



TARTU ÜLIKOOL  
RAKE



## NARKOSÖTLASTEST ÕIGUSRIKKUJATE SÖLTUVUSRAVI JA REHABILITATSIOON EESTIS

Lõpparuanne  
märts 2016



JUSTIITSMINISTEERIUM



EESTI-ŠVEITSI KOOSTÖÖPROGRAMM  
ESTONIAN-SWISS COOPERATION PROGRAMME

Uuringu tellis Justiitsministeerium. Uuring on valminud Eesti-Šveitsi koostööprogrammi projekti „Uimastisõltlastest süüdimõistetute ravi ja rehabilitatsioon“ raames.

Uuringu koostas Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE koostöös Tartu Ülikooli teadlaste ja ekspertidega.

Uuringu autorid: Gerly Tamm, RAKE analüütik  
Ave Talu, sõltumatu ekspert  
Anna Markina, TÜ õigus-sotsioloogia lektor  
Anneli Villenthal, RAKE analüütik  
Siim Espenberg, RAKE analüütik  
Jouni Tourunen, A-Klinikka (Soome), sõltuvushäirete rehabilitatsiooni ekspert  
Uku Varblane, RAKE projektijuht

Viitamine: Tamm, G., Talu, A., Markina, A., Villenthal, A., Espenberg, S., Tourunen, J. & Varblane, U. (2016). Narkosõltlastest õigusrikkujate sõltuvusravi ja rehabilitatsioon Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus. EV Justiitsministeerium. Lk 1–143.

Uuringu läbiviijad tänavad kõiki uuringus osalenud asutusi ja isikuid. Eraldi tänu kuulub tellija esindajatele Andri Ahvenale ja Jako Sallale, kes olid suureks abiks kogu uuringu läbiviimisel. Andri Ahven panustas uurimistöö valmimisse vanglate andmepäringute läbiviimisega ja sisuliste kommentaaridega kogu uuringu vältel. Täname hea koostöö eest.

ISBN 978-9985-4-1000-4 (pdf)

RAKE on võrgustikutüüpi rakendusuringute keskus. Meie missiooniks on tõsta teadmistel põhineva otsustamise osakaalu Eesti ühiskonnas. Kõrgeima kvaliteedi tagamiseks kaasame oma uuringutesse lisaks RAKE meeskonnale parimaid valdkonnaeksperte nii Tartu Ülikoolist kui ka väljastpoolt vastavalt meie vajadustele. RAKE võrgustik hõlmab kõiki TÜ sotsiaalteadlasi ning meditsiini-, loodus-, tehnika- ja humanitaarteaduste valdkonna esindajaid.

Kontaktandmed: Lossi 36, 51003, Tartu  
[www.rake.ut.ee](http://www.rake.ut.ee)

# SISUKORD

Sisukord.....	3
Kokkuvõte.....	5
Summary .....	6
Аннотация .....	7
Sissejuhatus.....	9
1. Mõisted ja lühendid .....	10
2.1 Mõisted.....	10
2.2 Lühendid.....	12
2. Meetodid ja uurimisküsimused.....	14
2.3 Taustaanalüüs.....	15
2.3.1 Kirjanduse ülevaade ja varasemate uuringute analüüs .....	15
2.3.2 Kinnipeeturegistri andmete analüüs .....	15
2.3.3 Rahastuse ja ravisüsteemi taustaanalüüs .....	16
2.4 Uuringu käigus kogutud andmed .....	16
2.4.1 Kvantitatiivsete andmete kogumine .....	16
2.4.2 Kvalitatiivsete andmete kogumine.....	18
2.5 Uurimisküsimused .....	21
3. Tulemused ja analüüs.....	22
3.1 Õigusrikkujate narkosõltuvuse probleemi taustaanalüüs .....	22
3.1.1 Kas ja kuidas on kuritegevus ja narkosõltuvus omavahel seotud? .....	22
3.1.2 Millised on narkosõltuvusest tulenevad kahjud ühiskonnale? .....	25
3.1.3 Millised on võimalused kahjude ennetamiseks või leevendamiseks? .....	29
3.1.4 Narkootikumide tarvitamise levimus rahvastikus ja kooliõpilaste hulgas .....	34
3.1.5 Peamine riskirühm – süstivad narkomaanid .....	35
3.2 Narkosõltuvuse probleemi hetkeolukord Eesti õigusrikkujate seas.....	39
3.2.1 Ainete tarvitamine ja kuritegevus: narkosõltuvuse ja -ravi konteksti kirjeldus vanglates...39	
3.2.2 Ainete tarvitamine ja kuritegevus: taustaandmete analüüs .....	40
3.2.3 Eesti õigusrikkujatest narkosõltlaste profiil – üldpopulatsiooni .....	46
3.2.4 Eesti õigusrikkujatest narkosõltlaste profiil – RAKE uuringu valimi kirjeldus .....	49
3.2.5 Õigusrikkujate narkoravi- ja rehabilitatsioonisüsteem Eestis .....	51
3.3 Õiguslik regulatsioon karistuse asendamisel narkomaaniaraviga .....	61
3.3.1 Alternatiivkaristused mujal maailmas.....	63
3.4 Narkomaania ravi rahastamine .....	65
3.5 Õigusrikkujate ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste sisuline analüüs.....	73
3.5.1 Sotsiaalse rehabilitatsiooni meetmete tõhusus: kogemused vanglates ja arestimajades...73	
3.5.2 Ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammide katkestamise põhjused.....	77
3.5.3 Pereelu ja lähedaste toetus.....	79
3.5.4 Hoiakud vanglaelu ja tuleviku suhtes.....	80
3.5.5 Narkoravi kogemused ja hoiakud: ravil viibinute intervjuude analüüs.....	83
3.5.6 Narkoravil viibinute motivatsioon tervenemiseks: intervjuude analüüs .....	91
3.5.7 Ravikeskuste esindajate ning ametnike kogemused ja hinnangud.....	95
3.6 Väliseksperdi hinnang süsteemile (inglisekeelne).....	100
3.6.1 Framework and background .....	100
3.6.2 Rehabilitation outside prisons .....	103
3.6.3 Rehabilitation wards in prisons .....	104
3.6.4 The methods used in rehabilitation .....	106
3.6.5 Conclusions .....	107
4. Järeldused ja soovitused .....	110
4.1 Teenuste ja rahastuse stabiilsus.....	112

4.2	Motivatsioon .....	113
4.3	Ametnike ja erinevate asutuste vaheline koostöö ja andmete kogumine .....	116
4.4	Ravi ja rehabilitatsiooni arendamine vanglates ja arestimajades .....	117
4.5	Ravi karistuse asemel .....	118
4.6	Kvaliteetsed alternatiivsed ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused .....	119
4.7	Planeerimine.....	122
4.8	Muud soovitusel .....	122
5.	Uimastisõltuvusega õigusrikkujate ideaalne ravi ja rehabilitatsiooni korraldusmudel Eesti õigussüsteemis? .....	124
	Tänuõnad .....	133
	Viidatud allikad.....	134
	Lisa 1. Intervjuu kava.....	143
	Lisa 2. Küsimustik .....	143
	Lisa 3. Nõusoleku vorm .....	143
	Lisa 4. RAKE küsitluse tulemuste lisa.....	143
	Lisa 5. Infoleht .....	143

## KOKKUVÕTE

**Taust.** Varasematest uuringutest nii Eestist kui ka mujalt maailmast on teada, et õigusrikkujate seas on uimastitarvitajate ja -sõltlaste osakaal väga kõrge. Uimastitarvitajad sooritavad sagedamini vargusi ja narkokuritegusid. Uimastisõltuvuse näol on tegemist psüühikahäirega, mille leevendamiseks on olemas erinevad ravivõimalused. Seetõttu on ravi- ja karistussüsteem omavahel tihedalt seotud, kuid kuivõrd efektiivselt need süsteemid Eestis toimivad, ei ole hetkel teada. Alates 2011. aastast on võimalik uimastisõltlastest õigusrikkujad karistuse asemel otse ravile suunata. Seda võimalust on rakendatud väga vähe. Hetkeseisuga puudub laiem ülevaade narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemist Eesti karistussüsteemis, mis on vajalik teenuste planeerimiseks.

**Eesmärk.** Käesoleva uuringu eesmärk oli igakülgsest hinnata Eesti õigussüsteemis pakutava narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi vastavust inimeste vajadustele, tuvastada probleemid olemasolevas süsteemis ja teenustes ning teha ettepanekuid süsteemi muutmiseks ja teenuste parandamiseks.

**Meetodid.** Uuringus kombineeriti kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid. Andmekogud, mida kasutati: 1.) Statistikaameti, Tervise Arengu Instituudi andmekogud, Justiitsministeeriumi kinnipeeturegistri andmed. 2.) RAKE küsitluse andmed: 2016. a alguses vanglates ja arestimajades viibinute valimisse kuulus 327 õigusrikkujat (sh 3 naist), küsimustikuga koguti andmeid uimastite tarvitamise, ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste tõhususe ja hoiakute kohta. 3.) Intervjuude andmed: 13 ravikogemusega õigusrikkujat. Intervjuudes uuriti täpsemalt ravikogemusi. Lisaks viidi läbi fookusgrupid õigussüsteemi esindajatega (kohtunikud, prokurörid, kriminaalhooldajad) ja raviesindajatega. Toimus ringreis vanglatesse ja raviasutustesse koos välisekspert dr Jouni Touruneniga (Soome, A-Klinikka). Küsitluse ja intervjuude teostamiseks said uurijad koostööst Tartu Ülikooli eetikakomiteelt.

**Tulemused ja järeldused.** 1.) Ravi- ja rehabilitatsiooniga seotud teenuste pakkumine (süstlavahetus, rehabilitatsiooniprogrammid, nõustamisteenused, asendusravi jm) ning rahastus ei ole erinevate osapoolte hinnangul hetkeseisuga stabiilne ja piisav selleks, et tagada kõigi uimastitarvitajate toimetulek ja naasmine ühiskonda. Üldistatult, praegune Eesti ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem ei vasta uimastisõltuvusega õigusrikkujate vajadustele. Soovitav on jätkata tõendus põhiste meetmete rahastamist ja stabiilset pakkumist (stabiilsus ajas ja ruumis). 2.) Ravile pöördumisel on eelduseks indiviidi sisemine motivatsioon, mida on võimalik soodustada motiveeriva intervjuerimise kaudu, kuid vastavate oskustega spetsialiste napib nii vanglates, raviasutustes kui ka karistussüsteemis; vaja on koolitada õigussüsteemi töötajaid viimaks läbi esmast motivatsioonihindamist ning õpetada neile probleemi märkamist ja abivajaja suunamist spetsialistide vastuvõtule. 3.) Erinevad õigusrikkujate raviga seotud ametnikud ja asutused (vanglad, raviasutused) on senini tegutsenud pigem autonoomselt ilma regulaarse infovahetuse ja koostööta, kuid soovitatav on informatsiooni vahetamine ja pidev kontakt näiteks ühiste regulaarsete infopäevade kaudu. 4.) Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus ning kvaliteet vanglates ja arestimajades erineb ravist ja rehabilitatsioonist väljaspool kinnipidamisasutusi, kuid soovitatav on ravi kvaliteet ja kättesaadavus ühtlustada. 5.) Ravi ja rehabilitatsiooni on seni karistuse asemel rakendatud üksikute juhtudel, kuigi kolmandik vanglas viibivatest õigusrikkujatest on sõltuvushäirega; soovitatav on kasutada sõltuvusravi kõigi nende puhul, kes seda vajavad. 6.) Sõltuvushäirega õigusrikkujad eelistavad ise ravivõimalustest kõige enam individuaalset lähenemist (sotsiaaltöötaja või psühholoogi nõustamine), kuid Eestis on uimastisõltlaste ravis puudus erialaspetsialistidest (sotsiaaltöötajad, psühholoogid, juhtumikorraldajad jt) ja tõendus põhistest teenustest, mille vahel valida. Soovitav on suurendada ravi ja rehabilitatsiooni erialaspetsialistide arvu ja laiendada koheselt tõendus põhiste raviteenuste valikut õigussüsteemis.

## SUMMARY

**Background:** Previous international studies and reports about Estonia have concluded that prevalence of drug abuse and addiction is very high among criminal offenders. Especially, the frequency of theft and drug-related crime is high among this population. Drug addiction is a psychiatric disorder, which can be alleviated by treatment or rehabilitation. Therefore, addiction treatment and penal system are tightly connected to one another. How efficiently this interconnection has worked in Estonia is currently unknown. Since 2011, drug treatment was accepted by law as an alternative to punishment for drug addicts. However, only a few cases have received alternative punishment. At present, no comprehensive overview exists about treatment and rehabilitation in the Estonian penal system, which is crucial for planning future services.

**Purpose:** The aim of this study was to assess how drug treatment and rehabilitation is organized in the Estonian penal system, and how services provided are in accordance with expectations of clients. Recommendations for improving the system were expected.

**Methods:** Qualitative and quantitative methods were combined. Databases used: Statistics Estonia, data from The National Institute for Health Development, data from the Ministry of Justice. In addition, a survey about effectiveness of drug treatment and rehabilitation and attitudes was conducted in prisons: 327 criminal offenders (including 3 women) responded. 13 interviews about personal experiences of drug treatment were carried out with criminal offenders and group interviews were conducted with judges, prosecutors, probation officers and addiction rehabilitation specialists. An independent expert from Finland (A-Klinikka, Dr Jouni Tourunen) was invited to visit Estonian prisons and rehabilitation centers for criminal offenders. The study was approved by the ethics committee at the University of Tartu.

**Results and conclusions:** 1.) Estonian rehabilitation services and treatments (needle exchange programs, counselling, substitution therapy, etc.) and funding have not been stable and sufficient to prevent relapses and rehabilitate all criminal offenders. It is recommended to finance and provide scientifically proven services regularly (from the client's perspective it is necessary to provide stability). 2.) The criteria for entering drug treatment is – internal motivation, this can be enhanced by motivational interviewing; however, officers in the penal system have not received training in motivational interviewing. It is recommended to educate officers to notice the need for motivational interviewing or to provide this service themselves. 3.) Different institutions in the system (prisons, rehabilitation centers, etc.) have been working autonomously, and very little information has been shared between different institutions. It is recommended that information exchange and cooperation should be regular and common between people working in this system. One option would be to organize yearly conferences or information seminars where all parties concerned could meet. 4.) The quality and availability of different services in prisons and outside prisons is different. It is recommended that the services available in prisons and outside prisons would be equal in quality and availability. 5.) Treatment as an alternative punishment has only been used in a few cases in Estonia; in contrast, 1/3 of prisoners are drug addicts. Therefore, it is recommended that treatment and rehabilitation should be available for all criminal offenders who have a drug use disorder. 6.) Drug addicts prefer individual counselling (with a social worker or a psychologist), but the number of specialists (social workers, psychologists, case managers, etc.) and different evidence-based services available in Estonian prisons is extremely low. It is recommended to provide a variety of different alternative evidence-based services, and to include more educated specialists.

## АННОТАЦИЯ

**Постановка проблемы.** Из более ранних исследований, как в Эстонии, так и в других странах, известно, что среди правонарушителей высока доля потребителей наркотиков и наркозависимых. Потребители наркотиков чаще совершают воровство и преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Наркозависимость же является психическим нарушением, для смягчения которого имеются различные методы лечения. По этой причине система лечения и наказания тесно связаны между собой, однако то, насколько эффективно система действует на настоящий момент, неизвестно. Начиная с 2011 года законом предусмотрена возможность в качестве альтернативы наказанию направить наркозависимого правонарушителя на лечение, если совершенное преступление обусловлено наркозависимостью. На сегодняшний день данная альтернатива наказанию применяется редко. Проблемой является и то, что на настоящий момент не был проведен детальный анализ системы лечения и реабилитации наркозависимых в системе наказания в Эстонии, что необходимо для планирования предлагаемых услуг.

**Цель.** Целью настоящего исследования было всесторонне оценить, насколько предлагаемая система лечения и реабилитации наркозависимых в рамках системы наказания Эстонии соответствует нуждам наркозависимых, определить проблемы в действующей системе и в предлагаемых услугах, а также выдвинуть предложения по изменению системы и улучшению предлагаемых услуг.

**Методы.** В рамках данного исследования были использованы как качественные, так и количественные методы. Использовались следующие базы данных: базы данных Департамента статистики, базы данных Института развития здоровья, данные регистра задержанных Министерства юстиции. В рамках исследования Центром прикладных исследований был проведен опрос в местах лишения свободы: из находящихся в начале 2016 года в тюрьмах и арестантских домах в было опрошено 327 правонарушителей (в том числе 3 женщины). С помощью опросников были собраны данные об использовании наркотиков, об эффективности использования услуг лечения и реабилитации и об отношении к ним. Были проведены 13 полу-структурированных интервью с наркозависимыми правонарушителями, имевшими опыт лечения. В интервью более подробно исследовался опыт лечения. Кроме этого проводились групповые интервью по методу фокус-групп с представителями системы охраны правопорядка (судьи, прокуроры, криминальные попечители) и представителями лечебных учреждений. Состоялась поездка по тюрьмам и лечебным учреждениям вместе с иностранным экспертом, доктором Йоуни Тоуруненом (Jouni Tourunen) из Финляндии (A-Klinikka). Проведение опроса и интервью было согласовано с комитетом по этике исследований Тартуского университета.

### Результаты и выводы.

1). Предлагаемые услуги, связанные с лечением и реабилитацией (обмен шприцев, программы по реабилитации, консультационные услуги, заместительная терапия и пр.), а также финансирование, по мнению разных сторон, на настоящий момент не являются стабильными и достаточными для того, чтобы обеспечить для всех наркопользователей самостоятельную жизнь и их возвращение в общество. Одним словом, нынешняя система лечения и реабилитации не соответствует нуждам наркозависимых правонарушителей. Рекомендуется продолжать финансировать и стабильно предлагать научно обоснованные эффективные услуги (с точки зрения клиентов, в случае

зависимости важна стабильность, т.е. гарантия получения услуги в определённое время и в определённом месте).

2). Для обращения к лечению необходима внутренняя мотивация самого индивида, которой может способствовать мотивирующее интервью, однако специалистов с соответствующими умениями недостаточно, как лечебных учреждениях, так и в тюрьмах, да и вообще в системе наказания; необходимо обучить работников правовой системы проводить первичную оценку мотивации и направлять на последующий приём к специалисту.

3). Различные связанные с лечением правонарушителей чиновники и учреждения (тюрьмы, лечебные учреждения) до настоящего времени действовали скорее автономно, без регулярного обмена информацией и сотрудничества, однако важен постоянный обмен информацией и непрерывный контакт, например, в форме регулярных инфодней.

4). Доступность и качество услуг по лечению и реабилитации в тюрьмах и арестантских домах отличается от того, что имеется вне мест заключения, однако рекомендуется выровнять уровень доступности и качества услуг по лечению и реабилитации.

5). Лечение и реабилитацию вместо наказания применяли до настоящего времени лишь в отдельных случаях, хотя 1/3 правонарушителей являются наркозависимыми; рекомендуется применять лечение от зависимости для тех, кто в этом нуждается.

6). Сами наркозависимые правонарушители из способов лечения более всего предпочитают индивидуальный подход (консультации социального работника или психолога), однако в Эстонии для лечения наркозависимости не хватает специалистов (социальных работников, психологов, наставников и др.) и доказательных услуг, из которых выбирать. Рекомендуется увеличить в правовой системе количество специалистов по лечению и реабилитации.

## SISSEJUHATUS

Hetkeseisuga puudub laiem ülevaade narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemist Eesti karistussüsteemis, mis on vajalik teenuste planeerimiseks. Käesoleva uuringu eesmärk oli igakülgset hinnata Eesti narkosõltlastest õigusrikkujate ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi vastavust inimeste vajadustele, tuvastada probleemkohad olemasolevas ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis ning teenustes ja teha ettepanekuid ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi muutmiseks ning teenuste parandamiseks. Uuringu eritähelpanu oli suunatud õigusrikkumisi toime pannud uimastitega seotud isikute kohtlemisele ning eri süsteemide (tervishoid, sotsiaalsüsteem, karistussüsteem) integreeritusele. Raportis analüüsiti seda, kuidas süsteem toimib; milline on teenuste kättesaadavus; milline on koostöö ametiasutuste vahel; missugune on inimeste suhtumine erinevatesse ravi- ja rehabilitatsioonivõtetestesse. Uuringu korraldas ja viis läbi Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuurigute keskus (RAKE) ning rahastaja oli Justiitsministeerium.

Teema olulisust illustreerib uimastitarvitajate kõrge osakaal õigusrikkujate seas. Sõltlaste poolt pannakse toime nii narko- kui ka teisi kuritegusid, nt vargusi või röövimisi eesmärgiga saada raha narkootikumide ostuks. Käesoleva uuringu andmetest ilmnes, et vähemalt 61% kinnipeetavatest on tarvitanud mõnda uimastit ja 30% on psüühikahäire diagnoos: sõltuvus mõnest narkootilisest aineist. Seega, õigusrikkujate seas on uimastite tarvitamine väga levinud probleem, mis on koormaks kogu ühiskonnale.

Probleemi suurust ja kahjusid Eesti ühiskonnale teiste riikidega võrreldes ilmestab ka fakt, et Eestis on kõige hiljutisema EMCDDA (2015) raporti 2013. aastal kogutud info järgi jätkuvalt Euroopa kõrgeim uimastitest tingitud surmade osakaal: ligikaudu 13 iga 100 000 surma kohta.<sup>1</sup> Lisaks haigestumisest tulenevale koormusele (sõltuvushäirete ravi ja rehabilitatsioon), vangistusele (kinnipidamisasutuste ülalpidamine) on uimastiprobleemiga seotud ka tööealise rahvastiku vähenemine. Ühe laiaulatusliku analüüsi kohaselt on Ida-Euroopa riikidele eriomaselt just narkootikumidest ja alkoholist tingitud psüühikahäiretest tekkiv eluaastate kadu esimesel kohal, olles samas suurusjärgus depressioonist tingitud eluaastate kaoga (Whiteford *et al.*, 2013). Samas uuringus leiti, et uimastitest (narkootikumid ja alkohol kokku) tingitud kaotatud eluaastate kadu Ida-Euroopa maades on kõrgeim kõigest uuritud maailma riikidest. Lisaks kaasneb uimastite tarvitamisega sageli teisi kroonilisi probleeme, nagu näiteks HIV. Epidemioloogilised uuringud näitavad, et Eestis on oluliseks riskirühmaks mitte ainult fentanüülid, vaid ka amfetamiini süstijad. Viimaste hulgas on HIVi levimus kõrge (27%) (Talu *et al.*, 2010), eriti kui kõrvutada seda teiste maailma riikidega (Colfax *et al.*, 2010). Narvas tehtud uuringud näitavad, et juba ligi rohkem kaks kui kolmandikku (2014 – 63%) või enam (2010 – 71%) uuritutest süstib amfetamiini peamise narkootikumina (Lõhmus *et al.*, 2011; Vorobjov *et al.*, 2015). Ometi pakutakse endiselt ravi vaid opioididest sõltuvuses olevatele inimestele, ja sedagi vähem kui viiendikule sõltlastest (Raben *et al.*, 2014; Perlman *et al.*, 2015). See viitab, et puudus on erisugustest sekkumistest erinevate ainete kasutajatele. Epidemioloogilised uuringud (nt Uusküla *et al.*, 2005; Lõhmus *et al.*, 2007; Lõhmus *et al.*, 2011; Vorobjov, 2013; Vorobjov, 2014a; Vorobjov, 2014b; 2015) näitavad, et süstivatest narkomaanidest 38–68% on olnud elu jooksul vanglas, seda keskmiselt 2–5 korda; ning 29–55% on enda sõnul narkootikume süstinud ka vanglas. Süstivatele narkomaanidele suunatud narkomaaniaravi käsitletakse Eestis HIVi ennetamise meetmena ja eesmärgiks on seatud asendusravi pakkumine võimalikult suurele arvule sõltlastele, kuid teenuste kvaliteedile on osutatud vähem tähelepanu. Ebaproportsionaalselt vähe on tähelepanu pööratud C-hepatiidi ennetamisele ja ravile, kuigi Eestis tehtud läbilõikelised uuringud näitavad, et C-hepatiiti on nakatunud kaks kolmandikku või enamgi süstivatest narkomaanidest. Käesolevas aruandes kirjeldatakse lähemalt Eesti uimastitarvitajatest õigusrikkujate olukorra hetkeseisu, ravisüsteemi kitsaskohti ja soovitusi selle parendamiseks.

<sup>1</sup> EMCDDA European Drug Report 2015. <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/drug-use/by-country/>

# 1. MÕISTED JA LÜHENDID

## 2.1 Mõisted

**Alternatiivid vangistusele (*alternatives to prison*)** – vangistuse asemel rakendatavad sekkumised, mis võivad olla karistuse asemel kasutatavad rehabiliteerivad meetmed, nagu ravi, haridus, rehabilitatsioon, sotsiaalne reintegratsioon, järelhooldus jms.

**Dekriminaliseerimine (*decriminalisation*)** – loobumine kriminaalkorras karistamisest, kuid tegu loetakse jätkuvalt ebaseaduslikuks.

**Depenaliseerimine (*depenalisation*)** – loobumine karistamisest, kuid tegu loetakse jätkuvalt kuriteoks.

**Kuritegu (*felony*)** – tegu, mis on Eesti karistusseadustikus sätestatud süütegu ja on karistusseadustiku<sup>2</sup> järgi karistatav rahaliselt või vangistusega. Kuritegevuse (*crime*) formaalseks aluseks on kuritegude defineerimine. Kurjategija (*criminal offender*) on isik, kes on sellise teo toime pannud. Riigile (seadusandjale) kuulub võim (definiitivvõim) öelda, millised teod on kuriteod ja seega kriminaalkorras karistatavad.<sup>3</sup>

**Metadoonasendusravi ehk metadoonravi (*methadone maintenance treatment, MMT*)** – asendusravi on opiaatsõltlase sõltuvusest vabanemiseks läbi viidav ravi koos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga, milles kasutatakse asendusravimeid ja mis kestab kauem kui üks kuu.<sup>4</sup> Metadoonravi käigus manustatakse opiaatsõltlasele regulaarselt metadooni<sup>5</sup> – ravimit, mis on keemiliselt sarnane morfiini, heroini, fentanüüli ja kodeiiniga. Metadooni kasutatakse nii valuvaigistina kui ka sõltuvuse asendusravis.

**Narkokuriteod** – karistusseadustiku paragrahvid 183–190.

**Narkomaan ehk narkosõltlane (*drug addict*)** – inimene, kes on sõltuvuses narkootilistest ainetest.

**Narkomaania ravi (*drug addiction treatment*)** – kindlad struktureeritud farmakoloogilised ja/või psühhosotsiaalsed tehnikad, mille eesmärk on, et patsient vähendaks või lõpetaks narkootikumide tarvitamise. Narkootiliste ja psühhotropsete ainete seaduse (RT I 1997, 52, 834) paragrahv 11 lõige 1 sätestab, et narkomaaniat ravitakse isiku vaba tahte alusel psühhiaatrilise abi seaduses (RT I 1997, 16, 260) ette nähtud korras. Praegusel ajal on Eesti haiglates narkomaania ravi läbiviimise aluseks narkomaania

<sup>2</sup> Eesti karistusseadustik (KarS): <https://www.riigiteataja.ee/akt/117122015009>, vaadatud 10.03.2016

<sup>3</sup> <http://www.andmemasin.eu/reports/failid/235-kuritegevus-eestis-1991-2001.pdf>, vaadatud 10.03.2016

<sup>4</sup> <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/images/stories/ravijuhised/Opioid-fin-ver.pdf>, vaadatud 10.03.2016

<sup>5</sup> <http://www.kliinikum.ee/attachments/article/530/metadoonasendusravi.pdf>, vaadatud 10.03.2016

ravijuhis<sup>6</sup> ja opioidsõltuvuse ravijuhis.<sup>78</sup> Sageli toimub narkomaania ravi paralleelselt sotsiaalse rehabilitatsiooniga.

**Narkootiline aine (*narcotic substance, illicit drug*)** – käesolevas uuringus on narkootiliste ainete mõiste all käsitletud psühhotroopseid ehk psühhoaktiivseid (st psüühikat mõjustavaid) aineid ehk uimasteid ehk mõnuaineid, mis on Eestis seadusega keelatud.<sup>9</sup> Ained, mida uuringus käsitletakse ja mille tarvitamisest tingituna võib Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10<sup>10</sup>) järgi kujuneda sõltuvus, on järgnevad (RHK-10 kood ja aine): F11 opiidid, F12 kannabinoiidid, F14 kokaiin, F15 muud stimulaatorid, F16 hallutsinogeenid, F18 lenduvad lahustid, F19 mitmed või muud psühhoaktiivsed ained. Analüüs ei keskendu alkoholi- ja tubakasõltuvusele ega uinutitele, seega on mõneti vähem käsitletud häireid: F10 alkohol, F13 rahustid või uinutid ning F17 tubakas.

**Narkosõltuvus (*drug dependence, drug addiction*) ehk narkomaania<sup>11</sup>** – sõltuvus narkootilistest ainetest.

**Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon või sotsiaalne rehabilitatsioon (*social rehabilitation*)** – inimese funktsioneerimise ja ühiskonnas hakkamasaamise säilitamine ja parandamine, lähtudes inimese eesmärkidest. See on mitme eriala spetsialistidest koosneva meeskonna poolt läbiviidav sekkumine ja toetamine. Meeskonda kuuluvad sageli psühholoog, sotsiaaltöötaja, õde või arst, tegevusterapeut ja eripedagoog. Meetodid, mida psühholoogilise sekkumisena Eestis sageli rakendatakse, on motiveeriv intervjuerimine, kognitiiv-käitumuslikud tehnikad, grupinõustamine, pereteraapia jm.

**Ravimravi (*drug treatment*)** – ehk medikamentoosne ravi. Ravi, mille korral manustatakse ravimeid tervenemise eesmärgil. Vastandub mitte-medikamentoossele ravile. Sõltuvushäirete ravi korral on ravimravi enamasti kombineeritud mitte-medikamentoosse raviga (vt nt TAI, 2013, Opioidsõltuvuse ravijuhis).

**Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus** – Eestis hoolekandeteenus, mida pakutakse puude või töövõimetusega inimestele nende iseseisva toimetuleku parandamiseks igapäevases elukeskkonnas.<sup>12</sup>

**Sõltuvus (*dependence, addiction*)** – vaimne ja füüsiline püsiv seisund ja soov tarvitada mingit ainet. See on seisund, mis kahjustab tegutsemist ja on diagnoositav häirena. Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10)<sup>13</sup> järgi kirjeldavad sõltuvust koodid F10.2–F19.2 (**psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired: sõltuvus**). Sõltuvuse diagnoosi kriteeriumiks on vajalikud kolm või enam järgmist sümptomit (RHK-10): 1.) tugev tung või sundmõte tarvitada ainet; 2.) võimetus kontrollida aine

<sup>6</sup> <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/images/stories/ravijuhised/Opioid-fin-ver.pdf>, vaadatud 10.03.2016

<sup>7</sup> <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/images/stories/ravijuhised/Narkomaaniaravijuhis.pdf>, vaadatud 10.03.2016

<sup>8</sup> Opioidsõltuvuse ravijuhises ei eristata opiaate ja opioide. Selles käsitletakse termini „opiaadid“ all aineid, mis on nii oopiumi derivaadid kui ka oopiumiga sarnast efekti põhjustavad ained (morfiin, kodeiin jt). Niisugune käsitlus (opiaat ja opioid sünonüümidega) on läbiv ka käesolevas raportis.

<sup>9</sup> [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervislik\\_eluviis/valge\\_raamat.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/valge_raamat.pdf) vaadatud 10.03.2016

<sup>10</sup> Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 10. versioon (1992). <http://rhc.sm.ee/>, vaadatud 23.03.2016

<sup>11</sup> Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete seaduse (RT I 1997, 52, 834) sõnastuses on narkomaania psüühiline või füüsiline sõltuvus, mis on tekkinud narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel, ning narkomaan on isik, kellel narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel esineb psüühiline või füüsiline sõltuvus nendest ainetest.

<sup>12</sup> <https://www.sm.ee/et/sotsiaalne-rehabilitatsioon>, vaadatud 10.03.2016

<sup>13</sup> <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>, vaadatud 10.03.2016

tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka; 3.) aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund (vt F1x.3 ja F1x.4), mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomaatikat; 4.) tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine annust tõsta. Ilmekas on näide alkoholi- ja opioidsõltlastest, kes tarvitavad selliseid ööpäevaannuseid, mis on piisavad mittetolerantsete tarvitajate invaliidistamiseks või surmamiseks; 5.) vaba aja veetmise teiste võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine aine tarvitamise ees, suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele; 6.) aine tarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele aine tarvitamise perioodile järgnevad depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirimine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest.

**Süütegu (*offence*)** – karistusseadustikus või muudes seadustes sätestatud karistatav tegu. Süüteod jagunevad kuritegudeks ja väärtegudeks.

**Uimasti ehk psühhoaktiivne ehk psühhotroopne aine (*drug*)<sup>14</sup>** – looduslik või sünteetiline aine, mille manustamine põhjustab inimese vaimses seisundis muutusi. Uimasti on siinkohal kasutusel üldnimetusena kõigile psüühikat olulisel määral mõjustavatele ainetele, sh nii seaduslikult keelatud (nt heroiin, kokaiin) kui ka lubatud (nt alkohol, tubakas) ainete tähistamiseks.

**Väärtegu** – karistusseadustikus või muus seaduses sätestatud süütegu, mille eest on põhikaristusena ette nähtud rahaträhv või arest.

**Õigusrikkuja (*offender*)** – käesolevas uuringus käsitletakse õigusrikkujat laiema mõistena: inimene, keda on karistatud väärteo või kuriteo toimepanemise eest. Õigusrikkuja on süüteo toime pannud isik. Valdavalt on käesolevas aruandes juttu kuriteo eest karistatud isikutest, kuid nt arestimajade puhul võib olla tegu ka väärteo eest karistatutega.

**Kinnipeetav (*internee*)** – vangistusseaduse<sup>15</sup> järgi on kinnipeetav kohtus süüdi mõistetud isik, kes kannab karistust vanglas (vangistust). Käesolevalt käsitleme siin mõistet laiemalt, inimene, keda on karistatud väärteo või kuriteo toimepanemise eest ja kes viibib vanglas või arestimajas.

**Komorbiidsus (*comorbidity*)** – ühe või mitme haiguse/häire või seisundi esinemine lisaks põhilisele haigusele/häirele või seisundile.

## 2.2 Lühendid

AOR – kohandatud šansside suhe

ARV – antiretroviirusravi

<sup>14</sup> WHO ja psühhofarmakoloogia spetsialistid kasutavad mõisteid „psühhoaktiivne ja psühhotroopne aine“ ning „uimastid“ enamasti sünonüümidenä. Tegemist on psüühikat mõjustavate ainete laia teadusliku käsitlusega, kus ei eristata legaalseid ja illegaalseid aineid. Allikad: WHO koduleht [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/) ja *Chemical Entities of Biological Interest (ChEBI)* veebipõhine molekulaarbioloogia ja keemia sõnastik <http://www.ebi.ac.uk/chebi/init.do> ning Tartu Ülikooli prof Jaanus Harro psühhofarmakoloogia loengute materjalid.

<sup>15</sup> <https://www.riigiteataja.ee/akt/123032015141>, vaadatud 29.04.2016

ATS – amfetamiini-tüüpi stimulandid

EMCDDA – Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

EL – Euroopa Liit

HIV – inimese immuunpuudulikkuse viirus

KarS – karistusseadustik

KrK – kriminaalkoodeks

KrS – kriminaalmenetluse seadustik

NERS – Narkomaania ennetamise riiklik strateegia (\*kuni aastani 2012)

OAR – opioidasendusravi

OR – šansisuhe

PsAS – psühhiaatrilise abi seadus

PPA – Politsei- ja Piirivalveamet

RTA – Rahvastiku tervise arengukava

SD – standardhälve

SoM – Sotsiaalministeerium

SRS – sõltuvusrehabilitatsiooni osakond või seksioon

TAI – Tervise Arengu Instituut

TLÜ – Tallinna Ülikool

TÜ – Tartu Ülikool

UNODC – ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse vastu võitlemise büroo (United Nations Office on Drugs and Crime)

UV – usaldusvahemik

RAKE – Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus

RHK – Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon

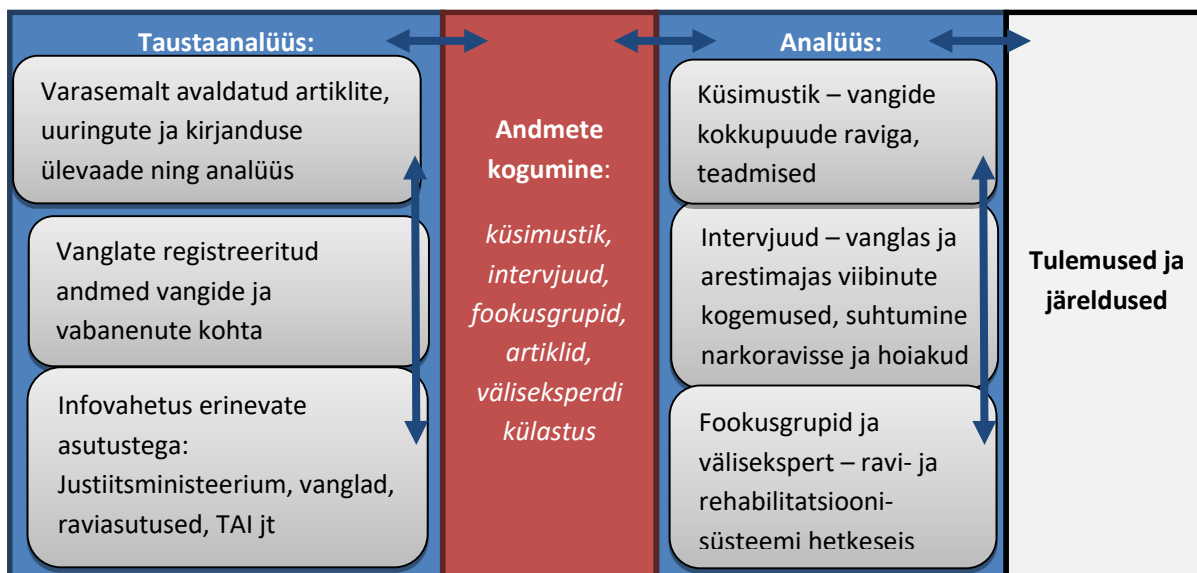
RASI – Rahvusvaheliste sotsiaaluuringute keskus

WHO – Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization)

## 2. MEETODID JA UURIMISKÜSIMUSED

Uuringus kasutati nii kvalitatiivseid kui ka kvantitatiivseid analüüsivõtteid (joonis 1). Andmeid koguti küsimustikuga, individuaalintervjuude ning fookusgrupi intervjuudega. Lisaks analüüsiti ka juba varem kogutud andmeid. Süsteemi toimimisele andis hinnangu ka välisekspert Soomest (dr Jouni Tourunen, A-Klinikka).

Joonis 1 kirjeldab analüüsi läbiviimise ja andmete kogumise protsessi. Paralleelselt kasutati mitmeid erinevaid infoallikaid: vanglasüsteemis registreeritud andmed narkokurjategijate kohta, mis olid uurijatele kättesaadavad Justiitsministeeriumi vahendusel; varasemate uuringute tulemused ja järeldused; vestlused ja infovahetus süsteemi erinevate osapooltega; lisaks koguti juurde andmeid küsimustiku ning intervjuude ja fookusgruppide kaudu. Analüüs on läbi põimitud erinevatest infoallikatest, et anda kogutud andmete põhjal võimalikult terviklik ülevaade Eesti õigusrikkujate narkoravi ja rehabilitatsiooni hetkeseisust.



**Joonis 1.** Uuringu läbiviimise meetoodika

Kvantitatiivseid andmeid uuriti kirjeldava statistika võtetega (keskmised, protsendid, sagedused); vajadusel rakendati gruppide võrdlemisel t-testi, Hii-ruut statistikut ( $\chi^2$ ), dispersioonanalüüsi ja teisi võrdleva analüüsi tehnikaid. Tulemuste statistilise usaldusväarsuse hindamisel kasutati p-väärtust 0,05. Andmete töötlemiseks kasutati MS Excelit ja SPSS-21. Järeldused tuginevad erinevate meetodite kasutamise teel saadud tulemuste integreerimisele.

Kvalitatiivseid andmeid (individuaalsed intervjuud, fookusgruppide intervjuud) analüüsiti intervjuude puhul tavapäraselt kasutusel olevate meetoditega: transkriptsioonidel põhinev kvalitatiivne sisuanalüüs summeeriva kategoriseerimisega. Andmeanalüüsi tehnikaid on täpsemalt kirjeldatud konkreetsete analüüsipeatükkide juures.

## 2.3 Taustaanalüüs

### 2.3.1 Kirjanduse ülevaade ja varasemate uuringute analüüs

Kirjanduse ja varasemate tööde analüüsi käigus kaardistati eelnevate uuringute põhjal narkosõltlaste ravi tõhusust mõjutavate tegurite ja narkosõltuvuse ning õigusrikkumiste seoste teoreetilised alused. Uuriti välisriikide kogemust narkomaania ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse pakkumisel sõltlastest õigusrikkujatele (sh võimalikud soovitusel ja parimad praktikad, mis võiksid sobida ka Eesti tingimustes). Lisaks koondati Eestis tehtud narkoalaldkonnaga seotud statistilised ülevaated ja uuringute tulemused. Andmebaasid, kust tehti varem kogutud andmete kohta päringud kodulehtede või otsesuhtluse kaudu (e-kirja teel), olid: Statistikaameti rahvastikuandmed ja Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmebaasid.

Ühe osana taustaanalüüsist uuriti, millised on seadusandlusest lähtuvad võimalused kohaldada narkomaaniaravi õigusrikkumisi toime pannud isikutele, kellel on ühtlasi narkootiliste ainete tarbimise sõltuvus. Koondatud info oli sisendiks narkosõltlastest õigusrikkujate küsitluse ja intervjuukavade koostamisel. Samuti kasutati seda ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi hetkeolukorra kirjeldamiseks ning kitsaskohtade ja kiiret lahendamist vajavate probleemide leidmiseks.

Kirjanduse koondamiseks kasutati fokuseeritud otsingustrateegiat „lumepallimeetodil“ (*snowballing*). Lumepallimeetodit on hinnatud üheks efektiivsemaks viisiks vajaliku spetsiifilise materjali koondamisel (Greenhalgh ja Peacock, 2005). Otsingusõnad tulenesid uurimisküsimustest ja valdkonnas kasutatavatest põhilistest terminitest ning otsingu käigus ilmnenud uutest viidetest. Kirjanduse otsing viidi läbi elektroonsetes andmebaasides (Google'i otsingumootor, Google Scholar, E-kataloog ESTER, Web of Science jt). Lisaks tugineti tausta kirjeldamisel uuringu läbiviijatele varasemast teadaolevatele uuringutele ja nende andmetele ning Eesti karistusseadustikule. Täpsemalt on kirjanduse otsingut selgitatud peatükis 3.1.1.

### 2.3.2 Kinnipeeturegistri andmete analüüs

Taustaandmed, mille puhul viidi läbi kvantitatiivne analüüs, olid varem kogutud Justiitsministeeriumi poolt. Kuivõrd registreeritud on nii inimesed kui ka iga inimese kohta põhiuimasti tarvitamise juhtumid<sup>16</sup> (iga inimese kohta võis andmestikus olla mitu rida erinevate põhiuimastite kohta erinevatel aegadel), siis on analüüs läbi viidud nii inimeste kui ka juhtumite kohta. Täpsemat andmete kirjeldust vt ptk 3.2.2 „Ainete tarvitamine ja kuritegevus: taustaandmete analüüs“.

Kokku kasutati **taustaandmete analüüsi** käigus kinnipeeturegistrist saadud kahte andmestikku:

1.) **vanglas viibinud õigusrikkujad** (uimastitarvitajatest õigusrikkujate üldpopulatsioon 2015. a lõpu seisuga) (kokku 2825 inimest, 4984 erinevat diagnoosijuhtumit). See andmestik sisaldas vanglate poolt kogutud informatsiooni uimastite tarvitamise (põhiuimasti, lisauimasti, tarvitamise sagedus enne vanglat), uimastitega seotud psüühikahäire diagnoosi (RHK-10 alusel), toime pandud kuritegude (karistusseadustiku paragrahvid) ja indiviidi sotsiaal-demograafilise tausta kohta (sugu, vanus, elukoha maakond, töötamine enne vangistust). Kõik andmed olid anonüümsel kujul.

<sup>16</sup> Juhtumeid võis inimese kohta olla mitu, kuna juhtum viitab andmerekale tabelis, mis loodi siis, kui inimesele määrati uus diagnoos või saadi informatsiooni põhiuimasti kohta.

2.) **Perioodil 2008–2013 vanglatest vabanenud õigusrikkujad**, kelle kohta oli andmeid uimastite (sh alkohol) tarvitamisest tingitud sõltuvushäire kohta (2887 inimest, 3065 põhiuimasti tarvitamise juhtumit; andmestik ei kajasta ei sõltuvuse raskust ega akuutsust vabanemise hetkel). Vanglast vabanenute andmestik sisaldas informatsiooni vabanenute sotsiaal-demograafiliste tunnuste (sugu, vanus), kuritegude (karistusseadustiku paragrahvid) ja põhiuimasti kohta. Kõik andmed olid anonüümsed.

### 2.3.3 Rahastuse ja ravisüsteemi taustaanalüüs

Üheks taustaanalüüsi osaks oli Eesti ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi hetkeseisu ja rahastuse eritelu, mis viidi läbi paralleelselt muude uuringutegevustega. Selle raames seoti kokku ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste külastuste ja fookusgrupi intervjuude käigus saadud andmed ning kirjanduse andmed. Eesmärk oli kirjeldada narkosõltlaste ravi vabaduses, vanglas, arestimajades, kriminaalhooldusel ja asenduskaristuse rakendamisel (sh pakutava ravi kättesaadavus, kvaliteet ja sobivus sihtrühmale jms) ning pakkuda lahendusi ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi kitsaskohtade parandamiseks (sh kaasajastamiseks).

## 2.4 Uuringu käigus kogutud andmed

Selleks, et saada ülevaade vangide seisukohtadest narkoravi ja rehabilitatsiooni suhtes, aga ka väljaspool vanglat ravil viibivate arvamustest, viidi läbi küsitlus ja intervjuud. Ametnike ja ravikeskuste perspektiivi kirjeldamiseks korraldati fookusgrupid ja väliseksperdi külastus. Küsitlused ja intervjuud kooskõlastati eelnevalt Tartu Ülikooli eetikakomiteega. Kõik protseduurid viidi läbi Eesti ja maailma teaduseetika norme järgides. Osalemine oli vabatahtlik. Osalejate isikuandmeid ei küsitud, andmed olid anonüümsed ja teadustöö läbiviimise eetikast lähtudes ei saanud osalejad (õigusrikkujad) uuringus osalemise eest tasu (ei rahalist tasu ega soodustusi vanglasiseselt või raviasutuses). Seega ei olnud uuringus osalemine mõjutatud välisest motivatsioonist. Peamine probleem uuringu läbiviimisel oli inimeste kaasamine (vabatahtlik) ja uuringu ajakava järgimine. Kuivõrd kaasatud olid mitmed erinevad asutused, siis võttis info levik ja andmete laekumine oodatust rohkem aega. Inimeste kaasamine fookusgruppidesse oli raskendatud ka erinevate asutuste töötajatele ühise sobiva aja leidmise tõttu. Vabatahtlikkuse alusel inimeste kaasamise üheks riskiks on alati see, et soovitud valimi mahtu ei ole võimalik täita, sest inimesed peavad uuringus osalemisega nõustuma ning see, et erinevate motiveerimismeetmete (tasud ja soodustused) pakkumine ei lähe teaduseetika printsiipidega kokku, võib kallutada uuringus osalejate valimit. Hoolimata ajalistest piirangutest said käesolevas uuringus kõik planeeritud andmekogumised, intervjuud ja fookusgrupid vastavalt oodatud mahule läbi viidud. Selliste uuringute edasisel planeerimisel on soovitatav andmete kogumise protsessi käigus arvestada mitme kuu pikkuse varuga.

### 2.4.1 Kvantitatiivsete andmete kogumine

**Kirjalik küsitlus** (lisa 2) viidi läbi Tartu ja Viru vanglas, Tartu politseijaoskonna ning Jõhvi politseijaoskonna arestikambrites. Uuringu sihtrühmaks olid vanglas karistust kandvad või eeluurimise all olevad isikud, ravil või rehabilitatsioonil viibivad kriminaalhooldusalused ning arestimajas viibivad isikud. Viru vanglas oli uuringu läbiviimise ajal 665 kinnipeetavat, Tartu vanglas 823, Jõhvi politseijaoskonna arestikambris 24 ning Tartu politseijaoskonna arestikambris 6 inimest. Nende andmete põhjal edastati vanglatesse ka infolehed. Kuna arestikambrites on kinnipeetavate liikuvus suur ning isikud vahetuvad, edastati arestikambrites viibijatele küsimustikud kohe; sealt said kinnipeetavad infot ning võisid soovi korral küsimustiku ka vahetult ära täita. Arestikambrites viibijate väike arv võimaldas küsimustikud aega viitmata edastada, vanglas

viibijate puhul ei oleks küsimustiku kohene edastamine olnud ressursside mõistes mõttekas ja seetõttu tuli eelnevalt edastada infolehed.

Tartu ja Viru vangla valiti uuringusse eelkõige sõltuvusraviosakondade olemasolu tõttu. Eestis on taolised üksused kolmes vanglas, kus on kokku 212 kohta, neist 202 täiskasvanud vangidele. Suurim on kohtade arv (n=174) Tartu vangla tulemusüksuses, järgneb Viru vangla (20 kohta täiskasvanutele, 10 alaealiste), seejärel Harku ja Murru vangla (n=8).<sup>17</sup> Harku ja Murru vangla jäid uuringust välja eeskätt praktilistel põhjustel, kuna seal on sõltlastele ette nähtud kohti vähem kui Viru ja Tartu vanglas, ning ühtlasi on seal ka vähem kinnipeetavaid (Harku ja Murru vanglas, n=102). Kuigi Harku ja Murru vangla kaasamisel oleks tõenäoliselt tõusnud uuringusse kaasatud naiste osakaal, ei oleks need vastused sama vastamismäära puhul oluliselt mõjutanud uuringu lõplikke tulemusi. Kuna naiste osakaal õigusrikkujate hulgas on oluliselt väiksem kui meeste arv (145 naist 2880 kinnipeetavast, 2016. a märtsi seisuga<sup>18</sup>), ei olnud antud uuringu puhul naised kui sihtrühm eraldi fookuses.

Ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste klientidele edastasid infolehed keskuste töötajad ning nende kaudu toimus ka kokkulepete tegemine. Klientidega suhtlev keskuse töötaja võttis esmalt ise ühendust (oma andmetel) kriminaalhooldusel viibiva kliendiga ning edastas talle info uuringu kohta. Juhul kui keskuses ei olnud ühtegi kriminaalhooldusalust (töötajate info põhjal), edastati infolehed teistele asutuse klientidele. Ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste klientidel oli võimalus osaleda uuringus nii küsimustiku täitmise kui ka intervjuu andmise teel, kuid ükski keskuste klientidest, kellele edastati info uuringu kohta, ei soovinud küsimustikku täita.

Uuringut tutvustavad infolehed (vt lisa 5) edastati küsitluses osalenud asutustele. Vanglate ja arestimajade töötajad jagasid infolehed omakorda edasi kõigile sihtrühma kuuluvatele isikutele, kes viibisid uuringu läbiviimise hetkel nimetatud asutuses ja võtsid infolehe vastu. Infolehe uuringus osalemiseks sai ligikaudu 1600 inimest. Infolehe andsid vanglaametnikud kõigile uuringu hetkel vanglas viibinud vangidele, kes selle vastu võtsid. Infolehed väljastati RAKE uuringukeskuse poolt kõigile uuringu ajal vanglas olnud inimestele (Tartu ja Viru vanglas).

Paber kandjal küsimustikud toimetati asutusse kohale uuringu läbiviija või saadeti need postiga. Osalejatele jagas küsimustikud laiali vastutav uurija (asutusepoolne või RAKE töötaja). Küsimustikud anti inimestele, kes osaleda soovisid. Kokku jagati välja 358 küsimustikku Tartu ja Viru vanglas ning 31 küsimustikku Jõhvi ja Tartu arestimajades. Seega oli uuringus osalemisest huvitatute määraks ligikaudu 22%. Osalejad täitsid küsimustiku vastavalt asutusega kokku lepitud protseduurile (kas üks või mitmekesi ruumis). Küsimustikud välja jaganud töötaja kogus need pärast täitmist (kinnistes ümbrikutes) kokku. Täitmiseks oli aega kuni üks nädal. Ühtekokku täitis vabatahtlikult küsimustiku ja andis küsimustiku uurijatele tagasi **327 inimest: 3 naist ja 323 meest**, ühe uuritava sugu ei olnud märgitud. Küsimustiku täitnute keskmine vanus oli 35 (SD=10) aastat. Üle poole osalenutest (54%) täitis küsimustiku vene keeles, ülejäänud eesti keeles. Osalejad said valida eesti ja vene keele vahel. Küsimustiku õigeaegse täitmise ja tagastamise määraks küsimustiku saanute seas oli 91%.

Kuivõrd vabatahtlikkuse alusel läbi viidavates uuringutes on alati võimalik, et küsimustikule vastavad inimesed, kellel on ühiseid tunnuseid (nt kõrgem motivatsioon, isiksuseomadustest kõrgem sotsiaalsus

<sup>17</sup> Harku ja Murru vanglad suleti 1. juunil 2016 ning sealsed rehabilitatsioonikohad viidi üle Tallinna vanglasse.

<sup>18</sup> <http://www.vangla.ee/et/uudised-ja-arvud/vangide-ja-kriminaalhooldusaluste-arv>, vaadatud 10.03.2016

tase, parem vaimne võimekus vm), siis ei ole mõeldav valimi kallutatuse täielik välistamine. Sunniviisil küsimustikule vastamise puhul võib samuti olla probleemiks tulemuste valiidsus: kuivõrd inimene annab enda kohta õiget informatsiooni. Enesekohaste küsimustike täitmise eelduseks on alati sisemine soov küsimustikku täita ja enda kohta infot jagada, mistõttu vabatahtlik osalemine on loomulik viis uuringut läbi viia. Samuti on nõusoleku küsimine teaduseetikast lähtuvalt tavapärane protseduur.

## 2.4.2 Kvalitatiivsete andmete kogumine

Selleks et analüüsida ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste süsteemi toimimist, süsteemi osapoolte arvamusi süsteemi toimimisest, õigusrikkujate endi kogemusi ja soovitusi, ning detailsemalt uurida ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste suunamise süsteemi efektiivsust, kasutati selles uuringus täiendavalt kvalitatiivseid analüüsimeetodeid. Süsteemi kohta andmete kogumiseks viidi läbi kolm fookusgrupi intervjuud, üks vestlusring ja neli lisaintervjuud õigussüsteemi esindajatega (kahe kohtuniku ja kahe prokuröri) ning 13 individuaalset intervjuud ravil viibivate õigusrikkujatega. Toimus ka ringreis, mis hõlmas Tartu vanglat, Viru vanglat, SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskust, OÜ Corrigo, OÜ Tervisekeskus Elulootus ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskust, kus osales ka välisekspert Soomest, kes andis ringreisi lõpus kirjaliku eksperthinnangu süsteemi ja ravivõimaluste kohta.

### Fookusgrupp ravikeskuste esindajatega

Ravikeskused, kelle esindajad kutsuti fookusgrupi intervjuule, valiti koostöös uuringu tellijaga. Ravikeskuste valimisel lähtuti põhimõttest, et keskusel on kehtiv leping Justiitsministeeriumiga või on ravikeskuste klientide seas õigusrikkujatest sõltlased, kes on kohtu poolt ravile suunatud. Fookusgrupi intervjuus osalemiseks said kutse SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus, SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskus, OÜ Tervisekeskus Elulootus, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus, OÜ Corrigo ning AS Wismari Haigla. AS Wismari Haigla puhul ei saanud uuringumeeskond vaatamata korduvatele katsetele asutuse esindajatega kontakti.

Ravikeskuste esindajate fookusgrupi intervjuul osales erinevatest sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni pakkuvatest keskusest viis inimest neljast. Esindajad olid SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskusest, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskusest, SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskusest ning OÜ Tervisekeskus Elulootusest. Fookusgrupi intervjuu tehti Tartu Ülikooli Tallinna esinduse ruumides.

### Fookusgrupid õigussüsteemi esindajatega Tartus ja Tallinnas

Tartus toimunud ametnike fookusgrupi intervjuul osales üks kriminaalhooldusametnik, üks prokurör, üks prokuröri praktikant ja üks kohtunik. Intervjuu viidi läbi RAKE ruumides.

Tallinnas osales fookusgrupi intervjuul teiste osalejate haigestumiste tõttu kaks kriminaalhooldusametnikku.

### Individuaalintervjuud kohtunike ja prokuröridega

Kuivõrd kohtunike ja prokuröride kaasamisel fookusgruppidesse oli probleeme kõigile ühiselt sobiva aja leidmise ja inimeste haigestumisega, viidi individuaalsed intervjuud läbi kahe fookusgruppidesse kutsutud kohtunikuga ning kahe prokuröri jaoks sobival ajal ja kohas. Intervjuu lähtus õigussüsteemi esindajate fookusgrupi kavast. Lisaintervjuud tehti ühe Harju maakohtu kohtunikuga, ühe Viru maakohtu kohtunikuga ning kahe Põhja Ringkonnaprokuratuuri prokuröri jaoks. Intervjuudest üks toimus näost näkku, kaks telefoni teel ning üks kirjalikult.

### Vestlusring kriminaalhooldusametnikega

Lisainformatsiooni saamiseks vanglast otse ravile suunatud inimeste juhtumite ja asenduskaristuse rakendamise kohta viidi läbi vestlusring kriminaalhooldusametnikega, kes olid kokku puutunud ravile suunatud klientidega. Vestlusringi vajalikkusest ja selles osalemisest andsid kriminaalhooldajad ise RAKE analüütikule vabatahtlikult märku. Vestlusring toimus Tartu vangla kriminaalhooldusosakonna koosolekuruumis ning seal osales neli kriminaalhooldusametnikku.

### Individuaalintervjuud õigusrikkujatega

Individuaalintervjuud viidi läbi isikutega, kes olid uuringu hetkel narkosõltuvuse ravil kas rehabilitatsioonikeskuses või vanglas või olid ravi läbinud. Kriminaalhooldajad või raviasutuste esindajad (vt koostööpartnerid) jagasid kõigile (endale teadaolevalt) narkootikumidega seotud hooldusalustele (narkoravil viibijad või narkootikumidega kokku puutunud isikud) infolehed intervjuude ja küsimustiku kohta. Vanglas informeerisid ametnikud kinnipeetavaid, et lisaks küsimustikule on uuringus osalemine võimalik ka intervjuu vormis. Sihtrühma esindajad andsid osalemissoovist märku kriminaalhooldajale või vanglaametnikule või raviasutuse esindajale, kes vahendas informatsiooni (mitte nime ega isikuandmeid) RAKE uurijatele. RAKE uurijad leppisid kriminaalhooldusametniku või vanglaametniku või keskuse esindajaga kokku aja soovija intervjuueerimiseks. Kui institutsioonis leidsid intervjuud anda soovivaid isikuid, läks uurimisrühma esindaja kohale. Intervjuud toimusid silmast silma, intervjuueeritava kirjalikul nõusolekul intervjuu salvestati, hiljem transkribeeriti ning muudeti anonüümseks, et säilitada intervjuueeritavate konfidentsiaalsus. Intervjuu toimus keeles, mis oli intervjuueeritavale sobivam (eesti või vene keel). Intervjuud õigusrikkujatega jagunesid järgnevalt: SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskus – 4 intervjuud (4 meest), SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus – 3 intervjuud (1 naine, 2 meest), Viru vangla – 3 meest, Tartu vangla – 2 meest, OÜ Tervisekeskus Elulootus (Tallinn) – 1 mees. Kokku viidi läbi **13 intervjuud**, nendest 10 vene ning 3 eesti keeles.

Poolstruktureeritud individuaalintervjuu on andmekogumise meetodina eelistatud seetõttu, et see võimaldab eelnevalt määratleda käsitletavat teemavaldkonnad ning sõnastada huvipakkuvad küsimused avatud küsimustena. Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab intervjuueerijal juhtida vestlust sobivas suunas vastavalt väljatöötatud ankeedile. Samuti tagab see, et erinevatest intervjuudest saadakse infot kõigile uurimisküsimustele vastamiseks. Samas võimaldab poolstruktureeritud intervjuu teemasid täiendavalt avada, juhul kui see osutub otstarbekaks. Poolstruktureeritud intervjuude eeliseks struktureeritud intervjuude ees on see, et kasutada võib erinevaid praktikaid, ning sestap on otstarbekas, et intervjuueerijale jäetaks teatav vabadus intervjuu kavast vajadusel pisut kõrvale kalduda, et täita uuringu peamist eesmärki: võimalikult asjakohase info saamist erinevatest allikatest. Samas on intervjuueeritava otsused kavast kõrvale

kalduda subjektiivsed, mis on tehtud sõltuvalt olukorrast ega pruugi olla uuringu seisukohast parimad. Antud riski maandamiseks viisid intervjuusid läbi uuringumeeskonna liikmed, kes olid kaasatud tervesse uuringusse ning omasid selget ettekujutust, millist infot on intervjuudest uuringu seisukohast oluline saada.

Intervjuu küsimused koostas uuringumeeskond ühiselt ning nende aluseks oli eelnevalt läbi viidud (välis)kirjanduse ning dokumentide analüüs. Intervjuukava koostati eesti keeles ja tõlgiti seejärel vene keelde. Kava tõlkis vene keelde uuringumeeskonna liige, kes viis ühtlasi läbi ka intervjuud ning kes tunnetab valdkonna peensusi; sellega sai maandatud risk, et intervjuukava tõlkimise protsessis sisuliselt muutuks.

Intervjuude andmete analüüsimiseks kasutati kvalitatiivseid andmeanalüüsimeetodeid, eeskätt teemaanalüüsi (*thematic analysis*) meetodit. See tähendab, et intervjuud kodeeriti lähtuvalt teemadest ning kodeeringute põhjal moodustati andmebaas, mis oli analüüsi aluseks.

Intervjuude kaudu kogutud andmete puhul on oluline teadvustada, et need on kogutud vabatahtlikkuse alusel, ning kuna intervjuu andmine iseenesest on aktiivsem tegevus kui küsimustiku täitmine, on tõenäoline, et intervjuueeritav on keskmisest sihtrühma esindajast aktiivsem ja altim rääkima sõltuvusprobleemist ja/või ravist. Ravikeskustes viibijate puhul võis intervjuueeritavate saamine sõltuda ka ravikeskuse esindaja- või kriminaalhooldajapoolsest esmasest teadaandest antud uuringu läbiviimise kohta. Kuigi kõik said ühesugust teavet sisaldavad infolehed, on võimalik, et erinevad info edastajad andsid ka suuliselt erinevalt motiveerivat teavet ning seega võis intervjuueeritav nõustuda intervjuuga veenmise tulemusena. Seetõttu paluti uuringus osalejale enne igat intervjuud alla kirjutada informeerimise ja teadliku nõusoleku lehele ning neile anti võimalus soovi korral ka intervjuu andmisest loobuda.

Vanglas viibivate kinnipeetavate puhul on väga tõenäoline, et intervjuu andmiseks võtsid ametnikega ühendust keskmisest motiveeritumad isikud, kuid nende motivatsioon võis tuleneda väga erinevatest faktoritest. Osadel juhtudel võis motivatsiooni aluseks olla valmisolek rääkida oma kogemusest ning seisukohtadest sõltuvusravi suhtes, kuid teisalt võis motivatsiooniks olla ka lihtsalt soov suhelda kellegagi väljaspool vanglat. Antud olukorra võimalikkust ilmestavad kinnipeetavatepoolsed kontaktivõtmised uuringu meeskonnaga: mitmel juhul helistati vanglast uuringumeeskonna esindajale, et intervjuu kokku leppida ning ühel juhul saadeti posti teel kiri uuringusse otseselt mittepuutuval teemal.

### **Eksperthinnang**

Lisaks kutsuti Eesti õigusrikkujate sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni süsteemile hinnangut andma välisekspert Soomest – dr Jouni Tourunen, kellega koos külastati Tartu vanglat, Viru vanglat, OÜ Corrigot, SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskust, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskust ja OÜ Tervisekeskus Elulootust, mille käigus tutvuti kohalike võimaluste ja oludega ning vesteldi personaliga (vanglaametnikega, psühholoogi/psühhiaatriga, sotsiaaltöötajatega, kontaktisikutega, raviüksuste juhtidega).

## 2.5 Uurimisküsimused

Uuringu käigus otsiti vastust järgmistele laiematele uurimisküsimustele.

### 1. Missugune on narkosõltuvuse probleemi hetkeolukord Eestis ja kuidas on narkomaania seotud kuritegevusega?

Selle küsimuse all vaadeldi narkosõltuvuse probleemi ühiskonnas laiemalt. Ühtlasi vaadeldi narkosõltuvuse ja kuritegevuse vaheliste seoste olemasolu ning seda, milliseid kahjusid võib narkosõltuvuse probleem ühiskonnale kaasa tuua.

### 2. Missugune on narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem Eestis ja maailmas – millised on toimivad praktikad?

Uuriti, kuidas toimib Eestis uimastisõltuvuse ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem, fookusega õigusrikkujate paigutumisega sellesse süsteemi. Kuivõrd on ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem integreeritud karistuste süsteemiga? Kuidas on uimastisõltlastele suunatud ravi ja rehabilitatsioon korraldatud mujal maailmas?

### 3. Millised on erinevate osapoolte kogemused uimastisõltuvusega õigusrikkujate ravile suunamisel asenduskaristusena või pärast vanglast vabanemist?

Alates 2011. aastast on võimalik karistuse asemel suunata õigusrikkujad otse ravile, kuid selleks on vajalik inimese enda soov ravile asuda. Analüüsis käsitletakse sisemise motivatsiooni teemat ja ametnike oskusi seda märgata ning soodustada. Kuivõrd on õigussüsteemis töötavatel ametnikel, prokuröridel ja kohtunikel piisavalt oskusi ja teadmisi inimeste ravile suunamiseks?

### 4. Kuivõrd vastavad praegused õigusrikkujatele suunatud narkoravi- ja rehabilitatsiooniteenused inimeste vajadustele ning milline on teenuste kättesaadavus ja nende tõhusus Eestis?

Antud küsimuse raames uuriti, milliseid teenuseid pakutakse narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis. Vaadeldi pakutavate teenuste kvaliteeti, tõenduspõhisust ning teenuste hindamispraktikaid. Ühtlasi uuriti, milline on teenuste kättesaadavus õigusrikkujatele ja teenuste vastavus vajadustele.

### 5. Millised on õigusrikkujate ravikogemused ja hoiakud narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste suhtes?

Selle küsimuse all uuriti, kuidas õigusrikkujad ise hindavad narkosõltlastele kättesaadavaid teenuseid ning kas need vastavad nende hinnangul vajadusele. Ühtlasi vaadeldi õigusrikkujatest narkosõltlaste ravikogemusi ja hoiakuid vanglaelul ning ravi suhtes.

### 6. Milline on Eestis õigusrikkujate narkoravi ja rehabilitatsiooni rahastus ning millised on rahastussüsteemi kitsaskohad?

Uuriti seda, kuidas rahastatakse õigusrikkujate narkomaaniaravi, milliseid teenuseid võimaldatakse ja milliseid mitte – nii vanglates kui ka väljapool vanglat. Millistes raviasutustes on võimalik vanglast vabanejal või kriminaalhooldusel oleval inimesel abi saada? Millised on raviasutuste vajadused info ja rahastuse osas?

## 3. TULEMUSED JA ANALÜÜS

### 3.1 Õigusrikkujate narkosõltuvuse probleemi taustaanalüüs

#### 3.1.1 Kas ja kuidas on kuritegevus ja narkosõltuvus omavahel seotud?

Kuritegevuse ja narkosõltuvuse seoseid on varem uuritud nii Eestis kui ka teistes riikides. Käesolevas uuringus analüüsiti Eesti õigusrikkujate narkootiliste ainete tarvitamist ja sõltuvusprobleemi ning sõltuvuse ravi ja rehabilitatsiooni. Enne käesoleva uuringu käigus kogutud andmete kirjeldamist analüüsitakse siinkohal varasemaid artikleid ja tuuakse võrdluseks mõned andmed kuritegevuse ja narkosõltuvuse seostest teistes riikides. Sel eesmärgil viidi läbi kirjanduse fokuseeritud otsing. Otsingusõnade kasutamine oli spontaanne ja toimus „lumepallimeetodil“ (Greenhalgh ja Peacock, 2005). Üheks osaks lumepallimeetodist on otsingu käigus ilmnevate uute viidete kaudu kirjanduse otsimine (*citation tracking*), mis on hea viis uute allikate leidmiseks (ei ole kallutatud uurija enda poolt ette määratud märksõnadega). Artiklite leidmiseks on kasutatud erinevaid andmebaase ja otsingumootoreid (nt Google'i otsingumootor, Google Scholar, E-kataloog ESTER, Web of Science). Kirjanduse otsingul on kasutatud erinevaid valdkonnas kasutatavaid märksõnu eesti ja inglise keeles, mis lähtusid otseselt uuringu teemast ja uurimisküsimustest: narkootiline aine (*drugs, narcotic drugs*), opioidid (*opioids*), opiaat (*opiate*), amfetamiinid (*amphetamines*), narkoravi ja rehabilitatsioon (*addiction treatment, rehabilitation*), sotsiaalne tugi (*social support*), metadoonasendusravi (*methadone substitution treatment*), narkosõltlased (*drug addicts*), uimastitarvitajad (*drug users*), uimastid (*drugs*), sõltlased (*addicts*), sõltuvushäire (*drug dependence, drug addiction*), õigusrikkujad (*criminals, offenders*), vangid (*prisoners*), kurjategijad (*criminal offenders*), narkomaania (*illicit drug use*), agressiivne käitumine (*aggressive behaviour*), RHK-10 (*ICD-10*), metaanalüüs (*meta-analysis*), WHO, EMCDDA jm.

Mõningaid kuritegevuse ja narkosõltuvuse vaheliste seoste uuringuid on Euroopas varem tehtud. Euroopa vangide populatsiooni puhul on hinnatud, et umbes pooled vangidest on kasutanud narkootilisi aineid vähemalt kord elu jooksul (Zurhold *et al.*, 2005). Kõige kõrgem narkootiliste ainete tarvitamise määr elu jooksul enne vangistust on Euroopa vangide seas EMCDDA 2012.<sup>19</sup> aasta raporti järgi Hollandis ja Suurbritannias (80%). Kõige sagedamini on vangid Euroopas enne vanglasse sattumist kasutanud kanepit, seejärel kokaiini ja siis amfetamiini (EMCDDA, 2012). Eesti vangid erinevad mõneti Euroopa teiste riikide vangidest erinevate tarvitatud uimastite osakaalu poolest. Tulemusi on täpsemalt kirjeldatud allpool. Narkokuritegude<sup>20</sup> arv jäi aastatel 2003–2015 vahemikku 866–1558 juhtumit (Ahven *et al.*, 2016). Enamasti oli tegemist narkootikumide suures koguses ebaseadusliku käitlemisega. Kõigist registreeritud kuritegudest moodustasid narkokuriteod 2015. aastal kokku 4,1%. Vanglapopulatsioonis ei ole läbi viidud laialdasemaid uuringuid narkootikumide tarvitamise ja ravi kohta. Eestis on narkootikumide tarvitamise kohta üldisemalt teada, et enamasti tarvitavad süstivad narkomaanid fentanüüli, aga ka amfetamiini (Uusküla *et al.*, 2005; Vorobjov *et al.*, 2013). Lisaks on teada, et enamik Eesti süstivatest narkomaanidest on mehed ja süstivate narkomaanide tarvitamise staaž on keskmiselt 11 aastat (Laht, 2014). Lähtudes käesolevas uuringus

<sup>19</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_191812\\_EN\\_TDSI12002ENC.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDSI12002ENC.pdf), vaadatud 11.03.2016

<sup>20</sup> KarS §-d 183–190

kasutatud 2015. aasta taustaandmetest registreeritud narkokuritegude kohta, on narkootikumide tarvitamise levimus suurem meeste seas (vt tulemusi allpool). Soolist erinevust kõigi uimastite tarvitamise kohta on Eestis keeruline välja tuua, kuna selle kohta puuduvad andmed (nt unerohutude tarvitamine jm).

Mõned kõige laiaulatuslikumad teadusuuringud kuritegeliku käitumise ja narkootikumide tarvitamise seostest on aga tehtud USAs. Seal on kahel korral läbi viidud üleriigiline uuring, mille tulemusena on valminud raportid ADAM (2003)<sup>21</sup> ja ADAM-II (2014).<sup>22</sup> Lisaks on kogutud andmete põhjal ilmunud mitmeid teadusartikleid.<sup>23</sup> ADAM-II uuringus osales üle 25 000 äsja kinni peetud täiskasvanud meessoost isiku.<sup>24</sup> Andmetest selgus, et 2013. aastal oli neist üle 60% kinnipidamisele eelnenud 48 tunni jooksul tarvitanud mõnda narkootilist ainet. Tarvitamine tehti kindlaks uriinitestiga. Kõige levinumaks tarvitatavaks aineks oli marihuaana. Samalt andmehulgalt on leitud (Kopak *et al.*, 2013), et narkosõltuvuse korral on suurem šans karistatud saada üldise süüteo eest<sup>25</sup> (viidatud uuringus tähendab süütegu mistahes liiki õigusrikkumist, sh kuriteod) ja kõrgem on tõenäosus ainetega seotud süüteo toimepanekuks. Alkoholisõltuvus oli samas seotud madalama šansiga süüteo toimepanekuks üldiselt, kuid kõrgema tõenäosusega agressiivse süüteo toimepanekuks. Lisaks on kirjeldatud, et keskeltläbi on uimastitarvitajatel neli korda suurem risk süüteo toimepanekuks (Bennet ja Holloway, 2008).

Kuritegude ja narkosõltuvuse vaheline positiivne korrelatsioon on ka otseselt selgitatav kuritegude ja narkosõltuvuse definitsioonide kaudu. Sõltuvuses inimesel esineb pidev tung ainet tarvitada, aine pideva tarvitamise käigus suurenevad sama seisundi saavutamiseks tarvilikud kogused (tekib tolerantsus), toimub pidev aine tarvitamine (vt sõltuvuse mõiste definitsiooni). Ainega kokkupuude (omamine, vahendamine vm) on seega definitsioonist tulenevalt narkosõltuvuse üks osa ning sõltuvuse arenedes ajas kumuleerub. Mida kauem on inimene ainet tarvitanud, seda nõrgem on tema võime ilma aineta hakkama saada ning seda suuremad on kogused, mis on vajalikud ebameeldivate võõrutusnähtude ärahoidmiseks. Kuriteoks loetakse muuhulgas narkootiliste ainete omamist eesmärgiga seda teistele vahendada (KarS §-d 183–184). Seega mõjutab narkosõltuvuse vähendamine (mis toob kaasa omamise ja vahendamise vähenemise) otseselt kuritegevuse taset. Narkomaania seos teiste (mitte narkootikumidega seotud) kuritegudega on keerulisem.

Kuivõrd narkosõltuvus **põhjustab** kuritegevust, mis ei ole otseselt seotud narkootiliste ainete omamise ja vahendamisega, ei ole üksüheselt selge. Teooriaid on mitmeid (Goldstein, 1985; Goode, 1997; Gottfredson

<sup>21</sup> <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/193013.pdf>, vaadatud 10.03.2016

<sup>22</sup> [https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/adam\\_ii\\_2013\\_annual\\_report.pdf](https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/adam_ii_2013_annual_report.pdf), vaadatud 10.03.2016

<sup>23</sup> <https://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/series/110>, vaadatud 10.03.2016

<sup>24</sup> Inimesed, kes olid viimase 48 tunni jooksul kinni peetud just süüteo eest. Valimisse kaasati ükskõik millise õigusrikkumise eest kinni peetud isikud, kuid välja jäid need, kes said kohtukutse või trahvikviitungi (*citation or released with a desk ticket*) ja siis vabastati.

<sup>25</sup> Kopak *et al.* (2013) artikkel: "**Violent Offenses:** Aggravated assault, Blackmail/extortion/threat, kidnapping, manslaughter–negligence, murder/homicide, robbery, sexual assault/rape, weapons, domestic violence, child abuse, spouse/partner abuse, offense against family/child, violation protection order, other assault, sex offense/indecency with child, and other crime against persons. **Non-Violent Offenses:** Arson, bribery, burglary, burglary tools, damage/destroy property, forgery, fraud, larceny/theft, stolen property, stolen vehicle, trespassing, failure to pay child support, prostitution, embezzlement, fare beating, flight/escape, gambling, obscenity, obstruction of justice, public peace/disturbance, probation/parole violation, technical violation, traffic-related, unspecified warrant, sales no license. **Substance-Related Offenses:** Driving while intoxicated/driving under the influence (DWI/DUI), drug possession, drug sale, liquor, possession of alcohol, under influence of substance."

ja Hirschi, 1990; White ja Gorman, 2000 jt). Üks võimalus seost selgitada on teha seda läbi uimastite mõju ajule ja käitumisele. Näiteks, kuna psühhofarmakoloogilistest uuringutest on teada, et uimastid interakteeruvad inimese enda sisebiokeemiaga ja nende kahe koostoime mõjutab mõtlemist ja käitumist sõltuvalt ainest, siis sellest lähtuvalt on ka ainete, sõltuvuse ja kuritegude seosed spetsiifilised. Seda ideed on rõhutanud näiteks Glenn ja Reine (2014) oma artiklis teadusajakirjas Nature Neuroscience. Mitte kõik uimastid ei vii enamikul inimestel agressiivsete tegudeni. Oluline on ka erinevate uimastite kombinatsioon. Näiteks uurisid Lundholm *et al.* (2013) ligi 200 vangi, kellega viidi läbi intervjuud (nii naised kui ka mehed). Uuriti, kui paljud kuriteo (mõrv, röövimine, vägistamine jms) sooritanud olid 24 tundi enne tegu tarvitanud mõnda uimastit. Leiti, et kõige suurem vägivaldse teo toimepaneku risk erinevate uimastite võrdluses (opioidid, kokaiin, alkohol, bensodiasepiinid jm) oli alkoholil koos bensodiasepiinide tarvitamisega. Alkohol oli ka eraldiseisvalt kõige tugevamalt riskikäitumisega seotud. Lisaks ilmes uuringust, et opioidide ja kanepi tarvitajatel puudus vägivaldse teo sooritamise risk (kui analüüsis olid kontrolli alla võetud ka kõik teised tarvitatud ained).

Teiseks, lisaks uimastite akuutsele efektile võib pikaajalise tarvitamise tagajärjel tekkiv sõltuvus mõjutada inimeste käitumist. Sõltuvushäire üheks osaks on tugev tung ainet tarvitada ka siis, kui selleks puuduvad rahalised vahendid. Hetkeseisuga puudub täpne ülevaade Eesti uimastitarvitajate ja kuritegevuse seoste statistikast, kuid varem on tehtud mõningaid üksikuid uuringuid. Näiteks uimastite hankimise eesmärgil tegutsemine (vargused): Politsei- ja Piirivalveameti Lõuna prefektuuri raporti järgi (Männik, 2012) esines 2011. aastal poevarguste osas kõige enam just alkoholivargusi võrrelduna kõigi teiste kaupadega. Ühes varasemas Politsei ameti raportis (Borodin *et al.*, 2009) on välja toodud narkopolitseinike ekspertarvamused narkootikumide ja süütegude seoste kohta. Sellest ilmnes, et 2009. aastal oli mõnede ekspertide arvates uimastitarvitamine seotud vargustega, kuid kuna igat inimest ei hinnata (uimastite tarvitamise osas), siis ei ole kindel, kas kõik vargused on mingite kindlate uimastitega seostatavad: „Ilmselt päris põhjakäinud, paadunud amfetamiinitarvitajad varastavad poodidest. Nemad on nn kadunud seltskond. Amfetamiinitarvitajate seltskonnas on olnud ka suuremaid vargusi, kus käidud veoautodega maju tühjendamas jms. See on raske otsustada, sest iga varas ei ole veel narkomaan.“ Kuivõrd aga on uimasti regulaarsest tarvitamisest tekkinud sõltuvus kuritegevuse põhjuseks? Teada on, et sõltuvus opioididest kujuneb välja suurema tõenäosusega neil inimestel, kellel on selleks teatav geneetiline eelsoodumus (Levrant *et al.*, 2012). Siit võiks järeldada, et oluline on hoopis see, milline on inimese bioloogiline taust. Selliseid longituuduuringuid, kus eksperimentaalselt testitakse inimeste teatud geenide-uimastite-käitumise-keskkonna seoseid, ei ole aga võimalik eetilistel kaalutlustel läbi viia. Seega ei saa uimastite tarvitamise ja varguste vm ühiskonnas mittesoovitud käitumise põhjuslikkust täie kindlusega väita. Küll aga saab varasematele andmetele tuginedes kinnitada, et seos eksisteerib.

Kolmandaks, inimestel võib olla erinev eelsoodumus hakata erinevaid aineid tarvitama, kuid ainete tarvitamine võib saada alguse ainult teatud keskkonnatingimuste juures. Ehk siis geenid-keskkond interaktsioon on oluline (nt Harro ja Orelant, 2016). Näiteks võib inimene kuriteo toime panemise järel sattuda vanglasse ning sellise negatiivse toimega keskkonna mõjul (liikumispääs, stress, pere kaotus, depressioon vm) hakata vabanemisel uimasteid kasutama. Keskkond, sh kultuuriline kontekst, mõjutab seda, kuivõrd on kuritegevus uimastite tarvitamise põhjus või tagajärg. Ka näiteks Bennet ja Holloway selgitavad oma töös (2008), et kuritegevuse ja uimastite tarvitamise vaheline seos ei ole üksüheselt selge, vaid sõltub kultuurilisest kontekstist. Uurijad on oma artiklis jaganud kuritegevuse ja uimastitarvitamise seoste teooriad üldiselt kolmeks: 1.) põhjuslik (kuritegevus põhjustab uimastite tarvitamist või uimastite tarvitamine põhjustab kuritegevust); 2.) ühise kõrvaltunnuse mõju (st mingi kolmas tegur põhjustab nii kuritegevust kui ka uimastite tarvitamist samaaegselt); 3.) mittepõhjuslik seos (uimastite tarvitamine ja

kuritegevus on seotud, aga seos pole põhjuslik). Seega, uimastite ja kuritegevuse seosed võivad, aga ei pruugi olla kokkuvõttes põhjuslikud ei üht- ega teistpidi. Narkosõltuvus võib olla kuritegeliku käitumise põhjus aga ka tagajärg.

### 3.1.2 Millised on narkosõltuvusest tulenevad kahjud ühiskonnale?

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) 2013. aastal kogutud andmetel (WHO, 2015)<sup>26</sup> on maailmas ligikaudu 246 miljonit uimastitarvitajat. Kahjud ühiskonnale on võimalik liigitada kolmeks:

1. narkosõltuvusest tulenev otsene kahju teistele inimestele – mittesõltlastele (nt kuritegevus);
2. narkosõltuvuse all kannatava inimese isiklik kahju (sh tervishoiusüsteemi koormus);
3. indiviidi eraldumise kahju ühiskonna funktsioneerimisele tervikuna (oskuste kadu, tööjõu kadu jms).

Kulude ja kahju hindamisel on vajalik esmalt hinnata probleemiga inimeste hulka rahvastikus. Käesoleva sihtrühma puhul on aga tegemist keeruka ülesandega, kuna puuduvad terviklikud andmed sellest, kui paljudel inimestel rahvastikus esineb uimastitarvitamise probleemi ja sõltuvushäireid. Siiski on võimalik anda mõningaid hinnanguid erinevate uuringute põhjal. Eestis omas rahvusvahelise ametliku statistika järgi narkootikumidest põhjustatud häire (RHK-10 järgi) diagnoosi hinnanguliselt 0,02% naistest ja 0,07% kõigist meestest (WHO, 2010);<sup>27</sup> seega ümardatult 300 naist ja 1000 meest. Tegemist on aga aegunud hinnanguga. Viimaste TAI kodulehelt kättesaadavate andmete põhjal oli Eestis 2014. aastal psühhiaatri poolt registreeritud kokku 3990 (nii uued kui ka ravil viibijad) narkootikumidest põhjustatud häirega inimest (ei sisalda alkoholi tarvitamise häireid), kellest 3008 olid mehed ja 982 naised. Statistikaameti 2014. aasta rahvastikuandmete<sup>28</sup> (614 919 meest ja 700 900 naist) järgi moodustas see 0,05% meestest ja 0,03% naistest. Oluline on märkida, et see statistika ei kajasta probleemi kogu ulatust, sest paljudel juhtudel ei ole narkootikumide tarvitaja või sõltlane sattunud psühhiaatri juurde või ei soovi ta uuringutes osalemisel enda kohta infot avaldada. Tegemist on laiema probleemiga kogu valdkonnas. Uimastitarvitamise levimuse alahindamine on kõige tavalisem ühiskondades, kus uimastitarvitamine on karistatav vangistuse või arestiga (nagu Eestis). Degenhardt ja Hall (2012) kirjutavad nii: *“Major challenges exist in the accurate estimation of the prevalence of an illegal, and often stigmatised, behaviour like illicit drug use. This is especially so in cultural settings where illicit drug use can lead to imprisonment, and where research participants cannot be assured of confidentiality or freedom from reprisals for disclosing their drug use behaviours.”*<sup>29</sup> Ka Eestis on teistel meetoditel (arvestades korraga erinevaid allikaid: raviregistrid,

<sup>26</sup> United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015

<sup>27</sup> ATLAS of Substance Use Disorders, WHO, 2010

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/atlas\\_report/profiles/estonia.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/atlas_report/profiles/estonia.pdf), vaadatud 11.03.2016

<sup>28</sup> Statistikaameti 2014. aasta rahvastikuandmed: [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01RAHVASTIKU\\_NAITAJAD\\_JA\\_KOOSSEIS/01RAHVASTIKUNAITAJAD\\_JA\\_KOOSSEIS.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01RAHVASTIKU_NAITAJAD_JA_KOOSSEIS/01RAHVASTIKUNAITAJAD_JA_KOOSSEIS.asp), vaadatud 11.03.2016

<sup>29</sup> Tõlge eesti keelde: „Peamised probleemid praeguses süsteemis on: raske on täpselt hinnata narkootiliste ainete kasutamist, sest see on ühiskonnas stigmatiseeritud käitumine. Eriti esineb sildistamist ja negatiivseid hoiakuid narkosõltuvuse suhtes just neis ühiskondades (kultuurides), kus narkootiliste ainete tarvitamine võib viia vangistuseni ja kus uuringutes osalejatele pole võimalik tagada konfidentsiaalsust ja tagada seda, et uuringus osalemisel ja info jagamisel poleks nende jaoks negatiivseid tagajärgi.“

surmaregistrid jm) saadud hinnangud uimastitarvitajate osakaalu kohta oluliselt kõrgemad, kui näitab ametlik statistika. Näiteks märkisid Uusküla *et al.* (2013), et 2009. aastal oli ainuüksi süstivaid narkomaane kokku 0,9% rahvastikust. Üldiselt – kui võrrelda kättesaadava statistika alusel alkoholist ja narkootilistest ainetest tingitud psüühika- ja käitumishäirete esinemissagedust, siis erinevatel aastatel ja erinevate allikate järgi on narkootikumidest põhjustatud registreeritud<sup>30</sup> psüühikahäirete (sh sõltuvus) määr üldpopulatsioonis üldjuhul oluliselt väiksem kui alkoholi puhul. WHO 2010. aastal avaldatud, kuid 2004. aastat kajastavate andmete järgi oli 15-aastastest ja vanematest naistest 1,6% ja 15-aastastest ja vanematest meestest 11% aasta jooksul kogenud alkoholist tingitud psüühikahäireid. TAI 2014. aasta<sup>31</sup> ja Statistikaameti 2014. aasta andmetel esines alkoholist tingitud psüühikahäireid kokku 6637 mehel 614 919st ehk 1%, ning 1424 naisel 700 900st ehk 0,02%. Eesti Konjunkturiinstituudi poolt läbi viidud küsitluse tulemuste analüüsist (2014 TAI andmed) ilmnes, et 6,5% meestest (15+ vanuses) ja 0,5% naistest (15+ vanuses), kes küsitlusele vastasid, olid otsinud abi alkoholist tingitud psüühikahäire tõttu (Eesti Konjunkturiinstituut, TAI, 2015, „Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis“).<sup>32</sup>

Varasemate laiaulatuslike uuringute järgi on narkootiliste ainete tarvitamise (*drug use*) levimus mõnevõrra kõrgem narkosõltuvuse määrast (WHO, 2010; UNODC, 2011). Näiteks opioidide<sup>33</sup> tarvitamise esinemissageduseks oli EMCDDA 2008. aasta andmete põhjal hinnatud Eestis 1,52%, mis on vähem kui Venemaal (1,64%), kuid oluliselt rohkem kui Rootsis (0,23%), Lätis (0,75%) ja Soomes (0,23%) (UNODC, 2011). 2014. aasta haigestumuse andmete järgi (TAI) oli kokku registreeritud 300 opioidide tarvitajat (0,02% rahvastikust), kes vajasid ravi: 227 meest ja 73 naist. Eesti rahvastiku tervisekäitumise uuring viidi läbi ka 2014. aastal, kus uuriti mh narkootiliste ainete tarvitamist, kuid TAI kodulehel ei ole hetkeseisu andmed teiste uimastite (v.a kanep) kohta kättesaadavad. Tarvitamise näitajad on samas ajas muutuvad ning tervikliku statistika puudumisel on praegusel ajahetkel Eestit teiste riikidega keeruline võrrelda.

Probleemi suurust ja kahjusid Eesti ühiskonnale, võrreldes teiste riikidega, illustreerib asjaolu, et Eestis oli viimase EMCDDA (2015) raporti 2013. aastal kogutud andmete järgi Euroopa kõrgeim uimastitest tingitud surmade osakaal: ligikaudu 13 surma 100 000 elaniku kohta.<sup>34</sup> Soomes oli 2015. aasta raporti järgi näiteks 5 surma 100 000 elaniku kohta ja Rootsis 7 surma 100 000 elaniku kohta. Euroopa Liidu keskmine suremus on ligikaudu 2 surma 100 000 elaniku kohta. Enamasti on surmade põhjuseks opioidide üledoos. Keskmine vanus surres oli 37 aastat (EMCDDA, 2015a).<sup>35</sup> Opioidide üledoosist tingitud surmajuhtumite ennetamiseks on Eestis võetud kasutusele naloksoonisüstalde jagamise programm (alates 2013. aastast). Programmi kulutõhusust ja mõju on hinnatud 2015. aastal Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituudi poolt koostatud raportis (Männisalu *et al.*, 2015). Teiste riikide andmete ja Männisalu *et al.* (2015) raporti põhjal on tegemist

<sup>30</sup> Kõik häired ja haigused ei pruugi olla diagnoositud, kuna inimesed ei tarvitse arsti vastuvõtule jõuda.

<sup>31</sup> <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/statfile2.asp>, vaadatud 11.03.2016

<sup>32</sup> [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Tervisevaldkond/144774789351\\_alkoholi\\_turg\\_2015.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/144774789351_alkoholi_turg_2015.pdf), vaadatud 02.05.2016

<sup>33</sup> WHO (2011) raportis on defineeritud opioidid laiema mõistena – sisaldades nii morfiini, kodeiini, metadooni, fentanüüli, buprenorfiini jt. Opiaadid on aga kitsam ainete grupp – oopiumi derivaadid.

<sup>34</sup> EMCDDA European Drug Report 2015. <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/drug-use/by-country/>

<sup>35</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_EN\\_TDAT15001ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_EN_TDAT15001ENN.pdf), vaadatud 11.03.2016

efektiivse meetodiga surmajuhtumite ennetamisel. Kuivõrd programmiga alustati alles 2013. aastal, siis ei ole veel võimalik programmi pikaajalist mõju Eesti ühiskonnale hinnata.

Alkoholist tingitud surmade osas kuulub Eesti 2014. aasta WHO raporti järgi esikümnesse nii Euroopas kui ka maailmas. Alkoholist tingitud surmade osakaal moodustab Eestis ligikaudu 21% kõigist surmadest (WHO, 2014,<sup>36</sup> lk 317, GISAH andmebaas<sup>37</sup>). Praegu kättesaadavate kõige uuemate andmete järgi (2014. aasta andmed TAI andmebaasist) oli 2014. aastal kokku 15 467 surma haiguse tagajärjel, millest 460 oli otseselt seotud alkoholi tarvitamisega. See hinnang (3%) on oluliselt väiksem kui WHO hinnang, kuna sisaldab vaid terviseandmestiku andmeid (alkoholiga seotud haiguste diagnoosid), kuid ei sisalda näiteks alkoholi tarvitamisest tingitud liiklusõnnetustes hukkumisi. Teised riigid, kus on kõrge alkoholist tingitud surmade osakaal, on näiteks Venemaa (31%), Läti (24%) ja Leedu (31%) (WHO, 2014). Seega on uimastite tarvitamine Eestis oluliselt kõrgema surmariskiga kui mitmetes teistes riikides, mistõttu on meie ühiskonna jaoks tegemist olulise probleemiga nii inimestele endile ja nende lähedastele kui ka ühiskonnale tervikuna. Põhjusi, miks uimastitest tingitud suremus on Eestis niivõrd suur, võib olla mitmeid. Näiteks võivad tarvitatavate ainete mõju organismile (fentanüül), tarvitamiskultuur, aga ka üledooside ennetamise efektiivsus, ravivõimalused ning suhtumine ravisse suremusnäitajaid mõjutada. Käesolevas aruandes käsitletakse tulemuste osas mõningaid neist: ravivõimalused ja suhtumine ravisse, tarvitajate profiil ja tarvitamise mustrid. Fookus on just õigusrikkujatest narkosõltlaste ravivõimaluste ja rehabilitatsiooni uurimisel.

Narkootiliste ainete tõttu tekkiv kahju igale indiviidile ja tema lähedastele on väga erinev. Narkosõltuvus võib välja kujuneda kõigil, kes ainet tarvitama hakkavad. See, kas sõltuvus kujuneb välja või mitte, on aine ja indiviidi ning keskkonnamõjude interaktsioonis toimuv protsess, mille kohta ei ole siiski võimalik ka väga paljusid teadusartikleid arvesse võttes erinevate ainete puhul kindlat hinnangut anda. Küll on teada, et opioididest kujuneb sõltuvus enamikul inimestest tõenäolisemalt kui mõnedest teistest uimastitest. Põhjus on aine neurobioloogilise ja ka psühholoogilise mõju erinevustes. Sõltuvuse väljakujunemise tuumaks on puudujääk positiivses tagasisides (sarrustamises) (Koob, 2013). Mõnedel ainetel (opioidid) on tugevam positiivse enesetunde loomise efekt (valu vaigistav, lõõgastav, närvisüsteemi pidurdav toime), mõnedel juhtudel võib aga esineda ka negatiivseid kogemusi või iiveldust vm ebamugavustunnet ning hirmutavaid kogemusi, mis võivad pärssida aine edasist kasutamist (nt kanep, amfetamiin). Täpsemalt on võimalik erinevate ainete toime ja sõltuvuspotentsiaali kohta lugeda erialakirjandusest (nt Wikler, 2013; Julien, 2013; Maldonado, 2003 jpt).

Ainete tarvitamisest tekkiv kahju indiviidile ja tema lähedastele on väga erinev. Mõnel juhul võib narkootikumide tarvitajaks olla üksikema, kelle lapsed jääksid tema surma järgselt riigi või sugulaste hoolde. Teisel juhul võib narkosõltlaseks olla ettevõtte juht, kelle töövõimetuse tõttu võib ettevõtte pankrotistuda ja töötuks jääda mitmeid inimesi. Narkootiliste ainete tarvitamisest tingitud otsest emotsionaalset ja kaudset rahalist kahju ei ole võimalik täielikult hinnata, sest narkosõltlaseks võib saada igaüks.

<sup>36</sup> WHO (2014). Global status report on alcohol and health. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf), vaadatud 11.03.2016

<sup>37</sup> Global information system on alcohol and health. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH>, vaadatud 10.03.2016

Üheks viisiks, kuidas väga üldiselt ja kvantitatiivselt hinnata narkosõltuvuse mõju ühiskonnale, on teha seda haiguskoormuse näitaja kaudu (DALY – *disability adjusted life years*).<sup>38</sup> Maailmas on narkootikumidest tingitud eluaastate kadu hinnatud 2010. aastal (Degenhardt *et al.*, 2013), mil see oli ligikaudu 0,8%. See tähendab, et 70-aastase oodatava elueaga inimesel on narkootiliste ainete tarvitamisega seotud haigusest tingitud kuude kadu (nt töövõimetus) keskmiselt umbes 6 kuud. Eesti populatsioonis (ligikaudu 1,3 miljonit elanikku) teeb see kokku umbes 650 000 kaotatud eluaastat 70-aastase eluperioodi kohta. Hetkeseisuga kättesaadavat avalikku statistikat kasutades – arvestades 2014. aasta sisemajanduse koguprodukti (15 200 eurot *per capita*)<sup>39</sup> ja lähtudes nominaalsest SKPst, võtmata arvesse hindade muutust ja arvestamata narkootikumidest tingitud rahalist kahju riigile (nt kurjategijate sissetulek narkootikumide müügist) – on narkosõltuvusest tingitud mitteproduktiivsete eluaastate kulu umbes 9,9 miljardit eurot 70 aasta kohta, st umbes 141 miljonit eurot aastas.<sup>40</sup> Kulud ühiskonnale on suured ka teistes riikides.<sup>41</sup> Näiteks on USA Rahvuslik Terviseinstituut (National Institute of Health, NIH)<sup>42</sup> hinnanud narkootilistest ainetest tuleneva kahju suuruseks riigile 193 miljardit dollarit aastas (kuritegevus, tervishoid, töövõime kadu kokku), sellest 11 miljardit on seotud kulutustega tervishoiule.

Õigusrikkumiste eest narkosõltlastele määratavad arestid on riigile väga kulukad. Näiteks Austraalias tehtud retrospektiivne kohortuuring, mis hõlmas opioidasendusravi (OAR) esmakordselt saavaid patsiente (N=47 196) aastatel 1985–2010, leidis, et selle kohordi arestide kogukulu aastatel 2000–2012 oli ligikaudu 3 miljardit Austraalia dollarit. Uuritud opioidsõltlastest 37% (meestest 43%, naistest 24%) olid arestimajas olnud elus vähemalt ühe korra, naised keskmiselt kaks korda (vahemik 1–35) ja mehed kolm korda (vahemik 1–47) (Degenhardt *et al.*, 2014).

Leitud on, et väike osa opioidsõltlastest sooritab enamiku kuritegudest, kusjuures valdavalt tehakse seda nooremas eas. Aastatel 1985–2010 opioidasendusravi saanud New-Walesi kohordi (n=48 069) andmete linkimine kohtu andmetega ajavahemikul 1993–2011 näitas, et 21% sõltlastest sooritas kaks kolmandikku (67%) kõikidest süütegudest (Degenhardt *et al.*, 2013). Vaadeldud kohordis oli 80% meestest ja 68% naistest saanud kohtus süüdistuse, enam juhtus seda vanuses 15–19 ja 20–24. Levinumaks süüdistuseks oli vargus (25%).

Eesti Politsei- ja Piirivalveameti analüüsibüroo analüüs, milles uuriti isikuid (n=2098), kes 2009.–2012. aastal olid pannud toime vähemalt kaks narkoväärtegu (NPALS § 151), näitas, et kõikidest nende poolt toime pandud kuritegudest kaks kolmandikku (68%) olid vargused, ning väärtegudest 38% moodustasid narkoväärteod (Paabo ja Aru, 2013). Analüüs näitas, et nn narkoainete korduvatvajajatele (n= 2088), kes suure tõenäosusega on narkosõltlased, määrati trahve 3 337 118 euro ulatuses, millest tasuti ainult 17% (553 180 eurot). Trahvide mittetasumist selgitab asjaolu, et enamik uuritustest ei töötanud (87%), kellest

<sup>38</sup> <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/9831/5018>, vaadatud 10.03.2016

Haiguskoormuse näitaja arvutatakse järgmiselt: enneagse surma tõttu kaotatud eluaastad (*years of life lost*, YLL) ja aastad, mida inimene pole elanud täie tervise juures (*years lost due to disability*, YLD), ning need kaks näitajat summeeritakse.

<sup>39</sup> <https://www.stat.ee/29879>, vaadatud 10.03.2016

<sup>40</sup> Tegemist on väga üldise hinnanguga, mis lähtub SKPst ega arvesta kõikvõimalikke mõjutegureid ja kaudseid kulusid. Kuna kuluhinnangu meetodika koostamine ei ole käesoleva uuringu fookus, siis täpsema kuluhinnangu saamiseks peaks narkosõltuvuse valdkonnas vajadusel läbi viima eraldi uuringu.

<sup>41</sup> Otsest võrdlust nende kahe arvu vahel teha ei saa, kuna tegemist on erinevatel meetoditel saadud hinnangutega. Küll aga on siit võimalik välja lugeda, et Eestis ja USAs on narkosõltuvuse kulud märkimisväärselt suured.

<sup>42</sup> <http://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics>, vaadatud 10.03.2016

omakorda 28% olid õpilased. Üle poole korduvatritajatest (n=1027, 51%), kes tinglikult võisid olla ka narkosõltlased, olid karistatud arestiga.

Paabo ja Aru (2013) ülevaates registreeritud narkoväärtegedest ning korduvatritajate seotusest teiste süütegude sooritamisega vaadeldi ka prefektuuride analüütilisi aastaaruandeid. Ilmnes, et nt Ida prefektuur märkis oma aastaaruandes: „*Prefektuur on seisukohal, et kõige mõjusam viis nende isikute tegude osas õiguskorda tagada, on neile aresti määramine ehk ühiskonnast isoleerimine. Eriti kuna nende tegevus ei piirdu vaid keelatud ainete tarvitamises ning pisivargustes. Sealjuures tuuakse välja, et seoses ekspertiiside määramisega on aresti taotlemine keerukas, seetõttu määratakse arest eelkõige just pisivarguste asjades*“ (Paabo ja Aru, 2013). Kuigi tsiteeritud seisukoha järgi on arest korduvatritajatele tõhus karistus, ei pruugi see nii olla.

USA teadlased leidsid 93 suurlinna aastate 1992–2002 andmete põhjal, et kangemate narkootikumide tarvitamisega seotud arestid ei vähenda narkootikumide süstijate arvu ning et arestide määramise asemel oleks narkomaaniaravile suunamine tõhusam lahendus (Friedman *et al.*, 2011).

### 3.1.3 Millised on võimalused kahjude ennetamiseks või leevendamiseks?

Nii nagu kõigi teiste haiguste ja häirete puhul, on ka sõltuvushäire ja ainete kuritarvitamise korral kõige efektiivsemaks võtteks ennetustöö ja ravi, mis on välja toodud ühe olulise põhimõttena Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valges raamatus (2014).<sup>43</sup> Nii EMCDDA, UNODC kui ka WHO igaaastaste narkoraportite üheks sõnumiks on olnud, et ennetustöö, sekkumiste ja regulatsioonide kaudu on võimalik probleemi kontrolli all hoida ja vähendada. Erinevates riikides kasutatakse uimastisõltlaste jaoks mitmeid erinevaid ravivõimalusi, näiteks metadoonasendusravi ja ka psühhosotsiaalseid programme.

#### Rehabilitatsiooniprogrammid ja motiveerimine

Uimastisõltlastele suunatud rehabilitatsiooniprogrammide tõhususe võrdluse kohta on olemas põhjalik ülevaade (Karton *et al.*, 2015), milles on välja toodud tõenduspõhised programmid, mille rakendamist võib pidada tõhusaks meetmeks ka Eestis. Oluline on aga märkida individuaalse sekkumise olulisust psüühikahäirete ravis. Sõltuvus on psüühikahäire (RHK-10 järgi). Sarnast kontseptsiooni on rakendatud Taani vanglates (Kolind *et al.*, 2012), kus eelkaristuse ajal on uimastisõltlaste motiveerimine üks olulisemaid tegevusi – see aitab parandada ravile suundumise määra ning loob kokkuvõtteks soodsama ravipinnase. Samuti rakendatakse seal individikeskset lähenemist. Iga indiviidi eesmärgid, motivatsioonilikkad ja soovid on erinevad, mistõttu on vajalik ravis ja rehabilitatsioonis sellele tähelepanu pöörata.

Üheks oluliseks osaks sõltuvushäiretega inimeste ravis on sisemine motivatsioon ravis osalemiseks ja valmisolek muutusteks. Soovi ühiskonda tagasi pöörduda on võimalik suunata läbi motiveeriva intervjuerimise. Ravi esimeseks sammuks on ravile asuja enda sisemine motivatsioon terveneda, ja motiveeriva intervjuu näol on tegemist meetodiga, mis on teaduspõhine (Carroll *et al.*, 2006) ning sõltuvushäiretega inimeste ravis kogu maailmas laialt kasutusel. On näidatud, et ka ühekordne motiveeriv intervjuu spetsialistiga võib olla tõhus (McCambridge ja Strang, 2004). Motiveerivat intervjuerimist viivad läbi erialaspetsialistid. Eestis on loodud motiveeriva intervjuerimise ühing (EMITA) ning on olemas spetsialistid, kes on koolitatud motiveerivat intervjuud läbi viima (ühingu koduleht: [www.emita.ee](http://www.emita.ee)). Enamasti on nendeks psühholoogid, aga leidub ka arste ja õdesid, kes on vastava metodika omandanud.

<sup>43</sup> Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014. Siseministeerium.

Vastavaid teadmisi omavad mõned kriminaalhooldajad, kes on läbinud motiveeriva intervjuu läbiviimise koolituse. Käesoleva uuringu käigus selgus fookusgrupi intervjuudest, et on mitmeid inimesi, kellel on huvi oma teadmisi arendada, kuid kriminaalhooldajate endi hinnangul nad enamasti motiveerivat intervjuueerimist siiski ei kasuta. Puudub info, kui paljud ja milliste erialade inimesed on õigussüsteemis läbinud motiveeriva intervjuueerimise koolituse. Intervjuueeritud kriminaalhooldajad olid enda sõnul avatud muudatustele ja sooviksid lisakoolitusi. Koolitustel omandatu rakendamiseks tuleks motiveeriva intervjuu läbiviimiseks luua sobivad võimalused.

### Asendusravi

Üheks võimaluseks ühiskondlike kahjude ennetamiseks ja vähendamiseks on õigusrikkujatele ravimravi pakkumine. Levinuimaks asendusraviks on metadoonasendusravi opioidsõltlastele, mis on ka Eestis kõige enam kasutusel. Dokumenti „Narkomaania ravijuhis“ on näiteks Tartu Ülikooli Kliinikumi andmetel eraldi täiendatud „Opioidsõltuvuse ravijuhisega“.<sup>44</sup> Asendusravi tõhusust on põhjalikult hinnatud teadusuuringutega. Näiteks 2015. aastal avaldati rahvatervise valdkonna ajakirjas metaanalüüs (Sun *et al.*, 2015), kus autorid tõid välja erinevates riikides läbi viidud uuringute koguvalimi (kokku 30 239 osalejat) metadoonravi<sup>45</sup> tõhususe andmed. Uuringu peamiste tulemuste kokkuvõtte on all olevas tabelis (tabel 1).

**Tabel 1.** Kokkuvõtte metadoonravi tõhususest Sun *et al.* (2015) artikli põhjal. Sotsiaalne funktsioneerimine (sh töö) ja peresuhted enne ja pärast metadoonravi (MMT) protsentides

Funktsioneerimise indikaator	Baastase (enne MMTd)	Periood pärast ravi algust		
		6 kuud	12 kuud	>12 kuu
Heade peresuhete osakaal	39,7 (35,1–44,6)	63,3 (54,7–71,1)	72,1 (65,1–78,2)	83,2 (77,8–87,6)
Tööhõive määr	26,1 (23,6–28,8)	47,3 (40,9–53,8)	54,7 (47,4–61,9)	45,5 (37,2–54,1)
Igapäevane kontakt uimastidiileritega	25,3 (18,9–33,0)	4,0 (2,4–6,4)	7,7 (1,4–33,2)	1,0 (0,1–6,6)
Kinnipidamismäär (arest)	13,1 (9,1–18,5)	3,4 (1,5–7,7)	4,3 (1,6–11,4)	7,7 (5,7–10,4)
Uimastitega seotud kuritegevuse osakaal	9,9 (6,8–14,2)	3,4 (2,5–4,5)	3,4 (0,8–13,1)	3,3 (2,1–5,3)
Uimastite müümise osakaal	6,5 (3,4–12,0)	1,4 (0,5–3,9)	3,0 (1,0–8,9)	1,0 (0,1–6,6)
Prostitutsiooni osakaal (uimastite saamise eesmärgil)	5,3 (2,4–11,1)	1,1 (0,5–2,3)	0,8 (0,3–1,9)	1,0 (0,1–6,6)

Märkus. Tabelis on näha osalenute määr vastavalt funktsioneerimise indikaatorile (sulgudes on märgitud erinevate uuringute keskmiste väärtuste varieerumishemik: 95% usalduspiirid).

Sellest metaanalüüsist nähtub, et metadoonraviga on võimalik suurendada püsiva narkosõltuvusega inimeste toimetulekut nii isiklikus sfääris kui ka laiemalt. Metadoonravi vähendas metaanalüüsi andmetel kuritegevust aastase sekkumise järel kuni poole võrra, iga teine sõltuvusravile tulija hakkas käima tööl, peresuhted paranesid ajas baastaseme suhtes kasvavalt. Pärast aastast sekkumist raporteeris häid peresuhteid enamik ravil osalejatest. Märgatavalt vähenes igapäevane kontakt uimastidiileritega.

<sup>44</sup> www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/ravijuhised, vaadatud 10.03.2016

<sup>45</sup> http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/images/stories/ravijuhised/Opioid-fin-ver.pdf, vaadatud 10.03.2016

Metadoonravi kasutatakse opioidsõltuvuse korral asendusravina, et aidata inimestel taastada igapäevane funktsioneerimine.

Varasemad uuringud kinnitavad, et opiaatsõltlaste raviks laialdaselt kasutatav opioidasendusravi (OAR) on kulutõhus ja ohutu ning vähendab ravil olevate patsientide kriminaalsust ja suremust. Samuti parandab see narkootikumidega seotud nakkushaiguste (HIV, C-hepatiit jms) testimist ning suurendab nakatanute hõlmatust raviga. Selles peatükis vaatlemegi narkomaaniaravi tõhusust, kasutades ainult hiljuti avaldatud metaanalüüse, retrospektiivseid andmete linkimisel põhinevaid pikaajalise jälgimisperioodiga kohortuuringuid ja kliinilisi katseid. Ülevaatesse sattus palju Austraalias tehtud uuringuid, kuna seal on loodud väga head tingimused registripõhiste uuringute tegemiseks ning on juba aastakümneid kogutud isikupõhiseid andmeid asendusravi saavate patsientide kohta. See võimaldab teha teiste registrite andmete linkimisel põhinevaid häid retrospektiivseid kohortuuringuid.

Teadusuuringud näitavad, et vanglast vabanemisel on narkosõltlasel, eriti neil, kes kasutavad opioide, oht surra narkootikumide kasutamisest tingitud mürgistuse tagajärjel. Uuringud on näidanud, et opioidasendusravi vanglas ja pärast vanglast vabanemist vähendab suremust selles riskirühmas. Austraalias hiljuti tehtud kohortuuring (n=16 453, ajaperiood 1985–2010) näitas, et OAR vanglas ja selle jätkumine pärast vabanemist vähendas narkosõltlase suremust vanglast vabanemise järel 75% võrra (kohandatud riskimäär 0,25; 95% CI=0.12, 0,53) (Degenhardt *et al.*, 2014).

Šotimaal tehtud uuring, milles vanglate andmebaasi ja surmaregistri andmete linkimisel võrreldi vanglast vabanenud sõltlaste surmasid üledooside tõttu enne OARi rakendamist (1996–2002) ja pärast selle rakendamist (2003–2007), näitas, et asendusravi vähendas suremust (2,2 surma 1000 vabanemisjuhu kohta; 95% UV=1,8–2,5), võrreldes asendusravita perioodiga (3,8 surma 1000 vabanemisjuhu kohta; 95% UV=3,4–4,2) 12 nädala jooksul, kuid suremus esimesel kahel vabanemisnädalal jäi väga kõrgeks (Bird *et al.*, 2015). Metaanalüüs, mille kriteeriumidele sobis kuus uuringut Inglismaalt, Austraaliast ja USAst (69 093 inimaastat, 1033 surma 12 esimesel vabanemise nädalal) kinnitas, et vanglast vabanemise esimesel kahel nädalal on kolm kuni kaheksa korda suurem risk surra narkootikumidega seotud üledoosi, võrrelduna nädalatega 3–4 ja 5–12, kusjuures risk püsib kõrgena kuni neljanda nädala lõpuni (Merrell *et al.*, 2010).

Retrospektiivne andmete linkimisel põhinev uuring (n=13 468, 10-aastane jälgimisperiood) leidis, et suremus oli väiksem nende hulgas, kes said OARi (0,3%) vanglast vabanemisele järgnenud kuuel kuul, võrreldes ravi mittesaaajatega (0,7%), ning leiti, et OARi ravi alustamine kohe pärast vanglast vabanemist on kulutõhus ja inimelusid päästev (Gisev *et al.*, 2015). Eespool välja toodud tulemused toetavad asendusravi jätkamise vajalikkust kohe vanglast vabanemise järel. Teisisõnu, narkosõltlase vanglast vabanemisel on narkosurmade ennetamise seisukohalt kõige kriitilisemaks perioodiks esimesed kaks nädalat, ja kuna on teada, et parim viis seda ennetada on võimaldada ravi jätkamist kohe pärast vabanemist, **tuleks Eestis paremini korraldada vanglast vabanenute ravile ligipääs vabanemise esimesest päevast alates** (vt ptk 3.5).

On leitud, et buprenorfiinil põhineva ravi puhul on patsientide suremus ravi algul väiksem, võrreldes ainult metadoonraviga. Aastatel 2001–2010 tehtud retrospektiivne kohortuuring (32 033 opiaatsõltlasest patsienti, kes alustasid ravi metadooni või buprenorfiiniga) näitas, et võrreldes ainult metadooni tarvitamisega, vähendas buprenorfiini tarvitamine suremust esimesel neljal ravinädalal, kuid pärast seda erinevus kahe rühma vahel puudus (Kimber *et al.*, 2015). Seetõttu on soovitatav asendusravi algul eelistada buprenorfiini ja hiljem üle minna metadooni kasutamisele.

Opioidasendusravi puhul on hea võimalus siduda ravil olevad sõltlased ka muude raviteenustega, sh eelkõige HIVi ja C-hepatiidi testimise ja raviga (Perlman *et al.*, 2015). Opioidasendusravi kohordi andmete rutiinne linkimine viirushepatiit C teatistega 15 aasta vältel näitas, et asendusravil olevate narkosõltlaste C-

hepatiidi skriining tõstis selle nakkuse avastamise määra süstivate narkomaanide hulgas, võrreldes ajaga, mil asendusravil ei viibitud (Larney *et al.*, 2015).

Süsteemne ülevaade, milles vaadeldi viimase 35 aasta jooksul tehtud tõenduspõhiseid ja ka hinnatud sekkumisi, näitas, et statistiliselt vähendas narkotarvitajatest õigusrikkujate retsidiivsust oluliselt kogukonnapõhine narkomaaniaravi (viis uuringut, keskmine vähenemine 12%), sh ainult narkoküsimustega tegelevad kohtud (nn Adult Drug Courts) (n=56, vähenes 11%), terapeutiline kommuun vanglas koos järelhooldusega kogukonnas (n=6; vähenes 7%) ja sama sekkumine ilma järelhoolduseta (n=7, vähenes 5%), kognitiiv-käitumuslik teraapia vanglas (n=8, vähenes 7%) ja narkomaaniaravi vanglas (n=9, vähenes 6%) (Aos *et al.*, 2006). Terapeutilised kommuunid on Eesti mõistes vanglate narkomaaniavabad osakonnad, millest osade puhul võimaldatakse ka järelhooldust pärast vanglast vabanemist. Süsteemne ülevaade (viis uuringut) näitas, et vanglapõhine opioidasendusravi vähendas heroini tarvitamist 62–91%, narkootikumide süstimist 55–75% ning süstalde ja/või nõelte jagamist 47–73%, kuid ei tuvastatud, et see mõjutaks otseselt HIVi juhtude esinemist, ja leiti, et selleks on vaja rakendada paralleelselt ka teisi tõhusaid sekkumisi, sealhulgas mitte-opiaatsõltlastele (Larney, 2010).

Parima ravitulemuse saavutamiseks opioidasendusravil ja -võõrutusravis on oluline patsiendile sobiv ravim ja selle adekvaatne kogus ning psühhosotsiaalne toetus patsiendile. Süsteemne ülevaade, milles vaadeldi 18 juhuslikustatud kliinilist katset (n=2831; sh n=1797 metadooni saav rühm, n=1034 platseebot saav rühm), leidis, et ravijärgimus oli parem kõrgemate metadooni doosidega ( $\geq 60$ ) (OR=1,74, 95% UV: 1,43–2,11) ning sõltlaste raviks sobiv individuaalsem doseerimise strateegia ehk paindlikum dooside muutmine andis parema ravitulemuse, võrreldes mittepaindlikuga (OR=1,72, 95% UV: 1,41–2,11) (Yan-ping *et al.*, 2009). Teine, kahekümnel juhuslikustatud kontrollitud kliinilisel katsel põhinev ja nelja võõrutusravis kasutatavat ravimit võrdlev süsteemne ülevaade leidis, et tõhusaimad on buprenorfiin ja metadoon ning seejärel lofeksidiin (*lofexidine*) ja klonidiin (*clonidine*) (Meador, 2010).

Eksperimentaalsetel (n=6) ja jälgimisuuringutel (n=15) põhinev süsteemne ülevaade opioidasendusravi tõhususest vanglas ja vanglast vabanemisel näitas, et adekvaatsete metadoonidooside puhul (60 mg ja rohkem) langes ravil olnute heroini tarvitamine, narkootikumide süstimine ja ühise süstla jagamine (Hedrich *et al.*, 2012). Hedrich ja tema kolleegid (2012) leidsid, et enne vanglast vabanemist asendusravil olemine ja ravi jätkumine peale vabanemist andis parima ravitulemuse, kusjuures vanglas ravi katkestamine oli seotud C-virushepatiiti nakatumisega.

Adekvaatsete ravidooside kasutamine opioidasendusravil on oluliseks teemaks tõusnud ka Eestis, kuna asendusravimi keskmised kogused on pigem madalad (vt ptk 3.2.5, tabel 15). WHO 2014. aastal koostatud hindamisraport märgib, et Eestis on patsientidele määratud metadooni kogused asendusravil väiksemad kui WHO juhendis, ehk keskmine kogus on alla 60 mg (WHO, 2014).

### Ravivõimalusi opiaatsõltlastele

Eestis on opiaatsõltlaste asendusravil või võõrutusravis seni kasutatud põhiliselt metadooni ja harvadel juhtudel buprenorfiini (ravimipreparaadid Subutex või Suboxone), kuid teadaolevalt on ka teisi tõhusaid ravimeid (Opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll, 2013), mida Eestis praegu ei kasutata. Viie Cochrane'i süsteemse ülevaate (52 uuringut, 12 075 uuritavat) põhjal jõuti järeldusele, et ravijärgimuse seisukohalt on asendusravi adekvaatse metadoonidoosiga tõhusam kui võõrutusravi, mitteravimine, ravi buprenorfiiniga või ravi, milles kasutatakse koos heroini ja metadooni, kuid vähem tõhusam ravist süstitava heroini (Amato *et al.*, 2005). Kuigi Eestis buprenorfiini eelkõige selle metadooniga võrreldes kõrgema

hinna tõttu praktiliselt ei kasutata, tuleks opiaatsõltlaste ravis selle kasutamist kaaluda. Metadooni eeliseks on peetud odavat hinda. Hiljuti tehtud kulutõhususe uuring näitas, et kuigi metadoonravi kulukus on buprenorfiini kulukusest väiksem, siis mõlema programmi kogukulu märkimisväärselt ei erinevad, kusjuures farmakoloogiline ja kliiniline kulu oli buprenorfiinil isegi madalam (Maas *et al.*, 2013).

Lisaks võivad ravi efektiivsust mõjutada individuaalsed bioloogilised tegurid, mida ravi saajate puhul ei ole senini lähemalt uuritud, kuid mis on personaalmeditsiini arenedes üheks võimalikuks ravi efektiivsuse tõstmise suunaks. Näiteks on teada, et metadoonravi efektiivsus heroiinisõltuvuse korral sõltub dopamiinireseptori geneetilisest variandist (Lawford *et al.*, 2000). Teisalt, ka ravi ise võib mõjutada DNAd – metülatsiooni kaudu –, muutes nii geneetilist baasi kas positiivses suunas, milleks on näiteks sõltuvusest vabanemine (Oertel *et al.*, 2012), või negatiivses suunas, milleks on näiteks valutundlikkuse kasv (Doehring *et al.*, 2013) ja sõltuvuse riski suurenemine (Nielsen *et al.*, 2009). Seega on ravi tõhusus indiviiditi erinev, mistõttu on vajalik ka erinevate alternatiivsete ravivõimaluste olemasolu, kuna kõigile inimestele ei pruugi metadoonravi (opioidsõltuvuse korral) ühtmoodi sobida.

### **Asendusravi amfetamiini-tüüpi stimulantide (ATS) sõltlastele**

Esitame käesolevas raportis andmed (tabel 3), mis näitavad selgelt, et Eestis aastatel 2005–2014 uuritud süstivatest narkomaanidest üks kolmandik kuni 71% süstib amfetamiini, samas neile mõeldud riiklikult rahastatavad raviteenused praktiliselt puuduvad (vt ptk 3.1.5).

Ainult juhuslikustatud kliinilisi katseid sisaldav süsteemne ülevaade näitas, et amfetamiini-tüüpi stimulantide (ATS) sõltuvuse raviks ei ole hoolimata kaks kümnendit kestnud uuringutest tõhusat asendusainet leitud, kuigi patsientide stimulantide tarvitamise vähendamiseks kerkisid esile metüülfenidaat, naltreksoon, bupropioon ja mitrasepaam (Brensilver *et al.*, 2013). Juhuslikustatud kliinilistel katsetel (n=13) põhinev metaanalüüs näitas, et intensiivsed käitumuslikud sekkumised on vaid mõõdukalt tõhusad, kuid ei leitud, et näiteks grupis rakendatav sekkumine oleks tõhusam, võrreldes passiivse või minimaalse raviga, vähendamaks amfetamiini-tüüpi stimulantide tarvitamist või riskeerivat seksuaalkäitumist (Colfax *et al.*, 2010). Bakeri ja Lee (2003) kirjanduse ülevaade näitas, et amfetamiini-tüüpi stimulantide ravis on tõhus kognitiiv-käitumuslik teraapia, häid tulemusi annab ka motiveeriv intervjuerimine ning premeerimine heade ravitulemuste eest (Baker ja Lee, 2003).

### 3.1.4 Narkootikumide tarvitamise levimus rahvastikus ja kooliõpilaste hulgas

Varasemad uuringud on näidanud, et Eestis on narkootikumide tarvitamine rahvastikus ja kooliõpilaste hulgas üsna levinud (Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, lõpparuanne, 2013). Kuna varasemate uuringute tulemusi on eelnevalt juba piisavalt põhjalikult käsitletud, kasutasime ülevaate saamiseks narkootikumide tarvitamisest rahvastikus ja kooliõpilaste hulgas vaid kõige uuemaid andmeid. Politsei- ja Piirivalveameti tellimisel viis AS Emor 2013.–2014. aastal läbi uuringu, mis hõlmas elanikkonda vanuses 18–74 (n=3850) ja 4., 6., 8. ning 12. klassi õpilasi (n=3853).

Küsitlus näitas, et 2014. aastal oli 19% eestimaalastest vanuserühmas 18–74 tarvitanud elu jooksul narkootikume, enam tehakse seda vanuses 25–34 (39%) ja 18–24 (42%) (AS Emor, 2014). 2011. aastal oli elu jooksul narkootikume tarvitanud 21% küsitluses osalenutest vanuses 18–64 (Kobin *et al.*, 2012), kuid erinevate vanusegruppide tõttu pole andmed 2014. aasta uuringu tulemustega võrreldavad.

2013.–2014. aasta uuringu andmetel tarvitasid mehed narkootikume enam kui naised (29% vs. 10%), samuti eestlased võrreldes mitte-eestlastega (20% vs. 15%). Kogu uuringu valimist oli 16% tarvitanud elu jooksul kanepit, 1,5% amfetamiini ja 1,1% *ecstasyt*. Ühtlasi olid need narkootilised ained, mida küsitletud täiskasvanud hindasid „küllalt kergelt“ ja „väga kergelt“ kättesaadavaks (kanep 27%, amfetamiin ja *ecstasy* mõlemad 15%). Narkootikumide tarvitanute (n=641) enamik oli elu jooksul tarvitanud kanepit (87%), 8,1% amfetamiini, 5,9% *ecstasyt* ja 4,1% kokaiini, kusjuures heroini ja fentanüüli oli oma sõnul tarvitanud vastavalt 0,9% ja 0,3% vastanutest. Heroini, mille kasutamine on rahvastikupõhistes uuringutes üldjuhul madal nii Eestis kui ka mujal maailmas ja mida siinsel illegaalsel narkoturul enam eriti ei liigu (Vorobjov *et al.*, 2013), tarvitati pigem Ida ja Lõuna prefektuuri piirkonnas (2,7% vs. 1,5%) ning fentanüüli ainult Ida prefektuuri piirkonnas (2,6%).

Sama uuringu raames 6., 8. ja 12. klasside õpilaste (n=3853) hulgas läbi viidud küsitlus kinnitas, et neist 16% (n=433) oli elu jooksul narkootikume tarvitanud. Sarnaselt varasemate alaealiste hulgas tehtud uuringutega tõusis narkootikumide tarvitamine vanuse kasvuga: kui 6. klasside õpilastest oli narkootikume proovinud 1%, 8. klassis 10%, siis 12. klassis juba 39%. Uuring näitas, et eestlastest õpilaste narkootikumide tarvitamine oli üle kahe korra kõrgem mitte-eestlastest õppurite narkootikumide tarvitamisest (18% vs. 9%), samuti oli narkootikume tarvitanud õpilaste osakaal maal suurem kui linnades (18% vs. 14%). 6.–8. klassi õpilastest 40% ja 12. klassi õpilastest 52% oli narkootikume saanud sõbralt või tuttavalt tasuta ning 26% 6.–8. klassi õpilastest ja 20% 12. klassi õpilastest oli neid tuttavalt või sõbralt ostnud. Enim tarvitatavaks aineks oli kanep, mida oli proovinud küsitletud 6.–8. klassi õppuritest 88% ja 12. klassi õpilastest 97%; sellele järgnesid 12. klassi õpilaste puhul uued ained (Spice, PMMA, BZP jm) (10%) ning nooremate õpilaste puhul oli teiseks enam tarvitatavaks narkootikumiks amfetamiin (9%).

### 3.1.5 Peamine riskirühm – süstivad narkomaanid

#### Süstivate narkomaanide levimus rahvastikus

2005. aastal tehtud uuringu tulemuste järgi oli 2,4% Eesti elanikkonnast vanuses 15–44 süstivad narkomaanid ehk kokku oli selliseid inimesi 13 886 (95% UV 8 132–34 443) (Uusküla *et al.*, 2007). Hinnanguliselt langes rahvastikus vanuses 15–44 süstijate arv 14 262-lt 2005. aastal kuni 5362-ni (UV 3906–9837) 2009. aastal (Uusküla *et al.*, 2013). Uusküla ja tema kolleegide (2013) parima hinnangu järgi langes süstivate narkomaanide arv rahvastikus vanuses 15–44 2,7%-lt 2005. aastal 0,9%-le 2009. aastal. See uuring näitas, et süstivate narkomaanide levimus rahvastikus vähenes rohkem kui 50% võrra narkootikumide tarvitamisest tingitud mürgistussurmade arvuka esinemise tõttu ja positiivse suundumusena saab sellist langust seletada asjaoluga, et uusi süstijaid tuleb üha vähem juurde. Uuringu tulemusi võis mõjutada ka kasutatud andmete kvaliteet ja muud tegurid.

Pärast heroini kättesaadavuse vähenemist Eesti illegaalsel narkoturul rohkem kui kümme aastat tagasi asendus selle tarvitamine fentanüülidega, kusjuures 2005. aastal tehtud uuring näitas, et võrreldes amfetamiini tarvitajatega kogeivad fentanüüli või 3-metüülfentanüüli süstijad üledoosi kolm korda tõenäolisemalt (AOR= 3.02, 95% CI: 1,65–5,54) (Talu *et al.*, 2010). See uuring näitas, et HIVi levimus oli kõrge mõlemas võrdlusrühmas (63% fentanüüli ja 27% amfetamiini süstijatest oli nakatunud HIVi) ning fentanüüli süstijatest oli suurem osa olnud elu jooksul ravil (47% vs. 19%, <0,0001). Viimast seika seletab asjaolu, et ka uuringu ajal rahastati riiklikult ainult opioidsõltlaste ravi, kuid mitte amfetamiinist sõltuvuses olevate inimeste ravi, ja artiklis soovitati mõlemale sihtrühmale rakendada kohe tõendus põhiseid sekkumisi (sh narkomaaniaravi). Enamik narkootikumidega seotud surmajuhtumeid Eestis on seotud fentanüüli või 3-metüülfentanüüli mürgistusega (Tuusov *et al.*, 2013). Selle negatiivse näitajaga oleme esirinnas nii Euroopas kui ka maailmas.

Eesti on Euroopas olnud esikohal narkootikumidest põhjustatud mürgistussurmade poolest, millesse suri 2013. aastal 127 inimest vanuses 15–64 ühe miljoni elaniku kohta (European Drug Report, 2015), samas kui ELi keskmine näitaja oli 16 surmajuhtumit ühe miljoni elaniku kohta. UNODC hinnangul oli Eesti selle näitaja järgi viiendal kohal maailmas 2012. aasta andmete põhjal (n=170) (198 surmajuhtumit miljoni elaniku kohta vanuses 15–64) (World Drug Report, 2015). Alljärgnevas tabelis (tabel 2) esitatud TAI surma põhjuste registri andmed näitavad narkosurmade langust aastatel 2013 ja 2014, kuid see on veel ikkagi väga kõrge. TAI surma põhjuste registri andmetel registreeriti 2014. aastal 103 narkootikumidest põhjustatud mürgistusest tingitud surma, neist enamik olid mehed, valdav enamus suri fentanüüli (n=77) üledoosi tõttu, sures oli nende keskmine vanus 33 aastat. Aastatel 2011–2014 kaotas Eestis narkootikumide üledoosi tõttu elu 520 inimest (tabel 2). Enamik narkootikumidega seotud surmajuhtumitest Eestis on seotud fentanüüli üledooserimisega, kuid oluliseks probleemiks on ka metadooniga seotud surmade arvu kasv (Tuusov *et al.*, 2013). Ilmselt on narkosurmade vähenemisele kaasa aidanud eelnevalt naloksooniga täidetud süstalde jagamine opioidide tarvitajatele (sh vanglates) alates 2013. aasta septembrist. Samas peaks narkosurmade tõhusamaks ennetamiseks naloksooniprogrammis osalenud isikute arv olema tunduvalt suurem. TAI süstlavahetuse ja nõustamisteenuse raames osales 2014. aastal koolitusel ja sai naloksooniga eeltäidetud süstla 629 opioidide tarvitajat. Valge raamatu 2014. aasta aruandes on märgitud, et 2015. aastaks oli plaanis hankida 1200 naloksooniga süstalt, neist 200 planeeriti jagada vanglates (ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal – tegevuste tabel, 2015). Teadusuuringud näitavad, et narkootikumidega seotud mürgistussurmade vähenemisele aitaks kaasa ka narkomaaniaravi ulatuslikum kättesaadavus narkosõltlastele (sh vanglates ja arestimajades) (vt ptk 3.1.3).

Tabel 2 arvanded on varem avaldatud arvudest veidi suuremad juhtude hilinenud registreerimise tõttu.

**Tabel 2.** Narkootikumidega seotud mürgistusurmad Eestis aastatel 2011–2014

	2011	2012	2013	2014	Kokku
<b>Narkootikumidega seotud mürgistusurmad kokku</b>	<b>129</b>	<b>175</b>	<b>113</b>	<b>103</b>	<b>520</b>
sh sünteetilised opioidid (T40.4) *	106	124	74	77	381
sh stimulandid (T43.6) **	4	21	11	6	42
sh metadoon (T40.3)	11	13	15	8	47
sh muud ained	8	17	13	12	50

Märkused: \*T40.4 – fentanüül, 3-metüülfentanüül, tramadool. \*\*T43.6 – stimulantide hulgas ei ole kokaiini (T40.5).

Allikas: surma põhjuste register, TAI (personaalne suhtlus, Gleb Denissov)

Eesti on unikaalses olukorras, sest üheski teises Euroopa riigis ei ole ebaseaduslikult toodetud fentanüülide tarvitamine süstivate narkomaanide hulgas levinud nii pikka aega, samas ilmus see narkootikum hiljuti Slovakkia ja Bulgaaria illegaalsele narkoturule ning Inglismaal, Saksamaal ja Soomes on tõusnud selle narkootikumi tarvitamisest tingitud mürgistusurmade arv (Mounteney *et al.*, 2015). Fentanüüli tarvitamisest tingitud surmajuhtumite arv on viimastel aastatel hüppeliselt kasvanud ka näiteks Kanadas (2013. a – 455 ja 2014. a – 894 juhtu) (Canada Centre on Substance Abuse, 2015), samuti mitmes USA osariigis (Florida, Maryland, Maine, Ohio ning Pennsylvania), ja spetsialistide hinnangul oleks nende surmajuhtude ennetamiseks pidanud varase hoiatuse süsteemi vahendusel tarvitajaid kohe hoiatama, kasutades selleks paremini narkosõitlastele suunatud teenuseid (sh ravisutused) ja suurendades nende kaudu veelgi naloksooni kättesaadavust (Young *et al.*, 2015).

### Süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuringud

Eestis on süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuringuid kahes piirkonnas: Harjumaal (Tallinnas) ning Ida-Virumaal (Kohtla-Järvel ja Narvas). Enamik Eestis registreeritud uutest HIVi juhtudest registreeritakse eelnimetatud kahes piirkonnas, seal on palju süstivaid narkomaane ja ühtlasi paikneb seal ka enamik riiklikest vahenditest rahastatud narkomaaniaravi pakkuvatest keskustest. Tallinna süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuringud näitasid, et peamise narkootikumina tarvitas ligikaudu kaks kolmandikku süstijaid fentanüüli ja ligi kolmandik amfetamiini (Talu *et al.*, 2010; Vorobjov *et al.*, 2013). Ida-Virumaal tehtud uuringud näitasid, et peamiseks süstitavaks narkootikumiks on amfetamiin, mida süstis 2010. aastal Kohtla-Järvel 71% (Lõhmus *et al.*, 2011) ja Narvas 63% (Vorobjov *et al.*, 2014b) uuritud süstivatest narkomaanidest. 2005. aastast kuni 2014. aastani Eestis tehtud uuringud näitavad, et aastatega on tõusnud süstivate narkomaanide keskmine vanus, naiste osakaal, süstimise alustamise vanus, süstimiskarjääri pikkus, ja süstivatest narkomaanidest on 44% (Narva, 2010) kuni 90% nakatunud HIVi (Kohtla-Järve, 2005) (tabel 3).

Nagu tabelist (tabel 3) näha, on 38–68% süstivatest narkomaanidest olnud elu jooksul vanglas, kusjuures enamik korduvalt (keskmiselt 2–5 korda, variatsioonilatus 1–35) ning 29–55% on enda sõnul süstinud narkootikume ka vanglas. Näiteks Tallinna süstivate narkomaanide hulgas 2013. aastal läbi viidud uuring näitas, et neist 68% (n=224) oli elu jooksul vanglas olnud, kusjuures keskmiselt olid nad vanglas olnud viis

korda (vahemik 1–17) (Vorobjov, 2014b). Vanglas olnud küsitletutest 37% (n=82) kinnitas, et nad olid vanglas olles kunagi süstinud narkootikume; neist omakorda 39% (n=32) oli seda teinud viimasel korral vanglas viibides, kusjuures enamik (n=21) oli kasutanud eelnevalt kellegi teise poolt kasutatud süstalt. Tuleb arvestada, et kirjeldatud uuringu andmed ilmselt ei kajasta praegust olukorda: vanglate endi hinnangul on narkootikumide kättesaadavus vanglas märkimisväärselt vähenenud, kuna toimib ulatuslik videojärelvalve ja läbiotsimisi tehakse regulaarselt; viimane juhtum HIVi levimisest süstimise teel on teada 2007. aastast, kusjuures HIVi testimine on regulaarne.

Justiitsministeeriumi andmetel algatati vanglates 2015. aastal kolmel korral kriminaalasi KarS § 183 (narkootilise ja psühhotropse aine väikeses koguses ebaseaduslik käitlemine) alusel ja 27 korral KarS § 331 (kinnipeetava, arestialuse ja vahistatu poolt narkootilise ja psühhotropse aine valmistamine, omandamine, valdamine ja arsti ettekirjutuseta tarvitamine) alusel, kuid neist 27 kriminaalasjast on pärast ekspertiisi tulemuste selgumist menetlus praeguseks lõpetatud 20 kriminaalasjas (ilmnes, et tegu polnud narkootilise ainega). Ebaseaduslike narkootikumide puhul on vanglas tegu eelkõige arsti poolt ettekirjutamata ravimitega, sh metadooniga.

Murettekitav on see, et Eestis on HIVi levimus väga kõrge mitte ainult fentanüüli, vaid ka amfetamiini süstijate hulgas (63% vs. 27% on nakatunud HIVi) (Talu *et al.*, 2010). Mõjukas teadusajakirjas Lancet avaldatud artiklis, milles Colifax ja tema kolleegid (2010) annavad ülevaate amfetamiini-tüüpi stimulantide (ATS) levimisest maailmas ning esitlevad seal käitumuslike sekkumiste tõhususe metaanalüüsi tulemusi, tuuakse Eesti välja eraldi riigina, kus HIVi levimus amfetamiinisüstijate hulgas on väga kõrge (Colifax *et al.*, 2010). Hoolimata sellest, et teadlased ja eksperdid on juhtinud tähelepanu vajadusele alustada kohe ravi- ja tugiteenuste pakkumist amfetamiinisõltlastele, ei ole sellega seni sisuliselt alustatud (Uusküla *et al.*, 2005; Talu *et al.*, 2010; Lõhmus *et al.*, 2011; Talu *et al.*, 2012; Vorobjov, 2015; Abel-Ollo *et al.*, 2014; Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014).

Eestis käsitletakse süstivatele narkomaanidele suunatud narkomaaniaravi HIVi ennetamise kontekstis, kuid liiga vähe on pööratud tähelepanu C-hepatiidi ennetamisele, ehkki läbilõikelised uuringud näitavad, et C-viirushepatiidi nakkus esineb vähemalt kahel kolmandikul süstivatele narkomaanidel (tabel 3). Vanglates testiti 2015. aastal C-hepatiidi suhtes 2314 isikut, neist 951-l oli testi tulemus positiivne, kinnitatud diagnoose oli 569 ning ravi sai kokku 42 kinnipeetavat. B-hepatiidi suhtes testiti 2015. aastal 711 inimest, kellest 23 puhul osutus testi tulemus positiivseks. C-hepatiidi levimus vanglas viibivate isikute hulgas on kõrge ning ka väljaspool vanglaid on see üha levinum nakkushaigus.

Eesti süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuringud näitavad, et 22–66% uurituist oli elu jooksul olnud narkomaaniaravil, kusjuures 7–27% neist kinnitas, et oli ravil uuringu toimumise ajal, st tarvitas ravil olles siiski veenisiseselt narkootikume (tabel 3). Narvas 2010. ja 2014. aastal toimunud uuringutes oli kõige vähem elu jooksul narkomaaniaravil olnuid (vastavalt 22% ja 33%); seda seletab asjaolu, et mõlemas valimis süstis enamik uuringusse kaasatutest peamise narkootikumina amfetamiini (vastavalt 71% ja 63%).

**Tabel 3.** Süstivate narkomaanide iseloomulikud tunnused aastatel 2005–2014 läbi viidud läbilõikeliste uuringute põhjal

Tunnus	Tallinn 2005 (n=350)	Kohtla- Järve 2005 (n=100)	Tallinn 2007 (n=350)	Narva 2010 (n=350)	Kohtla- Järve 2012 (n=600)	Tallinn 2013 (n=328)	Narva 2014 (n=350)
Meessoost (%)	83	85	84	75	74	77	65
Vene keelt kõnelev (%)	80	92	82	93	82	77	92
Keskmine vanus (aastates)		24*	26	29**	30	32	34
Keskmine vanus süstimise alustamisel (aastates)	–	–	19	18**	18	20	20
Süstimiskarjääri pikkus (aastates)	–	–	8	11	11	12	14
Fentanüüli süstimine peamise narkootikumina (%)***	75	2	72	13	64	78	27
Amfetamiini süstimine peamise narkootikumina (%)***	22	10	26	71	34	20	63
HIVI-levimus (%)	54	90	55	44	62	58	48
C-viirushepatiidi levimus (%)	–	–	93	–	75	90	65
Ravikindlustus (%)	50	38	43	69	79	54	85
Narkomaaniaravil elu jooksul (%)	65	40	39	22	55	54	33
Narkomaaniaravil uuringu ajal (%)		12*	16	10	18	27	7
Vanglas elu jooksul (%)		64*	58	38	55	68	53
Keskmiselt vanglas olnud (variatsioonilatus) (kordades)		2 (1–35)	–	2 (1–12)**	4,5 (1–20)	5 (1–15)	3 (1–15)
Narkootikumide süstimine vanglas (%)****		29*	45	35	55	37	37

Märkused: \*keskmine vanus, narkomaaniaravil uuringu ajal, vanglas viibimine elu jooksul, narkootikumide süstimine vanglas ja esitletud kogu valimi kohta (Tallinn ja Kohtla-Järve); \*\*mediaan; \*\*\*fentanüüli ja amfetamiini süstimine peamise narkootikumina nelja viimase nädala jooksul; \*\*\*\*narkootikumide süstimine viimasel vanglas viibimise ajal ehk nende osakaal, kes enda ütluse järgi olid süstinud narkootikumide viimasel korral, kui nad vanglas viibisid.

Tallinnas 2013. aastal uuritud süstivatest narkomaanidest oli elu jooksul narkomaaniaravil olnud 54%, neist 72% asendusravil ja 35% võõrutusravil (Vorobjov, 2013). Ilmnes, et uuritutest oli 44% saanud elu jooksul lisaks muid raviteenuseid, sh mittemeditsiinilist ravi (nõustamine/teraapia), 37% oli olnud statsionaarses rehabilitatsiooniprogrammis ja 31% tugirühmas. Tallinnas uuritud süstivatest narkomaanidest oli 97% teadlik võõrutusravi/metadoonasendusravi olemasolust; 41% soovis ravi saada, kusjuures rohkem kui pooled (55%) soovisid abi narkomaaniaravile pöördumiseks. Vereanalüüside tulemuste järgi oli 2013. aasta uuringus osalenud süstivatest narkomaanidest 90% nakatunud C-hepatiidi ja 58% HIViga. Valimist oli 34% viimase kuue kuu jooksul ravi saanud ja uuringu toimumise ajal oli narkomaaniaravil rohkem kui veerand (27%) uuringus osalenud süstivatest narkomaanidest, kellest enamik oli asendus- või võõrutusravil. See viitab narkomaaniaravi kvaliteediga seotud probleemidele, mida käsitleme uuringus hiljem.

Narvas 2014. aastal uuritud süstivatest narkomaanidest oli elu jooksul ravil olnud 33% ja uuringu ajal oli neist ravil 7%. Elu jooksul narkomaaniravi saanute väike osakaal on ilmselt seotud asjaoluga, et ligi kaks kolmandikku valimist süstis peamise narkootikumina amfetamiini.

Vorobjov ja tema kolleegid (2013) leidsid, et ligikaudu neljandik süstivatest narkomaanidest alustas narkootikumide tarvitamist nooremalt kui 15-aastaselt ning nad olid ka suurema tõenäosusega HIVi nakatunud, võrreldes nendega, kes alustasid süstimist vanemalt kui 15-aastaselt (Vorobjov *et al.*, 2013). Eestis uuritud süstivad narkomaanid alustavad narkootikumide süstimist keskmiselt 18–20-aastaselt (tabel 3) ehk vanuses, kus tegelikult peaks keskenduma hariduse omandamisele ja/või tööelu alustamisele.

## 3.2 Narkosõltuvuse probleemi hetkeolukord Eesti õigusrikkujate seas

### 3.2.1 Ainete tarvitamine ja kuritegevus: narkosõltuvuse ja -ravi konteksti kirjeldus vanglas

Justiitsministeeriumi andmetel oli 2015. aasta lõpul vanglates 944 sõltuvusdiagnoosiga isikut (ei hõlma alkoholisõltuvust). 2014. aasta lõpul oli vanglates 1054 narkosõltlast (2012. a – 906, 2013. a – 870); sh oli Tallinna vanglas narkosõltlasi 413 (2012. a – 326, 2013. a – 262), Viru vanglas 306 (2012. a – 252, 2013. a – 284), Tartu vanglas 284 (2012. a – 252, 2013. a – 248) ning Harku ja Murru vanglas 51 (2012. a – 76, 2013. a – 76) (Uimastiseire aruanne 2014, 2015). Eestis on ligikaudu üks kolmandik vangidest narkosõltlased ning ligi 10% kinnipeetavatest testitakse esmakordselt HIV-positiivsetena vanglas (Kivimets ja Uusküla, 2014). Narkosõltlaste osakaal vangide hulgas on viimastel aastatel tõusnud: kui 2012. ja 2013. aastal moodustasid narkosõltlased 29% kõikidest vangidest, siis 2014. aastal oli vastav näitaja 36% (Uimastiseire aruanne 2014, 2015); 2015. aastal oli Justiitsministeeriumi andmetel vanglates narkosõltlasi 35%.

2014. aastal oli 44% (n=460) vanglate narkosõltlastest akuutse sõltuvusega. Kõikidest vanglas viibivatest narkosõltlastest moodustasid 45% opiaatsõltlased (F11), 31% mitmete või muude narkootikumide (F19), 17% muude stimulaatorite (sh amfetamiin) (F15), 5% kannabinoidide (F12) ja 2% muude ainete sõltlased.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (RT I 2001, 50, 284) järgi peab vanglas viibival isikul olema tavakodanikega võrdne juurdepääs tervishoiuteenustele. Vanglates saab asendusravi alustada vaid Tartu vanglas (sinna asendusravi vajajad üldjuhul saadetakse), kuid vabaduses alustatud ravi saab soovi korral jätkata ka teistes vanglates. Võõrutusravi (sh metadooniga) on võimalik saada kõikides vanglates. Teada on, et narkomaaniravi saab Eestis vaid 12% (Raben *et al.*, 2014) kuni 16% (Perlman *et al.*, 2015) narkosõltlastest. Mõlemal puhul on narkoraviga hõlmatuse leidmisel kasutatud viimase süstivate narkomaanide rahvastikurühma levimuse uuringu andmeid (Uusküla *et al.*, 2007) ja opioidasendusravil olevate isikute arvu, kuid erinevus võib tuleneda erinevate aastate andmete kasutamisest.

Põhja prefektuuri arestimajas on vabaduses alustatud metadooniga asendusravi jätkamine võimalik alates 2008. aastast ja alates aprillist 2010 saab narkosõltlane jätkata vabaduses pooleli jäänud metadooniasendusravi Jõhvi arestimajas (Riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015. 2009.–2012. aasta tegevuste hindamine, 2013).

Muutmist vajaks nõue võimaldada asendusravi arestimajas vaid neile, kes on saanud ravi vabaduses, sest eesmärk peaks olema pakkuda ravi võimalikult suurele hulgale inimestele ja siduda neid teiste

tervishoiuteenustega. On aset leidnud juhtum, kus vanglas asendusravi saanud isik läks otse vanglast arestipäevi kandma, kuid kehtiva lepingu puudumise tõttu arestimajaga keeldus metadoonikeskus talle metadooni toomast, ja kuna vangla infot ei usaldatud; andis vangla erandina metadooni kaasa, et isik ei jääks ravita.

Kinnistes vanglates paiknevad sõltuvusrehabilitatsiooni osakonnad (SRS) pakuvad erinevaid sekkumisprogramme neile sõltuvusprobleemidega vangidele, kes on ise selleks motiveeritud. Eestis on taolised üksused kokku kolmes vanglas (212 kohta, neist 202 on täiskasvanud vangidele). Teistele narkosõltlastele võimaldatakse ravimravi ja/või sotsiaalprogramme, tugigruppe jm.

Suurim on sõltuvusravi kohtade arv (n=174) Tartu vangla tulemusüksuses, sellele järgneb Viru vangla (20 kohta täiskasvanutele, 10 alaealistele). Alates 1. juunist 2016 suletud Harku ja Murru vangla (n=8) rehabilitatsioonikohad on üle viidud Tallinna vanglasse. Üksustesse paigutatakse enamasti pikaajalisi vange, lühema kui üheaastase vangistusega karistatud vange sinna üldjuhul ei paigutata. Samas peaks sobiv ravi olema tagatud kõigile selleks motiveeritud vangidele, kellel on diagnoositud narkosõltuvus. 2014. aastal osales sõltuvusrehabilitatsioonis Tartu vanglas 111 täisealist vangi, Viru vanglas 40 täisealist ja 39 alaealist vangi ning Harku ja Murru vanglas 13 täisealist vangi (RTA aruanne, 2015).

### 3.2.2 Ainete tarvitamine ja kuritegevus: taustaandmete analüüs

Andmed pärinevad Justiitsministeeriumi poolt hallatavast kinnipeeturegistrist. Kasutatud on mitut erinevat andmestikku, mis sisaldavad erinevat tüüpi andmeid vangide ja arestimajades viibinute kohta. 2015. aasta lõpul vanglas viibinute kohta on teada nende vanus, haridus, sugu, elukoht, põhiuimasti, (uimastitega seonduv) psüühikahäire diagnoos, töö liik, rahvus, emakeel ja kuriteo liik (sh raskeim kuritegu). Vanglast vabanenute kohta on teada põhiuimasti aineklass, kuriteod (sh raskeim kuritegu); need andmed hõlmavad aastaid 2008–2013 ning võimaldavad kirjeldada seoseid sõltuvusaine liigi ja toime pandud kuritegude liikide vahel. 2015. aasta andmed on kõige täpsemad diagnoosi ja põhiuimastite info osas; need sisaldavad muuhulgas inimesi, keda küsitleti Tartu Ülikooli (TÜ) poolt, kuid kuna uuring oli anonüümne, ei ole võimalik andmeid vangide kohta kokku viia küsitluste tulemustega.

2015. aasta vangide andmed kirjeldavad üldpopulatsiooni, millest TÜ uuringu raames moodustati valim, et uurida täpsemalt uimastitega seotud ravi- ja rehabilitatsiooniküsimusi. Justiitsministeeriumilt saadud taustaandmed olid järgmised:

- ▶ andmed uimastitega seotud juhtumite kohta<sup>46</sup> kõigi 2015. aasta lõpul vanglates ja arestimajades (edaspidi lihtsustatult: vanglas) viibinute puhul, kokku **4984 juhtumit**<sup>47</sup> (4672 juhtumit meestel ja 312 juhtumit naistel);
- ▶ andmed 2015. aasta lõpul vanglas viibinud inimeste kohta, kokku **2825 inimest**; siin on analüüsis arvestatud ajas kõige hilisemat juhtumit iga indiviidi kohta (tabel 4).

<sup>46</sup> Juhtumid – kõik kinnipeeturegistrist saadud andmed uimastite kasutamise kohta. Ühel inimesel võib olla andmestikus mitu juhtumit ehk mitu andmerida: näiteks ühele inimesele (vangis alates 18. august 2014) oli määratud diagnoos kolmel korral, mil ka põhiuimastid olid erinevad: 2006 – põhiuimastiks alkohol; 2011 – põhiuimastiks stimulaatorid; 2014 – sõltuvust pole. Keskmiselt oli 2015. aasta seisuga vangide andmetes inimese kohta registreeritud ligikaudu **2 juhtumit**.

<sup>47</sup> Sisaldab korduvaid inimesi. Tegemist on registreeritud juhtumitega.

**Tabel 4.** Taustaandmed: 2015. aasta lõpul Eesti vanglates ja arestimajades viibinud vangid

Sugu	Põhiuimasti (%)	Keskmine vanus aastates (SD)	Levinuim haridustase (%)	Levinuim rahvus (%)
Mehed (n=2667)	alkohol (18)	37 (11)	põhiharidus (37)	vene (50)
Naised (n=158)	sünteeetilised opiaadid (34)	36 (11)	keskharidus (30)	vene (66)

Allikas: Justiitsministeerium

- ▶ vanglast 01.01.2008–15.03.2013 vabastamise juhtumid (ka korduvalt) isikute puhul, kel oli põhiuimasti veerus märke narko- või alkoaine kohta (viitab sõltuvusele, sh varasemale, kuid ei tarvitse kajastada selle raskust või akuutsust) – kokku **3065 juhtumit** (2771 juhtumit meestel, 294 juhtumit naistel; sisaldab 178 korduvat juhtumit – kokku **2887 kordumatu inimese** andmed).

### Uimastite tarvitamise juhtumid

**Vanglas olnute registreeritud juhtumiantmetest** ilmnes, et kõige rohkem oli **sünteeetiliste opioididega** seotud juhtumeid (fentanüül), millele järgnesid amfetamiin ja alkohol (tabel 5). Info aine kohta puudus või ei olnud inimene aineid tarvitanud 398 juhtumi korral (8%). Vähem oli heroini, kanepi ja teiste uimastite juhtumeid. Nii meeste kui ka naiste seas oli registreeritud juhtumite puhul põhiuimastina kõige sagedamini märgitud sünteeetilisi opiaate. 2015. aasta lõpul vanglas viibinud kinnipeetavatest oli kokku 390 inimest ehk 14% elu jooksul uimasteid tarvitanud (sh fentanüül, amfetamiin, nikotiin, kanep, alkohol jm); viimase 12 kuu jooksul oli uimasteid tarvitanud 482 inimest (17%) ja viimase 6 kuu jooksul oli uimasteid tarvitanud 515 inimest (18%). Kõik eelmainitud osakaalud arvutati kõige hilisemate andmestikus sisalduvate registreeritud andmete järgi (viimase diagnoosi, põhiuimasti ja selle märkmete järgi).

**Tabel 5.** Andmed 2015. aasta lõpul vanglas viibinud isikute põhiuimasti kohta (sama isik võis korduda eri ainete puhul)

Põhiuimasti	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Info puudub või ei tarvita	387	8,3	11	3,5	398	8,0
Alkohol	723	15,5	33	10,6	756	15,2
Amfetamiin	733	15,7	37	11,9	770	15,4
Ei ole sõltlane, uimastitarvitamise anamnees hinnatud	884	18,9	35	11,2	919	18,4
Fentsükliidiin	8	0,2	1	0,3	9	0,2
Hallutsinogeenid	9	0,2	0	0,0	9	0,2
Heroiin	107	2,3	20	6,4	127	2,5
Heroiin ja teised opiaadid	91	1,9	23	7,4	114	2,3
Kanep	335	7,2	3	1,0	338	6,8
Kesknärvisüsteemi teised depressandid	9	0,2	0	0,0	9	0,2
Kesknärvisüsteemi teised stimulaatorid	78	1,7	1	0,3	79	1,6
Lenduvad lahustid	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Metadoon	123	2,6	14	4,5	137	2,7
Muud psühhoaktiivsed ained	135	2,9	1	0,3	136	2,7
Nikotiin	34	0,7	1	0,3	35	0,7

Põhiuimasti	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Rahustid ja uinutid	18	0,4	3	1,0	21	0,4
Segakasutus	79	1,7	5	1,6	84	1,7
Sissehingatavad ained	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Teised illegaalsed opiaadid	15	0,3	7	2,2	22	0,4
Teised looduslikud opiaadid	12	0,3	0	0,0	12	0,2
Teised sünteetilised opiaadid	881	18,9	117	37,5	998	20,0
Kokku	4672	100,0	312	100,0	4984	100,0

Allikas: Justiitsministeerium

Lisaks vaadeldi indiviidide andmeid kõikide uimastite lõikes, arvestades **viimast põhiuimasti juhtumit (kordumatud indiviidid)**. Järgmises tabelis (tabel 6) kirjeldatakse kõiki 2015. aasta lõpul vanglates ja arestimajades viibinuid ning nende poolt eelistatud põhiuimasteid. Kõige populaarsemaks uimastiks olid nii meestel kui ka naistel teised sünteetilised opiaadid (fentanüül). Vanglapopulatsioonis olid sünteetilised opiaadid (fentanüül) 20% vangide põhiuimastiks (enne vanglasse sattumist).

**Tabel 6.** Andmed 2015. aasta lõpul vanglas viibinud isikute põhiuimasti kohta (arvestatud on kõiki uuritavaid ühekordselt ajas viimase juhtumi kuupäeva järgi, kui andmestikus oli määratud põhiuimasti)

Põhiuimasti	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	(%)	arv	(%)	arv	(%)
Alkohol	474	17,8	23	14,6	497	10,0
Amfetamiin	323	12,1	26	16,5	349	7,0
Fentsükliidiin	3	0,1	-	0,0	3	0,1
Hallutsinogeenid	4	0,1	-	0,0	4	0,1
Heroiin	38	1,4	6	3,8	44	0,9
Heroiin ja teised opiaadid	17	0,6	4	2,5	21	0,4
Kanep	193	7,2	1	0,6	194	3,9
Kesknärvisüsteemi teised depressandid	7	0,3	-	0,0	7	0,1
Kesknärvisüsteemi teised stimulaatorid	47	1,8	1	0,6	48	1,0
Lenduvad lahustid	2	0,1	-	0,0	2	0,0
Metadoon	54	2,0	4	2,5	58	1,2
Muud psühhoaktiivsed ained	21	0,8	-	0,0	21	0,4
Nikotiin	23	0,9	1	0,6	24	0,5
Rahustid ja uinutid	11	0,4	3	1,9	14	0,3
Segakasutus	38	1,4	2	1,3	40	0,8
Sissehingatavad ained	1	0,0	-	0,0	1	0,0
Teised illegaalsed opiaadid	11	0,4	-	0,0	11	0,2
Teised looduslikud opiaadid	3	0,1	-	0,0	3	0,1
Teised sünteetilised opiaadid	311	11,7	54	34,2	365	7,3
Info puudub	387	14,5	11	7,0	398	8,0
Ei ole sõltlane, uimastitarvitamise anamnees hinnatud	699	26,2	22	13,9	721	14,5
Kokku	2667	100,0	158	100,0	2825	56,7

Allikas: Justiitsministeerium

**Vanglast vabastatute juhtumite andmed** pärinevad pikemast perioodist (2008–2013) ja on heaks võrdluseks 2015. aasta juhtumiantmete kõrval, andes ülevaate sellest, milline oli põhiuimastite tarvitamise sagedusjaotus vangide seas enne 2015. aastat. Neist andmetest (tabel 7) ilmneb, et erinevatest ainegruppidest olid kõige levinumaks opiaadid, millele järgnesid alkohol, stimulaatorid, kanep ja seejärel teised psühhoaktiivsed ained või ainete segakasutus.

**Tabel 7.** Andmed aastatel 2008–2013 vanglast vabanenud isikute põhiuimasti kohta (sama isik võis korduda eri ainete puhul, kokku 3065 juhtumit)

Põhiuimasti	Naised		Mehed		M ja N kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Alkohol	67	23	714	26	781	25
Kanep	12	4	353	13	365	12
Muud psühhoaktiivsed ained (k.a segakasutus)	11	4	192	7	203	7
<b>Opiaadid</b>	<b>130</b>	<b>44</b>	<b>811</b>	<b>29</b>	<b>941</b>	<b>31</b>
Psühhostimulaatorid	74	25	701	25	775	25
Kokku	294	100	2771	100	3065	100

Märkus. Tumedalt on rõhutatud suurima esinemissagedusega põhiuimasti.

Allikas: Justiitsministeerium

Kuna vanglast vabanenute puhul pole teada, milline andmestikku märgitud erinevatest põhiuimastitest oli „peamine“, siis ei saa välja tuua ka sagedusjaotust inimeste järgi (kordumatute juhtumitena). Tabelis (tabel 7) on näidatud vanglast vabanenute andmed põhiuimastite juhtumite kohta.

Järgnevalt kirjeldatakse kinnipeeturegistri andmete põhjal uimastite tarvitamist aastatel 2008–2013 vanglast vabanenute ning 2015. aasta lõpul vanglas viibinute puhul.

## Kuritegevus, uimastite tarvitamine ja sõltuvushäired

**2015. aasta lõpul vanglas olnute andmetest (n=2825 inimest, tabel 8)** ilmnes, et kokku oli neist elu jooksul uimasteid tarvitanud (sõltumata tarvitamise kestusest)<sup>48</sup> 1706 inimest (60%). Uimasteid tarvitanute ja mittetarvitanute sagedusjaotus toime pandud raskeima kuriteo järgi<sup>49</sup> tuuakse järgmises tabelis (tabel 8). Erinevat liiki kuritegude osakaalu naiste ja meeste puhul näitab joonis 2. Uimastitarvitajate seas oli kõige sagedamini raskeimaks kuriteoks narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine (KarS § 184). Tapmise eest karistatuid oli rohkem mittetarvitajate seas, nii meeste kui ka naiste hulgas.

**Tabel 8.** 2015. aasta lõpul vanglas viibinud isikute jaotus raskeima kuriteo liigi järgi (andmed on teada vaid süüdimõistetute puhul)

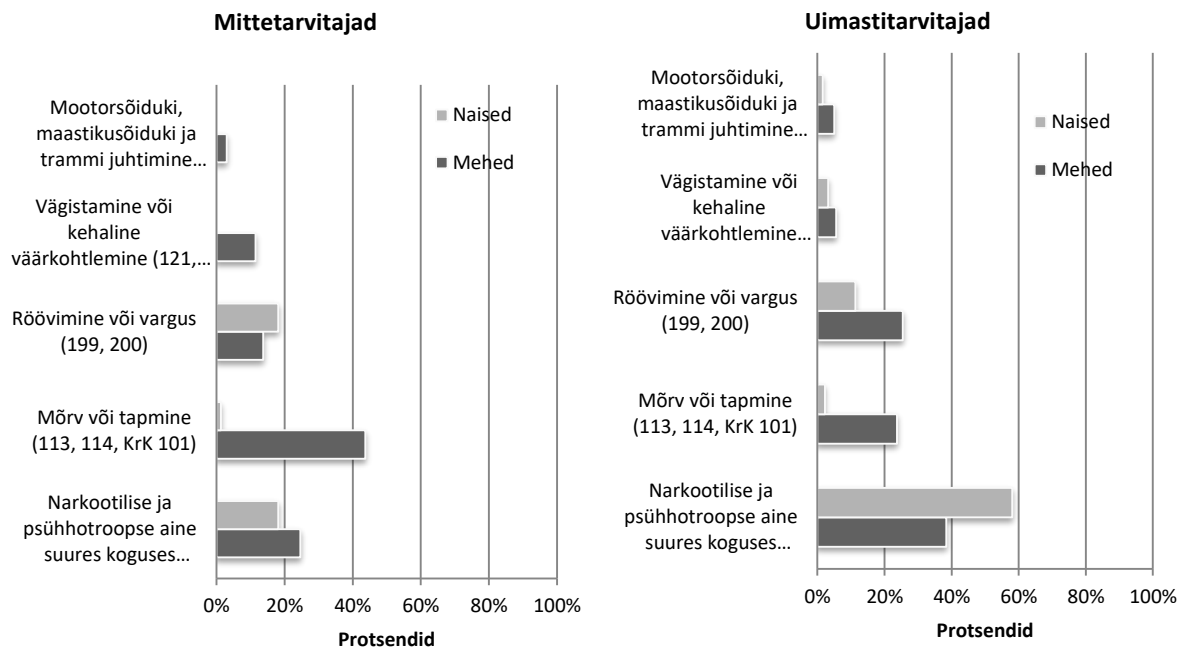
KarS paragrahvid	Ei tarvita			Uimastitarvitajad			Kokku
	mehed	naised	kokku	mehed	naised	kokku	
Narkootilise ja psühhotroopse aine suures koguses ebaseaduslik käitlemine (§ 184)	133	2	135	314	36	350	485
Mõrv (§ 114, KrK § 101)	128	5	133	70	5	75	208
Röövimine (§ 200)	50	2	52	94	3	97	149
Vargus (§ 199)	24	0	24	114	4	118	142
Tapmine (§ 113)	72	2	74	52	7	59	133
Vägistamine (§ 141)	52	0	52	24	0	24	76
Mootorsõiduki, maastikusõiduki ja trammi juhtimine joobeseisundis (§ 424)	16	0	16	41	1	42	58
Raske tervisekahjustuse tekitamine (§ 118)	20	0	20	18	1	19	39
Kehaline väärkohtlemine (§ 121)	10	0	10	22	2	24	34
Väljapressimine (§ 214)	8	0	8	13	1	14	22
Kelmus (§ 209)	8	0	8	4	1	5	13
Muud liiki kuriteod	55	0	55	57	1	58	113
Kokku raskeima kuriteo liik teada	576	11	587	823	62	885	1472
Info raskeima kuriteo kohta puudub	323	20	343	415	39	454	797
Kõik andmed kokku (sh muud paragrahvid)	1086	33	1119	1581	125	1706	2825

Allikas: Justiitsministeerium

Uimastitarvitajate puhul esineb soost olenemata rohkem narkokuritegusid, kuid mittetarvitajatel esineb rohkem eluvastaseid kuritegusid. Naiste puhul on kontrast tugevam kui meeste puhul (joonis 2).

<sup>48</sup> Uimastitarvitajaks (=1) kategoriseeriti inimene, kellel oli andmetes registreeritud põhiuimasti, sõltumata selle klassist (opioidid, amfetamiin vm) ning ajast, millal ta viimati uimasteid tarvitas. Inimesed, kelle kohta puudus info või kelle puhul oli uimastitarvitamine anamneesi põhjal välistatud, kategoriseeriti kui mittetarvitajad (=0).

<sup>49</sup> Andmestikus registreeritud **raskeim kuritegu** karistusseadustiku järgi. Analüüsist jäeti välja isikud, kelle puhul polnud raskeima kuriteo liik teada.



**Joonis 2.** 2015. aasta lõpul vanglas viibinud isikute jaotus raskeima kuriteo liigi järgi (andmed on teada vaid süüdimõistetute puhul)

Märkus. Uimastite tarvitajad ja mittetarvitajad on siin joonisel eristatud selle alusel, kas andmestikku oli tehtud märke põhiuimasti kohta.

Allikas: Justiitsministeerium

**Vanglast vabastatute andmetest (n=2887)** ilmnes, et vanglas viibinud süüdimõistetud olid enne vangistust kõige sagedamini tarvitanud opiaate (31%, tabel 7). Opiaditarvitajate seas oli kõige levinumaks süüteks vargus (tabel 9). Peaaegu iga teise opiaaditarvitaja raskeimaks süüteks oli varavastane süütegu. Varavastased süüteod olid mõõdukalt levinud kõigi ainete tarvitajate seas. Eluvastased kuriteod olid sagedasemad alkoholi ja segatarvitajate (sh mitme uimasti segatarvitamine) seas. Märkimisväärse osa raskeimastest kuritegudest moodustasid narkootikumidega seotud teod nii opioidide, stimulantide, kanepi kui ka teiste narkootiliste ainete tarvitajate hulgas; alkoholitavitajate seas ei olnud narkokuriteod aga niivõrd levinud (tabel 9).

Vanglast vabanenud isikud olid uimasti liigist olenemata kõige sagedamini kandnud karistust varguse (KarS § 199) eest, kuid lisaks võis esineda muud liiki kuritegusid (tabel 9).

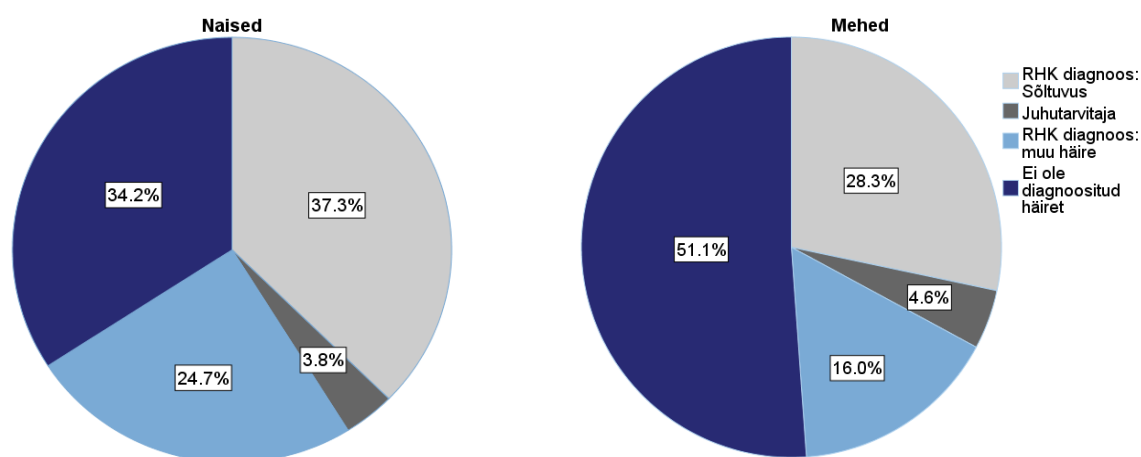
**Tabel 9.** Aastatel 2008–2013 vabanenute poolt sagedamini toime pandud kuriteod kinnipeeturegistri andmetel tarvitatava uimasti järgi (sama isik võis karistust kanda erinevat liiki kuritegude eest)

Uimasti	Sagedamini esinenud kuritegude liigid	Isikute arv
Alkohol	Vargus (§ 199)	248
	Mootorsõiduki juhtimine joobeseisundis (§ 424)	203
	Kehaline väärkohtlemine (§ 121)	109
Kanep	Vargus (§ 199)	107
	Narkootiliste ainete suures koguses ebaseaduslik käitlemine (§ 184)	54
	Mootorsõiduki juhtimine joobeseisundis (§ 424)	45
Opiaadid	Vargus (§ 199)	527
	Narkootiliste ainete suures koguses ebaseaduslik käitlemine (§ 184)	130
	Mootorsõiduki juhtimine joobeseisundis (§ 424)	34
Stimulandid	Vargus (§ 199)	277
	Narkootiliste ainete suures koguses ebaseaduslik käitlemine (§ 184)	154
	Mootorsõiduki juhtimine joobeseisundis (§ 424)	52
Muud	Vargus (§ 199)	47
	Narkootiliste ainete suures koguses ebaseaduslik käitlemine (§ 184)	42
	Mootorsõiduki juhtimine joobeseisundis (§ 424)	14

Märkus. Tabelis on andmed põhiuimastite lõikes. Näidatud on karistusseadustiku paragrahvid.

Allikas: Justiitsministeerium

Järgnevalt vaadeldakse **2015. aasta lõpul vanglas viibinuid**. Andmetest (n=2825 inimest, tabel 10) selgus, et sõltuvushäire diagnoos RHK-10 järgi oli määratud kokku kolmandikule kinnipeetavatest: s.o 814 inimesele. Diagnoos oli uuritavatele inimestele määratud ajavahemikus 2002–2015. Alljärgnevalt jooniselt (joonis 3) ilmneb, et naiste seas oli nii sõltuvus- kui ka muu psüühikahäire diagnoosiga inimesi rohkem kui meeste seas. Sõltuvuse diagnoosiga oli 28% meestest ja 37% naistest (erinevad uimastid kokku).



**Joonis 3.** RHK diagnooside jaotus 2015. aasta lõpul vanglas viibinud naiste ja meeste seas

Allikas: Justiitsministeerium

Sõltuvushäire esinemine tähendab kindlat pikaajalist käitumismustrit, mille alusel määratletakse häire olemasolu. Kõige olulisemaks sõltuvuse tunnuseks on tugev tung ainet tarvitada, ning kõigil sõltuvuse diagnoosiga isikutel on sarnane käitumuslik profiil. RHK-10 järgi on sõltuvusega tegemist juhul, kui eelneva

aasta jooksul on inimesel esinenud kolm või enam järgmist sümptomit. Järgneb kirjeldus RHK-10 väljavõttest (koos näidete ja kommentaaridega rahvusvahelisest haiguste klassifikatsioonist, RHK-10, 1992):

- ▶ tugev tung või sundmõte tarvitada ainet;
- ▶ võimetus kontrollida aine tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka;
- ▶ aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund, mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomaatikat;
- ▶ tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitatava aine annust tõsta. Ilmekas on näide alkoholi- ja opioidsõltuvatest isikutest, kes tarvitavad selliseid ööpäevaannuseid, mis on piisavad mittetolerantsete tarvitajate invaliidistamiseks või surmamiseks;
- ▶ vaba aja veetmise teiste võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine aine tarvitamise ees, suurenenud ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele;
- ▶ aine tarvitamise jätkamine ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele vaatamata, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele aine tarvitamise perioodile järgnevad depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirumine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest.

Narkosõltuvusega inimese iseloomustamiseks erinevate sotsiodemograafiliste ja karistustega seotud tunnuste kaudu on sotsiaalteadustes kasutatava meetodi üheks võimaluseks kirjeldav võrdlus, mille puhul sõltuvushäire diagnoosiga inimesi (sõltlasi) võrreldakse ilma niisuguse diagnoosita inimestega. Selline võrdlus tuuakse järgmises tabelis (tabel 10).

2015. aasta lõpul vanglas viibinud sõltlased olid keskmiselt 34-aastased ehk neli aastat nooremad kui sõltuvusdiagnoosita isikud. Sõltlaste seas oli rohkem vene rahvusest inimesi ning rohkem naisi kui sõltuvusdiagnoosita isikute seas. Kõige levinumaks narkootikumiks sõltlaste seas olid sünteetilised opioidid, sõltuvusdiagnoosita isikute puhul amfetamiin. Tapmise või mõrva eest karistatute osakaal sõltlaste seas oli madalam kui sõltuvusdiagnoosita isikute seas: vastavalt 7% ja 12%. Töötuse määr enne vangistust oli suurem sõltlaste seas: vastavalt 78% ja 62%. Sõltlasi iseloomustab madalam haridustase (põhiharidus). Olenemata sõltuvusdiagnoosi olemasolust oli suhteliselt kõige enam isikuid enne vangistust elanud Ida-Virumaal.

**Tabel 10.** Õigusrikkujatest narkosõltlaste ja mittesõltlaste (RHK-10 järgi) kirjeldus 2015. aasta lõpul vanglas viibinute puhul

Kirjeldav tunnus	Sõltuvushäire diagnoosiga (RHK-10 järgi) n=814	Ei ole sõltuvushäire diagnoosi n=2011
Keskmine vanus aastates (SD)	34 (10)	38 (11)
Naised : mehed	1 : 12	1 : 20
Eestlane : venelane <sup>50</sup>	1 : 2	1 : 1
Tapmine või mõrv (KarS §-d 113, 114; KrK § 101) (%)	15*	35*
Amfetamiin kui põhiuimasti (%)	20	9
Sünteetilised opioidid kui põhiuimasti (%)	29	7
Heroiin kui põhiuimasti (%)	3	1
Kanep kui põhiuimasti (%)	7	7
Alkohol kui põhiuimasti (%)	24	15
Alkohol kui lisauimasti (%)	11	2
Töötu (%)	78	62
Sagedasim haridus (%)	Põhiharidus – III aste (36)	Keskharidus (26)
Kõrgharidusega (%)	1	3,5
Õppur (%)	2	2
Sagedasim elukoht (arv 10 000 elaniku kohta)	Ida-Virumaa (15)	Ida-Virumaa (20)

Märkus. \*Arvutatud on osakaal vaid neist, kellel on registreeritud raskeim kuritegu: uimastisõltlased – 587, mittesõltlased – 885. Puuduvad andmed ei ole kaasatud.

Allikas: Justiitsministeerium

**Tabel 11.** 2015. aasta lõpul vanglas viibinud narkosõltlaste ja mittesõltlaste arv 10 000 elaniku kohta maakondades (arvestades isiku elukohta enne vangistust)

Maakond	Elanike arv (01.01.2015) <sup>51</sup>	Vangide koguarv 10 000 elaniku kohta	Uimastisõltlastest vangide arv 10 000 elaniku kohta	Mittesõltlastest vangide arv 10 000 elaniku kohta
Harju maakond	575 601	20	6	14
Hiiu maakond	8 582	7	0	7
Ida-Viru maakond	147 597	35	15	20
Jõgeva maakond	30 841	14	2	12
Järva maakond	30 109	22	5	18
Lääne maakond	24 070	7	1	6
Lääne-Virumaa	59 039	22	8	14
Põlva maakond	27 438	17	2	15
Pärnu maakond	82 349	12	2	10
Rapla maakond	34 436	13	3	10
Saare maakond	31 706	7	3	5
Tartu maakond	151 377	13	2	11

<sup>50</sup> Jaotus emakeele järgi: eesti, vene.

<sup>51</sup> Allikas: Statistikaamet.

Maakond	Elanike arv (01.01.2015) <sup>51</sup>	Vangide koguarv 10 000 elaniku kohta	Uimastisõitlastest vangide arv 10 000 elaniku kohta	Mittesõitlastest vangide arv 10 000 elaniku kohta
Valga maakond	29 944	20	3	17
Viljandi maakond	47 010	12	2	10
Võru maakond	33 172	14	1	13

Allikad: Justiitsministeerium, Statistikaamet

Maakonna rahvaarvu arvestades (tabel 11) oli 10 000 inimese kohta kõige enam isikuid pärit Ida-Virumaalt (35), seda ka uimastisõitlaste hulgas (15). Uimastisõitlaste puhul järgnes suhtarvult Lääne-Virumaa (8).

Ida-Virumaalt pärit isikute seas oli põhiuimastitest populaarseim amfetamiin (82 inimest) ja teisel kohal olid opioidid (77 inimest), kuid Lääne-Virumaalt pärit isikute seas oli populaarseim alkohol (34 inimest) ja teisel kohal amfetamiin (22 inimest) (tabel 12).

**Tabel 12.** 2015. aasta lõpul vanglas viibinud isikute arv põhiuimasti liigi (tarvitamine) ja elukoha järgi

Maakond	Põhiuimasti							
	Ei ole sõitlane	Info puudub	Alkohol	Amfeta- miin	Hallutsi- nogeneid	Opioidid	Kanep	Muud kokku
Harjumaa	282	182	123	114	3	289	72	82
Hiiumaa	2	3	1	0	0	0	0	0
Ida-Virumaa	146	33	69	82	0	77	47	60
Järvamaa	13	13	19	7	0	3	7	5
Jõgevamaa	9	6	20	3	0	1	3	2
Läänemaa	4	1	6	1	0	1	1	3
Lääne-Virumaa	46	4	34	22	0	1	15	8
Pärnumaa	30	22	19	13	0	2	5	8
Põlvamaa	7	9	22	7	0	0	0	1
Raplamaa	18	8	9	6	0	1	2	1
Saaremaa	3	4	14	1	0	0	1	0
Tartumaa	45	23	66	33	1	2	19	15
Valgamaa	16	10	13	5	0	3	1	12
Viljandimaa	5	12	21	7	0	2	7	2
Võrumaa	11	7	18	5	0	1	4	1
Väljaspool Eestit	28	16	8	3	0	2	4	4

Allikas: Justiitsministeerium

### 3.2.4 Eesti õigusrikkujatest narkosõitlaste profiil – RAKE uuringu valimi kirjeldus

Valimi üldisi karakteristikuid kirjeldab järgmine tabel (tabel 13). Küsimustiku täitis kokku **327 vabatahtlikku osalejat** (Tartu vanglast, Viru vanglast, Jõhvi arestikambri, Tartu arestikambri). Infoleht uuringus osalemiseks saadeti kõigile vangidele ja uuringu hetkel arestikambrites viibijatele. Kokku osales küsitlusuuringus 3 naist ja 324 meest. Valimi esinduslikkuse hindamiseks kirjeldatakse tabelis (tabel 13) uuringu läbiviijatele kättesaadavaid andmeid üldkogumi kohta 2015. aasta lõpu seisuga. Valim on esinduslik Eesti vangide suhtes vanuse, eelistatud keele, hariduse, töötuse määra ja narkootikumide tarvitamise

määra järgi; naiste osakaal on valimis väiksem kui üldkogumis ning alkoholi tarvitajate osakaal suurem kui üldkogumis. Seetõttu ei saa tulemusi üldistada Eesti naisvangidele (valimis vaid 3 naist) ja vangidele, kes ei tarvita alkoholi (valimis on sagedaste alkoholitavitajate osakaal suurem kui üldkogumis).

**Tabel 13.** Küsimustikule (2016. aasta jaanuaris) vastanud vangide ja arestimajades viibinute valimi ja 2015. aasta lõpul vanglas viibinute üldkogumi (kinnipeeturegistri andmetel) karakteristikud

Karakteristik	Valim (327)	Üldkogum (2825)
Uuritavate vangide arv	298	2681
Uuritavate arv arestimajades	29	144
Naiste osakaal (%)	1	6
Mitu korda on kokku viibinud vanglas? (mediaan)	3	Info puudub
Keskmine vanus aastates (SD)	35 (10)	37 (11)
Levinum eelistatud keel (%)	Vene (54)	Vene (58)
Levinum haridus (%)	Põhiharidus – 9 klassi (43)	Põhiharidus – III aste (27)
Laste arv (mediaan)	1	Info puudub
Töötü (%)	64	67
Uimastite tarvitajad – süstides või muul moel, subjektiivne hinnang „jah“ (%)	52	60
Subjektiivne narkosõltuvus (%)	33	Info puudub
Alkoholi tarvitamine vähemalt 1 x nädalas 12 kuu jooksul enne vangistust (%)	52	4 (alkohol kui põhiuimasti, puudub info tarvitamise kohta täpsemalt)
On viibinud sõltuvusraviüksuses vanglas (omab sõltuvushäire diagnoosi) (%)	38	Info ravil viibimise kohta puudub (teada on, et 29% olid uimastisõltuvuse diagnoosiga)
Hepatiit-C (%)	43	Info puudub
Tuberkuloos (%)	4	Info puudub
HIV+ (%)	23	Info puudub

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed (n=327) ja andmed Justiitsministeeriumilt 2015. aasta lõpu seisuga

Lisaks arsti määratud diagnoosile (terviseandmed) on sõltuvuse kohta võimalik küsida uuritavalt endalt (kuivõrd inimene ise tunnetab, et tal on sõltuvus). Introspeksioon on tavapärane viis indiviidipõhise informatsiooni kogumisel, mida sotsiaalteaduslikes teadusuuringutes sageli kasutatakse. TÜ poolt läbi viidud küsitluses õigusrikkujate seas said osalejad märkida oma subjektiivse hinnangu. Subjektiivse sõltuvusega vs. sõltuvuseta inimeste profiilide võrdlus tuuakse järgmises tabelis (tabel 14).

**Tabel 14.** Küsimustikule vastanud vangide ja arestimajades viibinute võrdlev profiil

Kirjeldav tunnus	Subjektiiivne hinnang sõltuvusele: JAH (n=108)	Subjektiiivne hinnang sõltuvusele: EI (n=219)
Keskmine vanus aastates (SD)	34 (6)	35 (11)
Eesti : vene emakeel	1 : 6	2 : 1
Vangistuste arv kokku (mediaan)	4	2
Naised : mehed	1 : 32	0 : 200
Amfetamiini süstinud 12 kuu jooksul enne vangistust (%)	64	28
Fentanüüli süstinud 12 kuu jooksul enne vangistust (%)	55	11
Heroiini süstinud 12 kuu jooksul enne vangistust (%)	17	6
Tarvitanud narkootikume muul moel kui süstides (viimase 12 kuu jooksul enne vangistust) (%)	35	17
Alkoholi tarvitamine vähemalt 1 x nädalas vangistusele eelnend 12 kuu jooksul (%)	50	53
Kui vanalt alustas uimastite süstimist? (keskmine vanus aastates)	18	21
Kui vanalt alustas uimastite tarvitamist mitte-süstides? (keskmine vanus aastates)	17	19
HIV+ (%)	47	11
Töötu (%) <sup>52</sup>	80	51
Võlg (keskmine, eurodes)	10 074	18 515
Sagedasim haridus (%)	Põhiharidus – 9 klassi (93)	Põhiharidus – 9 klassi (41)
Kõrgharidusega (%)	1	3
Sagedasim elukoht (%)	Harjumaa (64)	Harjumaa (29)
Madalaima sagedusega elukoht (%)	Järva-, Lääne-, Põlva-, Hiiu-, Viljandimaa (0)	Lääne-, Hiiu- ja Saaremaa (0,5)
Omab lähedast inimest, kellega saab isiklikke asju arutada (%)	75	78
Elas enne vangistust oma lapsega koos (%)	53	42
On elanud asenduspäris või asenduskodus (%)	11	10
On viibinud ravil väljaspool vanglat (%)	40	11

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed (n=327)

### 3.2.5 Õigusrikkujate narkoravi- ja rehabilitatsioonisüsteem Eestis

Kuna uuringu põhifookus on täiskasvanud õigusrikkujatest narkosõltlaste ravil nii vanglas kui ka alternatiivkaristusena väljaspool vanglat, vaatlesime esmalt Sotsiaalministeeriumi (SoM) poolt rahvastiku tervise arengukava (RTA) raames TAI-le eraldatud rahaliste vahendite abil pakutavate raviteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti, kasutades olemasolevat aruandlust. Kuna RTA aruandlus on üldistatud ja napsõnaline, kasutasime TAI koostatud dokumenti „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne“,

<sup>52</sup> Hinnang arvutatud palgatööd peamise sissetulekuallikana näidanute osakaalu alusel.

uuringuid „Ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal – tegevuste tabel“ ja „Ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal“.<sup>53</sup>

Narkomaania ennetamise riikliku strateegia kuni aastani 2012 (edaspidi: NERS), mida viidi ellu läbi kahe rakendusplaani (2007–2009 ja 2011–2012) üheks põhieesmärgiks oli luua toimiv ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem narkosõltlastele. Tegelikult jäi ravi ja rehabilitatsiooni valdkonnas NERSis seatud eesmärk (välja on arendatud kaasaegne, professionaalne ning kättesaadav kõrgetasemeline tervishoiu- ja sotsiaalabi teenuste võrgustik efektiivse abi osutamiseks nii uimastisõltlastele kui ka täiskasvanutele) täitmata (Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 lõpparuanne, 2013). NERSi lõpparuandes märgitakse, et olemas on „eraldiseisvad ravi- ja rehabilitatsiooniteenused, kuid puudub süsteemne ja järjepidev ravi- ning rehabilitatsiooniteenuste võrgustik /.../ raviteenuste kättesaadavus on piiratud osale sihtrühmadele (nt amfetamiinisõltlased)“ (Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 lõpparuanne, 2013).

Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat (2014) sedastab, et ravi, rehabilitatsioon ja taasühiskonnastamine<sup>54</sup> (majutus, haridus ja tööturule suunamine) on välja arendamata, ning kuigi on olemas eraldiseisvad teenused, on mõned vajalikud teenused puudu või ei ole need piisavalt kättesaadavad ja on ebapiisava kvaliteediga (Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014). RTA kolmeaastasest arengukavas on narkomaania ravi-, taastusabi- ja järelteenuste ning nõustamisteenuste väljaarendamise ja pakkumise valdkonna indikaatoriks/tulemuseks võetud see, et „abivajajatele pakutakse süsteemselt miinimumnõuetele vastavaid teenuseid“ (Rahvastiku tervise arengukava rakendusplaan 2013–2016<sup>55 56</sup>). On selge, et minimaalnõuetele vastavate teenustega pole võimalik saavutada ravi-, taastusabi- ja järelteenuste ning nõustamisteenuste valdkonnas häid tulemusi, ning see on vastuolus ka tõenduspõhisuse printsiibiga (vt ptk 3.5). Samas on tõenduspõhisus üks uue uimastitarvitamise vähendamise poliitika oluline põhimõte ning selles dokumendis öeldakse selgelt, et eelistatakse tõenduspõhiseid või teadmispõhiseid lähenemisi (Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014). Lisaks on selles narkomaania ennetamise poliitikadokumendis printsiibina välja toodud, et sõltlaste ravi on tulemuslikum kui nende karistamine. Teisisõnu, selgelt on võetud suund narkosõltlastele alternatiivkaristuste rakendamisele. Sellest tulenevalt soovivad TAI ja SoM algatada 2016. aastal narkootiliste ja psühhotropsete ainete ning nende lähteainete seaduse (NPALS) § 15 lõike 1 muutmise

<sup>53</sup> Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne, 2016. Tervise Arengu Instituut. Ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal – tegevuste tabel. Ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal.

<sup>54</sup> Taasühiskonnastamine on igasugune sotsiaalne sekkumine, mille eesmärk on endiste ja praeguste narkootikumide tarvitajate integreerimine ühiskonda. Selle alla kuuluvad majutusteenus, haridusvõimalused ning tööturule suunamine (Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014).

<sup>55</sup> Rahvastiku tervise arengukava rakendusplaanis aastateks 2013–2016 on tabel 5 „Narkootiliste ainete tarbimise ennetamine, vähendamine ning kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“ osas ridades 4.5.1–4.5.16. See „Eesmärk/Meede/Tegevus“ ja sellelele vastav „Indikaator/Tulemus“ on toodud välja real 4.5.1.

<sup>56</sup> Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/rta\\_taiendatud\\_rakendusplaan\\_2013-2016.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_taiendatud_rakendusplaan_2013-2016.pdf), vaadatud 10.03.2016

eelnõu, millega soovitakse tunnistada kehtetuks võimalus määrata narkootilise või psühhotroopse aine arsti ettekirjutuseta tarvitamise või väikeses koguses ebaseadusliku valmistamise, omandamise või valdamise eest rahatrahv kuni 300 trahviühikut ehk kohaldada aresti (Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne, 2016).<sup>57</sup>

Teenuste pakkumisel sõltlastele eeldatakse nende tõenduspõhisust. Paraku ei tehta narkopoliitikas alati otsuseid teadmispõhiselt, vaid võidakse lähtuda muudest põhimõtetest (vt ptk 4). Eestis on suur arv süstivaid narkomaane ning uuringute andmetel süstib neist kuni kolmandik Tallinnas ja ligikaudu kaks kolmandikku Ida-Virumaal peamise narkootikumina amfetamiini (vt ptk 3.1.5), kuid riik pakub narkomaaniravi vaid kuni viiendikule narkosõltlastest, kusjuures põhiliselt rahastatakse opioidasendusravi (vt ptk 3.4).

On teada, et HIVi levimus on kõrge nii fentanüülide kui ka amfetamiini süstijate hulgas, ning uuringud kinnitavad, et süstivatest narkomaanidest on enamik nakatunud C-hepatiiti, mistõttu tuleks lisaks narkoravile hõlmata nad ka antiretroviirusravi (ARV) ja C-hepatiidi raviga ning muude teenustega, mis alles vajavad arendamist.

Käesoleva uuringu käigus ilmnis, et üheks oluliseks raviteenuste arendamise barjääriks rahastamisotsuste tegemisel on ebapiisav arvestamine tõenduspõhiste lähenemistega, mida põhjalikumalt käsitletakse peatükis 3.4. Sõltlastele suunatud teenuste planeerimisel lähtutakse pigem rahalistest kaalutlustest ehk püütakse pakkuda võimalikult väikese kuluga võimalikult suurele hulgale ja põhiliselt vaid kõrge riskiga sõltlastele (opioidide tarvitajad) miinimumnõuetele vastavaid teenuseid, kuid sedagi ebapiisavas mahus; ülejäänud sõltlastel kas puudub üldse või on ebapiisav ligipääs teenustele.

Ravi ja rehabilitatsiooni arendamine nõuab suuri investeeringuid, mille tegemist pole seni tõsiselt võetud (vt ptk 3.5). TAI on esitanud lisataotluse 2017. aastal lisavahendite saamiseks 600 000 euro ulatuses, et sõltlased saaksid integreeritud opioidisõltuvuse asendusraviga ja ARV-raviga ka Narvas ja Ida-Virumaal (30 kohta), opioidasendusraviga Maardus (30 kohta), kahjude vähendamise teenusega Lasnamäel, Tartus, Rakveres või Pärnus; ning lisarahastuse eest saaks värvata personali juhtumikorralduse tarvis, hankida HIVi kiirteste ja teha lisaks kaks uuringut (personaalne suhtlus A. Veimeriga).

Uute rehabilitatsioonikeskuste loomiseks ja olemasolevate laiendamiseks oleks vaja samas suurusjärgus rahalisi vahendeid. Kohe oleks vaja luua ka tõenduspõhised ravi, rehabilitatsiooni ja taasühiskonnastamise teenused stimulantide tarvitajatele nii vabaduses kui ka vanglates ja arestimajades. Neist viimane pälvib tähelepanu, kuna uuringud viitavad sellele, et paljud arestimajja sattunud vajavad ravi ka seal viibides. Politsei- ja Piirivalveameti analüüs näitab, et üle 50% vähemalt kaks narkoväärtegu sooritanud narkosõltlastest satub arestimajja<sup>58</sup> (vt ptk 3.1.2). Arestimajades avaneb hea võimalus veel raviga hõlmamata sõltlastele seda pakkuda, kuid praegu pole arestimajades selleks võimalusi.

<sup>57</sup> Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne, 2016.

<sup>58</sup> Politsei- ja Piirivalveameti analüüsibüroo analüüs isikute (n=2098) kohta, kes 2009–2012 olid toime pannud vähemalt kaks narkoväärtegu (NPALS § 15<sup>1</sup>) ja keda defineeriti korduvtarvitajatena. Suure tõenäosusega on suur osa neist narkosõltlased.

Eraldi teemaks on karistuspraktika narkoväärtegude (NPALS § 15<sup>1</sup>) puhul, kuna sõltlasi karistatakse valdavalt trahviga, mis aga jääb suures osas tasumata. Politsei- ja Piirivalveameti analüüsibüroo analüüs näitab, et ligi 90% niisuguse väärteto eest trahviga karistatud isikutest on töötud (Paabo ja Aru, 2013).

Vanglas tagatakse raviteenused valdavalt opioidsõltlastele, siinjuures kasutatakse põhiliselt metadoonasendusravi, mida saab vaid Tartu vanglas, vabaduses alustatud asendusravi saab soovi korral jätkata ka teistes vanglates. Samas on ka nende raviteenuste kättesaadavus piiratud, kuna endiselt saab arestimajja või vanglasse sattudes metadoonasendusravi üldjuhul vaid see opioidsõltlane, kes on eelnevalt vabaduses asendusravil olnud. Võõrutusravi (sh metadooniga) on võimalik saada kõikides vanglates. Kui 2014. aasta lõpul oli vanglates 1054 narkosõltlast, kellest 45% olid opiaatsõltlased, 31% mitmete või muude narkootikumide ja 17% muude stimulaatorite (sh amfetamiin) sõltlased, siis 202 kohta täiskasvanud narkosõltlaste raviks vanglas on tõenäoliselt ebapiisav (ptk 3.2.1).

Sõltlaste raviga seonduvalt tuuakse Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valges raamatus välja veel kaks olulist printsiipi: raviteenuse privaatsus ja vabatahtlikkus. Sõltuvusravi ja sõltuvusvastase taastusabi tegevuste hulgas loetletud erinevate ravi-, sõltuvusvastase taastusabi ja taasühiskonnastamise teenuste liitmine üheks süsteemiks on uimastipoliitika valge raamatu lisas 2 liigitatud puuduvaks tegevuseks, mis tuleb välja arendada; ülejäänud selles loetletud tegevused loetakse tegevusteks, mis on olemas, kuid mille kaetus ja kättesaadavus on ebapiisav (Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014)<sup>59</sup>

Tegelikult ongi tänasteks olulisteks probleemideks kujunenud teenuste koondumine põhiliselt vaid kahte piirkonda Eestis, pikad ravijärjekorrad, piiratud raviteenuste valik (põhiliselt ambulatoorne asendusravi metadooniga) ja toetavate teenuste piiratus või puudumine; samuti teenuste kvaliteedi suur varieeruvus, mida tingib nii üleüldine alarahastamine kui ka ravi eesmärgid ja sisu puudutavad erinevad seisukohad, mis tuleneb ravisüsteemiga seotud töötajate ebaühtlasest koolitusest. Sellele viidatakse varem tehtud täiskasvanud sõltlaste raviteenuste hindamistes (Abel-Ollo *et al.*, 2009; TAI, 2010) ja seda käsitletakse ka 2013. aastal TAI poolt tellitud asendusravi kliinilises auditis (Metadoon-asendusravi teenuse kliiniline audit, 2013).<sup>60</sup> Põhimõtteliselt tuuakse samad probleemid välja Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valges raamatus ja need ilmnesid ka RAKE uuringu raames läbi viidud fookusgruppide ja ravikeskuste külastuste käigus.

Üheks olulisemaks narkomaaniaravi arendamist takistavaks probleemiks Eestis on ebapiisav ja/või ebatõhus kommunikatsioon erinevate osapoolte vahel. Tegemist ei ole uudse probleemiga, sest samale järeldusele jõuti narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 sisehindamise tulemusel. See võib saada takistuseks ka uimastitarvitamise vähendamise poliitika elluviimisel.

Narkomaania ennetamise strateegia aastani 2012 elluviimisel saadud õppetundidest tulenevalt on Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valges raamatus märgitud, et poliitika elluviimise tingimuseks on erinevate valitsusasutuste koostöö, parem juhtimine, püsiv rahastus, koolitused ja meeskonnatöö, töö kohalikul tasandil ning seire.

<sup>59</sup> Lisa 2. Tegevuste visioon süsteemide lõikes. Hetkeolukord ja eesmärgid aastani 2018. [https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Ennetus/uimastitarvitamise\\_vahendamise\\_poliitika\\_valge\\_raamat\\_lisa\\_2\\_2014.pdf](https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Ennetus/uimastitarvitamise_vahendamise_poliitika_valge_raamat_lisa_2_2014.pdf), vaadatud 10.03.2016

<sup>60</sup> Metadoon-asendusravi kliiniline audit. Kokkuvõtte, 2013. TAI dokument.

Riigikogu otsusega kinnitatud kriminaalpoliitika arengusuundades märgitakse: „*Kriminaalpoliitilised otsused ning seadusemuudatused peavad põhinema teaduslikel uuringutel ning kvaliteetse statistika analüüsil*“ (Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018, 2010). Ka uimastipoliitika põhidokumendis tuuakse ühe printsiibina välja tõendus- ja teadmispõhine lähenemine ning rõhutatakse ka narkoseire olulisust (Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014).

### Narkomaaniaravi Eestis ning selle kvaliteet ja kättesaadavus

Peatüki koostamisel on kasutatud RTA aruandlust ja TAI ülevaateid narkomaania olukorrast Eestis ning Justiitsministeeriumi statistikat, sh uimastiseire ülevaateid narkomaaniaravist vanglasüsteemis. Narkomaaniaravi rahastamist vaadates selgub, et riigi poolt RTA alusel SoMi allasutusele TAI-le narkomaaniaravi jaoks eraldatud rahalistest vahenditest kulub kaks kolmandikku ambulatoorse metadoonasendusravi teenuse osutamiseks kuues ravikeskuses ja statsionaarse teenuse osutamiseks ühes keskkuses, ülejäänud kolmandik kasutatakse narkosõltlaste rehabilitatsiooniks (Abel-Ollo *et al.*, 2014).

Tabelist (tabel 15) on näha, et võrreldes 2009. aastaga<sup>61</sup> on asendusravil olnud isikute arv kasvanud. Aasta jooksul ravile pöördunute arv on samas tõenäoliselt vähenenud pikkade ravijärjekordade tõttu.

**Tabel 15. Asendusravi Eestis aastatel 2009–2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
Asendusravil olevate isikute arv	1012	1064	1076	1157	1166
Klientide arv aasta lõpu seisuga	660	662	717	687	672
Aasta jooksul ravile pöördunud klientide arv	649	407	415	406	387
Ravi edukalt lõpetanute arv	-	80	64	90	54
Raviprogrammi katkestanute arv	352	321	293	346	347
Metadooni keskmine doos (mg)	59	60	63	57	56
Metadooni keskmise doosi varieeruvus ravikeskuste lõikes (mg)	23–84	44–77	48–81	40–66	40–66
Metadooni minimaalne ja maksimaalne doos (mg)	-	-	2–390	1–256	2–320
Ravikeskuste arv	5	5	7	8	8

Märkus. Valdavalt on asendusravi Eestis kauakestev ravi, mida opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll defineerib säilitusravina; selle eesmärk on patsiendi stabiliseerimine ning tervise ja psühhosotsiaalse seisundi parandamine läbi pikaajase stabiilse asendusravimi annuse manustamise ilma kindla ravi lõpetamise tähtajata.

Allikad: Abel-Ollo *et al.*, 2011, 2010; Talu *et al.*, 2012; Vorobjov *et al.*, 2012

Riiklikult rahastatud asendusravi teenust pakkuvate asutuste arv on tõusnud viielt (2009. a) kaheksale (alates 2012. aastast). Tabelist (tabel 15) on näha, et psühhiaatrite poolt määratav metadooni keskmine doos on Eestis suhteliselt madal ja alates 2011. aastast on see isegi langenud (2011. a – 63 mg, 2012. a – 57mg, 2013. a – 56 mg), samas varieerub see keskuste lõikes suures ulatuses (madalaim 23 mg 2009. aastal ja kõrgeim 81 mg 2011. aastal). Metadooni madal keskmine kogus (sh selle erinevus keskuste lõikes) selgitab osaliselt raviprogrammi katkestanute suurt arvu. Samas mõjutab ravi tulemuslikkust palju rohkem tegureid kui ainult metadooni keskmine kogus. Ravi katkestamine võib olla seotud näiteks vähese psühhosotsiaalse toetusega ravil viibijale, mis selgus ka uuringu raames narkosõltlastest õigusrikkujate

<sup>61</sup> Opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll, 2013. Tallinn. [http://www.tai.ee/images/PDF/Lepingud/Lepingud\\_2015/Opioidsoltuvuse\\_asendusravi\\_kliiniline\\_protokoll.pdf](http://www.tai.ee/images/PDF/Lepingud/Lepingud_2015/Opioidsoltuvuse_asendusravi_kliiniline_protokoll.pdf), vaadatud 10.03.2016

hulgas tehtud intervjuude käigus. Seegi tuleneb osaliselt raviks eraldatud rahaliste vahendite vähesusest. Kuigi metadoonasendusravi saajate ja pakkujate arv on Eestis aasta-aastalt kasvanud, on ravil vaid ligikaudu 16% opioidsõltlastest (Perlman *et al.*, 2015).

Narkomaaniaravile pöördumistest aastatel 2008–2014 ülevaate saamiseks kasutasime TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi narkomaaniaravi andmekogu andmeid.

Esmalt vaatlesime narkomaaniaravi andmekogu andmeid, mis andsid ülevaate narkomaaniaravile (RHK diagnoos F11–F16.9, F18–F19.9) pöördunud isikute sotsiodemograafilistest näitajatest, eelnevalt narkootikumide tarvitamisest ja sellega seotud riskikäitumisest ning raviga seotud andmetest. Andmekogusse on kohustatud isikustamata andmeid esitama kõik narkomaaniaraviteenust osutavad tervishoiuasutused.

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist tehtud väljavõtte näitas, et aastatel 2008–2014 (seitsme aasta jooksul) registreeriti kokku 3816 ravile pöördumist (tabel 16). Andmed näitasid narkomaaniaravile pöördumise osas suurt langustrendi, kuid pigem oli tegemist juhtude tugeva alaregistreerimisega (TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, 2015). Eespool nimetatud TAI hallatavast andmebaasist väljavõtte tegijat teavitati sellest, et tehniliste probleemide tõttu registreeriti 2014. aastal hinnanguliselt 30–40% vähem teatise. Narkomaaniaravi keskustest rutiinselt kogutaval aruandlusel baseeruvad TAI narkoolukorra ülevaated näitasid, et aasta-aastalt on asendusravil olevate isikute arv vähesel määral hoopis kasvanud (Abel-Ollo *et al.*, 2014). Samas sisestas näiteks 2013. aastal narkomaaniaravi andmekogusse<sup>62</sup> teatise 12 ja 2014. aastal ainult 10 narkomaaniaraviteenust osutavat ravikeskust, sh ka vanglad.

2008.–2014. aastal ravile pöördunutest kõneles enamik vene keelt (81%, sh 2008. a 84% ja 2014. a 75%); Tallinnas ja mujal Harjumaal elas neist 50% ning Ida-Virumaal 43%; töötute osakaal oli 52% (vahemik alates 43% 2008. ja 2014. a kuni 61% 2009. a), töötavaid isikuid oli 23%. Enne ravile pöördumist tarvitas peamise narkootikumina fentanüüli või 3-meüülfentanüüli 74% ja heroini 12% (tabel 16). Ravile pöördunutest oli asendusravil 71% ja võõrutusravil 12%. Kõikidest ravile pöördunutest moodustasid vangid 2012. aastal 8% ja 2013. aastal 10% (Abel-Ollo *et al.*, 2014).

**Tabel 16.** Narkomaaniaravile pöördumine aastatel 2008–2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008–2014	2008–2014 (%)
<b>Kõik ravile pöördumised</b>	618	697	665	532	546	434	324	3816	100
Vene keelt kõnelev	517	572	543	429	433	357	244	3095	81
Töötu	265	422	388	264	291	206	138	1974	52
Töötav	262	166	123	108	100	68	52	879	23
Tallinn ja Harjumaa	271	385	415	338	274	166	75	1924	50
Ida-Virumaa	338	273	228	165	255	254	136	1649	43
<b>Narkomaaniaravi</b>									
sh asendusravi	320	481	504	407	427	326	231	2696	71
sh võõrutusravi	156	88	65	62	38	13	30	452	12

<sup>62</sup> TAI andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>, vaadatud 01.03.2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008– 2014	2008– 2014 (%)
sh mittemedikamentoosne ravi	18	11	21	43	36	33	5	167	4
sh muu ravi	124	117	75	20	45	62	58	501	13
sh F11*	600	675	613	489	512	388	300	3577	94
sh neist korduval ravil	414	504	478	345	391	288	219	2639	69
<b>Peamine tarvitatav narkootikum</b>									
sh fentanüül/3-metüülfentanüül	349	489	559	407	432	353	248	2837	74
sh heroiin	148	151	38	54	29	14	18	452	12
sh metadoon	11	3	9	9	32	29	26	119	3
sh muud opioidid	90	29	23	16	17	7	4	186	5
sh amfetamiin	10	15	28	13	13	13	11	103	3
sh kanep	8	6	3	28	16	16	9	86	2
<b>Riskikäitumine</b>									
sh narkootikumide süstimine	553	633	568	419	417	349	232	3171	83

Märkus. \*F11 – opioidide tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired.

Allikad: TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas; narkomaaniaravi andmebaas, 2016

Narkomaaniaravi andmekogu asutati 2006. aastal ning põhimääruse järgi on selle eesmärgiks „narkomaaniaravile pöördunud isikute andmete töötlemine, mis on vajalik narkomaania esinemise analüüsimiseks ja sellealaste tervishoiuteenuste korraldamiseks, narkomaania preventsoonimeetmete kavandamiseks ja nende tõhususe hindamiseks ning narkomaaniaravi statistika korraldamiseks“ (RT I 2006, 52, 391).<sup>63</sup> Usaldusväärsete andmete saamiseks narkomaaniaravile pöördunute ja nende iseloomulike tunnuste kohta on vaja asutada isikustatud andmeid koguv narkomaaniaravi register, millele on eksperdid tähelepanu juhtinud juba aastaid. 2014. aastal valmis SoMi poolt väljatöötamiskavatsus isikustatud narkomaaniaravi andmekogu loomiseks (Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat, 2014), mida TAI aruande järgi täiendati 2015. aastal ja ühtlasi koostati ka isikustamise ja infosüsteemi vajaduse projekt, kuid 2016. aasta olulisemate tegevuste hulgas pole isikustatud registri loomist välja toodud (Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne, 2016).<sup>64</sup> Samas RTAs on planeeritud isikustatud narkomaaniaravi registri loomine hiljemalt aastaks 2014 (Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016, 2013), selle kohta aga ei õnnestunud uuringu käigus saada SoMist selgitust, millal on plaanis määratletud eesmärk saavutada.

Registrile pannakse kohati ka liiga ambitsioonikaid ülesandeid. Näiteks on viidatud aruandes märgitud, et registri „/.../ eesmärk on tagada abivajajatele kvaliteetse sõltuvusalase nõustamise, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus /.../“ (Valge raamatu aruanne, 2014). Tegelikuses on see pigem ravikeskuste ülesanne, mida nad saavad hästi teha vaid piisava rahastamise, sobivate ruumide ja hea

<sup>63</sup> Andmekogu infosüsteem NARIS alustas tööd 1. jaanuarist 2008 ja andmeid kogutakse vaid isikustamata kujul. Isikustatud andmeid koguva narkomaaniaravi registri loomist peeti kiiret lahendamist vajavaks probleemiks juba enne narkomaaniaravi andmekogu asutamist, kuid kahjuks otsustas SoM tookord vastupidiselt.

<sup>64</sup> Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne, 2016. Tervise Arengu Instituut: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/rta\\_taiendatud\\_rakendusplaan\\_2013-2016p.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_taiendatud_rakendusplaan_2013-2016p.pdf), vaadatud 10.03.2016

väljaõppega personali olemasolu korral. Lisaks aitavad kvaliteeti hoida head koostöösuhted erinevate ametkondade (sh rahastaja ja raviteenuse pakkuja) vahel ja kvaliteedistandardite olemasolu. Neist viimaste koostamise ja kinnitamise kohustus lasub SoMil vastavalt punktile 18 dokumendis „Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018“, milles märgitakse: „/.../ samuti tuleb Sotsiaalministeeriumil arendada ja kinnitada narkomaanide ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedistandardid /.../“ (Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018).

Isikustatud registri abil saab siiski koguda usaldusväärseid andmeid ravile pöördunud isikute sotsiodemograafiliste tunnuste, sõltuvusainete tarvitamise, diagnoositud sõltuvus- ja käitumishäirete, ravile pöördumise asjaolude, määratud ravi jm iseloomulike tunnuste kohta ning kasutada olemasolevaid andmeid registripõhiste teadusuuringute tegemiseks. Lisaks välistaks isikustatud register näiteks võimaluse pöörduda ravile mitmesse ravikeskusesse samaaegselt, mis on oluline narkosurmade ennetamise seisukohalt.

Vananenud infosüsteemi baasil töötava isikustamata narkomaaniaravi andmekogu usaldusväärsus on muutunud tõsiseks probleemiks: pikaajalise tõrke tõttu registreeriti 2014. aastal hinnanguliselt 30–40% vähem ravile pöördumisi. Samas pole selge, millel see hinnang põhineb. RAKE ravikeskuste külastuste käigus märgiti, et koostöö andmekoguga vajaks parandamist, kuna hetkel on nad vaid andmete esitajad, kuid sooviksid enda poolt esitatud andmete põhjal saada ka tagasisidet lühiülevaate vormis. Leiti, et kasuks tuleks parem infovahetus andmekogu volitatud töötleja (TAI) ja ravikeskuste vahel. See tõstatas küsimuse, kas poleks otstarbekam keskenduda koostöös ravikeskustega isikustatud narkomaaniaravi registri loomisele.

### Narkosõitlaste raviteenuste kvaliteet

Narkomaaniaravi kättesaadavuse, kvaliteedi ja teenuste vajaduse hindamiseks täiskasvanud narkosõitlaste hulgas on varem tehtud kaks uuringut. Neist esimene, 2008. aastal valminud asendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuring (Abel-Ollo *et al.*, 2009) tõi välja järgmised puudused:

1. erinev arusaam ravi eesmärgi ja sisu (sh metadooni keskmine kogus, psühhosotsiaalne töö) ning ravikeskuste töökorralduse osas;
2. kesine kontroll patsiendi ravisoostumuse üle;
3. madal keskmine asendusravimi kogus, mis võib negatiivselt mõjutada ravi tõhusust;
4. ravi toetavate psühhosotsiaalsete tugiteenuste kättesaadavus piiratud või puudusid need üldse;
5. ravi kättesaadavus regionaalselt väga piiratud ja mahult ebapiisav;
6. vähene koostöö teenuse osutajate ja teenuste rahastajate ja/või planeerijate vahel;
7. kesised võimalused personali professionaalseks koolitamiseks;
8. metadoonasendusravi negatiivne maine patsientide seas;
9. reeglite puudumine metadooni kaasaandmiseks.

2010. aastal tehtud uuring „Täiskasvanud narkosõitlaste tervishoiu- ja tugiteenuste kaardistamine“ tõi välja sisuliselt samad lahendamist vajavad probleemid (ühtne raamistik teenusteks puudub, ravi kättesaadavus ja maht ebapiisav, kesine ravisoostumus, psühhosotsiaalsed tugiteenused ebapiisavad, reeglid metadooni koju andmiseks vajavad kehtestamist, ametkondadevaheline koostöö puudulik jms) (Turu-uuringute AS, 2011), millele viidati juba varasemas uuringus (Abel-Ollo *et al.*, 2009). Lisaks soovitati märkimisväärselt laiendada opioidsõitlaste võõrutusravi teenuseid, sest senine teenuste maht on selgelt ebapiisav ja sageli on raviteenuse osutamise eelduseks ravikindlustuse olemasolu (Turu-uuringute AS, 2011), kuid nagu

näitavad ka süstivate narkomaanide hulgas tehtud uuringud, ei ole paljud sõltlased ravikindlustusega hõlmatud (vt tabel 3). Põhimõtteliselt samadele probleemidele osutatakse uurimuses, milles vaadeldi metadooni lekkimist ravikeskustest illegaalsele narkoturule (Kõplas, 2015).

TAI tellis 2013. aastal metadoonasendusravi kliinilise auditi, mille raames uuriti diagnostiliste ja raviprotseduuride vastavust teenuste kirjeldusele kuues ravikeskuses; neist igaühes uurisid hindamise teostajad 50 vabalt valitud ravijuhtu 2012. aastal (Metadoon-asendusravi kliiniline audit, 2013). Auditis toodi positiivse küljena välja põhjalik patsiendi seisundi hindamine ja dokumenteerimine, kuid leiti, et ravikaartide täitmine oli keskuste lõikes väga ebaühtlane, mis pärsib osaliselt ka keskuse erinevate spetsialistide koostööd. Negatiivse leiuna selgus, et paljudel patsientidel puudus üldse raviplaan ja raviannused olid paljudes keskustes suhteliselt madalad, mõjutades negatiivselt patsientide ravi tõhusust; paljudel juhtudel polnud ravidooside muutmine hästi põhjendatud.

Madalad ravidoosid on ammune probleem, mida oleme selles raportis teadlikult põhjalikumalt käsitleanud, kuna ka teadusuuringud kinnitavad, et OARis paremate ravitulemuste saavutamiseks peaks metadooni kogus olema suurem kui 60 mg ja koguste muutmise strateegia võiks olla paindlikum.

Ülalnimetatud audit näitas, et olulised kiiret lahendamist vajavad probleemid on raviannuste kõikumine ja metadooni koju kaasa andmise põhjenduse puudulik dokumenteerimine. Mainitud probleemidele viidatakse ka hiljutises uuringus, mille raames intervjueriti raviteenuste planeerimise ja pakkumisega tegelevaid eksperte (Kõplas, 2015). Auditi teostajad märgivad, et probleemiks on suured ravijärjekorrad ja seda eelkõige Tallinnas. Ilmnenud puuduste kiireks kõrvaldamiseks soovitati ühe meetmena asendusravi osutavate keskuste personali koolitamist. Ravi tõhususe parandamiseks soovitati aga hinnata patsiendile osutatud ravi iga kuue kuu järel. Sellele lisaks soovitati asendusravikeskustel võtta kasutusele elektroonne süsteem patsientide ravisoostumuse dokumenteerimiseks. Mõistagi on soovitude rakendamiseks vaja lisaresurssi, kuid mitte ainult.

Asendusravi statistika ning NERSi ja RTA aruandlus kinnitavad, et Eestis on aastaid keskendunud pigem asendusravi saavate isikute arvu suurendamisele, kuid jätkuvalt on põhjendamatult vähe tähelepanu pööratud narkomaaniaravi kvaliteedile, ebaühtlasele regionaalsele kättesaadavusele (enamik teenuseid on koondunud Ida-Virumaale või Tallinna) ja muutunud sihtgrupile (amfetamiini tarvitajad lisaks opioidide süstijatele ja neile, kes eelistavad kasutada neid narkootikume ka muul viisil kui süstimine) sobivate raviteenuste loomisele.

Narkomaaniaravi juures on juba aastaid üheks probleemiks kvaliteedi juhtimine ja kontroll teenuste osutamise üle. Sellele viitab asjaolu, et samad probleemid tuuakse välja nii 2008. kui ka 2010. aastal tehtud narkomaaniaraviteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust käsitlevates hindamistes ning ka 2015. aastal tehtud auditis ja uuringus. Ilmselgelt oleks oluline rohkem keskenduda hindamistes ja auditis toodud puuduste kõrvaldamisele, sest pelgalt probleemide fikseerimisega neid ei lahenda.

Võimalik, et üheks arutelu kohaks on ka riiklik narkoseire, mida TAI Nakkushaiguste ja Uimastiseire Keskus teeb oma väljaõppinud ja pikaajalise kogemusega töötajatega väga hästi, kuid probleemiks võib osutada asjaolu, et keskus vaatleb oma töös ka TAI arendustööde käigus rahastatavaid ja rakendatavaid suuremahulisi ennetustegevusi, mis võib puuduste ja/või probleemide fikseerimist mõneti pärssida, ehkki see ei pruugi nii olla. Kasuks võiks tulla keskusele suurema autonoomia andmine riikliku uimastienetuse ja HIVi/AIDSi seire keskusena, mis võimaldaks sõltumatut järelevalvet paremini läbi viia.

Ravikvaliteedi tagamise seisukohalt on oluline, et 2013. aastal valmis „Opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll“ (Opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll, 2013). Narkomaaniaraviteenuste kvaliteedi tagamiseks on välja töötatud ka mõned raviteenuste kirjeldused (näiteks: uimastisõltuvuse statsionaarse võõrutusravi ja ambulatoorse järelravi teenuse kirjeldus, statsionaarse rehabilitatsiooniteenuse kirjeldus jms) (Lepingud 2015. Tervise Arengu Instituut, 2015). Enamik neist dokumentidest on mõeldud kasutamiseks opioidsõltlastele suunatud ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedi tagamiseks.

Uuringu raames korraldatud keskuste külastamine ja spetsialistidega tehtud fookusgruppide intervjuud kinnitasid, et mõnes keskkonnas pakutakse sõltlastele ravi väga kitsastes ja vähe privaatsust pakkuvates ruumides, mis omakorda mõjutab ravi tõhusust. Probleem tuleneb sellest, et riik rahastab küll raviteenust, kuid ei tee kulutusi ruumidele ja enamik ravikeskusi ei suuda oma vahenditest ruume korrastada või leida uusi sobivamaid ruume. Äripinnad on Eestis suhteliselt kallid ja ka nende leidmine pole lihtne, kuna tihti ei soovi kohalikud elanikud, et narkosõltlastele abi osutavad ravikeskused paikneksid nende elukoha lähedal.

### **Narkosõltlaste ravi ja rehabilitatsiooni toetav keskkond vanglates**

Uuringu käigus külastati muuhulgas Tartu ja Viru vanglat ning vesteldi kohalike töötajatega. Vestlustest ilmnes, et ühelt poolt võib ravi/rehabilitatsiooni tõhusust pärssida töötajate ülekoormus, teiselt poolt aga ka süsteemis valitsev „vaimsus“. Autorid analüüsisid lisaks Tartu vangla töökorralduse eeskirja (kehtiv alates 20.04.2015), Tartu vangla uimastipreventsiooni kontseptsiooni (2016) ja Tartu vangla töökorralduse reegleid.

Analüüsist ilmnes, et Tartu vangla uimastipreventsiooni kontseptsioon on koostatud lähtuvalt parimatest praktikatest, mis on töötajatele ja spetsialistidele teada. Käesoleva uuringu koostanud ekspertide hinnangul on kontseptsioon vajalik ning hea alustala ravi korraldamiseks. Tartu vangla kontseptsiooni sarnaseid ideid on üle võetud ka teistes Eesti vanglates (vestlus töötajatega), mis viitab, et Tartu vangla on olnud teistele asutustele eeskujuks. Sellest lähtuvalt saame öelda, et tegemist on kaasaegse ja arenemisvõimelise üksusega, mis on suunitletud uimastisõltuvuse olukorra parandamisele. Saame ekspertidena välja tuua mõningad soovitusel kontseptsiooni sõnastuse ja sisu parandamiseks. Nimelt, kontseptsioonis ilmnesid mõningad vastuolud teadusliku terminoloogia kasutamisel ning sealt nähtusid ka mõned vastuolud eesmärgis (vähendada uimastisõltuvust) ja ravi rakendamises uimastisõltlastele. Kontseptsioon on suuresti üles ehitatud opioidsõltlaste abistamisele, ravivõttena pakutakse metadoonasendusravi (välistatud on näiteks F10 ja F17 diagnoosiga isikud – st tubaka ja alkoholisõltuvusega inimesed) ja lisaks viiakse läbi ka psühhosotsiaalseid sekkumisi, kuid mitte kõigile sõltuvushäirega inimestele. Vangla pakub küll erinevaid lisateenuseid erinevate sõltuvusprobleemidega inimestele, aga need ei kuulu otseselt uimastiennetuse kontseptsiooni. Soovitav oleks luua terviklik süsteem, kus ka teised nn tugiteenused on otseselt kontseptsiooniga seotud ja see kontseptsioonis ka välja tuua. Kuivõrd pealkirjas sisalduv termin „uimastiennetus“ viitab sellele, et kontseptsioon võiks sisaldada kõigi uimastite tarvitajate ravi/rehabilitatsiooni, siis on soovitatav viia tegevused kooskõlla pealkirjaga või muuta pealkiri täpsemaks – kellele täpsemalt ravi/rehabilitatsiooni osutatakse. „Uimastiennetus“ meditsiinilise ja teadusliku terminina viitab kõigist uimastitest põhjustatud probleemide ennetusele (mitte ainult opiaatidest põhjustatud probleemide ennetusele). On teada, et uimastite tarvitamisel esineb palju komorbiidsust (erinevaid uimasteid tarvitatakse koos, korraga esineb mitu häiret). Selle teadmise pinnalt saab öelda, et seda tuleb ravis arvesse võtta. Selle uuringu ja varasemate teadusartiklite põhjal saame väita, et häirete komorbiidsus (nt tubaka- ja fentanüülsõltuvus) ei peaks olema välistavaks teguriks, mis piiraks ligipääsu ravile. Soovitame Tartu vangla kontseptsioonis seda arvesse võtta. Lisaks on soovitatav ühest etapist teise

üleminekul (Tartu vangla nelja järjestikuse ravi-/rehabilitatsioonietapi kontseptsioonis) rakendada spetsialistide meeskonna (sotsiaaltöötaja, psühholoog, psühhiaater) soovitel põhinevat hinnangut (kas on valmis ravis edasi liikuma), lisaks oleks otstarbekas hinnata sisemist motivatsiooni valideeritud meetodil ning spetsialistide poolt. Vaadeldavas kontseptsioonis ei ole selgelt välja toodud, kuidas toimub sisemise motivatsiooni hindamine ja selle toetamine.

Analüüsides Tartu vangla töötajate töökorraldust ja kodukorda, ilmnes, et töötajate ja vangide suhete osas ei ole töökorralduslikke või kodukorda puudutavaid punkte, mis aitaks toetada ravile suundumist ja ravil püsimist. Töötajate valikul on küll kirjeldatud, et arvestatakse isiksuseomadustega, kuid ei ole välja toodud, milliseid omadusi soositakse. Lähtudes maailmas hetkel autoritele teada olevatest rakendatavatest sekkumisprogrammidest ning põhisuundadest, mis on uimastisõltuvuse ravis kasutusel, on soovitatav töötajate seas soodustada humaanseid ning toetavaid hoiakuid ning valida töötajaid lähtuvalt isiksuseomadustest, mis toetavad ravi ja ravil püsimist (näiteks empaatiavõime) (Moyers ja Miller, 2013). Ühest uuringust ilmnes, et vanglate sisekliima mõjutab töötajate ja vangide rahulolu tervishoiuteenustega olulisel määral (Ross *et al.*, 2011). Samuti võiks töökorraldusse lisada soovitusi vangide ja vanglatöötajate vaheliste suhete ja suhtluskultuuri kohta. Näiteks: „toetav, humaanne hoiak vangide suhtes ja sõltuvusravile suundumiseks ning ravil püsimiseks“ (see sisaldaks näiteks positiivset tunnustavat kõnepruuki nende vangide suhtes, kes on ravile läinud ega tunnusta nende vangide hoiakuid, kes on ravi-/rehabilitatsioonitegevuste suhtes kriitilised).

Vestlustest Tartu vangla töötajatega ilmnes, et vestluses osalenud töötajad ise on motiveeritud uimastisõltuvuse suhtes ennetustööd ja ravikorraldust läbi viima. Napib vahendeid ja aega, sageli on vestluses osalenud töötajate sõnul tööd rohkem kui rahalisi võimalusi ja tööaega. Uimastikontseptsiooni rakendamise osas töid töötajad välja, et probleemiks võib olla see, et inimesed, kes on erinevates rehabilitatsiooni faasides, paiknevad samades ruumides. See võib mõjutada tulemusi, näiteks sotsiaalse surve kaudu. Vestluses toodi näide sellest, et mõned „vanad olijad“ mõjutavad uusi ning sageli selgitatakse „trikke“ ja seda, kuidas saada endale soodsaid tingimusi, aga mitte ei motiveerita kaaslasid uimastitest loobuma. Tekivad sõprussuhted, mis võivad ka tulevikus hoopis soodustada uimastite tarvitamist (vanglast vabanedes). Suitsetamisest loobumist käsitleti vestluses osalenud töötajate poolt kui „motivatsiooni indikaatorit“. Sellist lähenemist mujal maailmas pigem ei kasutata, kuna suitsetamine ise on üks uimastisõltuvuse liikidest. Lähtudes ekspertteadmistest uimastisõltuvuse valdkonnas, on käesoleva uuringu autorite hinnangul suitsetamisest loobumise eeldus osa vangla uimastipreventsiooni kontseptsioonist ja on soovitatav lisada see ühe eesmärgina kontseptsiooni – et sekkumiste läbiviimisel tegeletaks erinevate sõltuvushäiretega paralleelselt (nikotiini, alkoholi, amfetamiini, opioidide jm), kuna nende ainete tarvitamine võib esineda koos ning vajalik on indiviidist lähtuv spetsiifiline lähenemine (kõigile ei pruugi samad programmid sobida). Soovitatav oleks võimaldada erinevaid teenuseid erineva profiiliga inimestele, et tõhustada ravi.

### 3.3 Õiguslik regulatsioon karistuse asendamisel narkomaaniraviga

Kuni KarS § 69<sup>2</sup> jõustumiseni 2011. aasta aprillis oli ainus võimalus panna süüdimõistetule kohustus alluda ettenähtud ravile käitumiskontrolli (KarS § 75) raames ning tema enda nõusolekul. Puudus võimalus suunata süüdimõistetud narkoravile rahalise karistuse korral ning väärtemenetluses. Seadus ei näinud ette ka võimalust lõpetada kriminaalmenetlust oportuuniteediga, juhul kui kuriteos kahtlustatav isik soovib karistuse kandmise asemel võtta ravikohustuse ja minna narkoravile.

Võimalus vangistus sõltuvusraviga asendada tekkis alates 05.04.2011, kui jõustus KarS § 69<sup>2</sup>. Vangistuse asendamisel sõltuvusraviga olid olulised piirangud: seda sai rakendada ainult varem vangistusega karistamata isiku suhtes, kui talle mõisteti kuuekuuline kuni kaheaastane vangistus. Sõltuvusravi eeltingimusteks olevad tingimused olid siiski liiga kitsapiirilised ning seetõttu ei ole olnud võimalik realselt sõltuvusravi kohaldada.

Alates 1. jaanuarist 2015 jõustus kord, mille järgi laiendati sihtrühma, kelle puhul on võimalik vangistuse asendamine raviga (KarS § 69<sup>2</sup> lg 1). Samuti on võimalik suunata isik narkomaaniaravile vanglast tingimisi ennetähtaegse vabastamise eeldusena (KarS § 69<sup>2</sup> lg 3). KarS § 70 lõike 1 järgi saab karistuse asendada narkomaaniaraviga ka juhul, kui süüdlane ei tasu talle mõistetud rahalise karistuse summat. Karistuse asendamine raviga on võimalik juhul, kui kuritegu on toime pandud narkosõltuvuse tõttu. Siinjuures pole oluline toime pandud süüteo liik.

Vangistuse saab asendada raviga kõigi järgmiste tingimuste täitmisel:

- ▶ kuritegu on toime pandud narkosõltuvuse tõttu;
- ▶ isikule mõistetakse kuuekuuline kuni kaheaastane vangistus või süüdlane ei tasu talle mõistetud rahalise karistuse summat;
- ▶ isik on andnud kirjaliku nõusoleku, mille ta saab anda pärast seda, kui talle on selgitatud kõiki raviga kaasnevaid mõjusid;
- ▶ ravi ajal järgib süüdlane kontrollnõudeid ning täidab talle pandud kohustusi.

Siinjuures on vaja tähelepanu pöörata asjaolule, et KarS § 69<sup>2</sup> lõige 5 seob isiku ravile suunamise talle mõistetud karistuse pikkusega. Karistusseadustiku kommenteeritud väljaanne aga leiab, et selline vangistuse raviga asendamise sidumine vangistuse määraga on problemaatiline, arvestades ravile suunamise eesmärki tervikuna, milleks on isiku tervendamine sõltuvusest, mis on õigusvastasele käitumisele viiv tegur (Sootak ja Pikamäe, lk 221). Sama problemaatiliseks peavad KarS kommenteeritud väljaande autorid asjaolu, et võimalus isik ravile suunata sõltub talle mõistetud karistuse liigist (nt sama kuriteo eest mõistetud rahaline karistus vs. kuni kuuekuuline vabadusekaotus).

Tuvastamaks, kas süüdlane on kuriteo toime pannud narkosõltuvuse tõttu, näeb KrMS § 221<sup>1</sup> ette andmete nõudmise korra narkomaanidele sõltuvusravi kohaldamiseks. Kui isiku puhul on mõeldav vangistuse asendamine sõltuvusraviga, võivad uurimisasutus ja prokuratuur nõuda kohtupsühhiaatriaekspertidelt ekspertiisimäärusega arvamust kahtlustatavale või süüdistatavale sõltuvusravi või kompleksravi kohaldamise vajalikkuse kohta. Uurimisasutus ja prokuratuur võivad pöörduda kahtlustatava või süüdistatava elukohajärgse vangla kriminaalhooldusosakonna poole taotlusega anda aramus narkomaanidele sõltuvusravi kohaldamise võimalikkuse kohta, lähtudes kahtlustatava või süüdistatava isikust, tema elutingimustest ja majanduslikust seisukorrast. Pöördumise juhul on kriminaalhooldusametnik kohustatud koostama arvamuse kolmekümne päeva jooksul, arvates taotluse saamisest.

Vangistuse asendamise ettepaneku saab teha prokurör. Süüdistusaktis märgitakse andmed narkomaanide sõltuvusravi kohaldamise eelduseks olevate asjaolude kohta (KrMS § 154 lg 1 p 8). Juhul, kui vastavad ravikohad ja ressursid puuduvad, prokurör sõltuvusravi kohaldamist ei taotle. Kui tekib vajadus kehtestada täiendavaid kontrollnõudeid, on see kriminaalhooldusametniku pädevuses, kes võib taotleda kohtult kontrollnõuete kehtestamist või teha ettepaneku sõltuvusravi lõpetamiseks ning vangistuse kohaldamiseks.

Kui kohus on otsustanud asendada vangistuse narkomaania sõltuvusraviga, saadetakse vastav kohtuotsus või -määrus süüdimõistetule elukohajärgsele kriminaalhooldusosakonnale, kes valmistab ette ravi kohaldamise ja suunab süüdimõistetule vastava tervishoiuteenuse osutaja juurde.

Narkomaania sõltuvusravi KarS mõttes on statsionaarne või ambulatoorne ravi, mille eesmärk on kuriteo toimepanemise põhjuseks olnud psüühikahäire ravimine või selle häire kontrolli all hoidmine. Narkomaanide sõltuvusravi ettevalmistamise, täitmise ja järelevalve korra kehtestab määrusega valdkonna eest vastutav minister.<sup>65</sup> Narkomaanide sõltuvusravi osutavad psühhiaatrilise abi seaduse § 6 lõike 2 kohaselt vastava tegevusloaga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid. Süüdi mõistetud narkomaani ravi ei tohi erineda sellest ravist, mida kohaldatakse narkomaanile, kes pole kuritegu toime pannud. Ravi vajavaid isikuid tuleb kohelda ühesuguselt.

KarS § 69<sup>2</sup> lõike 5 kohaselt kestab ravi vähemalt 18 kuud. Ravile allutatud süüdimõistetutele laienevad kõik PsAS §-s 4 sätestatud õigused, k.a õigus ravi katkestada. Nimetatud õiguse kasutamine toob endaga kaasa süüdlasele mõistetud vangistuse täitmisele pööramise. Kui ravi katkeb, pööratakse mõistetud vanglakaristus täiel määral täitmisele, ilma ravil viibitud aega maha arvestamata.

Süüdimõistetule on järgmistel juhtudel võimalik tema enda nõusolekul panna kohustus alluda ettenähtud ravile ka käitumiskontrolli raames (KarS § 75):

1. kuni kaheaastase vangistuse asendamisel üldkasuliku tööga (KarS § 69);
2. vangistusest tingimisi vabastamise korral ilma vangi saatmata (KarS § 74);
3. vangistusest tingimisi vabastamise korral pärast osaliselt kantud vangistust (KarS § 74);
4. vangistusest tingimisi ennetähtaegse vabastamise korral (KarS § 76);
5. vangistusest tingimisi ennetähtaegse vabastamise korral koos elektroonilise valve kohaldamisega (KarS §-d 75<sup>1</sup> ja 76);
6. kuriteo alaealisena toime pannud süüdlase vangistusest tingimisi ennetähtaegse vabastamise korral (KarS § 76<sup>1</sup>).

Ravikohustust ei saa määrata pikemaks ajaks kui vältab käitumiskontroll, mille kestus on vangistusest tingimisi ennetähtaegsel vabastamisel vähemalt üks aasta ning vangistusest tingimisi vabastamisel koos allutamisega käitumiskontrollile kuus kuud kuni kolm aastat.

Alates 29.03.2015 võib kohus prokuratuuri taotlusel ja kahtlustatava või süüdistatava nõusolekul panna talle kohustuseks läbida määratud tähtjaks sihtotstarbeline sotsiaalprogramm või alluda ettenähtud sõltuvusravile ka juhul, kui kriminaalmenetlus lõpetatakse oportuniteediga (KrMS § 202 lg 2 p 4). Kohustuse täitmise tähtaeg ei või olla pikem kui kaheksateist kuud. Kui isik ei täida talle pandud kohustust, uuendab kohus prokuratuuri taotlusel kriminaalmenetluse oma määrusega. Karistuse mõistmisel arvestatakse kohustuste osa, mille isik on täitnud.

### 3.3.1 Alternatiivkaristused mujal maailmas

Euroopa Liidu (EL) narkootikumidealase tegevuskava aastateks 2013–2016 punktis 21 soovitatakse liikmesriikidel kooskõlas riigisisese õigusraamistikuga kohaldada narkootikume tarvitavatele

<sup>65</sup> Sõltuvusravi ning karistusest tingimisi vabastamisel või vangistusest tingimisi ennetähtaegsel vabastamisel kohaldatava narkomaaniaravi ettevalmistamise ning täitmise ja järelevalve kord.

Õigusrikkujatele vanglakaristuse alternatiivina sobivaid meetmeid, nagu ravi, rehabilitatsioon, sotsiaalne integratsioon ja haridus (Euroopa Liidu Nõukogu, 2013). Tegevuskava järgi tuleks liikmesriikidel narkosõltuvusega õigusrikkujatele tagada vanglakaristuse alternatiivide ulatuslikum rakendamine, teostada selle üle järelevalvet ja hinnata meetme rakendamist.

Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA) andmetel määratakse ELis alternatiivkaristusi üldjuhul narkosõltuvusega isikutele eelkõige narkootikumidega seostatud või nende enda tarbeks hankimise seotud ja/või narkojoobes toime pandud õigusrikkumiste eest (EMCDDA, 2015b).

Alternatiivkaristuse rakendamine põhineb politsei ja eripalgelistest spetsialistidest koosnevate komisjonide koostööl, kuhu narkosõltlastest õigusrikkuja suunatakse esmasele nõustamisele talle sobiva sekkumise määramiseks. Üldjuhul rakendatakse taolisi meetmeid ennekõike probleemsetele narkootikumide tarvitajatele. EMCDDA 2004. aasta definitsiooni järgi on probleemne narkootikumide tarvitamine narkootikumide süstimine või regulaarne ja/või pikaajaline opioidide, kokaiini ja/või amfetamiinide tarvitamine, kuid 2013. aastal võeti kasutusel laiem mõiste „kõrge riskiga narkootikumide kasutamine“, mille all mõistetakse korduvat narkootikumide kasutamist, mis põhjustab tegelikku kahju (negatiivseid tagajärgi) isikule (sh sõltuvust, kuid ka teisi tervist puudutavaid, psühholoogilisi või sotsiaalseid probleeme) või paneb isiku suure tõenäosusega kannatama taolist kahju (EMCDDA, 2013).

Portugali dekriminaliseerimise reformi positiivse mõju käsitlemisel tuuakse esile eelkõige sõltuvusega seotud stigma vähenemist, sõltlaste hõlmamist nõustamise ning ravi- ja rehabilitatsiooniteenustega, narkootikumide tarvitamise vähenemist ja suremuse langust (McCaffrey, 2009). Leitud on, et 11 aasta jooksul pärast narkootikumide tarvitamise dekriminaliseerimist on narkootikumidega seotud tervise ja mitte-tervisega seotud sotsiaalne kulu vähenenud 18%, sh on vähenenud ka õigussüsteemi kulutused (Gonçalves *et al.*, 2015).

Kui Inglismaal ja Walesis on seatud põhieesmärgiks nn kõrge riskiga narkootikumide tarvitajate suunamine sobivatele teenustele, siis Portugalis suunab politsei kõik narkootikumide tarvitajad komisjoni, mis koosneb nii politseipoolsest esindajast kui ka erinevatest tervise-, sotsiaal- ja haridusametnikest, tegemata vahet, kas isik on kõrge või madala riskiga narkootikumide tarvitaja (EMCDDA, 2015b). Alates 2005. aastast testitakse seal narkootikumide kasutamise suhtes ka täiskasvanud isikuid, kes on sattunud arestimajja narkootikumide ostmiseks raha hankimiseks sooritatud varguse, röövimise või muu õigusrikkumise eest, mille toimepanemisele on politseiametniku hinnangul aidanud kaasa narkootikumide tarvitamine. Taolist arestimajja sattunud täiskasvanud narkosõltlaste teenustega hõlmamist rakendatakse 2012. aastast ka Iirimaa ja 2005. aastast Maltas. Üldjuhul antakse sedalaadi võimalus seal esmase õigusrikkumise puhul.

Prantsusmaal, Rumeenias ja Luksemburgis otsustab prokurör, kas loobuda probleemsele narkootikumide tarvitajale esitatavast süüdistusest, kuid sellist võimalust pakutakse vaid narkootikumidega seotud väärteo puhul (EMCDDA, 2015b). Põhimõtteliselt sama meedet kasutatakse ka Itaalias ja Hispaanias. Prantsusmaal, Rumeenias, Luksemburgis ja Itaalias teeb otsuse karistamisest loobumise ja selle asemel ravile suunamise kohta kohaliku politseiprefektuuri narkosõltuvusega tegelev üksus. Hispaanias tuleb esitatud süüdistusest loobumiseks narkosõltlasele endal vabatahtlikult ravile minna. Belgias, Kreekas, Austrias, Hollandis ja Lätis on võimalik kõrge riskiga narkootikumide tarvitajale süüdistuse esitamisest loobuda ka muude narkootikumidega seotud kuritegude puhul. Poolas on prokurörile antud õigus loobuda probleemsele narkomaanile esitatud süüdistusest iga süüteo puhul, mille eest saab karistada kuni viieaastase vangistusega, kuid seda vaid tingimusel, et narkosõltlane läheb kohe ravile.

Kohtus süüdistuse esitamisest loobumist tingimusel, et isik nõustub raviprogrammi suunamisega, kasutatakse Ungaris, Tšehhi Vabariigis, Taanis, Slovakkias, Belgias, Luksemburgis, Austrias ja Prantsusmaal, kuid erisustega (EMCDDA, 2015b). Näiteks võib viimases neljas riigis õigusrikkujast narkosõltlasele alternatiivkaristuse määrata lisaks kohtule ka prokurör. Tšehhi Vabariigis saab loobuda süüdistuse esitamisest kohtus süütegude puhul, mille eest määratav karistus on lühem kui viis aastat. Taanis pole selle meetme rakendamiseks ajalist piiri sätestatud. Ungaris loobutakse sõltlasele karistuse määramisest aine enda tarbeks omamise eest juhul, kui isik ise suudab enne karistuse määramist tõendada, et ta on narkomaaniaravil või käib professionaalsel nõustamisel. Eestis, Poolas, Hispaanias, Prantsusmaal, Saksamaal, Lätis, Luksemburgis, Hollandis, Austrias ja Slovakkias ei pöörata kohtuotsust täitmisele juhul, kui sõltlastest õigusrikkuja nõustub ise minema narkomaaniaravile, mille maksimumpikkus riigiti erineb.

### 3.4 Narkomaania ravi rahastamine

Eestis tegelevad narkomaania raviga järgmised organisatsioonid:

- ▶ narkorehabilitatsioonikeskused (SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus, SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskus) ja haiglate narkoraviüksused (AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, AS Wismari Haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla);
- ▶ vanglate sõltuvusrehabilitatsiooni osakonnad (Tartu vangla, Viru vangla jt);
- ▶ narkorehabilitatsiooniga seotud teenuseid pakuvad ettevõtted, sihtasutused ja mittetulundusühingud: OÜ Corrigo, OÜ Tervisekeskus Elulootus, MTÜ AIDSi Tugikeskus jt.

Narkorehabilitatsioonikeskuste, haiglate ja vanglate narkoraviüksuste tööd rahastatakse peamiselt riigieelarvest ja vähemal määral suuremate kohalike omavalitsuste vahenditest. Näiteks AS Lääne-Tallinna Keskhaigla tööd rahastavad riik (TAI kaudu) ja Tallinna linn (seetõttu on teenused tasuta ainult Tallinnas registreeritud elukohta omavatele inimestele).

OÜ Corrigo pakub metadoonasendusravi teenust riigi tellimusel TAIga sõlmitud lepingu alusel. Igal aastal lepatakse kokku vastava aasta eelarve. Asutus esitab eelarvetaotluse, mida TAI parandab. Toimub ka mõningane läbirääkimine, kuid kindlaks kriteeriumiks on, et majanduskulud võivad personalikulust moodustada 7%. Töötajate arv sõltub klientide arvust ja juurde pakutavatest teenustest. Ka OÜ Tervisekeskus Elulootuse ja MTÜ AIDSi Tugikeskuse tegevust rahastatakse peamiselt projektidest, mida finantseerivad riik, EL või mõni rahvusvahelise koostöö fond (nt Norra või Šveitsi fondid); lisaks saadakse tuge annetustest, aga nende osakaal kogueelarves on suhteliselt väike.

Rahastatakse erinevaid teenuseid, millel teatakse olevat positiivne mõju narkomaanide ravimisele ja rehabiliteerimisele. Pakutavate teenuste kontseptsioon ega komplekt ei ole üle Eesti ühtne ja pigem lähtutakse teenuste osutamisel rahalistest kaalutlustest kui tõenduspõhisusest. Mõned levinumad pakutavad teenused:

- ▶ metadoonasendusravi;
- ▶ kognitiiv-käitumisteraapia võtted;
- ▶ mentaliseerimine;<sup>66</sup>
- ▶ motiveeriv intervjuerimine;

<sup>66</sup> Termin pärineb fookusgrupi-intervjuudest. Mõeldud on teadveloleku ehk *mindfulness* teraapiaid, mis on üks kaasaegne psühholoogialane teaduspõhine sekkumisviis erinevate psüühikahäirete raviks.

- ▶ naloksooni kasutamise koolitused ja ravi;
- ▶ individuaalne nõustamine;
- ▶ muud ravivõtted (12 sammu programm, kogemusnõustamine, grupinõustamine, grupitööd, eneseabirühmad, eluviisi treening, muusikateraapia, kunsti- ja loovusteraapia, loomateraapia, jooga jm).

TAI poolt rahastatavad teenused on järgmised (sulgudes vastav TAI lepingupartner 2016. aastal):<sup>67</sup>

- ▶ ravi- ja rehabilitatsiooniteenused täiskasvanutele:
  - lühiajaline statsionaarne võõrutusravi (AS Wismari Haigla);
  - ambulatoorne opioidsõltuvuse asendusravi (AS Wismari Haigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla nakkuskliinik, OÜ Tervisekeskus Elulootus, OÜ Corrigo, OÜ Aasa Kliinik, OÜ Narva Sõltuvuste Ravikeskus, SA Tartu Ülikooli Kliinikum);
  - statsionaarne rehabilitatsiooniteenus täiskasvanud uimastisõltlastele (SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus, SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskus);
  - uimastiprobleemidega psühhiaatriliste patsientide päevaravi (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla);
- ▶ ravi-, rehabilitatsiooni- ning nõustamisteenused sõltuvusprobleemidega alaealistele ja nende vanematele (OÜ Corrigo, SA Tallinna Lastehaigla).

Lepingutes selgitatakse täpsemalt toetatavate teenuste eesmärgid ja sisu ning kirjeldatakse teenuste osutamisele esitatud nõudeid. Näiteks statsionaarse võõrutusravi puhul määratletakse, et ravi kestab kuni 30 päeva, millele eelneb ravikokkuleppe sõlmimine ja raviplaani koostamine koos patsiendiga. Opioidsõltuvuse asendusravi lepingutes kirjeldatakse muuhulgas patsiendi hindamist, asendusravi läbiviimist (sh erijuhtumeid), nõudeid teenuseosutajale jne. Rehabilitatsiooniteenuse puhul käsitletakse vajalikke nõudeid (sh ruumidele), rehabilitatsioonimeetodeid, -etappe ja muid teenuse osutamisega seotud aspekte.<sup>68</sup>

Eesti ravisüsteem on suunatud peamiselt opioidsõltlaste ravi ja rehabilitatsiooni teostamisele ja opioidsõltuvusest tingitud kahjude vähendamisele; teiste narkootikumide tarvitajatele spetsiifilisi raviprogramme seni loodud pole.<sup>69</sup> Narkomaaniaravi andmekogu aruande<sup>70</sup> järgi kasutas enamik ravile pöördunud (2013. aastal 81% ja 2014. aastal 76%) peamise narkootikumina fentanüüli või 3-metüülfentanüüli. Lisaks selgus, et kaks kolmandikku ravialustest (2013. aastal 66% ja 2014. aastal 67%) on viibinud narkomaaniaravil ka varem, mis viitab sellele, et tõhus ravi on keeruline.

Üheks suuremaks kitsaskohaks Eesti ravisüsteemis on Haigekassa ning Sotsiaalkindlustusameti teenuste lahknevus ning sõltuvushäiretega inimestele suunatud teenuste puudumine Haigekassa teenuste

<sup>67</sup> [http://www.tai.ee/images/Lepingupartnerid\\_S%C3%95LTUVUS\\_2016.pdf](http://www.tai.ee/images/Lepingupartnerid_S%C3%95LTUVUS_2016.pdf), vaadatud 10.03.2016

<sup>68</sup> <http://www.tai.ee/et/instituut/lepingud/lepingud-2015>, vaadatud 10.03.2016

<sup>69</sup> [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145685139580\\_Raport\\_narkoolukorrast\\_Eestis\\_2014.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145685139580_Raport_narkoolukorrast_Eestis_2014.pdf), vaadatud 10.03.2016

<sup>70</sup> [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/144846221257\\_Narkomaaniaravi\\_andmekogu\\_aruanne\\_2013\\_2014.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/144846221257_Narkomaaniaravi_andmekogu_aruanne_2013_2014.pdf), vaadatud 10.03.2016

nimekirjast.<sup>71</sup> Sotsiaalhoolekandeteenuste loetelus<sup>72</sup> on küll kirjeldatud teenuseid, mis sobiksid hästi ka sõltuvushäirega inimesele (nt tugiisikuteenus), kuid autoritele teadaolevalt ei ole neid teenuseid sõltuvushäirega inimeste puhul rakendatud. Samuti ei ole sotsiaalhoolekandeteenused ja Haigekassa teenused omavahel seotud. Need kaks süsteemi järgivad erinevaid rahastusskeeme. Tegemist on ebaefektiivse korraldusega, kuna sageli vajab inimene lisaks haiglaravile hiljem ka järelteenuseid. Ühtse rahastusskeemi korral oleks võimalik seda kohehelt raviskeemis planeerida ning seeläbi vähendada ajakulu ja lisakulutusi administratiivtöötajate arvelt.

Heade tulemuste saavutamiseks peab ravi tavaliselt kestma pikemat aega (umbes 1–2 aastat, kuid ravi võib tulemust anda ka 7–10 aasta möödudes) ja see peaks sisaldama erinevaid vajaduspõhiseid teenuseid (võõrutusravi, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenused, vajadusel metadoonasendusravi, ravi amfetamiinist sõltuvuses olevatele isikutele, testimist HIVi ja C-hepatiidi suhtes, abi ARV ja C-hepatiidi ravile pöördumiseks või ka ravi pakkumist ja naloksooni jagamist opiaatsõltlastele jne). Seega võib tõhus narkomaaniaravi ühe inimese kohta olla väga kulukas. Asendusravi puhul tuleks heade tulemuste saamiseks arvestada kuluga, mis ulatub u 5–6 euroni päevas inimese kohta. Sellele järgneb rehabilitatsioon, mis maksab sõltuvalt teenuse sisust (ööpäevane rehabilitatsioon vastavas keskses või ambulatoorne rehabilitatsioon) u 10–20 eurot päevas inimese kohta. Kirjeldatud summad katavad narkosõltlase jaoks enamiku vajaduspõhiste teenuste kuludest.

Kui arvestada, et ravita jäävad narkosõltlased kulutavad oma sõltuvusele iga päev u 50–100 eurot (teatud juhtudel ka rohkem), millest suur osa saadakse kuritegelikul teel (vargused, röövimised, pettused jms),<sup>73</sup> siis on ilmne, et ravi rakendamine on ühiskonnale soodsam ja kasulik. Seejuures peaks asendusravi pakkumine laienema, nii et ravi saaks vähemalt 35–40% sõltlastest (praegu jõuab ravi mitmete allikate koondhinnangul 10–15% sõltlasteni). Täpset arvu, kui paljud sõltuvusprobleemiga inimesed vajaksid abi, ei ole võimalik määratleda puudulike andmete tõttu. See tähendab, et rahastamist tuleks senisega võrreldes oluliselt suurendada, kuid sel moel oleks võimalik saavutada asendusravi märgatav positiivne mõju kuritegevuse vähendamisele ja HIVi leviku tõkestamisele.

2013. aastal eraldati riigieelarvest narkomaaniaravi ja rehabilitatsiooniteenuste elluviimiseks üle 2,3 miljoni euro, millest ligi pool kulus metadoonasendusraviks ja kolmandik täiskasvanutele rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. TAI-le eraldati RTA vahenditest 1 421 027 eurot, millest kasutati ära 94% (1 331 845 eurot). Enamik TAI tegevustest hõlmas narkomaaniaravi ja rehabilitatsiooni. Kokku 127 073 eurot läks mitteopiaatse narkomaania ravile ja selle kvaliteedi tõstmisele, 1 156 141 eurot rehabilitatsiooniteenustele ja 39 922 eurot nõustamisteenusele. Lisaks rahastati 2013. aastal 1 124 021 euroga süstlavahetusteenust ja nõustamist, 22 652 euroga üledoosidest tingitud surmade ennetamist ja 1 037 505 euroga opiodsõltlaste metadoonasendusravi (selle kulud olid ligi 20% suuremad kui 2012. aastal ja ligi 30% suuremad kui 2011. aastal). Peale riigieelarve rahastati 2013. aastal metadoonasendusravi ka Tallinna linna eelarvest. Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet rahastas 159 779 euroga AS Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskuse

<sup>71</sup> <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>, vaadatud 21.07.2016

<sup>72</sup> <https://www.riigiteataja.ee/akt/108072016026>, vaadatud 21.07.2016

<sup>73</sup> Lisaks tuleb arvestada narkomaaniaga kaasnevate kuludega õigussüsteemis (politsei, kohtud, vanglad), arstiabi pakkumises ja mujal (nt vajadus rakendada tugevaid turvameetmeid, et hoida ära vargusi, perekondade laostumist narkosõltlastest pereliikme tegevuse tagajärjel jne).

tööd, mis pakub ambulatoorset asendusravi täiskasvanud narkosõltlastele. Samuti kasutati narkomaania riikliku strateegia tegevuste rahastamiseks 2013. aastal Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) vahendeid. Tegevused keskendusid sõltuvushäiretega inimestele suunatud nõustamisteenuste arendamisele ja osutamisele. Kokku kasutati ESFi vahendeid summas 156 083 eurot.<sup>74</sup>

RTA 2009–2020 aastateks 2013–2016 koostatud rakendusplaani järgi on narkomaania ravi-, taastusabi- ja järelteenuste (sh kahjude vähendamise) ning nõustamisteenuste väljaarendamise ja pakkumise puhul oodatavaks tulemuseks abivajajatele miinimumnõuetele vastavate teenuste süsteemne võimaldamine. Selleks on vaadeldaval perioodil (2013–2016) ette nähtud u 8,21 miljonit eurot (1,58 miljonit eurot 2013. aastal; 2,04 miljonit eurot 2014. aastal; 2,26 miljonit eurot 2015. aastal; ja 2,34 miljonit eurot 2016. aastal).

Tõenduspõhiste, terviklike ja miinimumnõuetest paremate teenuste pakkumiseks on vaja täiendavaid rahalisi ressursse. Seda märgitakse ka uimastitarvitamise vähendamise poliitika valges raamatus, kus tuuakse sõltuvusravi ja sõltuvusvastase taastusabi süsteemi puhul välja, et 2018. aastaks seatud eesmärkide saavutamiseks on enamiku tegevuste jaoks vaja rahalist lisaressurssi.

Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu 2014. aasta aruande<sup>75</sup> järgi on vaja pakkuda integreeritumat ravi ja laiendada ambulatoorse asendus- ja säilitusravi kättesaadavust (sh regionaalselt) opioidsõltlastele, lisades ravikohti ja suurendades tegevuseks ette nähtud eelarvet. 2017. aastal ulatub selle sihtgrupi puhul rahaline vajadus hinnanguliselt 1,28 miljoni euroni, mis kasvab järgnevatel aastatel (1,35 miljonit 2018. aastal ja 1,415 miljonit 2019. aastal).

Võimalikku lisarahastust on oodata alates 2017. aastast, kuna eesmärgiks on võetud teenuste arendamine ja laiendamine HIVi ja narkomaania valdkonnas. Muuhulgas peaks juurde tekkima lisavõimalusi opioidsõltuvuse asendusravi ja kahjude vähendamise teenuse osutamiseks.<sup>76</sup>

### **Vanglast vabanevatele sõltlastele tugiteenuste ja ravi pakkumine**

Uuringust ilmnes, et ravi ja rehabilitatsiooni laiem pakkumine on vajalik ja kuluefektiivne ka vanglast vabanevate narkosõltlastest vangide puhul. Kuluefektiivsusele viitavad dokumendianalüüsi andmed, autoritele teada olevad andmed teenuste maksumusest ja mitteravitatud uimastisõltuvuse kuludest riigile, teaduskirjandus ning vestlused ja fookusgrupid valdkonnas töötavate inimestega. Tegemist on neil andmetel põhineva uuringu autorite eksperthinnanguga. Tugiteenuste all peetakse siinkohal silmas tugisiku teenust, tugigruppe, nõustamisteenuseid, sotsiaaltöötaja teenuseid, tööturule naasmist toetavaid teenuseid. Seda, kui paljud vabanevad vangid teenuseid vajaksid ja millistes maakondades peaksid teenusepakkujad paiknema, ei ole andmete puudumise tõttu kahjuks võimalik välja tuua, kuid see vajaks edaspidi täpsemat uurimist. Abivajajate arvu on võimalik hinnata vaid kaudselt. Teadaolevalt vabanes 2015. aastal vanglast 1757 kordumatut isikut (süüdimõistetud ja vahistatud kokku). Hinnanguliselt oli nende seas kolmandik ehk ligi 600 isikut sõltuvushäirega (arvestamata sõltuvuse staadiumi); jääb küsimus, kui suur osa neist vajaks ravi ja tugiteenuseid. Sellist hinnangut on puudulike andmete tõttu raske anda, kuna ei ole

<sup>74</sup> [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145685139580\\_Raport\\_narkoolukorrast\\_Eestis\\_2014.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145685139580_Raport_narkoolukorrast_Eestis_2014.pdf), vaadatud 10.03.2016

<sup>75</sup> [https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Ennetus/20150821\\_valge\\_raamatu\\_taitmise\\_2014.\\_aasta\\_ulevaate\\_tabel.xlsx](https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Ennetus/20150821_valge_raamatu_taitmise_2014._aasta_ulevaate_tabel.xlsx), vaadatud 10.03.2016

<sup>76</sup> Meilivahetus TALga.

teada, kas vabanenud on vanglas tervenenu ja motiveeritud tervislikku eluviisi säilitama või mitte, samuti pole Eestis uuritud spontaanse tervenemise määra.

Järgnevalt esitatakse näidisarvestus 2015. aastal vabanenute arvu põhjal, et hinnata ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste aastase vajaduse mahtu (arvud on hinnangulised; täpsemate andmete selgumisel saab arvestust vastavalt korrigeerida). Arvestuses võetakse arvesse inimesed, kelle põhiuimasti veerus oli märke narkootikumide tarvitamise kohta (pole teada sõltuvuse staadiumi või akuutsusi; mõnel isikul oli märgitud mitu sõltuvusainet). Vaatluse all on neli ainete gruppi: opiaadid, stimulaatorid, kanep, muud psühhoaktiivsed ained (k.a segakasutus). Eelduseks on, et 30% vabanenutest ehk 527 isikut olid narkosõltlased. Täpsemate andmete puudumisel võib eeldada, et vähemalt 50% vanglast vabanevatest narkosõltlastest ehk 264 isikut aastas vajab vanglast vabanemise järel narkosõltuvusega seotud ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid. See hinnang baseerub 2015. aasta uimastiseire aruandel, mille järgi oli vanglas viibivaist narkosõltlastest 47% akuutses seisus. Siinkohal ei arvestata kõikidele vabanenutele vajalikke tugiteenuseid, mida on tarvis ka mittesõltlastele. Oletades, et neist vähemalt 30% (puuduvad andmed tegelikust vajadusest) vajab seisundi stabiliseerimiseks ja hindamiseks esmalt viibimist statsionaarses ravikeskuses, tähendab see vähemalt 79 isiku suunamist statsionaarsesse ravikeskusse. Keskmine ravikeskuses viibimise aeg on 9 kuud, seejärel saab ravivajajad suunata ambulatoorsele ravile või muudele mittestatsionaarsetele teenustele. Ülejäänud 185 isikut vajab vahetult vanglast vabanemise järel ambulatoorseid ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid; sh vähemalt 31 isikut peaks jätkama metadoonasendusravi, mida nad olid eelduste kohaselt saanud vanglas. See arvutuskäik on hüpoteetiline ning puudub täpsem teadmine, kuid võrd vastab hinnang tegelikele vajadustele. Niisugust ideed saab aga rakendada ravi vajavate individide arvu välja selgitamiseks arvutustes siis, kui on täpsemalt teada proportsioonid, mitu protsenti vabanejatest millist tüüpi ravi vajaks. Samuti on võimalik seda kasutada väga üldise hinnangu saamiseks selle kohta, millistes maakondades (elukoha järgi) peaks olema valmidus vabanevatele vangidele ravi pakkuda, kui sama arvutuskäik teha läbi iga maakonna kohta. Käesolevas uuringus ei ole puudulike andmete tõttu tehtud hinnangut kõikide maakondade kohta.

Näitlikustamiseks tuuakse kolme kõige suurema uimastitarvitajate arvuga (elukoha järgi) maakonna kohta hinnang, millest ilmneb, et maakonniti on ravivajadus erinev ja erinevate teenuste (nt metadoonasendusravi, sotsiaalne rehabilitatsioon jm sekkumised) osakaal peaks olema erinev. Kolm suurima uimastitarvitajatest õigusrikkujate absoluutarvuga maakonda 2015. aastal vanglas viibinute andmete järgi (tabel 11) on Harjumaa, Ida-Virumaa ja Tartumaa. Oluline on märkida, et lähtuti vanglas viibinud inimeste andmetest, mis ei tähenda, et igal aastal igas maakonnas just selline arv inimesi tegelikult vabaneks. Kolm olulisemat uimastiklassi, mida siinkohal käsitleme, on opioidid, amfetamiin ja alkohol.

**Tabel 12** Tabel 12 näitab, et Harjumaal on enam just opioiditarvitajaid (289 inimest), võrreldes alkoholi (123 inimest) ja amfetamiini tarvitajatega (114 inimest). Eeldades, et enamik vanglast vabanenutest on opioiditarvitajad, peaks eelneva arutuskäigu põhjal hinnanguliselt 50% neist (145 inimest) saama kohe pärast vabanemist ravi, kellest omakorda 30% (48 inimest) vajaks kohe statsionaarset ravi ravikeskuses (sh metadoonasendusravi), ülejäänud 145 vajaksid ambulatoorseid teenuseid ja sotsiaalset rehabilitatsiooni.

Ida-Virumaal on kõige levinumaks uimastiks amfetamiin (82 inimest), järgnevad opioidid (77 inimest) ja alkohol (69 inimest). Amfetamiinisõltuvuse korral ravimravi puudub. Amfetamiinitarvitajate jaoks on tõhusaks meetmeks sotsiaalne rehabilitatsioon (erinevad psühhosotsiaalsed sekkumised ja tugigrupid). Eelnevalt välja pakutud arvutuskäigu järgi peaks 50% Ida-Virumaa amfetamiinitarvitajatest (41 inimest)

saama raviteenuseid kohe pärast vabanemist, neist 30% (14 inimest) peaksid saama statsionaarset, spetsiaalselt amfetamiinitarvitajatele suunatud raviteenust ravikeskuses.

Kolmanda maakonna näiteks on Tartumaa, kus on alkoholitarvitajaid (66 inimest) märksa enam kui amfetamiini- (33 inimest) ja opioiditarvitajaid (2 inimest). Opioidsõltlasi on väga vähe ja sellest tulenevalt puudub Tartumaal praktiliselt vajadus metadoonasendusravi järele, samas on vajalik kohene sekkumine pärast vabanemist 50% (lähtudes eeltoodud arvutuskäigust) ehk 33 inimesele seoses alkoholi tarvitamisega, neist 30% ehk 11 inimest vajaks kohe pärast vabanemist pidevat ravi ravikeskuses.

Lisaks on võimalik hinnangu andmisel arvestada ideed, et ravi vajaks iga sõltuvushäirega inimene. Samas on teada, et võib toimuda ka spontaanne tervenemine sõltuvushäirest. Eestis ei ole seda uuritud, kuid mujal maailmas on sõltuvushäirega inimeste seas (narkootiliste ainete, alkoholi jm sõltuvus) tehtud analüüside andmetel spontaanse tervenemise määraks hinnanguliselt 18–26% (Walters, 2000). See tähendab, et ravi vajaks ligikaudu 80% vabanevatest uimastisõltuvuse diagnoosiga inimestest. Millist ravi täpsemalt, on väga individuaalne, seetõttu ei ole seda siinkohal võimalik välja tuua. Spontaanse tervenemise näitaja võib lisaks olla väga kultuurispetsiifiline, mistõttu ei pruugi sama määr Eesti tingimustes täielikult kehtida. Võib eeldada, et mõned vabanenutest ei vaja otseselt tugiteenuseid ning suudavad toime tulla iseseisvalt või oma lähedaste abiga. Täpsema arvulise ja teenuste osas rahalise hinnangu andmiseks oleks vaja koguda andmeid vabanenud sõltlaste kohta, näiteks: kui paljud tervenevad spontaanselt, kui paljud suunduvad ravile iseseisvalt, kui paljud vajaks abi ja suunamist ning kui paljud surevad üledoosi tõttu vahetult pärast vabanemist.

Üheks võimaluseks on võtta aluseks uuringud, kus on käsitletud sõltuvusprobleemidega inimeste ravivajadust. Näiteks süstivate narkomaanide seas läbi viidud küsitluses ravivajaduse kohta vastas 41% uuritavatest, et nad vajaks ravi (Tallinna valim, Uusküla *et al.*, 2013). Narvas tehtud uuringust (Narva valim, Vorobjov *et al.*, 2015) ilmnes, et hinnang ravivajadusele oli väga madal (15%), kuid seda selgitab asjaolu, et pakutav on enamasti metadoonasendusravi; samas moodustasid sihtgrupist suurema osa (63%) amfetamiinitarvitajad. See tähendab, et subjektiivsete hinnangute kasutamise võimalused ravivajaduse hindamiseks on piiratud, sõltudes muuhulgas ravivõimaluste olemasolust riigis. Amfetamiinitarvitajatele on Eestis võimalik pakkuda sotsiaalset rehabilitatsiooni, mida praegu väga vähesel määral rakendatakse (võrreldes metadoonasendusraviga).

Kokkuvõtteks, ravivajaduse hindamiseks vanglast vabanenute seas on vaja rohkem andmeid. Võttes arvesse erinevaid variante ravivajaduse hindamiseks, varieerub sõltuvushäirega inimeste ravivajaduse näitaja 15% kuni 80%.

### Teiste riikide kogemused

Narkomaaniaravi rahastamist ja selle efektiivsust erinevate meetmete puhul on uuritud mitmetes riikides. Näiteks on kinnitust leidnud asendusravi märkimisväärne kasutegur opioidisõltlaste puhul (juhul, kui seda rakendatakse ettenähtud moel) ja süstlavahetusprogrammide positiivne mõju sõltlaste (ja laiemalt ühiskonna) tervisele. Tõendus põhiseelt on edu toonud ka psühhosotsiaalne ravi (*psychosocial treatment*), pere- ja paaripõhine teraapia (*behavioural family-based and couple-based treatment*) ning eneseabi organisatsioonid (*peer self-help organisations*) (Strang *et al.*, 2012).

Erinevate riikide kogemused näitavad, et tõenduspõhisuse määratlemine ja rakendatavate meetmete vastav hindamine võib olla üsna keerukas, kuid sellegipoolest on eesmärgiks, et narkopoliitikas kasutatavad lahendused põhineksid järjest suuremal määral teaduslikel tõenditel (Bennett ja Holloway, 2010).

### Probleemid

Rahastamissüsteemiga seonduvad peamised murekohad jagunevad kolme rühma: rahastuse maht on soovitud väiksem, rahastamine pole piisavalt stabiilne ning rahastus ei ole jaotunud sõltuvusest tervenemise eesmärki silmas pidades. Need tingivad omakorda sisulisi probleeme.

Rahastuse vähesus tähendab näiteks seda, et ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis on liiga vähe kvalifitseeritud spetsialiste ja järelikult ei saa kõik abivajajad neile vajalikku teenust vajalikus mahus. Kuna valdkonnas töötamine ei ole ühiskonnas kuigi prestiižne, on häid spetsialiste keeruline värvata. Üldiselt on Eestis liiga vähe psühhiaatreid ja õdesid ning valdkonnas pakutavad palgad neid ei motiveeri, lisaks on väljaspool Tallinna linna probleemiks psühhiaatrite suur koormatus ning ka kõrgema palga eest ei olda nõus sõltlastega töötama. Olukorda illustreerib asjaolu, et suure narkosõltlaste arvuga Tartu vanglas on kogu rehabilitatsiooniüksuse kohta vangla rehabilitatsiooniüksuse töötajate endi sõnul vaid üks psühholoog. Vestlusest ravikeskuse psühholoogiga ilmnas, et töö maht on ülemääraselt suur.

Lisaks pole vähese rahastamise tõttu võimalik kõiki haigeid väljaspool vanglat ravikeskustes ravida. Vabaduses saab näiteks narkomaaniaravi kuni 16% narkosõltlastest (ptk 3.2.1), ravivõimalused amfetamiinisõltlastele praktiliselt puuduvad (ptk 3.1.5) ja raskendatud on C-hepatiidi ravi ning paljuski on selle finantseerimiseks kasutatud rahvusvahelisi koostööprojekte. Ebapiisav rahastamine on tekitanud ka olukorra, kus Tallinna ravikeskustes on liiga pikad järjekorrad opioidsõltuvuse asendusravile pääsemiseks.<sup>77</sup>

Rahastuse ebastabiilsus toob samuti kaasa mitmeid sisulisi probleeme. Kuna rahastamisperiood on teatud juhtudel liiga lühike (nt üks aasta<sup>78</sup>), siis ei ole võimalik teha pikemaajalisi plaane (nt kolmeks või viieks aastaks). See aga tähendab, et teenusepakkujad ja kliendid ei tea, kui kaua ja mis tingimustel teenuste pakkumine jätkub. Järelikult on teenusepakkujal väga keeruline tegeleda pikemaajalise planeerimisega, sh töötajate värbamise ja arendamisega (kuna pole teada, kas järgneval aastal tegevust rahastatakse või mitte). Samuti võib teenuse pakkumise ebastabiilsus põhjustada selle, et klientide ravimise ja rehabiliteerimise protsess jääb poolikuks ega õnnestu.

Personali hoidmisel on tähtsaks aspektiks ka töökeskkond. Ruumide planeerimiseks ja renoveerimiseks ei ole eelarves raha ette nähtud. Samas kipuvad kliendid varastama ja lõhkuma, mis tekitab lisakulusid (inventari on vaja asendada ja/või parandada, tuleb kasutada tugevdatud valvet).

Kirjeldatud probleem puudutab eelkõige HIVi ja narkomaania raviga tegelevaid ettevõtteid ja mittetulundusühinguid, mis sõltuvad paljuski lühiajalisest projektipõhisest rahastamisest ja seega puudub neil tihti võimalus teha ühest aastast pikemaid sisulisi arenguplaane. Riiklike asutuste finantseerimine on stabiilsem, kuid ka seal esineb olulisi vajakajäämisi. Kuigi rahastamine on stabiilne, on raha kasutamine

<sup>77</sup> [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145685139580\\_Raport\\_narkoolukorrast\\_Eestis\\_2014.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/145685139580_Raport_narkoolukorrast_Eestis_2014.pdf), vaadatud 01.04.2016

<sup>78</sup> Rahastamise projektipõhisuse ebamõistlikkust illustreerib asjaolu, et mõned „projektid“ on kestnud juba 18 aastat.

otstarbe muutmine aeganõudev protsess, mis on narkoravi puhul suureks puuduseks, sest teatud juhtudel (nt epideemia kontrolli alla saamiseks) on vaja reageerida ja tegutseda väga kiiresti.

Üheks probleemseks aspektiks on ka olemasoleva raha süsteemisisene jaotumine. Näiteks on teada, et vangi ülalpidamiskulud vanglas ulatuvad keskmiselt 1313 euroni kuus, kuid kriminaalhooldusel oleva inimese kulud on umbes 52 eurot kuus.<sup>79</sup> On teada, et sõltuvuskäitumise ennetamiseks on ravi tõhusam kui vangistus (Friedman *et al.*, 2011), mis võib kaudselt avaldada mõju ka süütegudele (nt vähenevad vargused). Praegune süsteem ei keskendu suurema kasuteguri ja kuluefektiivsusega meetoditele.

Rahastuse vähesus ja ebastabiilsus ning jaotumine viivad kokkuvõttes selleni, et narkomaanide ravi- ja rehabiliteerimissüsteem ei ole loogiline tervik ja seega võib niigi nappide ressursside kasutamise tulemuslikkus olla oodatust väiksem.

### Lahendused

Üldiselt võib projektipõhine rahastamine jätkuda, kuid mõistlik oleks kaaluda võimalusi **rahastamisperioodi pikendamiseks** (nt kolm aastat senise ühe aasta asemel), et ühelt poolt saaksid teenusepakkujad oma teenuseid paremini edasi arendada ja teiselt poolt oleks klientidel suurem kindlus saada neile vajalikku teenust.

Kuigi projektipõhine rahastamine võiks põhimõtteliselt jätkuda (pidades loomulikult silmas, et prioriteetide seadmine ja raha jaotamine toimuks asjatundlikult), peaks tähtsamate teenuste pakkumiseks olema tagatud **püsirahastus**, et narkomaanide ravi- ja rehabiliteerimisteenustel oleks suurem kasutegur. Teenuste pakkumise ebastabiilsus võib takistada ja aeglustada paranemisprotsessi ning tuua kaasa tagasilanguse. See on eriti tõenäoline narkosõltlaste puhul, kelle toimetulek sõltub otseselt sellest, kas saadakse vajalikku teenust või mitte.

Ekspertide hinnangul tasuks siinkohal võtta eeskuju Soomes kasutatavast süsteemist, kus esimese paari projektipõhise tegutsemisaasta jooksul häid tulemusi näidanud narkoravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvad keskused (MTÜd) saavad edaspidi poole oma eelarvest stabiilse rahastusena riigilt. See annab organisatsioonile kindluse, et on võimalik teha ühest aastast pikemaid tegevusplaanide. Teine pool eelarvest taotletakse projektipõhiselt (riigilt ja/või välisfondidelt), mis omakorda annab organisatsioonidele võimaluse tegutseda mobiilsemalt ehk pakkuda teenuseid operatiivsemalt vastavalt vajadusele.

Lisaks eelnevale oleks senisest rohkem vaja pakutavaid **teenuseid ühendada** sisuliselt (koostöö mõttes, nii et liigutaks sujuvalt ühelt teenuselt üle teisele), et narkomaanide ravi- ja rehabiliteerimissüsteem moodustaks loogilise terviku, mis tagaks abivajajale parema ja efektiivsema toe.

Võimaluse korral tuleks ka kuluefektiivsusest lähtuvalt pakkuda sõltuvushäirega inimestele ravi ja rehabilitatsiooni vangistuse asemel.

<sup>79</sup> <http://www.vangla.ee/et/uudised-ja-arvud/vangistuse-kulud>, vaadatud 05.05.2016

## 3.5 Õigusrikkujate ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste sisuline analüüs

### 3.5.1 Sotsiaalse rehabilitatsiooni meetmete tõhusus: kogemused vanglates ja arestimajades

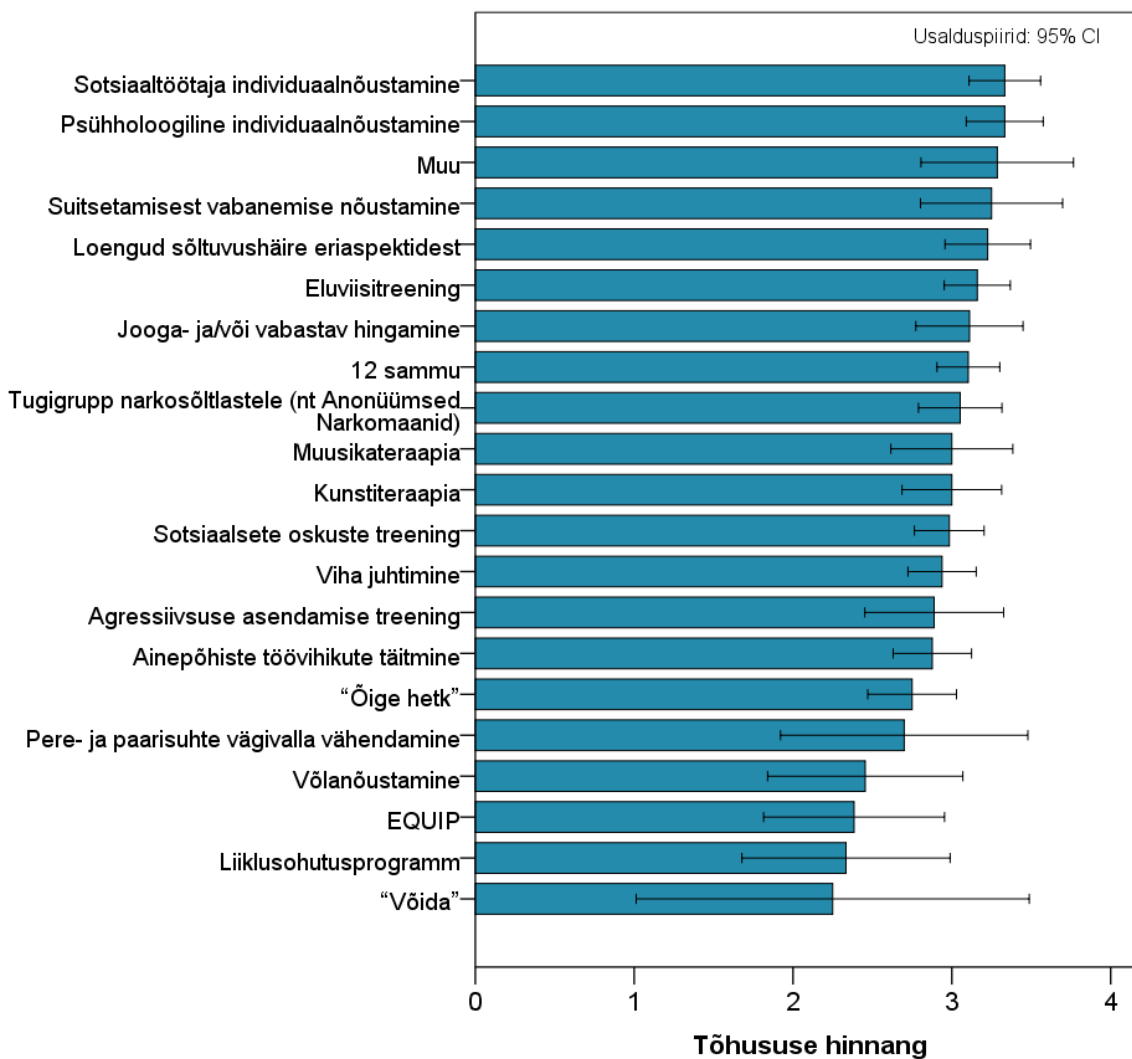
Uuringu ühe osana viidi läbi kirjalik ankeetküsitlus vangide seas. Küsitluse läbiviimise protseduuri ja valimit on kirjeldatud samas peatükis eespool ja metoodika peatükis (ptk 2). Kokku vastas 327 inimest (sh 3 naist – soolist võrdlust ei ole võimalik teha), kellest mõned olid läbinud ka erinevaid sotsiaalse rehabilitatsiooni programme, mis on suunatud sõltuvusprobleemiga inimestele vanglates ja arestimajades. Järgnevalt kirjeldatakse vastanute hinnanguid rehabilitatsiooniteenustele. Programmide loetelu pandi kokku uurijatele teadaolevalt kasutusel olevatest sotsiaalse rehabilitatsiooni programmidest, mida Eesti vanglad on kasutanud; samuti lisati tavapäraseid teenuseid, mida sotsiaalses rehabilitatsioonis kasutatakse (nt psühholoogi nõustamine). Kõiki neid programme kasutatakse rehabilitatsioonis ka väljaspool vanglat. Programmid ei pea olema otseselt suunatud sõltuvusega inimestele, kuid võivad sõltuvusprobleemiga toimetulekul olla oluliseks abiks. Sõltuvusega võib kaasneda teisi probleeme, mis on sõltlase jaoks olulisemad kui sõltuvus ise. Seetõttu võib sekkumine saadagi alguse mõne teise probleemiga tegelemisest, näiteks peresuhete taastamisest. Sageli on sõltuvusprobleemiga inimestel peresiseseid konflikte või puudub neil toetav tugivõrgustik, mistõttu kõik sotsiaalset tuge pakkuvad sekkumised on sõltuvusprobleemide ravis asjakohased. Lisaks ravimravile pakutakse ka väljaspool vanglat alati sotsiaalseid teenuseid, mis ravimravi läbiviimist toetaksid. Siinkohal on võrreldud erinevaid programme, mille sõltlased on ise läbinud.

Selleks, et kirjeldada (narko)sõltuvusega õigusrikkujate kogemusi ja sealjuures seda, kuidas tajuti programmide läbimise kasulikkust, küsiti uuritavatelt (n=327), kuivõrd on vastav programm aidanud neid sõltuvusest vabanemisel. Kas abi tähendas sõltlase jaoks otseselt sõltuvusest vabanemist või täitis programm mõnda teist sõltlase jaoks eluliselt olulist eesmärki (nt peresuhete taastamine vm). 100% kindlusega seda väita ei saa, sest seda ei testitud eksperimentaalselt. On teada, et ravi tõhusus sõltub kaudselt ka inimese hakkamasaamisest (pere, töö, tervis), seetõttu võib igasugune toimetulekule suunatud sekkumine toetada sõltuvusest vabanemist. Erinevate programmide mõju on väga individuaalne.

Kokku hinnati 20 erinevat programmi või sekkumisvõtet, mis on olnud kasutusel vanglates ja rehabilitatsiooniasutustes. Programmide loetelu põhineb avalikult kättesaadaval infol ning võib juhtuda, et mõni vangla poolt läbiviidav programm on loetelust puudu. Programmid on mõeldud erinevatele vangide kategooriatele ning kuna küsitleti kõiki vange, siis ei piiratud ainult narkosõltlastele mõeldud programmidega (joonis 4).

Uuritavad pidid vastama iga läbitud programmi kohta skaalal 1 kuni 4, kuivõrd programm aitas neil sõltuvusest vabaneda: 1 – ei ole üldse aidanud, 2 – pigem ei ole aidanud, 3 – pigem aidanud, 4 – väga aidanud. Lisaks sai valida variandi „ei ole osalenud“. Ilmnes, et vangide arvates on kõige efektiivsemateks sekkumismeetoditeks sotsiaaltöötaja ja psühholoogi individuaalnõustamine (keskmiste alusel) (joonis 4). Tegemist ei ole siiski statistiliselt olulise tulemuse, vaid tendentsiga. See tähendab, et programmide tõhususel ei ole vastuste varieeruvust arvestades statistilise usaldusvääruse järgi suurt vahet (kuigi keskmised on erinevad). Üsna suur hajuvus grupiti tuleneb suuresti väikesest valimist (iga programmi oli läbinud mõnikümmend inimest). Kõige rohkem olid uuritavad läbinud programme „12 sammu“ (77 uuritavat) ja „Eluviisitreening“ (75 uuritavat), kõige vähem oli läbitud programmi „Võida“ (4 uuritavat) ja

„Liiklusohutusprogramm“ (9 uuritavat). Hetkeseisuga puuduvad andmed kõigi vangide kohta, mistõttu ei ole võimalik teostada valimi võrdlust üldkogumiga. Siinkohal lähtume eeldusest, et valim on piisavalt representatiivne sotsiaalse programmi läbinud õigusrikkujatest uimastitarvitajate üldkogumi suhtes. Valimi esinduslikkuse küsimust on käsitletud peatükis 2.4.



**Joonis 4.** Vangide hinnangud läbitud programmide tõhususele

Märkus. Horisontaalteljel on kujutatud skaalat vastusena küsimusele: „Kuivõrd on läbitud programmid aidanud teid sõltuvusest vabanemisel?“ 1=ei ole üldse aidanud, 2=pigem ei ole aidanud, 3=pigem aidanud, 4=väga aidanud, võimalik oli vastata ka „ei ole osalenud“.

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Järgnevalt jagati uuritavad kaheks, olenevalt vastaja hinnangust oma seisundile (kas on sõltuvuses või mitte). Hüpoteesiks oli, et subjektiivselt mõnest ainest sõltuvuses olevad uuritavad hindavad kõiki läbitud programme madalama tõhususega kui mittesõltlased, sest nad ei olnud sõltuvusest vabanenud. Sealjuures vaadeldi just subjektiivset hinnangut programmi mõjule sõltuvusest vabanemiseks, mitte teistele muudatustele, mis küll võisid programmi läbimisega kaasneda (nt peresuhte paranemine vm), kuid ei viinud muutuseni sõltuvuskäitumises (tabel 17).

Andmeanalüüsist ilmnes, et erinevus sõltlaste ja mittesõltlaste hinnangute vahel oli t-testi alusel statistiliselt oluline ( $p < 0,05$ ) ainult kahe programmi puhul: „loengud sõltuvushäire eriaspektidest“ ja „tugigrupp narkosõltlastele“. **Tulemus oli oodatud: subjektiivse sõltuvusega inimesed hindasid läbitud kaht programmi kõrgemalt (tõhusamaks) kui uurimise hetkel subjektiivse hinnangu alusel mittesõltlased.** Mõneti oli oodatule vastupidine see, et kõigi teiste programmide puhul ei olnud sõltuvusega inimeste ja mittesõltlaste hinnangutes erinevusi. Kuna uuritavad grupid olid väga väikesed ning hinnanguskaala variatiivsus väike (1...4), siis tuleks seda tulemust tõlgendada ettevaatlikult, arvestades t-testi meetodi piiranguid.

Võrreldes aga sõltuvusdiagnoosiga<sup>80</sup> (hetkel või varem) inimesi niisuguse diagnoosita inimestega, ilmnes, et kahe grupi vahel (sõltlased vs. mittesõltlased) ei olnud erinevusi ühegi programmi subjektiivse tõhususe hinnangutes. Siit on võimalik järeldada, et programmi tõhususe hinnang sõltuvuse vähendamise suhtes oleneb iseenda sõltuvuse tunnetamisest. See viitab ka sellele, et programmidesse suunamine sõltuvusdiagnoosi alusel ei ole tõhus meede, kuna oluline on hoopis see, kas inimene ise tunnetab oma sõltuvust. Kui suunata programmidesse subjektiivse sõltuvuse olemasolu järgi, siis võib eeldada, et inimesed saavad programmidest rohkem kasu. Üks võimalik tõlgendusviis on see, et need, kes tunnetavad sõltuvust subjektiivselt, on sotsiaalsete rehabilitatsiooniprogrammide suhtes vastuvõtlikumad ja positiivsemad. Kuna uuringu valim (327) koosnes vabatahtlikest, kes ise avaldasid soovi osaleda, siis ei pruugi tulemused olla täielikult esinduslikud üldkogumi suhtes. Seda, kuivõrd üldkogum ja valim sarnanesid, ei ole aga võimalik käesoleva uuringu raames kindlaks teha muudel alustel kui ainult üksikute tunnuste (nt keel, uimastitarvitajate määr, vanus) järgi. Nende tunnuste osas sarnanes valim piisavalt hästi üldkogumiga (vt tabel 13), et eeldada valimi esinduslikkust.

---

<sup>80</sup> Selleks kasutati tunnust: kas uuritav on kunagi viibinud või viibib hetkel narkorehabilitatsiooniosakonnas? Kuna vastavasse osakonda määramise üheks aluseks on sõltuvuse diagnoos, siis väljendab see tunnus arstliku sõltuvusdiagnoosi olemasolu.

**Tabel 17.** Rehabilitatsiooniprogrammide tõhususe hinnangud: subjektiivse hinnangu alusel kõigi sõltuvusega/sõltuvuseta uuritavate ravikogemused

Programm	Ei ole subj. sõltuvust		On subj. sõltuvus		t <sup>81</sup>	p-väärtus
	Keskmine	n	Keskmine	n		
Viha juhtimine	2,95	40	2,92	25	-0,13	0,90
Sotsiaalsete oskuste treening	2,92	37	3,08	25	0,71	0,48
Agressiivsuse asendamise treening	3,05	20	2,43	7	-1,01	0,34
Eluviisitreening	3,10	39	3,22	36	0,56	0,58
„12 sammu“	2,97	33	3,20	44	1,16	0,25
EQUIP	2,80	5	2,13	8	-1,15	0,27
Liiklusohutusprogramm	2,40	5	2,25	4	-0,21	0,84
„Õige hetk“	2,77	26	2,71	14	-0,18	0,86
Pere- ja paarisuhte vägivalda vähendamine	2,86	7	2,33	3	-0,58	0,58
„Võida“	2,00	2	2,50	2	0,33	0,77
<b>Loengud sõltuvushäire eri aspektidest</b>	<b>2,63</b>	<b>8</b>	<b>3,43</b>	<b>23</b>	<b>2,89</b>	<b>0,01</b>
Ainepõhiste töövihikute täitmine	2,72	18	2,95	39	0,84	0,41
Psühholoogiline individuaalnõustamine	3,30	20	3,36	25	0,24	0,81
Sotsiaaltöötaja individuaalnõustamine	3,26	19	3,38	26	0,52	0,61
Võlanõustamine	2,25	4	2,57	7	0,59	0,57
<b>Tugigrupp narkosõltlastele (nt Anonüümsed Narkomaanid)</b>	<b>2,47</b>	<b>17</b>	<b>3,30</b>	<b>40</b>	<b>3,05</b>	<b>0,00</b>
Kunstiteraapia	3,09	11	2,92	13	-0,52	0,61
Muusikateraapia	3,00	9	3,00	12	0,00	1,00
Jooga- ja/või vabastav hingamine	3,42	12	2,87	15	-1,64	0,11
Suitsetamisest vabanemise nõustamine	3,10	10	3,36	14	0,55	0,59
<b>Muu</b>	<b>3,60</b>	<b>5</b>	<b>3,11</b>	<b>9</b>	<b>-0,96</b>	<b>0,36</b>

Märkused. Rehabilitatsiooniprogrammide tõhusust hinnati küsimusega „Kuivõrd on läbitud programmid aidanud teid sõltuvusest vabanemisel?“ Vastusevariandid olid: 1=ei ole üldse aidanud, 2=pigem ei ole aidanud, 3=pigem aidanud, 4=väga aidanud, võimalik oli vastata ka „ei ole osalenud“. Tabelis on välja toodud vaid peamised ennetusprogrammid, mis on kättesaadavad kõigile narkosõltuvusega kinnipeetavatele. Uuringu küsimustik ei sisaldanud näiteks ainult Tartu vanglas rakendavat tagasilanguse ennetamise programmi ja loomateraapiat.

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Tulemustest ilmnes, et narkosõltuvusega (subjektiivse hinnangu alusel) õigusrikkujad peavad tõhusaks haridusprogramme sõltuvushäirete temaatikast ja eelistavad tugigrupimeetodit (nt Anonüümsed Narkomaanid). Kõigi teiste teenuste ja programmide osas ei ole narkosõltlaste ja mittesõltlaste hinnangul efektiivsuses erinevusi.

Teiseks, kuna varasematest uuringutest on teada, et lähedase inimese toetuse olemasolu on sõltuvushäiretest vabanemisel ja nende ennetamisel positiivse efektiga (Warren *et al.*, 2007), siis uuriti ka käesolevas uuringus lähedase inimese toetuse mõju sõltuvusest vabanemisele erinevate programmide läbimise puhul. Kuna mitmetes programmides on suhted lähedasega oluliseks teemaks ja suhete

<sup>81</sup> Levene testi kasutati gruppide variatiivsuse hindamiseks. Sellest lähtuvalt valiti, kas kohandatud või kohandamata t-väärtus.

parandamine üheks eesmärgiks, siis võib eeldada, et lähedase olemasolu võib mõjutada ka hinnanguid programmide tõhususele. Sarnaselt eelnenud analüüsiga jagati kõik programmides osalenud kaheks **lähedase inimese toetuse** olemasolu järgi (jah/ei). Küsimumistikus sai vastaja märkida, kas tal on lähedane inimene, kes on teda programmide läbimisel toetanud. Enamiku programmide puhul polnud tõhususe hinnangutes vahet lähedasega ja lähedaseta inimeste gruppidel. Erinevus ilmnes aga kahe programmi osas: „12 sammu“ ja „Loengud sõltuvushäire eri aspektidest“. Mõlemal juhul hindasid lähedast toetavat inimest omavad uuritavad programmi tõhusust statistiliselt oluliselt kõrgemaks ( $t > 2$ ,  $p < 0,05$ ) kui need uuritavad, kellel puudus toetav lähedane. Selline erinevus viitab mõnede programmide puhul lähedase toetuse olulisusele, et programmi läbimine oleks vähemasti subjektiivse tunnetuse järgi tõhusam. Seetõttu võiks programmidesse suunamisel esmalt kaaluda, kuivõrd on inimesel lähedasi, kes programmis osalemist toetavad. Esmajärjekorras tuleks pakkuda võimalust neile, kellel on toetav tugivõrgustik lähedaste näol juba olemas. Teiste puhul tuleks esmalt tegeleda sõltuvusest vabanemist toetava tugivõrgustiku loomise või taaselustamisega.

Kolmandaks kavatseti võrrelda metadoonasendusravil viibijate hinnanguid läbitud programmide tõhususele nende hinnangutega, kes ei olnud ravim- või võõrutusravil. Kuna metadoonravil olijaid (kes oleks läbinud ka programme) oli valimis vaid üks, siis ei olnud gruppidevahelist võrdlust võimalik läbi viia.

### 3.5.2 Ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammide katkestamise põhjused

Edasi vaadati uuritavate seas ravi- ja rehabilitatsiooniprogrammide katkestamise põhjuseid varasemalt ja väljaspool vanglat, seda eelkõige subjektiivselt tunnetatud sõltuvuse tunnetuse järgi. Järgmises tabelis (tabel 18) on näha subjektiivse hinnangu alusel sõltlaste vs. mittesõltlaste ravi katkestamise põhjused. Kõige sagedasemaks katkestamise põhjuseks oli **tervenemine (subjektiivse hinnangu alusel)**, sagedasemad olid ka elustiili/sõprade tõttu katkestamised ja see, et ravi polnud andnud oodatud tulemust. Mitmed uuritavad ( $n=28$ ) kirjutasid lisaks põhjuseid, miks katkestati. **Näiteks kirjutati muuhulgas, et ravi väljaspool vanglat katkes siis, kui uuritav sattus vanglasse; või et katkestas ravi, sest ei soovinud olla sõltuvuses ravimist (metadoonist). Seega, katkestamised leidsid vähemasti mõnedel juhtudel aset karistussüsteemi-ravisüsteemi praeguse korralduse tõttu (nt metadoonravi kui peamine ravivõtte, vangla ja vanglavälise rehabilitatsiooni ja ravisüsteemi mitteühildumine). Saab järeldada, et praegune ravisüsteem ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumise süsteem ei vasta ravi vajavate inimeste vajadustele.**

**Tabel 18.** Väljaspool vanglat olnud ravi katkestamise põhjused sõltuvusega/sõltuvuseta uuritavatel (subjektiivse hinnangu järgi)

Põhjus	Sagedus			
	Ei ole subjektiivset sõltuvust	On subjektiivne sõltuvus	Kokku (n)	Kokku (%)
<b>Ei jätnud pooleli (st ei katkestanud)</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>17</b>
<b>Arvasin, et tervenesin</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>10</b>
Ravil polnud soovitud tulemust	2	7	9	6
Ma ei järginud reegleid	1	6	7	5
Personal ei arvestanud minu tervise seisundiga	4	4	8	5
Igatsesin vana elustiili/sõpru	1	7	8	5
Ei meeldinud personal	2	4	6	4
Ebasobiv koht	1	3	4	3

Põhjus	Sagedus			
	Ei ole subjektiivset sõltuvust	On subjektiivne sõltuvus	Kokku (n)	Kokku (%)
Ebasobivad lahtiolekuajad	2	2	4	3
Ei meeldinud teised kliendid	2	2	4	3
Personalil oli negatiivne suhtumine	2	3	5	3
Vähene sõnaõigus oma raviplaani koostamisel	1	4	5	3
Liiga palju ebameeldivaid tegevusi päevas	1	3	4	3
Takistas tööl käimist	2	1	3	2
Personalil olid puudulikud teadmised	1	2	3	2
Liiga palju tegevusi päevas	2	1	3	2
Oli liiga palju vaba aega	1	1	2	1
Personal ei austanud minu terviseinfo privaatsust	1	1	2	1
Kaaskliendi mõjutusel lahkusin	1	1	2	1
<b>Muud põhjused</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>19</b>

Märkus. Muude põhjustena kirjutasid **subjektiivse narkosõltuvusega uuritavad**: „(Subutexi ravil olija) 2003. aastal oli asendusteraapia ning ma plahvatasin ning otsustasin rohkem mitte käia“; „Aega ei olnud“; „Kehtestasin kliinikus enda reeglid“; „Ei ole ravinud“; „Ei olnud kordagi“; „Keskus pandi kinni“; „Läksin rehabilitatsioonile“; „Ma arvasin, et sain terveks“; „Metadoon on samuti narkootikum. Kuidas saab narkootikume ravida narkootikumidega?“; „Murdusin“; „Pole pakutud käia ravil“; „Ravi lõppes“; „See oli rehabilitatsioonikeskus, seal ei olnud ravi“; „Spetsiaalselt otsisin põhjused ravist keeldumiseks. Ei mõistnud haiguse põhiolemust“. **Narkosõltuvuseta uuritavad kirjutasid**: „Jooksin raviasutusest minema“; „Ei ole ravi vajanud“; „Iha narko järgi sai minust võitu“; „Mind ei võetud vastu, kuna ei läbinud vestlust“; „Pole keegi saatnud mind. Oleksin nõus, olen rahul“; „Pole olnud ravil“; „Arvasin, et „saan hakkama““; „Sattusin vanglasse, otsustasin, et ei soovi olla metadoonist ja narkootikumidest sõltuvuses, vähehaaval vähendasin metadooni doosi kolme ühikuni, tundsin, et ei koge moraalset ega füüsilist ebamugavust ning lõpetasin metadoonravi jäädavalt“; „Ma ei ole narkomaan“; „Ma ei ole ravil olnud, kuna ei ole haige“; „Vangistus“.

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Uuringus osalenud narkosõltuvusega (subjektiivse hinnangu alusel) õigusrikkujad vastasid, et enamasti ei jätnud nad ravi pooleli. Ravi/rehabilitatsioon katkestati väljaspool vanglat kõige enam seetõttu, et tunnetati tervenemist või igatseti vana elustiili ja sõpru, ning et selleks hetkeks ei olnud ravil soovitud tulemust. Lisaks märkisid mõned sõltuvusega uuritavad näiteks ise küsimuse juurde vabatekstina, et katkestasid, sest keskus suleti või et ei mõistnud oma haiguse olemust.

Üheks oluliseks teguriks, mis võib mõjutada ravil viibimist ja selle katkestamist, on lähedase inimese toetuse olemasolu sõltuvusest vabanemisel (Warren *et al.*, 2007). Sellest ideest lähtuvalt uuriti, kuidas lähedase olemasolu (kas on olemas lähedasi, kellega saab isiklike asju arutada) mõjutab ravi/rehabilitatsiooni katkestamist uuritavate seas. Kuivõrd vastanute arv iga põhjuse osas oli väike (kokku valis 45 inimest erinevate katkestamise põhjuste vahel), siis ei ole võimalik viia läbi võrdlust lähedasega ja lähedasete inimeste katkestamise põhjuste vahel erinevate põhjuste lõikes. Summeerides kõik põhjused ühtseks tunnuseks, oli võimalik saada hinnang lähedase mõju kohta katkestamisele. 45 katkestanu (sõltumata

katkestamiste arvust ja põhjustest) seas oli 10 inimest (22%), kellel puudusid lähedased ja 35 inimest (78%), kellel olid olemas lähedased inimesed, kellega isiklike asju arutada. Lisaks uurisime, kuidas sõltlastel on lähedasi, kes ravi läbimist toetavad. Ravi katkestanutest 39 inimest (87%) vastasid, et lähedane toetas ravi ja 5 vastasid (11%), et lähedane ei toetanud ravi. Ravi katkestanute seas oli lähedaste olemasolu ja toetusega inimesi küll rohkem kui mittetoetavate lähedastega inimesi, kuid see võib tuleneda sellest, et üldiselt võib ravil viibijatel olla rohkem sotsiaalset tuge.

Järgmises tabelis (tabel 19) kirjeldatakse lähedase inimese olemasolu katkestanute ja mittekatkestanute seas. Ravi mittekatkestanute seas oli lähedase toetus suurem kui katkestanute seas, vastavalt 95% ja 87% ning lähedase inimese olemasolu oli suurema osakaaluga mittekatkestanute seas, võrreldes katkestanutega, vastavalt 90% ja 78%. Seega, kuigi katkestanute seas on lähedase toetuse ja lähedaste inimeste osakaal suurem kui mittetoetavate inimeste osakaal, siis, võttes arvesse ka ravi mittekatkestanuid, on võimalik järeldada, et lähedase olemasolu pigem toetab ravi läbimist kui takistab seda.

**Tabel 19.** Raviprogrammides osalenud inimeste sagedusjaotus ravi katkestamise ja sotsiaalse toe olemasolu järgi

Ravi katkestamine	Lähedane toetab ravi			On lähedane, kellega saab isiklike asju arutada	
	Jah	Ei	Puudub	Jah	Ei
Jättis ravi pooleli	39	5	1	35	10
Ei jättnud ravi pooleli	20	1	0	18	2

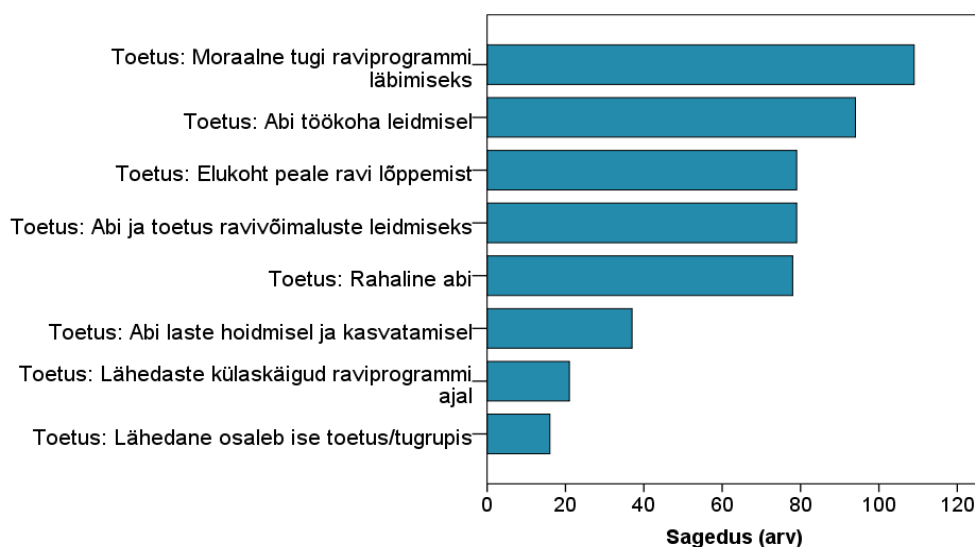
Märkus. Üks ravi pooleli jättnud inimene ei vastanud küsimusele, kas on olemas lähedane, kellega saab isiklike asju arutada.

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

### 3.5.3 Pereelu ja lähedaste toetus

Õigusrikkujatel (vangid ja arestimajades viibijad koos) oli keskmiselt üks laps ja enamikul oli olemas lähedane isik, kellega isiklike asju arutada (51%). Lisaks lähedaste olemasolule on varasematest teadusuuringutest ilmnenud, et ravis on tähtis see, mil moel lähedased ravi läbimist toetavad (Dobkin *et al.*, 2002). Ilmnes, et kogu valimis oli lähedaste toetus 70%. Sõltuvusega inimeste seast 84% vastasid, et lähedased toetavad nende ravi läbimist ja sõltuvusega inimeste hinnangul oli toetuse määr 60%. Seega umbes 15% inimestest, kellel on sõltuvus ja on olemas lähedased, ei ole lähedaste tugi positiivse efektiga. Neist andmetest ilmneb, et pigem võiks kaassõltuvus või negatiivne sotsiaalne mõju olla erand kui enamiku peredes esinev probleem. Kui suur on aga tegelikkuses kaassõltuvuse osakaal, vajaks edasist uurimist.

Küsimustikuga uuriti ka seda, mil moel on lähedased ravi läbimisel toeks olnud. See, milline on olnud tugi, annab viiteid ravil olijate põhivajaduste kohta. Ilmnes, et kõige rohkem olid lähedased pakkunud moraalselt (emotsionaalselt) tuge ja abi töökoha leidmisel (joonis 5). Vähem on vajatud (või pakutud) tuge laste hoidmisel ja kasvatamisel. Elukohta osas oli lähedaste tugi samuti oluline: küsimustikust ilmnes muuhulgas, et ligikaudu 70% vastanutest omas elukohta, kuhu pärast vabanemist minna, kuid 30% ei omanud pärast vabanemist elukohta. See viitab veel kord vabanemise-eelse sotsiaaltöölase toe tähtsusele, hõlmates vabaneva inimese kohe väliste sotsiaalteenustega (ajutine elukoht, töökoht jm).



**Joonis 5.** Ravi saanud vangide ja arestimajades viibinute (kokku) lähedaste erinevate ravi läbimise toetusviiside sagedusjaotus

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Raviprogrammides osalenud õigusrikkujate lähedased on kõige enam pakkunud ravil viibinud õigusrikkujatele moraalset (emotsionaalset) tuge ja abi töökoha leidmisel pärast ravi lõppemist.

### 3.5.4 Hoiakud vanglaelu ja tuleviku suhtes

Uuritavatele esitati 22 väidet vanglaelu ja tuleviku kohta ning paluti hinnata neid 1...5 skaalal, kus 1 tähendas väitega täielikku mittenõustumist (negatiivne hoiak väite suhtes) ja 5 tähendas täielikku nõustumist (positiivne hoiak väite suhtes). All olevas tabelis (tabel 20) kirjeldatakse kõiki 22 väidet. Siit nähtub, et kõige enam nõustuti väidetega, mis puudutasid pärast vabanemist tööle minemist (keskmine 4,6) ja vanglasüsteemi („siin tuleb alati kõige jaoks luba küsida“, keskmine 4,3). Tööle asumise soov on mõneti vastuolus individide staatusega enne vangistust. Eespool ilmnes, et enamik vangidest olid enne vangi sattumist olnud töötud. Soov tööle asuda viitab tugevalt sotsiaaltöölase abi vajadusele, kuna pärast vangistust võib inimesel olla suuremaid raskusi töö leidmisel kui neil, kel pole „endise vangi“ staatust. Seetõttu on soovitatav vanglast vabanejatele pakkuda sotsiaaltöövaldkonna nõustamisteenuseid ja viia vabanevaid vange varakult kokku Töötukassa ja teiste vanglaväliste organisatsioonidega, mis aitaksid vanglast lahkudes tööd leida.

Hoiakute analüüsist nähtus, et vangide arvates vanglaametnikud pigem ei pööra vangidele tähelepanu ja pigem ei arvesta nende tunnetega (väide 5). Samuti ei nõustutud kuigivõrd väitega 9 („Me arutame vanglaametnikega regulaarselt erinevaid küsimusi ja probleeme“). Vastustest peegeldub kaudselt ka vanglaametnike töökoormus. Vangid on pigem seisukohal, et vanglaametnikel ei ole nende jaoks piisavalt aega (väide 8).

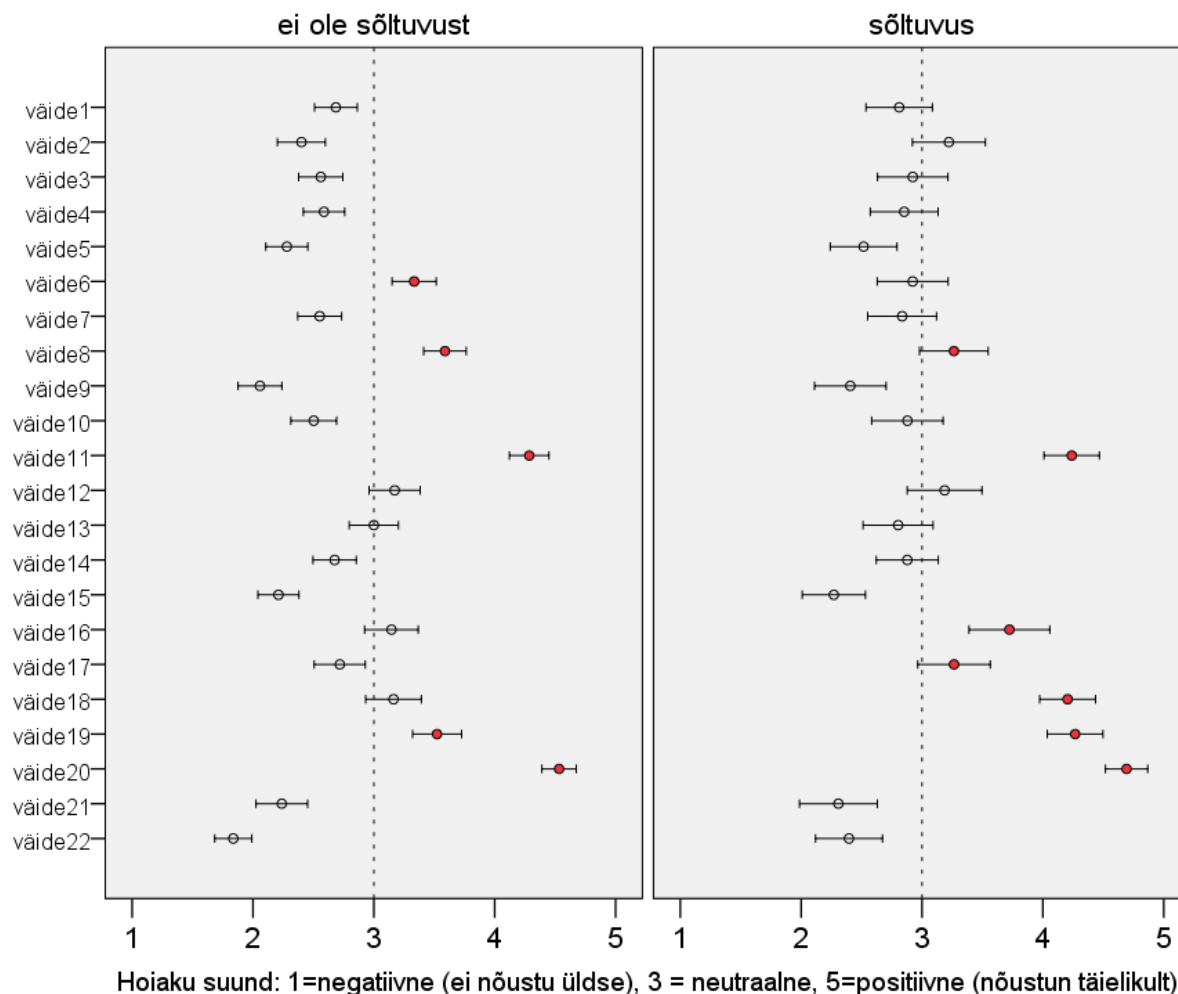
**Tabel 20.** Vangide ja arestimajades viibinute hoiakud vanglaelu ja tuleviku suhtes

Väide	Keskmine	SD
Pärast vanglast vabanemist soovin tööle minna. (väide 20)	4,6	1,0
Siin tuleb alati kõige jaoks luba küsida. (väide 11)	4,3	1,1
Ma tean, mille kallal ma siin töötan. (väide 19)	3,7	1,4
Vanglaametnikel ei ole minu jaoks piisavalt aega. (väide 8)	3,5	1,3
Siin õpitu aitab mind vabaduses. (väide 18)	3,5	1,5
Minu siinviibimine on suunatud ühiskonda tagasipöördumisele. (väide 16)	3,3	1,6
Tunnen, et mind ei mõisteta siin. (väide 6)	3,2	1,3
Inspektor-kontaktisik on minu jaoks piisavalt kättesaadav. (väide 12)	3,2	1,5
Minu elu siin omab tähendust. (väide 17)	2,9	1,5
Vanglaametnikud kohaldavad reegleid ja karistusi ühetaoliselt. (väide 13)	2,9	1,4
Vanglaametnikud kohtlevad mind austusega. (väide 1)	2,7	1,3
Ma usaldan oma rühma/üksuse töötajaid. (väide 3)	2,7	1,3
Vanglaametnikud on minu suhtes erapooletud ja tahavad mind tõesti aidata. (väide 4)	2,7	1,2
Üldiselt on vanglaametnikud ausad ja usaldusväärsed. (väide 14)	2,7	1,2
Ma tunnen end siin hästi. (väide 2)	2,6	1,5
Vanglas on alati piisavalt inimesi, kes on nõus mind aitama. (väide 7)	2,6	1,3
Kui mul on probleem, on alati keegi, kelle poole ma saan pöörduda. (väide 10)	2,6	1,4
Vanglaametnikud pööravad mulle tähelepanu ja arvestavad minu tunnetega. (väide 5)	2,3	1,3
Olen veendunud, et ei leia peale vabanemist tööd. (väide 21)	2,3	1,5
Me arutame vanglaametnikuga regulaarselt erinevaid küsimusi ja probleeme. (väide 9)	2,2	1,3
Vanglaametnikud kohtlevad mind austusega isegi juhul, kui saan vihaseks. (väide 15)	2,2	1,2
Usun, et peale vabanemist panen toime uusi kuritegusid. (väide 22)	2,0	1,2

Märkused: iga väite korral hindasid uuritavad 1 kuni 5 intervallskaalal, kuivõrd nõustuvad väitega: 1 – ei nõustu üldse, 2 – pigem ei nõustu, 3 – olen neutraalsel seisukohal, 4 – pigem nõustun, 5 – nõustun täielikult. Vastused peegeldavad uuritavate hoiakuid.

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Edasi uuriti seda, kuidas subjektiivse narkosõltuvusega ja sõltuvuseta inividid hoiakute poolest erinevad. Hoiakuid vaadeldi võrdlevalt kahel grupil. Järgneval joonisel (joonis 6) kirjeldatakse subjektiivse sõltuvushinnangu alusel sõltuvusega ja sõltuvuseta õigusrikkujate hoiakuid vanglaelu ja tuleviku suhtes.



**Joonis 6.** Narkosõltuvusega ja narkosõltuvuseta vangide ning arestimajades viibinute hoiakud (koodid vt tabel 20)

Märkused: Vange ja arestimajades viibijaid käsitleti koos, kuna arestimajades küsimustiku täitnute arv oli eraldi analüüsiks liiga väike. Usalduspiirid: 95%. Punane värv tähistab t-testi alusel kahe grupi (sõltuvusega/sõltuvuseta) statistiliselt olulist erinevust ( $p < 0,05$ ): hoiakud 2, 3, 6, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 22.

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Analüüsist ilmnes, et kõige positiivsemad hoiakud on subjektiivse sõltuvusega uuritavatel tuleviku suhtes, negatiivsemad või neutraalsed pigem vanglaelu ja ametnike suhtes. Sõltuvuseta uuritavate hoiakud olid laiema hajuvusega, ulatudes ühest äärmusest teise. Näiteks oli sõltuvuseta uuritavatel väga tugev positiivne hoiak pärast vanglat tööle asumise suhtes ja väga tugev negatiivne hoiak selle suhtes, et ta pärast vabanemist uusi kuritegusid toime paneks.

Subjektive narkosõltuvusega ja -sõltuvuseta uuritavate hoiakud olid mõneti erinevad. Näiteks pärast vanglast vabanemist uute kuritegude toimepanemise osas oli sõltuvuseta uuritavate hoiak oluliselt tugevam kuritegude mittetoimepaneku suunas, võrreldes sõltuvusega uuritavatega. Sõltuvusega uuritavate hoiakud olid vangis olemise suhtes positiivsemad kui mittesõltlastel („tunnen end siin hästi“, „usaldan töötajaid“).

### 3.5.5 Narkoravi kogemused ja hoiakud: ravil viibinute intervjuude analüüs

#### Valimi iseloomustus

Ravi läbinute hoiakute ja hinnangute ning ravikogemuste kohta info saamiseks kasutati kvalitatiivse meetodina individuaalintervjuusid. Individuaalintervjuud viidi läbi isikutega, kes olid uuringu hetkel narkosõltuvuse ravil kas rehabilitatsioonikeskuses või vangla sõltuvusraviosakonnas või viibisid uuringu läbiviimise ajal vanglas ning olid narkosõltuvuse ravi läbinud varem (tabel 21).

Intervjuud tõid välja narkosõltlaste nägemuse rehabilitatsiooniprogrammidest nii vanglas kui ka väljaspool vanglat, nii kriminaalhooldusel viibijate kui ka omal initsiatiivil pärast vanglat ravile pöördunute seas. Intervjuud toimusid SA Sillamäe Narkorehabilitatsioonikeskuses, SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuses, Tartu ja Viru vanglates ning OÜ Tervisekeskus Elulootuses. Enamik intervjuueeritud olid mehed, v.a üks naine. Selline sooline valimi nihe oli arusaadav, sest uuring tehti meestevanglates ning rehabilitatsioonikeskustest ainult SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus pakub teenust naissoost narkosõltlastele. Kokku viidi narkosõltlastega läbi 13 intervjuud.

**Tabel 21.** Intervjuueeritute staatus

	Statsionaarses rehabilitatsioonikeskuses	Vanglas	Ambulatoorsel ravil
Ei kanna kriminaalkaristust	4	-	-
Kriminaalhooldusel	3	3	1
Ei ole narkorehabilitatsioonil	-	2	-

Allikas: Tartu Ülikooli RAKE 2015/2016 kogutud andmed

Peaaegu kõik (v.a üks) intervjuueeritud olid elu jooksul vanglas karistust kandnud ning mõned uuringu hetkel vanglas rehabilitatsiooniosakonnas viibinud kinnipeetavad olid ka varem väljaspool vanglat omal soovil ravil olnud. Kõikide käest küsiti nende arvamust rehabilitatsiooniprogrammide korralduse ja mõjukuse kohta nii vanglas kui ka väljaspool vanglat.

#### Narkosõltlaste taust

Enamik vastanutest alustas narkootikumide tarvitamist teismeeas: kuus inimest oli narkootikume esimest korda proovinud 14–16-aastaselt, paar vastanut alustas nende tarvitamist 13-aastaselt ning kaks 17–18-aastaselt. Valimis oli kaks meest, kes esmakordselt proovisid narkootikume 21-aastaselt, mõlemad Rummu ja Tallinna vanglas 2000.–2001. aastal. Praeguseks oli intervjuueeritute arvates olukord muutunud ning vanglates narkootikume praktiliselt ei liigu.

*„Ei, siis veel mingit heroini polnud. Selle jaoks pidi veel kümme aastat mööduma. Või kaheksa. Süstisime Džeffi, oli selline Solutanist. See tuli meile Riiast – Lätist, Leedust, sealt. Vanglast tuli kogu see teema.“ (M, 46, fentanüül)*

Esimesed proovitud ained olid erinevad: kanep, tareeni tabletid, apteegiravimist Solutan keedetud aine, ecstasy tabletid, moonivedelik, aga ka heroini ja amfetamiin.

*„Fentanüüli proovisin ma hiljem. Alguses oli, noh, aastal 2000 oli võimalik [Narva linnas] ütleme vabalt saada heroini. Tähendab amfetamiin oli juba seal mingi aeg, aga siis tuli heroini ja seda oli lihtne osta. Ei olnud suur saladus, kust saab seda hankida.“ (M, fentanüül)*

*„Esimest korda proovisin psühhotroopset ainet tareeni. Apteegist. Olin siis 13–14-aastane.“ (M, 27, amfetamiin)*

Põhilisteks regulaarselt tarvitavateks aineteks olid fentanüül ja amfetamiin, mida uuritavad olid tarvitanud süstides, nuusutades või suitsetades. Ajapikku, kui doos kasvas, alustati aine süstimisega, kuna intervjueeritute väitel kulus nii vähem narkootikumi ning efekt oli tugevam. Samas seostus narkootikumide süstimine sõltuvuse tunnistamisega. Seni, kuni intervjueeritud polnud süstinud, tundus nende endi sõnul nende jaoks olukord olevat „kontrolli all“ ning sõltlaseks nad end enne süstimist ei pidanud. Süstimine omas mõnede intervjueeritute jaoks „erilist“ narkomaaniat tähistavat tähendust.

*„Aga ma ei ole ju..., ma ju ei süsti, ma ei ole narkomaan ja ma ei tarvita midagi.“ (M, 27, amfetamiin)*

Intervjueeritud ravil osalejatest/osalenutest suurem osa tunnistas oma sõltuvust täiesti või vähemalt osaliselt. Sõltuvuse tunnistamine sõltlase elus tuleb intervjueeritute hinnangul kas vahetult pärast kangematele uimastitele üleminekut (näiteks pärast süstima hakkamist) või vahetult enne ravile tulekut, kuid tunduvalt hiljem pärast tarvitamise algust. Mõnikord inimesed ise proovivad lühikeseks ajaks (üks-kaks päeva) tarvitamist peatada ning jälgivad keha reaktsiooni. Kui füüsilist valu pole, otsustatakse sageli, et tarbimine on kontrolli all ning seda saab iga hetk maha jätta. Intervjuudest selgus, et on olnud juhtumeid, kus sõltuvus andis endast füüsiliselt tunda siis, kui narkootikumide tarvitaja sattus kohta, kus ligipääs narkootikumidele oli raskendatud või üldse piiratud, nt sõjavägi või vangla.

*„Esmakordselt proovisin töö. /.../ Siis hakkasin seda n-ö peaaegu et lusikaga süüa. Siis teadsin, et toimub juba midagi ebanormaalselt, aga samas mulle väga meeldis. Olid sellised väikesed paaripäevased pausid, võib-olla. Vaatasin, et sellest, et ma ei tarbi, ei juhtu midagi halba ja sellepärast arvasin, et see pole narkootikum ja mina pole narkomaan ning jätkasin tarvitamist edasi.“ (M, 27, amfetamiin)*

*„Millal te saite aru, et teil on narkosõltuvus? Tundsite, et ei saa ilma olla? – Ei tea, äkki kolm aastat hiljem.“ (N, 35, fentanüül)*

*„Ma siis läksin sõjaväkke ja sain esimest korda tunda, mis on võõrastusnähud. Sain tunda seda tungi uimastite järgi, seda hullumeelsust. Proovisin sealt iga hinna eest välja saada, hakkasin valetama, et mul HIV, mul võlad kaelas. Isegi tunnistasin, et olen sõltlane, ainult, et mind laseks keegi sealt välja.“ (M, 30, fentanüül)*

Sõltuvuse negatiivne mõju väljendub intervjueeritud sõltlaste endi väitel enamasti näiteks majandusliku laostumise, elukaaslasest lahku minemise, töö või elukoha kaotamise, mitmesuguste õigusrikkumiste või ka näiteks mõttemaailma tuntava muutumisena, mis avaldub näiteks pidevas rusutud olekus, masenduses ja enesetapumõtetes.

*„Vikatimehe kõrval seismine oli pidevalt tunda.“ (M, 46, fentanüül)*

*„Kodus oli kaos, kõikjal... Tulid juba hood peale, seaduserikkumine.“ (N, 35, fentanüül)*

*„Ma olen vist siiani masenduses. Olen juba masendusega ära harjunud.“ (M, 27, amfetamiin)*

Suhteseisund hetkel ravil viibinud intervjueeritutel oli vallaline või lesestunud. Elukaaslane oli paljudel olnud, kuid intervjuerimise ajaks kas lahkunud või surnud. Elukaaslane oli sõltlaste endi hinnangul olnud kas kaassõltlane või vähemalt teadlik küsitletu sõltuvusest. Lapsi antud uuringusse sattunud ravikeskuste klientidest suuremal osal ei olnud. Samas ilmnes vanglas läbi viidud küsitlusest, et sõltlased elasid enamasti (53% kõigist kinnipeetavatest sõltlastest) enne vangistust koos oma lapsega (3.2.4).

Intervjueritud ravitavad hoidsid enamasti sugulastega endiselt mingeidki kontakte. Lähedased olid sõltlasi üritanud mingil sõltuvuse perioodil aidata ja toetada. Sama ilmnes ka küsitluse tulemustest, et lähedaste abi sõltuvusravi kohta info leidmisel on väga oluline. Samas viitab see ka ravi- ja karistussüsteemi suutmatusele jagada informatsiooni ravivõimaluste kohta (info saadakse eelkõige lähedastelt).

*„Isa vabanes samal ajal vanglast ja me rääkisime temaga sel teemal. Tema nägi, et minuga toimub midagi valesti. Ta kuskilt on kuulnud sellest keskusest ja ütles mulle: on olemas selline keskus. Tasub minna sinna.“ (M, 27, amfetamiin)*

Intervjuudest ilmnes, et sõltlased oma sõnul soovivad sõltuvusega võidelda oma pere- ja sugulasteväliselt ning mitte koormata oma lähedasi raviprobleemidega.

*„Muidugi on minu soov mitte olla üks, et minu kõrval oleks alati tüdruksõber, kes toetab mind, jah. Minu jaoks küll, ütlen teile, et mulle on seda vaja. Minust saab vist nagu koorem.“ (M, 27, amfetamiin)*

### **Narkosõltlaste poolt toime pandud kuriteod**

Narkootikumide saamiseks on vaja raha. Intervjuudest ja fookusgruppidest ilmnes, et kui tarbimist alustatakse, käiakse sageli veel tööl, kogu raha aga läheb narkootikumide peale. Enamasti on järgmiseks sammuks vanematekodust asjade varastamine ja müük, võlad, kuriteod. Aine kogus, mida doosina tänavatel müüakse, maksab 10 eurot ning staažiga narkosõltlastel kulub neid doose õige mitu.

*„No olenes päevast. Oi see on siuke küsimus, et ma ei oska selle päris täpselt vastata, see olenes kõik sellest, palju seda käes oli ja palju oli raha ja. Et ma võisin hakkama saada päevas ka kolme doosiga ja samas ma võisin endale päeva jooksul 15 doosi sisse nii-öelda kühveldada.“ (M, 37, fentanüül)*

Olulise teemana ilmnes intervjuudest suurtes kogustes narkootikumide omamine või käitlemine. Intervjueritute seas oli neid, kes kandsid karistust niisuguse kuriteo (KarS § 184) eest. Samas oli sõltlaste väitel neilt ära võetud kogus (millest kohtuotsuse järgi oleks piisanud narkojoobe tekitamiseks vähemalt kümnele „keskmisele“ inimesele) mõeldud vaid isiklikuks tarbimiseks päevaks või paariks. See läheb kokku sõltuvushäire diagnoosi sisuga: tolerantsuse teke, mis tähendab, et sama suure efekti tekitamiseks on regulaarsel tarvitamisel vaja suuremaid koguseid, kogused võivad ületada keskmise inimese taluvuse piire.

*„No nende arvates, no nende arusaamade järgi on see suur kogus, minu arusaamade järgi on see minu päevane doos, ütleme nii.“*

*Aga palju see oli, kui te vahele jäite?*

*Seekord mul oli gramm, eelmine kord mul oli 0,4 grammi või 0,6 grammi ja siis üle-eelmine kord oli mingi... no 2 grammi eest olen põhimõtteliselt kolm korda vangi [läinud].“ (M, 37, fentanüül)*

Teatud aja möödudes keerleb kogu narkosõltlase elu ümber narkootikumide. Töö, perekond ja sotsiaalsed sidemed jäävad tagaplaanile. Lähtudes sõltuvushäire diagnoosist, on see nii enamikul sõltlastest, sest sõltuvuse üheks kriteeriumiks on, et kõik muud tegevused (nt töö, pereelu jne) taanduvad sõltuvusaine otsimise ja tarvitamise ees. Sama tuli välja ka käesoleva uuringu intervjuudest ja fookusgrupi arvamustest. Intervjueeritustest käis enamik enne probleemi kumuleerumist tööl, tööl käimine aga ei pruugi olla riiklikus statistikas kajastatud, kuna tehakse „mustalt“ ja lepinguta. See on hetk, millal töö kaotatakse ning rahahankimise probleem saab veelgi aktuaalsemaks. Intervjueeritud sõltlased olid toime pannud nii isikuvastaseid kui ka varavastaseid kuritegusid (röövimised, vargused). Mingi hetk hakatakse narkootikume edasi müüma, et kindlustada sissetulek ning ligipääs narkootikumidele.

*„Jah, mind päästis see, et ma eluaeg käisin tööl. Mul oli töö, mis tasus hästi. Ma suudan, seda ainult nii seletada, sest kõik mu sõbrad veetsid terve elu vanglas.“ (M, 30, fentanüül)*

*„Huvitav oli edasi süstida, aga raha polnud tol hetkel ei töötanud enam kusagil. Praegu loogiliselt saan aru, et sooritasin kuriteod, kõik minu sooritatud kuriteod olid selle nimel, et saada ligipääs narkootikumitele. Alguses olid isikuvastased, vägivalda kasutamise kuriteod. Teist korda pandi kinni, seal oli rumalus, mitte kuritegu, aga selle eest sain 4 aastat vangistust.“ (M, 35, amfetamiin)*

Suurem osa intervjueeritustest oli vanglas olnud mitu korda. Kriminaalkaristusi oli neil vanglakaristustest veelgi rohkem. Üsna pea pärast vanglast vabanemist alustati narkootikumide tarvitamist uuesti. Algul kulutati narkootikumidele nn vabanemise fondi kogutud raha, seejärel pandi raha saamise eesmärgil toime uusi kuritegusid.

*„[Vanglast] välja saades olin kindel, et ei hakka kasutama. Käisin vanemate juures, ema valmistas maitsvat sööki, sõin, istusin arvuti taga. Olin kaks, kolm tundi ja sain aru, et teha polegi midagi, helistasingi tuttavatele ja läksin nendega tarbima. Raha oli päris palju, ma vanglas teenisin, kui sain välja oli kokku umbes 2000 eurot. Esialgu raha pärast ei muretsenud ja väga kiiresti hakkasin tarbima... Raha sai otsa, jah, hakkasin varastama. Raha sai väga kiiresti otsa, oli vaja osta asju, autot. Raha sai otsa nii viieteistkümne päevaga, hakkasin varastama jällegi.“ (M, 35, fentanüül)*

Kinnipidamisasutuses viibimise aeg varieerus intervjueeritutel küllaltki suurel määral, sarnaselt kirjalikult küsitatud kinnipeetavatega olid ka intervjueeritud isikud karistatud rohkem kui üks kord. Kuriteoliikidest nimetati intervjuudes eelkõige vargusi, mis pandi toime peamiselt sõltuvusainete hankimise tarbeks raha muretsemiseks.

*„Ma olen isegi väga õnnelik ja jumal tänatud, et ma otseselt inimesi ei röövinud, kedagi ei peksnud.“ (M, 30, fentanüül)*

## Ravimravi

Intervjueeritute seas oli mitmeid, kes otsisid iseseisvalt ravi enne, kui nad said rehabilitatsioonikeskusesse koha või neile oli antud võimalus rehabilitatsiooni läbimiseks kas vanglas või alternatiivkaristusena. Intervjuude käigus nimetati mitmeid ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvaid asutusi ja programme.

Siinkohal on oluline märkida, et ravimravi (st Eesti kontekstis metadoonasendusravi), mida narkosõltlasele pakutakse, ei ole intervjueeritute endi arvates tõhus. Toodi välja, et kui ravi keskendub ainult sümptomite leevendamisele ning sõltuvuse kui psühholoogilise probleemiga ei tegeleta, ei too see soovitud tulemusi. Ravimite (k.a metadooni) manustamise kõrval narkootikumide tarvitamine reeglina jätkub. Seega näitavad intervjuude tulemused selgesti, et lisaks metadoonasendusravile peaks kindlasti olema kasutusel psühholoogilised ravivõtted, mis tegelevad käitumise pikaajalise muutmisega, nii et lõpuks on võimalik loobuda ka metadoonist.

*„Oli 1999. aasta september. Tol hetkel ma olin juba neli kuud tarbinud heroini ja sain aru, et üksinda ma hakkama ei saa. Asi jäigi sinnapaika, ei õnnestunud maha jätta. Oli selline moment, et ma sain teada, et saab kätte tablette, unerohu mis läks hästi heroiniga. Nii ma jäingi kasutama nii üht kui teist. Abi ja ravi ei saanud.“ (M, 35, fentanüül)*

*„No ma käisin Wismaris küll, kirjutati Suboxone välja, needsamad unerohud kirjutati välja. Alguses oli raviks, aga pärast kui oled kaks-kolm korda raviks proovinud ja näed, et ei aita, et ikka tarbid... Pärast kasutad seda narkootikumi mõju suurendamiseks. Kõik need tabletid, mida kirjutatakse välja, neid segatakse uimastiga ja efekt on tugevam. Doos suureneb. Väga paljud teevad seda viga, et proovivad ravida nende tablettidega, aga nendest on veel hullem. Areneb sõltuvus 'barbituurast' nagu meie ringis seda nimetatakse. Edasi surm, inimesed surevad kiiremini.“ (M, 30, fentanüül)*

*„Metadoonist pole abi, ma oleksin ikkagi midagi kasutanud. Inimesed käivad metadoonravil. /.../ Kõik kasutavad samamoodi edasi.“ (N, 35, fentanüül)*

*„Kui ma seal noorem olin, siis ma kunagi üritasin metadooni, et äkki saab, aga see kõik on jama... sa paned seda metadooni, aga no tarbisid ikkagi kõrvalt juurde... No võibolla [doos] oli madal või see lihtsalt ei pakkunud mulle seda või ma lihtsalt ei tahtnud võibolla niiväga maha jätta seda narkootikumi, ma tahtsin ikka seda kaifi.“ (M, 35, fentanüül)*

## Narkosõltlaste ravi ja rehabilitatsiooni kvaliteet vanglas ning väljaspool vanglat

Uurimisrühma ülesandeks oli uurida, kuidas narkosõltlased ise hindavad ravi tõhusust, selle korraldust, mis tundub neile rehabilitatsiooniprotsessis oluline ning mis nende arvates rehabilitatsiooni häirib. Kokkuvõtvalt võib öelda, et narkosõltlased hindasid positiivselt rehabilitatsiooniprogramme väljaspool vanglat ning olid pigem kriitilised vanglates pakutava narkorehabilitatsiooni suhtes. Kusjuures rehabilitatsioon oli kinnipeetavate arvates Tartu vanglas korraldatud oluliselt paremini kui Viru vanglas.

Õigusrikkujatest narkosõltlaste jaoks oli probleemiks ka vanglas pakutavate programmide üldine suunitlus. Mitmel juhul tõid intervjueeritavad välja, et loengu vormis antakse väga üldist infot ning paljud programmid on suunatud kõigile kinnipeetavatele, kuid narkosõltlased sooviksid rohkem just spetsiifilisi narkosõltuvuse programme. Korduvalt mainisid intervjueeritavad psühholoogide olulisust ning psühhoteraapia vajadust. Intervjueeritavad tõid välja, et nende hinnangul sai psühhoteraapiat vanglas liialt vähe või liiga harva.

*„No need programmid on normaalsed. Seal on lihtsalt, kõikides nendes programmides üldiselt on üks ja see sama, aga siin tuleb natuke teisiti, ma arvan. Esiteks, see programm peaks olema mitmekülgsest arendav erinevatest külgedest, tähendab, konkreetselt puudutab sõltuvust – miks ja vastutab aju eest ja see ja too. Kõik need suunad, ma arvan, peavad olema rohkem laiendatud.“ (M, 35, amfetamiin)*

See mõte läheb kokku ka teise poole perspektiiviga: vanglatöötajate sõnul (ringreisi info ja fookusgruppide intervjuud) on vanglates tööl liiga vähe psühholooge ja sotsiaaltöötajaid. Probleemiks on kvalifitseeritud tööjõu palkamine (madalad palgad), ei leidu inimesi, kes sooviksid vanglates töötada ka kõrgema palgaga. Intervjuudest tuleb selgelt esile vajadus spetsialistiteenuste järele vanglates, sama tulemus ilmnes ka küsimustiku vastustest (vt joonis 4).

### Tegevused

Üheks oluliseks erinevuseks rehabilitatsioonikeskuste ja vanglate vahel on rehabilitatsiooni sisu. Ilmselt vajab konkreetsete rehabilitatsioonielementide tõhususe hindamine eraldi uurimist psühhiaatrite või narkoloogide poolt. Narkosõltlaste endi arvates on põhiline see, et rehabilitatsioonikeskustes on programm intensiivne ja inimene on pidevalt tegevustega hõivatud. Oluline koht on psühhoteraapial. Pidevalt toimuvad individuaalsessioonid, grupiteraapia, tegutsevad tugirühmad. Patsiendid peavad päevikuid, läbielatud emotsioone jne arutatakse hiljem koos.

Sillamäe keskuse päevakava näeb välja järgmine:

*„Hommikul tõuseme kell 7, siis kohe võimlemine, see on nii 15 minutit. Peale võimlemist, minu päev on nii, dušš, siis kella kaheksani natukene kirjutamist, kell 8 hommikusöök. Söön hommikusöögi ära ja 8:40 saame kokku ja mõtleme mida teha täna, räägime läbi kes rikkus mis reegleid. Poolteist tundi vaba aega kui ei tööta köögis, kui töötan on teine lugu. Pool tundi kirjutamist, tund aega tegelen oma asjadega, siis kella üheteistkümnest algavad meil üritused, kas teraapia või mingid tugigrupid, kella kaheni. Kell kaks lõuna ja kolmest on tööteraapia, teeme keskuses töid või aitame linnas asutusi. See kõik toimub viieni poole kuueni, kell kuus õhtusöök ja seejärel on vaja programm koostada, mõni objekt vajab koristamist, see võtab pool tundi. Õhtul võib vaadata filmi, kui oled viibinud kauem kui kaks kuud, kuni 9.30. Kell 9.30 on õhtune grupp ja kümnest üheteistkümneni on ettevalmistus uneks. Kirjutame väga palju. Alati leidub mida kirjutada.“*

Ka SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse päevakava on tihe:

*„[psühhoteraapia] üks ühele, grupis, igasugused. Kodutöid pärast teeme. Meil on kõik ettekirjutatud, et niisama ei tuigerdaks. Niisama tulla ainult öömajaks saad, nii ka kodus 'terveneda'. Pead käima gruppides. See on tugev programm, mis on sinu enda heaks.“*

Võrdluseks on vangla rehabilitatsiooniosakonna päevakava:

*„Kell seitse on umbes hommikusöök, no umbes poole seitsmest poole kaheksani, siis pool üheksa avatakse ukse, minnakse tööle, kooli õppima, kutsekooli, nii, kümme minutit enne kahteteist pannakse kinni, kaheteistkümnest üheni on lõuna, seega meil on praegu nagu lõuna, ühest kuueni avatud, seega telefonid on olemas ja see, millega keegi tegeleb, nii, viiest kuueni on õhtusöök ja kuuest kaheksani on kinnised, oih, kinnised... nad on ka avatud, aga pärast kaheksat on juba kõik, kinnised. Vastavalt jalutuskäik on kõigil erinev tund jalutamist, üks kord nädalas jõusaal ja mõnikord juhtuvad mingid programmid, kursused, seal võivad olla spordiüritused, selline on ka mõnikord, suhteliselt harva, aega ei jätku sellel inimesel, kes seda kõike läbi viib, nii.“*

Rehabilitatsiooni korraldamine vanglates erineb intervjuudes esitatud kirjelduste järgi oluliselt, eriti kehtib see Viru vangla kohta. Vangidel on palju vaba aega, mida veedetakse „nagu vanglas ikka: pokker, lauatenis jne“. Mõned sõltlased on suunatud sotsiaalprogrammidesse, mõned mitte. Kuna tegemist on kontingendiga, kes kannavad vanglakaristust juba mitmendat korda, on neil vanglas pakutavate programmide arsenal juba mitu korda läbitud. Tuleb tunnustada, et vanglad on paindlikud ning mitu korda sama programmi varem läbinud inimest järjekordsele ringile ei suunata. Programmi raames toimuvate sessioonide vorm on rehabilitatsioonikeskustega võrreldes samuti erinev. Kui keskustes pannakse põhirõhku inimese tööle oma tunnete ja emotsioonidega, siis vanglates on narkosõltlaste arvates eelistatud informatsiooni edasiandmise vorm.

*„Seal on mingid grupid. Käis naine Convictuses, seletas kuidas sõltuvus toimib. On vihaga toimetulemise grupp, see on teistele ka. On veel mingi grupp, aga see ei ole tõsiseltvõetav. Kui oled seal, ootad mingisuguseid eelistusi võrreldes teistega, näiteks saad rohkem vaba aega, nagu seda teevad enamus sealviibijatest. Mõni üksik äkki on seal, et jätta maha aga ma pole neid näinud. Nägin ühte, kes ikka veel ei kasuta. Meil olid veel õhtused koosolekud, mida ise korraldasime nagu Anonüümsete Narkomaanide koosolekud linnas. Meil oli meie grupp, kellega koos saime õhtuti kokku ja vestlesime. Need veel, kes tõesti tahtsid maha jätta, panid endale kirja samme, aga see oli juba omavoliline. Keegi millekski ei sundinud ja inimene tegi seda puht enda jaoks. Neid oli väga vähe aga nendest enamus, mitte kõik aga enamus, on ikka kained. Ma midagi ei kirjutanud, ainult käisin õhtustel koosolekutel ja suurt soovi end ravida polnud. Õigemini soov ehk oli aga konkreetset otsust end ravida polnud.“ (M, 35, fentanüül)*

Rehabilitatsioonikeskuste tööd eristab süsteemsus. Kõik tegevused on suunatud ainult ühele eesmärgile: narkosõltlase rehabiliteerimine. Kui on vaja, osutatakse talle nii meditsiinilist abi kui ka sotsiaalset tuge, kuna kõik lahendamata probleemid võivad osutada negatiivset mõju kaineeks jäämisele. Intervjuudest tuleb välja, et erinevaid meetodeid kasutades töötatakse inimesega, tema isiksusega.

Vangla puhul loodetakse programmidele, sellele, et need avaldavad mõju narkosõltlasele. Ükski programm omaette ei saa sellise keerulise ülesandega hakkama. Siin võib paralleeli tuua medikamentoosse raviga: ravimid on tõhusad, aga omaette – ilma rehabilitatsiooniprogrammita – ei ole neist palju kasu.

### **Töö rehabilitatsiooni elemendina**

Tööharjumuse väljatöötamine on rehabilitatsiooni oluline osa. Rehabilitatsioonikeskustes käivad tööl kõik, nimetades seda „töeteraapiaks“. Ehkki see töö võib tunduda ebameeldiv, nt vanurite hooldamine, ei väljendanud intervjuudes keegi negatiivset suhtumist. Samas mainiti, et kui konkreetne tööots ei sobi, ollakse paindlikud ning leitakse sobivam ülesanne.

*„Vangla on omaette lugu. Vanglas ei ole teretulnud see, mis on teretulnud siin. Siin ei ole teretulnud see, mis on teretulnud vanglas. ... Saate aru, vanglas on selliseid asju mis, ei tea kuidas normaalses keeles öelda... mida arvatakse ebanormaalseks on siin täiesti inimlikud. Seesama tualettide puhastamine.“ (M, 40, fentanüül)*

Vangistusseaduse § 37 sätestab, et kõik alla 64-aastased, mitteõppivad ja meditsiiniliste vastunäidustusteta vangid on kohustatud töötama. Vanglaseaduse § 38 kohaselt kindlustab vanglateenistus kinnipeetava võimaluse korral tööga, arvestades kinnipeetava füüsilisi ja vaimseid võimeid ning oskusi. Kui kinnipeetavat ei ole võimalik tööga kindlustada, rakendatakse teda võimaluse korral vangla majandustöödel. Sama seaduse § 39 järgi rakendatakse majandustöödel töötav kinnipeetav tööle vastavalt töö eripärale vanglateenistuse äranägemisel. Vangla majandustöödele kaasatakse vange vangla igapäevase toimimise toetamiseks.

Peamiselt hõivatakse vange koristustöödega, köögi abitöödega ja toidujagamisega, remonditööde, jäätmekäitluse, pesu pesemise ja juuksuriteenuse osutamise ning raamatukogu abitöödega. Töö vanglatööstuses on paremini tasustatud ning omab vangide jaoks kõrgemat prestiiži. Majapidamistööd on madalaima prestiižiga ning pole mõne vangi jaoks vastuvõetavad. Siin avaldab mõju vangide subkultuur, mille kirjutamata reeglite järgi asetavad majapidamistööd (koristamine jm) kinnipeetava vangide hierarhias madalaimale positsioonile ning seetõttu ei ole need tööd aktsepteeritavad. Nõuet töötada kindlal ajaperioodil majapidamistöodel, enne kui saab töökoha vanglatööstuses, ei ole kirjalikult fikseeritud, ehkki vangide sõnul selline kirjutamata reegel kehtib. Intervjuudes kinnitasid kinnipeetavad, et vangla nõuab nende käest 3-kuulise majapidamistöörde perioodi täitmist ehk „põrandaharja läbimist“, enne kui antakse võimalus töötada vanglatööstuses. Proovides subkultuurile sel moel jõudu näidates vastu seista, tunnistas vangla subkultuuri olemasolu ning mingis mõttes panustab ise selle säilitamisele.

*„On raske küll. Praegu mõeldi siin välja, mõistate, siin püütakse sind murda, mitte parandada, vaid murda. Teate, meil mõeldi praegu välja sellist „põrandaharja“ – kui sa tahad tööle minna või õppida, siis pead sa võtma põrandaharja. Tähendab, õhtul, oletame täna sina ja sina koristate, homme, noh, tuuakse sulle leping, saad 63 senti tunnis. 63 senti pole see raha, mis jääb sulle, sellest võetakse maha 70%. Tähendab, sa pead läbima selle, allkirjastad lepingu kolmeks kuuks ja sulle antakse põrandahari välja. Ja nii sa tuled õhtul tööle. Aga kõik ei tule sellist tööd tegema, mõnedel on sellised arusaamad, et olen täiskasvanud inimene, mul on seal pere ja lapsed, olen seda kõike juba läbinud ja mul on sellest kõigest suva. Aga on ka täiskasvanud, kes on minust ka vanemad ja ikkagi veel mängivad seda mängu ning noored, kes on subkultuuri arusaamadega ja vaatavad sellistele lollidele ka veel, nemad ei lähe. Tähendab, kui ta põrandaharja ei võtnud, on see tööst keeldumine ja vastavalt ei saa ta kuhugi edasi minna tööle, sest ta pole läbinud põrandaharja. Samamoodi tehti praegu õppimisega – kui tahad minna õppima keevitajaks, mine korista. Aga miks? Ta ju tahab minna õppima eriala selgeks, aga teie topite talle põrandaharja. Ma arvan, et see pole õige. Kui te soovite murda süsteemi, ma saan nende eesmärkidest aru, siis nad juba murdsid selle, kõik on murtud juba. Siin murti juba kõik, mis oli võimalik murda. Nii et siin pole enam midagi murda.“ (M, fentanüül)*

Intervjuudest tuli välja väga erinev suhtumine majapidamistöödese rehabilitatsioonikeskustes ja vanglas: kui vanglas oli see seotud alandamise, jõudemonstratsiooni, ebavõrdsusega, siis rehabilitatsioonikeskustes võeti seda elu loomuliku osana.

### **Kontakt personaliga**

Oluliseks erinevuseks vanglate ja rehabilitatsioonikeskuste vahel osutus ka narkosõltlaste kontakt personaliga. Suhted personali ja ravil olevate inimeste või kinnipeetavate vahel on institutsiooni sisekliima oluline osa. Korrektsed suhted ei tähenda sõbrutsemist kinnipeetavate või patsientidega. Kui suhted on lugupidavad, korrektsed, reeglid selged ning kohtlemine õiglane, soodustab see narkosõltlaste rehabilitatsiooni. Üldiselt andsid narkosõltlased nii vanglates kui ka rehabilitatsioonikeskustes töötavatele spetsialistidele – psühholoogidele, sotsiaaltöötajatele, konsultantidele, kontaktisikutele – positiivse hinnangu ning suhtusid neisse lugupidamisega. Oluline on, et rehabilitatsioonikeskuste personal suhtleb tihedalt ravil olevate sõltlastega; personal ja narkosõltlased peavad iga päev koos planeerimiskoosolekuid, kus arutatakse päevasündmusi, ette tulnud probleeme, reeglite rikkumist jne.

*„Noh, ei tea, personaliga on üldse kuidagi nii. Muidugi tahaks, et kõik oleks meie soovi järgi, et tehke nii. Jällegi meil on sotsiaaltöötajad, kes aitavad meid tegeleda oma asjade ja võlgadega või veel millegiga. Näiteks minul kasvasid võlad isegi sellepärast, et ma ei viitsinud kuhugi minna ja tõlkida, mis seal kirjas on. Siis aga toimetatakse pabereid ja ma võin minna sotsiaaltöötaja juurde ja paluda abi, et tõlkida ja selgeks*

saada. Nii et ma ei tea. Olen väga tänulik meie personalile. Meil ei ole konflikte.“ (M, 27, amfetamiin)

„Personal loob meiega sellise suhtlemise, et me tunneksime end nagu kodus. Üpris usaldav. Teate, ma tean kõigi kohta, kes on mehel, kellel mitu last, isegi mis abikaasade nimed on, vanused. Iseendastmõistetavalt ei tea ma seda esimesest päevast, vaid samm sammult, aga ma kõigiga suhtlen vabalt. Just töötajad, vanemkasvataja, psühholoogid, aga ka tava kasvatajatega, isegi kokaga. Ei tea isegi, nii on. Kui meil mingisugused peod, siis personal tuleb pidudele. Lisaks veel mingisugused väljasõidud. Ma tean, et meil ühel sotsiaaltöötaja tüdrukul, võib-olla teisel ka, mehed meid nimetavad, no nagu öeldakse ikka, „sinu omad määratsevad“. Päriselt saan ma sellest jõudu.“ (M, 40, fentanüül)

Sageli on personali positiivne suhtumine narkosõltlaste jaoks uus kogemus. Olles harjunud negatiivse suhtumise, ükskõiksuse ja teiste narkosõltlaste äärmise individualismiga, on nad normaalsetest suhetest ning pakutud toest väga üllatanud ja selle eest tänulikud.

„Soojad suhted on.

Soojad? Kas personal on normaalne? Professionaalne?

Muidugi, näha, et inimestel pole üldse ükskõik. Mitte nagu seal...

Kus on seal?

Üldse, linnas kasvõi. Sind pole kellegile vaja.“ (N, 35 fentanüül)

„Mul nägemine natukene, see vanusest juba. Nad kohe mulle kõik organiseerisid, järgmine päev läbisin kõike. Kõht natukene valutab, kõik kiiresti saadi korda. Ma hakkasin kahtlustama, pettust otsima, et kuhu te plaanite mind viia? Nii hellitate nagu väikelast, nii ainult ema võis. Ei, oli vastuseks, sa lihtsalt pole harjunud lahkust vastu võtma. Tähendab, sinusse suhtutakse nagu oleksid tavaline inimene. Ma hakkasin isegi riiki teismoodi vaatama. Jah, ma ei suuda veel palju stereotüüpe endas murda, aga ma juba vaatan riiki, et nad seda teevad. Vaieldamatult on keskus, mu taassündimine, tahan siia istutada puu.“ (M, 46, fentanüül)

See, mis eristab vanglat rehabilitatsioonikeskusest, on personali puudumine üldisest igapäevaelu pildist. Isikuga kohtutakse, kui seda vaja on, nt konkreetsed arutelud kontaktisikuga, spetsialisti poolt sotsiaalprogrammi läbiviimine või individuaalne konsultatsioon psühholoogiga. Kinnipeetavate üldine arusaam on, et personalil ei ole nende jaoks aega.

„Käin kursustel, vestlen psühholoogidega, kursustel osalen vähem, kuna seal on teised inimesed ja psühholoogidel ning sotsiaaltöötajatel ei ole seal kõikide jaoks aega.“ (M, 35, amfetamiin)

„Tal on nii palju tööd siin, ma ei tea, eks kõik tahavad avavanglasse saada ja siis nad käivad talle kogu aeg pinda ja ei lasta, ta üksinda töötab siin. Ma tavaliselt ei viitsi neid segada üldse mingite selliste asjadega.“ (M, 37, fentanüül)

### 3.5.6 Narkoravil viibinute motivatsioon tervenemiseks: intervjuude analüüs

#### Sisemine motivatsioon kui ravile suunamise eeldus

Esimeseks oluliseks momendiks, mis sõltlaste endi sõnul rehabilitatsiooni tõhusust mõjutab, on viis, kuidas

nad keskusesse satuvad ning vastavalt sellele ka sõltlaste motiveeritus terveneda ja rehabilitatsioonist osa võtta. Rehabilitatsioonikeskuste suureks eeliseks on see, et enamik inimestest tuleb sinna omal soovil. Kui sõltlane tuleb rehabilitatsioonikeskusesse ise teadliku otsuse tulemusena ning otsib abi ja tuge sõltuvusest lahtisaamiseks, on ta rehabilitatsiooniks piisavalt motiveeritud. Samas peab meeles pidama seda, et sõltuvusest vabanemine on äärmiselt raske protsess ning läbikukkumise oht on suur. Paljud narkosõltlased on rehabilitatsiooni proovinud mitu korda. Eelmised läbikukkumised ei tähenda, et inimene ei ole üldse võimeline sõltuvusest vabanema, tagasilöögid võivad alati ette tulla. Sõltuvuse raviteraapiates on väga oluline roll terapeudil: milliseks kujuneb kontakt patsiendiga ja kuivõrd hinnanguvabalt suudab terapeut ravi läbi viia. Üldiselt on sõltuvuse psühhoteraapiate üks seisukohti see, et oluline on aktsepteerida tagasilangusi, sest on teada, et sõltuvusest vabanemise protsessis esineb neid peaaegu alati ja sealjuures on oluline terapeudi stabiilne tugi ja kindlameelsus protsessi jätkamisel.

Nii intervjuudest kui ka fookusgruppidest ilmnes, et arusaamine probleemi olemusest ja soov (motivatsioon) sõltuvusest vabaneda tekib narkosõltlastel siis, kui nad saavad aru, et ei tule oma eluga toime. Võib juhtuda, et nad kaotavad kõik: suhted oma lähedastega, tervise. Sageli tuli vestlustes teemaks surmahirm. Samale tähelepanekule viitasid kõik spetsialistid (nii vanglates kui ka raviasutustes), nad tõdesid, et peamiseks ravimotivatsiooni allikaks on see, kui inimene on juba täielikult „põhjas“ või oma elus absoluutselt kõik kaotanud. Ravile pöördujad on vaimselt haavatavad ning vajavad seetõttu kvaliteetset abi, et tervenemiseni jõuda. Kui küsimus oli, kas surra või oma eluga midagi ette võtta, siis valiti elu ning pöörduti rehabilitatsioonikeskusesse abi saamiseks. Südametunnistus, suured võlad, elukvaliteet, võimalus vanglasse sattuda – mitte keegi ei maininud neid tegureid kainenemissoovi põhjusena. Rehabilitatsioonile minnes on kaardile pandud sõltlase elu ja see on parim motivaator. Seega, karistused iseenesest ei ole ravimotivatsiooni tekitajaks. Vestlustest sõltlastega ilmnes, et narkootikume tarvitatakse ka siis, kui teatakse, et see on karistatav. Tarvitatakse edasi ka pärast vangistust. Järelikult ei vii vangistus käitumismustri muutuseni.

*„Noh, mul tahet on. Peab olema motivatsiooni, praegu motivatsioon on. Ei taha surra.“ (N, 35, fentanüül)*

*„Vikatimehe kõrval seismine oli pidevalt tunda.“ (M, 46, fentanüül)*

*„Mul oli üleliia seda vale käitumist ja ma olin juba nii segaduses. Annad täielikult alla. Kukkusin põlvedele ja kõik, ütlesin, et enam ei suuda. Pärast helistasin keskusesse. Õeldi, et umbes nelja kuu pärast.“ (M, 30, fentanüül)*

*„Alguses olid roosad prillid ees, kõik on suurepärane, siin on kõik tore, sind armastatakse. Pärast tulevad raskused. See on ikkagi isolatsioon. Siin olen ma aga omal tahtel, küllap vist sellepärast jäängi siia.“ (M, 27, amfetamiin)*

### Erinevused sisemises motivatsioonis vanglast tingimisi ennetähtaegselt vabastatud isikute ja vangistuse asemel otse ravile suunatud õigusrikkujate vahel

Rehabilitatsioonikeskuses intervjueritud sõltlased, kes pöördusid ravile omal algatusel, arvasid, et nende motivatsioon on kõrgem võrreldes sõltlastega, kellele on antud võimalus valida rehabilitatsioon karistuse alternatiivina. Vestlustest ravikeskuste töötajatega ilmnes, et kui sõltuvusravi kohaldati karistuse alternatiivina, siis ei olnud alati tegemist sõltlase sisemise motivatsiooniga sõltuvusest vabaneda, vaid näilise motivatsiooniga – mis oli küll sõnaliselt vormis väljendatud, kuid mida spetsialistid (nt ravikeskuste töötajate endi sõnul, sh psühholoogid või psühhiaatrid) ei olnud tegelikult hinnanud.

Fookusgruppide ja erinevate ametnike peamiste töökohustuste analüüsist selgus, et prokuröridel, kriminaalhooldajatel ja kohtunikel ei ole erialast pädevust ravimotivatsiooni hindamiseks, kuigi seda praeguses süsteemis justkui eeldatakse.

Psühholoogiates on välja töötatud mitmeid meetodeid, kuidas motivatsiooni hinnata, kuid neid ei ole (Eesti) karistussüsteemis enamasti kasutusele võetud. Näiteks on välja töötatud mitmeid küsimustikke (näiteid muutumismotivatsiooni küsimustikest: Carey *et al.*, 1999), aga ka teisi meetodeid (nt motiveeriv intervjuu). Küsimustike plussiks on see, et nende läbiviimine on lihtne ning korralikult valideeritud ja adapteeritud testi korral on võimalik ennustada küsimustiku vea määra (kui mitmel korral mõõdab küsimustik valesti). Selliste meetodite jaoks on olemas omaette teooria (testiteooria) ja psühhomeetria spetsialistid kulutavad aastaid, et välja töötada ühte testi. Miks selliseid teste vähe kasutatakse, sõltub ka sellest, millised on spetsialistide teadmised testidest ja nende analüüsioskused. Selleks et rakendada psühhomeetria testi, peaksid testi rakendajal olema teadmised tulemuste interpreteerimisest. Näiteks psühholoogid õpivad selleks aastaid ülikoolis, et olla valmis aru saama ning andma individuaalset pädevat tagasisidet testi tulemusi analüüsides.

Eestis ei ole hetkel tavapärane, et kinnipeetava motivatsiooni hindaks (enne vangistuse määramist) selleks ülikoolis ettevalmistuse saanud spetsialist. Ekspertiis motivatsiooni hindamiseks tellitakse pigem erandlikel juhtudel. Vestlusest kohtuniku ja prokuröri selgus, et kui tellitakse ekspertiis, siis on see pigem diagnoosimiseks (kas on sõltuvushäire või mitte). Sisemise motivatsioonita inimeste paigutamine motiveeritud inimestega samasse ravirühma võib aga kahjustada ka raviks motiveeritud ravitulemust. Seda kirjeldasid nii ringreisil kohatud raviasutuste töötajad (psühhiaater, sotsiaaltöötajad, psühholoogid) kui ka intervjuudes osalenud ravil viibijad ise.

Erineva motivatsiooniga narkosõltlaste osalemine grupiteraapia sessioonides ning tugirühmades tundus intervjuudes osalejatele problemaatiline: kui teraapiarühmades on koos motiveeritud narkosõltlased ning need, kes läbivad rehabilitatsiooni ainult selleks, et vanglakaristust vältida või saada endale paremad tingimused, siis segab see grupitööd ning demotiveerib kogu seltskonda. Nii ravialused kui ka ravikeskuste töötajad tõdesid, et rehabilitatsioonile suunamine alternatiivkaristusena on oluline ja vajalik, samas tuli ravialuste intervjuudest välja, et „Justiitsministeeriumi poolt suunatud residentide arv ei tohiks olla suur“ (M, 40, fentanüül), sest see võib haprale usaldusele üles ehitatud atmosfääri hävitada. Intervjuude läbiviimise hetkel viibis ühes rehabilitatsioonikeskuses kaks ning teises kolm õigusrikkujast sõltlast, kes olid ravile suunatud asenduskaristusena või pärast vanglast vabanemist. Rehabilitatsioonikeskustes viibivate sõltlaste sõnul on selline arv vastuvõetav ning ei häiri rehabilitatsiooniprotsessi.

*„Nüüd kui ma keskus olen olnud ma hindan enda poolt tehtud tööd ja isegi hakkasin muretsema, milleks inimesed siia tulevad, kas tervenema või lihtsalt vabanemiseks. Tähtis on, et kui siia tuleb „boss“ või trellid või*

kitusüsteem – kõik variseb kokku.” (M, 46, fentanüül)

### Erinevused sisemises motivatsioonis vanglates ja ravikeskustes viibivate õigusrikkujate vahel

Olukord vanglate rehabilitatsiooniüksustes on vastupidine, intervjueritud kinnipeetavate sõnul ei ole enamik seal viibijatest motiveeritud sõltuvusest lahti saama, terveneda üritavad mõned üksikud kinnipeetavad. Motiveeritud kinnipeetavate intervjuudes toodi välja asjaolu, et grupitöö, kus on erineva motivatsiooniga kinnipeetavad, ei luba motiveeritud kinnipeetavatel grupitöö potentsiaali kasutada. Kinnipeetavad arvasid, et grupitöö puhul on oluline rääkida oma probleemidest ja tunnetest, neid läbi elada, samas ei luba grupis puuduv vastastikune usaldus neil seda teha.

Intervjueritud kinnipeetavate arvates on motiveerimine vanglates üles ehitatud valedale alustele. Respondendid leidsid, et vangid soovivad narkorehabilitatsiooni osakonda saada paremate tingimuste pärast, aga mitte selleks, et terveneda. Teiste eest seda eriti ei varjata ning tarvitamist kavatsetakse jätkata kohe pärast vanglast vabanemist. Kaasvangide arvates ei avalda ainult soodustustega motiveeritud kinnipeetavate puhul rehabilitatsiooniosakonnas veedetud aeg üldjuhul otsest mõju sõltuvusest vabanemisele. Samas arvas üks rehabilitatsioonikeskuse elanikest, kes oli varem olnud ka vangla rehabilitatsiooniosakonnas, et võib-olla mõjutas vangla rehabilitatsioon teda nii, et ta teatud aja pärast läks vabatahtlikult rehabilitatsioonikeskusesse. Nagu ikka kvalitatiivsete meetodite puhul (intervjuud, fookusgrupid), ei ole võimalik üldistada tulemusi kogu sihtrühmale. Siin tõstatatud probleemid on pigem sisekaemus, et milliseid probleeme võib vanglate rehabilitatsioonis näha, kuid need ei pruugi alati esineda.

*„Ma nõustusin ja läksin sinna, aga [naer] siin on selline lugu, et kontaktisikud lähenevad natuke valesti, ma tahtsin öelda, nad tulevad ja hakkavad pakkuma – meil on 2 jõusaali, 2 masinat, meil on lauatennis, seal meil vaadatakse videosid nädalavahetuseti, seal on kitarr, saab muusikat... ühesõnaga see on vale lähenemine, inimesele on vaja, seal istuvad pooled sellised, kellele ei ole seda üldse vaja, nad tulid sinna teistel põhjustel, tahavad avavanglasse ja sealt juba vabadesse kiiremini vastavalt, nii ja tulebki välja, et kontaktisikud lähenevad valesti juba algselt. Mulle tuldi ja pakuti, öeldi kohe esialgu need plussid, ma ütlesin, et minul vahet ei ole, esiteks, seal kus ma istusin, 4 tundi päevas avatud ja mulle see ei meeldinud ning juba sellepärast olin nõus ükskõik kuhu mujale minema, kui ausalt rääkida, no ja seletas teisi plussid ka muidugi, aga siin tuleks kuidagi teisiti läheneda inimestele, ma arvan, see on minu subjektiivne arvamus, ma ei tea kuidas teistel, aga need plussid tuleks jätta hilisemale, esialgu tuleks uurida inimeselt endalt, kas ta ise tahab loobuda narkootikumidest.” (M, 35, amfetamiin)*

Rehabilitatsioonikeskustes suhtusid omal soovil rehabilitatsioonikeskustesse ravile tulnud karistuse alternatiivina narkosõltuvusravile suunatud isikutesse kahetiselt, korduvalt nimetati „kohtu kaudu“ või „justiitsministeeriumi kaudu“ suunatud sõltlaste puuduseks motivatsiooni puudumist.

*„Mõni ehk muutub, aga väga raskelt. Näiteks siia tuli 25 inimest, kes tahavad muutuda ja üks või kaks, kes sattusid siia vastu tahtmist, siis nad jah. Kui neid teisi on juba viis või kaheksa, siis nad elavad oma kambana, sundida neid muutuma ei ole võimalik, seepärast ongi raske. Ma pole vastu, aga see protsentuaalne suhe peaks olema väiksem.” (M, 35, amfetamiin)*

Toodi välja ka aspekt, et ravi ja/või rehabilitatsiooni jooksul võib isiku motiveeritus tõusta ning algul vastumeelselt käija lõpuks avaneb ja saab sõltuvusest vabaks. Selle arvamusetõid väliseksperdi ringreisi ajal välja ka ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste töötajad. Sotsiaaltöötajad ja psühholoogid olid oma praktika ajal

kogenud olukordi, kus algul ei ole rehabilitatsiooni saaja teraapias aktiivne, kuid teiste edulugusid kuulates ning inimestega kohanedes on tema passiivsus vähenenud ja tekkinud on soov narkosõltuvusest vabaneda.

*„Teate, see et poisse saadetakse siia vanglast pole paha. Kõige tähtsam on soov. Enamus neist ei tule omast tahtest, arusaadav, et ma tulin vabatahtlikult aga nemad mitte, see aga ei tähenda, et mina jään kaineks ja nemad mitte. Ma tean inimesi, kes tulid siia vanglast ja praegu edukalt tervenevad. Läbisin koos nendega rehabilitatsiooni, mõni lõpetas suvel ja mõni sügisel. Mõni jah. Arusaadav, et nad tulevad ja neil pole soovi, algul nad teevad seda kõike puht selle jaoks, et saada oma aeg täis. Minuga ei nõustu, aga koguaeg muutuvad.“ (M, 40, fentanüül)*

*„Vaja, et inimesel endal oleks soov, mitte et kohtuotsus.“ (M, 46, fentanüül)*

Motivatsiooni koha pealt tuleb tõdeda, et intervjuu andnud isikud olid sisemiselt ilmselt ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste suhtes positiivsemalt meelestatud, kuna nad tegelesid või olid varem aktiivselt tegelenud narkosõltuvusest vabanemisega ning soovisid sellest uuringu tarbeks rääkida. Samas olid intervjuueeritud mitmel juhul ka varem üritanud ravi ja/või rehabilitatsiooni läbida, kuid tulutult. Näiteks töid kaks omal algatusel ravi- ja rehabilitatsioonikeskusesse pöördunud intervjuueeritud välja, et olid varem käinud mujal ning keskusse taheti minna juba varem, kuid kas põgeneti või ei ilmutud lihtsalt kohale. Ühel läks näiteks 15 aastat sellest hetkest, mil ta otsustas oma narkosõltuvusest vabaneda, kuni ajani, mil ta hakkas oma sõltuvusega ravi- ja rehabilitatsioonikeskuses tõsiselt tegelema. Vahepeal oli ta sattunud vanglasse ja ka ravile, kuid sealt paari päeva järel ära läinud.

Sarnaseid tulemusi on saadud mõnedes teistes uuringutes, kus on välja toodud, et kohustuslik ravi ei ole tõhus meetod sõltuvuse vähendamiseks. Näiteks kirjeldavad Wolfe *et al.* (2013) oma teadusartiklis, kuidas usalduslik suhe ehk nn raviliit (terapeudi ja kliendi vahel) ja kliendi enda motivatsioon mõjutavad positiivselt ravitulemust. Üks hiljutine laiaulatuslik ülevaateartikkel viitab sellele, et viimase kümnendi kohustusliku ravi efektiivsust kajastavaid töid kokku võttes ei saa väita, et see oleks efektiivne, pigem vastupidi. Samuti tuuakse välja, et programmide efektiivsuse hindamisega on mitmeid probleeme, mistõttu on tõendid nii ühes kui ka teises suunas sageli ebapiisavad (Bright ja Martire, 2013). Ka 2016. aastal avaldatud metaanalüüs (9 uuringut, 10699 uuritavat) näitab, et narkosõltlastele peale sunnitud ravi ei ole tõhus (Werb *et al.*, 2016). Enamik kriteeriumidele sobivatest uuringutest osutas, et kohustusliku ravi rakendamine ei parandanud ravitulemust ega vähendanud ravil viibivate isikute kriminaalset retsidivismi.

### 3.5.7 Ravikeskuste esindajate ning ametnike kogemused ja hinnangud

Ühe osana uuringust viidi läbi ringreis ravikeskustesse Tartus ja Ida-Virumaal, Tartu ja Viru vanglasse ning fookusgrupid ravikeskuste esindajate (RKE), kriminaalhooldajate (KRMH), kohtunike (K) ja prokuröridega (P) (vt pkt 2.4.2). Viidi läbi kvalitatiivne analüüs intervjuude salvestiste transkriptsioonide ja ringreisel asutustelt kogutud andmete põhjal. Tõstatunud teemade ja ettepanekute kirjeldamisel on lähtutud osalejate endi rõhuasetustest ning olulisemate teemade esinemise sagedusest vestlustes. Koondatud info põhjal on järgnevalt kirjeldatud süsteemi infokorraldust, rahastust ning sõltuvusega inimeste profiili ametnike ja ravikeskuste töötajate perspektiivist ning hinnangutest lähtudes.

#### Süsteemi infokorraldus

Kõik ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste esindajad nõustusid, et üldise narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi integreerituses on probleeme eelkõige infokorralduses. Kitsaskohtadena toodi

välja patsiendi suunamise/saabumise info liikumine institutsioonide vahel ning erinevate osapoolte vähene teadlikkus pakutavatest teenustest.

Keskuste esindajate hinnangul tekivad probleemid eelkõige ravikohtade piiratud arvu tõttu, kui õigusrikkujatest sõltlasi määratakse ravile eeltööd tegemata; seetõttu on tekkinud olukordi, kus ravi- ning rehabilitatsioonikeskus ei saa isikut vastu võtta või peab oma töö ümber korraldama.

*„Lisakohustusena sõltuvusravi määratud kohtuniku poolt ja klauslina on määratud kaks nädalat, **see töö on tegemata, et uurida, kas meil kohta on.** Ei ole saanud hea tava sellest, et võetakse eelnevalt ühendust, kas teil kohta on, et kaaluda antud varianti. Enne kui kohtunik teeb otsuse, keegi lähiringi töötajatest peaks vastutama selle eest, et täpsustataks, kas raviasutuses on olemas ravikohta või millal tekib koht. Haruharva selline olukord tekib ja siis saame hakkama.“ (RKE2)*

Ravi korraldajad ja läbiviijad arvasid, et kohati võib probleeme tekitada õigussüsteemi esindajate vähene teadlikkus ning reaalse kogemuse puudumine, mis tekitab segadust suunamise ja vastutuse võtmise puhul.

*„Kohtunikel oli vähene informeeritus, ei teadnud kuhu suunata. Palju nüansse ja bürokrasiat oli. Me võtsime kohtuotsuse alusel ja kui seal näiteks ei olnud meie asutuse nime, siis pidi dokumendid ümber tegema.“ (RKE3)*

Osa ametnikest nõustus kohati kirjeldatud arvamusega, kuid mõned ametnikud olid seisukohal, et neil on infot piisavalt. Piisavaks hindasid oma teadmisi need ametnikud, kes olid narkosõltlastest õigusrikkujatega ja sõltuvusravi määramisega kokku puutunud. Näiteks sõltuvusega seonduvaid kuritegusid menetlevad prokurörid oskasid nimetada erinevaid keskusi ja olid teadlikud pakutavatest võimalustest, kuna seda infot oli neile saadetud nii Justiitsministeeriumist kui ka nad ise olid seda juurde otsinud. Siiski tõi üks prokurör välja teadmatuse selle kohta, mille alusel ravikeskused välja on valitud:

*„Meile saadeti 30. märtsil 2015 Justiitsministeeriumi infomaterjal narkoravi kohaldamisest ja see oli esimene kord kui tuli tõsiseltvõetav ülevaade või info nendest praktilistest võimalustest.“*

*/.../ Minu jaoks on natuke ka ebaselge või vajab täiendavat infot see, mis alusel ravikohad loetellu on lisandanud, kas need on projektid, konkreetsed lepingud. Ma näen, et ravikohti tegelikult on väga vähe, raviviise, mis on ambulatoorne ja statsionaarne, teatud näidustustega isikutele ei ole, ei ole sobivat piirkonda, ei ole sobivat ravi, ei ole sobivate tingimustega. Lõuna-Eestis ambulaatorset ravi ei ole üldse. Täisealistele naistele on, aga mis me meestega teeme?“ (P1)*

Intervjueeritud Harjumaa kriminaalhooldusametnikud hindasid oma teadmisi ja praktikat õigusrikkujatest narkosõltlaste ravile suunamisel piisavaks. Tallinna kriminaalhooldusametnikud olid varem kokku puutunud kohtu kaudu sõltuvusravile määratud klientidega ja teadsid olemasolevatest võimalustest ning andsid erinevatele ravivõimalustele ka hinnanguid. Tartu vestlusringil osalenud kriminaalhooldusametnikud olid vaid üksikutel kordadel kokku puutunud klientidega, kes olid kohtu poolt ravile suunatud ja hindasid seetõttu oma teadmisi sel teemal tagasihoidlikumaks.

Tartu kriminaalhooldusametnike jaoks oli sarnaselt ravikeskuste esindajatega probleemiks erinevate süsteemide vähene integreeritus ja suhtlemisharjumuste puudumine.

Näiteks tõi kriminaalhooldusametnikud olukorra, kus isik pidi ennetähtaegsel vabastamisel minema kahe kuu jooksul ravile, kuid see info ei jõudnud õigeaegselt kriminaalhooldusametnikuni. Alles isiku vabanemistähtaaja lähenemisel sai kriminaalhooldusametnik teada, et isikule on selline kohustus pandud, kuid

kriminaalhooldusametnikud ei olnud teadlikud, kes peaks ravile mineku organiseerima, kuidas see organiseerimine käib, millised on võimalused ja kui kiiresti üldse ravile saab. Antud juhtumiga tegelemine motiveeris kriminaalhooldajaid koos töötama ning otsima infot, kuid samas tekitas see ka palju segadust ning ilmestas erinevate osapoolte vähest omavahelist suhtlust.

Viru maakohtu kohtunik tõi samuti ühe aspektina välja vähese informeerituse, mis võib mõjutada õigusrikkujate sõltuvusravile suunamist ning sarnaselt kriminaalhooldusametnikega nimetas ta veel ühe põhjusena vähest praktikat. Kohtuniku hinnangul on sõltuvusravile suunamine niivõrd vähe kasutatav, et näiteks oma initsiatiivil kohtus sellise võimaluse välja toomine ei tuleks kõne alla, kuna kohtunik peaks sellisel juhul kuulutama vaheaja ja minema seadustega täpsemalt tutvuma. Lisaks tekkisid Viru maakohtu kohtunikul kohe sarnased küsimused nagu kriminaalhooldusametnikel: millised ravivõimalused on olemas, kui kiiresti sinna saab, kuhu võib suunata, millise tähtajaga. Tema hinnangul peaks eeltöö olema prokuröri poolt varem tehtud ning sellisel juhul tuleks sõltuvusravile suunamine kõne alla, kuid kohtunik ise oma poolt antud varianti välja ei pakuks.

### Rahastus

Ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste esindajatest ei olnud kõik teadlikud oma keskuse rahalisest poolest. Need esindajad, kes oskasid antud teemal kaasa rääkida, tõid välja, et Justiitsministeeriumi-poolne rahastus moodustab nende üldisest rahastusest niivõrd väikese osa, et see ei mõjuta oluliselt keskuste igapäevast tegevust.

Kriminaalhooldusametnikud tõid rahastusvaldkonna probleemina välja seetõttu, et nende klientide jaoks on see teema oluline. Osa klientidest peaks oma ravi ise rahastama, osa saab ravile Justiitsministeeriumi rahastusega ja osa saab hoopis muu variandiga oma ravi rahastatud (vt ptk 3.4).

Muude rahastamise variantidena toodi välja TAI rahastust või Tallinna linna rahastust. Samas on Tallinnas oluline rahvastikuregistri sissekirjutus, et näiteks metadoonravi saada. See on ravikeskuste esindajate sõnul mõnel juhul osutunud probleemiks. Jõhvi ametnikud rõhutasid, et neil sissekirjutuse nõuet ei ole, mis teeb nende pakutava metadoonravi kindlasti kättesaadavamaks.

Harju kriminaalhooldajad tõid välja, et osal klientidel on ravileminek jäänud vahel raha taha. Probleemiks olevat esmase visiidi tasu ning uriiniproovide eest võetav raha, mida sõltlastel ei ole, ning seetõttu peavad kriminaalhooldusametnikud tegema kohtule ettekande ja inimene läheb kohustuse mittetäitmise tõttu vangi.

### Ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste klientide profiil

Sõltuvusravi- ja rehabilitatsioonikeskuste esindajate hinnangul on nende klientuur viimase kümne aastaga muutunud vanemaks ja ravile tulijad tunnistavad üldiselt (eriti statsionaarsele ravile tulijad) oma sõltuvusprobleemi, juhul kui nad on oma elu ja/või tervisega n-ö „põhja“ jõudnud.

*„Statsionaari puhul võib isegi välja tuua, et meie keskmine ravi kestab 7–10 kuud, keskmine klient on 35 aastane, 10–15 aastat igapäevaselt süstinud rasket ainet. Ta on piisavalt põhja jõudnud, tal on väga palju probleeme nii suhetega, õigusorganitega, enda tervisega, et praktiliselt enam kusagile minna ei ole. Ei ole väga hea ravi läbinute protsent väga noorte puhul 18–24, kärsitus, aeg lühem, sekkumine aktiivsem. Kergema narkootikumi tarvitaja ka ei jää, kuna neile tundub et neil on kõik korras.“ (RKE2)*

*„Meie kliendid olid väga noored kui me alustasime, siis suhtlesime palju peredega. Nüüd kui on meie põhimassi vanus 30-40, siis enam ei tööta perega. Sõltub vanusest.“ (RKE1)*

### Ravi kvaliteet ja tulemuslikkus

Tulemuslikkuse mõõtmisi ühtsete mõõdikute järgi ei vii esindajate sõnul läbi ükski keskus. Samas märgiti, et omavahelisi subjektiivseid hindamisi tehakse, kuid kirjalikult neid ei kajastata. Osad esindajad töi välja, et oma keskuse siseselt küll arutatakse töötajatega tehtud tööd läbi, kuid sel puhul ei koguta ega analüüsita statistilisi näitajaid. Erinevatest hindamisviisidest ja soovitustest oldi teadlikud, kuid keskuste esindajad ei näinud vajadust oma tööd mõõdikute põhjal hinnata. Üldiselt ei pidanud keskuste esindajad vajalikuks tulemuslikkuse mõõtmisest pikemalt rääkida, pigem toodi välja oma töö tunnetuslik ja subjektiivne analüüs.

Üleüldiselt rääkisid keskuste töötajad seda, et edulugude tõttu peetakse nende endi poolt tehtavat tööd oluliseks ning positiivsete juhtude kaudu leitakse motivatsiooni oma töö tegemiseks, samas saadakse positiivsete juhtude kohta infot juhuslikult, kui näiteks patsient ise tuleb teada andma või kui enam temaga kokku ei puututa. Kuna tagasilangus on narkosõltlaste puhul suureks probleemiks, saadakse infot patsientide kohta ka üksteiselt ehk teiste keskuste esindajatelt. Sarnaseid mõõdikuid töid välja ka kriminaalhooldusametnikud:

*„Kui läbib täismahus (ravi)programmi ja lõpetab ilusasti kriminaalhoolduse ära ja ei teki tagasilangust, see on tulemuslik. Edasi ei tea. Kui tuleb tagasi, siis on teada, et tekkis tagasilangus, kuid ei tule, siis ei tea.“ (KRMH1)*

Ühe olulise mõõdikuna ja ühtlasi oma töö eesmärgina toodi patsiendi puhul välja normaalse elu elamine. Teiste mõõdikutena mainiti veel patsientide elus olemist, töökäijate hulka ning ka katkestajate arvu. Samas nenditi, et viimasel juhul võib mõjuteguriks olla patsientide eelhindamine ja ravile suunamisel tehtav hindamine. Töökäijate arvu kohta oli samuti mitmeid arvamusi: mõned esindajad leidsid, et antud näitaja on mõjutatav nii konkreetse patsiendi isiksuse eripärade kui ka ühiskondlike või praktiliste faktorite poolt. Näiteks ei soovi osa tööandjaid teha ametlikke töölepinguid või ei soovita antud sihtgrupi esindajaid tööle võtta. Seetõttu ei ole mõne ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste esindaja hinnangul töö käimine oluline mõõdik.

Mainiti ka programmi katkestajate arvu keskuse üldise tulemuslikkuse hindamisel, mis omakorda on sõltlastega töötamise puhul probleemne, kuna info varem katkestatud ravi kohta keskustesse ei jõua ning seetõttu on ravialuse motivatsiooni raskem hinnata. Varasema ravi kohta saavad keskused infot patsiendilt endalt. Samas nende puhul, kes ravi pidevalt katkestavad, näevad keskuste töötajad probleemi ressursi raiskamises. Pakuti välja, et võiks olla isikuline andmebaas läbitud ravi kohta, et vältida ravikohtade täitumist vähemotiveeritud või ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste režiimiks mitte valmis olevate klientidega.

*„See oli mõni aasta tagasi arutelu, et mõned käivad niimoodi ringiratast. Aastas võiks olla üks ravi, kui on katkestanud, siis on kogu lugu.“ (RKE1)*

Tehtava töö kvaliteedis oldi üldiselt kindlad, oma arust tehakse väga head tööd. Ühel juhul toodi välja, et keskusesiseselt on koostööd liiga vähe, iga keskuse töötaja veedab patsiendiga vähe aega ja seetõttu ei tundu pakutav ravi terviklik.

### Tugiteenused

Tugi- ja järeleteenuste osas nõustusid nii ravikeskuste esindajad kui ka teised ametnikud sellega, et arenguruumi on antud valdkonnas palju. Kui vesteldi tugiteenustest, siis toodi näiteid tugiisiku teenusest,

tugigruppidest (näiteks anonüümsed narkomaanid), nõustamisteenustest, tööturule naasmist toetavatest teenustest, sotsiaaltöötaja teenustest. Tugiteenused on kõik sotsiaalteenused, mis toetavad ravi- või rehabilitatsiooniprogrammi tulemuse säilitamist või läbiviimist. Osa ametnikest tõi olulise probleemina välja järeleteenuste puudumise, mis soodustab sõltlaste tagasilangust. Ühtlasi toodi probleemina välja süsteemi vähest integreeritust:

*„Puudub tugiteenuste süsteem ennem-järel vahepeal. /.../ Üldine nägemus, süsteemsus puudub, me teeme koostööd nendega. Kõik teevad midagi ja hästi teevad, aga et kuskilt kokku viia on kõrgem pilootaž.“ (RKE2)*

Ravikeskuste esindajad tõid välja, et tugisikud on küll mõnikord olemas, kuid pigem toetavad nad tehniliselt näiteks voodihaigele metadooni tuues. Tugiteenuste ja tugisikute puhul räägiti eelkõige süsteemsuse puudumisest:

*„Riigi poolt tugiteenuste süsteem puudub, ma tean, et koolitatakse inimesi, tugisiku töö inimestega, kes on lõpetanud rehabilitatsiooniprogrammi kus iganes. Seda teeb MTÜ ja on projektipõhine.“ (RKE3)*

Tugigrupis (nagu näiteks anonüümsed narkomaanid) osalemise koha pealt nentis mõni kriminaalhooldusametnik, et nende kasutegur on juhuslik ja sõltuv konkreetsest olukorrast ning seda suunata ei saa:

*„See on täiesti juhus, mis nädalapäevadel ja kes seal koos käivad ja seda ei saa suunata. Meil on olnud juhtumeid kui on tugigrupis osalemine määratud lisakohustusena. Mina soovitan pigem leida vaba aja veetmise viise, spordiga tegelemine näiteks.“ (KRMH2)*

### **Muud aspektid**

Eraldi aspektina tõstatasid kriminaalhooldusametnikud alkoholisõltuvuse ravi kättesaadavuse. Kriminaalhooldajate hinnangul on õigusrikkujate seas alkoholisõltuvus oluliselt levinum probleem kui narkosõltuvus ning alkoholisõltuvuse tasuta ravi sellises mahus nagu narkosõltuvuse ravi vastavale sihtgrupile ei pakuta.

Nii kriminaalhooldajad kui ka kohtunikud ja prokurörid tõdesid, et sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni võimalused naistele on kesisemad eelkõige metadoonravi silmas pidades. Samas näiteks ühe kriminaalhooldusametniku hinnangul on naised raskemad kliendid, kuna nad on oma sõltuvuse suhtes alalhoidlikumad ning hoiduvad rohkem ravist.

Lisaks on narkosõltuvuse ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus regionaalselt ning keeleliselt ebavõrdselt jaotunud. Tartu kriminaalhooldusametnikud tõid välja olukorra, kus klient ei soovinud minna ravile, kuna ei osanud vene keelt ning kartis, et keskuses tekib keelebarjäär. Samuti on varasemate klientidega tekkinud raskusi nende motiveerimisel, kui klient peab minema ravile kodunt väga kaugele, näiteks Lõuna-Eestist Sillamäele. Samas tõdesid kriminaalhooldusametnikud, et vana sõpruskonna ja kaassõltuvuses olevate pereliikmete lähedus on isikule endale pigem kahjulik ja soodustab retsidiivsust. Ravikeskuste esindajad nimetasid kaassõltuvust üheks oluliseks raskuseks sõltlaste ravis, ning ühe näitena toodi juhtum, kus ema tõi oma ravil viibivale pojale „närvide rahustuseks“ alkoholi.

## 3.6 Väliseksperdi hinnang süsteemile (ingliseelne)

Jouni Tourunen

Research Manager, D.Soc.Sc

A-Clinic Foundation

Maistraarinportti 2

00240 HELSINKI, FINLAND

+358-40-1368058

jouni.tourunen@a-klinikka.fi

12.2.2016

SUBJECTIVE REPORT ON THE ESTONIAN DRUG REHABILITATION SYSTEM FOR CRIMINAL OFFENDERS

The report is based on the visit tour in two prisons and four rehabilitation units in Estonia on 27.–29. January 2016.

### 3.6.1 Framework and background

#### Drug situation

According to the Estonian national report for EMCDDA (2015), the latest estimate of the number of injecting drug users was conducted in 2010 using three administrative registers. The estimated number of injecting drug users aged 15–44 in Estonia in 2009 was 5362 (sensitivity interval between 3906–9837). This estimate is considered to correspond with the estimations of the high risk opioid use prevalence in Estonia. However, professionals of the rehabilitation centers suggested that number of iv-drug users could be even higher. They considered the previous estimation from 2004 reporting 14 000 iv-drug users to be more reliable.

National data on drug-related infectious diseases consists of information from various sources including hospitals, clinics and human immunodeficiency virus (HIV) testing centers and laboratories. The amount of newly diagnosed HIV infections among iv-drug users has decreased from 1340 findings in 2001 to 72 findings in 2013. The total number of people infected with HIV registered by the Health Board has also decreased between 2007–2013 (from 633 to 325 cases/per year). The behavioral surveillance studies carried out between 2005 and 2013 among injecting drug users indicated that more than half of those tested were HIV positive. The bio-behavioral surveillance studies among iv-drug users in Kohtla-Järve indicated hepatitis C prevalence rates of 75% in 2012 (599 people tested) and 76% in 2010 (350 tested). In a similar study in Tallinn in 2013 the prevalence of hepatitis C was 90,2% (326 tested). In 2011 there were 41 case of tuberculosis and HIV co-infection registered, of which 40,5% were drug users.

According to rehabilitation professionals, over the last decade, the most common intravenously used drug have been fentanyl and 3-methylfentanyl, whereas heroin dominates only in the eastern part of Estonia. HIV- and hepatitis C-infections are estimated to be very common among drug users (60-80%), and also tuberculosis cases are still found. During the last fifteen years the portion of Estonian speaking population, women, and older people have increased among iv-drug users. Number of deaths related to overdoses increased from the millennium until 2012, but have decreased since then.

## Drug treatment

According to the Estonian national report for EMCDDA (2015), drug treatment was part of the National Strategy for the Prevention of Drug Dependency until 2012. After that, the treatment of drug addiction has been covered by the National Health Plan 2009–2020 (RTA) and the implementation plan for 2013–16. Treatment is financed through the state budget, and almost half of the budget goes to the implementation of opioid substitution treatment (OST). Some larger municipalities also allocate funding for drug treatment of their inhabitants. The Estonian Health Insurance Fund does not finance drug addiction treatment.

Traditionally, drug treatment in Estonia is mostly provided through hospitals, which obtain a license for mental health services in order to provide inpatient and outpatient treatment for drug abusers. According to the Mental Health Act (RT I 1997), only a psychiatrist can provide drug treatment, although they are not required to be specialists in drug treatment. In general, as in most European countries nowadays, outpatient treatment dominates and inpatient treatment services remain limited.

According to the treatment demand database (including eight centers for outpatients, one for inpatients, and three units in prison) hosted by National Institute for Health Development, there were a total of 434 clients, who entered treatment in 2013, 126 of which were new clients entering treatment for the first time. Up to 93% of all treatment clients and 81% of new treatment clients were opioids users (mainly illicit fentanyl or 3-methylfentanyl). Cannabis or amphetamines were reported as the main problem substance for most of the remaining clients. 85% of all treatment clients and 88% of new treatment clients whose primary substance of abuse was injectable, reported intravenous use. The mean age of all treatment clients was 32, and 15,9% were female. Compared to previous years (2010–2012), the number of clients had decreased (665 -> 434).

The available treatment methods covered by state or local funding include usually detoxification, methadone maintenance treatment (MMT), medication-free treatment and 12-steps program based rehabilitation (treatment communities, outpatient and inpatient rehabilitation programs). Special drug treatment programs for children and adolescents and persons with dual diagnosis are also available, although treatment options for those groups, as well as for growing number of amphetamine injectors, remain limited. In 2013 an estimated 1166 clients received methadone maintenance treatment.

## Drug crimes

Under the Act on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, unauthorized consumption of narcotic drugs or psychotropic substances without a prescription, or illegal manufacture, acquisition or possession of small quantities of any narcotic drugs or psychotropic substances, is punishable by a fine or by detention of up to 30 days. Repeated use and personal possession were deleted as criminal offences in 2002. According to the Estonian national report for EMCDDA (2015), a total of 4538 initial reports on drug-law offences (criminal offences and misdemeanors) were reported in 2013. 80% of the reports were on use-related offences. The number of drug-law offenses in Estonia has been decreasing during last decade.

In 2011 Estonian Parliament adopted a legal basis for the implementation of treatment for addiction as an alternative punishment for drug addicts by a court decision. A drug addict who has committed a crime can be directed to the treatment only in cases when a person is sentenced to imprisonment for a period of six months to two years and he/she agrees to undergo the treatment course. Unfortunately, so far, this option has been rarely actualized. In Finland a similar proposal for “Contract treatment law” was never approved in

spite of long preparation period. Ministry of Justice has also had a fixed period project (2013–2015) trying to place prisoners in to the rehabilitation centers after release to probation in Estonia.

### Prison population

The number of prison population is at the moment roughly equal both in Estonia and in Finland (approximately 2800–3000 prisoners/day), but in comparison to the whole population (number of prisoners/100 000 inhabitants) the neighbor countries are still polar opposites among EU countries (Estonia 214 prisoners and Finland 57 prisoners/100 000 inhabitants in 2015). However, the number of prison population in Estonia has decreased remarkable during last fifteen years (from 4800 to 2800). This decrease has been possible mostly as a result of increasing the number of prisoners released on parole and a decrease in the number of convicts entering the prison system. In 2007, according to Prison Yearbook, 13% of the prisoners had drug related crime as a principal crime.

On the 18th January 2016 the Estonian prison population consisted of 2798 prisoners, of which 149 were women and 220 in open prison. The number of probationers was 4810. According to the statistics of Prison Services in 2013, 846 convicted offenders, 115 person held in custody and 989 probationers took part in some kind of social program. 530 prisoners studied in basic, upper secondary or vocational school. 1253 prisoners worked in the auxiliary works in prison, 317 in prison industries and 450 in other companies. In 2013 Prison Services engaged 1600 workers, of whom 1000 prison officers, as well as 206 probation officers. 61% of prison officers had professional education.

### Drug situation in prisons

There might be significant high risk behavior occurring also in closed prisons. Of particular concern are for example injecting drug use, sharing of injecting equipment and unprotected sexual contact. According to Miljan (2010), in 2010 it was estimated that over half of the prisoners used drugs and 28% of the prisoners were defined as having drug addiction. In Tartu prison 52% of the prisoners with drug addiction (n=327) were defined as multi-drug users, 28% mainly used opiates and 17% stimulators.

According to the findings of Kikas' *et al.* (2006) study on prisoners' and prison officers' attitudes to and knowledge about narcotic substances, the most widely used drugs in prison were products made from cannabis and amphetamines, followed by heroin and Fentanyl. Also cocaine was mentioned, but it was used rarely. Prisoners claimed that cannabis products were most readily available in prison, followed by amphetamines and China White (Fentanyl). Other substances were available only occasionally. The findings of the survey indicate that neither prisoners nor staff was certain about the proportion of prisoners using illicit drugs. However, almost a third of prisoners reported injecting drugs during imprisonment, two thirds of those reported sharing needles, but less than 10% of drug-using prisoners had started using drugs in prison. In Tartu prison in 2009, only 41 (3%) of total 1339 urine tests were positive. During the prison visits, the rehabilitation staff agreed about the unclarity over of the drug use during imprisonment. They added that urine tests are taken regularly (about 800 tests/year), and that there have been only few drug offense cases concerning some 10–20 inmates annually.

## Summary

1. Number of prison population has decreased remarkably during the last fifteen years
2. About half of the prisoners have had problems with drugs and about 30 % has been estimated to have drug addiction. In 2013 about 800 prisoners took part in some kind of social program or activity.
3. Estimated number of iv-drug users in between 4000–10 000. The most used drugs are fentanyl and 3-methylfentanyl.
4. Prevalence of HIV- and hepatitis C are very high among iv-drug users
5. There are over 1000 patients in methadone treatment and about 400 clients seeking treatment annually in other drug rehabilitation.

### 3.6.2 Rehabilitation outside prisons

The activities organized for drug addicts in the visited rehabilitation centers seemed to be very impressive and many-sided, and the staff was interested in, or even enthusiastically dedicated to their work. Much effort is put to HIV- and hepatitis testing and health counselling, needle exchange programs, methadone maintenance, as well as social work and counselling. The staff consists of multi-dimensional team, including psychiatrics, psychologists, nurses, and social workers. The preventive harm reduction and methadone substitution/maintenance treatment, as well as additional general social and health counselling, seemed to be the two main measures and strengths of drug treatment.

#### Harm reduction

According to the national report for EMCDDA (2015), the Government started funding syringe exchange in 2003. As a consequence, the coverage and quality of needle and syringe programs has improved over the years, much due to non-governmental organizations' (NGOs) active role in providing services for drug users, aiming to reduce drug-related harm via activities such as counselling, HIV testing and needle and syringe programs. At the moment free testing and counselling is available at AIDS prevention centers and other units in nine Estonian cities, but diagnostic blood-testing services cannot be offered by NGOs due to legal provisions. Also free screening for tuberculosis, which is still significant health issue, is provided for marginalized high risk groups not covered by health insurance.

Even up to 2,2 million syringes were distributed in 2013 through a total of 37 syringe exchange sites (13 stationary and 24 outreach programs, all operated by NGOs). The prison population, sex workers and gay men are also seen as target groups and are provided with specific harm reduction services. I must be pointed out, that in 2013, the National Institute for Health Development launched the take-home naloxone pilot program to respond to the high rate of drug-related deaths in the country. As part of the program, opioid users and their relatives were taught to recognize overdose, administer the antidote naloxone and provide first aid until emergency services arrive. For example in rehabilitation center Corrigo, 54 persons accomplished the training last year. In Finland this kind of experiments have not yet even started.

#### Methadone maintenance treatment

According to the national report for EMCDDA (2015), methadone detoxification has been available in Estonia since 1998. Methadone maintenance (MMT) was introduced in 2001, but in practice it has been used since 2003, coinciding with the opening of a specialist center. In 2013, MMT was available in eight treatment

centers and also in one police detention center. In 2013 an estimated 1 166 clients received MMT through seven service providers funded by the national HIV/AIDS prevention strategy and the Tallinn Social Welfare and Health Care Department. The number of clients in substitution treatment is slowly increasing from year to year. Although the coverage of OST is not known due to the lack of an exact estimate of the size of the opioid-using population, it is assumed to be relatively low (<20%). It has been assessed that treatment capacities still seem to be unable to meet the growing number of treatment demands.

### 3.6.3 Rehabilitation wards in prisons

On the tour we visited Tartu (27.01.2016) and Viru (28.01.2016) prisons. Both prisons appeared to be modern, renovated, tidy, and equipped with high level security techniques. The prisons include separate wards for health care and rehabilitation, in Tartu prison also a specialized psychiatric ward for all Estonian prisoners. Health care in prisons is organized as a part of national health care system and there is a medical department in every prison to carry out e.g. initial health checks, and tests and the counselling for the HIV-, hepatitis C- and tuberculosis infections. Since 2009, methadone maintenance treatment has also been available to be carried out during imprisonment, which is not necessarily the case in other countries e.g. in Finland. According to the discussions with the staff, co-operation and consulting between medical (health) departments and rehabilitation ward seemed to operate well and in a flexible way in these two prisons.

Dissimilar to Finland, the prisoners do not apply voluntarily for rehabilitation, but are placed to the rehabilitation ward according to risk and needs assessment and diagnosis made by psychiatry. As in the open care units outside prisons, much emphasis and effort is put to test and monitor the infectious diseases HIV, and hepatitis C. This work was noticed and awarded by the WHO already in 2007. Unfortunately, the possibilities to provide specific treatment for inmates with hepatitis C are limited due to high costs of specialized treatment. And it must be remembered, that there still are no needle and syringe exchange programs in prisons. However, the prisoners can have training for the first aid use of naloxone medication in possible over dose cases. Education for basic, upper secondary, and vocational school are also available, as well as some working possibilities in auxiliary works in prison, in prison industries or in other companies.

There seemed to be several strengths in the activities of rehabilitation ward in prisons, e.g. system of contact persons, experienced experts working in the wards, and the option to methadone medication delivery.

#### Contact persons

The trained contact persons seemed to have an important role in organizing and facilitating services for drug dependent prisoners. They work as a link between prisoners and other staff, such as healthcare and specialist staff. As the staff said in Tartu prison “they have to know little about everything”. They also assist prisoners with administrative tasks such as arranging home leave. An important part of their role is also to build a relationship of trust with prisoners, and observe them in order to be aware of health problems or incidences of bullying. According to the “Through care” report from 2010, the contact persons are valued by prisoners, who felt they were more accessible and available than other specialist staff, and that they were better equipped to assist them with problems, compared to security staff. In essence, the role of the contact person is to be a “gatekeeper” from the prisoners’ point of view. Nevertheless it is also a challenging role for the officer because of the double role of integrating “care” and “control”. Furthermore, one contact person usually have to counsel 25-30 prisoners at the same time.

### **Co-operation outside**

In both prison rehabilitation wards, there was some important co-operation with the agents from outside prison. The importance of connections and contacts outside prison during imprisonment cannot be overemphasized. There were three different kinds of activities available.

First, an experienced expert was allowed to work in the rehabilitation wards, to have individual counselling and group meetings. As former addicts/prisoners they have personal experience both of living with drug problem and recovering from drug addiction, something that prisoners can identify with. Based on their own experiences, they might create contacts and relationships with the prisoners which would not be possible for the professionals.

Second, there were opportunities to take part in NA-group meetings (Narcotics Anonymous). The peer-to-peer discussion can provide a chance to share common feelings and experiences with others in a similar situation, as well as offering an alternative route to learn drug-free lifestyle. The peer support might be an important bridge from the imprisonment to outside especially in the phase of release.

Third, the professionals from the rehabilitation centers were able to have informational and counselling groups in prisons. For example Corrigo had a 14-week program (group meeting one a week) in Viru prison. The program have two main groups, HIV-support group and drug addiction group, including wide range of thematic topics. Topics for the HIV-group include e.g. information about HIV, hepatitis B and C, other sex-transmitted diseases, safe sex and safe drug use, as well as services outside the prison. Topics for the drug addicts group include e.g. pros and cons of drug use, behavioral patterns of drug use, how to avoid and deal with risk situations and to prevent relapse, and information about programs and services outside prison. According to discussions with the professionals in rehabilitation centers, the co-operation with staff of the prison rehabilitation wards could and should be more active and regular. The professionals felt that the working opportunities inside prisons have, so far, been quite restricted. From their point of view, there could be proper opportunities to have more intensive rehabilitative activities in prisons.

### **Large prisons and rehabilitation wards**

Thus, the framework – physical conditions and activities - provides a good setting for proper prison services and drug rehabilitation during imprisonment. However, compared for example to Finnish prisons, the institutions are much larger in scale: there is room up to 1000 beds. Also the rehabilitation wards are large and can accommodate 170–200 inmates. In Tartu prison the rehabilitation ward is divided into four different phases (two pre, a rehabilitation, and a post rehab phases) depending on the inmate's motivation address his drug addiction. In Viru prison the rehabilitation ward have a separate smaller wing for the "active phase" of nine months. When the placing to the rehabilitation ward is not based on voluntary decision or active seeking for treatment by the prisoner, it is important that there are different "phases" with varying intensity of rehab activities in the prison rehabilitation wards, "phases" that the inmates can take part in according to their motivation and interest. Still, even though there are several phases or separate smaller units inside the rehabilitation wards and during the time imprisoned, the large scale of the wards set a challenging task for rehab staff to work with inmates and to try to create alternative inmate culture based on rehabilitative principles inside the prison. Motivating and trying to strengthen mutual interaction and functional relationships with the prisoners make an important part of the work.

### 3.6.4 The methods used in rehabilitation

According to discussions with the staff, there is no single and outstanding evidence based method or program in use neither in the rehabilitation centers nor prison rehabilitation wards. The staff has partly developed their own way of working, using and combining different kinds of programs/methods. Influences and inspiration have been sought also from the international research literature and study trips abroad. The individual and group rehabilitation is based on the combination of different kinds of theories and methods like motivational interviewing, cognitive behavioral methods, psychiatric tradition, 12-step philosophy, informational lessons, sports and art groups. As they put it in one center, “we are working based on our best knowledge and experience”.

This is of course understandable, typical, realistic and pragmatic strategy in many cases in the field of drug treatment/rehabilitation, also in Finland. The centers or prisons seldom have opportunities to concentrate only on one specific method or only on evidence based methods, especially when there are no resources available to have national scientific research on the effectiveness of the rehabilitation programs/methods. Still, however, sharpening the contents of the rehabilitation methods and developing structured programs and manuals based on international research findings could be next steps to follow, as Karton *et al.* (2015) have already outlined in their comparative study about different evidence-based programs for criminal offenders with drug abuse adaptable to Estonian context.

It must be remembered that many of the above mentioned components like motivational interviewing, cognitive-behavioral methods, and 12-steps programs have much international scientific evidence. Also needle exchange programs and opioid substitution/maintenance treatment are proved to be effective and useful means to prevent infection epidemics. It is more challenging, of course, to find out how to provide, integrate, and fund different kinds of psychosocial support – therapy, education, working opportunities – to these low threshold services.

According the websites of Prison Services, there is one structured program (“Life style learning”) used with inmates with drug and gambling addictions in Estonian prisons, and another based on motivational interview (“Strength to change”) to become organized by prison administration. It must be emphasized, once more, that in both prison rehabilitation wards, there are experienced experts working with inmates and running the group meetings for the inmates, as well as group meetings of narcotics anonymous being available. Peer group contacts have often very important meaning for the inmates, especially when planning the release from prison and arranging social support after release.

Another significant but not so apparent activity in prison context is the training to use naloxone medication as first aid for overdose-situations. According to prison staff, the inmates have also been interested in getting knowledge about naloxone and the first ones are soon to be released. This is an interesting innovation that is not self-evident in many other countries where the measures for harm reduction and prevention have been limited in prisons. It has been argued, generally, that rehabilitation is more preferable and effective outside than inside prisons, and it should as far as possible be voluntary based. Still, internationally, there are also good treatment findings about involuntary based treatment in correctional context (e.g. Drug Courts) good rehab outcomes, too.

Finally, much attention must be paid to the working relationship between the client/prisoner and the professional. As the studies on so called general factors of the treatment have shown, the characteristics of the client (e.g. motivation, goals, expectations toward treatment or counselor), and counselors (e.g. gender,

style of behavior), and interaction and co-operation between client and counselor might have even more important meaning than the method used for the effectiveness of the rehabilitation. It would be important to sustain training and education based on this research for the professionals both in prison wards and in rehabilitation centers.

### 3.6.5 Conclusions

There was a coherent message from the “field”, presented by the staff of rehabilitation centers: there is a proper need to a more organized co-operation and network in providing drug rehabilitation for offenders in Estonia. The intensity of cooperation between prisons, centers and community organizations varied. The need for more regular interaction seemed apparent at least at three different levels: 1) between rehabilitation centers, 2) between rehabilitation centers and prisons, and 3) between rehabilitation centers, police, prisons, municipalities, and governmental administration (Ministries, National Health Development Institution). At the moment it seems like the participants do not really know well enough each other and what each one is doing and planning for the years to come. The staff in rehabilitation centers felt that they are acting by large on their own and in many ways under uncertain circumstances, related to uncertainty about future funding and working opportunities due to the project based financing.

The lack of information and co-operation between actors results inevitably to a lack of shared view, strategy, and division of labor. There seems to be need to clarify the national strategy, goals and policy for providing drug rehabilitation for offenders. One optional mean to enforce this development would be a consensus like meeting between participants involved, as at the end of 1990’s when the guidelines of national drug strategy were established in Finland. There is a call for a comprehensive approach and consistency in providing and funding drug services.

Similar to Finland, there seems to be a lack of continuity of services between community and prison and vice versa, already before imprisonment, during imprisonment and especially in the phase of release to open prison, probation or freedom. This means, of course, that there will be challenges to build continuous and supporting treatment processes without interruptions from prison to probation or freedom, and even before imprisonment from the arrest houses to prison. At the phase of release, issues such as the search for housing, jobs, education, rebuilding personal relationships, social adaption etc. take a high priority. In this phase, there should be more network based activities involving co-operation between prison contact persons, probation officers, peers, NGO’s, and authorities of municipalities. Maybe a kind of a support person network could be organized for prisoners who participated in prison rehabilitation programs and are about to be released.

It would be beneficial to introduce and develop adaptive evidence based programs, also into the form of structured manuals, as the report of Karton *et al.* (2015) well illustrates. It would be equally important to take also into account the research on so-called general factors of treatment: the characteristics of clients and counselors, and especially the relationship between them. Even an evidence-based method/program will be ineffective without an operational and confidential cooperation between client and counselor.

Furthermore, it is necessary to pay attention to proper implementation of the programs. Again, even an evidence-based method/program will be ineffective if it cannot be executed properly due to e.g. the lack of resources, room, time, training or support. In the prison context the implementation process is extremely important, because the rehabilitative aims are easily vulnerable and overruled by the prison traditions, security demands, every day routines, or the antagonist sub-cultures of inmates or staff. The crucial question is whether the rehabilitation staff is really able to do what they should do according to the principles of

rehabilitation programs. Is the rehabilitative work a common, shared task of the whole staff? Does the co-operation between professional staff groups support the rehabilitative activities? Similarly, are the inmates able to engage in the programs according to the principles of rehabilitation programs? Is there a real chance for an inmate to aim for change and an alternative way of life? Is rehabilitation an acceptable way to serve a sentence among inmate culture?

There are only four prisons in Estonia. It could be useful to consider the division of labor between the prisons: must all prisons have the same services or could they vary so that the prisons are specialized to different kinds of rehabilitation programs? Could some prisons concentrate, for example, to cognitive-behavioral and some to the community based or therapeutic community programs? Since there has been concerns about the poor reputation of methadone maintenance treatment among prisoners, adequate attention should be paid to developing non-medical rehabilitation programs, as well as to improving the voluntary based opportunities in rehabilitation. It is also important to strengthen and sustain the work of contact persons and rehabilitation staff by training, education and social support from the prison managers. Between four prisons with a common electronic medical health register, the development of common drug strategy and co-operation should be possible to carry out.

Last but not least: what is the position of female prisoners with drug addiction? This topic was not specifically discussed during the visits in prisons, but there might be even a higher prevalence of drug use amongst female than among male prisoners in prisons. According to Stover (2008) drug using female prisoners are exposed to physical and emotional strain, and their drug use is often a strategy to cope with experiences of prostitution, emotional, physical and sexual abuse, and violence. There might be a need for gender-sensitive rehabilitation program for female prisoners.

To summarize, there is a solid ground to develop the rehabilitation of offenders with drug addiction in Estonia. There are, in and outside prisons, educated, skillful professionals, much knowledge about addiction disease, health and everyday life problems of addicts', and the appropriate methods to use to help them, as well as framework of rehabilitation measures and units. The main future challenges appears to be in developing co-operation between agents involved at all levels, agreeing on common strategy and policy, implementing more structured rehabilitation programs and finding more consistent funding.

## References

27.01.2016 Visit to Tartu Prison (rehabilitation unit)

<http://www.vangla.ee/en/intitutions/tartu-prison>

28.01.2016 Visit to Viru Prison (Health and Rehabilitation units)

<http://www.vangla.ee/en/intitutions/viru-prison>

28.01.2016 Visit to Sillamäe rehabilitation center

<http://narkokeskus.ee/en/>

28.01.2016 Visit to Corrigo rehabilitation center

[http://www.corrigo.ee/sotsiaalteenused/rehabilitatsiooniteenus\\_ou\\_corrigo/est](http://www.corrigo.ee/sotsiaalteenused/rehabilitatsiooniteenus_ou_corrigo/est)

29.01.2016 Visit to the rehabilitation unit at West-Tallinn Center Hospital

<http://www.keskhaigla.ee/?lang=en>

29.01.2016 Visit to Tallinn AIDSi Tugikeskus

<http://www.tugikeskus.ee/?keel=eng>

Estonia country overview. A summary of the national drug situation EMCDDA 2015.

<http://www.emcdda.europa.eu/countries/estonia>

Eurostat: Prison Population.

[http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Prison\\_populationistic](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Prison_populationistic)

Websites of the Prisons Department of Ministry of Justice

<http://www.vangla.ee/en>

Websites of Tartu prison

<http://www.vangla.ee/en/intitutions/tartu-prison>

Websites of Viru prison

<http://www.vangla.ee/en/intitutions/viru-prison>

Drug treatment in Tartu prison 2010/ Maret Miljan, Department of Prisons Department of Prisons Ministry of Justice Ministry of Justice Estonia

[http://www.unodc.org/documents/balticstates/EventsPresentations/PrisonConference\\_1-2June10/Miljan\\_2\\_june.pdf](http://www.unodc.org/documents/balticstates/EventsPresentations/PrisonConference_1-2June10/Miljan_2_june.pdf)

Estonian Prison System and Probation Supervision Yearbook  
<http://www.vangla.ee/sites/www.vangla.ee/files/elfinder/dokumentid/estonianprisonsystemandprobation-supervisionyearbook2007.pdf> Yearbook 2008

LITERATURE REVIEW: ESTONIA. THROUGH CARE WORKING IN PARTNERSHIP. NGO Convictus Estonia. Tallinn 2010

2010: [http://throughcare.eu/reports/throughcare\\_research\\_report\\_estonia.pdf](http://throughcare.eu/reports/throughcare_research_report_estonia.pdf)

Stöver, H. (2008): Evaluation of national responses to HIV/AIDS in prison settings in Estonia.

[http://www.unodc.org/documents/baltics/Report\\_Evaluation\\_Prison\\_2008\\_Estonia.pdf](http://www.unodc.org/documents/baltics/Report_Evaluation_Prison_2008_Estonia.pdf) 14.06.2009

Karton *et al.* (2015): Õigusrikkujate uimastisõltuvus-käitumisele suunatud tõenduspõhiste sekkumisprogrammide võrdlev uuring. Lõpparuanne. Märts 2015.  
[http://skytte.ut.ee/sites/default/files/ec/lopparuanne\\_06.04.15.pdf](http://skytte.ut.ee/sites/default/files/ec/lopparuanne_06.04.15.pdf)

Kikas, L., Pendin, K., Murašin, M., Braam, R., & Trautmann, F (2006). *Drugs in Prison*. Estonian Ministry of Justice.

Statistics of Corrigo Rehabilitation Center and AIDSi Tugikeskus.

## 4. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Uuringu eesmärk oli igakülgset hinnata Eesti õigusrikkujatest narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi vastavust inimeste vajadustele, tuvastada probleemid olemasolevas ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis ja teenustes ning teha ettepanekuid ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi muutmiseks ja teenuste parandamiseks.

Uuringust ilmnis keskse probleemistikuna, et praegune sõltuvushäirega õigusrikkujate ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem Eestis ei vasta sihtrühma vajadustele, ravis/rehabilitatsioon ei ole arvestatud rahvusvaheliste soovituslike miinimumstandarditega (vt Uchtenhagen ja Schaub, 2011), see ei ole vastavuses teaduspõhise sõltuvusravi- ja rehabilitatsioonikontseptsiooni ning printsiipidega (vt NIDA, 2012, 2014)<sup>82</sup> ega ole täielikult lähtunud Euroopa Liidu nõukogu üldistest soovitustest (EMCDDA, EQUIS 2016).

Uuringu tulemustest lähtuvad põhijäreldused jaotuvad kuueks kategooriaks, mida käsitletakse täpsemalt käesolevas peatükis, alamloikudes 4.1–4.6:

1. **Kättesaadavus. Ravi kättesaadavus sõltub suuresti teenuste pakkumise stabiilsusest.** Ravi ja rehabilitatsiooniga seotud teenuste pakkumine (süstlavahetuspunktid, rehabilitatsiooniprogrammid, nõustamisteenused, asendusravi jm) ja teenuste rahastus ei ole erinevate poolte hinnangul tänasel päeval stabiilne ja piisav selleks, et tagada kõigi uimastitarvitajate toimetulek ja naasmine ühiskonda. Töös välja toodud kitsaskohti arvestades saab väita, et praegune ravisüsteem ja rehabilitatsiooniteenuste pakkumise süsteem ei vasta täielikult ravi vajavate õigusrikkujate vajadustele (nt pikad ootejärjekorrad, teenuste kättesaadavus, ebavõrdne regionaalne jaotus). Spetsialistide poolt pakutavate teenuste ja väljaõppe stabiilsus on otseselt mõjutatud rahastuse stabiilsusest.
2. **Motivatsioon.** Ravile pöördumisel on eelduseks indiviidi sisemine motivatsioon, mida on võimalik soodustada motiveeriva intervjuerimise kaudu. Paraku napib motiveerivat intervjuerimist valdavaid spetsialiste nii vanglates, raviasutustes kui ka karistussüsteemis laiemalt. Ravile suunamisel ei hinnata sõltuvushäirega õigusrikkujaid alati spetsialistide poolt ega arvestata rutiinselt indiviidi sisemist motivatsiooni.
3. **Koostöö ja andmed.** Erinevad õigusrikkujate raviga seotud ametnikud ja asutused (vanglad, raviasutused) on senini tegutsenud pigem autonoomselt ilma regulaarse infovahetuse ja koostööt. Siiani puudub ühtne narkoravi viibinute andmebaas (register), mille põhjal oleks võimalik jälgida ravi tõhusust ja inimeste liikumist erinevate raviprogrammide ja asutuste vahel.
4. **Teenuste ühtlustamine vanglas ja väljaspool vanglat.** Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus ja kvaliteet vanglates erineb ravist ja rehabilitatsioonist arestimajades ning need erinevad omakorda ravist ja rehabilitatsioonist väljaspool kinnipidamisasutusi. Praegu rakendatav paradigma ei toeta patsiendikeskset lähenemist ega arvesta piisavalt inimeste individuaalseid vajadusi.
5. **Ravi karistuse asemel.** Ravi ja rehabilitatsiooni on karistuse asemel siiani rakendatud vaid üksikutel juhtudel, kuigi kolmandik kinnipeetavaist on uimastite tarvitamisest tingitud sõltuvushäirega. Ravile

<sup>82</sup> National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. Third Edition.* U.S. Department of Health and Human Services.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. A Research-Based Guide.* U.S. Department of Health and Human Services.

ja rehabilitatsioonile suunatavate sõltlaste osakaal peaks märkimisväärselt suurenema ning ravi peaks olema potentsiaalselt kättesaadav kõigile ravi vajajatele.

6. **Kvaliteetsed teenused.** Töötajad on üle koormatud (näiteks on Eesti vanglates 20–30 vangi ühe kontaktisiku kohta, optimaalseks võib pidada kuni 8). Süsteem ei arvesta sõltlaste individuaalsete vajadustega. Puudub süstemaatiline holistiline lähenemine (mis arvestaks inimeste erinevaid vajadusi – pere, töö, suhted jm). Sõltuvushäirega õigusrikkujad eelistavad ravivõimalustest ise kõige enam individuaalset lähenemist (sotsiaaltöötaja või psühholoogi nõustamine), kuid Eestis on uimastisõltlaste ravis puudus erialaspetsialistidest (sotsiaaltöötajad, psühholoogid, juhtumikorraldajad jt) ja puudu on ka erinevatest tõendus põhjustest teenustest, mille vahel valida.
7. **Planeerimine.** Puudub riiklik pikaajaline inimeste vajadusi arvestav strateegia õigusrikkujatest uimastisõltuvusega inimeste ravi ja rehabilitatsiooni korraldamiseks ning rahastamiseks. Eestis pole kehtestatud ühtseid miinimumstandardeid (vrd Eestis kirjeldatud süsteem ptk 3.5 vs. Uchtenhagen ja Schaub, 2011), mis oleksid ka rahvusvaheliselt aktsepteeritavad ja võrreldavad ning millest erinevad asutused (vanglad, ravikeskused) sõltuvusravi/rehabilitatsiooni osutamisel lähtuda saaksid.

**Eesti praeguse uimastisõltlaste ravi-/rehabilitatsioonikontseptsiooni (õigussüsteemis) ja teaduskirjanduse ning parimate tavade põhjal soovitatud kontseptsioonide (Uchtenhagen ja Schaub, 2011; NIDA, 2012, 2014) võrdlus**

Hetkeolukord Eestis (2016. a jaanuari seisuga)	Teaduspõhine soovitatav kontseptsioon
Puudub riiklik ravikontseptsioon, puuduvad ühtsed standardid (vanglates ja ravikeskustes), puudub koordineeritud koostöö erinevate asutuste vahel.	Soovitatav kehtestada ühtsed ravi/rehabilitatsiooni miinimumstandardid, mis oleksid piisavalt „kõrged“ efekti saavutamiseks. Soovitatav on koostöö.
Termin „narkoravi“ viitab peamiselt metadoonasendusravile, puudulik on psühhosotsiaalsete teenuste ja tugiteenuste süsteem.	„Narkoravi“ peaks olema ühtne, indiviidi jaoks kõiki olulisi valdkondi haarav ja häire spetsiifikast lähtuv süstemaatiline sekkumine.
Eesmärk on raviteenuste või programmide „lõpuni viimine“, kontrollimata nende hilisemat efektiivsust indiviidi hakkamasaamise järgi.	Ravi eesmärk peaks olema indiviidi naasmine ühiskonda ning toimetulek tema enda keskkonnas, suunaga sõltuvusest vabanemisele.
Puudub süstemaatiline perede kaasamise süsteem ja rahastus nt pereteraapiaks või vangide laste eest hoolitsemiseks.	Uimastisõltlaste peredele ja lastele peaks pakkuma tugiteenuseid, et aidata neil toime tulla ja ennetada probleeme tulevikus.
Puudub süstemaatiline tööalane nõustamine vanglast vabanemise järel, sõltuvusprogrammi läbinute oskused tööturul hakkama saada on puudulikud.	Sõltuvushäirega inimesele on vajalik tööalane nõustamine, tööoskuste treenimine ja sissetulek.

Hetkeolukord Eestis (2016. a jaanuari seisuga)	Teaduspõhine soovitatav kontseptsioon
Eesti Haigekassa loetelus puuduvad spetsiifiliselt sõltuvusravis rakendatavad teenused, sotsiaalhoolekandeteenused ei ole Haigekassa süsteemiga ühildatud.	Vaimse tervise teenused ja tervishoiuteenused peaksid olema sõltuvushäirega inimesele kättesaadavad.
Töölaste oskuste harjutamine on vangistuses piiratud, võimalik on valida üksikute erialade vahel. Kriminaalhooldusel olevate ravialuste ajakavas ei arvestata sageli tööaja ja ravi ühildamise vajadust.	Uimastisõltlased peaksid saama ümberõpet paralleelselt raviga (vajadusel), et naasta tööturule, ravi peaks arvestama õppetööga/tööga.
HIVI/AIDSi ravi on inimestele kättesaadav.	HIVI/AIDSi ravi peaks toimuma koos sõltuvusraviga (vajadusel).
Juriidilised nõustamisteenused on kättesaadavad (tasuta) vaid õigussüsteemi „rees“. Puudub tugiteenus, mis aitaks inimesel oma õigustest ja kohustustest ühiskonnas paremini aru saada (nt vanglast või ravikeskusest väljudes).	Juriidilised nõustamisteenused peaksid olema sõltuvushäirega inimestele kättesaadavad.
Sõltuvushäire pärsib mõningate sotsiaalhoolekandeteenuste kättesaadavust (nt. sotsiaalkorter, invatransport, võlanõustamine).	Majutus, transport ja finantsabi peaks olema kättesaadav ka uimastisõltuvusega inimestele.
Suurem rõhuasetus on sõltuvushäirega inimeste karistamisel (vangistus, mitte alternatiivkaristus ravina), mitte ravil. Vähe on positiivse käitumise tunnustamist.	Karistuste ja tunnustuste (ravi) süsteem peaks olema tasakaalustatud. Soovitatav oleks suunata karistuse asemel ravile.
Vähe on positiivse käitumise tunnustamist, mis aitaks luua või säilitada motivatsiooni muutuda.	Soovitatav on käitumisteraapia rakendamine vanglates/ravikeskustes, et säilitada motivatsiooni muutuda.

Järgnevalt on kõiki järeldusi laiendatud uuringu tulemustele toetuvate ideedega ning esitatud olulisemad soovitus, mis aitaksid muuta Eesti uimastisõltlastest õigusrikkujate ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi vajaduspõhisemaks ning tulemuslikumaks.

## 4.1 Teenuste ja rahastuse stabiilsus

Olukorras, kus Eestis on suur arv süstivaid narkomaane ning uuringud näitavad, et kuni kolmandik sõltlasi Tallinnas ja ca kaks kolmandikku või rohkem Ida-Virumaal (Narva 2010. a – 71%; Narva 2014. a – 63%) süstib

peamise narkootikumina amfetamiini (vt ptk 3.1.5), pakub riik siiani narkomaaniaravi vaid kuni viiendikule narkosõltlastest, kusjuures põhiliselt rahastatakse opioidasendusravi (vt ptk 3.4). Sageli on teenused projektipõhised (vt ptk 3.5.5, 3.5.7). Käesoleva uuringu tulemused viitavad, et ravi-, rehabilitatsiooni- ja taasühiskonnastamise teenuste pakkumine ja rahastus on ebapiisav ega vasta tegelikele vajadustele; seda ravil viibijate puhul näiteks ravi kestuse, ravi liikide ja ravi korralduse mõttes ning ravikeskuste puhul rahastuse stabiilsuse ja süsteemi üldise korralduse (suhtlus erinevate osapoolte vahel) mõttes.

On teada, et HIVi levimus on kõrge nii fentanüülide kui ka amfetamiini süstijate hulgas ning uuringud kinnitavad, et valdav enamus süstivatest narkomaanidest on nakatunud C-hepatiiti, mistõttu tuleks lisaks narkoravile hõlmata neid ka antiretroviirusravi (ARV), C-hepatiidi ravi ja muude teenustega, mis alles vajavad arendamist. Ravikeskuste hinnangul põhjustab sõltlaste tagasilangust ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste vähene integreeritus teiste teenustega ja järeleteenuste puudumine (teiste krooniliste haiguste ravi, psühhosotsiaalsed teenused). Leitakse, et tugikeskuste ja -isikute süsteem ei toimi. See tähendab, et tugiisikute jaoks ei ole õppekava või korralikku väljaõppesüsteemi, puudub tugiisikute süstemaatiline rakendamine ning autoritele teadaolevalt on sõltuvushäire olnud rehabilitatsioonisüsteemis välistavaks kriteeriumiks tugiisikuteenuse saamisel.

Uuringu käigus ilmnis, et üheks oluliseks barjääriks raviteenuste arendamisel on tõenduspõhiste lähenemiste puudumine rahastamisotsuste tegemisel, mida põhjalikumalt käsitletakse peatükis 3.4. Sõltlastele suunatud teenuste planeerimisel lähtutakse pigem rahalistest kaalutlustest ehk pakutakse võimalikult väikese kuluga võimalikult suurele hulgale ja põhiliselt vaid kõrge riskiga sõltlastele (opioidide tarvitajad) väga madalatele nõuetele vastavaid teenuseid, kuid sedagi ebapiisavas mahus; ülejäänud sõltlaste jaoks ligipääs teenustele kas puudub või on ebapiisav. On selge, et ravi, rehabilitatsioon ja taasühiskonnastamise arendamine nõuab suuri investeeringuid, mida pole seni tehtud (vt ptk 3.5). RTA täiendatud rakendusplaanis aastateks 2013–2016 piirab narkosõltlaste ravi-, taastusabi-, järel- ning nõustamisteenuste heal tasemel väljaarendamist samas dokumendis oodatud tulemusena toodud lähenemine „*abivajajatele pakutakse süsteemselt miinimumnõuetele vastavaid teenuseid*“. Narkosõltlased vajavad erinevaid tõenduspõhiseid teenuseid, mille tulemusi mõõdetakse ja hinnatakse ning mille üle tehakse regulaarselt järelevalvet.

**Soovitus:** planeerida ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste rahastust pikemate perioodide kaupa (4 aastat) paralleelselt riigi eelarvestrateegiaga, et tagada teenuse kättesaadavuse stabiilsus. Tõenduspõhiste teenuste puhul tagada püsirahastus. Pikas perspektiivis võiks tõenduspõhiste teenuste korral Haigekassa teenuste loetelu sisaldada sõltuvushäirega inimeste ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid. Vajalik on tagada nii raviasutustele, prokuröridele kui ka ravi saajatele kindlustunne, et ravi on võimalik lõpule viia.

## 4.2 Motivatsioon

Uuringust selgus, et üheks probleemiks ravile suundumisel nii kinnipidamisasutustes kui ka nendest väljaspool on narkosõltlasest õigusrikkuja enda motivatsiooni puudumine. Motivatsiooni puudumise taga seisavad nii subjektiivsed kui ka objektiivsed põhjused.

Individuaalintervjuudes sõltuvusravi läbijate ning läbinutega (vt ptk 3.5.6) toodi peamiste subjektiivsete põhjustena välja sõltuvuse mittetunnistamine, soovimatus sõltuvusest vabaneda ja tutvusringkonna mõjutused. Lisaks saab intervjuueeritavate selgituste põhjal teha järelduse, et vanglates on probleemiks

motiveerimine „valede“ meetoditega: kontaktisikud ja vanglaametnikud motiveerivad kinnipeatavaid sõltuvusraviosakonda minemisega nõustuma sel viisil, et nimetavad eeliseid, mis on seal võrreldes muude vangla osakondadega; sõltuvusest vabanemine on ravile suunamise põhjendamisel teisejärguline. Sellise motiveerimise tulemusena satuvad raviosakonda isikud, kes ei ole sisemiselt motiveeritud pakutavatest võimalustest osa saama ning kes seetõttu takistavad teiste raviprotsessi (näiteks grupiteraapias).

Kriminaalhooldusametnikud ning prokurörid tõid välja (ptk 3.5.7), et sõltlaste motiveerimine on väljakutse ning tihtipeale esineb olukordi, kus isik justkui sobiks karistuse asemel sõltuvusravile, kuid ei ole ise nõus ravile minema eelnevalt nimetatud subjektiivsetel põhjustel või vahel ka objektiivsetel põhjustel (näiteks pelgab keelebarjääri või ei soovi minna ravi-/rehabilitatsioonikeskusesse selle asukoha tõttu). Mitmed kriminaalhooldajad leidsid, et motiveeriva intervjuerimise võtted on aidanud neil klientidega suhtlemisel neid takistusi ületada.

Motiveeriva intervjuerimise koolitustest oleks kasu kõigile uimastisõltlastega kokku puutuvatele ametnikele, kuna lisaks raviks motiveerimisele on oluline sõltuvushäirega inimesi motiveerida ka ravil püsima ning tagasilangusest hoiduma. Politseinike ning prokuröridega kokku puutudes saaksid sõltlased ravi valimiseks motivatsiooni ning vangla kontaktisikute ja kriminaalhooldajate abil oleks võimalik hoida isiku motivatsiooni piisavalt kõrgel, et ta ravi edukalt läbiks ning võtaks osa ka järel- ja tugiteenustest. Positiivse eeskujuna võib siinkohal tuua Taanis rakendatava süsteemi (kuigi sealsed vanglad on palju väiksemad), kus motiveerimist rakendatakse eelvangistuses ning see aitab oluliselt kaasa ravi edukusele vanglates (Kolind *et al.*, 2012). Lisaks kasutatakse seal spetsiifilisi ravimeetodeid, arvestades erinevate vajadustega inimestega.

**Soovitus: pakkuda politseinikele, prokuröridele, kontaktisikutele ja kriminaalhooldusametnikele motiveeriva intervjuerimise ja sotsiaalsete oskuste koolitusi, et ühtlustada uimastisõltlastega kokku puutuvate ametnike oskusi. Kaasata erialaspetsialiste, kes on pikaajaliselt treenitud inimestega suhtlema ja kvalifitseeritud motiveerivat intervjuud läbi viima. Koolituste ja hoiakute kujundamise kaudu on soovitatav muuta vanglatesisest „vaimsust“ (sh töötajate hoiakud, humaansuse suurendamine), mis toetaks sõltlaste ravile suundumist ja ravil püsimist.**

Praegune uuring näitas, et enam oleks vaja panustada ravi/rehabilitatsiooni ja taasühiskonnastamise laiendamisse nii vabaduses kui ka vanglates ja arestimajades olevatele sõltlastele; samuti nii uute kui ka süsteemis juba töötavate inimeste koolitamisele, mh selleks, et ühtlustada nende suhtumist narkosõltlastesse ja anda teadmisi sõltuvushäire olemusest ja ravist. Sõltuvushäire puhul on probleemi eitamine tavapärane ning haigusteadlikkus väga madal, sõltuvushäirega inimesega vesteldes ja tema motivatsiooni hinnates on tarvis seda arvesse võtta. Sellega tegelevad erialaspetsialistid, kes suudavad arvestada erinevaid probleeme, mis võivad hindamisel esineda. Sõltuvushäirega inimeste ideaalse ravi esimeseks sammuks on motivatsiooni loomine ja tugevdamine. Kohtust otse ravile suunatud narkosõltlaste arvates on kriminaalhooldajad väga üle koormatud ja neil ei ole aega sõltlast motiveerida, kuigi neilt seda oodatakse.

Uuringust tuli välja, et näiteks ühe ravikeskuse ravimeeskonna spetsialistid (psühholoog, sotsiaaltöötaja, psühhiaater) kompenseerisid motiveerimise puudumist kriminaalhooldaja tasandil. Spetsialistide sõnul on ravi edu võtmeks sõltlaste hea koostöö ravimeeskonnaga ja oskus täpselt täita kriminaalhooldaja ettekirjutusi. Üks kriminaalhooldusel edukalt pikaajalise metadoonvõõrutusravi läbinud intervjueritav leidis, et kriminaalhooldusel võiks olla veidi paindlikum suhtumine ja seda eriti ravi algul, kui tal tuli paralleelselt

ravil olemisega leida töö ja seetõttu oli logistiliselt keeruline ühendada ravi, töö otsinguid ja kriminaalhooldust. Tema hinnangul tegi ravi edukaks võimalus ettenähtust sagedamini kohtuda ravikeskuse psühhiaatri ja teiste spetsialistidega (sh sotsiaaltöötajaga), samuti paindlik lähenemine metadoonikoguse alandamisel, ning juba ravi keskel Anonüümsete Narkomaanidega liitumine, mis motiveeris teda sõltuvusest vabanema. Ka rehabilitatsioonikeskusesse suunatud sõltlased mainisid, et teiste edulood motiveerisid neid sõltuvusest vabanemise nimel rohkem pingutama.

Õiguskaitseametnike suhtumine võib pärssida sõltuvushäirega inimese motivatsiooni uimastikasutamisest loobuda. Näiteks PPA analüüsis tuuakse välja Ida prefektuuri seisukoht, et kõige mõjusam viis nende isikute puhul õiguskorra tagamiseks on neile aresti määramine ehk ühiskonnast isoleerimine (vt ptk 3.1.2). Paremaks lahenduseks on pakkuda sõltuvusprobleemiga inimesele ravi, mis võib aga esmapilgul olla keerukas, kuna inimesel võib puududa sisemine motivatsioon muutuda. Seetõttu on üheks võimaluseks kehtestada sõltuvusprobleemiga inimestele spetsialisti nõustamine (enne kui määratakse karistus). Nõustamine võiks sisaldada motiveeriva intervjuerimise komponenti ja selle eesmärk peaks olema ravile minemiseks motiveerimine.

**Soovitus:** karistuse asemel ravile suunamisest mitte huvitatud, kuid profiililt ravile suunamiseks sobivad isikud suunatakse enne vangistuse määramist motiveerimisele, mida viib läbi oma ala spetsialist. Informeeritud ning motiveerimise tehnikaid valdav spetsialist tegeleks õigusrikkujaga eraldi, abistades tal ravi alustada läbi motiveeriva intervjuerimise rakendamise. Motiveeriv intervjuerimine võiks olla standardiks ravisse/rehabilitatsiooni sisenemisel, mis lisaks motivatsiooni loomisele aitaks igal ravile suundujal langetada informeeritud otsus ravil osalemiseks ja ravil püsimiseks.

Lisaks on vaja jätkata ka vangistuses viibivate sõltuvushäirega õigusrikkujate motiveerimisega (näiteks psühholoogi teenusena). Vanglas viibivate raviga mitte nõustunud või selles kahtlevate sõltuvushäirega õigusrikkujate motiveerimiseks on vaja individuaalset nõustamist, mida peaks tegema erialaspetsialist. Motiveerimine on vajalik ka ravi toetava ja ravijärgse tegevusena. Vanglast väljumisel on oluline, et vanglas sõltuvushäire seljatanud inimene ei satuks tagasi olukorda, kus ta viibis vangistuse eel. Vanglast väljumise järel ühiskonnas aktiivselt hakkamasaamiseks on soovitatav rakendada motiveerivat intervjuud või teisi tõenduspõhiseid tehnikaid, mis aitaksid inimesel liikuda vanglas toimunud ravi käigus püstitatud eesmärkide (töö leidmine, elukoht, peresuhted jm) suunas ka vanglaväliselt.

**Soovitus:** vanglas sõltuvusravisektsioonis ravil viibijatega ja vanglast vabanevate inimeste motiveerimisega (nt töö leidmise toetamine) peaks tegelema spetsialist, kes valdab motiveerimise tehnikaid (nt psühholoog/psühhiaater, sotsiaaltöötaja). Pakkuda teenust ühel korral (ühekordne intervjuu) otsustamaks, kas suunata inimene kohe (vahetult pärast hindamist) edasi ravile/rehabilitatsioonile või jätkata motiveerimisega seni, kuni motivatsioon muutuda on tekkinud. See eeldab, et motiveeritud inimese jaoks garanteeritakse koheselt vaba ravikoht.

### 4.3 Ametnike ja erinevate asutuste vaheline koostöö ja andmete kogumine

Kvalitatiivsete andmete analüüsist ja uuringu raames tehtud külastustest kinnipidamisasutustesse ja raviasutustesse (vt ptk 3.5.7 ja 3.6) saab järeldada, et koostöö erinevate asutuste vahel on olnud pigem tagasihoidlik. Seda rõhutas oma kokkuvõttes ka uuringumeeskonda kaasatud sõltumatu välisekspert. Ravikeskused ning ravi- ja õigussüsteemi erinevad asutused ei suhtle omavahel regulaarselt. Selline autonoomne tegutsemine on tekitanud olukorra, kus erinevates asutustes rakendatakse erinevaid meetodeid (puuduvad ühtsed standardid ja puudub teadmine, milliseid meetodeid rakendatakse teistes asutustes); samuti on ebapiisava suhtluse tagajärjeks see, et ravile suunajad ei ole sageli teadlikud ravikohtade olemasolust ega ravimeetoditest. Teiselt poolt, ravi osutajad ei ole kursis rahastusskeemidega ning nende raviasutustesse suunatavate klientide eeldatava arvuga. Vestlustest prokuröride ja kohtunikega ilmnes, et nende teadmised ravivõimaluste kohta on olnud puudulikud, mida saab pidada üheks takistuseks karistuse asemel ravi määramisel.

Kriminaalhooldusel oleva isiku ravi edukuse seisukohalt on ravikeskuse ja kriminaalhooldusametnike tihe suhtlus kriitilise tähtsusega. Suhtluse parandamiseks võiks infolistide kaudu jagada regulaarselt informatsiooni ravimeetodite, ravikohtade olemasolu ning sõltuvusravi jms puudutavate seadusemuudatuste kohta, kaasates kõiki olulisi osalisi (ravikeskused, Justiitsministeerium, vanglad, Siseministeerium, TAI, SoM, arestimajad, kriminaalhooldus jt). Oluliselt tõhusam info vahetamise viis on silmast silma kohtumised, mis võiksid toimuda näiteks infopäevade või konverentside vormis (sarnaselt 2016. a märtsis toimunud Justiitsministeeriumi konverentsiga „Uimastid, kuritegu ja karistus“).

**Soovitus:** viia regulaarselt läbi kõiki uimastisõltlaste ravisüsteemi osalisi (ravikeskused, vanglad, TAI, Justiitsministeerium, SoM, ülikoolide teadurid) hõlmav infopäev, konverents või uimastiennetuse komisjon, kus jagatakse infot üksteise poolt tehtava töö, selle tõhususe jms kohta ning ühtlustatakse ametnike teadlikkust pakutavate teenuste kohta. Vajalik on luua uute teadmiste ja tõendus põhiste võtete vahetamiseks platvorm, mis soodustaks informatsiooni liikumist, ühtlustaks teadmisi ning tõendus põhiste sekkumiste rakendamist.

Õigusrikkujatest narkosõltlastele pakutavad ravi- ja rehabilitatsiooniteenused on asutusest sõltuvalt väga erinevad ning ka erinevate vanglate sõltuvusrehabilitatsiooni osakondades pakutavate teenuste ellu rakendamine on erinev. Ravi ja rehabilitatsiooni läbiviijad tõdesid (vt ptk 3.5.7 ja 3.6), et ei ole ühest süsteemset lähenemisviisi ravile, mida nii keskustes kui ka vanglates kasutatakse. Töötajad ise on osaliselt välja töötanud ja kombineerinud oma kogemuste põhjal erinevaid meetodeid ning programme, mida kasutatakse. Mitmed kasutatavad meetodid, mida kombineeritakse või millele toetutakse, on küll mujal maailmas leidnud kinnitust tõendus põhistena, kuid Eestis puudub struktureeritud lähenemine narkoravile ja rehabilitatsioonile. Vanglates tunnetavad nii kinnipeetavad ise (ptk 3.5.5) kui ka vanglate töötajad (ptk 3.6.3), et erinevates vanglates kasutatakse sõltuvusraviks ja rehabilitatsiooniks erinevaid meetodeid.

Kuna narkosõltuvuse ravi ja rehabilitatsiooni pakkuvaid vanglaid on Eestis ainult kolm, on mõistlik ühtlustada meetodite ja programmide kasutus tõendus põhisuse järgi, tehes Eesti kontekstis uuringuid meetodite ja programmide efektiivsusest ning kasutades neid kõikides asutustes ühtemoodi. Selle tulemusena oleks ravialusele tagatud kindlustunne, et erinevad asutused pakuvad võrdväärse kvaliteediga teenuseid; ravi

läbiviija oleks kursis teiste meetoditega, mida on võimalik kasutada; ravile suunaja oleks informeeritud ning saaks jagada ravialusele õiget infot.

Ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste pakkujad ei hinda sõltuvushäirega inimeste ravi läbimist ning pikaajalist tõhusust ja tulemuslikkust ning koguvad ainult neid andmeid, mida aruandluse jaoks nõutakse (vt ptk 3.2.5 ja 3.5.7). Pakutavate teenuste kvaliteeti ei mõõdeta ühesuguste meetoditega. Ravi- ja rehabilitatsioonikeskuste esindajate subjektiivse tunnetuse järgi on nende pakutavad teenused efektiivsed (täidavad teenusele seatud eesmärgi), kuid efektiivsuse näitajatena nimetatakse erinevaid mõõdikuid. Hetkel keskseid andmeid ravi ning rehabilitatsiooni efektiivsuse kohta ei koguta, mis raskendab tulemuslike võtete levitamist ning ühtlustamist erinevate asutuste vahel. Vajalik on teenuste tõhususe hindamine. Selle eelduseks on hästi disainitud ravi- ja rehabilitatsiooniteenus. Üheks võimaluseks andmeid koguda on isikustatud register. Selliseid registreid on mujal maailmas ka kasutusel (ptk 3.2.5) ning need võiksid aidata parandada ravi kvaliteeti tulevikus.

**Soovitus:** hinnata õigusrikkujatest narkosõltlastele pakutavate ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste efektiivsust ühtlustatud metoodikaga ning sellest lähtuvalt ühtlustada kasutatavaid ravivõtteid asutuste vahel. Hindamiseks peaks olema kasutusel ühtlustatud andmete kogumise viis (ka pikaajaliselt). Selleks on soovitatav võtta kasutusele narkomaaniaravi saajate isikustatud elektroonne register, mis sisaldaks inimese haiguse/häire anamneesi. Registri andmete põhjal on soovitatav regulaarselt (iga nelja aasta järel) läbi viia uuring või audit ravi/rehabilitatsiooni kvaliteedi hindamiseks.

## 4.4 Ravi ja rehabilitatsiooni arendamine vanglates ja arestimajades

Välisriikide uuringud on näidanud, et narkosõltlastele määratavad karistused on riigile väga kulukad ja nende asemel oleks tõhusamaks meetmeks ravi (vt ptk 3.1.2). Eestis pole analoogilisi arvutusi tehtud, kuid arvestades narkosõltlaste arvu, kaasnevad nende mitmekordse aresti (sama inimene satub mitmeid kordi sarnaste kuritegude eest vahi alla) ja vangistusega suured kulud.

Vanglates viivad rehabilitatsiooniprogramme suuremas osas läbi vangla töötajad, olles sealjuures üle koormatud; puudus on kvalifitseeritud tööjõust (vt väliseksperdi hinnangut ptk 3.6.3). Ka tõendus põhised programmid võivad osutuda ebaefektiivseks, kui neid viivad läbi koolitamata töötajad ning ressursse ei ole piisavalt (ruumide puudus, aja puudus jms). Kinnipidamisasutustes programme läbinud sõltlased tõid välja, et mõned nende poolt läbitud programmid ei ole otseselt suunatud sõltlastele ja paljud programmid on üldised kõikidele kinnipeetavatele (vt ptk 3.5.5). Selle põhjuseks võib olla puudus vastava kvalifikatsiooniga tööjõust, kes viiks läbi spetsiifilisi sekkumisi. Samas avaldatakse vanglatele suurt survet vähendada retsidiivsust ja soodustada taasühiskonnastumist.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni kõrval on kognitiiv-käitumuslikud võtted võrdse olulisusega ning neid võiks enam rakendada, kuid ka see nõuaks lisaressursse kvalifitseeritud spetsialistide näol. Ühtlasi võiksid sõltuvusraviosakondades rehabilitatsiooniprogramme läbi viivad spetsialistid olla spetsialiseerunud just narkosõltlaste rehabilitatsioonile.

Kuigi isikul peaks olema võrdne juurdepääs tervishoiuteenustele nii kinnipidamisasutuses kui ka vabaduses, valitseb praegu arestikambrites olukord, kus narkoravi saavad vaid need, kes said seda ka vabaduses enne kinnipidamist (ptk 3.2.1). Narkosõltlaste tervise seisukohast oleks oluline võimaldada narkoravi ka aresti ajal.

**Soovitus:** suurendada vanglate sõltuvusraviosakondades tõenduspõhise psühhoteraapia ja sotsiaalteenuste osakaalu ning palgata ravi läbi viivaid spetsialiste (psühholooge, psühhiaatreid), kes on spetsialiseerunud sõltlastele ravi ja rehabilitatsiooni pakkumisele. Pakkuda arestimajades indiviidi vajadustest lähtuvat narkoravi ja rehabilitatsiooni sõltumata sellest, kas inimene sai varem ravi, juhul kui sõltuvushäire diagnoositakse arestimajas.

Intervjuudest, kvantitatiivsetest andmetest, ringreisi tulemustest ja fookusgruppidest ilmnes, et vanglate ja vanglaväliste rehabilitatsiooniteenuste kontseptsioon on väga erinev. Näiteks viibivad Tartu vangla raviüksuses koos nii sõltuvusravil olijad kui ka need, kes pole ravist huvitatud. See loob olukorra, kus ravil viibijatele avaldatakse grupi poolt tugevat sotsiaalset survet. Vangide grupi üldine hoiak on vanglaametnike sõnul ravi suhtes pigem negatiivne. Ka ravi läbiviimisel ajal ja pärast ravi jäävad inimesed vanglas samasse gruppi edasi.

Väljaspool vanglat püütakse aga sageli luua turvaline ja tagasilangusi ennetav keskkond tugigruppide ja teiste tugimeetmete näol, kus inimesel on võimalus olla pidevalt kontaktis oma saatusekaaslastega, kes üksteist toetavad. Anonüümsete narkomaanide grupp on üks sellistest meetmetest, mis aitab grupis osalenud inimeste sõnul üksteise emotsionaalse toetamise läbi paremini toime tulla.

Seetõttu on vanglates jätkuvalt soovitatav rakendada ja võimaluse korral laiendada tugiteenuseid, mis jätkuksid ka pärast vanglast vabanemist: näiteks kohalike MTÜde teenuste (tugigruppide läbiviimine, kogemusnõustajad, tugiisikud) sisseostmine vanglatesse ning vabanevate vangide kohene kokkuviiimine teenustega väljaspool vanglat. Oluline on luua side vangla ja vanglavälise ühiskonna vahel, kuna eesmärk on õigusrikkujate naasmine ühiskonda nii, et nad suudaksid toimida täisväärtuslike ühiskonnaliikmetena. Seetõttu ei tohiks vangistuses või arestimajas olles katkeda kontakt toetava väliskeskonnaga, sh ravi- ja rehabilitatsiooniteenustega.

**Soovitus:** pakkuda vanglates ravi- ja rehabilitatsioonijärgseid tugiteenuseid (pereteraapia jm) ning koostööd anonüümsete narkomaanide gruppidega. Vanglas võiks kohapeal käia kogemusnõustajad, kelle tegevust toetaksid vanglad ise (transpordikulud). Kohe pärast vanglast või ravikeskusest väljumist on vajalik tugiisiku olemasolu, kes aitab inimese edaspidi siduda teiste teenustega. Tugiisikuteenus ennetab narkosurmasid, aitab inimesel ühiskonda naasta ja aitab tervena püsida (mh toetab antiretroviirusravil püsimist jm ravi jätkamist).

## 4.5 Ravi karistuse asemel

Alates 2011. aastast on kuriteo eest vangistuse asemel otse ravile suunatud vaid üksikud inimesed, samas kui kinnipeetavate seas on 30% inimestest sõltuvushäirega (ptk 3.2.2). Lisaks on vangistus oluliselt kallim kui kriminaalhooldus (1323 eurot vs. 52 eurot kuus) ning kui kriminaalhooldusele lisanduks ka 1000 eurot ravikulutusi inimese kohta igas kuus, oleks see siiski odavam kui vangistus. Miks aga pole alternatiivkaristust piisavalt rakendatud? Põhjuseid on mitmeid, mh on need olnud seotud motivatsiooni hindamisega (ravi

eelduseks on sisemine motivatsioon), kohtunike ebapiisavate teadmistega alternatiivkaristuse rakendamise efektiivsusest ja ka seadusest tulenevate piirangutega, kellele alternatiivkaristust saaks rakendada.

Prokuröride hinnangul saaks praktikas alternatiivkaristust rohkem rakendada, kui leevendada seaduses sätestatud tingimusi vangistuse asemel sõltuvusravile kvalifitseeruvatele isikutele. Praegu on isiku ravile suunamine seaduse järgi seotud mõistetud karistuse pikkusega. Kuna ravile suunamise eesmärk tervikuna on isiku tervendamise sõltuvusest, mis on õigusvastasele käitumisele viiv tegur, on ravi sidumine karistuse pikkusega problemaatiline, kuna ravi võib lõppeda enne, kui toimub tervenemine või vastupidi – isik võib terveneda enne karistusaja lõppu (vt ptk 3.3). Samuti sõltub võimalus isikut ravile suunata talle mõistetud karistuse liigist, mis on probleemne näiteks olukorras, kus sama kuriteo eest mõistetakse rahaline vs. kuni 6-kuuline vabadusekaotus: rahalise karistuse tasumata jätmisel võib karistuse asendada raviga, kuid vangistuse puhul seda teha ei saa.

**Soovitus:** laiendada seadusemuudatuste kaudu isikute ringi, kellele on võimalik karistuse alternatiivina pakkuda sõltuvusravi.

## 4.6 Kvaliteetsed alternatiivsed ravi- ja rehabilitatsioonivõimalused

Tuginedes kirjanduse analüüsile (ptk 3.1.3, 3.2.5), küsitluse tulemustele (ptk 3.5.1) ja väliseksperdi hinnangule (ptk 3.6), on üheks järelduseks see, et pakutavate ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus ja kvaliteet on Eestis keskmiselt pigem madal. Probleem seisneb nii eelmistes punktides mainitus (rahastus, koostöö) kui ka tõenduspõhiste meetmete rakendamise ja tulemuste hindamise puudulikkuses.

Näiteks tõi väliseksperdi välja, et vanglate kontaktisikud Eestis on tööga üle koormatud (30 vangi ühe töötaja kohta). See tähendab, et kontaktisiku töö kvaliteet ei saa iga inimese puhul olla parim, kuna see ei ole ajaliselt võimalik.

Samuti ilmnes, et uimastisõltlaste ravis on väga vähe erialaspetsialiste, kes oskaksid vastavaid sekkumisi rakendada. Üksnes tõenduspõhise meetme kasutuselevõtmisest ei pruugi ravi tulemuslikuks toimimiseks piisata, vajalik on selle kohaldamine oma valdkonna spetsialisti poolt. Kuivõrd sõltuvushäirest vabanemisel on väga oluline motivatsioon ning isiklik lähenemine, siis ei pruugi igale inimesele sobida täpselt sama ravimethodika (nt sama programm või sama ravim). Seetõttu on vajalik, et võimaldataks spetsialisti (nt psühholoogi või sotsiaaltöötaja või psühhiaatri) abiga suunata inimene sellisesse programmi või pakkuda talle teenust, mis selle inimese jaoks täidab tervenemise eesmärki kõige paremini. Soome eksperdi sõnul on Eestis ülemäärane rõhuasetus psühhiaatrilisel ravimitega ravil, kuid vähe on sotsiaalprogramme läbi viivaid sotsiaaltöötajaid, mis on tavapärase Soomes. See tähendab, et Eesti ravi läbiviimise süsteem, ravimravi roll ja ravimeeskonnad erinevad heaoluriikides (nt Soomes, Rootsis) rakendatavast kontseptsioonist.

Andmetest ilmnes, et vangide hinnangul on kõige tõhusamaks meetmeks (keskmiste alusel) sotsiaaltöötaja ja psühholoogi individuaalnõustamine. Individuaalnõustamine tähendab seda, et kogu nõustamisprotsess lähtub konkreetsest inimesest, tema eesmärkidest ning võimekusest. Sellise sekkumise kasutamine on aga aja- ja ressursimahukas. Eesti vanglates puudub praegu võimalus suunata vange regulaarselt psühholoogi individuaalvastuvõtule, sest pole piisavalt töötajaid. Näiteks oli Tartu vangla rehabilitatsiooniüksuses uuringu läbiviimise ajal tööle võetud vaid üks psühholoog (ligi 200 vangi kohta).

**Soovitus:** suurendada erinevate tõenduspõhiste sekkumismeetodite pakkumist ning kaasata õigusrikkujate narkoravisse ja rehabilitatsiooni rohkem erinevaid erialaspetsialiste (tugiisikuid, juhtumikorraldajaid, sotsiaaltöötajaid jt). Soovitatavad on ainespetsiifilised sekkumised (sh alkohol). Arvestada haiguste/häirete komorbiidsusega: üks sõltuvus ei tohiks välistada teise ravi (nt tubakasõltuvus ei tohiks välistada narkoravi).

Opioidasendusravi (OAR) on tõenduspõhine ja kulutõhus sekkumine, mis vähendab patsientide kriminaalsust, suremust, parandab tööhõivet ja peresuhteid, testimist narkootikumidega seotud nakkushaiguste (sh HIV, C-hepatiit) suhtes ning suurendab nakatanute hõlmatust raviga (ptk 3.1.3). Eestis on ravi maht ebapiisav ja kvaliteet varieerub, suuresti on probleem OARi alarahastuses (ptk 3.2.5). On selge, et praegune alarahastus on loonud olukorra, kus amfetamiini süstijate võimalus saada ravi on sisuliselt olematu. Samas on Narva piirkonnaks, kuhu tuleks kohe luua ravivõimalused amfetamiini tarvitajatele. Viimased kaks uuringut näitavad, et ca kolmandik (2010. a – 71%; 2014. a – 63%) Narva süstivatest narkomaanidest süstib peamise narkootikumina amfetamiini (ptk 3.1.5), kuid teenuseid neile seal ega ka mujal Eestis praktiliselt pole.

Vanglast vabanemisel on narkosõltlasele suur risk surra narkootikumide üledoseerimise tagajärjel, kusjuures esimesel kahel vabanemisele järgneval nädalal on risk erakordselt suur. Uuringud kinnitavad, et opioidasendusravi vanglas ja pärast vanglast vabanemist vähendab suremust selles riskirühmas koguni 75%, st narkosurmasid saab tõenduspõhise raviga ennetada. See viitab vajadusele pakkuda võimalikult paljudele vanglasüsteemis olevatele õigusrikkujatest sõltlastele ravi ja korraldada vanglast vabanenud sõltlastele lihtne ligipääs narkomaaniaravile alates vabanemise esimesest päevast. Praegu on Eesti ravikeskustes (sh vanglates) kasutusel naloksooniprogramm, millega on edukalt ennetatud mitmeid üledoosist tingitud surmasid. Lisaks võiks narkosurmade ennetamiseks esimesel neljal ravinädalal kasutada ravis julgelt buprenorfiini, mis võrreldes metadooniga on uuringute järgi vähendanud suremust just esimesel neljal ravinädalal, kuid pärast seda pole kahe aine efektiivsuses vahet olnud.

Uuringust ilmnes, et vanglavälises narkosõltlaste ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis on puudus eestikeelsetest spetsialistidest. Näiteks tuli fookusgruppide ja intervjuudest (ptk 3.5.5 ja 3.5.7) välja, et inimesed on ravist loobunud keelebarjääri tõttu. Kuna paljud sekkumised (grupitööd, nõustamine) ja raviga seotud igapäevane suhtlus põhinevad keelelisel üksteisemõistmisel, siis on vaja, et kliendiga töötaks inimene, kes räägib temaga sama emakeelt. Eelkõige on seda tarvis psühholoogilise ja sotsiaaltöölase nõustamise juures, sest käsitletavat teemat on spetsiifilised ning oma mõtete edastamine metafooride, kõnekäändude või ka huumori kaudu ei pruugi emakeelena vastavat keelt mitteköneleva inimese jaoks olla mõistetav. Mõnel juhul on ravist loobutud seetõttu, et spetsialistidega ei ole olnud võimalik suhelda eesti keeles. Eestis on raviasutustes vaja nii eesti kui ka vene emakeelega spetsialiste.

**Soovitus:** eestikeelsete ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste (nt psühholoogi, sotsiaaltöötaja) kättesaadavuse suurendamine eelkõige Ida-Virumaal ja Tallinnas.

Lisaks keelest tulenevatele kitsendustele on piiratud ka ravikeskuste regionaalne kättesaadavus. Intervjuudest ilmnes, et ravile pöördujate jaoks on olnud probleemiks Ida-Virumaale ravile sõitmine ja selles keskkonnas viibimine. Raviasutuste juhid tõid fookusgruppides ja ringreisi käigus välja, et rohkem peaks olema spetsialiseerunud ravikeskusi ja enam peaks olema keskusi erinevates regioonides.

Spetsialiseerumine peaks sisaldama ka häirespetsiifilist spetsialiseerumist. Käesoleva uuringu autorid on seisukohal, et kuigi erinevate ainete osas on sõltuvusprobleem sarnane (nii ajubioloogiliselt kui ka käitumuslikult), on ekspertide hinnangul ja teiste riikide parimaid tavasid järgides siiski soovitatav luua erinevad ravikeskused erinevate sõltuvushäiretega inimestele. Ravis kasutatavad võtted on sealjuures väga sarnased. Erinev on aga grupp, kes ühes asutuses ravi saab. Kogemuste jagamisel nt grupiteraapias ja teiste sekkumiste puhul on selline häirespetsiifiline spetsialiseerumine rahvusvaheliselt tunnustatud. Raviskeemi valikul on väga oluline arvestada ka häirete komorbiidsust. Komorbiidsus võib esineda sõltuvushäirete vahel, aga ka teiste haiguste ja häirete vahel. Rõhutame siinkohal, et ravi peaks olema individist lähtuv ja probleemspetsiifiline, kuid erinevate sõltuvushäirete käsitus (vajadus integreeritud sekkumise järele kõigil juhtudel) peaks olema ühtne.

**Soovitus:** laiendada regionaalselt häirespetsiifilist ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavust Eestis. Soovitatav on luua spetsialiseerunud keskused põhidiagnoosi järgi (komorbiidsus ei välista ravi), kus tegeletakse erineva diagnoosiga inimeste abistamisega. Alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitajatele on soovitatav luua eraldi keskused, kuid teenuste struktuur ja psühhosotsiaalsed teenused ei peaks oluliselt erinema, kuna sõltuvuskäitumine (tuumikprobleem) on neil häiretel ühine. Eraldi keskused on soovitatavad just narko- ja alkoholisõltlaste erineva profiili tõttu.

Riiklikult rahastatavad narkosõltlaste raviteenused (valdavalt on tegu opioidasendusraviga) paiknevad peamiselt vaid kahes piirkonnas (Tallinn, Ida-Virumaa), kuid valdkonna spetsialistide hinnangul vajatakse asendusraviks kohe kohti juurde Tallinna suurimas linnaosas Lasnamäel ning Pärnus, Tartus ja Rakveres. 2013. aastal TAI tellitud metadoonasendusravi audit näitas (ptk 3.2.5), et metadoonasendusravile on pikad ravijärjekorrad ka Tallinnas, seega tuleks kohe leida täiendavad vahendid selle probleemi lahendamiseks.

On selge, et üksnes metadoonasendusravi laiendamisest ei piisa. Kohe on vaja juurde luua lisakohti võõrutusraviks jms. Teadusuuringud näitavad, et lisaks muule vähendab ravil olemine narkosõltlaste suremust (ptk 3.1.3). Seega saab ravikohtade arvu suurendades ja tõhusat ravi (sh laiemat valikut tõhusaid ravimeid ja ravimeetodeid) pakkudes ennetada ka narkosurmi. Oleme narkosurmade tõttu kaotanud palju inimesi ning selle näitajaga on Eesti nii Euroopas kui ka maailmas negatiivsel kõrgel kohal (ptk 3.1.2).

Ravi kättesaadavus on ebapiisav ka arestimajades (ptk 3.2.1) ja vanglates. Asendusravi alustamine vanglas ja kohe pärast vanglast vabanemist on kulutõhus ja inimesid päästev (ptk 3.1.3), kuid tänases Eestis on arvestatavaks barjääriks narkosõltlaste ravis võimaluste puudumine narkomaaniraviks arestimajades (ptk 3.2.1). Politsei- ja Piirivalveameti analüüs, milles käsitleti 2009.–2012. aasta andmeid, näitab, et üle 50% narkosõltlastest satub aresti või eeluurimise tõttu arestimajadesse (ptk 3.1.2). Selle asemel, et seal sõltlasele ravi pakkuda, on asendusravile seatud ebamõistlik piirang: asendusravi saab vaid isik, kes sai võõrutusravi vabaduses ja kellel jäaks arestimajja sattumise tõttu ravi pooleli. Piiratud ravivõimalused arestimajades on üheks põhjuseks, miks vanglas alustab ravi vähe inimesi.

Lisaks on narkosõltlastele liiga vähe kohti rehabilitatsiooniks. Näiteks on SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuses järjekord kaks aastat. Pikad järjekorrad rehabilitatsiooniks mõjutavad otseselt ravi kvaliteeti, kuna edukalt ravi lõpetanud ja sellele järgnevat rehabilitatsiooni vajav isik lõigatakse ära taasühiskonnastamise võimalusest.

Kindla veendumusega võib öelda, et ravi, rehabilitatsiooni ja taastusravi arendamist takistab tõsine alarahastamine ning ei piisa sellest, et lisataotlus on esitatud aastaks 2017. Rahalist ressursi on vaja juba aastal 2016.

## 4.7 Planeerimine

Väliseksperti üks tähelepanek Eesti ravi-/rehabilitatsioonisüsteemi kohta vanglates ja väljaspool vanglaid oli järgmine: *“There seems to be need to clarify the national strategy, goals and policy for providing drug rehabilitation for offenders”* (ptk 3.6). See tähendab, et eksperti sõnul puudub praegu ühtne riiklik strateegia, eesmärgid ja poliitika, mil moel tuleks ravi/rehabilitatsiooni õigusrikkujatele pakkuda ning millised on oodatavad tulemused ja miinimumstandardid. Sellele viitab ka rahastuse ebastabiilsus, mida on kirjeldatud peatükis 3.4 ning fookusgruppide ja vestlusringide tulemused (ebastabiilsus, teadmatus teenuste tuleviku osas, erinevate ravikontseptsioonide kasutamine erinevates üksustes ning infosulg ravikeskuste endi ja ka ravikeskuste ning vanglate vahel, ülekoormatud ja alainformeeritud töötajad, vt ptk 3.5).

**Soovitus:** riiklikult kindlaks määrata uimastisõltuvusega õigusrikkujate ravi/rehabilitatsiooniga seotud eesmärgid ning planeerida pikaajaliselt nende eesmärkide saavutamine koostöös tervishoiuasutuste, õigussüsteemiasutuste, sotsiaalhoolekandeametite ja haridusasutustega, lähtudes individipõhisest vaatest (millised on õigusrikkujast uimastisõltlase võimalused ja vajadused, et paremini ühiskonda panustada ja kuidas erinevad institutsioonid saavad seda toetada). Lähtuda kuluefektiivsuse printsiibist ning suunata rahastus tõenduspõhistesse teenustesse, vähendada administratiivtöö osakaalu süsteemis. Kontrollida tegevuste sisulist läbiviimist.

**Soovitus:** kehtestada ühtsed parimatel tavadel ja teadusuuringutel põhinevad uimastisõltuvuse ravi/rehabilitatsiooni miinimumstandardid, millest lähtuksid nii vanglate raviüksused kui ka teenusepakkujad ja haiglad väljaspool vanglat.

## 4.8 Muud soovitused

Uuring näitas, et sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni pakkuvate keskuste tingimused on ebahühtlased: mõne ravikeskuse ruumid ja inventar on tihti viletsas seisus ja see tekitab sõltlastes ning ka teistes inimestes eelarvamusi koha ja narkomaania suhtes; samuti mõjutab see töötajate motivatsiooni. **Soovitus:** stabiilne rahastussüsteem ravi- ja rehabilitatsioonikeskustele, mis katab mh ruumide ning inventari parendamisega seotud kulutused.

Intervjuudest ja ekspertide arvamustest ilmnes, et pärast vangistust on õigusrikkujatel raske naasta tööturule nii ühiskondlike hoiakute kui ka töö otsimise oskuste puudumise tõttu. **Soovitus:** pakkuda kinnipeetavatele asjaajamise ning töö otsimise koolitusi (CV koostamine jne), läbi viia ettevõtjate koolitusi sotsiaalsete töökohtade osas.

Kriminaalhooldajad märkisid vestlustes suurt bürookraatlikku koormust, kuna mitmeid (eelkõige sõltuvusraviga seotud) sissekandeid peab tegema erinevatesse infosüsteemidesse. See vähendab sisuliseks

tööks jäävat aega. **Soovitus:** ühildada kriminaalhooldusametnike poolt kasutatavad aruandluse süsteemid, et väheneks sama info dubleerimine erinevates süsteemides.

Taustaanalüüsi põhjal ja varasemale kirjandusele tuginedes on teada, et HIV ja teised kroonilised haigused on narkosõltlaste seas väga levinud. C-hepatiit ja HIV on narkosõltuvusega kaasnevad haigused, mis mõjutavad sõltlase üldist tervislikku seisundit ja vajavad tähelepanu ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis. **Soovitus:** tagada narkosõltlastele sõltuvusega kaasnevate haiguste ravi ja ennetustegevuste (nt süstlavahetus) kättesaadavus.

Eestis on praegu nii vangidele kui ka vanglavälistele ekspertidele jäänud mulje, et vanglad on autoritaarsed asutused (hierarhiline alluvussüsteem ja range režiim). Ühes Inglismaal läbi viidud uuringus leiti, et vangla sisekliima mõjutab vange ja teenuseosutajaid (Ross *et al.*, 2011). Positiivse humaanse sotsiaalse kliima puhul hindavad vangid tervise teenuseid kõrgemalt. See idee läheb kokku ka NIDA soovitustega (NIDA, 2014), kus peetakse väga oluliseks tunnustuste ja karistuste tasakaalustatud süsteemi. Töötajate tunnustav hoiak (humaanne ja muutusi toetav) aitab kaasa vangide ravile. **Soovitus:** parandada vanglate üldist sisekliimat, mis mõjuks soodsalt ka rehabilitatsiooni ja ravi läbiviimisele.

Teise suurema probleemina narkosõltuvuse kõrval tunnetasid mitmed ametnikud ja eksperdid alkoholisõltuvuse ravi ja rehabilitatsiooni puudumist. Alkoholi tarvitamine on levinud ka erinevate narkootiliste ainete sõltlaste seas. Vanglates aga puudub programm alkoholisõltlaste raviks. Mistahes liiki sõltuvuse ravi- ja rehabilitatsioonivõtted peaksid olema ainespetsiifilised ja arvestama häirete komorbiidsust. **Soovitus:** spetsiifiliste ravivõimaluste ja sekkumiste pakkumine erinevatest uimastitest (sh alkohol) sõltuvuses olevatele õigusrikkujatele.

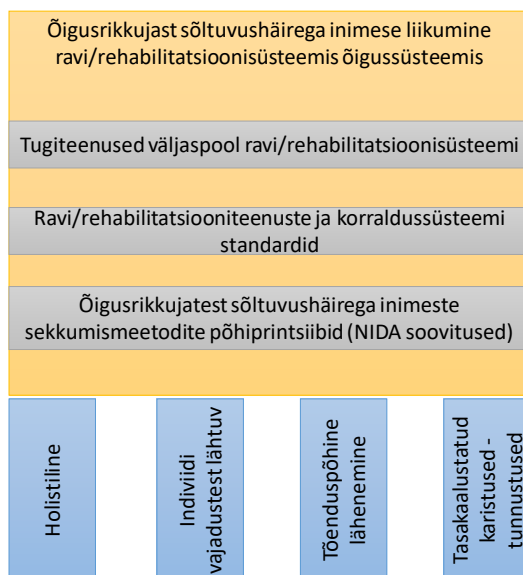
## 5. UIMASTISÕLTUVUSEGA ÕIGUSRIKKUJATE IDEAALNE RAVI JA REHABILITATSIOONI KORRALDUSMUDEL EESTI ÕIGUSSÜSTEEMIS?

Järgnevalt kirjeldame kogu senise analüüsi ja järelduste põhjal korraldussüsteemi (nn mudelit), kuidas võiks Eesti õigussüsteemis narkosõltlastest õigusrikkujate ravi ja rehabilitatsioon tulevikus toimuda ning millisest kontseptsioonist võiks ravi ja rehabilitatsioon nii vanglates kui ka vanglaväliselt lähtuda. Oleme aluseks võtnud eksperthinnangud, varasemad teadusuuringud (sh metaanalüüsid) ja teiste riikide parimad tavad. Neli tugisammast (akronüümina HITT), millest nii ravi, rehabilitatsiooni kui ka teenuste korraldus õigussüsteemis peaks lähtuma, on järgmised:

1. **Holistiline lähenemine** – inimene on „tervik“, narkosõltuvusega kaasneb mitmeid teisi probleeme (majanduslikud, juriidilised, pereprobleemid jm) ning väga sageli kaasneb narkosõltuvusega alkoholisõltuvus, tubakasõltuvus ja muud käitumuslikud või meeleoluhäired, millega peaks ravis/rehabilitatsioonis arvestama. Sekkumisi peaksid läbi viima spetsialistidest koosnevad meeskonnad (nt psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja ja vanglates ka kontaktisikud ning teised vanglatöötajad). Holistiline lähenemine on nn patsiendikeskne, mitte kliendikeskne lähenemine. Patsiendil on probleem, mille lahendamisel arvestatakse teisi kaasnevaid probleeme. Kliendipõhise lähenemise korral võib aga sekkumine piirduda teenuse pakkumisega, arvestamata inimest kui tervikut. Holistilise lähenemise üheks osaks on erinevate distsipliinide koostöö: näiteks õigussüsteemi ja tervishoiusüsteemi koostöö. On teada, et Eestis ja teistes Euroopa riikides (nt Austrias, Poolas, Hispaanias, Weber *et al.*, 2015) esineb nende süsteemide vahelises koostöös probleeme ja barjääre, mis on vaja ületada, et saaks üles ehitada uue parema süsteemi, mis toetaks taasühiskonnastamist.
2. **Indiviidi vajadustest lähtuv lähenemine** – igal inimesel on erinevad eesmärgid ning erinev elukeskkond, millesse ta pärast ravi või vangistust naaseb. Inimese sisemist motivatsiooni on võimalik luua ainult kooskõlas selle inimese enda eesmärkidega. Samuti on erinev iga inimese haiguse ja häire kulg. Sellega tuleks arvestada ravis ning sekkumiste läbiviimisel, kuna kõigile ei pruugi ühtmoodi hästi sobida samad lähenemised (samad ravimid või samad teraapiad). Psühholoogilisel nõustamisel on oluline ka terapeutide valik: kõik inimesed ei pruugi ühtmoodi sobituda kõigi patsientidega. On teada, et kogu maailmas liigub meditsiin personaalse lähenemise suunas; sama idee peaks olema läbiv ka narkoravis ja rehabilitatsioonis.
3. **Tõenduspõhine lähenemine** – ravi- ja rehabilitatsioonikorralduses on vaja arvestada tõenduspõhiseid mudeleid, parimaid tavasid ning sekkumisviise, millel on teaduslik tugi. Selleks, et tagada parim võimalik sekkumine, on vaja regulaarselt teha uuringuid ning hinnata tegevuste asjakohasust. Sealjuures tuleb hinnata erinevate süsteemis tehtud muudatuste mõju ravi ja rehabilitatsiooni läbiviimisele. Tarvis on tõsta kõigi süsteemi kuuluvate inimeste teadlikkust erinevatest ravivõimalustest ning rehabilitatsiooni olemusest teaduslikus võtmes. Ravi- ja rehabilitatsioonivaldkonnas piirduakse sageli töötajate enesetäienduskoolitustega või üksikute kursustega erinevatele asutustele, kuid oluline oleks laiendada infovälja nii, et taasühiskonnastamist toetavad hoiakud saaksid kujuneda ka näiteks juhtkondades ja poliitiliste otsuste langetajate seas.
4. **Tasakaalustatud karistustel (*sanctions*) ja positiivsetel tunnustustel (*rewards*) põhinev lähenemine** – *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research Based Guide* (NIDA, 2014) soovitab lähtuda kolmeteistkümnest printsiibist, mille aluseks on teadusuuringud ja

ekspertarvamused. Üheks olulisemaks printsiibiks on seahulgas karistuste ja positiivse tunnustuse tasakaalustamine õigussüsteemis. Positiivse käitumise tunnustamine on vajalik selleks, et see käitumine leiaks aset ka tulevikus. Klassikalistest psühholoogiavaldkonnast pärinevatest käitumisteooriatest on teada, et käitumise soodustamiseks toimib karistusest efektiivsemalt positiivse käitumise positiivne sarrustamine (inimesed teevad neid asju, mis loovad neile hea enesetunde). Sellist ideed rakendatakse käitumisteraapiates, aga NIDA raportis rõhutatakse selle olulisust õigussüsteemis ning soovatakse seda tasakaalustada karistuskeemidega. On teada, et kohustuslik ravi ja ainult karistustel põhinevat sekkumisskeemi ei saa sõltuvushäiretega inimeste puhul hiljutise teaduskirjanduse metaanalüüsi põhjal efektiivseks pidada (Werb *et al.*, 2016).

Need neli peamist sammast on soovitatav võtta aluseks ravi/rehabilitatsiooni korraldamisel õigussüsteemis. Lähtudes individipõhisusest on vaja süsteemis läbi mõelda, kuidas toimub indiviidi liikumine ravi-/rehabilitatsiooniüksustesse ja millisest kontseptsioonist lähtutakse ravi/rehabilitatsiooni elluviimisel. Järgnev mudel on kokkuvõtlik soovituslik lähenemisviis (joonis 7).



**Joonis 7.** Skeemil on kujutatud indiviidist lähtuva „ideaalse“ ravi/rehabilitatsiooni korraldusmudeli seos soovitusliku ravi/rehabilitatsiooni kontseptsiooni ja põhiprintsiipidega

### Milline on ideaalne sõltuvusravi- ja rehabilitatsioonisüsteem õigussüsteemis?

Oluline on siinkohal rõhutada, et „ideaalseid“ mudeleid võib olla mitmeid. Siinkohal lähtume autoritele teadaolevast teaduskirjandusest, uuringu tulemustest ja teiste ekspertide arvamustest, mis on olnud autoritele kättesaadavad. Kõike seda arvesse võttes on võimalik kirjeldada ühte parimat võimalikku viisi, kuidas võiks toimuda inimese liikumine süsteemis, ning millised osapooled peaksid olema kaasatud. Selleks, et ideaalne süsteem saaks toimida, on vaja, et seda toetaks ümbritsev ühiskond ja teised haakuvad süsteemid. Seetõttu on tarvis, et esmalt oleksid täidetud eeldused, mis on vajalikud süsteemi toimimiseks.

Siinkohal ei erista me erandlikke juhtumeid, vaid kirjeldame üldist kontseptsiooni. Indiviidi vaatest lähtuva „ideaalse“ korraldussüsteemi juures on lähtunud järgmistest „ideaalse süsteemi“ eeldustest:

1. efektiivne vanglasüsteem (sh töötajate kvalifikatsioon ja motiveerivad töötasud, tagatud on töötajate optimaalne töökoormus ning puudub läbipõlemine);
2. efektiivne tervishoiusüsteem (sh töötajate kvalifikatsioon ja motiveerivad töötasud, tagatud on töötajate optimaalne töökoormus ning puudub läbipõlemine);
3. efektiivne sotsiaalhoolekandesüsteem (sh töötajate kvalifikatsioon ja motiveerivad töötasud, tagatud on töötajate optimaalne töökoormus ning puudub läbipõlemine);
4. ühiskondlikud hoiakud narkosõltuvuse probleemiga inimeste suhtes on tolerantsed ning aktsepteeritakse sõltuvust kui psüühikahäiret;
5. haridussüsteem toetab erialaspetsialistide väljaõpet ja täiendõpet, kõrgkoolides on olemas õppekavad, mis spetsialiseeruvad konkreetse ravi- või rehabilitatsioonimetoodika rakendamisele;
6. uuringuid erinevate ravi- ja rehabilitatsioonivõtete efektiivsuse kohta tehakse regulaarselt ning ühtlaselt nii tervishoiu-, sotsiaalhoolekande- kui ka õigussüsteemis;
7. nii tervis-, sotsiaal-, kui ka õigussüsteem toetavad üksteise tegevust (Eesti Haigekassa ja Sotsiaalkindlustusamet töötavad ühtse tiimina) ning tehakse regulaarselt ühiseid uuringuid sõltuvusprobleemidega inimeste toimetuleku ning probleemi vähendamise võimalustest Eestis;
8. inimesed erinevates narkosõltlastega kokku puutuvates asutustes on avatud ning koostöövõimelised: nad soovivad infot jagada ning otsivad ise aktiivselt võimalusi info leidmiseks (nt haiglad, Justiitsministeerium, MTÜd, TAI, vanglad);
9. ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste rahastus on stabiilne, sõltuvushäirega inimesed saavad nii haigekassa- kui ka sotsiaalhoolekandeteenuseid vastavalt vajadustele ning rahastussüsteem võimaldab samas ellu viia ka projektipõhiseid sekkumisi (innovatsioon);
10. igale sõltuvushäirega inimesele on tagatud tugiisikuteenus vähemalt ühe aasta jooksul kohe pärast vanglast väljumist või ravikeskusest vabanemist (nn *sober companion*, *sober coach*, *recovery coach*;<sup>83</sup>);
11. poliitikute hoiakud ning poliitilised otsused toetavad sõltuvusprobleemidega inimeste sulandumist ja sobitumist ühiskonda (ligipääs tööturule, elukoht, süstlavahetuspunktide asukohad jms);

<sup>83</sup> Tegemist on professionaaliga, kes aitab sõltlasel sulanduda ühiskonda ning toime tulla tema elukeskkonnas. Mõnes riigis on olemas vastavad kursused ja õppekavad. USAs pakub näiteks McShin Foundation sellise tugiisikuteenuse väljaõpet ning koostatud on „kaine tugiisiku“ inforaamat ja õppeprogramm: <http://mcshin.org/mcwp/wp-content/uploads/2015/09/Recovery-Coach-Manual-7-22-2010.pdf>, vaadatud 22.07.2016

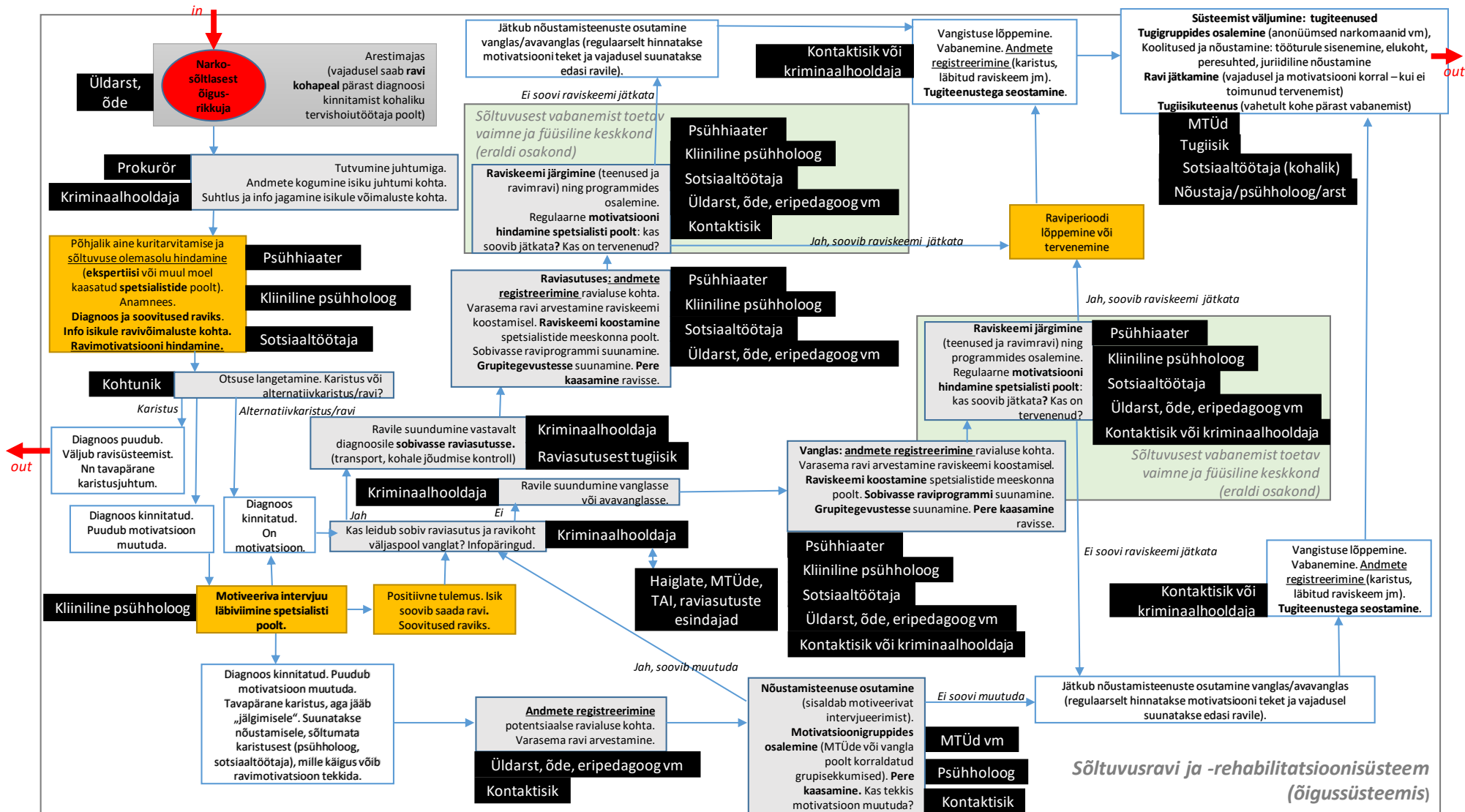
Ka Austraalias peetakse sellist tugiisikuteenust „heaks tavaks“ ning on korraldatud ka suuremaid sekkumisprogramme, mille sisuks on tugiisikuteenuse osutamine (*sober companion program*): <http://traumatreatmentcentre.com.au/sober-companion-program>, vaadatud 22.07.2016

Eestis on olemas sotsiaalhoolekandeteenusena tugiisikuteenus (sotsiaalhoolekandeseadus, jaotis 3): „(1) Tugiisikuteenus on kohaliku omavalitsuse üksuse korraldatav sotsiaalteenus, mille eesmärk on iseseisva toimetuleku toetamine olukordades, kus isik vajab sotsiaalsete, majanduslike, psühholoogiliste või tervislike probleemide tõttu oma kohustuste täitmisel ja õiguste teostamisel olulisel määral kõrvalabi. Kõrvalabi seisneb juhendamises, motiveerimises ning isiku suurema iseseisvuse ja omavastutuse võime arendamises.“ Nagu teada, ei ole praegu Eestis seda teenust sõltlaste toimetulekul piisaval määral rakendatud. Õigussüsteemis puuduvad teadaolevad juhtumid, kus sõltuvusosakonnast väljuv inimene oleks saanud koheselt tugiisikuteenust. Vastupidi, autoritele on teada juhtumid rehabilitatsioonisüsteemis, kus inimesed on sõltuvushäire tõttu jäänud tugiisikuteenusest kõrvale. Leiame, et praeguses süsteemis on olemas võimalus, mida ei kasutata sihtotstarbeliselt ja piisavalt.

12. narkosõltuvuse ravi- ja rehabilitatsioonilaseid teadmisi kaasaegsetest tõenduspõhistest lähenemistest uuendatakse pidevalt (viiakse läbi narkosõltlastega töötavate töötajate täiendõpet, sh õed, sotsiaaltöötajad, psühholoogid, vangivalvurid, kontaktisikud, raviüksuste juhtkond jt) ning kohtutakse regulaarselt teiste riikide spetsialistidega, et jagada teadmisi ja kogemusi;
13. sõltuvusprobleemidega inimeste andmetest on loodud turvaline elektroonne isikustatud register, mis kajastab õigesti inimese varasemat ravi- ja rehabilitatsiooniteenustes osalemist – ühildab tervishoiu, sotsiaalhoolekande ja Justiitsministeeriumi andmed ning võimaldab taas ravile sattumise korral hinnata optimaalselt inimese võimalikke vajadusi ning ka erinevate ravivõtete tõhusust konkreetse inimese puhul ja teha efektiivselt regulaarseid uuringuid;
14. eelduseks on, et motiveeriva intervjuu tehnika on teaduspõhine (kaasaegne) ja senini üks parimaid meetodeid motivatsiooni loomiseks sõltuvushäirete ravile sisenemiseks ja ravil püsimise säilitamiseks (NB! see võib olla ajas muutuv);
15. eelduseks on, et NIDA ravi- ja rehabilitatsiooniprintsiibid (NIDA, 2012, 2014)<sup>84</sup> on tõenduspõhised ning sobilikud ka Eesti kontekstis rakendamiseks;
16. eeldame, et kohtunikud ja prokurörid on motiveeritud ja informeeritud rakendama sõltuvushäire diagnoosiga inimeste puhul alternatiivkaristust.

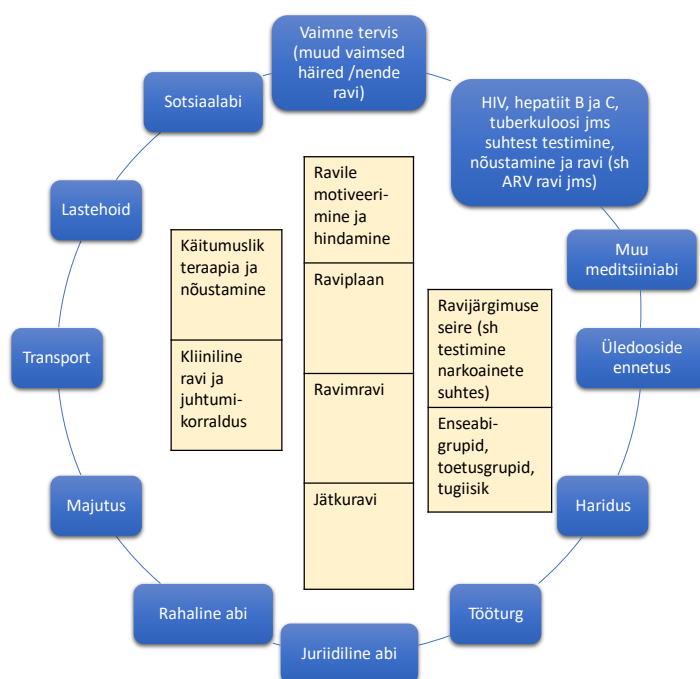
Kuivõrd käesolev analüüs on peamiselt koostatud lähtudes neist indiviidide vajadustest ning ravi- ja rehabilitatsiooniteenustest, mis on kohaldatud indiviidile, siis põhineb korraldusmudel **indiviidipõhisel** vaatel (joonis 8). Kirjeldame siinkohal, kuidas võiks Eestis narkosõltlastest õigusrikkuja tee ühe potentsiaalse ideaalse versioonina läbi tervise-, sotsiaalhoolekande- ja õigussüsteemi kulgeda, arvestades seejuures mujal maailmas kasutusel olevaid parimaid tavasid ja uuringu käigus ilmnenud võimalusi. Oluline on märkida, et tegemist on vaid ühega väga paljudest võimalikest korraldusmudelitest, mis võiksid Eestile sobida. Mudeli koostamisel on lisaks aruandes kirjeldatud tulemustele ja analüüsile lähtunud autorite ekspertteadmistest.

<sup>84</sup> *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. A Research-Based Guide.* U.S. Department of Health and Human Services.



Joonis 8. Õigusrikkujast sõltuvushäirega inimese liikumine õigussüsteemi ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemis

Õigussüsteemi ravi-/rehabilitatsioonisüsteemis on raviskeemide (sh rehabilitatsiooniteenuste jm teenuste) koostamisel soovitatav lähtuda üldistest headest tavadest ja ekspertide poolt tehtud soovitustest, mil moel ravi/rehabilitatsioon peaks toimima. NIDA poolt (2012) on kokku pandud ja mitmel korral uuendatud sõltuvushäirega inimeste ravi-/rehabilitatsioonikontseptsioon, millele lisaks on koostatud õigusrikkujatest uimastisõltlastele suunatud spetsiifilisemad soovitusel (NIDA, 2014). Niisugust kontseptsiooni (joonis 9) on võimalik ja soovitatav rakendada ka Eestis. Ideaalses süsteemis oleks ravi/rehabilitatsioon nii vanglas kui ka vanglaväliselt korraldatud lähtuvalt holistilisest kontseptsioonist, kus kõik sõltuvushäirega inimesega seotud olulised valdkonnad (elukoht, töötamine, perekond, füüsiline tervislik seisund, vaimne seisund jm) on omavahel ühendatud.



**Joonis 9.** Indiviidi vajadustest lähtuva sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni kõikehõlmava kontseptsiooni ideaalmodell

Joonisel (joonis 9) olev ravi- ja rehabilitatsioonimudel (nii vanglates kui väljaspool) kirjeldab skemaatiliselt Eesti oludele kohandatud kõikehõlmava narkomaaniaravi komponente. Selle tegemisel on autorid lähtunud eksperthinnangutest ja USAs välja töötatud tõhusa narkomaaniaravi komponentidest (NIDA, 2012). Õigussüsteemis on soovitatud rakendada neil komponentidel põhinevaid täpsustatud printsiipe (NIDA, 2014). Tõenduspõhist narkomaaniaravi<sup>85</sup> (ja ka laiemalt sõltuvusravi, sh rehabilitatsiooni) kirjeldavad järgmised printsiibid. Kõiki neid ei ole senini Eestis järgitud. Soovitatav on lähtuda neist printsiipidest:

1. Sõltuvus on ajuhaigus, mis mõjutab käitumist.
2. Sõltuvushäirest tervenemiseks on vajalik tõhus ravi, millele järgnevad pikaajalised tugiteenused (tagasilanguste ennetamine jm).

<sup>85</sup> *Treatment* – ravi ja rehabilitatsioon. Inglisekeelses kirjanduses ei eristata ravi ja psühhosotsiaalseid sekkumisi. Nt terapeudi nõustamine (tõenduspõhise meetmena) on käsitletav kui ravi. Kasutame siinkohal samuti laia ravi mõistet (sisaldab erinevaid tervist parandavaid meetodeid, sh psühhosotsiaalseid rehabilitatsiooniteenuseid).

3. Ravi (sh kognitiiv- ja käitumisteraapia) kestus peab olema piisavalt pikk, et luua stabiilseid muutusi käitumises (minimaalselt 3 kuud).
4. Seisundi terviklik hindamine on ravi esimeseks sammuks.
5. Teenused peavad olema paindlikud ja spetsiifilised (võtma arvesse nt sugu, motivatsiooni jm), arvestama inimese vajaduste ja eripäradega, ainult siis saab ravi olla tõhus.
6. Ravi ajal on vaja pidevalt kontrollida sõltuvusaine tarvitamist.
7. Ravi peaks olema suunatud ka kriminaalse käitumisega seotud teguritele (nn mõtteskeemide ja elustiili muutmine, „kriminaalse käitumise“ muutmine).
8. Õigussüsteem peaks sisaldama raviplaanide koostamist õigusrikkujatele ja raviteenuste pakkujad peaksid olema kursis õigussüsteemisestest reeglitega (n-ö ühtsustada ravistandardid ja teha koostööd).
9. Jätkuravi (tugiteenused) on vajalik selleks, et sõltuvusprobleemidega inimesed saaksid naasta ühiskonda.
10. Vaja on sisse seada tasakaalustatud karistuste ja tunnustuste süsteem, et suurendada prosotsiaalset käitumist ning raviosalust.
11. Häirete/haiguste komorbiidsuse korral on vaja kasutada integreeritud ravivõtteid.
12. Ravimravi tuleks rakendada neil sõltuvushäirega inimestel, kellel on selleks vajadus (nt metadooni, buprenorfiini, naltreksooni jm ravimeid peaks vajadusel olema võimalik kasutada).
13. Raviplaanid peaksid sisaldama mitmekülgset ravi – sh krooniliste haiguste ravi (nt HIV/AIDS, B-hepatiit, C-hepatiit ja tuberkuloos).

Ülalloetletud printsiibid põhinevad NIDA 2012. aasta aruandes kirjeldatud sõltuvusravi põhiprintsiipidel, mis on suunatud kõikidele sõltuvushäirega inimestele (mitte ainult õigusrikkujatele). Neid printsiipe on samuti tarvis arvesse võtta ja need on järgmised:

1. Sõltuvus on kompleksne ravitav haigus, mis mõjutab aju toimimist ja käitumist.
2. Ravi varieerub tulenevalt patsiendi sõltuvust tekitavast ainest ja see (raviks sobiv paik, sekkumised, teenused) tuleb kohandada tema vajadustele.
3. Ravi peab olema kättesaadav, et motiveeritud klient saaks kohe ravile pöörduda.
4. Tõhus ravi on patsiendikeskne, mitte pelgalt sõltuvusainekeskne.
5. Ravi kestus on kriitilise tähtsusega ja sõltub patsiendi sõltuvusprobleemist, muudest probleemidest ja vajadustest.
6. Erineva eesmärgi ja sisuga käitumuslikud teraapiad (sh individuaal-, pere-, grupinõustamine).
7. Ravimite tarvitamine kombineerituna nõustamise ja erinevat tüüpi teraapiaga.
8. Individuaalne ravipaan, mida vastavalt vajadustele koos patsiendiga regulaarselt üle vaadatakse ja muudetakse, kuna ravi vältel vajab patsient erinevaid teenuseid toetamiseks tema tervenemist.
9. Narkosõltuvusega koos esinevate teiste vaimsete häirete samaaegne ravi (sh alkoholi- ja tubakasõltuvus, depressioon jms).
10. Võõrutusravi on vaid sõltuvusravi esimene faas ja patsiente tuleks motiveerida jätkama ravi ka pärast selle lühiajalise eesmärgi saavutamist.
11. Ka sanktsioneeritud ravi (ravile pöördumine pere, töökeskkonna või õigussüsteemi poolt suunatuna) tõstab ravi alustanute arvu, seal püsimist ja mõjutab positiivselt ravitulemust.
12. Pidev ravijärgimuse seire (sh testimine narkootikumide tarvitamise suhtes) ravi ajal.
13. Raviprogrammid peaksid võimaldama ka patsientide testimist HIVi ning viirushepatiit B ja C, tuberkuloosi ja muude infektsioonide suhtes, pakkuma riskeerivat käitumist vähendavat

nõustamist, et ennetada nakatumist eelnimetatud haigustesse ning suunama patsiendi vajadusel sobivale ravile (näiteks ARV ravile jms).

### **Millised peaksid olema miinimumstandardid sõltuvusravi ja rehabilitatsiooni rakendamisele õigussüsteemis?**

Šveitsi Zürichi Ülikooli professorite ja WHO poolt on põhjalikult kirjeldatud miinimumstandardeid, millest tuleks lähtuda sõltuvushäirega inimeste ravis/rehabilitatsioonis (Uchtenhagen ja Schaub, 2011). Seejuures on arvestatud erinevate institutsioonidega (vanglad, ravikeskused jm). Soovitatav on lähtuda nendest printsiipidest ka Eestis. Erinevalt mainitud töös kirjeldatust on soovitatav ühtlustada ravikeskuste ja vanglate rehabilitatsiooniüksuste nõuded (mitte käsitleda vanglates pakutavat ravi „erandina“; samad miinimumstandardid), kuna ravi kvaliteedi ühtsuse ja võrreldavuse tagab vaid see, kui erinevad asutused pakuvad sarnase kvaliteediga sekkumisi.

Zürichi Ülikooli ja WHO ühistes soovitustes („Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS“, lk 11<sup>86</sup>) on välja toodud ravi ja rehabilitatsiooni miinimumstandardite loetelu, kuhu kuuluvad: 1) struktuuriga, 2) teenuste pakkumise protsessiga, 3) teenuste läbiviimisega ja 4) ravitulemustega seotud standardid. Eestis kasutatavad standardid ei ole raviasutustes ja vanglates ühtlustatud ning uuringu tulemustest ilmnes, et miinimumstandardid on märgatavalt madalamad ja oluliselt vähemal määral läbi mõeldud kui Šveitsi uurijate poolt soovitatud standardid.

Šveitsi uurijate poolt soovitatud esimeseks struktuuriga seotud miinimumstandardiks on: „*TR1 Accessibility: location (service can easily be reached by public transport)*“, mis viitab kättesaadavusele. Teenuse asukoht on oluline. Eestis on viimase aasta jooksul (st 2016. a) aset leidnud juhtumeid, kus narkosõltuvusega inimestele pakutavad teenused (süstlavahetuspunktid ja sotsiaalteenused) on paigutatud piirkondadesse, kus sihtrühmal on varasemast keerulisem teenuseni jõuda. See viitab sellele, et asukoha miinimumstandardit ei ole Eestis rakendatud.

Teiseks näiteks on teenuse läbiviimisega seotud miinimumstandard: „*TR14 Routine cooperation with other agencies: (whenever a service is not equipped to deal with all needs of a given patient, an appropriate other service is at hand to referral)*.“ See viitab sellele, et kui vajalikku teenust ei ole võimalik patsiendile pakkuda, siis tuleks leida võrdväärne alternatiiv. Eestis on selle standardi täitmine nii raviasutustes kui ka vanglates puudulik. Enamasti pakutakse abi opioidide tarvitajatele, seda metadoonasendusravi näol, millele lisanduvad ka psühhosotsiaalsed meetmed. Selles aruandes kirjeldatud teaduskirjandusele tuginedes väidame, et amfetamiinisõltlastele ei sobi metadoonasendusravi, kõige tõhusamaks meetmeks nende puhul on psühhosotsiaalsed sekkumised. Tartu vangla uimastipreventsiooni kontseptsioon (2016) on üles ehitatud peamiselt metadoonravi vajavatele mittetubakasõltlastele, diskrimineerides nii teiste uimastite tarvitajaid ja häirete komorbiidsust (nt tubakasõltuvus ja sõltuvus mõnest narkootilisest ainetest). Tubakasõltuvuse ja alkoholisõltuvusega (F10.2 ja F17.2 RHK-10 järgi) inimesi ei ole uimastipreventsiooni kontseptsioonis käsitletud. Kuigi ka tubakas ja alkohol on uimastid, millest kujuneb sõltuvus samamoodi nagu narkootilistest ainetest. Seega, dokumendi nimi ei vasta sisule. Tartu vangla uimastipreventsiooni üheks ravi saamise eelduseks oli, et inimene on iseseisvalt loobunud tubakast, kuid uimastipreventsiooni kontseptsioon võiks sisaldada tubakasõltuvusest vabanemise meetmeid koos teiste sõltuvushäirete raviga.

<sup>86</sup> [http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs\\_main\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs_main_report_en.pdf), vaadatud 20.07.16

Soovitav on rakendada uimastispetsiifilist lähenemist kõigis Eesti raviasutustes ja vanglates ja sealjuures võtta arvesse fakti, et kõigi sõltuvushäirete korral on ühiseks protsessiks sõltuvuskäitumine (tung tarvitada ainet), mistõttu ei saa neid häireid käsitleda üksikest täielikult välistavatena.

### **Kokkuvõte**

Käesolev aruanne sisaldab ülevaadet Eesti uimastisõltuvusega (eelkõige narkosõltlastest) õigusrikkujate olukorra hetkeseisust, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalustest ning soovitudest, kuidas muuta Eestis toimiv süsteem efektiivsemaks ning vajaduspõhisemaks. Praeguse seisuga ei vasta Eesti õigussüsteemis kehtiv ravi-/rehabilitatsioonisüsteem sihtrühma vajadustele. Ideaalses süsteemis on karistus ja ravi/rehabilitatsioon tihedalt seotud ning indiviidi vajadusi arvestav. Soovitav on suunata sõltuvusprobleemiga kinnipeetavad karistuse asemel otse ravile. Ideaalse süsteemi väljundiks on sõltuvusest tervenemine, ühiskonda naasmine ning ühiskondlike kahjude vähenemine. Soovitame arvestada peatükkides 4 ja 5 kirjeldatud nõuandeid edasiste poliitikate kujundamisel, et parandada uimastisõltlaste tervenemisvõimalusi õigussüsteemis ja seeläbi vähendada retsidiivsust ning õigussüsteemi kulusid.

## TÄNUSÕNAD

Uuringu autorite sügav tänu kuulub kõigile neile, kes on uuringu raames osalenud erinevates töögruppides, aidanud koguda andmeid, tutvustanud uuringu autoritele valdkondlikke asutusi, andnud tagasisidet, selgitusi ja kommentaare või aidanud muul moel kaasa uuringu valmimisele. Uuringu elluviimisega olid ühel või teisel moel seotud ka mitmed inimesed, kes jäid uuringu autorite jaoks anonüümseks – meie suur tänu kuulub ka teile!

Nimeliselt (tähestikulises järjekorras) täname:

Aivi Themas  
Annika Veimer  
Evelin Grete Luik  
Indrek Nägelik  
Ingrid Ojasalu  
Kadri-Liis Olmaru Luha  
Kaire Vals  
Kairi Piller-Petrov  
Kersti Post  
Kristel Kivimets  
Kristel Ojala  
Lagle Arm  
Lauri Tamm  
Maret Miljan  
Natalia Tselikova  
Nelli Kalikova  
Nika Kalantar  
Piia Pruks  
Rita Kerdmann  
Sigrid Vorobjov  
Taivo Läll  
Tiina Jaksman  
Tiiu Sepp  
Vello Tanissaar

## VIIDATUD ALLIKAD

- Abel-Ollo, K., Rahu, M., Rajaleid, K., Talu, A., Rüütel, K., Platt, L., ... Uusküla, A. (2009). Knowledge of HIV serostatus and risk behaviour among injecting drug users in Estonia. *AIDS Care*, 21(7), 851–857.
- Abel-Ollo, K., Talu, A., Vorobjov, S., Vals, K., Teder, P., Ahven, A., & Denissov, G. (2011). *National report to the EMCDDA (using 2010's data), by the Reitox National Focal Point ESTONIA. New developments, trends and in-depth information on selected issues*. REITOXi Eesti Narkoteabe Keskus.
- Abel-Ollo, K., Vorobjov, S., Salekešin, M., Vals, K., Rüütel, K. (2014). *2014. aasta riiklik raport (2013. aasta andmed) EMCDDA-le REITOX-i riiklikult narkoteabekeskuselt. Eesti. Uued arengud ja suundumused (2014)*. Tervise Arengu Instituut. Tervise Arengu Instituut, Nakkushaiguste ja uimastiseire keskus / REITOXi Eesti Narkoteabe Keskus.
- Ahven, A., & Hillep, E. (2008). *Narkoravi õigusrikkujatele. Analüüsi aruanne*. Kriminaalpoliitika osakond. Justiitsministeerium. Tallinn.
- Ahven, A., Leps, A., Tammiste, B., Salla, J., Tamm, K., Kraas, K., ... Kõiv, T. (2016). *Kuritegevus Eestis 2015*. Tallinn: Kriminaalpoliitika uuringud 22. Justiitsministeerium.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 321–329.
- Aos, S., Miller, M., Drake, E. (2006). *Evidence-based adult corrections programs: What works and what does not*. Washington State Institute for Public Policy, Olympia, WA.
- AS Emor (2014). *Riskikäitumise teadlikkuse uuring kolmes sihtrühmas. Uuringu raport*. Politsei- ja Piirivalveamet.
- Baker, A., & Lee, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug & Alcohol Review*, 22(3), 323.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107–118.
- Bennett, T., & Holloway, K. (2010). Is UK drug policy evidence based? *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 411–417.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107–118.
- Bird, S. M., Fischbacher, C. M., Graham, L., & Fraser, A. (2015). Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction*, 110(10), 1617–1624.
- Borodin, A., Kasemäe, R., Klein, M. (2009). *Narkosüüteod ja nende mõju kuritegevusele Eestis 2006–2008*. Politseiameti teabe- ja analüüsitalitus.
- Brensilver, M., Heinzerling, K. G., & Shoptaw, S. (2013). Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: An update. *Drug & Alcohol Review*, 32(5), 449–460.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 245–266.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentos, C., ... Polcin, D. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcomes in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, *81*, 301–312.

Colfax, G., Santos, G., Chu, P., Vittinghoff, E., Pluddemann, A., Kumar, S., & Hart, C. (2010). Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet*, *376*(9739), 458–474.

*Deaths Involving Fentanyl in Canada, 2009–2014*. CCENDU Bulletin, August 2015.

Degenhardt, L., Gisev, N., Trevena, J., Larney, S., Kimber, J., Burns, L., ... Weatherburn, D. (2013). Engagement with the criminal justice system among opioid-dependent people: a retrospective cohort study. *Addiction*, *108*(12), 2152–2165.

Degenhardt, L., Larney, S., Gisev, N., Trevena, J., Burns, L., Kimber, J., ... Weatherburn, D. (2014). Imprisonment of opioid-dependent people in New South Wales, Australia, 2000–2012: a retrospective linkage study. *Australian & New Zealand Journal Of Public Health*, *38*(2), 165–170.

Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., ... Burns, L. (2014). The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction*, *109*(8), 1306–1317.

Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., ... Flaxman, A. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *328*, 1564–1574.

Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, *97*(3), 347–356.

Doehring, A., Oertel, B. G., Sittl, R., & Lötsch, J. (2013). Chronic opioid use is associated with increased DNA methylation correlating with increased clinical pain. *PAIN®*, *154*(1), 15–23.

Eesti Uimastiseire Keskus (2015). *Narkomaaniaravi andmekogu 2013.–2014. aasta aruanne*. Tervise Arengu Instituut.

*Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat* (2014). Siseministeerium.

Euroopa Liidu Nõukogu (2013). ELi narkootikumidealane tegevuskava aastateks 2013–2016. *Euroopa Liidu Teataja*, *C 351/01*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015a). *European Drug Report: Trends and Developments 2015*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015b). *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). *European Drug Report: Trends and Developments 2015*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *The State of the Drugs Problem in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012). Prisons and Drugs in Europe: The Problem and Responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). *European Drug Report: Trends and Developments 2015*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2006). Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: A Cochrane systematic review of effectiveness. *Journal Of Substance Abuse Treatment, 30*(1), 63–72.
- Friedman, S. R., Pouget, E. R., Chatterjee, S., Cleland, C. M., Tempalski, B., Brady, J. E., & Cooper, H. F. (2011). Drug Arrests and Injection Drug Deterrence. *American Journal Of Public Health, 101*(2), 344–349.
- Gisev, N., Shanahan, M., Weatherburn, D. J., Mattick, R. P., Larney, S., Burns, L., & Degenhardt, L. (2015). A cost-effectiveness analysis of opioid substitution therapy upon prison release in reducing mortality among people with a history of opioid dependence. *Addiction, 110*(12), 1975–1984.
- Glenn, A. L., & Raine, A. (2014). Neurocriminology: implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience, 15*(1), 54–63.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues, 15*(4), 493–506.
- Gonçalves, R., Lourenço, A., & Silva, S. d. (2015). A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. *International Journal Of Drug Policy, 26*(2), 199–209.
- Goode, E. (1997). *Between politics and reason: The drug legalization debate*. Macmillan. Contemporary Social Issues Series, St. Martin's Press, New York.
- Gottfredson, M. & Hirschi, T. (1990). Substantive positivism and the idea of crime. *Rationality and Society, 2*(4), 412–428.
- Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *British Medical Journal, 331*(7524), 1064–1065.
- Harro, J., & Oreland, L. (2016). The role of MAO in personality and drug use. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 69*, 101–111.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction, 107*(3), 501–517.
- Julien, R. M. (2013). *A primer of drug action: A concise nontechnical guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs, revised and updated*. Holt Paperbacks.
- Karistusseadustik (KarS). (2016). Riigi Teataja. Eesti Vabariigi Riigikogu.
- Karton, I., Puolokainen, T., Themás, E. (2015). *Õigusrikkujatest uimastisõltlastele suunatud tõenduspõhiste sekkumisprogrammide võrdlev uuring*. Tartu Ülikool. RAKE.
- Kikas, L., Pendin, K., Murašin, M., Braam, R., & Trautmann, F. (2006). *Drugs in Prison*. Estonian Ministry of Justice.
- Kimber, J., Larney, S., Hickman, M., Randall, D., & Degenhardt, L. (2015). Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone versus buprenorphine: a retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry, 2*(10), 901–908.

- Kivimets, K., Uusküla, A. (2014). HIV testing and counselling in Estonian prisons, 2012 to 2013: aims, processes and impacts. *Eurosurveillance*, 19(47).
- Kobin, M., Alliste, A.-A., Sooniste, T., Derman, N., Vainu, V., ... & Saar, U. (2012). *Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide kasutamine Eestis*. Tallinna Ülikooli rahvusvaheliste ja sotsiaaluuringute instituut.
- Kolind, T., Asmussen Frank, V., Dahl, H., & Birk Haller, M. (2012). Prison drug treatment in Denmark: A historical outline and an analysis of the political debate. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(6), 547–560.
- Kopak, A. M., Vartanian, L., Hoffmann, N. G., & Hunt, D. E. (2013). The connections between substance dependence, offense type, and offense severity. *Journal of Drug Issues*, 45, 232–248.
- Kõplase, K. (2015). *Illegaalse metadooni leviku tõkestamine*. Sisekaitseakadeemia. Sisejulgeoleku Instituut.
- Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018 (2010)*. Riigikantselei.
- Kriminaalpoliitika arengusuunad aastani 2018: 2010. aasta täitmise ettekanne*. Riigikantselei.
- Kriminaalmenetluse seadustik (KrMS) (2016)*. Riigi Teataja. Eesti Vabariigi Riigikogu.
- Laht, K. (2014). *Narkootikumide tarvitamisest põhjustatud üledooside levimus ja riskitegurid süstivate narkomaanide seas*. Juhendajad: S. Vorobjov ja A. Uusküla. Magistritöö rahvatervishoiu. Tartu Ülikool. Tervishoiu instituut.
- Larney, S. (2010). Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. *Addiction*, 105(2), 216–223.
- Larney, S., Grebely, J., Falster, M., Swart, A., Amin, J., Degenhardt, L., ... & Vajdic, C. M. (2015). Opioid substitution therapy is associated with increased detection of hepatitis C virus infection: A 15-year observational cohort study. *Drug & Alcohol Dependence*, 148, 213–216.
- Lawford, B. R., Young, R. M., Noble, E. P., Sargent, J., Rowell, J., Shadforth, S., ... & Ritchie, T. (2000). The D2 dopamine receptor A1 allele and opioid dependence: association with heroin use and response to methadone treatment. *American Journal of Medical Genetics*, 96(5), 592–598.
- Lepingud 2015. Tervise Arengu Instituut (2015). <http://www.tai.ee/et/instituut/lepingud/lepingud-2015>
- Levrant, O., Yuferov, V., & Kreek, M. J. (2012). The genetics of the opioid system and specific drug addictions. *Human Genetics*, 131(6), 823–842.
- Lõhmus, L., Abel-Ollo, K., Talu, A. (2010). *HIV-nakkuse, hepatiidide ning riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Narvas*. Tervise Arengu Instituut, 2011.
- Lõhmus, L., Rüütel, K., Loit, H.-M., Talu, A., Uusküla, A. (2007). *HIV-nakkuse ning teiste infektsioonide ja riskikäitumise levimus süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel*. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituut, 2008.
- Maas, J., Barton, G., Maskrey, V., Pinto, H., & Holland, R. (2013). Economic evaluation: A comparison of methadone versus buprenorphine for opiate substitution treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 133(2), 494–501.
- Maldonado, R. (Ed.) (2003). *Molecular biology of drug addiction*. Humana Press.
- Männik, K. (2012). *Vargused Lõuna prefektuuri teeninduspiirkonnas 2011. aastal*. Politsei- ja Piirivalveamet.

Männisalu A., Nikitina N., Võrno T., Reile R. (2015). *Naloksooniprogramm üledoosidest põhjustatud surmade ennetamiseks*. Tartu: Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituut.

McCaffrey, H. (2009). Bitter Pill to Swallow: Portugal's Lessons for Drug Law Reform in New Zealand. *Victoria University of Wellington Law Review*, 40, 771.

McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39–52.

Meader, N. (2010). A comparison of methadone, buprenorphine and alpha2 adrenergic agonists for opioid detoxification: A mixed treatment comparison meta-analysis. *Drug & Alcohol Dependence*, 108(1/2), 110–114.

Merrall, E. C., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., ... Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105(9), 1545–1554.

Mounteney, J., & Griffiths, P. (2014). Increasing complexity in European drug use: Highlights from the EMCDDA's 2014 European drug report. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 21(6), 482–483.

*Narkomaaniaravi andmekogu asutamise ja andmekogu pidamise põhimäärus*. Riigi Teataja I 2006, 52, 391.

*Narkootiliste ja psühhotropsete ainete ja nende lähteainete seadus (NPALS)*. Riigi Teataja I 2005, 24, 180.

National Institute on Drug Abuse National Institutes of Health (NIDA) (2012). *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. Third Edition*. U.S. Department of Health and Human Services.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. A Research-Based Guide*. U.S. Department of Health and Human Services.

Nielsen, D. A., Yuferov, V., Hamon, S., Jackson, C., Ho, A., Ott, J., & Kreek, M. J. (2009). Increased OPRM1 DNA methylation in lymphocytes of methadone-maintained former heroin addicts. *Neuropsychopharmacology*, 34(4), 867–873.

Oertel, B. G., Doehring, A., Roskam, B., Kettner, M., Hackmann, N., Ferreirós, N., ... & Lötsch, J. (2012). Genetic–epigenetic interaction modulates  $\mu$ -opioid receptor regulation. *Human Molecular Genetics*, 21(21), 4751–4760.

Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (2003). *2000 Annual Report, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program I (ADAM I)*. Washington, DC: Executive Office of the President.

Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (2014). *2013 Annual Report, Arrestee Drug Abuse Monitoring Program II (ADAM II)*. Washington, DC: Executive Office of the President.

*Opioidsõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll*. TAI, 2013.

Paabo, R ja Aru, K. (2013). *Narkoväärteod 2008–2013, 3 kuud. Ülevaade registreeritud narkoväärtegedest ning korduvtarvitajate seotus teiste süütegude sooritamisega*. Politsei- ja Piirivalveameti analüüsibüroo.

Pearson, F. S., Prendergast, M. L., Podus, D., Vazan, P., Greenwell, L., & Hamilton, Z. (2012). Meta-analyses of seven of the National Institute on Drug Abuse's principles of drug addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 43(1), 1–11.

Perlman, D. C., Jordan, A. E., Uuskula, A., Huong, D. T., Masson, C. L., Schackman, B. R., & Des Jarlais, D. C. (2015). An international perspective on using opioid substitution treatment to improve hepatitis C

prevention and care for people who inject drugs: Structural barriers and public health potential. *International Journal Of Drug Policy*, 26(11), 1056–1063.

Ross, M. W., Liebling, A., & Tait, S. (2011). The relationships of prison climate to health service in correctional environments: inmate health care measurement, satisfaction and access in prisons. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 50(3), 262–274.

*Prison and drugs in Europe: the problem and responses*. EMCDDA, 2012.

Raben, D., Jakobsen, S. F., Nakagawa, F., Møller, N. F., Lundgren, J. (2014). *HIV/AIDS Treatment and Care in Estonia. Evaluation Report 2014*. (2014). World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for HIV and Viral Hepatitis, and Emilis Subata WHO Collaborative Centre for Harm Reduction.

*Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009–2020. Rakendusplaan aastateks 2013–2016*. 2014. aasta tegevuskava aruanne (2015). Sotsiaalministeerium.

*Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009–2020. Rakendusplaan aastateks 2013–2016. Uimastitarvitamise vähendamise programm 2013–2016. Lisa Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020 rakendusplaani 2013–2016 narkootikumide kahjude vähendamise meetmele* (2013). Sotsiaalministeerium.

*Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 rakendusplaan aastateks 2013–2016. Tervise Arengu Instituudi 2015. aasta tegevuskava aruanne* (2016). TAI.

*Rahvusvaheline haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) 10. versioon* (1992). Sotsiaalministeerium. Peatükk V: *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised* (1999), toimetaja: Veiko Vasar, Tartu Ülikool, 332 lk. (tõlge eesti keelde: Anu Aluoja jt). Originaal: WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, WHO.

*Riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 2009.–2012. aasta tegevuste hindamine*. Sotsiaalministeerium, 2013.

Sootak, J., Pikamäe, P. (2015). *Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne*. Juura kirjastus.

Statistikaameti andmebaas. <http://www.stat.ee/andmebaas>

Stöver, H. (2008). *Evaluation of national responses to HIV/AIDS in prison settings in Estonia*. United Nations. Office of Drugs and Crime.

Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379(9810), 71–83.

Sun, H. M., Li, X. Y., Chow, E. P., Li, T., Xian, Y., Lu, Y. H., ... & Zhang, L. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*, 5(1).

TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Narkomaaniravi andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Haigestumus/06Narkomaaniravi/06Narkomaaniravi.asp>

Talu, A., Abel-Ollo, K., Vals, K., Vorobjov, S., Denissov, G., & Ahven, A. (2010). *National Report (2009 data) to the EMCDDA by REITOX National Focal Point. ESTONIA: New developments, trends and in-depth information on selected issues* (2010). Estonian Drug Monitoring Centre. National Institute for Health Development.

Talu, A., Abel-Ollo, K., Vorobjov, S., Vals, K., Salekešin, M., Ahven, A., Denissov, G., Viiklepp, P. (2012). *NATIONAL REPORT (2011 data) to EMCDDA from REITOX National Drug Information Centre. ESTONIA. New developments, trends and in-depth information on selected issues* (2012). Estonian Drug Monitoring Centre. National Institute for Health Development.

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Rüütel, K., Rahu, M., Rhodes, T., & ... Uusküla, A. (2010). HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention. *International Journal Of Drug Policy*, 21(1), 56–63.

*Tartu Vangla uimastipreventsiooni kontseptsioon* (2016). Tartu Vangla.

*Tartu Vangla kodukord alates 20.04.2015*. Tartu Vangla.

*Tartu Vangla töökorralduse reeglid (kinnitatud 02.05.2016)*. Tartu Vangla.

Tervise Arengu Instituut (2013). *Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 lõpparuanne*. Sotsiaalministeerium.

Tervise Arengu Instituut (2013). *Metadoon-asendusravi kliiniline audit. Kokkuvõte*.

Tervise Arengu Instituut (2013). *Opioidsõltlaste asendusravi kliiniline protokoll*. Opioidsõltuvuse ravijuhis. Tallinn.

*Tervishoiuteenuste korraldamise seadus*. Riigi Teataja I 2001, 50, 284.

Turu-uuringute AS (2011). *Täiskasvanud narkosõltlaste tervishoiu- ja tugiteenuste kaardistamine*.

Tuusov, J., Vals, K., Tõnisson, M., Riikoja, A., Denissov, G., & Väli, M. Fatal poisoning in Estonia 2000–2009. Trends in illegal drug-related deaths (2013). *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20, 51–66.

Uchtenhagen, A. & Schaub, M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS. Final Report*. Research Institute for Public Health and Addiction A WHO collaborating center affiliated to Zurich University.

*Uimastiseire aruanne 2014* (2015). Justiitsministeerium. Jõhvi.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2011). *World Drug Report 2011*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2015). *World Drug Report 2015*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K. et al. (2005). *HIV levimuse ja riskikäitumise uuring Eesti kahe linna (Tallinna ja Kohtla-Järve) süstivate narkomaanide seas*. Uuringu raport. Justiitsministeerium.

Uusküla, A., Rajaleid, K., Talu, A., Abel-Ollo, K. ja Des Jarlais, D.C. (2013). A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005–2009. *International Journal of Drug Policy*, 24, 312–318.

Uusküla, A., Rajaleid, K., Talu, A., Abel, K., Rüütel, K., & Hay, G. (2007). Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. *Addiction Research & Theory*, 15(4), 411–424.

*Ülevaade uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu elluviimisest 2014. aastal*. Siseministeerium.

Vorobjov, S. (2014a). *HIVI levimuse ja riskikäitumise uuring Kohtla-Järve süstivate narkomaanide seas 2012. Uuringu kokkuvõte*. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.

- Vorobjov, S. (2014b). *HIVI levimuse ja riskikäitumise uuring Tallinna süstivate narkomaanide seas 2013*. Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.
- Vorobjov, S., Des Jarlais, D. C., Abel-Ollo, K., Talu, A., Rüütel, K., & Uusküla, A. (2013). Socio-demographic factors, health risks and harms associated with early initiation of injection among people who inject drugs in Tallinn, Estonia: Evidence from cross-sectional surveys. *International Journal Of Drug Policy*, 24(2), 150–155.
- Vorobjov, S., Rüütel, K., Abel-Ollo, K., & Salekešin, M. (2015). *HIV-levimuse ja riskikäitumise uuring Narva süstivate narkomaanide seas 2014. Uuringu kokkuvõte*. Tervise Arengu Instituut.
- Vorobjov, S., Vals, K., Salekešin, M., Abel-Ollo, K., Rüütel, K. (2013). *NATIONAL REPORT (2012 data) to the EMCDDA by the REITOX National Drug Information Centre. ESTONIA. New developments, trends and in-depth information. National Institute for Health Development, Infectious Diseases and Drug Monitoring Department / REITOX Estonian Drug Information Centre*. Tervise Arengu Instituut.
- Vorobjov, S., Vals, K., Saleškin, M. et al. (2013). *Raport narkoolukorrast Eestis 2013*. Tervise Arengu Instituut, 2013.
- Walters, G. D. (2000). Spontaneous Remission from Alcohol, Tobacco, and Other Drug Abuse: Seeking Quantitative Answers to Qualitative Questions\*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(3), 443–460.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2), 267–274.
- Weber, C., Schumann, S., & Soyer, R. (2015). Treatment and Punishment of Drug-Addicted Offenders: Insights from a Quantitative Empirical Survey. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction*, 39–64. Springer International Publishing.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal Of Drug Policy*, 28, 1–9.
- White, H. R., & Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug-crime relationship. *Criminal justice*, 1(15), 1–218.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586.
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive behaviors*, 38(5), 2187–2195.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on alcohol and health*. Luxembourg. WHO Press.
- World Health Organization (WHO). Dept. of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization, International Narcotics Control Board, United Nations Office on Drugs, & Crime (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. WHO Press.

---

World Health Organization (2010). *Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*.

Yan-ping, B., Liu, Z., Epstein, D. H., Cun, D., Jie, S., & Lin, L. (2009). A Meta-Analysis of Retention in Methadone Maintenance by Dose and Dosing Strategy. *American Journal Of Drug & Alcohol Abuse*, 35(1), 28–33.

Young, M. M., Pirie, T., Buxton, J. A., & Hosein, F. S. (2015). The Rise of Overdose Deaths Involving Fentanyl and the Value of Early Warning. *Canadian Journal Of Addiction*, 6(3), 13–17.

Zurhold, H., Haasen, C. ja Stöver, H. (2005). *Female drug users in European prisons: a European study of prison policies, prison drug service and the womens perspective*. Bibliotheks- und Informationssystem der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.



## **LISA 1. INTERVJUU KAVA**

## **LISA 2. KÜSIMUSTIK**

## **LISA 3. NÕUSOLEKU VORM**

## **LISA 4. RAKE KÜSITLUSE TULEMUSTE LISA**

## **LISA 5. INFOLEHT**