. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://web.riigikogu.ee/ems/saros-bin/mgetdoc?login=proov&password=&op=ems&system=ems&server=ragne11&itemid=030970004>, 03.03.2010.
14. Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018 eelnõu seletuskiri. Riigikogu. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.riigikogu.ee/?page=en_vaade&op=ems&eid=887073&u=20100302140444, 02.03.2010.
15. Narkomaaniaravi andmekodu asutamine ja andmekogu pidamise põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 21. novembri 2006. a määrus nr 239.- RTI, 30.11.2006, 52, 391.

16. Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ning nende lähteainete seadus. 11.06.1997.- RT I 1997, 52, 834 - RT I 2010, 7, 31.
17. Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad. Sotsiaalministri 18.05.2005 määrus nr 73.- RTL 2005, 57, 807-RTL 2009, 89, 1308.
18. Piinamise ja ebainimliku või alandava kohtlemise või karistamise tõkestamise Euroopa konventsiooni ja selle protokollide nr 1 ja 2 ratifitseerimise seadus. 21.10.1996 RTII, 05.11.1996, 36/37, 132.
19. Piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikut alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni fakultatiivne protokoll. 18.12.2002. RTII, 17.11.2006, 24, 63.
20. Piinamise ning muu julma, ebainimliku või inimväärikut alandava kohtlemise ja karistamise vastase konventsiooni fakultatiivse protokolliga ratifitseerimise seadus. 18.10.2006.- RTII, 17.11.2006, 24, 63.
21. Psühhiaatrilise abi seadus. 12.02.1997.- RT I 1997, 16, 260- RT I 2009, 49, 331.
22. Terviseameti põhimäärus. Sotsiaalministri 06.11 2009. a määrus nr 82.- RTL, 12.11.2009, 84, 1235.
23. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 09.05.2001.- RT I 2001, 50, 284- RT I 2009, 67, 461.
24. Tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade riikliku registri põhimäärus. Vabariigi Valitsuse 9. 10 2008. a määrus nr 149.- RT I 2008, 44, 250-RT I 2010, 12, 69.
25. Tubakaseadus. 04.05.2005.- RT I 2005, 29, 210-RT I 2009, 62, 405.
26. Vangistuseseadus. 14.06.2000.- RT I 2000, 58, 376-RT I 2009, 62, 405.
27. Vangistuseseaduse alusel osutatavate tervishoiuteenuste ning nende osutamiseks vajalike ravimite ja meditsiiniliste abivahendite soetamise riigieelarvest rahastamise maht, tingimused ja kord. Vabariigi Valitsuse 19.12.2003. a määrus nr 330.- RT I 2003, 84, 573- RT I 2009, 65, 448.
28. 2009. aasta riigieelarve seadus. 10.12.2008. - RTI, 31.12.2008, 60, 332.
29. 2010. aasta riigieelarve seadus. 09.12.2009. - RTI, 30.12.2009, 67, 459.

Kasutatud elektroonilised allikad

1. AIDS-i Tugikeskus. Arvutivõrgus. Kättesaadav:
http://www.tugikeskus.ee/moodul.php?moodul=CMS&Komponent=Lehed&id=114&sm_id=275, 25.02.2010.
2. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990. <http://www2.ohchr.org/english/law/basicprinciples.htm>, 04.03.2010.
3. Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services. Methadone maintenance treatment, CDC IDU/HIV prevention (2002). Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.cdc.gov/IDU/facts/MethadoneFin.pdf>, 28.02.2010.
4. Connections. Uuring vangide vajadustest neljas riigis. Viivad läbi Bremeni Ülikool ja Tartu Ülikool. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.connectionsproject.eu>, 05.02.2010
5. Drew, Roger. Mid-term evaluation of unodc project xeej20 HIV/AIDS prevention and care among injecting Drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania. Arvutivõrgus. Kättesaadav:
http://www.unodc.org/documents/balticstates//projectreports/report-mid-term-evaluation_xeej20.pdf, 28.03.2010.
6. Eesti Päevaleht. Narkomaan vangla asemel ravile, 14.12.2009, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/484754>, 25.02.2010.
7. Eesti Uimastiseire Keskus. Narkomaaniaravi andmekogu 2008. aasta aruanne, Tallinn, 2009, Arvutivõrgus. Kättesaadav:
http://eusk.tai.ee/failid/Narkoravi_andmekogu_tabeliraamat2008.pdf, 25.02.2010.
8. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2006. aasta aruanne. Lissabon. Arvutivõrgus. Kättesaadav:
<http://ar2006.emcdda.europa.eu/et/page001-et.html>, 13.03.2010
9. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. Uimastiprobleemide olukord Euroopas. 2009 aastaaruanne. Arvutivõrgus. Kättesaadav
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_ET EMCDDA_AR2009_ET.pdf, lk 84, 26.02.2010.
10. Euroopa Vanglareeglistik. Ministrite komitee soovitus liikmesriikidele rec(2006)2. Vastu võetud ministrite komitee 11. jaanuaril 2006 ministrite asetäitjate 952. kohtumisel. Arvutivõrgus. Kättesaadav:

- <http://www.coe.ee/?arc&op=body&LaID=1&id=166&art=367&setlang=est#5>,
04.03.2010.
11. European Legal Database on Drugs. Arvutivõrgus. Kättesaadav:
<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>, 03.03.2010.
 12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Alternatives to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU (2005). Selected issue 2. EMCDDA. Lisbon. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://issues05.emcdda.europa.eu/en/page014-en.html>, 15.02.2010.
 13. Gossop, Michael., Marsden, John., Stewart, Duncan. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake. The National Treatment Outcome Research Study. National Addiction Centre. London. 2001, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf>, 23.03.2010.
 14. Holloway, Katy., Bennett, Trevor., Farrington, David. The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: a systematic review. Home Office Online Report 26/05. London. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2605.pdf> 02.03.2010, 23.02.2010.
 15. Justiitsministeerium. Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://eusk.tai.ee/failid/strateegia2.doc>, 25.02.2010.
 16. Konsa, Jaanus. Õiguskantsler kui väärkohtlemise ennetusasutus. Avaldatud politsei siseveebis sept. 2009. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=283>, 25.03.2010.
 17. Lauri, Kai. Lege Artis. Labor. Lisaväljaanne 2005. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.legeartis.ee/index.php?sisu=artiklid&mid=32&lang=est>, 03.03.2010.
 18. OÜ Tervisekeskuse Elulootus. Metadoonravi lepingu näidis. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.tugikeskus.ee/moodul.php?moodul=CMS&Komponent=Lehed&id=114&sm_id=275, 27.02.2010.
 19. Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee raport Eesti külastuse kohta 2003. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.cpt.coe.int/documents/est/2005-06-inf-est.pdf>, 20.04.2009.
 20. Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee raport Rootsi külastuse kohta 2009. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.cpt.coe.int/documents/swe/2009-34-inf-eng.htm#_ftnref23, 25.03.2010.

21. Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee standardid. <http://www.cpt.coe.int/estonian.htm>, 22.03.2010
22. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second edition. American Psychiatric Association. 2006. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=142937&searchStr=methadone#142937>.
23. Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Adopted by General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www2.ohchr.org/english/law/medicalethics.htm>, 04.03.2010.
24. REITOXi riikliku narkoteabekeskuse 2008. a raport (2007. a andmed) EMCDDAle. Eesti - uus areng, suundumused ja süvainformatsioon valitud teemadel. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://eusk.tai.ee/failid/Raport_2008_eestikeelne_EESTI.pdf, 25.02.2010.
25. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Geneva 1955. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm#wp1018619>, 04.03.2010.
26. Subata, Emilis. Sõltuvus opioididest. Vilniuse Ülikooli psühhiaatrikliinik. 1997. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.tugikeskus.ee/moodul.php?moodul=CMS&Komponent=Lehed&id=114&sm_id=275, 27.02.2010.
27. Zickler, Patrick. High-Dose Methadone Improves Treatment Outcomes. http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html, 13.03.2010.
28. Tallinna Vangla. Arvutivõrgus. Kättesaadav <http://www.vangla.ee/tallinn>, 03.02.2010.
29. Teenused politsei poolt kinnipeetud probleemsetele narko- ja alkoholisõltlastele: Valikuline Euroopa Liidu liikmesriikide võrdlev uurimus. Birmingham City University, /november 2007/ Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www0.bcu.ac.uk/crq/Executive_Summary_Estonia_FV.rtf, 12.02.2010.
30. Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite selts. Opiatsõltuvuse ravijuhis. 2006. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=31, 25.02.2010.

31. Tervishoiu eetilistest ja korralduslikest takkudest vanglates. Ministrite komitees soovitus liikmesriikidele r(98)7vastu võetud Ministrite Komitees 8. aprillil 1998 ministrite asetäitjate 627. koosolekul. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.coe.ee/?arc=&op=body&LaID=1&id=166&art=358&setlang=est>, 04.03.2010.
32. Tervishoiuamet. Registrid. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://w2.terviseamet.ee/mveeb/>, 01.04.2010.
33. United Nations Office on Drugs and Crime. Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringu aruanne. UNODC 2008. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.unodc.org/documents/balticstates//Library/PharmacologicalTreatment/Metadon_Eesti_keeelne.pdf, 25.02.2010.
34. United Nations Office on Drugs and Crime. Prison settings. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/prison-settings.html>, 20.04.2009.
35. Uue Tallinna Vangla kronoloogia. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.vangla.ee/47542>, 01.04.2010.
36. Uusküla, Anneli jt. Süstivad narkomaanid Eestis: HIV ja riskikäitumise levimus. Süstiva narkomaania levimus. Tartu Ülikool, Tervise Arengu Instituut, Convictus Eesti, MTÜ "Me aitame Sind", Imperial College London (UK), 2004, Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.just.ee/20496>, 26.02.2010.
37. Vangide ja kriminaalhooldusaluste arv. Justiitsministeerium.. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.vangla.ee/41291>, 01.03.2010.
38. Viru vangla. Arvutivõrgus. Kättesaadav : <http://www.vangla.ee/viru>, 03.02.2010.
39. Välisministeerium. Eesti aruanded RV organisatsioonidele konventsioonide täitmise kohta . Eesti Vabariigi kolmas perioodiline aruanne, mis on esitatud ÜRO kodaniku ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti artikli 40 alusel selle pakti kohaldamise kohta. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://web-static.vm.ee/static/failid/106/CCPR_Kolmas_perioodiline_aruanne%20_est_.pdf, 25.03.2010.
40. What is the OPCAT? Association for the prevention of torture. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.apr.ch/content/view/33/58/lang,en/> , 04.03.2010.
41. Õiguskantsleri kontrollkäik Jõgeva arestimajja. Detsember 2008. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/03_Kontrollkik_L_una_Politsei_prefektuuri_J_geva_arestimajja_detsember_2009.pdf 04.03.2010, 05.03.2010

42. Õiguskantsleri kontrollkäik Lääne Politseiprefektuuri Pärnu, Rapla ja Kuressaare arestimajja. Juuli 2008. Arvutivõrgus. Kättesaadav: http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/Kontrollkäik_Lääne_Politseiprefektuuri_Pärnu_Rapla_Kuressaare_arestimajja.pdf, 05.03.2010.
43. Õiguskantsleri kontrollkäik Pärnu Arestimajja 22.05.2007. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=284>, 04.03.2010.
44. Õiguskantsleri ülesanded. <http://www.oiguskantsler.ee/?menuID=282>, 04.03.2010

Kasutatud kohtulahendid

1. Riigikohtu halduskollegiumi 22.03.2006 lahend nr 3-3-1-2-06 V.L kassatsioonkaebus Tartu Ringkonnakohtu 10. novembri 2005. a otsuse peale haldusasjas nr 2-3-280/05 V. L. kaebuses Tartu Vangla tekitatud kahju hüvitamiseks.
2. Riigikohtu halduskollegiumi 12.09.2009 lahend nr 3-3-1-24-09 kinnipeetu kassatsioonkaebus Tartu Ringkonnakohtu 27. veebruari 2009. a otsuse peale haldusasjas nr 3-08-1774 kaebuses Ida Politseiprefektuuri ametnike tegevuse õigusvastaseks tunnistamiseks.
3. Euroopa Inimõiguste Kohtu 28.07.1999 otsus asjas Selmouni vs. Prantsusmaa.
4. Euroopa Inimõiguste Kohtu 29.04.2003 otsus asjas nr 50390/99, McGlinchey ja teised vs Ühendkuningriik.
5. Euroopa Inimõiguste Kohtu 08.11.2005 otsus asjas Alver vs. Eesti Vabariik.
6. Euroopa Inimõiguste Kohtu 30.06.2008 otsus asjas Gäfgen vs. Saksamaa
7. Euroopa Inimõiguste Kohtu 18.11.2008 otsus asjas Savenkovas v. Leedu.

Avaldamata allikad

1. Ahven, Andri. Narkomaaniaravi vangistuse alternatiivina. Justiitsministeerium, Tallinn 2007. (Käsikiri Justiitsministeeriumi vanglate osakonnas).
2. Borodin, Ain; Kasemäe Risto, Klein, Merli. Narkosüüteoed ja nende mõju kuritegevusele Eestis 2006-2008. Tallinn, Politseiamet 2009. (Käsikiri Politsei- ja Piirivalveametis).
3. Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee raport Eesti külastuse kohta 2007. (käesoleva töö autori valduses).
4. Politsei- ja Piirivalveameti 02.03.2010 vastuskiri nr 1.3-13/8558 küsitluse läbiviimise taotlusele. (käesoleva töö autori valduses).

Lisad

Lisa 1 - Tabelid

Tabel 1. Narkoüledoosi surnuid EKEI andmeteil võrrelduna liiklusõnnetustes ja tulekahjudes hukkunutega.

	Kokku EKEI	Liiklus-õnnetustes hukkunud	Tulekahjudes hukkunud
2001	38	199	169
2002	90	223	131
2003	37	164	141
2004	99	170	127
2004	61	170	134
2006	74	204	164
2007	107	196	132
2008	94	132	89
2009	140	100	63

Tabel 2. Metadoon asendusravi süstivatele narkomaanidele 2007. a

Tervishoiuasutuse nimi	Eraldatud rahalised vahendid (kr)	Eraldatud rahalised vahendid (euro)	Täidetud ravikohtade arv aastas	Klientide arv aastas kokku (koos katkestanutega)
OÜ Aasa Kliinik	578 159	36 951	69	104
OÜ Corrigo	2 259 526	144 410	274	386
OÜ Narva Sõltuvusravi Keskus	1 139 317	72 816	130	230
OÜ Elulootus	824 284	52 681	117	169
AS Wismari Haigla	687 690	43 951	75	128
Lääne-Tallinna Keskhaigla	92 000	5 880	8	14
Kokku	5 580 976	356 689	673	1 030

Tabel 3. Enam levinud narkootiliste ainete ligikaudne avastamisaeg uriinis

Aine nimetus	Avastamisaeg
Amfetamiin ja metamfetamiin (<i>ecstasy</i>)	2–4 päeva
Nikotiin	1–2 päeva
Barbituraadid	2–4 päeva

fenobarbitaal	kuni 4 päeva või rohkem
Bensodiasepiinid	kuni 30 päeva (sõltub ainest)
Kannabinooidid	
juhuslik tarbija	kuni 1 nädal
krooniline tarbija	kuni 4 nädalat
Kokaiin	1–3 päeva
Metadoon	2–4 päeva
Opiaadid (morfiin, kodeiin)	1–3 päeva
LSD	1 päev

Tabel 5. Varasemalt narkosüüteo sooritanud isikute protsentuaalne osakaal avastatud kuritegude/kurjategijate hulgas

Aasta	%
2000	29
2001	36
2002	35
2003	35
2004	20
2006	23
2007	23
2008	26

Tabel 6. Vastus küsimusele: oled Sa endine või praegune uimastitarbija?

Protsent					
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Jah	90	50	20	12,5	44,4
Ei	10	50	80	87,5	55,6
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 7. Vastus küsimusele: vastaja sugu

Protsent					
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Mees	100	90	100	100	97,5
Naine	0	10	0	0	2,5
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 8. Vastus küsimusele: vastaja vanus

Protsent					
Vanus	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
19	10	0	0	0	2,6
20	10	0	0	33,3	10,3
21	0	10	0	11,1	5,1
22	0	10	0	0	2,6
23	20	0	30	22,2	17,9
24	0	0	10	0	2,6
25	0	10	0	0	2,6
26	20	0	10	11,1	10,3
27	10	10	0	0	5,1
28	10	10	0	0	5,1
31	0	10	10	11,1	7,7
33	10	20	0	0	7,7
38	10	0	0	0	2,6
40	0	0	20	0	5,1
41	0	10	10	0	5,1
42	0	0	10	0	2,6
47	0	10	0	0	2,6
54	0	0	0	11,1	2,6
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 9. Vastus küsimusele: vastaja emakeel

Protsent					
Keel	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Eesti	50	77,8	10	100	59
Vene	40	11,1	90	0	35,9
Muu	0	11,1	0	0	2,6
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 10. Vastus küsimusele: vastaja haridus

Protsent					
Haridus	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
haridus puudub	20	10	10	0	10
põhiharidus	40	30	30	50	37,5
lõpetamata põhiharidus	20	20	0	10	12,5
keskharidus	10	10	10	10	10

lõpetamata keskharidus	0	0	10	10	5
kutsekool/tehnikum	10	10	20	20	15
kõrgharidus	0	0	10	0	2,5
lõpetamata kõrgharidus	0	20	10	0	7,5
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 11. Vastus küsimusele: vastaja perekonnaseis

Protsent					
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
vallaline	60	20	30	40	37,5
abielus	0	10	30	0	10
suhtes partneriga	40	60	30	60	47,5
lahutatud	0	10	10	0	5
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 12. Vastus küsimusele: vastaja laste olemasolu

Protsent					
Laste arv	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
ei ole	66,7	37,5	50	60	54,1
1	22,2	25	40	10	24,3
2	11,1	12,5	10	30	16,2
11	0	12,5	0	0	2,7
41	0	12,5	0	0	2,7
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 13. Vastus küsimusele: vastaja menetluslik staatus

Protsent					
Staatus	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
vahistatu	55,6	77,8	33,3	20	45,9
arestialune	44,4	11,1	66,7	80	51,4
muu	0	11,1	0	0	2,7
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 14. Vastus küsimusele: vastamise hetkeks kinnipidamise pikkus

Protsent					
Aeg	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
kuni 1 kuu	70	20	11,1	88,9	47,4
1-3 kuud	20	40	33,3		23,7
üle 3 kuu	10	40	55,6	11,1	28,9
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 15. Vastus küsimusele: viibinud kokku kinnipidamisasutuses viimase 10 a jooksul

Protsent					
Aeg	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
3 kuud või vähem	30	22,2	11,1	50	28,9
3-12 kuud	0	11,1	11,1	20	10,5
1-3 aastat	20	22,2	33,3	10	21,1
3-5 aastat	10	11,1	22,2	0	10,5
üle 5 aasta	40	33,3	22,2	20	28,9
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 16. Vastus küsimusele: viibinud kokku kinnipidamisasutuses viimase 10 a jooksul (arvuliselt)

Protsent					
Kordade arv	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
1	10	50	14,3	25	24,2
2	10	12,5	28,6	25	18,2
3	30	12,5	14,3	50	27,3
4	10	25	0	0	9,1
6	10	0	14,3	0	6,1
7	10	0	14,3	0	6,1
10	10	0	0	0	3
17	10	0	0	0	3
25	0	0	14,3	0	3
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 17. Vastus küsimusele: hinnang oma tervisele

Protsent											
	Tervislik seisund						Psühholoogiline seisund				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku		Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Väga hea	11,1	30	0	10	12,8	Väga hea	20	10	0	20	12,5
hea	33,3	20	80	30	41	hea	20	20	50	20	27,5
nii ja naa	33,3	50	10	40	33,3	nii ja naa	50	30	40	30	37,5
halb	0	0	0	20	5,1	halb	10	20	0	20	12,5
väga halb	22,2	0	10	0	7,7	väga halb	0	20	10	10	10
Kokku	100	100	100	100	100	Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 18. Vastus küsimusele: nakatumine viirustega

Protsent											
	HIV						C-hepatiit				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku		Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
jah	50	0	10	0	15	jah	60	0	10	0	17,5
ei	30	70	90	100	72,5	ei	40	70	90	100	75
ei tea	20	30	0	0	12,5	ei tea	0	30	0	0	7,5
ei vasta	0	0	0	0	0	ei vasta	0	0	0	0	0
Kokku	100	100	100	100	100	Kokku	100	100	100	100	100

Protsent											
	B-hepatiit						Tuberkuloos				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku		Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
jah	40	0	10	0	12,5	jah	0	0	0	0	0
ei	50	70	90	100	77,5	ei	77,8	80	100	90	87,2
ei tea	10	30	0	0	10	ei tea	22,2	20	0	10	12,8
ei vasta	0	0	0	0	0	ei vasta	0	0	0	0	0
Kokku	100	100	100	100	100	Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 19. Vastus küsimusele: kas arestimajas võimaldatakse/on võimaldatud metadooni või Subutexi

Protsent				
	Põhja	Ida	Lääne	Kokku
saan praegu	0	100	0	33,3
jah, lühiajaline detoksifikatsioon	80	0	100	55,6
jah, asendusravi	20	0	0	11,1
Kokku	100	100	100	100

Tabel 20. Vastus küsimusele: millised teenused on arestimajas kättesaadavad? Millised teenused peaksid olema kättesaadavad?

Protsent										
Teenuse nimetus	on saadaval					ei ole, kuid peaksid olema saadaval				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Detoksifikatsioon koos ravimite/tablettidega	66,7	0	66,7	0	40	33,3	0	71,4	100	60
Detoksifikatsioon ilma ravimite/tablettideta	60	0	16,7	0	30,8	40	0	83,3	100	69,2
Metadoon	0	0	20	0	7,7	100	0	80	100	92,3
Anonüümsed Alkohoolikud või – Narkomaanid	20	0	37,5	0	22,2	80	100	62,5	100	77,8
Narkovabad osakonnad/kambrid	14,3	0	33,3	0	16,7	85,7	100	66,7	100	83,3
Võõrutussündroomi ravi	20	0	12,5	0	11,8	80	100	87,5	100	88,2
Individuaalne nõustamine	28,6	0	14,3	0	14,3	71,4	100	85,7	100	85,7
Psühholoogiline nõustamine	30	16,7		16,7	16,7	70	83,3	100	83,3	83,3
Psühhiaatriline ravi	16,7	33,3	12,5	0	15,8	83,3	66,7	87,5	100	84,2
Arestimaja poolt narkomaanidele pakutavad sotsiaalprogrammid	14,3	0	12,5	0	10,5	85,7	100	87,5	100	89,5
Eneseabi grupid	14,3	0	14,3	25	15,8	85,7	100	85,7	75	84,2
Terviseõpetus	25	0	50	33,3	35	75	100	50	66,7	65
Muu	0	0	33,3	0	33,3	0	100	66,7	80	80

Tabel 21. Vastus küsimusele: kas arestimajja tulekul küsiti narkosõltuvuse kohta?

Protsent					
Kas küsiti?	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
jah	80	11,1	22,2	22,2	35,1
ei	20	88,9	77,8	77,8	64,9
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 22. Vastus küsimusele: kas arestimajja tulekul ise teavitasite ise oma narkosõltuvusest

Protsent					
Teatas sõltuvusest	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
jah	55,6	0	33,3	0	25
ei	44,4	100	66,7	100	75
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 23. Vastus küsimusele: hinnang tervise- ja sotsiaalhoolduse kvaliteedile

Protsent											
Hinnang	Tervisehooldus					Hinnang	Sotsiaalhooldus				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku		Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Väga hea	0	0	20	0	5	Väga hea	0	0	20	0	5,3
üsna hea	30	40	50	70	47,5	hea	37,5	20	20	20	23,7
üsna halb	50	30	30	0	27,5	nii ja naa	37,5	20	30	30	28,9
väga halb	20	30	0	20	17,5	halb	25	60	30	40	39,5
Kokku	100	100	100	100	100	Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 24. Vastus küsimusele: milliseid teenuseid kasutas vastaja sõltuvuse raviks väljaspool arestimaja. Milliseid teenuseid kasutas viimasel aastal enne arestimajja sattumist?

Teenuse nimetus	Protsent									
	kunagi kasutanud					viimasel aastal				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Detoksifikatsioon	66,7	0	100	100	91,7	33,3	0	0	0	8,3
Metadoon	60	0	86	100	78,6	40	0	14,3	0	21,4
Opiatsõltuvuse ravi	0	0	86	100	72,7	100	0	14,3	0	27,3
Rehabilitatsioon päevakeskuses	50	0	86	100	81,8	50	0	14,3	0	18,2
Rehabilitatsioon ravikommunis	50	0	100	100	90,9	50	0	0	0	9,1
Psühhiaatiline/ psühholoogiline abi	25	50	100	100	66,7	75	50	0	0	26,7
Uimastialane nõustamine	0	0	100	100	69,2	100	0	0	0	30,8
(Pere)arsti ravi	66,7	100	100	100	93,3	33,3	0	0	0	6,7
Süstalde vahetus	20	0	88	100	62,5	80	100	12,5	0	37,5

Tabel 25. Vastus küsimusele: milliseid järgnevaid aineid oled kasutanud väljaspool arestimaja, milliseid arestimajas? Palju oled neid kasutanud arestimajas viimase 30 päeva jooksul?

Aine nimetus	Protsent													
	väljaspool arestimaja					arestimajas					viimase 30 päeva jooksul			
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne
Tubakas/sigaretid	30	11,1	14,3	0	13,9	20	0	14,3	10	11,1	0	0	0	0
Kanep	75	100	100	100	93,8	25	0	0	0	6,3	0	0	0	0
Alkohol	85,7	100	100	100	96,3	14,3	0	0	0	3,7	0	0	0	0
Heroiin	100	100	100	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moonivedelik	100	100	100	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokaiin	80	100	100	100	90	20	0	0	0	10	0	0	0	0
crack	100	100	100	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amfetamiin	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metadoon	66,7	0	100	0	75	33,3	0	0	0	25	0	0	0	0
Uinutid	50	100	100	100	85,7	50	0	0	0	14,3	0	0	0	0
Ectasy (MDMA)	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muu	0	100	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 26. Vastus küsimusele: kui kerge on arestimajas uimasteid muretseda?

Protsent					
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
väga lihtne	0	22,2	11,1	28,6	15,2
lihtne	37,5	22,2	33,3	0	24,2
üsna raske	37,5	11,1	22,2	14,3	21,2
väga raske	25	44,4	33,3	57,1	39,4
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 27. Vastus küsimusele: mitu korda kasutate sama süstalt arestimajas süstides?

Protsent					
Sagedus	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
alati ühe korra	11,1	0	11,1	0	5,6
mõnikord 2-3 korda	0	0	22,2	0	5,6
mõnikord rohkem kui 3 korda	0	0	11,1	0	2,8
ma ei süsti	88,9	100	55,6	100	86,1
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 28. Vastus küsimusele: kas arestimajas jagad oma süstalt, lusikat vms teiste kinnipeetutega?

Protsent					
Sagedus	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
tihti, peaaegu iga päev	0	0	20	0	6,9
aeg-ajalt	0	0	0	0	0
ainult 1-2 korda	12,5	0	0	0	3,4
miite kunagi	87,5	100	80	100	89,7
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 29. Vastus küsimusele: kas väljaspool arestimaja jagad oma süstalt, lusikat vms teiste isikutega?

Protsent					
Sagedus	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
tihti, peaaegu iga päev	22,2	0	0	0	7,1
aeg-ajalt	22,2	0	0	0	7,1
ainult 1-2 korda	22,2	0	0	0	7,1
miite kunagi	33,3	100	100	100	78,6
Kokku	100	100	100	100	100

Tabel 30. Vastus küsimusele: kas Sinu arvates esineb arestimajas kinnipeetavate vahel vägivalda?

Protsent															
	Füüsiline vägivald					Psühholoogiline vägivald					Vägistamine				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
jah	40	0	20	20	20,5	30	20	50	30	32,5	10	0	0	10	5,1
ei	20	11,1	10	30	17,9	20	0	10	30	15	40	11,1	10	30	23,1
tea	40	88,9	70	50	61,5	50	80	40	40	52,5	50	88,9	90	60	71,8
Kokku	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabel 31. Vastus küsimusele: kui palju kinnipeetavaid on siin arestimajas Sinu arvates seksuaalselt aktiivsed? Hinnanguline osakaal protsentides?

Protsent															
	Seks teise kinnipeetavaga					Seks raha, tubaka eest või					Vägistamine				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
protsent	10	0	10	0	5	0	0	0	0	0	10	0	0	10	5,1
ei tea	90	100	90	100	95	100	100	100	100	100	90	9	100	90	94,9
Kokku	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	9	100	100	100

Tabel 32. Vastus küsimusele: kas oled arestimajas viibides jaganud oma:

Protsent										
	žiletti					hambaharja				
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
jah	50	10	30	10	25	0	0	30	0	7,7
ei	50	90	70	90	75	100	100	70	100	92,3
Kokku	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabel 33. Vastus küsimusele: mille all Sa praegu kõige rohkem kannatad?

Protsent					
	Põhja	Lõuna	Ida	Lääne	Kokku
Partnerist lahusolek	70	70	60	70	67,5
Lapsest/lastest lahusolek	60	60	40	40	50
Üksildustunne	50	20	20	40	32,5
Depressioon	40	40	40	80	50
Uimasti või alkoholi probleemid	50	0	0	0	12,5
Terviseprobleemid	40	10	30	30	27,5
Perekonna/sõprade toe puudumine	80	50	50	50	57,5
Professionaalse nõustamise puudumine	60	20	10	10	25
Igavus	80	50	60	90	70
kartus vabanemise ees	30	10	0	10	12,5
Piirangud arestimajas	60	50	70	80	65

Lisa 2 - Metadoonravi leping

Metadoonravi kliendi omapoolse vastutuse leping

Uimastisõltuvuse ravi efektiivsuse tagamiseks sõlmivad OÜ Tervisekeskuse Elulootus esindaja.....(edaspidi Keskus) ja (edaspidi Klient), käesoleva lepingu alljärgnevatel tingimustel:

LEPINGU OSAPOOLTE KOHUSTUSED:

- 1. Klient on vastutav** omapoolselt ravi järgimise eest ning sellega seonduvalt kohustub:
 - 1.1.** Järgima raviasutuses kehtestatud sisekorraeskirja ja päevakava.
 - 1.2.** Mitte kasutama narkootilisi ja psühhotroopseid aineid ning osalema vajadusel uimastitarbimise kontrollis (uriini analüüsid). Positiivse analüüsi korral on keskusel õigus kliendi ravi katkestada ja kliendil kohustus ravikoht vabastada.
 - 1.3.** Täitma viivitamatult kõiki keskuse poolt esitatavaid nõudeid, mis vastavad ravi/rehabilitatsiooni eesmärkidele.
 - 1.4.** Klient ei tohi ähvardada ja kasutada vägivalda teiste ravialuste ja personali suhtes.
- 2. Keskus kohustub:**
 - 2.1.** Looma kliendile tingimused, mis on vajalikud kliendi raviks ja rehabilitatsiooniks.
 - 2.2.** Tutvustama kliendile sisekorraeskirja ning raviprogrammi põhimõtteid.
 - 2.3.** Vastavalt raviplaanile andma kliendile igapäevaselt metadooni.
 - 2.4.** Teavitama klienti ravi- või rehabilitatsiooniplaani muudatustest.

LEPINGU OSAPOOLTE ÕIGUSED:

3. Kliendil on õigus:

- 3.1. Kasutada keskuse poolt pakutavaid ravivõimalusi.
- 3.2. Osaleda raviplaani koostamisel ja ravi puudutavate otsuste tegemisel.
- 3.3. Saada teavet enda kohta teistele institutsioonidele väljastatud informatsioonist.

4. Keskusel on õigus:

- 4.1. Küsida klienti puudutavat informatsiooni teistest tervishoiuasutustest, õiguskaitseorganitest ja muudest institutsioonidest.
- 4.2. Väljastada informatsiooni teistele asutustele EV seadustes ettenähtud korras.
- 4.3. Teha analüüse uimastijooobe kahtluse korral.
- 4.4. Lõpetada ravisuhe lepingus märgitud juhtudel.

LEPINGU LÕPETAMINE

5. Leping lõpetatakse alati ravikeskuse ravikomisjoni otsusega järgmistel näidustustel:

- 5.1. tahtlik eeskirjade rikkumine ja/või allumatus keskuse poolt esitatavatele nõuetele
- 5.3. korduv uimastite joobeseisund ja/või korduv uimastite kõrvalkasutamine
- 5.4. vägivaldaga ähvardamine ja vägivaldne käitumine, relvade omamine ja kasutamine.
- 5.5. uimastite müük, ostmine, kaubitsemine ja edasiandmine ravikeskuse territooriumil.

Lepingu lõpetamisel võib klient taotleda uut raviprogrammi mitte varem kui 6 kuu möödudes eelmise lepingu lõpetamisest.

Keskuse esindaja..... Klient.....
/allkiri/ /allkiri/

Kuupäev.....200.....a.

Lisa 3 – Kasutatud küsimustik

Uuring narkosõltuvuse asendusravi vajalikkuse kohta

Küsimustik on anonüümne!!!

Arestimaja/kambri nimi _____ kuupäev „____“ _____ 2010a.

- 1. Oled Sa endine või praegune uimastitarbija? jah ei
- 2. Sugu: mees naine
- 3. Vanus:
- 4. Mis on Sinu emakeel? eesti vene muu
- 5. Milline on Sinu haridustase?
 - 5.1 haridus puudub
 - 5.2 põhiharidus (9 klassi)
 - 5.3 lõpetamata põhiharidus (9 klassi)
 - 5.4 keskharidus
 - 5.5 lõpetamata keskharidus

- 5.6 kutsekool/tehnikum
 5.7 kõrgharidus
 5.8 lõpetamata kõrgharidus
 5.9 muu : _____

6. Mis on Sinu praegune perekonnaseis?

- 6.1 vallaline
 6.2 abielus
 6.3 suhtes partneriga (ei ole ametlikult registreeritud)
 6.4 lahutatud
 6.5 lesk

7. Kas Sul on lapsi? ei Jah last

8. Kas Sa oled hetkel? vahistatu arestialune

9. Kui kaua oled olnud kinnipeetu?

- 9.1 kuni 1 kuu
 9.2 1-3 kuud
 9.3 rohkem kui 3 kuud

10. Kui suure osa ajast oled viimase kümne aasta jooksul viibinud kinnipidamisasutuses (kuni tänaseni)?

- 10.1 3 kuud või vähem
 10.2 3 - 12 kuud
 10.3 1 - 3 aastat
 10.4 3 - 5 aastat
 10.5 üle 5 aasta

11. Mitmel korral oled viimase kümne aasta jooksul viibinud kinnipidamisasutuses?

12. Kuidas hindan oma tervislikku ja psühholoogilist seisundit viimase 30 päeva jooksul?

- | | Väga hea | hea | nii ja naa | halb | väga halb |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.1 Tervislik seisund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2 Psühholoogiline seisund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Kas oled nakatunud mõne alljärgneva viirusega?

- | | jah | ei | ei tea | ei vasta |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13.1 HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.2 C-hepatiit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.3 B-hepatiit

13.4 Tuberkuloos ..

14. Kas oled politsei arestimajas saanud kunagi/ või saad praegu metadooni või Subutexi?
 saan praegu jah, lühiajaline detoksifikatsioon jah, asendusravi

15. Millised teenused on siin arestimajas kättesaadavad? Millised teenused peaksid Sinu arvates olema kättesaadavad?

	On kättesaadavad	praegu ei ole, kuid peaksid olema kättesaadavad
15.1 Detoksifikatsioon koos ravimite/tablettidega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2 Detoksifikatsioon ilma ravimite/tablettideta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3 Metadoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4 Anonüümsed Alkohoolikud või – Narkomaanid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5 Narkovabad osakonnad/kambrid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6 Võõrutussündroomi ravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7 Individuaalne nõustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8 Psühholoogiline nõustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.9 Psühhiaatriline ravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.10 Arestimaja poolt narkomaanidele pakutavad sotsiaalprogrammid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.11 Eneseabi grupid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.12 Terviseõpetus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.13 Muu: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Kas arestimajja tulekul uuriti, et Teil on narkosõltuvus?

jah ei

17. Kas arestimajja tulekul Te teavitasite oma narkosõltuvusest?

Jah ei

18. Kuidas hindaksid kinnipeetutele mõeldud tervise- ja sotsiaalhoolduse kvaliteeti siin arestimajas?

	Väga hea	üsna hea	üsna halb	väga halb
18.1 Tervisehooldus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2 sotsiaalhooldus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Milliseid teenuseid kasutasid oma uimastisõltuvuse raviks väljaspool vanglat? Milliseid alljärgnevatest teenustest oled kunagi kasutanud ja milliseid kasutasid viimasel aastal enne vanglasse sattumist? Kui tihti Sa kasutasid neid viimasel aastal enne arestimajja sattumist?

	kunagi kasutanud	viimasel aastal	kui tihti viimasel aastal
19.1 Detoksifikatsioon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.2 Metadoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.3 Opiatsõltuvuse ravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.4 Rehabilitatsioon päevakeskuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.5 Rehabilitatsioon ravikommunis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.6 Psühhiaatiline/psühholoogiline abi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.7 Uimastialane nõustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.8 (Pere)arsti ravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.9 Süstalde vahetus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

20. Milliseid alljärgnevatest ainetest oled kunagi väljaspool arestimaja kasutanud? Kas oled kasutanud neid ka arestimajas olles ja kui palju kasutasid neid arestimajas viimase 30 päeva jooksul?

	Väljaspool arestimaja	arestimajas olles	viimase 30 päeva jooksul arestimajas
20.1 Tubakas/sigaretid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.2 Kanep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.3 Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.4 Heroiin (valge hiinlane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.5 Moonivedelik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.6 Kokaiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.7 crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.8 amfetamiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.9 metadoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20.10 uinutid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.11 Ecstasy (MDMA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.12 muu: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Kui kerge on arestimajas uimasteid muretseda?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Väga lihtne | lihtne | üsna raske | väga raske |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. Kui Sa süstid arestimajas, siis mitu korda Sa kasutad oma süstalt?

- alati ühe korra
- mõnikord 2 -3 korda
- mõnikord rohkem kui 3 korda
- ma ei süsti

23. Kui Sa süstid arestimajas, siis kui tihti jagad oma süstalt, lusikat, filtrit vms teiste kinnipeetavatega?

- tihti, peaaegu iga päev
- aeg-ajalt
- ainult üks või kaks korda
- mitte kunagi

24. Kui Sa süstid väljaspool arestimaja, siis kui tihti jagad oma süstalt, lusikat, filtrit vms teiste isikutega?

- tihti, peaaegu iga päev
- aeg-ajalt
- ainult üks või kaks korda
- mitte kunagi

25. Ka Sinu arvates esineb siin arestimajas kinnipeetavate vahel vägivalda?

- | | Jah | ei | ei tea |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25.1 Füüsiline vägivald (kaklused, peksmine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.2 Psühholoogiline vägivald (ähvardamine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.3 Vägistamine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Kui palju kinnipeetavaid on Sinu arvates siin arestimajas seksuaalselt aktiivsed? Palun too välja nende hinnanguline osakaal protsentides (vahemikus 0-100%)

	Protsent	ei tea
26.1 Seks teise kinnipeetavaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2 Seks raha, suitsu eest või võlgade katteks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3 Vägistamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Kas oled kunagi arestimajas viibides jaganud oma:

- 27.1 žiletti jah ei
27.2 hambaharja jah ei

28. Mille all Sa praegu kõige rohkem kannatad? (võimalik valida mitu vastusevarianti)

- 28.1 Partnerist lahusolek
- 28.2 Lapsest/lastest lahusolek
- 28.3 Üksildustunne
- 28.4 Depressioon
- 28.5 Uimasti või alkoholiprobleemid
- 28.6 Terviseprobleemid
- 28.7 Perekonna/sõprade toe puudumine
- 28.8 Professionaalse nõustamise puudumine
- 28.9 Igavus
- 28.10 Kartus vabanemise ees
- 28.11 Piirangud arestimajas

Suur tänu vastamise eest!